

Jan Mika

Berichtet wird über die psychodynamische ambulante Einzeltherapie eines 24-jährigen Mannes, der sich wiederholt mit drei- bis zwölfjährigen Jungen sexuell eingelassen hatte. Unter dem Druck des schwebenden staatsanwalt-schaftlichen Ermittlungsverfahrens begab er sich in Behandlung, im Rahmen derer er wesentliche Reifungsschritte nachvollziehen und seine früheren pädosexuellen Präferenzen aufgeben konnte.

Schlüsselwörter: Sexualstraftätertherapie, Psychodynamik, Kasuistik

Psychotherapy of sexual offenders. Case report of a psychodynamic individual therapy

The report describes a psychodynamic individual outpatient psychotherapy of a 24 years old man who had repeatedly abused 3–12 year old boys. When police investigations started he asked for psychotherapy. During the course of treatment he resolved a number of important developmental arrests and gave up his former pedosexual preferences.

Key words: Sex offender treatment, psychodynamics, case study

Erstinterview

Es erscheint ein mittelgroß gewachsener, sportlich salopp, aber altbacken gekleideter, etwas übergewichtiger, jungenhafter und deutlich jünger wirkender 24-jähriger Patient, der kontaktfreudig, wenn auch verschämt-nuschelnd eröffnet: »Das ist alles wahr, was mir vorgeworfen wird, die sexuellen Handlungen und dass ich die Kinder am Geschlechtsteil angefasst habe.« Dabei vermeidet er den Blickkontakt, schildert langsam und befangen. In der Übertragung appelliert der Patient an meine Vaterfunktion. In der Gegenübertragung manifestierten sich Schutz- und Hilfspulse sowie väterliche Gefühle, wie gegenüber einem unreifen, unsicheren, durch seine körperlichen Einschränkungen stigmatisierten Jungen. Aber auch distanzierende Empfindungen infolge seines »braven« überangepassten Bemühens, bei mir einen guten Eindruck hervorzurufen. Ich fühle seine Not und Angst, jetzt vor dem »Aus« zu stehen, nachdem er durch die Delikte seinen Job verloren hat. Der Wiedereinzug bei den Eltern hat ihn wieder ganz zum Kind gemacht; er wird von ihnen stark reglementiert, »um 22 Uhr muss ich zu Hause sein. Danach muss ich mich richten, weil ich wieder zu Hause lebe«. Die Kinder mag er, weil sie so spontan und unbefangen sind. Sechs Jahre hat er früher Zeltlager mit geleitet, war stolz, dass er »so einen guten Draht« zu den Kindern hatte. »Die setzten sich auf meinen Schoß und sagten (nicht explizit), du bist ein guter Kumpel.« Er findet nie spontane Anerkennung, außer bei seinen Eltern und bei den Kindern. Der Wunsch nach Intimität besteht seit dem 18. Lebensjahr. Die Freundinnen haben jeweils nach kurzer Zeit »Schluss gemacht«, zu Intimitäten ist es nicht gekommen. Einen Zusammenhang zwischen seiner Kindheit, seinen körperlichen Einschränkungen und den Delikten stellt er nicht her: »Ich weiß nicht, ob die Kindheit Ursache ist.« Seine Offenheit nimmt mich für ihn ein, ebenso seine Introspektionsfähigkeit. Ihm ist seit längerem klar, dass mit ihm »etwas nicht stimmt«. Auch seine Neugierde, in der Therapie aufzuklären, was »falsch gelaufen« ist, spricht mich an. Er formuliert als Therapieziel, »ich will ohne dieses Problem leben können«. Am Ende fragt er, ob ich

schon eine Einschätzung habe, wie es um ihn stehe, da ich doch der »Experte« sei.

Biografie

Als erster Zwilling geboren, war seine frühkindliche Entwicklung durch Frühgeburt (ca. sechs Wochen, Inkubator-Therapie), die seit Geburt bestehende Schwerhörigkeit (vermutlich hypoxischer Genese bei Nieren-OP der Mutter in der 20. SSW) und eine Gaumensegellähmung gekennzeichnet. Er wuchs in gutbürgerlichen Verhältnissen auf. Der Vater (+ 26 J.) ist leitender Angestellter, arbeitet viel. Die Mutter (+ 26 Jahre, streng gläubig) ist Hausfrau. Das Hörgerät bekam er erst im Alter von sechs Jahren, als aufgefallen war, dass er bei Kinderspielen nicht mitmachte, »für die Kinder war ich der Doofe«. Logopädische Therapie im 7. und 8. sowie 18. bis 19. Lebensjahr. Besuch von Grund- und Hauptschule (»ich wurde oft verprügelt, war der Behinderte«), anschließend Besuch der Berufsfachschule mit mittlerer Reife und Lehre in einem technischen Beruf. Im letzten Jahr der Ausbildung fühlte er sich von seinem Chef gemobbt, war damals suizidal. 21-jährig zog er von zu Hause aus, arbeitete zwei Jahre in seinem Beruf, leitete zuletzt eine Filiale, fühlte sich dort unterfordert, weil wenig Kunden kamen. Nach der Kündigung wegen Kindesmissbrauchs zog er ins Elternhaus zurück, »die Eltern haben zu mir gehalten«. Nach Aushilfsjobs besuchte er die Fachoberschule, plant ein Studium an der örtlichen Fachhochschule. Seine Hobbys sind sportliche Aktivitäten, Besuche im Jugendcafé und die kirchliche Jugendarbeit, die er aber wegen der Delikte aufgegeben hat.

Sexualanamnese

Doktorspiele mit den jüngeren Nachbarjungen im Alter von acht Jahren. »Mich durfte aber keiner untersuchen.« Sexualität wurde im Elternhaus tabuisiert, »erst mit 18 habe ich den Unterschied zwischen Orgasmus und Organismus begriffen«. Mit 13/14 erste Masturbationen, ab 18 Jahren verstärkt, jetzt ca. dreimal pro Woche. Dabei Fantasien, mit einer Partnerin zu schlafen. Gelegentlich aber auch, kleine Jungen bzw. Mäd-

chen am Geschlechtsteil zu streicheln, jetzt aber seltener. Kurze nur platonische heterosexuelle Beziehungen, kein Koitus. Er glaubt, »verkrampft« zu sein. »Vielleicht schraube ich meine Anforderungen zu hoch, will gleich jemanden fürs Leben.« Sein Selbstbild ist das eines hilfsbereiten Menschen. »Ich bin immer für die anderen da.«

Psychodynamische Überlegungen und Diagnose

Die Psychodynamik der Paraphilie ist vor dem Hintergrund der Entwicklungsretardierung durch die Hör- und Sprachbehinderung zu sehen. Als Kind konnte er nur in sehr reduzierter Weise auditive Wahrnehmungen machen. Somit war ein ganzer Wahrnehmungsbereich ausgefallen, bzw. nur über sichtbare und fühlbare Reize möglich. Da er, wie sein Zwilling Bruder, hörgestört war, bedeutete dies für das innerfamiliäre Klima eine erhebliche Belastung, insbesondere für die Mutter als Hauptkommunikationspartner und Hauptlastträger. Bereits in der *oralen Phase* erfuhr die Objektbeziehung zur Mutter eine Störung, da er sich aufgrund der Zwillingkonstellation die Mutter teilen musste. Zudem war post partum eine sechswöchige Inkubator-Therapie vorausgegangen. Es war ihm nur partiell möglich, seine eigenen Bedürfnisse als einzigartig und überragend zu empfinden. Zudem wurde sein Durchsetzungsvermögen gegenüber seinem jüngeren Zwilling Bruder, den er dominierte, durch die Mutter negativ prämiert (gehemmte Autonomieimpulse). Die Verschmelzungs- und Objektverlustängste, die in seiner klammernden Beziehungsgestaltung mit den Freundinnen zum Ausdruck kommen, finden hier ihre Grundlage. Sein Kompensationsversuch, über die Internalisierung der elterlichen Leistungs Ideale das Selbstwertgefühl zu stützen und den elterlichen Idealen gerecht zu werden, ist ihm gelungen. Im beruflichen Bereich ist er leistungsfähig und ausdauernd (abgeschlossene Berufsausbildung, beruflicher Erfolg, aktueller Schulbesuch, Studienplanung). Dieser Aspekt der *anal Phase* verlief ungestört, nicht jedoch die Autonomieentwicklung. Dies umso mehr, als die elterliche Reaktion auf die Hörbehinderung ihrer Söhne durch eine lange Phase verleugnenden Verhaltens im Sinne fehlender elterlicher Akzeptanz der Behinderung gekennzeichnet war (Hörgerätversorgung erst mit sechs Jahren). Da die eingeschränkte Kommunikation mit den Kindern bereits viele Jahre bestand und bei den Eltern zu Gefühlen der Isolation und Resignation im Umgang mit dem Patienten führten, sind elterliche Ärgerreaktionen in der Vergangenheit vor diesem Hintergrund zu sehen. Kompensatorisch resultierte eine elterliche Haltung der Überbehütung und Überforderung. In der Konsequenz ergibt sich für die Entwicklung des Patienten eine starke Steuerung durch das mütterliche Objekt mit der Folge einer blockierten Autonomieentwicklung und starken Abhängigkeit von diesem, das mit seinen Forderungen als expansionshemmend bzw. »kastrierend« verinnerlicht wurde. Dies führte zu einer Unterwerfung unter die mütterlich-elterliche Autorität.

Von den Mitschülern aufgrund des Hörfehlers sowie des Hörgerätes verlacht und ausgegrenzt, standen ihm zudem in der *phallischen Phase* keine ausreichend positiven Peer-Group-Erfahrungen zur Verfügung. Daraus entwickelte sich das Gefühl von Anderssein als das geläufige Stereotyp von Jungenhaftigkeit mit negativen Auswirkungen auf das männliche Selbstwertgefühl. Da der Patient in seinem Elternhaus überwiegend oral gefördert wurde (Anpassung des Hörgerätes im sechsten Lebensjahr), verzögerte sich seine Sprach- und Sprechentwicklung über die Adoleszenz bis hin ins Erwachsenenalter. Durch elter-

liche Strenge und Überbehütung blieb seine psychische Entwicklung auf einem präödpalen Niveau fixiert. Der in seinen Schilderungen wenig präsenste »blasse« Vater stand zudem als Objekt der frühen Triangulierung kaum zur Verfügung, bzw. war in seiner Präsenz von der übermächtigen Mutter überdeckt. Somit blieb eine erste Identifizierung mit dem Vater rudimentär. Dem Patienten gelang es nicht, eine idealisierte väterliche Imago als Grundstein für seine männliche Identität zu setzen. Die Paraphilie ist somit durch die nicht erfolgreich verlaufende Separation von der Mutter begründet.

Der Griff nach dem Penis der missbrauchten Jungen spiegelt den Versuch wider, sich auf einer unbewussten Ebene männlich machtvoll zu fühlen, sich der Existenz seiner männlichen Macht zu versichern, um sich zu beweisen, dass auch er über einen Penis verfügt, d.h. nicht »kastriert« ist. Im Missbrauch symbolisieren sich so seine Ängste und Beziehungswünsche. Die hohen narzisstischen Gratifikationen, die er von den Kindern erhielt, ermöglichten ihm einerseits, sich vollständig und männlich zu fühlen, andererseits wich er bedrohlich erlebten reifen sexuellen Kontakten partiell aus (perverse Plombenfunktion).

Überlegungen vor der Therapie und Therapievereinbarungen

Mein Entschluss, den Patienten in Psychotherapie zu nehmen, basierte auf der Einschätzung, dass der Paraphilie eine neurotische Genese zugrunde lag. Wegen der Hör- und Sprachstörungen war der Patient in seiner Entwicklung erheblich eingeschränkt, hatte keine positiven Peer-Group-Erfahrungen erleben können. Hinzu kam sein Zwillingstatus mit dem Erleben, dass er sich der ungeteilten mütterlichen Zuwendung nicht sicher sein konnte. Zudem wurde sein Dominanzstreben gegenüber dem jüngeren Zwilling Bruder durch das mütterliche Objekt negativ prämiert, bewirkte eine frühe Blockierung seiner Autonomieimpulse. Neben der daraus resultierenden Selbstwertproblematik sah ich in seiner unsicheren männlichen Identifikation das Bedingungsgefüge der Pädophilie begründet. Zwar bestand initial eine Fremdmotivation (laufendes staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren), die aber im starken Leidensdruck des Patienten (»du bist auch ein Sexualtäter«) sowie seiner guten Introspektionsfähigkeit, seiner Fähigkeit zur Empathie mit den missbrauchten Kindern (»was für eine Schandtat das war«) und seiner hohen Veränderungsmotivation (»ich will ohne dieses Problem leben können«), ihren Gegenpol fand.

Diese Erwägungen führten zur Vereinbarung einer psychodynamischen Therapie mit einer Behandlungsdauer von initial 50 Stunden und einer Frequenz von einer Stunde pro Woche.

Therapieverlauf

Die Therapie verlief in drei Phasen: 1. Beziehungsentwicklung/Arbeitsbündnis, 2. Autonomie- und Identitätsentwicklung, Probehandeln, 3. Stabile Partnerbeziehung und berufliche Neuorientierung.

Beziehungsentwicklung/Arbeitsbündnis

In der Anfangsphase der Therapie kommt der Patient stets überpünktlich zur Stunde, klopft nicht an meine Tür, sondern wartet folgsam »wie ein braver Junge«, bis ich ihn aus dem Wartebereich abhole. Wie vollständig er sich unterwirft, um mir zu gefallen; wie klein er sich damit macht, denke ich. Er erwartet, dass ich wie ein Lehrer, ihm seine Störung dozierend darlege, damit er diese »kapiere« und, wie das Verfassen einer Hausaufgabe, »abtrainieren« kann (intellektualisierende Abwehr,

Affektabspaltung). Er ist erstaunt, dass ich um seine Mitarbeiter werbe, gemeinsam die Motive des Missbrauchs zu erkunden, statt ihm zu sagen, »wo es langgeht«. In den Stunden verhält er sich unterwürfig, findet meine Fragen »gut«, räuspert sich bevor er zu sprechen beginnt, antwortet hastig, ohne sich zu besinnen, »nur keinen Fehler machen«. Meine Bitten, den Psychotherapiefragebogen auszufüllen bzw. Termine bezüglich des Delegationsverfahrens bei einem niedergelassenen Nervenarzt wahrzunehmen, sind für ihn »kein Thema, wird gemacht«. Ich habe große Mühe, in Erfahrung zu bringen, welche Therapiezeiten für ihn günstig sind, da er auf die Benutzung der Bahn angewiesen ist. Er versucht sich mir durch seine »Leistungen« anzupassen und mir zu gefallen. In diesem Therapieabschnitt verhält er sich wie ein »braves Kind«, rekonstruiert mit mir seine Elternbeziehung, in der er sich nach den Delikten besonders angepasst verhalten muss, weil ihn die Eltern wieder bei sich aufgenommen haben. Darüber ist er einerseits froh, andererseits beklagt er die rigiden Reglementierungen seitens seiner Mutter, »um 22 Uhr musst du zu Hause sein ... wenn es dir nicht passt, zieh aus«. Anfänglich hat er dagegen gekämpft, jetzt toleriert er es, »mehr oder weniger«. Darin sehe ich latente Ansätze von Autonomiebestrebungen.

Fragen nach möglichen Zusammenhängen bezüglich der Auswirkungen seiner körperlichen Einschränkungen auf seine frühkindliche Entwicklung, stelle ich in sehr allgemeiner Weise. Er setzt daraufhin verstärkt bewusstseinsnahe Abwehrmechanismen (Verneinung) ein, »die Eltern sind nicht schuld«. Mir wird deutlich, dass ich ihn im gegenwärtigen Therapieabschnitt noch nicht in einen Autonomiekonflikt mit der Mutter bringen darf, da er diesen nicht bewältigen könnte. Zu stark ist die Scham, den Eltern Schande (Kränkung des erweiterten Selbstideals der Eltern, Unterwerfung via Dankbarkeit) gemacht zu haben, ein »Pädophiler« zu sein. Er depotenziert, unterwirft sich, gibt sich hilflos (depressive Abwehr, Reaktionsbildung), um keinen Streit mit der Mutter zu riskieren. Daher »schluckt« er alles, wie er die Prügel und Demütigungen (»Schwerhörige sind doof«) in der Schulzeit ertragen hatte.

Er hat große Angst vor dem Gerichtsverfahren, hofft, durch die begonnene Therapie »gute Noten« (Strafmaßminderung) zu erhalten. Seine Unselbstständigkeit teilt sich mir darin mit, dass er nicht weiß, wo das Verfahren überhaupt läuft. Seine Verunsicherung und orale Bedürftigkeit kompensiert er mit Naschen, vor allem zu Hause, »ich finde meinen Körper nicht schön, akzeptiere es«, so, als könne er nichts dagegen tun. Als er vor Jahren von zu Hause ausgezogen war, hatte er nach und nach 15 kg abgenommen. Mir wird deutlich, dass er sich mit seinem damaligen Auszug von der Mutter losgerissen hatte, ohne innerlich abgelöst gewesen zu sein. Dem bindenden Werben seiner Mutter hatte er damals widerstanden, »das Ausziehen war mir wichtiger als der Führerschein«. Ich sehe hierin einen guten Therapieansatz für die spätere Bearbeitung seines Autonomiekonfliktes. Im aktuellen Therapiestadium bemühe ich mich, durch geduldiges Zuhören, Gewähren, ihm den Aufbau einer väterlichen Übertragung zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund soll dann später der Autonomiekonflikt eingestellt und eine sichere männliche Identität etabliert werden.

Ich höre mir an, wie er in affektabgespaltener Weise die »Erniedrigungen« während seiner Lehre durch den Chef beklagt, (»du Idiot«). Damals war er suizidal (aggressive Wendung gegen das Selbst bei ausbleibender narzisstischer Gratifikation vor dem Hintergrund mangelnder Phallizität bei schwacher bzw. fehlender männlicher Identität). Aktuell wird

er von seiner Mutter entwertet (»du bist pädophil, hast einen Knacks«). Die Mutter war es, die ihn zur Therapie gedrängt hatte, dafür ist er ihr dankbar. Indes teilt sich mir seine Ambivalenz ihr gegenüber mit. Er erlebt sie einerseits als spendend, andererseits als »kastrierend«. Der Vater taucht in seinen Schilderungen nicht auf. Darauf hingewiesen, bemerkt der Patient, »er war hilflos«, als die Vorfälle bekannt wurden. Mir wird klar, dass der Vater für den Patienten kein positiv prämiertes männliches Identifikationsmodell darstellte, er somit kein positiv besetztes inneres Vaterbild hat. Er verharrt daher in der primären Identifikation mit der Mutter, verstärkte so die weiblichen Anteile seiner männlichen Geschlechtsidentität und konnte in der Folge die stolzen phallischen Attribute seiner Männlichkeit nicht ausbilden.

Für die Vorfälle übernimmt er umfassend Verantwortung, »es war ein Verbrechen« (intakte, jetzt strafende Über-Ich-Funktion). Ihm ist klar, »ich bin nicht erwachsen«. Einerseits freue ich mich über seine Introspektionsfähigkeit, in der in ahnend vorbewusster Weise anklingt, dass er mit dem Missbrauch via Sexualisierung die abgespaltene, ersehnte liebevolle Beziehung zur Mutter reinszenierte. Andererseits sehe ich in seiner depressiven Reaktion eine aggressive Wendung gegen das Selbst. Daher arbeite ich in dieser Phase zunächst stützend unter Einbeziehung kognitiver Therapieelemente, indem ich einerseits die Übernahme der Verantwortung mit daraus resultierender Trauer und Angst als reifen Verarbeitungsmodus positiv prämiere (keine Verdrängung bzw. Verleugnung), andererseits dysfunktionale Annahmen und Gedanken mit ihm korrigiere. Er kümmert sich selbstständig um seine Rechtsbelange und konstatiert, »da muss ich durch«.

Er absolviert schließlich die Gerichtsverhandlung adäquat, wird zu 14 Monaten Freiheitsstrafe auf Bewährung verurteilt. Dabei wird seine »Leistung«, die Therapie begonnen zu haben, strafmildernd gewertet. Er beginnt mit dem Besuch der Fachoberschule.

Autonomieentwicklung mit verbesserter männlicher Identifikation und Probehandeln

Die zweite Therapiephase war durch die Bearbeitung der Themen Autonomieentwicklung und Reflektieren seiner Wünsche nach einer heterosexuellen Partnerschaft und die Erarbeitung der Einsicht in die Funktion der Sexualisierung, d.h. der perversen Inszenierung, gekennzeichnet.

Nach dem »Erfolg« der Gerichtsverhandlung und in der Sicherheit seiner stabilen väterlichen Übertragungsbeziehung (mit korrespondierender Gegenübertragung) verhält er sich gelöster, ansatzweise »phallisch«, indem er das Thema der Stunde vorgibt, will wissen, »wie alles zusammenhängt«. Er spricht immer wieder über seine Ängste während der Schulzeit, seine Entwicklungsverzögerung durch die Behinderungen. Deutlich wird seine damalige Affektretention bzw. -blockade, die sich in Magenschmerzen (Verschiebung ins Somatische) und Schwindelzuständen (Angstsubstitut, Ausdruck existenzieller Verunsicherung) äußerten. Er ist betroffen, keine Peers gehabt zu haben, nur den Bruder, den er dominierte (negative Prämierung durch Mutter, Autonomiehemmung). Er erfasst und betrauert, wie ausgegrenzt er war. In seiner Unterwerfung, seinem reduzierten Selbstwerterleben und der Affektabspaltung konnte er nicht einmal Neid als Entwicklungsmotivator entwickeln. In der Trauer kann er allmählich die Blockade seiner abgespaltene Affekte überwinden. Das idealisierte Bild der Eltern bekommt erste Risse, allmählich entfaltet er das Bild einer überforder-

ten, ungeduldrigen und überfordernden Mutter mit körperlichen Sanktionen, wenn er »nicht gehört« hatte. Nach dem Vater befragt, antwortet er, »möchte ich mich nicht mit vergleichen«. Er erlebt in dieser Phase, dass sich der Vater in Konflikten »rausgehalten« hat, ihn nicht vor dem »kastrierenden« mütterlichen Objekt und dessen Entwertung (»du Arsch«) geschützt hatte. Er reflektiert, »der Vater überließ Mutter das Feld«, d. h. wurde auch von ihr »kastriert«. Dass diese Erinnerungen zugelassen und reflektiert werden, bringt ihn in Konflikt mit dem mütterlichen Objekt. Er berichtet beschwichtigend, »sie hat mit dem Finger auf die Lippen gezeigt, wenn ich nuschte. Heute bin ich dafür dankbar« (Identifikation mit dem Aggressor). Es ist, als dürfe er seine Eltern nicht anklagen, müsse sie vor seinen Schuldvorwürfen schützen. Er entwertet sich temporär wieder als »der nuschele Dumme mit Brille und Hörgerät«. Sein Ärger wird aber deutlich, als er über die späte Therapie der Hörstörung und Gaumensegelparese spricht. Die Versorgung mit dem Hörgerät war »schon zu spät, ist heute mit anderthalb bis zwei Jahren üblich« (statt, wie bei ihm, im sechsten Lebensjahr). Er macht die Erfahrung, dass er seine Ärgerimpulse auf die Eltern »überlebt«. Zwar konfrontiert er die Eltern nicht damit, sucht aber zunehmend die Auseinandersetzung über deren rigide Reglementierungen. Diese Konflikte werden zu Hause anfangs lautstark ausagiert (»strampeln«), allmählich aber »in Diskussionsrunden« erörtert (reifere Konfliktmodi). Die übermächtige Mutter, mit ihrem eindringenden Verhalten, kann er zunächst nur in massiven Ärgerreaktionen zurückweisen (negative Aufladung). In der Auflehnung treten Schuldgefühle auf, er fragt, »bin ich in Ordnung?«. Er eröffnet z. B. »ich habe Mutti grob angefahren«. Ich spiegle ihm die infantile Wortwahl, er reflektiert mit dem Bild »zu klein gewordene Kinderkleidung«. Im Sinne von Veränderungswiderstand lässt er eine Therapiestunde von der Mutter absagen. Wir bearbeiten seinen Widerstand, den Rückfall in infantile Versorgungswünsche an die Mutter. Wenig später sagt er selbst eine Stunde ab, wegen »Ohrenschmerzen«. Damit konfrontiert, fällt ihm die »radikale Lösung« seines damaligen Auszugs von zu Hause wieder ein, an Wochenenden war er damals immer bei den Eltern. Deutung: Sie haben sich losgerissen, sind aber zu Hause verwurzelt geblieben. Er etabliert reifere Konfliktformen, erreicht Lockerungen mütterlicher Kontrolle. Vor diesem Hintergrund zeichnet sich langsam eine innere Lösung von der Mutter ab.

Erleichtert wird ihm dies durch den Besuch der Fachoberschule, er hat Peers gefunden, wird akzeptiert. Dadurch und aufgrund passabler Noten erfährt er narzisstische Gratifikationen und eine Selbstwertsteigerung. Er träumt mit deutlichem Wunscherfüllungscharakter: Ein Mädchen, das er täglich auf dem Schulhof sieht, wird von ihm ins Café eingeladen. Sie halten sich an den Händen, küssen sich zärtlich. Im Traum antizipiert er Probehandeln. Er lernt kurz darauf ein anderes Mädchen kennen, die ihn »angebaggert« hat. Die Beziehungsgestaltung erfolgt wie im Traum, keine Intimitäten.

»Endlich Partnerschaft« geht ihm ständig durch den Kopf, spricht wie früher von Heirat, engt sie ein, bleibt gehemmt, kaum phallisch. Sie trennt sich nach kurzer Zeit von ihm, »auf Anraten der Schwester, die könnte ich in die Luft sprengen«, (Rationalisierung, Verschiebung). Er kann aber – neben den divergierenden Interessen – dem Umstand seines »Klammers« für die Trennung Rechnung tragen. Ihm wird auch deutlich, wie übergroß sein Wunsch war, dadurch männlich zu sein, mit wie wenig er sich begnügt, »war keine Traumfrau, hatte Akne, ich

wollte eine Beziehung« (Quasi-Übergangsobjektfunktion). Vorhergründig kompensiert er die Trennung locker, »ich bin wieder solo«.

Seine Kränkung/Verunsicherung skizziert ein pädophiler Traum, in dem er im Zeltlager einem Jungen den Penis streichelt. Darüber ist der Patient schockiert: »krankhaft« (partielle Regression auf infantiles Niveau nach Objektverlust). Ich deutete ihm, dass er in die Kinderwelt zurückfallen möchte. Er reflektiert, »mit den Kindern hatte ich leichtes Spiel, war Herrscher, habe Macht gehabt, wie die Eltern. Die Kinder waren Ersatz, ich hatte mit Schwachen Sex«. So kann er einerseits die Funktion der Sexualisierung erkennen, andererseits in der Reflexion die Kränkung überwinden. Es kommt zu keinem Rückfall.

Er reift an dieser Erfahrung (verbesserte Frustrationstoleranz), konstatiert, »mal sehen, wie es nächstes Mal läuft«. Wenig später träumt er: Die Eltern sind fort. Er ist mit einer Frau mehrere Tage zu Hause. Sie schlafen in getrennten Zimmern. Sie kommt zu ihm, fragt, ob sie bei ihm schlafen dürfe. In der zweiten Nacht gehen sie gemeinsam ins Bett, schlafen ohne Intimitäten ein. In der dritten Nacht haben beide Lust auf Sex. Sie machen Petting. Er ist zurückhaltend, fürchtet, sie glaube, er wolle nur Sex. Er zögert, küsst aber ihre Brüste und ihr Genitale. Sie legt sich auf ihn, es kommt zum Koitus. Er kommentiert seinen Traum, »Frau muss auf mich zukommen, dann weiß ich, was sie will« (geringe Phallizität). Anhand des Traumes ziehen wir eine Parallele zu seinem gehemmten Verhalten Frauen gegenüber, seiner Angst vor Zurückweisung (wie ihn die Mutter in seinen »phallischen Bestrebungen« zurückgewiesen hat). Er bemerkt, »es dauert lange, bis ich den ersten Schritt tue«. Wir arbeiten in dieser Phase daran, seine Hemmung zu überwinden, übergroße Erwartungen abzubauen, gelassen zu experimentieren. »Ich war zu verkrampft«, räumt er ein, »wollte gleich alles.«

Flankiert wird diese Entwicklung von seiner zunehmenden Autonomie zu Hause. Er braucht mich nicht mehr als machtvoll Objekt (»Dr. Mika hat gesagt«) in Auseinandersetzungen mit der Mutter. Dabei hilft ihm, dass er, zwischenzeitlich Student an der Fachhochschule, dem erweiterten Selbstideal der Eltern hinreichend narzisstische Gratifikationen bietet. Er lernt eine andere junge Frau (18 Jahre, Abiturientin mit Schulproblemen) während einer kirchlichen Veranstaltung kennen. Sie bewundert ihn (Student, Musiker in der Kirchenband), vermittelt ihm so das Gefühl männlicher Dominanz und ermöglicht ihm durch diese narzisstische Aufladung eine angstfreie Annäherung. Nach dreiwöchiger zärtlicher Beziehung kommt es zu Intimitäten.

Stabile Partnerbeziehung mit beruflicher Neuorientierung

Die letzte Therapiephase ist in ihrem ersten Abschnitt durch eine weitere innere Ablösung von der mächtigen mütterlichen Imago gekennzeichnet. Er stellt die Freundin seinen Eltern vor. Sie gehen in sein Zimmer, werden aber von seinen Eltern gestört (kontrolliert). Als sie im Bett liegen, klopft der Vater an seine Tür, fragt ärgerlich »soll ich deine Freundin nach Hause bringen? Die Mutter ruft: »Du musst noch Schuhe putzen.« Die Freundin und er haben zwar darüber gelacht, er fühlte sich jedoch »wie ein kleiner Junge«. In der Stunde berichtet er, es sei »unpassend« gewesen, er habe auf Klärung gedrängt, der Vater hatte ihn auf »morgen« getröstet. Wir klären die Respektlosigkeit und Übergriffigkeit der Eltern. Wie wenig sie sich mit ihm freuen können, denke ich, jetzt, da er »männlicher«

wird. Der Vater habe gesagt, »nicht so ran gehen«, sonst sei alles »schon ausprobiert«, es »bleibt nichts für später«. In einem klärenden Gespräch mit dem Vater sagt dieser, er habe Mutter erst nach der Hochzeit »näher kennen gelernt«, drängt den Patienten, seiner Freundin »seine schwarze Vergangenheit« darzulegen. Der Patient ist konsterniert, »dann kann ich ja gleich Schluss machen«. Auch ich bin darüber betroffen, wütend, wie der Patient, als neide ihm der Vater seinen Erfolg, anstatt sich »unter Männern« mit ihm zu freuen. In diesem Rahmen wird die Vaterbeziehung des Patienten bearbeitet, mit dem Ergebnis, dass der Vater negative Aspekte von Männlichkeit repräsentiert, mit denen es sich nicht zu identifizieren lohnt. Deutlich wird zudem, dass die Vaterbeziehung auf einer phallischen Ebene (Rivalität, Eifersucht des Vaters) gestört ist. In der Konsequenz löst er sich stärker von den Eltern. Er bleibt bis spät nachts bei der Freundin und deren Familie (Suchbewegung nach anderen Identifikationsformen), zunächst als seine Eltern in Urlaub sind. Später lässt er sie telefonisch wissen, dass er erst nachts nach Hause kommen wird, sie sind besorgt, ob er nicht »störe«. Mit seiner Freundin schläft er nur in ihrem Zuhause, später verweist er mit ihr am Wochenende in die nähere Umgebung. Seine Eltern akzeptieren dies ohne größere Einwände. Sein klammerndes Verhalten hat er überwunden bzw. überkompensiert es männlich-autoritär. Es gibt Streit mit der Freundin darüber, dass er so viel fürs Studium arbeitet, das ihm sehr schwer fällt. »Ich hab's ihr knallhart gesagt.« Er will sich »nicht einschleimen« und »kein Süßholz raspeln«. Wir erörtern Strategien, mit denen er für seine Haltung »werben« kann. Zunächst ist er gekränkt, sagt eine Stunde wegen »Klausurvorbereitungen« ab, reflektiert, »ich habe wieder gestrampelt«. Dass die Freundin zwei sehr junge Geschwister (vier und sechs Jahre), d. h. im Alter der Kinder, deretwegen er straffällig geworden war, hat, sagt er mir später und eher beiläufig. Ich thematisiere es, er ist »stolz«, es »alleine« zu schaffen. Mir wird klar, dass er mich immer weniger braucht und ich in der Vaterübertragung nicht mehr alles zu wissen brauche. Wie er auch seinen Vater nicht um Hilfe bittet, als er sich ein Auto kauft, dabei helfen ihm Kommilitonen. Dass er dieses, wie auch den Führerschein, durch Ferienjobs finanzierte, ist für mich ein weiterer Hinweis, dass er »den Kindersachen« entwachsen ist. Auch in der Wahl seiner Ferienjobs spiegelt sich seine Entwicklung wider. Er arbeitet in der Fabrik, ist den Babysitterjobs entwachsen. In den Stunden ist er selbstbewusst, »darüber diskutieren wir noch«. Zehn Stunden vor dem Therapieende ist er zunehmend nachdenklich, bedrückt, er will sein Studium beenden, das ihn überfordert. Er reflektiert adäquat, dass Schule und Studium ein Interim darstellten, die beste Möglichkeit boten, die Zeit nach der Kündigung zu kompensieren. Sie stellten zudem ein ihn wesentlich förderndes Umfeld dar, in dem er positive Peer-Group-Erfahrungen verspätet erleben konnte und nachzureifen vermochte. Er findet eine Stelle in seinem Lehrberuf, handelt ein gutes Gehalt aus, wird dort zudem eine Ergänzungsausbildung absolvieren und sich zum Meister weiterbilden. Im privaten Bereich plant er alsbald, von zu Hause auszuziehen, sich in zwei Jahren zu verloben, Heirat evtl. in sechs Jahren. Kinderwunsch besteht nicht. Diesbezügliche Planungen seiner Freundin, die, bei ungewisser Abiturprognose, vielleicht in einer Mutterschaft die Versorgung anstrebt, »gehen mir zum einen Ohr rein und anderen wieder raus«. Er wünscht, dass sie, wenn sie nicht studieren wird, was wahrscheinlich ist, eine Lehre absolviert, »erst dann Kinder«. Eher pflichtgemäß absolvieren wir beide noch das Rückfallprophy-

laxe-Manual von ELDRIDGE und BULLENS (o. J.), das er »langweilig« findet. Er präferiert die bisherige Therapiegestaltung. In dieser Weise (»so wie immer«) leiten wir das Therapieende ein. Am Ende der Therapie hat sich sein Aussehen verändert, er ist schlanker, sportlich-modisch gekleidet, trägt eine moderne Brille, wirkt markanter, seine Umgangsformen sich sicherer. In der letzten Stunde dankt er mir für meine Geduld, dass er die »Chance« zur Therapie bekam. Er konstatiert, dass er sich entwickeln konnte, weil ich ihm »Freiräume« gegeben habe.

Zusammenfassung und Kommentar

Aufgrund meiner initialen väterlichen Gegenübertragung, dem Impuls, dem »behinderten braven Jungen« zu helfen, hatte ich mich prompt auf die Therapie eingelassen. Dabei hatten mich die durch seine frühkindlichen Entbehrungen und seinen »Leidensweg« während der Schulzeit in mir mobilisierten Schutzimpulse spontan für ihn eingenommen. Hinzu kamen seine Offenheit, seine gute Introspektionsfähigkeit sowie das von ihm im Erstinterview formulierte Therapieziel, »ich will ohne das Problem leben«, in dem sich für mich sein Leidensdruck darstellte. Er stand durch die Delikte vor dem »Aus«, hatte seinen Job verloren, sollte daher eine »zweite Chance« bekommen.

Aus Studien mit hörgeschädigten Kindern war mir geläufig, dass die Kommunikation zwischen Eltern und Kind sich dahingehend entwickelt, mehr didaktisch und weniger wechselseitig zu sein. Dies führt im täglichen Umgang dazu, dass entweder »Schimpfen« als rasch wirksame Reaktion bevorzugt wird oder aber aufgrund der kommunikativen Anstrengungen Konfliktsituationen, die eine sprachliche Erläuterung des anderen Standpunktes erforderlich machen, von vornherein vermieden werden. Daraus folgt, dass kaum Gespräche über Handlungsalternativen resultieren mit der Folge einer niedrigen »Eingreifschelle« für die Eltern. Vor diesem Hintergrund wollte ich die »Fehler« der Eltern korrigieren und dem Patienten in gewährender Weise eine Nachreife ermöglichen.

Die Therapie gestaltete sich insgesamt leicht für mich. Ich denke, dass dem Aufbau einer väterlichen Übertragungsbeziehung mit meiner korrespondierenden Gegenübertragung ein hoher Stellenwert bezüglich des Therapieerfolges zukam. Ich freute mich mit ihm, als er die erste Therapiephase, gekennzeichnet durch Selbstentwertungen, Angst vor dem Strafmaß, durch den Einsatz kognitiver Therapieelemente gut absolvierte und bereits das Bewältigen der Verhandlung als »Erfolg« für sich annehmen konnte. Sein Veränderungswille, sich – trotz negativer Erfahrungen in der Kindheit – nicht in vermeidender Weise zurückzuziehen, sondern die Herausforderungen der neuen Schulzeit anzunehmen, imponierten mir und ließen mich mit »väterlichem Stolz« an seiner Entwicklung teilhaben. In der väterlichen Übertragung konnte er seine auf der phallischen Ebene gestörte Vaterbeziehung (Rivalität, Eifersucht des Vaters) überwinden und eine sichere männliche Identität entwickeln. Auf dieser Grundlage (im Sinne einer verspäteten Triangulierung) gelang es ihm, die primär symbiotische Identifikation mit der Mutter zu beenden, um so die Voraussetzungen für die Entwicklung eines sicheren Gefühls von Männlichkeit zu schaffen, wodurch die Plombenfunktion der Perversion (MORGENTHALER 1984, GOLDBERG 1995, 1997, 1998, PFÄFFLIN 2004) überflüssig wurde. Seit Abschluss der Behandlung vor vier Jahren ist er nicht wieder rückfällig geworden.

Literatur

- ELDRIGE H, BULLENS R (o. J.) Dauerhafte Veränderung. Handbuch zur Rückfallprävention für Täter vom sexuellen Missbrauch an Kindern. Leiden: Ambulant Bureau Jeugdwelezijszorg
- GOLDBERG A (1995) The problem of perversion. The view from self psychology. New Haven: Yale University Press
- GOLDBERG A (1997) Perversion. *Recht & Psychiatrie* 15: 152–155
- GOLDBERG A (1998) Perversion aus der Sicht psychoanalytischer Selbstpsychologie. *Psyche* 52: 709–730
- MORGENTHALER F (1984) Homosexualität, Heterosexualität, Perversion. Frankfurt/Main – Paris: Qumran
- PFÄFFLIN F (2004) Sexualstraftaten. In FOERSTER K (Hrsg) Venzlaff/Foerster Psychiatrische Begutachtung. München, Elsevier, S. 275–302

Anschrift des Verfassers

*Klinikum Heidenheim
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Schloßhausstr. 100
89522 Heidenheim*