Aus dem Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen bei Männern mit einer Präferenz für Kinder in einem klinischen Sample

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Anna-Christina Kunze
aus Dresden

Datum der Promotion: 04.06.2021

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis **5**

Abkürzungsverzeichnis **6**

1. Abstract **7**

2. Einleitung **11**

2.1 Sexueller Kindesmissbrauch **12**

2.1.1 Epidemiologie 13

2.1.2 Folgen sexuellen Kindesmissbrauchs 15

2.2 Risikofaktoren für sexuelle Verhaltensstörungen **17**

2.3 Pädophilie **18**

2.3.1 Definition und Diagnose 18

2.3.2 Sexuelle Präferenz und sexuelles Verhalten 20

2.3.3 Epidemiologie 21

2.3.4 Ätiologie 22

2.3.5 Therapie 23

2.3.6 Pädophilie und sexuelle Verhaltensstörungen 24

2.4 Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen **26**

2.4.1 Definition 26

2.4.2 Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen bei Menschen mit einer Pädophilie 28

2.4.3 Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen und sexuelle Verhaltensstörungen 34

2.5 Limitationen bisheriger Studien **36**

2.6 Hypothesen und Fragestellung **37**

3. Material und Methodik 38

3.1 Studiendesign 38

3.2 Stichprobe 38

3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien 38

3.2.2 Gruppen 39

3.2.3 Stichprobenbeschreibung 40

3.3 Materialien 45

3.4 Prozedur 47

3.4.1 NeMUP 47

3.4.2 Rekrutierung der Probanden 48

3.4.3 Untersuchungsablauf 49

3.4.4 Datenverarbeitung und -aufbereitung 50

3.5 Statistische Analyse 51

4. Ergebnisse 52

4.1 Vergleich der PH mit Kontrollprobanden 52

4.2 Vergleich der PH nach Tätertypen 55

5. Diskussion 60

5.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse 60

5.2 Vergleich der PH mit Kontrollprobanden 61

5.2.1 Psychische Störungen (SKID I) 61

5.2.2 Persönlichkeitsstörungen (SKID II) 64

5.3 Vergleich der PH nach Tätertypen 67

5.3.1 Psychische Störungen (SKID I) 67

5.3.2 Persönlichkeitsstörungen (SKID II) 69

5.4 Limitationen 70
5.4.1 Soziodemographische Daten 70
5.4.2 Untersuchte Stichprobe 73
5.4.3 Assessment-Methode und Schweigepflicht 75
5.4.4 Statistische Analyse 76
5.5 Fazit & Ausblick 77
6. Literaturverzeichnis 78
7. Eidesstattliche Versicherung 91
8. Lebenslauf 92
9. Danksagung 93

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht beschriebener Literatur zur Prävalenz psychischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen 32

Tabelle 2 Soziodemographische Daten der PH und Kontrollprobanden 41

Tabelle 3 Soziodemographische Daten der PH nach Tätertypen 43

Tabelle 4 Vergleich der PH mit Kontrollprobanden in Bezug auf SKID I 53

Tabelle 5 Vergleich der PH mit Kontrollprobanden in Bezug auf SKID II 54

Tabelle 6 Vergleich der PH nach Tätertypen in Bezug auf SKID I 56

Tabelle 7 Vergleich der PH nach Tätertypen in Bezug auf SKID II 58

Abkürzungsverzeichnis

df:	Freiheitsgrad
DSM-IV/V:	Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen, vierte/fünfte Auflage
F:	einfaktorielle Varianzanalyse
ICD-10:	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
M:	Mittelwert
N/n:	Anzahl
NeMUP:	Neurobiologische Grundlagen von Pädophilie und sexuellem Missbrauchsverhalten gegen Kinder
NMA:	Nutzung von Missbrauchsabbildungen
p:	Signifikanzniveau
P. Chi-Quadrat	Pearson Chi-Quadrat
PH:	Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie
PPD:	Präventionsprojekt Dunkelfeld
PS:	Persönlichkeitsstörung
SD:	Standardabweichung
SKID:	Strukturiertes klinisches Interview nach DSM-IV
SKM:	Sexueller Kindesmissbrauch
StGB:	Strafgesetzbuch
t:	t-Test
WHO:	Weltgesundheitsorganisation
X^2:	Chi-Quadrat-Test

1. Abstract

“Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen bei Männern mit einer Präferenz für Kinder in einem klinischen Sample”

Anna-Christina Kunze

Sexueller Kindesmissbrauch ist ein weltweites Problem mit schwerwiegenden Kurz- und Langzeitfolgen für die Betroffenen. Einer der bedeutendsten Risikofaktoren für wiederholten sexuellen Kindesmissbrauch stellt eine pädophile Sexualpräferenz sowie das Vorliegen einer Psychopathologie dar. Trotz der hohen Zahl an Sexualstraftaten an Kindern liegen nur wenige Studien zu psychiatrischen Störungen als Komorbidität in der pädo- und/oder hebephilen Bevölkerung vor. Zumal die bisherige Datenlage fast ausschließlich im Hellfeld erhoben wurde, ergibt sich die Notwendigkeit, die Gruppe von verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und das Dunkelfeld, d.h. von der Justiz unentdeckt sexuell übergriffige Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, näher zu erforschen.

Die vorliegende Arbeit untersuchte in einer retrospektiven Fallanalyse, inwiefern psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen mit der sexuellen Präferenz für das vor- und/oder frühpubertäre Körperschema (i.S. einer Pädo- und/oder Hebephilie), sowie mit sexuellen Verhaltensstörungen (i.S. der Nutzung von Missbrauchsabbildungen und/oder sexuellen Kindesmissbrauch) bei der Dunkelfeldpopulation komorbid einhergehen. Dazu wurden in der ersten Berechnung Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie mit Kontrollprobanden verglichen. Im darauffolgenden Schritt wurden innerhalb der Gruppe der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie die verschiedenen Tätertypen gegenübergestellt.

Die Erhebung der Daten fand im Rahmen des Forschungsprojektes *Neural Mechanisms underlying Paedophilia and Child Sexual Abuse* (NeMUP) und der Kooperation mit dem *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) statt. Die vorliegende Arbeit berücksichtigte alle 115 Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, sowie 128 Kontrollprobanden der fünf beteiligten Standorte des NeMUP-Projektes aus dem Zeitraum vom 01.01.2012 bis zum 31.12.2014. Die Diagnose der Pädo- und/oder Hebephilie erfolgte nach der ICD-10. Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen wurden

mittels der strukturierten klinischen Interviews nach DSM-IV (SKID I & II) erhoben. Unterschiede in der Verteilung der nominal skalierten Daten wurden mittels Pearson Chi-Quadrat-Test (IBM SPSS Statistics 25©) untersucht.

Die Gruppe der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie wies eine statistisch signifikant höhere Prävalenz an psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen auf als die Kontrollprobanden. Beim Aufschlüsseln der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie in einzelne Tätertypen zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied bzgl. der Prävalenz von psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Bislang wurde eine deutlich höhere Prävalenz für psychische und Persönlichkeitsstörungen bei pädo- und/oder hebephilen Sexualstraftätern beschrieben, die sich hier nicht bestätigt hat. Die Heterogenität der Ergebnisse geht am ehesten auf die verschiedenen Studienpopulationen zurück, da bisherige Studien meist im Hellfeld durchgeführt wurden. Die höheren Prävalenzzahlen der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie im Vergleich zu den Kontrollprobanden kann im Kontext der Minoritäten-Stress-Theorie diskutiert werden.

“Mental disorders and personality disorders in men with a preference for children in a clinical sample”

Anna-Christina Kunze

Sexual child abuse is a worldwide problem with profound short- and long-term consequences for those affected. One of the most important risk factors for repeated sexual child abuse is a paedophile sexual preference and the existence of a psychopathology. Despite the high number of sexual offences committed against children, there are few studies on psychiatric disorders as a co-morbidity in the paedo- and/or hebephile population. Data available thus far has been collected almost exclusively in the bright field. It is necessary to investigate people with paedo- and/or hebephilia who do not display behavioural disorders, and the dark field, i.e. those that have paedo- and/or hebephilia and commit sexual assault, but are unknown to the authorities.

In a retrospective case analysis, the present study investigated the extent to which mental disorders and personality disorders are associated with the sexual preference for the pre- and/or early adolescent body pattern (in terms of paedo- and/or hebephilia), as well as with sexual behavioural disorders in the dark field population.

The data collection took place within the framework of the research project *Neural Mechanisms underlying Paedophilia and Child Sexual Abuse* (NeMUP) and the cooperation with the *prevention project Dunkelfeld* (PPD). The present study considered all 115 men with paedo- and/or hebephilia as well as 128 control subjects of the five participating locations of the NeMUP project from the period from 01.01.2012 to 31.12.2014. The diagnosis of paedo- and/or hebephilia was made according to ICD-10. Mental and personality disorders were assessed using structured diagnostic procedures according to DSM-IV (SKID I & II). Differences in the distribution of the nominally scaled data were examined using the Pearson Chi-square test (IBM SPSS Statistics 25©).

The group of people with paedo- and/or hebephilia showed a statistically significantly higher prevalence of mental and personality disorders than the control subjects. Dividing people with paedo- and/or hebephilia into individual offender types showed no statistically significant difference in the prevalence of mental and personality disorders.

So far, a significantly higher prevalence of mental and personality disorders has been described in paedo- and/or hebephile sex offenders. This has not been confirmed here. The heterogeneity of the results is most likely due to the different study samples, as previous studies have mostly been conducted in brightfield settings. The higher prevalence figures of people with paedo- and/or hebephilia compared to the control subjects can be discussed in the context of the minority stress theory.

2. Einleitung

Sexueller Kindesmissbrauch ist ein gravierendes und internationales Problem, welches schwerwiegende Kurz- und Langzeitfolgen für die Betroffenen hat (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001; Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009; Putnam, 2003; Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). Dem kann durch erfolgreiche Prävention und Adressierung der relevanten Risikofaktoren entgegengewirkt werden (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002; Whitaker et al., 2008).

40-50% der Sexualstraftaten an Kindern werden von Menschen mit einer pädophilen Neigung ausgeübt (Maletzky & Steinhauser, 2002; Seto & Lalumière, 2001). Gleichzeitig wird Pädophilie als Störung der Sexualpräferenz als einer der bedeutendsten Risikofaktoren für wiederholten sexuellen Kindesmissbrauch beschrieben (Hanson & Bussière, 1998; Hanson, Morton, & Harris, 2003; Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Mann, Hanson, & Thornton, 2010). Einen weiteren Risikofaktor stellt das Vorliegen einer psychischen Störung oder Persönlichkeitsstörung auf Seiten des Täters dar (Fagan, Wise, Schmidt, & Berlin, 2002; Långström, Sjöstedt, & Grann, 2004). Trotz der hohen Zahl an Sexualstraftaten an Kindern liegen kaum Studien zu psychiatrischen Störungen als Komorbidität in der pädo- und/oder hebephilen Bevölkerung vor (Krueger, Kaplan, & First, 2009). Zusätzlich basiert die vorliegende Datenlage fast ausschließlich auf Studien am Hellfeld, das bedeutet der Justiz bekannten Sexualstraftätern. Es besteht die Notwendigkeit, die Gruppe von verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und das Dunkelfeld, d.h. von der Justiz unentdeckt sexuell übergriffige Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, zu erforschen.

Die vorliegende Arbeit untersuchte in einer retrospektiven Fallanalyse, inwiefern psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen mit der sexuellen Präferenz für das vor- und/oder frühpubertäre Körperschema (im Sinne einer Pädo- und/oder Hebephilie), sowie mit sexuellen Verhaltensstörungen (im Sinne der Nutzung von Missbrauchsabbildungen und/oder sexuellen Kindesmissbrauch) bei der Dunkelfeldpopulation komorbid einhergehen. Dieses Wissen ist relevant für die Risikoeinschätzung bei Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie im Dunkelfeld und damit auch für die Weiterentwicklung primär- und sekundär-präventiver therapeutischer Ansätze zur

Vorbeugung sexuellen Kindesmissbrauchs und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen (Fazel, Sjostedt, Langstrom, & Grann, 2007; Långström et al., 2004).

2.1 Sexueller Kindesmissbrauch

Die Begrifflichkeiten um missbräuchliche Verhaltensweisen bzw. sexuellen Kindesmissbrauch können missverständlich sein, da die Bandbreite der darunter verstandenen Delikte groß und nicht jedes Verhalten strafbar ist (Göppinger, 2008). Unter sexuellem Kindesmissbrauch kann sexueller Kindesmissbrauch mit direktem Kontakt („Hands-on"), im Sinne von sexuellen Handlungen am Körper des Kindes (z.B. Zungenküsse, Kontakt mit den Genitalien des Kindes, Penetration), aufgefasst werden. Es kann unter sexuellem Kindesmissbrauch jedoch auch „indirekter sexueller Kindesmissbrauch" („Hands-off"), im Sinne von Missbrauchshandlungen, ohne dass der Körper des Kindes berührt wird (z.B. Exposition des Kindes gegenüber sexuellen Aktivitäten wie Masturbation vor dem Kind, Zeigen von Missbrauchsabbildungen), gezählt werden. Das Nutzen von Missbrauchsabbildungen nimmt eine Sonderstellung ein. Deren Produktion beruht auf der sexuellen Ausnutzung und oft gleichzeitig dem sexuellen Missbrauch von Kindern, das Nutzen dieser findet jedoch ohne den direkten Kontakt zum Kind statt. Aus diesem Grund hat der Begriff „Missbrauchsabbildungen" im Gegensatz zu dem verharmlosenden Begriff „Kinderpornographie" Eingang in die Literatur gefunden (Murray, Nguyen, & Cohen, 2014; Stoltenborgh et al., 2011).

Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive erklären Bange und Deegener (1996, S. 105):

> Sexueller Missbrauch an Kindern ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.

Strafbarer sexueller Kindesmissbrauch und Missbrauchsabbildungen sind im Strafgesetzbuch (StGB) wie folgt definiert:

- Sexueller Missbrauch von Kindern ist nach §176 definiert als sexuelle Handlungen an einer Person unter 14 Jahren oder die Veranlassung sexueller Handlungen an sich selbst oder einem

Dritten durch das Kind, sowie die Veranlassung sexueller Handlungen durch einen Dritten an dem Kind. Ebenfalls als sexueller Missbrauch zählen sexuelle Handlungen vor einem Kind, sowie das Einwirken auf ein Kind durch Vorzeigen pornographischer Abbildungen und Darstellungen, das Abspielen von Tonträgern pornographischen Inhalts, durch Zugänglichmachen pornographischen Inhalts mittels Informations- und Kommunikationstechnologie oder durch entsprechende Reden. (§176 StGB)

- Eine Missbrauchsabbildung bzw. eine kinderpornographische Schrift liegt nach §184b vor, wenn sie Folgendes zum Gegenstand hat: a) sexuelle Handlungen von, an oder vor einer Person unter 14 Jahren; b) die Wiedergabe eines ganz oder teilweise unbekleideten Kindes in unnatürlich geschlechtsbetonter Körperhaltung oder c) die sexuell aufreizende Wiedergabe der unbekleideten Genitalien oder des unbekleideten Gesäßes eines Kindes. (§184b StGB)

In dieser Arbeit steht sexueller Kindesmissbrauch für alle direkten und indirekten sexuellen Handlungen an und vor einem Kind und wird von der Nutzung von Missbrauchsabbildungen differenziert. Beide Missbrauchsphänomene werden unter dem Überbegriff „sexuelle Verhaltensstörungen“ zusammengefasst.

2.1.1 Epidemiologie

Laut der polizeilichen Kriminalstatistik 2019 wurden in dem Jahr in Deutschland 13670 Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch nach den §§176, 176a und 176b des StGB sowie rund 12300 Fälle von Kinderpornographie registriert. Bei diesen Zahlen handelte es sich nur um das Hellfeld (Bundeskriminalamt, 2020; Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2020).

Studien zur Prävalenz von sexuellem Kindesmissbrauch kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Dies ist auf die jeweils angewandte Definition und das Forschungsdesign zurückzuführen (Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, Manfredi, & Hassler, 1997; Goldman & Padayachi, 1997; Pedersen & Skrondal, 1996). Beispielsweise definieren manche Studien sexuellen Missbrauch allgemein als „ungewollten sexuellen Kontakt“, andere Studien differenzieren nach „direktem und indirektem Missbrauch“, bzw. „penetrativem und nicht-penetrativem Missbrauch“ (Goldman & Padayachi, 2000;

Lalor & McElvaney, 2010). Ein Großteil der begangenen Delikte wird zum Zeitpunkt der Tat nicht zur Anzeige gebracht, deshalb bieten retrospektive Befragungen von Erwachsenen zu sexuellem Kindesmissbrauch während ihrer Kindheit die Chance, ein realistisches Bild von begangenem sexuellem Kindesmissbrauch zu schaffen. Trotzdem bleibt ein nicht abschätzbarer Anteil von begangenen Delikten aufgrund von unter anderem Schamgefühl, Angst, dem Gefühl von eigener Schuld an dem Missbrauch und Verlust des Selbstwertes unberichtet. Erinnerungsverzerrungen mit zunehmenden Abstand zum Ereignis im Erwachsenenalter sollten zusätzlich nicht unterschätzt werden. Man kann vermuten, dass nur die Spitze des Eisberges erfasst wird und auch bei diesem Studienformat eine hohe Dunkelziffer besteht (Fontes, 2007; Krug et al., 2002; Schönbucher, Maier, Mohler-Kuo, Schnyder, & Landolt, 2012).

Eine amerikanische Studie befragte 4549 Kinder und deren Betreuer/innen mittels einer Telefonumfrage zu erlebtem sexuellen Missbrauch. 6.1% der Kinder hatten sexuellen Missbrauch im vergangenen Jahr und 9.8% während ihrer bisherigen Lebenszeit erlebt. Die Kategorie sexueller Missbrauch beinhaltete dabei unter anderem sexuelle Belästigung, die Exposition zu sexuellem Material und sexuelle Belästigung im Internet. Mädchen waren deutlich häufiger betroffen als Jungen. Für die Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen stiegen die Prävalenzzahlen auf 16.3% im letzten Jahr und 27.3% über die bisherige Lebenszeit an (Finkelhor, Turner, Ormrod, & Hamby, 2009). Eine Folgestudie im Jahr 2013 bestätigte die Resultate (Finkelhor, Turner, Shattuck, & Hamby, 2013). Es existieren diverse internationale Metaanalysen, die die Prävalenz von sexuellem Kindesmissbrauch untersuchen. Pereda et al. (2009) verglichen in ihrer Studie die Prävalenzzahlen aus 39 Studien, wobei 21 Länder inbegriffen waren. Mit einer durchschnittlichen Prävalenz für sexuellen Missbrauch von 7.9% bei Jungen und 19.7% bei Mädchen zeigte die Analyse von Pereda et al. (2009) ähnliche Prävalenzen wie in den bereits aufgeführten Studien. Eine größer angelegte Metaanalyse, welche Daten aus 331 Studien berücksichtigte, verdeutlicht den starken Einfluss der Datenerhebung auf die Prävalenzzahl. Studien, welche die Daten über Informationen aus Berichten von zum Beispiel Lehrer/innen oder anderen Betreuer/innen sammelten, fanden eine Prävalenz von 0.4%, während Studien, welche die Daten mittels Selbstbericht sammelten, eine Prävalenz von 12.7% beschrieben (Stoltenborgh et al., 2011). Eine weitere erwähnenswerte Meta-Analyse stammt von Barth et al. (2013) und beinhaltet 55 Studien aus 24 Ländern. Die Besonderheit dieser Studie liegt darin, dass die weltweite Häufigkeit von sexuellem Kindesmissbrauch anhand von Studien, die Kinder und

Jugendliche direkt befragte, berechnet wurde. Folgende Arten des sexuellen Missbrauchs wurden unterschieden: ohne Körperkontakt, mit Körperkontakt, erzwungene Penetration und eine gemischte Form. Die Prävalenzzahlen bewegten sich entsprechend der Zuordnung zu diesen Kategorien zwischen 8 bis 31% bei Mädchen und 3 bis 17% bei Jungen.

Mit dem Aufkommen und Ausbreiten des Internets wurde dieses zu einer neuen Plattform für sexuellen Kindesmissbrauch (Bryan-Low, 2006). Demnach stieg in England und Wales die Zahl der Verurteilungen aufgrund des Herunterladens von Missbrauchsabbildungen von 238 in 1990 auf 1296 in 2005 (Aslan & Edelmann, 2014). In den USA stiegen Sexualstraftaten an Kindern um ungefähr 15% jährlich von 1994 bis 2006 an, wobei 82% des jährlichen Zuwachses auf das Nutzen von Missbrauchsabbildungen zurückzuführen war (Krueger et al., 2009). Eine ähnliche Tendenz verzeichnet die deutsche polizeiliche Kriminalstatistik, wonach die Fallzahlen zu Verbreitung, Erwerb, Besitz und Herstellung kinderpornographischen Materials für das Jahr 2019 im Vergleich zu 2018 um 65% anstiegen (Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2020).

2.1.2 Folgen sexuellen Kindesmissbrauchs

Sexueller Kindesmissbrauch wirkt sich auf die psychische, somatische und soziale Gesundheit von Betroffenen aus. Dies führt wiederum zu Folgekosten für das Gesundheitssystem. Somit sollte der Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch eine zentrale Stellung in der Gesundheitsvorsorge zukommen (Stoltenborgh et al., 2011; Whitaker, Lutzker, & Shelley, 2005).

Zu den psychischen Folgen über die Lebensspanne zählen unter anderem: niedriges Selbstbewusstsein, Angststörungen, Depressionen, Wut, Aggression, Schlafstörungen, Essstörungen (vor allem Bulimie), posttraumatische Belastungsstörungen, Substanzmissbrauch, Dissoziationsstörungen, sexuelle Dysfunktion, somatisierende Störungen, selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche und Persönlichkeitsstörungen (vor allem Borderline-Persönlichkeitsstörung) (Briere & Elliott, 2003; Cutajar et al., 2010; Lalor & McElvaney, 2010; Paolucci et al., 2001; Perez-Fuentes et al., 2013; Putnam, 2003; Remschmidt, 2011; Wells & Mitchell, 2007).

Soziale Konsequenzen können in der Kindheit sexualisiertes Verhalten, Schul- oder Lernprobleme und sozialer Rückzug sein (Wells & Mitchell, 2007). Im Jugend- und Erwachsenenalter sind Partnerschafts- und Familienprobleme und riskantes sexuelles Verhalten der Betroffenen vorrangig. Dies reicht von multiplen Sexualpartnern, Schwangerschaft im Jugendalter bis zu sexuellen Missbrauchserfahrungen im Erwachsenenalter (Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005; Dube et al., 2005; Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1997; Homma, Wang, Saewyc, & Kishor, 2012; Lalor & McElvaney, 2010; Noll, Trickett, & Putnam, 2003; Paolucci et al., 2001). Dube et al. (2005) zeigten, dass der Schweregrad des sexuellen Missbrauchs, penetrativ im Vergleich zu nicht-penetrativ, mit einem erhöhten Risiko für soziale oder gesundheitliche Probleme im Erwachsenenalter assoziiert ist.

Somatische Konsequenzen sexuellen Kindesmissbrauchs entwickelten sich im Zusammenspiel mit den bereits berichteten Folgen. Demnach bestand ein erhöhtes Risiko für Herz-, Lungen- und Lebererkrankungen, Krebs und sexuell übertragbare Erkrankungen (Felitti et al., 1998).

Die Folgekosten kann man zwischen direkten, zum Beispiel für die Behandlung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Traumatisierung, und indirekten, zum Beispiel durch Fördermaßnahmen im Bereich der Bildung und Minderung der individuellen volkswirtschaftlichen Produktivität, differenzieren. Die „Deutsche Traumafolgekostenstudie“ schätzte den Gesamtwert an Belastung aufgrund von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung auf 11 Milliarden Euro jährlich in Deutschland (Habetha et al., 2012).

2.2 Risikofaktoren für sexuelle Verhaltensstörungen

Der Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen kommt eine Schlüsselstellung zu, um die weitreichenden psychischen, sozialen und physischen Folgen zu verhindern (Krug et al. 2002). Für die Primärprävention ist es notwendig zu verstehen, welche Risikofaktoren für sexuellen Kindesmissbrauch von Bedeutung sind (Whitaker et al., 2008).

Hauptrisikofaktor für erstmaligen und wiederholten sexuellen Kindesmissbrauch ist die sexuelle Präferenz für Kinder (Hanson & Bussière, 1998; Hanson et al., 2003; Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Seto, 2004).

Verschiedene Theorien beschreiben, wie biologische, psychologische und zwischenmenschliche Faktoren zu sexuellem Kindesmissbrauch führen. Ward und Siegert (2002) entwickelten das „Pathways"-Modell unter Einbeziehung vorheriger Modelle. Sexueller Kindesmissbrauch generiert sich demnach aus vier Faktoren seitens des Täters:

- Defizite in Intimitäts- und sozialen Kompetenzen,
- verzerrte sexuelle Vorstellungen,
- emotionale Dysregulation und
- kognitive Verzerrungen.

Nach Ward und Siegert (2002) besteht demnach ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer pädophilen sexuellen Orientierung, psychischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Verhaltensstörungen. Einerseits stellen sowohl Pädophilie als auch psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen Risikofaktoren für sexuellen Kindesmissbrauch dar, andererseits ist die Prävalenz von psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen bei Sexualstraftätern mit einer Pädophilie im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht (Kafka, 2012; Ward & Siegert, 2002).

Im Folgenden werden Pädophilie, psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen beleuchtet, sowie deren separates als auch gemeinsames Auftreten als Risikofaktoren für sexuelle Verhaltensstörungen, im Sinne von sexuellem Kindesmissbrauch und Nutzung von Missbrauchsabbildungen.

2.3 Pädophilie

2.3.1 Definition und Diagnose

Der Begriff Pädophilie stammt aus dem Griechischen und bezeichnet die Liebe (philia) für junge Kinder (pedeiktos). Ende des 19. Jahrhunderts wurde er durch den Psychiater Krafft-Ebing mit der Bezeichnung „pedophilia erotica" geprägt, was wortwörtlich die erotische Liebe zu Kindern bedeutet (Fagan et al., 2002; Seto, 2004).

Pädophilie wird neben anderen sexuellen Präferenzen zu den Paraphilien gezählt. Im „Diagnostischen und statistischen Leitfaden psychischer Störungen, fünfte Auflage" (DSM-V) werden Paraphilien wie folgt definiert:

> Der Begriff der Paraphilie bezeichnet jedes intensive und anhaltende sexuelle Interesse, das kein sexuelles Interesse an genitaler Stimulation oder am Vorspiel für sexuelle Handlungen mit phänotypisch normalen, körperlich erwachsenen, einwilligenden menschlichen Partnern ist. . . . Eine paraphile Störung ist eine Paraphilie, die gegenwärtig zu Leiden oder Beeinträchtigungen des Betroffenen führt, oder eine Paraphilie, deren Befriedigung mit persönlichem Schaden oder dem Risiko der Schädigung anderer verbunden ist. Eine Paraphilie ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für das Vorhandensein einer paraphilen Störung. Eine Paraphilie für sich genommen rechtfertigt oder erfordert nicht notwendigerweise eine therapeutische Intervention. Bei den für jede aufgeführte paraphile Störung festgesetzten Diagnosekriterien beschreibt das Kriterium A die qualitative Eigenschaft der Paraphilie (z.B. eine sexuelle Ausrichtung auf Kinder oder das Zur-Schau-Stellen der Genitalien Fremden gegenüber). Das Kriterium B beschreibt die negativen Auswirkungen der Paraphilie (z.B. Leiden, Beeinträchtigungen oder Schädigung von anderen). . . . Wenn ein Individuum zwar das Kriterium A, nicht aber das Kriterium B für eine bestimmte Paraphilie erfüllt . . . , dann kann man sagen, dass es sich um eine Paraphilie, nicht aber um eine paraphile Störung handelt. (Falkai & Wittchen, 2015, S. 941f)

Pädophilie wird sowohl in der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision" (ICD-10) als auch im DSM-V definiert. Beiden ist gemeinsam, dass die Diagnose Pädophilie anhand der sexuellen Gedanken, Phantasien, Bedürfnisse oder Verhalten in Bezug auf Kinder gestellt wird. Sexuelles Verhalten, das Kinder miteinbezieht, ist

nicht zwingend notwendig, um eine Diagnose zu stellen. So kann es sein, dass Menschen mit einer pädophilen Störung nie entsprechend ihrer sexuellen Verhaltensimpulse in Bezug auf Kinder handeln und die Diagnose trotzdem gerechtfertigt ist. Das alleinige sexuelle Verhalten, welches Kinder mit einbezieht und mindestens 6 Monate dauert, ist nach DSM-V ausreichend zur Diagnosestellung, nach ICD-10 jedoch nicht (Dilling & Freyberger, 2019; Falkai & Wittchen, 2015).

Die Definition für Pädophilie lautet nach ICD-10 (F65.4): „Sexuelle Präferenz für Kinder, Jungen oder Mädchen oder Kinder beiderlei Geschlechts, die sich meist in der Vorpubertät oder in einem frühen Stadium der Pubertät befinden“ (Dilling & Freyberger, 2019, S. 265). Die diagnostischen Kriterien sind folgende:

A. Die allgemeinen Kriterien für eine Störung der Sexualpräferenz (F65) müssen erfüllt sein.

- [Wiederholt auftretende intensive sexuelle Impulse (dranghaftes Verlangen) und Phantasien, die sich auf ungewöhnliche Gegenstände oder Aktivitäten beziehen.
- Handelt entsprechend den Impulsen oder fühlt sich durch sie deutlich beeinträchtigt.
- Diese Präferenz besteht seit mindestens sechs Monaten.]

B. Anhaltende oder dominierende Präferenz für sexuelle Handlungen mit einem oder mehreren Kindern vor deren Pubertät.

C. Die Betroffenen sind mindestens 16 Jahre alt und mindestens fünf Jahre älter als das Kind oder die Kinder. (Dilling & Freyberger, 2019, S. 263 & 266)

Im DSM-V (302.2) wird zwischen Pädophilie als Präferenz und Präferenzstörung unterschieden, wodurch Pädophilie als sexuelle Orientierung entpathologisiert wird. Es müssen drei Kriterien erfüllt sein, um eine Präferenzstörung zu diagnostizieren, Pädophilie als Präferenz besteht allerdings bereits ab Kriterium A:

> A. Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sexuelle Handlungen mit einem präpubertären Kind oder Kindern (in der Regel 13 Jahre oder jünger) beinhalten.
>
> B. Die Person hat die sexuell dranghaften Bedürfnisse ausgelebt oder die sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Phantasien verursachen deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten.

> C. Die Person ist mindestens 16 Jahre alt und mindestens 5 Jahre älter als das Kind oder die Kinder nach Kriterium A. (Falkai & Wittchen, 2015, S. 959)

Demnach ist Pädophilie, die weder zu Leidensdruck bei dem Betroffenen führt, noch aktiv ausgelebt wird und somit Kindern nicht schadet, nach DSM-V eine pädophile sexuelle Orientierung, aber keine pädophile Störung.

Spätadoleszente, die sich in einer dauerhaften sexuellen Beziehung mit einem 12- bis 13-jährigen Partner befinden, sind nicht einzubeziehen. Außerdem unterscheidet das DSM-V zwischen ausschließlicher Pädophilie (nur auf Kinder orientiert) und nicht ausschließlicher Pädophilie, sowie auf welches Geschlecht sich die sexuelle Attraktion bezieht (orientiert auf Jungen oder Mädchen oder beides) und ob es sich um Inzest handelt (Falkai & Wittchen, 2015).

Des Weiteren wird zwischen Pädophilie und Hebephilie differenziert. Unter Pädophilie wird die sexuelle Präferenz für das vorpubertäre Körperschema verstanden, während die Hebephilie die Präferenz für das frühpubertäre (11-14 Jahre alt) Körperschema darstellt (Blanchard et al., 2009; Seto, 2009). Bisher ist Hebephilie weder im ICD-10 noch im DSM-V als eigenständige Paraphilie aufgelistet. Im ICD-10 kann die Hebephilie unter „Sonstige Störungen der Sexualpräferenz“ (F65.8) gezählt werden (Dilling & Freyberger, 2019). Nach DSM-V wird eine hebephile Störung unter „Andere näher/nicht näher bezeichnete paraphile Störung“ kodiert (Falkai & Wittchen, 2015).

2.3.2 Sexuelle Präferenz und sexuelles Verhalten

Es ist bedeutsam, zwischen Pädophilie und Hebephilie als sexuelle Präferenzen und sexuellem Verhalten, wie Kindesmissbrauch und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen, zu differenzieren. Sexuelle Handlungen an Kindern lassen nicht notwendigerweise Rückschlüsse auf eine bestehende sexuelle Präferenz für Kinder zu. Nicht jeder sexuelle Kindesmissbrauch ist pädophil motiviert und nicht jeder Mensch mit einer Pädophilie wird sexuell übergriffig (Fagan et al., 2002). Man unterscheidet zwischen pädophilen Tätern und Ersatzhandlungstätern. Unter Ersatzhandlungstätern versteht man teleiophile Täter, d.h. Täter mit einer ausschließlichen sexuellen Präferenz für das erwachsene Körperschema, die sich aus anderen Gründen als der sexuellen Präferenz an Kindern

vergehen. Beim Betrachten von Studien zu Sexualstraftaten an Kindern wurde beschrieben, dass 50-60% der Täter keine pädophile Neigung vorwiesen, sondern im Sinne von Ersatzhandlungstätern handelten (Maletzky & Steinhauser, 2002; Seto & Lalumière, 2001). Die Motivation für teleiophile Männer im Sinne eines Ersatzhandlungstäters Kinder zu missbrauchen, wird mit dem möglicherweise einfacheren Zugang zu Kindern erklärt (Murray, 2000). Kinder seien verfügbar und aufgrund ihrer Unreife leicht zu erreichen (McAnulty & Adams, 1990).

2.3.3 Epidemiologie

Die Prävalenz der Pädophilie liegt bei etwa 1-5% (Ahlers et al., 2011; Alanko, Salo, Mokros, & Santtila, 2013; Seto, 2012). Die Unsicherheit bei der Angabe der Prävalenz, aber auch anderen epidemiologischen Eckdaten, ergibt sich daraus, dass kaum Erkenntnisse zu der Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung existieren. Zumindest im Rahmen von Bevölkerungsstudien sollte die Gruppe von verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und das Dunkelfeld besser erfasst sein als bei Studien mit Tätern. Studien an der Allgemeinbevölkerung (Ahlers et al., 2011; Alanko et al., 2013; Briere & Runtz, 1989; Dombert et al., 2016; Fromuth, Burkhart, & Jones, 1991; Seto, 2012; Seto et al., 2015; Templeman & Stinnett, 1991) ergaben, dass

- 4.1 – 9.5% sexuelle Phantasien mit Kindern hatten,
- 2.7 - 6% zu Phantasien mit Kindern masturbiert hatten,
- 0.3 - 7% Interesse an Sex mit Kindern bekundeten,
- 0.3 – 3.8% bereits eine sexuelle Erfahrung mit einem Kind hatten,
- 1.7 – 4.2% bereits Missbrauchsabbildungen genutzt hatten,
- 0.7% sowohl bereits Missbrauchsabbildungen verwendet, als auch sexuellen Kindesmissbrauch begangen hatten und
- 0.5% Leidensdruck aufgrund ihrer sexuellen Erregbarkeit durch Kinder erlebt hatten.

Eine Problematik bei der Erhebung der Daten aus Bevölkerungsstudien muss allerdings beachtet werden: meist wurden nur sexuelle Phantasien und Kontakt mit präpubertierenden Kindern abgefragt. Die für die Diagnose der Präferenz Pädophilie relevanten Faktoren wie die Dauer der Phantasien und des Kontaktes, sowie der Leidensdruck, wurden meist nicht erfragt. Somit bleibt offen, ob alle Kriterien für Pädophilie erfüllt wurden.

Pädophilie scheint besonders unter Männern ein verbreitetes Phänomen zu sein (Ahlers et al., 2011; Denov, 2003). Zu Frauen mit einer Pädophilie existieren bisher nur Einzelfallberichte (Chow & Choy, 2002). Eine Studie aus den Niederlanden untersuchte von 1994 bis 2005 111 Sexualstraftäterinnen (Wijkman, Bijleveld, & Hendriks, 2010). Nur zwei der Täterinnen erfüllten die Diagnosekriterien einer Pädophilie. Die restlichen Täterinnen zeigten gehäuft eine intellektuelle Beeinträchtigung, eine psychiatrische Diagnose oder eine hohe Lebenszeitprävalenz für sexuellen Missbrauch. Des Weiteren fiel auf, dass Kindesmissbrauch meist gemeinschaftlich mit einem männlichen Partner durchgeführt wurde. Es bleibt ungeklärt, warum Pädophilie hauptsächlich ein männliches Phänomen ist.

Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung ist die Geschlechterpräferenz von Menschen mit einer Pädophilie vermehrt homosexuell ausgerichtet. Demnach war das Verhältnis von heterosexuellen zu homosexuellen Menschen mit einer Pädophilie 1,4:1 in einer Gruppe von pädophilen Sexualstraftätern (Freund & Watson, 1992). Nach der Studie an 135 Menschen mit einer Pädophilie und 43 Menschen mit einer Hebephilie von Greenberg, Bratford und Curry (1993) waren 44% heterosexuell, 33% homosexuell und 23% bisexuell. Nach Hall und Hall (2007) liegt die geschätzte Prävalenz homosexueller Menschen mit einer Pädophilie zwischen 9 und 40%. Die Prävalenz von Homosexualität wurde in einer Gruppe von Männern aus der Normalbevölkerung zwischen 18 und 44 Jahren in einer Studie des amerikanischen „Centers for Disease Control and Prevention“ mit 1.7% angegeben. Bisexualität hatte eine Prävalenz von 1.1 % (Chandra, Mosher, Copen, & Sionean, 2011).

2.3.4 Ätiologie

Das Bewusstsein für die eigene sexuelle Orientierung, u.a. die pädophile sexuelle Orientierung, entsteht meist vor Beginn der Pubertät bzw. im Jugendalter und bleibt lebenslang bestehen (Seto, 2012). Die Mehrheit der 76 durch Freund und Kuban (1993) befragten pädophilen Sexualstraftäter gab an, sich ihres sexuellen Interesses an Kindern erstmals in ihrer frühen Jugend bewusst geworden zu sein.

Die ätiopathogenetische Grundlage der Pädophilie ist Inhalt derzeitiger Forschung. Bisher wird ein Zusammenspiel von genetischer Prädisposition (Gaffney, Lurie, & Berlin, 1984), Entwicklungsereignissen, wie die eigene Erfahrung sexuellen Missbrauchs während der Kindheit

(Fagan et al., 2002; Greenberg, Bradford, & Curry, 1993; Murray, 2000; Nunes, Hermann, Renee Malcom, & Lavoie, 2013; Seto, 2004; Seto et al., 2015), sozialem Lernen (Mohnke et al., 2014; Seto, 2004), neuroendokrinen Einflüssen (Maes et al., 2001; Schiffer, 2007), Hirnmorphologie und -aktivität (Cantor & Blanchard, 2012; Graber, Hartmann, Coffman, Huey, & Golden, 1982; Mohnke et al., 2014; Schiffer et al., 2007; Tenbergen et al., 2015) und frühen Hirnentwicklungsstörungen (Cantor et al., 2004; Joyal, Beaulieu-Plante, & de Chanterac, 2014; Kruger & Schiffer, 2011; Quinsey, 2003; Schiffer & Vonlaufen, 2011) vermutet.

2.3.5 Therapie

Seit den 1980er-Jahren ist allgemein anerkannt, dass Pädophilie nicht im Sinne einer Umorientierung der sexuellen Präferenz auf Erwachsene heilbar ist. Das Therapieziel besteht in der Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch, Verhinderung von Rückfällen und darin, Menschen mit einer Pädophilie zu schulen und einen besseren Umgang mit ihren Bedürfnissen und Impulsen zu ermöglichen, der ihr Leiden und das Anderer vermeidet. Relevante Bausteine der Therapie sind Interventionen der kognitiven, Paar- und Sexualtherapie, sowie der medikamentösen Therapie im Sinne der medikamentösen Triebreduktion. Komorbide psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen sollten immer mitbehandelt werden (Fagan et al., 2002).

Besondere Relevanz erhält die Therapie der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie aufgrund der weitest gehenden lebenslangen Stabilität dieser Präferenz sowie des erhöhten Risikos für sexuelle Verhaltensstörungen (Seto, 2012). Menschen mit einer Pädophilie sind nicht verantwortlich für ihre sexuelle Ansprechbarkeit, wohl aber für das daraus resultierende Verhalten (Fagan et al., 2002).

Ein spezialisiertes Therapiekonzept für Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie ist die Berliner Dissexualitätstherapie (Beier, 2018), welches im Rahmen des Präventionsprojekt Dunkelfeld angewendet wird. Die Effektivität dieser Therapie wurde erstmals explorativ anhand einer Gruppe behandelter Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie im Vergleich zu einer Wartelisten-Kotrollgruppe mit einer Pädo- und/oder Hebephilie untersucht (Beier et al., 2015). Unter anderem konnte in der Gruppe der behandelten Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie eine Reduktion von bedeutenden Risikofaktoren für sexuellen Kindesmissbrauch wie Einsamkeit,

emotionsorientierten Bewältigungsstrategien (Regulation von Emotionen durch z.B. Wunschdenken, Schuldzuweisung) und Selbstwirksamkeitsdefiziten verzeichnet werden. Gleichzeitig konnte ein Zuwachs der Empathiefähigkeit und Fähigkeit zur sexuellen Selbstregulation festgestellt werden. Therapieteilnehmer, die bisher nicht sexuell übergriffig waren, gaben an, auch weiterhin keinen sexuellen Übergriff begangen zu haben. 5 der 25 Therapieteilnehmer, die bereits eine Geschichte an sexuellen Übergriffen aufwiesen, hatten während des Behandlungszeitraums von einem Jahr nochmal sexuellen Missbrauch begangen. 91% derjenigen, die bereits vor der Therapie Missbrauchsabbildungen genutzt hatten, taten dies auch weiterhin (Beier et al., 2015). Die Ansprechbarkeit der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie auf die Therapie schien in Abhängigkeit zum Tätertyp zu stehen, d.h. zur Art und Weise, die sexuelle Neigung zu leben. Daraus lässt sich der Gedanke ableiten, eine auf den Tätertyp abgestimmte Therapie anzubieten. Solch ein Therapieansatz könnte sowohl zu einem höheren Therapieerfolg als auch zu besserer Kosteneffizienz der Behandlung führen (Seto & Fernandez, 2011).

2.3.6 Pädophilie und sexuelle Verhaltensstörungen

Pädophilie stellt einen Hauptrisikofaktor für sexuellen Kindesmissbrauch dar (Hanson & Bussière, 1998; Hanson et al., 2003; Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Mann et al., 2010). In verschiedenen Studien zum Missbrauchsverhalten von Menschen mit einer Pädophilie bzw. Sexualstraftätern hat sich gezeigt, dass unterschiedliche Formen des Täterverhaltens existieren: ausschließlich sexueller Kindesmissbrauch, ausschließlich Nutzung von Missbrauchsabbildungen und beide Delikte kombiniert.

Nach Riegel (2004), welcher anonymisiert einen Fragebogen im Internet von 290 selbst diagnostizierten Menschen mit einer Pädophilie ausfüllen ließ, hatten 95% bereits Missbrauchsabbildungen genutzt, die Mehrheit (59%) sogar „häufig“. Nur 6.2% berichteten jedoch von strafrechtlichen Anzeigen aufgrund des sexuellen Missbrauchs. Die Metaanalyse von Seto, Hanson und Babchishin (2011) fand, dass 12% der Nutzer von Missbrauchsabbildungen einen justiziell bekannten sexuellen Kindesmissbrauch begangen hatten. In Studien, welche die Daten durch Selbstbericht erhoben hatten, berichteten 55% der Nutzer von Missbrauchsabbildungen von sexuellem Kindesmissbrauch. Im Rahmen des deutschen Präventionsprojektes Dunkelfeld (PPD) wurden Daten

zum Missbrauchsverhalten von der Justiz bekannten Teilnehmern mit der Justiz unbekannten Teilnehmern verglichen. Der Justiz unbekannte Menschen mit einer Pädophilie berichteten zu 41% von dem Nutzen von Missbrauchsabbildungen, zu 17% von sexuellem Kindesmissbrauch und zu 42% von beiden Delikten. Der Justiz bekannte Menschen mit einer Pädophilie berichteten zu 33% von dem Nutzen von Missbrauchsabbildungen, zu 26% von sexuellem Kindesmissbrauch und zu 41% von beiden Delikten (Neutze, Grundmann, Scherner, & Beier, 2012).

2.4 Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen

Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen stellen einen Risikofaktor für sexuellen Kindesmissbrauch und die Nutzung von Missbrauchsabbildungen dar. So zeigte die Studie von Långström, Sjöstedt und Grann (2004), welche an Sexualstraftätern durchgeführt wurde, einen Zusammenhang von psychischen Störungen und Rückfälligkeit. Vor allem Alkohol- und Drogenmissbrauch, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen trugen zu einem erhöhten Rückfallrisiko bei. Fagan et al. (2002) zählten in ihrem Übersichtsartikel zur Pädophilie zu den Risikofaktoren für sexuellen Kindesmissbrauch ebenfalls u.a. affektive Störungen, psychosozialen Stress und Alkoholmissbrauch.

Pädophile Sexualstraftäter weisen hohe Prävalenzen an psychiatrischen Komorbiditäten auf (Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson, & Miner, 1999). Es ist schwer fassbar, in welchem Verhältnis gemeinsam auftretende Pädophilie und psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen zueinanderstehen: ob sie unabhängig voneinander auftreten, oder ob psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen und Pädophilie sich gegenseitig begünstigen. Eine Möglichkeit wäre, dass durch Fremd- und Selbststigmatisierung der sexuellen Präferenz für Kinder oder aufgrund von Schuldgefühlen nach einem begangenen Delikt, psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen erst als Folge der Pädophilie bzw. der sexuellen Verhaltensstörung entstehen.

Im Folgenden werden psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen, ihr Auftreten bei Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, sowie bisheriges Wissen, inwiefern diese mit sexuellem Kindesmissbrauch und dem Nutzen von Missbrauchsabbildungen durch Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie einhergehen, näher beleuchtet.

2.4.1 Definition

„Psychische Störungen [sind eine] Allgemeinbezeichnung für alle psychischen Veränderungen, die Krankheitscharakter besitzen und zum Beispiel nicht nur aus einem Konflikt aus Individuum und Gesellschaft bestehen“ (Peters, 2017, S. 474). Psychische Störungen werden sowohl im ICD-10 als auch im DSM-V klassifiziert.

Die vorliegende Arbeit orientiert sich an den Kriterien des DSM-V. Die Kategorien der psychischen Störungen nach DSM-V sind folgende:

- Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung
- Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen
- Bipolare und verwandte Störungen
- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Zwangsstörung und verwandte Störungen
- Trauma- und belastungsbezogene Störungen
- Dissoziative Störungen
- Somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen
- Fütter- und Essstörungen
- Ausscheidungsstörungen
- Schlaf-Wach-Störungen
- Sexuelle Funktionsstörungen
- Geschlechtsdysphorie
- Disruptive, Impulskontrolle- und Sozialverhaltungsstörungen
- Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen
- Neurokognitive Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Paraphile Störungen
- Andere psychische Störungen
- Medikamenteninduzierte Bewegungsstörungen und andere unerwünschte Medikamentenwirkungen
- Andere klinisch relevante Probleme

(Falkai & Wittchen, 2015).

Eine Persönlichkeitsstörung ist ein „andauerndes Verhaltens- und Erlebnismuster, das deutlich, tiefgreifend und inflexibel von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. [Der]

Beginn [ist] in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Subjektives Leiden [tritt] unter Umständen erst im späteren Verlauf und nicht durchgehend [auf]“ (Margraf & Maier, 2012, S. 658).

Im DSM-V werden die Persönlichkeitsstörungen aufgrund von deskriptiven Ähnlichkeiten in drei Gruppen (Clustern) unterteilt:

- Cluster A (sonderbar, exzentrisch): paranoide, schizoide, schizotypische Persönlichkeitsstörung
- Cluster B (dramatisch, emotional, launisch): histrionische, narzisstische, antisoziale, Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Cluster C (ängstlich, furchtsam): vermeidend-selbstunsichere, dependente, zwanghafte Persönlichkeitsstörung
- Persönlichkeitsveränderung aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors
- Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung

(Peters, 2017).

2.4.2 Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen bei Menschen mit einer Pädophilie

Bei Menschen mit einer Pädophilie sind sehr hohe Prävalenzen von psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen beschrieben, bei 67-93% liegt eine lebenslängliche und bei 44-76% eine derzeitige psychische Störung, sowie bei 60-61% eine Persönlichkeitsstörung vor. Dabei handelte es sich vor allem um affektive Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch oder Cluster B und C Persönlichkeitsstörungen (Kruger & Schiffer, 2011; Raymond et al., 1999). Untersucht wurden aber nur selten Menschen mit einer Pädophilie per se, sondern meist Sexualstraftäter im Allgemeinen, Sexualstraftäter gegen Kinder oder Menschen mit einer Pädophilie aus dem Hellfeld.

Im Folgenden werden richtungsweisende Studien vorgestellt, aus denen sich eine Tendenz für die vorliegende Prävalenz von psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen in der Gruppe der unentdeckten Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie vermuten lässt. Tabelle 1 stellt die in den Studien beschriebenen relevanten Prävalenzen der psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen gegenüber:

- Raymond et al. (1999) untersuchten 45 pädophile Sexualstraftäter, die aufgrund dessen zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Therapie waren. Die Diagnosestellung der Pädophilie erfolgte anhand der Kriterien des DSM-IV und die Diagnose der psychischen Störungen erfolgte mittels SKID-Diagnostik.
- Kruger und Schiffer (2011) verglichen eine Gruppe von 20 Menschen mit einer Pädophilie aus der Forensik mit 28 Kontrollprobanden. Die Diagnostik der Pädophilie erfolgte anhand der Kriterien des DSM-IV. Diese Studie differenzierte weiterhin bei den Menschen mit einer Pädophilie bezüglich Geschlechterpräferenz, Exklusivität und Inzest. Die Diagnostik der psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen erfolgte mittels SKID-Diagnostik.
- Kafka und Hennen (2002) untersuchten 120 Männer mit einer Paraphilie bzw. einer Paraphilie-verwandten Störung, wovon 60 Sexualstraftäter waren. Die Diagnostik der Paraphilien erfolgte anhand der Kriterien des DSM-IV. 16.6% der untersuchten Männer waren pädophil. Die Daten zu psychischen Störungen wurden mittels Selbstbericht und Interviews erhoben, es wurden keine strukturierten diagnostischen Mittel verwandt. Die Angabe der Prävalenzen in Tabelle 1 bezieht sich auf die Studienpopulation der Männer mit einer Paraphilie.
- Dunsieth et al. (2004) untersuchten 113 verurteilte Sexualstraftäter, dabei wurde zwischen Sexualstraftätern mit und ohne Paraphilie unterschieden. Die Diagnostik der Paraphilien erfolgte anhand der Kriterien des DSM-IV. Bei 74% lag eine Paraphilie vor, davon wiederum waren 37% pädophil. Die Diagnostik der psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen erfolgte mittels SKID-Diagnostik. Die Angabe der Prävalenzen in Tabelle 1 erfolgte unter Berücksichtigung der ganzen Stichprobe. Das Vorliegen einer Paraphilie korrelierte positiv mit dem Vorliegen einer affektiven Störung, Angststörung und vermeidenden Persönlichkeitsstörung.
- McElroy et al. (1999) untersuchten 36 verurteilte Sexualstraftäter, davon wiesen 58% eine Paraphilie vor, davon wiederum waren 47% pädophil. Die Diagnostik der Paraphilien erfolgte anhand der Kriterien des DSM-IV. Die Diagnostik der psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen erfolgte mittels SKID-Diagnostik. Die Angabe der Prävalenzen in Tabelle 1 bezieht sich auf die Studienpopulation der Täter mit einer Paraphilie. Diese wiesen signifikant höhere Prävalenzen an affektiven Störungen, Angststörungen und Essstörungen auf als die Täter ohne eine Paraphilie.

- Eher, Neuwirth, Fruehwald, und Frottier (2003) verglichen nicht-paraphile Sexualstraftäter mit paraphilen Sexualstraftätern und speziell pädophilen Sexualstraftätern. Die Diagnostik der Paraphilien und im Speziellen der Pädophilie erfolgte anhand der DSM-IV Kriterien. Die Diagnostik der psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen erfolgte mittels SKID-Diagnostik. Die Angabe der Prävalenzen in Tabelle 1 bezieht sich auf die Studienpopulation der pädophilen Sexualstraftäter. Beim Vergleich mit den anderen beiden Populationen an Sexualstraftätern war deutlich, dass diese mehr eine antisoziale Persönlichkeitsstörung vorwiesen. Nicht-paraphile Sexualstraftäter hatten zu 64% eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, paraphile Sexualstraftäter lagen mit 13% nah bei den pädophilen Sexualstraftätern.
- Cohen et al. (2002) untersuchten 20 heterosexuelle, nicht exklusive Menschen mit einer Pädophilie vom nicht Inzest-Typ aus einer ambulanten Betreuung von Sexualstraftätern, und verglichen diese mit 24 Kontrollprobanden. Die Diagnostik der Pädophilie erfolgte anhand der Kriterien des DSM-IV. Die Diagnostik der psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen erfolgte anhand strukturierter Interviews. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die untersuchten pädophilen Sexualstraftäter mehr Cluster A, B und C Persönlichkeitsstörungen vorwiesen als die Kontrollprobanden.

Ein Erklärungsansatz für die hohen Prävalenzzahlen zu psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen als Komorbidität bei Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie ist der Aspekt der Stigmatisierung. Demnach hat Stigmatisierung schwerwiegende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der betroffenen Menschen (Jahnke & Hoyer, 2013). Negative Auswirkungen von Stigma auf stigmatisierte Personen wurden bisher u.a. für ethnische Minoritäten (Gillen-O'Neel, Ruble, & Fuligni, 2011), Erkrankungen (Lebel & Devins, 2008), psychische Störungen (Angermeyer & Dietrich, 2006), sowie sexuelle Orientierungen, genauer gesagt die homo- und bisexuellen Orientierungen (Herek, 2002, 2009; Steffens & Wagner, 2004), berichtet. Meyer (2003) erklärt die hohen Prävalenzen an psychischen Störungen bei schwulen, lesbischen und bisexuellen Menschen anhand der Minoritäten-Stress-Theorie: Stress entsteht durch die direkte Erfahrung von Gewalt, Vorurteilen und Diskriminierung. Zusätzlich kann Stress u.a. durch die angstvolle Erwartung von Zurückweisung, erhöhte Wachsamkeit, Bemühungen Stigma zu verstecken und Internalisierung von stigmatisierenden Sichtweisen bzw. negativen Meinungen über einen selbst generiert werden. Stress

kann wiederum zu Schwierigkeiten führen, mit negativen psychischen Zuständen umzugehen (Hatzenbuehler, 2009), sowie psychische Probleme kreieren bzw. verschlimmern (Meyer, 2003; Pachankis, 2007). Zu einer von der Öffentlichkeit stigmatisierten Gruppe zu gehören reduziert die Lebensqualität, führt zu Selbstverletzung, u.a. Substanzmissbrauch (Baiocco, D'Alessio, & Laghi, 2010; Lehavot & Simoni, 2011), suizidalem Verhalten (Haas et al., 2011; Liu & Mustanski, 2012; Mustanski, Garofalo, & Emerson, 2010), sowie Widerwillen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn dies bedeutet, einer stigmatisierten Gruppe zugehörig gezählt zu werden (Ben-Zeev, Young, & Corrigan, 2010).

Wie bereits zuvor beschrieben wird sexueller Kindesmissbrauch zu 50-60% von Ersatzhandlungstätern begangen und somit nur bis zu 50% von Menschen mit einer Pädophilie (Maletzky & Steinhauser, 2002; Seto & Lalumière, 2001). Demnach existieren Menschen mit einer Pädophilie, die einen Umgang mit ihrer Sexualität erlernt haben, ohne Kindern zu schaden bzw. sexuellen Kindesmissbrauch zu begehen (Hall & Hall, 2007). Nichtsdestotrotz wird meist sexueller Kindesmissbrauch mit Pädophilie gleichgesetzt, d.h. es wird ein juristischer Begriff mit einer Psychopathologie verwechselt, was eine Diskriminierung von Menschen mit einer Pädophilie, unabhängig ihres wirklichen Verhaltens, sehr wahrscheinlich macht (Murray, 2000). Dies kann, wie eben beschrieben, negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der betroffenen Menschen mit einer Pädophilie haben, und indirekt die Wahrscheinlichkeit, dass diese Menschen Hilfe in Anspruch nehmen, verringern (Jahnke & Hoyer, 2013).

Tabelle 1
Übersicht beschriebener Literatur zur Prävalenz psychischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen

	Raymond et al. (1999)	Kruger und Schiffer (2011)	Kafka und Hennen (2002)	Dunsieth et al. (2004)	McElroy et al. (1999)	Eher et al. (2003)
Psychische Störung						
Lebensgeschichtlich	93%	67%	-	-	-	-
Derzeitig	76%	44%	-	-	-	-
Affektive Störung						
Lebensgeschichtlich	67%	44%	72%	58%	76%	42%
Derzeitig	31%	17%	-	-	-	-
Schwere Depression						
Lebensgeschichtlich	56%	39%	39%	24%	33%	18%
Derzeitig	20%	6%	-	-	-	-
Angststörung						
Lebensgeschichtlich	64%	44%	39%	23%	52%	16%
Derzeitig	53%	33%	-	-	-	-
Soziale Phobie						
Lebensgeschichtlich	38%	28%	20%	10%	19%	-
Derzeitig	31%	22%	-	-	-	-
Substanzmissbrauch	60%	39%	42%	85%	76%	-

Fortsetzung Tabelle 1

Übersicht beschriebener Literatur zur Prävalenz psychischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen

	Raymond et al. (1999)	Kruger und Schiffer (2011)	Kafka und Hennen (2002)	Dunsieth et al. (2004)	McElroy et al. (1999)	Eher et al. (2003)
Persönlichkeitsstörung	60%	61%	-	-	-	-
Cluster A PS	18%	17%	-	-	33%	2%
Paranoide PS	-	-	-	26%	33%	-
Cluster B PS	33%	33%	-	-	95%	22%
Borderline PS	-	22%	-	28%	52%	13%
Antisoziale PS	23%	17%	-	56%	71%	16%
Narzisstische PS	20%	17%	-	25%	14%	-
Cluster C PS	43%	39%	-	-	48%	31%
Vermeidende PS	20%	33%	-	20%	38%	31%
Abhängige PS	-	-	-	-	14%	31%
Zwanghafte PS	25%	17%	-	-	29%	-

Anmerkung. PS = Persönlichkeitsstörung.

2.4.3 Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen und sexuelle Verhaltensstörungen

Um einen möglichen Zusammenhang von psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Verhaltensstörungen bei Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie genauer zu verstehen, wurde versucht, das Täterverhalten von Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie in Beziehung zu bestimmten psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen zu setzen.

Aslan und Edelmann (2014) fanden keinen signifikanten Unterscheid zwischen den verschiedenen Tätertypen bezüglich des Kontaktes zu psychiatrischen Einrichtungen. Webb, Craissati und Keen (2007) beschrieben dagegen einen vermehrten Kontakt zu psychiatrischen Einrichtungen durch Nutzer von Missbrauchsabbildungen. Babchishin, Hanson und VanZuylen (2015) berichteten, dass Täter, die sexuell missbrauchten, mehr schwerwiegende psychische Störungen hatten als Täter, die Missbrauchsabbildungen nutzten. Ähnlich verhielt es sich bei der Betrachtung eines Substanzmissbrauchs: Es wurde beschreiben, dass Täter, die sexuell missbrauchten, vermehrt Probleme mit Substanzmissbrauch hatten im Vergleich zu Tätern, die Missbrauchsabbildungen nutzten (Babchishin, Hanson, & VanZuylen, 2015; Webb, Craissati, & Keen, 2007). Gleichzeitig wurde berichtet, dass kein Unterschied zwischen den Gruppen bestand (Aslan & Edelmann, 2014).

Ein Ergebnis fand sich jedoch gehäuft in Studien wieder: Die antisoziale Persönlichkeitsstörung trat vermehrt bei Tätern, die sexuell Kinder missbrauchten, sowie bei Tätern mit beiden Delikten auf (Babchishin et al., 2015; Elliott, Beech, & Mandeville-Norden, 2013; Henshaw, Ogloff, & Clough, 2017; Magaletta, Faust, Bickart, & McLearen, 2014; Webb et al., 2007). Weiter gefasst wurden allgemein antisoziale Orientierungen als Risikofaktoren für Kindesmissbrauch dargestellt. Dazu zählten die antisoziale Persönlichkeitsstörung, antisoziale Merkmale wie eine unsichere Berufsanstellung, Substanzmissbrauch, Feindseligkeit und Regelverstöße in der Vergangenheit (Hanson & Bussière, 1998). Nutzer von Missbrauchsabbildungen wiesen weniger ausgeprägtes antisoziales Verhalten vor (Long, Alison, & McManus, 2013). Die Studie von Eher et al. (2003) zeigte jedoch, dass nur 16% der pädophilen Sexualstraftäter eine antisoziale Persönlichkeitsstörung vorwiesen, im Gegensatz dazu jedoch 64% der nicht-paraphilen Sexualstraftäter. Demnach könnte die antisoziale Persönlichkeitsstörung eher mit Sexualstraftätern per se als mit Menschen mit einer Pädophilie per se assoziiert sein.

Eine Studie speziell zu Nutzern von Missbrauchsabbildungen untersuchte 60 Männer, die aufgrund des Besitzes von Missbrauchsabbildungen verurteilt wurden. Davon waren 31% pädophil und 18% hatten eine nicht weiter spezifizierte Paraphilie mit Interesse an Jugendlichen. Bei 70% wurde eine psychische Störung beschrieben. Affektive Störungen lagen bei 65% lebenslänglich vor, vor allem die schwere Depression bei 50%. Bei 17% lag lebenslänglich eine Angststörung vor. Bei 33% wurde ein lebenslänglicher Substanzmissbrauch festgestellt, wobei bei 28% Alkohol die meist missbrauchte Substanz war (Krueger et al., 2009).

Es scheint ein gehäuftes Auftreten von psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen bei Menschen zu geben, die sexuellen Kindesmissbrauch begehen und/oder Missbrauchsabbildungen nutzen, jedoch erlaubt die bisherige Studienlage keine kausale Interpretation oder allgemeingültige Aussagen. Studien mit einer klar definierten pädophilen Stichprobe, der Unterscheidung der Menschen mit einer Pädophilie nach ihrem jeweiligen Täterverhalten und die Untersuchung einer möglichen Kausalität zwischen psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen sowie sexuellen Kindesmissbrauch und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen, fehlen. Dieses Wissen ist, besonders in Anbetracht der hohen Anzahl begangener Delikte, hilfreich für das Verständnis des Missbrauchsphänomens, der erfolgreichen Therapie der Täter und Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch (Fazel et al., 2007; Långström et al., 2004).

2.5 Limitationen bisheriger Studien

Der Großteil der Daten, auf denen der aktuelle Wissensstand zu psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen bei Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie basiert, beruht auf forensischen Studien an Sexualstraftätern im Allgemeinen oder Sexualstraftätern gegen Kindern. Ob diese Sexualstraftäter als Ersatzhandlungstäter handelten oder ob bei diesen Sexualstraftätern eine pädo- und/oder hebephile sexuelle Orientierung vorlag, wurde meist nicht erfasst. Genauso wenig wurde noch spezifischer untersucht, ob bei einer vorliegenden Pädophilie diese exklusiv war und welche sexuelle Geschlechtsorientierung vorlag. Eine allgemeingültige Aussage zu den Charakteristika von Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, den unterschiedlichen Tätertypen oder dem Zusammenhang einer pädo- und/oder hebephilen sexuellen Orientierung, psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen sowie sexuellen Verhaltensstörungen ist darum nicht möglich (Mohnke et al., 2014; Tenbergen et al., 2015). Es besteht die Notwendigkeit, die Gruppe von verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und das Dunkelfeld, d.h. von der Justiz unentdeckt sexuell übergriffige Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, zu untersuchen.

2.6 Hypothesen und Fragestellung

Sowohl die pädo- und/oder hebephile Sexualpräferenz als auch psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen stellen ein Risiko für sexuellen Kindesmissbrauch und Nutzung von Missbrauchsabbildungen dar. Diese vorliegende Arbeit geht der Frage nach, inwiefern psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen mit der sexuellen Präferenz für das vor- und/oder frühpubertäre Körperschema (i.S. einer Pädo- und/oder Hebephilie), sowie mit sexuellen Verhaltensstörungen (i.S. der Nutzung von Missbrauchsabbildungen und/oder sexuellen Kindesmissbrauch) in der Dunkelfeldpopulation komorbid einhergehen.

Folgende Hypothesen lassen sich ableiten:

H1: Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen kommen in der Gruppe von verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und dem Dunkelfeld, d.h. von der Justiz unentdeckt sexuell übergriffige Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, statistisch signifikant häufiger vor als in der Normalbevölkerung.

H2: Die Prävalenz von psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen unterscheidet sich statistisch signifikant zwischen den verschiedenen Tätertypen der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie. Unterteilt werden die Tätertypen nach: (A) kein Delikt, (B) ausschließlich Nutzung von Missbrauchsabbildungen, (C) ausschließlich sexueller Kindesmissbrauch und (D) beide Delikte.

3. Material und Methodik

3.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Fallanalyse mit der Fragestellung, inwiefern psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen mit der sexuellen Präferenz für das vor- und/oder frühpubertäre Körperschema (i.S. einer Pädo- und/oder Hebephilie), sowie mit sexuellen Verhaltensstörungen (i.S. der Nutzung von Missbrauchsabbildungen und/oder sexuellen Kindesmissbrauch) komorbid einhergehen. Die verwendeten Daten wurden im Rahmen des Forschungsverbundes *Neurobiological Mechanisms underlying Pedophilia and Child Sexual Abuse* (NeMUP) und der Kooperation mit dem *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) erhoben.

3.2 Stichprobe

Die vorliegende Arbeit berücksichtigte alle Probanden mit einer Pädo- und/oder Hebephilie sowie Kontrollprobanden des NeMUP-Projektes aus dem Zeitraum vom 01.01.2012 bis zum 31.12.2014. Innerhalb dieses Zeitraums wurden an den fünf beteiligten Standorten (Berlin, Essen, Hannover, Kiel, Magdeburg) insgesamt 115 Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, die allesamt männlich waren, und als Vergleichsgruppe 128 Kontrollprobanden untersucht.

3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Folgende Einschlusskriterien wurden für die Gruppe der Patienten definiert:

(A) eine klinisch diagnostizierbare Pädo- und/oder Hebephilie (Pädophilie nach ICD-10, F65.4) sowie

(B) ein Alter zwischen 18 und 55 Jahren.

Als Kontrollprobanden wurden gesunde Männer zwischen 18 und 55 Jahren eingeschlossen.

Es wurden folgende Ausschlusskriterien für alle festgelegt:

(A) das Bestehen von Faktoren, die die MRT-Untersuchung gefährden (unter anderem Metallteile im Körper und Platzangst),

(B) das Vorliegen einer akuten Depression oder einer psychotischen Störung,

(C) die Einnahme von psychotropen Medikamenten mit Auswirkung auf das sexuelle Erleben (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Antipsychotika, androgendeprivative Medikamente) sowie

(D) das Vorliegen einer schweren Intelligenzminderung.

Kontrollprobanden wurden ausgeschlossen, wenn irgendein Hinweis auf das Vorliegen einer Störung der Sexualpräferenz inklusive Hinweise auf Nutzung von Missbrauchsabbildungen bestand.

3.2.2 Gruppen

Insgesamt bestand das Untersuchungskollektiv aus 289 Teilnehmern. Entsprechend der bereits oben beschriebenen Hypothesen erfolgte die Grundeinteilung in Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie (*n*=115) oder Kontrollprobanden (*n*=128). Unter den Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie wurden entsprechend ihrem jeweiligen Täterverhalten Gruppen gebildet:

(A) Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie ohne Delikt (*n*=22),

(B) Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie mit ausschließlich Nutzung von Missbrauchsabbildungen (*n*=48),

(C) Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie mit ausschließlich sexuellem Kindesmissbrauch (*n*=10) und

(D) Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie mit beiden Delikten (*n*=31).

Gruppe (A) bildet sich demnach aus den verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie. An dieser Stelle kann nochmals betont werden, dass nicht jeder Mensch mit einer Pädophilie sexuell übergriffig wird (Fagan et al., 2002). Somit dient die Einordnung dieser Gruppe in die Rubrik zum Täterverhalten und damit der Suggestion, dass es sich um potentielle Täter handelt, alleinig der besseren Übersicht.

3.2.3 Stichprobenbeschreibung

Das mittlere Alter der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie (M = 35.69, SD = 10.08) sowie der Kontrollprobanden (M = 33.62, SD = 9.82) zum Zeitpunkt der Datenerhebung zeigte keinen statistisch signifikanten Altersunterschied zwischen den beiden Gruppen ($t(241) = 1.62$, $p = .107$). Die weiteren soziodemographischen Merkmale der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und Kontrollprobanden stellt Tabelle 2 gegenüber. Es lag ein statistisch signifikanter Unterschied bezogen auf die sexuelle Geschlechtsorientierung vor ($X^2(2) = 11.62$, $p = .003$). Die Mehrheit der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie (53%) sowie der Kontrollprobanden (70.3%) hatte eine heterosexuelle Geschlechtsorientierung. Die Prävalenz von homosexueller und bisexueller Geschlechtsorientierung fiel bei den Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie entsprechend höher aus. Es lag ein statistisch signifikanter Unterschied bezogen auf die sexuelle Altersorientierung vor ($X^2(6) = 243.00$, $p < .001$). Die sexuelle Altersorientierung der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie war zum größten Anteil exklusiv pädophil (35.7%). Die sexuelle Altersorientierung der Kontrollprobanden war den Einschlusskriterien entsprechend zu 100% teleiophil. Es lag ein statistisch signifikanter Unterschied bezogen auf den Schulabschluss vor ($X^2(5) = 11.92$, $p = .036$). Unter den Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie absolvierten 35.7% die Realschule und 27.8% das Abitur, dagegen wiesen 25% der Kontrollprobanden einen Realschulabschluss und 43% ein Abitur vor. Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bezogen auf ein Beschäftigungsverhältnis über zwei Jahre und den Familienstand. Jeweils zwei Drittel der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und der Kontrollprobanden waren seit über zwei Jahren in einem Beschäftigungsverhältnis. Bezüglich des Familienstands war sowohl die Mehrheit der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie (64.3%) als auch der Kontrollprobanden (61.7%) ledig.

Tabelle 2
Soziodemographische Daten der PH und Kontrollprobanden

Soziodemographische Daten (%)	PH (n=115)	Kontrollen (n=128)	*df*	X^2	*p*
Sexuelle Geschlechtsorientierung			2	11.62	.003
Bisexuell	15 (13.0)	4 (3.1)			
Heterosexuell	61 (53.0)	90 (70.3)			
Homosexuell	39 (33.9)	34 (26.6)			
Sexuelle Altersorientierung			6	243.00	<.001
Teleiophil	0 (0.0)	128 (100.0)			
Hebephil	9 (7.8)	0 (0.0)			
Pädophil	41 (35.7)	0 (0.0)			
Hebe-teleiophil	21 (18.3)	0 (0.0)			
Pädo-teleiophil	13 (11.3)	0 (0.0)			
Pädo-hebephil	14 (12.2)	0 (0.0)			
Pädo-hebe-teleiophil	17 (14.8)	0 (0.0)			
Schulabschluss			5	11.92	.036
Kein	1 (0.9)	0 (0.0)			
Sonderschule	3 (2.6)	2 (1.6)			
Hauptschule	16 (13.9)	8 (6.3)			
Realschule	41 (35.7)	32 (25.0)			
Abitur	32 (27.8)	55 (43.0)			
Hochschule	22 (19.1)	31 (24.2)			
Beschäftigungsverhältnis > 2 Jahre			2	0.99	.607
Nein	35 (30.4)	41 (32.0)			
Ja	80 (69.6)	87 (68.0)			
Familienstand			3	1.74	.629
Ledig	74 (64.3)	79 (61.7)			
Verheiratet / Beziehung	36 (31.3)	39 (30.5)			
Geschieden	5 (4.3)	9 (7.0)			
Verwitwet	0 (0.0)	1 (0.8)			

Anmerkung. PH = Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie. Signifikanzniveau $p < .05$.

Für die Verteilung der Tätertypen ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied für das Alter zum Zeitpunkt der Datenerhebung ($F(3) = 3.69$, $p = .014$). Täter mit ausschließlich sexuellem Kindesmissbrauch waren am ältesten ($M = 41.8$, $SD = 5.57$), gefolgt von Tätern mit beiden Delikten ($M = 38.9$, $SD = 11.32$), Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie ohne Delikt ($M = 33.41$, $SD = 10.79$) und Tätern mit ausschließlich Nutzung von Missbrauchsabbildungen ($M = 33.35$, $SD = 8.96$). Die weiteren soziodemographischen Merkmale der einzelnen Tätertypen der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie stellt Tabelle 3 gegenüber. Es lag ein statistisch signifikanter Unterschied bezogen auf die sexuelle Geschlechtsorientierung vor ($X^2(8) = 20.41$, $p = .009$). Der größte Anteil der einzelnen Tätertypen wies eine heterosexuelle Geschlechtsorientierung auf. Eine Ausnahme bildete der Tätertyp mit Vorliegen beider Delikte, bei welchem größtenteils (48.4%) eine homosexuelle Geschlechtsorientierung vorlag. Es lag ein statistisch signifikanter Unterschied bezogen auf die sexuelle Altersorientierung vor ($X^2(24) = 281.97$, $p < .001$). Von den Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie ohne ein Delikt wiesen 36.4% eine hebe-teleiophile Altersorientierung vor, gefolgt von der pädophilen Altersorientierung (27.3%). Der Tätertyp mit ausschließlich Nutzung von Missbrauchsabbildungen wies zu 35.4% eine pädophile Altersorientierung auf, gefolgt von der pädo-hebe-teleiophilen Altersorientierung (22.9%). Der Tätertyp mit ausschließlich sexuellem Kindesmissbrauch war zu 30% pädo-teleiophil. Zuletzt, der Tätertyp mit beiden Delikten wies die höchste Prävalenz für die pädophile Altersorientierung mit 45.2% auf, gefolgt von der pädo-hebephilen Altersorientierung (19.4%). Beim Betrachten des Schulabschlusses lag ein statistisch signifikanter Unterschied vor ($X^2(20) = 43.76$, $p = .002$). Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie ohne ein Delikt wiesen das höchste Bildungsniveau vor mit ca. einem Drittel Hochschulabgängern. Täter, die ausschließlich Missbrauchsabbildungen nutzten, hatten den größten Anteil an Abiturienten (45.8%). Täter mit ausschließlich sexuellem Kindesmissbrauch in der Vergangenheit wiesen vor allem Real- und Hauptschulabschlüsse (jeweils 40%) vor. Täter mit beiden Delikten wiesen größtenteils einen Realschulabschluss (38.7%) vor. Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bezogen auf ein Beschäftigungsverhältnis über zwei Jahre und den Familienstand. Die einzelnen Tätertypen wiesen größtenteils ein Beschäftigungsverhältnis über zwei Jahre vor. Die Angaben zum Familienstand der einzelnen Tätertypen waren ebenfalls homogen, wobei die Mehrheit ledig war. Eine Ausnahme bestand bei dem Tätertyp mit ausschließlich sexuellem Kindesmissbrauch. Diese waren größtenteils verheiratet bzw. in einer Beziehung.

Tabelle 3
Soziodemographische Daten der PH nach Tätertypen

Soziodemographische Daten (%)	PH kein Delikt (*n*=22)	PH auss. NMA (*n*=48)	PH auss. SKM (*n*=10)	PH beide Delikte (*n*=31)	*df*	X^2	*p*
Sexuelle Geschlechtsorientierung					8	20.41	.009
Bisexuell	4 (18.2)	6 (12.5)	2 (20.0)	3 (9.7)			
Heterosexuell	15 (68.2)	26 (54.2)	6 (60.0)	13 (41.9)			
Homosexuell	3 (13.6)	16 (33.3)	2 (20.0)	15 (48.4)			
Sexuelle Altersorientierung					24	281.97	<.001
Teleiophil	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)			
Hebephil	3 (13.6)	4 (8.3)	0 (0.0)	2 (6.5)			
Pädophil	6 (27.3)	17 (35.4)	2 (20.0)	14 (45.2)			
Hebe-teleiophil	8 (36.4)	5 (10.4)	2 (20.0)	5 (16.1)			
Pädo-teleiophil	1 (4.5)	6 (12.5)	3 (30.0)	2 (6.5)			
Pädo-hebephil	2 (9.1)	5 (10.4)	1 (10.0)	6 (19.4)			
Pädo-hebe-teleiophil	2 (9.1)	11 (22.9)	2 (20.0)	2 (6.5)			

Anmerkung. PH = Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie. Auss. NMA = ausschließlich Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Auss. SKM = ausschließlich sexueller Kindesmissbrauch. Signifikanzniveau $p < .05$.

Fortsetzung Tabelle 3

Soziodemographische Daten der PH nach Tätertypen

Soziodemographische Daten (%)	PH kein Delikt (*n*=22)	PH auss. NMA (*n*=48)	PH auss. SKM (*n*=10)	PH beide Delikte (*n*=31)	*df*	X²	*p*
Schulabschluss					20	43.76	.002
Kein	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.2)			
Sonderschule	1 (4.5)	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (3.2)			
Hauptschule	2 (9.1)	2 (4.2)	4 (40.0)	6 (19.4)			
Realschule	6 (27.3)	18 (37.5)	4 (40.0)	12 (38.7)			
Abitur	5 (22.7)	22 (45.8)	0 (0.0)	5 (16.1)			
Hochschule	8 (36.4)	5 (10.4)	2 (20.0)	6 (19.4)			
Beschäftigungsverhältnis > 2 Jahre					8	7.04	.533
Nein	8 (36.4)	18 (37.5)	0 (0.0)	8 (25.8)			
Ja	14 (63.6)	30 (62.5)	10 (100.0)	23 (74.2)			
Familienstand					12	8.96	.707
Ledig	14 (63.6)	36 (75.0)	4 (40.0)	18 (58.1)			
Verheiratet / Beziehung	7 (31.8)	12 (25.0)	5 (50.0)	10 (32.3)			
Geschieden	1 (4.5)	0 (0.0)	1 (10.0)	3 (9.7)			
Verwitwet	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)			

Anmerkung. PH = Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie. Auss. NMA = ausschließlich Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Auss. SKM = ausschließlich sexueller Kindesmissbrauch. Signifikanzniveau $p < .05$.

3.3 Materialien

Die Diagnose der Pädophilie/Hebephilie erfolgte nach ICD-10. Für die genauen diagnostischen Kriterien siehe 2.3.1 Zur Bearbeitung der Fragestellung wurde von den verschiedenen von NeMUP durchgeführten Tests und Fragebögen die strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV (SKID I und II) herangezogen, weshalb sich an dieser Stelle die Beschreibung auf diese beschränkt. SKID I und II sind strukturierte Diagnoseverfahren für psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV.

SKID I (Achse I-Störungen nach DSM-IV) dient speziell der Diagnostik von psychischen Störungen. Der Ablauf gliedert sich in ein Explorationsgespräch zu Anfang, um einen Eindruck zu derzeitigen und lebensgeschichtlichen Störungen des Patienten zu erhalten. Dem folgen Fragen in den Rubriken:

- Sektion A: Affektive Syndrome
- Sektion B: Psychotische und Assoziierte Syndrome
- Sektion C: Psychotische Störungen
- Sektion D: Affektive Störungen
- Sektion E: Abhängigkeit von psychotropen Substanzen
- Sektion F: Angststörungen
- Sektion G: Somatoforme Störungen
- Sektion H: Essstörungen
- Sektion I: Anpassungsstörung
- Sektion J: Optionale Störungen

Der Interviewer kodiert die Antworten entsprechend:

- ? = die Information reicht nicht aus, um die Diagnose der Störung auszuschließen oder zu bestätigen.
- 1 = nicht vorhanden: die Information reicht aus, um die Kriterien als nicht erfüllt zu betrachten bzw. die Symptome erfüllen nicht die Kriterien der Diagnose.
- 2 = unterschwellig vorhanden: die Kriterien sind nicht voll erfüllt, aber vom klinischen Standpunkt aus erscheint die Störung wahrscheinlich.
- 3 = vorhanden: die Kriterien sind voll erfüllt.

und erstellt aus dem Ergebnis eine Differentialdiagnose. Es wird zusätzlich zwischen „Lifetime“- und „Derzeit“-Kodierungen unterschieden. Die Durchführung benötigt etwa 100 Minuten (Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997).

SKID II (Achse II-Störungen nach DSM-IV) dient speziell der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Es besteht aus einem zweistufigen Verfahren: zuerst einem Screening-Fragebogen mit Fragen zur Selbstbeurteilung und einem anschließenden Interview. In dem anschließenden Gespräch müssen nur die im Fragebogen mit „ja“ beantworteten Fragen gestellt werden. Die Kodierung des Interviews entspricht der Kodierung des SKID I-Interviews. Die durchschnittliche Durchführungszeit für das Interview beträgt etwa 30 Minuten (Wittchen et al., 1997).

3.4 Prozedur

Die in dieser Arbeit verwendeten Daten stammen aus der Basiserhebung von NeMUP, welche vom 01.01.2012 bis zum 31.12.2014 stattfand. NeMUP rekrutierte Probanden ausgehend von fünf verschiedenen medizinisch-psychologischen Forschungs- und Versorgungseinrichtungen für Menschen mit einer Pädophilie und Sexualstraftäter gegen Kinder in Deutschland.

3.4.1 NeMUP

Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Forschungsprojekt NeMUP untersuchte die neurobiologischen Grundlagen von sexuellem Kindesmissbrauch und einer pädophilen Sexualpräferenz. NeMUP fand von 2012-2016 an fünf verschiedenen medizinisch-psychologischen Forschungs- und Versorgungseinrichtungen für Menschen mit einer Pädophilie und Sexualstraftäter gegen Kinder in Deutschland statt. Dazu gehörte Berlin (Institut für Sexualmedizin und Sexualwissenschaft), Kiel (Institut für Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie und Psychotherapie), Hannover (Zentrum für Seelische Gesundheit; Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie; Forschungsgruppe Klinische Psychologie und Sexualmedizin), Magdeburg (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin; Arbeitsgruppe clinical affective neuroimaging laboratory) und Duisburg-Essen (Institut für Forensische Medizin). NeMUP wurde von den jeweiligen Ethikkommissionen in Berlin, Kiel, Hannover, Magdeburg und Essen geprüft. Es zielte darauf ab, Therapie- und Präventionsangebote von sexuellem Kindesmissbrauch zu entwickeln und zu verbessern. Dabei lag der Fokus auf der Unterscheidung zwischen sexueller Präferenz und sexuellem Verhalten, da nicht jeder sexuelle Kindesmissbrauch pädophil motiviert ist und nicht jeder Mensch mit einer Pädophilie Kinder missbraucht. Die Grundannahme des Forschungsprojektes war, dass die Phänomene sexuelle Präferenz und sexuelles Verhalten durch eine Interaktion von genetischer Veranlagung, Besonderheiten in der Entwicklungsphase und in persönlichen Erfahrungen eine bestimmte Ausprägung im Gehirn verursachen. Die angewandte Methodik setzte sich aus Bildgebung (Magnetresonanztomographie, MRT), Genetik, Epigenetik, Endokrinologie und Psychometrie zusammen.

Im Rahmen von NeMUP wurden Männer mit einer Pädo- und Teleiophilie mit und ohne sexuellen Kontakten mit Kindern in der Vergangenheit verglichen. Hieraus ergab sich die besondere Verknüpfung zum PPD-Projekt.

Das PPD ist ein von der Ethikkommission der Charité geprüftes Forschungsprojekt, welches 2005 an dem Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin ins Leben gerufen wurde. Es richtet sich an Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, die unter ihrer sexuellen Präferenz leiden und befürchten, (erneut) Kinder sexuell zu missbrauchen und/oder Missbrauchsabbildungen zu nutzen. Das therapeutische Angebot für potentielle Täter soll die sexuelle Viktimisierung von Kindern verhindern. Neben Berlin haben sich seit 2005 noch Bamberg, Düsseldorf, Gießen, Hamburg, Hannover, Kiel, Leipzig, Mainz, Regensburg, Stralsund und Ulm als Standorte etabliert. Sie zusammen bilden das 2011 gegründete Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“, welches ein deutschlandweit flächendeckendes, therapeutisches Angebot gewährleisten will. Die in Deutschland für Ärzte und Psychologen geltende Schweigepflicht (§203 StGB) schützt auch in diesem Forschungsprojekt die Angaben der Projektteilnehmer zu begangenen Missbrauchshandlungen. Diese Tatsache schafft nicht nur einen realistischen Ausgangspunkt zur erfolgreichen Durchführung therapeutischer Hilfsangebote, die Schweigepflicht schafft auch Vertrauen, denn es kann ohne Angst vor Konsequenzen von begangenen Delikten berichtet werden. Außerdem wird dadurch die Untersuchung einer bislang kaum erforschten Gruppe von verhaltensunauffälligen und unentdeckt sexuell übergriffigen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie ermöglicht.

NeMUP konnte Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, die verhaltensunauffällig oder unentdeckt sexuell übergriffig waren, direkt vom PPD-Projekt rekrutieren. Die Rekrutierung dieser Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie war erstmals durch das PPD-Projekt so vereinfacht möglich. Bis zu diesem Zeitpunkt war eine Rekrutierung von diesen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie wegen der Angst vor Stigmatisierung und strafrechtlicher Verfolgung aufgrund begangener Delikte sehr schwer möglich.

3.4.2 Rekrutierung der Probanden

Zur Rekrutierung der Probanden für NeMUP wurde eine deutschlandweite Medienkampagne initiiert, welche sich gezielt an Menschen richtete, die bei sich selbst ein Interesse für Kinder und/oder Jugendliche vermuteten. Ein Großteil der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie wurde, wie bereits unter 3.4.1 erwähnt, aus dem PPD-Projekt rekrutiert. Gleichzeitig wurden durch eine weitere deutschlandweite Medienkampagne Kontrollprobanden rekrutiert, welche keine Pädo- und/oder Hebephilie vorwiesen.

Die Probanden wurden über den Studienablauf ausführlich aufgeklärt und willigten zur Datenauswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse ein. Die Teilnahme, Datenauswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgte stets freiwillig, anonym und schweigepflichtgeschützt. Die Teilnehmer erhielten eine Aufwandsentschädigung von 120 Euro. Die Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie erhielten weiterhin ein kostenloses und von der Schweigepflicht geschütztes therapeutisches Angebot bei „Kein Täter werden".

3.4.3 Untersuchungsablauf

An allen fünf NeMUP-Standorten wurde das gleiche Basis-Untersuchungsprogramm durchgeführt. Dieses bestand aus standardisierten klinisch-diagnostischen Interviews, MRT-Untersuchungen, neuropsychologischen und psychometrischen Untersuchungen, sowie endokrinologischen und (epi-)genetischen Untersuchungen. Je nach standortspezifischer Fragestellung fanden weitere Untersuchungen statt. Die Diagnose einer Pädophilie erfolgte gemäß den Kriterien des ICD-10 unter Kontrolle der Verhaltenshistorie (Setos Screening Scale for Pedophilic Interest, SSPI-2) und Berücksichtigung der Betrachtungszeit von sexuell anziehenden Stimuli. Der Untersuchungsablauf unterteilte sich in eine erste Sitzung bestehend aus Interviews zur Fremdbeurteilung, eine zweite Sitzung bestehend aus Fragebögen und Tests zur Selbstbeurteilung und eine dritte Sitzung mit einer MRT-Untersuchung. Die Sitzungen fanden meist an zwei aufeinanderfolgenden Tagen statt. Die Diagnose, das Interview und die Testung wurden jeweils von geschulten Psychologen und Ärzten der Standorte erhoben. Inhalte der ersten Sitzung waren die soziodemographische, forensische und Sexualanamnese. Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen wurden mit Hilfe des SKID I und II diagnostiziert. Die Fragebögen „Life-time history of alcohol and drug use" (LHADU), „Hamilton Depression Scale" (HAM-D) und „Hamilton Anxiety Scale" (HAM-A) wurden ausgefüllt. Inhalte der zweiten Sitzung waren der computerbasierte „Cambridge neuropsychological test automated battery" (CANTAB), der „Wechsler Intelligenztest für Erwachsene" (WIE), der computerbasierte „Multifaceted Empathy Test" (MET) sowie mehrere Fragebögen: „Childhood Trauma Questionnaire" (CTQ), „Sexual Inhibition and Exitation Scales" (SIS/SES), „Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen" (IRI/SPF), „Barratt Impulsiveness Scale" (BIS-11), „Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist" (Y-BOCS), ADHS-Selbstbeurteilungsskala in den letzten 7 Tagen (HASE) und „Wender Utah Rating Scale Kurzform" (WURS-K) zur ADHS-Selbstbeurteilung in der Kindheit (8-10 Jahre). Während der dritten Sitzung wurde zur Bestimmung der sexuellen Präferenz computerbasiert die Betrachtungszeit von Bildern verschiedener Körperschemata gemessen.

Weiterhin wurde ein strukturelles MRT mit hochauflösenden T1-Messungen (MPRAGE) und Messungen der weißen Substanz (Diffusion tensor imaging, DTI) durchgeführt. Außerdem erfolgten funktionelle MRT-Untersuchungen zur Sexualpräferenz, Ruheaktivität und Inhibitionsfähigkeit mit Hilfe von unter anderem visuellen Stimuli von Erwachsenen und Kindern.

Zu Beginn des Projektes wurde stichprobenartig auf Homogenität der Diagnostik, der durchgeführten Testungen und Messungen und der soziodemographischen Daten getestet.

3.4.4 Datenverarbeitung und -aufbereitung

Die Daten wurden an den fünf NeMUP-Standorten erfasst und in einer gemeinsamen Datenbank in IBM SPSS Statistics 25© aufbereitet. Zur Pseudonymisierung der Daten wurde sowohl jedem Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie als auch jedem Kontrollprobanden ein Pseudonym zugeteilt. Dieses bestand aus dem Anfangsbuchstaben der Stadt des Untersuchungsstandortes und einer Zahl, z.B. „B001“.

In Bezug auf den SKID-I musste die Diagnose mit der vergebenen Diagnoseziffer und der damit verbundenen dichotomen Variable überprüft werden. In Bezug auf SKID II wurde eine dichotome Variable für jede Persönlichkeitsstörung, sowie gruppiert nach Clustern erstellt. Auf Basis des Grunddatensatzes wurden weitere Variablen erstellt. So konnten beispielsweise aus den Angaben zu bisherigem Missbrauchsverhalten und zu bisheriger Nutzung von Missbrauchsabbildungen eine Verhaltensvariable zum Täterverhalten generiert werden. Die Verhaltensvariable teilt die Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie in folgende vier Gruppen: (A) kein Delikt, (B) ausschließlich Nutzung von Missbrauchsabbildungen, (C) ausschließlich sexueller Kindesmissbrauch und (D) beide Delikte ein. Vor der eigentlichen statistischen Auswertung wurde eine Plausibilitätsprüfung durchgeführt. Widersprüchliche Aussagen im Datensatz wurden überprüft und diese, wenn notwendig, korrigiert. Beispielsweise musste teilweise bei Probanden, welche Missbrauch begangen hatten, die Angabe zum bisherigen Missbrauchsverhalten korrigiert werden. Bei unvollständigen Angaben zu den psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen wurden die jeweiligen Probanden von den Berechnungen ausgeschlossen.

3.5 Statistische Analyse

Die statistische Auswertung der vorliegenden Daten wurde mittels IBM SPSS Statistics 25© durchgeführt. Hierfür wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p \leq .05$ (zweiseitig) als statistisch signifikant angesehen. Eine Adjustierung für multiples Testen wurde nicht vorgenommen, da die Tests einer explorativen Datenanalyse entsprechen. Die *p*-Werte haben keinen konfirmatorischen Charakter.

Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests wurden die Prävalenzzahlen zu derzeit und lebensgeschichtlich vorliegenden psychischen Störungen, sowie Persönlichkeitsstörungen in der Gruppe von verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und dem Dunkelfeld erfasst und mit denen der Kontrollgruppe verglichen. Zu den psychischen Störungen zählten die affektive Störung, Angststörung, Substanzmissbrauch, psychotische Störung, Essstörung, somatoforme Störung, dissoziative Störung und Anpassungsstörung. Unter den Persönlichkeitsstörungen wurden die paranoide, schizoide, schizotypische, antisoziale, Borderline, histrionische, narzisstische, vermeidende, abhängige, zwanghafte, nicht näher beschriebene, Störungen des Sozialverhaltens und depressive Persönlichkeitsstörung, sowie Cluster A, B und C berücksichtigt. Ebenso fand der Chi-Quadrat-Test Anwendung bei dem Vergleich der einzelnen Tätertypen untereinander in Bezug auf das Vorliegen einer Psychopathologie.

4. Ergebnisse

4.1 Vergleich der PH mit Kontrollprobanden

Im ersten Schritt wurde das Ausmaß der Psychopathologie bei Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie mit dem der Kontrollgruppe verglichen.

Es konnte ein statistisch signifikanter Unterschied bezogen auf das Vorliegen einer psychischen Störung ($X^2(1) = 23.64, p < .001$) gezeigt werden (siehe Tabelle 4). Etwa zwei Drittel der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie wiesen eine psychische Störung auf, im Gegensatz dazu hatten etwa ein Drittel der Kontrollprobanden eine psychische Störung. Ein statistisch signifikanter Unterschied ergab sich bei derzeitigen affektiven Störungen ($X^2(1) = 33.91$, $p < .001$), lebensgeschichtlichen affektiven Störungen ($X^2(1) = 23.17, p < .001$), derzeitigen Angststörungen ($X^2(1) = 7.57$, $p = .006$), lebensgeschichtlichen Angststörungen ($X^2(1) = 6.21$, $p = .013$) und lebensgeschichtlichem Substanzmissbrauch ($X^2(1) = 11.54, p = .001$). Besonders auffällig war das Vorliegen einer lebensgeschichtlichen affektiven Störung bei Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie mit 41.1%. Alle weiteren Ergebnisse zeigten keinen statistisch signifikanten Unterschied, bzw. war aufgrund einer zu kleinen Stichprobe kein Pearson Chi-Quadrat Test durchführbar.

Es konnte ein statistisch signifikanter Unterschied bezogen auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ($X^2(1) = 45.12, p < .001$) gezeigt werden (siehe Tabelle 5). Etwa die Hälfte aller Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie erhielten die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, im Gegensatz dazu nur 6% der Kontrollprobanden. Ein statistisch signifikanter Unterschied ergab sich bei der vermeidenden ($X^2(1) = 21.90$, $p < .001$) und zwanghaften ($X^2(1) = 9.79, p = .002$) Persönlichkeitsstörung sowie einer Cluster B ($X^2(1) = 14.05$, $p = .001$) und C ($X^2(1) = 23.89$, $p < .001$) Persönlichkeitsstörung. Die Cluster C Persönlichkeitsstörung, welche die vermeidende und zwanghafte Persönlichkeitsstörung beinhaltet, lag bei etwa einem Viertel der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie vor. Alle weiteren Ergebnisse zeigten keinen statistisch signifikanten Unterschied, bzw. war aufgrund einer zu kleinen Stichprobe kein Pearson Chi-Quadrat Test durchführbar.

Tabelle 4
Vergleich der PH mit Kontrollprobanden in Bezug auf SKID I

	PH	Kontrollen	*p*	Test
n	112	126		
Psychische Störung (%)	68 (60.7)	37 (29.4)	<.001	P. Chi-Quadrat
Derzeitige affektive Störung (%)	29 (25.9)	1 (0.8)	<.001	P. Chi-Quadrat
Lebensge. affektive Störung (%)	46 (41.1)	17 (13.5)	<.001	P. Chi-Quadrat
Derzeitige Angststörung (%)	20 (17.9)	8 (6.3)	.006	P. Chi-Quadrat
Lebensge. Angststörung (%)	26 (23.2)	14 (11.1)	.013	P. Chi-Quadrat
Derzeitiger Substanzmissbrauch (%)	2 (1.8)	1 (0.8)	-	*
Lebensge. Substanzmissbrauch (%)	21 (18.8)	6 (4.8)	.001	P. Chi-Quadrat
Derzeitige psychotische Störung (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Lebensge. psychotische Störung (%)	1 (0.9)	0 (0.0)	-	*
Derzeitige Essstörung (%)	3 (2.7)	1 (0.8)	-	*
Lebensge. Essstörung (%)	5 (4.5)	1 (0.8)	-	*
Derzeitige somatoforme Störung (%)	4 (3.6)	0 (0.0)	-	*
Lebensge. somatoforme Störung (%)	3 (2.7)	0 (0.0)	-	*
Derzeitige dissoziative Störung (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Lebensge. dissoziative Störung (%)	0 (0.0)	1 (0.8)	-	*
Derzeitige Anpassungsstörung (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Lebensge. Anpassungsstörung (%)	1 (0.9)	5 (4.0)	-	*

Anmerkung. PH = Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie. Lebensge. = Lebensgeschichtlich. P. Chi-Quadrat = Pearson Chi-Quadrat. * = aufgrund fehlender Zellenbesetzung kein Pearson Chi-Quadrat Test durchführbar. Signifikanzniveau $p < .05$.

Tabelle 5
Vergleich der PH mit Kontrollprobanden in Bezug auf SKID II

	PH	Kontrollen	*p*	Test
n	110	126		
Persönlichkeitsstörung (%)	48 (43.6)	8 (6.3)	<.001	P. Chi-Quadrat
Paranoide PS (%)	1 (0.9)	0 (0.0)	-	*
Schizoide PS (%)	1 (0.9)	0 (0.0)	-	*
Schizotypische PS (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Antisoziale PS (%)	3 (2.7)	1 (0.8)	-	*
Borderline PS (%)	6 (5.5)	0 (0.0)	-	*
Histrionische PS (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Narzisstische PS (%)	5 (4.5)	0 (0.0)	-	*
Vermeidende PS (%)	20 (18.2)	1 (0.8)	<.001	P. Chi-Quadrat
Abhängige PS (%)	2 (1.8)	0 (0.0)	-	*
Zwanghafte PS (%)	16 (14.5)	4 (3.2)	.002	P. Chi-Quadrat
Nicht näher beschriebene PS (%)	9 (8.2)	0 (0.0)	-	*
Störung des Sozialverhaltens in Kindheit/Adoleszenz (%)	8 (7.3)	3 (2.4)	.075	P. Chi-Quadrat
Depressive PS (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Cluster A PS (%)	2 (1.8)	0 (0.0)	-	*
Cluster B PS (%)	14 (12.7)	1 (0.8)	<.001	P. Chi-Quadrat
Cluster C PS (%)	29 (26.4)	5 (4.0)	<.001	P. Chi-Quadrat

Anmerkung. PH = Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie. PS = Persönlichkeitsstörung. P. Chi-Quadrat = Pearson Chi-Quadrat. * = aufgrund fehlender Zellenbesetzung kein Pearson Chi-Quadrat Test durchführbar. Signifikanzniveau $p < .05$.

4.2 Vergleich der PH nach Tätertypen

Im nächsten Schritt wurden die unterschiedlichen Tätertypen aus der Stichprobe der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie in Bezug auf das Ausmaß einer Psychopathologie einander gegenübergestellt.

Die Prävalenz von bestimmten psychischen Störungen unterschied sich nicht statistisch signifikant zwischen den verschiedenen Tätertypen der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie (siehe Tabelle 6). Die Ergebnisse lassen jedoch folgende Tendenzen beobachten: Vor allem die Tätertypen, welche Missbrauchsabbildungen nutzten, d.h. Täter mit ausschließlich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen und Täter mit beiden Delikten, wiesen mit ca. zwei Drittel eine psychische Störung auf. Im Gegensatz dazu wiesen die Tätertypen, welche keine Missbrauchsabbildungen nutzten, zu ca. zwei Fünftel eine psychische Störung auf. Ähnlich verhielt es sich bei dem Vorliegen einer lebensgeschichtlichen affektiven Störung und einer lebensgeschichtlichen Angststörung. Jeweils die Tätertypen, die das Nutzen von Missbrauchsabbildungen beinhalteten, zeigten die höchste Prävalenz. Des Weiteren fiel auf, dass ca. ein Viertel bis ein Fünftel der Tätertypen mit einem Delikt oder beiden Delikten einen lebensgeschichtlichen Substanzmissbrauch aufwiesen.

Die Prävalenz von bestimmten Persönlichkeitsstörungen unterschied sich nicht statistisch signifikant zwischen den verschiedenen Tätertypen der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie (siehe Tabelle 7). Die Ergebnisse lassen jedoch folgende Tendenzen beobachten: Die Tätertypen, welche das Nutzen von Missbrauchsabbildungen beinhalteten, d.h. Täter mit ausschließlich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen und Täter mit beiden Delikten, wiesen zu ca. 50% eine Persönlichkeitsstörung auf. Die Tätertypen ohne die Nutzung von Missbrauchsabbildungen wiesen zu ca. 30% eine Persönlichkeitsstörung auf. Unabhängig vom Tätertyp, lag bei ca. einem Viertel der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie eine Cluster C Persönlichkeitsstörung vor. Gehäuft trat die vermeidende Persönlichkeitsstörung bei Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie ohne Delikt (25%), mit ausschließlich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen (17%) und mit beiden Delikten (20%) auf. Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung wurde vor allem bei Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie ohne ein Delikt (20%) und mit ausschließlich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen (17%) diagnostiziert.

Tabelle 6
Vergleich der PH nach Tätertypen in Bezug auf SKID I

	PH kein Delikt	PH auss. NMA	PH auss. SKM	PH beide Delikte	*p*	Test
n	21	47	9	31		
Psychische Störung (%)	9 (42.9)	30 (63.8)	4 (44.4)	22 (71.0)	.149	Pearson Chi-Quadrat
Derzeitige affektive Störung (%)	3 (14.3)	16 (34.0)	2 (22.2)	7 (22.6)	.342	Pearson Chi-Quadrat
Lebensgeschichtliche affektive Störung (%)	6 (28.6)	20 (42.6)	3 (33.3)	14 (45.2)	.619	Pearson Chi-Quadrat
Derzeitige Angststörung (%)	3 (14.3)	12 (25.5)	1 (11.1)	4 (12.9)	.431	Pearson Chi-Quadrat
Lebensgeschichtliche Angststörung (%)	3 (14.3)	14 (29.8)	1 (11.1)	8 (25.8)	.420	Pearson Chi-Quadrat
Derzeitiger Substanzmissbrauch (%)	0 (0.0)	2 (4.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Lebensgeschichtlicher Substanzmissbrauch (%)	0 (0.0)	9 (19.1)	2 (22.2)	8 (25.8)	.105	Pearson Chi-Quadrat
Derzeitige psychotische Störung (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Lebensgeschichtliche psychotische Störung (%)	0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Derzeitige Essstörung (%)	0 (0.0)	2 (4.3)	0 (0.0)	1 (3.2)	-	*
Lebensgeschichtliche Essstörung (%)	0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)	4 (12.9)	-	*

Anmerkung. PH = Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie. Auss. NMA = Ausschließlich Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Auss. SKM = Ausschließlich sexueller Kindesmissbrauch. * = aufgrund fehlender Zellenbesetzung kein Pearson Chi-Quadrat Test durchführbar. Signifikanzniveau $p < .05$.

Fortsetzung Tabelle 6

Vergleich der PH nach Tätertypen in Bezug auf SKID I

	PH kein Delikt	PH auss. NMA	PH auss. SKM	PH beide Delikte	*p*	Test
n	21	47	9	31		
Derzeitige somatoforme Störung (%)	1 (4.8)	2 (4.3)	1 (11.1)	0 (0.0)	-	*
Lebensgeschichtliche somatoforme Störung (%)	1 (4.8)	2 (4.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Derzeitige dissoziative Störung (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Lebensgeschichtliche dissoziative Störung (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Derzeitige Anpassungsstörung (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Lebensgeschichtliche Anpassungsstörung (%)	1 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*

Anmerkung. PH = Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie. Auss. NMA = Ausschließlich Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Auss. SKM = Ausschließlich sexueller Kindesmissbrauch. * = aufgrund fehlender Zellenbesetzung kein Pearson Chi-Quadrat Test durchführbar. Signifikanzniveau $p < .05$.

Tabelle 7
Vergleich der PH nach Tätertypen in Bezug auf SKID II

	PH kein Delikt	PH auss. NMA	PH auss. SKM	PH beide Delikte	*p*	Test
n	20	47	9	30		
Persönlichkeitsstörung (%)	6 (30.0)	22 (46.8)	3 (33.3)	15 (50.0)	.460	Pearson Chi-Quadrat
Paranoide PS (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (11.1)	0 (0.0)	-	*
Schizoide PS (%)	0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Schizotypische PS (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Antisoziale PS (%)	0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)	2 (6.7)	-	*
Borderline PS (%)	1 (5.0)	1 (2.1)	1 (11.1)	1 (3.3)	-	*
Histrionische PS (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Narzisstische PS (%)	0 (0.0)	3 (6.4)	0 (0.0)	2 (6.7)	-	*
Vermeidende PS (%)	5 (25.0)	8 (17.0)	1 (11.1)	6 (20.0)	.807	Pearson Chi-Quadrat
Abhängige PS (%)	0 (0.0)	2 (4.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Zwanghafte PS (%)	4 (20.0)	8 (17.0)	1 (11.1)	3 (10.0)	-	*
Nicht näher beschriebene PS (%)	2 (10.0)	7 (14.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*

Anmerkung. PH = Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie. Auss. NMA = Ausschließlich Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Auss. SKM = Ausschließlich sexueller Kindesmissbrauch. PS = Persönlichkeitsstörung. * = aufgrund fehlender Zellenbesetzung kein Pearson Chi-Quadrat Test durchführbar. Signifikanzniveau $p < .05$.

Fortsetzung Tabelle 7

Vergleich der PH nach Tätertypen in Bezug auf SKID II

	PH kein Delikt	PH auss. NMA	PH auss. SKM	PH beide Delikte	*p*	Test
n	20	47	9	30		
Störung des Sozialverhaltens in Kindheit/Adoleszenz (%)	1 (5.0)	2 (4.3)	1 (11.1)	4 (13.3)	-	*
Depressive PS (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	*
Cluster A PS (%)	0 (0.0)	1 (2.1)	1 (11.1)	0 (0.0)	-	*
Cluster B PS (%)	1 (5.0)	6 (12.8)	1 (11.1)	4 (13.3)	-	*
Cluster C PS (%)	5 (25.0)	14 (29.8)	2 (22.2)	8 (26.7)	.956	Pearson Chi-Quadrat

Anmerkung. PH = Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie. Auss. NMA = Ausschließlich Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Auss. SKM = Ausschließlich sexueller Kindesmissbrauch. PS = Persönlichkeitsstörung. * = aufgrund fehlender Zellenbesetzung kein Pearson Chi-Quadrat Test durchführbar. Signifikanzniveau $p < .05$.

5. Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Gemessen an den Hypothesen dieser Arbeit lassen sich folgende Ergebnisse formulieren:

- Die Gruppe bestehend aus verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und dem Dunkelfeld wies ein statistisch signifikant höheres Ausmaß an psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen auf als die Kontrollprobanden. Es zeigte sich im Vergleich mit den Kontrollprobanden unter den Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie ein größerer Anteil mit derzeitigen und lebensgeschichtlichen affektiven Störungen, derzeitigen und lebensgeschichtlichen Angststörungen, lebensgeschichtlichem Substanzmissbrauch, einer vermeidenden, zwanghaften sowie einer Cluster B und C Persönlichkeitsstörung.
- Die Prävalenz von bestimmten psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen unterschied sich nicht statistisch signifikant zwischen den verschiedenen Tätertypen der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie. Es fiel jedoch auf, dass vor allem Täter, die Missbrauchsabbildungen nutzten, d.h. Täter mit ausschließlich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen und Täter mit beiden Delikten, tendenziell eine höhere Prävalenz für allgemein eine psychische Störung, genauer betrachtet lebensgeschichtliche affektive Störungen und lebensgeschichtliche Angststörungen, sowie eine höhere Prävalenz für allgemein eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen. Des Weiteren zeigte sich ein möglicher Zusammenhang von Substanzmissbrauch und Deliktverhalten.

Im Rahmen dieser Arbeit konnte erstmals die Gruppe von verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und das Dunkelfeld, d.h. von der Justiz unentdeckt sexuell übergriffige Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, näher erforscht werden. Im Gegensatz dazu beruhte die bisherige Datenlage vor allem auf Hellfeld-Studien.

5.2 Vergleich der PH mit Kontrollprobanden

Die Gruppe bestehend aus verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und dem Dunkelfeld wies ein statistisch signifikant höheres Ausmaß an psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen auf als die Kontrollprobanden. Somit hat sich die Hypothese 1 dieser Arbeit bestätigt.

5.2.1 Psychische Störungen (SKID I)

Der mögliche Zusammenhang erhöhter Prävalenzzahlen von psychischen Störungen bei Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie ist unklar und muss in beide Richtungen betrachtet werden. Höhere Prävalenzzahlen könnten als Psychopathologie als Vorreiter für die sexuelle Orientierung oder als Folge der erlebten Stigmatisierung aufgrund der sexuellen Orientierung gewertet werden. Wenn man die Minoritäten-Stress-Theorie (Meyer, 2003), welche unter 2.4.2 erläutert wurde, auf Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephile anwendet, sind die höheren Prävalanzzahlen bei diesen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nachvollziehbar. Existierende Stigmata gegenüber Menschen mit einer Pädophilie sind u.a., dass diese eine Vielzahl sexueller (z.B. Küssen, Schmusen, Masturbation, Geschlechtsverkehr) und nicht-sexueller (z.B. miteinander Zeit verbringen, sich unterhalten) Aktivitäten mit Kindern durchführen, böse sind und niedrige Erfolgschancen bei einer Therapie haben (McCartan, 2004). Es kursiert die Überzeugung, dass sich Menschen mit einer Pädophilie ihre sexuelle Orientierung frei gewählt haben (Jahnke, Imhoff, & Hoyer, 2015). Im Allgemeinen wurden negativere und stigmatisierendere Reaktionen gegenüber Menschen mit einer Pädophilie gefunden im Vergleich zu Menschen mit missbräuchlichem Alkoholkonsum, sexuell motiviertem Sadismus und antisozialen Tendenzen (Jahnke, Imhoff, et al., 2015). Weiterhin kann Stigmatisierung dazu führen, dass Betroffene keine Therapie aufsuchen oder sich nicht gegenüber Freunden und Familie öffnen (Seto, 2012), sodass ein konstruktiver Austausch, Unterstützung durch das Umfeld der betroffenen Menschen, sowie das Erlernen eines Umgangs mit der eigenen sexuellen Orientierung wegfällt. Demnach führt Stigmatisierung von Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie neben einem erhöhten Risiko für soziale, emotionale und kognitive Probleme auch zu einem erhöhten Risiko für sexuell übergriffiges Verhalten (Jahnke & Hoyer, 2013). Eine Entstigmatisierung von Therapeutenseite aus gegenüber Menschen mit einer Pädo- und/oder

Hebephilie spielt dabei eine ausschlaggebende Rolle und kann einen Beitrag zum Verhindern von sexuellen Kindesmissbrauch leisten (Jahnke, Philipp, & Hoyer, 2015).

Die Ergebnisse dieser Arbeit unterscheiden sich von bisherigen Ergebnissen insofern, dass bisherige Forschung deutlich höhere Prävalenzzahlen für psychische Störungen bei pädophilen Sexualstraftätern ergab (Dunsieth et al., 2004; Eher, Neuwirth, Fruehwald, & Frottier, 2003; Kafka & Hennen, 2002; Kruger & Schiffer, 2011; McElroy et al., 1999; Raymond et al., 1999). Ursachen für die Heterogenität der Ergebnisse könnten die unterschiedlichen untersuchten Studienpopulationen, Art der Datenerhebung und Diagnosestellung, der Ort der Studie oder die Kontrollgruppe sein.

Die Mehrheit der unter 2.4.2 beschriebenen Studien untersuchte der Justiz bekannte Sexualstraftäter, d.h. das Hellfeld. Eine Ausnahme bildeten Kafka und Hennen (2002), die Männer untersuchten, welche aufgrund einer Paraphilie oder Paraphilie-verwandten Störung in ambulanter Behandlung waren. Ein Teil war jedoch ebenfalls Sexualstraftäter. Nur wenige Studien differenzierten die Population der Sexualstraftäter weiter nach vorliegender Paraphilie bzw. Pädophilie. Von diesen Studien erfolgte bei Kruger und Schiffer (2011) die genaueste Differenzierung der Studienpopulation, d.h. es wurden nur diejenigen in die Studie aufgenommen, welche eine Pädophilie nach DSM-IV hatten, exklusiv eine Geschlechterpräferenz für Mädchen oder Jungen hatten, nicht auf Inzest beschränkt waren und nicht eine medikamentöse Therapie erhielten. Bezüglich des Vorliegens einer psychischen Störung im Allgemeinen sowie der Prävalenz einer derzeitigen und lebensgeschichtlichen affektiven Störung ähneln sich die Prävalenzzahlen dieser Arbeit mit den Ergebnissen von Kruger und Schiffer (2011). Die restlichen Ergebnisse von Kruger und Schiffer (2011) sind jedoch ebenfalls deutlich höher als in dieser vorliegenden Arbeit. Die unter 2.4.2 beschriebenen Studien verwendeten mehrheitlich die SKID-Diagnostik zur Erfassung der psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen, mit Ausnahme von Kafka und Hennen (2002). Somit stimmt die Diagnostik weitestgehend mit der Diagnostik der vorliegenden Arbeit überein.

Aus dem bisher Berichteten ergibt sich,

- dass die Allgemeinbevölkerung weniger psychische Störungen vorweist als Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie,

- dass Stigmatisierung eine Auswirkung auf psychische Störungen sowie das Aufsuchen von Hilfe hat und somit zu einem erhöhten Risiko für sexuell übergriffiges Verhalten führen kann,
- dass bei Sexualstraftätern im Hellfeld, unabhängig von einer vorliegenden Paraphilie, mehr psychische Störungen auftreten als bei verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und dem Dunkelfeld und,
- dass wenn in den Hellfeldstudien eine genauere Differenzierung der Paraphilie stattfindet, die Prävalenzzahlen zu psychischen Störungen sinken und sich die Ergebnisse der Studien denen der vorliegenden Arbeit annähern.

Ein Erklärungsansatz ist, dass die Tatsache, angezeigt bzw. verurteilt worden zu sein, sowie das Erlebnis der Inhaftierung, zu mehr psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen bei Hellfeldstudien führt (Neutze et al., 2012). Ein anderer Grund könnte sein, dass aufgrund von vermehrt vorliegenden psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen, die Risikobereitschaft und antisoziale Strukturen erhöht waren und somit auch die Wahrscheinlichkeit, auffällig und angezeigt zu werden. Dies zeigt sich vor allem in der vermehrt gefundenen antisozialen Persönlichkeitsstörung im Hellfeld (Hanson & Morton-Bourgon, 2005).

Bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Arbeit muss jedoch beachtet werden, dass die Kontrollprobanden dieser Arbeit einen höheren Anteil an Homosexuellen beinhalteten als es in der Normalbevölkerung der Fall ist. Die Prävalenz von Homosexualität in der Gruppe von Kontrollprobanden lag bei etwa einem Viertel. Die Prävalenz von Homosexualität wurde in einer Gruppe von Männern aus der Normalbevölkerung zwischen 18 und 44 Jahren in einer Studie des amerikanischen „Centers for Disease Control and Prevention“ mit 1.7% angegeben. Bisexualität hatte eine Prävalenz von 1.1 % (Chandra et al., 2011). Dies könnte die Allgemeingültigkeit der vorliegenden Ergebnisse schmälern. Man kann spekulieren, ob homosexuelle Kontrollprobanden ein besonderes Interesse an solch einer Studie hatten, da Homosexualität als sexuelle Orientierung lange Zeit nicht anerkannt war. Eine andere Vermutung könnte sein, dass homosexuelle Menschen aufgrund des erhöhten Anteils der homosexuellen Geschlechtsorientierung unter Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie im Vergleich zu Menschen mit einer Teleiophilie an der Studie interessiert waren. Studien besagen zudem, dass homo- und bisexuelle Menschen eine höhere Prävalenz an psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen vorweisen (Fergusson et al., 1999). Die

Vermutung, dass die Prävalenzzahlen der psychischen Störungen der Kontrollkohorte aus dieser Arbeit deswegen falsch hoch sein könnten im Vergleich mit der Normalbevölkerung, bestätigte sich jedoch nicht. Beim Vergleich der Prävalenzzahlen der Kontrollprobanden dieser Arbeit mit denen der 12-Monatsprävalenz von psychischen Störungen in der deutschen Bevölkerung, stimmten diese überein. Demnach lag die 12-Monatsprävalenz für eine psychische Störung im Allgemeinen bei 35%, im Speziellen für eine affektive Störung bei 10%, für eine Angststörung bei 15%, für Substanzmissbrauch bei 17%, für eine psychotische Störung bei 3%, für eine Essstörung bei 1% und für eine somatoforme Störung bei 4% (Jacobi et al., 2015). Der Substanzmissbrauch der Kontrollkohorte dieser Arbeit war sogar niedriger als in der Untersuchung von Jacobi et al. (2015) mit einer Prävalenz von 1% derzeitig und 5% lebensgeschichtlich.

5.2.2 Persönlichkeitsstörungen (SKID II)

Abhängig von der Sexualpräferenz zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied im Anteil der Persönlichkeitsstörungen. Im Vergleich der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied für eine zwanghafte, vermeidende sowie eine Cluster B und C Persönlichkeitsstörung.

Wiederum stellt sich die Frage der Wechselwirkung: ist die Psychopathologie als Vorreiter für die sexuelle Orientierung oder als Folge der erlebten Stigmatisierung zu werten? Das vermehrte Auftreten der vermeidenden und zwanghaften Persönlichkeitsstörung bei Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung kann plausibel als Auswirkung von Stigma-assoziierten Stress diskutiert werden.

ICD-10 definiert diese Persönlichkeitsstörungen wie folgt (Dilling & Freyberger, 2019, S. 243f):

> F60.5 anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung: Eine Persönlichkeitsstörung, die durch Gefühle von Zweifel, Perfektionismus und von übertriebener Gewissenhaftigkeit gekennzeichnet ist; damit verbunden sind ständige Kontrollen, Halsstarrigkeit, Vorsicht und Rigidität. Es können beharrliche und unerwünschte Gedanken oder Impulse auftreten, die nicht die Schwere einer Zwangsstörung erreichen.

> F60.6 ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung: Eine Persönlichkeitsstörung, die durch Gefühle von Anspannung und Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeit gekennzeichnet ist. Es besteht eine andauernde Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptiertwerden, eine Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung und Kritik mit eingeschränkter Beziehungsfähigkeit. Die betreffende Person neigt zur Überbetonung potentieller Gefahren oder Risiken alltäglicher Situationen bis zur Vermeidung bestimmter Aktivitäten.

Diese Charakteristika finden sich in den Folgen von Stigmatisierung wieder. Demnach werden als Auswirkungen von Stigma niedriges Selbstbewusstsein und Defizite in Bewältigungs- und Emotionsregulation beschrieben (Hatzenbuehler, 2009; Jahnke, Schmidt, Geradt, & Hoyer, 2015). Gemäß den erlebten Stigmata entscheiden vermutlich die meisten Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, ihre sexuelle Orientierung geheim zu halten. Dies hat durch den vermehrten sozialen Rückzug erhöhte soziale Defizite zur Folge (Whitaker et al., 2008). Das Zusammenspiel von sozialer Isolation, sowie mangelndem Austausch mit Menschen mit und ohne einer Pädophilie kann das Entstehen kognitiver Verzerrungen begünstigen (Jahnke, Schmidt, et al., 2015). Diese sind wiederum als Vorläufer für erneuten sexuellen Missbrauch zu werten (Abel, Becker, & Cunningham-Rathner, 1984). Es wurde gezeigt, dass die Angst davor, dass die sexuelle Orientierung entdeckt wird, negativ mit dem sozialen und emotionalen Funktionsniveau assoziiert ist (Jahnke, Schmidt, et al., 2015). Zudem wurde beschrieben, dass Menschen mit psychischen Störungen aus Angst vor Stigmatisierung teilweise Therapie vermeiden (Ben-Zeev et al., 2010). Man kann also diskutieren, dass die oben genannten Persönlichkeitsstörungen eng mit Stigmatisierung zusammenhängen und somit verständlicherweise in der Allgemeinbevölkerung weniger vorhanden sind.

Bisherige Forschung zu Sexualstraftätern bzw. paraphilen Menschen und Persönlichkeitsstörungen ergab höhere Prävalenzzahlen an Persönlichkeitsstörungen, vor allem fiel eine hohe Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung auf (Dunsieth et al., 2004; Eher et al., 2003; Kruger & Schiffer, 2011; McElroy et al., 1999; Raymond et al., 1999).

Wie unter 5.2.1 diskutiert, erklärt sich die Varianz der Prävalenzen vermutlich durch die unterschiedlichen Studienpopulationen. In dieser Arbeit zeigte sich kein Zusammenhang zwischen

der antisozialen Persönlichkeitsstörung und sexuellem Kindesmissbrauch, wobei vor allem diese in der Literatur mit sexuellem Kindesmissbrauch in Verbindung gebracht wird (Babchishin et al., 2015; Elliott et al., 2013; Hanson & Bussière, 1998; Henshaw et al., 2017; Magaletta et al., 2014; Webb et al., 2007). Es scheint ein deutlicher Unterschied zwischen dem Hell- und Dunkelfeld zu bestehen. Ein größeres Ausmaß an Antisozialität scheint für das Hellfeld charakteristisch. Mit der Antisozialität kann wiederum eine vermehrte Risikobereitschaft einhergehen, die die Gefahr, angezeigt zu werden, begünstigt (Hanson & Morton-Bourgon, 2005).

Eher et al. (2003) verglichen nicht-paraphile Sexualstraftäter mit paraphilen Sexualstraftätern und speziell pädophilen Sexualstraftätern. Es zeigte sich, dass nicht-paraphile Sexualstraftäter vermehrt eine antisoziale Persönlichkeitsstörung vorwiesen. Nicht-paraphile Sexualstraftäter hatten zu 64% eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, paraphile Sexualstraftäter lagen mit 13% nah bei den pädophilen Sexualstraftätern, welche zu 16% eine antisoziale Persönlichkeitsstörung hatten. Dies ist ein starkes Indiz dafür, dass Erkenntnisse über Sexualstraftäter und Antisozialität im Allgemeinen nicht ohne Weiteres auf pädophile Täter übertragbar sind. Ebenfalls wird deutlich, dass Erkenntnisse über paraphile Sexualstraftäter und im Speziellen pädophile Sexualstraftäter aus dem Hellfeld nicht auf die Gruppe der verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und dem Dunkelfeld übertragbar sind. Unterstrichen wird dies dadurch, dass die untersuchte Population mit einer Pädo- und/oder Hebephilie dieser Arbeit eine Prävalenz von 3% für die antisoziale Persönlichkeitsstörung ergab.

Die in dieser Arbeit berechneten Prävalenzen zu den Persönlichkeitsstörungen der Kontrollprobanden entsprachen, trotz des erhöhten Anteils an homosexuellen Kontrollprobanden, den Angaben zu Persönlichkeitsstörungen in der Normalbevölkerung. Am häufigsten war die Cluster C Persönlichkeitsstörung (Coid, Yang, Tyrer, Roberts, & Ullrich, 2006; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001).

5.3 Vergleich der PH nach Tätertypen

Die Prävalenz von psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen unterschied sich nicht statistisch signifikant zwischen den verschiedenen Tätertypen der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie. Somit hat sich die Hypothese 2 dieser Arbeit nicht bestätigt.

Die bisherige Forschung erlaubt keine klare Aussage dazu, ob bestimmte psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen mit den verschiedenen Tätertypen assoziiert auftreten. Es fehlen Studien mit Diagnostik der psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV bei den verschiedenen Tätertypen. Eine Vermutung, warum diese fehlen, ist zu geringe Fallzahlen oder zu aufwendige Diagnostik. Die vorliegende Arbeit berücksichtigte zudem psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen, welche über die Lebenszeit vorliegen, bisherige Forschung untersuchte meist alleinig den Inhaftierungszeitraum. Anhand von Studien, die den Kontakt zu einem psychiatrischen Dienst beschrieben, kann man nur spekulieren, dass dies auf dem erhöhten Auftreten von psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen beruht. Es besteht ein Bedarf, dieser Fragestellung nachzugehen. Aufgrund der kleinen Stichprobe ist die Aussagekraft dieser Untersuchung an dieser Stelle beschränkt und erlaubt keine allgemeinen Schlussfolgerungen, vielleicht kann aber eine Tendenz abgebildet werden. Nichtsdestotrotz werden in der vorliegenden Arbeit erstmals verhaltensunauffällige Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie untersucht, eine in bisheriger Forschung nicht erfasste Gruppe, und in Bezug zu den übrigen Tätertypen gesetzt.

5.3.1 Psychische Störungen (SKID I)

Es fiel eine leichte Tendenz auf, dass vor allem Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, welche Missbrauchsabbildungen nutzten, d.h. Täter mit ausschließlich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen und Täter mit beiden Delikten, eine höhere Prävalenz für allgemein eine psychische Störung, genauer betrachtet eine lebensgeschichtliche affektive Störung und eine lebensgeschichtliche Angststörung, aufwiesen. Ebenso zeigten diese Täter eine höhere Wahrscheinlichkeit, in ihrem Leben bereits unter Störungen durch Substanzkonsum gelitten zu haben.

Wie unter Punkt 2.4.3 bereits beschrieben kam bisherige Forschung zu widersprüchlichen Ergebnissen. Weder der vermehrte Kontakt zu psychiatrischen Einrichtungen noch das gehäufte

Vorliegen von psychischen Störungen und Substanzmissbrauch konnte klar einem Tätertyp zugeordnet werden (Aslan & Edelmann, 2014; Babchishin et al., 2015; Jung, Ennis, Stein, Choy, & Hook, 2013; Webb et al., 2007). Es zeigte sich jedoch, dass Substanzmissbrauch durch seine enthemmende Wirkung für das Begehen eines Deliktes im Allgemeinen einen mitwirkenden Faktor spielt (Aslan & Edelmann, 2014).

Eine mögliche Ursache für die zum Teil widersprüchlichen Ergebnisse könnten Unterschiede in der Studienpopulation und den Untersuchungsinstrumenten darstellen. Während die vorliegende Arbeit die Gruppe der verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und das Dunkelfeld untersuchte, basierten die meisten anderen Studien auf dem Hellfeld, deren Ergebnisse nicht als allgemeingültig zu werten sind. Oft waren Hellfeldtaten mit anderen schwerwiegenden Taten assoziiert, die zusammen zur Entdeckung des Täters geführt hatten. Des Weiteren erfolgte die Diagnostik der Pädophilie uneinheitlich bzw. gar nicht. Innerhalb der Sexualstraftäter und Sexualstraftäter gegen Kinder erfolgte meist keine Differenzierung in Präferenz- und Nicht-Präferenztäter. Bezüglich der psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen erfolge keine differenzierte Aufschlüsselung und Diagnostik. Die Datenerhebung erfolgte meist durch Sichtung von Akten u.a. von offiziellen Anklagen oder Verurteilungen und beschränkte sich mehrheitlich auf Kontakt zu psychiatrischen Einrichtungen und Substanzmissbrauch. Beispielsweise stammten die Daten von Webb et al. (2007) aus der Bewährungsakte, Gesprächen mit dem Bewährungshelfer sowie aus dem Bericht vor dem Urteilsspruch.

Eine klare Einordnung der in dieser Arbeit beobachteten Tendenzen ist somit nicht möglich. Man kann jedoch spekulieren, dass das Auftreten von affektiven Störungen und Angststörungen gemäß den Diagnosekriterien des ICD-10 weitreichende psychosoziale Folgen nach sich zieht, wie z.B. sozialer Rückzug, Vermeidung von stressreichen Situationen und Schwierigkeiten bei zwischenmenschlicher Beziehungsbildung, welches bestimmtes Täterverhalten begünstigt. Somit wäre es nachvollziehbar, dass Tätertyen mit gehäuft affektiven Störungen und Angststörungen eher Missbrauchsabbildungen nutzen um dem Stress einer sozialen Interaktion zu umgehen, statt ausschließlich sexuellen Kindesmissbrauch zu begehen.

5.3.2 Persönlichkeitsstörungen (SKID II)

Auffällig war, dass vor allem Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, welche Missbrauchsabbildungen nutzten, d.h. Täter mit ausschließlich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen und Täter mit beiden Delikten, eine höhere Prävalenz für allgemein eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen.

Die aktuelle Studienlage erlaubt keine klare Aussage und Vergleiche zwischen Studien. Nach den Ergebnissen von Jung et al. (2013) und Webb et al. (2007) lassen sich jedoch keine Unterschiede zwischen Tätern mit ausschließlich Nutzung von Missbrauchsabbildungen und Tätern mit ausschließlich sexuellem Kindesmissbrauch in Bezug auf Persönlichkeitsstörungen feststellen. Jung et al. (2013) stützen sich dabei auf die Ergebnisse des Persönlichkeitsfragebogens „Personality Assessment Inventory“ (PAI). Webb et al. (2007) nutzten ein Selbstbericht-Fragebogen (Millon Clinical Multi-axial Inventory-III, MCMI-III).

Die in der Literatur oft beschriebene antisoziale Persönlichkeitsstörung, vor allem bei Tätern mit ausschließlich sexuellem Kindesmissbrauch und beiden Delikten, zeigte sich nicht in der vorliegenden Arbeit. Dies unterstreicht nochmals den vermuteten Unterschied zwischen der Hellfeld- und Dunkelfeldpopulation (Babchishin et al., 2015).

Ähnlich wie unter 5.3.1. diskutiert, kann man nur spekulieren, dass das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung Täter in starkem Maße bei zwischenmenschlichen Interaktionen und Beziehungsgestaltung beeinträchtigt, so dass eher Missbrauchsabbildungen genutzt werden als ausschließlich sexueller Kindesmissbrauch begangen wird.

5.4 Limitationen

Der Wissensstand zu verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie im Dunkelfeld und speziell bezüglich der verschiedenen Tätertypen steht noch am Anfang. Diese Arbeit zeigt erste Tendenzen bezüglich des Zusammenhangs von psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen bei diesen Gruppen. Bei der vorliegenden Studie handelte es sich um eine Querschnittstudie mit explorativem Charakter. Aussagen über ursächliche Zusammenhänge von dem Ausmaß der psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen und Deliktverhalten sind somit nicht möglich. Längsschnittstudien mit einer größeren Studienpopulation sind notwendig, um eindeutigere Aussagen treffen zu können.

Im Folgenden werden die Limitationen der vorliegenden Arbeit beleuchtet. Speziell diskutiert werden die statistisch signifikanten Gruppenunterschiede der soziodemographischen Daten, weitere Aspekte der untersuchten Stichprobe, die Assessment-Methode und Schweigepflicht, sowie zuletzt die statistische Analyse.

5.4.1 Soziodemographische Daten

Beim Betrachten der soziodemographischen Daten der untersuchten Stichprobe zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede sowohl beim Vergleich der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie mit Kontrollprobenden als auch beim Vergleich der einzelnen Tätertypen untereinander bezüglich der sexuellen Geschlechtsorientierung, sexuellen Altersorientierung und des Schulabschlusses. Einen statistisch signifikanten Unterscheid bzgl. des Alters zum Zeitpunkt der Datenerhebung zeigte sich nur bei den einzelnen Tätertypen.

Die Tätertypen mit ausschließlich sexuellem Kindesmissbrauch war die älteste Gruppe mit einem Durchschnittsalter von 41,8 Jahren (*SD* = 5.57), gefolgt von dem Tätertyp mit beiden Delikten mit einem Durchschnittsalter von 38,9 Jahren (*SD* = 11.32). Die restlichen Tätertypen bewegten sich im Bereich von 33,35 bis 33,41 Jahren als Durchschnittsalter. Eine solche Altersverteilung beschrieben ebenfalls andere Studien, wonach Nutzer von Missbrauchsabbildungen jünger seien als Täter, die sexuell missbrauchten (Aslan & Edelmann, 2014; Babchishin, Hanson, & Hermann, 2011; Babchishin et al., 2015; Blanchard et al., 2007; Elliott et al., 2013; Elliott, Beech, Mandeville-Norden, & Hayes, 2009; McCarthy, 2010; Neutze et al., 2012; Neutze, Seto, Schaefer, Mundt, & Beier, 2011; Reijnen,

Bulten, & Nijman, 2009; Webb et al., 2007). Ein Erklärungsansatz ist, dass jüngere Menschen vermehrt Zugriff zum Internet und mehr Erfahrung im Internetumgang haben (Babchishin et al., 2015).

Beim Vergleich der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie mit den Kontrollprobanden bezüglich der sexuellen Geschlechtsorientierung war die Gruppe der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie vermehrt homo- oder bisexuell ausgerichtet als die Kontrollprobanden. Dies stimmt mit bisherigen Studien überein, die unter Menschen mit einer Pädophilie eine höhere Prävalenz an Homo- und Bisexualität berichteten als in der Normalbevölkerung (Greenberg et al., 1993; Hall & Hall, 2007). Somit hatten die teilnehmenden Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, wenn man die Theorie von Meyer (2003) anwendet, einen doppelten Minoritätenstress. Die Mehrheit der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie dieser Arbeit gehörten einer Minorität bzgl. sowohl ihrer sexuellen Alters- als auch Geschlechtspräferenz an. Studien besagen, dass homo- und bisexuelle Menschen eine höhere Prävalenz an psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen vorweisen (Fergusson, Horwood, & Beautrais, 1999) und diese psychischen Probleme durch Stigmatisierung kreiert und verschlimmert werden können (Meyer, 2003; Pachankis, 2007). Beim Aufschlüsseln der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie nach Tätertyp wies der Tätertyp mit beiden Delikten mit 48.4% den höchsten Anteil an Homosexualität vor. Dies fanden auch Babchishin et al. (2015), wonach Täter mit beiden Delikten vermehrt homosexuell sind. In anderen Studien wiesen die Nutzer von Missbrauchsabbildungen vermehrt eine bisexuelle Geschlechtsorientierung vor. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass man vermuten kann, dass beim Austausch oder Herunterladen von Missbrauchsabbildungen nicht explizit nach Geschlecht des dargestellten Kindes differenziert wurde und somit der Anteil von homo- oder bisexuellen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie falsch hoch berichtet wurde (Elliott et al., 2013; Webb et al., 2007).

Bei der sexuellen Altersorientierung waren die Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie neben der mehrheitlich pädophilen Ausrichtung zu 18.3% hebe-teleiophil und 14.8% pädo-hebe-teleiophil. Die teleiophile Komponente in der Gruppe der Probanden mit einer Pädo- und/oder Hebephilie kann zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben, im Sinne eines verminderten Tatverhaltens oder einer falsch niedrigen Prävalenz an psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Beim Betrachten der einzelnen Tätertypen war die Prävalenz von Pädophilie in den Tätertypen, welche die

Nutzung von Missbrauchsabbildungen beinhalteten, am höchsten. Eine abschließende Interpretation ist nicht möglich.

Bezüglich des Schulabschlusses wiesen die Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie im Vergleich mit den Kontrollprobanden einen niedrigeren Abschluss vor. Nur 27.8% der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie hatten ein Abitur absolviert, dagegen 43% der Kontrollprobanden. Dies passt mit dem allgemein beschriebenen niedrigeren IQ von Menschen mit einer Pädophilie zusammen (Cantor et al., 2004). Der niedrigere Schulabschluss der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie kann wiederum eine Auswirkung auf die Prävalenz einer psychischen Störung oder Persönlichkeitsstörung haben. Man kann spekulieren, dass ein niedrigerer Bildungsstatus zu einem weniger bezahlten Beruf und somit eher finanziellen Problem führen kann, was wiederum eine psychische Belastung darstellen kann. Bei der Untersuchung der Tätertypen wies die Gruppe ohne Delikt den höchsten Bildungsstatus vor mit 1/3 Hochschulabgängern. Der Tätertyp mit ausschließlich Nutzung von Missbrauchsabbildungen hatte mehrheitlich ein Abitur absolviert. Der Tätertyp mit ausschließlich sexuellem Kindesmissbrauch hatte jeweils zu 40% einen Real- oder Hauptschulabschluss. Der Tätertyp mit beiden Delikten hatte zu 38.7% einen Realschulabschluss. Dies stimmt mit bisherigen Studien überein, wonach Nutzer von Missbrauchsabbildungen besser gebildet waren, einen höheren IQ hatten und mit höherer Wahrscheinlichkeit in einem Angestelltenverhältnis waren als Täter, die sexuell missbrauchten (Aslan & Edelmann, 2014; Babchishin et al., 2015; Blanchard et al., 2007; Burke, Sowerbutts, Blundell, & Sherry, 2002; Neutze et al., 2012). Ähnliches ergab die Studie von Kafka und Hennen (2002), wonach Sexualstraftäter weniger Jahre Schulausbildung vorwiesen im Vergleich zu Nicht-Sexualstraftätern. Den Zusammenhang zwischen Bildung und sexuellem Missbrauch beschrieben Barbaree und Marshall (1988). Sie diskutierten, dass die Fähigkeit, die sexuelle Neigung zu unterdrücken, mit den eigenen Ressourcen zusammenhänge, wozu auch der Bildungsstatus gehört. Umso niedriger der Bildungsstatus sei, desto geringer sei die Fähigkeit zur sexuellen Kontrolle (Barbaree & Marshall, 1988). In diesem Zusammenhang kann man spekulieren, dass die Stichprobe der Täter mit ausschließlich sexuellem Kindesmissbrauch aus dem Grund am kleinsten war, weil dieser Tätertyp den niedrigsten Bildungsgrad und somit ein geringeres Problembewusstsein und Verständnis für die Sinnhaftigkeit einer Studien- und Therapieteilnahme aufweist. Eine andere Möglichkeit wäre, dass anteilig wenig Täter mit ausschließlich sexuellem Kindesmissbrauch existieren.

5.4.2 Untersuchte Stichprobe

Durch das Präventionsprojekt Dunkelfeld war die Rekrutierung von bisher noch nicht übergriffig bzw. nicht straffällig gewordenen oder zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht mehr im Hellfeld befindlichen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie erstmals vereinfacht möglich. Es muss jedoch beachtet werden, dass nicht die gesamte Population der verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und des Dunkelfelds durch diese Studie repräsentiert wurde und dadurch eine Einschränkung der Generalisierbarkeit der Ergebnisse vorliegt.

In der vorliegenden Arbeit handelte es sich um Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie, die einen Leidensdruck hatten und/oder fremdgefährdend waren, sodass nach DSM-V das Störungskriterium erfüllt wurde. Genauer gesagt untersuchte diese Arbeit also den Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen und der pädophilen Störung. Ob aufgrund des Erfüllens des Störungskriteriums bei den vorliegenden Probanden ein erhöhtes Problembewusstsein vorlag und somit das Interesse an einer Therapie bestand, ist unklar. Die Gruppe der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie ohne das Erfüllen des Störungskriteriums, d.h. eventuell ohne Therapiebedarf, Therapiemotivation oder Problembewusstsein, wurde nicht durch diese Studie erreicht und erfasst. Man kann spekulieren, dass speziell die pädophile Störung mit weiteren Störungen einhergeht, wie psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Ob die pädophile sexuelle Orientierung, d.h. ohne das Erfüllen des Störungskriteriums, ähnliche oder andere Folgen nach sich zieht, wurde in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht. Man kann spekulieren, ob problembewusste und therapieinteressierte Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie eine Teilpopulation höherer Bildung sind, denen sich die Vorteile einer Studien- und Therapieteilnahme erschließt.

Zu beachten ist außerdem, dass ein Teil der partizipierenden Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie bereits in der Vergangenheit an einer Therapie teilgenommen hatte oder zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Therapie war. Die Art und Dauer sowie der Anlass der Therapie variierten stark. Durch die Uneinheitlichkeit der vorhergegangenen Therapien war es nicht möglich diese aus den in dieser Arbeit erfolgten Berechnungen herauszurechnen.

Eine weitere Limitation der untersuchten Stichprobe war die kleine Stichprobengröße beim Aufschlüsseln der Tätertypen. Somit wurden eventuell, aufgrund der geringen Größe der einzelnen Untergruppen, vorhandene Unterschiede nicht sichtbar. Eine Möglichkeit, um in zukünftigen Untersuchungen eine größere Stichprobe zu rekrutieren, wäre eine längere Laufzeit der Studie sowie die Altersbegrenzung für die Studienteilnahme nach oben zu erweitern. Längerfristig ist es sinnvoll sich zu überlegen wie man, u.a. durch Medienpräsenz und ambulante Angebote, Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie noch besser erreicht und sowohl zur Studien- als auch Therapieteilnahme motiviert.

Wie unter 5.4.1 beschrieben, muss beachtet werden, dass die teleiophile Komponente in der Gruppe der Probanden mit einer Pädo- und/oder Hebephilie zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben kann, im Sinne eines verminderten Tatverhaltens oder einer falsch niedrigen Prävalenz an psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Ein Ausschluss dieser Probanden und somit eine Untersuchung von ausschließlich Probanden mit einer Pädo- und/oder Hebephilie wäre sinnvoll, jedoch hätte dies die Stichprobengröße der vorliegenden Arbeit deutlich verkleinert.

Zuletzt soll der erhöhte Anteil der homosexuellen Menschen in der Gruppe der Kontrollprobanden angesprochen werden. Wie bereits zuvor berichtet, liegt die Vermutung nahe, dass dies an der höheren Prävalenz an Homo- und Bisexualität unter Menschen mit einer Pädophilie im Vergleich zur Normalbevölkerung liegt (Greenberg et al., 1993; Hall & Hall, 2007). Dies wirft die Frage auf, inwiefern sich die pädophile Altersorientierung und die homosexuelle Geschlechtsorientierung gegenseitig bedingen. Stellt die homosexuelle Geschlechtsorientierung einen Risikofaktor für das Ausbilden einer pädophilen Altersorientierung sowie bestimmtes Täterverhalten dar? Eine weitere Frage ist, was passiert, wenn man bei der statistischen Analyse für den Faktor der Homosexualität kontrolliert. Dies könnte zeigen, ob sich die statistischen Signifikanzen für psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen ändern und somit nicht Pädophilie, sondern Homosexualität der entscheidende Faktor ist. Eine Untersuchung von Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und Kontrollprobanden ohne einen statistisch signifikanten Gruppenunterschied bzgl. der sexuellen Geschlechtsorientierung wäre zudem sinnvoll, um den Störfaktor eines zusätzlichen Minoritätenstresses durch die vermehrt vorliegende Homo- oder Bisexualität zu vermeiden.

5.4.3 Assessment-Methode und Schweigepflicht

Die Datenerhebung zur Gruppeneinteilung nach Tatverhalten beruhte auf Selbstberichterstattung. Auf andere Auskünfte, wie Einträge im Bundeszentralregister, wurde verzichtet. Dies brachte die Möglichkeit des inakkuraten Selbstberichtes mit sich und könnte so zu schwächer ausgeprägten Gruppenunterschieden beigetragen haben (Seto, 2004). Da die Teilnahme an dieser Studie jedoch freiwillig, anonym und schweigepflichtgeschützt war, sollte die Quote an falschen Angaben relativ gering sein. Nach dem §203 StGB dürfen demnach begangene Delikte aufgrund der bestehenden therapeutischen und ärztlichen Schweigepflicht nicht berichtet werden (§203 StGB). Dieses Gesetz stellte die Vertrauensgrundlage dar, dass Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie sich an das Präventionsprojekt Dunkelfeld wendeten, ohne Bestrafung begangener Delikte zu befürchten. Trotzdem kann man davon ausgehen, dass die wahren Zahlen zur Nutzung von Missbrauchsabbildungen und sexuellem Kindesmissbrauch eher höher als niedriger waren als angegeben (Abel, 1987; Neutze et al., 2011). Mögliche Gründe für falsche Angaben können Schamgefühl, Hemmung und unberechtigte Angst vor Konsequenzen gewesen sein. Eine Entbindung von der Schweigepflicht bestand, wenn glaubhaft eine akute Gefahr für ein Kind herrschte, sexuell missbraucht zu werden, und diese Gefahr noch abgewandt werden konnte (§138 StGB). Somit kann der Vorwurf zurückgewiesen werden, dass Täterschutz betrieben wurde. Vielmehr wurde durch das Therapieangebot des Präventionsprojekts Dunkelfeld, und den Wissenszuwachs über Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie durch das Forschungsprojekt NeMUP, Kinder- und Jugendschutz betrieben (Neutze et al., 2011).

5.4.4 Statistische Analyse

Der Vergleich der einzelnen Tätertypen muss mit Vorsicht betrachtet werden, da aufgrund der kleinen Fallzahlen oft keine statistische Berechnung möglich war. Am kleinsten war die Gruppe der Täter mit ausschließlich sexuellem Kindesmissbrauch mit einer Größe von n=10. Nur bei neun Teilnehmern wiederum lagen Angaben zu einer psychischen Störung oder Persönlichkeitsstörung vor. Damit ist die Aussagekraft speziell zu diesem Tätertyp sehr gering. Störfaktoren, welche bei den Gruppenunterschieden der soziodemographischen Daten diskutiert wurden, wurden statistisch nicht herausgerechnet. Beachtet werden sollte des Weiteren die Anzahl der durchgeführten Berechnungen mit der Gefahr des multiplen Testens. Die Ergebnisse entsprachen allerdings den vermuteten Tendenzen. Studien mit einer größeren Fallzahl, wo mögliche Störfaktoren rausgerechnet werden, sind notwendig.

Bezüglich der Aussagekraft der Ergebnisse muss betont werden, dass die durchgeführten Analysen alleinig Zusammenhänge darstellen. Kausalitäten und Ursachenforschung bleiben ausgespart.

5.5 Fazit & Ausblick

Grundlegendes Ziel dieser Arbeit war, den Zusammenhang zwischen der pädo- und/oder hebephilen sexuellen Neigung und dem Vorliegen einer psychischen Störung und/oder Persönlichkeitsstörung zu untersuchen und damit einen Beitrag zur Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch zu leisten.

Insgesamt zeigte sich, dass die Gruppe der verhaltensunauffälligen Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie und die Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie aus dem Dunkelfeld eine statistisch signifikant höhere Prävalenz an psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen aufwies als die Normalbevölkerung. Beim Aufschlüsseln der Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie in einzelne Tätertypen zeigte sich jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied bzgl. der Prävalenz von psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Zur Bestätigung dieser Ergebnisse und zum besseren Verständnis der Zusammenhänge sind Längsschnittstudien mit größeren Stichproben notwendig um vor allem beobachtete Tendenzen der einzelnen Tätertypen einordnen zu können. Aussagen zu Kausalzusammenhängen von psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen, Deliktverhalten sowie der sexuellen Alters- und Geschlechtsorientierung können aktuell nicht getroffen werden. Das Wissen, wie sich eben genannte Punkte gegenseitig bedingen, sollte Inhalt zukünftiger Forschung sein, um Therapie- und Präventionsangebote erfolgreich zu gestalten sowie die Wirksamkeit bisheriger Angebote einordnen zu können. Zur erfolgreichen Rekrutierung von mehr Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie ist die Etablierung von flächendeckenden Beratungsstellen mit niedrigschwelligen Angeboten zur anonymen Offenbarung und Betreuung notwendig.

Gleichzeitig ist diese Arbeit ein Beitrag zur Weiterentwicklung des Wissens zu Pädo- und Hebephilie und somit ein möglicher Schritt zu einer Entstigmatisierung dieser. Einerseits spielt die soziale Entstigmatisierung eine wichtige Rolle, welche langfristig potenziell zu einer Reduktion von psychischen Störungen und/oder Persönlichkeitsstörungen führen kann, andererseits muss auf therapeutischer Seite eine Entstigmatisierung stattfinden. Der Aufbau von Therapieangeboten für Menschen mit einer Pädo- und/oder Hebephilie kann einen entscheidenden Beitrag zur erfolgreichen Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch und Nutzung von Missbrauchsabbildungen leisten.

6. Literaturverzeichnis

Abel, G. G., Becker, J. V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *Int J Law Psychiatry, 7*(1), 89-103. doi:10.1016/0160-2527(84)90008-6

Abel, G. G., Becker, J. V., Mittelman, M., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J. L., & Murphy, W. D. (1987). Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. *J Interpersonal Violence, 2*(1), 3-25. doi:10.1177/088626087002001001

Ahlers, C. J., Schaefer, G. A., Mundt, I. A., Roll, S., Englert, H., Willich, S. N., & Beier, K. M. (2011). How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. *J Sex Med, 8*(5), 1362-1370. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01597.x

Alanko, K., Salo, B., Mokros, A., & Santtila, P. (2013). Evidence for heritability of adult men's sexual interest in youth under age 16 from a population-based extended twin design. *J Sex Med, 10*(4), 1090-1099. doi:10.1111/jsm.12067

Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand, 113*(3), 163-179. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x

Aslan, D., & Edelmann, R. (2014). Demographic and offence characteristics: a comparison of sex offenders convicted of possessing indecent images of children, committing contact sex offences or both offences. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 25*(2), 121-134. doi:10.1080/14789949.2014.884618

Babchishin, K. M., Hanson, R. K., & Hermann, C. A. (2011). The characteristics of online sex offenders: a meta-analysis. *Sex Abuse, 23*(1), 92-123. doi:10.1177/1079063210370708

Babchishin, K. M., Hanson, R. K., & VanZuylen, H. (2015). Online child pornography offenders are different: a meta-analysis of the characteristics of online and offline sex offenders against children. *Arch Sex Behav, 44*(1), 45-66. doi:10.1007/s10508-014-0270-x

Baiocco, R., D'Alessio, M., & Laghi, F. (2010). Binge drinking among gay, and lesbian youths: The role of internalized sexual stigma, self-disclosure, and individuals' sense of connectedness to the gay community. *Addict Behav, 35*(10), 896-899. doi:10.1016/j.addbeh.2010.06.004

Bange, D., & Deegener, G. (1996). *Sexueller Missbrauch an Kindern: Ausmaß, Hintergründe, Folgen*.

Weinheim: Beltz.

Barbaree, H. E., & Marshall, W. L. (1988). Deviant Sexual Arousal, Offense History, and Demographic Variables as Predictors of Reoffense among Child Molesters. *Behavioral Sciences & the Law, 6*(2), 267-280.

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health, 58*(3), 469-483. doi: 10.1007/s00038-012-0426-1

Beier, K. M. (Hrsg.). (2018). *Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch. Die Berliner Dissexualitätstherapie*. Berlin: Springer.

Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A., & Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld project: a pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *J Sex Med, 12*(2), 529-542. doi:10.1111/jsm.12785

Ben-Zeev, D., Young, M. A., & Corrigan, P. W. (2010). DSM-V and the stigma of mental illness. *J Ment Health, 19*(4), 318-327. doi:10.3109/09638237.2010.492484

Blanchard, R., Kolla, N. J., Cantor, J. M., Klassen, P. E., Dickey, R., Kuban, M. E., & Blak, T. (2007). IQ, handedness, and pedophilia in adult male patients stratified by referral source. *Sex Abuse, 19*(3), 285-309. doi:10.1177/107906320701900307

Blanchard, R., Lykins, A. D., Wherrett, D., Kuban, M. E., Cantor, J. M., Blak, T., Dickey, R., & Klassen, P. E. (2009). Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Arch Sex Behav, 38*(3), 335-350. doi:10.1007/s10508-008-9399-9

Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*(10), 1205. doi:10.1016/j.chiabu.2003.09.008

Briere, J., & Runtz, M. (1989). University males' sexual interest in children: predicting potential indices of "pedophilia" in a nonforensic sample. *Child Abuse Negl, 13*(1), 65-75.

Bryan-Low, C. (2006). Internet Transforms Child Porn Into Lucrative Criminal Trade. (Cover story). *Wall Street Journal - Eastern Edition, 247*(13), A1-A6.

Bundeskriminalamt (2020). *PKS 2019, Version 2.0 - BKA Übersicht Falltabellen (Grundtabelle-Fall-entwicklung)*. Verfügbar unter https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/Statistiken Lagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2019/BKATabellen/bkaTabellenFaelle.html?nn=124798

Burke, A., Sowerbutts, S., Blundell, B., & Sherry, M. (2002). Child Pornography and the Internet: Policing and Treatment Issues. *Psychiatry, Psychology and Law, 9*(1), 79-84. doi:10.1375/pplt.2002.9.1.79

Cantor, J. M., & Blanchard, R. (2012). White matter volumes in pedophiles, hebephiles, and teleiophiles. *Arch Sex Behav, 41*(4), 749-752. doi:10.1007/s10508-012-9954-2

Cantor, J. M., Blanchard, R., Christensen, B. K., Dickey, R., Klassen, P. E., Beckstead, A. L., Blak, T., & Kuban, M. E. (2004). Intelligence, memory, and handedness in pedophilia. *Neuropsychology, 18*(1), 3-14. doi:10.1037/0894-4105.18.1.3

Chandra, A., Mosher, W. D., Copen, C., & Sionean, C. (2011). Sexual behavior, sexual attraction, and sexual identity in the United States: data from the 2006-2008 National Survey of Family Growth. *Natl Health Stat Report*(36), 1-36.

Choquet, M., Darves-Bornoz, J.-M., Ledoux, S., Manfredi, R., & Hassler, C. (1997). Self-reproted health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect, 21*(9), 823-832.

Chow, E. W., & Choy, A. L. (2002). Clinical characteristics and treatment response to SSRI in a female pedophile. *Arch Sex Behav, 31*(2), 211-215.

Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse, 6*(2), 103-129. doi:10.1177/1524838005275087

Cohen, L. J., McGeoch, P. G., Watras-Gans, S., Acker, S., Poznansky, O., Cullen, K., Itskovich, Y., & Galynker, I. (2002). Personality impairment in male pedophiles. *J Clin Psychiatry, 63*(10), 912-919.

Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry, 188*, 423-431. doi:10.1192/bjp.188.5.423

Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect, 34*(11), 813-822. doi:10.1016/j.chiabu.2010.04.004

Denov, M. S. (2003). The Myth of Innocence: Sexual Scripts and the Recognition of Child Sexual Abuse by Female Perpetrators. *Journal of Sex Research, 40*(3), 303-314.

Dilling, H., & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (9., aktualisierte Auflage entsprechend ICD-10-GM). Bern: Hogrefe.

Dombert, B., Schmidt, A. F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J., & Osterheider, M. (2016). How Common is Men's Self-Reported Sexual Interest in Prepubescent Children? *Journal of Sex Research, 53*(2), 214-223. doi:10.1080/00224499.2015.1020108

Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med, 28*(5), 430-438. doi:10.1016/j.amepre.2005.01.015

Dunsieth, N. W., Jr., Nelson, E. B., Brusman-Lovins, L. A., Holcomb, J. L., Beckman, D., Welge, J. A., Roby, D., Taylor, P., Jr., Soutullo, C. A., & McElroy, S. L. (2004). Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry, 65*(3), 293-300.

Eher, R., Neuwirth, W., Fruehwald, S., & Frottier, P. (2003). Sexualization and lifestyle impulsivity: clinically valid discriminators in sexual offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol, 47*(4), 452-467. doi:10.1177/0306624x03253844

Elliott, I. A., Beech, A. R., & Mandeville-Norden, R. (2013). The psychological profiles of internet, contact, and mixed internet/contact sex offenders. *Sex Abuse, 25*(1), 3-20. doi:10.1177/1079063212439426

Elliott, I. A., Beech, A. R., Mandeville-Norden, R., & Hayes, E. (2009). Psychological profiles of internet sexual offenders: comparisons with contact sexual offenders. *Sex Abuse, 21*(1), 76-92. doi:10.1177/1079063208326929

Fagan, P. J., Wise, T. N., Schmidt, C. W., & Berlin, F. S. (2002). Pedophilia. *JAMA, 288*(19), 2458-2465.

Falkai, P., & Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.

Fazel, S., Sjostedt, G., Langstrom, N., & Grann, M. (2007). Severe mental illness and risk of sexual offending in men: a case-control study based on Swedish national registers. *J Clin Psychiatry, 68*(4), 588-596.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med, 14*(4), 245-258.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry, 56*(10), 876-880.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect, 21*(8), 789-803.

Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics, 124*(5), 1411-1423. doi:10.1542/peds.2009-0467

Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: an update. *JAMA Pediatr, 167*(7), 614-621. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.42

Fontes, L. A. (2007). Sin Vergüenza: Addressing Shame with Latino Victims of Child Sexual Abuse and Their Families. *Journal of Child Sexual Abuse, 16*(1), 61-83.

Freund, K., & Kuban, M. (1993). Toward a testable developmental model of pedophilia: the development of erotic age preference. *Child Abuse Negl, 17*(2), 315-324.

Freund, K., & Watson, R. J. (1992). The proportions of heterosexual and homosexual pedophiles among sex offenders against children: an exploratory study. *J Sex Marital Ther, 18*(1), 34-43. doi:10.1080/00926239208404356

Fromuth, M. E., Burkhart, B. R., & Jones, C. W. (1991). Hidden child molestation: An investigation of adolescent perpetrators in a nonclinical sample. *Journal of Interpersonal Violence, 6*(3), 376-384. doi:10.1177/088626091006003009

Gaffney, G. R., Lurie, S. F., & Berlin, F. S. (1984). Is there familial transmission of pedophilia? *J Nerv Ment Dis, 172*(9), 546-548.

Gillen-O'Neel, C., Ruble, D. N., & Fuligni, A. J. (2011). Ethnic stigma, academic anxiety, and intrinsic motivation in middle childhood. *Child Dev, 82*(5), 1470-1485. doi:10.1111/j.1467-8624.2011.01621.x

Goldman, J. D. G., & Padayachi, U. K. (1997). The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse & Neglect, 21*(5), 489-498.

Goldman, J. D. G., & Padayachi, U. K. (2000). Some Methodological Problems in Estimating Incidence and Prevalence in Child Sexual Abuse Research. *Journal of Sex Research, 37*(4), 305-314.

Göppinger, H. (Hrsg.). (2008). *Kriminologie.* München: C. H. Beck.

Graber, B., Hartmann, K., Coffman, J. A., Huey, C. J., & Golden, C. J. (1982). Brain damage among mentally disordered sex offenders. *J Forensic Sci, 27*(1), 125-134.

Greenberg, D. M., Bradford, J. M., & Curry, S. (1993). A comparison of sexual victimization in the childhoods of pedophiles and hebephiles. *J Forensic Sci, 38*(2), 432-436.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., Brown, G. K., Diamond, G. M., Friedman, M. S., Garofalo, R., Turner, M. S., Hollibaugh, A., & Clayton, P. J. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex, 58*(1), 10-51. doi:10.1080/00918369.2011.534038

Habetha, S., Bleich, S., Sievers, C., Marschall, U., Weidenhammer, J., & Fegert, J. M. (2012). *Deutsche Traumafolgekostenstudie*. Verfügbar unter https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Literaturliste/Publikat_Deutsche_Traumafolgekostenstudie_final.pdf

Hall, R. C., & Hall, R. C. (2007). A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin Proc, 82*(4), 457-471. doi:10.4065/82.4.457

Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol, 66*(2), 348-362.

Hanson, R. K., Morton, K. E., & Harris, A. J. (2003). Sexual offender recidivism risk: what we know and what we need to know. *Ann N Y Acad Sci, 989*, 154-166; discussion 236-146.

Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *J Consult Clin Psychol, 73*(6), 1154-1163. doi:10.1037/0022-006X.73.6.1154

Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychol Bull, 135*(5), 707-730. doi:10.1037/a0016441

Henshaw, M., Ogloff, J. R. P., & Clough, J. A. (2017). Looking Beyond the Screen: A Critical Review of the Literature on the Online Child Pornography Offender. *Sex Abuse, 29*(5), 416-445. doi:10.1177/1079063215603690

Herek, G. M. (2002). Heterosexuals attitudes toward bisexual men and women in the United States. *J Sex Res, 39*(4), 264-274. doi:10.1080/00224490209552150

Herek, G. M. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: a conceptual framework. *Nebr Symp Motiv, 54*, 65-111. doi:10.1007/978-0-387-09556-1_4

Homma, Y., Wang, N., Saewyc, E., & Kishor, N. (2012). The relationship between sexual abuse and risky sexual behavior among adolescent boys: a meta-analysis. *J Adolesc Health, 51*(1), 18-24. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.12.032

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2015). Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults - Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 24*(4), 305-313. doi:10.1002/mpr.1479

Jahnke, S., & Hoyer, J. (2013). Stigmatization of people with pedophilia: A blind spot in stigma research? *International Journal of Sexual Health, 25*(3), 169-184.

Jahnke, S., Imhoff, R., & Hoyer, J. (2015). Stigmatization of people with pedophilia: two comparative surveys. *Arch Sex Behav, 44*(1), 21-34. doi:10.1007/s10508-014-0312-4

Jahnke, S., Philipp, K., & Hoyer, J. (2015). Stigmatizing attitudes towards people with pedophilia and their malleability among psychotherapists in training. *Child Abuse Negl, 40*, 93-102. doi:10.1016/j.chiabu.2014.07.008

Jahnke, S., Schmidt, A. F., Geradt, M., & Hoyer, J. (2015). Stigma-Related Stress and Its Correlates Among Men with Pedophilic Sexual Interests. *Arch Sex Behav, 44*(8), 2173-2187. doi:10.1007/s10508-015-0503-7

Joyal, C. C., Beaulieu-Plante, J., & de Chanterac, A. (2014). The neuropsychology of sex offenders: a meta-analysis. *Sex Abuse, 26*(2), 149-177. doi:10.1177/1079063213482842

Jung, S., Ennis, L., Stein, S., Choy, A. L., & Hook, T. (2013). Child pornography possessors: Comparisons and contrasts with contact- and non-contact sex offenders. *Journal of Sexual Aggression, 19*(3), 295-310. doi:10.1080/13552600.2012.741267

Kafka, M. (2012). Axis I psychiatric disorders, paraphilic sexual offending and implications for pharmacological treatment. *Isr J Psychiatry Relat Sci, 49*(4), 255-261.

Kafka, M. P., & Hennen, J. (2002). A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n = 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse, 14*(4), 349-366. doi:10.1177/107906320201400405

Krueger, R. B., Kaplan, M. S., & First, M. B. (2009). Sexual and other axis I diagnoses of 60 males arrested for crimes against children involving the Internet. *CNS Spectr, 14*(11), 623-631.

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *Lancet, 360*(9339), 1083.

Kruger, T. H., & Schiffer, B. (2011). Neurocognitive and personality factors in homo- and heterosexual pedophiles and controls. *J Sex Med, 8*(6), 1650-1659. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01564.x

Lalor, K., & McElvaney, R. (2010). Child Sexual Abuse, Links to Later Sexual Exploitation/High-Risk Sexual Behavior, and Prevention/Treatment Programs. *Trauma, Violence & Abuse, 11*(4), 159-177. doi:10.1177/1524838010378299

Långström, N., Sjöstedt, G., & Grann, M. (2004). Psychiatric disorders and recidivism in sexual offenders. *Sex Abuse, 16*(2), 139-150.

Lebel, S., & Devins, G. M. (2008). Stigma in cancer patients whose behavior may have contributed to their disease. *Future Oncol, 4*(5), 717-733. doi:10.2217/14796694.4.5.717

Lehavot, K., & Simoni, J. M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *J Consult Clin Psychol, 79*(2), 159-170. doi:10.1037/a0022839

Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Am J Prev Med, 42*(3), 221-228. doi:10.1016/j.amepre.2011.10.023

Long, M. L., Alison, L. A., & McManus, M. A. (2013). Child pornography and likelihood of contact abuse: a comparison between contact child sexual offenders and noncontact offenders. *Sex Abuse, 25*(4), 370-395. doi:10.1177/1079063212464398

Maes, M., De Vos, N., Van Hunsel, F., Van West, D., Westenberg, H., Cosyns, P., & Neels, H. (2001). Pedophilia is accompanied by increased plasma concentrations of catecholamines, in particular epinephrine. *Psychiatry Res, 103*(1), 43-49.

Magaletta, P. R., Faust, E., Bickart, W., & McLearen, A. M. (2014). Exploring Clinical and Personality Characteristics of Adult Male Internet-Only Child Pornography Offenders. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology, 58*(2), 137-153. doi:10.1177/0306624X12465271

Maletzky, B. M., & Steinhauser, C. (2002). A 25-year follow-up of cognitive/behavioral therapy with 7,275 sexual offenders. *Behav Modif, 26*(2), 123-147.

Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sex Abuse, 22*(2), 191-217. doi:10.1177/1079063210366039

Margraf, J., & Maier, W. (Hrsg.). (2012). *Pschyrembel: Psychiatrie, klinische Psychologie, Psychotherapie* (2. Auflage). Berlin: Walter de Gruyter.

McAnulty, R. D., & Adams, H. E. (1990). Patterns of sexual arousal of accused child molesters involved in custody disputes. *Arch Sex Behav, 19*(6), 541-556.

McCartan, K. (2004). 'Here There Be Monsters': the public's perception of paedophiles with particular reference to Belfast and Leicester. *Med Sci Law, 44*(4), 327-342. doi:10.1258/rsmmsl.44.4.327

McCarthy, J. A. (2010). Internet sexual activity: A comparison between contact and non-contact child pornography offenders. *Journal of Sexual Aggression, 16*(2), 181-195. doi:10.1080/13552601003760006

McElroy, S. L., Soutullo, C. A., Taylor, P., Jr., Nelson, E. B., Beckman, D. A., Brusman, L. A., Ombaba, J. M., Strakowski, S. M., & Keck, P. E., Jr. (1999). Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry, 60*(6), 414-420; quiz 421-412.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull, 129*(5), 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674

Mohnke, S., Müller, S., Amelung, T., Krüger, T. H., Ponseti, J., Schiffer, B., Walter, M., Beier, K. M., & Walter, H. (2014). Brain alterations in paedophilia: a critical review. *Prog Neurobiol, 122*, 1-23. doi:10.1016/j.pneurobio.2014.07.005

Murray, J. B. (2000). Psychological profile of pedophiles and child molesters. *J Psychol, 134*(2), 211-224. doi:10.1080/00223980009600863

Murray, L. K., Nguyen, A., & Cohen, J. A. (2014). Child sexual abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 23*(2), 321-337. doi:10.1016/j.chc.2014.01.003

Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *Am J Public Health, 100*(12), 2426-2432. doi:10.2105/AJPH.2009.178319

Neutze, J., Grundmann, D., Scherner, G., & Beier, K. M. (2012). Undetected and detected child sexual abuse and child pornography offenders. *Int J Law Psychiatry, 35*(3), 168-175. doi:10.1016/j.ijlp.2012.02.004

Neutze, J., Seto, M. C., Schaefer, G. A., Mundt, I. A., & Beier, K. M. (2011). Predictors of child pornography offenses and child sexual abuse in a community sample of pedophiles and hebephiles. *Sex Abuse, 23*(2), 212-242. doi:10.1177/1079063210382043

Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A Prospective Investigation of the Impact of Childhood Sexual Abuse on the Development of Sexuality. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 71*(3), 575.

Nunes, K. L., Hermann, C. A., Renee Malcom, J., & Lavoie, K. (2013). Childhood sexual victimization, pedophilic interest, and sexual recidivism. *Child Abuse Negl, 37*(9), 703-711. doi:10.1016/j.chiabu.2013.01.008

Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. *Psychol Bull, 133*(2), 328-345. doi:10.1037/0033-2909.133.2.328

Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *Journal of Psychology, 135*(1), 17.

Pedersen, W., & Skrondal, A. (1996). Alcohol and sexual victimization: A longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction, 91*(4), 565-581.

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect, 33*(6), 331-342. doi:10.1016/j.chiabu.2008.07.007

Perez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Compr Psychiatry, 54*(1), 16-27. doi:10.1016/j.comppsych.2012.05.010

Peters, U. H. (2017). *Lexikon: Psychiatrie, Psychotherapie, medizinische Psychologie* (7. Auflage). München: Elsevier.

Putnam, F. W. (2003). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(3), 269.

Quinsey, V. L. (2003). The etiology of anomalous sexual preferences in men. *Ann N Y Acad Sci, 989*, 105-117; discussion 144-153.

Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G. A., & Miner, M. (1999). Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry, 156*(5), 786-788. doi:10.1176/ajp.156.5.786

Reijnen, L., Bulten, E., & Nijman, H. (2009). Demographic and personality characteristics of internet child pornography downloaders in comparison to other offenders. *J Child Sex Abus, 18*(6), 611-622. doi:10.1080/10538710903317232

Remschmidt, H. (2011). The emotional and neurological consequences of abuse. *Dtsch Arztebl Int, 108*(17), 285-286. doi:10.3238/arztebl.2011.0285

Riegel, D. L. (2004). Effects on boy-attracted pedosexual males of viewing boy erotica. *Arch Sex Behav, 33*(4), 321-323.

Schiffer, B. (2007). Neurobiologie abweichenden Sexualverhaltens (PSYNDEXshort). *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 1*(2), 139-146.

Schiffer, B., Peschel, T., Paul, T., Gizewski, E., Forsting, M., Leygraf, N., Schedlowski, M., & Krueger, T. H. (2007). Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. *J Psychiatr Res, 41*(9), 753-762. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.06.003

Schiffer, B., & Vonlaufen, C. (2011). Executive dysfunctions in pedophilic and nonpedophilic child molesters. *J Sex Med, 8*(7), 1975-1984. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02140.x

Schönbucher, V., Maier, T., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., & Landolt, M. A. (2012). Disclosure of Child Sexual Abuse by Adolescents: A Qualitative In-Depth Study. *Journal of Interpersonal Violence, 27*(17), 3486-3513. doi:10.1177/0886260512445380

Seto, M. C. (2004). Pedophilia and sexual offenses against children. *Annu Rev Sex Res, 15*, 321-361.

Seto, M. C. (2009). Pedophilia. *Annu Rev Clin Psychol, 5*, 391-407. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153618

Seto, M. C. (2012). Is pedophilia a sexual orientation? *Arch Sex Behav, 41*(1), 231-236. doi:10.1007/s10508-011-9882-6

Seto, M. C., & Fernandez, Y. M. (2011). Dynamic risk groups among adult male sexual offenders. *Sex Abuse, 23*(4), 494-507. doi:10.1177/1079063211403162

Seto, M. C., Hanson, R. K., & Babchishin, K. M. (2011). Contact sexual offending by men with online sexual offenses. *Sex Abuse, 23*(1), 124-145. doi:10.1177/1079063210369013

Seto, M. C., Hermann, C. A., Kjellgren, C., Priebe, G., Svedin, C. G., & Langstrom, N. (2015). Viewing child pornography: prevalence and correlates in a representative community sample of young Swedish men. *Arch Sex Behav, 44*(1), 67-79. doi:10.1007/s10508-013-0244-4

Seto, M. C., & Lalumière, M. L. (2001). A Brief Screening Scale to Identify Pedophilic Interests Among Child Molesters. *Sexual Abuse, 13*(1), 15-25. doi:10.1177/107906320101300103

Steffens, M. C., & Wagner, C. (2004). Attitudes toward lesbians, gay men, bisexual women, and bisexual men in Germany. *J Sex Res, 41*(2), 137-149. doi:10.1080/00224490409552222

Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment, 16*(2), 79-101. doi:10.1177/1077559511403920

Strafgesetzbuch. *§138 Nichtanzeige geplanter Straftaten.* Verfügbar unter https://dejure.org/gesetze/StGB/138.html

Strafgesetzbuch. *§176 Sexueller Missbrauch von Kindern*. Verfügbar unter https://dejure.org/gesetze/StGB/176.html

Strafgesetzbuch. *§184b Verbreitung, Erwerb und Besitz kinderpornographischer Schriften.* Verfügbar unter https://dejure.org/gesetze/StGB/184b.html

Strafgesetzbuch. *§203 Verletzung von Privatgeheimnissen.* Verfügbar unter https://dejure.org/gesetze/StGB/203.html

Templeman, T. L., & Stinnett, R. D. (1991). Patterns of sexual arousal and history in a "normal" sample of young men. *Arch Sex Behav, 20*(2), 137-150.

Tenbergen, G., Wittfoth, M., Frieling, H., Ponseti, J., Walter, M., Walter, H., Beier, K. M., Schiffer, B., & Kruger, T. H. (2015). The Neurobiology and Psychology of Pedophilia: Recent Advances and Challenges. *Front Hum Neurosci, 9*, 344. doi:10.3389/fnhum.2015.00344

Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry, 58*(6), 590-596.

Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (2020). *Statement zur Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2019.* Verfügbar unter https://beauftragter-missbrauch.de/presse-service/pressemitteilungen/detail/statement-zur-polizeilichen-kriminalstatistik-pks-2019

Ward, T., & Siegert, R. J. (2002). Toward a comprehensive theory on child sexual abuse: a theory knitting perspective *Psychology, Crime & Law, 8*(4), 319.

Webb, L., Craissati, J., & Keen, S. (2007). Characteristics of internet child pornography offenders: a comparison with child molesters. *Sex Abuse, 19*(4), 449-465. doi:10.1177/107906320701900408

Wells, M., & Mitchell, K. (2007). Youth Sexual Exploitation on the Internet: DSM-IV Diagnoses and Gender Differences in Co-occurring Mental Health Issues. *Child & Adolescent Social Work Journal, 24*(3), 235-260. doi:10.1007/s10560-007-0083-z

Whitaker, D. J., Le, B., Hanson, R. K., Baker, C. K., McMahon, P. M., Ryan, G., Klein, A., & Rice, D. D. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: a review and meta-analysis. *Child Abuse Negl, 32*(5), 529-548. doi:10.1016/j.chiabu.2007.08.005

Whitaker, D. J., Lutzker, J. R., & Shelley, G. A. (2005). Child Maltreatment Prevention Priorities at the Centers for Disease Control and Prevention. *Child Maltreatment, 10*(3), 245-259. doi:10.1177/1077559505274674

Wijkman, M., Bijleveld, C., & Hendriks, J. (2010). Women don't do such things! Characteristics of female sex offenders and offender types. *Sex Abuse, 22*(2), 135-156. doi:10.1177/1079063210363826

Wittchen, H.-U., Zaudig M., & Fydrich T. (1997). *SKID, Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I und II, Handanweisung.* Göttingen: Hogrefe.

7. Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Anna-Christina Kunze, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen bei Männern mit einer Präferenz für Kinder in einem klinischen Sample“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -*www.icmje.org*) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum Unterschrift

8. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektrischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

9. Danksagung

Ich möchte mich ganz herzlich bei allen bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit auf vielfältige Art und Weise beigetragen haben.

Zuerst möchte ich Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier für die Überlassung dieses Themas und die gute Betreuung und Zusammenarbeit mit dem ganzen Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin danken.

Mein besonderer Dank geht an meine Betreuerin Dr. Dipl.-Psych. Laura F. Kuhle für die für mich außerordentlich wertvolle Begleitung bei der Erstellung der Dissertationsschrift, die Unterstützung und das Engagement.

Ich danke Dr. med. Till Amelung für das geduldige Beantworten all meiner Fragen.

Bedanken möchte ich mich auch bei M. Sc. Robert Röhle für die Hilfe bei der statistischen Auswertung.

Ein ganz spezieller Dank geht natürlich an meine Eltern für ihre bedingungslose Unterstützung.

Abschließend möchte ich meinen Freund/innen und Geschwistern, vor allem Celine Kaps, Lina Fryszer, Franziska Diehl, Karl Naraghi, Bertram Boortz, Isabel Prinzing und Götz Kunze für die ständige moralische Unterstützung, inspirierenden Diskussionen und Durchsicht der Arbeit von Herzen danken.