

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

DISSERTATION

Diagnostik und Therapie der Pädophilie und Hebephilie im Dunkelfeld

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von
Till Amelung
aus Trier

Datum der Promotion: 09.12.2016

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
Abstrakt	5
English abstract.....	6
Einführung	7
Methodik.....	9
Ergebnisse	14
Diskussion	19
Literaturverzeichnis	24
Eidesstattliche Versicherung.....	32
Studie 1: Beier, Amelung, Kuhle, Grundmann, Scherner, Neutze (2013). Hebephilie als sexuelle Störung.....	34
Studie 2: Amelung, Kuhle, Konrad, Pauls, Beier (2012). Androgen deprivation therapy of self-identifying, help-seeking pedophiles in the Dunkelfeld	44
Studie 3: Beier, Grundmann, Kuhle, Scherner, Konrad, Amelung (2015). The German Dunkelfeld Project: A Pilot Study to Prevent Child Sexual Abuse and the Use of Child Abusive Images.....	53
Lebenslauf	67
Publikationsliste	69
Danksagungen.....	70

Zusammenfassung

Abstrakt

Hintergrund: Sexuelles Interesse an Kindern stellt einen wichtigen Risikofaktor für das Begehen von sowohl erstmaligen als auch wiederholten Sexualstraftaten gegen Kinder dar. Ein Großteil der Taten gelangt den Ermittlungs- und Strafverfolgungsbehörden nicht zur Kenntnis und bleibt damit im sogenannten Dunkelfeld. Darüber hinaus ist bekannt, dass Männer mit sexuellem Interesse an Kindern auch therapeutische Hilfe suchen, bevor es zu entsprechenden Handlungen gekommen ist. Bisher ist über dieses Dunkelfeld nur wenig bekannt.

Ziel: Die vorliegende Arbeit untersucht explorativ die Anwendbarkeit diagnostischer und therapeutischer Prinzipien der Arbeit mit verurteilten Tätern aus dem Hellfeld auf die Arbeit mit Männern im Dunkelfeld.

Methode: Mittels einer Medienkampagne wurden Männer mit sexuellem Interesse an Kindern auf ein spezialisiertes Therapieangebot für die Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch aufmerksam gemacht. An dieser Stichprobe wurde die im Hellfeld identifizierte diagnostische Unterscheidbarkeit zwischen der sexuellen Ansprechbarkeit auf vorpubertäre (Pädophilie) und frühpubertäre Kinder (Hebephilie) untersucht sowie die Wirkung von androgendeprivativer Reduktion sexueller Impulse und eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes.

Ergebnisse: Diagnostische und therapeutische Prinzipien aus dem Hellfeld lassen sich weitgehend auch auf das Dunkelfeld anwenden. Eine Anpassung an die Bedürfnisse einzelner Subgruppen, besonders Nutzern von Missbrauchabbildungen (sog. Kinderpornographie) und Nicht-Tätern, scheint jedoch erforderlich.

English abstract

Background: Sexual interest in children is an important risk factor for repeated child sexual abuse and child pornography use. It is estimated that the majority of such behavior remains unknown to judicial authorities, i.e. remains in the so called "Dunkelfeld". Additionally, men with such interest seek therapy even before having acted upon it. Structured data on this Dunkelfeld however has been virtually absent.

Aim: The present work sought to explore the applicability of forensic diagnostic and therapeutic principles within the Dunkelfeld.

Method: Men with a sexual interest in children were informed of a specialized diagnostic and treatment offer via a media campaign. In respondents to this campaign, the discernability and clinical impact of sexual interest in prepubertal (pedophilia) and early pubertal children (hebephilia) was examined as well as effects of an androgen depletion regime to reduce sexual impulses and a cognitive behavioral therapy approach.

Results: Forensic diagnostic and therapeutic principles appear to be widely applicable in the Dunkelfeld. For some subgroups, that are users of child abuse images (so called child pornography) and non-offenders, an adaptation appears necessary.

Einführung

Pädophilie und Hebephilie

Seit Beginn der Sexualforschung sind Männer bekannt, deren sexuelle Wünsche sich ausschließlich oder unter anderem auf Kinder beziehen.¹ Unter Männern, die derartige Impulse und Fantasien erleben, zeigt sich in der klinischen Exploration wie in psychophysiologischen Untersuchungen, dass sich diese sowohl auf Kinder vor Beginn der Pubertät als auch auf Kinder in der frühen Pubertät richten können.^{2,3} Bei Untersuchung mit der von Tanner und Kollegen vorgeschlagenen Einteilung der äußeren Merkmale der körperlichen Entwicklung befinden sich diese Kinder in den Stadien I – III.^{3,4} Aus der frühen Sexualforschung stammt dabei der Begriff „Pädophilie“ für die Ansprechbarkeit durch das vorpubertäre Körperschema.¹ Später wurde der Begriff „Hebephilie“ für die sexuelle Ansprechbarkeit durch das frühpubertäre Körperschema geprägt.² Sexuelles Interesse an Kindern ist in der ICD-10 und dem DSM-5 als psychische Erkrankung klassifiziert.^{5,6} Die Diagnosekriterien weisen geringe Unterschiede auf. In der ICD-10 wird Pädophilie als „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“ definiert, wobei als allgemeine Kriterien „wiederholt auftretende intensive sexuelle Impulse (dranghaftes Verlangen) und Fantasien“ angelegt werden.⁵ Die ICD-Diagnose beinhaltet damit die Hebephilie. Im DSM-5 wird die pädophile Störung („pedophilic disorder“) gefasst als „Sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen bezüglich sexueller Handlungen mit einem präpubertären Kind (13 Jahre oder jünger) für die Dauer von sechs Monaten“ (Übersetzung des Autors). Darüber hinaus wird im DSM-5 eine Pädophilie von einer pädophilen Störung unterschieden.⁶ Für das Vorliegen einer pädophilen Störung müssen neben den oben beschriebenen sexuell dranghaften Wünschen, Fantasien und Impulsen zusätzlich hieraus resultierendes eigenes Leiden oder die Umsetzung auf der Verhaltensebene vorliegen. Im Gegensatz zum ICD-10 sind Menschen mit einer Hebephilie nicht in der DSM-Diagnose erfasst.

Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch

Sexueller Kontakt zwischen Erwachsenen und Kindern kann gravierenden negativen Einfluss auf die psychische Entwicklung letzterer haben.⁷ Damit erhält neben Möglichkeiten zur Sekundär- und Tertiärprävention von Traumafolgestörungen die Primärprävention derartiger Ereignisse eine wichtige Bedeutung. Obwohl nur ungefähr die Hälfte der verurteilten Kindesmissbraucher eine sexuelle Präferenz für vor- oder

frühpubertäre Kinder haben, zeigt sich bei diesen Männer ein besonders hohes Risiko, nach einem ersten Delikt weitere Übergriffe auf Kinder zu begehen.^{8,9} Zudem gehen einige Forscher davon aus, dass die sexuelle Präferenz für Kinder eine Eigenschaft des Menschen ist, die nach ihrer Manifestation um die Pubertät herum über das Leben hinweg keine kategorialen Änderungen mehr erfährt.^{10,11} Männer mit einer sexuellen Ansprechbarkeit für Kinder würden daher ein lebenslang erhöhtes Risiko für sexuelle Übergriffe auf Kinder aufweisen. Damit besteht aber auch die Möglichkeit einer direkten Ansprache dieser Männer und der therapeutischen Prävention.^{11,12}

Das Therapieprojekt „Kein Täter werden“

Diesem Ansatz folgend wurde im Jahre 2005 das Therapieprojekt „Kein Täter werden“ am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité ins Leben gerufen, das sich mit einem therapeutischen Angebot an pädophile und hebephile Männer richtet, die entweder noch nicht oder nicht mehr im Fokus der Justiz stehen. Da zu Beginn des Präventionsprojektes Dunkelfeld keine systematischen Erkenntnisse über die Population vorlagen, wurde auf Erkenntnisse aus der Hellfeldforschung zurückgegriffen.^{12,13} Das verschriftlichte Therapiemanual wurde auf der Grundlage von Therapiemanualen aus dem Hellfeld entwickelt.^{14,15} Dabei wurde die Veränderung von aus der Hellfeldforschung bekannten Risikofaktoren für wiederholte Übergriffe als primäres Therapieziel festgelegt und weitere Therapiemodelle aus dem Hellfeld übernommen.^{9,16–19}

Übertragbarkeit vom Hellfeld auf das Dunkelfeld

Bis zum Beginn der Projektes an der Charité war die Beforschung der Pädophilie und Hebephilie praktisch ausschließlich auf Männer beschränkt, die sich durch sexuelle Übergriffe oder den Besitz oder die Verbreitung von Kinderpornografie strafbar gemacht hatten, also das kriminalistische Hellfeld. Dabei existieren Hinweise, dass das Dunkelfeld eine weitaus größere und z. T. distinkte Population umfasst.^{19–21} Insbesondere bezüglich sexueller Präferenzstörungen wird davon ausgegangen, dass Hellfeldtäter zur Dissimulierung neigen, während im Dunkelfeld bei ausbleibenden juristischen und sozialen Konsequenzen größere Offenheit erwartet wird.²² Damit stellt sich die Frage, inwieweit Prinzipien der Diagnostik und Therapie aus dem Hellfeld auf das Dunkelfeld übertragbar sind.

Eine besondere Rolle kommt dabei der Hebephilie zu. Das Konzept der Hebephilie wurde formuliert, um Sexualstraftäter zu beschreiben, die vor allem Übergriffe gegen Kinder in frühen Stadien der Pubertät begehen.² Auch psychophysiologisch ließ sich

eine Unterscheidbarkeit von der Pädophilie zeigen.³ Die Forderung der diagnostischen Erfassung der Hebephilie im DSM-5 stieß auf Widerstand, z. T. aus politisch-judikativen, z. T. aus methodischen und diagnostischen Gesichtspunkten (für einen Überblick siehe²³). Während die Existenz dieser sexuellen Ansprechbarkeit nicht infrage gestellt wurde, wurde ihre Relevanz für strafbare Handlungen und ihre Vergesellschaftung mit relevanten Belastungen in Frage gestellt.²³ Das Dunkelfeld bietet sich in dieser Frage besonders aufgrund der vermuteten höheren Auskunftsbereitschaft der betroffenen Männer an.

Fragestellung dieser Arbeit

Die vorliegende Arbeit untersucht erstmalig diagnostische und therapeutische Prinzipien aus dem Hellfeld und deren Anwendung bei pädophilen und hebephilen Männern im Dunkelfeld. Diese Fragestellung wurde in drei Einzelhypothesen untersucht: (1) In einer Stichprobe von Männern, die nicht aufgrund von Taten, sondern von sexueller Ansprechbarkeit durch Kinder rekrutiert werden, lassen sich pädophile und hebephile Männer diagnostisch unterscheiden. Dabei weisen hebephile Männer problematische sexuelle Verhaltensweisen und Leidensdruck als Marker für eine sexuelle Störung auf, die sie von teleiophilen Männern unterscheiden.²⁴ (2) Androgendeprivative medikamentöse Therapie (ADT) wird von Männern im Dunkelfeld zur Reduktion von sexuellen Fantasien oder bei besonders hoher Risikowahrnehmung in Anspruch genommen und wirkt entsprechend triebdämpfend.²⁵ (3) Ein auf Therapieprogrammen für Hellfeldtäter basierendes Psychotherapieprogramm bewirkt Veränderungen auf dynamischen Risikofaktoren bei pädophilen und hebephilen Männern im Dunkelfeld.²⁶

Methodik

Stichprobe

Die drei Untersuchungen verwendeten unterschiedliche Stichproben. Alle Stichproben wurden aus Männern rekrutiert, die sich bei dem Therapieprogramm „Kein Täter werden“ gemeldet hatten, keine zusätzlichen psychischen Erkrankungen aufwiesen und zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht justizbekannt waren. Das Vorgehen wurde durch die Ethikkommission der Charité geprüft und genehmigt (Charité EK-Vorg.Nr.: 1754/Si. 251).

Studie 1. In der Untersuchung zur Hebephilie als differenzierbare Störung wurde retrospektiv aus allen N=629 zwischen 2005 und 2011 im Rahmen des Präventionsprojekt Dunkelfeld interviewten Männern ein Sample von N=222 Männern

gezogen, für die vollständige klinisch-diagnostische Daten vorlagen und die eine sexuelle Ansprechbarkeit für vor- oder frühpubertäre Kinder angaben.²⁴

Studie 2. Für die Studie zur Medikamentenwirkung wurden retrospektiv die Akten von N=111 Männern untersucht, die zwischen 2005 und 2010 eine Therapie im Rahmen des Präventionsprojektes Dunkelfeld begonnen hatten.²⁵

Studie 3. Für die Untersuchung der Effekte der Psychotherapie wurden Daten von N=53 Männern, die im Zeitraum von 2005 – 2011 das Therapieprogramm abgeschlossen hatten, mit Daten von N=22 Männern, die eine vergleichbare Zeit ohne Therapie auf einer Warteliste gestanden hatten, verglichen.²⁶

Vorgehen

Über eine Medienkampagne wurde auf das spezialisierte Therapieangebot für Männer mit sexuellem Interesse an Kindern aufmerksam gemacht. Interessenten konnten sich anonym an das Projekt wenden. In einem klinischen Erstinterview mit einem sexualmedizinisch ausgebildeten Psychologen oder Arzt wurde über Wesen und Durchführung der Studie aufgeklärt und psychotherapeutische und medikamentöse Interventionen dargelegt. Die Behandlungsmotivation wurde geklärt und eine ausführliche sexualmedizinische und psychopathologische Exploration durchgeführt. Sexuelle Fantasien zur Beschreibung der sexuellen Präferenzstruktur wurden erfasst sowie das Vorliegen einer akuten affektiven oder psychotischen Erkrankung ausgeschlossen. Anschließend wurden die Teilnehmer einer ausführlichen Fragebogentestung zur Erfassung sexuellen Verhaltens und psychologischer Risikofaktoren unterzogen.

Die Indikation zur Teilnahme an der manualisierten Gruppentherapie wurde gestellt, wenn eine sexuelle Ansprechbarkeit für das vor- oder frühpubertäre Körperschema (Tanner Stadien I – III) aufgrund entsprechender intensiver sexueller und Orgasmus auslösender Fantasien nachweisbar war. Sexuelle Handlungen mit Kindern ohne derartige Fantasien wurden nicht als ausreichend für die Diagnose einer Pädophilie oder Hebephilie betrachtet. Die Diagnose wurde im Rahmen einer klinischen Fallkonferenz auf der Grundlage der im Interview erhobenen Befunde gestellt. Kontraindikationen zur Teilnahme an der Gruppentherapie lagen bei zusätzlichen behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen, laufenden Ermittlungs- oder Gerichtsverfahren bzw. bestehenden gerichtlichen Auflagen, Intelligenzminderung, Alter unter 18 Jahren und nicht ausreichenden deutschen Sprachkenntnissen vor. Die Information über die Möglichkeit zur Teilnahme am

Gruppentherapieprogramm erfolgte nach Sicherung der Diagnose in der klinischen Fallkonferenz in der Regel innerhalb von zwei bis vier Wochen nach dem Erstgespräch. Die Gruppentherapie wurde in geschlossenen Gruppen von acht bis zehn Männern in 45 bis 50 wöchentlichen Sitzungen à drei Stunden durchgeführt. Gleichzeitig liefen maximal vier solcher Gruppen. Damit kam es zwischen Erstgespräch und Gruppenbeginn zu Wartezeiten zwischen einem und bis zu 18 Monaten. Vor Beginn und zum Abschluss der Therapie erfolgte eine Wiederholung der Fragebogentestung.

Studie 1: In einer Stichprobe von 224 Interessenten für das Therapieprogramm mit einer sexuellen Ansprechbarkeit für Kinder wurde retrospektiv die Prävalenz einer sexuellen Ansprechbarkeit für das frühpubertäre Körperschema, entsprechende sexuelle Verhaltensprobleme sowie Belastungs- und Risikofaktoren untersucht.²⁴

Studie 2: Aus den Daten von 111 Therapieteilnehmern wurden retrospektiv 15 Männer identifiziert, die im Verlauf ihrer Behandlung zusätzlich eine antiandrogene Medikation erhielten. Diagnostische Merkmale dieser Teilnehmer wurden beschrieben. Veränderungen in psychologischen Risikofaktoren und individuellem Verhalten wurden innerhalb der Gruppe und individuell untersucht.²⁵

Studie 3: In einem Wartelisten-Kontrolldesign wurde eine behandelte Gruppe von 53 Männern mit einer Wartegruppe von 22 Männern verglichen, um die Auswirkungen der Gruppentherapie auf psychologische Risikofaktoren und sexuelles Verhalten zu erfassen. Vergleiche innerhalb der Gruppen vor und nach der Wartezeit bzw. der Therapie dienten der Erfassung von Veränderungen. Vergleiche zwischen den Gruppen vor und nach der Therapie dienten der Verdeutlichung der Relevanz der Veränderung.²⁶

Maße

Zur Messung psychologischer Risikofaktoren eines sexuellen Übergriffs auf Kinder, des Leidensdrucks und der Veränderungsbereitschaft wurden verschiedene Fragebögen eingesetzt.

Vier Fragebögen dienten zur Erfassung von psychosozialer Belastung. Das Brief Symptom Inventory (BSI) ist ein in der deutschen Version validiertes Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.²⁷

Die 53 Items mit Aussagen zur Symptombelastung in den letzten sieben Tagen lassen sich zu neun Subskalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit in Sozialkontakten, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus) und einem globalen Summenwert zusammenfassen. Das ebenfalls auf Deutsch validierte NEO Fünf-Faktoren-Inventar

(NEO-FFI) dient der Erfassung zentraler Dimensionen der Persönlichkeit, wie Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit.²⁸ Jedes der 60 Items wird auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet. Hohe Werte deuten auf eine hohe Ausprägung auf der entsprechenden Persönlichkeitsdimension hin. Die deutsche Version der UCLA Loneliness Scale – revised (UCLA-LS-R) erfasst Probleme mit Intimität und Einsamkeit anhand von 20 Items, die auf einer vierstufigen Likert-Skala beurteilt werden.²⁹ Die deutsche Version der Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) ist ein zehn Items umfassender Fragebogen zur Erfassung des Selbstwertgefühls.³⁰ Fünf positiv und negativ formulierte Aussagen werden auf einer vierstufigen Likert-Skala bewertet.

Zur Messung psychologischer Risikofaktoren wurden neun Fragebögen eingesetzt. Problematische Bewältigungsstile wurden mit dem in Deutsch validierten Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) erfasst.³¹ Aus dem Inventar mit 24 Items (je 8 pro Skala) wurde die Subskala „emotionsorientiertes Coping“ verwendet, die in früheren Studien sexuelle Kindesmissbraucher von anderen Straftätern und Kontrollen unterschied.³² Die deutsche Version der 38 Items umfassenden Bumbly Molest Scale (BMS) wurde zur Erfassung von Missbrauch begünstigenden Kognitionen und Einstellungen verwendet.³³ Mit dem zehn Items umfassenden Balanced Inventory of Desirable Responding—Impression Management (BIDR) wurde sozial erwünschtes Antwortverhalten erfragt.³⁴ Die Items werden auf einer siebenstufigen Likert-Skala bewertet. Des Weiteren wurden Fragebögen, die bei Projektbeginn nicht auf Deutsch veröffentlicht waren, für die Studie übersetzt. Dazu zählten die Empathy for Children Scale (ECS) zur Messung von Opferempathie.³⁵ Die ECS ist eine modifizierte deutsche Version der Child Molester Empathy Measure (CMEM), in der die Befragten die eigene und die emotionale Reaktion eines Opfers eines Autounfalls, eines sexuellen Übergriffs durch einen Fremden und eines eigenen sexuellen Übergriffs auf einer Likert-Skala einschätzen.³⁶ Für pädophile Männer, die keine Übergriffe begangen haben, wird dabei auf fantasierte sexuelle Kontakte mit einem Kind verwiesen. Feindselige Einstellungen gegenüber Frauen wurden mit der Hostility Towards Women Scale (HTW, 30 Items) erfasst.^{37,38} Die Child Identification Scale – Revised (CIS-R) diente zur Erfassung von emotionaler Identifikation mit Kindern.³⁹ Die Skala umfasst 40 Items. Das 16 Items umfassende Coping Using Sex Inventory (CUSI) diente zur Erfassung von sexuellen Bewältigungsstrategien.⁴⁰

Speziell für die Studie erstellt wurde ein Verfahren zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung pädophiler Männer in Bezug auf sexuelle Übergriffe, Self-Efficacy Scale related to Minors – Coping (SESM-C). Das Verfahren versucht gesundheitspsychologische Prinzipien der Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf zukünftige sexuelle Impulse gegenüber Kindern anzuwenden. Dazu werden Aussagen wie „Ich werde sexuelle Impulse bezogen auf Kinder/Jugendliche zukünftig kontrollieren können, auch wenn ...ich große sexuelle Lust verspüre; ...ich mit einem Kind/Jugendlichen alleine bin; ...ich andere um Hilfe bitten muss“ auf einer vierstufigen Likert-Skala von 1 „stimme gar nicht zu“ bis 4 „stimme völlig zu“ gewertet. Die Interpretation erfolgt so, dass höhere Werte größeren Defiziten in der Selbstwirksamkeitserwartung entsprechen. Cronbach's alpha im Dunkelfeld-Sample ist mit $\alpha = 0.95$ angegeben. Zur Messung der Befasstheit mit pädophilen sexuellen Fantasieinhalten wurde die Sexual Behavior Involving Minors Scale—Masturbation Frequency (SBIMS-MF) erstellt. Vier Items erfragen das Vorkommen einzelner Fantasieinhalte innerhalb der letzten sechs Monate auf einer Likert-Skala von 1 („nie“) bis 5 („täglich“). Normative Werte sind nicht verfügbar. Cronbach's alpha für die untersuchte Stichprobe war $\alpha = 0.69$.

Auch für problematisches sexuelles Verhalten wurden Fragebögen erstellt. Der Sexual Behavior Involving Minors Scale—Child sexual abuse (SBIMS-CSA) erfasst mit drei Items die Häufigkeit sexueller Kontakte mit Kindern in den vorigen sechs Monaten. Die Items erfragen sexuellen Kontakt mit Kindern, sexuelles Handeln vor Kindern und sexuelles Handeln gemeinsam mit einem Kind. Die Häufigkeit wird auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 („nie“) bis 5 („täglich“) bewertet. Cronbach's alpha in der untersuchten Stichprobe war $\alpha = 0.66$. Der Questionnaire for Sexually Explicit and Non-Explicit Images of Children and Adults (Q-SENICA) erfasst die Nutzung von Medien zur sexuellen Erregung. 24 Items zur Nutzung von kinderpornografischen Materialien wurden zur Erfassung entsprechenden Verhaltens zusammengefasst. Die Nutzungsfrequenz wird auf einer fünfstufigen Likert Skala von 1 („nie“) bis 5 („täglich“) bewertet. Cronbach's alpha in der untersuchten Stichprobe war $\alpha = 0.93$.

Statistische Auswertung

Alle Analysen wurden mit dem Programm SPSS 19.0 (IBM Corporation) berechnet. Die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde mit $\alpha = 0.05$ gesetzt. Auf eine Korrektur für multiple Vergleiche wurde angesichts des explorativen Charakters der Untersuchungen verzichtet. Gruppenunterschiede wurden mit Student's t-Test, Mann-Whitney U-Test,

Kruskall-Wallis-Test und Chi-Quadrat Test untersucht. Veränderungen über die Zeit wurden mit dem Wilcoxon Signed Rank Test untersucht. Individuelle Veränderungen wurden mit dem Reliable Change Index untersucht.^{41,42} Nicht-parametrische Verfahren wurden eingesetzt, wenn keine Normalverteilung der untersuchten Variablen angenommen werden konnte.⁴²

Ergebnisse

Studie 1²⁴.

Bei der Untersuchung der Übertragbarkeit des diagnostischen Prinzips der Hebephilie aus dem Hellfeld auf das Dunkelfeld zeigte sich bei 24 von 222 Männern mit einer sexuellen Ansprechbarkeit für Kinder (10,8%) eine ausschließliche Ansprechbarkeit für das frühpubertäre Körperschema, weitere 129 Männer (58,1%) berichteten von einer Ansprechbarkeit durch das frühpubertäre Körperschema mit oder ohne zusätzliche Ansprechbarkeit für das vorpubertäre und/oder das erwachsene Körperschema (Tabelle 1). Die überwiegende Mehrheit gab eine Sexualpräferenz für das weibliche Geschlecht an, das männliche oder beide Geschlechter traten seltener auf (Abbildung 1). Entsprechend der formulierten Hypothese zur Relevanz der hebephilen Sexualpräferenz für das Verhalten berichteten rund 95% (n=145) von allen n=153 mit Ansprechbarkeit durch das frühpubertäre Körperschema bereits entsprechend der Ansprechbarkeit gehandelt zu haben, also entsprechende Missbrauchsdarstellungen genutzt (81,1%) oder Übergriffe auf reale Kinder begangen zu haben (60,2%). Etwa die Hälfte der Männer (45,8%) berichtete von beiden Verhaltensweisen (45,8%). Jeweils nur etwa ein Fünftel der Täter war wegen einschlägiger Taten justizbekannt geworden (17,7% und 22,8%). Darüber hinaus fanden sich Hinweise auf eine Störungsrelevanz der hebephilen Sexualpräferenz. So wiesen Männer mit einer Ansprechbarkeit für das frühpubertäre Körperschema im Vergleich zu einer klinischen teleiophilen Stichprobe höhere emotionale Einsamkeit, mehr Missbrauch begünstigende Einstellungen sowie höheres psychosoziales Belastungserleben auf (Tabelle 2). Auch im Vergleich zu aus der Literatur gezogenen Normstichproben wiesen die Männer auf den Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit in Sozialkontakten, Depressivität, Ängstlichkeit oder Psychotizismus des BSI höheres Belastungserleben auf und zeigten höhere Werte auf der Skala Neurotizismus und geringere Werte auf den Skalen Extraversion und Offenheit für neue Erfahrungen des NEO-FFI (Tabelle 3).²⁴

Tabelle 1. Häufigkeit sexueller Ansprechbarkeit auf Körperschemata bei Interessenten für das Präventionsprojekt Dunkelfeld (n=222)

	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Pädophilie	46	20,7
Pädo-Hebephilie	14	6,3
Pädo-Teleiophilie	23	10,4
Pädo-Hebe-Teleiophilie	46	20,7
Hebephilie	24	10,8
Hebe-Teleiophilie	69	31,1
Gesamt	222	100

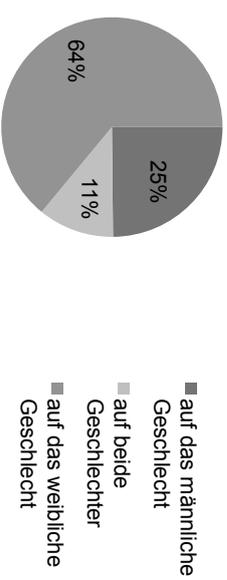


Tabelle 2. Risikofaktoren bei Interessenten für das Präventionsprojekt Dunkelfeld nach sexuell präferiertem Körperschema

	Pädo-Hebephilie		Pädo-Teleiophilie		Pädo-Hebe-Teleiophilie		X ² (6)	p								
	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n										
UCLA-LS	52,11 (12,83)	46	51,21 (13,29)	14	49,35 (13,97)	23	48,33 (10,44)	46	50,46 (12,80)	24	45,59 (10,77)	69	39,65 (12,46)	23	19,84	0,003
CISS-Emo	25,43 (5,37)	46	27,79 (5,12)	14	27,09 (5,30)	23	26,48 (6,39)	46	25,79 (5,44)	24	25,68 (5,76)	69	24,00 (5,49)	23	5,87	0,438
BMS	75,24 (20,83)	46	78,50 (20,59)	14	69,78 (14,94)	23	67,28 (18,13)	46	69,25 (20,01)	24	65,61 (17,09)	69	53,00 (16,53)	23	24,62	0,000
BSI-Global	0,96 (0,56)	46	1,05 (0,53)	14	0,95 (0,53)	23	0,96 (0,55)	46	1,06 (0,79)	24	0,80 (0,58)	69	0,42 (0,28)	23	22,68	0,001

Anmerkungen: X²-Statistik nach Kruskal-Wallis-Test. Abkürzungen s. Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 3. Normvergleiche klinischer Variablen und dynamischer Risikofaktoren für die Teilstichprobe von Männern mit hebephiler Sexualpräferenz (n=153)

	PPD-Teilnehmer mit hebephiler Präferenz		Norm-/ Vergleichsstichprobe	
	<i>M (SD)</i>	n	<i>M (SD)</i>	t (<i>df</i>)
Brief Symptom Inventory		300 ²⁷		
Somatisierung	0,52 (0,60)		0,23 (0,31)	6,76*** (448)
Zwanghaftigkeit	1,16 (0,84)		0,50 (0,46)	10,76*** (448)
Unsicherheit im Sozialkontakt	1,11 (0,81)		0,35 (0,40)	13,33*** (448)
Depressivität	1,34 (0,98)		0,24 (0,32)	17,66*** (448)
Ängstlichkeit	0,93 (0,73)		0,29 (0,31)	13,03*** (448)
Aggressivität	0,72 (0,60)		0,29 (0,35)	9,58*** (448)
Phobische Angst	0,50 (0,60)		0,14 (0,23)	9,14*** (448)
Paranoides Denken	0,75 (0,75)		0,33 (0,40)	7,75*** (448)
Psychotizismus	1,04 (0,84)		0,19 (0,28)	15,87*** (448)
Globale Symptombelastung	0,91 (0,61)		0,28 (0,23)	15,80*** (448)
NEO – Fünf-Faktoren-Inventar ¹		193 ⁴³		
Neurotizismus	2,10 (0,76)		1,66 (0,67)	3,58*** (228)
Extraversion	2,00 (0,65)		2,34 (0,56)	3,29** (228)
Offenheit für Erfahrungen	2,39 (0,52)		2,65 (0,53)	2,74** (228)
Verträglichkeit	2,44 (0,52)		2,35 (0,52)	0,96 (228)
Gewissenhaftigkeit	2,43 (0,59)		2,56 (0,62)	1,18 (228)
Dynamische Risikofaktoren				
UCLA – Emotionale Einsamkeit	47,69 (11,34)	102 ⁴⁴	37,06 (10,91)	7,44*** (253)
CISS – Emotionale Bewältigungsstrategien	26,13 (5,83)	505 ³¹	23,12 (5,44)	5,82*** (656)
BMS – Missbrauch begünstigende Einstellungen	67,86 (18,38)	30 ⁴⁵	51,80 (10,39)	4,64*** (181)

** p < 0.01; *** p < 0.001; Abweichungen in den Freiheitsgraden erklären sich durch einzelne fehlende Werte. ¹Für diese Vergleiche standen lediglich n=37 Datensätze zur Verfügung. Abkürzungen s. Abkürzungsverzeichnis.

Studie 2²⁵:

In der Untersuchung zu Nutzung und Wirkung der ADT fanden sich n=15 Männer, die diese im Rahmen des Präventionsprojektes Dunkelfeld zusätzlich zur Verhaltenstherapie erhielten. Zwei dieser Männer berichteten keine vorherigen Sexualstraftaten, fünf hatten zuvor ausschließlich Missbrauchsabbildungen genutzt, einer ausschließlich Missbrauchshandlungen begangen, sieben Männer berichteten beide Verhaltensweisen. Im Vergleich zu Männern ohne zusätzliche ADT zeigten sie zu Beginn der Behandlung ein höheres selbst eingeschätztes Risiko für sexuelle

Tabelle 4. Sexuelles Verhalten und Risikofaktoren vor Therapiebeginn bei Männern mit und ohne ADT im Therapieverlauf

	ADT				Z ^a
	mit ADT		ohne ADT		
	M (SD)	n	M (SD)	n	
Sexuelles Verhalten					
SBIMS-MF	2.67 (0.99)	15	2.47 (1.00)	86	-0.62
SBIMS-CSA	1.29 (0.59)	15	1.07 (0.28)	86	-1.58
Risikofaktoren					
HRST	114.60 (30.89)	15	94.94 (39.02)	87	-2.45*
BMS	73.0 (14.82)	15	72.0 (20.58)	89	-0.51
EDCS kognitiv	82.60 (36.54)	15	74.26 (33.36)	84	-0.952
EDCS emotional	52.13 (19.91)	15	49.05 (21.59)	84	-0.644
SESM Generelle Selbstwirksamkeitserwartung	46.73 (13.82)	15	39.01 (14.33)	85	-2.09*
SESM Einzelitem: Fehlende Bereitschaft zur dauerhaften medikamentösen Therapie	2.07 (0.92)	14	2.28 (1.13)	81	-0.57
SESM anfängliche Selbstwirksamkeitserwartung	17.93 (4.75)	15	19.27 (5.89)	86	-0.70
SESM Einzelitem: Fehlende Bereitschaft zur sofortigen medikamentösen Therapie	2.00 (0.88)	14	2.65 (1.09)	82	-2.07*
Selbstwertdefizite insgesamt (RSE)	25.60 (7.98)	10	28.53 (6.82)	75	-1.06
Selbstwertdefizite	13.30 (3.95)	10	14.88 (2.96)	75	-1.20
Selbstabwertung	12.30 (4.62)	10	13.65(4.39)	75	-8.40

Mann-Whitney U-Tests; Z-Werte signifikant mit *p<.05. Abkürzungen s. Abkürzungsverzeichnis.

Übergriffe, eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich der Kontrolle sexueller Impulse gegenüber Kindern und eine höhere Bereitschaft zur Nutzung von Medikamenten zur sexuellen Triebdämpfung (Tabelle 4). Vier der Männer beendeten die ADT nach einer einzigen Dosis, ein Mann nach acht Wochen, ein Mann nach einem Jahr. Bei einer Vielzahl fehlender Werte fand sich in der gruppenweisen Betrachtung von sechs Männern mit vollständigen Daten eine Abnahme Missbrauch begünstigender Einstellungen und eine Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung. Die Häufigkeit von Masturbation zu paraphilen Fantasieinhalten blieb jedoch unverändert (Tabelle 5). Individuelle Analysen deuteten auf ein verstärktes Kontrollempfinden über sexuelle Impulse bei den untersuchten Männern.²⁵

Studie 3²⁶.

Die Untersuchung der Wirkung eines auf Hellfeldprinzipien basierten Therapieprogramms für pädo- und hebephile Männer im Dunkelfeld zeigte bei den

Tabelle 5. Veränderungen in sexuellem Verhalten und psychologischen Risikofaktoren bei Männern mit zusätzlicher ADT im Therapieverlauf.

	Teilnehmer mit ADT				
	Zu Therapiebeginn		Zu Therapieende		Z ¹
	M (SD)	n	M (SD)	n	
Sexuelles Verhalten					
SBIMS-MF	2.58 (0.83)	6	2.58 (0.44)	6	-0.74
SBIMS-CSA	1.33 (0.82)	6	1.06 (0.14)	6	-0.45
Risikofaktoren					
HRST	106.00 (26.86)	6	100.33 (24.99)	3	0.00
BMS	78.50 (15.54)	6	69.83 (4.45)	6	-1.58
EDCS kognitiv	86.33 (39.31)	6	69.50 (30.36)	6	-2.20*
EDCS emotional	56.50 (23.64)	6	34.33 (14.50)	3	-1.60
SESM Generelle Selbstwirksamkeitserwartung	45.00 (9.01)	6	35.83 (4.71)	6	-2.21*
SESM anfängliche Selbstwirksamkeitserwartung	18.00 (3.52)	6	15.33 (3.21)	3	-0.82
RSE	22.00 (8.49)	2	30.00 (8.49)	2	-1.41
Selbstwertdefizite	12.50 (3.54)	2	15.50 (3.54)	2	-1.41
Selbstabwertung	9.50 (4.95)	2	14.50 (4.95)	2	-1.41

¹Wilcoxon Signed-Rank-Tests; Z-Werte signifikant mit *p<.05. Abkürzungen s. Abkürzungsverzeichnis

psychologischen Risikofaktoren in der behandelten Gruppe signifikante Veränderungen in der hypothetisierten Richtung bezüglich emotionaler Einsamkeit, emotionsorientierten Bewältigungsstrategien, emotionaler Opferempathie, Missbrauch begünstigender Einstellungen und Befassung mit sexuellen Aktivitäten. Entgegen der Hypothese fand sich eine Verschlechterung im Bereich des Selbstwerterlebens. Im Vergleich zur Kontrollgruppe fand sich nach der Therapie eine höhere kognitive Opferempathie. In der Kontrollgruppe zeigten sich keine signifikanten Veränderungen (Tabelle 6). Die Veränderungen in der behandelten Gruppe waren unterschiedlich für Untergruppen hinsichtlich früherer sexueller Verhaltensprobleme (Tabelle 7). So zeigten Männer mit früheren sexuellen Übergriffen und Nutzung von Missbrauchsabbildungen die meisten Veränderungen gefolgt von reinen Übergriffstätern und Nutzern von Missbrauchsabbildungen. Keine signifikanten Veränderungen ließen sich bei Männern ohne sexuelle Verhaltensprobleme finden. Bezüglich problematischen sexuellen Verhaltens fand sich in der behandelten Gruppe keine statistisch signifikante Veränderung über die Therapie, die Analyse von Einzelitems zeigte eine geringere Frequenz des problematischen Verhaltens im Vergleich zur Kontrollgruppe (Tabelle 8). Die Rückfallquote bezüglich juristisch bekannt gewordener Fälle von sexuellem

Kindesmissbrauch und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen (Kinderpornografiedelikten) war 0% (Tabelle 9). Aus den Angaben in Fragebögen und durch Rücksprache mit den behandelnden Therapeuten ließen sich jedoch fünf Männer identifizieren, die während der Therapie sexuelle Übergriffe auf Kinder begangen hatten und 33 Männer, die unter der Therapie Kinderpornografie nutzten. Bei den sexuellen Übergriffen handelte es sich um zwei Fälle mit voyeuristischen Aktivitäten, mehrere Berichte von sexuellen Unterhaltungen mit Kindern und einem Fall von intimmem Körperkontakt und genitalen Berührungen des Kindes. Alle fünf Männer hatten eine Vorgeschichte sexueller Handlungen mit Kindern. Lediglich bei zweien waren diese juristisch verfolgt worden. Die Nutzer von Missbrauchsabbildungen waren mehrheitlich mit entsprechendem Verhalten vorstellig geworden, nur bei sechs von ihnen war dieses Verhalten juristisch verfolgt worden. Fünf Männer berichteten erstmalige Nutzung von Missbrauchsabbildungen unter der Therapie.²⁶

Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersuchte die Anwendung therapeutischer und diagnostischer Prinzipien von verurteilten pädophilen Sexualstraftätern gegen Kinder auf nicht justizbekannte, selbst identifizierte Männer aus dem Dunkelfeld. Dabei wurden die Unterscheidbarkeit einer pädophilen von einer hebephilen Sexualpräferenz, die Wirkung einer triebdämpfenden Pharmakotherapie und eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes in dieser Stichprobe untersucht. Pädophile und hebephile Männer im Dunkelfeld konnten dabei sexualdiagnostisch unterschieden werden. Hebephile Männer zeigten ähnlich hohe Belastungssymptome, eine hohe Rate dissexuellen Verhaltens, das nur selten justizbekannt war und deutlich höhere Kennwerte von Belastung und Psychopathologie als klinische und normalgesunde teleiophile Stichproben. Eine kombinierte Verhaltens- und triebdämpfende Pharmakotherapie war in der Lage, Risikofaktoren für das Begehen eines sexuellen Kindesmissbrauchs positiv zu beeinflussen. Insbesondere stieg die Gewissheit der sexuellen Kontrollfähigkeit bei ausbleibendem Effekt auf die Häufigkeit von Masturbation zu sexuellen Fantasien mit Kindern. Beim verhaltenstherapeutischen Ansatz wurde deutlich, dass Hochrisikopatienten hiervon besonders profitierten. Insgesamt zeigte sich auch hier eine Veränderung psychologischer Risikofaktoren für das Begehen sexuellen Kindesmissbrauchs in der gewünschten Richtung. Auffallend war, dass sowohl die Zahlen anhaltender direkter sexueller Kontakte mit Kindern als

Tabelle 6. Vergleiche vor und nach psychotherapeutischer Behandlung innerhalb und zwischen behandelter und Kontrollgruppe

	Behandelte (n = 53)			Kontrollgruppe (n = 22)			Prä	Post
	Prä	Post	Z [†]	Prä	Post	Z [‡]		
	M (SD)	M (SD)		M (SD)	M (SD)			
RSE	26.02 (6.26)	28.81 (6.19)	-2.72**	30.13 (6.46)	31.42 (6.39)	-1.21	-2.14*	-1.43
UCLA-LS	50.87 (11.27)	47.00 (12.79)	-2.62**	45.36 (11.79)	46.09 (11.40)	-0.66	-1.93	-0.21
HTW	41.17 (5.25)	40.21 (4.55)	-1.92	40.27 (5.97)	40.27 (6.03)	0.00	-0.69	-0.18
CISS – emotionsorientiertes Coping	27.58 (5.50)	26.15 (5.75)	-2.27*	23.00 (5.36)	23.68 (4.66)	-0.64	-3.22**	-1.79
CIS-R	17.98 (6.48)	17.92 (6.90)	-0.61	18.46 (5.58)	18.33 (8.68)	-0.65	-0.28	-0.29
EDCS – emotionale Empathiedefizite	48.16 (18.36)	42.64 (16.99)	-2.16*	52.45 (18.97)	50.48 (22.17)	-0.77	-0.96	-1.30
EDCS – kognitive Empathiedefizite	68.80 (29.07)	63.34 (25.37)	-1.32	77.91 (28.52)	84.70 (33.76)	-1.43	-1.37	-2.62**
BMS	70.88 (17.11)	63.30 (16.68)	-4.47**	74.73 (19.33)	72.50 (19.50)	-0.10	-0.46	-1.80
SESM-C	40.89 (13.26)	37.28 (13.89)	-2.49*	38.36 (9.58)	40.41 (16.76)	-0.28	-0.69	-0.71
CUSI	27.33 (8.54)	26.26 (7.71)	-0.80	26.45 (8.66)	25.55 (8.29)	-1.01	-0.33	-0.41
SBIMS – Masturbationsfantasien	10.74 (4.26)	9.36 (4.08)	-2.44*	9.82 (4.17)	9.95 (3.79)	-0.18	-0.72	-0.77
BIDR	33.10 (10.76)	32.23 (8.76)	-0.28	33.10 (10.76)	37.33 (7.12)	-0.14	-1.22	-1.57
SBIMS – sexuelle Handlungen mit Kindern	1.14 (0.45)	1.02 (0.10)	-1.84	1.11 (0.27)	1.11 (0.30)	0.00	-0.33	-1.63
Q-SENICA – Gesamt Nutzungshäufigkeit	1.32 (0.55)	1.43 (0.63)	-1.61	1.48 (0.67)	1.60 (0.63)	-0.92	-0.89	-1.27

†Prä-post-Vergleich innerhalb der Gruppe; Wilcoxon Signed-Rank Test, ‡ Vergleich zwischen den Gruppen; Mann-Whitney U-Test; Z-Werte signifikant bei *p < 0.05, ** p < 0.01. Abkürzungen s. Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 7. Veränderungen in psychologischen Risikofaktoren in der behandelten Gruppe nach früheren sexuellen Verhaltensproblemen

	Keine Straftaten (n=12)		Z	Nur Kinderpornografiedelikte (n=16)		Z	Nur Missbrauchsdelikte (n=9)		Z	Beide Delikte (n=16)		Z
	pre	post		pre	post		pre	post		pre	post	
RSE	26.50 (6.90)	28.90 (6.62)	-1.10	25.18 (7.14)	28.78 (7.31)	-1.06	30.22 (4.58)	31.33 (4.24)	-1.02	27.63 (6.97)	29.75 (6.29)	-1.93
UCLA-L5	50.43 (10.76)	48.13 (11.17)	-1.56	48.78 (12.94)	48.04 (12.75)	-0.70	46.56 (9.11)	46.40 (9.50)	-0.56	50.00 (11.10)	47.08 (11.45)	-2.16*
HTW	39.64 (4.89)	40.63 (4.21)	-0.05	39.61 (5.16)	38.52 (4.55)	-0.99	42.11 (6.35)	42.80 (5.87)	-2.24	42.35 (5.65)	40.33 (5.33)	-2.37*
CISS – emotionsorientiertes Coping	25.43 (6.69)	25.75 (5.93)	-1.07	25.48 (5.72)	25.75 (5.77)	-0.21	26.78 (6.98)	24.30 (6.17)	-1.54	27.40 (5.78)	25.29 (5.17)	-1.87
CIS-R	58.14 (6.72)	59.10 (4.63)	-0.98	58.47 (4.81)	58.67 (6.50)	-1.22	56.78 (8.07)	55.56 (6.91)	-2.28	59.12 (6.50)	58.00 (8.96)	-,56
EDCS – emotionale Empathiedefizite	47.79 (19.09)	41.44 (16.99)	-0.53	49.73 (17.12)	45.71 (18.97)	-0.04	37.44 (10.30)	44.80 (12.77)	-1.96*	52.40 (22.28)	45.00 (21.81)	-3.68***
EDCS – kognitive Empathiedefizite	60.93 (26.65)	59.56 (27.66)	-0.89	66.36 (27.71)	65.52 (31.08)	-0.43	71.78 (30.15)	63.40 (19.33)	-,98	84.20 (31.01)	79.35 (27.98)	-1.27
BMS	66.79 (12.94)	64.38 (19.92)	-1.89	70.96 (15.54)	64.96 (14.75)	-2.55*	73.56 (23.32)	61.30 (20.77)	-2.38*	77.15 (20.66)	68.58 (17.67)	-2.12*
SESM-C	41.69 (13.52)	36.06 (15.65)	-1.68	39.70 (9.42)	35.58 (11.48)	-1.26	38.00 (15.85)	43.20 (17.48)	-,70	40.45 (12.57)	37.09 (10.42)	-2.51*
CUSI	27.21 (11.41)	27.38 (7.92)	-0.83	28.48 (7.37)	26.33 (7.11)	-1.33	23.67 (6.30)	23.50 (6.84)	-,77	25.40 (8.77)	25.75 (9.09)	-,13
SBIMS – Masturbationfantasien	2.36 (1.20)	2.25 (0.91)	-1.53	2.72 (0.87)	2.49 (0.98)	-,49	2.47 (1.11)	2.25 (1.20)	-,10	2.74 (1.33)	2.43 (1.06)	-2.11*

Wilcoxon Signed Ranks Test, Z-Werte basieren auf positive oder negative Rängen, * p < .05, *** p < .001. Abkürzungen s. Abkürzungsverzeichnis.

Tabelle 8. Einzelitemanalyse des SBIMS - sexueller Kindesmissbrauch in behandelter und Kontrollgruppe.

	Behandelte Gruppe (n=52)		Kontrollgruppe (n=22)		χ^2 (df=1)	Fishers exact test
	„Nie“	„Selten“	„Nie“	„Selten“		
Sexueller Körperkontakt	50 (96%)	2 (4%)	19 (90%)	2 (10%)	0.931	
Sexuelle Handlungen vor einem Kind	52 (100%)	0 (0%)	19 (90%)	2 (10%)	5.092*	p = 0.08
Sexuelle Erregung gemeinsam mit einem Kind	51 (98%)	1 (2%)	18 (86%)	3 (14%)	4.416*	p = 0.07

X²-Test, *p < 0.05; Fishers exact test bei erwarteten Zelhäufigkeiten < 5. Abkürzungen s. Abkürzungsverzeichnis.

auch anhaltender Nutzung von Missbrauchsabbildungen im Vergleich zu Studien im Hellfeld deutlich höher ausfielen. Bezüglich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen wurden sogar Ersttaten unter der Therapie berichtet.

Hinweise auf die Übertragbarkeit aus dem Hellfeld

Entsprechend den Befunden aus dem Hellfeld konnte bei gut einem Drittel der Interessenten für das Therapieprojekt eine Ansprechbarkeit für das frühpubertäre Körperschema gefunden werden. Die hohe Rate von etwa 95% mit problematischem sexuellem Verhalten weist ebenfalls auf ein ähnliches Stichprobenprofil wie im Hellfeld hin. Damit ist die Ansprechbarkeit für das frühpubertäre Körperschema im Dunkelfeld nachweisbar und mit einem Risiko für sexuelle Missbrauchshandlungen verbunden. Die aus dem Hellfeld übernommenen Therapieansätze zeigten vor allem für die Populationen von Missbrauchs- und „Kinderpornografie“-Tätern Effekte in der gewünschten Richtung. Ein Anstieg des Kontrollempfindens unter ADT weist auf vergleichbare Effekte wie im Hellfeld hin.⁴⁶ Zudem zeigte sich, dass die Stichprobe der auf ADT rekurrierenden Männer im Dunkelfeld nicht nur aus Tätern besteht, sondern auch die Sorge vor zukünftigen Missbrauchshandlungen und Leidensdruck aus anderen Gründen zur Einnahme androgendeprivativer Medikamente führen können. Dies passt zu den publizierten Leitlinien, nach denen das Vorliegen einer Pädophilie alleine bereits als Indikation für eine androgendeprivative Therapie gesehen werden kann.⁴⁷

Einschränkungen der Übertragbarkeit aus dem Hellfeld

Beim verhaltenstherapeutischen Ansatz fiel auf, dass insbesondere die Gruppen von der Therapie zu profitieren schienen, die im Hellfeld zu erwarten sind, also Missbrauchstäter und Nutzer von Missbrauchsabbildungen. Die ausbleibenden

Tabelle 9. Rückfälle in behandelter (TG) und Kontrollgruppe (CG) nach früheren Verhaltensproblemen.

	Frühere Missbrauchshandlungen		Keine früheren Missbrauchshandlungen		Frühere Kinderpornografienutzung		Keine frühere Kinderpornografienutzung	
	TG	CG	TG	CG	TG	CG	TG	CG
	(n=25)	(n=10)	(n=28)	(n=12)	(n=32)	(n=17)	(n=21)	(n=5)
Rezidivhandlungen	5 (20%)	3 (30%)	-	-	29 (91%)	13 (76%)	-	-
Keine Rezidivhandlungen	20 (80%)	7 (70%)	28 (100%)	12 (100%)	3 (9%)	4 (24%)	16 (76%)	4 (80%)
Erst-Taten	-	-	0 (0%)	0 (0%)	-	-	5 (24%)	1 (20%)
Juristisch bekannte Taten	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen behandelter und Kontrollgruppe nach χ^2 -Test.

Veränderungen in den Risikofaktoren bei den Nicht-Tätern könnten auf einen veränderten Bedarf dieser Gruppe im Vergleich zu den anderen Gruppen hinweisen. Unterstrichen wird dieser Befund noch durch die fünf Männer, die erst im Verlauf der Therapie erste Taten (Nutzung von Missbrauchsabbildungen) berichteten. In der Untersuchung zur Pharmakotherapie konnten sich Gruppeneffekte im Sinne einer Reduktion der Häufigkeit paraphiler Masturbationsfantasien nicht zeigen lassen. Hier steht insbesondere die Frage der objektivierbaren Kontrolle des Therapieerfolgs im Raum.

Limitationen

Zur Vorsicht bei der Verallgemeinerung der Ergebnisse zwingen die geringen Stichprobengrößen in den Untersuchungen zur Pharmako- und Verhaltenstherapie und der Verzicht auf eine Korrektur der Irrtumswahrscheinlichkeit bei einer Vielzahl vergleichender Betrachtungen. Das retrospektive bzw. Wartelisten-Kontrolldesign zwingen zusätzlich zur vorsichtigen Interpretation. Durch Fehlen einer Kontrollgruppe aus dem Hellfeld ist der direkte Vergleich nicht möglich.

Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit liefert erste empirische Belege, dass grundlegende Prinzipien in Diagnostik und Therapie aus dem Hellfeld auf das Dunkelfeld übertragbar sind. Auf diagnostischer Seite steht eine Überprüfung der Risikoprädiktion auf Grundlage der Selbstauskunft und ihrem Zusammenhang mit physiologischen Markern aus.

Probleme in der Übertragbarkeit werden vor allem im Bereich therapeutischer Ansätze offenbar. So muss beim Einsatz triebdämpfender Medikamente von einer weiteren Fassung des Indikationsgebietes ausgegangen werden. Besondere Berücksichtigung sollten Probleme bei der Compliance aufgrund von unerwünschten Wirkungen und Ängsten finden. Beim verhaltenstherapeutischen Ansatz liegt nahe, Veränderungen im Vorgehen bei Nicht-Tätern sowie Nutzern von Missbrauchsabbildungen vorzunehmen. Angesichts niedriger Basisraten von sexuellem Missbrauchsverhalten muss ein längerer Katamnesezeitraum sowie eine differenzierte Analyse verschiedener Tätertypen in Betracht gezogen werden. Außerdem sollten künftige Analysen Effekte auf allgemeines und dissexuelles Sexualverhalten sowie allgemeine und sexuelle Lebensqualität differenziert erfassen. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass dieses Projekt erstmals überhaupt Hilfe zur Prävention einer sexuellen Traumatisierung im Dunkelfeld bietet und damit alles, was durch das Projekt bewirkt werden kann, einen Zugewinn an Sicherheit für potentielle Opfer darstellt.

Literaturverzeichnis

1. Krafft-Ebing, R. Psychopathia sexualis - mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung. Eine Medizinisch-Gerichtliche Studie für Ärzte und Juristen. (Enke, 1912).
2. Glueck, B., C. Final report: Research project for the study and treatment of persons convicted of crimes involving sexual aberrations. June 1952 to June 1955. (New York State Department of Mental Hygiene, 1955).
3. Blanchard, R. et al. Pedophilia, Hebephilia, and the DSM-V. Arch. Sex. Behav. **38**, 335–350 (2008).
4. Tanner, J. M. Growing up. Sci. Am. **229**, 34–43 (1973).
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. (World Health Organization, 1993).
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (American Psychiatric Association, 2013).

7. Kessler, R. C. et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br. J. Psychiatry* **197**, 378–385 (2010).
8. Seto, M. C. *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention.* (Washington, DC, US: American Psychological Association, 2008).
9. Mann, R. E., Hanson, R. K. & Thornton, D. Assessing Risk for Sexual Recidivism: Some Proposals on the Nature of Psychologically Meaningful Risk Factors. *Sex. Abuse J. Res. Treat.* **22**, 191–217 (2010).
10. Seto, M. C. Is pedophilia a sexual orientation? *Arch. Sex. Behav.* **41**, 231–236 (2012).
11. Beier, K. M., Bosinski, H. A. G. & Loewit, K. *Sexualmedizin: Grundlagen und Praxis ; 61 Tabellen und 50 Übersichten.* (Elsevier, Urban und Fischer, 2005).
12. Duff, S. & Willis, A. At the precipice: Assessing a non-offending client's potential to sexually offend. *J. Sex. Aggress. Int. Interdiscip. Forum Res. Theory Pract.* **12**, 43 (2006).
13. Schaefer, G. A. et al. Potential and Dunkelfeld offenders: Two neglected target groups for prevention of child sexual abuse. *Int. J. Law Psychiatry* **33**, 154–163 (2010).
14. Berlin Institute of Sexology and Sexual Medicine. *Das Berliner Dissexualitätsprogramm.* (unpublished manuscript, 2005).
15. *The Berlin Dissexuality Therapy Program.* (Gutenberg Druckerei GmbH, 2013).
16. Hanson, R. K. & Morton-Bourgon, K. E. The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies. *J. Consult. Clin. Psychol.* **73**, 1154–1163 (2005).
17. Pithers, William D, Marques, J. K., Gibat, C. C. & Marlatt, G. A. in *The Sexual aggressor* (eds. Greer, J. G. & Stuart, I. R.) (Van Nostrand Reinhold, 1983).

18. Ward, T. & Marshall, W. L. Good lives, aetiology and the rehabilitation of sex offenders: A bridging theory. *J. Sex. Aggress. Int. Interdiscip. Forum Res. Theory Pract.* **10**, 153 (2004).
19. Laws, D. R. & Ward, T. *Desistance from Sex Offending: Alternatives to Throwing Away the Keys*. (Guilford Press, 2010).
20. Beier, K. M. et al. Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *J. Forensic Psychiatry Psychol.* **20**, 851–867 (2009).
21. Finkelhor, D. et al. *A sourcebook on child sexual abuse*. (Sage Publications, Inc, 1986).
22. Blanchard, R. The DSM diagnostic criteria for pedophilia. *Arch. Sex. Behav.* **39**, 304–316 (2010).
23. Blanchard, R. Reply to Letters Regarding Pedophilia, Hebephilia, and the DSM-V. *Arch. Sex. Behav.* **38**, 331–334 (2009).
24. Beier, K. et al. Hebephilie als sexuelle Störung. *Fortschritte Neurol. · Psychiatr.* **81**, 128–137 (2013).
25. Amelung, T., Kuhle, L. F., Konrad, A., Pauls, A. & Beier, K. M. Androgen deprivation therapy of self-identifying, help-seeking pedophiles in the Dunkelfeld. *Int. J. Law Psychiatry* **35**, 176–184 (2012).
26. Beier, K. M. et al. The German Dunkelfeld Project: A Pilot Study to Prevent Child Sexual Abuse and the Use of Child Abusive Images. *J. Sex. Med.* n/a–n/a (2015). doi:10.1111/jsm.12785
27. Franke, G. H. BSI: Brief Symptom Inventory von LR Derogatis; (Kurzform der SCL-90-R); deutsche Version; Manual. (Beltz Test, 2000).

28. Körner, A. et al. Deutsche Normierung des NEO-Fünf-Faktoren-Inventars (NEO-FFI)
German Norms for the NEO-Five Factor Inventory. *Z. Für Med. Psychol.* **17**, 133–144 (2008).
29. Lamm, H. & Stephan, E. Zur Messung von Einsamkeit: Entwicklung einer deutschen Fassung des Fragebogens von Russell und Peplau. *Psychol. Prax. Z. Für Arb.-Organ.* **30**, 132–134 (1986).
30. v. Collani, G. & Herzberg, P. Y. Zur internen Struktur des globalen Selbstwertgefühls nach Rosenberg. *Z. Für Differ. Diagn. Psychol.* **24**, 9–22 (2003).
31. Kaelin, W. Deutsche 24-Item Kurzform des 'Coping Inventory for Stressful Situations' von N. S. Endler und J. D. A. Parker. Basierend auf der Übersetzung von N. Semmer, F. Tschan, & V. Schade.
32. Marshall, W. L., Serran, G. A. & Cortoni, F. A. Childhood Attachments, Sexual Abuse, and Their Relationship to Adult Coping in Child Molesters. *Sex. Abuse J. Res. Treat.* **12**, 17–26 (2000).
33. Rambow, J., Elsner, K., Feelgood, S. & Hoyer, J. Einstellungen zum Kindesmissbrauch - Untersuchungen mit der Bumby Child Molest Scale bei Missbrauchs- und Gewalttätern. *Z. Für Sex.* **21**, 1–15 (2008).
34. Musch, J., Brockhaus, R. & Bröder, A. Ein Inventar zur Erfassung von zwei Faktoren sozialer Erwünschtheit. *Diagnostica* **48**, 121–129 (2002).
35. Schaefer, G. A. & Feelgood, S. Validation of a new scale for measuring victim empathy in pedophiles: the Empathy for Children Scale (ECS). in (2006).
36. Fernandez, Y. M., Marshall, W. L., Lightbody, S. & O'Sullivan, C. The Child Molester Empathy Measure: Description and Examination of Its Reliability and Validity. *Sex. Abuse J. Res. Treat.* **11**, 17–31 (1999).

37. Check, J. V. P. The hostility toward women scale. (University of Manitoba, 1984). at <<http://hdl.handle.net/1993/23279>>
38. Allan, M., Grace, R. C., Rutherford, B. & Hudson, S. M. Psychometric Assessment of Dynamic Risk Factors for Child Molesters. *Sex. Abuse J. Res. Treat.* **19**, 347–367 (2007).
39. Wilson, R. J. Emotional Congruence in Sexual Offenders Against Children. *Sex. Abuse J. Res. Treat.* **11**, 33–47 (1999).
40. Cortoni, F. & Marshall, W. L. Sex As a Coping Strategy and Its Relationship to Juvenile Sexual History and Intimacy in Sexual Offenders. *Sex. Abuse J. Res. Treat.* **13**, 27–43 (2001).
41. Jacobson, N. S. & Truax, P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J. Consult. Clin. Psychol.* **59**, 12 (1991).
42. Bortz, J. & Schuster, C. *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler.* (Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2010).
43. Borkenau, P. & Ostendorf, F. NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. (Hogrefe, 1993).
44. Russell, D., Peplau, L. A. & Cutrona, C. E. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *J. Pers. Soc. Psychol.* **39**, 472–480 (1980).
45. Fernandez, Y. M. & Marshall, W. L. Victim Empathy, Social Self-Esteem, and Psychopathy in Rapists. *Sex. Abuse J. Res. Treat.* **15**, 11 –26 (2003).
46. Thibaut, F. Pharmacological treatment of sex offenders. *Sexologies* **20**, 166–168 (2011).

47. Thibaut, F., Barra, F. D. L., Gordon, H., Cosyns, P. & Bradford, J. M. W. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J. Biol. Psychiatry* **11**, 604–655 (2010).

Abkürzungsverzeichnis (alphabetisch)

ADT	Androgendeprivative Therapie
BIDR	Balanced Inventory of Desired Responding
BMS	Bumby molest scale
BSI	Brief Symptom Inventory
CISS	Coping in Stressful Situations Skala;
CISS-emo	Subskala der CISS für Emotionsorientiertes Coping
CIS-R	Child Identification Scale, revised;
EDCS	Empathy Deficits with Children Scale
EDCS kognitiv	Subskala der EDCS für kognitive Empathiedefizite
EDCS emotional	Subskala der EDCS für kognitive Empathiedefizite
HRST	High risk situation test
HTW	Hostility Towards Women Skala
NEO-FFI	NEO Five Factor Inventory, NEO steht dabei für Neuroticism, Extraversion und Openness, drei der fünf erfassten Persönlichkeitsmerkmale, und leitet sich aus der Entwicklung des Fragebogens aus einer früheren dreifaktoriellen Version ab.
PPD	Präventionsprojekt Dunkelfeld
Q-SENICA	Questionnaire of Sexually Explicit and Non explicit Images of Children and Adults.
RSE	Rosenberg Self-Esteem Skala
SESM	Self-efficacy scale concerning minors
SESM-C	Self-efficacy scale concerning minors, Subskala Coping Selbstwirksamkeitserwartung
SBIMS	Sexual Behaviors Involving Minors Scale;
SBIMS-MF	Sexual Behaviors Involving Minors Scale, Subskala Masturbationsfrequenz
SBIMS-CSA	Sexual Behaviors Involving Minors Scale, Subskala sexuelles Misbrauchsverhalten
SESM	Self-efficacy Scale concerning Minors
UCLA-LS	University of California, Los Angeles, Loneliness Scale

[Bestandteil der Dissertationen]

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Till Amelung, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Diagnostik und Therapie der Pädophilie und Hebephilie im Dunkelfeld“ 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 den ausgewählten Publikationen 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

Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

Till Amelung hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1: Beier, K.M., Amelung, T., Kuhle, F., Grundmann, D., Scherner, G., Neutze, J., Hebephilie als sexuelle Störung, Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 2013
Beitrag im Einzelnen (bitte kurz ausführen): Konzipieren der Studie, Diskutieren der Ergebnisse

Publikation 2: Amelung, T., Kuhle, L.F., Konrad, A., Pauls, A., Beier, K.M., Androgen deprivation therapy of self-identifying, help-seeking pedophiles in the Dunkelfeld, International Journal of Law and Psychiatry, 2012
Beitrag im Einzelnen (bitte kurz ausführen): Entwurf der Studie, Datensammlung und Aufbereitung, Manuskript erstellen, Einreichung und Review betreuen, Manuskript finalisieren.

Publikation 3: Beier, K.M., Grundmann, D., Kuhle, L.F., Scherner, G., Konrad, A., Amelung, T., The German Dunkelfeld Project: A Pilot Study to Prevent Child Sexual Abuse and the Use of Child Abusive Images, Journal of Sexual Medicine, 2014
Beitrag im Einzelnen (bitte kurz ausführen): Erstellen des Erstentwurfs des Manuskripts, Betreuen des Einreichungs- und Reviewprozess inklusive Erstellen geforderter Nachanalysen, Finalisieren des Artikels.

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers/der betreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

Beier, K. M., Amelung, T., Kuhle, L. F., Grundmann, D., Scherner, G., & Neutze, J. (2013). Hebephilie als sexuelle Störung. *Fortschritte Der Neurologie · Psychiatrie*, 81(03), 128–137.

<https://doi.org/10.1055/s-0032-1330539>

Amelung, T., Kuhle, L. F., Konrad, A., Pauls, A., & Beier, K. M. (2012). Androgen deprivation therapy of self-identifying, help-seeking pedophiles in the Dunkelfeld. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(3), 176–184.

<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.02.005>

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. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 529–542. <https://doi.org/10.1111/jsm.12785>

Lebenslauf

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

Publikationsverzeichnis

D. Grundmann, J. Krupp, G. Scherner, T. Amelung, and K. M. Beier, "Stability of Self-Reported Arousal to Sexual Fantasies Involving Children in a Clinical Sample of Pedophiles and Hebephiles," *Arch Sex Behav*, vol. 45, no. 5, pp. 1153–1162, Jul. 2016.

A. Konrad, L. F. Kuhle, T. Amelung, and K. M. Beier, "Is Emotional Congruence With Children Associated With Sexual Offending in Pedophiles and Hebephiles From the Community?," *Sex Abuse*, Dec. 2015.

K. M. Beier, D. Grundmann, L. F. Kuhle, G. Scherner, A. Konrad, and T. Amelung, "The German Dunkelfeld Project: A Pilot Study to Prevent Child Sexual Abuse and the Use of Child Abusive Images," *J Sex Med*, vol. 12, no. 2, pp. 529–542, Feb. 2015.

S. Mohnke, S. Müller, T. Amelung, T. H. C. Krüger, J. Ponseti, B. Schiffer, M. Walter, K. M. Beier, and H. Walter, "Brain alterations in paedophilia: A critical review," *Progress Neurobiol*, vol. 122, pp. 1–23, Nov. 2014.

K. M. Beier, T. Amelung, L. F. Kuhle, D. Grundmann, G. Scherner, and J. Neutze, "Hebephilie als sexuelle Störung," *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, vol. 81, no. 03, pp. 128–137, Mar. 2013.

T. Amelung, L. F. Kuhle, A. Konrad, A. Pauls, and K. M. Beier, "Androgen deprivation therapy of self-identifying, help-seeking pedophiles in the Dunkelfeld," *Int J Law Psychiatry*, vol. 35, no. 3, pp. 176–184, May 2012.

K. M. Beier, T. Amelung, and A. Pauls, "Antiandrogene Therapie als Teil der Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld," *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, vol. 4, no. S1, pp. 49–57, Nov. 2010.

Danksagungen

Der Autor möchte allen Menschen danken, die an der Realisierung dieser Arbeit beteiligt waren. Dazu zählen alle, die diesem einmaligen Projekt zur Realisierung verholfen haben: Klaus M. Beier, Christoph J. Ahlers, David Goecker, Janina Neutze und Gerard A. Schäfer, weiterhin alle Mitarbeiter, die in den zehn Jahren seit Projektbeginn im Projekt gearbeitet haben. Großer Dank gilt meinem Vater, meinen Geschwistern und meinen Freunden und Weggefährten in den vergangenen sechs Jahren: Durch euer stetes Interesse habt ihr viel zur Motivation für diese Arbeit beigetragen. Besonderer Dank gilt den Mitarbeitern, die meinen Weg in diesem Projekt begleitet haben, mit mir durch viele Höhen und Tiefen gegangen sind und mich vor allem persönlich stets getragen haben: Anna Konrad, Gerold Scherner, Dorit Grundmann, Laura Kuhle, Franz Henkel. Zuletzt gilt mein Dank meinen Kindern Lasse, Ruth und Hannah Lehman