

Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld

Klaus M. Beier, Gerard A. Schaefer, David Goecker, Janina Neutze, Steven Feelgood, Elena Hupp, Ingrid Mundt und Christoph J. Ahlers

Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld

Abstract

The aim of this research project is to offer preventive therapy to persons, who feel sexually attracted to children and who therefore seek help on their own without pressure from the legal system in order to prevent sexual child abuse. The superior objective of the project is to reduce the prevalence of sexual child abuse through the establishment of qualified preventive therapy to potential and real sexual offenders in the „Dunkelfeld“ (sexual offences not reported to the legal system). Over 365 persons announced their interest until May 2006. Special attention is required in the differentiated diagnostics of pedophilia, because reported sexual fantasies and behaviour are often contradictory. According to the results of the psychological examination, the test subjects come out to be above average introverted, depressive, anxious and paranoid.

Keywords: Sexual abuse, Pedophilia, Dunkelfeld, Prevention, Sexual medicine

Zusammenfassung

Ziel dieses Forschungsprojektes ist es, präventive Therapie für Personen anzubieten, die auf Kinder gerichtete sexuelle Impulse verspüren und aus diesem Grund von sich aus und ohne rechtlichen Druck therapeutische Hilfe wollen, um keine sexuellen Übergriffe auf Kinder zu begehen. Das übergeordnete Ziel des Projektes ist die Senkung der Häufigkeit sexueller Übergriffe auf Kinder durch Etablierung qualifizierter präventiver Therapieangebote für potentielle und reale Dunkelfeld-Täter. Bis Mai 2006 haben sich über 365 Interessenten gemeldet. Im differentialdiagnostischen Prozess ist besondere Aufmerksamkeit erforderlich, da sich Phantasie- und Verhaltensebene oft widersprüchlich darstellen. Die testpsychologische Untersuchung zeigt die Probanden überdurchschnittlich introvertiert, depressiv, ängstlich und paranoid.

Schlüsselwörter: Sexueller Missbrauch, Pädophilie, Dunkelfeld, Prävention, Sexualmedizin

Sexuologie 13 (2–4) 2006 89–97 / Elsevier-Urban & Fischer
<http://www.elsevier.de/sexuologie>

Störungen der sexuellen Präferenz (Paraphilien)

Die Pädophilie wird den Paraphilien (DSM-IV-TR) bzw. den sexuellen Präferenzstörungen (ICD-10) zugeordnet. Von der sie kennzeichnenden sexuellen Erregbarkeit durch vorpubertäre Kinderkörper sind aus noch unbekanntem Gründen überwiegend Männer betroffen. Solange die Betroffenen weder andere noch sich selbst durch die Befriedigung ihrer abweichenden sexuellen Bedürfnisse beeinträchtigen oder gefährden und/oder keinen Leidensdruck verspüren, ist die Diagnose Pädophilie nach DSM-IV-TR und ICD-10 nicht zu stellen und ihre Sexualität wird nicht als krankheitswertig oder behandlungsbedürftig angesehen.

Kommt es vor dem Hintergrund einer pädophilen Präferenzstruktur zu tatsächlich zu realisierten sexuellen Kontakten mit Kindern, so werden diese als *pädosexuelle Handlungen* bezeichnet, welche diagnostisch in die Kategorie der „Sexuellen Verhaltensstörungen“ (Dissexualität) fallen (vgl. Ahlers et al. 2005).

Sexuelle Übergriffe auf Kinder können einerseits die Folge pädophiler Präferenzprägungen sein, andererseits jedoch auch dann erfolgen, wenn eine erwachsene Person als Sexualpartner zwar bevorzugt wird, jedoch sexuelle Kontakte aus verschiedenen Gründen (z.B. Intelligenzminderung, Persönlichkeitsstörung, Suchtproblematik etc.) nicht realisiert werden können. In diesem Fall müssen sexuelle Übergriffe auf Kinder als Ersatzhandlung für eigentlich gewünschte Sexualkontakte mit Erwachsenen und nicht als pädosexuelle Handlungen eingestuft werden. Dies bedeutet, dass im sexualdiagnostischen Prozess Pädophilie sauber von sexuellen Ersatzhandlungen differenziert werden muss und nicht mit diesen verwechselt oder gar gleichgesetzt werden darf. Das selbe gilt für den juristischen Begriff „sexueller Missbrauch von Kindern“; auch hier kommt es im allgemeinen Sprachgebrauch häufig zur fälschlichen Gleichsetzung mit dem Begriff Pädophilie. Dabei kann-

te in Untersuchungen der *American Psychiatric Association* gezeigt werden, dass nicht einmal ein Viertel der wegen sexuellen Kindesmissbrauchs Verurteilten Sexualstraftäter eines Jahrgangs als pädophil angesehen werden können (vgl. APA 1999).

Nach derzeitigem Stand der sexualwissenschaftlichen Kenntnis ist die sexuelle Präferenzstruktur des Menschen mit Ende der Pubertät endgültig konfiguriert und bleibt lebenslang bestehen.

Diese Unveränderbarkeit der pädophilen Neigung erfordert, dass die Betroffenen sich mit ihren Erlebensanteilen überdauernd „arrangieren“ müssen. Dadurch wachsen nicht nur Selbstzweifel, sondern es stellt sich im Falle einer ausschließlichen pädophilen Neigung vor allem die Frage: „Wie lässt sich mein Leben ohne die Möglichkeit einer partnerschaftlichen Sexualität realisieren?“ Daher kommt es im Verlauf einer Behandlung darauf an, den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse zu akzeptieren, um sie dadurch sicher erkennen und kontrollieren zu können.

Das Problem

Die Mehrzahl der tatsächlich verübten sexuellen Übergriffe auf Kinder gelangt nicht zur Anzeige, bleibt damit von Justiz und Strafverfolgung unerfasst und taucht folglich auch in keiner Kriminalstatistik auf (vgl. Wetzel 1997). Dabei ist, nach derzeitigem Stand des Wissens, die Anzahl von Taten, die nicht angezeigt und demnach im so genannten *Dunkelfeld* verübt werden, in keinem anderen Kriminalitätsbereich der so genannten „Delikte am Menschen“ höher als bei sexuellen Übergriffen auf Frauen und Kinder.

Gleichzeitig richtet sich das gesellschaftliche Engagement (politisch und finanziell) nahezu ausschließlich auf die Bestrafung von und den (auch therapeutischen) Umgang mit rechtsbekannten und rechtskräftig verurteilten Sexualstraftätern, also auf Täter aus dem *Hellfeld*. Dabei zeigen klinische Erfahrungen aus dem Bereich der forensischen Sexualmedizin, dass *Hellfeld*-Täter (rechtskräftig verurteilte Sexualstraftäter) für therapeutische Angebote schwerer zugänglich sind, da sie häufig ihr Innenleben aus Angst vor rechtlichen Nachteilen im Strafvollzug vor Therapeuten abschirmen.

Die Lücke

Bisherige Maßnahmen zur Vorbeugung sexueller Übergriffe auf Kinder bestehen im Wesentlichen aus pädagogischen Präventionsprogrammen für potentielle Opfer (Kinder), Erzieher und Eltern. Wissenschaftlich fundierte Konzepte zu präventiven Therapiemöglichkeiten für potentielle Täter fehlen hingegen. Zur Vorbeugung von sexuellen Übergriffen auf Kinder muss es daher neben den pädagogischen Präventionsmaßnahmen für potentielle Opfer auch ein Ziel sein, therapeutische Präventionsmaßnahmen für potentielle Täter zu etablieren, die greifen bzw. wirksam werden, *bevor* es zu sexuellen Übergriffen kommt. Genau hier setzt das Forschungsprojekt „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld“ an, das am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* des Universitätsklinikums Charité in Berlin durchgeführt wird.

Die Entstehung

Sowohl aus der klinischen Arbeit mit Patienten in der Sexualmedizinischen Ambulanz der Charité als auch aus einer eigenen epidemiologischen Untersuchung (Berliner Männer-Studie II; vgl. Beier et al. 2005) ist bekannt, dass viele Männer auf Kinder gerichtete sexuelle Phantasien bekunden. Ebenso zeigen Forschungsergebnisse und die Erfahrungen aus der sexualmedizinischen Praxis, dass ein Teil dieser Männer ein Problembewusstsein bezüglich dieser sexuellen Impulse besitzt und aus diesem Grund eigenmotiviert therapeutische Hilfe wünscht, weil sie keine sexuellen Übergriffe auf Kinder (mehr) begehen wollen, und das, obwohl sie (noch) nicht unter dem Druck von Strafverfolgungsbehörden stehen.

Die Hintergründe

Da jedem sexuellen Übergriff in der Phantasie Vorstellungen vorausgehen und zwischen den ersten Phantasien und realisierten sexuellen Übergriffen meistens längere Zeiträume (Jahre) liegen, sollte es ein vornehmliches Ziel sein, betroffene Männer zu erreichen und für eine prophylaktische Therapie zu gewinnen, bevor aus Phantasien Taten werden. Die Gründe dafür, warum manche Betroffene schon in ihrer Jugend sexuelle Übergriffe verüben, andere ihr ganzes Leben lang nicht, liegen sowohl in biologischen Veranlagungen, in psy-

chologischen Verschiedenheiten wie Kommunikationsfertigkeiten, Frustrationstoleranz oder Affektregulation sowie in sozialen Rahmenbedingungen begründet. In jedem Fall scheint es in hohem Maße angebracht, Männern, die befürchten, sexuelle Übergriffe auf Kinder begehen zu können (*potentielle Täter*) und genau so Männern, die bereits Übergriffe begangen haben, welche nicht rechtsbekannt wurden (*Dunkelfeld-Täter*) vor einem möglichen (weiteren) Impulsdurchbruch professionelle, das heißt, speziell auf die sexuelle Verhaltenskontrolle zugeschnittene Hilfe, anzubieten. Dies bedeutet nicht, jemanden zu therapeutischen Maßnahmen zu überreden (denn das geht nicht), sondern diejenigen, die selbst motiviert sexuelle Handlungen verhindern wollen, in diesem Bestreben zu unterstützen.

Das Projekt

Im *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) sollen Möglichkeiten präventiver Therapie zur Vorbeugung bzw. Verhinderung sexueller Übergriffe auf Kinder untersucht werden. Einbezogen in das Therapieprogramm werden sowohl Personen, die bisher (noch) nicht übergriffig geworden sind, aber befürchten, sexuelle Übergriffe auf Kinder begehen zu können (sog. „potentielle Täter“), als auch Personen, die bereits sexuelle Übergriffe auf Kinder begangen haben, aber den Strafverfolgungsbehörden (noch) nicht bekannt sind (sog. „Dunkelfeld-Täter“).

Des Weiteren können Personen aufgenommen werden, die in der Vergangenheit wegen sexuellen Kindesmissbrauchs angezeigt und/oder rechtskräftig verurteilt wurden und eine ggf. gegen sie verhängte Strafe vollständig verbüßt haben. Diese Personen können jedoch nur dann einbezogen werden, wenn sie nicht (mehr) unter Bewährung und/oder Führungsaufsicht stehen und keine Therapieauflage (mehr) zu erfüllen haben (sog. „Ex-Hellfeld-Täter“). Das bedeutet, es können nur Personen teilnehmen, die nicht (mehr) unter irgendeiner Form von Aufsicht durch die Justiz stehen, d.h. nur nach vollständigem Abschluss aller rechtlichen Angelegenheiten.

Teilnahmewillige Personen müssen bezüglich ihrer auf Kinder gerichteten sexuellen Impulse über ein Problembewusstsein verfügen und selbst (von sich aus) therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen wollen, um keine sexuellen Übergriffe auf Kinder (mehr) zu begehen. Alle Interessenten, die diese Einschlusskriterien erfüllen, werden, im Anschluss an eine eingehende Untersuchung (u.a. psychopathologische, persönlichkeitspsychologische und sexualmedizinische Diagnostik),

entweder einer Einzeltherapie, einer Gruppentherapie oder einer Kontrollgruppe zugewiesen.

Die Therapieform

Der Behandlungsansatz (sog. „Dissexualitäts-Therapie“; vgl. Beier et al. 2005) besteht aus einer kombinierten Psycho- und Pharmakotherapie, bei der sowohl verhaltenstherapeutische als auch spezielle sexualmedizinische Behandlungskonzepte zu Grunde liegen. Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung werden z.B. die Aufdeckung systematischer Wahrnehmungs- und Interpretationsfehler und kognitiver Verzerrungen sowie die Fähigkeit zu Empathie und Perspektivübernahme trainiert. Die sexualmedizinischen Behandlungsaspekte richten sich auf das konkrete sexuelle Erleben und Verhalten und führen u. a. zu vollständiger Klarheit über die Beschaffenheit und Perspektive der eigenen sexuellen Präferenzstruktur. Zusätzlich zu der zentralen psychotherapeutischen Behandlung bekommen alle Teilnehmer die Möglichkeit, unterstützend Medikamente zur Dämpfung sexueller Impulse einzunehmen.

Das Behandlungsprogramm umfasst 45 strukturierte Sitzungen à 3 Zeitstunden. Zentrales Therapieziel ist die vollständige Verhaltensabstinenz bezüglich sexueller Körperkontakte mit Kindern, wobei soziale Kontakte mit Kindern hiervon unberührt bleiben. Im Rahmen der Behandlung lernen die Teilnehmer daher mit ihren sexuellen Impulsen so umzugehen, dass sie weder Kinder noch sich selbst schädigen. Eine Heilung im Sinne einer Löschung des ursächlichen Problems (auf Kinder bezogene sexuelle Impulse) ist – genau wie bei den meisten psychischen und Verhaltensstörungen, vielen organischen Krankheiten und allen chronischen Erkrankungen – nach derzeitigem Stand sexualmedizinischen Wissens nicht möglich (vgl. Beier et al. 2005). Die therapeutische Konzentration richtet sich deshalb – optional mit medikamentöser Unterstützung – auf das Erlernen und Trainieren von Fertigkeiten zum sicheren, d.h. nicht fremd- und selbstgefährdenden Umgang mit den eigenen sexuellen Impulsen. Die Betroffenen lernen, dass sie an ihren sexuellen Gefühlen nicht schuld sind, aber für ihr sexuelles Verhalten verantwortlich. Diese vollständige Verantwortungsübernahme für sich und ihr sexuelles Verhalten und das systematische Trainieren effektiver und ggf. alternativer Handlungsstrategien, die weder Kindern noch ihnen selbst Schaden zufügen, steht damit im Mittelpunkt der therapeutischen Vorgehensweise.

Die (realistischen) Therapieziele lassen sich in folgende Unterpunkte aufschlüsseln:

1. Bewusstmachung / Realisierung der eigenen sexuellen Präferenz
2. Akzeptanz der biografischen Persistenz der sexuellen Präferenz
3. Integration der sexuellen Präferenz in das Selbstbild bzw. die sexuelle Identität
4. Aufdeckung pathognomonischer Wahrnehmungsfehler
5. vollständige Verantwortungsübernahme für das eigene (insbesondere soziosexuelle) Verhalten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft
6. Perspektivenübernahme und Empathie mit potentiellen oder realen Opfern
7. Identifikation von Reiz- und Gefährdungssituationen und Konstellationen
8. Erarbeiten und Erlernen systematischer Kontrollstrategien in Konfrontationssituationen
9. vollständige Verhaltenskontrolle für das eigene Sexualverhalten in sämtlichen denkbaren Situationen und Konstellationen ohne (externalisierende) Verantwortungsdelegation.

Die Projektziele

Weil die Diagnostik und Behandlung sexueller Störungen weder Gegenstand der Facharzt- bzw. Fachtherapeutenausbildung noch Gegenstand des Leistungskataloges der Krankenkassen sind, existieren so gut wie keine qualifizierten Therapieangebote für Personen mit sexuellen Präferenz- und/oder Verhaltensstörungen. Behandlungsmotivierte Betroffene verfügen daher oft über eine lange Geschichte vergeblicher Versuche, qualifizierte therapeutische Hilfe zu erhalten.

Ein Ziel des Forschungsprojektes ist es daher, darauf hinzuweisen, dass es Personen gibt, die auf Kinder gerichtete sexuelle Impulse verspüren und aus diesem Grund von sich aus und ohne rechtlichen Druck therapeutische Hilfe wollen, um keine sexuellen Übergriffe auf Kinder zu begehen. Ein weiteres Ziel des Projektes besteht darin, zu zeigen, dass es zuverlässige Diagnostik und wirksame Behandlung bei sexuellen Präferenz- und Verhaltensstörungen gibt, wenn Diagnostik und Therapie sachverständig durchgeführt werden. Das übergeordnete Ziel des Projektes ist daher die Senkung der Häufigkeit sexueller Übergriffe auf Kinder.

Die Medienkampagne

Interessenten (d.h. problembewusste, therapiewillige, potentielle und reale Dunkelfeld-Täter) wurden mit Hilfe einer Medienkampagne (Plakate, Anzeigen, Kino- und TV-Spots, Internetauftritt, Banner) auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, im Rahmen des *Präventionsprojektes Dunkelfeld* am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* der Berliner Charité kostenlos und schweigepflichtgeschützt sowohl eine diagnostische Abklärung ihres Problems erhalten als auch Beratung und ggf. therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen zu können.

Das Motto des *Präventionsprojektes* lautet: „Damit aus Phantasien keine Taten werden!“, der Leitsatz der Medienkampagne heißt: „lieben sie kinder mehr als ihnen lieb ist?“ und die vermittelte Botschaft ist: „Du bist nicht schuld, an deinen sexuellen Gefühlen, aber du bist verantwortlich für dein sexuelles Verhalten. Es gibt Hilfe! Werde kein Täter!“. Auf der Projektwebsite www.kein-taeter-werden.de erhalten Interessenten alle nötigen Informationen und Kontaktdaten.

Die Erreichbarkeit therapiemotivierter (potentieller oder realer) Dunkelfeld-Täter über Medien wurde mit Hilfe von Patienten erforscht, die wegen auf Kinder gerichteter sexueller Impulse in der Sexualmedizinischen Ambulanz der Charité behandelt wurden. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse konnte eine Medien-Kampagne („Medienkampagne Dunkelfeld“) konzipiert werden, die auf der „7th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders“ (IATSO) im Jahre 2002 in Wien mit einem Preis ausgezeichnet wurde (vgl. Feelgood et al. 2002).

Nach diesen Forschungsergebnissen sollte die Kampagne möglichst folgende Kriterien berücksichtigen:

- ◆ das Problem offen ansprechen, klar benennen,
- ◆ keine Schuldzuweisung, Verurteilung, Entwertung,
- ◆ emotional ansprechend, empathisch, ohne zu solidarisieren oder zu bagatellisieren,
- ◆ seriös, vertrauenerweckend, ehrlich,
- ◆ nicht moralisierend, nicht medizinisch, nicht juristisch,
- ◆ kurze, klare, eindeutige Botschaft mit Kontaktdaten.

Entwickelt wurde schließlich ein Plakatmotiv, auf dem ein in der U-Bahn sitzender Mann gezeigt wird, neben dem sich zwei Kinder auf dem Nachbarsitz in spielerischer Unbefangenheit die Zeit vertreiben. Das Motiv bedient sich eines einfachen Stilmittels, nämlich einem Haltegriff, der die Augen des Betroffenen ver-

deckt, um zu zeigen, dass die Betroffenen bis dato in der Anonymität leben. Der Haltegriff spielt aber auch auf die schwarzen Balken an, mit denen Täter auf Zeitungs-fotos anonymisiert werden und damit auf die drohende Kriminalität, wenn es den Betroffenen nicht gelingt, ihre sexuellen Impulse auf die Phantasien zu begrenzen.

Dies wird ergänzt durch den Slogan "lieben sie kinder mehr als ihnen lieb ist?", wobei die durchgängige Kleinschreibung mit der Doppeldeutigkeit von "ihnen" darauf abstellt, dass sich sowohl die Täter als auch die Kinder bei sexuellen Übergriffen schlecht fühlen. Des weiteren sind auf dem Plakat alle Kontaktdaten (Telefon, Website) eingängig aufgeführt, so dass Interessierten eine leichte Kontaktaufnahme ermöglicht wird (vgl. Abb. 1).

Schweigepflicht und Datenschutz

Sämtliche Informationen und Daten im Rahmen des Forschungsprojektes sind – genau wie in jeder anderen Behandlungssituation auch – vollständig durch die ärztliche Schweigepflicht geschützt und werden anonymisiert gespeichert und ausgewertet. Die Untersuchung wurde von der Ethikkommission des Universitätsklinikums Charité genehmigt und wird nach den Vorgaben und Bestimmungen des Berliner Datenschutzgesetzes sowie der „Guten wissenschaftlichen Praxis“ durchgeführt.

Sexualmedizinischen Diagnostik

Die sexuelle Präferenzstruktur konfiguriert sich auf drei Achsen: a) der sexuellen Orientierung auf ein präferiertes *Geschlecht* (männlich und/oder weiblich, b) der sexuellen Ausrichtung auf ein präferiertes *Entwicklungsalter* (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) und c) der sexuellen Neigung zu einer präferierten *Art und Weise* sexueller Betätigung (Modus, Objekt, Typ). Diese drei Achsen sind wiederum auf drei Ebenen zu explorieren: a) Ebene der *SexualPhantasie*, b) Ebene des *Sexualverhaltens* und c) Ebene des *sexuellen Selbstkonzepts* (vgl. SEXMED-5x3: Ahlers et al 2004). Die Analyse aller drei Achsen auf allen drei Ebenen ist für die Diagnosestellung einer sexuellen Präferenzstörung unerlässlich. Diese drei Ebenen können, müssen sich jedoch nicht entsprechen.

In der sexualmedizinischen Exploration wurden die Betroffenen anhand der „Strukturierten Sexual-Anamnese“ (SSA; vgl. Ahlers et al. 2004) detailliert zu ihren



Abb. 1 Plakat der Medienkampagne

sexuellen Gedanken, Gefühlen, Phantasien, Tagträumen, Impulsen und Erlebnissen befragt. Insbesondere die Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung und ihre bisherigen Sexualkontakte wurden genau exploriert. Hierbei wurde vor allem das Geschlecht und der körperliche Entwicklungsstand (Kind, Jugendlicher, Erwachsener) der gewünschten, Phantasierten und tatsächlichen Sexualpartner genau bestimmt. Zur Standardisierung dieses diagnostischen Prozesses wurde darüber hinaus als Selbstbearbeitungsverfahren das „Sexualmedizinische Präferenz-Männchen“ (SPM; Ahlers et al. 2004) eingesetzt, in welchem die Betroffenen selber in den oben beschriebenen drei Ebenen prozentual quantifiziert über ihre Sexualphantasien – insbesondere die Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung –, ihr bisheriges Sexualverhalten und ihr sexuelles Selbstkonzept Auskunft geben konnten. Mit anderen Worten: Die Interessenten konnten im SPM angeben, in wie viel Prozent ihrer Sexualphantasien und ihres Sexualverhaltens Personen welchen Geschlechts und welchen Entwicklungsalters vorkommen (vgl. Abb. 2 u. 3).

Beschreibung der Stichprobe

Bis Mai des Jahres 2006 hatten über 365 Personen zum *Präventionsprojekt Dunkelfeld* Kontakt aufgenommen (darunter zwei Frauen). Die meisten Interessenten haben sich telefonisch oder via E-Mail gemeldet, einige haben sich direkt persönlich vorgestellt. Mit 217 Probanden konnte bis Mitte 2006 ein ausführliches Telefoninterview durchgeführt werden, mit 175 von diesen ein anderthalb Stunden langes klinisches Interview und mit 150 eine umfangreiche psychologische Testdiagnostik.

Im Rahmen des Telefoninterviews wurden u.a. folgende Daten erhoben (n=216):

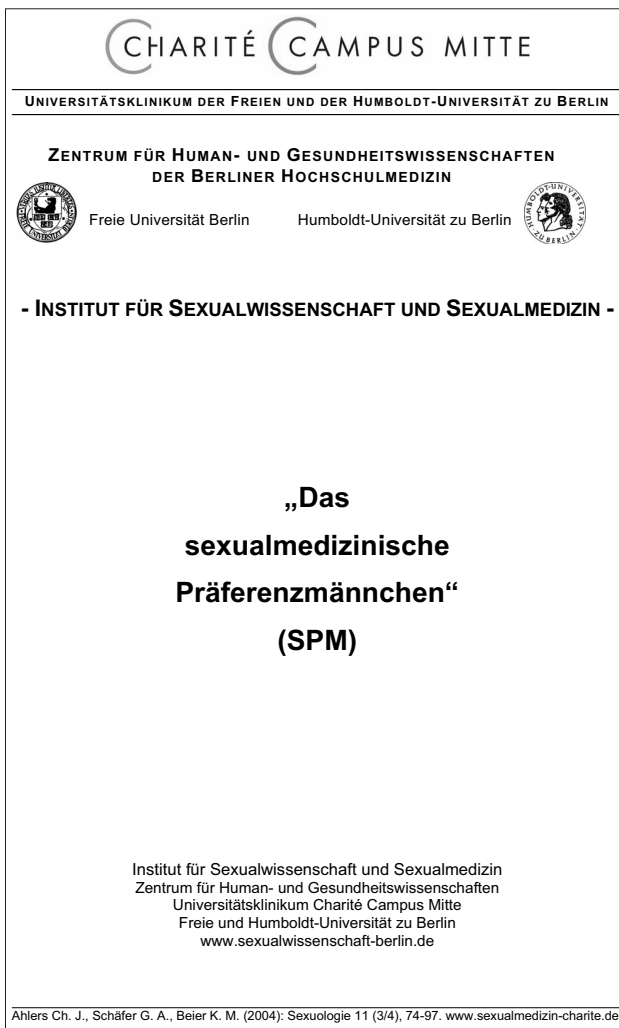


Abb. 2 und 3 Selbstbearbeitungsverfahren „Sexualmedizinisches Präferenz-Männchen“ (SPM)

- ◆ Die Altersspanne der Betroffenen reichte von 17 bis über 67 Jahren (Durchschnittsalter 39 Jahre).
- ◆ Die Personen entstammten sämtlichen sozioökonomischen Gesellschaftsschichten. Ein über- oder unterdurchschnittliches Bildungsniveau war nicht erkennbar, jedoch bestand eine relativ hohe Arbeitslosenquote von 25%.
- ◆ Ein Viertel der betroffenen Männer lebten zum Zeitpunkt der Erhebung mit einer Partnerin/einem Partner zusammen. Vor dem Hintergrund der hohen Anzahl (ausschließlich) pädophiler Männern war dieser Anteil, wie erwartet, gering. Ein Drittel berichtete leibliche Kinder zu haben.
- ◆ Die Hälfte aller Personen hatte bereits Erfahrungen mit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung gemacht, 29% gaben an, weiterhin behandelt zu werden. 30% aller Personen hatten sich bereits in stationärer psychiatrischer Behandlung befunden, 4% zum Untersuchungszeitpunkt. Vor

dem Hintergrund der hohen Anzahl psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen ist der hohe Anteil von 20% der Personen nachvollziehbar, welche aktuell psychopharmakologisch behandelt wurden.

- ◆ 57% gaben an, in der Vergangenheit sexuelle Kontakte zu Kindern gehabt zu haben. Insgesamt 55% befürchteten, einen (erneuten) sexuellen Übergriff begehen zu können.
- ◆ 44% hatten wegen sexueller Kontakte mit Kindern bzw. Jugendlichen und/oder wegen Besitz und/oder Weiterverbreitung von kinderpornografischem Material Kontakte mit dem Justizsystem. 12% der Probanden befanden sich zum Zeitpunkt des Telefoninterviews in Kontakt mit der Justiz, sowohl in Form von Strafanzeigen bzw. Ermittlungs- und Strafverfahren, als auch in Form von Strafvollzugsverfahren, zum Teil mit Bewährungs- oder Therapieauflagen.

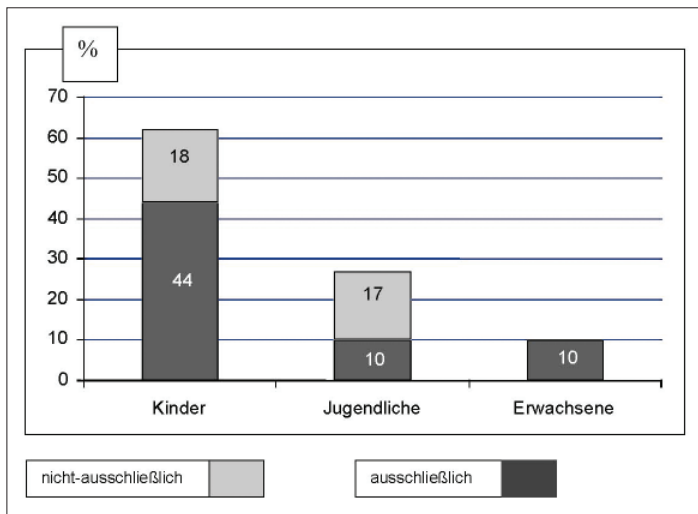


Abb. 4 Diagnostische Zuordnung der sexuellen Präferenz nach Erstinterview in %, n = 143

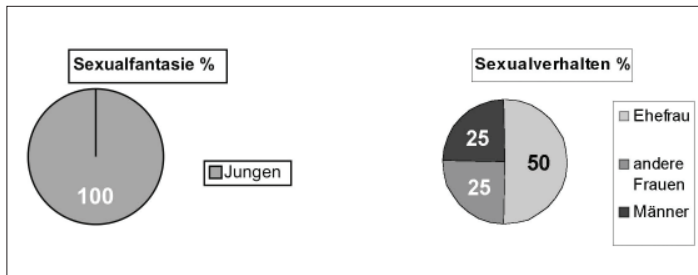


Abb. 5 Beispiel I Sexualpräferenz: verheirateter Mann, 44 Jahre alt

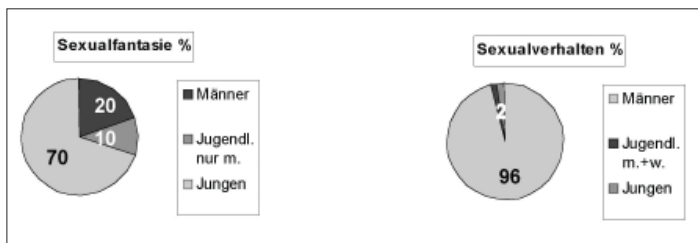


Abb. 6 Beispiel II Sexualpräferenz: Mann 20 Jahre ohne Partner

Ergebnisse der sexualdiagnostischen Exploration

Im Rahmen des *Telefoninterviews* (n=216) berichteten insgesamt 65% aller Personen von sexuellen Phantasien bezogen auf vorpubertäre Kinderkörper und 31% bezogen auf peripubertäre Körper Jugendlicher. 4% aller Personen schilderten, dass ihre sexuelle Phantasien ausschließlich Erwachsene beinhalteten.

Im Vergleich zum Telefoninterview (n=206) änderte sich beim ausführlicheren und im persönlichen Kontakt durchgeführten *klinischen Interview* (n=143) der absolute Anteil der Personen, die im „Sexualmedizinischen Präferenz-Männchen“ (SPM, s.o.) sexuelle Phantasien bezogen auf Kinder bzw. Jugendliche angaben, nicht wesentlich, jedoch nahm der Anteil derjenigen deutlich zu, welche überwiegend bzw. ausschließlich sexuelle Phantasien mit Kindern berichteten. Unter Berücksichtigung der Phantasie- und Verhaltensebene sowie der Ebene des Selbstkonzeptes, erfolgte die in Abb. 4 dargestellte diagnostische Zuordnung. Insbesondere die sexuellen Ansprechbarkeit auf Kinderkörper manifestiert sich überwiegend als ausschließlicher und nicht als nicht-ausschließlicher Typus. Die Angaben des Telefoninterviews deuteten diesbezüglich auf eine umgekehrte Verteilung hin.

Die diagnostische Zuordnung wurde allerdings dadurch erschwert, dass im Rahmen des klinischen Interviews bei den meisten Probanden eine eklatante Diskrepanz zwischen den verschiedenen Ebenen der Sexualpräferenz imponierte. Beispiel I (s. Abb. 5) zeigt einen Probanden, welcher zu 100% sexuelle Kontakte mit Erwachsenen berichtet (zu 75% mit Frauen, zu 25% mit Männern), auf der Phantasieebene jedoch ausschließlich vorpubertäre Jungen angibt.

Nach den Kriterien des DSM-IV-TR wäre hier die Diagnose einer nicht-ausschließlichen Homopädophilie zu stellen. Da der Proband jedoch regelmäßig homopädophile Phantasieinhalte bei sexuellen Kontakten mit Erwachsenen zur Erregungssteigerung verwendet, sind diese sexuellen Kontakte als Ersatzhandlungen einzustufen, weil primär ein genuines sexuelles Interesse am vorpubertären Jungenkörper besteht. Somit ist aus sexualmedizinischer Sicht die Diagnose einer ausschließlichen Homopädophilie zu stellen.

Der Proband in Beispiel II (s. Abb. 6) berichtet über zahlreiche sexuelle Kontakte mit männlichen Erwachsenen, welche sich in der Regel auf „One-Night-Stands“ begrenzten und als sexuell nicht befriedigend erlebt wurden. Nach einigen Wochen Therapieteilnahme gab er an, sich nunmehr eingestehen zu können, sexuell ausschließlich auf Jungen ausgerichtet zu sein. Er habe erkannt, dass die sexuellen Phantasien mit erwachsenen Männern nicht der sexuellen Erregung dienen, sondern dem dringenden Wunsch geschuldet waren, eine einverständliche Partnerschaft mit einem Erwachsenen doch noch realisieren zu können.

Vor dem Hintergrund dieser bisherigen klinischen Erfahrungen im Rahmen des *Präventionsprojektes Dunkelfeld* ist daher anzunehmen: Die Prävalenz der Pädophilie vom ausschließlichen Typus ist größer als bisher allgemein vermutet. Dies mag u.a. darin begründet

liegen, dass sexuelle Kontakte mit Erwachsenen nach sexualmedizinischen Kriterien keine diagnostischen Rückschlüsse zulassen, da es prinzipiell möglich ist, sich entgegen seiner sexuellen Präferenz zu verhalten. Es ist daher genau zu explorieren, inwieweit ein genuines sexuelles Interesse am Erwachsenenkörper besteht bzw. inwieweit sexuelle Kontakte mit Erwachsenen als Ersatzhandlungen zu werten sind.

Ergebnisse der Psychologischen Testdiagnostik (n=150)

Im Rahmen der ausführlichen psychologischen Testdiagnostik kamen unter anderem folgende Instrumente zur Anwendung:

1. Brief Symptom Inventory von Derogatis (BSI)

Das BSRI (die Kurzform der SCL-90-R) misst anhand von neun Skalen die empfundene Beeinträchtigung einer Person durch körperliche und psychische Symptome innerhalb von sieben Tagen vor der Testung. Damit ergänzt es Verfahren zur Messung der zeitlich überdauernden Persönlichkeitsstruktur und gibt einen Hinweis auf psychische Labilität zum Testungszeitpunkt.

2. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – deutsche Version (IIP-D)

Das IIP-D erfasst mittels acht bipolar konstruierter Skalen interpersonale Verhaltensweisen, die (a) dem Probanden schwer fallen und (b) die ein Proband im Übermaß zeigt. Es ermöglicht damit eine systematische Beschreibung der Art der interpersonalen Probleme. Der aus den Skalen ermittelte Gesamtwert charakterisiert das Ausmaß an interpersonaler Problematik.

3. NEO-Fünf Faktoren Inventar (NEO-FFI)

Der NEO-FFI ermöglicht mittels fünf Skalen die Einschätzung einer Person auf den für interindividuelle Persönlichkeitsunterschiede wichtigsten Bereichen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit.

Statistisch standardisierte psychologische Testinstrumente sind so konstruiert, dass 17% einer repräsentativen Stichprobe jeweils unter- bzw. überdurchschnittliche Werte für die einzelnen Items aufweisen. In Abb. 7 und 8 ist daher für die ausgewählten Items lediglich der prozentuale Anteil angegeben, welcher sich von der Normalbevölkerung unterscheidet (gemessene überdurchschnittliche Werte -17%).

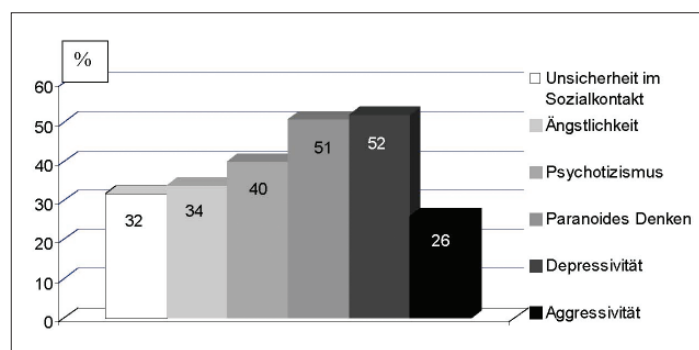


Abb. 7 Testdiagnostische Ergebnisse BSI (Brief Symptom Inventory): Anzahl der Probanden in %, welche überdurchschnittliche Werte im Vergleich zur Normalbevölkerung aufweisen, n=150

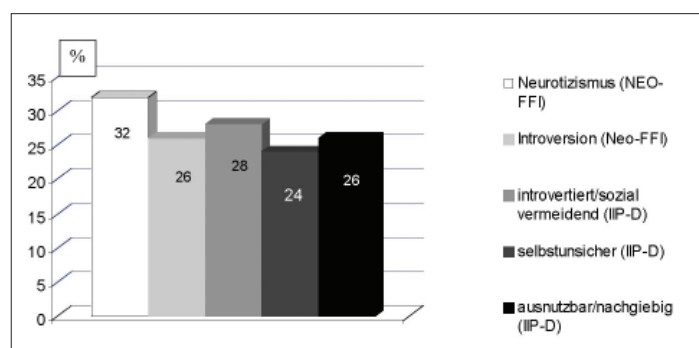


Abb. 8 Testdiagnostische Ergebnisse NEO-FFI (Neo-Fünf-Faktoren-Inventar) und IIP-D (Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme): Anzahl der Probanden in %, welche überdurchschnittliche Werte im Vergleich zur Normalbevölkerung aufweisen, n=150

Die hohen Werte für „Depressivität“ (52%) im BSI (Brief Symptom Inventory) ergänzen Befunde der klinischen Interviews, nach denen die Probanden über eine insgesamt höhere Lebensunzufriedenheit, Sehnsucht nach Partnerschaft und Einsamkeit berichten (s. Abb. 7). Letzteres steht auch in engem Zusammenhang zur wiederholt betonten Furcht vor sozialer Ausgrenzung, falls die sexuelle Neigung bekannt würde. Diese Angst vor Entdeckung prägt zugleich die Kontakt- und Beziehungsgestaltung der Betroffenen, erkennbar in den Werten für „paranoides Denken“ (51%) und „Ängstlichkeit“ (34%) sowie denen des IIP-D (s. Abb. 7 u. 8).

Die scheinbar naheliegende Vorstellung vieler Probanden und (immer noch) einiger Therapeuten, nun im Prozess einer „Nachreifung“ zu einer größeren sozialen Kompetenz und weniger Ängstlichkeit zu gelangen, um dann letztlich doch den geeigneten erwachsenen Sexualpartner finden und somit die Pädophilie überwinden zu können, ist jedoch zum Scheitern verurteilt, wenn kein genuines sexuelles Interesse für erwachsene Frauen oder Männer besteht, wie dies für den ausschließ-

lichen Typus zutrifft. Vielmehr sind die auffälligen testdiagnostischen Ergebnisse *als Folge der pädophilen Neigung und nicht, als deren Ursache* zu verstehen.

Bisherige Erfahrungen mit der Gruppentherapie

36 Probanden nahmen seit Februar 2006 an den dreistündigen, wöchentlichen Gruppentherapien teil. Bei allen Teilnehmern besteht ein hoher Leidensdruck, der sich u.a. darin zeigt, dass einige Hunderte von Kilometern für die Therapie anreisen. Anfängliches Misstrauen und Angst vor Verlust der Anonymität (z.B. Inkaufnahme von Umwegen zu den Therapieräumen) legten sich rasch. Bei den Patienten war ein ausgeprägter Wunsch erkennbar, die persönlichen Ursachen der Pädophilie kennen zu lernen, um dadurch – so die Hoffnung – eine „Heilung“ bewirken zu können. Die Realisierung der Unveränderlichkeit der sexuellen Präferenzstruktur führte daher vielfach zu Enttäuschungen. Andererseits berichteten die Teilnehmer über eine deutliche Entlastung dadurch, dass sie in der Therapie weder von den Therapeuten noch von anderen Teilnehmern eine Schulduweisung für ihre Präferenzbesonderheiten erfuhren. Der Austausch mit anderen Betroffenen wurde als große Bereicherung empfunden. Die schrittweise Akzeptanz der eigenen Sexualpräferenz und die Bewusstmachung, dafür nicht schuldig zu sein, führte bei einigen Patienten dazu, dass sie sich Freunden, Bekannten und Familienmitgliedern anvertrauten, was mehrheitlich als deutliche Entlastung empfunden wurde. Hierdurch ist es einigen Teilnehmern erstmals möglich geworden über das eigene sexuelle Erleben und Verhalten mit anderen Menschen zu sprechen.

Ausblick

Bei dem *Präventionsprojektes Dunkelfeld* handelt es sich um die erste wissenschaftliche Untersuchung von prophylaktischen Therapieansätzen bei (potentiellen

und realen) Dunkelfeld-Tätern zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder. Die Ergebnisse werden wertvolle Auskunft über die Möglichkeiten vorbeugender therapeutischer Maßnahmen zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder geben. Die Therapieerfahrungen fließen in die Gestaltung des Manuals mit ein. Wenn sich das Konzept bewährt, ist dessen Implementierung in anderen Bundesländern geplant, um die Präventionseffekte möglichst flächendeckend in Deutschland nutzen zu können. Es melden sich weiterhin wöchentlich mehrere Betroffene, welche zunehmend auf Empfehlungen von Institutionen kommen. Dies unterstreicht den entsprechenden Bedarf an Therapieplätzen.

Literatur

- Ahlers Ch.J., Schaefer G.A., Beier K.M. (2004): Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis *Sexuologie* 11 (3/4): 74–97.
- Ahlers Ch.J., Schaefer G.A., Beier K.M. (2005): Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit in DSM-IV und ICD-10. *Sexuologie* 12 (3/4): 20–152.
- American Psychiatric Association (APA) (1999): *Dangerous sex offender A Task-Force Report*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA) (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorder 4th revised ed. (DSM-IV-TR)* APA, Washington DC. Deutsche Bearbeitung: Saß H., Wittchen H.U. Zaudig M. Houben I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Beier K. M., Bosinski H.A.G., Loewit K. (2005): *Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis* 2. Auflage, München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Feelgood R., Ahlers Ch.J., Schaefer G.A., Ferrier A. (2002): Generation of concrete ideas for a media campaign to motivate undetected sexual offenders to seek treatment using the Marketing Psychology approach. Paper presented at the 7th International Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), September 11.–14. 2002, Vienna, Austria, EU. Awarded Second Prize by the expert panel.
- Wetzels P. (1997): Prävalenz sexuellen Kindesmissbrauchs. *Sexuologie* 4 (2): 89–107.
- World Health Organisation (WHO) (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern.

Adresse der AutorInnen

Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier, Dipl.-Psych. Gerard A. Schaefer, Dr. David Goecker, Dipl.-Psych. Janina Neutze, Dipl.-Psych. Steven Feelgood, Dipl.-Psych. Elena Hupp, Dipl.-Psych. Ingrid Mundt, Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, www.sexualmedizin.charite.de