

Aus der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

CHARAKTERISTIKA UND KONZEPTUALISIERUNG DES STÖRUNGSBILDES DER PÄDOPHILIE

Inauguraldisseration

zur Erlangung des Dokortgrades der

physiologischen Wissenschaften

der Universitätsmedizin

der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Caroline Maria Marx

aus Marburg

Mainz, 2020

Wissenschaftlicher Vorstand:

1. Gutachter:

2. Gutachter:

3. Gutachter:

Tag der Promotion:

06.07.2021

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Hinweise zur Form	7
Kurzzusammenfassung	8
Kapitel I: Allgemeine Einleitung	11
1. Relevanz des Forschungsthemas	11
2. Forschungsinitiative: Das Präventionsprojekt „Kein Täter werden“	12
3. Störungen der sexuellen Präferenz	13
3.1 Klinisches Bild der Pädophilie	14
3.2 Psychoanalytische Theorien der Perversion	17
4. Sexuelle Handlungen im Internet	18
5. Missbrauchsabbildungen im Internet	19
6. Missbrauchserfahrungen im Kindesalter	20
6.1. Begriffsbestimmung	21
6.2. Folgen von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit	21
7. Forschungsdefizit und Ziel der Forschungsarbeit	22
8. Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit	23
9. Methodik	24
9.1. Stichprobe	24
9.2. Durchgeführte Untersuchung und Messverfahren	26
9.3. Statistische Analysen	28
10. Ergebnisse	28
10.1. Studie 1	28
10.2. Studie 2	30
11. Literatur	34

Kapitel II: Klinische Merkmale der Inanspruchnehmer einer Präventionsambulanz für Pädophilie (C. M. Marx, Subic-Wrana, & Beutel, 2019)	35
Kapitel III: Experienced Childhood Maltreatment in a Sample of Pedophiles: Comparisons with Patients of a Psychosomatic Outpatient Clinic and the General Population (C. M. Marx, Tibubos, Brähler, & Beutel, 2020)	42
Kapitel IV: Allgemeine Diskussion	51
1. Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse	51
2. Störung der sexuellen Präferenz und Versorgung	51
3. Sexuelle Handlungen im Internet	52
4. Kindheitsbelastungen	53
5. Limitationen und Ausblick	54
6. Literatur (Kapitel I bis V)	57
Curriculum Vitae	63

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Zusammenhang zwischen sexueller Präferenz und sexuellem Kindesmissbrauch nach Beier et al. [56].....	16
Abbildung 2: Darstellung des Zusammenhangs zwischen Tätern mit Pädophilie und der Nutzung von Missbrauchsmaterialien („Kinderpornographie“) nach Beier & Neutze [75].	20
Abbildung 3: Prävalenz von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit in den drei Stichproben: Patienten mit Pädophilie: N= 52; Patienten mit ambulanter Psychotherapie: N= 1.113-1.127; Allgemeinbevölkerung: N=997-1000	30

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Internationale Klassifikation für die Diagnose einer pädophilen Sexualpräferenz [44, 46]	15
Tabelle 2: Soziodemografische Merkmale der Patienten nach Erstgespräch, vertiefender Diagnostik und Behandlung	29
Tabelle 3: Sexualanamnestische Merkmale der Patienten nach Erstgespräch, vertiefende Diagnostik und Behandlung	30
Tabelle 4: Sexualanamnestische Merkmale der Patienten nach Erstgespräch, vertiefende Diagnostik und Behandlung	32
Tabelle 5: Binär-logistische Regression für pädophile Sexualpräferenzen (unabhängige Variable: Pädophilie vs. keine Pädophilie; n= 2.178)	33
Tabelle 6: Kreuztabelle der pädophilen Patienten nach Missbrauchserfahrungen in der Kindheit x Deliktbelastung (n= 51)	34

HINWEISE ZUR FORM

Hinweis zu geschlechtergerechter Sprache

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Fachpublikation in der Regel das generische Maskulinum als geschlechtsneutrale Form verwendet. Dies impliziert immer beide Formen, schließt also die weibliche Form mit ein. Da die untersuchten Stichproben ausschließlich aus Männern bestanden, wurde in diesen Fällen auf das Ausschreiben beider Genera verzichtet.

Hinweis zur Wiedergabe der Schriften in Kapitel II und III

In der vorliegenden Arbeit wurden die einzelnen Schriften in derjenigen Form wiedergegeben, in der sie den wissenschaftlichen Zeitschriften zugegangen bzw. von diesen bereits publiziert worden sind.

KURZZUSAMMENFASSUNG

Die Folgen sexuellen Missbrauchs sind in der Literatur vielfach beschrieben: Erfahrungen von Missbrauch hinterlassen bei den Betroffenen tiefgreifende Spuren und führen bei den Opfern häufig zu psychischen und physischen Folgen, die sie ein Leben lang beeinträchtigen [1-4]. Durch das anhaltend hohe Vorkommen sexueller Gewalt an Kindern [5-8] und die steigenden Fälle an Konsum von Missbrauchsabbildungen [9], dessen Dunkelziffer als vielfach höher geschätzt wird, rücken auch die Täter pädosexueller Übergriffe verstärkt in den Fokus. Ziel ist dabei eine bessere therapeutische Versorgung von Patienten mit pädophiler Neigung zur Prävention potentieller sexueller Übergriffe an Kindern und Jugendlichen. Als ein hauptsächlicher Risikofaktor für sexuelle Übergriffe gelten dabei paraphile Interessen sowie der Konsum von Missbrauchsabbildungen [3, 10-12]. Hinsichtlich paraphiler Interessen wird die Prävalenz einer pädophilen Neigung innerhalb der deutschen männlichen Bevölkerung auf ca. 1% geschätzt [13]. Angesichts weiterer notwendiger Präventionsangebote wurde 2015 die Mainzer Präventionsambulanz als ein Standort des deutschlandweiten Netzwerks des Projekts „Kein Täter werden - Lieben Sie Kinder mehr als Ihnen lieb ist (Projekt Dunkelfeld)“ an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, implementiert. Dieses Angebot bietet für Teilnehmer eine anonyme, kostenfreie Beratung und Behandlung [14, 15]. Die Therapie ist gruppenbasiert und fußt auf den drei Säulen Psychotherapie, Sexualmedizin und Pharmakotherapie [16].

Im Kontext der vorliegenden Arbeit werden Daten der Mainzer Präventionsambulanz ausgewertet. Ziel ist es, auf dieser Grundlage das Krankheitsbild der Pädophilie klinisch zu charakterisieren und über klinisch-therapeutische Schlussfolgerungen die notwendige therapeutische Versorgung dieser Patientengruppe zu erweitern (Studie 1). Darüber hinaus wird der Einfluss von Kindheitsbelastungen bei Menschen mit Pädophilie bzw. Konsum von Missbrauchsabbildungen analysiert (siehe Studie 2) und untersucht, inwiefern sich Unterschiede hinsichtlich der sexuellen Präferenz oder des Deliktstatus aufzeigen lassen. Zentral in Studien 2 ist der Einbezug verschiedener Vergleichsgruppen, um ein differenziertes Bild auf dieses spezifische Krankheitsbild zu entwickeln.

Es wurden Daten von bis zu N= 101 der Stichprobe pädophiler, männlicher Patienten, welche die Präventionsambulanz kontaktierten, in die Studien 1 und 2 (Kapitel II, II) einbezogen (Stichprobengröße abhängig vom Erhebungszeitraum). Zur differenzierten Analyse wurde eine repräsentative Stichprobe der deutschen, männlichen Bevölkerung (N= 1002) und ambulanter Psychotherapiepatienten (N= 1127), entgegengestellt (Vgl Kapitel III).

Im Rahmen der Charakterisierung der Inanspruchnehmer der Präventionsambulanz konnte ermittelt werden, dass weniger als die Hälfte der kontaktaufnehmenden Personen (N= 276) zu einem Erstgespräch erschienen (N= 92). Häufigster Kontak Anlass war Angst vor Kontrollverlust sowie ein laufendes Strafverfahren. Meist wurde ein gemischtes Störungsbild mit pädo-, hebe-, teleiophilen (kindliches, präpubertäres, erwachsenes Körperschema) Präferenzanteilen im Rahmen der Sexualanamnese diagnostiziert. Ein erheblicher Anteil litt unter komorbiden psychischen Störungen (siehe Studie 1, Kapitel II). Die Charakterisierung der erinnerten Missbrauchserfahrungen der Patientengruppe zeigte signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (Patienten mit Pädophilie, ambulante Psychotherapiepatienten, Allgemeinbevölkerung). Patienten mit Pädophilie berichteten die meisten Kindheitsbelastungen (emotionaler, physischer, sexueller Missbrauch sowie physische und emotionale Vernachlässigung) und Psychotherapiepatienten zeigten mehr Belastungen als die Allgemeinbevölkerung (siehe Studie 2, Kapitel III).

Limitierend sind zunächst Aspekte der Datenerhebung zu benennen: Die Datenerhebung bei den Patienten mit Pädophilie wurde möglicherweise durch eine reduzierte Offenbarungsbereitschaft und große Stigmatisierungsängste im Erstgespräch eingeschränkt. Ferner sollten in der weiterführenden Forschung die Gruppen von Tätern und Nicht-Tätern differenziert untersucht werden [17], was aufgrund der kleinen Stichprobe bei der Untersuchungsgruppe der pädo-philien Patienten nicht möglich war. In den Vergleichsstichproben (Allgemeinbevölkerung, psychosomatische Patienten) wurde keine Sexualanamnese erhoben, sodass eine Diagnose der Pädophilie Diagnose nicht auszuschließen ist. Bezüglich der verwendeten Messinstrumente, weist das verwendete Fragebogeninventar eine diagnostische Stärke auf, gleichzeitsollte kritisch der Einfluss eines möglichen Recall Bias bedacht werden [18].

Insgesamt ist die Entwicklung der Pädophilie sicherlich multifaktoriell zu verstehen. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen aversiver Kindheitserfahrungen und einer pädo-philien Neigung besteht (siehe Studie 2, Kapitel III). Weiterhin wird diskutiert, dass eine Berücksichtigung möglicher suchtartiger Entwicklungen und suchtartigen Verhaltens notwendig ist. Hiervon ausgehend vermuten wir bei Patienten mit Pädophilie starke Defizite in der Affekt- und Selbstwahrnehmung, welche zu Schwierigkeiten im Umgang mit eigenen Affekten sowie zu interpersonellen Problemen führen und möglicherweise einen innerpsychischen Rückzug bedingen. Ähnlich konzeptualisieren Berry und Berry [19] das Krankheitsbild der Onlinesex-Sucht und stellen erste Therapieansätze vor. Vor dem Hintergrund könnte ein umfassendes Verständnis über die Zusammenhänge von aversiven Kindheitserfahrungen, der Verarbeitung von Affektzuständen und der Entwicklung pädo-philier Neigungen auch die psychotherapeutische

Versorgung dieser Patienten verbessern. Die beschriebenen Erkenntnisse sollten in weiteren Studien mit größeren Stichproben überprüft werden und darüber hinaus für eine elaboriertere Konzeptualisierung des Krankheitsbildes mit dem Ziel der Weiterentwicklung des Behandlungsangebots genutzt werden.

*„Das ist so ein Kreislauf: Es fehlt einem was, man fühlt sich schlecht, fühlt sich wertlos, und dann sucht man sich sein Ventil, obwohl man weiß, danach geht es einem noch schlechter.“
(Christian, „Kein Täter werden“-Teilnehmer“ [20])*

KAPITEL I: ALLGEMEINE EINLEITUNG

1. Relevanz des Forschungsthemas

Umfassende europaweite Analysen der World Health Organisation weisen darauf hin, dass ca. 9,6% aller Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren Opfer sexueller Gewalt werden (13,4% Mädchen; 9,6% Jungen; [5, 21]). Ähnliche Ergebnisse berichten Stoltenborgh und Kollegen [8] Für Deutschland zeigt eine repräsentative Studie in der Gesamtbevölkerung, dass ein Anteil von 7,6% Opfer mittlerer bis schwerer sexueller Gewalt werden [22]. Unterschiede regionaler Ergebnisse oder sozioökonomischer Einflüsse sind bisher nicht gänzlich geklärt, können aber Erklärungshinweise geben [23]. Darüber hinaus sind Unterschiede zu einem gewissen Grad auf unterschiedliche Definitionen und methodologisches Vorgehen zurückzuführen [23]. Die höhere Prävalenz weiblicher Opfer ist weithin berichtet [5, 6, 8]. Es wird vermutet, dass auch methodische Probleme in der Konzeptualisierung insofern zu dieser Differenz beitragen könnten, als dass die jeweilige Definition von sexuellem Missbrauch die Erfahrungen von Männern nicht erfassen [24]. Weiterhin könnten gesellschaftliche Normen und Geschlechterstereotypen dazu führen, dass Männer ihre Erfahrungen aus Angst vor Etikettierung oder Scham nicht mitteilen und dies zu einer Unterschätzung der Prävalenz führt [25].

Die Folgen sexuellen Missbrauchs sind tiefgreifend und können die Opfer ihr Leben lang durch psychische und physische Beschwerden beeinträchtigen [1-4]. Das Erleben sexuellen Missbrauchs ist als ein Risikofaktor für eine Vielzahl psychopathologischer Erkrankungen und Symptome wie u.a. affektive Störungen, Angsterkrankungen, selbstverletzendes Verhalten oder Posttraumatische Belastungsstörungen anzusehen [26, 27]. Weiterhin zeigt sich, dass Personen mit einer Erfahrung sexuellen Missbrauchs in der Kindheit häufiger psychologische, partnerschaftliche sowie sexuelle Probleme berichten [28]. Im Hinblick auf physische Folgen wird u.a. auf spätere kardiopulmonale und gynäkologische Erkrankungen, funktionelle Magen-Darm-Erkrankungen sowie chronische Schmerzen hingewiesen [29-31]. Weiterhin zeigt sich, dass Personen mit einer Erfahrung sexuellen Missbrauchs in der Kindheit häufiger psychologische, partnerschaftliche sowie sexuelle Probleme berichten [28].

Paraphile Interessen und Konsum von Missbrauchsabbildungen gelten als ein Hauptrisikofaktor für sexuelle Übergriffe [3, 10-12]. In einer deutschlandweiten Befragung

gaben ca. 5,5% der männlichen Teilnehmer sexuelle Fantasien mit Kindern an (< 12 Jahre) an. 3,2% aller Teilnehmer berichteten von sexuellen Handlungen, in denen Kinder involviert waren (z.B. Küssen), 1,7% hatte missbräuchliche Abbildungen von Kindern konsumiert und 0,8% gab sexuelle Übergriffe an Kindern an [32]. Aktuelle Daten einer Befragung in der männlichen, deutschen Population schätzen die Prävalenz der Diagnose Pädophilie auf ca. 1% (range: 0,04-5%; [13]).

Es wird davon ausgegangen, dass bei pädophilen Tätern Fantasien und Vorstellungen jedem sexuellen Übergriff auf Kinder vorausgehen. Meist liegen zwischen den ersten Fantasien und dem realen sexuellen Übergriff längere Zeiträume, die bis zu Jahren dauern können [33].

Nach aktuellen Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik [34] wurden im Jahr 2018 insgesamt 12.321 Fälle sexuellen Missbrauchs an Kindern angezeigt. Im selben Jahr wurden 7.449 Fälle von Besitz und Verbreitung kinderpornografischer Abbildungen zur Anzeige gebracht. Die Zahl nicht zur Anzeige gebrachter Fälle wird jedoch um ein Vielfaches höher eingeschätzt [33, 35]. Auf Basis dieser Zahlen und Schätzungen, die von einem erheblichen Anteil von Taten im Dunkelfeld ausgehen, ist anzunehmen, dass ein Großteil der Täter keine therapeutische Versorgung in Anspruch nimmt, jedoch gerade von dieser jedoch profitieren könnte (siehe auch Kapitel II).

2. Forschungsinitiative: Das Präventionsprojekt „Kein Täter werden“

Vor diesem Hintergrund wurde 2015 die Mainzer Präventionsambulanz als elfter Standort des deutschlandweiten Präventionsnetzwerks „Kein Täter werden – Lieben Sie Kinder mehr als Ihnen lieb ist?“ (www.kein-taeter-werden.de; Projekt Dunkelfeld) an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, implementiert. Ziel ist es, die Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder durch ein therapeutisches Angebot [14, 15] zu verhindern. Dieses Angebot ist für Teilnehmer kostenfrei und bietet anonyme Beratung und Behandlung. Das Erstgespräch dient der umfassenden Sexualanamnese zur Exploration der sexuellen Präferenz. Die Klassifizierung des präferierten Körperschemas orientiert sich an den Tanner-Stadien. Diese beschreiben die physische Entwicklung des Menschen (Ausreifeung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale) und ermöglichen die Einteilung entsprechend des präferierten Körperschemas als pädophil (vorpupertär), hebephil (pubertär) oder teleiophil (erwachsenes Körperschema; [36, 37]).

Fragen zur Diagnose Pädophilie orientieren sich an den Kriterien des DSM-IV. Die selbst berichtete Deliktbelastung (keine als pädophil einzuordnenden Taten, Konsum von Missbrauchsmaterial, sexuelle Übergriffe) sowie Strafverfolgungen (Hell- oder Dunkelfeld)

werden erfasst. Einbezogen werden Personen, die bisher nicht übergriffig geworden sind, aber fürchten, sie könnten einen Übergriff begehen, sowie Personen, die bereits pädosexuelle Übergriffe begangen haben und entweder den Strafverfolgungsbehörden nicht bekannt sind oder ihre Strafe verbüßt haben. Ausgeschlossen werden Personen, die unter Bewährung stehen oder Therapieauflagen zu erfüllen haben. Personen, die am Therapieprogramm teilnehmen möchten, müssen motiviert sein und hinsichtlich ihrer auf Kinder gerichteten sexuellen Impulse über ein Problembewusstsein verfügen [16]. Die Therapie ist gruppenbasiert und fußt auf den drei Säulen Psychotherapie, Sexualmedizin und Pharmakotherapie [16].

Die Dissertation wurde im Rahmen des Präventionsprojekts „Kein Täter werden – Lieben Sie Kinder mehr als Ihnen lieb ist?“ am Mainzer Standort verfasst. Ziel der vorliegenden Dissertation ist es, ein vertiefendes Verständnis über das Krankheitsbild Pädophilie in Hinblick auf spezifische Charakteristika bezüglich der Inanspruchnahmen sowie der Ätiologie (Kindheitsbelastungen) zu entwickeln.

3. Störungen der sexuellen Präferenz

Entsprechend dem sexualmedizinischen Modell organisiert sich die menschliche Sexualität auf drei Achsen, drei Formen und nach drei Ebenen [38, 39]. Die drei Achsen umfassen die sexuelle Präferenz für 1) ein Geschlecht (männlich, weiblich, beide Geschlechter), 2) ein entwicklungsbezogenes Körperschema (prä-, früh-, spät- oder nachpubertär) sowie 3) die sexuellen Neigungen (z.B. Aspekte des bevorzugten Partners und/oder Modi der sexuellen Interaktion). Drei Formen sexuellen Verhaltens beziehen sich auf genital-penetrative, genital-nicht penetrative und nicht genitale Interaktion sowie Masturbation.

Diese Merkmale der sexuellen Präferenz sind über die drei Ebenen das Verhalten, die Sexualephantasien sowie das individuelle Selbstkonzept explorierbar. Da das Selbstkonzept und Verhalten sich an gesellschaftlichen Werten orientieren, können diese von den Sexualephantasien abweichen [38].

Es wird davon ausgegangen, dass sich die sexuelle Präferenz mit Beginn der Pubertät bzw. kurz vorher unter Einfluss von Geschlechtshormonen sowie unter Einfluss weiterer bio-psycho-sozialer Faktoren manifestiert und ab der Mitte der zweiten Dekade des Lebensalters stabilisiert [40]. Bisher liegen wenig Daten zu einer Veränderung der Sexualpräferenz vor, jedoch gehen einige Autoren von einer weitgehenden Stabilität der sexuellen Präferenz aus [41, 42], während andere Autoren zumindest in Einzelfällen auf eine Veränderbarkeit der pädophilen Neigung hinweisen [43].

3.1 Klinisches Bild der Pädophilie

Sexualmedizinisch wird das Krankheitsbild der Pädophilie unter den sexuellen Präferenzstörungen bzw. den Paraphilien klassifiziert [44-46].

Die Klassifizierung des präferierten Körperschemas hat dabei eine hohe Relevanz und orientiert sich dabei an den Entwicklungsstadien des Körpers, die durch die ausgereiften sekundären Geschlechtsmerkmale eines Erwachsenen gekennzeichnet sind [47, 48]. Eine sexuelle Präferenz für das erwachsene, voll entwickelte Körperschema wird als teleiophile Sexualpräferenz bezeichnet [38]. Die sexuelle Ansprechbarkeit für das nicht oder nicht vollständig entwickelte körperliche Entwicklungsalter wird als „Pädophilie“ bezeichnet, was auf die initiale Bezeichnung von Krafft-Ebing [49] zurückzuführen ist (aus dem Griechischen für „pais“ – „das Kind“). Von der pädophilen Sexualpräferenz wird die Präferenz für das frühpubertäre Körperschema, welches vom Übergang zwischen dem kindlichen und dem erwachsenen Schema geprägt ist, abgegrenzt und als „Hebephilie“ bezeichnet [47, 48]. Häufig zeigen sich in der Sexualfantasie verschiedene, parallel vorhandene präferierte Körperschemata [38].

Gemäß des Klassifikationssystems psychischer Erkrankungen DSM-5 [44] ist Pädophilie charakterisiert als ein mindestens sechs Monate anhaltender Zustand mit wiederkehrenden, intensiven sexuellen Fantasien, sexuellem Drang oder sexuellem Verhalten, das vorpubertäre Kinder (meist 13 Jahre oder jünger) einschließt. Das DSM-5 klassifiziert eine sexuelle Präferenz für das vorpubertäre Körperschema, also die „Hebephilie“, als „sonstige Störungen der Sexualpräferenz“, während die ICD-10 [46] die Diagnose explizit als sexuelle Präferenz für pubertäre Minderjährige in das Konzept der Pädophilie aufgenommen hat [38]. In der aktuellen Version der ICD-11 hingegen umfasst die Definition des Krankheitsbilds nur vorpubertäre Kinder [45, 46]. Die Diagnose einer pädophilen Störung kann sowohl im DSM-5 als auch in der ICD-11 nur dann gestellt werden, wenn die Person nach diesem Drang gehandelt hat oder der sexuelle Drang oder die Fantasie zu anhaltendem Distress oder interpersonellen Schwierigkeiten führt [44]. Hiermit soll einer Pathologisierung vorgebeugt werden. Um dennoch eine Erfassung der Präferenzbesonderheit zu ermöglichen, ist zwischen „paraphiler Störung“ und „Paraphilie“ zu unterscheiden [50]. Die Diagnosekriterien für die ICD-10 und das DSM-5 sind jeweils in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Internationale Klassifikation für die Diagnose einer pädophilen Sexualpräferenz [44, 46]

ICD-10	DSM-5
<p>Wiederholt auftretende intensive sexuelle Impulse (dranghaftes Verlangen) und Fantasien, die sich auf Kinder, Jungen oder Mädchen oder Kinder beiderlei Geschlechts beziehen, die sich meist in der Vorpubertät oder in einem frühen Stadium der Pubertät befinden.</p> <p>Person handelt entsprechend den Impulsen oder fühlt sich durch sie deutlich beeinträchtigt.</p> <p>Präferenz besteht seit mindestens sechs Monaten.</p> <p>Die Betroffenen sind mindestens 16 Jahre alt und mindestens fünf Jahre älter als das Kind oder die Kinder.</p>	<p>Wiederkehrend intensive sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sich auf vorpubertäre Kinder beziehen (i.A. 13 Jahre oder jünger).</p> <p>Fremdgefährdung und/oder Leiden und zwischenmenschliche Schwierigkeiten.</p> <p>Fantasien, Impulse, Verhalten mindestens sechs Monate.</p> <p>Das Individuum ist mindestens 16 Jahre alt und mindestens fünf Jahre älter als das Kind oder die Kinder.</p>

Solche, auf Basis einer pädophilen Präferenzstruktur begangenen tatsächlichen sexuellen Kontakte mit Kindern werden als pädosexuelle Handlungen bezeichnet. Sexualdiagnostisch sind sie der Kategorie „Sexuelle Verhaltensstörung“, die auch als Dissexualität bezeichnet wird, zuzuordnen [51]. Die Prävalenz der Pädophilie wird nach ersten Untersuchungen auf ca. 1% in der männlichen Bevölkerung in Deutschland geschätzt [52]. Nach derzeitigem Kenntnisstand wird von einer Unveränderbarkeit der sexuellen Präferenzstruktur ausgegangen, die sich im Zuge der Pubertät konfiguriert und ein Leben lang bestehen bleibt [33].

Sexuelle Übergriffe auf Kinder können, neben nicht kontrollierten pädophilen Impulsen, auch durch Täter erfolgen, die zwar erwachsene Personen als Sexualpartner bevorzugen, jedoch entsprechende Sexualkontakte aus diversen Gründen (z.B. Intelligenzminderung, Suchtproblematik, antisoziale Persönlichkeitsstörung) nicht realisieren können [16]. Kommt es zu solchen sexuellen Übergriffen an Kindern durch nicht-pädophile Täter wird von

„Ersatzhandlungen“ gesprochen [16, 39]. Beier und Kollegen [16] weisen auf die Notwendigkeit hin, im sexualdiagnostischen Prozess zwischen der Diagnose Pädophilie und sexuellen Ersatzhandlungen sauber zu differenzieren. In Untersuchungen zu sexuellem Kindesmissbrauch schwankt der Anteil als pädophil diagnostizierter Täter zwischen 30% und 70% [53-55].

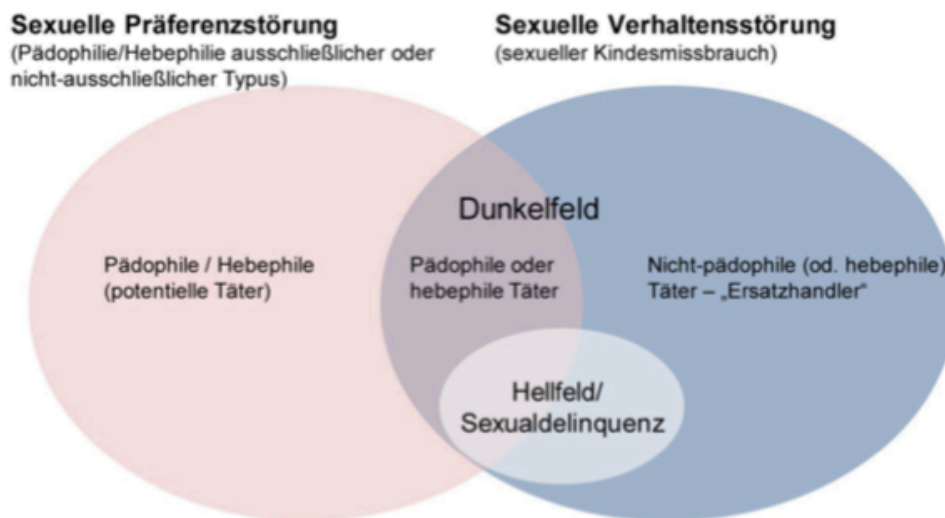


Abbildung 1: Zusammenhang zwischen sexueller Präferenz und sexuellem Kindesmissbrauch nach Beier et al. [56]

Bei sexuellen Übergriffen innerhalb der Familie fokussieren Erklärungsansätze die Familiendynamik und weisen auf gestörte familiäre Beziehungsstrukturen hin, bei denen das Opfer beispielsweise als Partnerersatz fungiert [57]. Meist haben intrafamiliäre Täter jüngere Opfer und handeln über einen längeren Zeitraum [57]. Häufig haben die späteren Täter selber sexuellen oder emotionalen Missbrauch in der Kindheit erfahren [57]. Während protektive Faktoren durch eine unterstützende Familienatmosphäre bei der Bewältigung von Traumata helfen können [58], fehlen eben diese Faktoren bei innerfamiliären Übergriffen. Bei den Opfern führt dies meist zu massiven, psychiatrischen und psychosomatischen Langzeitfolgen [59]. Bei 17-jährigen Mädchen liegt die Lebenszeitprävalenz bei 5,6% jemals einen innerfamiliären Übergriff zu erleben, bei 17-jährigen Jungen unter 1% [7].

Bisher gibt es noch wenig klinische Informationen über Patienten mit Pädophilie. Einige Studien weisen auf hohe Raten an Komorbiditäten (v.a. depressive Störungen, Substanzabhängigkeiten, Persönlichkeitsstörungen) bei Patienten mit pädophiler Präferenzstörung hin [17, 60, 61], was auf eine hohe Belastung der Betroffenen hindeutet (siehe auch Kapitel II).

3.2 Psychoanalytische Theorien der Perversion

In der psychoanalytischen Literatur hat sich der Begriff der „Perversion“ durchgesetzt, der sich von dem in den gegenwärtigen internationalen Klassifikationssystemen verwendeten Begriff der „Paraphilie“ unterscheidet. Sigusch weist auf eine mögliche Verharmlosung durch den Begriff der „Paraphilie“ hin, da es bei „Perversionen“ um „Risiken und Katastrophen und nicht selten um Leben und Tod“ handle [62]. Zur Erläuterung des psychoanalytischen Verständnisses sexuell-devianten Verhaltens soll im Folgenden der Begriff „Perversion“ verwendet werden, um eine einheitliche Terminologie beizubehalten.

Das psychoanalytische Verständnis von Perversionen hat sich in den vergangenen Jahren stetig verändert. Als Grundlage des psychoanalytischen Verständnisses von Paraphilien sind Freuds Hypothesen essentiell [63]. Sexuelle Abweichung entstehe sowohl aufgrund biologischen als auch aus zwischenmenschlichen Faktoren, wobei er sich im Folgenden ausschließlich auf letztere Faktoren bezieht und seine Erforschungen an die neurotischen Symptome anlehnt und von einer Versagung von Triebwünschen ausgeht. Er unterscheidet „Abweichungen hinsichtlich des Sexualobjekts“ und „Abweichungen hinsichtlich des Sexualziels“. Im ersten Kapitel erwähnt er in diesem Kontext die „Inversion“ sowie „sexuell unreife Personen und Tiere als Sexualobjekt“ [63]. Freud vermutet, dass Kinder oder Tiere dann als eine Art „Substitut“ verwendet werden, wenn eine Person sich aus Angst nicht einem adäquaten Partner zuwenden kann oder impotent geworden ist [63]. Wobei diese Abweichungen selten auftreten würden. In einer späteren Arbeit beschreibt Freud, mit der paraphilen Neigung könne der Betroffene durch Spaltung und Verleugnung in einem Bereich psychotisch handeln, in einem anderen realitätsangepasst; ähnlich dem Psychotiker, der die Realität verleugne und durch Wahn ersetze [64].

Stoller [65] hebt die Bedeutung der Fantasien in den Fokus und beschreibt Perversion als eine in die Tat umgesetzte Fantasie. Im Zentrum der Fantasien stehen die Feindseligkeit und Rache, die ein infantiles Trauma in Triumph umwandle (siehe Kapitel IV). Hieran anknüpfend kann die perverse Handlung als ein Versuch verstanden werden, die Realität zu zerstören, die eine Begrenzung durch sexuelle sowie Generationsunterschiede bedeuteten würde und nicht ausgehalten werden kann [66].

Nach Morgenthaler [67] fungiert paraphiles Verhalten als eine „Plombe“ zum Verschließen einer inneren, strukturellen Lücke und dient somit der innerpsychischen Stabilisierung. Er versteht die sexuelle Perversion als einen spannungsgeladenen Widerspruch, welcher aus der Organisation zweier verschieden organisierter Wirklichkeiten entspringt [67, 68]. Morgenthaler [67] betont die Bedeutung der frühen psychischen Entwicklung durch

Zuwendung einer empathischen Mutter. Insbesondere müsse es gelingen, dass die frühe subjektive Wirklichkeit der präödipalen Entwicklung mit der symbiotischen, dyadischen Beziehung zur Mutter und die spätere, objektive Wirklichkeit nach der Separation miteinander in Kontakt seien. Misslinge dieser Prozess der Separation mit der inneren Auseinandersetzung von Selbst und Objekt, entstehe eine Kluft zwischen den Wirklichkeiten und ein innerer Widerspruch zwischen dem Selbstanteil mit subjektiv-illusionärem Realitätsbezug und dem in der objektiven Realität verwurzelten Selbstanteil. Das Kind verbleibe zu lange in einer Welt des Scheins und der Illusion. Die Perversion definiert er dabei als Überbrückungsstruktur für diese Kluft, welche wie eine Art Plombe die Lücke zwischen den Selbstanteilen schließt [67, 68].

DeMasi wendet sich spezifischer der Pädophilie als Perversion zu. Er vermutet die Wurzeln der pädophilen Präferenz in der frühen Kindheit, in welcher die später pädophile Person mit wenig Halt, depriviert und kontaktlos aufgewachsen ist [69]. Eine fantasierte, sexualisierte Welt fungiert vor diesem Hintergrund als eine Art Fluchtort. Das Eintreten in die Erwachsenenwelt geht mit einer Desillusionierung einher und verursacht einen Widerwillen gegen das Heranwachsen. DeMasi [69] nimmt an, dass sich hieraus ein Seelenzustand entwickelt, der einem psychischen Rückzug gleicht und die Entwicklung einer pädophilen Neigung aufrechterhalten könnte (siehe auch Kapitel III).

4. Sexuelle Handlungen im Internet

Seit der Existenz des Internets ist das Medium auch zunehmend mit Sexualität und sexueller Befriedigung verbunden. Das Internet bietet eine Vielzahl an Möglichkeiten, alle Arten sexuellen Materials oder sexueller Wünsche zu konsumieren, zu verteilen oder zu vermitteln. Gefördert wird diese Entwicklung durch die ständige Verfügbarkeit und Zugänglichkeit sowie durch Bezahlbarkeit und vor allem durch die Anonymität. Wie eine Vielzahl internetbasierter Umfragen zeigt, sind sexuelle Aktivitäten im Internet weit verbreitet und werden von einem erheblichen Anteil genutzt. In einer repräsentativen Umfrage der Bevölkerung [70] gaben männliche Nutzer über viermal so häufig die Nutzung von Onlinesex-Aktivitäten an (21,5%), wie Frauen (4,7%). Junge Männer (unter 34 Jahren), waren die häufigsten Nutzer. Der Konsum solcher sexuellen Inhalte nimmt zum Teil ein starkes Ausmaß an und zunehmend suchen Personen mit ausgeprägtem Konsum von online verfügbaren sexuellen Inhalten therapeutische Hilfe. In einer schwedischen Internetstichprobe [71]; N=1.913 berichteten 5% der Frauen (2% schwere) Probleme hinsichtlich ihres Onlinesex-Konsums (Kontrollverlust, Dysphorie, Abhängigkeit) und 13% der Männer (5% schwere).

5. Missbrauchsabbildungen im Internet

Einhergehend mit der vermehrten Nutzung von Onlinesex-Materialien, steigt auch die Sorge um den Konsum und die Verbreitung von Bildern und Videos sexuellen Kindesmissbrauchs. Verharmlosend werden diese Materialien oft als "Kinder-Pornografie" bezeichnet. Gemäß des terminologischen Leitfadens für den Schutz von Kindern vor sexueller Ausbeutung und sexualisierter Gewalt („Terminology Guidelines for the Protection of Children from Sexual Exploitation and Sexual Abuse“; [72]) wird bzw. soll der Begriff "Missbrauchsabbildungen" vermehrt verwendet werden, um den Begriff "Kinder-Pornografie" zu ersetzen. Der Begriff der Pornografie beschreibt Materialien, die einvernehmliche sexuelle Handlungen von Erwachsenen darstellen und legal verteilt werden. Im Gegensatz dazu, stellt sexuelles Material, welches eine Sexualisierung von Kindern darstellt oder Missbrauchshandlungen impliziert, eine Form von sexuellem Kindesmissbrauch dar und sollte daher nicht als "Pornografie" bezeichnet werden. In einer repräsentativen Stichprobe junger Männer (17-20 Jahre) in Schweden gaben 4,2% an, schon einmal Missbrauchsmaterialien konsumiert zu haben [73]. 2017 bearbeitete die Internet Watch Foundation [74], welche die Verfügbarkeit von Missbrauchsabbildungen im Internet überwacht und minimiert, 132 636 Anzeigen, was einen Anstieg von 26% gegenüber 2016 (105 420) entspricht. Insgesamt wurden 80 319 Anzeigen bestätigt. 3000 Domains verfügten über Missbrauchsabbildungen von Kindern (ein Anstieg von 57% im Vergleich zu 2016; Internet Watch Foundation, 2017 [74]; Zugriff am 6. Juni 2020).

Es konnten signifikante Zusammenhänge zwischen dem Konsum von Missbrauchsmaterialien und antisozialem Verhalten, dem Konsum atypischer pornografischer Materialien, der Haltung der peer group zu sexuellen Handlungen mit Kindern sowie der eigenen sexuellen Entwicklung ermittelt werden [73]. Gemäß des aktuellen Forschungsstands fühlen sich Menschen von dem pornografischem Material sexuell angezogen, welches den individuellen sexuellen Fantasien entspricht [75]. Für Personen mit einer pädophilen Neigung besteht für die Nutzung kinderpornografischer Abbildungen (Sammeln, Herunterladen usw.) folglich ein erhöhtes Risiko [76, 77]. Dennoch ist nicht ohne weiteres bei Nutzern dieser Materialien von einer pädophilen Neigung auszugehen, dies verdeutlicht die Differenzierung in pädophile Täter und Täter anderer motivationaler Hintergründe (siehe Abbildung 2). Der vermeintlich geschützte, anonyme Raum des Internets und die „spielhafte“ Natur der Online-Welt hat möglicherweise einen enthemmenden Effekt für Nutzer dieser Materialien [78] und ist in einigen Fällen auch auf Neugierverhalten, Sensationssuche oder diverse psychische Probleme zurückzuführen [75]. Verstärkt wird diese Entwicklung möglicherweise durch eine gewisse „Normalisierung“ und „Versachlichung“ dieser Abbildungen als eine Art Sammelware. Beim Surfen im Internet

nach neuem und aufregenderen Bild- und Video-Materialien steigt die Wahrscheinlichkeit auf illegales Material zu stoßen. In einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung gaben 10,5% der Männer und 3,1% der Frauen an, im Internet illegalem pornografischen Materialien begegnet zu sein [79].

In einer Meta-Analyse [80] wurden Unterschiede zwischen Online- und Offline-Täter pädosexueller Übergriffe untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass Online-Täter häufiger ein größeres Einfühlungsvermögen in die Opfer haben, größere sexuell deviante Interessen und eine geringere Selbstdarstellung/Impression Management als Offline-Täter zeigten. Sowohl Online- als auch Offline-Täter berichteten höhere Raten von körperlichem und sexuellem Missbrauch in der Kindheit als die allgemeine Bevölkerung (siehe Studie 3, Kapitel IV). Vermutlich verfügen Täter durch Konsum von Missbrauchsabbildungen im Vergleich zu Tätern in der realen (offline) Welt über eine größere Selbstkontrolle.

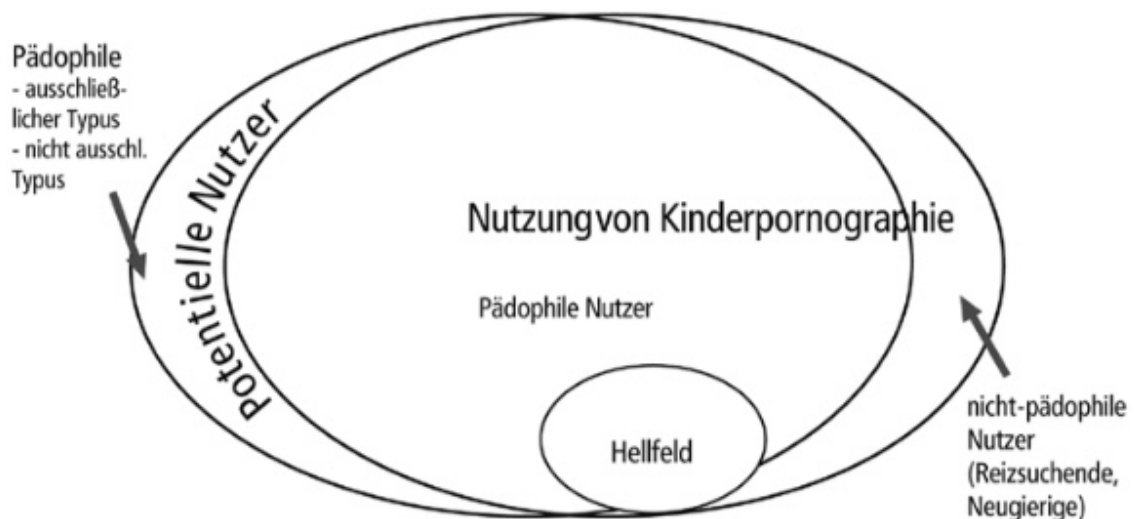


Abbildung 2: Darstellung des Zusammenhangs zwischen Tätern mit Pädophilie und der Nutzung von Missbrauchsmaterialien („Kinderpornographie“) nach Beier & Neutze [75].

6. Missbrauchserfahrungen im Kindesalter

Missbrauchserfahrungen in der Kindheit sind in der deutschen Allgemeinbevölkerung weitverbreitet [6, 81] und Ergebnisse aus internationalen Studien zeigen, dass es sich um ein globales Phänomen handelt, das einen großen Anteil an Kindern betrifft und beeinträchtigt [5, 8]. Vielfach finden sich in diesem Kontext Untersuchungen zur Prävalenz sexuellen Kindesmissbrauchs (u.a. [7, 24, 82]).

6.1. Begriffsbestimmung

Das US Center for Disease Control and Prevention [83] definiert Kindesmisshandlung als „jegliche Handlung oder Reihe von Handlungen oder Vernachlässigung von einem Elternteil oder anderen Fürsorgepersonen, welche in Schaden, potentiell Schaden oder Androhung eines Schadens für ein Kind münden“ (S.11). Körperlicher Missbrauch ist gekennzeichnet durch zielgerichtete physische Gewalt gegen ein Kind, das in physischer Verletzung mündet oder potentiell dazu führen kann. Emotionaler Missbrauch beschreibt willentliches Verhalten der Fürsorgeperson, welches dem Kind vermittelt, dass es ungeliebt und wertlos ist. Sexueller Missbrauch ist definiert als vollständiger oder versuchter sexueller Kontakt oder Ausbeutung eines Kindes durch die Fürsorgeperson oder eine andere Person. Vernachlässigung stellt das Unterlassen oder Misslingen einer Fürsorgeperson dar, die basalen physischen, emotionalen, medizinischen oder schulischen Bedürfnisse eines Kindes zu erfüllen [83].

Stoltenborgh und Kollegen [8] fokussieren in einem Review die Erfassung von erinnerten Missbrauchserfahrungen (emotionaler, physischer, sexueller Missbrauch, emotionale und physische Vernachlässigung) in der Kindheit in einer Erwachsenenpopulation weltweit. In Deutschland wurde im Vergleich zu den drei weiteren Kategorien für emotionalen (29,2%) sowie physischen Missbrauch (22,9%) die höchsten Raten ermittelt. Frauen berichteten häufiger von sexuellem Missbrauch im Kindesalter (13,5%) als Männer (5,6%). Die Prävalenz von physischer Vernachlässigung lag bei 6,5%. Hinsichtlich emotionaler Vernachlässigung wurden keine Angaben gemacht. Das Review basiert auf einer Reihe von Meta-Analysen zur Prävalenz von Kindesmissbrauch. Die Daten basieren auf Selbstberichten sowie Fremdinformationen [8].

In der deutschen Gesamtbevölkerung berichtet ein Anteil von 2,3% jemals Opfer von schwerer sexueller Gewalt geworden zu sein [22]. Bei psychosomatischen Patienten gaben ca. 15% sexuelle Gewalt/sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend an [2, 84].

6.2. Folgen von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit

In der Forschungslandschaft wird vielfach auf das Risiko und die Folgen traumatischer Erlebnisse in der Kindheit hingewiesen. Traumatische Kindheitserfahrungen gelten als Risikofaktor für zahlreiche physische und psychische Erkrankungen sowie Verhaltensprobleme im Jugend- und Erwachsenenalter [85-87].

Sexueller Missbrauch stellt einen erheblichen Risikofaktor u.a. für Depressionen, Angsterkrankungen, Sucht sowie sexuelle Störungen dar [1-4]. Darüber hinaus zeigen sich

Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für kriminelles Verhalten sowie Paraphilien [88-90]. Vermutet wird, dass die frühen Traumata eine nachteilige Kindesentwicklung fördern und die Wahrscheinlichkeit für Defizite im sozialen Umgang sowie der allgemeinen und sexuellen Selbstregulation steigen lässt [86, 90]. Im Vergleich berichten Personen mit einer pädophilen Neigung häufiger (43,9%) von Missbrauchserfahrungen in ihrer Kindheit als gesunde Personen (13,4%; [91]). Vergleichsstudien von pädophilen Patienten und psychosomatisch-psychiatrischen Patienten liegen bisher nicht vor. Paraphile Interessen hingegen gelten als ein Hauptrisikofaktor für sexuelle Übergriffe und Konsum von Missbrauchsabbildungen [10-12, 92].

Während die Erfahrung emotionalen Missbrauchs als Risikofaktor für die Entwicklung von Paraphilien, einschließlich Pädophilie, identifiziert wurde, wurde sexueller Kindesmissbrauch als ein spezifischer Risikofaktor für eine pädophile Neigung ermittelt [89]. In einer jüngeren Studie unterscheiden Gerwin und Kollegen [17] pädophilen Personen mit (n= 83) und ohne begangenen sexuellen Kindesmissbrauch (n=79), Sexualstraftätern ohne Pädophilie (n=32) und einer Gruppe gesunder Kontrollpersonen (n=148). Missbrauchserfahrungen wurden häufiger von Personen mit Pädophilie sowie Tätern sexuellen Kindesmissbrauchs berichtet. Eigene Erfahrungen sexuellen Kindesmissbrauchs waren mit der Tendenz assoziiert selbst Täter sexuellen Kindesmissbrauchs zu werden, aber nicht mit einer pädophilen Neigung [17]. Nicht eingeschlossen wurde eine Vergleichsgruppe mit klinischen Patienten, was hilfreich sein könnte, um den Einfluss kindlicher Missbrauchserfahrungen auf die Entwicklung einer pädophilen Neigung besser zu verstehen.

Bei der Betrachtung der unterschiedlichen Formen von Kindheitsbelastungen zeigen sich Zusammenhänge zwischen körperlichem Missbrauch, sexuellem sowie emotionalem Missbrauch [89, 90] und pädo-sexuellen Übergriffen im Erwachsenenalter. Verschiedene Kindheitsbelastungen treten meist gemeinsam auf [93] und Täter mit sowohl Konsum von Missbrauchsabbildungen als auch sexuellen Übergriffen berichten am häufigsten von Kindheitsbelastungen [89].

7. Forschungsdefizit und Ziel der Forschungsarbeit

Ziel der Forschungsarbeiten war es zunächst einen Überblick über den derzeitigen Stand der Wissenschaft zum Krankheitsbild der Pädophilie zu geben und das Krankheitsbild klinisch zu charakterisieren. Klinisch-therapeutische Schlussfolgerungen und weitere Forschungsfragen zur therapeutischen Versorgung der Patienten in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Praxis werden diskutiert (Studie 1). In einem weiteren Schritt sollte

ermittelt werden, wie häufig und welche Art von Kindheitsbelastungen bei Menschen mit Pädophilie auftreten (Studie 2) und inwiefern sich Unterschiede hinsichtlich der sexuellen Präferenz oder des Deliktstatus aufzeigen lassen. Hierfür wurden verschiedene Vergleichsgruppen herangezogen, um ein differenziertes Bild auf dieses spezifische Krankheitsbild zu entwickeln. Weitere diagnostische Fragestellungen wie u.a. das Internetverhalten wurden ebenfalls einbezogen.

8. Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit

Studie 1

Das Ziel der ersten Veröffentlichung war es, die Lücke der bisher wenigen klinischen Informationen über Patienten mit Pädophilie, insbesondere hinsichtlich der Frage ihrer Therapiemotivation, zu schließen.

Anhand der bisherigen Teilnehmer der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin der JGU Mainz erfolgte eine umfassende Analyse, welche Stichprobe zu einem Erstgespräch in die Beratungsstelle des Präventionsprojekts kam und wie psychisch belastet die Inanspruchnehmer sind. Darüber hinaus wurde ermittelt, wer an dem Therapieangebot teilnimmt und ob die sexuelle Präferenz und die Deliktbelastung einen Einfluss auf die Teilnahme am diagnostischen und therapeutischen Angebot haben. Klinisch-therapeutische Schlussfolgerungen und weitere Forschungsfragen zur therapeutischen Versorgung der Patienten in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Praxis wurden diskutiert.

Studie 2

In der Forschungslandschaft wird vielfach auf das Risiko und die Folgen traumatischer Erlebnisse in der Kindheit hingewiesen. Traumatische Kindheitserfahrungen gelten als Risikofaktor für zahlreiche physische und psychische Erkrankungen sowie Verhaltensprobleme im Jugend- und Erwachsenenalter [85-87]. Es wurde vermutet, dass aversive Kindheitserfahrungen und -traumata die Wahrscheinlichkeit für eine defizitäre Entwicklung u.a. im sozialen Umgang sowie der allgemeinen und sexuellen Selbstregulation steigern lassen [86, 90]. Ziel der dritten Veröffentlichung war es zu ermitteln, wie häufig und welche Art von Kindheitsbelastungen bei Menschen mit Pädophilie auftreten, inwiefern sich Unterschiede in Bezug auf Kindheitsbelastungen bei unterschiedlicher Präferenz (pädo-, hebe-, teleiophil) zeigen sowie dem Deliktstatus (keine Taten, Missbrauchsabbildungen, sexuelle Übergriffe, beide Taten). Ferner wurde die Frage anvisiert, ob und wie sich Menschen mit Pädophilie von Patienten einer psychosomatischen Ambulanz und der Allgemeinbevölkerung in Hinblick auf die Kindheitsbelastungen unterscheiden.

Hypothese 1: Patienten mit pädophiler Neigung berichten mehr widrige Kindheitserfahrungen als Patienten der Vergleichspopulation, insbesondere in Bezug auf sexuellen Kindesmissbrauch

Hypothese 2: Pädophile Patienten mit begangenen sexuellen Übergriffen berichten mehr kindliche Missbrauchserfahrungen als Patienten ohne solche Taten.

9. Methodik

Klienten und Patienten wurden über die jeweiligen Ambulanzen der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz routinemäßig rekrutiert. Die Kontaktaufnahme erfolgte eigeninitiativ über die Klienten bzw. Patienten. Die Diagnosestellung sowie Datenerhebung erfolgten in der jeweiligen Ambulanz durch einen geschulten Psychologen bzw. Arzt. Alle Studienteilnehmer wurden im Vorhinein über das Forschungsvorhaben aufgeklärt und unterzeichneten anschließend eine Einverständniserklärung zur Auswertung der erhobenen Daten.

Die Stichprobe der Patienten mit pädophiler Neigung wurde in der Arbeit in drei Studien mit vier weiteren Stichproben verglichen.

9.1. Stichprobe

Die untersuchte Stichprobe der Patienten mit Pädophilie wurde über die Präventionsambulanz rekrutiert (Studie 1-3). Als Vergleichsstichprobe dienten vier Stichproben von psychosomatischen Patienten (Studie 2), Personen der repräsentativen Allgemeinbevölkerung (Studie 2), Patienten mit Online-Sexsucht (Studie 3) und Gamern (Studie 3).

Patienten mit Pädophilie

Die Klienten der Präventionsambulanz für Personen mit pädophiler Neigung kontaktierten die Ambulanz anonym via Email oder über eine speziell eingerichtete Hotline. Der Kontakt zur Präventionsambulanz konnte auf Wunsch anonym gehalten werden. Die Hotline wurde von sexualmedizinisch weitergebildeten Beratern/-innen betreut und bot einen ersten Kontakt zur Ambulanz für Informationen und Beratungstermine. Die Nummer der Hotline wurde auf der Homepage des Netzwerks „Kein Täter werden“ (www.kein-taeter-werden.de) veröffentlicht.

Von den insgesamt N= 276 kontaktaufnehmenden Personen war lediglich eine Person weiblich. Die Altersspanne betrug 17 bis 71 Jahre. Insgesamt nahmen N= 101 ein Erstgespräch in Anspruch. Zur Auswertung lagen abhängig vom Erhebungszeitraum Daten von N=101 und N= 92 Personen vor.

Psychosomatische Patienten

Patienten, die Kontakt zur psychosomatischen Ambulanz aufnahmen, bekamen ein diagnostisches Erstgespräch angeboten. Dieses umfasste eine standardisierte Diagnostik mit einer umfassenden Batterie von Testfragen zur Erhebung weiterer psychischer Beschwerden. Die Diagnostik erfolgte auf Basis eines ausführlichen, unstandardisierten klinischen Interviews.

Eingeschlossen wurden alle Patientendaten, die zwischen Juli 2010 und Dezember 2015 erhoben wurden. Insgesamt wurden N= 3.120 Patienten (1.454 männlich, 1.666 weiblich) im Alter zwischen 11 und 93 Jahren eingeschlossen. Die Stichprobe wurde anschließend zur Stichprobe der pädophilen Patienten hinsichtlich des Alters und des Geschlechts angeglichen (Altersspanne: 17-71 Jahre). Die finale Stichprobe umfasste n= 1.127 männliche Patienten.

Repräsentative Stichprobe der deutschen Bevölkerung

Daten der Allgemeinbevölkerung wurden über eine unabhängige Agentur spezialisiert auf Markt-, Meinungs- und Sozialforschung (USUMA, Unabhängiger Service für Umfragen, Methoden und Analysen; Berlin, Germany) von November bis Dezember 2009 gesammelt und basieren auf einer repräsentativen Umfrage der deutschen Bevölkerung (siehe auch 31). Das Stichprobenverfahren erfolgte in drei Schritten: 1) Stichprobenpunkte aus 258 Regionen, welche auf repräsentativen Daten basierten, 2) private Zielhaushalte innerhalb der Regionen der Stichprobenpunkte wurden mittels Zufallsverfahren ausgewählt, 3) Zielpersonen innerhalb der ausgewählten Haushalte wurden nach dem Kish-Selection-Grid ausgewählt.

Die Region, die Haushalte und die Zielpersonen wurden randomisiert/zufällig durch ein bestimmtes Zufallsverfahren ausgewählt. Diesem Verfahren folgend wurden 4.069 nicht-institutionalisierte Bürger aus allen deutschen Bundesländern ausgewählt. Insgesamt nahmen N= 2.520 Personen an der Datenerhebung teil (1.173 Männer, 1.331 Frauen). Personen im Alter von 14 bis 90 Jahre (M 50,64 , SD= 18,56) wurden eingeschlossen. Die Antwortrate lag bei 61,9%. Personen, die nach Aufklärung ihre Einverständniserklärung gaben, wurden zu einem face-to-face Interview mit einem geschulten Interviewer in ihrem Haus eingeladen und füllten selbstständig zusätzliche Fragebögen aus. Die Stichprobe wurde hinsichtlich Alter (Altersspanne = 17 - 72 Jahre) und Geschlecht (Ausschluss aller weiblichen Teilnehmer) an die Stichprobe der pädophilen Personen angepasst. Folglich umfasste die finale Stichprobe zur Datenanalyse 1.002 Teilnehmer.

9.2. Durchgeführte Untersuchung und Messverfahren

In den drei Studien wurden verschiedene Fragebogeninventare eingesetzt sowie halbstrukturierte Interviews im Rahmen des Erstkontakts und der vertieften Exploration psychischer Beschwerden.

Erstkontakt und Sexualanamnese der Präventionsambulanz „Kein Täter werden“

Alle eingehenden Anrufe und E-mailkontakte auf der Hotline wurden pseudonymisiert in das Datenbanksystem Microsoft Access 2010 aufgenommen und zur Auswertung in die Statistiksoftware SPSS übertragen. Alle Kontakte wurden hinsichtlich ihres Kontaktanlasses, berichteter Symptome und bisheriger Delikte dokumentiert. Anrufer/-innen der Hotline wurden befragt, was der Anlass des Kontakts war (z.B. drohender Kontrollverlust), um welches problemverursachende Verhalten es sich handelte (z.B. Konsum von Missbrauchsabbildungen oder ein sexueller Übergriff) und ob sie sich zu dieser Zeit in einem laufenden Strafverfahren befanden. Bei entsprechender Bereitschaft wurden die Anrufer nach ihrem Wohnort und Kontaktdaten sowie möglichen Informationsquellen zum Präventionsprojekt (z.B. Internet, Arzt) gefragt. Alle Angaben basierten auf der Selbstausskunft der Anrufer. E-mailanfragen von Klienten wurden beantwortet und Klienten motiviert sich telefonisch für die Vereinbarung eines Erstgesprächs zu melden. Die E-mails wurden gemäß dem Inhalt zusammengefasst und ebenfalls im Datenbanksystem dokumentiert. Auf Basis dieser Informationen wurden Kategorien hinsichtlich des Beratungsanlasses und -wunsches gebildet.

Gemäß eines standardisierten Prozesses im Netzwerk wurden Klienten zunächst zu einem Erstgespräch (T0) eingeladen, wenn sie sich selbst als pädo- oder hebephil identifizierten, motiviert waren am Projekt teilzunehmen und Leiden aufgrund ihrer Neigung berichteten. In diesem Erstgespräch erfolgte eine umfassende Sexualanamnese zur Exploration der sexuellen Präferenz, die sich an einem halb-strukturierten Leitfaden orientierte. Fragen zur sexuellen Neigung orientierten sich an den Kriterien des DSM-IV für Pädophilie. Die Klassifizierung präferierten Körperschemas orientierte sich an den Tanner-Stadien als pädophil (kindliches), hebephil (präpubertär), teleiophil (erwachsenes Körperschema) [36, 37]. Darüber hinaus wurden jegliche sexuell motivierte Taten („hands-on“) sowie Konsum von Missbrauchsabbildungen erfragt. Weitere Sitzungen für eine vertiefte Diagnostik (T1) wurden vereinbart, wenn die Klienten motiviert waren und die Indikation für eine Teilnahme am Therapieprogramm gegeben war. Bei diesem Termin wurden mithilfe des SKID I [94] und SKID II [95] weitere Beschwerden und komorbide Diagnosen der Klienten ermittelt. Wenn die Patienten weiterhin für eine Teilnahme am Therapieprogramm motiviert waren, wurden sie zeitnah in die Gruppentherapie aufgenommen.

Strukturierte Klinische Interviews für Achse I und II

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I [94] und Achse II [95] wird durchgeführt, um komorbide Diagnosen zu ermitteln. Das Strukturierte Klinische Interview für DSM IV kombiniert die Verwendung obligatorischer, operationaler Kriterien des DSM-IV sowie ein kategoriales System zur Einschätzung der Schwere der Beschwerden. Der Interviewer wird anhand dieses Systems durch das Interview geleitet und kommt schließlich zu einer finalen Diagnose. Die Reliabilität des Instruments wurde in mehreren Studien belegt. Lobbsteal und Kollegen [96] berichteten befriedigende Ergebnisse mit einem mittleren Kappa-Wert von 0,71 für die Achse I-Diagnostik und exzellente Inter-Rater-Reliabilitäten für die Achse II-Diagnostik (mittlerer Kappa-Wert = 0,84).

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Die Prävalenz der fünf Subtypen von Kindheitsbelastungen wurde mithilfe des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; [18, 97, 98] erfasst, welcher 28 Items umfasst. Bei dem Inventar handelt sich um ein gut validiertes und weitverbreitetes Messverfahren zur retrospektiven Erfassung von Kindheitsbelastungen in erwachsenen Populationen. Es werden fünf Bereiche von Kindesmissbrauch erfasst: Emotionaler Missbrauch (z.B. „Als ich aufwuchs, bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als ‚dumm‘, ‚faul‘ oder ‚hässlich‘“), physischer (z.B. „Als ich aufwuchs ... wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft“) und sexueller Missbrauch (z.B. „Als ich aufwuchs, versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren“) sowie physische (z.B. „Als ich aufwuchs, hatte ich nicht genügend zu essen“) und emotionale Vernachlässigung (z.B. „Als ich aufwuchs ... hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden“, invers kodiert). Drei Items erfassen die Tendenz zur Bagatellisierung oder Verleugnung von Kindheitsbelastungen. Jeweils fünf Items repräsentieren die jeweiligen Subdimensionen in einem fünfstufigen Antwortformat auf der Likert-Skala von „nie“ bis „sehr häufig“. Item scores werden zu einem Summenscore, der die Werte 5 bis 25 umfasst. Ein höherer Score deutet auf mehr Missbrauchserfahrungen in der Kindheit hin. Cronbach Alpha-Werte für die interne Konsistenz waren zufriedenstellend ($\alpha = .80$ to $\alpha = .89$) mit einer Ausnahme für die Skala „physische Vernachlässigung“ ($\alpha = .55$; 31). Basierend auf den Normwerten von Bernstein und Kollegen [99] wurden die Schweregrade „gar nicht - minimal“, „wenig-moderat“, „moderat-schwer“, „schwer-extrem“ für jede Subskala berechnet. Der Cut-off wurde entsprechend des Grades „moderat – schwer“ gewählt.

Qualitative Auswertung

Eine qualitative Analyse der offenen Fragen zu Erfahrungen vorheriger Psychotherapien („Haben Sie jemals zuvor therapeutische Hilfe aufgesucht?“) wurde durchgeführt.

9.3. Statistische Analysen

Die Auswertung aller drei Publikationen erfolgte mit SPSS Statistics 23.

Bei kategorialen soziodemographischen Daten wurden Kreuztabellen erstellt sowie Häufigkeiten berechnet. Vergleiche der Untersuchungsgruppen erfolgten durch Mittelwertvergleiche mit dem t-Test. Deskriptive Statistiken sind dargestellt.

Zur Auswertung von Gruppenunterschieden wurden Multivariate Varianzanalysen (MANOVA) und t-Tests durchgeführt sowie χ^2 -Tests bei kategorialen Daten. Weiterhin wurden binär logistische Regressionsanalysen durchgeführt, um Prädiktoren zu ermitteln. Missing Data wurde mittels Imputation ersetzt.

10. Ergebnisse

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Studien 1 und 2 in einem Überblick dargestellt.

10.1. Studie 1

Im untersuchten Zeitraum kontaktierte die Präventionsambulanz insgesamt 276 Personen davon erschienen 92 Patienten zu einem Erstgespräch und 30 Patienten nahmen am Therapieprogramm teil. Unter den kontaktaufnehmenden Personen befand sich lediglich eine Frau. Das durchschnittliche Alter betrug 38,1 Jahre. Die soziodemografischen Merkmale sind in Tabelle 2 dargestellt. Der am häufigsten genannte Kontak Anlass waren ein laufendes Strafverfahren sowie Ängste vor einem Kontrollverlust aufgrund der pädosexuellen Impulse und/oder Fantasien. Die Exploration mit ausführlicher Sexualanamnese zeigte bei einem überwiegenden Anteil der Patienten ein gemischtes Störungsbild mit päd-, hebe-, teleiophilen (kindliches, präpubertäres, erwachsenes Körperschema) Präferenzanteilen (siehe Tabelle 3). Komorbide Störungen wurden bei circa der Hälfte der Patienten diagnostiziert mit einem überwiegenden Anteil an affektiven Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Eine ausführliche Darlegung der Ergebnisse findet sich in Kapitel II (Marx, C. M., Subic-Wrana, C., & Beutel, M. E. (2019), . Klinische Merkmale der Inanspruchnehmer einer Präventionsambulanz für Pädophilie. *Psychotherapeut*, 64(2), 120-126, [100]))

Tabelle 2: Soziodemografische Merkmale der Patienten nach Erstgespräch, vertiefender Diagnostik und Behandlung

Variable	T0: Erstgespräch		T1: Diagnostik		Behandlung	
	Total: n= 92		Total: n= 51		Total: n= 30	
Alter	MW	38.06	MW	38.71	MW	38.89
	SD	12.47	SD	12.41	SD	12,62
	N	%	N	%	N	%
Geschlecht						
- männlich	91	98,81	51	100%	30	100%
- weiblich	1	1,2	0	0	0	0
Familienstatus						
- ledig/ungebunden	36	39.1	23	45.1	13	43.3
- ledig/gebunden	20	21.7	7	13.7	4	13.3
- verheiratet	24	26.1	13	25.5	9	30.0
- geschieden	9	9.8	6	11.8	2	6.7
Kinder	32	34.8	15	29.4	9	30.0
Wohnsituation						
- alleine	39	42.4	23	45.1	14	46.7
- mit Partner/Familie	30	32.6	18	35.3	10	33.3
- bei Eltern	12	13.0	3	5.9	1	3.3
- in WG	8	8.7		9.8	3	10.0
Bildung						
- keinen Abschluss	3	3.3	0	0	0	0
- Hauptschule	17	18.5	8	15.7	2	6.7
- Realschule	23	25.0	13	25.5	10	33.3
- Abitur	28	30.4	16	31.6	8	26.7
- Hochschule	19	20.7	12	23.5	9	30.0
Berufliche Situation						
- erwerbslos	10	10.9	6	11.8	4	13.3
- in Ausbildung	5	5.4	2	3.9	1	3.3
- im Studium	10	10.9	8	15.7	3	10.0
- erwerbstätig	57	62.0	30	58.8	18	60.0
- berentet	6	6.4	2	3.9	1	3.3

Tabelle 3: Sexualanamnestische Merkmale der Patienten nach Erstgespräch, vertiefende Diagnostik und Behandlung

Variable	T0: Erstgespräch		T1: Diagnostik		Behandlung	
	N	%	N	%	N	%
Total	n= 92		n= 51		n= 30	
Sexuelle Präferenz						
- pädophil	1	1.1	1	2.0	0	0
- pädo-hebephil	8	8.7	6	11.8	5	16.7
- pädo-teleiophil	2	2.2	2	3.9	2	6.7
- pädo-hebe-teleiophil	27	29.3	19	37.3	12	40.0
- hebephil	2	2.2	1	2.0	1	3.3
- hebe-teleiophil	35	38.0	21	41.2	10	33.3
- teleiophil	16	17.4	1	2.0	0	0
Sexuelle Delikte						
- keine Taten	12	13.0	3	5.9	0	0
- Missbrauchsmaterial	44	47.8	25	49.0	14	46.7
- Sexuelle Übergriffe	12	13.0	6	11.8	3	10.0
- beides	21	22.8	17	33.3	13	43.3

Anmerkung: Missings: Sexuelle Präferenz T0: N= 1; Sexuelle Delikte T0: N=3

10.2. Studie 2

Ermittelt wurde die Prävalenz von Kindheitsbelastungen in den Stichproben von Patienten mit Pädophilie, Psychotherapie-Patienten und der Allgemeinbevölkerung (siehe Abb.3).

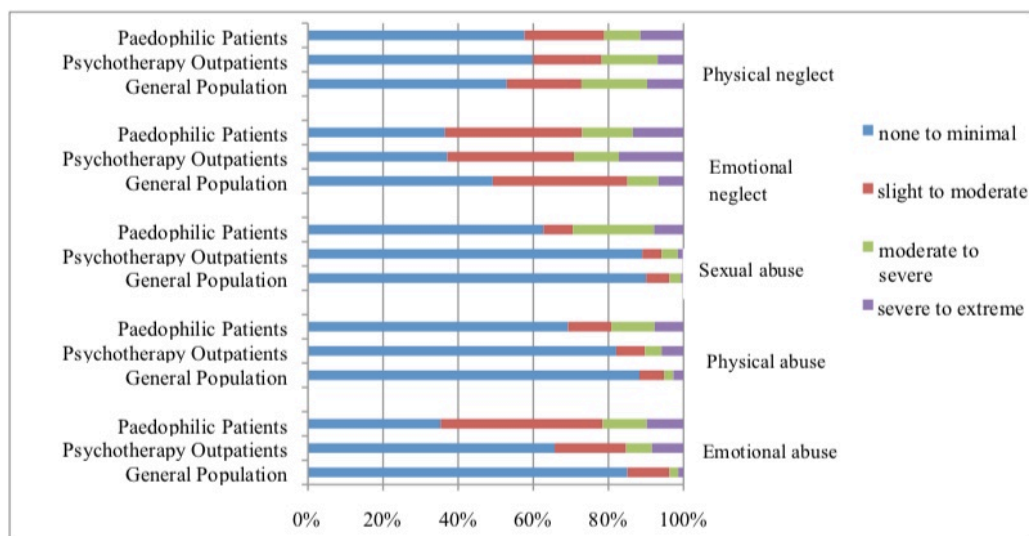


Abbildung 3: Prävalenz von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit in den drei Stichproben: Patienten mit Pädophilie: N= 52; Patienten mit ambulanter Psychotherapie: N= 1.113- 1.127; Allgemeinbevölkerung: N=997-1000

Vergleiche zwischen den Stichproben der Patienten mit Pädophilie, den ambulanten Psychotherapie-Patienten und der Allgemeinbevölkerung zeigten signifikante Unterschiede in der Erfahrung von Kindheitsbelastungen ($F(10,4342) = 40,94$, $p < .01$; $\eta = .086$). Der Scheffé-Test zeigte signifikante post-hoc-Effekte auf fast allen Subskalen, wobei Patienten mit Pädophilie die höchsten Anteile an Kindheitsbelastungen aufwiesen: Emotionaler Missbrauch: ($F(2, 2292.76) = 89,8$, $p < .01$; $\eta = .08$; $PP > PT > GP$); Körperlicher Missbrauch ($F(2, 213.88) = 14.83$, $p < .01$; $\eta = .013$; $GP < PT < PP$; ($PP = PT$)); Sexueller Missbrauch ($F(2, 204.42) = 39.39$, $p < .01$; $\eta = .035$; $PP > PT > GP$); Emotionale Vernachlässigung ($F(2, 1739.8) = 37.57$, $p < .01$; $\eta = .033$; $PP > PT > GP$); Körperliche Vernachlässigung ($F(2, 115.30) = 6.56$, $p < .01$; $\eta = .006$). Siehe Tabelle 4.

Tabelle 4: Sexualanamnestische Merkmale der Patienten nach Erstgespräch, vertiefende Diagnostik und Behandlung

Kindheits- belastungen	Stichprobe	N	Mean	SE	95% confidence interval
Emotionaler Missbrauch	Pädophile Patienten	52	10.2	.49	9.12- 11.1
	Psychosomatische Patienten	1126	8.44	.11	8.23 – 8.64
	Allgemeinbevölkerung	1000	6.52	.11	6.30 – 6.74
Körperlicher Missbrauch	Pädophile Patienten	52	7.16	.37	6.42 – 7.89
	Psychosomatische Patienten	1126	6.46	.08	6.31 – 6.62
	Allgemeinbevölkerung	1000	5.90	.08	5.15 – 6.07
Sexueller Missbrauch	Pädophile Patienten	52	7.28	.22	6.84 – 7.72
	Psychosomatische Patienten	1126	5.44	.05	5.35 – 5.54
	Allgemeinbevölkerung	1000	5.26	.05	5.15 – 5.35
Emotionale Vernachlässigung	Pädophile Patienten	52	12.24	.67	10.94 – 13.55
	Psychosomatische Patienten	1126	12.95	.14	11.67 – 12.24
	Allgemeinbevölkerung	1000	10.18	.15	9.88 – 10.47
Körperliche Vernachlässigung	Pädophile Patienten	52	8.02	.41	7.22– 8.82
	Psychosomatische Patienten	1126	7.59	.09	7.41 – 7.76
	Allgemeinbevölkerung	1000	8.05	.09	7.86 – 8.23

Weiterhin ergab die logistische Regression emotionalen und sexuellen Missbrauch als Prädiktoren für eine pädophile Sexualpräferenz. Psychotherapie-Patienten berichteten signifikant häufiger von Kindheitsbelastungen als die Allgemeinbevölkerung (ausgenommen sexueller Missbrauch; siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Binär-logistische Regression für pädophile Sexualpräferenzen (unabhängige Variable: Pädophilie vs. keine Pädophilie; n= 2.178)

Abhängige Variable	95% -CI	OR	p
Emotionaler Missbrauch	1.08 - 1.28	1.17	<.001
Körperlicher Missbrauch	.81 – 1.03	.91	.13
Sexueller Missbrauch	1.15 - 1.39	1.27	<.001
Emotionale Vernachlässigung	.89 – 1.05	.96	.44
Körperliche Vernachlässigung	.80 – 1.04	.91	.18
Arbeitslosigkeit	.90 - 1.00	.97	.38
Alter	.96 – 1.00	.91	.17

Note: 95%-CI = 95% Confidence Interval; OR = Odds Ratio

Sowohl im T-Test als auch im Chi-Quadrat-Test zeigten sich keine Unterschiede zwischen hands-on oder non-hands-on Tätern auf keener der Subscaln. Ergebnisse des Chi-Quadrat-Test sind inTabelle 6 dargestellt.

Eine ausführliche Darlegung der Ergebnisse findet sich in Kapitel III (Marx, C. M., Tibubos, A. N., Brähler, E., & Beutel, M. E. (2020). Experienced childhood maltreatment in a sample of pedophiles: comparisons with patients of a psychosomatic outpatient clinic and the general population. The Journal of Sexual Medicine, 985-993.)

Tabelle 6: Kreuztabelle der pädo-philen Patienten nach Missbrauchserfahrungen in der Kindheit x Deliktbelastung (n= 51)

Kindheitsbelastungen	Cut-off		Non hands on	Hands on	Gesamt
Emotionaler Missbrauch	Nicht bis mäßig	N	25	16	41
		%	49.02	31.37	80.39
	Mäßig bis stark	N	6	4	10
		%	11.76	7.84	19.61
	Gesamt	N	31	20	51
		%	60.78	39.22	100.00
Körperlicher Missbrauch	Nicht bis mäßig	N	25	16	41
		%	49.02	31.37	80.39
	Mäßig bis stark	N	6	4	10
		%	11.76	7.84	19.61
	Gesamt	N	31	20	51
		%	60.78	39.22	100.00
Sexueller Missbrauch	Nicht bis mäßig	N	24	12	36
		%	47.06	23.53	70.59
	Mäßig bis stark	N	7	8	15
		%	13.73	15.69	29.41
	Gesamt	N	31	20	51
		%	60.78	39.22	100.00
Emotionale Vernachlässigung	Nicht bis mäßig	N	24	14	38
		%	47.06	27.45	74.51
	Mäßig bis stark	N	7	6	20
		%	13.73	11.76	39.22
	Gesamt	N	31	20	51
		%	60.78	39.22	100.00
Körperliche Vernachlässigung	Nicht bis mäßig	N	24	16	40
		%	47.06	31.37	78.43
	Mäßig bis stark	N	7	4	11
		%	13.73	7.84	21.57
	Gesamt	N	31	20	51
		%	60.78	39.22	100.00

11. Literatur

Siehe Kapitel V: 6. Literatur (Kapitel I bis V)

Psychotherapeut

Schwerpunkt: Sexualität – Originalien

Psychotherapeut
<https://doi.org/10.1007/s00278-019-0342-4>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Redaktion
Hertha Richter-Appelt, Hamburg
Bernhard Strauß, Jena



Caroline M. Marx · Claudia Subic-Wrana · Manfred E. Beutel

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, Deutschland

Klinische Merkmale der Inanspruchnehmer einer Präventionsambulanz für Pädophilie

Auswertungen der Diagnosen und therapeutische Schlussfolgerungen

Im Jahr 2015 wurde die Mainzer Präventionsambulanz als Teil des deutschlandweiten Präventionsnetzwerks „Kein Täter werden“ (Projekt Dunkelfeld) an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz implementiert. Die Daten der ersten 3-jährigen Arbeit erlauben die klinische Charakterisierung der Inanspruchnehmer und damit klinisch-therapeutische Schlussfolgerungen. Auch lassen sich weitere Forschungsfragen zur Patientenversorgung in der psychotherapeutischen Praxis ableiten.

Hintergrund

Im Jahr 2016 wurden 12.019 Fälle sexuellen Kindesmissbrauchs und 5687 Fälle von Besitz und Verbreitung von „Kinderpornografie“ registriert (Bundeskriminalamt 2016). Die Dunkelziffer wird vielfach höher geschätzt (Beier et al. 2006; National Center for Injury Prevention and Control 2017). Paraphile Interessen

Diese Studie ist Teil der Dissertation der Erstautorin an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Unimedizin Mainz.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Fachpublikation in der Regel das generische Maskulinum als geschlechtsneutrale Form verwendet. Dies impliziert immer beide Formen, schließt also die weibliche Form mit ein.

gelten als Hauptrisikofaktor für sexuellen Kindesmissbrauch (Gerwinn et al. 2018; Mann et al. 2010; Seto et al. 2006; Seto 2004). Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick zur Diagnostik und teilt erste Ergebnisse der Inanspruchnahme der Präventionsambulanz „Kein Täter werden“ sowie Impulse zur Therapie pädophiler Patienten mit.

Störungsbild der Pädophilie

Pädophilie ist charakterisiert als ein mindestens 6 Monate anhaltender Zustand mit wiederkehrenden, intensiven auf Kinder mit vorpubertärem Körperschema gerichteten, sexuellen Fantasien, sexuellem Drang oder Verhalten (American Psychiatric Association 2013). Eine pädophile Störung liegt vor, wenn die Person nach diesem Drang gehandelt hat oder anhaltender Distress oder interpersonelle Schwierigkeiten resultieren (American Psychiatric Association 2013). Das DSM-5¹ klassifiziert Hebephilie als „sonstige Störungen der Sexualpräferenz“, während die ICD-10² (World Health Organization 2004) die Diagnose explizit als sexuelle Präferenz für pubertäre Minderjährige in das

Konzept der Pädophilie aufgenommen hat (Beier et al. 2013). In der aktuellen Version der ICD-11 hingegen umfasst die Definition des Krankheitsbilds nur vorpubertäre Kinder (World Health Organization 2018). Zur Diagnostik der Sexualpräferenz erfolgt in der Praxis eine Exploration der Masturbationsfantasien hinsichtlich des präferierten Körperschemas und des sexuellen Verhaltens. Aktuell wird die Prävalenz der Pädophilie nach ersten Untersuchungen auf ca. 1% in der männlichen Bevölkerung in Deutschland geschätzt (Dombert et al. 2015). Sie geht mit hohen Raten an Komorbiditäten einher (v.a. depressive Störungen, Substanzabhängigkeiten, Persönlichkeitsstörungen; Gerwinn et al. 2018; Kafka 2012; Krueger et al. 2009).

Psychotherapeutische Versorgung pädophiler Patienten

Eine Befragung unter Vertragspsychotherapeuten ($n=86$) ergab eine geringe Bereitschaft, mit Sexualstraftätern zu arbeiten (12,8%), und lediglich 4 der befragten Therapeuten erklärten sich bereit, pädophile Patienten in Behandlung zu nehmen (Stiels-Glenn 2010). Circa 60% der an einer Studie teilnehmenden Psychotherapeuten in Ausbildung gaben an, sich nicht vorstellen zu können, mit pädophilen Menschen zu arbeiten, die bereits

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Ausgabe.

² Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Ausgabe.

einen Übergriff begangen haben (Jahnke et al. 2015).

Projekt „Kein Täter werden“

Vor dem oben beschriebenen Hintergrund dient das Projekt „Kein Täter werden“ der Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder durch ein Therapieangebot für Menschen mit pädophilen Neigungen (Beier et al. 2009, 2015). Die Beratung und gruppenbasierte Behandlung ist für Teilnehmer kostenfrei und anonym. In den ersten 6 Jahren nach der Implementierung konnte ca. der Hälfte der Patienten, die Kontakt zur Präventionsambulanz aufnahmen, ein Therapieangebot unterbreitet werden, und erneut ca. die Hälfte nahm an der Therapie teil. Am häufigsten wurde der Konsum von Missbrauchsabbildungen berichtet. Ausschlusskriterium für eine Therapieteilnahme war v. a. ein laufendes Strafverfahren. Personen mit pädophil- und hebephilen Neigungen zeigten sich an therapeutischen Ansätzen interessiert, jedoch nur ca. die Hälfte der Patienten schloss die Behandlung ab. Nach Therapieabschluss berichteten Patienten neben dem verringerten Rückfallrisiko, weniger Einsamkeit sowie eine bessere sexuelle Selbstregulation im Vergleich zur Kontrollgruppe (Beier et al. 2015).

Im Jahr 2015 wurde die Mainzer Präventionsambulanz als Teil des deutschlandweiten Präventionsnetzwerks „Kein Täter werden“ (Projekt Dunkelfeld) an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz implementiert. Seit Anfang 2018 wird das Präventionsnetzwerk als Modellvorhaben im Verbund durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen gefördert.

Studie

Fragestellung

Anhand der Daten der ersten 3 Jahre der Ambulanz soll untersucht werden:

- wer Kontakt zur Präventionsambulanz aufnimmt,
- wer das anonyme Beratungsangebot wahrnimmt und

- welche Merkmale (sexuelle Neigung, Deliktbelastung, psychotherapeutische Vorbehandlung) Einfluss auf die Inanspruchnahme haben.

Klinisch-therapeutische Schlussfolgerungen und weitere Forschungsfragen zur Patientenversorgung in der psychotherapeutischen Praxis werden diskutiert. Ein Patientenbeispiel aus der klinischen Praxis veranschaulicht die Arbeit der Präventionsambulanz.

Methode

Studiendesign

Patienten kontaktieren die Präventionsambulanz via E-Mail oder die speziell eingerichtete Hotline. Der Kontakt erfolgt auf Wunsch anonym. Die Hotline wird von sexualmedizinisch weitergebildeten Beratern betreut und bietet den ersten Kontakt zur Ambulanz für Informationen und Beratungstermine. Patienten werden zu einem Erstgespräch (T0) eingeladen, wenn sie sich selbst als pädophil-/hebephil identifizieren, motiviert sind, am Projekt teilzunehmen, und Leiden aufgrund ihrer sexuellen Neigung berichten. Ein laufendes Strafverfahren ist ein Ausschlusskriterium. Sitzungen für eine vertiefte Diagnostik (T1) werden vereinbart, wenn die Motivation und Indikation für eine Teilnahme am Therapieprogramm gegeben sind. Bei diesem Termin werden komorbide Diagnosen ermittelt. Die Aufnahme in eine Therapiegruppe erfolgt zeitnah.

Messverfahren

Dokumentiert wurden Kontaktpunkt, Beratungswunsch, berichtete Symptome, Delikte und laufende Strafverfahren. Auf Basis dieser Informationen wurden Kategorien hinsichtlich des Beratungsanlasses und -wunsches gebildet. Im Erstgespräch wird eine umfassende Sexualanamnese zur Exploration der sexuellen Präferenz erhoben, die sich an einem halbstrukturierten Leitfaden orientiert. Fragen zur sexuellen Neigung orientieren sich an den Kriterien des DSM-IV. Die Klassifizierung des präferierten Körperschemas orientiert sich an den Tanner-Stadien als pädophil (kindliches), hebephil (präpubertär), teleiophil

(erwachsen; Marshall und Tanner 1969, 1970).

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I (Wittchen et al. 1997) und Achse II (Fydrich et al. 1997), wird durchgeführt, um Komorbiditäten zu ermitteln. Eine qualitative Analyse der zwei offenen Fragen zu Erfahrungen vorheriger Psychotherapien („Habe Sie jemals zuvor therapeutische Hilfe aufgesucht?“ „Wem haben Sie Ihre Neigung offenbart?“) wurde durchgeführt.

Statistische Analysen

Die Auswertung erfolgte mit SPSS Statistics 23. Die Patienten wurden entsprechend ihrer Inanspruchnahme des Beratungs- und Behandlungsangebots in 3 Gruppen unterteilt und verglichen (Exploration, vertiefte Diagnostik, Behandlung). Kategoriale soziodemografische Daten wurden mithilfe von Kreuztabellen ausgewertet. Vergleiche von Patienten mit und ohne sexuelles Delikt erfolgten durch t-Tests unabhängiger Stichproben.

Ergebnisse

Stichprobe

Von Mai 2015 bis Ende April 2018 wurden insgesamt 276 Kontaktaufnahmen in der Ambulanz verzeichnet. Jeweils die Hälfte der Patienten nahm Kontakt über Telefon oder E-Mail auf.

Von den 276 Patienten nahmen 92 ein Erstgespräch wahr, 51 wurden zur vertieften Diagnostik eingeladen. Es hatten 30 Patienten das Therapieprogramm aufgenommen, von denen zum Zeitpunkt der Auswertung je 10 die Therapie bereits abgeschlossen haben, die laufende Therapie vorzeitig abbrechen, bzw. in laufender Therapie waren. Gründe für den Therapieabbruch waren u. a. die große Entfernung zum Wohnort, mangelnde Motivation oder Aufnahme in eine stationäre psychotherapeutische Behandlung.

In die Auswertung eingeschlossen wurden 92 Patienten, die zu einem Erstgespräch erschienen und die Eingangsdiagnostik ausfüllten, einschließlich der 51 Patienten, die an der vertieften Diagnostik teilgenommen hatten. Es füllten 13 Patienten die Eingangsdiagnostik aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten

nicht aus ($n=5$), verweigerten das Ausfüllen ($n=6$) oder waren dazu nicht in der Lage ($n=2$).

Um festzustellen, wer die Diagnostik bzw. Behandlung abbricht, wurden die 3 Zeitpunkte (Erstgespräch, vertiefte Diagnostik, Therapie) gegenübergestellt. Einen Überblick über die Merkmale der Patienten beim Erstgespräch gibt **Tab. 1**. Das Durchschnittsalter der 91 männlichen Patienten und der weiblichen Patientin betrug 38,1 Jahre (Range: 16 bis 72 Jahre). Der Familienstatus unterschied sich zu den 3 Zeitpunkten nicht. Am Therapieangebot nahmen eher Patienten mit höherem Bildungsabschluss und Erwerbstätigkeit teil.

Beratungsanlass und -wunsch

Bei Kontaktaufnahme nannten 55 % der Patienten ($n=276$) einen konkreten Beratungsanlass: laufendes Strafverfahren (18,8 %), Sorgen vor einem Kontrollverlust (12 %; „... ich habe noch nie einen Übergriff begangen, und das soll so bleiben. Ich merke immer mehr, dass es mir schwerer fällt, mich zu kontrollieren, und dass ich Hilfe brauche ...“), Abstinenzunfähigkeit (11,2 %) beim Konsum von Missbrauchsmaterialien („Ich konsumiere seit einigen Monaten Kinderpornografie, obwohl ich weiß, dass es falsch ist, mache ich es immer wieder ...“), Drängen der Partnerin (5,1 %), ein kürzlich abgeschlossenes Strafverfahren (4,3 %) und die juristische Auflage einer Therapie (3,6 %). Da sowohl ein laufendes Strafverfahren als auch eine juristische Therapieauflage Ausschlusskriterien des Projekts sind, wurden Patienten mit diesem Anliegen jeweils an die zuständigen Einrichtungen (z. B. psychotherapeutische Ambulanz der Justiz) verwiesen.

Von den 92 Patienten, die zum Erstgespräch erschienen, hatten 66 Patienten die Präventionsambulanz telefonisch kontaktiert (71,7 %), und 22 dieser Patienten nahmen an dem Therapieprogramm teil, während lediglich 8 Patienten, die die Ambulanz per E-Mail kontaktiert hatten, teilnahmen.

Psychotherapeut <https://doi.org/10.1007/s00278-019-0342-4>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

C. M. Marx · C. Subic-Wrana · M. E. Beutel

Klinische Merkmale der Inanspruchnehmer einer Präventionsambulanz für Pädophilie. Auswertungen der Diagnosen und therapeutische Schlussfolgerungen

Zusammenfassung

Fragestellung. Sexueller Kindesmissbrauch und Konsum von Missbrauchsmaterialien sind in Deutschland weit verbreitet. Die Mainzer Präventionsambulanz bietet im Rahmen des bundesweiten Netzwerks „Kein Täter werden“ Patienten mit Pädophilie Beratung und Behandlung an. Der vorliegende Beitrag stellt die diagnostische Vorgehensweise vor und charakterisiert klinisch die Inanspruchnehmer. **Material und Methode.** Anhand der Inanspruchnehmer vom Mai 2015 bis April 2018 werden Beratungsanliegen, soziodemografische und psychometrische Merkmale (sexuelle Präferenz, sexuelle Übergriffe, Psychopathologie) dargestellt. **Ergebnisse.** Es kontaktierten 276 Patienten die Präventionsambulanz, 92 Patienten erschienen zu einem Erstgespräch, und

30 nahmen am Therapieprogramm teil. Häufigster Kontaktanlass waren ein laufendes Strafverfahren und Ängste vor Kontrollverlust. Meist zeigte sich ein gemischtes Störungsbild mit pädophilic, hebephilic, teleiophilic (kindliches, präpubertäres, erwachsenes Körperschema) Präferenzanteilen. Circa die Hälfte der Patienten wies eine komorbide Störung auf. **Schlussfolgerung.** Implikationen für die klinische Praxis mit dieser spezifischen Patientengruppe, ambulante Beratungs- und Behandlungskonzepte und weitere Forschung werden diskutiert.

Schlüsselwörter

Paraphile Störungen · Pornografie · Komorbidität · Beratung · Motivation

Clinical characteristics of attendees of a preventive outpatient clinic for pedophilia. Evaluation of the diagnoses and therapeutic conclusions

Abstract

Objective. Sexual child abuse and indulgence in child pornography are widespread in Germany. Since May 2015 the Mainz preventive outpatient department provides counseling and treatment for patients with pedophilia within the framework of the national “Don’t offend” network. This article presents the diagnostic approach and clinical characterization of people who attended the clinic. **Material and methods.** Based on the attendances from May 2015 to April 2018 the reasons for seeking help, sociodemographic and psychometric characteristics (sexual preference; sexual sexual offenses and psychopathology) are presented. **Results.** A total of 276 patients contacted the outpatient prevention clinic, of which 92

came for an initial diagnostic interview and 30 participated in the treatment program. The most frequent concern was ongoing criminal proceedings or fear of losing control. Most showed a diverse disorder with pedophilic, hebephilic and teleiophilic (child-like, prepubertal and adult body schemes) sexual preferences. Approximately one half of the attendees had a comorbid disorder. **Conclusion.** The implications for the clinical practice of psychotherapists with this specific group of patients, disorder-specific counseling and treatment concepts and further research are discussed.

Keywords

Paraphilic disorders · Pornography · Comorbidity · Counseling · Motivation

Komorbidie Achse-I- und Achse-II-Diagnosen

Zur vertieften Diagnostik mithilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID) wurden 51 Patienten eingeladen, 46 Interviews wurden durchgeführt und ausgewertet. Bei 5 Patienten wurde mangels Deutschkenntnissen

kein SKID-Interview durchgeführt. Bei 82,6 % der Patienten ($n=46$) wurde mindestens eine weitere Diagnose zusätzlich zur Diagnose der Pädophilie gestellt; am häufigsten war eine affektive Störung (34,8 %). Die Kriterien einer Substanzabhängigkeit erfüllten 23,9 %, einer Angststörung 13 % sowie einer somatoformen,

Tab. 1 Soziodemografische Merkmale der Patienten, unterteilt nach Erstgespräch (T0), vertiefter Diagnostik (T1) und Behandlung

	T0		T1		Behandlung	
Anzahl (n) der Patienten	92		51		30	
Alter (Jahre)	38,06 ± 12,47		38,71 ± 12,41		38,89 ± 12,62	
	n	%	n	%	n	%
Geschlecht						
Männlich	91	98,81	51	100	30	100
Weiblich	1	1,2	0	0	0	0
Familienstatus^a						
Ledig/ungebunden	36	39,1	23	45,1	13	43,3
Ledig/gebunden	20	21,7	7	13,7	4	13,3
Verheiratet	24	26,1	13	25,5	9	30,0
Geschieden	9	9,8	6	11,8	2	6,7
Kinder ^b	32	34,8	15	29,4	9	30,0
Wohnsituation^c						
Alleine	39	42,4	23	45,1	14	46,7
Mit Partner/Familie	30	32,6	18	35,3	10	33,3
Bei Eltern	12	13,0	3	5,9	1	3,3
In Wohngemeinschaft	8	8,7	5	9,8	3	10,0
Bildung^d						
Kein Abschluss	3	3,3	0	0	0	0
Hauptschule	17	18,5	8	15,7	2	6,7
Realschule	23	25,0	13	25,5	10	33,3
Abitur	28	30,4	16	31,6	8	26,7
Hochschule	19	20,7	12	23,5	9	30,0
Berufliche Situation^e						
Erwerbslos	10	10,9	6	11,8	4	13,3
In Ausbildung	5	5,4	2	3,9	1	3,3
Im Studium	10	10,9	8	15,7	3	10,0
Erwerbstätig	57	62,0	30	58,8	18	60,0
Berentet	6	6,4	2	3,9	1	3,3

MW Mittelwert, SD Standardabweichung
^aMissings:
^aT0: n = 3, T1: n = 2, Behandlung: n = 2
^bT0: n = 7, T1: n = 3, Behandlung: n = 2
^cT0: n = 3, T1: n = 2, Behandlung: n = 2
^dT0: n = 2, T1: n = 2, Behandlung: n = 1
^eT0: n = 4, T1: n = 3, Behandlung: n = 3

Ess- bzw. psychotischen Störung jeweils 4,3 % der Patienten. Es erfüllten 50 % der Patienten (n = 46) die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung, am häufigsten selbstunsichere (26,1 %), zwanghafte (26,1 %) und Borderline-Persönlichkeitsstörung (17,4 %).

Sexuelle Präferenz und Deliktbelastung

Die Klassifikation der sexuellen Präferenz in der Stichprobe mit der Verteilung

zwischen Erstgespräch, vertiefter Diagnostik und Therapieerfolg zeigt **Tab. 2**. Die meisten Ratsuchenden weisen ein gemischtes Störungsbild mit einer pädophilen (kindlich), hebephilen (präpubertär) und teleiophilen (erwachsene) sexuellen Präferenz auf. An der Therapie nahmen vorwiegend Patienten mit pädophilen Tendenzen teil. Exklusiv teleiophil klassifizierte Patienten waren nicht vertreten. Bei 4 der 10 als teleiophil

klassifizierten Patienten lag jedoch eine Deliktbelastung vor.

Mindestens einmal in ihrem Leben einen sexuellen Übergriff (definiert als jegliche sexuell motivierte Handlung) auf ein Kind begangen zu haben, berichteten 36 % der Patienten; dieser war mehrheitlich kombiniert mit dem Konsum von Missbrauchsabbildungen.

Analyse vorheriger Therapieerfahrungen

Von 91 Patienten gaben 40 Patienten (43,5 %) an, bereits einmal in Psychotherapie gewesen zu sein, und 9,8 % waren aktuell in einer laufenden Psychotherapie. Von denen, die bereits eine Psychotherapie in Anspruch genommen haben, berichten 21 Patienten, dass sie ihrem Therapeuten von der Neigung berichtet hatten (52,5 %).

Fallbeispiel

Der 41-jährige Patient berichtet im Erstkontakt nervös und ängstlich, dass es vor 7 Jahren zu einer polizeilichen Hausdurchsuchung aufgrund des Konsums von Missbrauchsabbildungen gekommen sei. Seitdem seien „die letzten Jahre der Horror“ gewesen. Seine Neigung für peripubertäre Mädchen sei ihm mit Ende seiner Ehe vor ca. 10 Jahren aufgefallen. Aus Enttäuschung habe er sich nach der Trennung zurückgezogen, viel gekifft und den ganzen Tag vor dem Computer verbracht. Dabei sei er „durch Zufall auf eine Seite gekommen“ und habe sich dann immer weiter durch das Internet „gegraben“. Sexuell erregen würden ihn v. a. „selbst gefilmte Pornos“, bei denen junge Mädchen sich ausziehen oder masturbieren würden, und er habe selbst heimlich Frauen und Mädchen gefilmt und beobachtet. Befragt nach seinen sexuellen Fantasien, beschreibt der Patient eine Ausrichtung auf Frauen mit einem peripubertären bis erwachsenen Körperschema (hebeteleophile Orientierung). Die starken Ängste würden ihn trotz Abstinenz seit der Hausdurchsuchung sehr belasten. Aus diesem Grund begab sich der Patient zusätzlich in eine ambulante Therapie. In den Gruppensitzungen wurde diese immer wieder Thema, und der Patient beklagte seine Ängste, seine Nei-

Tab. 2 Sexualanamnestische Merkmale der Patienten, unterteilt nach Erstgespräch (T0), vertiefter Diagnostik (T1) und Behandlung

Total	T0 n = 92		T1 n = 51		Behandlung n = 30	
	n	%	n	%	n	%
Sexuelle Präferenz^a						
Pädophil	1	1,1	1	2,0	0	0
Pädohebephil	8	8,7	6	11,8	5	16,7
Pädoteleiphil	2	2,2	2	3,9	2	6,7
Pädohebeteleiphil	27	29,3	19	37,3	12	40,0
Hebephil	2	2,2	1	2,0	1	3,3
Hebeteleiphil	35	38,0	21	41,2	10	33,3
Teleiphil	16	17,4	1	2,0	0	0
Sexuelle Delikte^b						
Keine Taten	12	13,0	3	5,9	0	0
Missbrauchsmaterial	44	47,8	25	49,0	14	46,7
Sexuelle Übergriffe	12	13,0	6	11,8	3	10,0
Beides	21	22,8	17	33,3	13	43,3

Missings:

^aT0: n = 1

^bT0: n = 3

gung dem Therapeuten zu offenbaren: „Ich habe Sorge, dass der Therapeut dann einfach aufsteht und die Tür auf macht und sagt: ‚geh! So jemanden will ich hier nicht haben, das wäre das Schlimmste ... Oder die Polizei ruft oder so. Das ist ein kleiner Ort, das würden alle mitbekommen. Ich weiß gar nicht, wie das auch mit der Schweigepflicht ist. Darf der das?“ Diese Straftäter konnten teilweise als Projektion des Patienten verstanden werden, der sich immer wieder für seine Neigung und Handeln anklagte. Durch das Reflektieren seiner Ängste und durch die Unterstützung der Gruppenmitglieder konnte sich der Patient schließlich entschließen, sich zu öffnen, und durch die unterstützende Reaktion des Therapeuten neues Vertrauen erlangen.

Der Patient berichtete, er habe seine Neigung in der Therapie „verdrängt“, ein offenes Ansprechen seiner sexuellen Fantasien und Präferenzen durch den Therapeuten hätte ihm jedoch helfen können, sich zu öffnen. Starke Schuld- und Schamgefühle stellen für viele Patienten ein Hindernis dar, sich dem Therapeuten mit ihrer sexuellen Neigung und Handlungen zu offenbaren, sodass ihre sexuelle Präferenz nicht zur Sprache kommt.

Diskussion

Interpretation der Studienergebnisse

Seit Mai 2015 nahmen 276 Patienten Kontakt zur Präventionsambulanz auf, die eine breite Altersspanne aufwiesen. Etwa die Hälfte der Patienten befand sich in einer Partnerschaft, und ein überwiegender Anteil war beruflich gut integriert, was sich mit anderen Stichproben deckt (Beier et al. 2015; Raymond et al. 1999). Beratungsanlässe waren v. a. ein drohender/tatsächlicher Kontrollverlust sowie erfolglose Abstinenzversuche in Bezug auf Missbrauchsabbildungen, was die Dringlichkeit und Not der Patienten verdeutlicht, die die unmittelbare Unterstützung benötigen, um keine weiteren Delikte zu begehen. Auch unter den Patienten mit einer vorwiegend teleiphilen Präferenz wird der Konsum von Missbrauchsmaterialien berichtet. Daher sollten bei Patienten mit intensivem Pornografiekonsum dessen Inhalte und die sexuelle Präferenz ausführlich exploriert werden, um mögliche Sexualdelikte früh zu erkennen.

Kontaktanfragen, die über das Telefon an die Präventionsambulanz erfolgten, führten mit einer größeren Häufigkeit

zu einem Erstgespräch und schließlich auch zur Therapieaufnahme. Vermutlich hatten Patienten, die telefonisch Kontakt aufnahmen, bereits eine größere Veränderungsmotivation entwickelt und kontaktierten die Ambulanz daher auf direkterem Wege. Durch telefonischen Kontakt können Ängste abgebaut und die Patienten motiviert werden. Zusätzliche, niederschwellige internetbasierte Angebote könnten den frühen Kontakt zur Ambulanz unterstützen und Ängste abbauen.

Ähnlich wie in vergleichbaren Ambulanzen nahmen kaum Frauen Kontakt zur Präventionsambulanz auf (Beier et al. 2015), obwohl 2017 ca. 4 % der Tatverdächtigen von Delikten sexuellen Kindesmissbrauchs weiblich waren (Bundeskriminalamt 2018). Weldon (1995, S. 20) differenzierte in der Betrachtung der Perversion als Erste zwischen der weiblichen und der männlichen Sexualität. Sie beschrieb, dass bei der weiblichen Perversion, anders als bei Männern, der ganze Körper, der Uterus und auch das Kind, als Teil dieses Körpers, fetischisiert würden. Das Kind werde zum „manipulierten Partialobjekt“ als das von der Frau „erschaffene Produkt“ und somit als Teil des eigenen Körpers erlebt (Becker 2005). In der Diagnostik von Paraphilien oder Sexualstörungen bei Frauen müsse dieses (neue) Wissen genutzt werden, um diese frühzeitig zu erkennen (Becker 2005).

Ein substanzieller Teil nahm die Behandlung langfristig und regelmäßig in Anspruch, nach klinischem Eindruck mit gutem Erfolg. Es ist zu vermuten, dass die hohe Abbruchrate in der Präventionsambulanz mit den Besonderheiten in der Behandlung von Patienten mit pädoiphilen Neigungen zusammenhängt. Diese Besonderheiten beziehen sich zunächst aufseiten der Patienten v. a. auf Ängste vor Ablehnung, Stigmatisierung oder Strafe. Ein wesentlicher Anteil der Inanspruchnehmer gibt an, bereits vor Kontaktaufnahme Kontakt zu einem Arzt oder Psychotherapeuten gehabt zu haben, wobei lediglich die Hälfte die Neigung in der Therapie erwähnt hat. Als Gründe für das Verschweigen der Neigung werden Ängste vor Ablehnung und Stigmatisierung genannt. Berührungängste lassen sich aber auch aufseiten von Therapeuten

finden (Jahnke et al. 2015; Stiels-Glenn 2010). Während ein neurotischer Patient die Behandlung aufsucht, da er unter seinen Symptomen leidet und diese meist direkt vermitteln kann, leidet ein pädophiler Patient nicht notwendigerweise primär unter der sexuellen Präferenz und Lust, sondern vielmehr darunter, dass seine Lust gesellschaftlich nicht akzeptiert und ein Ausleben strafbar ist. Der Fokus der Behandlung richtet sich nicht primär auf die direkte Behandlung der Präferenzstörung, sondern darauf, Wege zu finden, diese nicht auszuleben und dennoch ein erfülltes Leben zu entwickeln. Hierbei ist es auch notwendig – mögliche – strafbare Handlungen zu thematisieren, was mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden ist. Diese zu bearbeiten, ist ein wichtiger Teil der Behandlungen. Insbesondere bei mangelnder Empathiefähigkeit und Ich-syntoner Präferenz kann dies auf innere Widerstände bei dem Patienten stoßen, die in der Therapie bearbeitet werden müssen.

Limitationen und weiterer Forschungsbedarf

Die Daten wurden aus den Beratungsgesprächen bzw. den Kontaktaufnahmen der Patienten extrahiert und Angaben zwischen E-Mail- und Telefonkontakten unterscheiden deutlich. Insbesondere bei der ersten Kontaktaufnahme sind die Patienten meist stark verängstigt, da bereits dieser Schritt eine große Überwindung bedeutet. Das Hilfsangebot beschränkt sich in dieser Untersuchung auf die in der Präventionsambulanz in Anspruch genommenen Erstgespräche. Wie viele Personen nach der Kontaktaufnahme andere therapeutische Angebote nutzten, ist nicht bekannt.

Weitere Forschung zur Differenzierung des phänomenologischen Störungsbilds, insbesondere vor dem Hintergrund des Einfluss exzessiven Pornografiekonsums, ist notwendig, damit Patienten mit Präferenzstörungen besser identifiziert und gezielt an Beratungsstellen vermittelt werden können.

Fazit für die Praxis

- Viele Patienten befinden sich bereits in psychotherapeutischer Behandlung, ohne ihre sexuelle Präferenz gegenüber ihrem Therapeuten offenzulegen.
- Eine stärkere Vermittlung von Wissen in der psychotherapeutischen Weiterbildung hilft, sexuelle Fantasien und Neigungen in der Behandlung offen zu thematisieren.
- Die Arbeit stellt besondere Anforderungen im Umgang mit negativer Gegenübertragung und bedarf intensiver Supervision. Bei Patienten mit hohem Pornografiekonsum sollten dessen Inhalte genau exploriert werden, um pädophile Inhalte und delinquentes Verhalten früh zu erkennen.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Caroline M. Marx
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Johannes Gutenberg-Universität
Untere Zahlbacher Straße 8, 55131 Mainz, Deutschland
caro.m.marx@gmail.com

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C.M. Marx, C. Subic-Wrana und M.E. Beutel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethik-Kommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor. Alle Patienten, die über Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts zu identifizieren sind, haben hierzu ihre schriftliche Einwilligung gegeben.

Literatur

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Association, Washington DC

Becker S (2005) Das weibliche Körper selbst und die Perversion – warum Frauen sexualisierte Aggression anders externalisieren als Männer. *Forum Psychoanal* 21(3):242–254. <https://doi.org/10.1007/s00451-005-0248-3>

Beier KM, Schaefer GA, Goecker D et al (2006) Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld. *Sexuologie* 13:139–147

Beier KM, Ahlers CJ, Goecker D et al (2009) Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *J Forensic Psychiatr Psychol* 20:851–867

Beier KM, Amelung T, Kühle L et al (2013) Hebephilie als sexuelle Störung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 81(3):128–137. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1330539>

Beier KM, Grundmann D, Kühle LF et al (2015) The German Dunkelfeld project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *J Sex Med* 12(2):529–542. <https://doi.org/10.1111/jsm.12785>

Bundes kriminalamt (2016) Einzelne Straftatengruppen und ausgewählte Formen der Kriminalität. *Polizeiliche Kriminalstatistik 2016*, Bd. 4. Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Bundes kriminalamt (2018) Standard Übersicht Tatverdächtigen tabellen. *Polizeiliche Kriminalstatistik 2017*. Bundeskriminalamt, Wiesbaden

Dombert B, Schmidt AF, Banse R et al (2015) How common is males' self-reported sexual interest in prepubescent children? *J Sex Res* 53(2):214–223. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1020108>

Frydich T, Renneberg B, Schmitz B et al (1997) SKID II. Strukturisiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II. Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft (Eine deutschsprachige, erw. Bearb. d. amerikanischen Originalversion d. SKID-II von First, Spitzer, Gibbon, Williams, Benjamin)

Gerwinn H, Weiß S, Tenbergene G et al (2018) Clinical characteristics associated with paedophilia and child sex offending—Differentiating sexual preference from offence status. *Eur Psychiatry* 51:74–85

Jahnke S, Philipp K, Hoyer J (2015) Stigmatisierung attitudes towards people with pedophilia and their malleability among psychotherapists in training. *Child Abuse Negl* 40:93–102

Kafka M (2012) Axis I psychiatric disorders, Paraphilic sexual offending and implications for pharmacological treatment. *Isr J Psychiatr Relat Sci* 49:255–261

Krueger RB, Kaplan MS, First MB (2009) Sexual and other Axis I diagnoses of 60 males arrested for crimes against children involving the Internet. *Cns Spectr* 14:623–631

Mann RE, Hanson KE, Thornton D (2010) Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sex Abuse* 22:191–217

Marshall WA, Tanner JM (1969) Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child* 44:291–303

Marshall WA, Tanner JM (1970) Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Arch Dis Child* 45:13–23

National Center for Injury Prevention and Control (2017) Child abuse and neglect prevention. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/index.html>

Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F et al (1999) Psychiatric Comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 156:787–788

Seto MC (2004) Pedophilia and sexual offenses against children. *Annu Rev Sex Res* 15:321–361

-
- Seto M, Cantor J, Blanchard R (2006) Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *J Abnorm Psychol* 115:610–615
- Stiels-Glenn M (2010) Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung pädosexueller Patienten. *Recht Psychiatr* 28:74–80
- Weldon EV (1995) Female perversion and hysteria. *Br J Psychother* 11:406–414
- Wittchen H-U, Wunderlich U, Gruschwitz S et al (1997) SKID I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft und Beurteilungsheft (Eine deutschsprachige, erweiterte Bearb. d. amerikanischen Originalversion des SKID I)
- World Health Organization (2018) Pedophilic disorder <https://icd.who.int/browse11/l-m/enk/http://id.who.int/icd/entity/517058174>. Stand: 26.02.2019
- World Health Organization (2004) International statistical classification of diseases and related health problems. World Health Organization, Geneva

Experienced Childhood Maltreatment in a Sample of Pedophiles: Comparisons With Patients of a Psychosomatic Outpatient Clinic and the General Population

Caroline M. Marx,¹ Ana N. Tibubos, PhD,¹ Elmar Brähler, PhD,^{1,2} and Manfred E. Beutel, MD¹

ABSTRACT

Background: Adverse childhood events have a lasting impact on mental health. Studies on patients with pedophilia focus on traumatic events as sexual abuse in their childhood, in which further childhood maltreatment is rarely described.

Aim: In addition to previous studies on patients with pedophilia that focus on traumatic events as sexual abuse, we further investigate different types of childhood maltreatment.

Methods: We compared 3 samples using the Childhood Trauma Questionnaire: patients with pedophilia, psychotherapy outpatients, and general population (GP). Descriptive analyses were conducted for prevalence rates. To assess statistical differences between the samples concerning retrospective childhood trauma, we conducted t-tests and a multivariate analysis of variance. Binary logistic regression analyses were conducted to identify predictors of childhood maltreatment.

Outcomes: Emotional and sexual abuse was associated with pedophilic sexual preference.

Results: Significant differences of experienced childhood maltreatment were found between the samples with the patients with pedophilia reporting the highest rates. Psychotherapy outpatients reported more childhood maltreatment than the GP except for sexual abuse.

Clinical Implications: Our results speak to a burdened and stressful childhood of patients with pedophilia; a fantasized, sexualized world in an abusive and neglecting childhood may function as a refuge and lead to "psychic withdrawal."

Strengths & Limitations: This is the first study comparing a small sample of patients with pedophilia with psychotherapy outpatients and a representative sample of the GP. The use of an established and standardized questionnaire of childhood maltreatment represents a strength. However, the questionnaire's exclusive focus on abuse and neglect represents a limitation as it fails to examine other sources of adverse childhood experiences (eg, intrafamily relationships or loss of a parent).

Conclusion: A better understanding can help establish more effective treatment and prevention programs for patients with pedophilia. Marx CM, Tibubos AN, Brähler E, et al. Experienced Childhood Maltreatment in a Sample of Pedophiles: Comparisons With Patients of a Psychosomatic Outpatient Clinic and the General Population. *J Sex Med* 2020;XX:XXX–XXX.

Copyright © 2020, International Society for Sexual Medicine. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

Key Words: Pedophilia; Outpatient Clinic; Child Sexual Abuse; Childhood Maltreatment

INTRODUCTION

Adverse childhood events have been shown to profoundly alter mental health development^{1–4} including the sexual orientation

and behavior.^{5,6} Although there is a growing body of literature on the etiology of pedophilia,⁷ there is still a lack of knowledge on the influence of childhood maltreatment in pedophilic population, and to our knowledge, there are no studies comparing patients with pedophilia (PPs) with psychotherapy outpatients and the general population (GP) regarding adverse childhood events.

The US Centre for Disease Control and Prevention⁸ has defined child maltreatment as "Any act or series of acts of commission or omission by a parent or other caregiver that results in harm, potential for harm, or threat of harm to a child" (p.11). Physical abuse denotes the intentional use of physical

Received October 19, 2019. Accepted January 21, 2020.

¹Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Medical Center Mainz, Mainz, Germany;

²Clinic of Medical Psychology and Medical Sociology, University of Leipzig, Leipzig, Germany

Copyright © 2020, International Society for Sexual Medicine. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.019>

J Sex Med 2020;■:1–9

1

force against a child that results in or has the potential to result in physical injury; psychological or emotional abuse describes a caregiver's intentional behavior that conveys to a child that he/she is worthless or unloved. Sexual abuse is defined as any completed or attempted sexual contact with or exploitation of a child by the caregiver. Neglect is the failure by the caregiver to provide a child's basic physical, emotional, medical or educational needs.⁸

In a representative German study, 2.3% of the GP reportedly were victims of serious sexual violence.⁹ Women had a higher risk to become a victim (3.7%) than men (0.7%).⁹ A review by Stoltenborgh et al¹⁰ focused on the assessment of remembered child maltreatment in adult populations across the globe. For Europe, the highest prevalence was reported for emotional (29.2%) and physical abuse (22.9%). The rate of women who reported child sexual abuse (13.5%) was greater than the rate of men (5.6%). Prevalence rates of physical neglect were 6.5%. Concerning emotional neglect, no rates were reported for Europe.¹⁰ The review was based on a series of meta-analyses on the prevalence of child maltreatments based on self-reports and informant studies,¹⁰ whereas Witt et al⁹ used a standardized self-report instrument.

In a psychotherapy outpatient clinic, approximately 14.1% of the patients (women: 77.6%; men: 22.4%) reported experiences of sexual violence or abuse in the childhood.³ Furthermore, 33.1% of the patients reported emotional abuse, and 20.4% reported physical abuse. Concerning neglect, 32.4% of the patients reported emotional neglect, and almost half reported physical neglect (49.7%; Subic-Wrana et al³). In outpatient psychiatric service, 80% of men reported experiences of emotional neglect, 45% reported physical neglect, and 23% reported a history of child sexual abuse.¹¹

While a history of emotional abuse has been identified as a developmental risk factor for rape, exhibitionism, and other paraphilias, a history of child sexual abuse has been identified as a specific developmental risk factor for pedophilia.¹² In a recent study, Gerwinn et al⁷ differentiated between pedophiles with ($n = 83$) or without a history of child sexual offending ($n = 79$), child sexual offenders without pedophilia ($n = 32$), and healthy controls ($n = 148$). They found that adverse childhood experiences were more common among pedophiles and child sexual offenders. A history of childhood sexual abuse was related to the propensity to engage in child sexual offenses, but not the presence of pedophilia.⁷ However, no clinical comparison group was included in the analysis, which may help to understand the impact of childhood maltreatment for patients with pedophilia in depth. In a community-based sample of men, there was no significant association between witnessing parental violence, physical and emotional abuse, and sexual interest in children. Early masturbation and heightened sexual interest mediated the link between child sexual abuse and sexual interest in children.¹³ These results are consistent with other

findings suggesting a link between adverse childhood experiences and sexual offending.

In a comprehensive meta-analysis, Seto and Lalumière¹⁴ compared male adolescent sex offenders ($n = 3,855$) with male adolescent nonsex offenders ($n = 13,393$). Sex offenders more frequently had a history of sexual abuse than nonsex offenders (46% vs 16%) and reported a higher prevalence of physical abuse (59% vs 49%). In a recent Internet survey, men who were sexually attracted to children were surveyed regarding their history of adjudicated offenses of child pornography consumption and sexual contact with children. A history of childhood sexual abuse was significantly associated with child sexual offending (child pornography and sexual contact) but not with the degree of attraction to children.¹⁵ Cohen et al¹⁶ compared male offenders with paedophilia with a demographically similar control group. 60% of the male pedophiles reported adult sexual advances as a child compared with 4% of the control subjects. In the same study, about 60% concordance was found between acts experienced as a child and perpetrated as an adult.¹⁶ However, in this study, no differentiation was made between nonoffenders and offenders with pedophilia.

In sum, little is known about the differences or similarities between PPs and other psychotherapy patients (PTs). There is evidence for an elevated rate of childhood trauma in both groups.

Childhood sexual abuse is a strong risk factor for depression, anxiety disorders, addictions, and sexual disorders.³⁻⁴ Relations have been found between emotional abuse and depression as well as personality disorders, physical abuse, and somatoform disorders and sexual abuse and post-traumatic stress disorders.³

Furthermore, child maltreatment has a high relevance when it comes to criminal behavior including sexual offending. As early traumata accumulate, the risk for various physical, mental health, and behavioral problems—including criminal behavior—in adulthood has been observed to increase.^{12,17,18} It is assumed that early childhood adversity—including abuse and neglect—may be an early indicator of an atypical developmental trajectory with regard to peer relationships and subsequent sexual behavior leading to further deficits such as social relations problems, atypical sexual interests, and general and sexual regulation.^{14,17} Seto¹⁹ postulated that persons with a history of sexual abuse may grow up to use sexual contact as a coping strategy to compensate feelings of powerlessness and invalidation replicating their own abuser's behavior.¹⁹ Thus, there is an association between a history of sexual abuse and sexual offending in later adulthood.^{14,20,21} However, definite conclusions have not yet been drawn because of methodological problems. For example, studies are based on retrospective reports. One study by Leach et al²² tested this hypothesis by prospectively examining links between childhood maltreatment and later offending in a birth cohort of men. No specific association between sexual abuse and sexual offending could be found.²²

There is a lack of knowledge about which types of childhood trauma are related to pedophilia, especially as it pertains to different groups. As a result, further research is required regarding how patients with pedophilia differ within their group and how they differ from PTs and the GP regarding types of childhood maltreatment, preferences, and offense history.

More data could improve understanding of the clinical picture of pedophilia concerning possible risk and protective factors.

METHODS

The present study compares 3 samples: (i) patients with pedophilia of the prevention outpatient clinic part of the Germany wide network "Don't offend," (ii) patients of the university-based psychotherapy outpatient clinic, and (iii) representative data of the GP.

The following hypotheses were examined in our study: (i) patients with pedophilia report more childhood maltreatment than males from the GP and male outpatients and (ii) hands-on offenders report more maltreatment in childhood than non-hands-on offenders.

In 2015, the outpatient clinic for patients suffering from pedophilia was launched at the clinic of Psychosomatic Medicine in Mainz as part of the prevention network "Don't offend." The network has 11 locations all over Germany. Since the beginning of 2018, the project has been supported by the statutory health insurances ("Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen"). The aim is the prevention of sexual offenses against children by offering therapeutic treatment for clients with pedophilia.^{23–25} Therapy is anonymous and free of charge. Outpatient psychotherapy is group based and is built on psychotherapy, sexual medicine, and pharmacological therapy.²³

Procedure

We analyzed data from patients consulting the project "Don't offend" for an initial interview ($n = 101$), patients consulting the outpatient department in the Clinic for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy in Mainz ($n = 1,308$), and a representative sample of the German population ($n = 1,173$). Data collection took place separately for each sample.

Sample of PPs

PPs contacted the therapy program anonymously via email or a specific hotline. Clients were invited for an interview when they were motivated to participate because of the distress associated with their sexual interests in minors (prepubescent/pubescent) and were not involved in ongoing penal procedures. In the first session, a semistructured comprehensive interview included sociodemographic data and the person's sexual preferences.

*Diagnostics were aligned to the prevention network "Don't offend" which was implemented before the publication of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5.

Questions were guided by the DSM-IV criteria for pedophilia.* Based on the so-called "Tanner Stages"^{26,27} describing the physical development of boys and girls are classified in accordance with the preferred body scheme as pedophilic (prepubescent), hebephilic (pubescent), or teleiophilic (adult body scheme). From May 2015 to July 2018, 101 patients attended a first interview. Patients without a diagnosis of pedophilia and an incomplete data set were excluded; thus, a total of 52 patients were included in the analysis. Within the sample, 53.8% reported pedophilic preferences (including mixed preferences) and 46.1% reported hebephilic preferences. More than half (52%) of the PPs reported consumption of abusive images (so-called "child pornography") or videos, 9.6% reported sexual offenses ("hands on"), 28.8% reported both, and 1.9% reported not having committed any offense yet. The average age was 37.86 ($SD = 11.31$). Significantly fewer PPs reported living in a relationship than both PTs and the male GP (48.1%; $\chi^2 = 0.49$; $P > .05$; $PP < PT = GP$). Significantly fewer patients were employed (67.3%; $\chi^2 = 121.85$; $P < .001$; $PP < PT < GP$). If patients were motivated to participate in the therapy program, they were invited for a second interview including a comprehensive Structured Clinical Interview for DSM IV interview for axis I²⁸ and axis II.²⁹

Sample of Psychotherapy Outpatients

Patients seeking medical help in the outpatient department were offered a diagnostic interview and participated in a standard diagnostic procedure including a comprehensive test battery. Diagnoses were based on the comprehensive unstandardized clinical interview. Data were analyzed and examined between July 2010 and December 2015. A total of 3,120 patients (1,454 men, 1,666 women) between the ages of 11 and 93 years were included. The sample was matched to the PPs based on the age and sex (age range: 17–72). The final sample for data analysis included 1,127 male patients. The average age was 37.91 years ($SD = 13.74$), and 57.3% of the patients reported being in a relationship and 80.6% were employed.

Sample of the GP

Data of the GP were collected by an independent agency specializing in market, opinion, and social research (USUMA, Unabhängiger Service für Umfragen, Methoden und Analysen; Berlin, Germany) in November and December 2009, based on a representative survey of the German population (see also³⁰). Sampling was performed in 3 steps: (i) sample point regions from 258 regions that were determined based on representative data, (ii) target private households within sample point regions using a random route procedure, and (iii) target persons within the selected household in accordance with a Kish selection grid. The region, the households, and target persons were randomly selected using a random route procedure. Following this procedure, 4,069 noninstitutionalized civilians were randomly selected from all German states. A total of 2,520 individuals who participated in the assessment (1,173 men, 1,331 women) between the age of 14 and

90 years ($M = 50.64$, $SD = 18.56$) were included. The response rate was 61.9%. Those who gave informed consent were interviewed face-to-face by trained staff in their homes and independently filled out additional questionnaires in their presence. Study participants received no incentives. All interviewers/researcher involved were aware of the responsibility for confidentiality in respect to participants' records. The data were deidentified. The survey adhered to the ethical guidelines of the International Chamber of Commerce/European Society for Opinion and Market Research International Code of Marketing and Social Research Practice. Of the initial sample, 55.1% (4,607 households) was interviewed, matching quota of other representative population samples. The sample was matched based on the age (age range = 17–72) and by excluding all women of the sample. Thus, for the data analysis, the final sample comprised 1,002 participants. With an average age of 46.52 years ($SD = 15.44$), participants of the GP were significantly older than the PPs and PTs ($F(2,2420) = 159.27$, $P < .001$; $\eta = 0.116$). 57% of the participants were in a relationship, and 92.6% worked regularly.

Instruments

Sociodemographic data and data from the German version of the Childhood Trauma Questionnaire^{30,31} were used for analysis.

The prevalence of the 5 types of child maltreatment was assessed using the 28-item brief version of the Childhood Trauma Questionnaire.^{30,32,33} The well-validated and common inventory for the retrospective assessment of childhood maltreatment in adult populations captures the 5 areas: emotional abuse (eg, "People in my family called me things like stupid, lazy, or ugly"), physical abuse (eg, "I was punished with a belt, a board, a cord, or some other hard object"), sexual abuse (eg, "Someone tried to make me do sexual things"), physical neglect (eg, "I didn't have enough to eat"), and emotional neglect (eg, "I felt loved" [reverse scored]).^{30,32,33} 3 items assess tendencies to minimize or deny

abuse.^{30,33} 5 items representing each subdimension with a 5-point response format on a Likert scale range from "never" to "very often." Item scores were added to a sum score ranging from 5 to 25, with higher scores indicating more maltreatment in childhood. Cronbach alpha values for internal consistency are shown to be satisfactory ($\alpha = 0.80$ to $\alpha = 0.89$), with an exception for the scale "physical neglect" with $\alpha = 0.55$.³⁰ Based on norm data by Bernstein et al,³¹ severity scores can be calculated for each subscale ranging from "none to minimal," "slight to moderate," "moderate to severe," and "severe to extreme." A cutoff was chosen correspondingly of at least "moderate=severe."

Statistical Analysis

All analyses were conducted using SPSS, version 21. To assess statistical differences concerning retrospective childhood trauma, multivariate analysis of variance was conducted with the sample (PPs = 0, outpatient clinic = 1, GP = 2) as fixed effects and the 5 dimensions (emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect, physical neglect) as criterion variables. Binary logistic regression analyses were conducted to identify predictors of childhood maltreatment. The 5 subtypes of childhood maltreatment were entered in the analyses as potential predictors for membership in the sample of PPs or not. A t-test for unpaired samples was conducted to test differences between patients having committed a hands-on offense (child sexual abuse) and PPs without any hands-on offense (including nonoffenders and consumption of child pornography). Missing data were substituted by imputation.

RESULTS

Group Differences Concerning the Prevalence of Child Maltreatment

Of the PPs, 51.9% of the ($n = 52$) reported at least one type of childhood maltreatment. Of the $n = 1,127$ patients of

Table 1. Descriptive statistics of childhood maltreatment per sample and scale

Childhood trauma	Sample	N	Mean	SE	95% confidence interval
Emotional abuse	Patients with pedophilia	52	10.2	0.49	9.12–11.1
	Psychotherapy outpatients	1,126	8.44	0.11	8.23–8.64
	General population	1,000	6.52	0.11	6.30–6.74
Physical abuse	Patients with pedophilia	52	7.16	0.37	6.42–7.89
	Psychotherapy outpatients	1,126	6.46	0.08	6.31–6.62
	General population	1,000	5.90	0.08	5.15–6.07
Sexual abuse	Patients with pedophilia	52	7.28	0.22	6.84–7.72
	Psychotherapy outpatients	1,126	5.44	0.05	5.35–5.54
	General population	1,000	5.26	0.05	5.15–5.35
Emotional neglect	Patients with pedophilia	52	12.24	0.67	10.94–13.55
	Psychotherapy outpatients	1,126	12.95	0.14	11.67–12.24
	General population	1,000	10.18	0.15	9.88–10.47
Physical neglect	Patients with pedophilia	52	8.02	0.41	7.22–8.82
	Psychotherapy outpatients	1,126	7.59	0.09	7.41–7.76
	General population	1,000	8.05	0.09	7.86–8.23

SE= standard error.

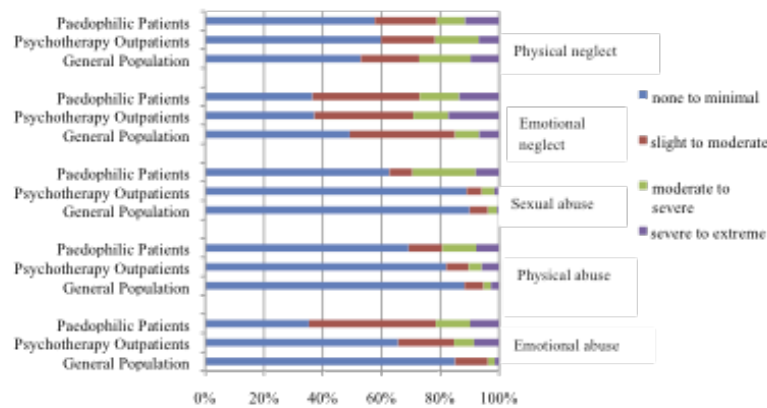


Figure 1. Prevalence of childhood maltreatment in the 3 samples: patients with pedophilia, $n = 52$; psychotherapy outpatients, $n = 1,113-1,127$; general population, $n = 997-1,000$.

the psychosomatic outpatient clinic, 42.6% and 32.9% of the GP ($n = 1,002$) reported at least one type of childhood trauma.

The cutoff scores for each scale of child maltreatment were defined as "moderate to extreme" according to Bernstein.³¹ Most of the PPs reported sexual abuse (30.8%) and emotional neglect (26.9%). 21.1% reported emotional abuse and physical neglect equally, and 19.2% reported physical abuse. Patients of the outpatient clinic reported most often emotional (29.1%) and physical neglect (21.8%). Of all, 15.4% reported emotional abuse, 10.2% reported physical abuse, and 5.9% reported sexual abuse. In the GP, 27.1% reported physical neglect and 14.9% reported emotional neglect. Physical abuse was reported by 5.2%, and sexual abuse and emotional abuse was reported by 3.7% equally. Prevalence for each sample is presented in Figure 1.

A significant main effect (Wilks' Lambda) for the group of PPs, psychotherapy outpatients, and the GP ($F(10,4342) = 40.94$, $P < .01$; $\eta = 0.086$) was found. The Scheffé test revealed significant post hoc effects on almost all of the subscales with the strongest effects in the PPs: emotional abuse ($F(2, 2292.76) = 89.8$, $P < .01$; $\eta = 0.08$; PP > PT > GP); physical abuse ($F(2, 213.88) = 14.83$, $P < .01$; $\eta = 0.013$; GP < PT < PP; (PP = PT)); sexual abuse ($F(2, 204.42) = 39.39$, $P < .01$; $\eta = 0.035$; PP > PT > GP); emotional neglect ($F(2, 1739.8) = 37.57$, $P < .01$; $\eta = 0.033$; PP > PT > GP); and physical neglect ($F(2, 115.30) = 6.56$, $P < .01$; $\eta = 0.006$).

Age and unemployment were considered as covariates in the analysis. Age showed significant results in the model ($F(5,2169) = 26.65$; $P < .001$; $\eta = 0.058$). Older persons reported higher rates of childhood maltreatment. Employment did not show any significant differences in the sample ($F(5,2169) = 33.84$; $P > .05$; $\eta = 0.044$). However, the main effects for the PPs,

psychotherapy outpatients, and the GP reported previously remained significant. Details are presented in Table 1.

Predictors Differentiating Groups

Emotional abuse and sexual abuse were predictors for differentiating groups by binary logistic regression analysis. Neither age nor unemployment was a predictor when included as control variables. The reported effects remained significant. In the binary logistic regression, the explained variance was 12% (Nagelkerke's $R^2 = 0.12$). Predictors and odds ratios of the full model are presented in Table 2 in detail.

Differences Within the Group of Pedophile Concerning the Prevalence of Child Maltreatment

The t-test for unpaired sample showed no significant difference between hands-on and non-hands-on offenders on any of the subscales (emotional abuse: $t(49) = 0.613$, $P > .05$; physical abuse: $t(49) = -0.708$; sexual abuse: $t(29.52) = -1.547$; emotional neglect: $t(49) = 0.086$; physical neglect: $t(49) = 0.576$). The

Table 2. Binary logistic regressions for pedophilic sexual preferences (independent variable: pedophilia vs no pedophilia; $n = 2,178$)

Dependent variable	95% CI	OR	P
Emotional abuse	1.08–1.28	1.17	<.001
Physical abuse	0.81–1.03	0.91	.13
Sexual abuse	1.15–1.39	1.27	<.001
Emotional neglect	0.89–1.05	0.96	.44
Physical neglect	0.80–1.04	0.91	.18
Unemployment	0.90–1.00	0.97	.38
Age	0.96–1.00	0.91	.17

Values in bold are significant.

95% CI = 95% confidence interval; OR = odds ratio.

performed chi-square test showed no significant group differences. Descriptive results of hands-on or non-hands-on offenders are presented in a cross table (see Table 3).

DISCUSSION

Drawing from samples of PPs, a psychotherapy outpatient clinic, and a representative sample from the German population, significant differences could be shown in experienced childhood maltreatment using a validated questionnaire. Patients presenting for a pedophilia prevention program were all male and in their middle adulthood. Their average age was comparable with the psychotherapy outpatients, whereas men of the GP were a little older. Most male psychotherapy outpatients and men from the GP reported living in a partnership, but less than half of the people with pedophilia did so. More than 80% of the psychotherapy outpatients and the GP were employed, but only 67% of the PPs.

Half of the patients with pedophilia reported at least one adverse childhood event, most often sexual abuse. PPs reported more childhood maltreatment (overall and in each facet:

emotional, physical abuse and sexual abuse, emotional and physical neglect) than the respective comparison samples. Psychotherapy outpatients reported more childhood maltreatment than the GP except for sexual abuse. Prevalence of childhood maltreatment for the GP was comparable with previous studies.^{9,32} In the sample of psychotherapy outpatients, we found a lower prevalence of childhood maltreatment than other studies,^{3,34} which might be due to the conservative cutoff score based on Bernstein et al.³¹ Furthermore, we found emotional and sexual abuse to be a predictor for differentiating groups of pedophiles and nonpedophiles.

This study's results correspond to previous research reporting emotional abuse as a developmental risk factor for paraphilia (including exhibitionism, rape, multiple paraphilia and pedophilia)¹² and an association between a history of sexual abuse sexual interest in minors (prepubescent/pubescent).^{12,35} However, findings concerning sexual abuse in the childhood of the sample of patients with pedophile differ partially from those of the previous research as most studies propose an association between a history of childhood sexual abuse and later sexual offending.^{14,20,21} We could not replicate these results because of

Table 3. Cross tabulation of the patients with pedophilia based on childhood maltreatment x offense history (n = 51)

Childhood maltreatment	Cutoff		Non-hands-on	Hands-on	Total
Emotional abuse	None to moderate	n	25	16	41
		%	49.02	31.37	80.39
	Moderate to extreme	n	6	4	10
		%	11.76	7.84	19.61
Total	n	31	20	51	
		%	60.78	39.22	100.00
Physical abuse	None to moderate	n	25	16	41
		%	49.02	31.37	80.39
	Moderate to extreme	n	6	4	10
		%	11.76	7.84	19.61
Total	n	31	20	51	
		%	60.78	39.22	100.00
Sexual abuse	None to moderate	n	24	12	36
		%	47.06	23.53	70.59
	Moderate to extreme	n	7	8	15
		%	13.73	15.69	29.41
Total	n	31	20	51	
		%	60.78	39.22	100.00
Emotional neglect	None to moderate	n	24	14	38
		%	47.06	27.45	74.51
	Moderate to extreme	n	7	6	13
		%	13.73	11.76	25.49
Total	n	31	20	51	
		%	60.78	39.22	100.00
Physical neglect	None to moderate	n	24	16	40
		%	47.06	31.37	78.43
	Moderate to extreme	n	7	4	11
		%	13.73	7.84	21.57
Total	n	31	20	51	
		%	60.78	39.22	100.00

our relatively small sample of pedophiles. As Gerwinn et al⁷ emphasize, it is important to differentiate the group of non-offenders and offenders with pedophilia. In our study, we tested differences between hands-on and non-hands-on offenders, and there was no significant difference concerning sexual abuse or any childhood maltreatment. Authors assume that the experience of sexual abuse in one's own childhood may cause sexual attraction to children.³⁶ A related hypothesis has proposed that the experience of childhood sexual abuse normalizes child-adult sex, leading to a decrease in inhibitions against it.²¹

We extended previous research by focusing not only on sexual abuse but also on emotional, physical, and sexual abuse instead as emotional and physical neglect. The observed differences speak to a burdened and stressful childhood of patients showing pedophilic impulses in later adulthood. As per De Masi's³⁵ hypothesis, deviant sexual behavior finds its roots in early infancy in which the child is abandoned, deprived, or isolated. A fantasized, sexualized world in this environment may function as a refuge.³⁷ Combined with the disillusion caused by the adult world and with the reluctance of growing up, De Masi³⁷ assumes that the state of mind of the psychic withdrawal may sustain the evolution toward pedophilia. This specific process described by De Masi³⁷ could be one factor that explains the difference between PPs and psychotherapy outpatients, who also reported high rates of childhood maltreatment. In our work, we focused on the exposure to traumatic life events in childhood; however, it might be important to go further and understand the experience of social interactions, especially with the parents in the early life of PPs. Sexualization through the contact with one parent or the missing contact to a person of trust may promote persistence in a fantasized childhood. Hence, further research is needed to understand the specific nature of the association between childhood maltreatment and pedophilia. With a deeper understanding, psychotherapy can be improved helping PPs to understand their sexual preference and resulting difficulties. In his casework, De Masi³⁷ explains that through therapy, the patient was able to link his fantasies to the situation and the emotional constellation, which was generated. His sexual fantasy could be understood as a defense against unpleasant emotions.³⁷ The findings of our study are consistent with this notion, and interventions focusing the patient's emotional reality should be integrated in psychotherapy with patients with pedophilia.

Strengths and Limitations

The strength of this study is the comparison of sound data sets including 3 samples. To our knowledge, this is the first study comparing a small sample of PPs with psychotherapy outpatients and a representative sample of the GP. The use of a standardized questionnaire of childhood maltreatment on the one hand represents a strength. On the other hand, the questionnaire's focus on abuse and neglect represents a limitation as other sources of adverse childhood experiences (eg, the intrafamily relationships

or loss of a parent) were neglected. Future studies may focus more on relationships within the family and the way patients experienced social interactions. Furthermore, childhood maltreatment was only retrospectively assessed by the questionnaire. Hence, reports may be prone to bias, and a critical reflection about recall bias is important.³² In the samples of psychotherapy outpatients or the GP, the sexual preference was not assessed. Therefore, it cannot be excluded that among the psychotherapy outpatients and persons from the GP, those with pedophile sexual preferences were also included. As our sample was self-referred, it is not limited to a forensic sample. However, self-selection may be conducive to difference biases, such as motivation for therapy and behavior change.

Conclusion

In summary, we could show that the pedophilic population is highly burdened in terms of childhood maltreatment in comparison with the population of psychotherapy outpatients and the GP, especially when it comes to sexual abuse. Furthermore, emotional and sexual abuses have been shown to be a predictor for pedophilia. There were differences between offenders with and without sexual offenses in their history; however, this result has to be understood as a tendency and must be verified.

Clearly, further research is needed to improve the understanding of pedophilia and what influences deviant sexual behavior to establish more treatment options and prevention programs.

Corresponding Author: Caroline M. Marx, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Medical Center Mainz, Untere Zahlbacher Str. 855131 Mainz, Germany. Tel: +49 6131177381; Fax: +49 6131176439; E-mail: caro.m.marx@gmail.com

Conflict of Interest: The authors report no conflicts of interest.

Funding: GKV pilot project according to § 65d SGB V, State of Rhineland-Palatinate. Health care research project "Don't offend", 632-4 76 704-4.1.

STATEMENT OF AUTHORSHIP

Category 1

- (a) **Conception and Design**
Caroline M. Marx; Ana N. Tibubos; Manfred E. Beutel
- (b) **Acquisition of Data**
Elmar Brähler; Caroline M. Marx; Ana N. Tibubos
- (c) **Analysis and Interpretation of Data**
Caroline M. Marx

Category 2

- (a) **Drafting the Article**
Caroline M. Marx; Ana N. Tibubos; Manfred E. Beutel
- (b) **Revising It for Intellectual Content**
Caroline M. Marx; Ana N. Tibubos; Manfred E. Beutel

Category 3

(a) Final Approval of the Completed Article

Caroline M. Marx; Ana N. Tibubos; Elmar Brähler; Manfred E. Beutel

REFERENCES

- Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009;373:68-81.
- McElroy E, Shevlin M, Elklit A, et al. Prevalence and predictors of Axis I disorders in a large sample of treatment-seeking victims of sexual abuse and incest. *Eur J Psychotraumatol* 2016;7:30686.
- Subic-Wrana C, Tschann R, Michal M, et al. Kindheitstraumatisierungen, psychische Beschwerden und Diagnosen bei Patienten in einer psychosomatischen Universitätsambulanz. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011;61:54-61.
- Yanos PT, Czaja SJ, Spatz Widom C. A prospective examination of service use by abused and neglected children followed up into adulthood. *Psychiatr Serv* 2010;61:796-802.
- Görger T, Raucher K, Fisch S. Langfristige Folgen sexueller Missbrauchs Minderjähriger. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie* 2012;6:3-16.
- Stroebel SS, O'Keefe SL. Father-daughter incest: data from an anonymous computerized survey. *J Child Sex Abus* 2012; 21:176-199.
- Gerwinn H, Weiß S, Tenbergene G, et al. Clinical characteristics associated with paedophilia and child sex offending – differentiating sexual preference from offence status. *Eur Psychiatry* 2018;51:74-85.
- Leeb RT, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I. Child maltreatment surveillance: uniform definitions for public health and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2008.
- Witt A, Brown RC, Plener PL, et al. Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2017;11:1-9.
- Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, et al. The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Rev* 2014;24:37-50.
- Kealy D, Joyce AS, Abbass AA, et al. Childhood traumas among men attending outpatient psychiatric services. *Int J Ment Health Addict* 2016;14:135-140.
- Lee JKP, Jackson HJ, Pattison P, et al. Developmental risk factors for sexual offending. *Child Abuse Negl* 2002; 26:73-92.
- Wurtele SK, Simons DA, Parker LJ. Understanding men's self-reported sexual interest in children. *Arch Sex Behav* 2018; 47:2255-2264.
- Seto MC, Lalumière ML. What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychol Bull* 2010;136:526.
- Bailey JM, Bernhard PA, Hsu KJ. An internet study of men sexually attracted to children: sexual attraction patterns. *J Abnorm Psychol* 2016;125:976-988.
- Cohen LJ, McGeoch PG, Watras Gans S, et al. Childhood sexual history of 20 male pedophiles vs. 24 male healthy control subjects. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:757-766.
- Levenson JS, Grady MD. The influence of childhood trauma on sexual violence and sexual deviance in adulthood. *Traumatology* 2016;22:94-103.
- Mersky JP, Topitzes J, Reynolds AJ. Unsafe at any age: linking childhood and adolescent maltreatment to delinquency and crime. *J Res Crime Delinq* 2012;49:295-318.
- Seto MC. Book pedophilia and sexual offending against children: theory, assessment, and intervention. Washington DC: American Psychological Association; 2008.
- Glasser M, Kolvin I, Campbell D, et al. Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. *Br J Psychiatry* 2001;179:482-494.
- Jespersen AF, Lalumière ML, Seto MC. Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: a meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2009;33:179-192.
- Leach C, Stewart A, Smallbone S. Testing the sexually abused-sexual abuser hypothesis: a prospective longitudinal birth cohort study. *Child Abuse Negl* 2016;51:144-153.
- Klaus JN, Beier M, Mundt IA, et al. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: first results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse Negl* 2009;33:545-549.
- Beier KM, Grundmann D, Kuhle LF, et al. The German Dunkelfeld Project: a pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *J Sex Med* 2015;12:529-542.
- Beier KM, Ahlers CJ, Goecker D, et al. Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *J Forensic Psychiatr Psychol* 2009;20:851-867.
- Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child* 1969;44:291-303.
- Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Arch Dis Child* 1970;45:13-23.
- Wittchen H-U, Wunderlich U, Gruschwitz S, et al. SKID I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft und Beurteilungsheft. Eine deutschsprachige, erweiterte Bearb. D. Amerikanischen Originalversion des SKID I. Göttingen: Hogrefe; 1997.
- Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, et al. SKID II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen Interviewheft. Göttingen: Hogrefe; 1997.
- Klinitzke G, Romppel MQ, Hübner WO, et al. The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): psychometric characteristics in a representative sample of the general population. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2012;62:47-51.
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* 2003;27:169-190.

32. Glaesmer H. Assessing childhood maltreatment on the population level in Germany: findings and methodological challenges. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2016;10:1-6.
33. Walker EA, Unutzer J, Rutter C, et al. Costs of health care use by Women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:609-613.
34. Beutel TF, Zwerenz R, Michal M. Retrospektiv berichtete Kindheitstraumatisierung und Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter von psychosomatischen Patienten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2016;62:306-321.
35. Alanko K, Schmidt AF, Neutze J, et al. Male sexual interest in and offending against children: the abused-abuser hypothesis. *J Forensic Psychol Res Pract* 2017;17:128-144.
36. Freund K, Watson R, Dickey R. Does sexual abuse in childhood cause pedophilia: an exploratory study. *Arch Sex Behav* 1990; 19:557-568.
37. De Masi F. The paedophile and his inner world: Theoretical and clinical considerations on the analysis of a patient. *Int J Psychoanal* 2007;88:147-165.

KAPITEL IV: ALLGEMEINE DISKUSSION

1. Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse

In der bisherigen Forschungslandschaft zeigte sich eine Lücke hinsichtlich der Versorgung und Inanspruchnahme therapeutischer Versorgung pädophiler Patienten, die nicht in der forensisch-psychiatrischen Versorgung aufgenommen werden. Weiterhin wird vielfach auf Zusammenhänge bei Tätern zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und sexuellen Übergriffen im Erwachsenenalter hingewiesen. Ziel der Forschungsarbeiten war es, eine detaillierte Analyse der Patienten mit pädophiler Sexualpräferenz darzulegen und Charakteristika und Zusammenhänge zu früheren Kindheitserfahrungen zu analysieren. Hierfür wurden die Inanspruchnehmer der Präventionsambulanz sowie die Teilnehmer am therapeutischen Angebot ausgewertet und charakterisiert, was einen Überblick über die therapeutische Versorgung der Patienten in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Praxis ermöglichte (Studie 1). Weiterhin wurde die Häufigkeit und Art von Kindheitsbelastungen (emotionaler, körperlicher, sexueller Missbrauch sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung) bei Menschen mit Pädophilie ermittelt (Studie 2). Umfangreiche Vergleiche mit Stichproben ambulanter Psychotherapiepatienten sowie der Allgemeinbevölkerung trugen zu differenzierten Ergebnissen bei, was von großer Bedeutung für ein tieferes Verständnis von Einflüssen durch Kindheitserfahrungen ist.

Es zeigte sich, dass ein überwiegender Anteil der Inanspruchnehmer ein gemischtes Störungsbild aufwies und die Therapiemotivation häufig neben einem laufenden Strafverfahren, Ängste vor Kontrollverlust waren. Ein überwiegender Anteil hatte komorbide Störungen. Hinsichtlich der Kindheitsbelastungen zeigte sich, dass Patienten mit einer pädophilen Sexualpräferenz nicht nur von sexuellen Missbrauchserfahrungen, sondern häufig auch von emotionalem und körperlichem Missbrauch sowie Vernachlässigung berichteten und dabei signifikant mehr Belastungen aufzeigten als die Vergleichsgruppen.

2. Störung der sexuellen Präferenz und Versorgung

Was die Aspekte der therapeutischen Versorgung betrifft, so sprechen die vorliegenden Ergebnisse dafür, dass ein erheblicher Anteil an Personen mit pädophiler Sexualpräferenz unmittelbare Unterstützung benötigt: Zum einen, um keine weiteren Delikte zu begehen, zum anderen, um therapeutische Hilfe bei psychischen Belastungen zu erhalten. In Studie 1 zeigte sich, dass ein großer Anteil der Patienten unter komorbiden psychischen Störungen litt. Weiterhin gab ein wesentlicher Anteil der Inanspruchnehmer an, bereits vor Kontaktaufnahme mit Präventionsambulanz Kontakt zu einem Psychotherapeuten oder Arzt

gehabt zu haben. Lediglich die Hälfte der Patienten berichtete, die Neigung in der Therapie erwähnt zu haben, was mit Ängsten vor Ablehnung und Stigmatisierung begründet wurde. Jedoch ist bekannt, dass sich auch auf Seiten von Therapeuten Berührungsängste finden lassen [102, 103]. Zur besseren psychotherapeutischen Versorgung dieser Patientengruppe könnte eine stärkere Vermittlung von Wissen in der psychotherapeutischen Weiterbildung sowie Facharztausbildung helfen. Therapeutinnen und Therapeuten könnte es dadurch möglich werden, sexuelle Fantasien und Neigungen in der Behandlung offen zu thematisieren, was Ängste bei den Betroffenen mindern könnte. Dabei geht es auch um Patienten mit hohem Pornografiekonsum. Zum einen sollte ein mögliches Suchtverhalten exploriert werden, zum anderen die Inhalte der Materialien, um pädophiles Bildmaterial und delinquentes Verhalten früh zu erkennen. In Studie 1 konnte festgestellt werden, dass auch Patienten mit teleiophiler Sexualpräferenz Missbrauchsmaterialien im Internet konsumierten, was die Notwendigkeit einer umfangreichen Exploration hinsichtlich der sexuellen Präferenz sowie Online-Nutzung (wie oben erläutert) verdeutlicht. Insgesamt stellt die Arbeit mit Patienten mit sexueller Präferenzstörung besondere Anforderungen an die Therapeuten, da sich die Therapieziele und die Therapiemotivation von denen psychosomatischer bzw. neurotischer Patienten unterscheiden können. Psychosomatische Patienten leiden direkt unter dem Symptom der jeweiligen Störung (z.B. Angst bei einer Phobie). Patienten mit Pädophilie hingegen leiden eher indirekt unter der Störung nämlich durch die Folgen der Sexualpräferenz, da ein potentielles Ausleben der Lust zu Selbst- und Fremdgefährdung führen würde. Therapieziel ist daher zuvorderst ein Verhindern dieses Auslebens zum Schutz potentieller Opfer und des Patienten davor zum Täter zu werden. In diesem Prozess aufkommende Fantasien sowie aversive Gefühle wie Angst und Scham müssen vom Therapeuten in einem Containment gehalten und folgend bearbeitet werden. In diesem Kontext kann es zu negativen Übertragungs-Gegenübertragungsprozessen kommen, die eine intensive Auseinandersetzung und bei Bedarf einer Supervision verlangt.

3. Sexuelle Handlungen im Internet

In Studie 1 zeigt sich, dass ein großer Anteil pädosexueller Taten im Internet stattfindet, was sich mit weiteren Forschungsergebnissen deckt [15]. Verschiedene Studien zeigen, dass ein beträchtlicher Anteil der Konsumenten von Missbrauchsmaterialien das Internet problematisch oder süchtig machend nutzt [104]. Dabei konnte festgestellt werden, dass Patienten mit Konsum von Missbrauchsabbildungen Anzeichen von suchartigem Online-Verhalten wie übermäßigem Gebrauch, Besorgnis, Entzugserscheinungen, einem längeren Online-Bleiben als beabsichtigt und vergeblichen Versuchen, das Verhalten zu kontrollieren, aufzeigen [104]. Hierbei kommt es zu einer massiven Schädigung von Minderjährigen und in

Folge auch der Konsumenten selbst, die auf diese Art der Internetnutzung ihr Familienleben und ihre Partnerschaften beeinträchtigen [104]. Der Konsum von Missbrauchsabbildungen im Internet kann vor diesem Hintergrund als ein konsistentes maladaptives Muster für die Suche nach Stimulation angesehen werden. Ähnlich wie bei den Benutzern von sexuellem Online-Material kann es als ein maladaptiver Versuch angesehen werden, mit Stress und negativen Auswirkungen aus verschiedenen Quellen umzugehen [104].

Berner und Briken (2012) gehen davon aus, dass starke äußere Reize wie Pornografie das „Seeking-System“ so stark aktivieren könnten, dass es möglich ist, dass ein suchartiger oder auch zwanghafter Charakter entsteht. Diese Reize könnten gleichzeitig als Kompensation anderer Bedürfnisse (z.B. Liebesbeziehungen) dienen [105]. Für die Behandlung dieser Patientengruppe kann es einerseits bedeuten, dass sie durch das suchartig werdende Verhalten ihre partnerschaftlichen Beziehung stören oder zerstören; andererseits mit dem Verhalten einen Wunsch nach Nähe und Beziehung kompensieren. Zugrundeliegend könnte eine Verlagerung eigener Bedürfnisse (z.B. eine Liebesbeziehung oder emotionale Nähe) in die virtuelle Welt. Die Ambivalenz dieses Verhaltens und damit einhergehende selbstschädigende Konsequenzen wie z.B. das Verhindern einer tiefen Beziehung durch Rückzug aus der realen Welt, sollte in der Therapie aufgegriffen und bearbeitet werden.

4. Kindheitsbelastungen

Das zentrale Ergebnis der vorliegenden Forschungsergebnisse ist, dass Patienten mit pädophilen Neigungen erhebliche Kindheitsbelastungen aufweisen. Dabei konnten die bisherigen Forschungsergebnisse erweitert werden, indem neben Erfahrungen sexuellen Missbrauchs auch emotionaler und körperlicher Missbrauch sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung einbezogen wurden (siehe Studie 2). Die beobachteten Unterschiede zu den Vergleichsstichproben sprechen für eine Kindheit mit erheblichen aversiven Erfahrungen bei den Patienten der Präventionsambulanz. In einer anschließenden Studie mit einer differenzierteren Betrachtung von Patienten mit Konsum von Missbrauchsabbildungen konnte dieses Ergebnis für die spezifische Patientengruppe ebenfalls aufgezeigt werden [104]. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit früheren Forschungsarbeiten [88, 89]. In der Gruppe der Nutzer von Missbrauchsabbildungen konnten ebenfalls hohe Anteile an sexuellem Missbrauch in der Kindheit sowie emotionaler Vernachlässigung aufgezeigt werden. Dies ist als deutlicher Hinweis auf den Einfluss aversiver Kindheitserfahrungen für die Entwicklung paraphilen bzw. devianten Sexualverhaltens zu verstehen und bestätigt vielfache Hypothesen, welche die Wurzeln paraphilen Sexualverhaltens in der frühen Kindheit vermuten [66, 67, 69, 106]. De Masi [69] weist darauf hin, dass die Sexualisierung durch den Kontakt mit einem Elternteil oder der

fehlende Kontakt zu einer Vertrauensperson die Persistenz einer phantasierten Kindheit fördern kann. Sexuelle Phantasien könnte in diesem Kontext als Abwehr gegen unangenehme Emotionen verstanden werden [69]. Auf die Bedeutung der Emotion im Kontext von Sexualität geht auch Kernberg ein. Kernberg (1997, S. 325) erklärt, dass die Aggression stets ein wesentlicher Bestandteil von Sexualität ist. Unter nicht-pathologischen Umständen jedoch erfüllt Aggression seine Funktion für Sexualität und Liebe, indem sie in die objektbezogene genitale Sexualität eingebunden wird und somit das sexuelle Erleben um polymorph-perverse Komponenten bereichert. Unter pathologischen Bedingungen werde die Sexualität und Liebe hingegen in den Dienst der Aggression gestellt und wirke destruktiv [107]. Kernberg (1997) bezieht sich bei seinen Ausführungen auf Stoller (1991), der die Rolle der Aggression bei der erotischen Erregung betont und die Perversion ebenfalls als einen funktionalen Ausdruck versteht, der mit aggressiven und feindseligen Fantasien bei der Person verknüpft sei [65]. Von der Mentalisierungsbasierten Therapie [108, 109] ausgehend wird vermutet, dass sich „fremde“, unverständliche Affekte (z.B. Aggression) mit Gefühlen sexueller Erregung vermischen könnten und Sexualität im Folgenden der Regulation unterschiedlicher Bedürfnisse und Affekte dienen könnten [110, 111].

Generell ist die Pathogenese der Pädophilie sicherlich als multifaktoriell anzusehen. Wir konnten jedoch zeigen, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen pädosexuellen Präferenzen und aversiver Kindheitserfahrungen besteht, was bedeutet, dass diese spezifischen, defizitären Entwicklungen u.a. in Beziehungen oder der Affektwahrnehmung- und -regulierung (s.o. [107, 110, 111] in die therapeutische Arbeit integriert werden sollten. Weiterhin konnten wir deutlich machen, dass eine Berücksichtigung möglicher suchartiger Entwicklungen und suchartigen Verhaltens notwendig ist.

Weitere Untersuchungen in größeren Stichproben sind dringend nötig, um ein tieferes Verständnis dieser Zusammenhänge zu erlangen, das helfen könnte das Krankheitsbild der Pädophilie näher zu verstehen und damit auch fokussierte Interventionsansätze für diese Patientengruppe weiterzuentwickeln.

5. Limitationen und Ausblick

Mehrere Limitationen schränken die Interpretierbarkeit der Ergebnisse ein. Zunächst wurden die Daten der pädophilen Patienten aus den Beratungsgesprächen der Präventionsambulanz extrahiert. Besonders bei der ersten Kontaktaufnahme sind die Patienten häufig verängstigt, da schon dieser Schritt eine große Überwindung bedeutet. Dies könnte Einfluss auf die Angaben im Erstkontakt haben und möglicherweise steigt die Offenbarungsbereitschaft im Verlauf einer entwickelten therapeutischen Vertrauensbeziehung.

Weiterhin konnte bei der Untersuchungsgruppe der pädophilen Patienten aufgrund der kleinen Stichproben nicht ausreichend zwischen Tätern und Nicht-Tätern unterschieden werden. In der Literatur wird jedoch auf die Bedeutung hingewiesen, diese Gruppen zu differenzieren [17]. Dies sollte in der weiterführenden Forschung berücksichtigt und untersucht werden.

In den Vergleichsstichproben (Allgemeinbevölkerung, psychosomatische Patienten) wurde keine Sexualanamnese durchgeführt und die sexuelle Präferenz einer möglichen Pädophilie erfasst. Es ist daher nicht auszuschließen, dass sich in einer der Gruppen Personen mit pädophiler Neigung befanden. Bei einer angenommenen Prävalenz von 1% für die Diagnose der Pädophilie [13] ist jedoch von keinem signifikanten Einfluss auf das Ergebnis der Kontrollgruppe auszugehen

Die Verwendung des etablierten und standardisierten Fragebogens zur Erfassung von Kindheitsbelastungen stellt einerseits eine diagnostische Stärke dar, andererseits handelt es sich um ein retrospektives Instrument, sodass die kritische Berücksichtigung eines möglichen Recall Bias bedacht werden muss [18]. Außerdem fokussiert das Instrument Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit. Weitere Quellen negativer Kindheitserfahrungen, wie beispielsweise der Verlust eines Elternteils oder innerfamiliäre Beziehungen wurden nicht erfasst. Hieran sollten künftige Studien anknüpfen und gegebenenfalls einbeziehen, wie Patienten die Gestaltung sozialer Interaktionen, insbesondere mit den Eltern im frühen Leben pädophiler Patienten, erlebt haben.

Hieran anknüpfend und mit Bezug auf die Arbeiten von Fonagy und Target [110-112] sollten auch mögliche Defizite in der Mentalisierungsfähigkeit bei Patienten mit Pädophilie untersucht werden. Beeinträchtigungen des Mentalisierens fußen auf frühen Störungen der Eltern-Kind-Interaktion im Sinne repetitiver Fehlabbildung der bedeutsamen Spiegelungsvorgänge in den frühen Bindungsbeziehungen [108, 113]. Folgen sind interpersonelle Schwierigkeiten, Defizite in der Selbstwahrnehmung sowie Regulation eigener Gefühle. Bei Patienten mit Pädophilie zeigen sich diese Defizite in der Schwierigkeit, sexuelle sowie emotionale Impulse zu steuern, der Perspektivübernahme und Empathie für Opfer zu entwickeln und interpersonellen Beeinträchtigungen [15]. Angelehnt an ein therapeutisches Konzept von Berry und Berry [19], die sexuell entgleitendes Verhalten als Ausdruck eines Versuchs versehen, unangenehme bzw. negative Gefühle und Gedanken zu regulieren, könnten auch in der Therapie bei Patienten mit Pädophilie mentalisierungsbasierte Interventionen eingesetzt werden. Ziel sollte es sein, die defizitäre Mentalisierungsfähigkeit der Patienten zu stärken und somit die Affekt- und Impulsregulation sowie zwischenmenschliche Fähigkeiten zu fördern [108]. Durch das Entwickeln der

Fähigkeit, eigenes oder das Verhalten anderer durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren [113], könnte es den Patienten ermöglicht werden, Beziehungen funktional und befriedigend zu gestalten, die eigene Sexualität zu integrieren und ihr Leben nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen im interpersonellen Austausch zu gestalten.

Weitere Forschung ist notwendig, um ein tieferes Verständnis über die Zusammenhänge von aversiver Kindheitserfahrungen, der Verarbeitung von Emotionen und der Entwicklung paraphiler Neigungen, in diesem Kontext von pädophilen Neigungen, zu entwickeln und die psychotherapeutische Arbeit zu verbessern.

6. Literatur (Kapitel I bis IV)

1. Gilbert, R., et al., *Burdens and consequences of child maltreatment in high-income countries*. Lancet, 2009. **373**: p. 68-81.
2. Subic-Wrana, C., et al., *Kindheitstraumatisierungen, psychische Beschwerden und Diagnosen bei Patienten in einer psychosomatischen Universitätsambulanz*. Psychother Psych Med, 2011. **61**: p. 54-61.
3. Yanos, P.T., S.J. Czaja, and C. Spatz Widom, *A Prospective Examination of Service Use by Abused and Neglected Children Followed Up Into Adulthood*. Psychiatric Services, 2010. **61**: p. 796-802.
4. McElroy, E., et al., *Prevalence and predictors of Axis I disorders in a large sample of treatment-seeking victims of sexual abuse and incest*. European Journal of Psychotraumatology, 2016. **7**.
5. WHO Regional Office for Europe, *European report on preventing child maltreatment*. 2013, WHO Regional Office for Europe
6. Witt, A., et al., *Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2017. **11**(1): p. 1-9.
7. Finkelhorn, D., et al., *The Lifetime Prevalence of Child Sexual Abuse and Sexual Assault Assessed in Late Adolescence*. Journal of Adolescent Health, 2014. **55**(329-333).
8. Stoltenborgh, M., et al., *The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses*. Child Abuse Review, 2014. **24** (1): p. 37-50.
9. Bundeskriminalamt, *Polizeiliche Kriminalstatistik 2017: Standard Übersicht Tatverdächtigentabellen*. 2018: Wiesbaden.
10. Hanson, R.K. and M.T. Bussière, *Predicting Relapse: A meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1998. **66**: p. 348-362.
11. Mann, R.E., K.E. Hanson, and D. Thornton, *Assessing Risk for Sexual Recidivism: Some Proposals on the Nature of Psychologically Meaningful Risk Factors*. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 2010. **22**(2): p. 191-217.
12. Seto, M.C., James M. Cantor, and Ray Blanchard. , *Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia*. Journal of abnormal psychology, 2006. **115**.
13. Ahlers, C.J., et al., *How Unusual are the Contents of Paraphilias? Paraphilia-Associated Sexual Arousal Patterns in a Community-Based Sample of Men*. The Journal of Sexual Medicine, 2011. **8**(5): p. 1362-1370.
14. 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)*. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 2009. **20**(6): p. 851-867.
15. Beier, K.M., et al., *The German Dunkelfeld Project: A Pilot Study to Prevent Child Sexual Abuse and the Use of Child Abusive Images*. Journal of Sexual Medicine, 2015. **12**: p. 529-542.
16. Beier, K.M., et al., *Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld*. Sexuologie, 2006. **13**: p. 139-147.
17. Gerwin, H., et al., *Clinical characteristics associated with paedophilia and child sex offending – Differentiating sexual preference from offence status*. European Psychiatry, 2018. **51**: p. 74-85.
18. Glaesmer, H., *Assessing childhood maltreatment on the population level in Germany: findings and methodological challenges*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2016. **10**(15): p. 1-6.
19. Berry, M.D. and P.D. Berry, *Mentalization-based therapy for sexual addiction: foundations for a clinical model*. Sexual and Relationship Therapy, 2014. **29**(2): p. 245-260.

20. Präventionsnetzwerk "Kein Täter werden". *Erfahrungsberichte - Kinder begehren*. [cited 2020 27.04.]; Available from: <https://www.kein-taeter-werden.de/betroffene/#therapie>.
21. Young, K., S., *Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder*. *Cyber Psychology and Behaviour*, 1998. **1**(3): p. 237-244.
22. Witt, A., et al., *Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population*. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2017. **11**.
23. Jud, A., J.M. Fegert, and D. Finkelhor, *On the incidence and prevalence of child maltreatment: a research agenda*. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. , 2016. **10**(17): p. 1-5.
24. Pereda, N., et al., *The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*, 2009. **29**: p. 328–338.
25. Goldman, J.D. and U.K. Padayachi, *Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research*. *Journal of Sex Research*, 2000. **37**(4): p. 305-314.
26. Subic-Wrana, C., et al., *Kindheitstraumatisierungen, psychische Beschwerden und Diagnosen bei Patienten in einer psychosomatischen Universitätsambulanz*. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 2011. **61**: p. 54-61.
27. Cogle, J.R., et al., *Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication*. *Psychiatry research*, 2010. **177**(1-2): p. 150-155.
28. Berthelot, N., et al., *Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems*. *Journal of sex & marital therapy*, 2014. **40**(5): p. 434-443.
29. Paras, M.L., et al., *Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis*. *Jama*, 2009. **302**(5): p. 550-561.
30. Irish, L., I. Kobayashi, and D.L. Delahanty, *Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: A meta-analytic review*. *Journal of Pediatric Psychology*, 2010. **35**(5): p. 450–461.
31. Trickett, P.K., J.G. Noll, and F.W. Putnam, *The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study*. *Development and psychopathology*, 2011. **23**(2): p. 453-476.
32. Dombert, B., et al., *How common is males' self-reported sexual interest in prepubescent children?* *The Journal of sex research*, 2015. **53**(2): p. 214-223.
33. Beier, K.M., et al., *Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld*. *Sexuologie*, 2006. **13**(2-4): p. 139-147.
34. Bundeskriminalamt, *Jahrbuch 2016 Band 4: Einzelne Straftaten/-gruppen und ausgewählte Formen der Kriminalität*. *Polizeiliche Kriminalstatistik*. 2016, Wiesbaden.
35. National Center For Injury Prevention And Control. *Child Abuse and Neglect Prevention*. 2017 April 17, 2017; Available from: <https://www.cdc.gov/ViolencePrevention/childmaltreatment/>.
36. Marshall, W.A. and J.M. Tanner, *Variations in pattern of pubertal changes in girls*. *Archives of disease in childhood*, 1969. **44**(235): p. 291-303.
37. Marshall, W.A. and J.M. Tanner, *Variations in the pattern of pubertal changes in boys*. *Archives of disease in childhood*, 1970. **45**(239): p. 13-23.
38. Beier, K.M., et al., *Hebephilie als sexuelle Störung*. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 2013. **81**: p. 128-137.
39. Beier, K.M. and K. Loewit, *Praxisleitfaden Sexualmedizin*. 2011, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
40. Beier, K.M., et al., *Pädophilie und Hebephilie im Kontext sexuellen Kindesmissbrauchs*. *Sexuologie* 2015 **22**((3–4)): p. 127–136.
41. Beckstead, A.L., *Can we change sexual orientation?* *Archives of Sexual Behavior*, 2012. **41**(1): p. 121–134.
42. Seto, M., *Is pedophilia a sexual orientation?* *Archives of sexual behavior*, 2012. **41.1**(1): p. 231–236.

43. Marshall, W.L., *Are pedophiles treatable? Evidence from North American studies*. *Seksuologia Polska*, 2008. **6**(1): p. 39-43.
44. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5 ed. 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
45. World Health Organization. *Pedophilic disorder*. 2018; Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/> <http://id.who.int/icd/entity/517058174>.
46. World Health Organization, *International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems*. 2004, Geneva: World Health Organization
47. Marshall, W.A. and J.M. Tanner, *Variations in Pattern of Pubertal Changes in Girls*. *Archives of Disease in Childhood*, 1969. **44**(291).
48. Marshall, W.A. and J.M. Tanner, *Variations in the Pattern of Pubertal Changes in Boys*. *Archives of Disease in Childhood*, 1970. **45**(13).
49. Krafft Ebing, R.V., *Psychopathia sexualis [Sexual Psychopathy]*. 1886, Stuttgart: Enke.
50. Blanchard, R., *The DSM diagnostic criteria for pedophilia*. *Archives of sexual behavior* 2010. **39**(2): p. 304-316.
51. Ahlers, C.J., G.A. Schaefer, and K.M. Beier, *Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit in DSM-IV und ICD-10*. *Sexuologie* 2005. **12** p. 20–152.
52. Dombert, B., et al., *How common is males' self-reported sexual interest in prepubescent children?* *The Journal of sex research*, 2015.
53. Sigré-Leirós, V., J. Carvalho, and P. Nobre, *Cognitive schemas and sexual offending: Differences between rapists, pedophilic and nonpedophilic child molesters, and nonsexual offenders*. *Child abuse & neglect*, 2015. **40**: p. 81-92.
54. Kingston, D.A., et al., *The utility of the diagnosis of pedophilia: A comparison of various classification procedures*. *Archives of sexual behavior*, 2007. **36**(3): p. 423-436.
55. Seto, M.C. and M.L. Lalumière, *A brief screening scale to identify pedophilic interests among child molesters*. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 2001. **13**(1): p. 15-25.
56. Beier, K.M., et al., *Pädophilie und Hebephilie im Kontext sexuellen Kindesmissbrauchs*. *Sexuologie*, 2015. **22**(3-4): p. 127–136.
57. Seto, M.C., et al., *The puzzle of intrafamilial child sexual abuse: A meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims*. *Clinical Psychology Review*, 2015. **39**: p. 42-57.
58. Aspelmeier, J.E., A.N. Elliott, and C.H. Smith, *Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment*. *Child Abuse & Neglect*, 2007. **31**(5): p. 549-566.
59. Lindberg, F.H. and L.J. Distad, *Post-Traumatic Stress Disorder in Women Who Experienced Childhood Incest*. *Child Abuse & Neglect*, 1985. **9**: p. 329-334.
60. Kafka, M., *Axis I Psychiatric Disorders, Paraphilic Sexual Offending and Implications for Pharmacological Treatment*. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 2012. **49**: p. 255-261.
61. Krueger, R.B., M.S. Kaplan, and M.B. First, *Sexual and other Axis I diagnoses of 60 males arrested for crimes against children involving the Internet*. *CNS Spectrum*, 2009. **14**: p. 623-631.
62. Sigusch, V., *Leitsymptome suchtig-perverser Entwicklungen*. *Deutsches Ärzteblatt*, 2002. **99**(50): p. 2678-2678.
63. Freud, S., *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie und verwandte Schriften: Auswahl und Nachwort von Alexander Mitscherlich*. 1971: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
64. Freud, S., *Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang*. *Gesammelte Werke*, Bd. XVII. 1938, Frankfurt/M.: Fischer.
65. Stoller, R.J., *Perversion: Die erotische Form von Hass*. 1979, Gießen: Psychosozial-Verlag.

66. Chasseguet-Smirgel, J., *Sadomasochism in the perversions: Some thoughts on the destruction of reality*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1991. **39**(2): p. 399-415.
67. Morgenthaler, F., *Die Stellung der Perversionen in Metapsychologie und Technik*. Psyche, 1978. **28**: p. 1077-1147.
68. Becker, N., *Psychoanalytische Theorie sexueller Perversion*, V. Sigusch, Editor. 2006, Thieme: Stuttgart, New York. p. 265 – 275.
69. De Masi, F., *The paedophile and his inner world: Theoretical and clinical considerations on the analysis of a patient*. The International Journal of Psychoanalysis, 2007. **88**: p. 147-165.
70. Beutel, M.E., et al., *Regular and Problematic Leisure-Time Internet Use in the Community: Results from a German Population-Based Survey*. Cyberpsychology, Behaviour and Social Networking, 2011. **14**(5): p. 291.
71. Ross, M., S. Mansson, and K. Daneback, *Prevalence, Severity, and Correlates of Problematic Sexual Internet Use in Swedish Men and Women*. Archives of Sexual Behaviour, 2012. **41**: p. 459–466.
72. Terminology and Semantics Interagency Working Group on Sexual Exploitation of Children, *Terminology guidelines for the protection of children from sexual exploitation and sexual abuse*. 2006, ECPAT International.
73. Seto, M.C., et al., *Viewing Child Pornography: Prevalence and Correlates in a Representative Community Sample of Young Swedish Men*. Archives of Sexual Behavior, 2015. **44**: p. 67-79.
74. Internet Watch Foundation, *Statistics and Trends 2017*, in *Annual Report 2017*. 2017, Internet Watch Foundation: Cambridge
75. Beier, K.M. and J. Neutze, *Das neue „Präventionsprojekt Kinderpornografie“ (PPK): Erweiterung des Berliner Ansatzes zur therapeutischen Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld*. Sexuologie, 2009. **16**(1): p. 1-2.
76. Seto, M., J. Cantor, and R. Blanchard, *Child Pornography Offenses Are a Valid Diagnostic Indicator of Pedophilia*. Journal of Abnormal Psychology, 2006. **115**(3): p. 610-615.
77. Seto, M.C. and M.L. Lalumière, *What Is So Special About Male Adolescent Sexual Offending? A Review and Test of Explanations Through Meta-Analysis*. Psychological Bulletin, 2010. **136**(4): p. 526.
78. Elliott, I. and A. Beech, *Understanding online child pornography use: Applying sexual offense theory to internet offenders*. Aggression and Violent Behavior 2009. **14**: p. 180-193.
79. Giralt, S., et al., *Prevalence, risk factors, and psychosocial adjustment of problematic gambling in adolescents: Results from two representative German samples*. Journal of Behavioral Addictions, 2018. **7**(2): p. 339-347.
80. Babchishin, K.M., R.K. Hanson, and C.A. Hermann, *The Characteristics of Online Sex Offenders: A Meta-Analysis*. Sexual Abuse, 2011. **23**(1): p. 92–123.
81. Häuser, W., et al., *Maltreatment in childhood and adolescence—results from a survey of a representative sample of the German population*. Deutsches Ärzteblatt International, 2011. **108**(17): p. 287–94.
82. Barth, J., et al., *The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis*. International Journal of Public Health, 2013. **58**: p. 469–483.
83. Leeb, R., et al., *Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements. Version 1.0*. 2008, Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Atlanta (GA). p. 1-148.
84. Beutel, T.F., R. Zwerenz, and M. Michal, *Retrospektiv berichtete Kindheitstraumatisierung und Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter von psychosomatischen Patienten*. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 2016. **62**: p. 306-321.

85. Felitti, V.J., et al., *Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults*. American journal of preventive medicine, 1998. **14**(4): p. 245–258.
86. Seto, M.C. and M.L. Lalumière, *What Is So Special About Male Adolescent Sexual Offending? A Review and Test of Explanations Through Meta-Analysis*. Psychological Bulletin 2010. **136**(4).
87. Levenson, J.S., G.M. Willis, and D.S. Prescott, *Adverse Childhood Experiences in the Lives of Male Sex Offenders: Implications for Trauma-Informed Care*. Sexual Abuse, 2016. **28**(4): p. 340-359.
88. Lee, J.K.P., et al., *Developmental risk factors for sexual offending*. Child Abuse & Neglect, 2002. **26**: p. 73-92.
89. Alanko, K., et al., *Male Sexual Interest In and Offending Against Children: The Abused-Abuser Hypothesis*. Journal of Forensic Psychology Research and Practice, 2017. **17**(2): p. 128-144.
90. Levenson, J.S. and M.D. Grady, *The Influence of Childhood Trauma on Sexual Violence and Sexual Deviance in Adulthood*. Traumatology, 2016. **22**(2): p. 94-103.
91. Cohen, L.J. and I.I. Galynker, *Clinical Features of Pedophilia and Implications for Treatment*. Journal of Psychiatric Practice, 2002. **8**: p. 276-289.
92. Seto, M.C., *Pedophilia and Sexual Offenses Against Children*. Annual Review of Sex Research, 2004. **15**: p. 321-361.
93. Craissati, J., G. McClurg, and K. Browne, *Characteristics of Perpetrators of Child Sexual Abuse Who Have Been Sexually Victimized as Children*. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 2002. **14**(3).
94. Wittchen, H.-U., et al., *SKID I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft und Beurteilungsheft. Eine deutschsprachige, erweiterte Bearb. d. amerikanischen Originalversion des SKID I*. 1997.
95. Fydrich, T., et al., *SKID II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft*. . 1997.
96. Lobbestael, J., M. Leurgans, and A. Arntz, *Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DS-IV axis I disorders (SCID I) and Axis II (SCID II)*. Clinical Psychology & Psychotherapy, 2011. **18**(1): p. 75-79.
97. Klinitzke, G., et al., *The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): psychometric characteristics in a representative sample of the general population*. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2012. **62**(2): p. 47-51.
98. Walker, E.A., et al., *Costs of Health Care use by Women HMO Members With a History of Childhood Abuse and Neglect*. Archives of General Psychiatry, 1999. **56**: p. 609-613.
99. Bernstein, D.P., et al., *Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire*. Child Abuse & Neglect, 2003. **27**(2): p. 169-190.
100. Marx, C.M., C. Subic-Wrana, and M.E. Beutel, *Klinische Merkmale der Inanspruchnehmer einer Präventionsambulanz für Pädophilie*. 120-126, 2019. **64**(2): p. 120-126.
101. Marx, C.M., et al., *Experienced childhood maltreatment in a sample of pedophiles: comparisons with patients of a psychosomatic outpatient clinic and the general population*. The Journal of Sexual Medicine, 2020.
102. Jahnke, S., K. Philipp, and J. Hoyer, *Stigmatizing attitudes towards people with pedophilia and their malleability among psychotherapists in training*. Child Abuse Neglect, 2015. **40**: p. 93-102.
103. Stiels-Glenn, M., *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung pädosexueller Patienten*. Recht & Psychiatrie, 2010. **28**: p. 74-80.
104. Marx, C.M., K.W. Müller, and M.E. Beutel, *Adverse Childhood Experiences in Persons with Addictive Online Behaviour*. Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, under revision.

105. Berner, W. and P. Briken, *Pleasure Seeking and the Aspect of Longing for an Object in Perversion. A Neuropsychoanalytical Perspective*. American Journal of Psychotherapy, 2012. **66**(2): p. 129-150.
106. De Masi, F., *The Pedophile and his inner word: Theoretical and clinical considerations on the analysis of a patient*. International Journal of Psychoanalysis, 2007. **88**: p. 147-165.
107. Kernberg, O.F., *Wut und Hass: Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen*. 1997, Stuttgart: Klett-Cotta.
108. Bateman, A. and P. Fonagy, *Mentalization-based treatment for personality disorder: A practical guide*. 2016, Oxford: Oxford University Press.
109. Fonagy, P. and A. Bateman, *Mechanisms of Change in Mentalization-Based Treatment of BPD*. Journal of Clinical Psychology, 2006. **62**: p. 411-430.
110. Fonagy, P., *A Genuinely Developmental Theory of Sexual Enjoyment and Its Implications for Psychoanalytic Technique*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 2008. **56**(1): p. 11-36.
111. Target, M., *Is Sexuality our own? A Developmental Model of Sexuality based on Early Affect Mirroring*. British Journal of Psychotherapy, 2007. **23**(4): p. 517-530.
112. Fonagy, P. and M. Target, *Playing with reality I*. The International Journal of Psychoanalysis, 1996. **77**: p. 217-233.
113. Fonagy, P., et al., *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. 2015, Stuttgart: Klett-Cotta.

CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten

Name: Caroline Maria Marx
Geburtsdatum/-ort: 05.12.1988 in Marburg/Lahn
Anschrift: Gartenfeldstraße 9, 55118 Mainz, caro.m.marx@gmail.com

Ausbildung

04/2014 – 04/2020 Universitätsmedizin Mainz, Weiterbildungsstudiengang
Psychodynamische Psychotherapie, Approbation zur Psychologischen
Psychotherapeutin
09/2011 – 04/2012: University of Glasgow, Großbritannien, Auslandssemester
10/2008 - 03/2014: Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Diplom in Psychologie
(Gesamturteil: 1,3)
09/2001 - 06/2008: Gymnasium Landschulheim Steinmühle Marburg, Allgemeine
Hochschulreife (Gesamturteil: 1,6)

Arbeitserfahrung

Seit 01/2016 Doktorandin der Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz
01/2016 – 10/2018 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Dunkelfeld-Projekt: Kein Täter
werden – „Lieben Sie Kinder mehr als Ihnen lieb ist?“ (Leitung: Herr
Prof. Beutel)
07/2015 – 03/2016 Psychotherapeutin in Ausbildung in der Ausbildungsambulanz der
Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsmedizin
Mainz.
07/2014- 07/2015: Psychotherapeutin in Ausbildung in der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie in Hofheim/Taunus.
11/2012 – 05/2013: Forschungspraktikum: Sigmund Freud-Institut, Frankfurt, ERSTE
SCHRITTE-Projekt.
10/2012 – 05/2013: Studentische Hilfskraft in der Klinischen Psychologie und im
Weiterbildungsstudiengang für Psychotherapie.
04/2010 – 07/2013: Studentische Hilfskraft in der Abteilung für Entwicklungspsychologie
und Pädagogische Psychologie.