

Aus dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Univ.-Prof. Dr. Peter Angerer

Betrachtung der Effektivität der Berliner
Dissexualitätstherapie des Präventionsprojektes Dunkelfeld
„Kein Täter werden“ am Standort Düsseldorf

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Public Health der Medizinischen
Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Vorgelegt von
Carolin Jungbluth

2025

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöckner

Erstgutachter: Prof. Dr. med. Peter Angerer

Zweitgutachterin: PD Dr. phil. Simone Weyers

Das Geheimnis der Veränderung besteht darin,
deine ganze Energie darauf zu konzentrieren,
Neues aufzubauen, statt Altes zu bekämpfen.

Sokrates

(469 v. Chr. – 399 v. Chr.)

Zusammenfassung

Bisherige Forschungs- und Präventionsansätze zur Verhinderung von sexuellem Kindesmissbrauch fanden fast ausschließlich im Hellfeld, also im direkt strafrechtlichen Kontext, statt. Allgemeine Daten legen allerdings nahe, dass der größte Anteil sexueller Übergriffe im Dunkelfeld stattfindet.

Das Präventionsprojekt Dunkelfeld „Kein Täter werden“ ermöglicht Diagnose und Therapie für Menschen, die sich, im Sinne einer Störung der sexuellen Präferenz, sexuell zu Kindern und/oder Jugendlichen hingezogen fühlen und befürchten erstmalig oder wiederholt sexuelle Übergriffe, im Sinne einer Störung des sexuellen Verhaltens, zu begehen. Entweder durch direkten körperlichen Kontakt (hands on) oder indirekt über den Konsum und/oder die Herstellung von Missbrauchsabbildungen (hands off). Die Ambulanz des Präventionsprojektes Dunkelfeld am Standort Düsseldorf besteht seit Juni 2014. Der diagnostische und therapeutische Prozess wird durch regelmäßige Datenerhebung, im Rahmen einer standortbezogenen Evaluation des Gesamtkonzepts, begleitet. Dabei ist die Therapie auf ein Jahr ausgelegt, wobei sich individuelle Unterschiede der Therapiedauer zeigen. Ziel ist die Erhöhung der Verhaltenskontrolle durch therapeutische Bearbeitung relevanter Risikofaktoren.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, vor dem Hintergrund beschriebener gesellschaftlicher und klinischer Relevanz, eine therapeutische Ansprechbarkeit (potentieller) Täter zu überprüfen. Daher wurde das Therapie Outcome in Bezug auf die Veränderung dynamischer Risikofaktoren betrachtet und ob sich hands-off und hands-on Teilnehmer dabei unterschieden. Zusätzlich wurden weitere mögliche Prädiktoren für eine Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren untersucht. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob sich beschriebene dynamische Risikofaktoren bereits ein Jahr nach Therapiebeginn positiv verändern. Untersucht wurden 35, ausschließlich männliche, Teilnehmer, bei denen die Teilnahmekriterien erfüllt waren und die von Therapiebeginn, bis zum Abschluss regelmäßig am therapeutischen Programm teilgenommen haben. Alle dynamischen Risikofaktoren, mit Ausnahme des Selbstwertes, veränderten sich zum Therapieabschluss im Sinne einer Verbesserung. Dabei ergaben sich teilweise Unterschiede zwischen den Therapiegruppen. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die erlebte Traumatisierung, besonders auf der emotionalen Ebene, einen Einfluss auf die Veränderbarkeit bestimmter dynamischer Risikofaktoren hatte. Ebenfalls stellte sich die Therapiedauer als moderierende Variable dar. Allerdings konnte in der beschriebenen Stichprobe kein wesentlicher Effekt nach einem Jahr Therapie gezeigt werden.

Betroffene und (potentielle) Täter können durch die therapeutische Umsetzung der Berliner Dissexualitätstherapie am Standort Düsseldorf erreicht werden. Es kam bei den untersuchten Teilnehmern zu einer Abnahme missbrauchsbegünstigender und zu einer Zunahme unterstützender Faktoren. Unterschiedliche Faktoren, wie die erlebte Traumatisierung, scheinen dabei einen moderierenden Effekt zu haben.

Abstract

Previous research and prevention approaches for the prevention of child sexual abuse have almost exclusively been carried out in the bright field, i.e. in the direct criminal law context. However, general data suggests that the majority of sexual assaults take place in the dark field.

The prevention project Dunkelfeld “Kein Täter werden” (“Don't become a perpetrator”) enables diagnosis and therapy for people who feel sexually attracted to children and/or adolescents in the sense of a sexual preference disorder and fear committing sexual assaults for the first time or repeatedly in the sense of a sexual behavior disorder. Either through direct physical contact (hands on) or indirectly through the consumption and/or production of abusive images (hands off). The outpatient clinic of the Dunkelfeld prevention project in Düsseldorf has been in existence since June 2014. The diagnostic and therapeutic process is supported by regular data collection as part of a site-specific evaluation of the overall concept. The therapy is designed to last one year, with individual differences in the duration of therapy. The aim is to increase behavioral control through therapeutic treatment of relevant risk factors.

The aim of this study was to examine the therapeutic responsiveness of (potential) offenders against the background of the social and clinical relevance described above. Therefore, the therapy outcome was examined in relation to the change in dynamic risk factors and whether hands-off and hands-on participants differed. In addition, further possible predictors for the changeability of dynamic risk factors were examined. Furthermore, the aim was to examine whether the dynamic risk factors described changed positively just one year after the start of therapy.

The study included 35 exclusively male participants who met the participation criteria and who regularly participated in the therapeutic program from the start of therapy until its conclusion. All dynamic risk factors, with the exception of self-esteem, changed for the better at the end of therapy. There were some differences between the therapy groups. In addition, it was shown that the traumatization experienced, particularly on an emotional level, had an influence on the changeability of certain dynamic risk factors. The duration of therapy also proved to be a moderating variable. However, no significant effect could be shown in the sample described after one year of therapy.

Affected persons and (potential) perpetrators can be reached through the therapeutic implementation of the Berlin Dissexuality Therapy in Düsseldorf. Among the participants studied, there was a decrease in factors favoring abuse and an increase in supportive factors. Various factors, such as the traumatization experienced, appear to have a moderating effect.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Einordnung	3
1.1.1	Epidemiologie sexueller Gewalt gegen Kinder	3
1.1.2	Pädo- / Hebephilie, pädo- / hebephile Präferenzstörung und pädo- / hebephile Verhaltensstörung	4
1.1.3	Prävalenz der Pädo- / Hebephilie	5
1.1.4	Ätiologie der Pädo- / Hebephilie	5
1.1.5	Ätiologie der pädo- / hebephilen Verhaltensstörung	6
1.1.6	Folgen pädo- / hebephiler Sexualpräferenz	8
1.2	Bisherige Versorgungsstruktur	9
1.2.1	Versorgungsstruktur im Hellfeld	9
1.2.2	Versorgungsstruktur im Dunkelfeld	10
1.2.3	Standort Düsseldorf	10
1.3	Ziele der Arbeit	13
2	Material und Methoden	15
2.1	Stichprobe	15
2.2	Ethikvotum	18
2.3	Material und Datenerhebung	18
2.3.1	Psychometrische Verfahren und Testgütekriterien	20
2.4	Design und Auswertung	26
2.4.1	Daten der Hauptfragestellung	26
2.4.2	Daten der Nebenfragestellung	27
3	Ergebnisse	29
3.1	Ergebnisse der Hauptfragestellung	29
3.2	Ergebnisse der Nebenfragestellung	37
3.2.1	Zusammenhang zwischen dem Grad der eigenen Traumatisierung und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren	37
3.2.2	Zusammenhang zwischen der Anzahl weiterer psychiatrischer Diagnosen (SKID I) und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren	42

3.2.3	Zusammenhang zwischen der Therapiezeit und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren	42
3.2.4	Veränderung der Therapieoutcomevariablen zum Messzeitpunkt T2	52
4	Diskussion	55
4.1	Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren	55
4.1.1	Zusammenhänge	59
4.2.1	Zusammenhang zwischen dem Grad der eigenen Traumatisierung und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren	59
4.2.2	Zusammenhang zwischen der Anzahl weiterer psychiatrischer Diagnosen (SKID I) und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren	60
4.2.3	Zusammenhang zwischen der Therapiezeit und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren	60
4.2.4	Veränderung der Therapieoutcomevariablen zum Messzeitpunkt T2	62
4.3	Gesamtbetrachtung und Ausblick	63
5	Literaturverzeichnis	66
6	Anhang	70

1 Einleitung

„Normalerweise ist es so wenn es um Sexualität geht: wenn alle einverstanden sind ist es in Ordnung. Das trifft auf Pädophilie halt einfach nicht zu. Selbst wenn das Kind sagt, dass es einverstanden ist, darf das nie sein, das Kind kann das nicht abschätzen. Niemand sucht sich aus pädophil zu sein, aber ich stelle fest, dass ich mich auf eine Art für Kinder interessiere, die halt nicht in Ordnung ist und darf das in keinster Weise ausleben. Gleichzeitig ist da auch immer dieses Spannungsfeld, auch wenn es um Fantasien geht, inwieweit ich denen nachgehe, damit verbunden ein konstant schlechtes Gewissen, auch wenn es nur im Kopf passiert. Und dazu kommt die latente Angst, so ähnlich wie bei einem Abhängigen, dass was passiert. Ich kann heute sagen, ich habe kein Kind auch nur angeguckt, aber die Versuchung ist halt konstant da. Jedes Kind hat immer eine Attraktivität, die es nicht haben sollte. Man kommt nicht drum rum, man braucht ja nur mal in die Stadt zu gehen. Und ich möchte nicht, dass sich ein Kind auch nur von mir angeguckt fühlt.“ (Teilnehmer „Kein Täter werden“ in Düsseldorf, Juli 2018).

Sexualität stellt in seiner biopsychosozialen Gesamtheit einen wesentlichen Bestandteil der individuellen Identität und einen Kernaspekt des persönlichen Lebens und Erlebens dar (Beier, Bosinsky & Loewit, 2005). Dabei lässt sich Sexualität auf drei Dimensionen beschreiben (Loewit & Bosinski, 2014). Auf der beziehungsorientierten Dimension werden wesentliche Grundbedürfnisse nach Nähe und Geborgenheit in Beziehung abgebildet. Die lustorientierte Dimension dient der direkten Bestärkung sexueller Verhaltensweisen. Die Fortpflanzungsdimension dient letztendlich der Reproduktion. Eine Störung der Sexualität wird von den Betroffenen als Beeinträchtigung der Lebensqualität, mit Einschränkungen in unterschiedlichen Bereichen, empfunden. 1975 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmalig den Begriff der „Sexuellen Gesundheit“. Die neue Definition lautet wie folgt: *„Sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität; es geht dabei nicht nur um die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit erfordert einen positiven und respektvollen Umgang mit Sexualität und sexuellen Beziehungen sowie die Möglichkeit, lustvolle und sichere*

sexuelle Erfahrungen zu machen, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Damit sexuelle Gesundheit erreicht und aufrechterhalten werden kann, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen respektiert, geschützt und erfüllt werden.“ (https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights#tab=tab_1, Zugriff: 25.11.2024).

Dabei wird die Gesundheit in ihrer Gesamtheit betrachtet. Die sexuelle Gesundheit einer Person wird als gestört angesehen, wenn die Person selbst ein Leiden beschreibt oder es zu einer Verletzung anderer kommt. Dabei lassen sich sexualmedizinische Störungsbilder in vier Gruppen einteilen:

- Sexuelle Funktionsstörungen (ICD-10: F52)
- Geschlechtsidentitätsstörungen (ICD-10: F64)
- Soziosexuelle Verhaltensstörungen und sexuelle Präferenzstörungen (ICD-10: F65)
- Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (ICD-10: F66)

Alle genannten Störungsbereiche gehen mit einem hohen Leidensdruck der Betroffenen einher. Allerdings begeben sich die wenigsten in indizierte Behandlung. In Bezug auf sexuelle Funktionsstörungen sind es 20% bis 30% der betroffenen Männer und 40% bis 45% der betroffenen Frauen (Laumann et al. 1999; Lewis et al. 2004). Noch weniger werden, im Sinne einer sexualtherapeutischen Intervention, richtig behandelt. Sexuelle Funktionsstörungen können große Auswirkungen auf eine Partnerschaft haben. Bei fehlender Kommunikation der Partner, können sie auch zum Zerschlagen der Partnerschaft führen. Bei einigen Störungen ist es nicht selten, dass auch der Partner eine sexuelle Störung entwickelt. Demgegenüber steht die sexuelle Präferenzstörung. Hier ergibt sich die Problematik durch die oft fehlende gesellschaftliche Akzeptanz einerseits und oft fehlende partnerschaftliche Auslebbarkeit, andererseits. Dabei kann es, wie beispielsweise im Fall der Pädophilie oder des sexuellen Sadismus (Briken et al. 2019), auch zu einer Gefährdung der sexuellen Gesundheit anderer kommen.

1.1 Einordnung

Gerade im Hinblick auf die Pädophilie werden immer wieder Zusammenhänge hergestellt, die eine gesellschaftliche Annäherung an die Gesamtthematik erschweren. Wir werden mit Schlagzeilen konfrontiert, wie etwa: *„Ein 44-Jähriger aus NRW soll als Babysitter über Jahre Kinder missbraucht und enorme Datenmengen an kinderpornografischen Aufnahmen gesammelt haben. Das jüngste Opfer war einen Monat alt. Die Polizei ermittelt gegen 70 weitere...“* (ARD, Tagesthemen, 23.09.2023), oder *„Ex-Pfarrer wegen sexuellen Missbrauchs verurteilt.“* (ARD, 28.10.2024). Daneben gibt es immer wieder erschütternde Großberichte, wie beispielsweise zum Fall Lügde. Der Fall Lügde ist ein Beispiel für die Schwere und Komplexität von Pädokriminalität und die Notwendigkeit einer umfassenden Aufklärung und Strafverfolgung. Es ist wichtig, dass die Opfer und ihre Angehörigen unterstützt und entschädigt werden und dass die Behörden und Institutionen ihre Verantwortung, im Sinne präventiver Maßnahmen, übernehmen um solche Missbrauchsfälle in Zukunft zu verhindern. Im Folgenden soll ein Überblick über die Epidemiologie von sexueller Gewalt gegen Kinder gegeben werden.

1.1.1 Epidemiologie sexueller Gewalt gegen Kinder

Das Bundeslagebild (Bundeskriminalamt, 2023) „Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern und Jugendlichen“ gibt einen dezidierten Stand. So kam es im Jahr 2023 zum sexuellen Missbrauch von Kindern in 16.375 Fällen (+5,5% zum Vorjahr) und von Jugendlichen in 1.200 Fällen (+5,7% zum Vorjahr). Des Weiteren gab es einen deutlichen Anstieg im Bereich kinder- und jugendpornografischer Inhalte, mit insgesamt 54.042 Fällen (+ 39,6% zum Vorjahr, Bundeskriminalamt, 2023). Neben den teils verheerenden und individuellen Auswirkungen auf die Opfer, kommt es auch zu gesamtgesellschaftlichen Kosten. Eine Studie des Deutschen Jugendinstitutes von 2022 schätzt die Gesamtkosten für die Folgen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland auf etwa 10 Milliarden Euro pro Jahr. Eine andere Studie des *European Institute for Gender Equality* (2024) geht davon aus, dass die Kosten für die Folgen von sexueller Gewalt gegen Frauen in Deutschland sich auf etwa 54 Milliarden Euro jährlich belaufen. Dabei ist es wichtig

zu beachten, dass diese Zahlen nur eine Annäherung an die tatsächlichen Kosten darstellen, da viele Fälle von sexueller Gewalt nicht gemeldet oder registriert werden und sich also ausschließlich auf das Helffeld beziehen können. Einen Überblick zu den Verursachern der Gesamtkosten gibt ebenfalls die Polizeiliche Kriminalstatistik (Bundeskriminalamt, 2023). Es zeigt sich, dass sexueller Missbrauch zu 80% bis 90 % der Fälle durch Männer und männliche Jugendliche ausgeübt wird. 10% bis 20% werden durch Frauen und weibliche Jugendliche verübt. Täter und Täterinnen missbrauchen sowohl Mädchen, als auch Jungen. Wobei Mädchen mit 75% häufiger Opfer sexueller Gewalt werden. Missbrauchende Männer stammen aus allen sozialen Schichten, leben hetero-, homo-, oder bisexuell und unterscheiden sich durch kein Merkmal von nicht missbrauchenden Männern. Über missbrauchende Frauen wurde in Deutschland bislang wenig geforscht. Nach Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik (2023) sind bei sexuellem Missbrauch von Kindern (§§ 176, 176a, 176b StGB) 4% der erwachsenen Tatverdächtigen weiblich. Bei weiteren Straftatbeständen, wie sexuellem Missbrauch von Jugendlichen (§182 StGB), sexuellem Missbrauch von Schutzbefohlenen (§174 StGB) und bei Verbreitung, Erwerb, Besitz und Herstellung kinder- und jugendpornographischen Schriften liegt der Anteil weiblicher Tatverdächtiger zwischen 3% und 9%. Insgesamt lässt sich festhalten, dass es kein einheitliches Täterprofil gibt. Verschiedene Ursachenmodelle betonen unterschiedliche Faktoren. Stärkste Prädiktoren stellen dabei sexuelle Devianz und Antisozialität dar (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Nur bei einem Teil der Täter und Täterinnen spielt dabei eine Störung der sexuellen Präferenz eine Rolle.

1.1.2 Pädo- / Hebephilie, pädophile Präferenzstörung und pädophile Verhaltensstörung

Pädophilie bezeichnet die sexuelle Ansprechbarkeit auf das kindliche Körperschema (Krafft-Ebbing, 1886). Hebephilie meint entsprechend die sexuelle Ansprechbarkeit auf das frühe jugendliche Körperschema (Glueck & Glueck, 1955; Blanchard et al. 2008). Genauso wie die Teleiophilie, die Ansprechbarkeit auf das erwachsene Körperschema (Blanchard et al. 2008), manifestieren sich die Pädo- und Hebephilie, als sexuelle Präferenzstruktur des Menschen, im Laufe der individuellen Entwicklung

im Jugendalter (Hellenschmidt, 2017; Ahlers et al. 2005). Beide sexuellen Präferenzstrukturen können als ausschließliche oder nicht ausschließliche Ansprechbarkeit auf das jeweilige Körperschema, d.h. ohne, bzw. mit zusätzlicher Ansprechbarkeit auf das erwachsene Körperschema, vorliegen. Dabei repräsentieren beide Begrifflichkeiten klinische Diagnosen und sind keine juristischen oder kriminologischen Bezeichnungen. Die Pädophilie wird in beiden internationalen Klassifikationssystemen bei den Störungen der Sexualpräferenz (ICD-10, Kapitel V: F65.4), bzw. den paraphilen Störungen (DSM-5, APA 2013) aufgeführt. Dabei entsteht der eigentliche Störungswert durch den individuellen Leidensdruck des Betroffenen (pädophile/hebephile Präferenzstörung) und/oder Fremdgefährdung (pädophile/hebephile Verhaltensstörung) (Kriterien DSM-5, APA 2013, ICD-10). Entweder durch direkten körperlichen Kontakt (hands-on) oder indirekt über den Konsum und/oder die Herstellung von Missbrauchsabbildungen (hands-off). Das bloße Vorliegen der sexuellen Ansprechbarkeit, einer pädo-/hebephilen Präferenz, erlaubt keine Diagnose mit Behandlungsindikation.

1.1.3 Prävalenz der Pädo- / Hebephilie

Doch wie viele Männer der gesamtdeutschen Bevölkerung fühlen sich durch das minderjährige Körperschema angezogen, haben Fantasien? Die genaue Prävalenz der Pädophilie in der Allgemeinbevölkerung ist nicht bekannt (Cohen & Galynger, 2002, Seto, 2009). Eine interdisziplinäre Netzwerkstudie kam zu dem Ergebnis, dass 5% der deutschen Männer, also ca. 1.800.000 Männer, eben eine solche Anziehung verspüren (Mikado-Studie, 2015). Demgegenüber liegt die geschätzte Prävalenz der Pädophilie zwischen 0,1%-1%, ca. 250.000 Männer in Deutschland (Dombert et al. 2015). In der weiblichen Bevölkerung geht man aktuell von Einzelfällen aus. Neben der Pädophilie liegen oft noch zusätzliche Präferenzbesonderheiten vor, die durchaus auch höhere Prävalenzraten aufweisen können. Dazu zählen Voyeurismus, Exhibitionismus, sexueller Masochismus und Sadismus, Fetischismus, Frotteurismus und Transvestitismus (Beier & Loewit, 2011).

1.1.4 Ätiologie der Pädo-/Hebephilie

Die Entstehung sexueller Präferenzen ist nach derzeitigem Kenntnisstand multifaktoriell bedingt. Darüber hinaus ist es relevant zu betonen, dass die meisten Studien zu der Thematik im Hellfeld, also mit straffällig gewordenen und teilweise inhaftierten (pädophilen) Sexualstraftätern, durchgeführt wurden. Ätiologisch wird die Relevanz von Erfahrungen in unterschiedlichen lerntheoretischen Modellen herausgestellt. Sowohl konditionelle, als auch operante Konditionierungsprozesse sollen in einer sensiblen biologischen Entwicklungsphase zur pädo-/hebephilen Sexualpräferenz beitragen (McGuire, Carlisle & Young, 1964; Laws & Marshall 1990). Dies wird aber kontrovers diskutiert (Beier, Bosinko & Loewit, 2005) und es zeigt sich sogar gegenteilig zum lerntheoretischen Modell, bei dem die Extinktion, in dem Fall die Veränderbarkeit der sexuellen Präferenz, möglich wäre, dass im Falle der sexuellen Präferenzstruktur, diese als stabil und über die Lebensspanne als nicht veränderbar gilt (Grundmann et al. 2016). Als weitere bedeutsame Möglichkeit werden selbst erlebte sexuelle Übergriffe und folgende Traumatisierung als mögliche Ursache diskutiert (Laplanche & Potalis 1973; Corradi 2009; Seto et al. 2011; Briken 2018). Studien mit Sexualstraftätern zeigten, dass diese häufiger Sexualdelikte an Kindern begingen, wenn sie selber Opfer von sexuellem Missbrauch wurden (Salter et al. 2003). Sowohl in Zwillingsstudien (Alanko et al. 2013), als auch in Familienstudien (Gaffney, Lurie & Berlin 1984) zu genetischen Faktoren konnte eine gewisse Vererbbarkeit bestätigt werden. Auch zeigten sich verschiedene neuropsychologische Defizite oder Entwicklungsstörungen gehäuft bei inhaftierten Pädophilen. Es werden ein niedrigerer IQ, ein beeinträchtigtes visuell-räumliches Vorstellungsvermögen, unterdurchschnittliche Schulleistungen sowie höhere Raten von Linkshändigkeit und Schädel-Hirn-Traumen beschrieben (Cantor et al. 2008).

1.1.5 Ätiologie der pädo- / hebephilen Verhaltensstörung

Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch sind keine synonymen Begriffe.

„Ich finde es schwierig, dass in den Medien, das Wort „Pädophiler“ genauso benutzt wird wie „Kinderschänder“. Es ist für viele das Gleiche. Das ist es aber nicht. Es ist vielen nicht bewusst, dass es Kinderschänder gibt, die gar nicht pädophil sind. Und

dass es Pädophile gibt, die gar keinen Missbrauch begehen.“ (Teilnehmer „Kein Täter werden“, Juli 2018).

Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch sind als zwei unterschiedliche Phänomene zu betrachten. Es gelingt Menschen trotz päd- oder hebephiler Präferenz, ihre Wünsche nach Sexualkontakt oder Nutzung von Missbrauchsabbildungen auf die Fantasieebene zu beschränken (Fagan, Wiese, Schmidt & Berlin 2002). Dennoch gibt es einen Zusammenhang zwischen sexuellen Übergriffen und bestimmten sexuellen Präferenzen. So konnte gezeigt werden, dass Betroffene mit pädophiler-/hebephiler Präferenzstruktur ein höheres Risiko haben, sexuelle Übergriffe, sowohl hands-on, als auch hands-off, erstmalig oder wiederholt zu begehen (Eke, Seto & Williams 2011). Die Unterscheidung zwischen Präferenztäter und Nicht-Präferenztäter ist für die Beratung und Therapie maßgeblich. Es lassen sich zwei unterschiedliche Tatmotivationen unterscheiden: die direkte Umsetzung von sexuellen Fantasien und Impulsen, die eine päd-/hebephile Präferenzstruktur aufweisen, sogenannte „Präferenztäter“ und die direkte Umsetzung von sexuellen Fantasien und Impulsen, die eine teleiophile Präferenzstruktur aufweisen, sogenannte „Ersatzhandlungstäter“ (Beier 1998). Dabei erfolgen die Ersatzhandlungen aus unterschiedlichen Gründen, wie z.B. einer Persönlichkeitsstörung. Ursachen für sexuelle Übergriffe gegen Kinder sind nicht stabil über die Lebensspanne verteilt und lassen sich, ähnlich zur Päd-/Hebephilie, am ehesten multikausal, also durch das Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren, beschreiben. Dabei werden in der integrativen Theorie, nach Ward und Beech (2006), individuelle dynamische, also veränderbare Risikofaktoren betrachtet. Es lassen sich vier Dimensionen der dynamischen Risikofaktoren beschreiben:

- Emotionsregulationsdefizite (Wahrnehmung und Regulation von eigenen und fremden Affektzuständen, Feelgood et al., 2006)
- Sozioaffektive Defizite (Intimitätsprobleme, fehlende intime Beziehungen und emotionale Identifikation mit Kindern, z.B. Bumby & Hanson, 1997)
- Missbrauchsbegünstigende Einstellungen (reduzierte Hemmschwelle durch kognitive Verzerrung und Bagatellisierung, z.B. Hanson & Harris, 2000)
- Sexuelle Selbstregulationsdefizite (Sexualität als dysfunktionale Kompensationsstrategie, z.B. Hanson et al., 2007)

Mit Anzahl und Ausprägung der beschriebenen Faktoren steigt die Wahrscheinlichkeit einen sexuellen Übergriff zu begehen. Gleichsam kommt es zu einem erhöhten Rückfallrisiko. Die Identifikation von dynamischen, veränderbaren Risikofaktoren ist eines der wichtigsten Ziele der Therapieevaluationsforschung mit Sexualstraftätern (Marques, 1999).

1.1.6 Folgen pädo-/hebephiler Sexualpräferenz

Betroffene, die bei sich selber im Verlauf der Adoleszenz eine pädo-/hebephile sexuelle Präferenz feststellen, fühlen sich oft alleine und ausgegrenzt. Sie beschreiben große Hemmungen sich mitzuteilen und über sexuelle Gefühle zu sprechen. Es kommt zu einer realen und subjektiv wahrgenommenen Stigmatisierung. Rund 50% der deutschen Bevölkerung spricht sich dafür aus, dass Menschen mit Pädophilie „...weggesperrt werden“, 25% bis 30% sprechen den Betroffenen sogar das Lebensrecht ab (Jahnke, 2015).

„Ich war einfach total alleine damit, ich hatte keine Ahnung, wie ich irgendwas in den Griff bekommen soll. Ich habe immer wieder versucht, damit aufzuhören, einfach den Computer ganz auslassen, alles Mögliche, aber es hat nie lange funktioniert. Diese Schuldgefühle wurden immer größer, aber nach außen hin kann man das keinem zeigen, weil sobald jemand fragen würde hätte man keine Antwort: warum bist du jetzt so schlecht drauf? Warum hast du Depression? Also verschweigt man das einfach und setzt sich eine Maske auf und lächelt in den Tag hinein und das 365 Tage im Jahr.“ (Teilnehmer „Kein Täter werden“ Düsseldorf, Mai 2018).

Sich ausgegrenzt zu fühlen kann zu unterschiedlichen psychischen und emotionalen Problemen beitragen. So kommt es in Folge zu einer weiteren Erhöhung des Leidensdrucks, begleitet von psychischen Erkrankungen. Betroffene leiden zu 34,8% an Affektiven Störungen, zu 23,9% an Substanzmissbrauch (besonders Alkohol und Stimulanzien), es liegen bei 13% Angststörungen und Somatoforme Störungen vor. Zusätzlich entwickelt die Hälfte Persönlichkeitsstörungen. Und es werden Impulskontrollstörungen berichtet (Cohen & Galynker, 2002). Trotz vorliegenden, komorbiden Erkrankungen ist die Hürde Psychotherapie in Anspruch zu nehmen zu groß. Zu groß ist die Angst vor Stigmatisierung (Wagner et al. 2016).

Im Falle ausgelebter Pädophilie, im Sinne der pädo-/hebephilen Verhaltensstörung, ist zusätzlich der Schaden an dem missbrauchten Kind zu nennen.

1.2 Bisherige Versorgungsstruktur

Bis zur Gründung des Präventionsprojekts Dunkelfeld „Kein Täter werden“ durch das Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Berliner Universitätsklinikums Charité im Jahr 2005 gab es keine Anlaufstellen für Menschen mit einer Störung der pädo-/hebephilen sexuellen Präferenz, unabhängig davon, ob es bereits zu Straftaten im Dunkelfeld gekommen war. Zuvor waren nur verurteilten Sexualstraftätern Behandlungsmöglichkeiten zugänglich. Mit den Gesetzesänderungen vom 26.01.1998 wurde die Bedeutung der Behandlung von Sexualstraftätern unterstrichen. Strafverfolgung bei (sexueller) Gewalt gegen Kinder ist notwendig, allerdings zeigte sich, dass Präventionsmaßnahmen (Resozialisierungsmaßnahmen) wesentlich sind. So wurden Täter einerseits angehalten sich einer Therapie zu unterziehen und andererseits mussten von Seiten der Justizverwaltung therapeutische Behandlungsmöglichkeiten eingerichtet werden.

1.2.1 Versorgungsstrukturen Im Hellfeld

So findet Behandlung mittlerweile im Regelvollzug (Sozialtherapeutische Anstalt), im psychiatrischen Maßregelvollzug (Forensische Psychiatrie; individualisiert, komorbide Erkrankungen werden mit behandelt), im Maßregelvollzug unter Sicherheitsverwahrung (Forensische Psychiatrie, ebenfalls individualisierte Behandlung), in der forensischen Nachsorge (forensische Institutsambulanzen) und weiter in der Führungsaufsicht (zusätzlich zur Bewährungshilfe) statt. Alle genannten Stellen verfolgen das Ziel der Rückfallprävention. Dabei werden unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungsmodelle kombiniert. Die kognitive Verhaltenstherapie zeigte sich dabei als effektiver Psychotherapieansatz (Lösel & Schmucker 2005). Besonders unter Verwendung weiterer Modellannahmen, z.B. das *Risk-Need-Responsivity-Modell* (Andrews & Bonta 2010), ein evidenzbasiertes Konzept zur Straftäterrehabilitation, das sich auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten von Straftätern, unter Berücksichtigung des individuellen Risikos,

einstellt, können Rückfälle effektiv reduziert werden. Weitere Behandlungsansätze, ebenfalls basierend auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien, stellen das *Sex Offender Treatment Program* (Feil & Knecht 2017), das ressourcenorientierte *Good-Lives-Model* (Ward & Stewart 2003) und das *Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter* (Wischka 2004) dar. Alle Behandlungsprogramme zielen dabei nicht auf die Änderung der sexuellen Präferenz ab, sondern wollen zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien beitragen. Diese sollen in Risikosituationen zum Einsatz kommen und sexuelle Übergriffe verhindern. Zusätzlich zu therapeutischen Maßnahmen können auch medikamentöse, triebdämpfende Behandlungen induziert sein. Dabei wird ein differenzierter Einsatz unterschiedlicher Substanzklassen, z.B. selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Antiandrogene und Gonadotropin-Releasing-Hormon-Agonisten, in Abhängigkeit vom individuellen Schweregrad der sexuellen Devianz und des individuellen Risikos, empfohlen (Berner et al. 2007). Zusätzlich zu den genannten Behandlungsangeboten und auf Basis der beschriebenen Verfahren können theoretisch seit Mitte der sechziger Jahre auch ambulante Psychotherapeuten eine Versorgung anbieten. Tatsächlich sind aber nur 13% der niedergelassenen Psychotherapeuten bereit mit Sexualstraftätern, ohne Behandlungsaufgaben, zu arbeiten. Und nur 5% der niedergelassenen Psychotherapeuten sind bereit mit pädophil/hebephilen Patienten zu arbeiten (Stiels-Glenn 2010). Gründe der Zurückweisung sind Angst vor Deliktrückfällen und verbundener Rufschädigung, Angst vor dem Patienten selber, Wut, fehlende spezifische Ausbildung, Umgang mit der Schweigepflicht, evtl. Aufwand durch Justizzusammenarbeit (Rudel & Wähner 2009).

1.2.2 Versorgungsstruktur im Dunkelfeld - Das Präventionsprojekt Dunkelfeld „Kein Täter werden“

Die Daten zur Häufigkeit von sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche legen eindeutig nahe, dass ein großer Teil der Sexualstraftaten im Dunkelfeld stattfinden. Zur Verbesserung des Schutzes von Mädchen und Jungen sind daher Maßnahmen erforderlich, die sich auf das Dunkelfeld erstrecken, um potentielle Täter vor Begehung einer Straftat erreichen zu können. Dafür fehlte bis 2005 eine passende Versorgungsstruktur. Aus dieser Notwendigkeit heraus wurde 2005 das Präventionsprojekt Dunkelfeld „Kein Täter werden“ am Institut für Sexualwissenschaft

und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité in Berlin entwickelt. Mittlerweile, seit Gründung des Präventionsnetzwerkes 2011, hat sich ein deutschlandweites und teilweise internationales Netzwerk etabliert. Mit insgesamt 13 Standorten in Deutschland, darunter Düsseldorf als einziger Standort für das Bundesland Nordrhein-Westfalen, und vier weiteren in der Schweiz, leistet es mit seinem therapeutischen Angebot einen Beitrag zum aktiven Kinderschutz und zur primären Gesundheitsprävention. Zielgruppe des Projekts sind Personen aus der Allgemeinbevölkerung, die unter ihrer sexuellen pädo-/hebephilen Präferenz (nach ICD-10, DSM-5, APA 2013) leiden und/oder fürchten erstmalig oder wiederholt sexuellen Kindesmissbrauch zu begehen und aktuell nicht unter Justizbeobachtung stehen, sich also im Dunkelfeld befinden. Zur Behandlung zugelassen werden Menschen die, neben der beschriebenen sexuellen Präferenzstörung, mindestens 18 Jahre alt sind und über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Nicht zugelassen werden Personen mit unbehandelten Drogen- und/oder Alkoholproblemen, und/oder akut psychiatrischen Auffälligkeiten. Angeboten wird eine kostenlose, schweigepflichtgeschützte Diagnostik und ambulante Therapie, hauptsächlich im Gruppensetting. Dabei arbeiten alle Standorte nach gemeinsam entwickelten Qualitätsstandards und richten sich inhaltlich nach einem gemeinsamen multidimensionalen Behandlungsansatz. Das Behandlungsprogramm BEDIT (Berliner Dissexualitätstherapie, Beier, 2021) stellt in drei Säulen den biopsychosozialen Ansatz heraus. Zum einen sollen sexualtherapeutische Interventionen die Teilnehmer in der Akzeptanz ihrer sexuellen Präferenz und deren Integration in ihr Selbstkonzept unterstützen. Zusätzlich dient der kognitiv verhaltenstherapeutische Ansatz der Verbesserung von Selbstregulationsmechanismen, in Bezug auf Impulskontrolle, Emotions- und Stressregulation, Konflikt- und Problemmanagement. Wahrnehmungsverzerrungen sollen wahrgenommen, identifiziert und bearbeitet werden. Perspektivübernahme, funktionale Bewältigungsstrategien und soziale Kompetenzen sollen gestärkt werden. Unterstützend können sexuelle Impulse pharmakotherapeutisch, durch Medikamentengabe, reduziert werden. Erste Untersuchungen zur Effektivität in Berlin konnten zeigen, dass sich die dynamischen Risikofaktoren durch die Therapie positiv verändern lassen (Beier et al. 2015) und dass sich hands-on und hands-off Täter in ihrer Therapieansprechbarkeit zu unterscheiden scheinen (Kuhle et al. 2016).

1.2.3 Standort Düsseldorf

Der Standort Düsseldorf wurde im Juni 2014 am Universitätsklinikum Düsseldorf eröffnet. Bis März 2018 wurde das Präventionsprojekt in Düsseldorf durch das heutige Ministerium für Kultur, Forschung und Wissenschaft NRW finanziert. Seit März 2018, bis voraussichtlich Ende 2025, wird das gesamte Netzwerk über den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen finanziell gefördert. Zusätzlich wird das Modellvorhaben extern evaluiert (Umstellung und teilweise Ergänzung der vorhandenen Testbatterie seit Juli 2020), um zu überprüfen, ob die erbrachten Leistungen in eine Regelversorgung von Patienten mit pädo-/hebephiler Präferenz übernommen werden kann. Erreicht werden potentielle Teilnehmer bisher sehr erfolgreich über Medienkampagnen in unterschiedlichen, themenzentrierten Foren.

Ablauf der Intervention am Standort Düsseldorf

Nach der ersten Kontaktaufnahme, per Mail, oder zu den telefonischen Sprechzeiten, erfolgt ein telefonisches Screening. Dies dient der Statusklärung (Hellfeld/Dunkelfeld) und Informationsweitergabe über den geplanten Ablauf (Abb. 1). Der potentielle Teilnehmer wird folgend zu einem Erstgespräch eingeladen. Daran anschließend erfolgt die klinische Exploration. Darin enthalten sind ein sexualanamnestisches Erstgespräch, in Interviewform, und eine mehrstündige Fragebogendiagnostik, basierend auf unterschiedlichen Selbsterhebungsinstrumenten, die die unterschiedlichen dynamischen Risikofaktoren adressieren. Kann der potentielle Teilnehmer eingeschlossen werden, wird er zur nächsten, stattfindenden Psychoedukation eingeladen. Diese werden quartalsweise und in vier aufeinander aufbauenden Sitzungen angeboten. Diese finden bereits im Gruppensetting statt und sollen die Teilnehmer inhaltlich und settingbezogen auf die anschließende Gruppentherapie vorbereiten. Nach Abschluss der Psychoedukation werden die Teilnehmer nach Risikoeinschätzung und Delikthintergrund Gruppen zugeordnet. Diese Gruppenstruktur unterteilt sich in folgende vier Kategorien: Konsum von kindlichen sexuellen Missbrauchsabbildungen (CSAI: Child Sexual Abuse Images – „hands-off“), sexuell übergriffigem Verhalten an Kindern (CSA: Child Sexual Abuse, „hands-on“), Mixed Offender (d.h. CSAI und CSA) und sogenannte „Non-Offender“

(d.h. es besteht ein Leidensdruck aufgrund der sexuellen Präferenz ohne „hands-on“ oder „hands-off“ Delikte in der Vergangenheit). Das Gruppenkonzept entspricht der halboffenen Gruppe. Die Gruppensitzungen finden wöchentlich statt und werden

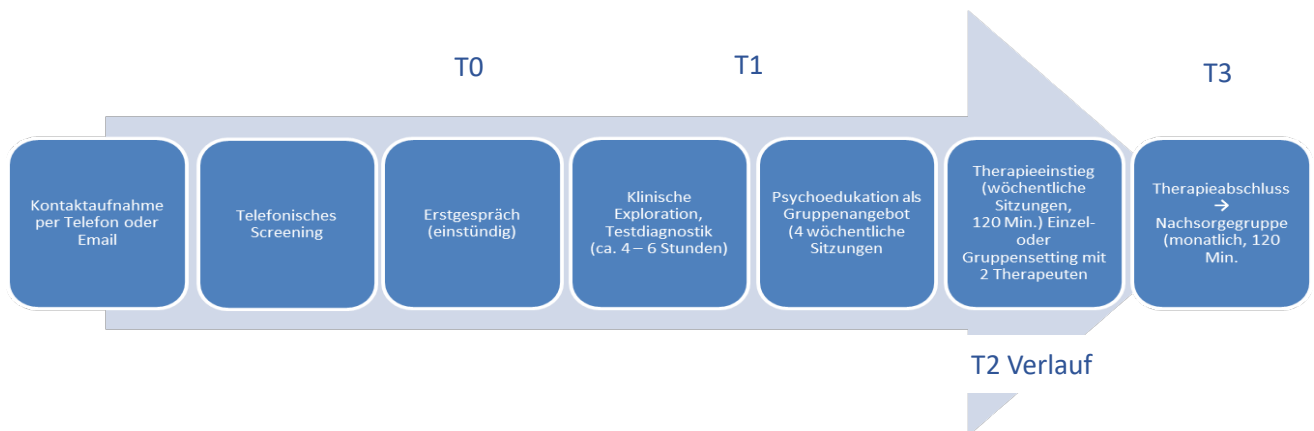


Abb.1: Flowchart therapeutischer/diagnostischer Ablauf Präventionsprojekt Dunkelfeld „Kein Täter werden“ am Standort Düsseldorf.

über 120 Minuten durch zwei Therapeuten begleitet. Die Therapiedauer der Berliner Dissexualitätstherapie ist auf ein Jahr ausgelegt. Es wird aber individuell und in Rücksprache mit den Teilnehmern über das tatsächliche Therapieende reflektiert. Daraus ergeben sich unterschiedliche Therapiezeiten. Im Anschluss an die eigentliche Gruppentherapie, haben alle Teilnehmer die Möglichkeit zur monatlich stattfindenden Nachsorgegruppe zu kommen.

Standortbezogen erfolgt eine begleitende Therapieevaluation im Rahmen mehrerer Messzeitpunkte: Erstdiagnostik (T0), vor Einstieg in die Psychoedukation (T1/pre), Verlaufsdiagnostik (T2, alle 2 Monate während des Therapieprozesses) und zum Abschluss der Therapie (T3/post, siehe Abb. 1). Es sollen die Lebensqualität insgesamt und die Verhaltenskontrolle verbessert werden. Psychische Leiden sollen reduziert und das psychosoziale Funktionsniveau gehoben werden. Als Zielkriterium, für das Therapie Outcome, wird die Veränderung der dynamischen, veränderbaren Risikofaktoren herangezogen.

1.3 Ziele der Arbeit

Vor dem Hintergrund der beschriebenen gesellschaftlichen und klinischen Relevanz für Betroffene (potentielle Täter) und deren potentielle Opfer war es **Ziel der Studie eine therapeutische Erreichbarkeit der potentiellen Täter im Dunkelfeld zu überprüfen.**

Basierend auf der multikausal bedingten Ätiologie sowohl zur pädo-/hebephilen sexuellen Präferenz, als auch zur Verhaltensstörung (Ward & Beech, 2006) und vergleichend zur ersten Beschreibung einer Effektivität des therapeutischen Ansatzes (Beier et al. 2015), wurde **als Zielkriterium des Therapieoutcomes eine Veränderung der dynamischen Risikofaktoren** betrachtet.

Im Sinne einer Identifikation wesentlicher dynamischer, veränderbarer Risikofaktoren. Weiter sollte hinsichtlich einer möglichen Effektivität herausgestellt werden, ob es, im Sinne des Therapieoutcomes, **zu einer Veränderung der sexuellen Befasstheit und der allgemeinen psychischen Gesundheit** kommt.

Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass **sich hands-on und hands-off Täter bezüglich ihrer Therapieansprechbarkeit** unterscheiden (Kuhle et al. 2016). Auch dieser Sachverhalt wurde untersucht.

Zusätzlich erscheint es ätiologisch bedeutsam, dass viele (potentielle) Täter selbst Gewalt gegen Kinder und problematische Eltern-Kind-Beziehungen erlebt haben (z.B. Seto & Lalumière 2010). **Daher wurde in der vorliegenden Studie der Grad der Traumatisierung bei den Betroffenen untersucht und zusätzlich dessen Bedeutsamkeit für eine mögliche Veränderbarkeit des beschriebenen Therapieoutcomes.**

Es konnte gezeigt werden, dass psychische, komorbide Erkrankungen (Cohen & Galynka, 2002) häufig sind und, zumindest im Hellfeld, eine individualisierte Therapie indizieren. Demzufolge war es auch ein **Ziel der vorliegenden Studie den Einfluss von komorbiden psychischen Erkrankungen auf das Therapie Outcome zu untersuchen.**

Darüber hinaus ist die Therapiedauer im Präventionsnetzwerk, laut der Berliner Dissexualitätstherapie, auf ein Jahr ausgelegt. Bei den Betroffenen am Standort Düsseldorf wird die Therapiedauer individuell festgelegt und kann durchaus kürzer, oder länger sein. **Dennoch wurde das Therapie Outcome, hinsichtlich sexueller Befasstheit und psychischer Gesundheit zum Zeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn, unabhängig von der tatsächlichen Therapiedauer, betrachtet.**

Aus den genannten Zielen der Arbeit ergaben sich folgende Fragestellungen:

Hauptfragestellungen:

1. Kommt es nach der Therapie (T3/post) zu einer Veränderung von Dynamischen Risikofaktoren im Vergleich zu vor der Therapie (T1/pre)? Wie unterscheidet sich die hands-on von der hands-off Gruppe dabei?

Nebenfragestellungen:

1. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Grad der eigenen Traumatisierung und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren?
2. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Vorliegen weiterer psychischer Störungen (Achse I) und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren?
3. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren?
4. Verändern sich die Therapie Outcome-Kriterien sexuelle Befasstheit und psychische Gesundheit bereits nach einem Jahr Therapieteilnahme (T2)?

2 Material und Methoden

Zunächst soll die Stichprobe der Untersuchung dargestellt werden. Anschließend wird auf das verwendete Material zur Datenerhebung und den Ablauf eingegangen. Es folgt eine Darstellung des Untersuchungsdesigns mit abschließender Erläuterung der Auswertungsverfahren.

2.1 Stichprobe

Probanden haben aus unterschiedlichen Quellen von dem Angebot des Präventionsprojektes erfahren. Sehr häufig informieren sich Betroffene über die Website des Präventionsnetzwerkes (www.kein-taeter-werden) und richten sich über die dort hinterlegte Kontaktadresse per E-Mail an den Düsseldorfer Standort. Auch werden sie von ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Kollegen aus Kliniken oder Praxen weitervermittelt, seltener werden sie aus der Presse, durch Podcasts oder Werbespots auf das Angebot aufmerksam und rufen direkt in einer der Telefonsprechstunden an. Bei einer schriftlichen Kontaktaufnahme wurden sie

gebeten, sich in der Telefonsprechstunde aktiv zu melden, damit der Status (Hell-/Dunkelfeld) erfragt und eine erste Risikoeinschätzung vorgenommen werden kann. Das erste Telefonat (telefonisches screening) wurde von einem Psychotherapeuten mit einer wertneutralen Haltung geführt, um Ängste vor Ablehnung und Ausgrenzung abzubauen und die Motivation zur Teilnahme zu stärken. Es wurde vermittelt, dass die Teilnahme freiwillig, kostenlos und pseudonymisiert ist. Wenn sich abzeichnete, dass die Einschlusskriterien voraussichtlich erfüllt sind, wurde zu einem persönlichen Vorgespräch eingeladen. Dem Betroffenen wurde eine Personenidentifikationsnummer (PIN) erteilt, unter der im weiteren Verlauf eine Patientenakte geführt wurde.

In die Untersuchung wurden grundsätzlich Männer und Frauen ab 18 Jahren einbezogen, die sich zum Zeitpunkt der Aufnahme im sogenannten Dunkelfeld befinden, sich eigenständig melden und befürchten, aufgrund ihrer sexuellen Präferenzstörung im Sinne einer Pädo-/Hebephilie einen (wiederholten) Impulsdurchbruch zu erleiden und in Form von hands-on und / oder hands-off-Delikten sexuell übergriffig zu werden. Ausgeschlossen wurden Männer und Frauen, die keine Diagnose Pädo-/Hebephilie aufweisen, sich im sogenannten Hellfeld befinden, manifeste psychotische Symptome und / oder eine akute Substanzabhängigkeit aufweisen und dadurch derzeit nicht in der Ambulanz des Präventionsprojektes therapiefähig sind. Je nach Bedarf wurde an andere Stellen weitervermittelt. Bei einer Remission bzw. Abstinenz können die Betroffenen wieder Kontakt zu dem Präventionsprojekt aufnehmen.

In die Erhebung der vorliegenden Studie wurden alle Patientendaten einbezogen, die sowohl die Eingangsdiagnostik (T0), als auch die Diagnostik zu Therapiebeginn (T1/pre) durchlaufen und regulär die Therapie mit der Abschlussdiagnostik (T3/post) abgeschlossen haben (vgl. Abb1.). **Nicht betrachtet wurden die Daten der Patienten, die zum Betrachtungszeitraum noch in der Therapie aktiv waren.**

Dabei war der **Erhebungszeitraum von Juni 2014, mit Eröffnung der Ambulanz am Standort Düsseldorf, bis zum Beginn der externen Evaluation im Juli 2020** mit teilweiser Umstellung der Erhebungsinstrumente. Patienten die nach der Umstellung der Erhebungsinstrumente die Therapie beendet haben wurden aus Gründen der erschwerten, bzw. teilweise fehlenden Vergleichbarkeit erhobener Daten nicht mehr in die Untersuchung aufgenommen.

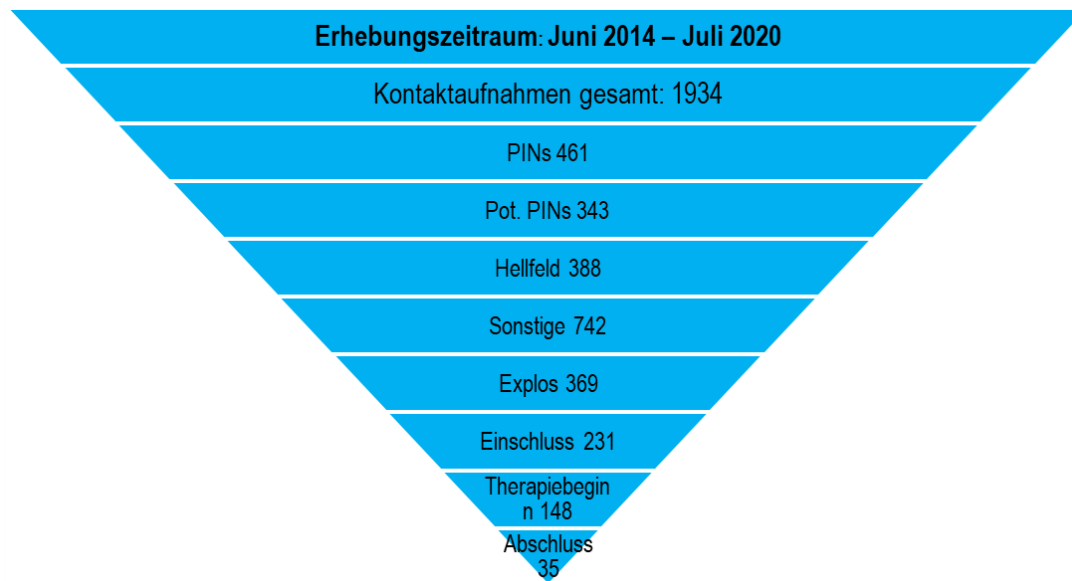


Abb.2: Kontaktaufnahmen und Einschluss im Erhebungszeitraum Juni 2014 bis Juli 2020 am Standort Düsseldorf. PINs: alle Einschlusskriterien sind erfüllt; Pot. PINs: Einschlusskriterien sind teilweise erfüllt; Hellfeld: Ausschluss, da aktueller Hellfeldstatus; Sonstige: Angehörige und Institutionen; Explos: Exploratives Interview und Diagnostik zum Zeitpunkt T0; Therapiebeginn: Therapie wurde begonnen; Abschluss: Therapie wurde abgeschlossen zum Zeitpunkt T3/post;

Die insgesamt 35, ausschließlich männlichen, Teilnehmer im Alter von 21 bis 66 Jahren ($M = 38,4$; $SD = 11,9$), die am Therapieprogramm bis zum Abschluss teilgenommen haben, werden im Folgenden hinsichtlich ihrer sexuellen Präferenzstruktur und soziodemografischer Daten beschrieben. Die Therapiezeit betrug zwischen 10 und 41 Monaten, durchschnittlich 23,4 Monate ($M = 23,4$; $SD = 8,9$). 51,4% der Teilnehmer konnten der hands-on (11,4 % CSA/40% Mixed) Gruppe zugeteilt werden, d.h. sie hatten im Laufe ihres Lebens, nicht jedoch während der laufenden Therapie, mindestens einen sexuellen Übergriff ausgeführt, entweder mit, oder ohne zusätzlichen Konsum von Missbrauchsabbildungen. 48,6% wurden der hands-off (ausschließlich CSAI) Gruppe zugeteilt. Diese Teilnehmer hatten also bisher noch keinen sexuellen Übergriff ausgeführt. (vgl. Abschnitt 1.2.3 und Abb.3 und Abb.4). In der beschriebenen Stichprobe gab es keine nonoffender.

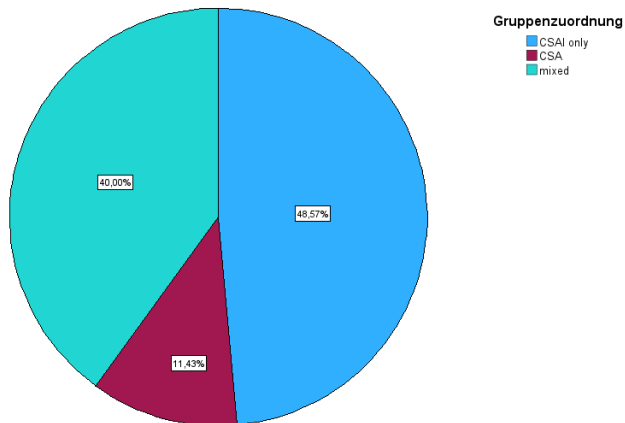


Abb. 3: Darstellung der prozentuellen Verteilung CSA/Mixed/CSAI

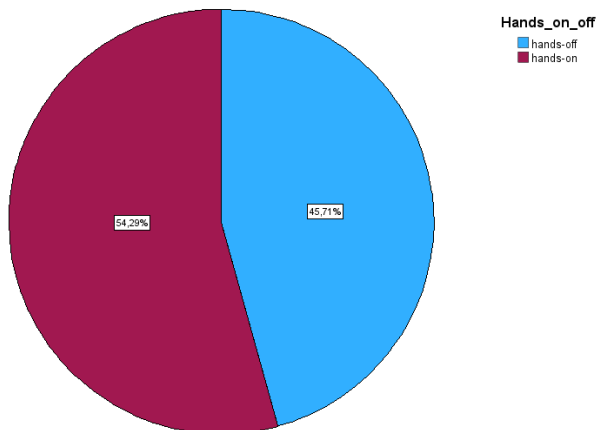


Abb.4: Darstellung der prozentuellen Verteilung hands-on/hands-off (analog zu den unterschiedlichen Therapiegruppen)

Die sexuelle Orientierung aller Teilnehmer lag bei 54,3% im heterosexuellen, bei 37,1% im bisexuellen und bei 8,6% im homosexuellen Bereich. Ferner waren 17,1% der Therapieteilnehmer von ihrer Ausrichtung als exklusiv zu bezeichnen, d.h. sie sind ausschließlich auf das minderjährige Körperschema ansprechbar. Hingegen waren 82,9% der Teilnehmer nicht exklusiv, d.h., sie sind zusätzlich zu der Präferenzbesonderheit auch auf das erwachsene Körperschema ansprechbar. Darüber hinaus berichteten 17 Probanden (47,2%) keine zusätzlichen Paraphilien zu haben. Die anderen 18 Teilnehmer (52,8%) gaben zwischen einer und fünf zusätzlicher sexueller Präferenzen an. Die weitere, soziodemografische, Betrachtung ergab, dass 63,9% der Teilnehmer über ein Bildungsniveau > 10 Jahre verfügten, die restlichen 33,3% lagen darunter. 83,3% der Teilnehmer gingen einer beruflichen Tätigkeit nach. Der Rest war erwerbslos (5,7%), in Ausbildung (8,5%), oder berentet. 38,9 % gaben an alleine zu leben und 30,6% hatten eigene Kinder (Tabelle 2).

2.2 Ethikvotum

Die Ethik-Kommission hat das Forschungsvorhaben geprüft und bestätigt, dass es die ethischen Standards und Richtlinien erfüllt. Die Forschung wird keine Bedenken hinsichtlich der Sicherheit und des Wohlergehens der Probanden aufwerfen und entspricht den gesetzlichen Bestimmungen und den Richtlinien der Ethik-Kommission. Die Ethik-Kommission erteilt daher ein positives Votum für das Forschungsvorhaben.

Studennummer 5091 R, Registrierungs-ID: 2015053676, „Präventionsprojekt Dunkelfeld, „Kein Täter werden“

2.3 Material und Datenerhebung

Mit Einverständnis der Patienten wurden die Daten der Basisdokumentation der Ambulanz vorgelegt (Dokumentationen teilstrukturierter klinischer Interviews, sowie Testdiagnostik), die routinemäßig zur Erstdiagnostik (Diagnostische Exploration und Testdiagnostik, T0 und T1/pre), zur Verlaufsmessung (T2) und zum Therapieabschluss (T3/post) erhoben werden. Beschrieben werden die Selbsterhebungsinstrumente, die in die vorliegende Untersuchung einbezogen wurden. Auf die Darstellung weiterer Fragebögen und Erhebungsinstrumente, die zu den einzelnen Messzeitpunkten ebenfalls vorgelegt wurden, wird an dieser Stelle verzichtet, da sie sich inhaltlich nicht auf die formulierten Fragestellungen beziehen.

Klinische Exploration:

Die diagnostische Phase begann mit einem semistrukturierten klinischen Interview (klinische Exploration, sexualanamnestische Erhebung mit ausschließlich interner Nutzung im Präventionsnetzwerk), das von sexualmedizinisch geschulten, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wurde. Vor Beginn des klinischen Interviews wurden die Probanden über die Diagnostik und die freiwillige Teilnahmemöglichkeit an der Evaluationsstudie, Teilstudien, das Datenschutzkonzept sowie über die Therapieinhalte aufgeklärt. Ihr Einverständnis bestätigen die Probanden mit ihrer Unterschrift, bzw. aufgrund der Anonymitätsregelung mit ihrer PIN (Personenidentifikationsnummer) auf den Einwilligungserklärungen (Patienteninformation, Einwilligungserklärungen,

Datenschutzerklärungen). Diese erste Anamnese erfasste im Wesentlichen den biografischen Hintergrund mit entwicklungspsychologischen Aspekten sowie eine psychiatrische Abklärung. Die Kriterien, die für die Diagnosestellung erfüllt sein mussten, sind in den internationalen anerkannten diagnostischen Leitlinien festgelegt (DSM-5; ICD-10). Daneben wurden soziodemografische Daten erhoben. Den Schwerpunkt bildete die Erfassung der psychosexuellen Entwicklung und eine ausführliche Sexualanamnese.

T0:

Anschließend an das drei- bis vierstündige klinische Interview, erfolgte die Eingangsdiagnostik zum Zeitpunkt T0. Hierbei kamen Fragebögen zur Erfassung von psychischen Störungen (Traumatisierung in der Kindheit: **CTQ**, Bernstein et al. 1997; Wingenfeld et al. 2009; Strukturiertes Interview zur Diagnostik von Psychischen und Persönlichkeitsstörungen: **SCID-I**, DSM-IV, Wittchen et al. 1997) zum Einsatz.

T1/pre (Therapieeinstieg):

Es erfolgte die Diagnostik zum Therapiebeginn. Hierbei kamen Verfahren zur Messung der psychischen Gesundheit, zum Maß der sexuellen Befasstheit und zur Erfassung beschriebener, weiterer, dynamischer Risikofaktoren zum Einsatz (vgl. Tabelle 1).

T2 (Verlaufsmessungen):

Nach Einstieg in die Therapie fanden alle zwei Monate Verlaufsmessungen statt. Hierbei wurden ebenfalls Verfahren zur Messung der psychischen Gesundheit (**EUROHIS-QOL- Lebensqualität-Index**, Brähler et al. 2007) und zur sexuellen Befasstheit (**SOI-R-P 278**, angepasste Version für das Präventionsnetzwerk; Original von Penke & Asendorpf 2008) eingesetzt.

T3/post (Therapieabschluss):

Es erfolgte die Diagnostik zum Therapieende. Hierbei kamen die identischen Inventare, wie unter T1/pre (Therapieeinstieg) beschrieben, zum Einsatz (Tabelle 1).

Dynamische Risikofaktoren	Selbsterhebungsinstrumente T1/pre und T3/post	Selbsterhebungsinstrumente T2 (Verlaufsmessung)
Psychische Gesundheit	Lebenszufriedenheit: EUROHIS-QOL-Lebensqualität-Index , Brähler et al. 2007	Lebenszufriedenheit: EUROHIS-QOL-Lebensqualität-Index , Brähler et al. 2007
Sexuelle Befasstheit	Das revidierte soziosexuelle Orientierungsinventar: SOI-R-P 278 , angepasste Version für das Präventionsnetzwerk; Original von Penke & Asendorpf 2008	Das revidierte soziosexuelle Orientierungsinventar: SOI-R-P 278 , angepasste Version für das Präventionsnetzwerk; Original von Penke & Asendorpf 2008
Kognitive Verzerrungen	Bumby Molest Scale: BMS , Bumby 1996; Feelgood et al. 2009 (deutsche Übersetzung);	Keine Erfassung
Hypersexuelles Verhalten	Hypersexualität: HBI-19 , Reid et al. 2010; Klein et al. 2014;	
Selbstwirksamkeit bei sexueller Kontrolle	Self-efficacy Scale Related to Minors: SESM C , Neutze et al. 2011;	
Verzerrtes Denken und Selbstmanagement	Internet Behavior and Attitude Questionnaire: IBAQ , O'Brien & Webster, 2007;	
Stressmanagement	Coping Inventory for Stressful Situations: CISS-24 , Endler & Parker 1990;	
Selbstwert	Multidimensionale Selbstwertskala: MSWS-ESS , Schütz & Sellin 2006;	
individuell wahrgenommene Einsamkeit	Loneliness Scale-revised: UCLA LS-R , Russell et al. 1980;	

Tabelle 1: Übersicht der verwendeten Erhebungsinstrumente zu den Messzeitpunkten T1/pre (Therapiebeginn), T2 (Verlaufsmessung) und T3/post (Therapieabschluss).

2.3.1 Psychometrische Verfahren und Testgütekriterien

In diesem Abschnitt werden alle in der Untersuchung verwendeten psychometrischen Verfahren näher beschrieben und Informationen zur projektspezifischen Nutzung gegeben. Zusätzlich erfolgen Angaben zur internen Konsistenz (Cronbach's α) der Skalen und ggf. Subskalen.

Erfassung psychischer Störungen:

Traumatisierung in der Kindheit: **CTQ**, Bernstein et al. 2003; Wingenfeld et al. 2009:
Der Fragebogen erfasst auf 31 Items die selbst erlebte Traumatisierung in der Kindheit. Alle Fragen werden auf einer fünfstufigen Likert Skala beantwortet. Aus der Gesamtskala lassen sich fünf Subskalen bilden: Emotionaler Missbrauch, Körperlicher Missbrauch, Sexueller Missbrauch, Emotionale Vernachlässigung und Körperliche Vernachlässigung. Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen liegen bei Werten von Cronbach's α .90 (Emotionale Vernachlässigung und Sexueller Missbrauch), .83 (Emotionaler Missbrauch), .82 (Körperlicher Missbrauch) und .49

(Körperliche Vernachlässigung). In der vorliegenden Stichprobe zeigten sich folgende Werte der internen Konsistenz von Cronbach's α für die einzelnen Skalen: Emotionale Vernachlässigung: .87, Körperliche Vernachlässigung: .36 (inakzeptabler Wert), Körperlicher Missbrauch: .52 (kritischer Wert), Emotionaler Missbrauch: .80, Sexueller Missbrauch: .78.

Diagnostik von Psychischen und Persönlichkeitsstörungen: **SKID-I**, DSM-IV, Wittchen et al. 1997:

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID) ist ein verbreitetes Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen nach dem Klassifikationssystem der Psychiatrie DSM-IV (Diagnosemanual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Es umfasst zwei Teile: SKID-I für psychische Störungen (Achse I) und SKID-II für Persönlichkeitsstörungen (Achse II). Das SKID-I erfasst psychische Störungen nach DSM-IV, wie z.B. Angststörungen, Depressionen, Zwangsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen. Der Anwender wird dabei Schritt für Schritt durch den diagnostischen Prozess geleitet. Dabei ist jedes DSM-IV-Kriterium mit einer Interviewfrage verbunden.

Dynamische Risikofaktoren:

Psychische Gesundheit:

Lebenszufriedenheit: **EUROHIS-QOL- Lebensqualität-Index**, Brähler et al. 2007:

Der Lebensqualitäts-Index erfasst auf insgesamt zehn Items die allgemeine Lebenszufriedenheit. Dabei wird die psychische, physische, soziale und umweltbezogene Lebenszufriedenheit abgebildet. Die Auswertung erfolgt über die Bildung des Summen Scores der Gesamtskala. Dabei werden alle Items auf einer fünfstufigen Likert Skala eingestuft. Hohe Werte sprechen dementsprechend für eine hohe subjektiv empfundene Lebenszufriedenheit. Die interne Konsistenz ist mit Cronbach's α von .86 angegeben. Für die vorliegende Stichprobe konnte ein Wert für Chronbach's α von .87 ermittelt werden.

Sexuelle Befasstheit:

Das revidierte soziosexuelle Orientierungsinventar: **SOI-R-P 278**, angepasste Version für das Präventionsnetzwerk; Original von Penke & Asendorpf 2008: Das vorliegende Inventar beschreibt interindividuelle Unterschiede in der Tendenz, sich auf sexuelle Kontakte, auch ohne tiefere emotionale Bindung, einzulassen. Die Skala besteht aus fünf Items. Es wird die Gesamtanzahl von Orgasmen pro Woche und das sexuelle Verlangen auf Kinder und nicht auf Kinder über eine visuelle Analogskala

(0-100) abgefragt. Und schließlich, analog, die Zeitspanne in Minuten für sexuelle Fantasien, sexuelles Verlangen und sexuelle Aktivitäten, bezogen auf Kinder und nicht bezogen auf Kinder, erfragt. Hohe Werte der einzelnen Skalen sprechen dabei für ein hohes sexuelles Verlangen. Es liegen bisher keine Angaben zur internen Konsistenz vor. Für die vorliegende Stichprobe wurde für die zwei Items bezogen auf Kinder ein Wert von Cronbach's α von .75 ermittelt. Für die zwei Items bezogen auf nicht Kinder lag ein Wert von Cronbach's α von .35 vor und misst demnach nicht reliabel das Konstrukt in der vorliegenden Stichprobe.

Kognitive Verzerrungen:

Bumby Molest Scale: **BMS**, Bumby 1996; Feelgood et al. 2009 (deutsche Übersetzung):

Die Bumby Molest Scale dient der Erfassung kognitiver Verzerrungen bei Kindesmissbrauchern. Dabei entsprechen die kognitiven Verzerrungen, nach Bumby (1996), erlernten Annahmen, Überzeugungen und Selbstaussagen hinsichtlich sexuell devianter Verhaltensweisen. Die eigene Verantwortlichkeit für das eigene Verhalten wird vermieden. Verleugnung, Bagatellisierung, Rechtfertigung und Rationalisierung ermöglichen einen Fortbestand sexuell devianter Verhaltensweisen, ohne das Empfinden von Scham, Schuld, oder Angst. Der Fragebogen enthält 38 Items, dabei werden alle Aussagen auf einer vierstufigen Likert Skala bewertet. Zur Auswertung wird ein Summenscore über alle Items gebildet. Dabei spricht ein hoher Wert für eine ausgeprägte kognitive Verzerrung. Für die interne Konsistenz der Skala wird Cronbach's α mit einem Wert von .97 angegeben. In der vorliegenden Stichprobe lag der Wert von Cronbach's α bei .96.

Verzerrtes Denken und Selbstmanagement:

Internet Behavior and Attitude Questionnaire: **IBAQ**, O'Brien & Webster, 2007:

Die Skala wurde entwickelt, um die deliktrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen von Sexualstraftätern zu erfassen, deren Straftaten Internetbilder von Kindesmissbrauch beinhalteten. Ziel des Fragebogens ist es, das verzerrte Denken und Selbstmanagementverhalten dieser Täter zu messen. Das ursprüngliche Instrument enthielt 48 Items. Die revidierte Version, welche auch im Präventionsnetzwerk verwendet wird, nur noch 34 Items. Der IBAQ unterscheidet zwischen Sexualstraftätern im Internet und Kontakttätern. Die Einstufung der Items erfolgt auf einer fünfstufigen Likert Skala. Zur Ermittlung des Gesamtwertes erfolgt eine Aufsummierung der einzelnen Items. Hohe Werte sprechen für eine

ausgeprägte kognitive Verzerrung. Die interne Konsistenz der Skala liegt bei einem Wert von Cronbach's α von .93. In der vorliegenden Stichprobe betrug die interne Konsistenz, mit einem Wert von Cronbach's α der 34 Items, .80.

Hypersexuelles Verhalten:

Hypersexualität: **HBI-19**, Reid et al. 2010; Klein et al. 2014:

Bei dem HBI handelt es sich, in der deutschen Version von Klein et al. (2014), um ein Selbsterhebungsinstrument zur Erhebung des sexuellen Erlebens und Verhaltens.

Hypersexuelles Erleben und Verhalten umfasst der aktuell zugrunde gelegten diagnostischen Kriterien wiederkehrender und intensive sexuelle Fantasien, sexuelles Verhalten oder sexuelle Verhaltensweisen, die zu klinisch relevantem Leidensdruck oder Störungen in sozialen oder beruflichen Kontexten führen können. Es werden drei Faktoren (Coping, Kontrolle und Konsequenzen) unterschieden. Der Faktor Coping besteht aus sieben Items und erfasst die Beschäftigung mit Sexualität als Reaktion auf dysphorische Stimmungszustände. Der Faktor Kontrolle besteht aus acht Items und beschreibt die fehlende Kontrollierbarkeit sexueller Fantasien, sexuellen Verlangens und sexueller Verhaltensweisen. Der Faktor Konsequenzen besteht aus vier Items und erfasst die Beschäftigung mit Sexualität trotz negativer Konsequenzen für sich selbst, andere oder in wichtigen Lebensbereichen. Die Einstufung der insgesamt 19 Items erfolgt auf einer fünfstufigen Likert Skala. Zur Ermittlung des Gesamtwertes erfolgt die Aufsummierung der einzelnen Skalenwerte. Hohe Werte sprechen für eine verminderte Impulskontrolle und ein stark ausgeprägtes sexuelles Verlangen. Als klinisch relevant im Sinne eines Vorliegens werden Werte ≥ 53 vorgeschlagen. In der vorliegenden Stichprobe lag der Mittelwert der Teilnehmer der Gesamtskala bei 57,3 (SD 15,2) und ist damit als klinisch relevant zu betrachten. Für die Gesamtbetrachtung wurden die Werte der Gesamtskala und der Subskalen getrennt betrachtet. Die Autoren der englischsprachigen Ausgabe sprechen von einer internen Konsistenz mit Cronbach's α der einzelnen Skalen: Coping: .90, Kontrolle: .94 und Konsequenzen: .87 -.89. In der deutschen Version wird die interne Konsistenz für die Skalen wie folgt angegeben: Coping: .86, Kontrolle: .83 und Konsequenzen: .78. In der Stichprobe der vorliegenden Arbeit betrug Cronbach's α der 19 Items .94. Bezogen auf die einzelnen Skalen lagen folgende Werte vor: Coping: .93, Kontrolle: .88 und Konsequenzen: .80.

Selbstwirksamkeit bei sexueller Kontrolle:

Self-efficacy Scale Related to Minors: **SESM C**, Neutze et al. 2011:

Die Selbstwirksamkeitsskala von Neutze et al. (2011) beurteilt die Selbstwirksamkeit einer Person bei der Kontrolle ihres Sexualverhaltens gegenüber Minderjährigen. Die Skala besteht aus einer Reihe von Fragen oder Aussagen, die das Vertrauen einer Person in ihre Fähigkeit bewerten, ihr Sexualverhalten zu kontrollieren. Die Antworten werden auf einer 4-stufigen Likert-Skala bewertet, wobei höhere Werte eine größere Selbstwirksamkeit anzeigen. Es liegen keine Angaben zur allgemeinen internen Konsistenz vor. Die Reliabilität der Skala für die vorliegende Stichprobe lag bei Cronbach's α .91.

Stressmanagement:

Coping Inventory for Stressful Situations: **CISS-24**, Endler & Parker 1994:

Das genannte Erhebungsinstrument erfasst das individuelle Bewältigungsverhalten in Stresssituationen. Dabei werden die 24 Items über drei Bewältigungsstile abgebildet: Das problem- bzw. aufgabenorientierte Coping spiegelt die direkte Problemauseinandersetzung wider und bildet Strategien ab, bei einem Problem kognitiv umzudenken, dieses zu lösen, oder zu minimieren. Das emotionsorientierte Coping erfasst die Bewältigung stressassoziierter negativer Emotionen. Dabei werden Strategien wie Selbstbeschäftigung, Tagträumereien, oder allgemeine Regulationsprozesse herangezogen. Das vermeidungsorientierte Coping, als dritter Bewältigungsstil, bildet Problemablenkung, bzw. die Vermeidung stressiger Situationen ab. Die hier verwendete projektspezifische Version CISS-24 arbeitet mit nur 24 Items, deckt damit aber alle 3 genannten Skalen, mit jeweils 8 Items in jeder Skala ab. Dabei werden die 24 Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet: Die Probanden sollen angeben, was sie typischerweise tun, wenn sie sich „in einer schwierigen, stressigen oder beunruhigenden Situation“ befindet. Zur Auswertung werden Summen über die Gesamtskala und/oder die Subskalen gebildet. Ein hoher Wert auf der jeweiligen Skala besagt, dass das jeweilige Coping-Verhalten hoch ausgeprägt ist. Für die englische Version liegen folgende Werte für die interne Konsistenz der drei Skalen vor: Emotionsorientiertes Coping mit Cronbach's α von .88, problemorientiertes Coping mit Cronbach's α von .90 und vermeidungsorientiertes Coping mit Cronbach's α von .84. Für die deutsche Version mit reduzierter Itemzahl existieren keine Gütekriterien. In der vorliegenden Stichprobe lagen Werte der internen Konsistenz der einzelnen Skalen bei

Cronbach's α von .91 (emotionsorientiertes Coping), von .91 (problemorientiertes Coping) und von .80 (vermeidungsorientiertes Coping). Cronbach's α für die 24 Items lag bei .71.

Selbstwert:

Multidimensionale Selbstwertkala: **MSWS-ESS**, Schütz & Sellin (2006):

Der genannte Fragebogen ist eine multidimensionale Selbstbeschreibungsskala, die die verschiedenen Facetten (emotional, sozial, leistungsbezogen und körperbezogen) der Selbstwertschätzung erfasst. Es werden insgesamt 32 Items über jeweils siebenstufige Antwortskalen erhoben. In der Auswertung können die Gesamtskala und/oder die sechs Subskalen betrachtet werden. Gebildet werden Summen Scores. Dabei entspricht ein hoher Wert einem hohen Selbstwert. In der vorliegenden Studie wurde ausschließlich die Gesamtskala betrachtet. Für die Gesamtskala wird ein Wert von Cronbach's α mit .97 angegeben. In der vorliegenden Stichprobe lag die interne Konsistenz von Cronbach's α für die 32 Items bei .88.

Individuell wahrgenommene Einsamkeit:

Loneliness Scale-revised: **UCLA LS-R**, Russell et al. 1980:

Zur Messung der individuell wahrgenommenen Einsamkeit über die Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit sozialen Beziehungen. Im Präventionsnetzwerk wird die deutsche Version verwendet (Lamm & Stephan 1987). 20 Items werden auf einer 4-stufigen Likert-Skala beantwortet. Die Probanden sollen für jede der vorgestellten Aussagen angeben, mit welcher Häufigkeit sie so fühlen bzw. denken. Für das Projekt wird nur der Summenscore für die Gesamtskala gebildet. Dabei nimmt das Ausmaß der erlebten Einsamkeit mit dem steigenden Summenscore zu. Es wird eine interne Konsistenz von Cronbach's α von .94 angegeben. In der vorliegenden Stichprobe betrug Cronbach's α der 20 Items .71.

2.4 Design und Auswertung

Insgesamt lag der prospektiven Studie ein quasiexperimentelles messwiederholtes Versuchsdesign zu Grunde. Unterschiedliche Selbsterhebungsinstrumente wurden den Teilnehmern vor der Therapie (T0 und T1/pre) und nach Abschluss der Therapie (T3/post) vorgelegt. Während der Therapie fand nach einem festen Intervall, alle zwei Monate, eine Zwischenmessung statt (T2).

Folgend wird im Einzelnen berichtet welche Verfahren zur Analyse der Daten verwendet wurden. Dabei soll zunächst auf die Auswertung der Daten der Hauptfragestellungen eingegangen werden. Es folgen die Darstellungen der Analysen im Rahmen der Nebenfragestellungen. Alle Auswertungsschritte erfolgten mit der Statistiksoftware SPSS® (Statistical Analyses Systems, IBM) für Windows® (Version 29.0). Die Darstellung von Tabellen und Grafiken erfolgte analog zu den in den Analysen verwendeten und/oder ermittelten Werten. Zur deskriptiven Darstellung wurden Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD), oder Häufigkeiten (Anzahl oder Prozent) ermittelt. Allen Analysen wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha < .05$ zugrunde gelegt. Es werden zweiseitige p -Werte berichtet. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs wurden nichtparametrische Analysemethoden, wenn möglich, priorisiert ausgewählt.

2.4.1 Daten der Hauptfragestellung

Um eine Aussage bzgl. eines möglichen Unterschieds der Veränderung der dynamischen Risikofaktoren zwischen den Gruppen (hands-on/hands-off) treffen zu können, wurden die Gruppen vorab hinsichtlich soziodemografischer Eigenschaften und sexueller Präferenzbesonderheiten verglichen. Hierzu wurde der X^2 Test auf Unabhängigkeit durchgeführt. Es werden die jeweiligen X^2 -Werte mit zugehöriger Signifikanz (p Werte) dargestellt. Wann immer die erwartete Zellhäufigkeit < 5 war erfolgte analog der exakte Test nach Fisher. Für die Intergruppenanalyse zu den beiden Messzeitpunkten (T1/pre-T3/post) in der Gesamtgruppe, zur Identifikation möglicher Veränderungen der dynamischen Risikofaktoren, erfolgte mittels Wilcoxon-Rang-Test. Die visuelle Inspektion der Histogramme der Differenzen zeigte eine symmetrische Verteilung der Werte. Damit waren die Anwendungsvoraussetzungen erfüllt. Es werden Z-Werte mit zugehörigen Signifikanzen (p Werte) berichtet. Bei signifikanten Ergebnissen erfolgt gleichzeitig die Darstellung der Effektstärke mittels des Korrelationskoeffizienten r nach Pearson ($r = \frac{z}{\sqrt{N}}$, Fritz, Morris, & Richler, 2012). Mögliche Intragruppenvergleiche (hands-on-hands off) wurden mittels des Mann-Whitney-U Tests untersucht. Die Voraussetzung der Normalverteilung der Werte wurde mittels Kolmogorov-Smirnov-Tests überprüft und bei Nichtvorliegen entsprechend interpretiert (Steinskog et al. 2007). Analog werden Z-Werte und

Signifikanzen (p Werte) berichtet und bei signifikanten Ergebnissen zusätzlich die Effektstärke über den Korrelationskoeffizienten r angegeben. Um einen möglichen Gruppenunterschied zwischen hands-off und hands-on hinsichtlich einer Veränderung von T1/pre nach T3/post herauszustellen wurden Intergruppenvergleiche mit den Delta Werten der jeweiligen Skalen berechnet. Dabei wurden die Delta Werte wie folgt ermittelt: Wert T3/post-Wert T1/pre. Für jeden negativen Delta Wert konnte eine Abnahme von T1/pre zu T3/post und für jeden positiven Delta Wert eine Zunahme von T1/pre zu T3/post auf der jeweiligen Skala beschrieben werden. Dabei wurden die Werte aller unter 2.3.1 beschriebenen Skalen und Subskalen verglichen.

2.4.2 Daten der Nebenfragestellung

Zusammenhänge:

Um einen möglichen Einfluss möglicher Faktoren (Prädiktoren: Grad der eigenen Traumatisierung, Anzahl weiterer Diagnosen und Therapiezeit) auf das Therapie Outcome (Kriterium: dynamische Risikofaktoren) zu überprüfen, wurden zunächst einfache Korrelationen, getrennt für jeden Prädiktor zu den Delta Werten (siehe Daten der Hauptfragestellung) der unterschiedlichen dynamischen Risikofaktoren, nach Spearman berechnet. Aufgrund des explorativen Studiencharakters wurde die Korrelation nach Spearman gewählt, um eine Unterschätzung vorliegender Zusammenhänge zu umgehen. Berichtet werden Spearman's Rho (ρ) und zugehörige Werte der Signifikanz (p Werte). Bei vorliegenden signifikanten Zusammenhängen wurden lineare Regressionsanalysen berechnet, um eine Aussage über den tatsächlichen Zusammenhang treffen zu können. Die Voraussetzungen der Regressionsanalyse wurden im Vorfeld geprüft. Bei der jeweiligen Modellbetrachtung wird die Linearität visuell, durch Streudiagramme, dargestellt. Zur Prüfung der Normalität der Residuen wurde der Shapiro-Wilk-Test berechnet und folgend werden die zugehörigen W und p Werte dargestellt. Bei Verletzung der Normalverteilungsannahme wurde zusätzlich eine Regressionsanalyse mit bootstrapping (samplesize bei 1000) durchgeführt, um eine präzisere Schätzung zu erhalten. Zur Prüfung auf Homoskedastizität wurde der modifizierte Breusch-Pagan-Test verwendet. Es werden X^2 und p -Werte berichtet. Bei

vorliegender Heteroskedastizität erfolgte eine Parameterschätzung mit robusten Standardfehlern. Verwendet wurde dann die HC4 Methode (Hayes & Cai, 2007). Da in jedem Modell nur eine unabhängige Variable als möglicher Prädiktor geprüft wurde, wurden mögliche Autokorrelation der Residuen nicht mittels Durbin-Watson Statistik berechnet, sondern es wurde visuell die Zufälligkeit der Streuung der Werte gesichtet, die folgend mit dargestellt wird. Berichtet werden die unterschiedlichen Kenngrößen der Regressionsanalyse (R^2 , B , F -Wert und t -Wert), mit Angaben der Signifikanz (p Werte).

Veränderungsmessung nach einem Jahr Therapie:

Ob es zu einer Veränderung von den zu T2 erhobenen Therapieoutcomevariablen (psychische Gesundheit und sexuelle Befasstheit, bezogen auf Kinder und nicht bezogen auf Kinder) bereits nach einem Jahr Therapie kommt, wurden, analog zur Untersuchung der Hauptfragestellung, Inter- und Intragruppenvergleiche über die entsprechenden Werte durchgeführt. Eingesetzt wurden ebenfalls der Mann-Whitney-U Test und der Wilcoxon-Test. Die entsprechenden statistischen Kennwerte werden auch hier berichtet.

3 Ergebnisse

Folgend werden die Ergebnisse der statistischen Analysen der Haupt- und Nebenfragestellungen beschrieben.

3.1 Ergebnisse der Hauptfragestellung

Der Vergleich, hinsichtlich soziodemografischer Eigenschaften und sexueller Präferenzbesonderheiten, zwischen den beiden Gruppen ergab keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 2).

Demografische Daten		Gruppenzuordnung						Statistik		
Soziodemografische Daten		hands-off		hands-on		gesamt		T	df	p
		n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)			
Alter		16	36,63 (12,04)	19	39,84 (11,91)	35	38,37 (11,90)	-0,792	33	.434
Therapiezeit		16	27,88 (11,46)	18	23,78 (13,31)	35	25,71 (12,46)	0,956	32	.346
		n	%	n	%	n	%	χ^2	df	p
Bildung	< 10 Jahre	4	25	8	42,1	12	34,3	0,579		.476
	> 10 Jahre	12	75	11	57,9	23	65,7			
Erwerbstätigkeit	nein	1	6,3	4	21,1	5	14,3	0,382		.347
	ja	15	93,8	15	78,9	30	85,7			
Partnerschaft	nein	10	62,5	10	52,6	20	57,1	0,345	1	.213
	ja	6	37,5	9	47,4	15	42,9			
Kinder	nein	10	62,5	14	73,7	24	68,6	0,504	1	.478
	ja	6	37,5	5	26,3	11	31,4			
alleinlebend	nein	10	62,5	9	52,9	19	54,3	0,308	1	.579
	ja	6	37,5	8	47,1	14	40,0			
sexuelle Orientierung	hetero	11	68,8	8	42,1	19	54,3	2,491	2	.288
	homo	1	6,3	2	10,5	3	8,6			
	bi	4	25,0	9	47,4	13	37,1			
Anzahl sexuelle Präferenzen	0	7	43,8	10	52,6	17	48,6	4,975	5	.419
	1	4	25,0	4	21,1	8	22,9			
	2	4	25,0	2	10,5	6	17,1			
	3	1	6,3	0	0	1	2,9			
	4	0	0,0	2	10,5	2	5,7			
	5	0	0,0	1	5,3	1	2,9			
Anzahl Diagnosen SKID I	0	12	85,7	7	46,7	19	54,3	5,574	4	.233
	1	2	14,3	5	33,3	7	20,0			
	2	0	0,0	1	6,7	1	2,9			
	3	0	0,0	1	6,7	1	2,9			
	4	0	0,0	1	6,7	1	2,9			

Tabelle 2: Vergleich der Untersuchungsgruppen hinsichtlich soziodemographischer Eigenschaften und sexueller Präferenzbesonderheiten. M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, T: T-Wert, χ^2 : Chi Quadrat, df: Freiheitsgrade, p: zweiseitige Signifikanz, p<.05 fett gedruckt.

Unterschiede zu den Messzeitpunkten in der Gesamtgruppe (hands-off und hands-on):

Wie in Tabelle 3 dargestellt ist, ergibt sich eine signifikante Veränderung aller dynamischer Risikofaktoren, mit Ausnahme des CISS (Stressmanagement) und des UCLA (empfundene Einsamkeit), vom Messzeitpunkt T1/pre zum Messzeitpunkt T3/post für die Gesamtgruppe (hands-on und hands-off). Allerdings ist deskriptiv eine Zunahme des Stressmanagements (CISS) beschreibbar, während es, ebenfalls deskriptiv, zu einer Reduktion der individuell empfundenen Einsamkeit (UCLA) kam. Die Werte des EUROHIS (Lebenszufriedenheit) nahmen vom Messzeitpunkt T1/pre ($M=31,97$) zum Messzeitpunkt T3/post ($M=37,26$) signifikant zu ($z=-4,214$, $p<.001$). Die Werte, die die sexuelle Befassthheit der Teilnehmer auf Kinder und nicht auf Kinder widerspiegeln, des SOI-K ($z=-4,097$, $p<.001$) und des SOI-nK ($z=-3,353$, $p<.001$), nahmen signifikant ab. Die Werte des BMS (Maß der kognitiven Verzerrung) ($z=-3,343$, $p<.001$), des HBI (Maß der Hypersexualität) ($z=-4,732$, $p<.001$), des IBAQ (Maß für verzerrtes Denken) ($z=-2,552$, $p=.011$) und des MSWS (Maß des Selbstwertes) ($z=-3,305$, $p<.001$) nahmen ebenfalls signifikant ab. Zusätzlich nahmen die Werte des SESM (Selbstwirksamkeitserleben in Bezug auf die Kontrolle sexueller Impulse) signifikant zu ($z=-2,982$, $p=.003$).

DRF	Gesamt			Statistik	
	T1 (pre) M (SD)	T3 (post) M (SD)	Delta M (SD)	Z	p
Eurohis	31,97 (7,79)	37,26 (7,69)	5,45 (6,77)	-4,214	<.001** r = ,71
SOI-K	36,76 (31,09)	8,39 (17,94)	-28,00 (31,71)	-4,097	<.001** r = ,69
SOI-nK	56,27 (30,31)	35,67 (32,09)	-19,79 (32,67)	-3,353	<.001** r = ,60
BMS	62,09 (13,32)	52,71 (12,53)	-8,82 (13,62)	-3,343	<.001** r = ,57
HBI	57,26 (15,19)	39,97 (16,18)	-18,79 (14,12)	-4,732	<.001** r = ,80
SESM	58,19 (13,38)	69,25 (10,53)	9,79 (14,74)	-2,982	.003* r = ,50
IBAQ	69,34 (13,39)	61,35 (6,67)	-7,79 (12,87)	-2,552	.011* r = ,43
CISS	73,06 (9,16)	74,12 (10,42)	0,91 (8,16)	-,546	.585
MSWS	68,53 (20,37)	60,03 (24,63)	-9,52 (16,65)	-3,305	.001** r = ,56
UCLA	55,22 (4,38)	53,00 (5,12)	-2,24 (6,19)	-1,277	.202

Tabelle 3: Vergleich der Messzeitpunkte hinsichtlich beschriebener dynamischer Risikofaktoren in der Gesamtstichprobe (M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, Z: z-Wert, p: zweiseitige Signifikanz, $p<.05$ fett gedruckt).

Für die Subskalen des CISS (Maß für Stressmanagement) und des HBI (Maß der Hypersexualität) können weitere signifikante Veränderungen berichtet werden (Tabelle 4). Alle Subskalen des HBI reduzierten sich hinsichtlich ihrer Ausprägung in der Gesamtgruppe signifikant. Mit Ausnahme der Subskala *emotionsorientiertes Coping* des CISS, die sich signifikant verringerte (T1/pre: $M=26,85$, T3/post: $M=22,88$; $z=-3,122$, $p=.002$), nahmen die Werte der beiden anderen Subskalen des CISS signifikant von T1/pre zu T3/post, innerhalb der Gesamtgruppe, zu (Tabelle 4).

DRF Subskalen	Gesamt			Statistik	
	T1 (pre) <i>M (SD)</i>	T3 (post) <i>M (SD)</i>	Delta <i>M (SD)</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Coping HBI	18,97 (7,78)	14,12 (5,78)	-3,36 (6,36)	-2,605	.009* <i>r = ,44</i>
Kontrolle HBI	27,67 (6,83)	15,56 (5,43)	-11,92 (7,05)	-4,374	<.001** <i>r = ,74</i>
Konsequenzen HBI	10,58 (3,94)	6,72 (2,33)	-3,68 (2,98)	-3,884	<.001** <i>r = ,66</i>
Problemorientiert CISS	26,15 (5,77)	28,96 (6,13)	2,79 (5,20)	-2,447	.014* <i>r = ,41</i>
Emotionsorientiert CISS	26,85 (6,59)	22,88 (7,56)	-4,29 (5,26)	-3,122	.002* <i>r = ,53</i>
Vermeidend CISS	20,29 (5,79)	22,24 (6,13)	2,12 (6,22)	-1,979	.048* <i>r = ,33</i>

Tabelle 4: Vergleich der Messzeitpunkte hinsichtlich der Subskalen des HBI und des CISS in der Gesamtstichprobe (M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, Z: z-Wert, p: zweiseitige Signifikanz, $p<.05$ fett gedruckt).

Unterschiede zwischen den Gruppen hands-off und hands-on:

Im Folgenden werden unterschiedliche Vergleiche beschrieben. Zum einen erfolgt die Darstellung der Intragruppenvergleiche zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten T1/pre und T3/post innerhalb der jeweiligen Gruppe. Zum anderen wird ein Intergruppenvergleich der Delta Werte von T1/pre zu T3/post zwischen den Gruppen beschrieben (Tabelle 5 und Tabelle 8). Darüber hinaus erfolgt eine weitere Darstellung des Intergruppenvergleichs zwischen den Gruppen zum jeweiligen Messzeitpunkt (Tabelle 6 und Tabelle 7).

Der Vergleich der Messzeitpunkte für die einzelnen dynamischen Risikofaktoren innerhalb der jeweiligen Gruppe und zwischen den Gruppen, hands-off und hands-on, zeigte vergleichbare Ergebnisse zur Gesamtgruppe (Tabelle 5).

Der vorherige Vergleich, ob sich die Gruppen hands-off und hands-on zu den jeweiligen Messzeitpunkten unterschieden, sind in Tabelle 6 dargestellt. Unterschiede zwischen den Gruppen ließen sich dabei für die Skala der Hypersexualität (HBI), des IBAQ (kognitive Verzerrung) und den MSWS (Selbstwert) ausschließlich zum

Messzeitpunkt T1/pre zeigen. Die hands-on Gruppe hatte auf allen drei Skalen zum Zeitpunkt T1/pre höhere Werte, verglichen mit der hands-off Gruppe zum gleichen Messzeitpunkt (Tabelle 5 und Tabelle 6).

DRF	Gruppenzuordnung											
	hands-off						hands-on					
	T1 (pre)	T3 (post)	Delta	Statistik Intragruppenvergleich		T1 (pre)	T3 (post)	Delta	Statistik Intragruppenvergleich		Statistik Delta Intergruppenvergleich	
	<i>M</i> (SD)	<i>M</i> (SD)	<i>M</i> (SD)	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>M</i> (SD)	<i>M</i> (SD)	<i>M</i> (SD)	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Eurohis	34,12 (8,09)	37,80 (8,32)	3,20 (4,87)	-2,245	.025* <i>r</i> = ,38	30,06 (7,21)	36,84 (7,36)	7,33 (7,65)	-3,538	.002* <i>r</i> = ,60	-1,762	.079
SOI-K	40,31 (27,65)	13,60 (25,65)	-24,73 (28,36)	-2,869	.004* <i>r</i> = ,48	33,61 (34,35)	4,06 (4,50)	-30,88 (35,01)	-3,157	.002* <i>r</i> = ,53	-0,132	.911
SOI-nK	56,80 (29,59)	39,27 (31,01)	-16,43 (28,17)	-2,135	.033* <i>r</i> = ,36	55,83 (30,31)	32,67 (33,55)	-22,55 (36,58)	-2,501	.012* <i>r</i> = ,42	-0,656	.518
BMS	60,88 (14,49)	51,53 (11,00)	-8,53 (14,72)	-2,645	.008* <i>r</i> = ,45	63,17 (13,32)	53,63 (13,65)	-9,06 (13,07)	-2,397	.017* <i>r</i> = ,41	-0,634	.532
HBI	49,13 (11,89)	37,07 (10,45)	-11,60 (7,98)	-3,411	.001* <i>r</i> = ,58	64,50 (14,33)	42,26 (19,55)	-24,78 (15,48)	-3,528	.001* <i>r</i> = ,60	-2,786	.005* <i>r</i> = ,39
SESM	60,87 (16,30)	66,38 (11,95)	4,46 (13,36)	-1,373	.170	55,82 (11,30)	72,63 (7,79)	16,09 (14,31)	-2,758	.006* <i>r</i> = ,47	-2,029	.041* <i>r</i> = ,34
IBAQ	65,79 (14,29)	60,27 (6,56)	-6,80 (12,83)	-1,379	.168	72,67 (12,02)	62,67 (6,95)	-8,89 (13,61)	-2,176	.030* <i>r</i> = ,37	-0,779	.447
CISS	74,38 (7,99)	75,47 (9,94)	0,87 (9,13)	-,534	.593	71,89 (10,16)	73,05 (10,92)	0,94 (7,53)	-,155	.877	-0,381	.708
MSWS	60,13 (20,05)	53,07 (21,79)	-4,33 (9,55)	-1,603	.108	76,00 (18,04)	65,53 (25,89)	-13,83 (20,09)	-2,794	.005* <i>r</i> = ,47	-1,756	.079
UCLA	55,07 (4,59)	51,85 (5,57)	-3,23 (7,30)	-1,220	.222	55,35 (4,33)	54,25 (4,48)	-1,17 (4,78)	-,631	.528	-0,574	.570

Tabelle 5: Inter- und Intragruppenvergleiche der Messzeitpunkte hinsichtlich beschriebener dynamischer Risikofaktoren. Delta beschreibt die Veränderung der Werte von T1/pre zu T3/post (*M*: Mittelwert, *SD*: Standardabweichung, *Z*: z-Wert, *p*: zweiseitige Signifikanz, *: $p < .05$, **: $p < .001$, fett gedruckt; *r*=Effektstärke).

DRF	Messzeitpunkt	Statistik	
		Z	p
EUROHIS	T1/pre	-1,365	.172
	T3/post	-,505	.614
SOI-K	T1/pre	-1,088	.277
	T3/post	-,349	.727
SOI-nK	T1/pre	-,090	.928
	T3/post	-,470	.638
BMS	T1/pre	-,207	.836
	T3/post	-,226	.821
HBI	T1/pre	-3,023	.003*
	T3/post	-,521	.603
SESM	T1/pre	-,567	.571
	T3/post	-1,344	.179
IBAQ	T1/pre	-2,275	.023*
	T3/post	-,115	.908
CISS	T1/pre	-1,074	.283
	T3/post	-,782	.434
MSWS	T1/pre	-2,209	.027*
	T3/post	-1,458	.145
UCLA	T1/pre	-,019	.985
	T3/post	-1,011	.312

Tabelle 6: Intergruppenvergleich hands-off/hands-on zum jeweiligen Messzeitpunkt (T1/pre und T3/post) hinsichtlich der beschriebenen Risikofaktoren. Z: Z-Wert, p: zweiseitige Signifikanz, *: $p < .05$, ** $p < .001$, fett gedruckt; r=Effektstärke).

In beiden Gruppen erhöhten sich die Werte des EUROHIS von T1/pre (hands-off: $M=34,12$; hands-on: $M=30,06$) zu T3/post (hands-off: $M=37,80$; hands-on: $M=36,84$) signifikant (hands-off: $z=-2,245$, $p=.025$; hands-on: $z=-3,538$, $p=.002$). Dabei gab es keinen Unterschied zwischen den Gruppen (Tabelle 5). Sowohl die sexuelle Befasstheit in Bezug auf Kinder, als auch nicht auf Kinder bezogen, reduzierte sich in beiden Gruppen vom Messzeitpunkt T1/pre zum Messzeitpunkt T3/post signifikant (SOI-K: hands-off: $z=-2,869$, $p=.004$; hands-on: $z=-3,157$, $p=.002$; SOI-nK: hands-off: $z=-2,135$, $p=.003$; hands-on: $z=-2,501$, $p=.012$). Bezüglich dieser Reduktionen ergaben sich zwischen den Gruppen keine Unterschiede (Tabelle 5). Gleiches kann für die Werte des BMS und des HBI berichtet werden. Sowohl die Werte des BMS verringerten sich signifikant (hands-off: $z=-2,645$, $p=.008$; hands-on: $z=-2,397$, $p=.017$), als auch die Werte des HBI (hands-off: $z=-3,411$, $p<.001$; hands-on: $z=-3,528$, $p<.001$) innerhalb der Gruppen.

Der Intergruppenvergleich zeigte keine Gruppenunterschiede der Reduktion des BMS, wohl aber des HBI ($z=-2,786$, $p=.005$). Die Delta Werte des HBI waren in der hands-on Gruppe ($M = -24,78$) signifikant geringer als in der hands-off Gruppe ($M = -11,60$; Tabelle 5).

Hinsichtlich des Selbstwirksamkeitserlebens bei der Kontrolle des sexuellen Verhaltens (SESM), kann für beide Gruppen, deskriptiv, eine Verbesserung beschrieben werden. Allerdings zeigte sich dieser Effekt nur in der Gruppe hands-on als signifikant ($z=-2,758$, $p=.006$). Zusätzlich ergab sich ein signifikanter Gruppenunterschied ($z=-2,029$, $p=.041$). Der Delta Wert war in der hands-on Gruppe zum Zeitpunkt T3/post höher ($M = 16,09$), als in der hands-off Gruppe ($M = 4,46$; Tabelle 5). Inter- und Intragruppenvergleiche zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten des IBAQ ergaben nur für die hands-on Gruppe eine signifikante Reduktion der Werte ($z=-2,176$, $p=.030$). Nur in dieser Gruppe nahm das Maß, dass das verzerrte Denken in Bezug auf die Nutzung von Missbrauchsabbildungen beschreibt, signifikant ab. Für die Hauptskala des CISS, die die globale Stressbewältigung beschreibt, ließen sich keine Intra- und Intergruppenunterschiede feststellen. Zusätzlich zeigte sich eine signifikante Verschlechterung des Selbstwertes für die hands-on Gruppe ($z=-2,794$, $p=.005$). Deskriptiv bestätigte sich dies ebenfalls in der hands-off Gruppe, hier kam es allerdings nicht zu einem signifikanten Effekt. Wie schon bei der Betrachtung der Gesamtgruppe, lassen sich auch bei Betrachtung der Einzelgruppen keine signifikanten Veränderungen der selbstempfundene Einsamkeit (UCLA) beschreiben. Eine Verringerung in beiden Gruppen ist lediglich deskriptiv darstellbar.

Hinsichtlich der einzelnen Subskalen des HBI und des CISS ergaben sich folgende Ergebnisse. Der Intergruppenvergleich zu den jeweiligen Messzeitpunkten ergab signifikant unterschiedliche Werte der Subskalen *Coping* und *Konsequenz* des HBI (Tabelle 7). Beide Skalen wiesen in der hands-on Gruppe zum Zeitpunkt T1/pre höhere Werte auf (Tabelle 8). Weitere Vergleiche der beiden Gruppen zu den jeweiligen Messzeitpunkten ergaben keine weiteren signifikanten Unterschiede auf den unterschiedlichen Subskalen (Tabelle 7). Bei der weiteren Betrachtung der Subskalen des HBI (Tabelle 8) konnte ermittelt werden, dass sich die Veränderungen der Delta Werte auf den einzelnen Subskalen unterschieden.

DRF	Messzeitpunkt	Statistik Intergruppenvergleich	
		Z	p
Coping HBI	T1/pre	-2,539	.011*
			r=,42
	T3/post	-0,109	.913
Kontrolle HBI	T1/pre	-1,751	.080
	T3/post	-0,191	.848
Konsequenz HBI	T1/pre	-2,937	.003*
			r=,49
	T3/post	-1,251	.211
Problemorientiert CISS	T1/pre	-1,610	.107
	T3/post	-1,216	.224
Emotionsorientiert CISS	T1/pre	-1,211	.226
	T3/post	-0,082	.935
Vermeidend CISS	T1/pre	-0,864	.388
	T3/post	-0,576	.565

Tabelle 7 : Intergruppenvergleich hands-off/hands-on zum jeweiligen Messzeitpunkt (T1/pre oder T3/post) hinsichtlich der beschriebener Risikofaktoren. Z:z-Wert, p: zweiseitige Signifikanz, *:p<.05, **p<.001, fett gedruckt; r=Effektstärke).

Bezüglich der Subskala *Konsequenzen*, die die Beschäftigung mit Sexualität trotz negativer Konsequenzen für sich selbst, andere oder in wichtigen Lebensbereichen abbildet, zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($z=-2,18$, $p=.027$). Es zeigten sich geringere Delta Werte in der hands-on ($M=-4,92$), als in der hands-off Gruppe ($M=-2,33$). Was für eine starke Abnahme der Werte in der hands-on Gruppe sprach. Weitere Betrachtungen konnten signifikante Unterschiede zu den einzelnen Messzeitpunkten innerhalb der Gruppen herausstellen. In der hands-on Gruppe zeigten sich auf allen drei Subskalen des HBI signifikante Abnahmen der Werte vom Messzeitpunkt T1/pre zum Messzeitpunkt T3/post (Tabelle 8). Zusätzlich zeigte sich eine signifikante Reduktion der Subskala *emotionsorientiert* CISS ($z=-2,914$, $p=.004$). Die Bewältigung stressassoziierter negativer Emotionen verringerte sich vom Messzeitpunkt T1/pre ($M=28,70$) zum Messzeitpunkt T3/post ($M=22,61$) in dieser Gruppe signifikant. Innerhalb der hands-off Gruppe verringerten sich die Werte der Subskalen *Kontrolle* und *Konsequenzen* des HBI ebenfalls signifikant (Tabelle 8).

Subskalen DRF	Gruppenzuordnung											
	hands-off					hands-on						
	T1 (pre)	T3 (post)	Delta	Statistik Intragruppen vergleich		T1 (pre)	T3 (post)	Delta	Statistik Intragruppen vergleich		Statistik Delta Intergruppen vergleich	
	<i>M</i> <i>(SD)</i>	<i>M</i> <i>(SD)</i>	<i>M</i> <i>(SD)</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>M</i> <i>(SD)</i>	<i>M</i> <i>(SD)</i>	<i>M</i> <i>(SD)</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Coping HBI	15,43 (6,36)	13,92 (4,99)	-0,92 (6,73)	-,906	.365	22,11 (7,74)	14,31 (6,61)	-5,62 (5,28)	-2,752	.006* <i>r</i> = ,47	-1,802	.072
Kontrolle HBI	25,25 (6,45)	15,58 (6,01)	-9,33 (5,61)	-3,062	.002* <i>r</i> = ,52	29,94 (6,55)	15,54 (5,02)	-14,31 (7,59)	-3,180	.001* <i>r</i> = ,54	-1,580	.114
Konsequenz HBI	8,44 (2,27)	6,08 (1,78)	-2,33 (2,96)	2,252	.024* <i>r</i> = ,38	12,50 (3,53)	7,31 (2,69)	-4,92 (2,49)	-3,187	.001* <i>r</i> = ,54	-2,218	.027* <i>r</i> = ,37
Problemorie ntiert CISS	28,06 (4,34)	30,83 (5,73)	3,00 (5,06)	1,808	.071	24,44 (6,12)	27,08 (6,49)	2,58 (5,55)	-1,730	.084	-,174	.862
Emotionsorie ntiert CISS	24,88 (7,08)	23,17 (7,73)	-3,00 (6,08)	1,226	.220	28,70 (5,67)	22,61 (7,70)	-5,58 (4,17)	-2,914	.004* <i>r</i> = ,49	-1,159	.246
Vermeidend CISS	21,44 (6,69)	23,08 (7,39)	2,50 (8,19)	1,140	.254	19,28 (4,81)	21,46 (6,25)	1,77 (3,96)	-1,711	.087	-0,685	.494

Tabelle 8: Inter- und Intragruppenvergleiche der Messzeitpunkte hinsichtlich beschriebener dynamischer Risikofaktoren. Delta beschreibt die Veränderung der Werte von T1/pre zu T3/post. (*M*:Mittelwert, *SD*:Standardabweichung, *Z*:z-Wert, *p*: zweiseitige Signifikanz, *: $p < .05$, **: $p < .001$, fett gedruckt; *r*=Effektstärke).

Bei allen gefundenen Effekten lassen sich relativ gute bis sehr gute Effektstärken, zwischen $r = ,34$ bis $r = ,80$, beschreiben.

3.2 Ergebnisse der Nebenfragestellung

Zunächst werden die möglichen Zusammenhänge dargestellt und folgend die Veränderung der Therapieoutcomevariablen zum Messzeitpunkt T2.

3.2.1 Zusammenhang zwischen dem Grad der eigenen Traumatisierung und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren

Die beiden Gruppen (hands-on und hands-off) unterscheiden sich hinsichtlich des Grades der eigenen Traumatisierung nicht voneinander (Tabelle 9). Auf allen drei Subskalen des CTQ lagen innerhalb beider Gruppen ähnliche Werte vor.

CTQ	Gruppenzuordnung				Statistik	
	hands-off <i>M (SD)</i>	<i>Bewertung Schweregrad</i>	hands-on <i>M (SD)</i>	<i>Bewertung Schweregrad</i>	Intergruppenvgl. <i>Z</i>	<i>p</i>
CTQ-EM	9,80 (2,30)	mäßig	11,53 (3,24)	mäßig	-1,522	.128
CTQ-SM	8,20 (3,00)	mäßig	9,53 (3,03)	mäßig bis schwer	-1,522	.173
CTQ EV	7,07 (1,75)	gering	7,74 (1,56)	gering	-1,522	.804

Tabelle 9: Gruppenvergleich (hands-off-hands-on) der drei Subskalen des CTQ; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Z: z-Wert, p= zweiseitige Signifikanz)

Betrachtet wurden die Korrelationskoeffizienten Spearman's Rho (ρ) und zugehörige Signifikanzen. Für die Gesamtgruppe ließ sich ein signifikanter, negativer Zusammenhang zwischen der Gesamtskala des HBI und der Subskala *emotionaler Missbrauch* des CTQ ermitteln ($\rho = -.355$, $p = .046$, Anhang A1). Hinsichtlich der jeweiligen Subskalen des HBI und des CISS konnten keine signifikanten Zusammenhänge ermittelt werden (Anhang A2). Für die beiden Untergruppen konnte gezeigt werden, dass signifikante Zusammenhänge ausschließlich in der hands-on Gruppe vorliegen. Es zeigten sich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen dem HBI und der Subskala *emotionaler Missbrauch* des CTQ ($\rho = -.471$, $p = .048$, Anhang A3). Darüber hinaus ergab sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen den Werten von SESM und der Subskala *sexueller Missbrauch* des CTQ ($\rho = .608$, $p = .047$). Der Wert der erlebten Selbstwirksamkeit und der eigene erlebte sexuelle Missbrauch korrelieren positiv miteinander. Zusätzlich ergab sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen den Werten des UCLA und der Subskala *emotionale Vernachlässigung* des CTQ ($\rho = .657$, $p = .020$). Der Wert der

empfundenen Einsamkeit korreliert positiv mit der erlebten emotionalen Vernachlässigung.

Bei der Betrachtung der Subskalen (Anhang A4) zeigte sich für die hands-on Gruppe zusätzlich ein signifikanter Zusammenhang ($p=-.639$, $p=.019$) zwischen der Subskala *Kontrolle* des HBI und der Subskala *emotionaler Missbrauch* des CTQ. Das Maß der selbstempfundene Kontrolle bei sexuellen Impulsen korreliert negativ mit dem erlebten emotionalen Missbrauch.

Entsprechend der dargestellten Zusammenhänge wurden einzelne Regressionsanalysen berechnet. Tabelle 10 gibt einen Überblick über die an dieser Stelle berichteten Regressionsmodelle.

AV	UV	Gruppe	Regressionsmodell					Regressionskoeffizient			P (Bootstrapping)
			R	R ²	F	df	p	B	T	p	
HBI	CTQ-EM	gesamt	,351	,123	4,214	(1,30)	.049*	-1,643	2,053	.049*	-
		hands-off	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		hands-on	,344	,118	2,146	(1,16)	.162	-1,598	1465	.162	-
SESM	CTQ-SM	gesamt	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		hands-off	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		hands-on	,600	,361	5,075	(1,16)	.051	3,383	2,253	.051	.127
UCLA	CTQ-EV	gesamt	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		hands-off	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		hands-on	,676	,457	8,417	(1,16)	.016*	2,117	2,901	.016*	.012*

Tabelle 10: Statistik der Regressionsmodelle mit Darstellung entsprechender Regressionskoeffizienten. UV: Subskalen CTQ. R: Korrelationskoeffizient, R²: Determinationskoeffizient; F: F-Wert der ANOVA; df: Freiheitsgrade; p: zweiseitige Signifikanz (*<.05, **<.001); B: Regressionskoeffizient; T: T-Wert des t-Tests; p: Bootstrapping: zweiseitige Signifikanz (*<.05, **<.001).

Mit Ausnahme der Subskalen *sexueller Missbrauch* ($W=,930$, $p=.031$) und *emotionale Vernachlässigung* ($W=,896$, $p=.004$) des CTQ waren alle weiteren Skalen des Modells normalverteilt:

HBI: $W=,971$, $p=.694$; Kontrolle HBI: $W=,956$, $p=.328$; SESM: $W=,960$, $p=.438$; UCLA: $W=,919$, $p=.062$ und *emotionaler Missbrauch* CTQ: $W=,967$, $p=.383$. Hier wurde das jeweilige Modell ohne bootstrapping verwendet.

Der modifizierte Breusch-Pagan-Test auf Heteroskedastizität ergab für keine der Skalen und Subskalen Heteroskedastizität (Tabelle 11).

AV-Kovariate	Statistik		
	χ^2	df	p
HBI-CTQ-EM	1,283	1	.257
Kontrolle HBI-CTQ-EM	,054	1	.817
SESM-CTQ-SM	1,951	1	.162
UCLA-CTQ-EV	,006	1	.936

Tabelle 11: Modifizierter Breusch-Pagan-Test auf Heteroskedastizität; χ^2 : Chi Quadrat Wert, p: Signifikanz, zweiseitig; df: Freiheitsgrade.

Das Modell, das den Zusammenhang zwischen dem erlebten emotionalen Missbrauch und dem hypersexuellen Verhalten insgesamt (HBI) widerspiegelt, zeigte sich als signifikant: $F(1,30) = 4,214$, $p = .049$. Der erlebte emotionale Missbrauch zeigte sich als signifikanter Prädiktor (Abb.5). Je größer der erlebte emotionale Missbrauch, desto geringer ist die Ausprägung des hypersexuellen Verhaltens am Ende der Therapie. Allerdings erklärt das Modell lediglich 12% der Varianz ($R^2 = ,123$).

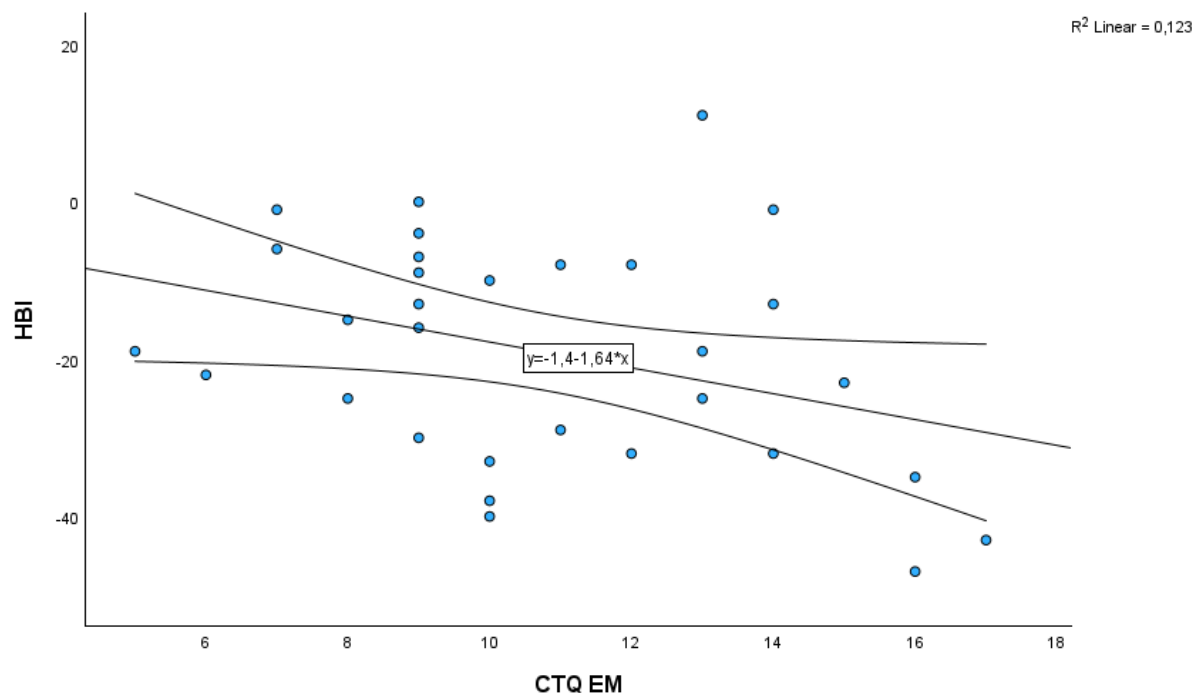


Abb. 5: Darstellung des linearen Zusammenhangs (Modell: AV: HBI, UV: CTQ-EM; gesamt) mit Regressionsgeraden, Regressionsgleichung und Mittelwertverteilung.

Die visuelle Sichtung deutet auf keine Autokorrelation der Residuen hin (Abb.6).



Abb.6: Visuelle Darstellung der Autokorrelation der Residuen (AV: HBI, UV: CTQ-EM, gesamt); eine freie Verteilung der Werte zwischen -3 und +3 deutet auf keine Autokorrelation hin.

Das Modell, das den Zusammenhang zwischen dem erlebten emotionalen Missbrauch (CTQ-EM) und dem Kontrollerleben bzgl. des hypersexuellen Verhaltens (Kontrolle HBI) in der hands-on Gruppe widerspiegelt, zeigte sich als nicht signifikant (Tabelle 8). Gleiches konnte für die Modelldarstellung des Zusammenhangs zwischen der empfundenen Selbstwirksamkeit bzgl. einer Kontrolle von sexuellen Impulsen (SESM) und des erlebten sexuellen Missbrauchs (CTQ-SM) in der hands-on Gruppe bestätigt werden. Das Modell ist nicht signifikant. Das Modell, das den Zusammenhang zwischen der erlebten emotionalen Vernachlässigung und der individuell empfundenen Einsamkeit in der hands-on Gruppe darstellt, ist mit $F(1,16) = 8,417$, $p = .012$ (nach bootstrapping) signifikant. Die erlebte emotionale Vernachlässigung zeigte sich als signifikanter Prädiktor (Abb.7). Das Modell erklärt 46% der Varianz ($R^2 = ,457$). Je größer die erlebte emotionale Vernachlässigung, desto größer war die individuell empfundene Einsamkeit zum Ende der Therapie. Auch hier lag keine Autokorrelation der Residuen vor (Abb.8).

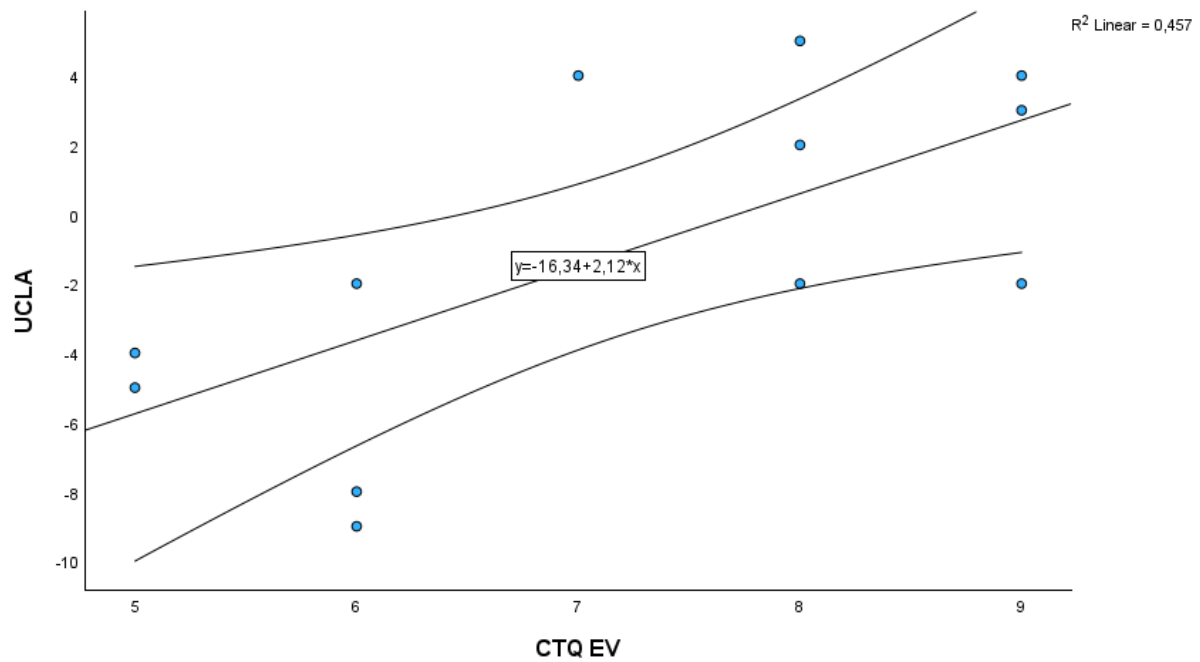


Abb. 7: Darstellung des linearen Zusammenhangs (Modell: AV: UCLA, UV: CTQ-EV; hands-on) mit Regressionsgerade, Regressionsgleichung und Mittelwertsverteilung.



Abb.8: Visuelle Darstellung der Autokorrelation der Residuen (AV: UCLA, UV: CTQ-EV, hands-on); eine freie Verteilung der Werte zwischen -3 und +3 deutet auf keine Autokorrelation hin.

3.2.2 Zusammenhang zwischen der Anzahl weiterer psychischer Diagnosen (SKID I) und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren

Betrachtet wurden die Korrelationskoeffizienten Spearman's Rho (ρ) und zugehörige Signifikanzen. Es konnten weder in der Gesamtgruppe, noch in den Untergruppen signifikante Korrelationen herausgestellt werden (Anhang A5 und A6). An dieser Stelle werden keine Regressionsanalysen berichtet.

3.2.3 Zusammenhang zwischen der Therapiezeit und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren

Bei der Betrachtung der Korrelationskoeffizienten nach Spearman und zugehöriger Signifikanzen, konnten für die Gesamtgruppe folgende Zusammenhänge zwischen den Skalen der dynamischen Risikofaktoren und der Therapiezeit gefunden werden (Anhang A7): Die Werte des EUROHIS korrelieren signifikant mit der Therapiezeit ($\rho=-.367$, $p=.036$). Es ergab sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit und der Dauer der Therapie. Darüber hinaus gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Skala des HBI und der Therapiezeit ($\rho=.347$, $p=.048$). Das Maß der Hypersexualität korrelierte positiv mit der Therapiedauer. Darüber hinaus zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen den Werten des MSWS und der Therapiedauer ($\rho=.445$, $p=.009$). Therapiedauer und das Maß des Selbstwertes haben einen positiven Zusammenhang. Für die Gesamtgruppe konnten keine Zusammenhänge zwischen Therapiezeit und den weiteren Subskalen des HBI und des CISS gefunden werden (Anhang A8). Für die Gruppe hands-off konnten weder auf den Hauptskalen, noch auf den Subskalen signifikante Zusammenhänge mit der Therapiezeit gezeigt werden (Anhang A7 und A8). Allerdings ließen sich für die hands-on Gruppe mehrere signifikante Zusammenhänge der Hauptskalen mit der Therapiezeit herausstellen (Anhang A7). Es konnte ein signifikanter Zusammenhang von EUROHIS und Therapiedauer gezeigt werden ($\rho=-.533$, $p=.023$). Lebenszufriedenheit und Therapiezeit hatten in dieser Gruppe einen negativen Zusammenhang. Die Skala des Stressmanagements (CISS) korrelierte ebenfalls signifikant mit der Therapiezeit ($\rho=.514$, $p=.029$). Therapiedauer und Stressmanagement haben einen positiven

Zusammenhang. Genauso ließ es sich für die Skala MSWS herausstellen ($p=.475$, $p=.047$). Das Maß des Selbstwertes hing positiv mit der Therapiedauer zusammen. Und letztlich zeigte sich ein ebenfalls positiver Zusammenhang der Therapiezeit zur individuell empfundenen Einsamkeit ($p=.677$, $p=.016$). Für die Subskalen des HBI und des CISS ließen sich keine signifikanten Zusammenhänge zur Therapiezeit in den Untergruppen darstellen (Anhang A8).

Entsprechend der dargestellten Zusammenhänge wurden einzelne Regressionsanalysen berechnet. Tabelle 12 gibt einen Überblick über die an dieser Stelle berichteten Regressionsmodelle.

AV	UV	Gruppe	Regressionsmodell					Regressionskoeffizient		
			R	R ²	F	df	p	B	T T (HC4)	P P (HC4)
EUROHIS	Therapiezeit	gesamt	,393	,155	5,673	(1,31)	.024*	-,211	-2,382 -2,007	.024* .054
		hands-off	-	-	-	-	-	-	-	-
		hands-on	,479	,229	4,751	(1,16)	.045*	-,275	-2,180 -1,839	.045* .091
HBI	Therapiezeit	gesamt	,433	,188	7,169	(1,31)	.012*	,484	2,678	.012*
		hands-off	-	-	-	-	-	-	-	-
		hands-on	-	-	-	-	-	-	-	-
CISS	Therapiezeit	gesamt	-	-	-	-	-	-	-	-
		hands-off	-	-	-	-	-	-	-	-
		hands-on	,579	,335	8,065	(1,16)	.012*	,327	2,840	.012*
MSWS	Therapiezeit	gesamt	,555	,308	13,825	(1,31)	.001**	,731	3,718	<.001**
		hands-off	-	-	-	-	-	-	-	-
		hands-on	,647	,419	11,534	(1,16)	.004*	,977	3,398	.001*
UCLA	Therapiezeit	gesamt	-	-	-	-	-	-	-	-
		hands-off	-	-	-	-	-	-	-	-
		hands-on	,587	,344	5,248	(1,16)	.045*	,189	2,291	.045*

Tabelle 12: Statistik der Regressionsmodelle mit Darstellung entsprechender Regressionskoeffizienten.
AV: DRFs, UV: Therapiezeit. R: Korrelationskoeffizient, R²: Determinationskoeffizient; F: F-Wert der ANOVA; df: Freiheitsgrade; p: zweiseitige Signifikanz (*<0.05, **<0.001); B: Regressionskoeffizient; T: T-Wert des t-Tests; T (HC4): T-Wert nach Parameterschätzung mit robustem Standardfehler (HC4-Methode), p (HC4): Signifikanz nach Parameterschätzung mit robustem Standardfehler (HC4 Methode);

Bei allen relevanten Skalen waren die Residuen normalverteilt (Tabelle 13).

Die folgenden, modifizierten Breusch-Pagan-Tests auf Heteroskedastizität ergaben bei allen Skalen, mit Ausnahme des EUROHIS, Homoskedastizität (Tabelle 14).

Daher wurden die Regressionsmodelle zur Zusammenhangsdarstellung von EUROHIS und Therapiezeit um die Parameterschätzung mit robustem Standardfehler erweitert (HC4 Methode, Tabelle 12).

Residuen-DRF	Statistik		
	<i>W</i>	df	<i>p</i>
EUROHIS	,863	24	.064
CISS	,985	24	.968
HBI	,971	24	.694
MSWS	,942	24	.180
UCLA	,919	24	.055
Therapiezeit	,916	34	.079

Tabelle 13: Darstellung der Normalverteilung der Residuen der Skalen, *W*: Shapiro-Wilk Testwert, *p*: Signifikanz (zweiseitig), df: Freiheitsgrade.

AV-Kovariate	Statistik		
	χ^2	df	<i>p</i>
EUROHIS-Therapiezeit (gesamt)	4,201	1	.040
EUROHIS-Therapiezeit (hands-on)	3,791	1	.043
HBI-Therapiezeit	,347	1	.556
CISS-Therapiezeit (hands-on)	,150	1	.699
MSWS-Therapiezeit (hands-on)	2,517	1	.113
MSWS-Therapiezeit (gesamt)	2,915	1	.088
UCLA-Therapiezeit	,185	1	.667

Tabelle 14: Modifizierter Breusch-Pagan-Test auf Heteroskedastizität; χ^2 : Chi Quadrat Wert, *p*: Signifikanz (zweiseitig); df: Freiheitsgrade.

Das Modell, das den Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit (EUROHIS) und der Therapiezeit in der Gesamtgruppe darstellt, ist mit $F(1,31) = 5,673$, $p = .024$ signifikant. Allerdings zeigte sich dieser Effekt nach der Parameterschätzung mit robusten Standardfehlern (HC4 Methode), mit $t(31) = 2,007$, $p = .054$, nur noch tendenziell als signifikant. Demnach ist die Therapiedauer ein tendenziell signifikanter Prädiktor in der Form, dass die Lebenszufriedenheit mit zunehmender Therapiedauer sinkt (Abb.9). Allerdings erklärte das Modell lediglich 16% der Varianz ($R^2 = .155$).

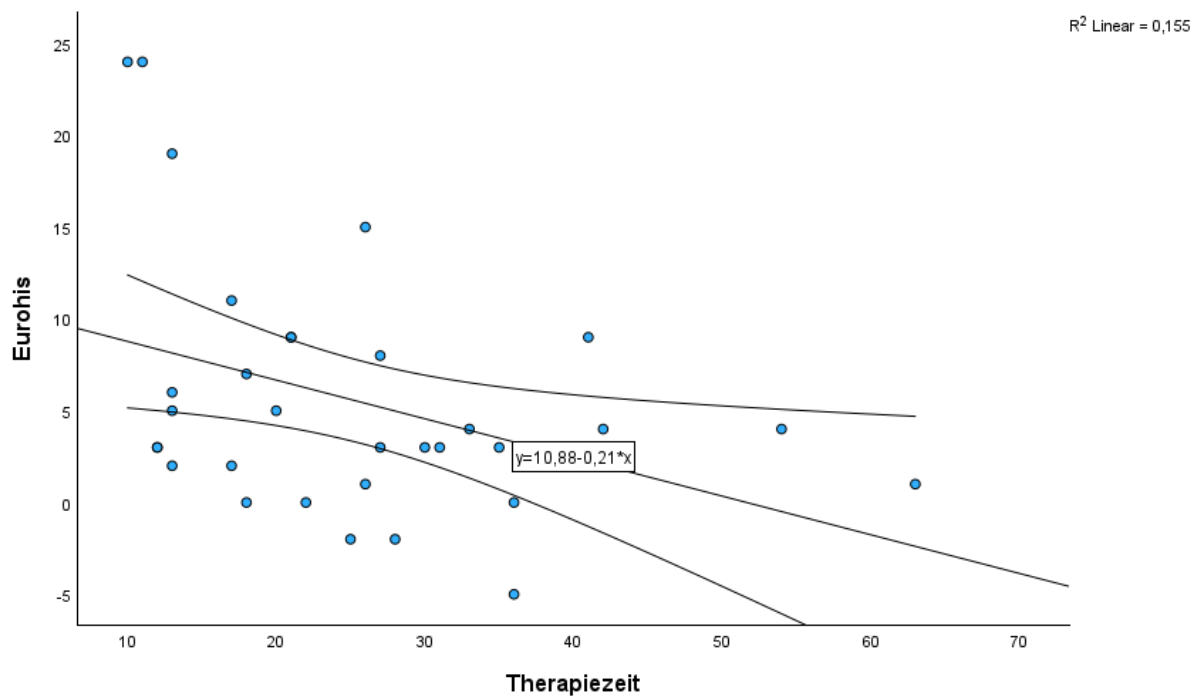


Abb. 9: Darstellung des linearen Zusammenhangs (Modell: AV: EUROHIS, UV: Therapiezeit; gesamt) mit Regressionsgerade, Regressionsgleichung und Mittelwertsverteilung.

Es lag keine Autorrelation der Residuen vor (Abb.10).

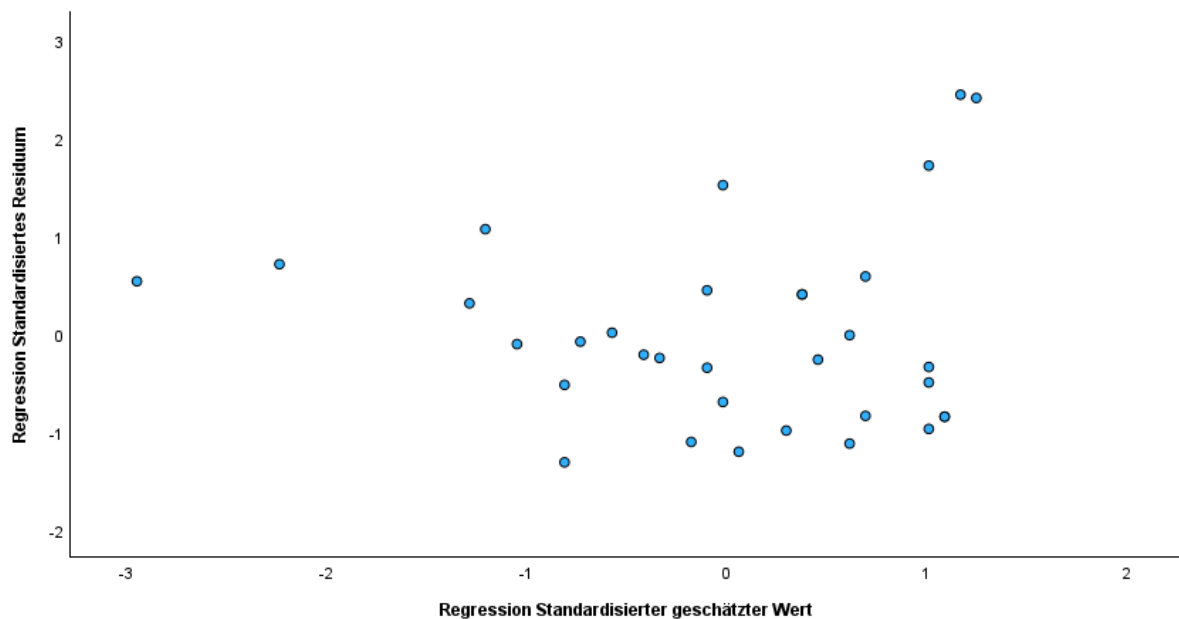


Abb.10: Visuelle Darstellung der Autokorrelation der Residuen (AV: EUROHIS, UV: Therapiezeit, gesamt); eine freie Verteilung der Werte zwischen -3 und +3 deutet auf keine Autokorrelation hin.

Das Modell, das den Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit (EUROHIS) und der Therapiezeit in der Gruppe hands-on darstellt, war mit $F(1,16) = 4,751$, $p = .045$ signifikant. Allerdings zeigte sich dieser Effekt nach der Parameterschätzung mit robusten Standardfehlern (HC4 Methode), mit $t(16) = 1,839$, $p = .091$, als nicht mehr signifikant. Auf eine weitere Darstellung wird an dieser Stelle verzichtet. Das Modell, das den Zusammenhang zwischen der Hypersexualität (HBI) und der Therapiezeit in der Gesamtgruppe darstellt, war mit $F(1,31) = 7,169$, $p = .012$ signifikant.

Therapiedauer ist ein signifikanter Prädiktor. Dabei verringert sich die Abnahme hypersexueller Verhaltensweisen mit zunehmender Therapiedauer (Abb. 11). Allerdings erklärt das Modell nur 19% der Varianz ($R^2 = ,188$). Es lag keine Autokorrelation der Werte der Residuen vor (Abb. 12).

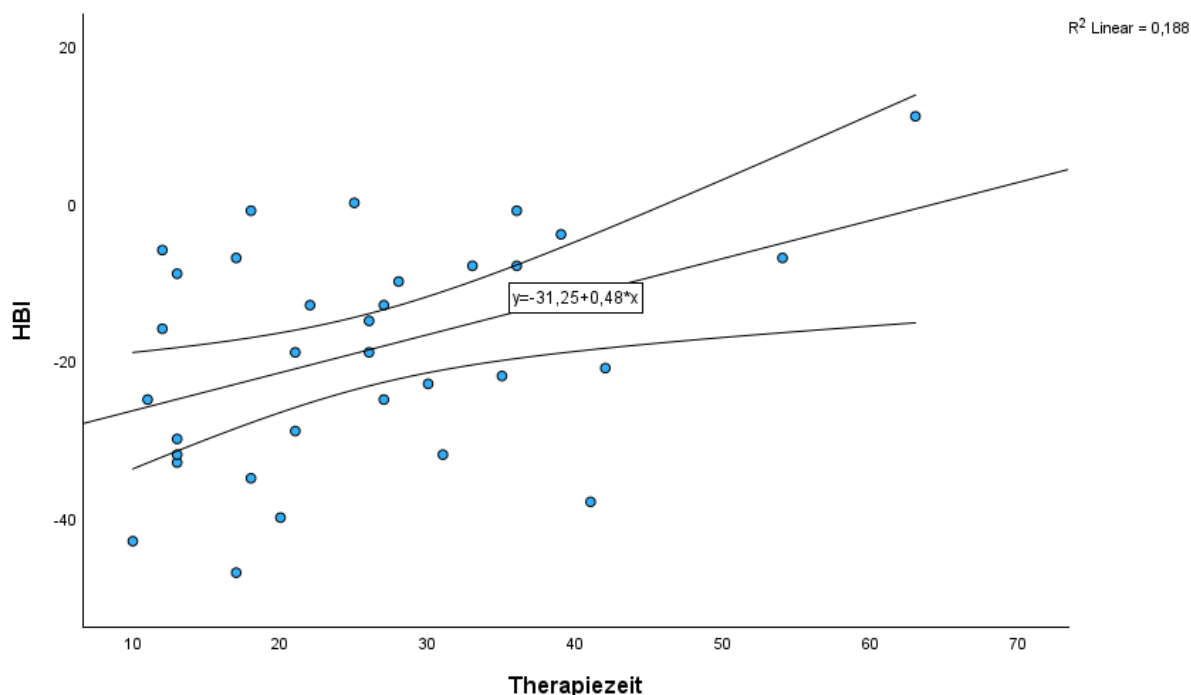


Abb. 11: Darstellung des linearen Zusammenhangs (Modell: AV: HBI, UV: Therapiezeit; gesamt) mit Regressionsgerade, Regressionsgleichung und Mittelwertsverteilung.

Für die Gruppe hands-on konnte das Regressionsmodell keinen signifikanten Zusammenhang darstellen ($F(1,16) = 1,869$, $p = .182$, Tabelle 10).

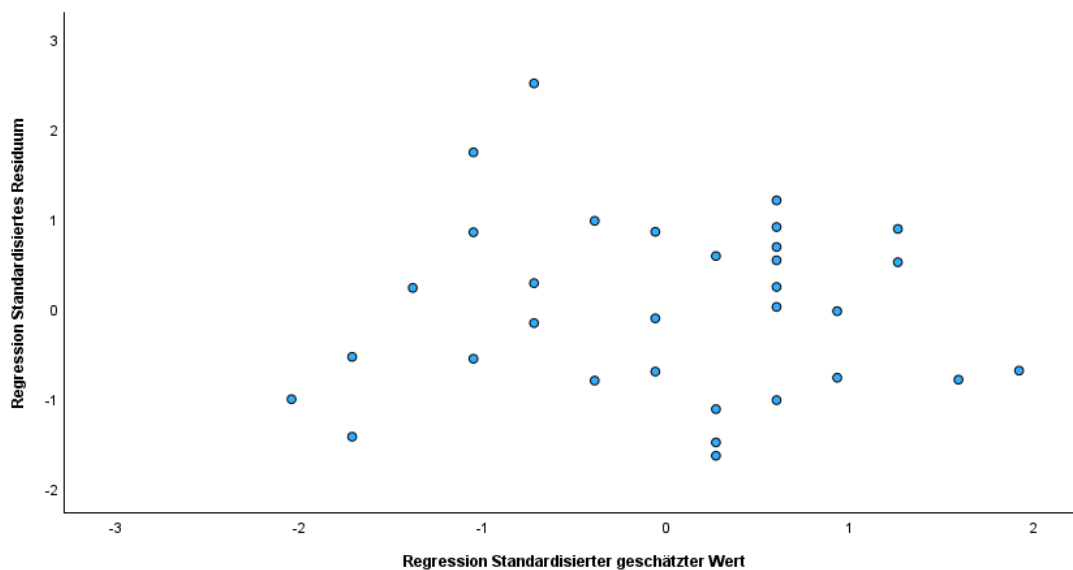


Abb.12: Visuelle Darstellung der Autokorrelation der Residuen (AV: HBI, UV: Therapiezeit, gesamt); eine freie Verteilung der Werte zwischen -3 und +3 deutet auf keine Autokorrelation hin.

Allerdings konnte das Regressionsmodell, das den Zusammenhang zwischen Stressmanagement und der Therapiezeit in der Gruppe hands-on beschreibt, einen signifikanten Zusammenhang darstellen ($F(1,16) = 8,065, p = .012$). Die Therapiezeit ist ein signifikanter Prädiktor für die Veränderung des Stressmanagements. Dabei nahm das Stressmanagement mit längerer Therapiedauer zu (Abb. 13). Das Modell erklärt 34 % der Varianz ($R^2 = ,335$). Es lagen keine Autokorrelationen vor (Abb.14).

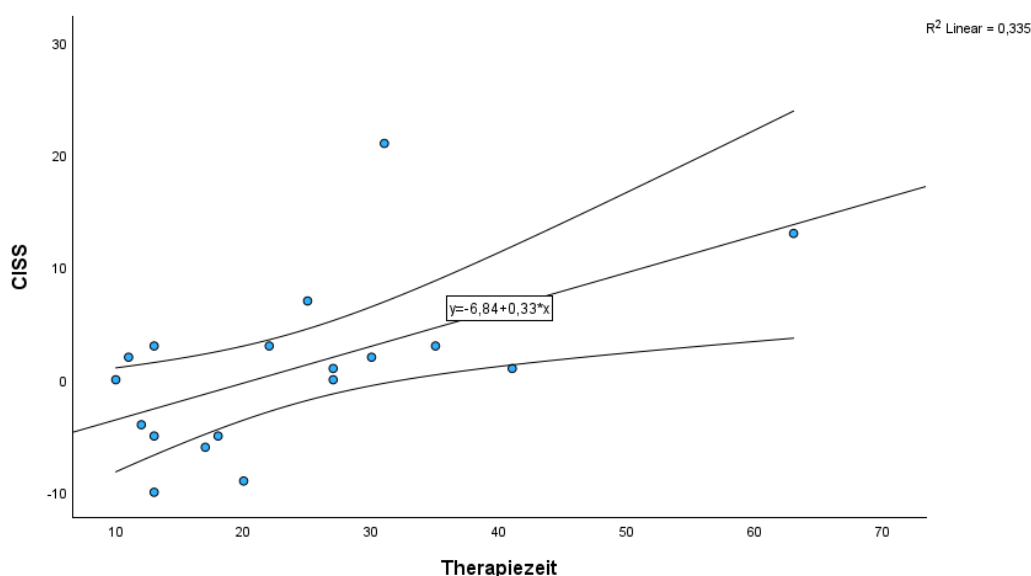


Abb. 13: Darstellung des linearen Zusammenhangs (Modell: AV: CISS, UV: Therapiezeit; hands-on) mit Regressionsgerade, Regressionsgleichung und Mittelwertsverteilung.

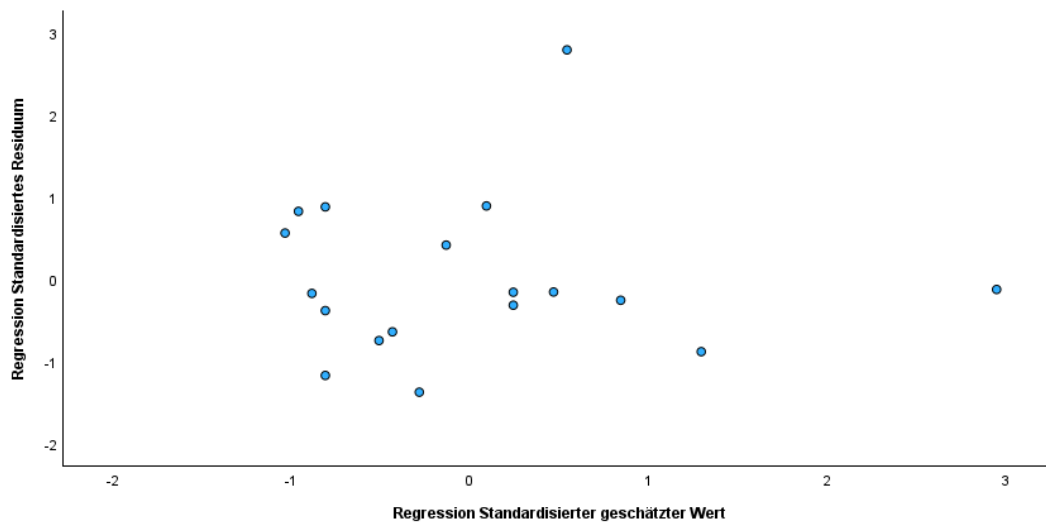


Abb.14: Visuelle Darstellung der Autokorrelation der Residuen (AV: CISS, UV: Therapiezeit, gesamt); eine freie Verteilung der Werte zwischen -3 und +3 deutet auf keine Autokorrelation hin.

Sowohl das Modell, das den Zusammenhang des Selbstwertes (MSWS) mit der Therapiedauer in der Gesamtgruppe ($F(1,31) = 13,825, p < .001$), als auch in der Gruppe hands-on ($F(1,16) = 11,534, p = .001$) beschreibt, war signifikant. Die Modelle stellten in beiden Gruppen die Therapiezeit als signifikanten Prädiktor für die Veränderung des Selbstwertes heraus (Tabelle 12). Dabei kann der Zusammenhang in beiden Gruppen identisch beschrieben werden. Je länger die Therapiezeit, desto höher der Selbstwert (Abb. 15 und Abb. 16). Für beide Modelle lagen jeweils keine Autokorrelationen der Residuen vor (Abb. 17 und Abb. 18).

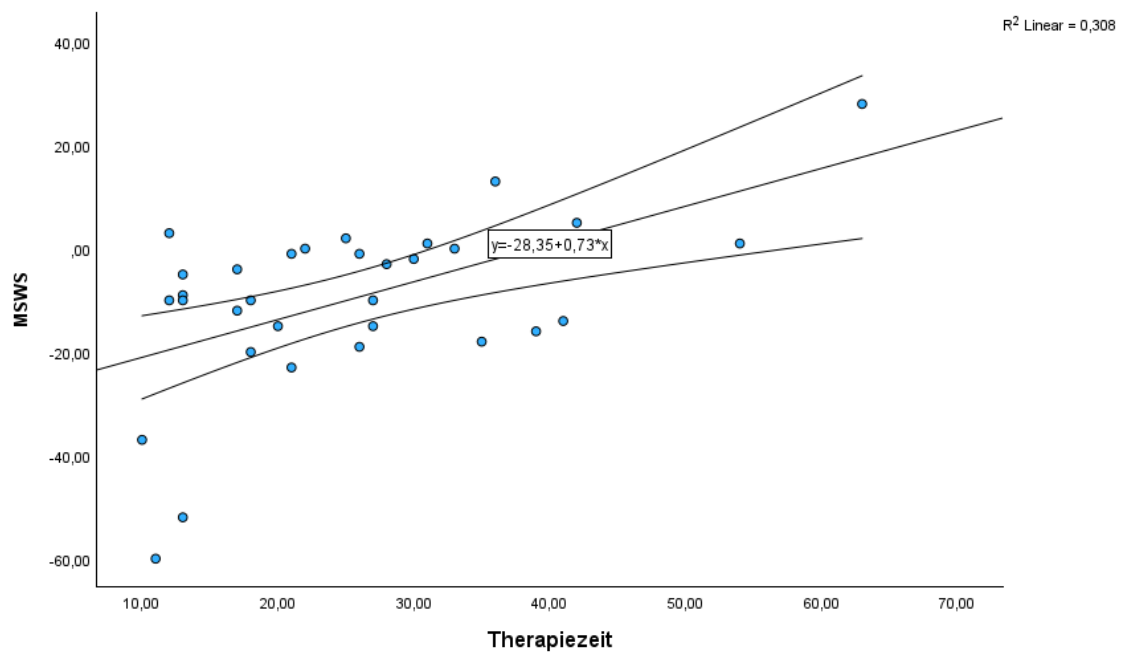


Abb. 15: Darstellung des linearen Zusammenhangs (Modell: AV: MSWS, UV: Therapiezeit; **gesamt**) mit Regressionsgerade, Regressionsgleichung und Mittelwertsverteilung.

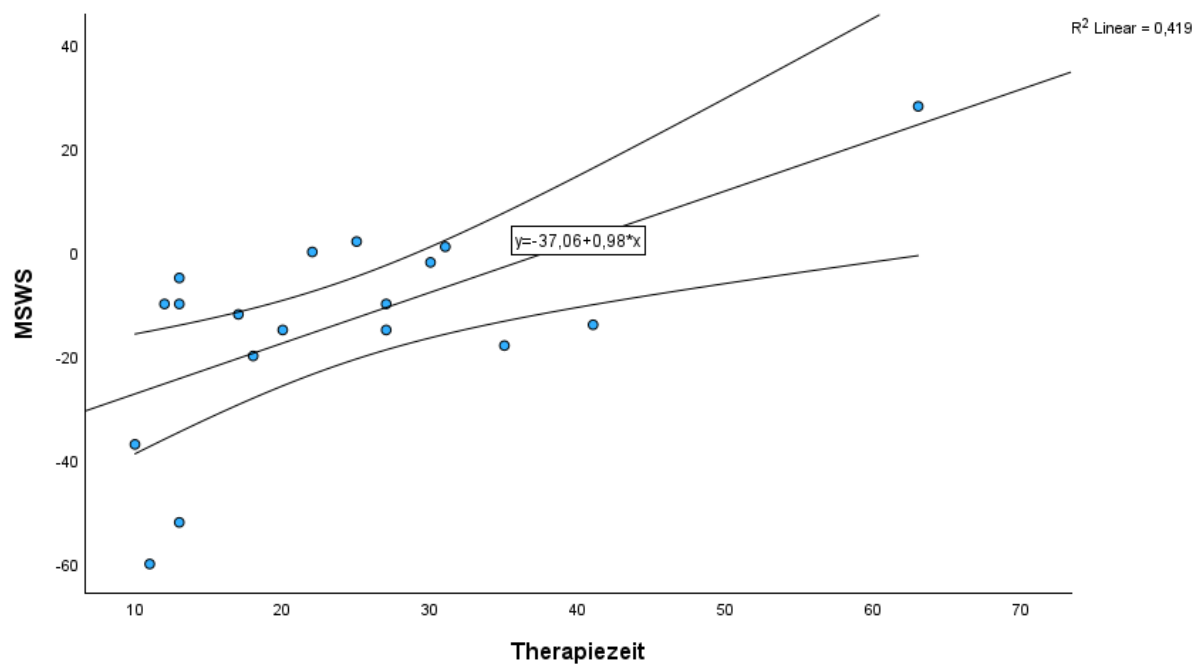


Abb. 16: Darstellung des linearen Zusammenhangs (Modell: AV: MSWS, UV: Therapiezeit; **hands-on**) mit Regressionsgerade, Regressionsgleichung und Mittelwertsverteilung.

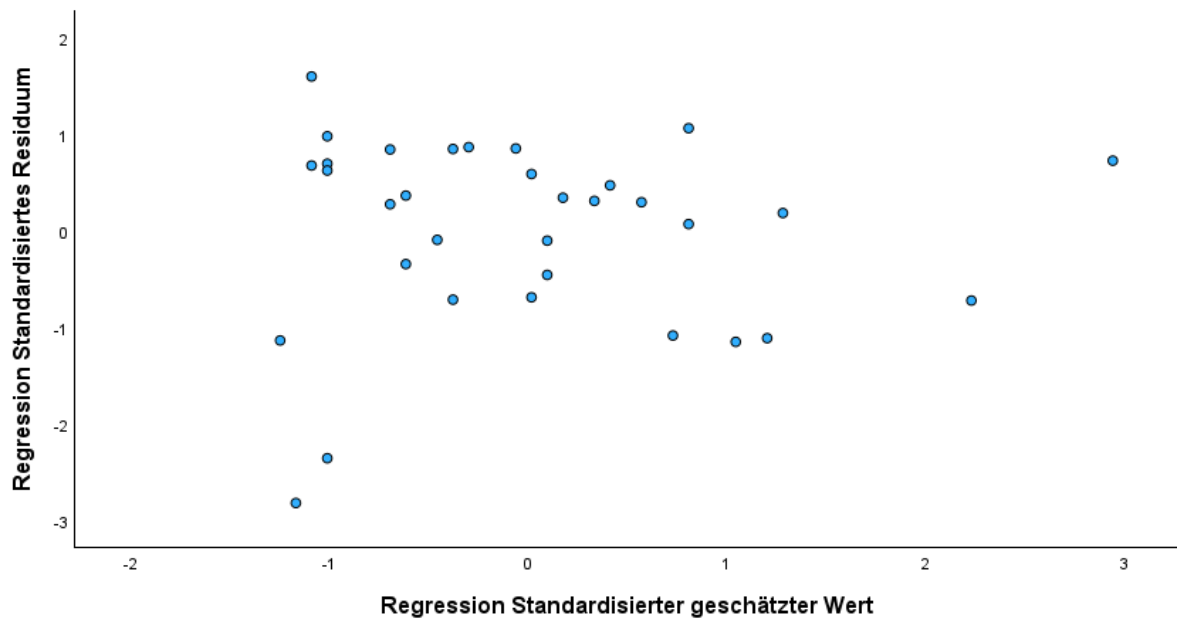


Abb.17: Visuelle Darstellung der Autokorrelation der Residuen (AV: MSWS, UV: Therapiezeit, gesamt); eine freie Verteilung der Werte zwischen -3 und +3 deutet auf keine Autokorrelation

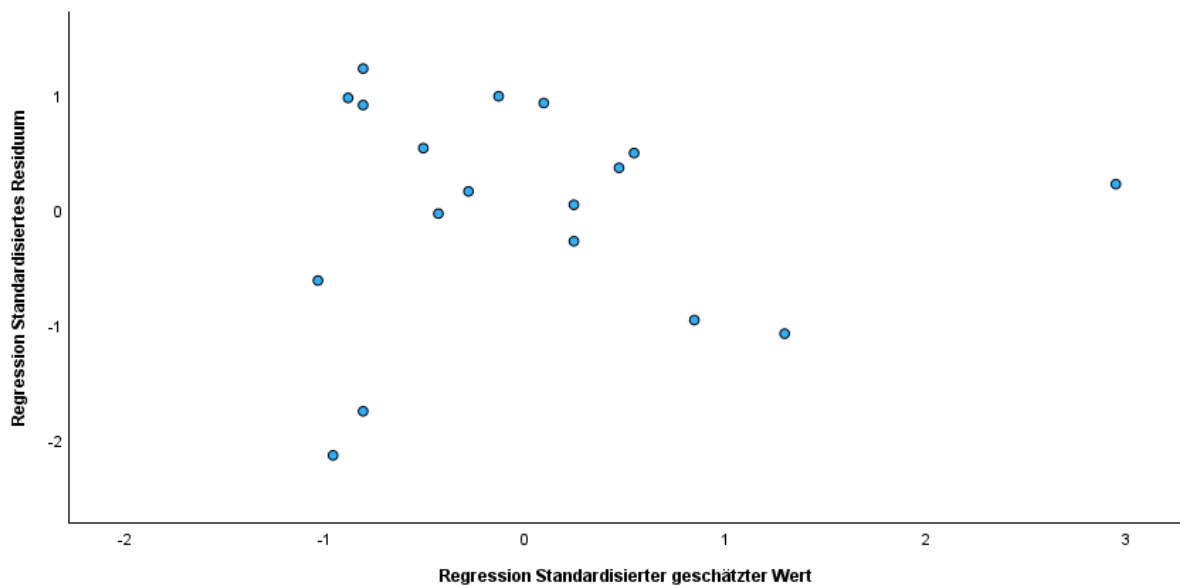


Abb.18: Visuelle Darstellung der Autokorrelation der Residuen (AV: MSWS, UV: Therapiezeit, gesamt); eine freie Verteilung der Werte zwischen -3 und +3 deutet auf keine Autokorrelation hin.

Für das letzte betrachtete Regressionsmodell ließ sich erneut in der Gruppe hands-on ein signifikanter Zusammenhang, mit $F(1,16) = 5,248$, $p = .045$, zwischen der individuell empfundenen Einsamkeit und der Therapiezeit herausstellen.

Therapiedauer war ein signifikanter Prädiktor für die individuell empfundene Einsamkeit (Tabelle 12). Dabei lässt sich der Zusammenhang wie folgt beschreiben. Je länger die Therapiedauer, desto höher die individuell empfundene Einsamkeit (Abb. 19). Das Modell erklärt 34 % der Varianz ($R^2 = ,344$).

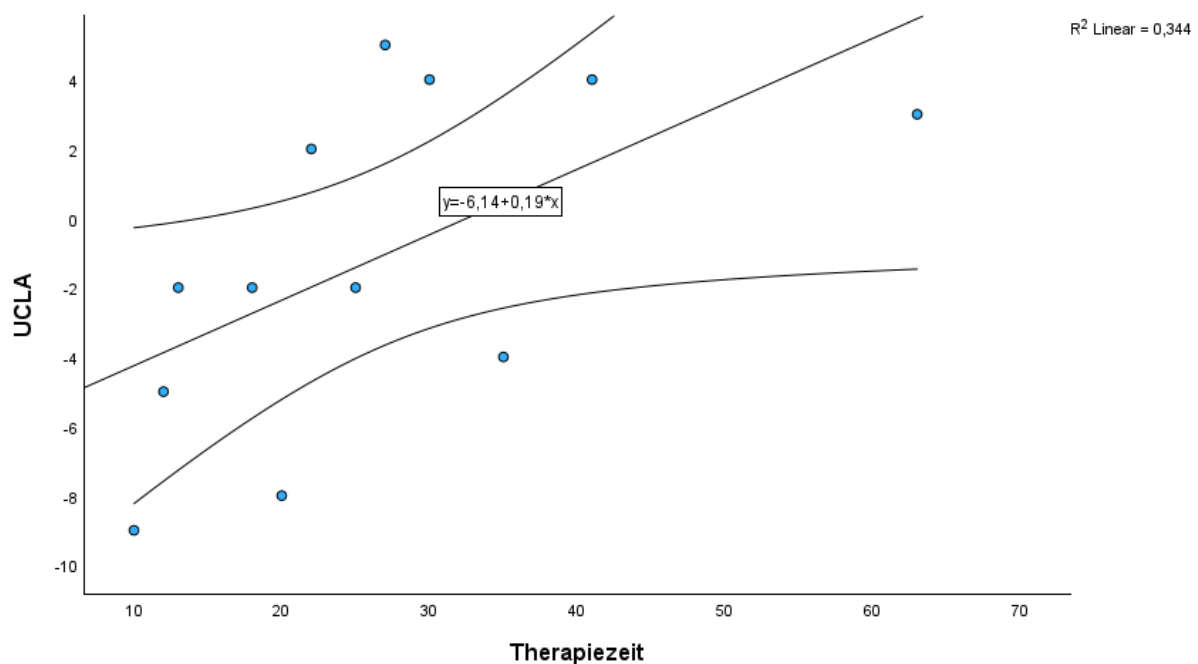


Abb. 19: Darstellung des linearen Zusammenhangs (Modell: AV: UCLA, UV: Therapiezeit; hands-on) mit Regressionsgerade, Regressionsgleichung und Mittelwertsverteilung.

Es lag auch hier keine Autokorrelation der Residuen vor (Abb.20).

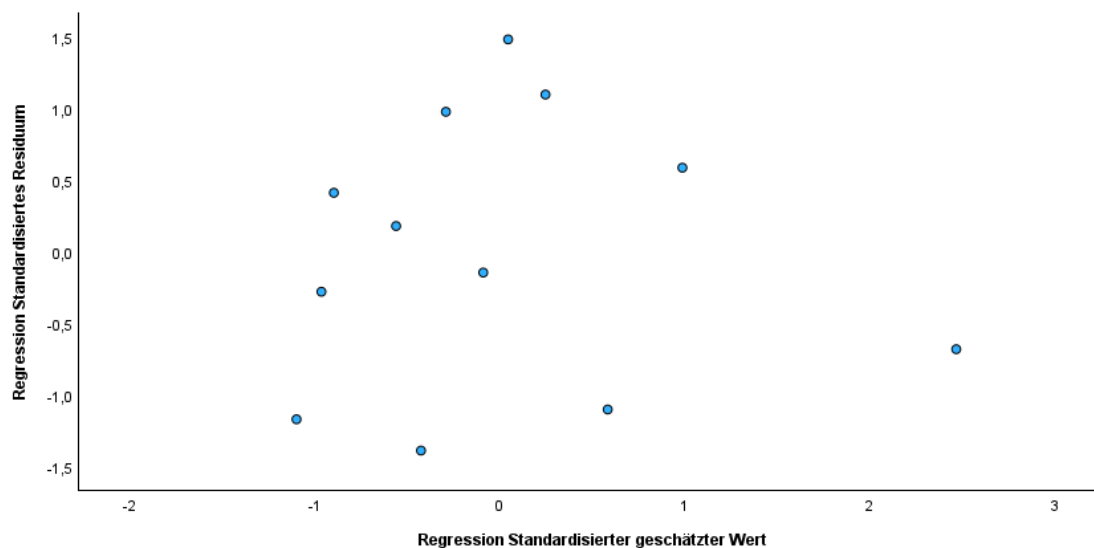


Abb.20: Visuelle Darstellung der Autokorrelation der Residuen (AV: UCLA, UV: Therapiezeit, hands-on); eine freie Verteilung der Werte zwischen -3 und +3 deutet auf keine Autokorrelation hin

3.2.4 Veränderung der Therapieoutcomevariablen zum Messzeitpunkt T2

Es sollte untersucht werden, ob eine Veränderung der Therapieoutcomevariablen (EUROHIS, SOI-K, SOI-nK) bereits zum Messzeitpunkt T2 (Verlaufsmessung, ein Jahr nach Therapiebeginn) eintritt. In Tabelle 15 sind die unterschiedlichen Veränderungen vom Messzeitpunkt T1/pre zum Messzeitpunkt T2 für die Gesamtgruppe dargestellt.

DRF	Gesamt			Statistik	
	T1 (pre)	T2	Delta	Z	p
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Eurohis	31,97 (7,79)	36,18 (5,29)	5,45 (6,77)	-1,948	.051 <i>r= ,33</i>
SOI-K	36,76 (31,09)	12,90 (14,65)	-28,00 (31,71)	-2,614	.009* <i>r = ,45</i>
SOI-nK	56,27 (30,31)	52,40 (36,18)	-19,79 (32,67)	-,382	.702

Tabelle 15: Vergleich der Messzeitpunkte hinsichtlich beschriebener dynamischer Risikofaktoren in der Gesamtstichprobe. Delta beschreibt die Veränderung der Werte von T1/pre zu T2. (M:Mittelwert, SD:Standardabweichung, Z: z-Wert, p: zweiseitige Signifikanz, *p*<.05 fett gedruckt, *r* = Effektstärke).

Es konnte gezeigt werden, dass sich die Werte des EUROHIS (Maß der Lebenszufriedenheit) annähernd signifikant veränderten (T1/pre: *M*=31,97, T2:

$M=36,18$; $z=-1,948$, $p=.051$). Die Lebenszufriedenheit nahm nach einem Jahr Therapie tendenziell zu. Die ermittelte Effektstärke war dabei mit $r = ,33$ als annehmbar zu bezeichnen. Darüber hinaus verringerte sich das sexuelle Verlangen in Bezug auf Kinder signifikant in der Gesamtgruppe bereits nach einem Jahr Therapie (T1/pre: $M=36,76$, T2: $M=12,90$; $z=-2,614$, $p=.009$). Dabei kann diese Veränderung, mit $r = ,45$, als relativ deutlich beschrieben werden. Für das sexuelle Verlangen, nicht in Bezug auf Kinder, konnte nur deskriptiv eine Verringerung nach einem Jahr Therapie gezeigt werden (Tabelle 15). Bezüglich der einzelnen Skalenwerte konnten keine Unterschiede zum Messzeitpunkt T2 zwischen den Gruppen gezeigt werden (Tabelle 16).

DRF	Messzeitpunkt	Statistik Intergruppenvergleich	
		Z	p
EUROHIS	T2	-1,058	.290
SOI-K	T2	-1,553	.121
SOI-nK	T2	-1,453	.132

Tabelle 16: Intergruppenvergleich (hands-off/hands-on zum Messzeitpunkt T2 hinsichtlich beschriebener dynamischer Risikofaktoren, (M:Mittelwert, SD:Standardabweichung, Z:z-Wert, p: zweiseitige Signifikanz, $p<.05$ fett gedruckt; r =Effektstärke).

Folgende Intra- und Intergruppenvergleiche (Tabelle 17) konnten lediglich innerhalb der Gruppe hands-off eine signifikante Abnahme der sexuellen Befasstheit in Bezug auf Kinder herausstellen (T1/pre: $M=40,31$, T2: $M=8,40$; $z=-2,703$, $p=.007$). Mit einer Effektstärke von $r = ,46$, kann hier ein relativ starker Effekt dargestellt werden. Alle anderen Vergleiche zeigten deskriptiv Veränderungen in die richtige Richtung, diese stellten sich jedoch nicht als signifikant heraus (Tabelle 17).

DRF	Gruppenzuordnung											
	hands-off						hands-on					
	T1 (pre)	T2	Delta	Statistik Intragruppenvergleich		T1 (pre)	T2	Delta	Statistik Intragruppenvergleich		Statistik Delta Intergruppenvergleich	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	Z	p	M (SD)	M (SD)	M (SD)	Z	p	Z	p
Eurohis	34,12 (8,09)	37,30 (4,64)	4,50 (10,56)	-1,278	.201	30,06 (7,21)	35,25 (5,82)	4,82 (10,37)	-1,379	.168	-,423	.672
SOI-K	40,31 (27,65)	8,40 (8,51)	-33,30 (29,38)	-2,703	.007* $r = ,46$	33,61 (34,35)	16,67 (17,79)	-17,82 (42,63)	-,816	.415	-1,197	.231
SOI-nK	56,80 (29,59)	45,30 (30,48)	0,10 (27,28)	-,357	.721	55,83 (30,31)	53,33 (24,49)	2,18 (48,67)	-,133	.894	-,282	.778

Tabelle 17: Inter- und Intragruppenvergleiche der Messzeitpunkte hinsichtlich beschriebener dynamischer Risikofaktoren, Delta beschreibt die Veränderung der Werte von T1/pre zu T2. (M:Mittelwert, SD:Standardabweichung, Z:z-Wert, p: zweiseitige Signifikanz, $p<.05$ fett gedruckt; r =Effektstärke).

4 Diskussion

Im letzten Abschnitt sollen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit erläutert und hinsichtlich des theoretischen Hintergrundes bewertet, sowie kritisch hinterfragt werden. Zunächst wird dabei auf die Ergebnisse, hinsichtlich gezeigter Veränderungen der unterschiedlichen dynamischen Risikofaktoren, in Abhängigkeit vom jeweiligen Messzeitpunkt, eingegangen. Anschließend wird auf die Analysen der Nebenfragestellungen Bezug genommen. Es werden die unterschiedlichen herausgestellten Zusammenhänge diskutiert.

4.1 Veränderung der dynamischen Risikofaktoren

Der zentrale Punkt der Arbeit war es, vor dem Hintergrund gesellschaftlicher und klinischer Relevanz, die Therapieansprechbarkeit pädo-/hebephiler Patienten im Präventionsprojekt Dunkelfeld „Kein Täter werden“ am Standort Düsseldorf zu überprüfen. Hierbei sollte ermittelt werden, ob sich, vergleichend zur ersten Beschreibung einer Effektivität des therapeutischen Ansatzes (Beier et al. 2015; siehe Abschnitte 1.2.2 und 1.3 dieser Arbeit) am Standort Berlin, definierte, dynamische Risikofaktoren über den therapeutischen Prozess verändern.

Betrachtung der Gesamtgruppe:

Es konnte gezeigt werden, dass sich die beschriebenen dynamischen Risikofaktoren innerhalb der Gesamtgruppe vom Zeitpunkt Therapiebeginn, zum Zeitpunkt Therapieabschluss veränderten. Die Teilnehmer gaben nach der Therapie an mehr Lebenszufriedenheit zu empfinden (EUROHIS), sie berichteten deutlich weniger sexuelles Verlangen, sowohl auf Kinder (SOI-K), als auch nicht bezogen auf Kinder (SOI-nK). Zusätzlich zeigten die Teilnehmer nach der Therapie eine Abnahme der kognitiven Verzerrung hinsichtlich sexuell devianter Verhaltensweisen (BMS). Auch hinsichtlich hypersexueller Verhaltensweisen insgesamt (HBI) und bezüglich einzelner Ausprägungen (Subskalen HBI: *Coping*: Sexualität als Kompensationsstrategie; *Konsequenzen*: Beschäftigung mit Sexualität trotz erwartbarer, negativer Konsequenzen; *Kontrolle*: fehlende Kontrolle über sexuelle Impulse), konnte eine Abnahme beschrieben werden. Gleichzeitig zeigte sich eine Zunahme des Selbstwirksamkeitserlebens bei der Kontrolle über sexuelle Impulse (SESM). Einstellungen und Verhaltensweisen (kognitive Verzerrung und

Selbstmanagement, IBAQ) im Zusammenhang mit Straftaten zur Nutzung von Kindermisbrauchsdarstellungen im Internet waren, zum Therapieabschluss, ebenfalls abnehmend. Für das individuelle Bewältigungsverhalten in Stresssituationen (CISS) konnte keine Änderung der Werte insgesamt gezeigt werden. Jedoch wiesen die Teilnehmer nach Therapieabschluss eine geringere emotionsorientierte Bewältigungsfähigkeit auf (Subskala CISS: *emotionsorientiert*: Bewältigung negativer, stressassoziierter Emotionen). Die Subskala fragt inhaltlich nach Strategien, wie Selbstbeschäftigung, Tagträumereien, oder emotionalen Regulationsprozessen. Hier ist es denkbar, dass die Teilnehmer gerade diese fluktuierenden Gedanken weniger zulassen, da so auch weniger sexuelle Fantasien entstehen können. Dementsprechend zeigte sich auf den beiden anderen Subskalen, die sich inhaltlich mit Problemauseinandersetzung (*Coping*) und Problemablenkung, bzw. Problemvermeidung (*Vermeidung*), beschäftigen, eine Zunahme der Werte zum Therapieabschluss. Es kam demnach zu einer Zunahme von Strategien, die ein Problem durch Umdenken, oder den Einsatz von Ersatzhandlungen, z.B. Aufsuchen sozialer Kontakte, versuchen zu lösen. Im Gegensatz zu den bisher berichteten Ergebnisse, die alle in eine erwartbare, gewünschte Richtung, im Sinne einer positiven Veränderung, beschriebener, dynamischer Risikofaktoren, zeigen, konnte für den Selbstwert (MSWS) nach Therapieabschluss eine Abnahme der Werte dargestellt werden. Die Teilnehmer berichteten zum Therapieabschluss einen niedrigeren Selbstwert zu haben. Denkbar sind unterschiedliche Faktoren. Zum einen wurden alle Teilnehmer mit Persönlichkeitseigenschaften und Aspekten ihres Lebens konfrontiert, die gesellschaftlich missachtet und abgewertet werden. Diese andauernde Konfrontation und Bearbeitung konnte möglicherweise das Selbstwertempfinden negativ beeinflussen. Dabei kann auch die Behandlungsdauer, im Sinne des Kosten-Nutzen-Modells (Baldwin et al. 2009) von Psychotherapie, ein moderierender Faktor sein. Dies wird bei der Betrachtung der Nebenfragestellungen erneut aufgegriffen. Die Abnahme des Selbstwerts am Ende einer Psychotherapie ist ein Thema, das in der Fachliteratur nur sporadisch behandelt wird. Es gibt jedoch einige Faktoren, die zu einer Abnahme des Selbstwerts führen können. Der Verlust der therapeutischen Beziehung, die Trennung von der Therapeutin oder dem Therapeuten kann als tatsächlicher Verlust erlebt werden, was zu einer Abnahme des Selbstwerts führen kann. Die Bearbeitung dieses Verlustes am Ende der psychotherapeutischen Behandlung kann für einige Patienten der wichtigste Teil der

Behandlung sein (Zimmer, 2000). Unbewältigte Verluste können zu einer Abnahme des Selbstwerts führen. Die Abschlussphase einer Therapie ist eine sensible und unter Umständen kritische Phase, in der die Trennung vom Therapeuten als krisenhaft erfahren werden kann (Schnell, 2018). Dabei aufkommende Gefühle wie Traurigkeit, Ängstlichkeit oder Frustration können zu einer Abnahme des Selbstwerts führen. Darüber hinaus kann ein unvollständiger Abschluss der Therapie zu einer Abnahme des Selbstwerts führen, wenn Patienten nicht sicher sind, ob sie ihre Ziele erreicht haben, oder ob die Therapie erfolgreich war. Letztendlich, als Ausdruck fehlender Nachsozialisierung, kann eine positive Beziehungserfahrung in der Therapie alte, negativ erlebte Beziehungserfahrungen nicht überlagern, wenn die Abschlussphase nicht ausreichend bearbeitet wird (Kreiner, 2015). Dies kann ebenfalls eine Abnahme des Selbstwerts begünstigen. Ergänzend ist zu beschreiben, dass sich für alle Teilnehmer nach Therapieabschluss eine neue Realität ergab. Aus dem, zur Teilnahme verpflichtenden, wöchentlich stattfindenden, gruppentherapeutischen Setting, wurden die Teilnehmer entlassen, mit der Option monatlich zur Nachsorgegruppe zu kommen. Diese wird durch wechselnde Therapeuten begleitet und die Gruppenkonstellation ist bei jedem Gruppentermin unterschiedlich. Dazu inhaltlich passend, konnte bei den Teilnehmern zum Abschluss der Therapie keine Veränderung der individuell empfundenen Einsamkeit (UCLA) dargestellt werden. Hier können, wie schon bei der Veränderung des Selbstwertes argumentiert, ähnliche Kriterien herangezogen werden. Darüber hinaus ist, als ein wesentliches Ziel der therapeutischen Intervention, beschrieben, dass die Teilnehmer ihre vorliegende sexuelle Präferenz in ihrer Unveränderbarkeit (Beier, Bosinsky & Loewit, 2005) akzeptieren. Lediglich der Umgang mit sich selber und mit anderen ist veränderbar. Das Bewusstsein über die Unveränderbarkeit der sexuellen Präferenz kann das Gefühl der Einsamkeit, damit alleine zu sein und nach wie vor, also therapieunabhängig, gesellschaftlich nicht akzeptiert zu werden, aufrechterhalten. Insgesamt kann gesagt werden, dass wesentliche dynamische Risikofaktoren, die einen tatsächlichen, oder virtuellen Missbrauch begünstigen, in der Gesamtgruppe zum Therapieende, reduziert wurden.

Betrachtung der Gruppen hands-off und hands-on:

Es gibt Hinweise in der Literatur, dass sich hands-off und hands-on Täter hinsichtlich einer Therapieansprechbarkeit unterscheiden (Kuhle et al. 2016). Daher wurde die

vorliegende Gesamtgruppe auf Intra- und Intergruppenunterschiede zu den jeweiligen Messzeitpunkten und in Bezug auf die unterschiedlichen dynamischen Risikofaktoren, untersucht. Die Teilnehmer beider Gruppen unterschieden sich weder hinsichtlich soziodemographischer Daten noch sexueller Präferenzbesonderheiten. Allerdings konnte zum Beginn der Therapie gezeigt werden, dass sich die Teilnehmer bezüglich unterschiedlicher, dynamischer Risikofaktoren unterschieden. Die Teilnehmer der hands-on Gruppe wiesen zum Therapiebeginn höhere Werte in den Bereichen Hypersexualität (HBI) und kognitive Verzerrung in Bezug auf die Nutzung von Missbrauchsabbildungen (IBAQ) auf. Zusätzlich beschrieben sie einen höheren Selbstwert zum Beginn der Therapie. Diese anfänglichen Unterschiede sind zum Therapieabschluss nicht mehr vorhanden. Beide Gruppen zeigen vergleichbare Änderungen dynamischer Risikofaktoren. In beiden Gruppen erhöhte sich die Lebenszufriedenheit (EUROHIS) und es kam zu einer Zunahme des Selbstwirksamkeitserlebens bei der Kontrolle über sexuelle Impulse (SESM). Allerdings war die Veränderung in der hands-on Gruppe größer. Vor dem Hintergrund, dass hands-on Täter alltäglich mit Minderjährigen konfrontiert sind und per Definition tatsächlich übergriffig geworden sind, haben diese Täter im Verlauf der Therapie viel mehr Möglichkeiten diese Verhaltensweise zu explorieren und zu verändern. Es ist für diese Gruppe ein wesentlich relevanterer Aspekt, als für die hands-off Gruppe. Wobei sich in dieser Gruppe die sexuelle Auslebung bisher ausschließlich virtuell abgespielt hat. Und ein Ausleben in der Realität bisher auch nicht denkbar war. Demgegenüber konnte das sexuelle Verlangen, in Bezug auf Kinder (SOI-K) und nicht auf Kinder (SOI-nK), in beiden Gruppen gesenkt werden. Gleichsam zeigte sich in beiden Gruppen eine Abnahme hypersexuellen Verhaltens, wobei diese Veränderung in der hands-on Gruppe deutlicher war, als in der hands-off Gruppe. Gleiches zeigte sich für kognitive Verzerrung in Bezug auf die Nutzung von Missbrauchsabbildungen (IBAQ). Über die Therapie nahm der Selbstwert in beiden Gruppen ab. Dabei zeigte sich eine wesentlich deutlichere Verschlechterung in der hands-on Gruppe. Hier kann analog zur Gesamtgruppe argumentiert werden. Wobei, die Gruppenzugehörigkeit beachtend, wesentlich die Konfrontation mit Persönlichkeitseigenschaften und Aspekten ihres Lebens, die gesellschaftlich missachtet und abgewertet werden, argumentativ herangezogen werden kann. Auch greifen in der hands-on Gruppe gängige Verharmlosungsmethoden, wie beispielsweise: „...habe nie ein Kind selber angefasst...“, nicht. Vergleichend zur

Gesamtgruppe, kann auch für die Untergruppen gesagt werden, dass sich wesentliche dynamische Risikofaktoren zum Therapieende reduziert haben. Die hands-on Gruppe scheint dabei insgesamt mehr, im Sinne einer Verhaltensänderung, zu profitieren.

4.2 Zusammenhänge

In der Literatur werden, neben den dynamischen Risikofaktoren, noch weitere ätiologisch bedeutsame Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer pädophil/hebephilen Präferenzstruktur beschrieben. Folgend werden die möglichen Zusammenhänge der eigenen Traumatisierung, Anzahl weiterer psychiatrischer Diagnosen und der Therapiezeit auf die beschriebene Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren beschrieben und diskutiert.

4.2.1 Zusammenhang zwischen dem Grad der eigenen Traumatisierung und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren

Viele (potentielle) Täter wurden in ihrer Kindheit selber Opfer von (sexueller) Gewalt und/oder emotionaler Schädigung (z.B. Seto & Lalumiere 2010). Diese Beschreibung deckt sich ganz eindeutig mit der subjektiven wahrgenommenen Traumatisierung bei den einzelnen Teilnehmern. Die Untersuchung der Werte des CTQ konnten dies ebenfalls bestätigen. Die Teilnehmer gaben in Bezug auf emotional erlebten Missbrauch, sexuellen Missbrauch und emotional erlebte Vernachlässigung geringe bis schwere Auswirkungen an. Dabei unterschieden sich die Untergruppen nicht voneinander. Hinsichtlich der Betrachtung möglicher Zusammenhänge konnte herausgestellt werden, dass ein emotional erlebter Missbrauch die Veränderung der hypersexuellen Verhaltenskontrolle beeinflussen kann. Je schwerer der erlebte emotionale Missbrauch, desto geringer die Abnahme des hypersexuellen Verhaltens. In der Literatur wird der emotionale Missbrauch als eine Form der Misshandlung mit den schwerwiegendsten Folgen für die psychische Gesundheit beschrieben. So kann es in Folge zu Störungen des Sozialverhaltens, mit Impulskontrollstörungen und zu einer zusätzlichen Entwicklung von depressiven und Angsterkrankungen kommen (Schlensog-Schuster et al. 2024). Allerdings sind die gewonnenen Daten aus der vorliegenden Studie, vor dem Hintergrund der geringen Effektstärke ($R^2 = ,12$) und

der geringen Stichprobengröße ($N = 35$), nur begrenzt belastbar. Ein weiterer Zusammenhang konnte für die individuell empfundene Einsamkeit und die erlebte emotionale Vernachlässigung in der Gruppe der hands-on Teilnehmer gefunden werden. Je schwerer die erlebte emotionale Vernachlässigung, desto stärker war die individuell empfundene Einsamkeit der Teilnehmer. Dieser Zusammenhang zeigte sich, mit einer hohen Effektstärke von $R^2 = ,46$, als relativ stark.

Forschungsergebnisse zeigen, dass emotionale Vernachlässigung und empfundene Einsamkeit eng miteinander verknüpft sind. Chronische emotionale Vernachlässigung kann zu einer dauerhaften Isolation und Einsamkeit führen, die wiederum zu körperlichen und seelischen Gesundheitsproblemen und Depressionen beitragen kann (Luhmann & Hawkley, 2016). Darüber hinaus konnten keine weiteren Zusammenhänge ermittelt werden.

4.2.2 Zusammenhang zwischen der Anzahl weiterer psychischer Diagnosen (SKID I) und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren

Vor dem Hintergrund, dass Menschen mit pädo-/hebephiler sexueller Präferenz häufig psychische Erkrankungen aufweisen (Cohen et al. 2010) und diesbezüglich eine individualisiertere Therapie, zumindest im Hellfeld, indiziert ist, sollte ein möglicher Einfluss weiterer psychischer Erkrankungen auf die Veränderbarkeit dynamischer Risikofaktoren untersucht werden. In der vorliegenden Untersuchung konnten keine Zusammenhänge ermittelt werden. Dies kann darin begründet sein, dass über die Hälfte der Teilnehmer keine weitere psychische Störung aufwiesen ($n = 19$), und die Datenverteilung insgesamt, durch den geringen Stichprobenumfang, nur reduziert darstellbar war.

4.2.3 Zusammenhang zwischen der Therapiezeit und der Veränderbarkeit der dynamischen Risikofaktoren

Vor dem Hintergrund, dass die Berliner Dissexualitätstherapie auf ein Jahr ausgelegt ist, die Teilnehmer am Standort Düsseldorf im Schnitt aber 25 Monate in Therapie

waren, sollte die Therapiezeit als ein möglicher Prädiktor für die Veränderung der dynamischen Risikofaktoren untersucht werden. Es wurden unterschiedliche Zusammenhänge gefunden. Für die Gesamtgruppe ließ sich ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Therapie und der Lebenszufriedenheit zeigen. Je länger die Therapiezeit, desto stärker die Abnahme an Lebenszufriedenheit. Dabei setzt sich die Lebenszufriedenheit aus Teilbereichen zusammen: körperliche Gesundheit, psychischer Zustand, sozialen Beziehungen sowie die persönlichen Überzeugungen. In die Bewertung der Lebensqualität fließen unterschiedliche Facetten des Lebens mit ein. So verändern sich Lebensumstände, auch unabhängig von der Therapie. Darüber hinaus mussten viele Teilnehmer viel investieren, um an der Gruppentherapie Teilnehmern zu können. Lange Fahrten, teils mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Klärung der Abwesenheiten mit dem Arbeitgeber, der Familie, dem Partner, etc... All das kann über einen längeren Zeitraum hinweg, einen negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben. An dieser Stelle kann vieles zur Interpretation des Zusammenhangs mit herangezogen werden.

Ein weiterer Zusammenhang wurde zwischen der Therapiezeit und der hypersexuellen Verhaltenskontrolle gefunden. Für die Gesamtgruppe konnte gezeigt werden, dass die Kontrolle hypersexueller Verhaltensweisen mit einer längeren Therapiedauer abnahm. Der Effekt ist nicht besonders stark ($R^2 = ,19$), dennoch wirft er Fragen auf. Inhaltlich passt das Ergebnis zu dem beschriebenen Dosis-Wirkungs-Modell bei Psychotherapie. Die größten Effekte werden am Anfang erzielt, danach flacht die Kurve, die eine Veränderung beschreibt, eher ab (Orlinsky et al. 2013). Im Gegensatz dazu konnte für die Gesamtgruppe ein Zusammenhang zwischen der Therapiezeit und dem Selbstwert ermittelt werden. Je länger die Therapiedauer, desto höher der Selbstwert. Therapiezeit stellt einen positiven Prädiktor für den Selbstwert dar. Der Effekt ist mit $R^2 = ,42$, als relativ gut zu bewerten. Der gleiche Zusammenhang in die gleiche Richtung konnte zusätzlich in der hands-on Gruppe gezeigt werden. Vor dem Hintergrund möglicher Erklärungen für eine Abnahme des Selbstwertes zum Therapieabschluss (siehe 4.1), kann hier argumentiert werden, dass durch längere Therapiedauer eine Art der Habituation an zuvor konfrontative Inhalte erfolgen konnte. Ein weiterer Zusammenhang konnte, ebenfalls in der hands-on Gruppe, für die Therapiezeit und das Stressmanagement beschrieben werden. Es zeigte sich, je länger die Therapiedauer, desto besser das Stressmanagement. Dies kann als Übungseffekt, im Sinne von Wiederholungen, beschrieben werden. In den

Gruppensitzungen berichteten Patienten immer wieder von stressauslösenden/triggernden Situationen. Der Umgang mit diesen Situationen, das Stressmanagement, wurde dabei besonders thematisiert. Als letzter, zu betrachtender, Zusammenhang, zeigte sich die individuell empfundene Einsamkeit mit der Therapiedauer. Je länger die Therapie, desto stärker die empfundene Einsamkeit. Der gefundene Effekt ist mit $R^2 = ,34$ als relativ gut zu beschreiben. Einsamkeit steht dem Gefühl der Zugehörigkeit, des Eingebundenseins in eine Gesellschaft, gegenüber. Mit zunehmender Therapiedauer verschwindet vielleicht das Zugehörigkeitsgefühl zur Therapiegruppe, bzw. wird störungsassoziiert reduziert. Und der Wunsch nach Zugehörigkeit im Außen wird größer, bleibt aber hinsichtlich eines, wesentlichen, Teils unerfüllt. Bezüglich der sexuellen Präferenz wird es kein gesellschaftlich akzeptiertes Zugehörigkeitsgefühl geben können. Das Bewusstsein darüber, kann mit zunehmender Therapiedauer stärker werden. Damit steigt dann gleichzeitig die empfundene Einsamkeit mit der Thematik.

4.2.4 Veränderung der Therapieoutcomevariablen zum Messzeitpunkt T2

Die Therapiedauer am Standort Düsseldorf ist, wie oben beschrieben, nicht auf ein Jahr festgelegt. Es wird individuell mit den Teilnehmern über den Zeitpunkt des Therapieabschlusses entschieden. Im Rahmen von Verlaufsmessungen, alle zwei Monate, werden u.a. zwei Therapieoutcomevariablen (Lebenszufriedenheit, sexuelle Befasstheit) mit erhoben. Diese sollten für die vorliegende Stichprobe hinsichtlich einer Veränderung zum Messzeitpunkt ein Jahr nach Therapiebeginn (T2) untersucht werden.

Für die Gesamtgruppe konnte gezeigt werden, dass sich die sexuelle Befasstheit in Bezug auf Kinder (SOI-K) bereits nach einem Jahr Therapie verringerte. Dabei zeigte sich dieser Effekt besonders deutlich in der Gruppe hands-off. Vergleicht man die Werte dieser Gruppe vom Messzeitpunkt T2 mit dem Messzeitpunkt T3, so zeigte sich nach einem Jahr Therapie ein größerer Effekt. Während die hands-on Gruppe eine stärkere Abnahme des sexuellen Verlangens zum tatsächlichen Therapieabschluss zeigte. Die Ergebnisse deuten auf eine unterschiedliche Ansprechbarkeit der Untergruppen hin. Leider wurden keine weiteren dynamischen

Risikofaktoren zu T2 miterhoben. An dieser Stelle kann keine weitere Aussage gemacht werden.

4.3 Gesamtbetrachtung, Einschränkungen der Studie und Ausblick

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass sich wesentliche, beschriebene dynamische Risikofaktoren im Verlauf der Therapie verändern. Tatsächlich scheinen die Untergruppen dabei eine unterschiedliche Therapieansprechbarkeit zu haben. Betroffene (potentielle Täter) scheinen über das Interventionsverfahren der Berliner Dissexualitätstherapie therapeutisch erreichbar zu sein.

Darüber hinaus konnte ein gewisser prädiktiver Einfluss der erlebten Traumatisierung auf die Veränderbarkeit beschriebener dynamischer Risikofaktoren gezeigt werden. Dieser Befund deckt sich einerseits mit vorhandener Literatur und andererseits mit der subjektiven Beobachtung. Hier sind Folgestudien wünschenswert, damit perspektivisch zusätzlich auch therapeutisch auf den Einfluss traumatischer Vorerfahrungen eingegangen werden kann.

Mit Hinblick der gezeigten Zusammenhänge von Therapiedauer und beschriebener dynamischer Risikofaktoren, gilt es weitere Überprüfungsmodalitäten zu etablieren, um, entweder im Sinne des Dosis-Wirkungs-Modells, oder im Sinne des Good-Enough-Level Modells entscheiden zu können, wann der richtige Zeitpunkt für einen Therapieabschluss gekommen ist. Diese Aussage kann zusätzlich durch den Befund zum Messzeitpunkt T2 bekräftigt werden.

Insgesamt konnten, hinsichtlich aller dargestellter Effekte, gute Effektstärken berichtet werden.

Dennoch bleiben mehrere aussageeinschränkende Faktoren, bestehen. Davon sind, vor dem Hintergrund der Belastbarkeit der Daten, besonders der kleine Stichprobenumfang und das Studiendesign hervorzuheben. Sowohl die kleine Fallzahl, als auch das Fehlen einer Vergleichsgruppe erschweren den Umgang mit den gewonnenen Daten. Die Untersuchung wurde hinsichtlich interferierender Faktoren nicht kontrolliert. Der Vorher-nachher-Vergleich kann immer auch ein reiner Zeiteffekt sein. Wünschenswert ist grundsätzlich ein Kontrollgruppenversuchsdesign. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Thematik ist dies aber durchaus ethisch in Frage zu stellen. Aktuell ist eine Studie mit Kontrollgruppendesign netzwerkübergreifend gestartet. Die Datenerhebung im Verbund ermöglicht dabei

weniger lange Wartezeiten für die Kontrollgruppe und grundsätzlich höhere Fallzahlen.

Als weiter limitierend ist zu nennen, dass keine Betrachtung, bzw. Einbeziehung weiterer Störvariablen stattfand. Einzige Kontaktpunkte zu den Teilnehmern waren die wöchentlichen Gruppensitzungen, eventuell durch bedarfsabhängige Einzelsitzungen ergänzt.

Ein wichtiger Wirkfaktor der Gruppentherapie ist, vergleichend zur Einzeltherapie, die Patienten-Therapeuten-Passung (u.a. Grawe, 1980, Yalom, 2010). Im beschriebenen Setting gab es diesbezüglich wenig, bis keine Wahlmöglichkeiten der Teilnehmer. Zusätzlich erschwerend fanden immer wieder auch Therapeutenwechsel statt. Allerdings ist dem als ein weiterer, wesentlicher Wirkfaktor, die Universalität des Leidens (Yalom, 2005), gegenüber zu stellen. Zumindest in der Kernthematik. Es zeigten sich jedoch auch Effekte dahingehend, dass sich einzelne Teilnehmer, angeregt durch Berichte anderer Teilnehmer, in ihren ausgeübten Verhaltensweisen als „weniger schlecht“ darstellten, eigene Verhaltensweisen also verharmlosten. Dies war sicher der Tatsache geschuldet, dass am Standort Düsseldorf zum damaligen Erhebungszeitraum, nur zwei, inhaltlich unterschiedliche Gruppen etabliert werden konnten. Tatsächlich bildet sich das Konstrukt der pädophil/hebephilen sexuellen Präferenzstörung aber wesentlich vielschichtiger ab (siehe Theoretischer Hintergrund). Diesem Sachverhalt sollte zukünftig mehr Beachtung zuteilwerden, damit inhaltlich homogenere Gruppenstrukturen geschaffen werden können. Des Weiteren stellt die vorliegende Motivation von Patienten psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen einen wichtigen Moderator für den Therapieerfolg dar (Grawe, 2005). Wie schon bei den Einschlusskriterien berichtet, ist es Voraussetzung, dass sich die Teilnehmer aus eigener Motivation heraus melden. Hierbei spielte und spielt es allerdings keine Rolle, ob diese Motivation intrinsisch, also im Sinne eines eigenen Änderungswunsches, oder extrinsisch, jemand anderes möchte das sich was verändert, vorliegt. Grundsätzlich kann man gerade im Rahmen einer Psychotherapie genau daran arbeiten, eine Motivation zu einer intrinsischen Motivation hin zu verändern. Es spiegelt aber eben auch die unterschiedlichen Startbedingungen der Teilnehmer wider.

Darüber hinaus sollten zur Festigung des Eindrucks genannter Effekte nach Therapieabschluss weitere Nachuntersuchungen stattfinden. Dies gestaltet sich aber als schwierig und lückenhaft. Durch die Anonymisierung und deren Vorteile

einerseits, kommt es auch zu Nachteilen. Teilnehmer waren nicht mehr auffindbar oder meldeten sich nicht zurück. Die Teilnahme an der monatlich stattfindenden Nachsorgegruppe gestaltete sich für viele als sporadisch.

Dennoch, vor dem Hintergrund gesellschaftlicher und klinischer Relevanz für Betroffene (potentielle Täter) und (potentielle) Opfer ist es absolut notwendig mehr Versorgungsstrukturen, eben auch im Dunkelfeld und/oder nicht strafrechtlichen Bereich allgemein zu schaffen. Dabei scheint das Präventionsprojekt Dunkelfeld „Kein Täter werden“ am Standort Düsseldorf, durch therapeutische Umsetzung der Berliner Dissexualitätstherapie, einen Mitbeitrag zu leisten. Sowohl für Betroffene und/oder (potentielle) Täter, Institutionen, die mit der beschriebenen Gruppe in Kontakt stehen, Angehörige, oder Personen aus dem Opferschutz, ist das Präventionsprojekt Dunkelfeld eine wesentliche Anlaufstelle. Allerdings ist der dahinterstehende Aufwand noch als sehr groß zu bezeichnen: In sechs Jahren konnten annähernd 2000 Menschen erreicht werden, davon meldeten sich über 1000 als Betroffene und/oder (potentielle) Täter, 231 konnte ein Therapieangebot gemacht werden, 148 haben die Therapie begonnen und 35 haben die Therapie erfolgreich abgeschlossen. Weitere, umfassende Ergebnisse werden im Rahmen der externen Evaluationen durch den GKV-Spitzenverband folgen und weitere Aussagen zulassen. Die Pädophilie/Hebephilie ist eine Präferenz die in der Gesellschaft vorkommt, aber auf beiden Seiten nur schwer oder nicht akzeptiert wird. Wünschenswert wäre es durch weitere Betrachtungen nicht nur Diskussionen anzuregen, sondern gezielt Stigmatisierung abzubauen und einen selbstverständlicheren Umgang mit diesem sensiblen Problemfeld schaffen zu können.

Literaturverzeichnis

Ahlers, C.J, Schaefer, G.A, Beier, K. M. (2005). Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit in DSM-IV-TR und ICD-10. *Sexuologie* 2005,12(3/4): 120–152

Alanko, K., Salo, B., Mokros, A., & Santtila, P. (2013). Evidence for heritability of adult men's sexual interest in youth under age 16 from a population-based extended twin design. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(4), 1090–1099.

Andrews, D., Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct*. Newark, NJ: Lexises/Matthew Bender.

Arkowitz, Steve & Vess, Jim. (2003). An Evaluation of the Bumby RAPE and MOLEST Scales as Measures of Cognitive Distortions With Civilly Committed Sexual Offenders. *Sexual abuse : a journal of research and treatment*. 15. 237-49.

Beier, K.M., Bosinski, H., Loewit, K. (2005): *Sexualmedizin: Grundlagen und Praxis*. 2. Auflage. Elsevier, Urban und Fischer, München.

Beier, K. M., Ahlers, C. J., Goecker, D., Neutze, J., Mundt, I. A., Hupp, E., Schaefer, G. A. (2009). Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Journal of Forensic Psychiatry Psychology*; 20:851–67.

Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A., & Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld project: a pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 529–542.

Beier, K. M., & Loewit, K. (2011). *Praxisleitfaden Sexualmedizin. Von der Theorie zur Therapie*. Berlin, Heidelberg: Springer

Beier, K.M. (1998). *Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter*. Springer, Heidelberg.

Beier, Klaus. (2021). *Pedophilia, Hebephilia and Sexual Offending against Children The Berlin Dissexuality Therapy (BEDIT): The Berlin Dissexuality Therapy (BEDIT)*.

Berner, W., Hill, A., Briken, P., Kraus, C., Lietz, K. (2007). *Störung der sexuellen Präferenz*. In: Gaebel, W., Falkai, P. (Hrsg.). *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Steinkopff, Darmstadt.

Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 36: 340 – 348.

Blanchard, R., Cantor, J. M., & Robichaud, L. K. (2008). Biological factors in the development of sexual deviance and aggression in males. In H. E. Barbaree & W. L. Marshall (Hrsg.), *The juvenile sex offender* (2. Aufl.) (S. 77–105). New York, NY US: Guilford Press.

Brähler, E., Muehlan, H., Albani, C. & Schmidt, S. (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. [Testing and standardization of the German version of the EUROHIS-QOL and WHO-5 quality-of life-indices]. *Diagnostica*. 53. 83-96.

Briken, P., von Franqué, F., & Berner, W. (2013). *Paraphilie und hypersexuelle Störungen*. In P. Briken & W. Berner (Hrsg.), *Praxisbuch sexuelle Störungen* (S. 239–248). Stuttgart: Thieme.

Briken, P. (2018). Sex-Survey-Forschung in Deutschland. *Zeitschrift für Sexualforschung* 2018; 31(03): 215 – 217

Bumby, K. M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE Scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 37-54.

Bumby, K., Hanson, A. J. R. (1997). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE scales. *Sex Abuse*; 8:37–54.

Bundeskriminalamt (2023). Das Bundeslagebild „Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern und Jugendlichen.
<https://www.bka.de/BLBSexualdelikteZuNvKindernuJugendlichen.html> (Zugriff: 25.11.2024)

Cantor, J.M., Kabani, N., Christensen, B.K., Zipursky, R.B., Barbaree, H.E., Dickey, R., Klassen, P.E., Mikulis, D.J., Kuban, M.E., Blak, T., Richards, B.A., Hanratty, M.K., Blanchard, R. (2008). Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men. *Journal of Psychiatry Research*.;42(3):167-83.

Cohen, L. J., & Galynker, I. (2002). Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 8(5), 276–289.

Corradi, R. (2009). The Repetition Compulsion in Psychodynamic Psychotherapy. *The journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 37. 477-500.

Deutscher Jurisfinnenbund e.V. (djb) · *Policy Paper: Sexualisierte Gewalt – Schutzlücken und Reformbedarfe* · st24-39 · (18.11.2024)

Dombert, B., Schmidt, A. F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J., & Osterheider, M. (2015). How common is men's selfreported sexual interest in prepubescent children? *The Journal of Sex Research*, 53, 214–223.

Endler, N. S., Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: task, Emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*; 6:50–60.

Fagan, P.J., Wiese, T.N., Schmidt, Jr. C.W., Berlin, F.S. (2002). Pädophilie. *JAMA*;288(19):2458–2465.

Feelgood, S., Schaefer, G. A. & Hoyer, J. (2008). *Deutsche Version der Bumby Child Molest Scale: Skala zur Erfassung kognitiver Verzerrungen bei Missbrauchern*. Dresden: Technische Universität Dresden.

Feelgood, S., Rambow, J., Elsner, K., Hoyer, J. (2006). Einstellungen zum Kindesmissbrauch—Untersuchungen mit der Bumby Child Molest Scale bei Missbrauchs- und Gewalttätern. *Zeitschrift für Sexualforschung*; 21:1–15.

Feil, M. G., Knecht, G. (2007). *SOTP im Maßregelvollzug-Erste Erfahrungen*. In: Berner, W., Briken, P., Hill, A. (Hrsg.). *Sexualstraftäter behandeln mit Psychotherapie und Medikamenten*. Deutscher Ärzteverlag, Köln, S.69-83.

Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2–18.

Gaffney G.R., Lurie, S.F., Berlin, F.S. (1984). Is there familial transmission of pedophilia? *Journal of Nervous Mental Disorder* 172:546–548.

Glueck, S., & Glueck, E. (1955). *Unraveling Juvenile Delinquency*. Harvard University Press.

Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 4(1), 4-11.

Grawe, K. (1980). *Verhaltenstherapie in Gruppen*. München: Urban & Schwarzenberg.

Grundmann, D., Krupp, J., Scherner, G., Amelung, T., & Beier, K. M. (2016) Stability of self-reported arousal to sexual fantasies involving children in a clinical sample of pedophiles and hebephiles. *Archives of Sexual Behavior*, 45 (5), 1153-1162.

Hanson, R. & Morton-Bourgon, K. (2005). The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies. *Journal of consulting and clinical psychology*. 73. 1154-63.

Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T., Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project*. Ottawa, Canada: Public Safety Canada.

Hanson, R. K., Harris, A. J.R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Crime Justice Behaviour*, 27:6–35.

Hayes, A. F. & Cai, L. (2007): Using heteroskedasticity-consistent standard error estimators in OLS regression: An introduction and software implementation. *Behavior research methods*, 39(4), 709-722.

Hellenschmidt, T. (2017) *Psychosexuelle Entwicklung und sexuelle Präferenzstruktur*. DNP 18, 23–28.

ICD-10-GM Version 2017. *Systemisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (10. Revision, German Modification), Kapitel V.

Jahnke, S. (2015). Stigmatization of people with pedophilia: two comparative surveys. *Archives Sexual Behavior*, 44(1):21-34.

Klein, V., Rettenberger, M., Boom, K-D. & Briken, P. (2014). Eine Validierungsstudie der deutschen Version des Hypersexual Behavior Inventory (HBI). *Psychotherapie Psychosomatische Medizin Psychologie*, 64(03/04): 136-140

Krafft-Ebing, van R. (1886) *Psychopathia sexualis*: Eine klinisch-forensische Studie, 1st edn (Stuttgart: Enke)

Kuhle, L. F., Schmidt, R. C., & Beier, K.M. (2016). *Static risk factors for child sexual offending in undetected pedohebephiles*. Paper presented at the 35th Annual Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Orlando, Florida, USA.

Lamm, H. & Stephan, E. (1987). Loneliness among german university students: some correlates. *Social Behavior and Personality*, 15 (2), 161-164.

Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1973) A. *The Language of Psycho-Analysis* 94:1-49.

Laumann, E. O, Paik, A., Rosen, R., C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 10;281(6):537-44.

Luhmann, M., Hawkey, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology* 52(6):943-59.

Laws, D. R., & Marshall, W. L. (1990). A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preference and behavior. In W. L. Marshall, D. R. Laws & H. E. Barbaree (Hrsg.), *Handbook of sexual assault* (S. 209–230). New York: Plenum Press.

Loewit, K., Bosinski, H. (2014). *Grundlagen der Sexualmedizin*. In: Michel, M., Thüroff, J., Janetschek, G., Wirth, M. (Hrsg.) *Die Urologie*. Springer Reference Medizin. Springer, Berlin, Heidelberg.

Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). The Effectiveness of Treatment for Sexual Offenders: A Comprehensive Meta-Analysis. *Journal of Experimental Criminology*. 1. 117-146.

Marques, J. K., Day, D. M., Nelson, C., & Miner, M. H. (1989). The sex offender treatment and evaluation project. California's relapse prevention program. In D. R. Laws (Hrsg.), *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilford Press

McGuire, R. J., Carlisle, J. M., & Young, B. G. (1964). Sexual deviations as conditioned behaviour: a hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 2(2–4), 185–190.

Mikado Studie (2015): *Missbrauch von Kindern: Aetiologie, Dunkelfeld, Opfer. Zentrale Erbenisse*. Neutze, J. & Osterheider, C.: http://www.mikado-studie.de/tl_files/mikado/upload/MiKADO_Zusammenfassung.pdf (Zugriff: 24.11.2024).

Neutze, J., Seto, M. C., Schaefer, G. A., Mundt, I. A., & Beier, K. M. (2011). Predictors of child pornography offenses and child sexual abuse in a community sample of pedophiles and hebephiles. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23(2), 212–242.

O'Brien, M. & Webster, S. (2007). The Construction and Preliminary Validation of the Internet Behaviours and Attitudes Questionnaire (IBAQ). *Sexual abuse : a journal of research and treatment*. 19. 237-56.

Penke, L., & Asendorpf, J. B. (2008). Beyond global sociosexual orientations: A more differentiated look at sociosexuality and its effects on courtship and romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1113-1135.

Polizeiliche Kriminalstatistik (2023). *Tattabellen*. <https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2023/PKSTabellen/BundFalltabellen/bundfalltabellen.html?nn=226082> (Zugriff: 24.11.2024)

Razali, N. M., & Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2(1), 21-33.

Reid, R. C., Garos. S., Carpenter, B. N. (2011). Reliability, validity, and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18: 30-51

Rudel, A. & Wähner. A. (2009). Ambulante Therapie von Sexualstraftätern. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*. 10.

Russell, D. A., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.

Salter, D., McMillan, D., Richards, M., Talbot, T., Hodges, J., Bentovim, A., & Skuse, D. (2003). Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. *The Lancet*, 361(9356), 471–476.

Schnell, T. (2018). *Das Ende in der Psychotherapie erfolgreich gestalten*. Berlin: Springer.

Schlenso-Schuster, F., Keil, J., Von Klitzing, K., Gniewosz, G., Schulz, C. C., Schlesier-Michel, A., Mayer, S., Stadelmann, S., Döhnert, M., Klein, A. M., Sierau, S., Manly, J. T., Sheridan, M. A., & White, L. O. (2022). From Maltreatment to Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence: The Relevance of Emotional Maltreatment. *Child Maltreatment*, 29(1), 142-154.
<https://doi.org/10.1177/10775595221134248> (Original work published 2024)

Schütz, A. & Sellin, I. (2006). Die Multidimensionale Selbstwertkala (MSWS). *Diagnostica*. 54. 166-169.

Seto M.C. (2009). Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology*; 5:391–407.

Seto, M. C., Karl Hanson, R., & Babchishin, K. M. (2011). Contact Sexual Offending by Men With Online Sexual Offenses. *Sexual Abuse*, 23(1), 124-145.

Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52(3/4), 591-611.

Steinskog, D. J., Tjøstheim, D. B., & Kvamstø, N. G. (2007). A cautionary note on the use of the Kolmogorov-Smirnov test for normality. *Monthly Weather Review*, 135(3), 1151-1157.

Stiels-Glenn, M. (2010). The availability of outpatient psychotherapy for paedophiles in Germany. *Recht & Psychiatrie*, 28(2), 74-80.

Wagner, T., Jahnke, S., Beier, K. M., Hoyer, J., Scherner, G. (2016). Pädophile Neigungen offenbaren: Stigma-Management bei Patienten aus dem Berliner Präventionsprojekt Dunkelfeld. *Zeitschrift für Sexualforschung*. 29(02): 106-130

Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 44–63.

Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 353–360.

Wingenfeld K et al. Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *Psychother Psych Med* 2010; 60: 442 – 450.

Wischka, B. (2004). Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter. *Recht Psychiatrie*; 31:138–45.

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

Yalom, M.. (2005). *Richtlinien der Gruppenpsychotherapie*. Btb, München.

Yalom, I. D. (2010). *Existenzielle Psychotherapie*. 5. korr. Aufl.; EHP-Verlag
Andreas Kohlhage.

Zimmer, D. (2000). Therapiebeendigung-Ideen aus einer kognitiv-behavioralen
Perspektive. *Tübinger Akademie Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21(4),
469–480.

Anhang

Anhang A Ergebnisteil

Anhang A1

Darstellung der Korrelationen DRFs der Gesamtstichprobe (N=35) und der einzelnen Skalen des CTQ (EM: Emotionaler Missbrauch, SM: Sexueller Missbrauch, EV: Emotionale Vernachlässigung). ρ : Spearman-Rho, p : Signifikanz (2-seitig), *: $p < 0.05$, **: $p < 0.001$.

DRF		Skalen CTQ		
		CTQ-EM	CTQ-SM	CTQ-EV
EUROHIS	ρ	,209	,115	,343
	p	.250	.532	.055
SOI-K	ρ	-,013	,093	,020
	p	.945	.620	.916
SOI-nK	ρ	-,096	,007	-,193
	p	.612	.970	.308
BMS	ρ	,160	,100	,240
	p	.383	.587	.186
HBI	ρ	-,355*	-,236	-,334
	p	.046	.193	.062
SESM	ρ	,092	,088	-,125
	p	.668	.683	.561
IBAQ	ρ	,002	,253	-,008
	p	.993	.297	.975
CISS	ρ	-,064	,167	,202
	p	.730	.360	.268
MSWS	ρ	-,159	-,240	-,116
	p	.386	.185	.527
UCLA	ρ	,377	,197	,286
	p	.063	.346	.166

Anhang A2

Darstellung der Korrelationen Subskalen HBI und CISS der Gesamtstichprobe (N=35) und der einzelnen Skalen des CTQ (EM: Emotionaler Missbrauch, SM: Sexueller Missbrauch, EV: Emotionale Vernachlässigung). ρ : Spearman-Rho, p : Signifikanz (2-seitig): $p<0.05^*$, $p<0.001^{**}$

Subskalen DRF		Skalen CTQ		
		CTQ-EM	CTQ-SM	CTQ-EV
Coping HBI	ρ	-,261	,128	-,216
	p	.208	.543	.300
Kontrolle HBI	ρ	-,305	-,125	-,220
	p	.138	.553	.291
Konsequenz HBI	ρ	-,110	-,152	-,129
	p	.600	.469	.537
Problemorientiert CISS	ρ	-,104	-,132	,142
	p	.629	.539	.509
Emotionsorientiert CISS	ρ	-,066	,012	-,022
	p	.759	.954	.920
Vermeidend CISS	ρ	,054	,136	,094
	p	.798	.518	.656

Anhang A3

Darstellung der Korrelationen DRFs der beiden Untergruppen (hands-on/hands-off) und der einzelnen Skalen des CTQ (EM: Emotionaler Missbrauch, SM: Sexueller Missbrauch, EV: Emotionale Vernachlässigung). ρ : Spearman-Rho, p : Signifikanz (2-seitig), *: $p < 0.05$, **: $p < 0.001$.

DRF		Skalen CTQ (hands-off)			Skalen CTQ (hands-on)		
		CTQ-EM	CTQ-SM	CTQ-EV	CTQ-EM	CTQ-SM	CTQ-EV
EUROHIS	ρ	,088	-,129	,385	,234	,189	,206
	p	.765	.661	.175	.350	.453	.411
SOI-K	ρ	,444	,436	,211	-,324	-,111	-,109
	p	.112	.120	.468	.204	.672	.676
SOI-nK	ρ	,121	,440	,064	-,167	-,235	-,408
	p	.695	.132	.836	.521	.364	.104
BMS	ρ	,096	,160	,213	,348	,140	,265
	p	.745	.584	.464	.158	.578	.287
HBI	ρ	-,052	-,009	-,434	-,471*	-,238	-,125
	p	.861	.976	.121	.048	.341	.621
SESM	ρ	-,098	-,200	-,017	,231	,608*	,014
	p	.750	.513	.955	.495	.047	.967
IBAQ	ρ	,330	,596	-,046	-,235	-,239	,108
	p	.351	.069	.901	.542	.535	.783
CISS	ρ	,080	,103	,226	-,248	,093	,128
	p	.787	.727	.437	.322	.714	.612
MSWS	ρ	-,390	-,484	-,286	,044	,019	,140
	p	.168	.079	.321	.862	.939	.580
UCLA	ρ	,447	,022	-,006	,182	,316	,657*
	p	.126	.942	.985	.571	.318	.020

Anhang A4

Darstellung der Korrelationen Subskalen HBI und CISS der Untergruppen (hands-on/hands-off) und der einzelnen Skalen des CTQ (EM: Emotionaler Missbrauch, SM: Sexueller Missbrauch, EV: Emotionale Vernachlässigung). ρ : Spearman-Rho, p : Signifikanz (2-seitig): $p < 0.05^*$, $p < 0.001^{**}$

Subskalen DRF		Skalen CTQ (hands-off)			Skalen CTQ (hands-on)		
		CTQ-EM	CTQ-SM	CTQ-EV	CTQ-EM	CTQ-SM	CTQ-EV
Coping HBI	ρ	,029	,292	-,181	-,392	,031	-,343
	p	.929	.357	.573	.185	.921	.251
Kontrolle HBI	ρ	,189	,023	-,252	-,639	-,272	-,141
	p	.557	.943	.430	.019*	.369	.647
Konsequenz HBI	ρ	-,195	-,446	-,329	,053	,190	,118
	p	.544	.146	.297	.863	.533	.701
Problemorientiert CISS	ρ	,177	,039	,556	-,255	-,285	-,412
	p	.583	.904	.061	.423	.369	.183
Emotionsorientiert CISS	ρ	,002	-,259	-,239	-,214	,228	,131
	p	.996	.416	.454	.504	.476	.686
Vermeidend CISS	ρ	-,079	,043	,057	,146	,047	-,057
	p	.806	.895	.861	.633	.880	.853

Anhang A5

Darstellung der Korrelationen der DRFs der Gruppen (gesamt, hands-off, hands-on) und der Anzahl vorliegender Diagnosen SKID I). ρ : Spearman-Rho, p : Signifikanz (2-seitig).

DRF		Anzahl Diagnosen SKID I		
		gesamt	Hands-off	Hands-on
EUROHIS	ρ	,260	,029	,173
	p	.190	.926	.554
SOI-K	ρ	-,061	-,114	-,138
	p	.761	.711	.638
SOI-nK	ρ	-,071	,065	-,056
	p	.730	.841	.851
BMS	ρ	,203	,086	,321
	p	.311	.780	.264
HBI	ρ	-,332	-,401	-,123
	p	.090	.175	.675
SESM	ρ	,103	,075	-,047
	p	.657	.828	.898
IBAQ	ρ	-,156	,069	-,130
	p	.537	.860	.738
CISS	ρ	,015	,257	-,109
	p	.940	.396	.710
MSWS	ρ	-,306	-,458	-,046
	p	.120	.115	.876
UCLA	ρ	.351	,075	,540
	p	.110	.827	.086

Anhang A6

Darstellung der Korrelationen Subskalen HBI und CISS der Gruppen (gesamt, hands-on/hands-off) und der Anzahl vorliegender Diagnosen (SKID I). ρ : Spearman-Rho, P : Signifikanz (2-seitig).

Subskalen DRF		Anzahl Diagnosen SKID I		
		gesamt	Hands-off	Hands-on
Coping HBI	ρ	-,071	,065	-,056
	P	.730	.841	.851
Kontrolle HBI	ρ	,203	,086	,321
	P	.311	.780	.264
Konsequenz HBI	ρ	,103	,075	-,047
	P	.657	.828	.898
Problemorientiert CISS	ρ	-,156	,069	-,130
	P	.537	.860	.738
Emotionsorientiert CISS	ρ	,015	,257	-,109
	P	.940	.396	.710
Vermeidend CISS	ρ	-,306	-,458	-,046
	P	.120	.115	.876

Anhang A7

Darstellung der Korrelationen der DRFs der Gruppen (gesamt, hands-off, hands-on) und der Therapiezeit. ρ : Spearman-Rho, p : Signifikanz (2-seitig), *: $p < 0.05$, **: $p < 0.001$.

DRF		Therapiezeit		
		gesamt	Hands-off	Hands-on
EUROHIS	ρ	-,367	-,050	-,533
	p	.036*	.860	.023*
SOI-K	ρ	,074	,066	,138
	p	.689	.815	.597
SOI-nK	ρ	,165	,344	,009
	p	.375	.228	.974
BMS	ρ	-,155	-,168	-,085
	p	.389	.551	.738
HBI	ρ	,347	,190	,327
	p	.048*	.497	.185
SESM	ρ	,252	,521	,100
	p	.235	.068	.769
IBAQ	ρ	,004	-,018	-,067
	p	.986	.960	.864
CISS	ρ	,117	-,439	,514
	p	.518	.102	.029*
MSWS	ρ	,445	,354	,475
	p	.009*	.195	.047*
UCLA	ρ	,359	,131	,677
	p	.078	.669	.016*

Anhang A8

Darstellung der Korrelationen Subskalen HBI und CISS der Gruppen (gesamt, hands-on/hands-off) und der Therapiezeit. ρ : Spearman-Rho, P : Signifikanz (2-seitig).

Subskalen DRF		Therapiezeit		
		gesamt	hands-off	Hands-on
Coping HBI	ρ	,280	,190	,166
	p	.175	.553	.587
Kontrolle HBI	ρ	,088	-,023	,063
	p	.675	.944	.837
Konsequenz HBI	ρ	,109	-,122	,061
	p	.603	.705	.843
Problemorientiert CISS	ρ	-,254	-,350	-,181
	p	.230	.264	.573
Emotionsorientiert CISS	ρ	,048	-,220	,309
	p	.823	.492	.329
Vermeidend CISS	ρ	,109	-,413	,547
	p	.605	.182	.053