

Aus dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. Peter Angerer

Behandlungsabbrüche in der ambulanten Dissexualitätstherapie des  
„Präventionsprojekt Dunkelfeld ‚Kein Täter werden‘“ Düsseldorf

Dissertation

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

vorgelegt von  
Dipl.-Psych. Kirsten Dammertz-Hölterhoff  
2026

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

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöckner

Erstgutachter: Prof. Dr. med. Peter Angerer

Zweitgutachterin: Prof. Dr. rer. nat. Ulrike Dinger-Ehrenthal

## Zusammenfassung (deutsch)

Therapieabbrüche sind in der psychotherapeutischen Praxis keine Seltenheit. In der Forschungsliteratur zeigt sich die Komplexität des Konstruktes *Abbruch* durch heterogene Definitionen und Prädiktoren. Die vorliegende explorative Arbeit untersuchte erstmals Behandlungsabbrüche innerhalb der Düsseldorfer Ambulanz des „Präventionsprojekt Dunkelfeld ‚Kein Täter werden‘“, mit dem Ziel, erste Erkenntnisse zu Abbrüchen in der ambulanten Dissexualitätstherapie zu gewinnen und potenzielle Prädiktoren zu identifizieren.

Die retrospektive, naturalistische Fall-Kontroll-Studie (Zeitraum 2014 – 2021) umfasste Patient:innen mit pädophiler und/oder hebephiler Präferenzstörung ohne strafrechtliche Auffälligkeit (*Dunkelfeld*). Die Daten wurden anonymisiert aus klinischen Dokumentationen und standardisierten Erhebungsinstrumenten gewonnen. Aufgrund der marginalen Studienlage in diesem Indikationsgebiet wurde ein mehrstufiger methodischer Ansatz in folgenden Bereichen genutzt: Klassifikation von Abbruchgründen sowie deskriptive Auswertung von Abbruchquoten und -zeitpunkten.

Von 483 potenziellen Therapieteilnehmern nahmen 37.8 % ein Therapieangebot nicht an. Zum Zeitpunkt der Auswertung befanden sich 6.6 % noch in Therapie. 16.1 % brachen aus äußeren Gründen und 3.9 % wegen einer Symptomverbesserung ab. 23.2 % zeigten einen unvermittelten Abbruch wegen eines ungünstigen Therapieverlaufs (Misserfolgsabbruch). 12.4 % schlossen die Therapie ab (*Completern*). Die Gruppe der Misserfolgsabbrecher (folgend unterteilt in frühe und späte Misserfolgsabbrecher) wurde mit *Completern* mittels t-Tests, Chi-Quadrat-Tests und Mann-Whitney-U-Tests bezüglich soziodemografischer, klinischer Merkmale und Stichprobencharakteristika verglichen. Zur Erstellung von Vorhersagemodellen für Therapieabbruch wurden im Rahmen von binär logistischen Regressionsanalysen Prädiktoren schrittweise eingeführt.

Als Determinanten für Misserfolgsabbruch wurden Alter (jünger) und Bildungsstand (geringer) identifiziert. Bei negativer Einstellung gegenüber einer Gruppentherapie stieg die Wahrscheinlichkeit eines Misserfolgsabbruchs, während steigender Leidensdruck bezüglich Hypersexualität das Abbruchrisiko senkte. Im Vergleich zu *Completern* wies die Gruppe der Frühabbrecher (Miss) einen höheren Anteil an Patienten ohne Deliktbelastung und geringeren Anteil an Nutzern von Kindesmissbrauchsmaterialien (CSAM) auf. Arbeitslosigkeit erhöhte das Abbruchrisiko bei Spätabbrechern (Miss). Die vorliegende Studie ist ein Schritt zu einem zuverlässigen Vorhersagemodell für Therapieabbruch bei Patienten mit einer pädophilen Präferenzstörung im Dunkelfeld. Trotz begrenzter Vorhersagekraft aufgrund geringer statistischer Power wurden praxisrelevante Faktoren identifiziert, die in Anschlussstudien untersucht werden sollten.

## **Zusammenfassung (englisch)**

Treatment dropouts are not uncommon in psychotherapeutic practice. The research literature reflects the complexity of the 'therapy discontinuation' construct through heterogeneous definitions and predictors. This exploratory study is the first to examine treatment discontinuations within the Düsseldorf outpatient clinic of the prevention project *Kein Täter werden* ('Don't Become a Perpetrator'), with the aim of generating initial insights into dropout patterns in outpatient therapy for individuals with disordered sexual preferences and identifying potential predictors.

This retrospective, naturalistic case-control study (2014 – 2021) included patients with paedophilic and/or hebephilic preference disorders who had not been subject to criminal prosecution at the time of admission (i.e. were in the 'Dunkelfeld'). Their anonymised data were obtained from clinical records and standardised assessment tools. Given the limited research in this area, a multi-tiered methodological approach was employed, including the classification of dropout reasons and descriptive analyses of dropout rates and timing.

Of 483 potential therapy candidates, 37.8% declined the treatment offer. At the time of analysis, 6.6% were still in therapy. In total, 16.1% had terminated treatment due to external circumstances, and 3.9% due to symptom improvement. An additional 23.2% had discontinued therapy unexpectedly due to poor therapeutic progress ('Misserfolgsabbruch' group), while 12.4% had completed treatment ('completers'). The 'Misserfolgsabbruch' group was further subdivided into early and late dropouts and compared to completers using t-tests, chi-square-tests, and Mann-Whitney-U-tests on sociodemographic, clinical, and sample characteristics. Binary logistic regression models were used to incrementally introduce predictors of treatment dropout.

Key predictors of dropout included younger age and lower educational attainment. A negative attitude towards group therapy increased the likelihood of discontinuation, whereas higher distress related to hypersexuality was associated with reduced dropout risk. Compared to completers, early dropouts were more likely to be non-offenders and less likely to report the consumption of child sexual abuse material (CSAM). Among late dropouts, unemployment was associated with increased dropout rates.

This study represents a step towards the development of a reliable predictive model for therapy dropout among individuals with sexual preference disorders in the 'Dunkelfeld'. Although predictive strength was limited due to low statistical power, the study identified clinically relevant factors warranting further investigation.

## Abkürzungsverzeichnis

$\alpha$	Cronbachs Alpha
$\chi^2$	Chi-Quadrat
<b>APA</b>	<i>American Psychiatric Association</i>
<b>AUC</b>	<i>Area under the Curve</i>
<b>B</b>	Beta (Regressionskoeffizient)
<b>BEDIT</b>	Berliner Dissexualitätstherapiekonzept
<b>BfArM</b>	Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte
<b>CI</b>	<i>Confidential Intervall</i>
<b>CSA</b>	<i>Child Sexual Abuse</i>
<b>CSAM</b>	<i>Child Sexual Abuse Material</i>
<b>CTQ</b>	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
<b>d</b>	Cohens d
<b>df</b>	<i>Degrees of freedom</i>
<b>DSM-IV</b>	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (4. Auflage)
<b>DSM-IV-TR</b>	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (4. Auflage, Text Revision)
<b>DSM-5</b>	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (5. Auflage)
<b>F</b>	Diagnosekennbuchstabe für "Psychische und Verhaltensstörungen" (im ICD-10, Kapitel V)
<b>GnRH</b>	Gonadotropin- <i>Releasing</i> -Hormon
<b>GQ-D</b>	<i>Group Questionnaire</i> , deutsche Version
<b>GRQ</b>	<i>Group Readiness Questionnaire</i>
<b>HBI</b>	<i>Hypersexual Behavior Inventory</i>
<b>ICD-10-GM</b>	<i>International Statistical Classification of Diseases, 10. Revision, German Modification</i>
<b>ICD-11</b>	<i>International Statistical Classification of Diseases, 11. Revision</i>
<b>ITSO</b>	<i>Integrated Theory of Sexual Offending</i>
<b>LL</b>	<i>Lower Limit (Confidential Intervall)</i>
<b>UL</b>	<i>Upper Limit (Confidential Intervall)</i>
<b>Ln</b>	<i>Logarithmus naturalis</i>
<b>M</b>	Mittelwert
<b>MD</b>	Median
<b>Miss</b>	Misserfolg

## Abkürzungsverzeichnis (Fortsetzung)

<b><i>N</i></b>	Gesamtstichprobe
<b><i>n</i></b>	Teilstichprobe
<b><i>OR</i></b>	<i>Odds Ratio</i>
<b><i>p</i></b>	<i>Probability</i> (empirisches Signifikanzniveau)
<b><i>PIA</i></b>	Psychologen in (psychotherapeutischer) Ausbildung
<b><i>PPD</i></b>	„Präventionsprojekt Dunkelfeld ‚Kein Täter werden““
<b><i>r</i></b>	Korrelationskoeffizient
<b><i>RCT</i></b>	<i>Randomized Controlled Trial</i>
<b><i>ref</i></b>	Referenzwert
<b><i>ROC</i></b>	<i>Receiver Operating Characteristic</i> (ROC-Analyse)
<b><i>SCID</i></b>	<i>Structured Clinical Interview</i>
<b><i>SCID-5-CV</i></b>	<i>Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders – Clinician Version</i>
<b><i>SCID-5-PD</i></b>	<i>Structured Clinical Interview for DSM-5-Personality Disorders</i>
<b><i>SD</i></b>	<i>Standard Deviation</i>
<b><i>SE</i></b>	<i>Standard Error</i>
<b><i>SKID</i></b>	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I und II
<b><i>SSRI</i></b>	<i>Serotonin Reuptake Inhibitors</i> (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)
<b><i>t</i></b>	t-Test
<b><i>T0</i></b>	Messzeitpunkt Baseline
<b><i>T1</i></b>	Messzeitpunkt Psychoedukation
<b><i>T2</i></b>	Verlaufsmessung (alle zwei Monate) während der Therapie
<b><i>T3</i></b>	Messzeitpunkt Tpost/Therapieabschluss
<b><i>U</i></b>	Mann-Whitney-U-Test
<b><i>V</i></b>	Cramers V
<b><i>VAS</i></b>	Visuelle Analogskala
<b><i>VIF</i></b>	Varianzinflationsfaktor
<b><i>WHO</i></b>	<i>World Health Organization</i>
<b><i>z</i></b>	z-Wert

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Therapieabbruchsforschung im Kontext pädophiler Störungen.....	1
1.1.1	Wirksamkeitsforschung.....	1
1.1.2	Bedeutung von Therapieabbrüchen in der Praxis .....	1
1.1.3	Therapieabbrüche in der Arbeit mit Sexualstraftätern (Hellfeld).....	2
1.2	Forschungsüberblick zu Therapieabbrüchen .....	4
1.3	Überblick über häufig angewendete Operationalisierungen .....	5
1.3.1	Sitzungsanzahl .....	5
1.3.2	Therapeutisches Setting .....	8
1.3.3	Abbrechende Instanzen.....	9
1.4	Auswirkungen heterogener Abbruchdefinitionen.....	9
1.5	Gründe von Therapieabbrüchen.....	11
1.6	Klassifikationssysteme für Therapieabbruch-Definitionen.....	13
1.7	Prädiktoren für vorzeitigen Therapieabbruch .....	15
1.7.1	Patientenmerkmale als Prädiktoren für Therapieabbruch .....	16
1.7.2	Therapeutenmerkmale als Prädiktoren für Therapieabbruch .....	17
1.7.3	Prozessmerkmale als Prädiktoren für Therapieabbruch.....	19
1.8	Abbruchforschung im Bereich Sexualdelikte (Hell- und Dunkelfeld) .....	19
1.9	Ausgangslage und Einführung in die vorliegende Studie .....	23
1.9.1	Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“ .....	23
1.9.2	Pädophilie – Pädophile Präferenz- und/oder Verhaltensstörung .....	24
1.9.3	Erklärungsansätze zur Entstehung der Pädophilie.....	31
1.9.4	Behandlungskonzept der Ambulanz des PPD Düsseldorf.....	36
1.9.5	Definitionen von Therapieabbrüchen in der vorliegenden Studie .....	42
1.10	Ziele der Arbeit.....	44
2	Material und Methoden .....	47
2.1	Studiendesign und Ablauf.....	47
2.2	Stichprobe .....	48

2.2.1	Rekrutierung der Probanden .....	48
2.2.2	Ein- und Ausschlusskriterien .....	49
2.2.3	Stichprobenbeschreibung und Gruppenzuordnung.....	55
2.3	Prozedur – Durchführung der Datenerhebung.....	60
2.3.1	Klinische Interviews .....	60
2.3.2	Fragebögen.....	63
2.4	Statistische Analyse .....	68
2.5	Ethikvotum .....	75
3	Ergebnisse .....	76
3.1	Abbruchquoten.....	76
3.2	Abbruchgründe.....	77
3.3	Abbruchzeitpunkte.....	79
3.4	Patientenmerkmale Abbrecher (Miss) im Vergleich zu <i>Completern</i> .....	79
3.5	Prozessmerkmale Abbrecher (Miss) im Vergleich zu <i>Completern</i> .....	91
3.6	Früh- und Spätabbrecher (Miss) im Vergleich zu <i>Completern</i> .....	93
3.7	Therapeutenmerkmale .....	101
3.8	Prädiktorvariablen zur Vorhersage der Abbruchwahrscheinlichkeit .....	102
4	Diskussion .....	111
4.1	Einordnung der Ergebnisse .....	111
4.2	Schlussfolgerungen für die klinische Arbeit .....	129
4.3	Limitationen und Implikationen der vorliegenden Studie .....	137
4.3.1	Limitationen: Datenerhebung und Stichprobengröße.....	137
4.3.2	Implikationen .....	139
4.4	Ausblick für weiterführende Forschung.....	139
5	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	145
6	Anhang.....	153

# **1 Einleitung**

Zugunsten einer leichteren Lesbarkeit wurde für die vorliegende Arbeit die maskuline Form gewählt. Es sind aber stets alle Geschlechtervariationen gemeint.

## **1.1 Therapieabbruchsforschung im Kontext pädophiler Störungen**

Wie nachfolgend aufgezeigt, kann die Therapieabbruchsforschung als ein elementarer Bestandteil der Wirksamkeitsforschung von Psychotherapie verstanden werden. Dieses Thema ist von besonderer Relevanz in der Behandlung pädophiler Präferenzstörungen, da die Identifikation von Abbruchrisikofaktoren zur Verhinderung von Therapieabbrüchen beiträgt. Erfolgreiche Therapien in diesem Indikationsgebiet haben wiederum zum Ziel, Patienten darin zu unterstützen, den Leidensdruck zu reduzieren, die Lebensqualität zu verbessern, die Impulskontrolle zu erhöhen und damit potenzielle Opfer zu schützen und aktiven Kinderschutz zu leisten (siehe Kapitel 1.9.1).

### **1.1.1 Wirksamkeitsforschung**

Psychotherapie ist ein hochwirksames Behandlungsverfahren. Die Evidenzlage bezüglich der Wirksamkeit von Psychotherapie sei umfassend beschrieben und durch randomisiert-kontrollierte Studien (*RCT*) gut belegt (Lambert, 2013). Naturalistische Anwendungsstudien im Versorgungsalltag seien seltener zu finden, würden aber zunehmend von Forschern und praktisch tätigen Klinikern eingefordert, um die Bewährung der Therapie in der Alltagspraxis zu erfassen (Jacobi et al., 2011; Jacobi, 2020).

### **1.1.2 Bedeutung von Therapieabbrüchen in der Praxis**

Abbrüche psychotherapeutischer Behandlungen seien eher alltägliche als außergewöhnliche Ereignisse in Klinik und Praxis (Lieberz und Ciemer, 2000). Der Begriff Abbruch hat dennoch eine negative Konnotation. Jedoch sollte nicht jede frühe Beendigung einer Psychotherapie als ein Scheitern angesehen werden (Pekarik, 1985; Cinkaya, 2016). Hierzu fanden Crawford et al. (2016), dass für 5 % der befragten Patienten, die über dauerhafte Schäden durch die Therapie berichteten, ein früher Therapieabbruch ein positives Mittel zur Erhaltung ihres Wohlbefindens gewesen sei. O’Keeffe et al. (2019) fanden ferner, dass ein Teil der Patienten abbrach, weil sie das Gefühl hatten, das Gewünschte erreicht zu haben. Hier sei eine Linderung des Leidensdrucks, bzw. eine Symptomverbesserung zu vermuten. Cinkaya (2016) führte

hierfür den Terminus *Erfolgsabbruch* ein (Cinkaya, 2016, S. 170). Wenn die Vermeidung einer Auseinandersetzung mit schwierigen Lebensthemen oder einer nicht vorhandenen Veränderungsbereitschaft zu Abbruch führt, schlug die Autorin hingegen den Begriff *Misserfolgsabbruch* vor (Cinkaya, 2016, S. 170; siehe ebenso Kapitel 1.6).

Die Einschätzung der Risiken und Auswirkungen eines Therapieabbruchs ist in der Forschungsliteratur heterogen (Gahleitner et al., 2014). Hinsichtlich der Patienten wird befürchtet, dass das Rückfallrisiko und die Symptomatik aufgrund einer geringen „Therapiedosis“ zunehmen und sich „dysfunktionale Überzeugungen“ wie „Psychotherapie hilft nicht“ manifestieren könnten (Altmann et al., 2014, S. 305; ebenso Wierzbicki und Pekarik, 1993; Hoffmann et al., 2008; Swift und Greenberg, 2012).

Hohe Abbruchraten werden zusätzlich als eine große emotionale Herausforderung für Therapeuten betrachtet, bei der Versagensgefühle und die Deutung, von Patienten abgelehnt worden zu sein, eine Rolle spielen könnten (Pekarik, 1985).

Laut Barrett et al. (2008) stelle ein Abbruch, abgesehen von den Auswirkungen auf die Patienten, insgesamt eine Belastung für die Ressourcen des Gesundheitssystems dar. Lieberz und Ciemer (2000) stellten fest, dass ein „kritisches retrospektives Studium abgebrochener Behandlungen“ der Psychotherapieforschung neue Impulse geben könne (Lieberz und Ciemer, 2000, S. 286). Aus Erkenntnissen zu Risikofaktoren, die einen Therapieabbruch begünstigen, könne gelernt werden, bestätigte auch Winkler (2018).

Im Sinne des Qualitätsmanagements und eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses von therapeutischen Behandlungsmethoden sei es im Rahmen einer Rückfallprophylaxe erstrebenswert, frühzeitig potenzielle Abbrecher zu identifizieren und so die Effektivität der psychotherapeutischen Arbeit zu erhöhen. So könnten rechtzeitig Maßnahmen ergriffen werden, Patienten in „schwierigen Phasen in der Therapie zu halten“ und einem Therapieabbruch entgegenzuwirken (Seiffge-Krenke und Cinkaya, 2017, S. 12). Trotz der oben aufgezeigten klinischen und gesundheitsökonomischen Bedeutung von Therapieabbrüchen zeigte Cinkaya (2016) in ihrer metaanalytischen Datenauswertung, „dass bereits seit 60 Jahren auf dem Gebiet geforscht wird, allerdings erfolgte die bisherige Forschung unsystematisch auf Basis unvollständiger und wenig umfassender Datensätze“ (Cinkaya, 2016, S. 165).

### **1.1.3 Therapieabbrüche in der Arbeit mit Sexualstraftätern**

Therapieangebote im Bereich der Sexualstraftäterarbeit richten sich an sexuelle Kindesmissbrauchstäter im offenen oder geschlossenen Strafvollzug (sogenanntes

*Hellfeld*). Menschen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen, aber (noch) nicht strafrechtlich auffällig waren, befinden sich dagegen im sogenannten *Dunkelfeld* (siehe Kapitel 1.9.1).

Mann et al. (2010) untersuchten in ihrer Metaanalyse Therapieprogramme für Sexualstraftäter im Hellfeld und fanden eine Vielzahl psychologischer Faktoren, die das Rückfallrisiko beeinflussten. Dies seien insbesondere kognitive Verzerrungen, missbrauchsbegünstigende Einstellungen, Impulsivität, antisoziale Orientierung, Selbstregulationsdefizite, Selbstwert- und Selbstwirksamkeitsdefizite, sowie verminderte kognitive Problemlösungsfertigkeiten, die in kognitiv behavioralen Therapieprogrammen für Sexualstraftäter im Sinne dynamischer, d.h. veränderbarer, Risikofaktoren adressiert würden.

Nentzl und Scherner (2021) analysierten den Datensatz des „Präventionsprojekt Dunkelfeld ‚Kein Täter werden‘“ Berlin und fanden, dass von Personen, die in der Vergangenheit bereits wegen sexuellen Missbrauchs vorbestraft waren (ehemals Hellfeld), zusätzlich eine höhere Abbruchwahrscheinlichkeit ausgehe. Dieser Befund erscheint bedeutsam, da frühere Studien einen Therapieabbruch als Risikofaktor für erneute Straftaten darstellen: Hanson et al. (2002) untersuchten in einer Metaanalyse 43 Wirksamkeitsstudien psychotherapeutischer Maßnahmen speziell ausgerichtet auf Sexualstraftäter (Hellfeld) und fanden, dass Therapieabbrecher ein signifikant höheres Rückfallrisiko aufwiesen als Therapiebeender. Diese Ergebnisse wurden durch Querengässer et al. (2018) bestätigt.

Außerdem soll betont werden, dass die Therapieabbruchprävention bei sogenannten Neigungstätern (Menschen mit einer pädophilen Verhaltensstörung) besonders wichtig ist. Gemäß Beier (1998) haben Neigungstäter ein höheres Rückfallrisiko als sogenannte Ersatzhandlungstäter, bei denen keine pädophile Sexualpräferenz, sondern eine sexuelle Präferenz für das erwachsene Körperschema vorliegt. Sie zeigen sexuell übergriffiges Verhalten mit einer anderen Hintergrundmotivation.

Larochelle et al. (2011) fanden im Hellfeld eine höhere Abbruchquote bei Patienten, die freiwillig ein Therapieangebot in Anspruch nahmen, im Vergleich zu Patienten, die eine gerichtliche Therapieweisung erhielten.

## 1.2 Forschungsüberblick zu Therapieabbrüchen

Die Bedeutsamkeit des Therapieabbruchs im Therapiealltag ist unumstritten. Wie im folgenden Überblick gezeigt wird, ist es in den letzten Jahrzehnten der Forschung jedoch nicht gelungen, eine universelle Therapieabbruchdefinition zu formulieren. Das sei unter anderem darauf zurückzuführen, dass den bisherigen Studien heterogene Operationalisierungen des Abbruchkonzepts zugrunde gelegt wurden (Cinkaya, 2016; Gries et al., 2020).

Bei der Interpretation der vorliegenden Forschungsergebnisse müsse deshalb in Betracht gezogen werden, wie die unterschiedlichen Operationalisierungen die Höhe der jeweils berichteten Abbruchquote beeinflussen und somit die Vergleichbarkeit der Befunde zu Therapieabbrüchen erschweren könnten (Winkler, 2018).

In den folgenden Kapiteln werden die wichtigsten Definitionen und Operationalisierungen der letzten Jahrzehnte vorgestellt. Zusätzlich werden Klassifikationsvorschläge für Therapieabbrüche und Abbruchgründe als auch Prädiktoren für Therapieabbruch dargestellt. Dabei werden Variablen, die für die vorliegende Studie von besonderer Bedeutung waren, ausführlicher betrachtet (siehe Kapitel 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7).

### Heterogene Definitionen für das Konstrukt Therapieabbruch

Eine große Bandbreite an Bezeichnungen für Therapieabbrüche bestehe nicht nur in der Forschung, sondern auch bei Psychotherapeuten (Jung et al., 2014). Beispielsweise sind im Englischen Begriffe wie *drop-out*, *early withdrawal*, *discontinuation* und *premature termination* zu finden. In der deutschsprachigen Literatur werden unter anderem Therapieabbruch, Behandlungsabbruch, ungeplantes vorzeitiges Therapieende sowie Psychotherapieende als Synonyme verwendet.

### Mangelnde Theorieeinbindung

Cinkaya (2016) zeigte, dass die Forschungsliteratur überwiegend praxisorientierte Operationalisierungen von Abbrüchen, jedoch seltener eine Einbindung in übergreifende Theorien enthalte. Allein in der psychoanalytischen Theorie der „Negativen therapeutischen Reaktion“ werde angenommen, dass sich der Patient gegen eine Besserung und Genesung in der Behandlung widersetze. Dieser Ansatz werde als ein Erklärungsversuch für unerwünschte Nebenwirkungen von Psychotherapie verstanden und beschreibe eine unbewusste Dynamik, die durch ein Überforderungserleben des Patienten entstehe und nicht erfolgreich bewältigt werden könne. Immer dann, wenn „durch den Fortschritt in der Behandlung eine Besserung zu erwarten wäre, komme es

paradoxerweise zu einer Verschlimmerung der Symptomatik“ (Junkert-Tress et al., 2000, S. 353).

### **1.3 Überblick über häufig angewendete Operationalisierungen**

Nachfolgend werden die gängigsten Definitionen des Konstrukts Therapieabbruch vorgestellt. Wie bereits erwähnt, basieren diese auf den Operationalisierungen von Variablen, die im Forschungszusammenhang untersucht wurden.

#### **1.3.1 Sitzungsanzahl**

##### **Therapieabbruch oder „Nicht-zustande-Kommen der Therapie“**

Cinkaya (2016) zufolge handelt es sich in Deutschland bei den ersten fünf Sitzungen einer Psychotherapie (probatorische Sitzungen) durch eine umfangreiche Anamnese zur diagnostischen Abklärung bereits um therapeutische Interventionen. Diese beinhalte die Erarbeitung eines individuellen Behandlungsplanes, die Einschätzung der Prognose und, nach einer Bewilligung durch einen Gutachter, die Fortführung der Behandlung. Dennoch werde bei Abbrüchen innerhalb dieser Zeit üblicherweise von einem „Nicht-zustande-Kommen der Therapie“ gesprochen anstatt von einem Therapieabbruch, weshalb diesbezügliche Daten oft nicht berichtet würden (Altmann et al., 2014, S. 306).

##### ***Cut-off-Werte***

Es zeigt sich eine Heterogenität der Ansätze, insbesondere bei der Definition des Therapieabbruchs anhand der Anzahl der Sitzungen.

In einigen Studien werde Therapieabbruch anhand eines *Cut-off-Wertes* definiert, der sich auf eine Mindestzahl der in Anspruch genommenen Therapiesitzungen beziehe (sogenanntes *dose-response model* von Psychotherapie, analog zum medizinischen *dose-response model*). Diesem Ansatz liege die Annahme zugrunde, dass eine bestimmte Anzahl an Sitzungen nötig sei, um ein bestimmtes Therapie-*Outcome* zu bewirken (z.B. verminderter Leidensdruck, Symptomverbesserung). Die Anzahl therapeutischer Sitzungen (*dose*) sei mit einer daraus resultierenden Wirkung (*response*) assoziiert (Winkler, 2018). Dieser Ansatz werde als einer der häufigsten Definitionsformen in der wissenschaftlichen Literatur genannt (Altmann et al., 2014). Bei einem Abbruch vor der vereinbarten Anzahl an Sitzungen, bleibe eine Wirkung aus. Die „Bedarfs- und Ansprechrate“ richte sich nach dem Störungsbild der Patienten (Winkler, 2018, S. 19). So zeigten zum Beispiel Patienten mit einer Borderline

Persönlichkeitsstörung eine langsamere Ansprechrate als Patienten mit einer Angststörung und Depression (Howard et al., 1993; Winkler, 2018).

In den folgenden Arbeiten wurde der Fokus auf die konkrete Anzahl an Psychotherapiesitzungen gelegt, wobei die eindeutig benannte und messbare Sitzungszahl, die einen Abbruch definiert, als vorteilhaft gesehen wurde. Wie schon bei anderen Definitionsversuchen beschrieben, zeigt sich allerdings auch hier eine Heterogenität der Ansätze. Dies wird nachfolgend verdeutlicht.

Junkert-Tress et al. (2000) fanden, dass die meisten Abbrüche zwischen der vierten und zehnten Stunde stattfänden; Stahler und Eisenman (1987) hingegen nach weniger als drei Sitzungen. Bados et al. (2007) definierten Abbrüche als Therapiebeendigung nach weniger als 14 Sitzungen. Aus den Studien gingen keine konkreten Angaben bezüglich der Behandlungspläne, insbesondere der geplanten Behandlungsdauer, hervor.

Lieberz und Ciemer (2000) berichteten, dass 35 % der Patienten (insbesondere solche mit Persönlichkeits-, Ess- und Angststörungen) eine stationäre psychosomatische Versorgung in der ersten Woche abbrechen würden.

Shamir et al. (2010) befragten Patienten, bei denen bei 36 % der Stichprobenpopulation eine psychotische Störung (einschließlich Schizophrenie, schizoaffektive Störung) diagnostiziert worden sei. In die Stichprobe seien Patienten aufgenommen worden, die in den letzten fünf Jahren mindestens eine psychiatrische ambulante Therapiesitzung nach dem Anamnesegegespräch wahrgenommen hätten ( $N = 82$ ). Sie stellten fest, dass 64 % der Patienten vor der 10. Therapiesitzung abgebrochen hätten. Ferner fanden sie, dass die Abbruchrate anstieg, je kürzer die Wartezeit bis zum Start der Therapie gewesen sei. Patienten, die mehr als einen Monat auf den Therapiestart warten mussten und zusätzlich medikamentös behandelt wurden, hätten seltener abgebrochen. Patienten mit einer Symptomverbesserung hätten tendenziell eher nach der 10. Sitzung abgebrochen.

Cinkaya et al. (2011) stellten in einer Stichprobe von  $N = 1391$  Patienten einer Institutsambulanz fest, dass 56.1 % der Abbrüche bis zur 20. Sitzung stattgefunden hätten.

Seiffge-Krenke und Cinkaya (2017) fanden eine Abbruchquote von rund 40 % bis zur 15. Sitzung, während die Abbruchhäufigkeit anschließend abgenommen habe (13 % bis

zur 25. Sitzung, ebenso 13 % ab der 26. Sitzung). Daraus folgerten sie, dass die Anfangsphase der Behandlung (die ersten zehn bis 15 Sitzungen) maßgebend sei, um eine tragfähige Beziehung herzustellen und damit eine Voraussetzung für einen positiven Therapieverlauf und eine reguläre Beendigung einer Therapie zu schaffen.

Cinkaya et al. (2011) schlugen vor, dass zusätzlich zu den fünf probatorischen Sitzungen noch ein bis drei weitere Sitzungen stattfinden müssten, bevor von einem ungeplanten Therapieende gesprochen werden könne. Zwerenz et al. (2008) hatten bereits zuvor die Definition um das Kriterium ergänzt, dass der Patient trotz weiterer Absprachen nicht mehr erscheine.

Henzen et al. (2016) gaben deutlich strengere Definitionen vor, wie das erstmalige ungeplante (und fortgesetzte) Fehlen von Patienten nach dem Erstgespräch oder auch das Fernbleiben von Patienten nach den ersten beiden Sitzungen ohne vorherige Absprache.

Lutz et al. (2021) berichteten, dass die Abbruchdefinitionen vom Studiendesign abhängen. Während es in *RCTs* der Standard sei, die Anzahl der Sitzungen gemäß eines Behandlungsprotokolls vorher festzulegen, wäre dies unter naturalistischen Bedingungen weniger häufig der Fall.

Reuter und Scheidt (2014) berichteten in ihrer systematischen Übersichtsarbeit von der Differenzierung nach Zeitintervallen in Früh- und Spätabbrücker, innerhalb derer Therapieabbrüche zu werten seien. Die Autoren schlugen eine Unterteilung in frühe (< 14 Tage), mittlere (14 – 27 Tage) und späte vorzeitige Beendigungen (> 28 Tage) vor (Reuter und Scheidt, 2014).

Laut Winkler (2018) würde auch hier keine Übereinstimmung hinsichtlich der *Cut-off*-Werte, die eine einheitliche, qualitative Unterscheidung in frühe und späte Abbrüche erlauben, vorherrschen. Je nach Therapiehintergrund fänden sich unterschiedliche Auffassungen, die einen frühen Therapieabbruch nach ein bis zwei Sitzungen oder auch nach einem Monat definieren (Winkler, 2018).

### **Kritik am *Cut-off*-Modell**

Lutz et al. (2021) gaben zu bedenken, dass die Definition des Abbruchs als „Nichtbeendigung einer vordefinierten Anzahl von Sitzungen“ dazu führen könne, dass ein frühes Ansprechen auf die Behandlung fälschlicherweise als Abbruch gewertet

würde. Die Autoren betonten, dass die Abbruch-Definition für die Interpretation von Studienergebnissen unerlässlich sei (Lutz et al., 2021, S. 97).

### **1.3.2 Therapeutisches Setting**

Bisherige Untersuchungen befassten sich mit dem Abbruchverhalten von Patienten im Rahmen einer weiten Bandbreite von Settings, einschließlich psychotherapeutischer stationärer und teilstationärer Behandlungen in psychosomatischen, psychiatrischen und forensisch-psychiatrischen Kliniken sowie ambulanter antragspflichtiger Psychotherapien. Cinkaya et al. (2011) berichteten, dass Abbruchanalysen sowohl störungsspezifisch als auch störungsübergreifend, über Großteile der Diagnosegruppen, stattfanden.

Winkler (2018) argumentierte, dass teilstationäre und stationäre Aufenthalte durch die Verweildauer, eine vorgegebene Tagesstruktur und häufigere Kontakte zu Psychotherapeuten, Ärzten und Pflegern das Potential einer stärkeren Bindung erhöhten, was im ambulanten Psychotherapiesetting so nicht möglich sei. Im ambulanten Setting seien eher wöchentliche Kontakte üblich, die eine losere Struktur darstellten. Der Zeitraum zwischen den Sitzungen (Therapieintervalle) sei entscheidend. Je länger die Zeiträume zwischen den Therapiesitzungen seien, desto größer sei das Abbruchrisiko (Winkler, 2018).

Lieberz und Ciemer (2000) ermittelten hingegen, dass Patienten (insbesondere solche mit Persönlichkeits-, Ess- und Angststörungen) in einer psychosomatischen Klinik „grundsätzlich einer Psychotherapie gegenüber aufgeschlossen“ gewesen seien, aber „Probleme mit dem stationären Setting“ gehabt hätten (Lieberz und Ciemer, 2000, S. 286). Die Autoren fanden, dass die Patienten das therapeutische Setting gewechselt hätten und die Therapie in ambulanter Form fortgesetzt worden sei. Bei Patienten mit Ess- und Angststörungen sei ebenso eine „Inkonstanz“ in anderen Lebensbereichen festgestellt worden. Nach Auffassung der Autoren sollten Therapeuten auf solche Umstände hinsichtlich eines möglichen Therapieabbruchs sensibilisiert werden (Lieberz und Ciemer, 2000, S. 286).

Winkler (2018) berichtete, dass ebenso die unterschiedlichen Konstellationen der Beziehungsdynamiken in Einzel- und Gruppentherapien zu beachten seien. Im Rahmen der Einzeltherapie sei die Beziehung des Patienten zum Therapeuten ausschlaggebend. Im Rahmen einer Gruppentherapie gebe es mehrere „Beziehungskonstellationen“, die über die Beziehung zwischen dem Patienten und Therapeuten hinausgingen (Winkler,

2018, S. 43). Dies betreffe die Beziehungsdynamik zwischen Patienten innerhalb der Gruppe und zwischen Patienten und der gesamten Gruppe (Bormann et al., 2011).

### **1.3.3 Abbrechende Instanzen**

Cinkaya (2016) kennzeichnete in ihrer Metaanalyse Patienten als abbrechende Instanz in 64.0 % der Studien. Durch Therapeuten initiierte Abbrüche wurden hingegen mit 2.0 % erfasst. Die Autorin vermutete als Gründe eine hohe Frustrationstoleranz von Therapeuten und deren Motivation, an der Beziehung zum Patienten zu arbeiten, so dass die Therapie adäquat nach Umsetzung des Behandlungsplans beendet werden könne. Abbruch durch beide Instanzen seien mit 16.0 % ermittelt und in 18.0 % der Studien seien hierüber keine Angaben gemacht worden (Cinkaya, 2016). Shamir et al. (2010) ermittelten in ihrer Untersuchung 80 % durch Patienten initiierte Abbrüche und 20 % Abbrüche durch Therapeuten.

## **1.4 Auswirkungen heterogener Abbruchdefinitionen**

Die heterogenen Definitionen von Psychotherapieabbruch führen zu unterschiedlichen *Drop-out*-Zahlen in Studien (Roos und Werbart, 2013; Winkler, 2018). Verschiedene Forscher stellten fest, dass die ermittelte Abbruchhäufigkeit von unterschiedlichen Faktoren wie der behandelten Störung, der Abbruchdefinition, des Settings und der Auswahl der Patienten abhängig sei (Lieberz und Ciemer, 2000; Altmann et al., 2014).

Bei der Ermittlung der Häufigkeiten von Therapieabbrüchen müssen auch international unterschiedliche Versorgungssysteme und damit einhergehende unterschiedliche Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Wie nachfolgend aufgezeigt, sind die berichteten Häufigkeiten von Therapieabbrüchen nur in seltenen Fällen vergleichbar.

### **Häufigkeiten von Therapieabbrüchen in internationalen Studien**

In internationalen Studien berichteten Wierzbicki und Pekarik (1993) für ambulante Psychotherapien einen durchschnittlichen Anteil an Therapieabbrüchen von 46.9 %. Sie verglichen in ihrer Metaanalyse 125 Studien. Seiffge-Krenke und Cinkaya (2017) gingen von einer Überschätzung dieser Abbruchrate aufgrund der Heterogenität der Stichprobenzusammensetzung aus (wie z.B. der Vergleich von Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenentherapien). In einer spanischen Arbeit ermittelten Reneses et al. (2009) eine Abbruchrate von 33.0 %. Bados et al. (2007) fanden in ihrer Untersuchung einer ambulanten Therapiemethode 46.7 % therapiebezogene Gründe und 40 %

neutrale Abbruchgründe. Die restlichen 13.3 % der Patienten brachen wegen einer Symptomverbesserung ab. Swift und Greenberg (2012) führten eine Metaanalyse zu Abbruchquoten durch, die 83834 Patienten aus 669 Studien umfasste. Die mittlere Abbruchrate lag bei 19.7 % für ein breites Spektrum an Settings (26 % Effectiveness und 17 % Efficacy). Allerdings schwankten die gemeldeten Abbrecherquoten der einzelnen Studien zwischen 0 und 74.2 %. Diese große Varianz führten Lutz et al. (2021) ebenso darauf zurück, dass es keinen Konsens über die Definition von Abbruch gebe.

### **Häufigkeiten von Therapieabbrüchen in deutschen Studien**

Für das deutsche Versorgungssystem berichteten Jacobi et al. (2011) 19.2 % und Cinkaya et al. (2011) 14.1 % Therapieabbrüche. In beiden Studien wurde zwischen „problematischen“ und „unproblematischen“ (Jacobi et al., 2011) bzw. „qualitätsrelevanten“ und „qualitätsneutralen“ (Cinkaya et al., 2011) Abbruchgründen differenziert (siehe Kapitel 1.5). In beiden Studien spiegelten die prozentualen Angaben der Therapieabbrüche ausschließlich „problematische“, bzw. „qualitätsrelevante“ Gründe wider. Neutrale Gründe (wie z.B. ein Ortswechsel) wurden in diesem Wert nicht berücksichtigt (Jacobi et al., 2011; Cinkaya et al., 2011). Altmann et al. (2014) berichteten 38.0 % Abbrüche für antragspflichtige ambulante Psychotherapie. Abbruchquoten stationärer Therapien lagen in den meisten Studien zwischen 7.0 – 30.0 % und damit teilweise niedriger als bei ambulanten Therapien (Cinkaya et al., 2011).

Lieberz und Ciemer (2000) berichteten von strengen Auswahlkriterien vor einer stationären Aufnahme in einer psychosomatischen Klinik, bei denen die Therapiemotivation und -eignung der Patienten kritisch überprüft wurden. Hieraus resultierte eine niedrige Abbruchrate von 7.1 %. Solche Auswahlkriterien wurden jedoch in den meisten klinischen Studien nicht zugrunde gelegt.

### **Häufigkeiten von Therapieabbrüchen im Hellfeld und Dunkelfeld**

Ebenso erschweren kohorten-spezifische Variablen, wie beispielsweise richterlich angeordnete versus freiwillige Teilnahme an der Sexualtherapie, die Vergleichbarkeit der Abbruchquoten von Sexualstraftätern im Hell- und Dunkelfeld mit der Gesamtpopulation. Larochelle et al. (2011) fanden eine durchschnittliche Abbruchquote von 50 % in einer Analyse von 17 Studien, die Therapieangebote für Sexualstraftäter verglich (Hellfeld). Hierbei zeigten sich Gruppenunterschiede zwischen freiwillig genutzten Therapieangeboten (Tendenz zu höheren Abbruchsquoten) und richterlich verfügbaren Therapieweisungen (siehe Kapitel 1.1.3). Nentzl und Scherner (2021) fanden hingegen 34.9 % vorzeitigen Therapieabbruch im Rahmen des ambulanten (freiwillig

genutzten) Therapieangebotes des „Präventionsprojekt Dunkelfeld ‚Kein Täter werden‘“ für pädophile Menschen am Standort Berlin.

## **1.5 Gründe von Therapieabbrüchen**

O’Keeffe et al. (2019) konnten in ihrer Studie eine Bandbreite von Gründen des Therapieabbruchs identifizieren. Demnach brach ein Teil der Patienten mit dem Gefühl ab, dass sie das bekommen hätten, was sie von der Therapie brauchten (siehe Kapitel 1.1.2). Andererseits brachten Patienten zum Ausdruck, dass sie mit der Therapie, ihren Therapeuten und der Allianz unzufrieden gewesen seien. Sie seien enttäuscht und gaben an, weniger als erhofft Fortschritte gemacht zu haben (ebenso Westmacott und Hunsley, 2010).

Lieberz und Ciemer (2000) fanden, dass Patienten den Abbruch auf folgende Faktoren zurückführten: „Ausbleibenden Erfolg, abweichende Vorstellungen von der stationären Behandlung“. Hier seien beispielsweise strenge Regeln und Probleme mit der Gruppentherapie angegeben worden. Ferner sei „eine zu große psychische Belastung durch die Psychotherapie“ als Abbruchgrund genannt worden. Jeder zweite Patient habe sich in der Gruppenbehandlung unwohl und unverstanden gefühlt. Ferner seien Krankheiten der Mitpatienten als belastend erlebt worden. Eine Symptomverbesserung sei allerdings ebenfalls als Abbruchgrund genannt worden (Lieberz und Ciemer, 2000, S. 286).

Barrett et al. (2008) kamen zu dem Schluss, dass die Entfernung zum therapeutischen Zentrum sowie die Wartezeit auf eine Behandlung mit einer erhöhten Abbruchwahrscheinlichkeit verbunden seien. Dies spiegelt sich ebenso in späteren Studien wider. O’Keeffe et al. (2019) fanden, dass Patienten Kritik an bestimmten Therapieverfahren, Kosten, Personalwechsel, Kommunikationsschwierigkeiten, praktischen Vereinbarungen, Zeitplanung der Sitzungen und der Anreise zum Therapiezentrum als Abbruchgründe nannten. Darüber hinaus führten die Autoren Veränderungen in der Lebenssituation der Patienten auf, die die Teilnahme an der Therapie erschwert hätten (O’Keeffe et al., 2019).

Barghaan et al. (2005) erforschten retrospektiv in einer kontrollierten Interviewstudie (teilstandardisierte Telefoninterviews) Motive für Therapieabbrüche von Patienten, die in der stationären psychosomatischen Rehabilitation (Reha) behandelt wurden. Der Reha-Aufenthalt lag zum Zeitpunkt des Telefoninterviews zwischen 0.5 Jahre und 2.25 Jahre zurück. Die Forschergruppe befragte  $n = 36$  (von  $n = 120$ ) vorzeitig entlassene und  $n =$

52 (von  $n = 186$ ) regulär entlassene Patienten. Es wurde zwischen „klinikinternen“ und „klinikexternen“ Behandlungsabbruchgründen unterschieden. 80 % der vorzeitig entlassenen Patienten gaben mindestens drei „klinikinterne“ Abbruchgründe an, die in drei Ursachencluster kategorisiert und als (1) „unerfüllter somatischer Behandlungswunsch“, (2) „erlebte Nutzlosigkeit der Behandlung bei gleichzeitigem Vermissten hilfreicher Behandlungsangebote“ und (3) „Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion mit Mitpatienten und/oder Behandlern“ interpretiert wurden (Barghaan et al., 2005, S. 19). Als „klinikexterne“ Abbruchgründe betrachtete die Forschergruppe „interkurrente Erkrankungen“ als auch „private“ und „berufliche“ Gründe (Barghaan et al., 2005, S. 19). Ferner zeigte sich bei 42.2 % der regulär entlassenen Patienten, dass sie während des gesamten Klinikaufenthaltes mit dem Gedanken eines Abbruchs gespielt hätten. Diese Patienten, „innere Abbrecher“ genannt, hätten die Behandlung als nutzlos oder schädigend und sich selbst als deplatziert erlebt. Aus Angst vor negativen Konsequenzen hätten sie nicht abgebrochen (Barghaan et al., 2005, S. 19).

Aus ihren Erkenntnissen generierten Barghaan et al. (2005) drei Hypothesen: (1) „Klinikexterne Gründe spielen für den Behandlungsabbruch in der stationären Rehabilitation mit Menschen mit psychisch/psychosomatischen Störungen eine geringere Rolle als klinikinterne Gründe“. (2) „Erst das Zusammenwirken mehrerer verschiedener Ursachen führt schließlich zum Behandlungsabbruch“. (3) „Ursachen vorzeitiger Behandlungsbeendigungen stehen häufig im Zusammenhang mit entweder einem somatischen Krankheitskonzept, einem 'Ineffizienzerleben' der Behandlung oder interaktionellen Schwierigkeiten des Patienten in der Klinik“ (Barghaan et al., 2005, S. 22).

Bados et al. (2007) fanden bei Patienten in ambulanter Psychotherapie ebenso drei Kategorien von Abbruchgründen. Sie identifizierten zum einen therapiebezogene Abbruchgründe (Unzufriedenheit mit der Therapie, geringe Motivation), zum anderen äußere Gründe (z.B. Umzüge, Erreichbarkeitsprobleme, wie z.B. lange Wegstrecken) und schließlich Abbrüche aufgrund einer Symptomverbesserung.

Jacobi et al. (2011) und Cinkaya et al. (2011) empfahlen ebenso wie Barghaan et al. (2005), zwischen zwei Typen von Abbruchgründen zu unterscheiden. Jacobi et al. (2011, S. 249) differenzierten zwischen „unproblematischen“ bzw. „problematischen“ und Cinkaya et al. (2011, S. 226) zwischen „qualitätsneutralen“ und bzw. „qualitätsrelevanten“ Abbruchgründen (siehe Kapitel 1.4).

Cinkaya et al. (2011) definierten „qualitätsneutrale“ Abbruchgründe als „unbeeinflussbare Lebensumstände“, beispielsweise einen Wohnortwechsel. Ebenso

zähle hierzu eine zwischen Therapeuten und Patienten im Einverständnis beendete Therapie, weil die Rahmenbedingungen sich veränderten, wie z.B. ein Versorgungswechsel in ein stationäres Setting. Als „qualitätsrelevante“ Abbruchgründe stufen sie Probleme ein, die im Therapieprozess begründet seien, beispielsweise motivationale Probleme oder mangelnde *Compliance* der Patienten (Cincaya et al., 2011, S. 226).

Jacobi et al. (2011) verstanden unter einem „unproblematischen“ Abbruchgrund einen neutralen Umstand, wie z.B. die Weiterverweisung des Patienten oder eine deutliche Verbesserung der Symptomatik. Als „problematische“ Abbruchgründe hingegen wurden organisatorische Probleme (fehlende Genehmigung eines Antrages) oder behandlungsbedingte Schwierigkeiten wie beispielsweise eine belastete Therapeut-Klient-Beziehungen genannt (Jacobi et al., 2011, S. 249).

## **1.6 Klassifikationssysteme für Therapieabbruch-Definitionen**

Auch in den Klassifikationsvorschlägen spiegelt sich die Heterogenität der Definitionen und Operationalisierungen wider. Zum Beispiel nahmen schon sehr früh Wierzbicki und Pekarik (1993) in ihrer Metaanalyse zu Therapieabbrüchen eine Kategorisierung der Abbruchdefinitionen vor, bei der eine nicht erreichte Mindestanzahl von Sitzungen, das Versäumen einer geplanten Sitzung oder therapeutenseitiger Abbruch als verschiedene Kategorien postuliert wurden.

In ihrer Metaanalyse identifizierte Cinkaya (2016) eine Reihe methodischer Probleme in älteren Arbeiten. An der Metaanalyse von Wierzbicki und Pekarik (1993) betrachtete die Autorin zum Beispiel kritisch, dass in der Darstellung der Einzelstudien nicht zwischen *Efficacy*-Studien (randomisiert-kontrollierte Studien) und *Effectiveness*-Studien (Studien unter natürlichen Praxisbedingungen) unterschieden werde, zudem Abbruchraten von Therapien mit Kindern und Jugendlichen als auch Erwachsenen gemeinsam betrachtet würden (Cinkaya, 2016).

Des Weiteren fand Cinkaya (2016) in ihrer Metaanalyse, dass 44 % der betrachteten Studien Therapieabbrüche ohne explizite Angabe von Definitionen oder Operationalisierung untersucht hätten.

Cinkaya (2016) ging ferner davon aus, dass verschiedene Therapieverfahren unterschiedlichen Prozessen unterliegen (z.B. Entwicklungsprozesse oder Rahmenbedingungen, wie der Austausch mit Bezugspersonen), die sich interaktionell unterschiedlich auswirken könnten und daher aufgrund ihrer Heterogenität nicht vergleichbar seien. Zudem seien im Rahmen der Darstellung der Abbruchquoten die

verschiedenen Psychotherapieverfahren nicht als Variable erfasst worden. Aufgrund der Annahme, dass der Therapieverlauf und die Behandlungsergebnisse durch eingesetzte Methoden beeinflusst würden, sei es sinnvoll, eine Unterscheidung der angewandten Verfahren vorzunehmen (Cinkaya, 2016).

Aufgrund der Heterogenität der Begriffe und der methodischen Ansätze riet Cinkaya (2016) zu einem „Perspektivwechsel“. Die Autorin schlug zur Systematisierung des Konstruktes Abbruch ein neues Klassifikationsschema vor, wodurch Abbrüche „systematischer erfasst und verglichen“ werden könnten (Cinkaya, 2016, S. 170). Es ergänzt die von Cinkaya et al. (2011) vorgeschlagene Klassifikation zweier Faktoren des Abbruchs („qualitätsneutral“ und „qualitätsrelevant“) um die Kategorie Erfolgsabbruch, welche die frühe Beendigung der Therapie im Falle einer Symptomverbesserung oder eines verminderten Leidensdrucks bezeichnet (siehe Kapitel 1.1.2). Dieses Klassifikationsschema differenziert drei Klassen von Abbrüchen (Cinkaya, 2016, S. 170):

- „*Der Erfolgsabbruch*, der z.B. Abbrüche umfasst, die aufgrund einer vorzeitigen Besserung zustande kamen“.
- „*Der Misserfolgsabbruch*, der alle Abbrüche umfasst, die auf einen ungünstigen Therapieverlauf hinweisen und in Zusammenhang mit einer Unzufriedenheit von Seiten des Therapeuten und/oder des Patienten mit dem Verlauf der Therapie stehen“.
- „*Der erfolgsneutrale Abbruch*, der durch Faktoren bedingt wird, die z.B. in veränderten Lebensumständen begründet liegen und daher ein vorzeitiges Therapieende erforderlich machen, aber weder mit einem Erfolg noch einem Misserfolg der Therapie zusammenhängen. Hierunter können veränderte Umstände gezählt werden, wie z.B. ein Wohnortwechsel des Patienten, der eine regelmäßige Anreise zur Therapiestätte aufgrund der Entfernung erschwert oder ausschließt.“

Das in den Kapiteln 1.4 und 1.5 beschriebene Konstrukt des qualitätsneutralen Abbruchs ist den erfolgsneutralen Abbrüchen zuzuordnen und das dort beschriebene Konstrukt des qualitätsrelevanten Abbruchs ist als Misserfolgsabbruch einzuordnen (siehe Abb. 1).

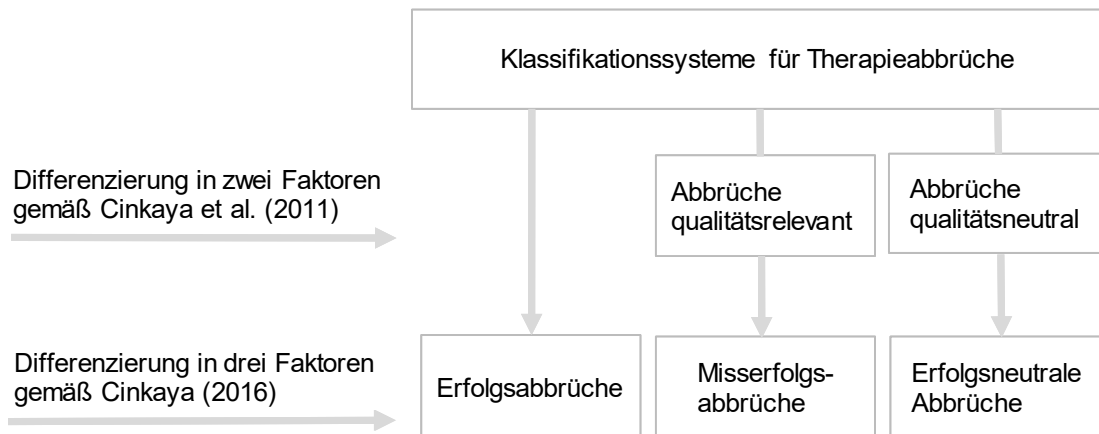


Abb. 1: **Darstellung Klassifikationsschemata von Abbruchgründen**  
Gemäß Cinkaya et al. (2011) und Cinkaya (2016).

## 1.7 Prädiktoren für vorzeitigen Therapieabbruch

Die in Studien gefundenen Prädiktoren zur Identifikation von Abbruchrisiken sind ebenfalls heterogen (Berghofer et al., 2000; Swift und Greenberg, 2012).

Die Studien unterschieden sich bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung (Therapiesetting, wie Gruppen- oder Einzelsetting, stationär oder ambulant, Therapiefreiwilligkeit versus Therapieweisung). Abbrüche fanden häufiger in ambulanten Settings und in Einzeltherapien als in Gruppenbehandlungen statt (Junkert-Tress et al., 2000; Cinkaya, 2016, S. 171).

Cinkaya (2016) stellte fest, dass je nach Studie hauptsächlich verschiedene patientenbezogene, soziodemografische (z.B. Alter, Bildung, Geschlecht, Beziehungsstatus), psychologische (z.B. Therapiemotivation und -aufgeschlossenheit) und klinische Faktoren (z.B. Hauptdiagnosen) erfasst wurden.

In Studien zu Therapieangeboten für Sexualstraftäter wurden zudem Faktoren wie Sexual- und andere Delikte in der Vergangenheit betrachtet (Nentzl und Scherner, 2021).

In neueren Studien wurden neben Patientenmerkmalen auch Therapeutenvariablen erfasst. Die gefundenen Prädiktoren bezogen sich auf die Berufserfahrung (z.B. Spezialisierungen) der Therapeuten, sowie deren Alter und Geschlecht.

Im Folgenden werden Patienten- und Therapeutenmerkmale differenziert betrachtet.

### 1.7.1 Patientenmerkmale als Prädiktoren für Therapieabbruch

Gemäß der metaanalytischen Betrachtung Cinkayas (2016) seien Patientendaten in den von der Autorin untersuchten Studien ( $N = 101$ , 23596 Teilnehmer) unvollständig und uneinheitlich publiziert worden. So seien beispielsweise in 68 Studien „kombinierte Stichproben“ (Abbrecher und *Completer* zusammengefasst) dargestellt worden (Cinkaya, 2016, S. 98). In diesen Studien seien spezifische Merkmale der beiden Patientengruppen (Abbrecher versus *Completer*) nicht berücksichtigt worden. Andere Studien hätten ausschließlich Angaben zu einer der beiden Gruppen gemacht (Betrachtung der Abbrechergruppe ( $n = 24$  Studien) oder der *Completer*gruppe ( $n = 9$  Studien)). Die Autorin stellte in der Analyse der Patientendaten ferner fest, dass nicht in allen Studien standardmäßig die „üblichen und interessierenden“ Patientendaten angegeben worden seien (Cinkaya, 2016, S. 99). Trotz der von Cinkaya (2016) auf der Metaebene kontrovers diskutierten Aspekte stellt die Analyse von Patientenmerkmalen einen vielversprechenden Ansatz dar, wenngleich die bisherigen Ergebnisse heterogen erscheinen. Daher werden im Folgenden die Merkmale kurz zusammengefasst, die in einem Großteil der Studien analysiert wurden.

Laut Cinkaya (2016) sei das Alter der Patienten häufig als entscheidender Prädiktor herausgestellt worden. Unter den Abbrechern seien eher jüngere Patienten (Abbrecher:  $M = 26.7$ ,  $SD = 12.3$ ; *Completer*  $M = 35.0$ ,  $SD = 5.9$ ) gefunden worden (Cinkaya, 2016). Weitere Übereinstimmungen hätten sich zudem bezüglich folgender soziodemografischer Daten gezeigt: Eine niedrige Schulbildung sei studienübergreifend bei 73.2 % der Abbrecher gefunden worden. Ferner habe die Zahl der Arbeitslosen bei den Abbrechern (17.9 %) im Vergleich zu 4.4 % bei den *Completern* überwogen (Lieberz und Ciemer, 2000; Cinkaya, 2016). Auch Patienten, die aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen stammten, würden mit geringerer Wahrscheinlichkeit alle Behandlungssitzungen abschließen (Firth et al., 2019).

Bei Sexualstraftätern konnte ebenso gezeigt werden, dass ein geringes Bildungsniveau das Abbruchrisiko dieser Gruppe erhöhe. Es hätten jedoch keine signifikanten Korrelationen von krimineller Vorgeschichte, Sexualdelikten in der Vergangenheit und Therapieabbruch nachgewiesen werden können (Olver et al., 2011).

Ein Zusammenhang zwischen Ungebundenheit (Familienstand geschieden, getrennt oder alleinstehend) und Abbruchrisiko wurde in mehreren Studien gefunden. Dieser sei mit der eingeschränkten Fähigkeit der Patienten begründet worden, stabile Beziehungen zu anderen, einschließlich Psychotherapeuten, zu unterhalten (Baekeland und Lundwall,

1975; Cinkaya et al., 2011). Bados et al. (2007) hätten hingegen keinen Zusammenhang zwischen diesen Variablen finden können.

Barrett et al. (2008) fanden Hinweise darauf, dass sich die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs erhöhe, wenn Patienten erwarteten, dass Therapie schneller wirke, als es tatsächlich der Fall war.

Simon et al. (2012) berichteten darüber hinaus über einen Zusammenhang zwischen Abbruch, einem geringeren Einkommen und weniger ausgeprägter sozialer Eingebundenheit, der mit spezifischen psychischen Störungsbildern assoziiert sei (vor allem Substanzmissbrauch). Cinkaya et al. (2011) fanden weitere Prädiktoren wie erhöhte Psychopathologie, geringere Therapiemotivation und eine geringe Erfolgserwartung, die mit Therapieabbrüchen assoziiert seien. Die Autoren berichteten zudem von einem hohen Anteil bestimmter komorbider Diagnosegruppen bei Abbrechern, wobei besonders depressive Störungen häufig gewesen seien. Swift und Greenberg (2012) fanden in ihrer metaanalytischen Arbeit hingegen, dass ein höherer Anteil von Therapieabbrechern Persönlichkeitsstörungen (insbesondere vom Typ Borderline) aufgewiesen habe oder unter Substanzmissbrauch gelitten hätten.

Einige Studien berichteten darüber hinaus, dass negative Behandlungserwartungen signifikante Prädiktoren seien (Ogrodniczuk und Piper, 2003; Swift und Greenberg, 2012; Zimmermann et al., 2017). Stahler und Eisenman (1987) fanden, dass ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen Abbrechern und *Completern* hinsichtlich der Funktionalität bestehe. Abbrecher hätten demnach ein höheres psychologisches Funktionsniveau aufgewiesen als *Completer*. Dieser Befund habe in späteren Studien verifiziert werden können (Cinkaya, 2016, S. 37).

### **1.7.2 Therapeutenmerkmale als Prädiktoren für Therapieabbruch**

Therapeutenmerkmale hätten erst in neueren Studien zu Therapieabbrüchen Beachtung gefunden (Cinkaya, 2016). Die Autorin stellte in ihrer Metaanalyse kritisch fest, dass aus den betrachteten Studien ( $N = 101$ ) überwiegend Informationen zum Berufsstand mitgeteilt worden seien, die ergeben hätten, dass erwartungsgemäß Psychologen, Psychotherapeuten und Ärzte den größten Anteil der Behandler dargestellt hätten. Dagegen habe nur ein kleinerer Teil der Behandler einem anderen Berufsstand angehört (z.B. Sozialarbeiter und Pflegekräfte). Weitere Therapeutenmerkmale wie Alter, Geschlecht und Berufserfahrung seien jedoch selten erfasst worden. In anderen Studien seien Unterschiede in interpersonellen Fähigkeiten, wie beispielsweise das Aufbauen

einer therapeutischen Beziehung in der Form einer wertschätzenden, akzeptierenden und unterstützenden Haltung gefunden worden, die Einfluss auf das Therapieergebnis und den Therapieabbruch aufgewiesen hätten (ebenso Roos und Werbart, 2013; Saxon et al., 2017).

Kaplowitz et al. (2011) beschrieben, dass emotionale Intelligenz der Therapeuten einen Einfluss auf den Therapieverlauf habe. Die Autoren fanden, dass die Abbruchquote bei Therapeuten mit höherer emotionaler Intelligenz geringer seien als bei Therapeuten mit geringerer emotionaler Intelligenz.

In einer systematischen Übersichtsarbeit sichteten Gries et al. (2020) 661 Studien und identifizierten 23 Studien ( $N = 20034$  Patienten und  $N = 1826$  Therapeuten) als relevant für die Analyse einflussreicher Therapeutenvariablen. Die Autoren fanden, dass das Geschlecht der Therapeuten in allen Studien keinen Einfluss auf den Abbruch der Therapie hätte (ebenso Werbart et al., 2014; Schöttke et al., 2017; Xiao et al., 2017).

Werbart et al. (2014) zeigten, dass das Alter (jünger) der Therapeuten einen signifikanten Einfluss auf Therapieabbrüche aufgewiesen habe. Dies sei die einzige Therapeutenvariable mit einem eindeutigen Zusammenhang zum Therapieabbruch.

Heterogene Ergebnisse wurden in einer großen Anzahl weiterer Studien berichtet. So fanden Jacobi et al. (2011), dass die Berufserfahrung der Therapeuten keinen Einfluss auf eine vorzeitige Beendigung der Therapie gehabt hätte.

Zu der geschlechtlichen Passung wurden gegensätzliche Ergebnisse gefunden. Während Nysæter et al. (2009) fanden, dass eine gegengeschlechtliche Patient-Therapeut-Dyade höhere Abbruchraten aufgewiesen habe, sei dies in anderen Studien nicht bestätigt worden (Cinkaya, 2016).

Auch wenn Studien zum Teil eine Korrelation zwischen Therapeutenmerkmalen und Therapieabbruch andeuteten, müsse beachtet werden, dass der Einfluss der Therapeuten insgesamt als eher marginal einzuschätzen sei. Dies belegten folgende Studien: Zimmermann et al. (2017) berichteten, dass Therapeuten 5.7 % der Varianz der vorzeitigen Therapiebeendigung erklärten (Stichprobe einer deutschen Institutsambulanz mit  $N = 707$  Patienten und  $N = 85$  Therapeuten). Saxon et al. (2017) berichteten, dass die Therapeuten 12.6 % der Varianz der Therapieabbrüche erklärten ( $N = 10521$  Klienten und  $N = 85$  Therapeuten aus Beratungsstellen und klinischen Einrichtungen des Vereinigten Königreichs). Xiao et al. (2017) berichteten, dass Therapeuteneffekte 9.5 % der beobachteten Varianz für vorzeitigen Therapieabbruch

erklärten ( $N = 10147$  Klienten und  $N = 481$  Therapeuten in amerikanischen Universitätsberatungscentren).

Lutz et al. (2015) fanden jedoch keinen Zusammenhang zwischen verschiedenen Therapeutenmerkmalen und Therapieabbruch (ebenso Schöttke et al., 2017).

### **1.7.3 Prozessmerkmale als Prädiktoren für Therapieabbruch**

Cinkaya (2016) stellte in ihrer Metaanalyse fest, dass Prozessvariablen in der Abbruchforschung bisher wenig Berücksichtigung fänden. Demnach berücksichtigten von insgesamt 101 Studien lediglich 43 Studien Prozessvariablen, die sich in 13 Originalstudien als signifikant herausgestellt hätten. Als Prädiktoren für Abbrüche berichtete Cinkaya (2016) in ihrer Metaanalyse folgende Prozessmerkmale: Therapiemotivation (in  $n = 4$  Studien), Unzufriedenheit mit dem Behandler oder der Einrichtung (in  $n = 2$  Studien), *Compliance* (in  $n = 2$  Studien), Therapieerfolgserwartung (in  $n = 2$  Studien), Transparentes Vorgehen in der Therapie (in  $n = 1$  Studie), Rollenerwartung des Patienten (in  $n = 1$  Studie) und Vermeidungsverhalten (in  $n = 1$  Studie).

Komplexe Prozessvariablen, wie beispielsweise die Beziehungsdynamik zwischen Patienten und Therapeuten seien seltener untersucht worden. Junkert-Tress et al. (2000) seien von einer ganzheitlichen Betrachtung von Abbrüchen und deren Einflussfaktoren ausgegangen. Die Autoren fanden mangelnde Wahrnehmung und Reflektion feindseliger und abwertender Interaktions- und Kommunikationsmuster zwischen Patienten und Therapeuten als Risikofaktoren für Abbruch. Auf Seiten der Patienten fanden sie als Risikofaktor für eine defizitäre Kommunikation eine narzisstische Persönlichkeitsstörung aufgrund der zugrundeliegenden, mangelnden Kritikfähigkeit und Autonomieproblematik. Auf Seiten der Therapeuten fanden sie, dass diese zu selten bemerkten, welche feindseligen Verhaltensweisen sie selbst zeigten. Die Autoren empfahlen zur Minimierung von Risikofaktoren für Abbruch eine Schulung der Selbstwahrnehmung (Junkert-Tress et al., 2000).

## **1.8 Abbruchforschung im Bereich Sexualdelikte (Hell- und Dunkelfeld)**

In Studien zu Therapie von Sexualstraftätern wurden Faktoren wie die allgemeine kriminelle Vorgeschichte sowie bisherige Sexualdelikte und sexuelle Devianz mit einbezogen. Larochelle et al. (2011) fanden, dass eine höhere Abbruchquote bei Patienten aufträte, die freiwillig ein Therapieangebot in Anspruch nahmen, im Vergleich zu Patienten, die eine Therapieweisung durch die Justiz erhielten.

Die Studienlage zu Therapieabbruch weise innerhalb der therapeutischen Straftäterarbeit insgesamt jedoch heterogene Ergebnisse auf, so dass sich bisher keiner der genannten Faktoren als genügend aussagekräftig identifizieren ließe (Ware und Bright, 2008; Nentzl und Scherner, 2021).

Zu Behandlungsabbrüchen in ambulanten Psychotherapien für Menschen mit einer sexuellen Präferenz- und/oder Verhaltensstörung im Sinne der *Pädophilie* und/oder *Hebephilie* im Dunkelfeld (siehe Kapitel 1.9.1) liegt nur eine veröffentlichte Studie (Gesamtstichprobe  $N = 425$ ) vor. Nentzl und Scherner (2021) verglichen unterschiedliche Gruppen, dies sind „Therapie-Ablehnende“ ( $n = 253$ ) und „Therapie-Beginnende“ ( $n = 172$ ), sowie „Dropouts“ ( $n = 60$ ) und „Therapie-Abschließende“ ( $n = 112$ ), die hinsichtlich psychologischer Faktoren untersucht wurden (Nentzl und Scherner, 2021, S. 252). Für diese Studie wurden Daten im Zeitraum 2005 – 2016 im „Präventionsprojekt Dunkelfeld ‚Kein Täter werden‘“ am Standort Berlin erhoben. Inkludiert wurden die Daten von Personen (ausschließlich Männer), die zum Zeitpunkt des diagnostischen Erstgesprächs folgende Einschlusskriterien für das Projekt erfüllten: „Diagnose einer Pädophilie/Hebephilie nach DSM-IV, DSM-5, kein aktueller Helfeldstatus (justizbekannt), keine vordergründige, akut zu behandelnde Komorbidität“ (Nentzl und Scherner, 2021, S. 254). Die Autoren fanden, dass 34.9 % die Therapie vorzeitig abgebrochen hätten. Zudem wurden signifikante Gruppenunterschiede bezüglich „Dropouts“ und „Therapie-Abschließern“ mit einer kleinen Effektstärke bei folgenden Faktoren berichtet: Personen, die eine Vorstrafe wegen sexuellen Kindesmissbrauchs (CSA, ehemals Helfeld) angaben, würden eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, die Therapie abubrechen. Ferner konnte gezeigt werden, dass Personen mit einem geringen Bildungsniveau eine höhere Abbruchrate aufwiesen (Nentzl und Scherner, 2021, S. 254).

### **Zusammenfassung des Forschungsüberblicks**

Fiester und Rudestam (1975) stellten schon vor fünfzig Jahren in Frage, ob es überhaupt einen typischen Abbrecher gäbe. In der Forschungsliteratur wurden viele verschiedene Gründe für Therapieabbrüche beschrieben. Dies ergebe sich aus unterschiedlichen Definitionen des Begriffs Therapieabbruch und den verschiedenen Operationalisierungsansätzen, was zu abweichenden Prädiktoren für Therapieabbrüche führe (Cinkaya, 2016). Durch diese unterschiedlichen Vorgehensweisen variierten die gefundenen Abbruchquoten, wodurch ein Vergleich der Ergebnisse erschwert werde (Ware und Bright, 2008; Roos und Werbart, 2013; Winkler, 2018).

Trotzdem kann man aus den Forschungsarbeiten der letzten Jahrzehnte folgende, für die vorliegende Studie wichtige Schlüsse ziehen:

- **Therapieabbrüche sind nicht immer negativ zu werten**

In der Studie von Shamir et al. (2010) konnte gezeigt werden, dass ein Therapieabbruch nicht unbedingt ein Misserfolg darstelle, sondern ein Hinweis auf einen „positiven Genesungsverlauf“ sein könne (Cinkaya, 2016, S. 32). Auch eine positive Beurteilung der Therapie könne zu einem Therapieabbruch führen, wenn die Patienten der Überzeugung seien, die benötigte Hilfe bekommen zu haben, oder wenn sie einen Therapieabbruch als ein positives Mittel zur Erhaltung des Wohlbefindens einstufen (Crawford et al., 2016). Ebenso führten lebenspraktische und damit therapieunabhängige Probleme zu einem Therapieabbruch (Simon et al., 2012; Cinkaya, 2016).

- **Das Therapiesetting beeinflusst die Abbruchwahrscheinlichkeit**

Die wenigen bisher veröffentlichten Studien zu diesem Thema würden darauf hindeuten, dass das Therapiesetting (vor allem ambulant versus stationär, Gruppen- versus Einzeltherapie und Therapieintervalle) einen großen Einfluss auf die Beziehungsqualität zwischen Patienten und Therapeuten und die Abbruchwahrscheinlichkeit habe (Bormann et al., 2011; Winkler, 2018).

- **Bestimmte Patientenmerkmale scheinen studienübergreifend signifikant**

In Bezug auf Patientenmerkmale habe sich die Korrelation von Therapieabbruch und jüngerem Alter in einigen Studien zu allgemeinen Therapieabbrüchen als signifikant erwiesen. Allerdings würden sich die Altersspannen der Therapieabbrecher je nach Zusammensetzung der Stichprobe in den einzelnen Studien unterscheiden (Cinkaya, 2016).

Weitere persönliche Merkmale der Patienten (wie geringere Schulbildung und Einkommen, Motivationsniveau, Ungebundenheit und Geschwisterstatus) hätten eine signifikante Korrelation zu einem Therapieabbruch aufgewiesen und könnten eine Verbindung zum Therapeuten und zur Behandlung behindert haben (Baekeland und Lundwall, 1975; Lieberz und Ciemer, 2000). In mehreren Studien wurde zudem von einem hohen Anteil bestimmter komorbider Diagnosegruppen bei Abbrechern berichtet (Junkert-Tress et al., 2000; Lieberz und Ciemer, 2000; Bados et al., 2007; Cinkaya et al., 2011; Swift und Greenberg, 2012).

- **Für Therapeutenmerkmale gibt es keine eindeutigen Ergebnisse**

In Bezug auf Therapeutenmerkmale wurden teils widersprüchliche Ergebnisse gefunden: Einige Studien kamen zu dem Schluss, dass die Erfahrung und das Alter der Therapeuten einen Einfluss auf das generelle Therapie-*Outcome* hätte (Huppert et al., 2001; Werbart et al., 2014). Auch wurde berichtet, dass eine gegengeschlechtliche Patient-Therapeut-Dyade höhere Abbruchraten aufwies (Nysæter et al., 2009). Allerdings seien solche Zusammenhänge in anderen Studien nicht bestätigt worden (Lutz et al., 2015; Schöttke et al., 2017; Zimmermann et al., 2017).

- **Prozessmerkmale scheinen bisher in der Abbruchforschung wenig Berücksichtigung zu finden**

Cinkaya (2016) fand in ihrer metaanalytischen Betrachtung, dass Prozessmerkmale bedeutende Faktoren darstellten, die in der Forschung zu Therapieabbrüchen zu wenig Beachtung fänden. In nur 43 der 101 untersuchten Studien seien Prozessmerkmale als Prädiktoren für Abbruch gefunden worden. Dazu gehörten beispielsweise „Therapiemotivation, *Compliance*, Dissens der Ziele, Unzufriedenheit und enttäuschte Erwartungen an die Behandlung“, die sich auf erzielte Fortschritte, die Beziehung zum Therapeuten und die Art der Behandlung/Einrichtung beziehen würden (Cinkaya, 2016, S. 123).

- **Klassifizierungssysteme sind – genauso wie Operationalisierungen – vielfältig**

Durch die vielfältigen Operationalisierungen des Konzeptes Therapieabbruch sei es bisher nicht gelungen, ein allgemein anerkanntes Klassifizierungssystem zu entwickeln (Wierzbicki und Pekarik, 1993; Cinkaya, 2016; Seiffge-Krenke und Cinkaya, 2017).

- **Es ist bisher nicht gelungen, zuverlässige Prädiktoren zu ermitteln**

Insgesamt gesehen lässt sich sagen, dass Forschungsarbeit in diesem Bereich von einer stärker standardisierten Definition und einer klareren Operationalisierung des Konzeptes Therapieabbruch profitieren würde. Es sei momentan schwierig, zuverlässige Prädiktoren zu ermitteln, die studienübergreifende Bedeutung aufweisen (Lutz et al., 2021).

- **Bisherige Studien zum Therapieabbruch konzentrieren sich auf das Helffeld**

Bisherige Studien zu Therapieabbrüchen von Sexualstraftätern beziehen sich ausschließlich auf Untersuchungen in forensischen Therapiesettings im Helffeld. Dort

konnte gezeigt werden, dass ein geringes Bildungsniveau von Sexualstraftätern das Abbruchrisiko dieser Gruppe erhöhe (Olver et al., 2011).

## **1.9 Ausgangslage und Einführung in die vorliegende Studie**

In der vorliegenden Studie wurde das Datenmaterial der Ambulanz des „Präventionsprojekt Dunkelfeld ‚Kein Täter werden““ am Standort Düsseldorf hinsichtlich der Therapieabbrüche im Zeitraum 2014 bis 2021 analysiert. Die Düsseldorfer Ambulanz ist Teil des Präventionsnetzwerkes Dunkelfeld „Kein Täter werden“ in Deutschland. Zur besseren Lesbarkeit wird nachfolgend die Abkürzung ‚PPD‘ für das „Präventionsprojekt Dunkelfeld ‚Kein Täter werden““ verwendet und die Ambulanz entsprechend als ‚Ambulanz des PPD Düsseldorf‘ bezeichnet.

Menschen mit der Diagnose Pädophilie im Sinne einer pädophilen Präferenz- und/oder Verhaltensstörung haben nach Aufnahme in das Programm (nach der Diagnostik/Probatorik) die Möglichkeit, einen Platz in einer Gruppentherapie zu erhalten (siehe Kapitel 1.9.4). Die Wirksamkeit der Therapie in der Ambulanz des PPD Düsseldorf wird im Rahmen einer externen Begleitforschung evaluiert.

In Kapitel 1.9.1 wird die Historie des Präventionsnetzwerkes „Kein Täter werden“ beschrieben. In Kapitel 1.9.2 erfolgt eine differenzierte begriffliche Einordnung von Pädophilie, Hebephilie und *Teleiophilie* als sexuelle Präferenz sowie von pädophiler Präferenzstörung und pädophiler Verhaltensstörung. In Kapitel 1.9.3 werden Erklärungsmodelle für die Entstehung der Pädophilie aufgezeigt. Kapitel 1.9.4 gibt einen Überblick über das Behandlungskonzept des PPD Düsseldorf. Kapitel 1.9.5 führt schließlich in das Thema Therapieabbrüche in der Ambulanz des PPD Düsseldorf ein.

### **1.9.1 Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“**

Seit Gründung des Berliner Institutes für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin an der Charité Berlin im Jahr 1996 stellten sich dort Menschen vor, die Hilfe suchten, weil sie unter sexuellen Fantasien bezogen auf Kinder litten und befürchteten, erstmalig oder erneut sexuelle Übergriffe auf Kinder zu begehen. Patienten berichteten, keine therapeutische Hilfe in Bezug auf pädophile Präferenzstörungen in Richtlinientherapien erhalten zu haben. Patienten erlebten Absagen nach Erstgesprächen in Praxen und Kliniken als Ausdruck der Überforderung von Therapeuten, die ihre fehlende Expertise auf dem Gebiet der Sexualmedizin als Begründung anführten. Weitere Patienten erhielten Absagen ohne jegliche Begründung. Diese Ablehnungen interpretierten sie als

persönliche Vorbehalte der Therapeuten gegenüber Menschen mit pädophilen Neigungen. Vor diesem Hintergrund und aufgrund einer großen Nachfrage nach Therapieplätzen wurde ein Mangel an psychotherapeutischen Angeboten deutlich. Es gab bis dahin fast ausschließlich therapeutische Angebote, die sich an sexuelle Kindesmissbrauchstäter im offenen oder geschlossenen Strafvollzug (Hellfeld) richteten. Für Menschen mit einer sexuellen Ansprechbarkeit auf Kinder und/oder Jugendliche, die zum Zeitpunkt der Vorstellung nicht strafrechtlich auffällig waren (Dunkelfeld), fehlten spezialisierte Behandlungsangebote (Beier, 1998). 2005 wurde das „Präventionsprojekt Dunkelfeld ‚Kein Täter werden‘“ an der Charité Berlin initiiert und 2011 zu einem Netzwerk ausgebaut. Mittlerweile sind in Deutschland und in der Schweiz international bekannte Präventions- und Forschungsnetzwerke zur präventiven Behandlung von Menschen mit pädophiler Präferenz- und Verhaltensstörung etabliert worden. Das Netzwerk umfasst heutzutage bundesweit 13 Ambulanzen, fünf Standorte in der Schweiz sowie zwei *Online*-Angebote, davon ein virtueller Standort als Fernbehandlungszentrum (Dammertz-Hölterhoff et al., 2020; Kreutzmann et al., 2021; Kuhle et al., 2021).

Die Standorte des Präventionsnetzwerkes „Kein Täter werden“ bieten Menschen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen und befürchten, aufgrund ihrer sexuellen Präferenz erstmalig oder wiederholt übergriffig zu werden, ein kostenloses, anonymisiertes und schweigepflichtgeschütztes Therapieangebot zur Verhinderung von sexueller Gewalt gegen Kinder (*hands-on*-Delikte) und/oder der Nutzung von Missbrauchsmaterialien (*hands-off*-Delikte). Damit leisten die Ambulanzen netzwerkübergreifend einen aktiven Beitrag zum Kinderschutz und tragen zur primären und sekundären Gesundheitsprävention im Dunkelfeld bei. Die Teilnahme an dem Therapieangebot ist freiwillig (Beier, 2018; Kuhle et al., 2021).

### **1.9.2 Pädophilie – Pädophile Präferenz- und/oder Verhaltensstörung**

Es wird zwischen sexueller Präferenz (Paraphilie), sexueller Präferenzstörung und sexueller Verhaltensstörung (Dissexualität), dementsprechend zwischen pädophiler Präferenz (Pädophilie), pädophiler Präferenzstörung (das Leiden unter sexuellen Fantasien, die auf Kinder und/oder Jugendliche bezogen sind) und pädophiler Verhaltensstörung (sexuellen Kindesmissbrauch) unterschieden (Beier, 2022).

## **Pädophilie – Hebephilie – Teleiophilie**

Pädophilie (griech. »paîs« Knabe, Kind und »philia« Freundschaft, Liebe) beschreibt eine sexuelle Ansprechbarkeit auf präpubertäre Körperschemata (Krafft-Ebing, 1893, zitiert nach 2005). Ahlers (2010) schlug eine „geschlechtsdifferenzierende Unterkategorie der Pädophilie“ vor: *Puellaphilie* bezogen auf kindliche Mädchen und *Puerphilie* bezogen auf kindliche Jungen (Ahlers, 2010, S. 22). Für die sexuelle Anziehung zu Säuglingen und Kleinkindern (ca. 0 – 4 Jahre) als Subkategorie der Pädophilie schlugen Greenberg et al. (1995) den Begriff *Infantophilie* vor. Dieser Begriff ist abzugrenzen von *Infantilismus*, bei der der „erotische Fokus“ darauf liegt, in sexuellen Rollenspielen „wie ein Baby behandelt“ zu werden (Beier et al., 2021, S. 462).

Hebephilie beschreibt eine sexuelle Präferenz für das frühe und pubertäre Körperschema und sei gemäß Beier et al. (2013) nach der griechischen Göttin „*Hebe*“ bezeichnet worden (Beier et al., 2013, S. 129; Blanchard et al., 2000). Beier et al. (2013) fanden in ihrer Studie, dass „Hebephilie als sexuelle Präferenzausrichtung existiert und mit Belastungsfaktoren einhergehen kann, die für einen klinisch relevanten Leidensdruck sprechen, wie er für die Diagnose einer Präferenzstörung vorgesehen ist“ (Beier et al., 2013, S. 134). Magnus Hirschfeld habe 1906 die Begriffe *Parthenophilie* („erotisch sexuelles Interesse an pubertierenden Mädchen im Alter von ca. 12 – 17 Jahren“) und *Ephebophilie* („erotisch sexuelles Interesse an pubertierenden Jungen im Alter von ca. 14 – 21 Jahren“) eingeführt (Beier et al., 2021, S. 525).

Pädophilie und Hebephilie seien klinische Diagnosen und keine juristischen Begrifflichkeiten (Beier et al., 2021).

Die sexuelle Präferenz für das postpubertäre, erwachsene, voll ausgebildete Körperschema wird als Teleiophilie (griech. »telos« = vollkommen / erwachsen) bezeichnet (Blanchard et al., 2000). Die sexuelle Ansprechbarkeit auf Frauen wird als *Gynaephilie* und auf Männer als *Androphilie* bezeichnet (Ahlers, 2010).

Beier et al. (2013) beschreiben in der Berliner Klassifikation die Phänomenologie der sexuellen Ansprechbarkeit bezüglich der Körperschemata: Pädophil, hebephil, teleiophil und unterscheiden zusätzlich folgende Mischformen: „Pädo-hebephil“ als ausschließlicher Typ und „pädo-teleiophil“, „hebe-teleiophil“ und „pädo-hebe-teleiophil“ als nicht-ausschließliche Typen (Beier et al., 2013, S. 129).

Die pädophile und hebephile Präferenz manifestiere sich in der Pubertät im Rahmen der psychosexuellen Entwicklung und bleibe nach derzeitigem wissenschaftlichen Kenntnisstand stabil (Grundmann et al., 2016; Beier, 2018).

## **Sexuelle Orientierung**

Pädophile / hebephile Orientierungen lassen sich nach der Geschlechtspräferenz differenzieren: ausschließlich auf Jungen, ausschließlich auf Mädchen oder auf beide Geschlechter gerichtet.

## **Körperschemata**

Die Einteilung der sexuellen Präferenz erfolgt in Körperschemata nach physischen Entwicklungsstufen (gemäß sogenannter Tanner-Stadien: Tanner I = präpubertär; Tanner II – III = frühpubertär, pubertär; Tanner IV – V = spätpubertär, postpubertär), gemessen an primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen. Dies betrifft vor allem die Entwicklungsstadien der weiblichen Brust (sogenannte *Thelarche*), der Geschlechtsorgane und des Schamhaarwuchses, der sogenannten *Pubarche* (Marshall und Tanner, 1969, 1970).

In den internationalen Diagnosemanualen (DSM der *American Psychiatric Association*, APA; ICD der *World Health Organization*, WHO) wird die Ansprechbarkeit auf das kindliche Körperschema als Merkmal der Pädophilie genannt. Die Hebephilie als Ansprechbarkeit auf das pubertierende Körperschema werde als eigenständige Kategorie hingegen nicht erwähnt und müsse demzufolge in „Nicht näher bezeichnete Paraphilie Störung“ codiert werden (APA, 2018, S. 971; Beier et al., 2021).

Im ICD-10-GM wird Pädophilie in Kapitel V (*Psychische und Verhaltensstörungen*, F00-F99) unter F65.- (*Störungen der Sexualpräferenz, inklusive Paraphilie*) als F65.4 codiert (BfArM, 2024).

## **Pädophile Präferenzstörung**

Sexuelle Präferenzstörungen (ICD-10/ICD-11), im DSM-5 als *Paraphilie Störungen* bezeichnet, decken eine breite Vielfalt sehr unterschiedlicher Symptombilder ab. Pädophile Störungen sind im ICD-11 (6D32) und DSM-5 (F65.4) den Paraphilien Störungen zugeordnet (WHO, 2022; APA, 2018).

Im ICD-11 und auch im DSM-5 (APA, 2018) wird erstmalig zwischen einer Paraphilie und einer paraphilien Störung unterschieden. Im DSM-5 heißt es: „Eine *paraphilie Störung* ist eine Paraphilie, die gegenwärtig zu Leiden oder Beeinträchtigungen des Betroffenen führt, oder eine Paraphilie, deren Befriedigung mit persönlichen Schaden oder dem Risiko der Schädigung anderer verbunden ist. Eine Paraphilie ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für das Vorhandensein einer paraphilien Störung. Eine

Paraphilie für sich genommen rechtfertigt oder erfordert nicht notwendigerweise eine therapeutische Intervention.“ [...] Das Kriterium A beschreibt die „qualitative Eigenschaft der Paraphilie [...] Das Kriterium B beschreibt die negativen Auswirkungen der Paraphilien“ (APA, 2018, S. 942).

Das DSM-5 unterscheidet acht spezifische paraphile Störungen: Voyeuristische, exhibitionistische, frotteuristische, sexuell masochistische, sexuell sadistische, pädophile, fetischistische und transvestitische Störungen (APA, 2018, S. 943).

Die diagnostischen Kriterien für eine Pädophile Störung nach DSM-5 lauten (APA, 2018, S. 959):

- „A: Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sexuelle Handlungen mit einem präpubertären Kind oder Kindern (in der Regel 13 Jahre oder jünger) beinhalten.
- B: Die Person hat die sexuell dranghaften Bedürfnisse ausgelebt oder die sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Fantasien verursachen deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten.
- C: Die Person ist mindestens 16 Jahre alt und mindestens 5 Jahre älter als das Kind oder die Kinder nach Kriterium A.
- **Beachte:** Spätadoleszente, die sich in einer dauerhaften sexuellen Beziehung mit einem bzw. einer 12- bis 13-jährigen Partner bzw. Partnerin befinden, sind nicht einzubeziehen“.

„Das Kriterium B ist für die Diagnose einer pädophilen Störung notwendig. Dies bedeutet: Wenn die sexuelle Neigung nicht ausgelebt wird und kein Leidensdruck entsteht, liegt eine Pädophilie vor, aber keine pädophile Störung (Dammertz-Hölterhoff et al., 2020, S. 123). Als weitere diagnostische Anforderung ist gemäß dem DSM-5 zu bestimmen, ob es sich um einen ausschließlichen, bzw. nicht-ausschließlichen Typus handelt, die sexuelle Orientierung auf Jungen, Mädchen oder Jungen und Mädchen besteht und ob Fantasien und Verhaltensweisen auf Inzest beschränkt sind (APA, 2018, S. 960). Der ausschließliche Typus kennzeichnet eine ausschließliche sexuelle Ansprechbarkeit auf das kindliche und/oder jugendliche Körperschema, während der nicht-ausschließliche Typus auf die Ansprechbarkeit auf das sowohl kindliche und/oder jugendliche als auch auf das erwachsene Körperschema anspricht.

Diagnostisch ist zudem zu berücksichtigen, dass ein ausgeprägtes pädophiles sexuelles Interesse und eine „gar ausschließliche Fixierung“ auf pädophile Stimuli erheblichen Leidensdruck verursachen und den „Hintergrund jeder sexuellen Funktionsstörung bilden“ kann (Beier et al., 2021, S. 333).

Die diagnostischen Merkmale der Pädophilen Störung sind im DSM-5 (APA, 2018) für „sowohl Personen gedacht, die freimütig ihre paraphilen Interessen einräumen, als auch für diejenigen, die ein sexuelles Interesse an präpubertierenden Kindern (in der Regel 13 Jahre oder jünger) trotz eindeutiger objektiver Gegenbeweise verneinen“ (APA, 2018, S. 960).

Als wesentliche Veränderung im ICD-11 ist zudem hervorzuheben, dass *sexuelle Störungen* nicht mehr in dem Kapitel *Psychische Störungen*, sondern in einem eigenständigen Kapitel für *Sexuelle Gesundheit (Conditions related to sexual health)* klassifiziert sind.

Die Klassifikationssysteme ICD-11 und DSM-5 folgen damit einem entstigmatisierenden Paradigmenwechsel, indem zwischen sexueller Präferenz und behandlungsbedürftiger Störung unterschieden wird.

Allerdings ist zu festzustellen, dass das DSM-5 im Kriterium B sowohl Störungen aufgrund von Leidensdruck als auch solche infolge dissexuellen Verhaltens subsumiert. In der klinischen Praxis stellen sich sowohl Patienten ohne bisherige Übergriffigkeit (sogenannte *Non-Offender*) vor, die ausschließlich unter ihrer sexuellen Präferenz leiden, als auch Patienten, bei denen dissexuelles Verhalten Kindern und/oder Jugendlichen gegenüber im Vordergrund stehen. Die therapeutischen Implikationen differieren erheblich, je nachdem ob primär der subjektive Leidensdruck aufgrund der pädophilen Neigung im Vordergrund steht oder ob es um die Kontrolle und Prävention potenziell übergriffigen Verhaltens geht. Therapeutisch ist daher eine begriffliche Unterscheidung zwischen pädophiler Präferenz- und Verhaltensstörung angezeigt.

### **Pädophile Verhaltensstörung (Dissexualität)**

Der Begriff sexuelle Verhaltensstörungen bezeichnet: „Versuche oder die Durchführungen sexueller Handlungen vor, an oder mit Kindern (sog. ‚pädosexuelle Handlungen‘, strafrechtlich: ‚Sexueller Missbrauch von Kindern‘) oder sonstigen Personen, die in die sexuellen Handlungen nicht einwilligen können. Die prominenteste Form einer solchen dissexuellen Verhaltensäußerung besteht in der mittelbaren sexuellen Ausbeutung durch die Nutzung bzw. den Konsum von pornografischen Medien, für deren Herstellung die sexuelle Selbstbestimmung von Personen verletzt wurde“ (Ahlers, 2010, S. 24).

Beier (1995) schlug das Konstrukt „Dissexualität“ vor „zur Kennzeichnung sexueller Handlungen, die unabhängig von einer Strafverfolgung (Sexualdelinquenz im engeren

Sinne) oder einer Strafverfolgbarkeit (Sexualdelinquenz im weiteren Sinne) eine sozial dysfunktionale Gestaltung der Sexualität zum Ausdruck bringen. Vorgeschlagen hierfür wird der Begriff *Dissexualität* und dieser definiert als ein sich im *Sexuellen ausdrückendes Sozialversagen*, welches (soziodynamisch) verstanden wird als Verfehlen der (zeit- und soziokulturell bedingten) durchschnittlich erwartbaren Partnerinteressen“ (Beier, 1995, S. 6). Dieses Konstrukt wird bis heute in der Forschung und therapeutischen Praxis verwendet. Hierzu zählen *hands-on-* (direkte, körperliche Übergriffe) und *hands-off-Delikte* (dissexuelle Verhaltensäußerung, sexuelle Ausbeutung durch z.B. Nutzung von Missbrauchsmaterialien, CSAM).

Gemäß Beier et al. (2021) sei bei „tatsächlich stattgefundenem Kindesmissbrauch [...] die Vergabe der Diagnose ‚Pädophile Störung‘ auch möglich, wenn kein Leidensdruck besteht, da durch Missbrauchshandlungen eine Fremdgefährdung gegeben ist, Leiden bei anderen hervorgerufen und dadurch per se gegen gesellschaftliche Normen verstoßen wird“. Personen, die auf Kinder und/oder Jugendliche ausgerichtete sexuellen Fantasien oder Impulsen nachgehen, erfüllen die Kriterien einer pädophilen Präferenzstörung (im Sinne einer Verhaltensstörung) auch dann, wenn sie kein Problembewusstsein aufweisen (Beier et al., 2021, S. 475).

Seto et al. (2006) zeigten, dass das Vorliegen einer Pädophilie wesentlich zu der erhöhten Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls beitragen könne. Eke et al. (2011) fanden in ihrer Studie, dass Menschen mit einer pädophilen Präferenzstörung ein erhöhtes Risiko aufgewiesen hätten, sexuellen Kindesmissbrauch zu begehen oder Kindesmissbrauchsmaterialien erstmalig oder wiederholt zu nutzen.

Dabei gilt es festzuhalten, dass pädophile Neigungen einen Risikofaktor, jedoch keine hinreichende Bedingung für sexuellen Kindesmissbrauch darstellen. Ahlers (2014) wies darauf hin, dass eine Differenzierung zwischen „sexuellem Erleben (Gedanken, Impulsen, Fantasien, aber auch sexuelle Selbstbetätigung, wie sexuelle Selbststimulation und -befriedigung) auf der einen Seite und realisiertem soziosexuellen Verhalten (unter anderem mittelbare und unmittelbare sexuelle Übergriffe)“ von zentraler Bedeutung sei und kennzeichnete damit die Unterscheidung Sexualpräferenz (sexuelle Ansprechbarkeit, z.B. ausschließlich auf Fantasieebene), Störung der Sexualpräferenz (klinisch relevanter Leidensdruck) und sexuelle Verhaltensstörung bei „fremdbeeinträchtigenden Verhaltensäußerungen gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ (Ahlers, 2014, S. 88).

Bei Tätern sexuellen Kindesmissbrauchs ist zwischen pädophilen und nicht-pädophilen Motivationen zu unterscheiden: Aus Studien ist bekannt, dass 40 – 50 % der verurteilten

Sexualstraftäter eine Ansprechbarkeit auf das prä- und/oder pubertäre Körperschema aufweisen (Neigungstaten). 50 – 60 % der Täter hingegen handeln aus anderen Hintergrundmotivationen (sogenannte Ersatzhandlungen) für eigentlich erwünschte sexuelle und romantische Beziehungserfahrungen zu altersadäquaten Partnern (Beier, 1998; Seto, 2008). Bei sexuellem Kindesmissbrauch können dies eine Persönlichkeitsstörung, Intelligenzminderung, mangelnde interpersonelle Sexualerfahrung (beispielsweise bei jugendlichen Tätern) sowie kindeswohlgefährdende Familienkonstellationen sein, hier werden die Taten von Vätern, Stiefvätern, Großvätern, Brüdern, Halbbrüdern begangen (Beier et al., 2021).

Die Nutzung von Missbrauchsmaterialien wird als „Indikator“ auf das sexuelle Interesse an dem kindlichen und/oder jugendlichen Körperschema im Sinne einer Pädophilie/Hebephilie angesehen (Beier et al., 2021, S. 520).

Sexuelle Verhaltensstörungen sind in den internationalen Klassifikationssystemen nur über Restkategorien zu erfassen: Im *ICD-10* unter F63.8 als „Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“, im *ICD-11* unter 6C7Y als „Andere spezifische Impulskontrollstörung“, im *DSM-5* unter F91.8 als „Andere näher bezeichnete disruptive Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen“ (APA, 2018; Beier, 2022; WHO, 2022). Aus diesen Hilfskonstruktionen werde „das entscheidende Kennzeichen dissexueller Handlungen – die durch sie bewirkte Verletzung der Integrität und Individualität eines anderen Menschen – nicht hinreichend deutlich“. Zudem fehle „die Möglichkeit, eine Überlappung mit ‚Störungen der sexuellen Präferenz‘ kenntlich zu machen“ (Beier, 2018, S. 511).

### **Prävalenz der Pädophilie**

Die genaue Prävalenz von Pädophilie ist unklar (Seto, 2008), wird aber laut Beier (2018) auf bis zu 1 % der männlichen Allgemeinbevölkerung geschätzt (Beier, 2018, S. 5). Bei der bisherigen Studienlage sei zu berücksichtigen, dass „diese zum Teil an speziellen Stichproben durchgeführt wurden, die Definitionen des Begriffs Pädophilie bzw. die diagnostischen Kriterien nicht einheitlich oder vergleichbar operationalisiert sind und neben anderen methodischen Problemen die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse jeweils zu hinterfragen ist“ (Beier, 2018, S. 5). In einer finnischen Zwillingsstudie ( $N = 1310$  Teilnehmer) gaben 0.2 % ein sexuelles Interesse an präpubertären und früh-/pubertären Kindern im Alter zwischen 7 und 12 Jahren an (Alanko et al., 2013). Dombert et al. (2015) stellten fest, dass epidemiologische Untersuchungen nicht zwischen sexuellen Fantasien und sexuellen Verhaltensweisen unterschieden. In ihrer

repräsentativen Online-Erhebung ( $N = 8718$  Männer in Deutschland) fanden sich bei 4.1 % der Teilnehmer sexuelle Fantasien mit präpubertären Kindern und bei 3.2 % sexuelle Übergriffe gegenüber präpubertären Kindern, davon nutzten 1.7 % ausschließlich Kindesmissbrauchsmaterialien (CSAM). 0,1% der befragten Männer berichteten über eine ausschließlich auf Kinder gerichtete sexuelle Präferenz (Pädophilie), das bedeutet, sie verspürten keine sexuelle Anziehung zu Erwachsenen (Dombert et al., 2015). Bártová et al. (2021) untersuchten in ihrer repräsentativen Online-Stichprobe Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz paraphiler Präferenzen (des sexuellen Erlebens und Verhaltens) in der tschechischen Allgemeinbevölkerung. In einem standardisierten Online-Interview wurden die männlichen ( $n = 5023$ ) und weiblichen ( $n = 5021$ ) Teilnehmer (Alter:  $M 46.13$ ;  $SD 15.32$ ; Min - Max 18-88) zu ausgewählten Dimensionen des sexuellen Erlebens innerhalb paraphiler Muster befragt. Die Dimensionen umfassten (1) Vorhandensein der Präferenz; (2) Sexuelle Erregung (Arousal); (3) Pornonutzung; (4) Fantasie (Häufigkeit) auf 5-stufigen Likertskalen (von „nie“ bis „jeden Tag“). Hinsichtlich Pädo- und Hebephilie wurde „illegales“ Verhalten auf einer 5-stufigen Likertskala (von „ganz bestimmt nicht“ bis „ganz bestimmt ja“) mit folgendem Item erfasst: „Würden Sie eine solche Aktivität ausüben, wenn sie in unserer Gesellschaft legal wäre?“ Zusätzlich wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie bezüglich ihrer sexuellen Präferenz jemals einen Sexualtherapeuten aufgesucht hätten (Bártová et al., 2021, S. 3). Die Autoren fanden 0.3-1.5 % pädophile und 1.1-7.2 % hebephile Interessen sowie 0.1-0.6 % manifeste Präferenz für präpubertäre Kinder und 0-2.2 % für frühpubertäre/pubertäre Minderjährige. Bei 0.4 % der Frauen fanden sie ein sexuelles Interesse an präpubertären Kindern und bei 1.3 % der Frauen Interesse an dem früh-/pubertären Körperschema (Hebephilie). Eine genuine, manifeste pädophile Präferenz fand sich bei 0 % der Frauen. Bei der Frage, ob sich die Teilnehmer einem Sexualtherapeuten anvertrauen würden, zeigte sich insgesamt eine geringe Bereitschaft (0 % bei pädophilen und hebephilen Frauen; 3.2 % bei pädophilen Männern und 11.3 % bei hebephilen Männern).

### **1.9.3 Erklärungsansätze zur Entstehung der Pädophilie**

Die Ursachen sexueller Präferenzbesonderheiten sind bisher nicht ausreichend geklärt. Forschung zur Pädophilie und Kindesmissbrauch ist vornehmlich im Hellfeld an verurteilten Sexualstraftätern durchgeführt worden. Ward und Beech (2006) beschreiben sexuellen Übergriff in der integrativen Theorie des sexuellen Missbrauchs (*The Integrated Theory of Sexual Offending; ITSO*) als Zusammenspiel von biopsychosozialen Faktoren und nennen dabei individuelle Risikofaktoren und

individuelle Vulnerabilitäten. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über einzelne Faktoren vermittelt werden.

## **Neurobiologische Faktoren**

Es werde von einem komplexen Zusammenspiel hypothalamischer, limbischer und neokortikaler Hirnareale ausgegangen (Beier, 2018). Medizinische Bildgebungsstudien würden auf die Rolle veränderter neuronaler Strukturen („*extended Amygdala*“, Veränderungen frontostriataler Hirnstrukturen) bei der Verarbeitung sexueller Reize hinweisen (Schiltz, 2013). Storch et al. (2023) fanden eine abweichende hypothalamische Struktur als neurobiologisches Korrelat von pädophilen Straftätern, die wegen Kindesmissbrauch (CSA) angeklagt wurden (Hellfeld), nicht aber bei pädophilen Menschen, die keine Deliktbelastung aufwiesen. Dieser Befund stärke die Erkenntnis, dass es sich bei der Pädophilie als sexuelle Präferenz für das kindliche Körperschema und bei Kindesmissbrauch im Sinne einer pädophilen Verhaltensstörung (Neigungstat) um zwei unterschiedliche Phänomene handele. Das eine bedinge nicht zwangsläufig das andere, und beide könnten unabhängig voneinander auftreten. Die Pädophilie könnte, wie in Kapitel 1.9.2 beschrieben, als Risikofaktor für die Begehung eines Kindesmissbräuchlichen Verhaltens (CSA) gesehen werden, sei aber nicht gleichbedeutend mit solchen Verhaltensweisen.

## **Genetische Faktoren**

In der Erforschung genetischer Ursachen fanden Alanko et al. (2013) in einer repräsentativen finnischen Zwillingsstudie ( $N = 3967$ ) weltweit erstmalig eine stärkere Häufung pädophiler Interessen und Masturbationsfantasien bei eineiigen Zwillingen im Vergleich zu zweieiigen Zwillingen. Der Zusammenhang werde allerdings als schwach beschrieben (Briken und Berner, 2013).

## **Psychologische Faktoren**

- **Lerntheoretische Erklärungsansätze**

Es gibt unterschiedliche Erklärungsmodelle, die die Bedeutung von Umwelterfahrungen hervorheben. So werden Konditionierungsprozesse für die Entstehung pädophiler Erregungsmuster zugrunde gelegt. Nach dieser Auffassung werde sexuelles Verhalten durch Prozesse der Konditionierung (Klassische Konditionierung) und Verstärkung (Operante Konditionierung) erlernt. Sexuelle Erfahrungen in der *Peer*-Gruppe im Kindes- und Jugendalter würden dazu beitragen, dass ein bisher neutraler Reiz (präpubertäres Körperschema) an sexuelle Erregung gekoppelt sei. Es fände eine Kopplung statt

zwischen dem kindlichen und/oder jugendlichen Körperschema (neutraler Reiz) und sexueller Verstärkerreize (unkonditionierte Reize, z.B. Masturbation mit Orgasmus) (Mokros et al., 2012). Durch wiederholte sexuelle Selbststimulation bis zum Orgasmuserleben zu diesbezüglichen Fantasien werde die Verbindung zwischen sexueller Erregung und kindlichen und/oder jugendlichen Köperschemata verstärkt und führe zu einem anhaltenden Interesse an Kindern und/oder Jugendlichen.

Heute würden primär soziale Lernprozesse (Modelllernen) geltend gemacht, die durch Beobachtung angeregt werden. Nach dieser Lesart werde die Nutzung von Missbrauchsmaterialien als stellvertretendes Modelllernen verstanden. Eigene Missbrauchserfahrungen im Kindesalter würden als teilnehmendes Modelllernen und die Ausgestaltung von pädophilen Fantasien als symbolisches Modelllernen verstanden (Schmidt und Hahn, 2016). Ungünstige Sozialisierungsbedingungen in der Kindheit und Jugend könnten eine Empfänglichkeit für die beschriebenen Lernprozesse begünstigen (Schmidt und Hahn, 2016).

Lerntheoretische Annahmen zur Entwicklung einer pädophilen Ausrichtung konnten bisher nicht ausreichend empirisch belegt werden. Es sei nicht abschließend geklärt, weshalb pädophile Fantasien über die Pubertät erhalten blieben (Grundmann et al., 2016).

- **Psychoanalytische Erklärungsmodelle**

Sigmund Freud schuf mit den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (1905) die Grundlagen der Erforschung der Sexualität und deren psychosexuellen Entwicklungsverläufe. Freud beschrieb zwei „prägenitale“ Phasen (orale und anale „Sexualorganisation“) und fügte später die phallische Phase (sog. Ödipale Phase), Latenz- und genitale Phase hinzu (Freud, 1905, zitiert nach 2024, S. 99 und 2015). Psychosexuelle Entwicklungsstörungen entstünden demnach, wenn einzelne Phasen nicht angemessen überwunden werden könnten. „Jeder Schritt auf diesem langen Entwicklungswege kann zur Fixierungsstelle, jede Fuge dieser verwickelten Zusammensetzung zum Anlass der Dissoziation des Geschlechtstriebes werden“ (Freud, 1905, zitiert nach 2024, S. 154).

Laut Becker (2007) wird nach der psychoanalytischen Auffassung davon ausgegangen, dass pädophile Menschen auf einem kindlichen Niveau stehen geblieben seien oder die psychosexuelle Entwicklung verzögert verlaufen sei. Becker (2007) beschrieb die Pädophilie als eine neurotische Lösung der Kastrationsproblematik (ödipale Phase).

Eine neurotische Entwicklung führe dazu, dass der Mann keine männlich-erwachsene Sexualität entwickelt habe, sich „kastriert oder von Kastration bedroht fühlt und deshalb dem erwachsenen Genitale ausweicht“ (Becker, 2007, S. 274). Kastrationsängste drückten sich demnach in dem Erleben aus, sich genital minderwertig zu fühlen, „einen zu kleinen Penis zu haben und einen erwachsenen Menschen nicht befriedigen zu können, also in Potenzängsten“ (Becker, 2007, S. 274). Der kindliche Penis gebe nach dieser Auffassung dem Pädophilen das Gefühl, „vollwertig“ zu sein. Diese Diskrepanz zwischen dem Erwachsenen und dem Kind führe zum Erleben von „Macht“ im Gegensatz zu der erlebten oder befürchteten „Ohnmacht“ in der Beziehung zu einem erwachsenen Menschen. Das erwachsene weibliche Genital werde als „schmutzig und verletzt, das kindliche als sauber und rein“ erlebt. Je größer die „Versicherung“, desto devianter („perverser“) und unter Umständen delinquenter werde die Sexualität (Becker, 2007, S. 274).

Nach psychoanalytischer Sicht erkenne sich der Pädophile in der Begegnung mit einem Kind wieder (Identifikation mit dem Kind). In der Beziehung zu einem Kind würden seine eigenen Bedürfnisse nach Zärtlichkeit, Geborgenheit und liebevoller Beschäftigung kompensiert, die er in der Kindheit entbehren musste (Becker, 2007).

Offen bleibt eine Erklärung für Pädophilie des nicht-ausschließlichen Typus (Beier et al., 2013, Beier, 2018), bei dem Patienten sowohl eine sexuelle Anziehungskraft auf das kindliche und/oder jugendliche als auch auf das erwachsene Körperschema verspüren (Pädo-Teleiophilie, Hebe-Teleiophilie oder Pädo-Hebe-Teleiophilie).

## **Soziale Faktoren**

In einer forensisch-psychiatrischen Studie von Sexualstraftätern identifizierten Marshall und Barbaree (1988) frühkindliche Vernachlässigung, eingeschränkte interpersonelle Fähigkeiten, schwache Belohnungsaufschub-Fähigkeit, sexuelle Erregung durch Kinder und sexuelle Gewalt als Risikofaktoren für die Entwicklung einer pädophilen Störung und sexuellem Missbrauch an Kindern.

Salter et al. (2003) fanden, dass Kindesmissbrauchstäter frühkindliche Bindungsstörungen durch emotionale und körperliche Vernachlässigung aufwiesen. Zudem hätten sie häufiger Gewalt erlebt. Sexualstraftäter seien häufig in Familien aufgewachsen, die als dissozial durch fehlende Verhaltensregulation (insbesondere im sexuellen Bereich) gekennzeichnet gewesen seien. Marshall und Marshall (2000) fanden ebenfalls, dass Betroffene häufig eine mangelnde Bindungssicherheit aufwiesen

und stellten fest, dass diese Bedingungen häufig zu übermäßiger und frühzeitiger Sexualisierung des sexuellen Verhaltens der Kinder und Jugendlichen beigetragen hätten (Ward und Siegert, 2002).

Bem (1996) beschreibt in seiner Theorie „*Exotic becomes Erotic*“, dass Kinder sich zu Gleichaltrigen hingezogen fühlen, die ihnen *exotisch* oder fremd erscheinen - also zu jenen, deren Verhaltensweisen sich von ihren eigenen unterscheiden. Diese anfängliche Fremdheit werde später in der Pubertät in erotische Anziehung umgewandelt. Die erwachsene sexuelle Geschlechtspräferenz werde durch das präpubertäre Spielverhalten beeinflusst. Demzufolge führe geschlechtstypisches Spielverhalten in der Kindheit zu einer späteren heterosexuellen Orientierung, da das andere Geschlecht als *exotisch* wahrgenommen werde. Umgekehrt führe geschlechtsuntypisches Verhalten zu einer homosexuellen Orientierung, da in diesem Fall gleichgeschlechtliche Personen als *exotisch* empfunden würden.

Bundschuh (2001) fand, dass pädophile Männer in ihrer Kindheit problematische *Peer-Beziehungen* ausgewiesen und Schwierigkeiten gehabt hätten, Anschluss an Gleichaltrige zu finden. Sie vermutet einen Zusammenhang zwischen sexuellen Übergriffen und pädophilen sexuellen Interessen.

### **Viktimisierungshypothese**

Ein Teil pädophiler Menschen seien Opfer sexueller Missbrauchstaten im Kindes- und/oder Jugendalter geworden (Nedopil 2013). In den 70er Jahren des vorherigen Jahrhunderts entstand die Viktimisierungshypothese. Es wurde angenommen, dass eigene sexuelle Missbrauchserfahrungen spätere sexuelle Straftaten zur Folge haben könnten. Als Gegenargumente wurden angeführt, dass Mädchen häufiger Opfer und seltener Täterinnen seien und über 70 % der missbrauchten Jungen nicht zu Sexualstraftätern würden. Ebenso seien nicht alle Sexualstraftäter zuvor sexuell missbraucht worden. Daraus wird geschlossen, dass es nicht der einzige, aber ein mitbedingender Faktor sei (Freund et al., 1990; Nedopil, 2013).

### **Risikofaktoren sexueller Verhaltensstörung (Dissexualität)**

Als Risikofaktoren für die Entwicklung pädosexuellen Kindesmissbrauchs seien mangelnder familiärer und sozialer Halt, frühzeitige sexuelle Beschäftigung, unangemessene sexuelle Erfahrung mit Älteren, ebenso die Erfahrung, ausgenutzt zu werden, gefunden worden (Nedopil, 2013). Kindesmissbrauchende hätten häufiger schon in der Vergangenheit andere Delikte begangen. Zusätzlich würden frühe Delinquenz, frühere Störung des Sozialverhaltens, dissoziale Persönlichkeitszüge und

Verhaltensbereitschaften, antisoziale Einstellungen sowie dissoziales und kriminelles Umfeld zu den Risikofaktoren gezählt. Ebenso sei gehäuft Substanzmissbrauch bei pädosexuellen Kindesmissbrauchern gefunden worden (Nedopil, 2013). Bei 70 % der Kindesmissbrauchenden seien begleitende Persönlichkeitsstörungen gefunden worden (Briken und Berner, 2013).

**Zusammenfassend** lässt sich sagen, dass keines der beschriebenen Modelle bisher zu einer einheitlichen Entstehungstheorie der Pädophilie beigetragen hat.

Vor diesem Hintergrund fassten Ward und Beech (2006) sexuellen Kindesmissbrauch als Folge eines multifaktoriellen Bedingungsgefüges auf. Die Autoren vermuteten zudem genetische Komponenten, die in einer familiären Ansprechbarkeit für jugendlich wirkende Partnertypen bestehen könnten. In der integrativen Theorie des sexuellen Missbrauchs schrieben Ward und Beech (2006) biopsychosozialen Faktoren für die Entstehung pädophiler Erregungsmuster eine zentrale Rolle zu. Sie beschrieben individuelle Risikofaktoren wie emotionsregulatorische und sozioaffektive Defizite, missbrauchsbegünstigende Einstellungen sowie sexuelle selbstregulatorische Defizite (Ward und Beech, 2006; Mann et al., 2010).

Ferner ist zu beachten, dass wissenschaftliche Untersuchungen überwiegend mit Sexualstraftätern durchgeführt wurden, die einen Kindesmissbrauch bereits begangen hatten und somit eine Unterscheidung zwischen einer pädophilen Verhaltensstörung und einer pädophilen Präferenzstörung fehlt.

#### **1.9.4 Behandlungskonzept der Ambulanz des PPD Düsseldorf**

##### **Therapeutische Unterversorgung**

Corrigan (2004) fand, dass Schätzungen zufolge zwischen 40 % und 90 % der Menschen aus der Allgemeinbevölkerung, die eine professionelle psychotherapeutische Behandlung benötigen, entweder keine Behandlung oder weniger Behandlung als nötig erhalten. Dies trifft ebenso auf pädophile Menschen zu, die aufgrund ihres Leidensdrucks bezüglich ihrer Präferenz und/oder bezüglich ihres dissexuellen Verhaltens Hilfe suchen. Klinischen Beobachtungen in der Ambulanz des PPD Düsseldorf zufolge ist das *Coming-in*, das Sich-selbst-eingestehen pädophiler Interessen, für viele Betroffene von Angst, Unsicherheit, Selbsthass und damit einhergehenden psychischen und nicht selten suizidalen Krisen gekennzeichnet.

Häufig führt dies zu Rückzug aus sozialen Bezügen, aus Angst, als pädophil erkannt und stigmatisiert zu werden. Dies kann die Entwicklung psychischer Komorbiditäten (vor

allem Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Depressionen) hervorrufen oder verstärken. Untersuchungen zeigen, dass zwei Drittel der Patienten des PPD Berlin bei Kontaktaufnahme mindestens einmal in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen sind (Konrad, 2021).

### **Stigmatisierung erhöht die Angschwelle, therapeutische Hilfe zu suchen**

Kramer (2011) fand, dass für einen Großteil pädophiler Menschen die Angst vor Stigmatisierung durch Therapeuten ausschlaggebend sei, keine therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dieser Befund stützt klinische Beobachtungen, denen zufolge es vielen pädophilen Personen schwerfällt, Kontakt zu Therapiezentren aufzunehmen. Die gesellschaftliche Stigmatisierung des Themas Pädophilie als Präferenzbesonderheit erhöht die Schwellenangst für einen erheblichen Anteil der hilfeschuchenden Patienten. Wenn diese dennoch eine Kontaktaufnahme wagen, sind ihre Erfahrungen nicht immer positiv: Einige Patienten der Ambulanz des PPD Düsseldorf berichteten, dass Kliniken und/oder therapeutische Praxen ihr Behandlungsangebot revidierten, sobald die Patienten ihre sexuelle Präferenz der Pädophilie zu erkennen gaben.

Jahnke et al. (2015a) konnten in zwei Vergleichsstudien (Studie 1:  $N = 854$  Teilnehmer, Befragungen in zwei deutschen städtischen Fußgängerzonen; Studie 2:  $N = 201$ , eine englische *Online*-Befragung) ein erhebliches Ausmaß gesellschaftlicher Stigmatisierung nachweisen. Die Ergebnisse zeigten signifikant negativere Reaktionen gegenüber Menschen mit Pädophilie im Vergleich zu anderen stigmatisierten Gruppen (Studie 1: Menschen, die Alkohol missbrauchen; Studie 2: Menschen mit sadistischer Sexualpräferenz / Menschen mit antisozialen Tendenzen). 14 % der Teilnehmer in der deutschen Studie und 28 % der Teilnehmer in der englischen Studie stimmten der Aussage zu, dass Menschen mit Pädophilie *besser tot sein sollten*, selbst wenn sie niemals Straftaten begangen hätten. Diese diskriminierende Haltung gehe weit über andere Formen der Stigmatisierung hinaus, die bei Vergleichsgruppen beobachtet worden seien (Jahnke et al., 2015a). In einer Folgestudie untersuchten Jahnke et al. (2015b) stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen mit Pädophilie bei  $N = 137$  Psychotherapeuten in Ausbildung (PIA). Die Autoren fanden, dass bis zu einem Fünftel der Befragten Menschen mit einer pädophilen Sexualpräferenz keine Therapie anbieten würden, selbst, wenn diese keine Straftaten begangen hätten. Meyer und Frost (2013) zeigten anhand des Minoritäts-Stress-Modells, dass Vorurteile, Stigma und Diskriminierung zu mehr Stress und psychischen Erkrankungen führen können. Es gebe nur wenige Studien, die sich mit dem Leidensdruck forensisch unauffälliger pädophiler Menschen befassten. Dort sei eine hohe Ausprägung an psychischer Belastung gefunden worden (Beier et al., 2015; Jahnke et al., 2015c).

Die Forschungsbefunde zeigen die Wichtigkeit einer differenzierten gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema und gleichzeitig die Notwendigkeit eines niedrigschwelligen, präventiven Angebotes für therapiewillige Menschen mit einer pädophilen Sexualpräferenz. Nachfolgend wird das Therapieangebot des PPD Düsseldorf dargestellt.

### **Therapieangebot der Ambulanz des PPD Düsseldorf**

Das Behandlungsangebot der Ambulanz des PPD Düsseldorf basiert auf dem Konzept der Berliner Dissexualitätstherapie (BEDIT; Beier, 2018), das auf eine Reduktion und Kontrolle von entscheidenden individuellen Risikofaktoren unter besonderer Berücksichtigung individueller Vulnerabilitäten abzielt.

Zielgruppe sind Personen, die aktuell nicht unter strafrechtlicher Verfolgung (Dunkelfeld) wegen sexuellen Missbrauchs und/oder der Nutzung, des Besitzes, des Tauschs und der Verbreitung von Missbrauchsmaterialien stehen. Außerdem sind Personen adressiert, die unter ihrer sexuellen Präferenz und/oder unter ihren sexuellen Verhaltensweisen in Bezug auf das kindliche und/oder jugendliche Körperschema leiden und Angst haben, erstmalig oder wiederholt direkten oder indirekten sexuellen Kindesmissbrauch zu begehen. Vor dem Hintergrund der großen Verunsicherung und Ängstlichkeit der Personen, die sich in der Ambulanz hilfesuchend melden, ist eine einfühlsame, die Anstrengung der Kontaktaufnahme validierende und motivierende Gesprächsführung von großer Bedeutung.

### **Therapieprozess am PPD Düsseldorf – Diagnostik und Psychoedukation**

Am Düsseldorfer Standort werden hauptsächlich Gruppentherapien angeboten. Nach der Diagnostik (Probatorik, die eine biografische Anamnese, umfassende Sexualanamnese, juristische, psychiatrische und somatische Anamnese beinhaltet) und der Indikationsstellung werden die Teilnehmer zu einer der Therapie vorgeschalteten Gruppenpsychoedukation eingeladen. Die Psychoedukation umfasst vier aufeinander aufbauende, jeweils zweistündige Sitzungen, die im Wochenrhythmus stattfinden. In diesem niederschwelligen Angebot können sich Teilnehmer mit dem Gruppenkonzept vertraut machen. Patienten können die Erfahrung machen, dass Ihnen persönliche Wertschätzung und Wertneutralität durch Therapeuten entgegengebracht wird und die anderen Gruppenmitglieder mit ähnlichen Problemen zu kämpfen haben. So kann Stigma-bezogener Stress sowie die daraus resultierenden Ängste vor Ausgrenzung und Diskriminierung abgebaut werden. Oft entstehen erstmalig bei den Teilnehmern Gedanken, wie „ich bin nicht allein mit meinem Problem“ und „wir sitzen in einem Boot“, die in der Regel entlastend und motivierend wirken. Während des Angebotes wird

deutlich vermittelt, dass die Persönlichkeit respektiert, delinquentes Verhalten hingegen verurteilt wird und die Therapie Unterstützung bietet, einen prosozialen Umgang mit der Präferenz zu finden. Die Teilnehmer setzen sich inhaltlich u.a. mit dem Thema Paraphilien, Sexualität und Dissexualität und mit individuellen Risiko- und Schutzfaktoren auseinander.

Die regelmäßige Teilnahme ist verpflichtend, um in die *Warteliste Therapie* aufgenommen zu werden. Diese Maßnahme gibt erste Hinweise auf die Therapie- und Veränderungsmotivation und lässt vorsichtige Rückschlüsse auf die Langzeitprognose zu. Psychoedukation und Motivationsaufbau stellen eine Basisbehandlung dar, weil viele der Patienten ihrer Neigung ambivalent gegenüberstehen.

### **Therapieprozess in der Ambulanz des PPD Düsseldorf – Gruppentherapie**

An die Psychoedukation anschließend werden die Teilnehmer je nach Risikoeinschätzung der Delikthintergründe (*Offender-Types*) verschiedenen Psychotherapiegruppen zugeordnet, die einmal wöchentlich für zwei Zeitstunden stattfinden. Diese Gruppenstruktur unterteilt sich in folgende vier Kategorien:

(1) Die Gruppe der *Non-Offender* (d.h., die Patienten weisen keine Deliktbelastung in der Vergangenheit auf). Sie melden sich in der Ambulanz, weil sie unter ihrer sexuellen Präferenz leiden (Präferenzstörung). Personen dieser Gruppe internalisieren häufig Vorurteile (das diesbezügliche Stigma) bezüglich pädophiler Menschen und werten sich deshalb ab. Zudem stehen sie im innerpsychischen Konflikt zwischen der inneren Überzeugung, Niemandem schaden zu wollen und einem unerfüllten sexuellen Bedürfnis oder Beziehungsbedürfnis (Konrad, 2021).

(2) Die Gruppe der Nutzer von Missbrauchsmaterialien, auf denen Kinder und/oder Jugendliche in sexuellen Posen und/oder Handlungen zu sehen sind (*CSAM: Child Sexual Abuse Material – hands-off-Delikte*). Missbrauchsmaterialien umfassen Bild-, und/oder Videomaterial mit realen Abbildungen, bzw. computergenerierte Materialien und/oder Texte. Der Begriff *CSAM* wurde in Abgrenzung zu dem häufig verwendeten Begriff *Child Pornography (CP)* eingeführt, der fälschlicherweise suggeriert, dass es sich um einvernehmliche, d. h. freiwillige Pornografie handele, was im Hinblick auf Kinder moralisch-ethisch und rechtlich als ausgeschlossen zu werten ist. Die Patienten dieser Gruppe benennen als erstes Therapieziel die Abstinenz der Nutzung, in Form einer Impulskontrolle.

(3) Die Gruppe der Patienten, die in der Vergangenheit sexuell übergriffiges Verhalten an Kindern zeigten (*CSA: Child Sexual Abuse – hands-on-Delikte*). In dieser Gruppe wird als vordergründiges Therapieziel die Verhaltenskontrolle benannt.

(4) Die Gruppe der *Mixed-Offender* (d.h. *CSAM* und *CSA* kombiniert). Teilnehmer dieser Gruppe benennen als erstes Therapieziel die Impuls- und Verhaltenskontrolle (siehe Kapitel 3.3).

Es wird nach einem halboffenen Therapiegruppen-Konzept gearbeitet. Demzufolge kann nach einer patienten- und therapeutenseitigen Abschluss-Befundung eine reguläre Beendigung besprochen und umgesetzt werden. Die sukzessiv freiwerdenden Plätze werden bis zu einer Teilnehmerzahl von acht Patienten nachbesetzt. Die Gruppentherapie basiert auf dem Konzept der Berliner Dissexualitätstherapie (BEDIT) und wird von zwei Psychotherapeuten geleitet. Aufgrund intrapsychisch unterschiedlicher Bedingungen (z.B. strukturelle Unterschiede der Persönlichkeiten) ist die Therapiedauer individuell unterschiedlich. Sie betrug im Erhebungszeitraum der vorliegenden Studie am PPD Düsseldorf (2014 – 2021) durchschnittlich zwei Jahre ( $M = 27$  Monate,  $SD = 11$ ;  $MD = 25$  Monate; Minimum 11 Monate, Maximum 58 Monate).

Die Behandlung ist mit assoziierten Themenbereichen verbunden, wie beispielsweise dem Aufbau von Beziehungsfertigkeiten, dem Wissen über Sexualität sowie der Verbesserung der Emotions- und Verhaltensregulation.

### **Die Säulen des Berliner Dissexualitätstherapie-Konzepts (BEDIT)**

Das BEDIT ist ein multidimensionaler Behandlungsansatz und stützt sich auf drei Säulen, die den biopsychosozialen Charakter des präventiven Ansatzes repräsentieren (Beier, 2018):

(1) Sexualtherapeutische Interventionen stellen die erste Säule dar, die sich auf die Akzeptanz der sexuellen Neigung und Integration in das Selbstkonzept der Teilnehmer fokussiert. Dies stellt die Voraussetzung dafür dar, dass Patienten lernen, Verantwortung für ihr sexuelles Verhalten zu übernehmen. Der Fokus liegt auf dem Thema Dissexualität und Verhaltenskontrolle, d.h. der Risikominimierung für dissexuelles, grenzverletzendes Verhalten. In der Therapie wird erarbeitet, dass jedes von Erwachsenen ausgehende und auf Kinder und/oder Jugendliche bezogene sexuell motivierte Verhalten eine sexuelle Handlung darstellt und damit immer als problematisch dissexuell einzustufen ist. So wird vermittelt, dass jedes strafrechtlich relevante Verhalten problematisch ist. Dagegen muss nicht jedes problematische Verhalten strafrechtlich relevant sein (z.B. sexuell motiviertes Auf-den-Schoß-nehmen eines Kindes), stellt aber dennoch in jedem Fall ein dissexuelles Verhalten dar.

(2) Die zweite Säule stellt die kognitiv-behaviorale und emotionsfokussierte Therapie dar. Diese beinhaltet die Verbesserung der allgemeinen und sexuellen Selbstregulationsmechanismen. Dazu gehören das Erlernen von Impulskontrolle, Emotions- und Stressregulation, Konflikt- und Problembewältigung allgemein und

speziell auf Beziehungsebene. Ferner werden in diesen Modulen die Identifikation und Bearbeitung von Wahrnehmungsverzerrungen fokussiert, insbesondere werden missbrauchsbegünstigende Einstellungen (z.B. reduzierte Hemmschwellen durch kognitive Verzerrungen und Bagatellisierung) als auch sexuelle Selbstregulationsdefizite (z.B. Sexualität als Kompensationsversuch aversiver Affektzustände) bearbeitet. Dies beinhaltet die Stärkung sozialer und emotionaler Kompetenzen als auch die Befähigung zur Perspektivübernahme, bzw. der Empathiefähigkeit. Ein weiterer wesentlicher Faktor ist die Reduktion des Leidensdrucks durch die Einordnung der pädophilen Neigung und die Erhöhung der Lebensqualität der Patienten.

(3) Begleitend zur Psychotherapie stellt die dritte Säule durch eine gezielte Pharmakotherapie die Möglichkeit dar, drängende sexuelle Impulse und Fantasien zu reduzieren. Hier werden je nach Belastung, nach umfangreicher Aufklärung Medikamente eingesetzt (im *Off-Label-Use* Antidepressiva vom Typ *SSRI* bzw. GnRH-Analoga; Beier et al., 2010; Thibaut et al., 2010). Therapiebegleitend werden zudem Paargespräche und eine Angehörigengruppe angeboten (Beier, 2018; Kuhle et al., 2021).

Ziel der Therapie ist es, durch die therapeutische Bearbeitung obengenannter Faktoren eine pädophile Präferenzstörung und Verhaltensstörung zu einer pädophilen Präferenz ohne Störungswert zu verändern (Beier, 2018).

Seit 2014 erfolgt standortbezogen eine Therapieevaluation anhand mehrerer Messzeitpunkte: Diagnostik/Probatorik (T0), zum Einstieg in die Psychoedukation (T1), Verlaufstestung während der Therapie (T2, alle 2 Monate während des Therapieprozesses) und zum Abschluss der Therapie (T3), siehe Kapitel 2.2.3, Abb. 3).

### **Therapieprozess am PPD Düsseldorf – Nachsorge**

Darüber hinaus gibt es ein Nachsorgekonzept. Die Nachsorgegruppe erfolgt auf freiwilliger Teilnahmebasis und wird im monatlichen Rhythmus angeboten. Die Patienten werden ein halbes Jahr nach Therapieabschluss und anschließend in Jahresabständen zu *Follow-up*-Testungen und Katamnesegesprächen eingeladen. Als Zielkriterien für das Therapie-*Outcome* wird die Veränderung der psychischen Gesundheit, der sexuellen Verhaltenskontrolle und der Reduktion von Risikofaktoren herangezogen. Seit 2018 wird die Therapieevaluation von einem externen, unabhängigen Forschungsinstitut standortübergreifend (*Multi-Center-Studie*) durchgeführt. Die in der vorliegenden Studie verwendeten psychometrischen Verfahren, die in der Zeit 2014 – 2018 genutzt wurden, wurden im Zeitraum 2018 – 2021 äquivalent verwendet und konnten daher gemeinsam für die vorliegende Studie ausgewertet werden.

### **1.9.5 Definitionen von Therapieabbrüchen in der vorliegenden Studie**

Theoretisch und klinisch gelehrt galt in der vorliegenden Studie eine Therapie als abgebrochen, wenn sich ein Patient entschloss, die Behandlung nach der Eingangsdiagnostik (Diagnostik/Probatorik) oder während der Psychotherapie nicht fortzusetzen (Zwerenz et al., 2008; Cinkaya et al., 2011; Cinkaya, 2016; Seiffge-Krenke und Cinkaya, 2017). Es wird der Begriff Abbrecher für Patienten verwendet, die die Behandlung beendeten, unabhängig davon, ob sie dafür Gründe mitteilten oder nicht. Vorzeitige, therapeuteninitiierte Beendigungen der Behandlung vor Erreichen der ursprünglich geplanten Therapieziele wurden als Patientenausschluss definiert. Solche Fälle fielen nicht unter die Kategorie Therapieabbruch und wurden folglich nicht in die vorliegende Studie einbezogen. In Anlehnung an Cinkaya (2016) wird zusätzlich zwischen Erfolgsabbrüchen, erfolgsneutralen- und Misserfolgsabbrüchen unterschieden. Die Autorin berücksichtigt in diesem Klassifikationssystem eine vorzeitige Therapiebeendigung wegen einer Symptomverbesserung und bezeichnet dieses Phänomen als Erfolgsabbruch (siehe Kapitel 1.6).

Patienten, die nach der Psychoedukation oder während der Therapie abbrechen, weil sie keinen Bedarf mehr sahen und das subjektive Erleben einen verminderten Leidensdruck verspürten, werden in Anlehnung an Cinkaya (2016) der Kategorie Erfolgsabbruch zugeordnet (siehe Kapitel 3.2). Für eine bessere Lesbarkeit werden im Folgenden Patienten, die wegen eines Erfolgsabbruchs die Therapie vorzeitig beenden, als Abbrecher (Erf) bezeichnet.

Erfolgsneutrale Abbrüche beinhalten gemäß Cinkaya (2016) Beendigungen, die auf unbeeinflussbare äußere Umstände zurückzuführen sind. Seiffge-Krenke und Cinkaya (2017) weisen allerdings darauf hin, dass vordergründig externe Faktoren auf zugrundeliegende psychologische Faktoren (wie z.B. ein unbewusstes Überforderungserleben) hindeuten könnten, die dann eher in die Kategorie Misserfolgsabbruch eingeordnet werden würden. In der vorliegenden Studie wurden beispielsweise unzumutbare Entfernungen vom Wohnort zur Ambulanz als Grund angegeben, was auf tieferliegende persönliche Motive hindeuten könnte. Allerdings wurden diese Erklärungen weitergehend mit beruflichen oder finanziellen Hindernissen und gegebenenfalls Schwierigkeiten mit dem Arbeitgeber begründet. Ebenso zählten Umzüge in andere Bundesländer und unabhängige Erkrankungen zu den angegebenen äußeren Umständen, weshalb eine regelmäßige Anreise zur Ambulanz aufgrund der Entfernung ausgeschlossen wurde. Daher wurden diese Fälle in die Kategorie der erfolgsneutralen Abbrüche eingeordnet. Diese Patienten wurden darin unterstützt, in Wohnortnähe eine Anbindung bei niedergelassenen Psychotherapeuten zu finden. Für

eine bessere Lesbarkeit werden im Folgenden Patienten, die wegen eines erfolgsneutralen Abbruchs die Therapie vorzeitig beenden, als Abbrecher (En) bezeichnet.

In Anlehnung an Cinkaya (2016) werden Fälle, die zum Beispiel mehrmalig unentschuldig fehlten, ohne Bekanntgabe von Gründen die Therapie nicht fortsetzten oder sich gegen therapeutisch-ärztlichen Rat entschieden, die Therapie nicht weiterzuführen zu der Gruppe der Misserfolgsabbrüche gezählt (siehe Kapitel 1.4, 1.5, 1.6). Für eine bessere Lesbarkeit werden im Folgenden Misserfolgsabbrecher als Abbrecher (Miss) bezeichnet.

Personen, die direkt nach der Diagnostik (Probatorik) abbrachen, wurden als frühe Misserfolgsabbrecher bezeichnet. Dementsprechend galten Personen, die zu einem späteren Zeitpunkt, nämlich während der Psychoedukation, der Wartezeit auf Therapie oder im Verlauf der Therapie abbrachen, als späte Misserfolgsabbrecher. Für eine bessere Lesbarkeit werden im Folgenden die Begriffe Frühabbrecher (Miss) und entsprechend Spätabbrecher (Miss) verwendet (siehe Abb. 2).

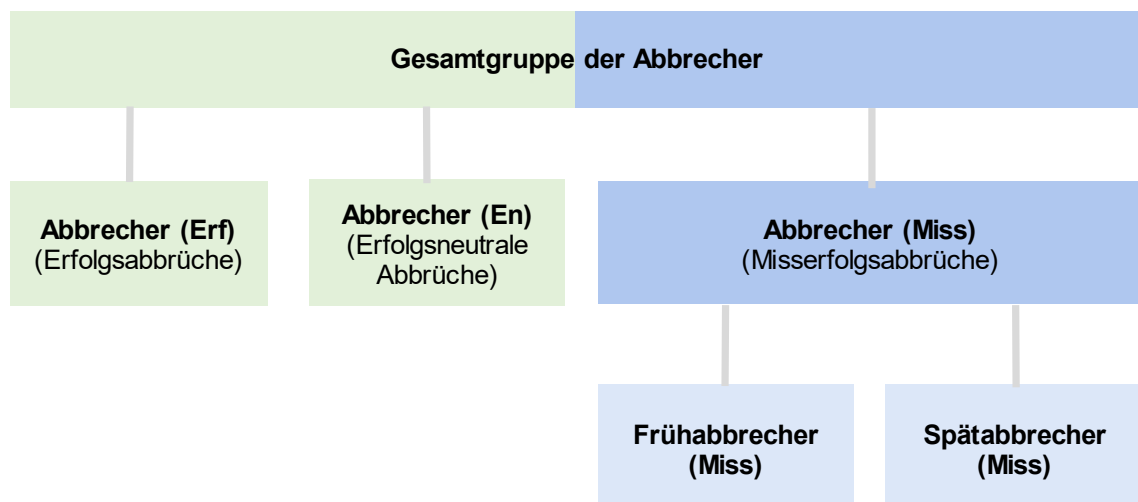


Abb. 2: **Klassifikation von Therapieabbrüchen in der vorliegenden Studie**

Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Klassifikation (Erfolgs-, erfolgsneutrale und Misserfolgsabbrüche) angelehnt an Cinkaya (2016). Grün/dunkelblau unterlegtes Feld: Gesamtgruppe der Abbrecher; grün unterlegte Felder: Erfolgsabbrüche und erfolgsneutrale Abbrüche; dunkelblau unterlegtes Feld: Misserfolgsabbrüche, nachfolgend hellblau unterlegte Felder, differenziert in Früh- und Spät-Misserfolgsabbrüche.

### **Die Vergleichsgruppe *Completer***

Die für die Studie relevante Gruppe der Abbrecher, bestehend aus Abbrecher (Miss), Frühabbrecher (Miss) und Spätabbrecher (Miss), wurden in der vorliegenden Arbeit jeweils mit der Gruppe der *Completer* verglichen. Die relevanten Abbrecher-Kategorien

sind in Abbildung 2 dunkel- und hellblau unterlegt. Unter der Vergleichsgruppe der *Completer* werden diejenigen Patienten verstanden, die die Psychotherapie regulär beendet hatten (siehe Abb. 3, violett unterlegt, ebenso Kapitel 2.2.3). Das Ende der Therapie wurde durch die Selbsteinschätzung des Patienten und durch das Therapeutenteam bestimmt. Dies wurde mittels der klinischen Beobachtung der Therapeuten und auf Basis von Therapeudentestungen ermittelt. Durch die Testungen wurden die Entwicklung der Patienten bezüglich individueller dynamischer Risiko- und Schutzfaktoren im Verlauf der Therapie eingeschätzt und ein ausreichendes Therapieergebnis ermittelt. In einem Abschlussgespräch wurde mit den *Completern* der Therapieverlauf besprochen und durch eine Tpost-Testung (T3) offiziell beendet.

### **1.10 Ziele der Arbeit**

Die vorliegende Studie untersucht in einer retrospektiven Fall-Kontroll-Studie (2014 – 2021) prädiktive Merkmale von Abbrechern innerhalb des spezifischen Therapieangebots der Ambulanz des PPD Düsseldorf, in dem Patienten mit der Diagnose Pädophilie (nach *ICD-10*, Kapitel V, F65.4; im Sinne einer pädophilen Präferenzstörung nach *DSM-5*, bzw. *ICD-11* Kriterien) behandelt werden. Vor dem Hintergrund der klinischen Relevanz zielt die vorliegende Arbeit darauf ab, Faktoren zu ermitteln, die den Therapieverlauf beeinflussen oder einen Therapieabbruch begünstigen sowie Häufigkeiten und Zeitpunkte eines möglichen Abbruchs zu untersuchen. Es soll ferner untersucht werden, ob Frühindikatoren zu identifizieren sind, die bereits zum Zeitpunkt der Eingangsdagnostik erlauben, erhöhte Abbruchrisiken seitens der Patienten zu erkennen und gezielte Interventionen zur Senkung der Abbruchraten zu entwickeln. Empirische Befunde über Therapieabbrüche könnten klinisch handlungsweisend sein und daher die Therapieeffektivität erhöhen (Winkler, 2018).

Die Datenlage zur Therapieabbruchsforschung bei den Patientengruppen (*Non-Offender*, *CSAM-*, *CSA-* und *Mixed-Offender* (d.h. *CSAM* und *CSA*) im Dunkelfeld ist bisher limitiert. Die vorliegende Studie ist daher als Pilotstudie in diesem Indikationsgebiet zu verstehen, die erste Erkenntnisse für eine Hypothesengenerierung und Weiterentwicklung spezifischer Forschungsfragen im Rahmen der Misserfolgsvorschung erbringen kann, um langfristig zu einer Minimierung von Rückfällen beizutragen. Aufgrund der bisher fehlenden Forschungsaktivitäten zu Therapieabbrüchen in diesem spezifischen Feld war das weitere Vorgehen explorativ.

Die der Untersuchung zugrundeliegenden Fragestellungen und Annahmen aufgrund klinischer Erfahrungen und Vorbefunde aus anderen Stichproben sind im Folgenden zusammengefasst.

### **Fragestellungen**

1. Wie hoch ist der Anteil der Patienten, die die Therapie abbrechen?
2. Wie ist die prozentuale Verteilung der Abbrüche auf die drei Kategorien Erfolgsabbruch, erfolgsneutraler Abbruch und Misserfolgsabbruch?
3. Zu welchem Zeitpunkt fanden Therapieabbrüche statt?
4. „Welchen Delikthintergründen (*Offender-Types: Non-Offender, CSAM-, CSA-, Mixed-Offender*) sind Abbrecher (Miss) zuzuordnen und wie hoch ist der Anteil der jeweiligen *Offender-Types*?“
5. Beeinflusst eine Vorstrafe bezogen auf *CSAM-Delikte* und/oder *Sexualstraftaten* an Kindern/Jugendlichen (*CSA*) und/oder andere Delikte (wie Körperverletzung, Diebstahl, Sachbeschädigung) das Risiko des Therapieabbruchs?
6. Unterscheiden sich Therapieabbrecher und *Completer* hinsichtlich psychosozialer Faktoren?
7. Unterscheiden sich Therapieabbrecher und *Completer* hinsichtlich ihres sexuellen Erlebens und Verhaltens?
8. Unterscheiden sich Therapieabbrecher und *Completer* hinsichtlich gruppenbezogener Einstellungen und Beziehungen?
9. Lassen sich Prädiktoren für Misserfolgsabbrüche zur frühzeitigen Intervention bestimmen?

## Annahmen

Aufgrund des explorativen Charakters sind die Annahmen ungerichtet.

- 1 Abbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich
  - a) soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale,
  - b) der Delikthintergründe (*Offender-Types*), der *hands-off*-Delikte (CSAM) und der *hands-on*-Delikte (CSA),
  - c) psychosozialer Faktoren,
  - d) des sexuellen Erlebens und Verhaltens,
  - e) der Einstellung zur Gruppentherapie, des Gruppenzugehörigkeitsgefühls, sowie der Beziehung zur Gruppe und zu den Therapeuten.
  
- 2 Frühabbrecher (Miss) und *Completer* sowie Spätabbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich
  - a) soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale,
  - b) der Delikthintergründe (*Offender-Types*), der *hands-off*-Delikte (CSAM) und der *hands-on*-Delikte (CSA),
  - c) psychosozialer Faktoren,
  - d) des sexuellen Erlebens und Verhaltens,
  - e) der Einstellung zur Gruppentherapie, des Gruppenzugehörigkeitsgefühls, sowie der Beziehung zur Gruppe und zu den Therapeuten.

## 2 Material und Methoden

Im folgenden Kapitel werden das Studiendesign, die Stichprobe, die Probandenakquise, Ein- und Ausschlusskriterien und die Gruppenzuordnung beschrieben. Anschließend wird die Datenerhebung dargestellt, die mittels klinischer Interviews (im Rahmen der Probatorik) und psychometrischer Verfahren durchgeführt wurde. Im Anschluss wird die Vorgehensweise der statistischen Analyse erläutert.

### 2.1 Studiendesign und Ablauf

Anhand des Datensatzes der Ambulanz des PPD Düsseldorf sollen für den Zeitraum 2014 – 2021 Determinanten bestimmt werden, die mit Abbruch der Therapie assoziiert sind. Es handelt sich um eine naturalistische, nicht randomisierte, retrospektive Fall-Kontroll-Studie. Mit informiertem, schriftlich vorliegendem Einverständnis der Patienten wurden die Daten der Basisdokumentation der Ambulanz ausgewertet. Die Dokumentationen umfassen verschiedene Datenquellen: teilstrukturierte Explorationen (Klinische Interviews), Dokumentationen persönlicher oder telefonischer Einzelgespräche, *E-Mails*, Fragebögen und Prozessdokumentationen. Darüber hinaus wurden routinemäßig stattfindende Einzelgespräche (Ziel- und therapiebegleitende Gespräche) sowie Dokumentationen zu Psychoedukationen, Psychotherapieeinstiegen, -abschlüssen und -abbrüchen einbezogen. Die Analyse wurde durch Originalaussagen der Patienten aus der Basisdokumentation ergänzt.

Die Erhebungen der in dieser Studie analysierten Daten erfolgte zu unterschiedlichen Messzeitpunkten:

Zum Messzeitpunkt T0 (Diagnostik, siehe Kapitel 2.2.3, Abb. 3) wurden folgende Fragebögen verwendet: Der *CTQ (Childhood Trauma Questionnaire)*; Klinitzke et al., 2012) zur retrospektiven Erfassung von Missbrauchserfahrungen und Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter, der *HBI (Hypersexual Behavior Inventory)*; deutsche Version: Klein et al., 2014) zur Erhebung des sexuellen Erlebens und Verhaltens, der *GRQ (Group Readiness Questionnaire)*; Baker et al., 2013) zur Erfassung der Bereitschaft zur Teilnahme an Gruppentherapien und der Einstellungen der Teilnehmer zu Gruppentherapeuten.

Zum Messzeitpunkt T1 (Psychoedukation) wurden der *EUROHIS-QOL* Lebensqualitäts-Index (Brähler et al., 2007) zur Erfassung der generischen Lebensqualität und des Wohlbefindens verwendet. Zur Erfassung psychischer Störungen und

Persönlichkeitsstörungen wurden die strukturierten Interviews SKID (Achse I und II), bzw. *SCID-5-CV* und *SCID-5-PD* durchgeführt.

Zum Messzeitpunkt T2 wurde zur Erfassung der Beziehungskonstellationen über den Verlauf der Gruppentherapie bezüglich der Gruppenmitglieder, der Gruppenleiter und der Gesamtgruppe, der *GQ-D* (Bormann et al., 2011) eingesetzt. Diese Skala wurde in der Ambulanz des PPD Düsseldorf als Verlaufstestung nach Einstieg in die Therapie im zweimonatlichen Rhythmus verwendet.

## **2.2 Stichprobe**

Nachfolgend wird ein Überblick zur Probandenakquise, der Ein- und Ausschlusskriterien für die Stichprobe, des Patientenflows in der Ambulanz des PPD Düsseldorf von 2014 – 2021 und der Gruppenzuordnung gegeben.

### **2.2.1 Rekrutierung der Probanden**

Probanden hatten aus unterschiedlichen Quellen von dem therapeutischen Angebot der Ambulanz des PPD Düsseldorf erfahren. Sehr häufig informierten sich Betroffene über die Website des Präventionsnetzwerkes (<https://www.kein-taeter-werden.de>) und richteten sich über die dort hinterlegte Kontaktadresse per *E-Mail* an den Düsseldorfer Standort. Auch wurden sie vereinzelt von ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Kollegen aus Kliniken oder Praxen weitervermittelt. Seltener wurden sie durch die Presse, durch Podcasts oder Werbespots auf das Angebot aufmerksam und riefen 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 konnte. Das erste Telefonat (Telefonscreening) 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 sei. Wenn sich abzeichnete, dass die Einschlusskriterien voraussichtlich erfüllt waren, wurde zu einer mehrstündigen Diagnostik (vergleichbar mit der Anamnese in der Probatorik in den Richtlinienverfahren) eingeladen. Es handelte sich um ein klinisches Interview, das im Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“, und daher im Folgenden, *Exploration* genannt wird. Anschließend erhielten die Teilnehmer Fragebögen zwischen 2014 und 2018 in einer *Paper-Pencil*-Version und zwischen 2018 und 2021 in digitaler Form (*Tablet*). Die Testdiagnostik dauerte je nach Auffassungsgabe der Patienten zusätzlich bis zu zwei Zeitstunden. Den

Betroffenen wurde eine Personenidentifikationsnummer (PIN) zugewiesen, unter der im weiteren Verlauf eine Patientenakte geführt wurde.

Vor Beginn der Exploration wurden die Probanden über die Diagnostik und die freiwillige Teilnahmemöglichkeit an der Evaluationsstudie, das Datenschutzkonzept sowie über die Therapieinhalte aufgeklärt. Ihr Einverständnis bestätigten die Probanden mit ihrer Unterschrift auf den Einwilligungserklärungen (Patienteninformation und Datenschutzerklärung). Die Unterlagen wurden streng vertraulich unter Verschluss aufbewahrt.

## **2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien**

In die vorliegende Untersuchung wurden Männer und Frauen ab 18 Jahren einbezogen, die sich im Dunkelfeld befanden, die Diagnose Pädophilie erfüllten, sich eigenständig in der Ambulanz des PPD Düsseldorf meldeten und eine Therapiewilligkeit aufwiesen sowie mindestens die Diagnostik/Probatorik durchlaufen hatten.

Die Probatorik setzt in diesem Indikationsgebiet, in Ergänzung zu den üblichen Inhalten der psychotherapeutischen Anamnese, eine ausführliche Sexualanamnese voraus. Diese ist insbesondere vor dem Hintergrund der stigmatisierten Präferenzbesonderheit und der spezifischen Herausforderung einer diagnostischen Einordnung der Pädophilie nötig. Für die Probanden bedeutet dies eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen psychosexuellen Entwicklung und Sexualität. Die Bereitschaft, sich diesbezüglich oft erstmalig einem Therapeuten gegenüber zu öffnen, bedarf eines besonderen Vertrauensverhältnisses. Aufgrund der Gesprächsintensität wurde das Durchlaufen der Probatorik als Mindestvoraussetzung für den Einschluss gewertet.

Ausgeschlossen wurden Männer und Frauen, die keine Diagnose Pädophilie aufwiesen (Teleiophilie) oder sich zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme im Hellfeld befanden. Je nach Bedarf wurden diese Patienten an Hellfeldanlaufstellen weitervermittelt.

Personen, die manifeste psychotische Symptome und/oder eine akute Substanzabhängigkeit aufwiesen und dadurch derzeit nicht in der Ambulanz des PPD Düsseldorf therapiert werden konnten, wurden ebenfalls ausgeschlossen. Bei priorisierter störungsspezifischer Behandlung erfolgte eine Weitervermittlung an Kliniken oder niedergelassene Kollegen. Die betreffenden Patienten wurden darüber in Kenntnis gesetzt, dass sie bei einer Verbesserung, Remission bzw. Abstinenz erneut Kontakt aufnehmen könnten (siehe Kapitel 1.9.1, 2.2.3).

### 2.2.3 Patientenflow in der Ambulanz des PPD Düsseldorf

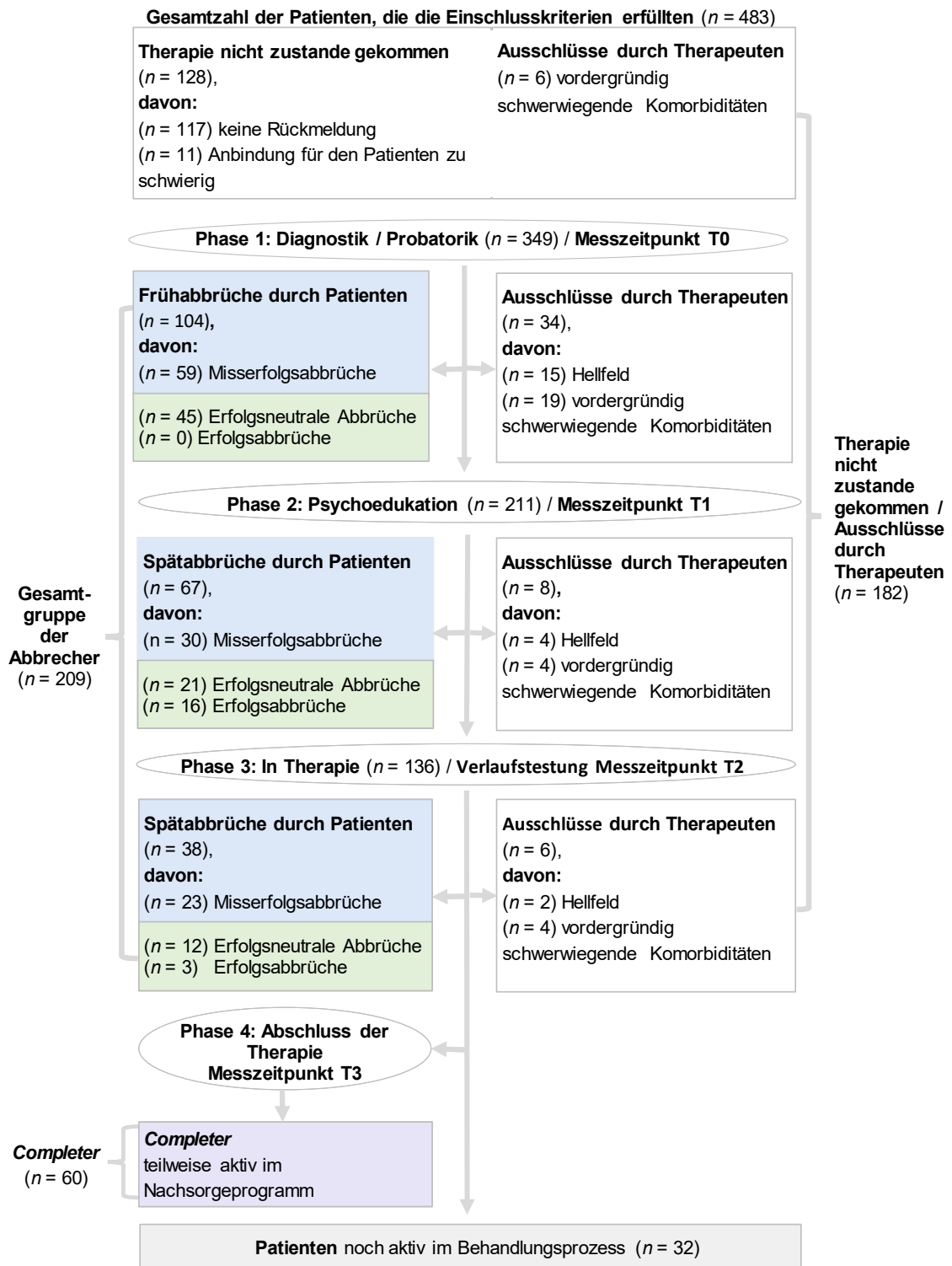
In der Ambulanz des PPD Düsseldorf gab es im Zeitraum von Juni 2014 (Eröffnung der Ambulanz) bis März 2021 (Auswertungsbeginn dieser Studie) insgesamt 2383 Kontaktaufnahmen. Davon kamen die folgenden Personengruppen nicht für eine Therapie in Frage: Es meldeten sich 867 Personen mit einem Beratungsanliegen (Angehörige, Betreuer, Behandler). Außerdem gab es 518 Hilfesuchende aus dem Hellfeld, die sich per *E-Mail* meldeten und aufgrund der Ausschlusskriterien (siehe Kapitel 2.2.2) direkt weitervermittelt wurden. Weitere 446 Personen hatten Kontakt per *E-Mail* aufgenommen, waren allerdings der Einladung zu einem persönlichen Gespräch nicht mehr nachgekommen.

Weitere 551 Personen meldeten sich aus dem Dunkelfeld hilfesuchend mit einem expliziten Therapieinteresse in der Telefonsprechstunde, weil sie sich zu Kindern und/oder Jugendlichen hingezogen fühlten und unter Leidensdruck litten. Zudem hatten sie die Befürchtung, aufgrund ihrer sexuellen Präferenz (Pädophilie oder Hehebphilie) einen Impulsdurchbruch zu erleiden und in Form von *hands-on-* und/oder *hands-off-* Delikten sexuell übergriffig zu werden (siehe Kapitel 1.9.1 und 1.9.4). Von diesen 551 Personen wiesen im Erstgespräch neun Personen keine Pädophilie auf (Teleiophilie) und acht Personen gaben den Hellfeld-Status bekannt. Diese Personen erfüllten nicht die Einschlusskriterien.

Die übrigen 534 Personen konnten nach einem Telefonscreening dem Dunkelfeld zugeordnet werden und kamen daher grundsätzlich für eine Therapie in Frage. Im weiteren Verlauf des Diagnoseprozesses wurden davon weitere 51 Personen als teleiophil diagnostiziert und aufgrund dessen ebenfalls ausgeschlossen. Dies sind Personen, die sich aufgrund einer Zwangsproblematik, im Glauben und der Angst, pädophil zu sein, zur Diagnostik gemeldet hatten. Nach einer Aufklärung bezüglich der differentialdiagnostischen Einschätzung, der auf erwachsene Körperschemata ausgerichteten sexuellen Neigung (Teleiophilie) und damit fehlenden Indikation für eine Dissexualitätstherapie, wurde bei vorhandenem Leidensdruck empfohlen, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben.

Somit umfasste die Gesamtstichprobe 483 Probanden, die grundsätzlich für das Therapieangebot der Ambulanz des PPD Düsseldorf in Betracht kamen.

In der folgenden Abbildung ist dargestellt, wie der Patientenflow der 483 Personen über die verschiedenen Phasen des Projektes verlief und wie sich Therapieweiterführung oder -abbruch an den oben beschriebenen Messzeitpunkten darstellten (siehe Abb. 3).



**Abb. 3: Patientenflow in der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021)**

Klassifikation (Erfolgs-, erfolgsneutrale und Misserfolgsabbrüche) angelehnt an Cinkaya (2016). Weiß unterlegte Felder: Patienten, bei denen eine Therapie nicht zustande gekommen ist, initiiert durch Patienten oder Therapeuten; hellblau (Früh- und Spätabbrecher (Miss)) und grün unterlegte Felder (Abbrecher (Erf) und Abbrecher (En)) stellen insgesamt die Gesamtgruppe der Abbrecher dar; violett unterlegtes Feld: *Completer*, Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten; grau unterlegtes Feld: Patienten, die noch aktiv in Therapie waren. Messzeitpunkt T0: Nach der Diagnostik/Probatorik; Messzeitpunkt T1: Einstieg in die Psychoedukation; Messzeitpunkt T2: Verlaufstestung während der Therapie, alle zwei Monate; Messzeitpunkt T3: Therapieabschluss (*Completer*).

Nachstehend sollen die für die vorliegende Studie wichtigsten Konzepte noch einmal hervorgehoben werden:

- Es wurde zwischen Therapieabbruch durch Patienten und Abbruch durch die Therapeuten unterschieden (siehe Abb. 3).
- In jeder Phase wird außerdem (basierend auf dem Konzept von Cinkaya (2016; siehe Kapitel 1.6) Therapieabbruch in eine von drei Gruppen differenziert:
  - Erfolgsabbruch: Eine Psychotherapie wird abgebrochen, weil eine vorzeitige (Symptom)-Besserung eintrat. Diese Gruppe wurde nicht in die Analyse einbezogen (siehe Abb. 2, 3, 4, und 5 grün unterlegte Felder).
  - Erfolgsneutraler Abbruch: Faktoren, die beispielsweise in veränderten Lebensumständen begründet liegen, können eine vorzeitige Beendigung der Therapie zur Folge haben (z.B. beruflich bedingte Verhinderung). Die Variable *Entfernung zwischen Wohnort und Ambulanz* wurde als häufig genannter Abbruchgrund zunächst näher betrachtet, jedoch als erfolgsneutraler Abbruchgrund kategorisiert. Da diese Faktoren weder mit einem Erfolg noch einem Misserfolg der Therapie in Zusammenhang stehen, wurden für diese Kategorie keine weitergehenden inferenzstatistischen Analysen durchgeführt (siehe Kapitel 3.2; ebenso Abb. 2, 3, 4 und 5 grün unterlegte Felder).
  - Misserfolgsabbruch: Hierbei handelt es sich um alle Abbrüche, die aufgrund eines ungünstigen Therapieverlaufes zustande kamen (z.B. Unzufriedenheit mit dem Therapieprozess seitens der Patienten). In die inferenzstatistische Analyse wurde die Gesamtgruppe der Abbrecher (Miss) und anschließend Früh- und Spätabbrecher (Miss) einbezogen (Abbrecher (Miss), dunkelblau unterlegte Felder, siehe Abb. 2, 4, 5 und 6); Früh- und Spätabbrecher (Miss), hellblau unterlegte Felder, siehe Abb. 2, 3, 5 und 6).

**Ausgangsdaten:** Von den ursprünglich 483 Personen lehnten 128 Personen ab, nach dem Erstkontakt (Telefonscreening, Erstgespräch) zur Diagnostik eingeladen zu werden.

**Therapie nicht zustande gekommen / Abbrüche durch Patienten:** Von diesen 128 teilten 117 Personen keine Informationen über die Gründe mit und 11 Personen gaben an, dass sie eine Anbindung als zu schwierig erachteten. Da diese Personen bis zu diesem Zeitpunkt keine Interventionen erhalten hatten und keine für die Auswertung relevanten Daten zugrunde gelegt werden konnten, wurde diese Gruppe inhaltlich in Anlehnung an Altmann et al. (2014) mit „Nicht-zustande-Kommen der Therapie“

gekennzeichnet und nicht zu der Gruppe der Therapieabbrecher gezählt und demnach nicht in die Auswertung einbezogen (Altmann et al., 2014, S. 306; siehe ebenso Abb. 3).

**Ausschlüsse durch Therapeuten:** Bei weiteren sechs Personen stellten sich behandlungswürdige Komorbiditäten heraus, die allerdings im Projekt nicht vordergründig behandelt werden konnten. Diese Patienten wurden von den Therapeuten an Kliniken, bzw. psychotherapeutische Praxen weitervermittelt. Die Patienten wurden darüber informiert, dass nach einer Symptomverbesserung eine Wiederaufnahme in die Dissexualitätstherapie möglich sei.

Im Folgenden werden die verschiedenen Phasen des Projektverlaufes beschrieben:

### **Phase 1: Diagnostik / Probatorik (Messzeitpunkt T0)**

Die restlichen 349 Patienten wurden zur Eingangsdiagnostik eingeladen und durchliefen die Probatorik.

**Abbrüche durch Patienten:** Nach der Probatorik entschlossen sich 104 Patienten, den Prozess nicht fortzusetzen (Frühabbrecher).

- Davon begründeten 45 Patienten ihre Abbruchmotivation mit äußeren Beweggründen (erfolgsneutrale Abbrüche). Diese Daten der Patienten (Abbrecher (Erf)) wurden in der inferenzstatistischen Analyse nicht berücksichtigt.
- Der Großteil der restlichen 59 Patienten meldete sich gar nicht zurück und reagierte auch nicht auf Kontaktaufnahmen seitens des Projektes. Nur vereinzelte Personen meldeten sich mit einer Begründung zurück (Misserfolgsabbrüche). Die Daten dieser 59 Patienten (Frühabbrecher (Miss)) waren für die vorliegende Studie relevant und wurden in die Analysen einbezogen (siehe Kapitel 1.9.5).

**Ausschlüsse durch Therapeuten:** Bei 34 Patienten konnte erst in dieser Phase festgestellt werden, dass sie die Einschlusskriterien nicht erfüllten.

- Davon wurden 15 Patienten, die in dieser Phase einen Helffeldstatus aufwiesen, an entsprechende Anlaufstellen weitervermittelt.
- Weitere 19 Patienten wurden mit vordergründig behandlungswürdigen Komorbiditäten an Kliniken oder psychotherapeutische Praxen weitervermittelt.

Diese Patientendaten wurden aus dem Programm ausgeschlossen und aus den obengenannten Gründen nicht in die Auswertung einbezogen (siehe Abb. 3).

## **Phase 2: Psychoedukation (Messzeitpunkt T1)**

Wie oben dargestellt, wurden 211 Patienten nach der Probatorik in die Warteliste Psychoedukation aufgenommen.

**Abbrüche durch Patienten:** Aus dieser Gruppe brachen 67 Patienten während der Wartezeit auf die Psychoedukation oder während der Psychoedukation den therapeutischen Prozess ab.

- Davon gaben 37 Patienten äußere Umstände als Begründung an (erfolgsneutraler Abbruch). Diese Daten der Abbrecher (Erf) wurden aus den obengenannten Gründen nicht in die Auswertung einbezogen.
- Bei 30 Patienten fand ein Misserfolgsabbruch statt. Diese Patientendaten sind für die vorliegende Studie relevant und wurden in die Analyse einbezogen (Spätabbrecher (Miss)).

**Ausschlüsse durch Therapeuten:** Bei acht Personen veränderten sich die Umstände, so dass sie die Einschlusskriterien nicht mehr erfüllten und daher von den Therapeuten aus dem Programm ausgeschlossen wurden.

- Davon erhielten vier Patienten während dieser Phase den Helffeldstatus und wurden an Helffeldanlaufstellen vermittelt. Hierbei wurde darauf geachtet, dass ein fließender Übergang ermöglicht wurde. Wenn mit Wartezeiten für die Aufnahme in einer Helffeldinstitution zu rechnen war, wurde eine Überbrückung im Projekt ermöglicht.
- Vier Patienten wechselten in Absprache mit den Therapeuten aufgrund im Vordergrund stehender Komorbiditäten in stationäre Behandlungen.

## **Phase 3: In Therapie (Messzeitpunkt T2, Verlaufstestung)**

Die verbliebenen 136 Patienten wurden, sofern Kapazität in den Therapiegruppen vorhanden war, entsprechend ihren Delikthintergründen (*Non-Offender*, *CSAM*, *CSA*, *Mixed-Offender* (*CSAM* und *CSA*)) und gemäß einer Risikoeinschätzung in die Therapiegruppen aufgenommen. Bei Erschöpfung der Gruppenkapazität (maximal acht Teilnehmer), wurden sie auf der Therapie-Warteliste geführt.

**Abbrüche durch Patienten:** In dieser Phase brachen 38 Patienten die Behandlung ab.

- Davon benannten 15 Patienten äußere Gründe (Erfolgsneutraler Abbruch). Diese Patientendaten (Abbrecher (Erf)) wurden nicht in die Analyse einbezogen.
- 23 Patienten brachen während der Therapie abrupt ab und reagierten nicht mehr auf Kontaktversuche seitens der Therapeuten (Misserfolgsabbruch). Diese Daten der als Spätabbrecher (Miss) bezeichneten Patienten sind für die vorliegende Studie relevant und wurden in die Analyse einbezogen.

**Ausschlüsse durch Therapeuten:** Sechs Patienten wurden in Absprache mit den Therapeuten ausgeschlossen.

- Davon erhielten zwei Patienten den Hellfeldstatus und wurden weitervermittelt.
- Vier Patienten wechselten zu niedergelassenen Therapeuten, die einen sexualtherapeutischen Bezug hatten.

#### **Phase 4: Abschluss der Therapie (Messzeitpunkt T3) / In Therapie (T2)**

Schließlich führten 92 Patienten die Behandlung weiter, von denen 60 Patienten die Therapie im Verlauf regulär abschlossen (*Completer*, siehe Abb. 3, violett unterlegtes Feld). Diese Patientendaten wurden in die Analyse einbezogen. 32 Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch aktiv im Behandlungsprozess (siehe Abb. 3, grau unterlegtes Feld). Diese Patientendaten wurden nicht in die Analyse einbezogen.

Patienten, die die Therapie abgeschlossen hatten (*Completer*), wurden automatisch zur Nachsorge (Nachsorgeprogramm) eingeladen (offene, monatlich stattfindende Nachsorgegruppe, siehe Kapitel 1.9.4). Es meldeten sich nicht alle Patienten zurück oder reagierten nicht auf wiederholte Versuche der Kontaktaufnahme. Die sogenannten *Lost-to-follow-up* – Probanden nahmen weder am Nachsorgeangebot teil, noch standen sie für *Follow-up* – Testungen und Katamnesegespräche zur Verfügung. Dieser Umstand traf auf 51.7 % der *Completer* zu.

#### **2.2.4 Stichprobenbeschreibung und Gruppenzuordnung**

In die Erhebung flossen alle Patientendaten ein, die mindestens die Eingangsdagnostik (Probatorische Sitzungen, Messzeitpunkt T0) durchlaufen hatten, die Einschlusskriterien in die Studie erfüllten und die während der Therapiephase die Behandlung vorzeitig abgebrochen (Abbrecher) oder die Therapie regulär beendet hatten (*Completer*).

Daten von Personen, die sich bereits nach dem Erstkontakt (nach dem Telefonscreening und noch vor der Diagnostik/Probatorik) nicht zurückgemeldet hatten („Nicht-zustandekommen der Therapie“, Altmann et al., 2014, S. 306) wurden nicht als Abbrecher klassifiziert und daher nicht in die Studie einbezogen. Ausgeschlossen wurden ferner Daten von Personen, deren Behandlung durch Therapeuten abgebrochen wurde ( $n = 182$ ) und Daten von Patienten ( $n = 32$ ), die sich noch im Behandlungsprozess befanden (siehe Abb. 4, weiß und grau unterlegte Felder).



Abb. 4: **Verteilung der Gesamtzahl der Patienten (n = 483) nach Einschlusskriterien**  
Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Klassifikation (Erfolgs-, erfolgsneutrale und Misserfolgsabbrüche) angelehnt an Cinkaya (2016).  
Ausschluss aus den Analysen der vorliegenden Studie: Weiß und grau unterlegte Felder;  
Ausschluss aus den inferenzstatistischen Analysen der vorliegenden Studie: Grün unterlegte  
Felder; Einschluss in die inferenzstatistischen Analysen der vorliegenden Studie: Dunkelblau und  
violett unterlegte Felder.

Als Abbrecher (Erf) wurden Patienten gezählt, die die Therapie vorzeitig beendet hatten und dies mit einem verminderten Leidensdruck (im Sinne einer Symptomverbesserung) begründeten (Abb. 4, grün unterlegtes Feld). Sie hatten keinen Bedarf in der Fortführung der Therapie geäußert und brachen die Therapie im Einvernehmen mit den Therapeuten ab (Erfolgsabbrüche nach Cinkaya, 2016).

Patienten, die aus äußeren Gründen die Therapie nicht fortsetzen konnten, weil sie beispielsweise aufgrund einer zu großen Entfernung zwischen Wohnort und Ambulanz des PPD Düsseldorf, beruflich oder durch einen Wohnortwechsel verhindert waren, wurden in Anlehnung an Cinkaya (2016) der Gruppe der erfolgsneutralen Abbrüche, der Abbrecher (En) zugeordnet (Abb. 4, grün unterlegtes Feld).

Es gab die Überlegung, dass dies eher ein Hinweis auf einen problematischen Abbruch (Misserfolgsabbruch) sein könnte. Dieser Argumentation folgend, könnte dies auf einen inneren Widerstand gegen Veränderung, bzw. die fehlende Bereitschaft, sich mit tiefergehenden Problemen auseinanderzusetzen hindeuten (Seiffge-Krenke und Cinkaya, 2017). Auch in dieser Studie ist es daher nicht gänzlich auszuschließen, dass es Patienten besonders zu einem sehr frühen Zeitpunkt des Verlaufs möglicherweise aus einem Schuld- und/oder Schamgefühl heraus schwerkelfallen sein könnte, den wahren Grund des Abbruchs anzusprechen und sie es zur Konfliktvermeidung

vorgezogen hatten, einen neutralen Grund anzugeben. Daher wurden weitere Informationen aus der Basisdokumentation analysiert. Dieser Quelle konnte entnommen werden, dass die Patienten darüber hinaus angaben, eine wohnortnahe Therapie vorzuziehen und um Unterstützung bei der Weitervermittlung gebeten hatten. Dies wurde als Therapiemotivation interpretiert und diente als Entscheidungsgrundlage für die Eingruppierung in die Kategorie der erfolgsneutralen Abbrüche (siehe Kapitel 1.9.5; 3.2).

Wie in Kapitel 1.9.5 beschrieben, wurden die Gruppen Erfolgsabbrüche und erfolgsneutrale Abbrüche nicht in die inferenzstatistische Analyse mit einbezogen (siehe Abb. 5).

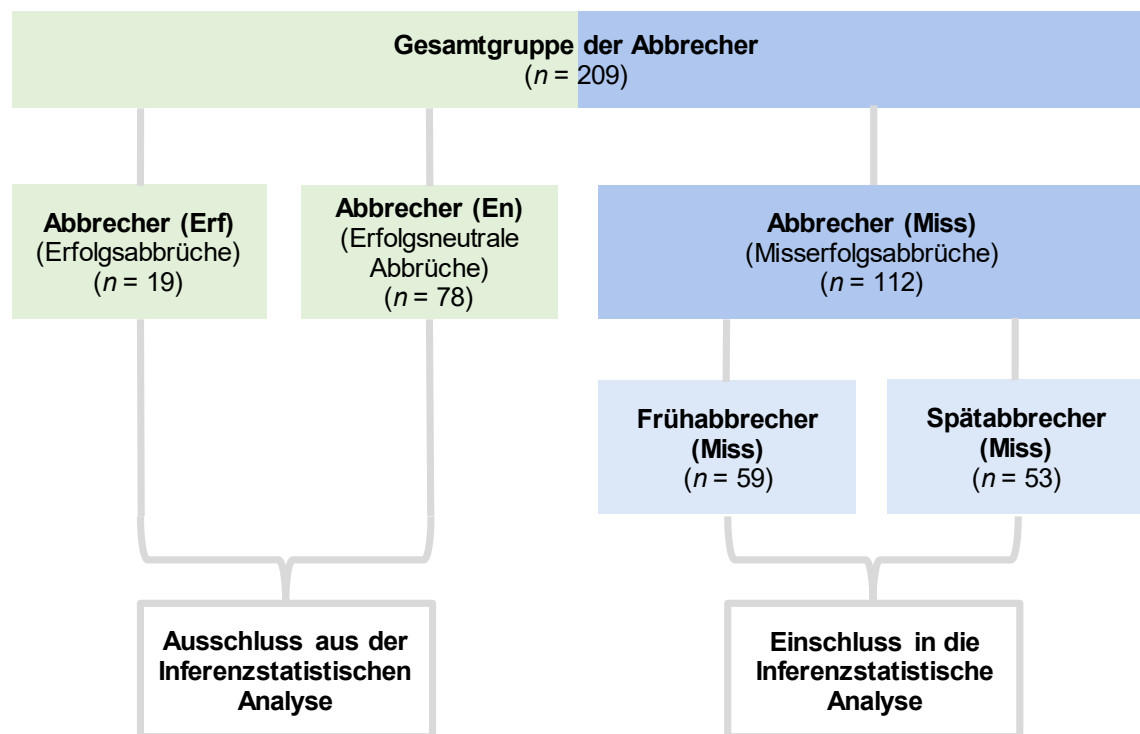


Abb. 5: **Verteilung der Therapieabbrüche in der vorliegenden Studie**

Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Klassifikation (Erfolgs-, erfolgsneutrale und Misserfolgsabbrüche) angelehnt an Cinkaya (2016).

Grün/dunkelblau unterlegtes Feld: Gesamtgruppe der Abbrecher (Erfolgs-, erfolgsneutrale und Misserfolgsabbrüche durch Patienten; grün unterlegte Felder: Erfolgs- und erfolgsneutrale Abbrüche durch Patienten, Ausschluss aus der inferenzstatistischen Analyse; dunkelblau unterlegtes Feld: Abbrecher (Miss), Patienten, die aufgrund eines problematischen Therapieverlaufs abbrechen; nachfolgend differenziert in hellblau unterlegte Felder: Frühabbrecher (Miss), Patienten, die direkt nach der Diagnostik/Probatorik abbrechen und Spätabbrecher (Miss), Patienten, die während der Wartezeiten auf die Therapie oder im Verlauf der Therapie abbrechen; Einschluss in die inferenzstatistischen Analysen der vorliegenden Studie.

Bei Patienten, die der Gruppe der Misserfolgsabbrüche (Abbrecher (Miss)) zugeordnet wurden (Abb. 5, dunkelblau unterlegtes Feld), sind die Gründe weitestgehend unbekannt. Diese Gruppe setzt sich aus Patienten zusammen, die ohne Absage nicht

mehr zur Therapie erschienen oder gegen therapeutischen Rat die Therapie beendeten (Cinkaya, 2016). In die Auswertung wurden die Daten der Misserfolgsabbrüche ( $n = 112$ ) einbezogen, weil innere Gründe vermutet wurden, wie beispielsweise einer unbewussten Dynamik, wie eine „schwer zu überwindende Form des Widerstands gegen die Gesundheit“ eines Patienten (Junkert-Tress et al., 2000, S. 353; siehe ebenso Kapitel 1.6).

Die Gruppe der Abbrecher (Miss) wurde in der vorliegenden Studie mit der Gruppe der *Completer* ( $n = 60$ ) verglichen. *Completer* sind Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten. Das Ende der Therapie wird durch die Selbsteinschätzung des Patienten und durch das Therapeutenteam beurteilt. Dies wurde mittels der klinischen Beobachtung der Therapeuten und auf Basis von Therapeutentestungen ermittelt. Durch die Testungen wurde die Entwicklung der Patienten bezüglich individueller dynamischer Risiko- und Schutzfaktoren im Verlauf der Therapie eingeschätzt, bis ein ausreichendes Therapieergebnis erreicht worden war. In einem Abschlussgespräch wurde der Therapieverlauf mit dem Patienten besprochen und die Therapie durch eine Tpost-Testung offiziell beendet.

Somit umfasste die Stichprobe der Patienten, die für die vorliegende Studie von Relevanz sind, insgesamt  $n = 172$  (Gruppe der Abbrecher (Miss) und Gruppe der *Completer*), bei denen es sich um eine Frau und 171 Männer handelte.

Darüber hinaus wurde die Gruppe der Abbrecher (Miss) zusätzlich in Frühabbrecher (Miss) und Spätabbrecher (Miss) unterteilt. Jede dieser Gruppen wurde mit der Gruppe der *Completer* (violett unterlegte Felder) verglichen. Es handelte sich bei der Gruppe der *Completer* jeweils um dieselbe Gruppe, die bei jedem dieser Gruppenvergleiche verwendet wurde. In der folgenden Abbildung (Abb. 6) sind die Gruppenzuordnungen dargestellt: (Abbrecher (Miss) im Gruppenvergleich zu *Completern*, Frühabbrecher (Miss) im Gruppenvergleich zu *Completern* und Spätabbrecher (Miss) im Gruppenvergleich zu *Completern*.

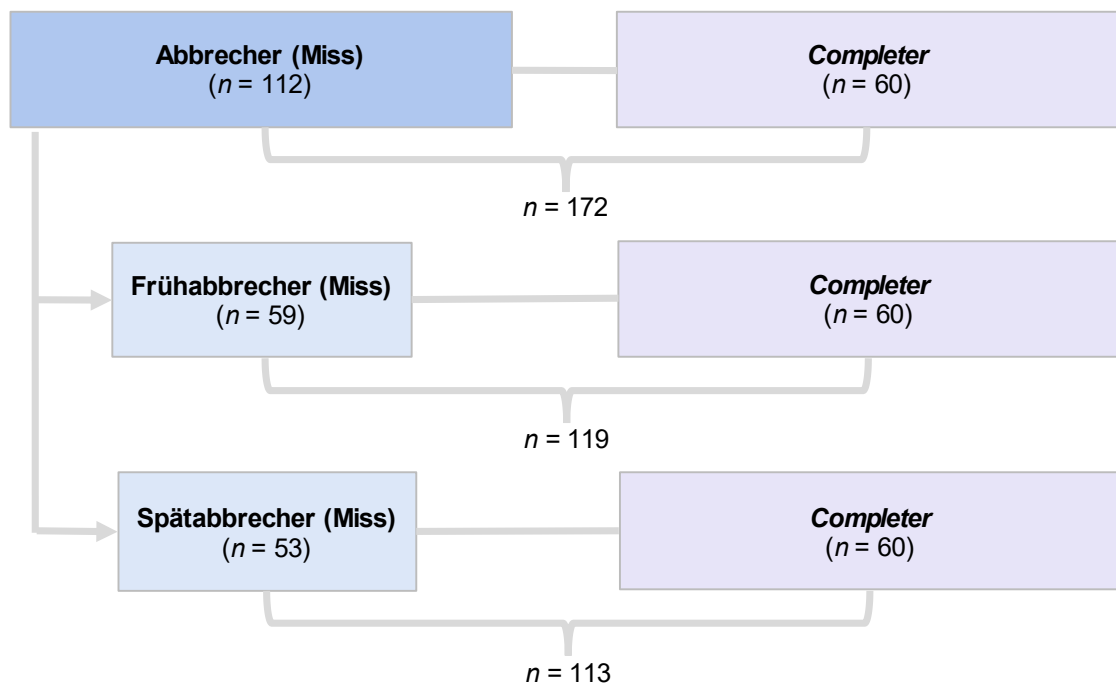


Abb. 6: **Gruppenvergleiche in der vorliegenden Studie**

Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Konzept des Misserfolgsabbruchs angelehnt an Cinkaya (2016).

Dunkelblau unterlegtes Feld: Abbrecher (Miss), Patienten, die aufgrund eines problematischen Therapieverlaufs abbrechen; nachfolgend differenziert in hellblau unterlegte Felder: Frühabbrecher (Miss), Patienten, die direkt nach der Diagnostik/Probatorik abbrechen und Spätabbrecher (Miss), Patienten, die während der Wartezeit auf die Therapie oder im Verlauf der Therapie abbrechen; violett unterlegte Felder: *Completer*, Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten. Es ist zu beachten, dass es sich um dieselbe *Completer*-Gruppe handelt ( $n = 60$ ), die jeweils als Vergleichsgruppe verwendet wurde: Für die Gruppe der Abbrecher (Miss) und die Abbrecher-Untergruppen (Früh- und Spätabbrecher (Miss)).

Die Daten dieser Studie stammen aus der Basisdokumentation über den Therapieprozess der Studienteilnehmer, der Dokumentationen der Exploration (Diagnostik/Probatorik), dem klinischen Interview psychischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen und ausgewählten Instrumenten (Fragebögen), die in der Ambulanz des PPD Düsseldorf in dem Zeitraum zwischen dem 14.06.2014 (seit Eröffnung der Ambulanz) und dem 01.03.2021 (Schließung der Stichprobe, Beginn des Auswertungsprozesses im Rahmen des Promotionsvorhabens) durchgeführt wurden. Alle Verfahren wurden netzwerkübergreifend (Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“) eingesetzt. Die relevanten Mitarbeiter jedes Standortes wurden ausführlich in der Handhabung der Diagnostik und Anwendung der Instrumente geschult, um größtmögliche Konsistenz in der Datenerhebung und damit Vergleichbarkeit der Daten zu erreichen (siehe 2.3.1).

## 2.3 Prozedur – Durchführung der Datenerhebung

Die Therapeuten, die die Exploration (Diagnostik/Probatorik) durchführten, waren speziell sexualmedizinisch mit einem Schwerpunkt auf die Diagnostik und die Therapie pädophiler Präferenzstörungen geschult und supervidiert.

Für das klinische Interview psychischer und Persönlichkeitsstörungen (SKID I und II, gemäß DSM-IV, bis 2018; *SCID-5-CV*, *SCID-5-PD*, gemäß DSM-5, ab 2019) wurden ebenso regelmäßig externe Fortbildungen angeboten. Vor dem Einstieg in die Exploration wurde ein Aufklärungsgespräch über die Studie, die Therapie und die Datenschutzrichtlinien mit den Teilnehmern geführt.

Die Durchführung der Exploration (Diagnostik/Probatorik) und die Testdiagnostik (Fragebogen) wurde in der Regel innerhalb eines Tages von Therapeuten durchgeführt. Nur in seltenen Fällen wurde die Exploration auf zwei oder noch seltener auf mehrere Zusatztermine aufgeteilt (beispielsweise wegen patientenseitiger Faktoren wie Überforderungserleben und Konzentrationsschwierigkeiten). Nach der Exploration händigten wissenschaftliche Mitarbeiter den Teilnehmern die Fragebögen aus und nahmen diese später wieder in Empfang. Alle Verfahren wurden zum Messzeitpunkt T0 durchgeführt (siehe Abb. 3).

Die Dateneingabe und -pflege wurde am Standort Düsseldorf von studentischen und wissenschaftlichen Hilfskräften durchgeführt, die eigens von wissenschaftlichen Mitarbeitern geschult wurden. Die Qualitätssicherung wurde im Rahmen eines Mentoring gewährleistet. Die Dateneingabe erfolgte unter dem Vier-Augen-Prinzip in *SPSS*.

### 2.3.1 Klinische Interviews

Die diagnostische Phase (Messzeitpunkt T0) begann mit einer Exploration (Diagnostik/Probatorik) zur Einordnung der sexuellen Präferenzstruktur und zur Klärung der Indikation für eine Dissexualitätstherapie im Rahmen des PPD Düsseldorf (Einschlusskriterium Pädophile Störung (F65.4)). Zudem wurden soziodemografische und -ökonomische Daten, inklusive Daten aus dem Bereich *Offender-Types* erhoben. Zur Erfassung von Komorbiditäten wurde zusätzlich das strukturierte klinische Interview psychischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen (SKID I und II, DSM-IV; *SCID-5-CV*, *SCID-5-PD*, DSM-5) durchgeführt.

Im Folgenden werden die oben beschriebenen Verfahren dargestellt.

## **Exploration (Diagnostik/Probatorik)**

Bei der Exploration handelte es sich um ein mehrstündiges Anamnesegespräch, das vergleichbar mit den probatorischen Sitzungen im Rahmen deutscher Richtlinienverfahren ist. Zur Diagnostik der Pädophilie wird zudem standardmäßig eine ausführliche Sexualanamnese durchgeführt (neben einer biografischen, juristischen, psychiatrischen und somatischen Anamnese). Die Sexualanamnese beinhaltete die Erfragung der psycho- und soziosexuellen Entwicklung, die Beziehungsanamnese sowie die Erfassung der sexuellen Präferenzstruktur und des problematischen sexuellen Verhaltens (Nutzung von Missbrauchsmaterialien, virtuelle Kontaktaufnahme und sexueller Kindesmissbrauch). Die Exploration wurde von sexualmedizinisch geschulten, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und/oder Psychologen in psychotherapeutischer Ausbildung (PIA) unter Supervision durchgeführt.

Die probatorischen Sitzungen wurden überwiegend an einem Tag durchgeführt (zwei- bis dreistündige Exploration, mit anschließender Testdiagnostik (T0), siehe 2.3.2). Gründe hierfür waren die langen An- und Abfahrtswege aufgrund des großen Einzugsgebiets, da der Standort Düsseldorf der einzige Standort in Nordrhein-Westfalen ist. Hinzu kommt, dass bei der ersten Kontaktaufnahme die Motivationslage noch fragil und die Unsicherheit stellenweise groß sein konnte. Die mehrstündige Exploration (Probatorik) und die Einordnung der sexuellen Präferenzstruktur in wertneutraler und wertschätzender Atmosphäre bot die Basis für einen intensiveren, vertrauensvollen Beziehungsaufbau. Dies ermöglichte, die Schwellenangst vor der eingehenden Diagnostik zu mildern.

Die Anamnese erfasste im Wesentlichen eine biografische Einordnung mit entwicklungspsychologischen Aspekten sowie eine psychiatrische Abklärung. Den Schwerpunkt bildeten die Erfassung der psychosexuellen Entwicklung und eine ausführliche Sexualanamnese. Wie Seiffge-Krenke und Cinkaya (2017) ausführten, haben Patienten im Allgemeinen „Angst vor dem Therapeuten, der Diagnose oder vor dessen illusionär überschätzten Macht“ (Seiffge-Krenke und Cinkaya, 2017, S. 42). Patienten fühlten sich in diagnostischen Gesprächen unsicher, weil sie annehmen, Fragen zu Themen beantworten zu müssen, die sie normalerweise nicht mit Fremden besprechen und sich dabei „psychisch enthüllen“ (Seiffge-Krenke und Cinkaya, 2017, S. 43). Die Kriterien, die für die Diagnosestellung erfüllt sein müssen, sind in den international anerkannten diagnostischen Leitlinien festgelegt (DSM-5; ICD-10).

Im Rahmen der Exploration (klinisches Interview) wurden soziodemografische und sozioökonomische Merkmale wie Alter, Bildung, beruflicher Status, Art der Erwerbstätigkeit, Geschwisterstatus, Partnerschaft, alleinstehend, Vaterschaft, Entfernung (Wohnort/Ambulanz) und die Einordnung der Delikthintergründe als

Basisinformationen erfragt und auf einem Erhebungsbogen dokumentiert. Die Prädiktorvariable Bildung wurde wie folgt codiert: Gymnasium (Ref.), Realschule = 1, Hauptschule = 2. Hohe Werte bedeuten demnach einen niedrigen Bildungsgrad.

Diese Daten gingen als potenzielle Prädiktoren in die Analyse der vorliegenden Arbeit ein. Es wurden Häufigkeitsverteilungen und je nach Prädiktor Mittelwertvergleiche vorgenommen. Darüber hinaus wurde überprüft, ob die gefundenen Unterschiede signifikant waren.

### **Strukturiertes Klinisches Interview psychischer Störungen für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen (SKID I), Wittchen et al. (1997); Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID II), Fydrich et al. (1997)**

### **Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5 – Störungen und Persönlichkeitsstörungen, deutsche Bearbeitungen des SCID-5-CV und SCID-5-PD, First et al. (2019)**

Die strukturierten klinischen Interviews SKID (I und II), bzw. *SCID-5-CV* und *SCID-5-PD* wurden zum Messzeitpunkt T1 durchgeführt.

Das klinische Interview SKID I (psychische Störungen) und das klinische Interview SKID II (Persönlichkeitsstörungen) zur Erfassung komorbider Störungen wurde zwischen 2014 und 2018 eingesetzt (gemäß DSM-IV).

Das SKID I diente der Diagnostik ausgewählter psychischer Störungen. Das SKID II war ein Verfahren zur Diagnostik der zwölf Persönlichkeitsstörungen. Die Werte der *Items* wurden als Rohdaten in eine Datenbank eingegeben und statistisch ausgewertet. Der SKID I und II galt als Goldstandard für die Diagnosestellung nach DSM-IV mit einer hohen Inhalts- und Konstruktvalidität. Die Kappa-Werte für verschiedene Diagnosen wurden zwischen .61 und .83 angegeben.

Nach der Einführung des DSM-5 wurden ab 2019 die strukturierten Interviews zur Diagnostik von Psychischen Störungen (*SCID-5-CV*) und Persönlichkeitsstörungen (*SCID-5-PD*) an das aktualisierte Klassifikationssystem angepasst. Mit dem *SCID-5-CV* wurden die psychischen Störungen bei Erwachsenen erfasst, die am häufigsten im klinischen Alltag auftreten. Das *SCID-5-PD* diente zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. Dazu gehörten die zehn im DSM-5 enthaltenen Persönlichkeitsstörungen der Cluster A, B und C sowie Störungen der Kategorie „Andere näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung“. Die Reliabilitätskennwerte (Kappa-Werte) hatten überwiegend mindestens den Wert .70. Es wird eine gute Übereinstimmung mit anderen diagnostischen Verfahren und eine moderate bis gute Übereinstimmungen mit Selbsterhebungsfragebögen zu Persönlichkeitsstörungen berichtet. Die

Kriteriumsvalidität wurde durch Vergleichsstudien mit anderen diagnostischen Verfahren gut belegt. Psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen gingen als potenzielle Prädiktoren in die Analyse der vorliegenden Arbeit ein. Es wurden Mittelwertvergleiche und anschließend Signifikanzprüfungen vorgenommen.

Im Folgenden werden die Fragebögen ausführlich dargestellt, die in die Datenanalyse mit aufgenommen wurden.

### **2.3.2 Fragebögen**

In dieser Studie angewandte Fragebögen wurden in der Ambulanz des PPD Düsseldorf zu verschiedenen Messzeitpunkten eingesetzt (siehe Kapitel 2.2.3, Abb. 3):

Zum Messzeitpunkt T0 und T3 wurden der CTQ (zur Erfassung von Missbrauchserfahrungen und Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter), der HBI (zur Erfassung der Hypersexualität als Risikofaktor) und der GRQ (zur Erfassung der Einstellung zu Therapiegruppen und Beziehung zu Therapeuten) eingesetzt.

Zum Messzeitpunkt T1 wurde der EUROHIS-QOL-Lebensqualität-Index (zur Erfassung der generischen Lebensqualität und des Wohlbefindens) erhoben.

Der GQ-D (zur Messung von therapeutischen Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie) ist eine Verlaufstestung, die alle zwei Monate eingesetzt wurde (Messzeitpunkt T2). Alle Fragebögen sind Selbsterhebungsinstrumente. Die Werte der *Items* wurden als Rohdaten in eine Datenbank eingegeben. Zur Auswertung wurden die Mittelwerte und Summen über die Instrumente sowie über die jeweiligen Subskalen berechnet. Darüber hinaus wurde überprüft, ob die Unterschiede signifikant waren. Bei signifikanten Gruppenunterschieden in Bezug auf den jeweiligen Fragebogen wurden diese als Prädiktoren für die spätere binär logistische Regressionsanalyse aufgenommen.

Im Folgenden werden die Fragebögen im Einzelnen beschrieben.

**CTQ (*Childhood Trauma Questionnaire*), Bernstein et al. (2003); Die deutsche Version des *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*, Klinitzke et al. (2012)**

Der CTQ ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur retrospektiven Erfassung von Missbrauchserfahrungen und Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter. Der Fragebogen umfasst 31 *Items*. Die *Items* werden auf einer fünf-stufigen Likertskala

bewertet (von „überhaupt nicht“ = 1 bis „sehr häufig“ = 5). Höhere Werte beschreiben ein größeres Ausmaß an Misshandlung oder Vernachlässigung.

Es gibt fünf Subskalen mit jeweils fünf *Items* pro Subskala. Zusätzlich gibt es eine Bagatellisierungsskala mit drei *Items*, die die Antworttendenz zur Bagatellisierung erfasst. Die deutsche Version umfasst drei zusätzliche *Items* zur Erfassung von Inkonsistenzerfahrungen in der Ursprungsfamilie. Aus Gründen der Prägnanz wird exemplarisch ein *Item* dargestellt, obwohl der Fragebogen fünf Subskalen umfasst: „Als ich aufwuchs, sagten Personen aus meiner Familie verletzende oder beleidigende Dinge zu mir“.

Das Cronbach's  $\alpha$  lag für die Gesamtskala bei  $\alpha = .94$ . Die internen Konsistenzen der deutschen Version des CTQ lagen für die Subskalen *emotionale Misshandlung* bei  $\alpha = .87$ , *körperliche Misshandlung* bei  $\alpha = .80$ , *sexueller Missbrauch* bei  $\alpha = .89$ , *emotionale Vernachlässigung* lag zwischen  $\alpha = .80$  und  $\alpha = .89$ , *körperliche Vernachlässigung* bei  $\alpha = .55$ . In dem Kollektiv der vorliegenden Studie (gültige Fälle,  $n = 151$ ) betrug Cronbach's  $\alpha$  für die Skalen *emotionaler Misshandlung*  $\alpha = .87$ , *körperliche Misshandlung*  $\alpha = .81$ , *sexueller Missbrauch*  $\alpha = .91$ , *emotionale Vernachlässigung*  $\alpha = .90$ , *körperliche Vernachlässigung*  $\alpha = .51$ , *Inkonsistenzerfahrungen*  $\alpha = .77$ , *Bagatellisierung, Verleugnung*  $\alpha = .67$ . Angaben zur Validität des CTQ: Die Autoren berichten, die Überprüfung der Konstruktvalidität sei durch eine Faktorenanalyse ermittelt worden und habe die Fünf-Faktoren-Struktur weitgehend bestätigt. Es hätten sich signifikante Korrelationen mit psychischer Symptomatik wie Depression und Angst gezeigt. Die deutsche Version zeige eine gute Differenzierung zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben.

### ***HBI (Hypersexual Behavior Inventory), Reid et al. (2011); Eine Validierungsstudie der deutschen Version des Hypersexual Behavior Inventory (HBI), Klein et al. (2014)***

Bei dem *HBI* handelt es sich um ein Selbsterhebungsinstrument zur Erhebung des sexuellen Erlebens und Verhaltens. Hypersexuelles Erleben und Verhalten umfasst wiederkehrende und intensive sexuelle Fantasien, sexuelles Verhalten oder sexuelle Verhaltensweisen, die zu klinisch relevantem Leidensdruck oder Störungen in sozialen oder beruflichen Kontexten führen können. Die Einstufung der insgesamt 19 *Items* erfolgt auf einer fünfstufigen Likertskala (von „niemals“ = 1 bis „sehr oft“ = 5).

Ein hoher Wert bedeutet eine hohe gedankliche und verhaltensbezogene Befassung mit Sexualität. Als klinisch relevant im Sinne des Vorliegens einer Störung werden Werte  $\geq 53$  vorgeschlagen.

Es werden drei Subskalen unterschieden (*Coping* (sieben *Items*), *Kontrolle* (acht *Items*) und *Konsequenzen* (vier *Items*)). Anders als beim vorangegangenen Fragebogen (*CTQ*) erlaubt die geringere Anzahl von Subskalen eine exemplarische Darstellung für jede der drei Dimensionen.

Die Subskala (1) *Coping* erfasst die Beschäftigung mit Sexualität als kompensatorische Reaktion auf dysphorische Stimmungszustände. Ein typisches Beispiel-*Item* lautet: „Ich nutze Sex, um die Sorgen des täglichen Lebens zu vergessen“.

Die Subskala (2) *Kontrolle* beschreibt die wahrgenommene verminderte Fähigkeit zu Selbstregulation sexueller Fantasien, sexuellen Verlangens und sexueller Verhaltensweisen. Ein Beispiel-*Item* ist: „Mein Sexualverhalten kontrolliert mein Leben“.

Die Subskala (3) *Konsequenzen* erfasst die potenziellen negativen Folgen des sexuellen Verhaltens auf das tägliche Leben durch Vernachlässigung von Pflichten. Die Beschäftigung mit Sexualität trotz negativer Konsequenzen. Ein *Item* lautet beispielsweise: „Meine sexuellen Gedanken und Fantasien lenken mich davon ab, wichtige Dinge zu erreichen“.

In der deutschen Version wird die interne Konsistenz für die Skalen mit Cronbach's  $\alpha$  wie folgt angegeben: *Coping*:  $\alpha = .86$ , *Kontrolle*:  $\alpha = .83$  und *Konsequenzen*:  $\alpha = .78$ . In dem Kollektiv der vorliegenden Arbeit (gültige Fälle,  $n = 155$ ) betrug Cronbach's  $\alpha$  der drei Skalen: *Coping*:  $\alpha = .91$ , *Kontrolle*:  $\alpha = .92$  und *Konsequenzen*:  $\alpha = .84$ . Angaben zur Validität des *HBI*: Die Autoren berichten, die Konstruktvalidität sei durch eine Faktorenanalyse ermittelt worden und habe die dreifaktorielle Struktur bestätigt. Es hätten sich zudem signifikante Zusammenhänge mit Maßen zu Impulsivität, sexueller Zwanghaftigkeit und psychischer Belastung gezeigt. Die Skala zeige ferner eine gute Differenzierung zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben.

### ***GRQ (Group Readiness Questionnaire), Baker et al. (2013)***

Der *GRQ* misst die Bereitschaft von Patienten zur Teilnahme an Gruppentherapien und dient der Erfassung der Einstellungen der Teilnehmer zu Gruppentherapeuten. Die Patienten bewerten die Häufigkeit bestimmter Situationen auf einer fünfstufigen Likertskala (von „nie“ = 1 bis „fast immer“ = 5). Ein hoher Wert bedeutet eine negative Einschätzung zur aktiven Teilnahme an Gruppentherapien.

Der Fragebogen umfasst 19 *Items*. Es werden in drei Subskalen dynamische Klientenmerkmale in drei Subskalen erfasst. Entsprechend dem *HBI* werden auch hier für jede der drei Dimensionen Beispiel-*Items* angeführt.

Die Subskala (1) *Fähigkeit zur Teilnahme* erfasst die subjektive Wahrnehmung, sich an der Gruppentherapie offen und aktiv zu beteiligen. Ein Beispiel-*Item* lautet: „Ich verhalte mich anderen gegenüber abweisend, wenn ich von meiner Meinung überzeugt bin“.

Die Subskala (2) *Erwartung* erfasst die Einstellungen und Erwartungen der Therapieteilnehmer bezüglich der subjektiv wahrgenommenen Nützlichkeit der Gruppentherapie. Ein exemplarisches *Item* ist: „ich glaube, dass es mir wirklich helfen wird in einer Gruppe zu arbeiten“.

Die Subskala (3) *Problematische soziale Fertigkeiten* erfasst die Wahrscheinlichkeit, mit der Teilnehmer während der Gruppentherapie dysfunktionales Verhalten (z.B. Dominanz, mangelnde Zuverlässigkeit, Verletzungen der Gruppenregeln) zeigen, die zur Ablehnung durch andere Gruppenmitglieder beitragen könnten. Ein Beispiel-*Item* lautet: „Normalerweise bestimme ich Gruppendiskussionen“.

Die interne Konsistenz der GRQ-Skalen wurde als zufriedenstellend bis gut bewertet, mit Cronbach's Alpha-Werten zwischen .76 – .82. Angaben zur Validität des GRQ: Die Autoren berichteten, dass die Konstruktvalidität durch konfirmatorische Faktorenanalysen bestätigt worden sei, die eine Drei-Faktoren-Struktur bestätige. Zudem wurden signifikante Korrelationen mit etablierten Instrumenten gefunden, die signifikante Vorhersagen von Gruppenprozessen und Therapieergebnissen belegen würden.

In dem Kollektiv der vorliegenden Arbeit (gültige Fälle,  $n = 146$ ) betrug die interne Konsistenz mit Cronbach's  $\alpha$  für die Subskalen *Fähigkeit zur Teilnahme*  $\alpha = .86$ , *Erwartung*  $\alpha = .77$  und *problematische soziale Fertigkeiten*  $\alpha = .46$ .

Die Messgenauigkeit der Subskala *problematische soziale Fertigkeiten* muss als ungenau eingestuft werden.

### **EUROHIS-QOL-Lebensqualität-Index, Brähler et al. (2007)**

Der EUROHIS-QOL-Lebensqualität-Index (im Folgenden kurz: EUROHIS-QOL) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der generischen Lebensqualität und des Wohlbefindens. Die Kurzversion des EUROHIS-QOL basiert auf den WHO-QOL-Fragebogen (*World Health Organization Quality of Life, WHO-QOL Group, 1998*), der 100 *Items* beinhaltet. Der EUROHIS-QOL umfasst acht *Items* (Zufriedenheit mit der generellen Lebensqualität, Gesundheitszustand, Energie für das tägliche Leben, Aktivitäten des täglichen Lebens, Selbstwert, persönliche Beziehungen, finanzielle Ressourcen, Wohnsituation, Zufriedenheit). Das PPD-Netzwerk ergänzte zwei *Items*: Zufriedenheit in den Bereichen Sexualität und Partnerschaft. Der Index erfasst das psychologische, physische, soziale und umweltbezogene Wohlbefinden und stellt einen Indikator für bereichsübergreifende Lebensqualität dar.

Die Antworten werden auf einer fünfstufigen Likertskala gegeben (von „sehr schlecht / sehr unzufrieden / gar nicht“ = 1 bis „sehr gut / sehr zufrieden / völlig“ = 5). Die 10 *Item*-Werte werden summiert und bilden den Indexwert. Höhere Werte zeigen eine bessere

Lebensqualität an. Ein typisches Beispiel-Item lautet: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?“.

Die über Cronbach's  $\alpha$  berechnete Reliabilität für die Skala betrug in dem Kollektiv der vorliegenden Arbeit (gültige Fälle,  $n = 139$ )  $\alpha = .87$ . Angaben zur Validität des EUROHIS-QOL: Die Autoren berichteten, dass die Konstruktvalidität durch Faktorenanalysen belegt worden sei, die eine einfaktorielle Struktur bestätigten. Es seien signifikante Korrelationen mit verwandten Konstrukten (subjektives Wohlbefinden, depressive Symptomatik) gefunden worden. Die Skala zeige eine gute Differenzierung zwischen klinischen und nicht-klinischen Stichproben.

### **Der Gruppenfragebogen (GQ-D), Bormann et al. (2011)**

Der GQ-D erfasst Beziehungskonstellationen über den Verlauf einer Gruppentherapie bezüglich der Gruppenmitglieder, der Gruppenleiter und der Gesamtgruppe. Der GQ-D besteht aus 30 Items, die auf einer siebenstufigen Likertskala zu beantworten sind (von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt sehr“). Ein hoher Wert bedeutet eine hohe Verbundenheit mit der Gruppe.

Auf den drei Hauptskalen bildet das Instrument Dimensionen therapeutischer Beziehungen ab. Die Dimensionen weisen weitere Differenzierungen auf. Aus Gründen der Prägnanz wird wie oben exemplarisch ein Beispiel-Item dargestellt.

Die Subskala (1) *Verbundenheit der Gruppe* umfasst die *Verbundenheit mit der gesamten Gruppe, mit anderen Gruppenmitgliedern und mit dem Gruppenleiter*. Ein typisches Beispiel-Item für die *Verbundenheit der gesamten Gruppe* lautet: „Die Gruppenmitglieder akzeptierten einander“.

Die Subskala (2) *Güte der Arbeitsbeziehung* umfasst die *Arbeitsbeziehung zu anderen Gruppenmitgliedern und die Arbeitsbeziehung zum Gruppenleiter*. Ein Beispiel-Item für die Güte der Arbeitsbeziehung zum Gruppenleiter lautet: „Der Gruppenleiter und ich arbeiten auf gemeinsam beschlossene Ziele hin.“

Die Subskala (3) *negative Beziehungsaspekte* umfasst die *negative Beziehung zu anderen Gruppenmitgliedern, die negative Beziehung zum Gruppenleiter und die negative Beziehung zu der gesamten Gruppe*. Für die negativ wahrgenommene Beziehung zum Gruppenleiter lautet ein Beispiel-Item: „Der Gruppenleiter verstand nicht immer, wie ich mich im Inneren fühlte“.

Die über Cronbach's  $\alpha$  berechnete Reliabilität für *Verbundenheit* wird mit  $\alpha = .92$ , für *Arbeitsbeziehung* mit  $\alpha = .89$  und *negative Beziehung* mit  $\alpha = .79$  berichtet. Die interne Konsistenz der Subskalen wurde in einem Bereich von  $\alpha = .60$  bis  $\alpha = .90$  angegeben.

In dem Kollektiv der vorliegenden Arbeit (gültige Fälle,  $n = 50$ ) wurde die interne Konsistenz mit Cronbach's  $\alpha$  für die Skalen *Verbundenheit*  $\alpha = .93$ , *Arbeitsbeziehung*  $\alpha$

= .90 und *Negative Beziehung*  $\alpha = .97$  gefunden. Die interne Konsistenz der Subskalen wurde in einem Bereich von  $\alpha = .74$  und  $\alpha = .93$  gefunden. Angaben zur Validität des GQ-D: Die Autoren berichteten, dass eine gute Modellpassung der deutschen Version belegt worden sei. Die Überprüfung der Konstruktvalidität bestätigte die dreifaktorielle Struktur. Die Skalen hätten erwartungsgemäß mit Maßen zu Gruppenkohäsion und therapeutischem Vertrauen korreliert und die Fähigkeit aufgewiesen, Veränderungen im Gruppenprozess zu erfassen. Die konvergente Validität sei mit etablierten deutschen Messinstrumenten errechnet worden und habe moderate, signifikante Skaleninterkorrelationen ergeben.

Entgegen der ursprünglichen Planung (vor Auswertungsbeginn) wurden folgende Fragebögen zur Erfassung unterschiedlicher dynamischer Risikofaktoren aufgrund fehlerhafter Datensätze von der Auswertung ausgeschlossen und daher nicht berichtet. Dazu gehörten *MSWS-ESS – Selbstwert* (Schütz et al., 2017), *ISK – Soziale Kompetenz* (Kanning, 2009), *BMS – Kognitive Verzerrung* (Bumby, 1996), *UCLA-LS-R – Selbstempfundene Einsamkeit* (Russell et al., 1980).

## **2.4 Statistische Analyse**

Der Datensatz wurde mittels *IBM SPSS Statistics 27* bearbeitet. Im Vorfeld der statistischen Auswertung wurde eine Plausibilitätsprüfung durchgeführt, durch die widersprüchliche Aussagen im Datensatz identifiziert und korrigiert wurden. Dies waren beispielsweise eindeutig fehlerhafte Eingaben. Bei fehlender Beantwortung einzelner *Items* innerhalb einer Skala wurden die jeweiligen Probanden von den Berechnungen ausgeschlossen.

Wie in Kapiteln 1.5 und 1.6 detailliert ausgeführt, wurde zwischen Erfolgsabbrüchen (Symptomverbesserung), erfolgsneutralen Abbrüchen (unbeeinflussbare äußere Umstände) und Misserfolgsabbrüchen (assoziiert mit Qualitätsmerkmalen der Therapie) in Anlehnung an Cinkaya (2016) unterschieden.

Im Folgenden wird berichtet, welche statistischen Methoden angewendet wurden, um die Fragestellungen und Annahmen zu überprüfen (siehe Kapitel 1.10).

Überprüfung der Fragestellung (1):

**„Wie hoch ist der Anteil der Patienten, die die Therapie abbrechen?“**

Überprüfung der Fragestellung (2):

**„Wie ist die prozentuale Verteilung der Abbrüche auf die drei Kategorien Erfolgsabbruch, erfolgsneutraler Abbruch und Misserfolgsabbruch?“**

Überprüfung der Fragestellung (3):

**„Zu welchem Zeitpunkt finden Therapieabbrüche statt?“**

Die Informationen zur Abbruchhäufigkeit, der prozentualen Verteilung der Abbrüche auf die drei Kategorien (Erfolgsabbruch, erfolgsneutraler Abbruch und Misserfolgsabbruch) und zu Abbruchzeitpunkten wurden aus der Basisdokumentation der Ambulanz des PPD Düsseldorf entnommen.

Da der Standort der Ambulanz des PPD Düsseldorf der einzige in Nordrhein-Westfalen ist, erschien es aufgrund des großen Einzugsgebietes sinnvoll, den Abbruchgrund *Entfernung zwischen Wohnort und Ambulanz* zu spezifizieren. Daher wurde von jedem Patienten die Entfernung (Kilometer) aus der Basisdokumentation entnommen. Zur Überprüfung der Normalverteilung der metrischen Variable Entfernung (Wohnort/Ambulanz) wurden der Kolmogorov-Smirnov- und der Shapiro-Wilk-Test durchgeführt und eine visuelle Prüfung des Histogramms und des Q-Q-Diagramms vorgenommen. Es zeigte sich eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung (siehe Anhang 1). Diese hielt der visuellen Prüfung unter der Hinzunahme von Schiefe und Kurtosis nicht stand, so dass in Folge für diese Variable ein non-parametrischer Test angewendet wurde. Zur Ermittlung des Gruppenunterschieds (Gesamtgruppe der Abbrecher und *Completer*) wurde ein Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Es wurde zudem eine explorative Analyse mit deskriptiven Kennwerten durchgeführt (Mittelwert, Standardabweichung, Median, Minimum/Maximum).

Die nachfolgenden Gruppenvergleiche beschränkten sich auf Misserfolgsabbrecher (Abbrecher (Miss), Frühabbrecher (Miss) und Spätabbrecher (Miss)) und *Completer*. Erfolgsabbrüche und erfolgsneutrale Abbrüche wurden von weiterführenden inferenzstatistischen Auswertungen ausgeschlossen.

Überprüfung der Annahme (1 a):

**„Abbrecher (Miss) und Completer unterscheiden sich bezüglich soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale.“**

Überprüfung der Annahme (2 a):

**„Frühabbrecher (Miss) und Completer sowie Spätabbrecher (Miss) und Completer unterscheiden sich bezüglich soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale.“**

Zur Untersuchung von Gruppenunterschieden zwischen Abbrechern (Miss) und *Completern* sowie Frühabbrechern (Miss) und *Completern* als auch Spätabbrechern (Miss) und *Completern* bezüglich soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale wurden folgende Testverfahren verwendet:

Zur Überprüfung der Normalverteilung der metrischen Variablen Alter wurde der Kolmogorov-Smirnov- und der Shapiro-Wilk-Test herangezogen und eine visuelle Prüfung des Histogramms und des Q-Q-Diagramms vorgenommen. Es zeigte sich eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung. Diese hielt der visuellen Prüfung unter der Hinzunahme von Schiefe und Kurtosis nicht stand, so dass in Folge für diese Variable ein non-parametrischer Test angewendet wurde (siehe Anhang 1).

Bei den Prädiktoren Alter und HBI wurde die Multikollinearität mittels Varianzinflationsfaktor (VIF) und Toleranzwert getestet (siehe Anhang 2). Der Wert lag mit jeweils 1.0 über dem Grenzwert von .1 für den Toleranzwert und unter dem VIF-Grenzwert von 10 (zitiert nach Field, 2018: Bowerman und O'Connell, 1990) und lag somit im unkritischen Bereich. Es wurde eine explorative Analyse angewendet (Mittelwert, Standardabweichung, Median, Minimum/Maximum). Ebenso wurde ein Mittelwertvergleich durchgeführt.

Bei den kategorialen Prädiktoren Bildung und Art der Erwerbstätigkeit kamen Häufigkeitsverteilungen zur Anwendung.

Zur Signifikanzprüfung kamen bei den Prädiktoren Alter, Art der Erwerbstätigkeit und Bildung nichtparametrische Tests (Mann-Whitney-U-Tests) für unabhängige Stichproben zur Anwendung.

Wie im Kapitel 2.3.2 bereits erwähnt, wurde die Prädiktorvariable Bildung wie folgt codiert: Gymnasium (Ref.), Realschule = 1, Hauptschule = 2. Daher bedeuten hohe Werte einen niedrigen Bildungsgrad.

Für nominale und ordinale Variablen (beruflicher Status, Geschwisterstatus, Partnerschaft, alleinstehend, Vaterschaft und *Offender-Types*) wurden Häufigkeitsverteilungen vorgenommen und Chi-Quadrat-Tests durchgeführt.

Überprüfung der Fragestellung (4):

**„Welchen Delikthintergründen (*Offender-Types*: *Non-Offender*, *CSAM*-, *CSA*-, *Mixed-Offender*) sind Abbrecher (*Miss*) zuzuordnen und wie hoch ist der Anteil der jeweiligen *Offender-Types*?“**

Überprüfung der Fragestellung (5):

**„Beeinflusst eine Vorstrafe bezogen auf *CSAM*-Delikte und/oder Sexualstraftaten an Kindern/Jugendlichen (*CSA*) und/oder andere Delikte (wie Körperverletzung, Diebstahl, Sachbeschädigung) das Risiko des Therapieabbruchs?“**

Überprüfung der Annahme (1 b):

**„Abbrecher (*Miss*) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich der Delikthintergründe (*Offender-Types*), der *hands-off*-Delikte (*CSAM*) und der *hands-on*-Delikte (*CSA*).“**

Überprüfung der Annahme (2 b):

**„Frühabbrecher (*Miss*) und *Completer* sowie Spätabbrecher (*Miss*) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich der Delikthintergründe (*Offender-Types*), der *hands-off*-Delikte (*CSAM*) und der *hands-on*-Delikte (*CSA*).“**

Die Delikthintergründe (*Offender-Types*) wurden nach den Kategorien *CSA*, *CSAM*, *Mixed-Offender* (*CSA* und *CSAM*) und *Non-Offender* klassifiziert. Für die nominale Variable *Offender-Types* wurden Häufigkeitsverteilungen vorgenommen. Es wurden Chi-Quadrat-Tests bei der Gegenüberstellung der Gruppen Abbrecher (*Miss*) und *Completer*, Frühabbrecher (*Miss*) und *Completer* sowie Spätabbrecher (*Miss*) und *Completer* bezüglich der Delikthintergründe (*Offender-Types*) aktuell (Messzeitpunkt T0) und in der Vergangenheit (*lifetime*) berechnet. Wenn die erwarteten Häufigkeiten in jeder Zelle < 5 waren, wurde statt des Chi-Quadrat-Tests der *p*-Wert des Exakter Test nach Fisher zur Beurteilung der Signifikanz herangezogen.

Überprüfung der Fragestellung (6):

**„Unterscheiden sich Therapieabbrecher und *Completer* hinsichtlich psychosozialer Faktoren?“**

Überprüfung der Annahme (1 c):

**„Abbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich psychosozialer Faktoren.“**

Überprüfung der Annahme (2 c):

**„Frühabbrecher (Miss) und *Completer* sowie Spätabbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich psychosozialer Faktoren.“**

Zur Erfassung der Lebensqualität und psychischer Belastungen wurden folgende Instrumente eingesetzt: Der EUROHIS-QOL, der CTQ und das klinische Interview psychischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen (SKID, Achse I und II), SCID-5-CV und SCID-5-PD).

Zur Überprüfung der Normalverteilung der metrischen Skalen wurden der Kolmogorov-Smirnov- und der Shapiro-Wilk-Test herangezogen und eine visuelle Prüfung des Histogramms und des Q-Q-Diagramms vorgenommen. Es zeigten sich signifikante Abweichungen von der Normalverteilung bei den Variablen EUROHIS-QOL (Lebenszufriedenheit) und CTQ (Traumatische Belastungen). Diese hielten der visuellen Prüfung unter der Hinzunahme von Schiefe und Kurtosis nicht stand, so dass in Folge für diese Skalen non-parametrische Tests angewendet wurden (siehe Anhang 1).

Zur Beschreibung der Lebensqualität (EUROHIS-QOL) wurde eine explorative Analyse mit deskriptiven Kennwerten durchgeführt (Mittelwert, Standardabweichung, Median, Minimum/Maximum).

Zur Erfassung traumatischer Belastungen (CTQ) wurden Häufigkeitsverteilungen erstellt und zur Überprüfung der Gruppenunterschiede (Schweregrad der Abbrecher (Miss) im Vergleich zu *Completern*) ein Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben ausgeführt.

Es lagen Daten zu psychischen Erkrankungen (klinische Störungen und Persönlichkeitsstörungen) der Patienten der Ambulanz des PPD Düsseldorf vor, jedoch verhinderte eine unzureichende Zellenbesetzung einzelner Störungsbilder ( $n \leq 16$ ) differenzierte Gruppenvergleiche zwischen Abbrechern (Miss) und *Completern*. Stattdessen wurde die psychische Multimorbidität (einschließlich Persönlichkeitsstörungen) analysiert. Zur Analyse des Einflusses der Multimorbidität

wurden die Skalen SKID (Achse I und II) und *SCID-5-CV* sowie *SCID-5-PD* zunächst *Dummy*-kodiert und anschließend Mittelwertvergleiche zwischen Abbrechern (Miss) und *Completern* durchgeführt.

Überprüfung der Fragestellung (7):

**„Unterscheiden sich Therapieabbrecher und *Completer* hinsichtlich ihres sexuellen Erlebens und Verhaltens?“**

Überprüfung der Annahme (1 d):

**„Abbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich des sexuellen Erlebens und Verhaltens.“**

Überprüfung der Annahme (2 d):

**„Frühabbrecher (Miss) und *Completer* sowie Spätabbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich des sexuellen Erlebens und Verhaltens.“**

Zur Überprüfung der Normalverteilung der metrischen Skalen wurden der Kolmogorov-Smirnov- und der Shapiro-Wilk-Test herangezogen und eine visuelle Prüfung des Histogramms und des Q-Q-Diagramms vorgenommen. Es zeigten sich signifikante Abweichungen von der Normalverteilung bei der Variable *HBI*. Diese hielt der visuellen Prüfung unter der Hinzunahme von Schiefe und Kurtosis nicht stand, so dass in Folge für diese Skala ein non-parametrischer Test angewendet wurde (siehe Anhang 1).

Für die metrische unabhängige Variable *HBI* wurde die Multikollinearität mittels Varianzinflationsfaktor (VIF) und Toleranzwert getestet (siehe Anhang 2). Der Wert lag mit jeweils 1.0 über dem Grenzwert von .1 für den Toleranzwert und unter dem VIF-Grenzwert von 10 (zitiert nach Field, 2018: Bowerman und O’Connell, 1990) und lag somit im unkritischen Bereich. Zur Überprüfung des Risikofaktors sexuelle Hyperaktivität wurden Mittelwerte der Skala *HBI* (inklusive der Subskalen *Coping*, *Kontrolle*, *Konsequenzen*) berechnet und mittels t-Tests für unabhängige Stichproben verglichen.

Überprüfung der Fragestellung (8):

**„Unterscheiden sich Therapieabbrecher und *Completer* hinsichtlich gruppenbezogener Einstellungen und Beziehungen?“**

Überprüfung der Annahme (1 e):

**„Abbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich der Einstellung zur Gruppentherapie, des Gruppenzugehörigkeitsgefühls, sowie der Beziehung zur Gruppe und zu den Therapeuten.“**

Überprüfung der Annahme (2 e):

**„Frühabbrecher (Miss) und *Completer* sowie Spätabbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich der Einstellung zur Gruppentherapie, des Gruppenzugehörigkeitsgefühls, sowie der Beziehung zur Gruppe und zu den Therapeuten.“**

Zur Überprüfung der Gruppenunterschiede bezüglich des Gruppenzugehörigkeitsgefühls wurde der Fragebogen *GRQ* analysiert. Für die Skala *GRQ* (inklusive der Subskalen) wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Gruppenunterschiede der Beziehung zu Gruppen und Therapeuten wurde mittels des GQ-D (Gruppen) untersucht.

Zur Bestimmung der Effektstärke kamen Cramers *V* (kategoriale Variablen; Interpretation:  $\geq 0.1$  gilt als kleiner Effekt,  $\geq 0.3$  als mittlerer Effekt,  $\geq 0.5$  als großer Effekt) oder Cohens *d* (metrische Variablen) zur Anwendung. Nach Cohen (1992) werden Effektstärken mit 0.20 als klein, mit 0.50 als mittel und mit 0.80 als groß beschrieben.

Überprüfung der Fragestellung (9):

**„Lassen sich Prädiktoren für Misserfolgsabbrüche zur frühzeitigen Intervention bestimmen?“**

Es wurden die metrischen Variablen Alter und *HBI* mittels des Box-Tidwell-Tests auf Linearität geprüft. Zur Kontrolle multipler Testungen wurde das Alphaniveau mittels Bonferroni-Korrektur von  $\alpha = .05$  auf  $\alpha = .0125$  korrigiert. Die Tests auf Linearität waren für beide Variablen nicht signifikant ( $p > .0125$ ), sodass die Linearitätsannahme als erfüllt betrachtet werden konnte (siehe Anhang 3). Aufgrund geringer Fallzahlen wurden die Kategorien „Sonderschule“ ( $n = 3$ ) und „kein Schulabschluss“ ( $n = 4$ ) aus der Analyse ausgeschlossen. Die Regressionsanalyse umfasste somit die Kategorien „Gymnasium“, „Realschule“ und „Hauptschule“.

Das Auftretensrisiko für Therapieabbruch im Verhältnis zur Veränderung des Prädiktorwertes wurde mittels *Odds Ratio (OR)* bestimmt. Ergebnisse mit einem *p*-Wert

von  $\leq .05$  wurden als statistisch signifikant erachtet. Im Rahmen der inferenzstatistischen Auswertung wurde, wie beschrieben, bei der Vorhersage von Abbruchmerkmalen in Anlehnung an Cinkaya (2016) ausschließlich die Gruppe der Misserfolgsabbrüche berücksichtigt.

Des Weiteren wurden zur Identifikation von Prognosefaktoren für Therapieabbruch hierarchische binär logistische Regressionsanalysen mit schrittweiser Variablenselektion durchgeführt. In jedem Hierarchieschritt wurden neu hinzugefügte Variablen unter Kontrolle der bereits eingeschlossenen Variablen getestet. Basierend auf der Modellgüte wurde entschieden, ob die hinzugefügten Variablen beibehalten oder wieder entfernt wurden.

Für die drei finalen Regressionsmodelle wurde jeweils eine Korrelationsmatrix erstellt (siehe Anhang 4), anhand derer kontrolliert wurde, ob die Korrelationen der verwendeten Prädiktoren den Grenzwert von  $r = .80$  nicht überschritten (Dattalo, 2013, S. 14).

Um die Auftretenswahrscheinlichkeit exakt zu ermitteln, wurde ein optimaler Schwellenwert (*Cut-off-Wert*) bestimmt, ab dem von einem Abbruch ausgegangen wurde. Hierzu wurde eine *ROC-Analyse* (siehe Anhang 5) durchgeführt und der Youden-Index errechnet, mit dessen Hilfe ein bestmögliches Gleichgewicht zwischen Sensitivität und Spezifität ermittelt werden konnte.

## **2.5 Ethikvotum**

Die vorliegende Studie ist Teil des von der Ethikkommission geprüften Forschungsprojektes „Präventionsprojekt Dunkelfeld ‚Kein Täter werden‘“. Das positive Ethikvotum wurde unter der Studiennummer 5091 R, Registrierungs-ID: 2015053676, erteilt.

### 3 Ergebnisse

In einem ersten Schritt wurden Abbruchquoten, Abbruchzeitpunkte und Abbruchgründe der Abbrecher (in Anlehnung an Cinkaya (2016): Erfolgsabbrüche, erfolgsneutrale Abbrüche und Misserfolgsabbrüche) im Vergleich zu *Completern* deskriptiv betrachtet (Häufigkeitsverteilungen, Lage- und Streumaße). Ebenso wurden Patientenmerkmale (Auswertung soziodemografischer und -ökonomischer Daten) und die Delikthintergründe (*Offender-Types: Non-Offender, CSAM, CSA, Mixed-Offender (CSAM und CSA)*) untersucht (siehe Kapitel 3.1 – 3.3). Die Gruppe der Erfolgsabbrüche und der erfolgsneutralen Abbrüche wurden in weitere Auswertungen nicht mit einbezogen, weil der Fokus inferenzstatistischer Auswertungen auf Abbrüche gelegt werden sollte, die auf Qualitätsmerkmale der Therapie zurückzuführen sind. Diese wurden als Misserfolgsabbrüche kategorisiert.

Darauf aufbauend wurden in inferenzstatistischen Auswertungen Gruppenunterschiede der Gruppe der Abbrecher (Miss) und der Gruppe der *Completer* die soziodemografischen und -ökonomischen Daten, Delikthintergründe (siehe Kapitel 3.3), und psychometrische Verfahren (siehe Kapitel 3.4) auf Signifikanz geprüft. Darüber hinaus wurde eine Unterteilung in frühe und späte Misserfolgsabbrüche (Frühabbrecher (Miss) und Spätabbrecher (Miss)) vorgenommen, um festzustellen, ob Unterschiede in diesen Untergruppen im Vergleich zu der Gruppe der *Completer* zu finden sind (siehe Kapitel 3.5). Ferner wurden Therapeutenmerkmale (Alter, Gender, Berufserfahrung) betrachtet (siehe Kapitel 3.6).

Schließlich wurden in einer hierarchisch binär logistischen Regression die Prädiktorvariablen identifiziert, die ein aussagefähiges Vorhersagemodell für die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs in der Ambulanz des PPD Düsseldorf darstellen (siehe Kapitel 3.7).

#### 3.1 Abbruchquoten

Überprüfung der Fragestellung (1):

**„Wie hoch ist der Anteil der Patienten, die die Therapie abbrechen?“**

Zur Berechnung der Abbruchquote in der Ambulanz des PPD Düsseldorf wurde die Gesamtzahl der Kontaktaufnahmen aus dem Dunkelfeld im Messzeitraum 2014 – 2021 ( $N = 551$ ) herangezogen. Diese Kohorte wurde um die Daten der Patienten bereinigt, für die grundsätzlich keine Behandlung in Frage kam (Teleiophilie und Hellfeld; siehe Kapitel

2.2.3, Abb. 3). Somit ergab sich eine Stichprobe von  $n = 483$  Personen und hieraus eine Abbruchquote von insgesamt 43.3 %, die Erfolgsabbrüche, erfolgsneutrale Abbrüche und Misserfolgsabbrüche enthielt.

### 3.2 Abbruchgründe

Überprüfung der Fragestellung (2):

**„Wie ist die prozentuale Verteilung der Abbrüche auf die drei Kategorien Erfolgsabbruch, erfolgsneutraler Abbruch und Misserfolgsabbruch?“**

Wie bereits beschrieben, wurde in Anlehnung an Cinkaya (2016) eine dreidimensionale Klassifikation von Abbrüchen vorgenommen, die nachfolgend dargestellt werden.

**Erfolgsabbrüche:** Nach Einschluss in die Behandlung (Unterbreitung eines Therapieangebotes nach der Diagnostik/Probatorik) hatten 3.9 % ( $n = 19$ ) der Patienten keinen Bedarf an einer Weiterführung der Therapie verspürt. Die Patienten gaben an, nach einigen Therapiesitzungen weniger Leidensdruck zu empfinden und ein größeres Selbstwirksamkeitserleben zu haben. Aus der Basisdokumentation ging hervor, dass die therapeutischen Einschätzungen die Selbsteinschätzung der Patienten unterstützten. Dieser Eindruck ergab sich aus einem reduzierten Leidensdruck und hinzugewonnener Verhaltenskontrolle.

Diese Abbrüche wurden nach Cinkaya (2016) als Erfolgsabbrüche klassifiziert, da sie aufgrund einer vorzeitigen Besserung zustande kamen („*Early-Response*“ nach Lutz et al., 2009). Die Daten dieser Patientengruppe wurden deshalb nicht in die inferenzstatistische Auswertung einbezogen.

**Erfolgsneutrale Abbrüche:** Nach Einschluss in die Behandlung (Unterbreitung eines Therapieangebotes nach der Diagnostik/Probatorik) hatten 16.1 % den selbstgewählten Abbruch kommuniziert und einen äußeren Beweggrund genannt ( $n = 78$ ).

Aus der Basisdokumentation ging hervor, dass Patienten die Therapeuten informierten, die Behandlung aus beruflichen, finanziellen, zeitlichen Gründen oder aufgrund eines Umzuges beenden zu müssen.

Es wurde beispielsweise gehäuft von erwerbstätigen Patienten berichtet, dass sie im Schichtdienst arbeiteten, der eine kontinuierliche Teilnahme an wöchentlichen Sitzungen erschwere. Ein anderes Beispiel sind Schilderungen von arbeitssuchenden Patienten, die ihre Therapeuten darüber informierten, dass anfallende Kosten für Benzin oder Zugtickets nicht über einen längeren Zeitraum regelmäßig aufgebracht werden könnten

und staatliche finanzielle Unterstützung abgelehnt worden sei oder die Beantragung aus Gründen der Anonymität nicht in Erwägung gezogen wurde.

Als ein weiterer häufiger Abbruchgrund wurde die geografische Entfernung zwischen Wohnort des Patienten und der Ambulanz des PPD Düsseldorf und der damit einhergehende hohe logistische Aufwand genannt. Vor diesem Hintergrund wurde untersucht, welche Entfernungen die Gesamtgruppe der Abbrecher im Vergleich zu der Gruppe der *Completer* zur Ambulanz zurücklegen mussten. Es wurde die Distanz (in Kilometer) zwischen Wohnort und Ambulanz im Gruppenvergleich (Abbrecher und *Completer*) ermittelt.

Abbrecher hatten im Mittel eine größere Entfernung zwischen ihrem Wohnort und der Ambulanz zurückzulegen als *Completer*, der Gruppenunterschied erwies sich jedoch als nicht signifikant (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: **Entfernung zwischen Wohnort der Patienten und der Ambulanz**

	Abbrecher ( <i>n</i> = 149, <i>n*</i> = 60)			<i>Completer</i> ( <i>n</i> = 52, <i>n*</i> = 8)			Gesamt ( <i>n</i> = 201, <i>n*</i> = 68)			Statistische Analyse
	<i>M</i>	Min - Max	<i>SD</i>	<i>M</i>	Min - Max	<i>SD</i>	<i>M</i>	Min - Max	<i>SD</i>	
Kilometer	52.6	2-550	56.9	43.1	2-297	46.6	50.1	2-550	54.5	<i>U</i> = 3202, <i>z</i> = -1.863 <i>p</i> = .062, <i>d</i> = -.174

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).  
 Abbrecher = Gesamtgruppe der Abbrecher (Erfolgsabbrüche, erfolgsneutrale Abbrüche, Misserfolgsabbrüche); *Completer* = Patienten mit regulärer Therapiebeendigung.  
 Messzeitpunkt T0 = zur Diagnostik; *M* = Mittelwert. Min-Max = kürzeste und weiteste Strecke; *SD* = Standardabweichung; *U* = Mann-Whitney-U-Test; *z* = dient der Signifikanzberechnung; *p* = Asymptotische Signifikanz (2-seitig); *d* = Effektstärke Cohens *d*; *n\** = fehlende Werte.

Da erfolgsneutrale Abbrüche nach Cinkaya (2016) „weder mit einem Erfolg noch einem Misserfolg“ der Therapie zusammenhängen, wurden die Daten dieser Patienten nicht in die weiteren Auswertungen mit einbezogen.

**Misserfolgsabbrüche:** Nach Einschluss in die Behandlung (Unterbreitung eines Therapieangebotes nach der Diagnostik/Probatorik) brachen 23.2 % (*n* = 112) die Behandlung aufgrund eines Therapiemisserfolgs ab. Davon blieben bei 95.5 % der Patienten die Motive für abrupten Abbruch unklar. Die Patienten erschienen ohne Nennung von Beweggründen nicht mehr zur vereinbarten Sitzung, bzw. blieben den Therapiegruppen fern. Die darauffolgenden mehrmaligen Versuche der Kontaktaufnahme seitens der Therapeuten blieben erfolglos. Die restlichen 4.5 % der Misserfolgsabbrecher gaben „behandlungsbedingte Schwierigkeiten“ an (Jacobi et al.,

2011, S. 249). Hierzu zählten in der vorliegenden Studie beispielsweise Patienten, die sich eine Teilnahme an einer homogenen Gruppe wünschten, d.h. bestehend aus Patienten des ausschließlichen Typus pädophil, hebephil oder päd-hebephil. Sie lehnten eine Teilnahme an einer Gruppe ab, deren Gruppenmitglieder überwiegend nicht-ausschließlich ausgerichtet waren (d.h. pädoteleiofil, hebe-teleiofil oder päd-hebe-teleiofil). Ferner wurde von männlichen Patienten der Abbruch dadurch begründet, dass es ihnen unvorstellbar schien, sich auf die Arbeit mit weiblichen Therapeuten einzulassen.

Alle weiteren Analysen beziehen sich ausschließlich auf die Gruppe der Misserfolgsabbrecher, die mit der Gruppe der *Completer* verglichen wurden. Im späteren Verlauf wurden Frühabbrecher (Miss) von Spätabbrechern (Miss) differenziert, und jeweils im Vergleich zu der Gruppe der *Completer* betrachtet. Frühabbrecher (Miss) brachen nach der Exploration (Probatorik), Spätabbrecher (Miss) brachen in unterschiedlichen Phasen der Therapie ab (während der Wartezeit auf Psychoedukation und während der Psychoedukation, bzw. während der Wartezeit auf Therapie und während der Therapie; siehe Kapitel 2.2.3)

### **3.3 Abbruchzeitpunkte**

Überprüfung der Fragestellung (3):

**„Zu welchem Zeitpunkt fanden Therapieabbrüche statt?“**

#### **Abbruchzeitpunkte**

In der Basisdokumentation erfolgte die Erfassung der Zeitpunkte der Therapieabbrüche (Erfolgsabbrüche, erfolgsneutrale Abbrüche und Misserfolgsabbrüche) in Zeitintervallen (Monaten). 61.4 % der Patienten haben nach einem bis drei Monaten, 28.1 % nach vier bis sechs Monaten, 5.0 % nach sieben bis neun Monaten und 5.5 % nach 10 bis 15 Monaten die Therapie abgebrochen. Nach 15 Monaten gab es keine Abbrüche mehr.

### **3.4 Patientenmerkmale Abbrecher (Miss) im Vergleich zu *Completern***

Im Folgenden werden Häufigkeitsverteilungen, Mittelwertvergleiche und Signifikanztests der Abbrecher (Miss) und *Completer* hinsichtlich verschiedener Merkmale dargestellt. Zugrunde gelegt wurden sowohl soziodemografische und -ökonomische Merkmale (wie Alter, Bildung, beruflicher Status, Art der Erwerbstätigkeit, Geschwisterstatus, alleinlebend, Partnerschaft, Vaterschaft), als auch Variablen wie sexuelle Ausrichtung

und Orientierung, Delikthintergründe (*Offender-Types*), das Nutzungsverhalten von Missbrauchsmaterialien (*CSAM*) und sexuelle Übergriffe auf Kinder und/oder Jugendliche (*CSA*), sowie Vorstrafen (Ex-Hellfeld im Indikationsbereich und andere Delikte).

## Soziodemografische und sozioökonomische Merkmale

Überprüfung der Annahme (1 a):

**„Abbrecher (Miss) und Completer unterscheiden sich bezüglich soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale.“**

**Alter:** Abbrecher (Miss) waren im Mittel 36.0 Jahre alt (*SD* 11.9), mit einem Minimum von 18 und einem Maximum von 66 Jahren. *Completer* waren im Mittel 40.1 Jahre alt (*SD* 12.3), mit einem Minimum von 19 und einem Maximum von 73 Jahren. Es zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede bezüglich des Alters mit einer geringen Effektstärke (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: **Alter der Abbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern**

	Abbrecher (Miss) ( <i>n</i> = 112)			Completer ( <i>n</i> = 60)			Gesamt ( <i>n</i> = 172)			Statistische Analyse
	Min -			Min -			Min -			
	<i>M</i>	Max	<i>SD</i>	<i>M</i>	Max	<i>SD</i>	<i>M</i>	Max	<i>SD</i>	
Alter [Jahre]	36.0	18-66	11.9	40.1	19-73	12.3	37.4	18-73	12.2	<i>U</i> = 2747, <i>z</i> = -1.970 <i>p</i> = <b>.049</b> , <i>d</i> = .339

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Abbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen; *Completer* = Patienten mit regulärer Therapiebeendigung.

Messzeitpunkt T0 = zur Diagnostik; *M* = Mittelwert; Min-Max = jüngster und ältester Patient; *SD* = Standardabweichung; *U* = Mann-Whitney-U-Test; *z* = dient der Signifikanzberechnung; *p* = Asymptotische Signifikanz (2-seitig); *d* = Effektstärke Cohens *d*.

Im Folgenden sind weitere soziodemografische und sozioökonomische Merkmale (Bildung, beruflicher Status, Art der Erwerbstätigkeit, Geschwisterstatus, Partnerschaft, alleinstehend, Vaterschaft) der Stichprobe im Detail dargestellt. Nachstehend werden die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: **Soziodemografische und sozioökonomische Merkmale der Abbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern**

	Abbrecher (Miss)			Completer			Gesamt			Statistische Analyse
	n	n*	%	n	n*	%	n	n*	%	
<u>Bildung</u>	110	2		60			170	2		$U = 2580.5, z = -2.573, p = .010, d = -.427$
Gymnasium	52		47.3	38		63.3	90		52.9	
Realschule	20		18.2	14		23.3	34		20.0	
Hauptschule	32		29.1	7		11.7	39		22.9	
Sonderschule	3		2.7	0		0.0	3		1.8	
Kein Schulabschluss	3		2.7	1		1.7	4		2.4	
<u>Beruflicher Status</u>	91	21		53	7		144	28		$\chi^2(1) = 4.44, p = .035, V = .176$
Arbeitslos	19		20.9	4		7.5	23		16.0	
Erwerbstätig	72		79.1	49		92.5	121		84.0	
<u>Art der Erwerbstätigkeit</u>	89	23		55	5		144	28		$U = 1937.5, z = -2.318, p = .020, d = .410$
Akademiker	21		23.6	20		36.4	41		28.5	
Ausbildungsberufe	47		52.8	30		54.5	77		53.5	
Ungelernte Tätigkeit	21		23.6	5		9.1	26		18.1	
<u>Geschwisterstatus</u>	101	11		59	1		160	12		$\chi^2(1) = 3.38, p = .066, V = .145$
Einzelkind	24		23.8	7		11.9	31		19.4	
Geschwisterkind	77		76.2	52		88.1	129		80.6	
<u>Partnerschaft</u>	110	2		60			170	2		$\chi^2(1) = 0.79, p = .374, V = .068$
ja	49		44.5	31		51.7	80		47.1	
nein	61		55.5	29		48.3	90		52.9	
<u>Alleinlebend</u>	110	2		60			170	2		$\chi^2(1) = 0.20, p = .657, V = .034$
ja	68		61.8	35		58.3	103		60.6	
nein	42		38.2	25		41.7	67		39.4	
<u>Vaterschaft</u>	110	2		60			170	2		$\chi^2(1) = 0.27, p = .605, V = .040$
ja	36		32.7	22		36.7	58		34.1	
nein	74		67.3	38		63.3	112		65.9	

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Abbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen; *Completer* = Patienten mit regulärer Therapiebeendigung.

Messzeitpunkt T0 = zur Diagnostik; *U* = Mann-Whitney-U-Test; *z* = dient der Signifikanzberechnung; *p* = Asymptotische Signifikanz (2-seitig); *d* = Effektstärke Cohens *d*;  $\chi^2(df)$  = Chi-Quadrat-Test mit Freiheitsgrad *df*; *p* = Asymptotische Signifikanz (2-seitig); *V* = Effektstärke Cramers *V*; *n\** = fehlende Werte.

Abbrecher (Miss) wiesen ein geringeres Bildungsniveau (Schulbildung) als *Completer* auf. Dieser Gruppenunterschied war signifikant mit geringer Effektstärke.

Zudem waren Abbrecher (Miss) häufiger arbeitslos als *Completer*. Dieser signifikante Gruppenunterschied zeigte ebenfalls eine kleine Effektstärke.

Abbrecher (Miss) übten weniger häufig akademische Berufe, stattdessen häufiger ungelernete Tätigkeiten aus als die *Completer*. Dieser Gruppenunterschied erwies sich als signifikant, mit einer kleinen Effektstärke.

Abbrecher (Miss) waren häufiger (23.8 %) als Einzelkinder aufgewachsen als *Completer* (11.9 %). Der Gruppenvergleich ergab jedoch keinen signifikanten Unterschied (siehe Tabelle 3).

Nachfolgend werden zwei Achsen der sexuellen Präferenzstruktur der Stichprobe der Abbrecher (Miss) und *Completer* der vorliegenden Studie dargestellt (bezüglich des Geschlechts und der Körperschemata).

### Sexuelle Orientierung

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Häufigkeitsverteilung der sexuellen Orientierung der Abbrecher (Miss) und *Completer* insgesamt ( $n = 137$ , fehlende Werte  $n^* = 37$ ). Bei dieser Darstellung wird bewusst auf eine Unterscheidung der beiden Gruppen verzichtet. Es soll in dieser Abbildung vielmehr auf eine seltener vorkommende Präferenzbesonderheit hingewiesen werden, die die gegenläufige sexuelle Orientierung auf Erwachsene versus Kinder/Jugendliche zeigt.

Am häufigsten trat die heterosexuelle Orientierung sowohl auf Erwachsene als auch auf Kinder/Jugendliche bei Abbrechern (Miss) und *Completern* auf. Es gab zudem gegenläufige sexuelle Orientierungen auf Erwachsene und Kinder/Jugendliche, die jedoch seltener auftraten (z.B. heterosexuelle Orientierung auf Erwachsene und homosexuelle Orientierung auf Kinder/Jugendliche; siehe Abb. 7).

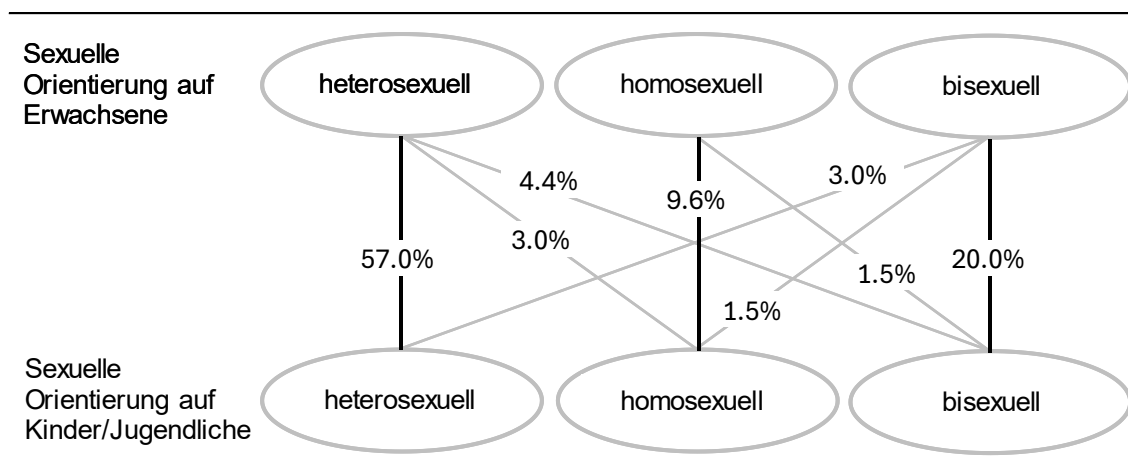


Abb. 7: **Darstellung der sexuellen Orientierung**

Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Abbrecher (Miss) und *Completer* zusammen,  $n = 135$ ; fehlende Werte  $n^* = 37$ .

Schwarze Linien: Gleichläufige sexuelle Orientierung auf Erwachsene und Kinder/Jugendliche (hetero-/heterosexuell; homo-/homosexuell oder bi-/bisexuell);

Graue Linien: Gegenläufige sexuelle Orientierungen auf Erwachsene und Kinder/Jugendliche (hetero-/homosexuell; hetero-/bisexuell; homo-/bisexuell; bi-/homosexuell oder bi-/heterosexuell).

## Körperschemata

Die nachfolgende Tabelle zeigt die sexuelle Präferenzstruktur für die Körperschemata teleiophil, hebephil und pädophil (einschließlich Mischformen) der Gruppe der Abbrecher (Miss) im Vergleich zu *Completern* (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: **Sexuelle Präferenzen der Körperschemata der Abbrecher (Miss) im Vergleich zu *Completern***

	Abbrecher (Miss) (n = 112)			<i>Completer</i> (n = 60)			Gesamt (n = 172)			Statistische Analyse
	n	n*	%	n	n*	%	n	n*	%	
pädophil	1		0.9	1		1.7	2		1.2	Fisher-Exakter-Test $p = 1.000$
hebephil	3		2.7	3		5.0	6		3.5	Fisher-Exakter-Test $p = .422$
pädo-hebephil	11		9.8	3		5.0	14		8.2	Fisher-Exakter-Test $p = .384$
teleiophil	0		0.0	0		0.0	0		0.0	
hebe-teleiophil	48		42.9	24		40.0	71		41.5	$\chi^2(1) = 0.13, p = .717$ $V = .028$
pädo-teleiophil	10		8.9	1		1.7	11		6.4	Fisher-Exakter-Test $p = .099$
pädo-hebe-teleiophil	39		34.8	28		46.7	67		39.2	$\chi^2(1) = 2.31, p = .129$ $V = .116$

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

In Anlehnung an Beier et al. (2013), gemäß der Berliner Klassifikation: teleiophil (erwachsen), hebephil (jugendlich), pädophil (kindlich) einschließlich Mischformen der Stichprobe Abbrecher (Miss) und *Completer*; gemäß der Ausschlusskriterien kommen teleiophile Personen in dieser Stichprobe nicht vor ( $n = 0$ ).

Abbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen; *Completer* = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

Messzeitpunkt T0 = zur Diagnostik;  $\chi^2(df)$  = Pearson Chi-Quadrat-Test mit Freiheitsgrad  $df$ ;  $p$  = Asymptotische Signifikanz (2-seitig);  $V$  = Effektstärke Cramers  $V$ ;

der Fisher-Exakter-Test wurde verwendet bei erwarteten Häufigkeiten  $< 5$ ;  $n^*$  = fehlende Werte.

Eine sexuelle Ansprechbarkeit auf Kinder mit einer gleichzeitigen sexuellen Ansprechbarkeit auf Erwachsene (nicht-ausschließlich, pädo-teleiophil) ist deutlich stärker in der Gruppe der Abbrecher (Miss) vertreten als in der Gruppe der *Completer*. Der Gruppenunterschied erwies sich allerdings als nicht signifikant.

## Delikttypen (*Offender-Types*)

Überprüfung der Fragestellung (4):

**„Welchen Delikthintergründen (*Offender-Types: Non-Offender, CSAM-, CSA-, Mixed-Offender*) sind Abbrecher (Miss) zuzuordnen und wie hoch ist der Anteil der jeweiligen *Offender-Types*?“**

Überprüfung der zugrundeliegenden Annahme (1 b):

**„Abbrecher (Miss) und Completer unterscheiden sich bezüglich der Delikthintergründe (Offender-Types), der hands-off-Delikte (CSAM) und der hands-on-Delikte (CSA).“**

Als Spezifikum der Kohorte der vorliegenden Untersuchung wurden die Verteilungen der Abbrecher (Miss) und Completer gemäß der vier Kategorien der Delikttypen (Offender-Types) bestimmt, nach denen die Therapiegruppenzuordnungen der Patienten im Rahmen des PPD Düsseldorf vorgenommen wurden (siehe Tabelle 5, ebenso Kapitel 1.9.4).

Tabelle 5: **Offender-Types**

	Abbrecher (Miss)		Completer		Gesamt		Statistische Analyse
	n	%	n	%	n	%	
<u>Offender-Types</u>	112		60		172		
<i>Non - Offender</i>	20	17.9	3	5.0	23	13.4	$\chi^2(1) = 5.58, p = .018, V = .180$
<i>CSAM</i>	53	47,3	40	66.7	93	54.1	$\chi^2(1) = 5.89, p = .015, V = .185$
<i>CSA</i>	11	9.8	2	3.3	13	7.6	Fisher-Exakter-Test $p = .224$
<i>Mixed Offender</i>	28	25.0	15	25.0	43	25.0	$\chi^2(1) = 0.00, p = 1.00, V = .000$

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Abbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen; Completer = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

Offender-Types = Einteilung der Patienten nach Delikthintergründen; *Non - Offender* = Patienten ohne Deliktbelastung; *CSAM (Child Sexual Abuse Material)* = Nutzer von Missbrauchsmaterialien; *CSA (Child Sexual Abuse)* = Patienten, die eine Deliktbelastung bezüglich sexuellen Kindesmissbrauchs aufwiesen; *Mixed Offender (CSAM und CSA)* = Patienten, die Deliktbelastungen bezüglich der Nutzung von Missbrauchsmaterialien und Kindesmissbrauchstaten aufwiesen. Completer = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

Messzeitpunkt T0 = zur Diagnostik;  $\chi^2(df)$  = Pearson Chi-Quadrat-Test mit Freiheitsgrad  $df$ ;  $p$  = Asymptotische Signifikanz (2-seitig);  $V$  = Effektstärke Cramers  $V$ ; der Fisher-Exakter-Test wurde verwendet bei erwarteten Häufigkeiten  $< 5$ .

Bei der Betrachtung der *Offender-Types* wird deutlich, dass die Gruppe der Nutzer von Missbrauchsmaterialien (*CSAM*) sowohl bei den Abbrechern (Miss) als auch bei den *Completern* am häufigsten vertreten war.

Bei der Analyse der Gruppenunterschiede zwischen Abbrechern (Miss) und *Completern* lässt sich feststellen, dass die Abbrecher (Miss) häufiger *Non-Offender* (ohne Deliktbelastung, pädophile Präferenzstörung) und weniger häufig Nutzer von Missbrauchsmaterialien als die *Completer* waren. Diese Gruppenunterschiede waren signifikant und wiesen kleine Effektstärken auf (siehe Tabelle 5).

## CSAM in der Vergangenheit und zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Projekt

Nachstehend wird das Nutzungsverhalten bezüglich Missbrauchsmaterialien (CSAM) der Abbrecher (Miss) und *Completer* in der Vergangenheit (*lifetime*) und zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Projekt (Therapieeinstieg; Messzeitpunkt T0), gegenübergestellt. In Tabelle 6 sind die Ergebnisse zusammengefasst.

Tabelle 6: **CSAM (Child Sexual Abuse Material) der Abbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern**

	Abbrecher (Miss)		Completer		Gesamt		Statistische Analyse
	n	%	n	%	n	%	
<u>CSAM (T0)</u>	112		60		172		$\chi^2(1) = 5.89, p = .015, V = .185$
unauffällig	59	52.7	20	33.3	79	45.9	
Dunkelfeld	53	47.3	40	66.7	93	54.1	
<u>CSAM lifetime</u>	112		60		172		$\chi^2(2) = 7.90, p = .019, V = .214$
unauffällig	32	28.6	6	10.0	38	22.1	
Dunkelfeld	68	60.7	45	75.0	113	65.7	
Ex-Hellfeld	12	10.7	9	15.0	21	12.2	

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Abbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen; *Completer* = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

CSAM T0 = Nutzung von Missbrauchsmaterialien (CSAM) zum Messzeitpunkt T0 (Diagnostik); unauffällig = keine Nutzung von Missbrauchsmaterialien; Dunkelfeld = Nutzung von Missbrauchsmaterialien, ohne justizbekannt geworden zu sein;

CSAM lifetime = Nutzung von Missbrauchsmaterialien (CSAM) in der Vergangenheit vor Kontaktaufnahme; unauffällig = keine Nutzung von Missbrauchsmaterialien; Dunkelfeld = Nutzung von Missbrauchsmaterialien im Dunkelfeld, ohne justizbekannt gewesen zu sein; Ex-Hellfeld = Vorstrafen in Bezug auf Besitz/Tausch/Verbreitung von Missbrauchsmaterialien (CSAM).

$\chi^2(df)$  = Pearson Chi-Quadrat-Test mit Freiheitsgrad *df*; *p* = Asymptotische Signifikanz (2-seitig); *V* = Effektstärke Cramers *V*.

Die Gruppe der Abbrecher (Miss) nutzte sowohl zum Messzeitpunkt T0 als auch in der Vergangenheit weniger Missbrauchsmaterialien (CSAM) als die Gruppe der *Completer*. Dieser Gruppenunterschied war signifikant bei kleiner Effektstärke (in Tabelle 6 als CSAM (T0) und CSAM *lifetime* gekennzeichnet).

## CSA in der Vergangenheit und zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Projekt

Im Folgenden wird das Kindesmissbräuchliche Verhalten der Abbrecher (Miss) und *Completer* in der Vergangenheit (*lifetime*) und zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Projekt (Therapieeinstieg; Messzeitpunkt T0) dargestellt. In Tabelle 7 sind die Ergebnisse zusammengefasst.

Tabelle 7: **CSA (Child Sexual Abuse) der Abbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern**

	Abbrecher (Miss)		Completer		Gesamt		Statistische Analyse
	n	%	n	%	n	%	
<u>CSA (T0)</u>	112		60		172		Fisher-Exakter-Test $p = .224$
unauffällig	101	90.2	58	96.7	159	92.4	
Dunkelfeld	11	9.8	2	3.3	13	7.6	
<u>CSA lifetime</u>	112		60		172		$\chi^2(2) = 0.80, p = .672, V = .068$
unauffällig	75	67.0	44	73.3	119	69.2	
Dunkelfeld	29	25.9	13	21.7	42	24.4	
Ex-Hellfeld	8	7.1	3	5.0	11	6.4	

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Abbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen; *Completer* = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

CSA (T0) = Dissexuelles Verhalten gegenüber Kindern/Jugendlichen zum Messzeitpunkt T0 (Diagnostik); unauffällig = keine Deliktbelastung (CSA); Dunkelfeld = Dissexuelles Verhalten gegenüber Kindern/Jugendlichen, ohne justizbekannt gewesen zu sein;

CSA lifetime = Dissexuelles Verhalten gegenüber Kindern/Jugendlichen in der Vergangenheit vor Kontaktaufnahme; unauffällig = kein dissexuelles Verhalten (CSA); Dunkelfeld = dissexuelles Verhalten (CSA) im Dunkelfeld, ohne justizbekannt gewesen zu sein; Ex-Hellfeld = Vorstrafe.

$\chi^2(df)$  = Pearson Chi-Quadrat-Test mit Freiheitsgrad  $df$ ;  $p$  = Asymptotische Signifikanz (2-seitig);  $V$  = Effektstärke Cramers  $V$ ; der Fisher-Exakter-Test wurde verwendet bei erwarteten Häufigkeiten  $< 5$ .

Circa ein Zehntel der Abbrecher (Miss) berichteten von dissexuellem Verhalten (pädophile Verhaltensstörung) gegenüber Minderjährigen zum Messzeitpunkt T0 und ein Viertel der Abbrecher (Miss) berichtete von dissexuellem Verhalten in der Vergangenheit (d.h. *CSA lifetime*). *Completer* hingegen gaben mit 3.3 % dissexuelles Verhalten zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Projekt an. Dissexuelles Verhalten der Abbrecher (Miss) in der Vergangenheit (d.h. *CSA lifetime*) unterschied sich hingegen kaum von den *Completern*. Diese Gruppenunterschiede erwiesen sich als nicht signifikant.

## Vorstrafen

Überprüfung der Fragestellung (5):

**„Beeinflusst eine Vorstrafe bezogen auf CSAM-Delikte und/oder Sexualstraftaten an Kindern/Jugendlichen (CSA) und/oder andere Delikte (wie z.B. Körperverletzung, Diebstahl, Sachbeschädigung) das Risiko des Therapieabbruchs?“**

Circa ein Viertel der Abbrecher (Miss) als auch der *Completer* wiesen Vorstrafen im Indikationsbereich (Ex-Hellfeld) und bei anderen Delikten auf. Somit sind keine signifikanten Gruppenunterschiede zu berichten.

## Psychosoziale Faktoren

Überprüfung der Fragestellung (6):

**„Unterscheiden sich Therapieabbrecher und *Completer* hinsichtlich psychosozialer Faktoren?“**

Überprüfung der Annahme (1 c):

**„Abbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich psychosozialer Faktoren.“**

Dazu wurden die Selbsterhebungsinstrumente EUROHIS-QOL (Lebenszufriedenheit) und CTQ (*Childhood Trauma Questionnaire*), sowie die strukturierten klinischen Interviews SKID (Achse I und II, bis 2018), SCID-5-CV und SCID-5-PD (ab 2019) eingesetzt.

Die Datenanalyse umfasste Häufigkeitsverteilungen, Mittelwertvergleiche und Signifikanzprüfungen. Im Folgenden werden die Ergebnisse vorgestellt.

### EUROHIS-QOL-Lebensqualitäts-Index

Der EUROHIS-QOL erfasst die Lebensqualität (Zufriedenheit mit der generellen Lebensqualität, dem Gesundheitszustand, der Energie für das tägliche Leben, den Aktivitäten des täglichen Lebens, dem Selbstwert, persönlichen Beziehungen, finanziellen Ressourcen und der Wohnsituation). Es wurden Mittelwertvergleiche und Signifikanzprüfungen durchgeführt.

Die Befunde wiesen im Mittel eine geringfügig niedrigere Lebenszufriedenheit in der Gruppe der Abbrecher (Miss) als in der Gruppe der *Completer* auf. Es fand sich kein signifikanter Gruppenunterschied (siehe Tabelle 8).

**Tabelle 8: Mittelwerte des EUROHIS-QOL-Lebensqualitätsindex der Abbrecher (Miss) im Vergleich zu *Completern***

	Abbrecher (Miss) ( <i>n</i> = 83, <i>n</i> * = 29)			<i>Completer</i> ( <i>n</i> = 60, <i>n</i> * = 0)			Gesamt ( <i>n</i> = 143, <i>n</i> * = 29)			Statistische Analyse
	<i>M</i>	Min - Max	<i>SD</i>	<i>M</i>	Min - Max	<i>SD</i>	<i>M</i>	Min - Max	<i>SD</i>	
EUROHIS-QOL	31.5	13-46	8.2	32.8	12-48	7.7	32.0	12-48	8.0	<i>U</i> = 2285, <i>z</i> = -0.839 <i>p</i> = .401, <i>d</i> = .163

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Abbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen; *Completer* = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

Einsatz zum Messzeitpunkt T0 = zur Diagnostik; *M* = Mittelwert; Min-Max = niedrigster und höchster gemessener Wert; *SD* = Standardabweichung; *U* = Mann-Whitney-U-Test; *z* = dient der Signifikanzberechnung; *p* = Asymptotische Signifikanz (2-seitig);

*d* = Effektstärke Cohens *d*; *n*\* = fehlende Werte

Nachfolgend wurden Häufigkeitsverteilungen für den CTQ erstellt (siehe Tabelle 9)

Tabelle 9: **CTQ (Childhood Trauma Questionnaire) nach Schweregrad der Abbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern**

	Abbrecher (Miss)			Completer			Gesamt		Statistische Analyse	
	<i>n</i>	<i>n*</i>	%	<i>n</i>	<i>n*</i>	%	<i>n</i>	<i>n*</i>		%
<u>Emotionaler Missbrauch</u>	99	13		56	4		155	17	$U = 2598.5, z = -0.652$ $p = .514, d = .188$	
1) nicht bis minimal	61		61.6	31		55.4	92		59.4	
2) gering bis mäßig	20		20.2	13		23.2	33		21.3	
3) mäßig bis schwer	10		10.1	2		3.6	12		7.7	
4) schwer bis extrem	8		8.1	10		17.9	18		11.6	
Summe aus 2), 3), 4)	38		38.4	25		44.6	63		40.6	$U = 420.5, z = -0.772$ $p = .440, d = .259$
<u>Körperlicher Missbrauch</u>	99	13		56	4		155	17	$U = 2630.5, z = -0.576$ $p = .565, d = -.154$	
1) nicht bis minimal	74		74.7	46		82.1	120		77.4	
2) gering bis mäßig	7		7.1	1		1.8	8		5.2	
3) mäßig bis schwer	12		12.1	7		12.5	19		12.3	
4) schwer bis extrem	6		6.1	2		3.6	8		5.2	
Summe aus 2), 3), 4)	25		25.3	10		17.9	35		22.6	$U = 373.5, z = -1.451$ $p = .147, d = -.297$
<u>Sexueller Missbrauch</u>	99	13		56	4		155	17	$U = 2643.5, z = -0.549$ $p = .583, d = -.177$	
1) nicht bis minimal	61		61.6	36		64.3	97		62.6	
2) gering bis mäßig	14		14.1	11		19.6	25		16.1	
3) mäßig bis schwer	16		16.2	7		12.5	23		14.8	
4) schwer bis extrem	8		8.1	2		3.6	10		6.5	
Summe aus 2), 3), 4)	38		38.4	20		35.7	58		37.4	$U = 456.0, z = -0.285$ $p = .776, d = -.211$
<u>Emotionale Vernachlässigung</u>	99	13		56	4		155	17	$U = 2503.5, z = -1.003$ $p = .316, d = .180$	
1) nicht bis minimal	41		41.4	22		39.3	63		40.6	
2) gering bis mäßig	38		38.4	19		33.9	57		36.8	
3) mäßig bis schwer	8		8.1	6		10.7	14		9.0	
4) schwer bis extrem	12		12.1	9		16.1	21		13.5	
Summe aus 2), 3), 4)	58		58.6	34		60.7	92		59.4	$U = 382.0, z = -1.311$ $p = .190, d = .310$
<u>Körperliche Vernachlässigung</u>	99	13		56	4		155	17	$U = 2505.0, z = -1.026$ $p = .305, d = .167$	
1) nicht bis minimal	65		65.7	33		58.9	98		63.2	
2) gering bis mäßig	16		16.2	9		16.1	25		16.1	
3) mäßig bis schwer	11		11.1	11		19.6	22		14.2	
4) schwer bis extrem	7		7.1	3		5.4	10		6.5	
Summe aus 2), 3), 4)	34		34.3	23		41.1	57		36.8	$U = 398.0, z = -1.089$ $p = .276, d = .297$

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Abbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen; *Completer* = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

CTQ = Fragebogen erfasst Missbrauchserfahrungen und Vernachlässigung in der Kindheit.

Einsatz zum Messzeitpunkt T0 = zur Diagnostik; *U* = Mann-Whitney-U-Test; *z* = dient der Signifikanzberechnung; *p* = Asymptotische Signifikanz (2-seitig); *d* = Effektstärke Cohens *d*; *n\** = fehlende Werte.

Grau unterlegte Felder = Addition der Kategorien (Schweregrade) 2, 3 und 4 der einzelnen Subgruppen.

### **CTQ (Childhood Trauma Questionnaire)**

Die Auswertung der Subgruppen emotionaler, körperlicher und sexueller Missbrauch, sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung des CTQ ergab, dass sowohl Abbrecher (Miss) als auch *Completer* traumatische Erlebnisse in der Kindheit in unterschiedlichen Schweregraden erlitten hatten. Es gab jedoch keine signifikanten Gruppenunterschiede in Bezug auf traumatische Erfahrungen in der Kindheit (siehe Tabelle 9).

### **SKID (Achse I) sowie SCID-5-CV**

Es wurden deskriptive und inferenzstatistische Analysen durchgeführt. Abbrecher (Miss) wiesen im Mittel eine niedrigere Anzahl an psychischen Störungen komorbid auf (SKID (Achse I) sowie SCID-5-CV, psychische Störungen) als *Completer*. Der Gruppenunterschied zeigte sich nicht signifikant (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: **Mittelwerte der Anzahl der Psychischen Störungen der Abbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern**

	Abbrecher (Miss)			<i>Completer</i>			Gesamt			Statistische Analyse
	<i>M</i>	Min - Max	<i>SD</i>	<i>M</i>	Min - Max	<i>SD</i>	<i>M</i>	Min - Max	<i>SD</i>	
Anzahl	0.53	0-3	0.92	0.91	0-6	1.44	0.77	0-6	1.28	$U = 770.5, z = -0.968$ $p = .333, d = .280$

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Abbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen; *Completer* = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

SKID (Achse I) = Strukturiertes Klinisches Interview nach DSM-IV; SCID-5-CV = *Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders-Clinician Version*.

Einsatz zum Messzeitpunkt T1 = Einstieg in die Psychoedukation; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; Min - Max = höchster und niedrigster Wert der Störungsanzahl pro Patient; *U* = Mann-Whitney-U-Test; *z* = dient der Signifikanzberechnung; *p* = Asymptotische Signifikanz (2-seitig); *d* = Effektstärke Cohens *d*; *n\** = fehlende Werte.

### **SKID (Achse II) sowie SCID-5-PD**

Ein Gruppenvergleich wurde mittels einer Mittelwertanalyse und eines Signifikanztests vorgenommen. Im Bereich der Persönlichkeitsstörungen (SKID (Achse II) sowie SCID-5-PD, Persönlichkeitsstörungen) wiesen hingegen Abbrecher (Miss) im Mittel eine höhere Anzahl an Störungen komorbid auf als *Completer*. Der Gruppenunterschied erwies sich als nicht signifikant (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: **Mittelwerte der Anzahl der Persönlichkeitsstörungen der Abbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern**

	Abbrecher (Miss)			Completer			Gesamt			Statistische Analyse
	(n = 24, n* = 88)			(n = 48, n* = 12)			(n = 72, n* = 100)			
	M	Min - Max	SD	M	Min - Max	SD	M	Min - Max	SD	
Anzahl	0.71	0-5	1.27	0.40	0-2	0.68	0.50	0-5	0.92	U = 511.5, z = -0.795 p = .427, d = -.385

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Abbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen; *Completer* = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

SKID (Achse II) = Strukturiertes Klinisches Interview nach DSM-IV; *SCID-5-PD* = *Structured Clinical Interview for DSM-5-Personality Disorders*.

Einsatz zum Messzeitpunkt T1 = Einstieg in die Psychoedukation; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Min - Max = höchster und niedrigster Wert der Störungsanzahl pro Patient; U = Mann-Whitney-U-Test; z = dient der Signifikanzberechnung; p = Asymptotische Signifikanz (2-seitig); d = Effektstärke Cohens d; n\* = fehlende Werte.

Im nächsten Schritt wurden Gruppenvergleiche mittels Mittelwertanalysen und Signifikanztests des Selbsterhebungsinstrumentes *HBI* sowie der Subskalen (*Coping*, *Konsequenzen* und *Kontrolle*) zur Erfassung des Risikofaktors Hypersexualität durchgeführt.

## Sexuelles Erleben und Verhalten

Überprüfung der Fragestellung (7):

**„Unterscheiden sich Therapieabbrecher und *Completer* hinsichtlich ihres sexuellen Erlebens und Verhaltens?“**

Überprüfung der Annahme (1 d):

**„Abbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich des sexuellen Erlebens und Verhaltens.“**

### *HBI (Hypersexual Behavior Inventory)*

Die Auswertung des *HBI-Cut-off*-Wertes zeigte, dass 40.4 % der Abbrecher (Miss) und 61.4 % der *Completer* einen *Cut-off*-Wert von  $\geq 53$  aufwiesen. Es gab einen signifikanten Gruppenunterschied mit geringer Effektstärke ( $\chi^2(1) = 6.39, p = .011, V = .202$ ).

Der nachfolgenden Tabelle ist zu entnehmen, dass Abbrecher (Miss) im Mittel niedrigere Werte aufwiesen als *Completer*. Die Auswertung des *HBI* ergab zudem einen signifikanten Gruppenunterschied mit einer mittleren Effektstärke. Bei der Betrachtung der Subskalen des *HBI* zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede zwischen Abbrechern (Miss) und *Completern* in der Subskala 2 (*Konsequenzen*) mit einer kleinen

Effektstärke und in der Subskala 3 (*Kontrolle*) mit einer mittleren Effektstärke (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: **HBI (Hypersexual Behavior Inventory) und Subskalen der Abbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern**

	Abbrecher (Miss)				Completer				Gesamt				Statistische Analyse
	<i>n</i>	<i>n*</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>n*</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>n*</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
<i>HBI</i>	99	13	49.0	16.4	57	3	57.5	15.1	156	16	52.1	16.4	$t(154) = 3.212, p = .002$ $d = .534$
Subskala 1	98	14	16.1	6.7	57	3	18.3	7.4	155	17	16.9	7.1	$t(153) = 1.928, p = .056$ $d = .321$
Subskala 2	99	13	9.0	4.0	57	3	10.6	4.0	156	16	9.6	4.1	$t(154) = 2.461, p = .015$ $d = .409$
Subskala 3	99	13	24.1	8.5	57	3	28.5	6.5	156	16	25.7	8.1	$t(154) = 3.389, p < .001$ $d = .563$

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Abbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen; *Completer* = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

Subskala 1 = *Coping*, Subskala 2 = *Konsequenzen*, Subskala 3 = *Kontrolle*.

Einsatz zum Messzeitpunkt T0 = zur Diagnostik; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung;  $t(df)$  = t-Test für unabhängige Stichproben mit Freiheitsgrad *df*; *p* = Asymptotische Signifikanz (2-seitig); *d* = Effektstärke Cohens *d*; *n\** = fehlende Werte.

### 3.5 Prozessmerkmale Abbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern

#### Gruppenerleben und therapeutische Beziehung

Überprüfung der Fragestellung (8):

**„Unterscheiden sich Therapieabbrecher und *Completer* hinsichtlich gruppenbezogener Einstellungen und Beziehungen?“**

Überprüfung der Annahme (1 e):

**„Abbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich der Einstellung zur Gruppentherapie, des Gruppenzugehörigkeitsgefühls, sowie der Beziehung zur Gruppe und zu den Therapeuten.“**

#### **GRQ (Group Readiness Questionnaire)**

Die inferenzstatistische Auswertung der Subskala (2) *Erwartung an die Gruppentherapie* des GRQ ergab einen signifikanten Gruppenunterschied zwischen der Gruppe der Abbrecher (Miss) und der Gruppe der *Completer* mit einer kleinen Effektstärke. Dabei bedeuten höhere Werte eine negativere Einschätzung zur Teilnahme an Gruppentherapien (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: **GRQ (Group Readiness Questionnaire) und Subskalen der Abbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern**

	Abbrecher (Miss)				Completer				Gesamt				Statistische Analyse
	n	n*	M	SD	n	n*	M	SD	n	n*	M	SD	
GRQ	96	16	52.7	9.0	56	4	50.2	9.0	152	20	51.8	9.1	$t(150) = -1.657, p = .100$ $d = -.279$
Subskala 1	96	16	37.6	8.3	56	4	35.9	7.6	152	20	37.0	8.1	$t(150) = -1.296, p = .197$ $d = -.218$
Subskala 2	96	16	8.9	2.6	56	4	7.7	2.2	152	20	8.5	2.5	$t(150) = -2.771, p = .006$ $d = -.466$
Subskala 3	96	16	6.2	1.9	56	4	6.6	1.7	152	20	6.4	1.9	$t(150) = 1.214, p = .227$ $d = .204$

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Abbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen; *Completer* = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

Subskala 1 = Fähigkeit zur Teilnahme, Subskala 2 = *Erwartung an die Gruppentherapie*, Subskala 3 = *Problematische soziale Fertigkeit*.

Einsatz zum Messzeitpunkt T0 = zur Diagnostik; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung;  $t(df)$  = t-Test für unabhängige Stichproben mit Freiheitsgrad *df*; *p* = Asymptotische Signifikanz (2-seitig); *d* = Effektstärke Cohens *d*; *n\** = fehlende Werte.

### **GQ-D (Group Questionnaire – deutsche Version)**

Die Auswertung des GQ-D (Abbrecher (Miss)  $n = 11$ ; *Completer*  $n = 49$ ) ergab keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der therapeutischen Allianz, der Beziehungen in der Gruppe und der Gruppenmitglieder untereinander ( $U = 244.0, z = -.487, p = .626, d = .188$ ).

### **Zusammenfassung: Abbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern**

Im Zeitraum 2014 – 2021 hatten in der Ambulanz des PPD Düsseldorf aus unterschiedlichen Gründen in unterschiedlichen Phasen der Projektanbindung insgesamt 43.3 % der Patienten abgebrochen (direkt nach der Diagnostik/Probatorik, während der Wartezeit auf die Psychoedukation/Therapie oder während der Therapie). Die Abbruchgründe wurden in Anlehnung an Cinkaya (2016) in drei Kategorien klassifiziert: Erfolgsabbruch (3.9 %), erfolgsneutraler Abbruch (16.1 %) und Misserfolgsabbruch (23.2 %).

Abbrecher (Miss) wiesen im Vergleich zu *Completern* im Mittel eine niedrigere Anzahl an psychischen Störungen und im Bereich der Persönlichkeitsstörungen im Mittel eine höhere Anzahl an Störungen komorbid auf. Es zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Alle nachfolgenden Gruppenunterschiede zwischen Abbrechern (*Miss*) und *Completern* waren signifikant.

- **Soziodemografische und -ökonomische Merkmale**

Abbrecher (*Miss*) waren jünger, hatten einen geringeren Bildungsstand und waren häufiger arbeitslos als *Completer*. Es zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede mit kleinen Effektstärken.

- **Delikthintergründe (*Offender-Types*)**

Abbrecher (*Miss*) wiesen im Vergleich zu den *Completern* häufiger keine Deliktbelastung auf (*Non-Offender*). Zudem nutzte zum Messzeitpunkt T0 als auch in der Vergangenheit (*lifetime*) die Gruppe der Abbrecher (*Miss*) weniger Missbrauchsmaterialien (*CSAM*) als die Gruppe der *Completer*. Diese Gruppenunterschiede waren signifikant bei kleinen Effektstärken.

- **HBI (*Hypersexual Behavior Inventory*)**

Im Gruppenvergleich zeigte sich der Mittelwert des *HBI* bei den Abbrechern (*Miss*) signifikant höher als bei den *Completern*. Ferner ergab die Analyse der Gruppenvergleiche in Bezug auf die Subskala *Konsequenzen* einen signifikanten Unterschied mit einer kleinen Effektstärke und bezüglich der Subskala *Kontrolle* einen signifikanten Gruppenunterschied mit einer mittleren Effektstärke.

- **GRQ (*Group Readiness Questionnaire*)**

Der Mittelwert der Subskala *Erwartung an die Gruppentherapie* erwies sich bei den Abbrechern (*Miss*) höher als bei *Completern*. Dieser Gruppenunterschied erwies sich als signifikant mit einer kleinen Effektstärke.

### **3.6 Früh- und Spätabbrecher (*Miss*) im Vergleich zu *Completern***

Nachfolgend werden ausschließlich die in den vorherigen Gruppenvergleichen Abbrecher (*Miss*) und *Completer* signifikant gewordenen Variablen in Bezug auf Früh- und Spätabbruch betrachtet (siehe Kapitel 3.3). Es wurden demnach soziodemografische und sozioökonomische Merkmale wie Alter, Bildung, Art der Erwerbstätigkeit, beruflicher Status, sowie zwei *Offender-Types* (*Non-Offender*, *CSAM*) als auch die Skalen *HBI* und *GRQ* in den folgenden Untersuchungen berücksichtigt.

Hinsichtlich der psychischen Gesundheit (Skalen: *EUROHIS-QOL*, *CTQ*, *SKID* (Achse I und II), *SCID-5-CV* und *SCID-5-PD*) gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede

zwischen Abbrechern (Miss) und *Completern*, daher wurden diese Skalen in diesem Kapitel nicht betrachtet.

## Soziodemografische und -ökonomische Merkmale

Überprüfung der Annahme (2 a):

**„Frühabbrecher (Miss) und *Completer* sowie Spätabbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale.“**

**Alter:** Frühabbrecher (Miss) waren im Mittel 36.2 Jahre alt (*SD* 12.9), mit einem Minimum von 18 und einem Maximum von 66 Jahren.

Spätabbrecher (Miss) waren im Mittel 35.8 Jahre alt (*SD* 10.9) mit einem Minimum von 18 und einem Maximum von 61 Jahren.

*Completer* waren durchschnittlich 40.1 Jahre alt (*SD* 12.3), mit einem Minimum von 19 und einem Maximum von 73 Jahren.

Es gab keine signifikanten Gruppenunterschiede (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: **Alter der Früh- und Spätabbrecher (Miss) im Vergleich zu *Completern***

	Frühabbrecher (Miss) (n = 59)			<i>Completer</i> (n = 60)			Gesamt (n = 119)			Statistische Analyse
	M	Min - Max	SD	M	Min - Max	SD	M	Min - Max	SD	
Alter [Jahre]	36.2	18-66	12.9	40.1	19-73	12.3	38.1	18-73	12.7	$U = 1449.5, z = -1.704$ $p = .088, d = .311$
	Spätabbrecher (Miss) (n = 53)			<i>Completer</i> (n = 60)			Gesamt (n = 113)			Statistische Analyse
	M	Min - Max	SD	M	Min - Max	SD	M	Min - Max	SD	
Alter [Jahre]	35.8	18-61	10.9	40.1	19-73	12.3	38.1	18-73	11.8	$U = 1297.5, z = -1.684$ $p = .092, d = .367$

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Frühabbrecher (Miss), Spätabbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen; *Completer* = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

M = Mittelwert; Min-Max = jüngster und ältester Patient.

Messzeitpunkt T0 = zur Diagnostik; *SD* = Standardabweichung; *U* = Mann-Whitney-U-Test; *z* = dient der Signifikanzberechnung; *p* = Asymptotische Signifikanz (2-seitig); *d* = Effektstärke Cohens *d*.

Die folgende Tabelle (15) zeigt die Gruppenunterschiede der Variablen Bildung, beruflicher Status und Art der Erwerbstätigkeit.

Tabelle 15: **Soziodemografische und sozioökonomische Merkmale der Früh- und Spätabbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern**

	Frühabbrecher (Miss)		Spätabbrecher (Miss)		Completer		Stat. Analyse Frühabbrecher (Miss)	Stat. Analyse Spätabbrecher (Miss)
	<i>n</i> ( <i>n</i> *)	%	<i>n</i> ( <i>n</i> *)	%	<i>n</i> ( <i>n</i> *)	%		
<b>Bildung</b>	58 (1)		52 (1)		60 (0)		$U = 1241.5$ $z = -2.939$ $p = .003, d = -.553$	$U = 1339.0$ $z = -1.458$ $p = .145, d = -.325$
Gymnasium	24	41.4	28	53.8	38	63.3		
Realschule	11	19.0	9	17.3	14	23.3		
Hauptschule	20	34.5	12	23.1	7	11.7		
Sonderschule	2	3.4	1	1.9	0	0.0		
Kein Schulabschluss	1	1.7	2	3.8	1	1.7		
<b>Beruflicher Status</b>	43 (15)		48 (5)		53 (7)		$\chi^2(1) = 2.65$ $p = .103, V = .166$	$\chi^2(1) = 4.71$ $p = .030, V = .216$
Arbeitslos	8	18.6	11	22.9	4	7.5		
Erwerbstätig	35	81.4	37	77.1	49	92.5		
<b>Art der Erwerbstätigkeit</b>	43 (15)		46 (7)		55 (5)		$U = 917.5$ $z = -2.098$ $p = .036, d = .448$	$U = 1020.0$ $z = -1.860$ $p = .063, d = .386$
Akademiker	10	23.3	11	23.9	20	36.4		
Ausbildungsberufe	22	51.2	25	54.3	30	54.5		
Ungelernte Tätigkeit	11	25.6	10	21.7	5	9.1		

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Frühabbrecher (Miss), Spätabbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen; *Completer* = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

Einsatz Messzeitpunkt T0 = zur Diagnostik; *U* = Mann-Whitney-U-Test; *z* = dient der Signifikanzberechnung; *p* = Asymptotische Signifikanz (2-seitig); *d* = Effektstärke Cohens *d*;  $\chi^2(df)$  = Chi-Quadrat-Test mit Freiheitsgrad *df*; *p* = Asymptotische Signifikanz (2-seitig); *V* = Effektstärke Cramers *V*; (*n*\*) = fehlende Werte (in Klammern gesetzt).

**Bildung:** Frühabbrecher (Miss) wiesen eine geringere Schulbildung auf als *Completer*. Die Gruppe der Hauptschüler war in diesem Gruppenvergleich drei Mal so stark bei Frühabbrechern (Miss) vertreten. Es gab einen signifikanten Gruppenunterschied mit einer mittleren Effektstärke.

Es gab keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen Spätabbrechern (Miss) und *Completern* bezüglich der Schulbildung (siehe Tabelle 15).

**Beruflicher Status:** Frühabbrecher (Miss) waren häufiger arbeitslos als *Completer*, es gab allerdings keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Spätabbrecher (Miss) waren drei Mal häufiger arbeitslos als *Completer*. Dieser Gruppenunterschied war signifikant mit einer kleinen Effektstärke.

**Art der Erwerbstätigkeit:** In der Gruppe der Frühabbrecher (Miss) befanden sich mehr Personen, die eine ungelernete Tätigkeit ausübten als in der Gruppe der *Completer*. Es gab einen signifikanten Gruppenunterschied mit einer kleinen Effektstärke. In der Gruppe der Spätabbrecher (Miss) befanden sich mehr Personen, die eine ungelernete Tätigkeit ausübten als in der Gruppe der *Completer*. Es gab allerdings keinen signifikanten Gruppenunterschied (siehe Tabelle 15).

### **Offender-Types**

Überprüfung der Annahme (2 b):

**„Frühabbrecher (Miss) und *Completer* sowie Spätabbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich der Delikthintergründe (*Offender-Types*), der *hands-off-Delikte (CSAM)* und der *hands-on-Delikte (CSA)*.“**

Nachfolgend werden die Gruppenvergleiche zwischen Frühabbrechern (Miss) und *Completern* im Bereich der *Offender-Types* dargestellt.

Frühabbrecher (Miss) waren fünf Mal häufiger *Non-Offender* als *Completer*. Dieser Gruppenunterschied erwies sich mit einer kleinen Effektstärke als signifikant.

Im Vergleich zu *Completern* wies die Gruppe der Frühabbrecher (Miss) einen geringeren Anteil an Nutzern von Missbrauchsmaterialien (*CSAM*) auf. Dieser Gruppenunterschied war signifikant und wies eine kleine Effektstärke auf.

Spätabbrecher (Miss) und *Completer* unterschieden sich nicht signifikant im Bereich der *Offender-Types* (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: **Offender-Types der Früh- und Spätabbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern**

	Früh- abbrecher (Miss)		Spät- abbrecher (Miss)		Completer		Stat. Analyse Frühabbrecher (Miss)	Stat. Analyse Spätabbrecher (Miss)
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
<b>Offender-Types</b>	59		53		60			
<i>Non - Offender</i>	16	27.1	4	7.5	3	5.0	$\chi^2(1) = 10.85$ $p < .001$ , $V = .302$	Fisher-Exakter- Test $p = .704$
CSAM	21	35.6	32	60.4	40	66.7	$\chi^2(1) = 11.50$ $p < .001$ , $V = .311$	$\chi^2(1) = 0.48$ $p = .488$ , $V = .065$
CSA	7	11.9	4	7.5	2	3.3	Fisher-Exakter- Test $p = .095$	Fisher-Exakter- Test $p = .417$
<i>Mixed - Offender</i>	15	25.4	13	24.5	15	25.0	$\chi^2(1) = 0.003$ $p = .958$ , $V = .005$	$\chi^2(1) = 0.003$ $p = .954$ , $V = .005$

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Frühabbrecher (Miss), Spätabbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen;

Completer = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

Offender-Types = Einteilung der Patienten nach Delikttypen;

Non - Offender = Patienten ohne Deliktbelastung; CSAM (*Child Sexual Abuse Material*) = Nutzer von Missbrauchsmaterialien; CSA (*Child Sexual Abuse*) = Patienten, die eine Deliktbelastung bezüglich sexuellen Kindesmissbrauchs aufwiesen; Mixed Offender (CSAM und CSA) = Patienten, die Deliktbelastungen bezüglich der Nutzung von Missbrauchsmaterialien und Kindesmissbrauchstaten aufwiesen.

$\chi^2(df)$  = Pearson Chi-Quadrat-Test mit Freiheitsgrad *df*;  $p$  = Asymptotische Signifikanz (2-seitig);  $V$  = Effektstärke Cramers  $V$ ; der Fisher-Exakter-Test wurde bei erwarteten Häufigkeiten < 5 verwendet.

Die Gruppe der Frühabbrecher (Miss) nutzte weniger Missbrauchsmaterialien (CSAM) als die Gruppe der Completer, sowohl zum Zeitpunkt der Diagnostik (T0) als auch in der Vergangenheit (*lifetime*). Es gab signifikante Gruppenunterschiede mit einer kleinen Effektstärke. Die Gruppe der Spätabbrecher (Miss) unterschied sich in der Nutzung von Missbrauchsmaterialien nur geringfügig von der Gruppe der Completer. Daher erwies sich der Gruppenunterschied als nicht signifikant (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: **CSAM der Früh- und Spätabbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern**

	Früh- abbrecher (Miss)	Spät- abbrecher (Miss)	Completer	Stat. Analyse Frühabbrecher (Miss)	Stat. Analyse Spätabbrecher (Miss)
	<i>n</i> %	<i>n</i> %	<i>n</i> %		
<b>CSAM (T0)</b>	59	53	60	$\chi^2(1) = 11.50$ $p < .001, V = .311$	$\chi^2(1) = 0.48$ $p = .488, V = .065$
unauffällig	38 64.4	21 39.6	20 33.3		
Dunkelfeld	21 35.6	32 60.4	40 66.7		
<b>CSAM lifetime</b>	59	53	60	$\chi^2(2) = 14.08$ $p < .001, V = .344$	$\chi^2(2) = 1.23$ $p = .541, V = .104$
unauffällig	23 39.0	9 17.0	6 10.0		
Dunkelfeld	32 54.2	36 67.9	45 75.0		
Ex-Hellfeld	4 6.8	8 15.1	9 15.0		

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).  
 Frühabbrecher (Miss), Spätabbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen;  
 Completer = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.  
 CSAM (T0) = Nutzung von Missbrauchsmaterialien (CSAM) zum Messzeitpunkt T0 (Diagnostik);  
 unauffällig = keine Nutzung von Missbrauchsmaterialien zum Zeitpunkt T0; Dunkelfeld = Nutzung  
 von Missbrauchsmaterialien, ohne justizbekannt gewesen zu sein;  
 CSAM lifetime = Nutzung von Missbrauchsmaterialien (CSAM) in der Vergangenheit vor  
 Kontaktaufnahme;  
 unauffällig = keine Nutzung von Missbrauchsmaterialien; Dunkelfeld = Nutzung von  
 Missbrauchsmaterialien im Dunkelfeld, ohne justizbekannt geworden zu sein;  
 Ex-Hellfeld = Vorstrafen in Bezug auf Besitz/Tausch/Verbreitung von Missbrauchsmaterialien.  
 Messzeitpunkt T0;  $\chi^2(df)$  = Pearson Chi-Quadrat-Test mit Freiheitsgrad *df*; *p* = Asymptotische  
 Signifikanz (2-seitig); *V* = Effektstärke Cramers *V*.

Nachfolgend werden die Gruppenunterschiede des *HBI* zur Messung des sexuellen Erlebens und Verhaltens, sowie des *GRQ* zur Untersuchung der Erwartung an die Gruppentherapie, des Gruppenzugehörigkeitsgefühls sowie der Beziehung zur Gruppe und zu den Therapeuten vorgestellt.

## Sexuelles Erleben und Verhalten

Überprüfung der Annahme (2 d):

**„Frühabbrecher (Miss) und Completer sowie Spätabbrecher (Miss) und Completer unterscheiden sich bezüglich des sexuellen Erlebens und Verhaltens.“**

### *HBI (Hypersexual Behavior Inventory)*

**Frühabbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern:** Die Auswertung des *HBI* zeigte, dass 32.7 % der Frühabbrecher (Miss) und 61.4 % der Completer den *Cut-off*-Wert von  $\geq 53$  überschritten. Es gab einen signifikanten Gruppenunterschied mit geringer Effektstärke ( $\chi^2(1) = 8.72, p = .003, V = .287$ ).

Frühabbrecher (Miss) waren im Mittel bezüglich des hypersexuellen Erlebens und Verhaltens weniger belastet als *Completer*. Dieser Gruppenvergleich zeigte sich mit einer mittleren Effektstärke signifikant.

Der Gruppenunterschied der Subskala *Kontrolle* erwies sich zwischen den Frühabbrechern (Miss) und den *Completern* signifikant mit einer mittleren Effektstärke. Es gab ebenfalls einen signifikanten Gruppenunterschied zwischen Frühabbrechern (Miss) und *Completern* bezüglich der Subskala *Konsequenzen* mit einer mittleren Effektstärke (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: **HBI (Hypersexual Behavior Inventory) und Subskalen der Früh- und Spätabbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern**

	Früh- abbrecher (Miss)		Spät- abbrecher (Miss)		<i>Completer</i>		Stat. Analyse Frühabbrecher (Miss)	Stat. Analyse Spätabbrecher (Miss)
	<i>n</i> ( <i>n</i> *)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i> ( <i>n</i> *)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i> ( <i>n</i> *)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )		
<i>HBI</i>	49 (10)	47.1 (17.5)	50 (3)	50.8 (15.2)	57 (3)	57.5 (15.1)	$t(104) = 3.268$ $p = .001, d = .637$	$t(105) = 2.285$ $p = .024, d = .443$
Subskala 1	49 (10)	16.4 (7.0)	49 (4)	15.7 (6.5)	57 (3)	18.3 (7.4)	$t(104) = 1.353$ $p = .179, d = .264$	$t(104) = 1.895$ $p = .061, d = .369$
Subskala 2	49 (10)	8.3 (4.1)	50 (3)	9.6 (3.9)	57 (3)	10.6 (4.0)	$t(104) = 2.936$ $p = .004, d = .572$	$t(105) = 1.288$ $p = .200, d = .250$
Subskala 3	49 (10)	22.4 (9.2)	50 (3)	25.7 (7.6)	57 (3)	28.5 (6.5)	$t(104) = 3.973$ $p < .001, d = .774$	$t(105) = 2.056$ $p = .042, d = .398$

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Frühabbrecher (Miss), Spätabbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen;

*Completer* = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

Subskala 1 = *Coping*, Subskala 2 = *Konsequenzen*, Subskala 3 = *Kontrolle*.

*M* = Mittelwert; (*SD*) = Standardabweichung (in Klammern gesetzt).

Messzeitpunkt T0; T0 = zum Zeitpunkt der Diagnostik;  $t(df)$  = t-Test für unabhängige Stichproben mit Freiheitsgrad *df*;  $p$  = Asymptotische Signifikanz (2-seitig);

$d$  = Effektstärke Cohens  $d$ ; (*n*\*) = fehlende Werte (in Klammern gesetzt).

**Spätabbrecher (Miss) im Vergleich zu Completern:** Die Auswertung des Fragebogens *HBI* zeigte, dass 48.0 % der Spätabbrecher (Miss) und 61.4 % der *Completer* den *Cut-off-Wert* von  $\geq 53$  überschritten. Es gab keinen signifikanten Gruppenunterschied.

Spätabbrecher (Miss) waren im Mittel bezüglich des hypersexuellen Erlebens und Verhaltens weniger belastet als *Completer*. Es ergab sich ein signifikanter Gruppenunterschied mit einer kleinen Effektstärke.

Zudem zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied (Spätabbrecher (Miss) und *Completer*) bezüglich der Subskala *Kontrolle* mit einer geringen Effektstärke.

## Gruppenerleben und therapeutische Beziehung

Überprüfung der Annahme (2 e):

„Frühabbrecher (Miss) und *Completer* sowie Spätabbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich der Einstellung zur Gruppentherapie, des Gruppenzugehörigkeitsgefühls sowie der Beziehung zur Gruppe und zu den Therapeuten.“

### GRQ (Group Readiness Questionnaire)

Die Auswertung des Fragebogens GRQ ergab einen signifikanten Gruppenunterschied mit einer mittleren Effektstärke bei der Subskala *Erwartung* (Subskala 2) ausschließlich zwischen Frühabbrechern (Miss) und *Completern* (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: **GRQ (Group Readiness Questionnaire) und Subskalen der Früh- und Spätabbrecher (Miss) im Vergleich zu *Completern***

	Frühabbrecher (Miss)		Spätabbrecher (Miss)		<i>Completer</i>		Stat. Analyse Frühabbrecher (Miss)	Stat. Analyse Spätabbrecher (Miss)
	<i>n</i> ( <i>n</i> *)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i> ( <i>n</i> *)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )	<i>n</i> ( <i>n</i> *)	<i>M</i> ( <i>SD</i> )		
GRQ	47 (12)	53.6 (9.2)	49 (4)	51.9 (8.9)	56 (4)	50.2 (9.0)	$t(101) = -1.883$ $p = .063, d = -.372$	$t(103) = -0.960$ $p = .339, d = -.188$
Subskala 1	47 (12)	38.3 (8.2)	49 (4)	37.0 (8.5)	56 (4)	35.9 (7.6)	$t(101) = -1.570$ $p = .119, d = -.311$	$t(103) = -0.701$ $p = .485, d = -.137$
Subskala 2	47 (12)	9.2 (2.6)	49 (4)	8.5 (2.5)	56 (4)	7.7 (2.2)	$t(101) = -3.203$ $p = .002, d = -.634$	$t(103) = -1.701$ $p = .092, d = -.333$
Subskala 3	47 (12)	6.0 (1.7)	49 (4)	6.4 (2.1)	56 (4)	6.6 (1.7)	$t(101) = 1.652$ $p = .102, d = .327$	$t(103) = 0.534$ $p = .594, d = .105$

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

Frühabbrecher (Miss), Spätabbrecher (Miss) = Patienten mit Misserfolgsabbrüchen;

*Completer* = Patienten, die die Therapie regulär beendet hatten.

Subskala 1 = *Fähigkeit zur Teilnahme*, Subskala 2 = *Erwartung an die Gruppentherapie*, Subskala 3 = *Problematische soziale Fertigkeit*.

*M* = Mittelwert; (*SD*) = Standardabweichung (in Klammern gesetzt).

Messzeitpunkt T0; T0 = zum Zeitpunkt der Diagnostik;  $t(df)$  = t-Test für unabhängige Stichproben mit Freiheitsgrad *df*;  $p$  = Asymptotische Signifikanz (2-seitig);

$d$  = Effektstärke Cohens  $d$ ; (*n*\*) = fehlende Werte (in Klammern gesetzt).

### Zusammenfassung: Früh- und Spätabbrecher (Miss) im Vergleich zu *Completern*

Der Gruppenunterschied zwischen den Frühabbrechern (Miss) und *Completern* erwies sich bei der Schulbildung mit einer mittleren Effektstärke als signifikant. Bei den Variablen Art der Erwerbstätigkeit, *Non-Offender* und Nutzung von

Missbrauchsmaterialien (*CSAM*) zeigte sich der Gruppenunterschied mit geringen Effektstärken ebenfalls signifikant.

Ferner unterschieden sich die Gruppen Frühabbrecher (*Miss*) und *Completer* bezüglich des *Cut-off*-Wertes des *HBI* signifikant mit einer geringen Effektstärke. Der Gruppenunterschied war im Mittel bezüglich der Hypersexualität signifikant mit einer mittleren Effektstärke. Frühabbrecher (*Miss*) waren diesbezüglich weniger belastet als *Completer*. Die Gruppenunterschiede der *HBI*-Subskalen *Konsequenzen* und *Kontrolle* sowie der Subskala *Erwartung* (an die Nützlichkeit der Gruppenarbeit) des *GRQ* erwiesen sich als signifikant mit mittleren Effektstärken. Auch hier waren Frühabbrecher (*Miss*) weniger belastet als *Completer*.

Der Gruppenunterschied der Spätabbrecher (*Miss*) und der *Completer* war bezüglich des beruflichen Status signifikant mit einer geringen Effektstärke. Spätabbrecher (*Miss*) wiesen eine signifikant höhere Arbeitslosenquote auf als *Completer*, wobei eine kleine Effektstärke vorlag.

Es gab zudem einen signifikanten Gruppenunterschied zwischen Spätabbrechern (*Miss*) und *Completern* in Bezug auf das sexuelle Erleben und Verlangen (*HBI*) mit geringer Effektstärke. Die Gruppe der Spätabbrecher (*Miss*) waren bezüglich des hypersexuellen Erlebens und Verhaltens weniger belastet als *Completer*.

Die Subskala *Kontrolle* des *HBI* war im Gruppenunterschied der Spätabbrecher (*Miss*) und *Completern* signifikant mit geringer Effektstärke, wobei die Gruppe der Spätabbrecher (*Miss*) gleichfalls weniger belastet waren als *Completer*.

### **3.7 Therapeutenmerkmale**

In der Ambulanz des PPD Düsseldorf verfügten in dem Erhebungszeitraum 53 % der Behandler (Psychologen oder Ärzte) über eine sexualmedizinische und sexualtherapeutische Zusatzqualifikation und/oder über eine abgeschlossene psychotherapeutische (verhaltenstherapeutisch und/oder tiefenpsychologisch fundierte) Ausbildung. 42 % waren Psychologen in psychotherapeutischer Ausbildung (PIA) unter Supervision als Co-Therapeuten in den Therapiegruppen tätig. Die Berufserfahrungen bei Arbeitsbeginn in der Ambulanz des PPD Düsseldorf variierten zwischen zwei bis zwanzig Jahren als Psychologen, bzw. psychologische Psychotherapeuten. Bezogen auf das sexualmedizinische Indikationsgebiet, bzw. spezifische Störungsbild der pädophilen Präferenz- und Verhaltensstörungen variierte die Berufserfahrung zu Beginn der Tätigkeit zwischen keiner Vorerfahrung bis acht Jahren. Ein Psychotherapeut und zwei Psychologen brachten rechtspsychologische und forensisch-psychiatrische

Berufserfahrungen ein. Die Behandler waren über die untersuchte Zeitspanne (2014 – 2021) hinweg überwiegend weiblich (68 %) und zu 32 % männlich. Der Altersdurchschnitt betrug 36.9 Jahre (*SD* 10.5), mit einem Minimum von 27 und einem Maximum von 58 Jahren.

### **3.8 Prädiktorvariablen zur Vorhersage der Abbruchwahrscheinlichkeit**

Überprüfung der Fragestellung (9):

**„Lassen sich Prädiktoren für Misserfolgsabbrüche zur frühzeitigen Intervention bestimmen?“**

Nachstehend werden drei logistische Regressionsmodelle zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit berechnet: Abbrecher (Miss) insgesamt sowie Frühabbrecher (Miss) und Spätabbrecher (Miss) gegenüber *Completern*. Zur Ermittlung des Abbruchrisikos wurden diejenigen Prädiktorvariablen hierarchisch in die binär logistische Regression aufgenommen, die bei den inferenzstatistischen Analysen einen signifikanten Gruppenunterschied aufwiesen und/oder eine inhaltliche Relevanz hatten (siehe Kapitel 3.3, 3.5 und 3.7).

Es wurden folgende Prädiktoren hierarchisch eingeschlossen: *HBI*, Bildung, beruflicher Status, Art der Erwerbstätigkeit, Alter, *Non-Offender*, *CSAM lifetime* unauffällig (d.h. in der Vergangenheit keine strafrechtlich relevante Nutzung von Missbrauchsmaterialien), *CSAM T0* Dunkelfeld (d.h., zum Zeitpunkt der Diagnostik/Probatorik justiziell nicht bekannte, strafrechtlich relevante Nutzung von Missbrauchsmaterialien), *GRQ*-Subskala *Erwartung*. Zur Vermeidung von Multikollinearität, wurde aus der Gruppe der *Offendervariablen* jeweils nur ein Prädiktor in die hierarchische Regressionsanalyse aufgenommen und in der nächsten Hierarchiestufe durch einen anderen aus dieser Gruppe ersetzt (siehe Tabelle 20, S. 103 und 104).

Tabelle 20: Hierarchische binär logistische Regression Abbrecher (Miss)

	n (n*)	B	SE	Wald	p	OR	OR (95 % CI)		Omnibus-Test der Modell- koeffizienten Block
							LL	UL	
<u>Modell 1</u>	156 (16)								$\chi^2(1) = 9.729$ $p = .002$
Konstante		2.344	.630	13.849	<.001	10.427			
HBI		-.636	.211	9.050	<b>.003</b>	0.529	0.350	0.801	
<u>Modell 2</u>	149 (23)								$\chi^2(2) = 6.328$ $p = .042$
Konstante		1.757	.661	7.064	.008	5.793			
HBI		-.541	.218	6.176	<b>.013</b>	.582	.380	.892	
Bildung (2)		1.150	.485	5.614	<b>.018</b>	3.159	1.220	8.181	
<u>Modell 3</u>	125 (47)								$\chi^2(1) = 2.299$ $p = .129$
Konstante		1.840	.759	5.869	.015	6.294			
HBI		-.614	.246	6.201	<b>.013</b>	.541	.334	.878	
Bildung (2)		1.079	.547	3.891	<b>.049</b>	2.942	1.007	8.596	
Beruflicher Status		.955	.659	2.098	.148	2.599	.714	9.463	
<u>Modell 4</u>	125 (47)								$\chi^2(2) = 2.378$ $p = .305$
Konstante		2.032	.825	6.060	.014	7.629			
HBI		-.665	.251	7.043	<b>.008</b>	.514	.315	.840	
Bildung (2)		1.193	.612	3.800	.051	3.297	.994	10.941	
Art der Erwerbs- tätigkeit(2)		-.401	.517	.603	.437	.669	.243	1.843	
<u>Modell 5</u>	149 (23)								$\chi^2(1) = 9.152$ $p = .002$
Konstante		3.544	.935	14.358	<.001	34.592			
HBI		-.555	.223	6.186	<b>.013</b>	.574	.371	.889	
Bildung (2)		1.478	.519	8.116	<b>.004</b>	4.384	1.586	12.119	
Alter		-.047	.016	8.481	<b>.004</b>	.954	.924	.985	
<u>Modell 6</u>	149 (23)								$\chi^2(1) = 3.569$ $p = .059$
Konstante		3.236	.940	11.839	<.001	25.428			
HBI		-.503	.226	4.944	<b>.026</b>	.605	.388	.942	
Bildung (2)		1.487	.521	8.147	<b>.004</b>	4.425	1.594	12.288	
Alter		-.046	.016	7.767	<b>.005</b>	.955	.925	.987	
Non Offender		1.365	.810	2.840	.092	3.915	.800	19.146	
<u>Modell 7</u>	149 (23)								$\chi^2(1) = 3.382$ $p = .066$
Konstante		3.245	.942	11.865	<.001	25.656			
HBI		-.478	.227	4.449	<b>.035</b>	.620	.397	.967	
Bildung (2)		1.411	.525	7.219	<b>.007</b>	4.101	1.465	11.478	
Alter		-.048	.016	8.702	<b>.003</b>	.953	.923	.984	
CSAM <i>lifetime/</i> unauffällig		.991	.568	3.045	.081	2.694	.885	8.203	
<u>Modell 8</u>	149 (23)								$\chi^2(1) = 0.954$ $p = .329$
Konstante		3.722	.959	15.062	<.001	41.333			
HBI		-.493	.231	4.541	<b>.033</b>	.611	.388	.961	
Bildung (2)		1.437	.521	7.601	<b>.006</b>	4.207	1.515	11.684	
Alter		-.049	.016	8.862	<b>.003</b>	.952	.922	.984	
CSAM T0 Dunkelfeld		-.415	.428	.941	.332	.660	.285	1.528	

Tabelle 20 (Fortsetzung): **Hierarchische binär logistische Regression Abbrecher (Miss)**

	<i>n</i> ( <i>n</i> <sup>*</sup> )	<i>B</i>	<i>SE</i>	Wald	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i> (95 % <i>CI</i> )		Omnibus-Test der Modell- koeffizienten Block
							<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<b>Modell 9</b>	145 (27)								$\chi^2(1) = 4.436$ $p = .035$
Konstante		1.576	1.320	1.425	.233	4.835			
<i>HBI</i>		-.534	.241	4.921	<b>.027</b>	.586	.366	.940	
Bildung (2)		1.449	.520	7.774	<b>.005</b>	4.261	1.538	11.803	
Alter		-.036	.017	4.446	<b>.035</b>	.965	.933	.997	
<i>GRQ</i>									
Sub <i>Erwartung</i>		.173	.085	4.112	<b>.043</b>	1.188	1.006	1.404	

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

(*n*<sup>\*</sup>) = fehlende Werte (in Klammern gesetzt); *df* (Freiheitsgrad) = 1 für alle Wald-Statistiken; *B* = Regressionskoeffizient; *SE* = Standardfehler; *p* = Signifikanzwert; *OR* = *Odds Ratio* mit 95%-Konfidenzintervall (*CI*); *LL* = *Lower Limit* (untere Grenze); *UL* = *Upper Limit* (obere Grenze).

Codierung: Abbrecher (Miss) = 1, *Completer* = 0; Bildung *Dummy*-kodiert (Gymnasium (Ref.), Realschule (1), Hauptschule (2)); Art d. Erwerbstätigkeit *Dummy*-kodiert (Akademiker (Ref.), ungelernete Tätigkeit (1), Ausbildungsberuf (2)); Beruflicher Status = arbeitslos (0), erwerbstätig (1).

*Non-Offender* = Patienten ohne Deliktbelastung; *CSAM* = Nutzer von Kindesmissbrauchsmaterialien; *lifetime* = in der Vergangenheit; Einsatz zum Messzeitpunkt T0 = zur Diagnostik; unauffällig = keine Nutzung von Missbrauchsmaterialien; *HBI* = Index für hypersexuelles Erleben und Verhalten; *GRQ* = Einstellung zu Gruppenarbeit; Sub = Subskala.

Omnibus-Test Block = zeigt die Verbesserung zum Vormodell, ist  $p < .05$ , hat das Hinzufügen des Modells die Anpassung signifikant verbessert.

Multikollinearität: *VIF* (*Variance Inflation Factor*) der Prädiktoren zwischen 1.026 und 1.067: kein Hinweis auf Multikollinearität ( $VIF < 5$ ); Vorhersagegenauigkeit: *AUC* (*Area under the Curve*) = .741 (als akzeptabel gelten Werte zwischen 0.7 - 0.8).

## Vorhersagemodell für Misserfolgsabbruch

Das binär logistische Regressionsmodell erwies sich als signifikant ( $\chi^2(5) = 26.08$ ,  $p < .001$ ) mit einer Varianzaufklärung von Nagelkerkes  $R^2 = .224$ . Es dient somit als taugliches Vorhersagemodell für einen Therapieabbruch in diesem Indikationsgebiet. Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation betrug 68.3 %, mit einer Sensitivität von 80.0 % und einer Spezifität von 49.1 % (*Cut-off* .5). Nach Ermittlung des optimalen Schwellenwertes änderte sich der *Cut-off* auf .68, die Sensitivität auf 61.1 %, die Spezifität auf 80.0 %, der Gesamtprozentsatz blieb bei 68.3 %.

Unter Kontrolle des beruflichen Status, der Art der Erwerbstätigkeit und der Prädiktoren *Non-Offender*, *CSAM lifetime*/unauffällig und *CSAM T0* Dunkelfeld erwiesen sich der *HBI*, die Bildung, das Alter und die Subskala *Erwartung* des *GRQ* als signifikante Prädiktoren für die Unterscheidung in Abbrecher (Miss) und *Completer*.

Die Prädiktoren (andere Delikte *lifetime*, beruflicher Status, *CSAM* (T0), *CSAM lifetime*, Vorstrafen wegen des strafrechtlich relevanten Umgangs mit Missbrauchsmaterialien),

die nach Einschluss in die Regressionsanalyse keinen signifikanten Beitrag zur Verbesserung der Vorhersage geleistet hatten, wurden entfernt (siehe Tabelle 20).

**Zusammenfassend** lässt sich zeigen, dass sich als Prädiktoren das Alter, die Bildung, der *HBI*-Wert und die Subskala des *GRQ Erwartung* erwiesen haben, mit denen eine Vorhersage für Therapieabbruch getroffen werden kann. Hier sei, wie auch in Kapitel 2.3.2 und 2.3.3 beschrieben, auf die Codierung der Prädiktoren Bildung (ein höherer Wert bedeutet eine geringere Bildung, siehe Legende zu Tabelle 20) und *GRQ Erwartung* (ein höherer Wert bedeutet eine geringere Erwartung) verwiesen.

Hieraus geht hervor, dass ein Abbruch begünstigt wird, wenn der Patient jünger und der Bildungsgrad geringer ist, ferner ein schwächeres Ausmaß der Hypersexualität vorliegt und die Werte der Subskala des *GRQ Erwartung* eine geringe Erwartungshaltung des Patienten bezüglich der Nützlichkeit der Gruppenarbeit ausdrücken (siehe Tabelle 20).

### **Vorhersagemodell für Frühabbruch (Miss)**

In einem weiteren Schritt wurden analog zur Vorgehensweise bei der Regressionsanalyse des Abbruchrisikos der Abbrecher (Miss) auch hier diejenigen Prädiktorvariablen hierarchisch in die binär logistische Regression aufgenommen, die bei den Mittelwertvergleichen einen signifikanten Unterschied zwischen Frühabbrechern (Miss) und *Completern* aufwiesen und/oder eine inhaltliche Relevanz hatten (siehe Kapitel 3.7).

Das binär logistische Regressionsmodell erwies sich als signifikant ( $\chi^2(5) = 35.44, p < .001$ ) mit einer Varianzaufklärung von Nagelkerkes  $R^2 = .399$ . Es dient als Vorhersagemodell für Frühabbruch (Miss). Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation betrug 79.0 %, mit einer Sensitivität von 71.1 % und einer Spezifität von 85.5 %. Um die Auftretenswahrscheinlichkeit exakt zu ermitteln, wurde ein optimaler Schwellenwert (*Cut-off-Wert*) bestimmt, der allerdings mit .51 dicht am voreingestellten Schwellenwert von .50 lag, sodass auf eine weitere Betrachtung verzichtet wurde.

Unter Kontrolle der Prädiktoren Art der Erwerbstätigkeit und *CSAM T0 Dunkelfeld* erwiesen sich der *HBI*, die Bildung, die Subskala *Erwartung* des *GRQ* und der Prädiktor *Non-Offender* als signifikante Prädiktoren für die Unterscheidung in Frühabbrecher (Miss) und *Completer* (siehe Tabelle 21, S. 106 und 107).

Tabelle 21: Hierarchische binär logistische Regression Frühabbrecher (Miss)

	<i>n</i> ( <i>n</i> *)	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i> (95 % <i>CI</i> )		Omnibus-Test der Modell- koeffizienten Block
							<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<u>Modell 1</u>	106 (13)								$\chi^2(1) = 10.610$ $p = .001$
Konstante		1.954	.710	7.562	.006	7.054			
<i>HBI</i>		-.764	.250	9.368	<b>.002</b>	.466	.286	.760	
<u>Modell 2</u>	103 (16)								$\chi^2(2) = 6.722$ $p = .035$
Konstante		1.313	.792	2.750	.097	3.717			
<i>HBI</i>		-.664	.264	6.337	<b>.012</b>	.515	.307	.863	
Bildung (2)		1.352	.547	6.103	<b>.013</b>	3.864	1.322	11.293	
<u>Modell 3</u>	85 (34)								$\chi^2(1) = 0.890$ $p = .766$
Konstante		.963	1.344	.514	.474	2.621			
<i>HBI</i>		-.807	.308	6.856	<b>.009</b>	.446	.244	.816	
Bildung (2)		1.839	.826	4.953	<b>.026</b>	6.293	1.246	31.795	
Art der Erwerbstätigkeit		.164	.550	.089	.766	1.178	.401	3.465	
<u>Modell 4</u>	100 (19)								$\chi^2(1) = 8.578$ $p = .003$
Konstante		-1.227	1.322	.862	.353	.293			
<i>HBI</i>		-.664	.301	4.864	<b>.027</b>	.515	.286	.929	
Bildung (2)		1.612	.593	7.395	<b>.007</b>	5.013	1.569	16.022	
<i>GRQ</i> Sub Erwartung		.288	.106	7.364	<b>.007</b>	1.334	1.083	1.642	
<u>Modell 5</u>	100 (19)								$\chi^2(1) = 9.852$ $p = .002$
Konstante		-1.451	1.377	1.111	.292	.234			
<i>HBI</i>		-.646	.319	4.091	<b>.043</b>	.524	.280	.980	
Bildung (2)		1.790	.616	8.456	<b>.004</b>	5.988	1.792	20.009	
<i>GRQ</i> Sub Erwartung		.277	.110	6.379	<b>.012</b>	1.319	1.064	1.636	
<i>Non Offender</i>		2.384	.871	7.492	<b>.006</b>	10.843	1.968	59.760	

Tabelle 21 (Fortsetzung): **Hierarchische binär logistische Regression Frühabbrecher (Miss)**

	<i>n</i> ( <i>n</i> <sup>*</sup> )	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i> (95 % <i>CI</i> )		Omnibus-Test der Modell- koeffizienten Block
							<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<b>Modell 6</b>	100 (19)								$\chi^2(1) = 1.982$ <i>p</i> = .159
Konstante		-1.206	1.327	.826	.363	.299			
<i>HBI</i>		-.501	.320	2.451	.117	.606	.324	1.135	
Bildung (2) <i>GRQ</i> Sub		1.521	.599	6.450	<b>.011</b>	4.576	1.415	14.799	
Erwartung <i>CSAM</i> T0		.291	.107	7.474	<b>.006</b>	1.338	1.086	1.649	
Dunkelfeld		-.728	.517	1.979	.159	.483	.175	1.331	

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

(*n*<sup>\*</sup>) = fehlende Werte (in Klammern gesetzt); *df* (Freiheitsgrad) = 1 für alle Wald-Statistiken; *B* = Regressionskoeffizient; *SE* = Standardfehler; *p* = Signifikanzwert; *OR* = *Odds Ratio* mit 95%-Konfidenzintervall (*CI*); *LL* = *Lower Limit* (untere Grenze); *UL* = *Upper Limit* (obere Grenze).

Codierung: Abbrecher (Miss) = 1, *Completer* = 0; Bildung *Dummy*-kodiert (Gymnasium (Ref.), Realschule (1), Hauptschule (2)); Art der Erwerbstätigkeit *Dummy*-kodiert (Akademiker (Ref.), ungelernete Tätigkeit (1), Ausbildungsberuf (2)); beruflicher Status = arbeitslos (0), erwerbstätig (1).

*Non-Offender* = Patienten ohne Deliktbelastung; *lifetime* = in der Vergangenheit; Einsatz zum Messzeitpunkt T0 = zur Diagnostik; *CSAM* = *Child Sexual Abuse Material*; unauffällig = keine Nutzung von Missbrauchsmaterialien; *HBI* = Index für hypersexuelles Erleben und Verhalten; *GRQ* = Einstellung zu Gruppenarbeit; Sub = Subskala.

Omnibus-Test Block = zeigt die Verbesserung zum Vormodell, ist *p* < .05, hat das Hinzufügen des Modells die Anpassung signifikant verbessert.

Multikollinearität: *VIF* (*Variance Inflation Factor*) der Prädiktoren zwischen 1.041 und 1.251: kein Hinweis auf Multikollinearität (*VIF* < 5); Vorhersagegenauigkeit: *AUC* (*Area under the Curve*) = .814 (als sehr gut gelten Werte zwischen 0.8 - 0.9).

Grau unterlegte Fläche = kennzeichnet das ausgewählte Vorhersagemodell.

Die Prädiktoren, die nach Einschluss in die Regressionsanalyse keinen signifikanten Beitrag zur Verbesserung der Vorhersage geleistet hatten (Art der Erwerbstätigkeit, *CSAM* T0 Dunkelfeld) wurden entfernt (siehe Tabelle 21).

**Zusammenfassend** lässt sich zeigen, dass die Prädiktoren *HBI*, Bildung, die *GRQ* Subskala *Erwartung* und *Non-Offender* eine signifikante Vorhersage des Frühabbruchs (Miss) ermöglichen.

Ein Abbruch wird wahrscheinlicher, je geringer die Belastung durch Hypersexualität, je geringer der Bildungsgrad und je geringer die Erwartung an die Nützlichkeit der Gruppentherapie ist und ferner beim Patienten keine Deliktbelastung vorliegt.

## Vorhersagemodell für Spätabbruch (Miss)

Schließlich wurden analog zur Vorgehensweise bei der Regressionsanalyse des Abbruchrisikos der Abbrecher (Miss) insgesamt und der Frühabbrecher (Miss) auch hier diejenigen Prädiktorvariablen hierarchisch in die binär logistische Regression aufgenommen, die bei den Mittelwertvergleichen einen signifikanten Unterschied zwischen Spätabbrechern (Miss) und *Completern* aufwiesen und/oder eine inhaltliche Relevanz hatten (siehe Kapitel 3.7). Es wurden folgende Prädiktoren hierarchisch eingeschlossen: *HBI*, beruflicher Status und das Alter (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Hierarchische binär logistische Regression Spätabbrecher (Miss)

	<i>n</i> ( <i>n</i> <sup>*</sup> )	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i> (95 % <i>CI</i> )		Omnibus-Test der Modell- koeffizienten Block
<b>Modell 1</b>	107 (6)								$\chi^2(1) = 4.498$ <i>p</i> = <b>.034</b>
Konstante		1.428	.778	3.366	.067	4.169			
<i>HBI</i>		-.542	.263	4.258	<b>.039</b>	.582	.348	.973	
<b>Modell 2</b>	95 (18)								$\chi^2(1) = 4.344$ <i>p</i> = <b>.037</b>
Konstante		2.879	1.129	6.498	<b>.011</b>	17.795			
<i>HBI</i>		-.634	.295	4.613	<b>.032</b>	.531	.298	.946	
Beruflicher Status erwerbstätig/ arbeitslos		-1.306	.660	3.921	<b>.048</b>	.271	.074	.987	
<b>Modell 3</b>	95 (18)								$\chi^2(1) = 1.158$ <i>p</i> = .282
Konstante		3.600	1.345	7.161	.007	36.605			
<i>HBI</i>		-.634	.298	4.535	<b>.033</b>	.531	.296	.951	
Beruflicher Status erwerbstätig/ arbeitslos		-1.173	.673	3.035	.081	.309	.083	1.158	
Alter		-.022	.020	1.140	.286	.978	.940	1.018	

Legende: Stichprobe der Ambulanz des PPD Düsseldorf (2014 – 2021).

(*n*<sup>\*</sup>) = fehlende Werte (in Klammern gesetzt); *df* (Freiheitsgrad) = 1 für alle Wald-Statistiken; *B* = Regressionskoeffizient; *SE* = Standardfehler; *p* = Signifikanzwert; *OR* = *Odds Ratio* mit 95%-Konfidenzintervall (*CI*); *LL* = *Lower Limit* (untere Grenze); *UL* = *Upper Limit* (obere Grenze).  
Codierung: Abbrecher (Miss) = 1, *Completer* = 0; Beruflicher Status = arbeitslos (0), erwerbstätig (1).

*HBI* = Index für hypersexuelles Erleben und Verhalten.

Omnibus-Test Block = zeigt die Verbesserung zum Vormodell, ist *p* < .05, hat das Hinzufügen des Modells die Anpassung signifikant verbessert.

Multikollinearität: *VIF* (*Variance Inflation Factor*) der Prädiktoren 1.000: kein Hinweis auf Multikollinearität (*VIF* < 5); Vorhersagegenauigkeit: *AUC* (*Area under the Curve*) = .678 (als schwach gelten Werte zwischen 0.6 und 0.7).

Grau unterlegte Fläche = kennzeichnet das ausgewählte Vorhersagemodell.

Das binär logistische Regressionsmodell zur Vorhersage des Abbruchrisikos der Spätabbrecher (Miss) erwies sich als signifikant ( $\chi^2(2) = 8.90, p = .012$ ) mit einer Varianzaufklärung von Nagelkerkes  $R^2 = .119$ . Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation betrug 63.2 %, mit einer Sensitivität von 53.3 % und einer Spezifität von 72.0 % (*Cut-off* .5). Nach Anpassung des *Cut-off*-Wertes änderte sich dieser auf .47, die Sensitivität auf 57.8 %, die Spezifität auf 72.0 %, der Gesamtprozentsatz auf 65.3 %. Unter Kontrolle des Alters erwiesen sich der *HBI* und der berufliche Status (erwerbstätig/arbeitslos) als signifikante Prädiktoren für die Unterscheidung in Spätabbrecher (Miss) und *Completer* (siehe Tabelle 22).

**Zusammenfassend** zeigte sich, dass die Prädiktoren des *HBI*-Wertes und des beruflichen Status eine signifikante Vorhersage eines Spätabbruchs (Miss) ermöglichen. Ein Abbruch wird wahrscheinlicher bei Arbeitslosigkeit und einer geringeren Belastung durch Hypersexualität.

### **Zusammenfassung der Vorhersagemodelle für Misserfolgsabbruch sowie für Früh- und Spätabbruch (Miss)**

In der vorliegenden Studie wurde gefunden, dass das Alter (jünger) und der Bildungsgrad (weniger gebildet) das Risiko für eine vorzeitige Beendigung der Therapie erhöhten. Den Ergebnissen der vorliegenden Regressionsanalysen zufolge kann festgestellt werden, dass mit jedem zusätzlichen Lebensjahr das Risiko für einen Abbruch um 3.5 % sinkt und die Hauptschüler ein 4.3-faches Abbruchrisiko im Vergleich zu den Abiturienten (ref.) haben. Steigt der Hypersexualitäts-Wert um eine Einheit, sinkt das Abbruchrisiko um 41.4 %. Wenn der *GRQ*-Wert (Erwartungshaltung/Nützlichkeit der Gruppentherapie) um eine Einheit steigt, erhöht sich das Risiko für Therapieabbruch um 19 % (ein höherer Wert bedeutet eine geringere Erwartung).

Die Gruppenvergleiche zwischen Frühabbrechern (Miss) und *Completern* sowie zwischen Spätabbrechern (Miss) und *Completern* zeigten folgende Unterschiede: Frühabbrecher (Miss) waren weniger gebildet, hatten einen geringeren Hypersexualitätswert als *Completer* und zeigten eine negative Einstellung bezüglich der Gruppentherapie. Das Risiko für Frühabbruch (Miss) ist bei Hauptschülern um das sechsfache höher als bei Abiturienten. Steigt der *HBI*-Wert um eine Einheit, sinkt das Risiko für Frühabbruch (Miss) um 47.0 %. Ferner steigt das Abbruchrisiko um 32.0 %, wenn der *GRQ*-Wert um eine Einheit steigt. Bei Frühabbrechern (Miss), die in der Vergangenheit keine Deliktbelastung aufwiesen (*Non-Offender*), steigt das frühe Abbruchrisiko um das 11-fache.

Arbeitslosigkeit erhöhte das Abbruchrisiko um 72.9 % bei Spätabbrechern (Miss). Wenn der *HBI*-Wert um eine Einheit steigt, sinkt das Risiko für Spätabbruch (Miss) um 47.0 %. Es gab keine weiteren signifikanten Gruppenunterschiede zwischen Spätabbrechern (Miss) und *Completern*.

Auf dieser Grundlage kann bei der Identifikation von Frühindikatoren eine Abbruchwahrscheinlichkeit ermittelt werden, um auf abbruchgefährdete Patienten frühzeitig therapeutisch gezielt eingehen zu können.

## 4 Diskussion

In diesem Kapitel werden wesentliche Ergebnisse der vorliegenden Arbeit im Hinblick auf die in Kapitel 1.10 gestellten Fragestellungen und Annahmen zusammengeführt und in den Kontext von Forschungsergebnissen zu Therapieabbrüchen in der Psychotherapie sowie klinischen Beobachtungen aus der therapeutischen Arbeit eingeordnet (siehe Kapitel 4.1). Weiter werden Schlussfolgerungen für die klinische Arbeit (siehe Kapitel 4.2) allgemein und speziell für die Arbeit mit Patienten in der Ambulanz des PPD Düsseldorf gezogen.

Anschließend werden Limitationen der Studie kritisch betrachtet (siehe Kapitel 4.3.1) und Implikationen der Studie benannt (siehe Kapitel 4.3.2) sowie zum Abschluss Ideen für weiterführende Forschung entwickelt (siehe Kapitel 4.4).

Die vorliegende Untersuchung ist als Pilotstudie zu verstehen, die sich zum Ziel setzte, erste Hypothesen über Ursachen zu generieren, die zu einem Therapieabbruch im ambulanten Setting der präventiven Arbeit mit pädophilen/hebephilen Menschen im Dunkelfeld führen könnten (siehe Kapitel 1.9.1). Daher werden alle Erkenntnisse über Prädiktorvariablen aufgrund der geringen Fallzahl als Trend gesehen, die in weiteren, prospektiv angelegten Untersuchungen mit einer größeren Kohorte zu überprüfen sind, um eine größere Teststärke zu erzielen (siehe Kapitel 4.4).

### 4.1 Einordnung der Ergebnisse

Zur Vermeidung von Redundanzen und zur besseren Lesbarkeit werden Ergebnisse der vorliegenden Arbeit im Folgenden komprimiert dargestellt und diskutiert. Für eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse (wie Prozentangaben, signifikante Gruppenunterschiede und Effektstärken) in Bezug auf die ursprünglichen Fragestellungen und Annahmen wird auf Kapitel 3 verwiesen.

#### Abbruchrate

Einordnung der Fragestellung (1):

**„Wie hoch ist der Anteil der Patienten, die die Therapie abbrachen?“**

Insgesamt haben 43.3 % der Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten ( $n = 483$ ) die Therapie in der Ambulanz des PPD Düsseldorf vorzeitig abgebrochen.

Diese Abbruchquote reiht sich in das Bild der in der wissenschaftlichen Literatur genannten Abbruchraten ein. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der vorliegenden

Studie und der wissenschaftlichen Literatur ist aufgrund der Heterogenität der untersuchten Störungsbilder jedoch begrenzt.

Studien zeigten für Deutschland eine Abbruchquote von 38 % für ambulante Therapien (Altmann et al., 2014), mit Abbruchquoten im Dunkel- und Hellfeld von 34.9 % – 50.0 % (Nentzl und Scherner, 2021; Laroche et al., 2011).

Auch aufgrund des in Kapitel 1.2 und 1.3 aufgezeigten mangelnden Konsens der Abbruchdefinitionen und damit auch der mangelnden Vergleichbarkeit der berichteten Abbruchraten ist es nicht möglich, die hier erfasste Abbruchquote sinnvoll im Kontext der vorliegenden Literatur zu betrachten. Dies zeigt sich deutlich am Beispiel von Abbrüchen innerhalb der Probatorik. Bei diesen wird in der wissenschaftlichen Literatur üblicherweise von einem „Nicht-zustande-Kommen der Therapie“ gesprochen (Altmann et al., 2014) anstatt von einem Therapieabbruch.

Die Diagnostik/Probatorik wurde in der vorliegenden Studie als therapeutische Intervention klassifiziert, da sie im Kontext der Ambulanz des PPD Düsseldorf aufgrund des sexualmedizinischen Schwerpunkts deutlich komplexer ist als in anderen therapeutischen Kontexten. Eine patientenseitige Beendigung des Prozesses in dieser Phase wurde daher als Therapieabbruch definiert. In diesen Anamnesegesprächen äußerten sich Patienten unter Umständen erstmalig über ihre Sexualität und bereits früh konnte dies bei den Patienten Emotionen wie Angst und Scham auslösen. Dies stellte Therapeuten vor die Aufgabe, bereits zu diesem Zeitpunkt eine vertrauensvolle Therapeut-Patienten-Beziehung aufzubauen, ohne den Patienten zu überfordern. Dies zeigt die Relevanz und Notwendigkeit des Einsatzes von erfahrenen Therapeuten in dieser kritischen Phase, um Frühabbruch so weit wie möglich zu vermeiden.

### **Abbruchkategorien: Häufigkeiten, Hintergründe und Zeitpunkte**

Einordnung der Fragestellung (2):

**„Wie ist die prozentuale Verteilung der Abbrüche auf die drei Kategorien Erfolgsabbruch, erfolgsneutraler Abbruch und Misserfolgsabbruch?“**

In Anlehnung an Cinkaya (2016) wurden die in der vorliegenden Arbeit identifizierten Abbruchgründe nach Erfolgsabbrüchen, erfolgsneutralen Abbrüchen und Misserfolgsabbrüchen klassifiziert (siehe Kapitel 1.5).

## **Erfolgsabbrüche**

Die Ergebnisse zeigten, dass bei 3.9 % der Patienten kein Bedarf an einer Weiterführung der Therapie bestand. Diese Abbrüche wurden mit einer vorzeitigen Besserung und einem reduzierten Leidensdruck begründet.

## **Erfolgsneutrale Abbrüche**

16.1 % der Patienten hatten nach der Diagnostik / Probatorik den selbstgewählten Abbruch kommuniziert und einen persönlichen äußeren Beweggrund genannt.

Häufig wurde die geografische Entfernung zwischen Wohnort des Patienten und Ambulanz des PPD Düsseldorf und der damit verbundene hohe zeitliche Aufwand, zur Ambulanz zu gelangen, als Hinderungsgrund für eine wöchentliche Teilnahme an der Gruppentherapie genannt. Die Düsseldorfer Ambulanz des PPD ist die einzige Anlaufstelle in Nordrhein-Westfalen. Daher ist das Einzugsgebiet flächenmäßig sehr groß. Es wurde ermittelt, dass Abbrecher (Miss) im Mittel eine höhere Wegstrecke zwischen ihrem Wohnort und der Ambulanz zurückzulegen hatten als *Completer*, allerdings war dieser Gruppenunterschied nicht signifikant.

Patienten informierten zudem die Therapeuten darüber, die Behandlung aus zeitlichen, beruflichen Gründen oder aufgrund eines Umzuges beenden zu müssen. Es ist nicht auszuschließen, dass Patienten den Abbruchgrund als Vorwand nahmen, sich inhaltlich nicht weiter mit der Therapie auseinandersetzen zu müssen. Seiffge-Krenke und Cinkaya (2017) wiesen darauf hin, dass durchaus auch erfolgsneutrale Abbrecher „tiefer gehende Probleme verbergen können“. Nach Ansicht der Autorinnen könnte z.B. eine „Flucht in die Gesundheit und eine Flucht durch Ortswechsel“ zugrunde liegen, die grundsätzlich eine „tiefere Meinungsverschiedenheit, ein tieferes Misstrauen“ überdecken könne (Seiffge-Krenke und Cinkaya, 2017, S. 10).

Andererseits informierten arbeitsuchende Patienten die Therapeuten, dass regelmäßig zusätzlich anfallende Kosten für Benzin oder Zugtickets nicht über einen längeren Zeitraum aufgebracht werden könnten (beispielsweise berichtete ein Teilnehmer davon „30 Euro für Regionalzüge pro Wegstrecke, jede Woche über Jahre“ nicht aufbringen zu können). In der vorliegenden Studie wurde zudem gefunden, dass Abbrecher häufiger arbeitslos waren als *Completer*, so dass finanzielle Abbruchgründe vor diesem Hintergrund nachvollziehbar erschienen. Staatliche finanzielle Unterstützung sei abgelehnt worden oder die Beantragung sei aus Gründen der bevorzugten Anonymität nicht in Erwägung gezogen worden. Ferner wurde gehäuft von Patienten berichtet, dass sie im Schichtdienst arbeiteten, der eine kontinuierliche Teilnahme an wöchentlichen

Sitzungen erschwere. Diese Patienten wünschten sich eine wohnortnahe Anbindung an einen niedergelassenen Therapeuten.

### **Misserfolgsabbrüche**

Beier (1998) fand, dass das Rückfallrisiko für Neigungstäter (d.h. das Vorhandensein einer pädophilen Veranlagung) im Helffeld größer als bei Ersatzhandlungstätern sei. Vor diesem Hintergrund ist es essenziell, sich mit jenen Patienten zu befassen, die aufgrund behandlungsbedingter Schwierigkeiten die Therapie abbrachen. Diese Patientengruppe stellt in der vorliegenden Arbeit den größten Anteil derjenigen Patienten (23.2 %) dar, die nicht mehr zur vereinbarten Sitzung erschienen sind. In Anlehnung an Cinkaya (2016) umfasste diese Kategorie alle Abbrüche, die "auf einen ungünstigen Therapieverlauf hinweisen und in Zusammenhang mit einer Unzufriedenheit von Seiten des Therapeuten und/oder des Patienten mit dem Verlauf der Therapie" standen (Cinkaya, 2016, S. 170).

In der vorliegenden Studie gaben lediglich 4.5 % der Patienten dieser Gruppe an, eine Zusammenarbeit mit männlichen Therapeuten zu bevorzugen, entsprechende Fachkräfte standen zum Erhebungszeitpunkt jedoch nicht zur Verfügung.

Bei 95.5 % der Patienten hingegen blieben die Motive für den abrupten Therapieabbruch unklar. Sie erschienen ohne Vorankündigung nicht mehr zur vereinbarten Sitzung und reagierten nicht auf Kontaktversuche seitens der Therapeuten.

Es stellt sich die Frage, welche Hintergrundmotivation bei dem Großteil der Patienten, die dieser Kategorie zugeordnet wurden, zu Kontaktabbrüchen geführt haben könnte.

Möglicherweise erfuhr ein Teil dieser Patienten durch korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen durch Modelllernen und Gruppenintegration eine Reduktion des subjektiven Leidensdrucks und damit einhergehend eine Symptomverbesserung. Dieser Überlegung folgend, könnte es sich bei einem Teil dieser Patienten um einen verdeckten Erfolgsabbruch gehandelt haben. Dennoch wurden die Daten aller Patienten, bei denen Informationen zu den Abbruchgründen fehlten, der Gruppe der Misserfolgsabbrüche zugeordnet.

Darüber hinaus ist an eine insgesamt geringe Therapie- bzw. Veränderungsmotivation zu denken. Aus klinischer Erfahrung lässt sich sagen, dass in der Regel die Schwellenangst bei Menschen mit pädophiler Neigung hoch war, sich in der Telefonsprechstunde zu melden. Es wurde in Erstgesprächen häufig deutlich, dass die

Angst vor Ablehnung und Ausgrenzung es verhinderte, Kontakt aufzunehmen und die Personen mehrere Anläufe benötigten, um diesen Schritt zu wagen. Ein Teilnehmer berichtete: „Ich habe schon vor einem Jahr von dem Projekt erfahren und habe es erst heute geschafft, mich zu melden“. Patienten berichteten, für das Telefonscreening aufs Land gefahren zu sein, aus Sorge, von Partnern, Arbeitskollegen oder anderen Personen gehört und „enttarnt“ zu werden. Für die meisten Patienten bedeutete das Sprechen über die eigene Sexualpräferenz ein erstmaliges *Outing* und wurde in der Sexualanamnese im Rahmen der Diagnostik/Probatorik als sehr schamhaft erlebt. So wäre es vorstellbar, dass eine negative Erwartung aversiver Erfahrungen dazu geführt haben könnte, den Kontakt abzubrechen. Ebenso wäre es möglich, dass negative Vorerfahrungen im Kontakt mit Vorbehandlern, die dem Indikationsgebiet pädophiler Störungen nicht offen gegenüberstanden, ebenfalls eine Rolle spielten. Auch ist denkbar, dass es, womöglich vor dem Hintergrund anderer psychischer Störungen, diesem Personenkreis schwerfiel, den Anforderungen vor Terminvergabe eines Diagnostikgesprächs (Probatorik) gerecht zu werden. Diese beinhalteten das Ausfüllen eines ausführlichen Lebensfragebogens, die Zusammenstellung von Vorbefunden sowie die (wegen der Anonymitätsklausel) verschlüsselte Rücksendung der Dokumente.

Bei Neueinstieg in die Gruppentherapie wurde die Sorge benannt, auf Menschen aus derselben Region zu treffen. Dies wurde seitens der Patienten als Risiko eingeschätzt, die Anonymität zu verlieren und als Sorge formuliert, dass hierdurch die wahre Identität des Patienten preisgegeben werde und negative Konsequenzen die Folge sein könnten. Allerdings brachen nur drei Patienten mit dieser Begründung die Therapie ab. Idealerweise kann im Rahmen der Therapie die Beschäftigung mit dieser Sorge als Chance genutzt werden, sich mit dem Thema Akzeptanz der eigenen Präferenz zu beschäftigen, wodurch Patienten in Therapie gehalten werden könnten.

Die in früheren Studien hervorgehobene Bedeutung motivationaler Faktoren deutet auf ihren wesentlichen Einfluss bei Therapieabbrüchen hin (Cinkaya et al., 2011; Barghaan et al., 2005; Lang et al., 2006; Bados et al., 2007).

Eine direkte Analyse der Therapiemotivation war in der vorliegenden Studie aus folgenden Gründen nicht durchführbar: Im Zeitraum 2014 – 2018 wurden in der Ambulanz des PPD Düsseldorf keine Fragebögen zur Therapiemotivation eingesetzt. Erst seit 2018 wurden Skalen eingeführt, die die Therapiemotivation der Patienten im Verlauf der Therapie erfassten. Aufgrund dieser uneinheitlichen Datenerhebung konnten für die gesamte Kohorte ausschließlich klinische Beobachtungen zugrunde gelegt werden, die allerdings keine präzisen Häufigkeitsverteilungen zuließen. Es zeigte sich

dennoch, dass ein Teil der Therapieinteressierten im Erstkontakt fremdmotiviert schienen. In solchen Fällen hatten Lebenspartner oder Familienangehörige Patienten ungewollt *geoutet* (z.B. durch Entdeckung von Bild-/Videomaterial auf dem PC) und drängten unter Androhung des Beziehungsabbruchs zur Therapieaufnahme. Ebenso standen vor Therapiebeginn Angst vor justizieller „Entdeckung“ (Anzeigen oder Hausdurchsuchungen) und die daraus befürchteten negativen Konsequenzen im Vordergrund. In diesen Fällen bestand zu Beginn der Therapie nicht selten eine extrinsische Therapiemotivation und dadurch eine geringere Veränderungsmotivation im Vordergrund. Bei anderen Patienten dagegen stand der Leidensdruck, pädophil zu sein, im Vordergrund.

Es soll daran erinnert werden, dass der Kontaktabbruch nach dem telefonischen Erstkontakt, in dieser Studie theorie- und inhaltlich geleitet, nicht als Therapieabbruch gewertet wurde und daher nicht in die Auswertung einbezogen wurde (siehe Kapitel 2.2.3). Es handelte sich hierbei um etwas mehr als ein Viertel der Kontaktaufnahmen (26.5 %), was vor dem Hintergrund des Störungsbildes der pädophilen Verhaltensstörung (Dissexualität) und einer potenziellen Fremdschädigung Grund genug ist, zu explorieren, wie auch diese Menschen ermutigt werden können, den Kontakt zu halten.

Einordnung der Fragestellung (3):

#### **„Zu welchem Zeitpunkt fanden Therapieabbrüche statt?“**

In der Basisdokumentation der Ambulanz des PPD Düsseldorf wurden die Abbrüche nach Zeitintervallen (Monaten) erhoben. Die drei Kategorien (Erfolgs-, erfolgsneutraler und Misserfolgsabbruch) wurden nicht differenziert erfasst, Daher wird im Folgenden die Gesamtgruppe der Abbrecher dargestellt: 61.4 % der Abbrüche fanden in der Ambulanz des PPD Düsseldorf nach einem bis drei Monaten statt. 28.1 % der Patienten brachen nach vier bis sechs Monaten, 5.0 % nach sieben bis neun Monaten und 5.5 % der Patienten nach 10 bis 15 Monaten die Therapie ab. Nach 15 Monaten gab es keine Abbrüche mehr.

Seiffge-Krenke und Cinkaya (2017) zeigten, dass Abbrüche zumeist während der ersten 10 – 15 Sitzungen stattfanden. Shamir et al. (2010) fanden in ihrer Studie, dass 64 % der Patienten bis zur 10. Sitzung abbrachen.

Die Befunde scheinen ähnlich, sind jedoch nicht direkt vergleichbar, denn in der vorliegenden Studie war es aufgrund mangelnder Basisdaten nicht möglich, zu ermitteln, wieviel Sitzungen in den Zeitintervallen stattfanden. Es lässt sich jedoch eine Tendenz

benennen, die mit den Befunden anderer Studien übereinzustimmen scheint: Ein Abbruch fand vermehrt in der ersten Phase der Therapie statt (siehe Kapitel 3.1). Seiffge-Krenke und Cinkaya (2017) weisen in diesem Zusammenhang auf die Bedeutsamkeit der Anfangsphase der Behandlung hin. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung in der Anfangsphase der Therapie stelle nach Ansicht der Autorinnen eine Voraussetzung für einen positiven Therapieverlauf und eine reguläre Beendigung einer Therapie dar.

### **Soziodemografische und sozioökonomische Merkmale**

Einordnung der Annahme (1 a):

**„Abbrecher (Miss) und Completer unterscheiden sich bezüglich soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale.“**

Die vorliegende Studie fand, dass Abbrecher (Miss) jünger waren, ein geringeres Bildungsniveau (Schulbildung) als *Completer* aufwiesen, häufiger arbeitslos waren und weniger häufig akademische Berufe, hingegen häufiger ungelernte Tätigkeiten ausübten als *Completer*. Dies deckt sich mit Ergebnissen in der wissenschaftlichen Literatur, dass Abbrecher eher jünger waren, eine niedrigere Schulbildung aufwiesen und die Zahl der Arbeitslosen im Vergleich zu der Gruppe der *Completer* größer war (Cinkaya, 2016).

Für die Praxis bedeutet dies, dass es bei Patienten mit einem derartigen soziodemographischen und sozioökonomischen Profil von Anfang an einer besonderen Anstrengung bedarf, um sie in der Therapie zu halten. Welche Ansatzpunkte sich im Therapiealltag anbieten, wird in Kapitel 4.2 detailliert dargestellt.

Einordnung der Annahme (2 a):

**„Frühabbrecher (Miss) und Completer sowie Spätabbrecher (Miss) und Completer unterscheiden sich bezüglich soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale.“**

Das Bildungsniveau bei den Frühabbrechern (Miss) verglichen mit den *Completern* ist deutlich geringer. Es gab einen signifikanten Gruppenunterschied. Dieser Unterschied zeigte sich bei den Spätabbrechern (Miss) im Vergleich zu *Completern* ebenfalls, war allerdings nicht signifikant.

Frühabbrecher (Miss) waren mehr als doppelt so häufig arbeitslos wie *Completer*, allerdings zeigte sich dieser Unterschied nicht signifikant. Noch deutlicher ausgeprägt war dieser Unterschied bei Spätabbrechern (Miss), die verglichen mit *Completern*

dreimal so häufig arbeitslos waren. Dieser Gruppenunterschied erwies sich als signifikant.

Bei den Frühabbrechern (Miss) fanden sich ungelernete Tätigkeiten in mehr als doppelter Häufigkeit im Vergleich zu *Completern*. Es gab einen signifikanten Gruppenunterschied. Spätabbrecher (Miss) übten im Gegensatz zu *Completern* ebenfalls häufiger ungelernete Tätigkeiten aus, allerdings war dieser Gruppenunterschied nicht signifikant.

Insgesamt weisen die oben dargestellten Ergebnisse darauf hin, dass bestimmte soziodemographische und sozioökonomische Merkmale einen Hinweis auf potenziellen Früh- oder Spätabbruch geben können. Menschen mit geringerer Schulbildung haben ein höheres Risiko, die Therapie im Frühstadium abzuberechen, wogegen Arbeitslose erst in den späteren Stadien der Therapie ein erhöhtes Abbruchrisiko aufweisen. In Kapitel 4.2. wird die Relevanz für den klinischen Alltag genauer betrachtet.

Zur besseren Lesbarkeit werden im Folgenden die Fragestellungen und Annahmen, die sich auf Delikttypen beziehen, gemeinsam diskutiert. Sie lauten:

### **Offender-Types**

Einordnung der Fragestellung (4):

**„Welchen Delikthintergründen (*Offender-Types: Non-Offender, CSAM-, CSA-, Mixed-Offender*) sind Abbrecher (Miss) zuzuordnen und wie hoch ist der Anteil der jeweiligen *Offender-Types*?“**

Einordnung der Annahme (1 b):

**„Abbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich der Delikthintergründe (*Offender-Types*), der *hands-off-Delikte (CSAM)* und der *hands-on-Delikte (CSA)*.“**

Einordnung der Annahme (2 b):

**„Frühabbrecher (Miss) und *Completer* sowie Spätabbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich der Delikthintergründe (*Offender-Types*), der *hands-off-Delikte (CSAM)* und der *hands-on-Delikte (CSA)*.“**

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigten, dass die Abbrecher (Miss) im Vergleich zu den *Completern* weniger häufig eine Deliktbelastung aufwiesen.

Die Gruppe der Abbrecher (Miss) konsumierte sowohl zum Messzeitpunkt T0 als auch in der Vergangenheit (d.h. *CSAM lifetime*) weniger Missbrauchsmaterialien (*CSAM*) als die Gruppe der *Completer*.

Frühabbrecher (Miss) zeigten ein deutlich anderes Delikthintergrundprofil als *Completer*. Sie waren fünfmal häufiger *Non-Offender* als *Completer* und gaben auch weniger häufig an, Nutzer von Missbrauchsabbildungen (*CSAM*) zu sein.

Eigenen klinischen Beobachtungen zufolge fanden sich *Non-Offender* ebenso wie *Offender* (*CSAM*, *CSA* und *Mixed-Offender*) mit einem hohen Leidensdruck bezüglich ihrer Präferenz und der damit verbundenen Angst, zum Täter zu werden, in der Ambulanz des PPD Düsseldorf ein. Möglicherweise hatten bei *Non-Offendern* bereits erste Sitzungen im Rahmen der Psychoedukation zu einer akzeptierenden Integration der sexuellen Präferenz ins Selbstbild beigetragen und damit zu einer Symptomverbesserung geführt, die dann einen Therapieabbruch im Sinne eines Erfolgsabbruchs nach sich zog (siehe Diskussion der Fragestellung (2); ebenso Lutz et al., 2009). Da keine Daten über spezifische Gründe des Abbruchs vorlagen, wurden diese der Gruppe der Misserfolgsabbrüche zugeordnet.

Auch der oben erwähnte Befund, dass die Gruppe der Frühabbrecher (Miss) weniger Missbrauchsmaterialien (*CSAM*) als die *Completer* konsumierte, deutet darauf hin, dass der Leidensdruck auf Seiten der *Completer* größer war und eine erhöhte Therapiemotivation bewirkte.

Spätabbrecher (Miss) unterschieden sich nur geringfügig von den *Completern* hinsichtlich der Delikthintergründe: *Non-Offender* und *CSA*. Sowohl Spätabbrecher (Miss) als auch *Completer* zeigten eine ähnliche Nutzungshäufigkeit von Kindesmissbrauchsmaterialien (*CSAM*). Ähnlich wie *Completer* wiesen möglicherweise auch Spätabbrecher (Miss) aufgrund eines erhöhten Leidensdrucks zu Therapiebeginn eine erhöhte Therapiemotivation auf.

## **Vorstrafen**

Einordnung der Fragestellung (5):

**„Beeinflusst eine Vorstrafe bezogen auf *CSAM*-Delikte und/oder Sexualstraftaten an Kindern/Jugendlichen (*CSA*) und/oder andere Delikte (wie Körperverletzung, Diebstahl, Sachbeschädigung) das Risiko des Therapieabbruchs?“**

Nentzl und Scherner (2021) fanden für das PPD Berlin (Charité Berlin): „Die Patienten, die in ihrer Lebensgeschichte eine frühere Tat bezüglich sexuellem Kindesmissbrauch im justizbekannten Helffeld berichteten, hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, die Therapie abubrechen“ (Nentzl und Scherner, 2021, S. 254). Die Autoren schätzten diesen Befund vor dem Hintergrund des Rückfallrisikos (Beier, 1998) von Neigungstätern (Täter mit einer pädophilen/hebephilen Verhaltensstörung) als besorgniserregend ein, wenngleich sie darauf hinwiesen, dass aufgrund der kleinen Fallzahl ( $n = 12$  „Dropouts“ und  $n = 7$  „Therapie-Abschließende“) weitere Untersuchungen folgen sollten, um der Frage nachzugehen, „ob dieser Effekt sich als robust erweisen kann“ (Nentzl und Scherner, 2021, S. 254).

Die Befunde in der vorliegenden Kohorte zeigten, dass Misserfolgsabbrecher mehr Vorstrafen ( $n = 8$ ) in Bezug auf dissexuelles Verhalten (*hands-on*-Delikte; CSA) aufwiesen als *Completer* ( $n = 3$ ). Es gab keine signifikanten Gruppenunterschiede. Aufgrund der kleinen Fallzahl kann allerdings lediglich von einer Tendenz gesprochen werden.

Demgegenüber wiesen in der vorliegenden Studie *Completer* ( $n = 12$ ) mehr Vorstrafen in Bezug auf *hands-off*-Delikte (CSAM) als Abbrecher (Miss) auf ( $n = 9$ ). Auch hier gab es keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Die Befunde der vorliegenden Arbeit bestätigen die Notwendigkeit, den Prädiktor Vorstrafe in weiteren Studien zu untersuchen.

## **Psychosoziale Faktoren**

Einordnung der Annahme (1 c):

**„Abbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich psychosozialer Faktoren.“**

- **Komorbidityäten**

Cinkaya et al. (2011) berichteten, dass Abbrecher im Vergleich zu *Completern* gesundheitlich belasteter sind. In der vorliegenden Kohorte wiesen Abbrecher (Miss) jedoch im Mittel eine niedrigere Anzahl an psychischen Störungen komorbid auf als *Completer*. Im Bereich der Persönlichkeitsstörungen zeigte sich hingegen, dass Abbrecher (Miss) im Mittel eine höhere Anzahl an Störungen komorbid aufwiesen als *Completer*. In beiden Bereichen ergaben sich keine signifikanten Hinweise auf Gruppenunterschiede.

- **Subklinische Dysfunktionen**

Der Basisdokumentation war zu entnehmen, dass klinische Beobachtungen auf eine Zunahme subklinischer Dysfunktionen im Zeitraum 2014 – 2021 hindeuteten, die sich nicht selten als ein sich wechselseitig verstärkender Zusammenhang zwischen Selbststigmatisierung, -verurteilung und einer depressiven, ängstlichen Symptomatik zeigten. Diese Entwicklungen traten sowohl im Patientenmanagement, etwa in Form zunehmend unzuverlässiger Terminvereinbarungen, als auch im therapeutischen Kontakt auf, wo vermehrte interaktionelle Schwierigkeiten, häufige Fehlzeiten und unangekündigte Terminabsagen – meist infolge persönlichkeitsbezogener und/oder depressiver Symptomatik – zu beobachten waren. Zudem meldeten sich in diesem Zeitraum zunehmend Patienten, die eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen aufwiesen. Aufgrund der fehlenden systematischen Erfassung dieser Daten konnte diesbezüglich keine statistische Analyse vorgenommen werden.

Befunde von Konrad (2021) unterstützen jedoch diese Beobachtung, dass komorbide psychische Störungen, wie z.B. Angst- oder depressive Erkrankungen eine ressourcenorientierte Auseinandersetzung mit der Pädophilie erschweren kann. Ebenso könnten „Persönlichkeitsfaktoren und unflexible Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster, wie z.B. internalisierte Stigmatisierung oder Hilflosigkeitserleben“ den Therapieerfolg beeinträchtigen (Konrad, 2021, S. 242).

- **Viktimisierungserfahrungen**

Ein Gruppenunterschied zwischen Abbrechern (Miss) und *Completern* bezüglich eigener Viktimisierungserfahrungen (CTQ) konnte nicht bestätigt werden. Beide Gruppen (Abbrecher (Miss) und *Completer*) waren gleichermaßen betroffen. 60 % der Abbrecher (Miss) und der *Completer* erlitten in ihrer Kindheit emotionale Vernachlässigung in unterschiedlichen Schweregraden, mehr als 40 % emotionalen Missbrauch und 37 % körperliche Vernachlässigung. Patienten berichteten in der Exploration überwiegend von Mobbing Erfahrungen in ihrer Kindheit und Jugend. Diese Erlebnisse reichten von Ausgrenzungen aus Peergroups bis hin zu Gewalterfahrungen durch Gleichaltrige. Inkonsistenz Erfahrungen in der Ursprungsfamilie, vor allem die Empfindung, sich in der Familie nicht sicher fühlen zu können, verstärkte das Gefühl der eigenen Hilflosigkeit. In der wissenschaftlichen Literatur wird davon berichtet, dass Straftäter in der Kindheit häufig Opfer von Vernachlässigung wurden (Salter et al., 2003). Von sexuellem Missbrauch waren in der vorliegenden Studie Abbrecher (Miss) etwa zu zwei Drittel und *Completer* zu einem Drittel betroffen. Dies unterstreicht die Befunde von Ward und

Siegert (2002), dass pädophile Menschen häufig Opfer sexueller Missbrauchstaten im Kindes- und/oder Jugendalter geworden sind.

Abbrecher (Miss) wiesen im Mittel eine geringfügig niedrigere Lebenszufriedenheit auf als *Completer*, wobei sich dieser Gruppenunterschied als nicht signifikant erwies.

## **Sexuelles Erleben und Verhalten**

Einordnung der Annahme (1 d):

**„Abbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich des sexuellen Erlebens und Verhaltens.“**

Als unterscheidender Faktor erwies sich der signifikante Einfluss von Hypersexualität. Als klinisch relevant im Sinne des Vorliegens einer Störung lagen Abbrecher (Miss) mit 40.4 % und *Completer* mit 61.4 % über dem *HBI-Cut-off-Wert* von  $\geq 53$ . Der Gruppenschied zwischen Abbrechern (Miss) und *Completern* erwies sich als signifikant mit einer kleinen Effektstärke. Dies bedeutet, dass mit einem höheren *HBI-Wert*, d.h. einer stärker erlebten Hypersexualität, eine höhere Chance einherging, die Therapie zu beenden.

Aus klinischer Überlegung heraus könnte ein erhöhter *HBI-Wert* Effekte in beide Richtungen (vom Patienten initiiertes Abbruch oder reguläre Beendigung der Therapie) haben. So wäre eine Art *Teufelskreis* denkbar, bei dem eine fehlende Tagesstrukturierung, bzw. fehlende Alternativen der Beschäftigung, Emotionsregulationsdefizite (negative Gefühlszustände wie Unzulänglichkeitsempfindungen) und erhöhtes sexuelles Verhalten (z.B. Nutzung von Missbrauchsmaterialien) mit einem Abbruch der Therapie assoziiert werden könnten. Das Erleben von beispielsweise Einsamkeit, Langeweile oder Minderwertigkeitsgefühlen könnte dysphorische Stimmungszustände begünstigen. Aufgrund verminderter adaptiver *Coping*-Strategien wäre dann eine vermehrte Beschäftigung mit Sexualität (insbesondere Masturbation und Nutzung von pornografischen Materialien mit häufig zu beobachtenden Toleranzsteigerungen) als Emotionsregulationsversuch denkbar (Subskala *Coping*). Durch ein auf die Kontrollierbarkeit sexueller Fantasien bezogenes fehlendes Selbstwirksamkeitserleben könnten negative Konsequenzen bagatellisiert werden (Subskala *Kontrolle*). Aus dieser Argumentation heraus könnte dies zu Vernachlässigung wichtiger Lebensbereiche und zu einem erhöhten Rückzug und damit zu Therapieabbruch führen (Subskala *Konsequenzen*).

Andererseits gaben Patienten in Erstgesprächen als primäres Therapieziel an, ihren Leidensdruck aufgrund der hohen sexuellen Befasstheit reduzieren und einen funktionalen, prosozialen Umgang mit dem eigenen sexuellen Erleben und Verhalten erlernen zu wollen. Dies bestätigt die klinische Beobachtung eines erheblichen Leidensdrucks bei Erstvorstellung und in der diagnostischen Phase.

Die Analyse der vorliegenden Arbeit ergab einen signifikanten Gruppenunterschied in der *HBI-Skala (Hypersexual Behavior Inventory)*, wobei Abbrecher (Miss) niedrigere Mittelwerte aufwies als *Completer*. Die Auswertungsergebnisse der einzelnen Subskalen werden nachfolgend diskutiert.

- **Subskala Konsequenzen**

*Completer* litten stärker unter unerwünschten Konsequenzen der Hypersexualität als Abbrecher (Miss). Dieses Ergebnis stützt den klinischen Eindruck, dass stärkere Hypersexualität zu erhöhtem Leidensdruck führt, was folglich die Therapiemotivation steigert.

- **Subskala Kontrolle**

Patienten, die eine geringe Selbstwirksamkeit bezüglich der Kontrolle sexueller Fantasien, sexuellen Verlangens und Verhaltens erlebten, neigten dazu, negative Konsequenzen für sich und andere durch die eigene erhöhte Beschäftigung mit Sexualität in Kauf zu nehmen. Die Subskala *Kontrolle* wies einen signifikanten Gruppenunterschied mit einer mittleren Effektstärke auf. Das heißt, je höher der Leidensdruck bezüglich der fehlenden Kontrollierbarkeit sexueller Fantasien, sexuellen Verlangens und Verhaltens war, desto höher war auch die Therapiemotivation.

- **Subskala Coping**

Die Beschäftigung mit Sexualität als kompensatorische Reaktion auf dysphorische Stimmungszustände war in beiden Patientengruppen festzustellen und bestätigt klinische Beobachtungen. Aus der Basisdokumentation ging hervor, dass in verhaltensanalytischen Explorationen Patienten von Kompensationsversuchen berichteten, bei denen als belastend empfundene Gefühle wie Traurigkeit, Frustration aber auch das Erleben von Langeweile durch sexuelle Verhaltensweisen ausgeglichen werden sollten. Im Mittel war die Belastung bei der Gruppe der *Completer* leicht höher als bei der Gruppe der Abbrecher (Miss). Es gab keinen signifikanten Gruppenunterschied.

Einordnung der Annahme (2 d):

**„Frühabbrecher (Miss) und *Completer* sowie Spätabbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich des sexuellen Erlebens und Verhaltens.“**

Frühabbrecher (Miss) überschritten mit 32.7 %, Spätabbrecher (Miss) mit 48.0 % und *Completer* mit 61.4 % den *Cut-off*-Wert von  $\geq 53$ . Der Gruppenschied zwischen Frühabbrechern (Miss) und *Completern* erwies sich als signifikant.

Frühabbrecher (Miss) waren also bezüglich des hypersexuellen Erlebens und Verhaltens im Mittel signifikant weniger belastet als *Completer*.

Der Gruppenvergleich der Frühabbrecher (Miss) und *Completer* ergab zudem einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Subskala *Konsequenzen* mit einer mittleren Effektstärke. Dies bedeutet, dass *Completer* in ihrer Lebensführung stärker durch unerwünschte Konsequenzen infolge hypersexueller Verhaltensweisen belastet waren als Frühabbrecher (Miss).

Auch der Gruppenunterschied der Subskala *Kontrolle* war zwischen den Frühabbrechern (Miss) und den *Completern* signifikant. Dies bedeutet, dass *Completer* größere Defizite hinsichtlich der Kontrolle sexueller Fantasien und Verhaltensweisen erlebten als Frühabbrecher (Miss).

Spätabbrecher (Miss) waren im Mittel bezüglich des hypersexuellen Erlebens und Verhaltens signifikant weniger belastet als *Completer*. Dies bedeutet, dass eine hohe Belastung bezüglich des sexuellen Erlebens und dysfunktionaler Verhaltensweisen den Wunsch zu begünstigen schien, die Therapie fortzuführen.

Zudem konnte gezeigt werden, dass Spätabbrecher (Miss) in den Subgruppen *Konsequenzen* und *Kontrolle* geringer belastet waren als *Completer*. Es zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied (Spätabbrecher (Miss) und *Completer*) bezüglich der Subskala *Kontrolle*. Dies bedeutet, dass *Completer* größere Defizite hinsichtlich der Kontrolle sexueller Fantasien und Verhaltensweisen erlebten als Spätabbrecher (Miss).

Insgesamt ist festzustellen, dass Hypersexualität in der Gruppe der Frühabbrecher (Miss) deutlich weniger ausgeprägt war als in der Gruppe der *Completer*. Ferner lassen die Befunde vermuten, dass der daraus resultierende stärkere Leidensdruck eine Therapiemotivation begünstigt. *Completer* zeigten im Gruppenvergleich zu sowohl Früh- als auch Spätabbrechern (Miss), dass sie eher dazu tendierten, dysphorische, aversive Gemütszustände oder Stresserleben mit sexuellen Verhaltensweisen zu kompensieren. Dies betraf vor allem Masturbation unter Einbezug von pornografischem Material mit Erwachsenen oder von Missbrauchsmaterialien mit Minderjährigen. Dieser Befund

spiegelt klinische Erfahrungen aus dem Therapiegeschehen wider. Die verhaltensanalytische Arbeit in verschiedenen Therapiegruppen ergab konsistent, dass die zuvor beschriebenen dysfunktionalen Bewältigungsstrategien als Regulationsversuche zur Kontrolle erhöhter Defizite, sexueller Fantasien und Verhaltensweisen zu verstehen sind. Ebenfalls waren unerwünschte Konsequenzen hinsichtlich hypersexueller Verhaltensweisen im Zusammenhang mit sozialem Rückzug, partnerschaftlichen Problemen, sozioaffektiven Defiziten, gekoppelt mit massiven Selbstabwertungen, zu beobachten.

### **Gruppenerleben und therapeutische Beziehung**

Einordnung der Annahme (1 e):

**„Abbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich der Einstellung zur Gruppentherapie, des Gruppenzugehörigkeitsgefühls, sowie der Beziehung zur Gruppe und zu den Therapeuten.“**

Die Auswertung der GRQ-Skalen in der vorliegenden Studie verdeutlichte, dass Abbrecher (Miss) eine negative Einstellung zur Gruppentherapie zeigten und diese in Hinsicht einer Veränderung als nicht nützlich einschätzten. Der Mittelwert der Subskala *Erwartung an die Gruppentherapie* erwies sich bei den Abbrechern (Miss) als signifikant höher als bei den *Completern*.

Wie bereits erwähnt, berichteten Patienten häufig von Mobbing- und Stigmatisierungserfahrungen sowie Selbstakzeptanzproblemen. Ein Teilnehmer berichtete, sich selbst als „Monster“ zu erleben und von ausgeprägten Ängsten vor sozialer Ausgrenzung betroffen zu sein und sich diesbezüglich eine Teilnahme in einer Gruppentherapie nicht vorstellen zu können. Ebenso wurde die Sorge beschrieben, im Projekt oder den Gruppen auf Menschen des eigenen beruflichen Umfeldes zu „stoßen“. Damit wurden negative Konsequenzen im Lebensumfeld antizipiert. So ist es vorstellbar, dass die beschriebenen Ängste und negative interaktionelle Vorerfahrungen die Erwartungshaltung bezüglich Gruppentherapie negativ beeinflusst haben könnten. Diese Vorbehalte könnten Kohärenzerfahrungen verhindert haben.

Einordnung der Annahme (2 e):

**„Frühabbrecher (Miss) und *Completer* sowie Spätabbrecher (Miss) und *Completer* unterscheiden sich bezüglich der Einstellung zur Gruppentherapie, des Gruppenzugehörigkeitsgefühls, sowie der Beziehung zur Gruppe und zu den Therapeuten.“**

Der Gruppenunterschied der Frühabbrecher (Miss) und *Completer* zeigte sich in Hinblick auf die Erwartung an die Gruppentherapie ebenfalls als signifikant. In der vorliegenden Studie waren Frühabbrecher (Miss) im Vergleich zu *Completern* negativer bezüglich einer Gruppentherapie eingestellt. Diese Tendenz spiegelt die Macht der Ängste wider, die in der klinischen Praxis im Rahmen von Erstgesprächen und ebenso der Exploration sehr häufig thematisiert wurden. Die Angst vor sozialer Ausgrenzung, und davor, aufgrund der sexuellen Präferenz verurteilt zu werden. Die Patienten hatten Vorbehalte und konnten sich häufig vor Einstieg in die Therapie den positiven Effekt der Gruppe noch nicht vorstellen, vor allem, wie entlastend es sich anfühlen kann, sich in der Gruppentherapie frei austauschen zu können.

Bei Spätabbrechern konnte kein Gruppenunterschied zu *Completern* nachgewiesen werden. Dies könnte bedeuten, dass sich Spätabbrecher an die Gruppenkonstellation gewöhnt und ein Zugehörigkeitsgefühl zu schätzen gelernt hatten. Dies entspricht auch den vergangenen und laufenden klinischen Beobachtungen, dass Therapieteilnehmer wiederkehrend ein kollektives Zugehörigkeitsgefühl wertschätzend zum Ausdruck brachten.

Cinkaya et al. (2011) fanden in ihrer naturalistischen Studie zu Abbrüchen in einem Routinebetrieb einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz eine ebenfalls geringere Therapieerfolgserwartung bei „qualitätsrelevanten“ Abbrechern. Der Publikation war allerdings nicht eindeutig zu entnehmen, ob sich die untersuchten Therapieabbrüche auf Einzel- oder Gruppentherapie settings bezogen. Ferner wurde nicht zwischen Früh- und Spätabbrüchen unterschieden (Cinkaya et al., 2011, S. 232).

Einordnung der Fragestellung (9):

**„Lassen sich Prädiktoren für Misserfolgsabbrüche zur frühzeitigen Intervention bestimmen?“**

### **Signifikante Prädiktoren**

Das Alter, die Bildung, der *HBI*-Wert und die *GRQ*-Subskala *Erwartungshaltung / Nützlichkeit der Gruppentherapie* erwiesen sich als signifikante Prädiktoren, mit denen eine Vorhersage für Therapieabbruch getroffen werden konnte. Hieraus geht hervor,

dass ein Abbruch begünstigt wird, wenn der Patient jünger und sein Bildungsgrad geringer ist, ferner der Patient eine geringe Erwartungshaltung bezüglich der Nützlichkeit der Gruppenarbeit angibt. Das Abbruchrisiko sinkt allerdings bei hypersexuellen Verhaltensweisen. Jüngerer Alter und niedrigere Schulbildung als Prädiktoren für Therapieabbruch wurden auch in anderen Studien identifiziert: Von Cinkaya (2016) in einer Metaanalyse verschiedener Behandlungszentren bei allgemeinspsychiatrischen Störungsbildern und von Nentzl und Scherner (2021) in einer spezifischen Studie zu pädophilen Präferenz- und/oder Verhaltensstörungen.

Das Risiko für einen Abbruch sinkt mit jedem Lebensjahr um 3.5 % und steigt bei Hauptschülern um das 4.3-fache im Vergleich zu den Abiturienten (ref.).

Wenn der Hypersexualitäts-Wert um eine Einheit steigt, sinkt das Risiko abzurechnen um 41 %. Wenn der GRQ-Wert (Subskala: *Erwartungshaltung/Nützlichkeit der Gruppentherapie*) um eine Einheit steigt, d.h., eine negative Erwartungshaltung gegenüber der Nützlichkeit der Gruppentherapie besteht, steigt das Risiko für Therapieabbruch um 19 %.

- **Vergleich der Früh- und Spätabbrecher (Miss) mit den Completern**

Frühabbrecher (Miss) waren weniger gebildet als *Completer* und zeigten eine negativere Einstellung bezüglich der Gruppentherapie. Das Risiko für Frühabbruch (Miss) ist bei Hauptschülern um das sechsfache höher als bei Abiturienten.

Wenn bei Frühabbrechern (Miss) weder in der Vergangenheit noch zu T0 eine Deliktbelastung besteht (*Non-Offender*) steigt das Risiko für Abbruch um das 10.8-fache. Wenn der Hypersexualitäts-Wert bei Frühabbrechern (Miss) um eine Einheit steigt, sinkt das Risiko abzurechnen um 47.6 %.

Ferner steigt bei dieser Untergruppe das Abbruchrisiko um 32.0 %, wenn der GRQ-Wert um eine Einheit steigt.

Auf dieser Grundlage kann bei Identifikation von Frühindikatoren eine Abbruchwahrscheinlichkeit ermittelt werden, um auf abbruchgefährdete Patienten frühzeitig therapeutisch gezielt eingehen zu können.

Bei den Spätabbrechern (Miss) zeigte sich, dass Arbeitslosigkeit das Therapieabbruchrisiko um 73.0 % erhöhte. Cinkaya (2016) fand in ihrer Metaanalyse ebenfalls, dass Abbrecher häufiger arbeitslos waren, wobei die einbezogenen Studien nicht zwischen Früh- und Spätabbrechern differenzierten.

Wenn der *HBI*-Wert um eine Einheit steigt, sinkt das Risiko für Spätabbruch (Miss) um 47.0 %.

Obwohl sich das Vorhersagemodell für späte Misserfolgsabbrüche als signifikant erwies, erklärt es nur einen geringen Anteil der Varianz (Nagelkerkes  $R^2 = .119$ ). Der Gesamtprozentsatz der korrekten Klassifikation beträgt 65.3 %, mit einer Sensitivität von 57.8 % und einer Spezifität von 72.0 % bei einem Trennwert von .47. Die Quote für falsche Vorhersagen beträgt 42.2 %.

### **Der Einfluss von Partnerschaften und des sozialen Umfeldes**

Cinkaya et al. (2011) berichteten, dass Abbrecher seltener in festen Partnerschaften lebten. In der vorliegenden Studie war der Unterschied zwischen Abbrechern (Miss) und *Completern* jedoch nicht signifikant.

Klinische Erfahrungen zeigten, dass Partnerschaften sowohl einen Therapieabbruch als auch reguläre Therapiebeendigung begünstigen können:

Ein erhöhtes Abbruchrisiko könnte beispielsweise wegen der patientenseits häufig klinisch zu beobachtenden Selbstakzeptanzprobleme der eigenen sexuellen Präferenzbesonderheit bestehen. Hier spielt häufig eine erhöhte Angst vor Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung eine große Rolle. Dies traf auf Patienten zu, die in Partnerschaft lebten und noch keinen Mut hatten, sich vor ihren Partnern oder auch im erweiterten Familien- und Freundeskreis zu *outen*. Hier stand häufig die Sorge im Vordergrund, von Partnern verlassen oder von Familie und Freunden ausgegrenzt zu werden, sobald diese von der Präferenzbesonderheit der Patienten erfuhren. Dies wurde von einem Teilnehmer als Angst artikuliert, „alles zu verlieren“. Andere Patienten antizipierten Schwierigkeiten, unter Umständen jahrelange Therapietermine in Düsseldorf vor ihrem Umfeld zu verbergen. Die Patienten erwarteten Misstrauen von Partnern oder anderen Bezugspersonen und den damit verbundenen Stress.

Patienten berichteten zudem von Erklärungsnot in Bezug auf ihre Arbeitgeber, wenn die Gruppensitzungen beispielsweise in die Arbeitszeit fielen, bzw. der lange Anfahrtsweg nach Düsseldorf ein für den Tag frühzeitiges Verlassen des Arbeitsplatzes bedeutete. Insgesamt könnte dies, aufgrund einer permanenten Anstrengung und aufkommenden Misstrauens seitens der Partner sowie Familienangehöriger und Freunden und/oder der befürchteten beruflichen Schwierigkeiten, einen Therapieabbruch begünstigen.

Andererseits gab es Therapieteilnehmer, die berichteten, ihre Partner ins Vertrauen gezogen und durch diese emotionale Unterstützung erfahren zu haben.

In diesen Fällen könnte eine feste Partnerschaft protektiv wirken, sowohl durch soziale Kontrolle, vor allem aber durch das Gefühl der Zugehörigkeit und durch soziale und emotionale Unterstützung. Diese Patienten berichteten, emotionalen Rückhalt zu erhalten und erwähnten auch, (eigene) Kinder vor (eigenem) missbräuchlichem Verhalten schützen zu wollen. Für diese Gruppe könnte eine vertrauensvolle Partnerschaft und das Vorhandensein eigener Kinder motivierend wirken, die Therapie fortzusetzen und regulär zu beenden.

Schließlich war es klinisch beobachtbar, dass Patienten, die als *Single* einen Beziehungswunsch hatten, eine Kontaktaufnahme zu gleichaltrigen Personen vermieden, aufgrund selbst wahrgenommener mangelnder sozialer und emotionaler Kompetenzen und häufig dahinterliegenden Bindungs- und Verlustängsten. Dies könnte Rückzugstendenzen fördern und Einsamkeitsgefühle intensivieren. Es ist anzunehmen, dass die mangelnde Fähigkeit (je nach persönlichkeitsstruktureller Ausstattung), sich auf Gruppentherapieprozesse auf interaktioneller Ebene einzulassen und neue Beziehungserfahrungen zu erleben durchaus einen Einfluss auf den Therapieverlauf nehmen könnte.

### **Geschwisterstatus**

Lieberz und Ciemer (2000) fanden, dass Abbrecher häufiger Einzelkinder waren. In Bezug auf das Gruppensetting der Therapie erklärten sie dieses Ergebnis mit der Annahme, dass Einzelkinder weniger „*peer-group-orientiert*“ und aufgrund „mangelnder Kompromissbereitschaft und Konfliktfreudigkeit“ zumindest „initial“ überfordert sein könnten (Lieberz und Ciemer, 2000, S. 289). In der vorliegenden Studie zeigten die Häufigkeitsvergleiche ebenso, dass Abbrecher (Miss) häufiger als Einzelkinder aufgewachsen waren (23.8 %) als *Completer* (11.9 %). Allerdings ergab der Gruppenvergleich in der vorliegenden Kohorte kein signifikantes Ergebnis.

Es wäre interessant, in einer weiterführenden Mediationsanalyse mit einer größeren Kohorte der Fragestellung nachzugehen, ob der Einzelkind-Effekt auf die Abbruchwahrscheinlichkeit durch die Fähigkeit zur Teilnahme an der Gruppentherapie erklärt werden kann.

## **4.2 Schlussfolgerungen für die klinische Arbeit**

Mit Hilfe der ermittelten logistischen Regressionsformel kann unter Verwendung der gefundenen Prädiktoren für jeden einzelnen Patienten eine Abbruchwahrscheinlichkeit errechnet werden. Dies eröffnet für die klinische Arbeit die Möglichkeit,

abbruchgefährdete Patienten zu identifizieren und individuell mit geeigneten Maßnahmen frühzeitig zu intervenieren. Als entscheidende Merkmale erwiesen sich dabei der Grad der Hypersexualität, die Bildung, das Alter und die Subskala *Erwartung* des GRQ.

Nachstehend werden die in der vorliegenden Studie gefundenen Hinweise auf Faktoren wie Therapieverbindlichkeit, Therapiemotivation, Therapeut-Patient-Beziehung, bindungsorientierte Therapie und Therapiesetting dargestellt und mögliche Rückschlüsse für die psychotherapeutische Arbeit in der Ambulanz des PPD Düsseldorf reflektiert.

### **Förderung der Verbindlichkeit ab dem ersten Kontakt**

Cinkaya et al. (2011) berichteten, dass häufiger ambulante als stationäre Therapien abgebrochen wurden. Sie hoben hervor, dass ambulante Patienten nicht in feste Tagesstrukturen einer Institution eingebunden seien und somit eine Verbindlichkeit weniger leicht entstehen könne (ebenso Winkler, 2018). Im Kontext des Behandlungssettings der Ambulanz des PPD Düsseldorf könnte die implementierte Anonymitätsklausel (siehe Kapitel 1.9.1 und 1.9.4) intrinsisch zu einer reduzierten Verbindlichkeit beitragen. Patienten könnten sich unbewusst hinter ihrem Pseudonym verstecken und dies als Schutzschild benutzen, um sich nur zum Teil auf die Therapie einzulassen, sich ein *Hintertürchen* offen zu lassen, Einstellungen und/oder Verhalten sequenziell nicht verändern zu müssen und gegebenenfalls unverbindlicher aus dem Behandlungsgeschehen aussteigen zu können. Dieser Aspekt sollte von Anfang an berücksichtigt werden und in einer durch eine Sicherheit vermittelnde Atmosphäre im Rahmen der Therapeut-Patient-Beziehung empathisch konfrontierend abgebaut werden.

### **Gezielte Interventionen zur Stärkung der Therapiemotivation**

Es ist ferner zu überlegen, wie mit gezielten Interventionen Therapieabbrüche verhindert werden können. Da während des Erhebungszeitraums (2014 – 2018) keine prozessbegleitenden Messinstrumente zur Erfassung motivationaler Faktoren eingesetzt wurden, stand für deren statistische Auswertung keine Datengrundlage für die vorliegende Studie zur Verfügung. Dennoch konnten wichtige Erkenntnisse bezüglich dieser Faktoren durch klinische Beobachtungen gewonnen werden, wie die Bedeutung der Fremdmotivation als grundlegender Antrieb für die Kontaktaufnahme. In anderen Studien wurden motivationale Faktoren zu den häufigsten Gründen für Therapieabbrüche gezählt (Barghaan et al., 2005; Lang et al., 2006; Bados et al., 2007).

Auch Seiffge-Krenke und Cinkaya (2017) erachteten die Bearbeitung der Motivation zu Beginn des therapeutischen Prozesses als relevant. Die Berücksichtigung der dynamischen und komplexen Prozesse zwischen Therapeuten, Patienten und Umwelt des Patienten wurden außerdem als wesentlich betrachtet (Miller und Rollnick, 2015) und sollten in weiterführender Forschung berücksichtigt werden.

### **Einfluss des Behandlungsteams auf die Therapeut-Patient-Beziehung**

In diesem Zusammenhang sollte reflektiert werden, dass jeder einzelne Ambulanz-Mitarbeiter des PPD Düsseldorf mit Patientenkontakt die Therapeut-Patient-Beziehung beeinflusst. Dazu gehören Psychologen, die das erste Telefonscreening und die Testdiagnostik durchführen, ebenso wie Psychotherapeuten, die das Erstgespräch und die Anamnesegespräche führen und Ärzte, die ein psychiatrisches Konsil erheben, um gegebenenfalls eine therapiebegleitende Pharmakotherapie einzuleiten. So könnte gemeinsam daraufhin gearbeitet werden, einen globalen, vertrauensvollen Umgang mit jedem einzelnen Patienten zu gewährleisten. Der Aufbau einer vertrauensvollen Therapeut-Patient-Beziehung, in der sich Personen aufgehoben, wertgeschätzt, gesehen und sicher fühlen, kann dann eine stärkere Bindung trotz des ambulanten ‚unverbindlicheren‘ Rahmens schaffen und so dazu beitragen, Patienten in Therapie zu halten. Wie in Kapitel 1.7.3 beschrieben, fanden Junkert-Tress et al. (2000), mangelnde Wahrnehmung und Reflektion feindseliger und abwertender Interaktions- und Kommunikationsmuster zwischen Patienten und Therapeuten. Sie schlussfolgerten, dass Therapeuten zu selten bemerkten, welche feindseligen Verhaltensweisen sie selbst zeigten, „ein unreflektiertes Agieren feindseliger Gegenübertragung“ (Junkert-Tress et al., 2000, S. 351). Die Autoren empfahlen zur Minimierung von Risikofaktoren für Abbruch eine Schulung der Selbstwahrnehmung. Dieser Aspekt wird als wesentlich für alle Mitarbeiter mit Patientenkontakt eingestuft und sollte als ein standardisiertes Angebot der Ambulanz des PPD Düsseldorf implementiert werden.

### **Bedeutung einer bindungsorientierten Therapie**

Aus klinischen Beobachtungen in Therapiegruppen der Ambulanz des PPD Düsseldorf kann berichtet werden, dass Patienten häufig unsicher vermeidende/ambivalente Bindungsstile aufwiesen. Bei Beziehungswünschen wurden häufig Unsicherheiten bezüglich der Kontaktaufnahme und des Umgangs mit dem Dating-Geschehen zu Gleichaltrigen thematisiert. Diese Beobachtungen könnten Hinweise auf Bindungsängste aufgrund mangelnder Bindungssicherheit geben (Marshall und Marshall, 2000). Diese Unsicherheit könnte sich ebenso auf die Therapeuten-Patienten-

Beziehung übertragen und sollte durch eine emotionsfokussierte und bindungsorientierte Therapie aufgefangen werden.

### **Erwartung an die Nützlichkeit des Gruppenkonzeptes**

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde in der Ambulanz des PPD Düsseldorf vornehmlich in Gruppentherapien gearbeitet. Diesbezüglich berichteten Junkert-Tress et al. (2000) von einer erhöhten Therapieabbruchrate bei Gruppensettings im Gegensatz zu Einzelsettings.

Es zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass Patienten, die zu einem frühen Zeitpunkt die Therapie abbrachen (Frühabbrecher (Miss)) eine niedrigere Erwartungshaltung bezüglich der Nützlichkeit der Gruppenarbeit aufwiesen als die Gruppe der *Completer*. Dieser Befund deutet darauf hin, dass eine Überarbeitung des bestehenden Gruppenkonzeptes erforderlich ist: Zunächst sollten standardmäßig stattfindende Einzelgespräche schon vor Gruppeneinstieg dazu beitragen, die individuelle Einstellung zu Gruppen zu erfassen und gegebenenfalls zu bearbeiten. Im weiteren Verlauf könnten regelhafte Bilanzierungsgespräche dazu beitragen, kontinuierlich die individuelle Wahrnehmung und das Wohlbefinden der Patienten im jeweiligen Gruppenkontext zu erfassen, um frühestmöglich Kohäsionserfahrungen zu ermöglichen. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, ausreichende Ressourcen für adjuvante Einzeltherapien bereitzustellen.

Ferner kam es vereinzelt dazu, dass sich Patienten homogene Gruppen bezüglich der sexuellen Ausrichtung gewünscht hätten. Als Abbruchgrund nannten diese Patienten, sich in gemischten Gruppen bezüglich ihrer ausschließlich auf Kinder/Jugendliche ausgerichteten Präferenzbesonderheit nicht aufgehoben gefühlt zu haben. Vor diesem Hintergrund erscheint es daher sinnvoll, Kriterien der sexuellen Ausrichtung bei der Gruppenzuordnung zu berücksichtigen, zumal sich bestimmte Themenschwerpunkte innerhalb der Patientengruppen (ausschließlicher und nicht-ausschließlicher Typ) wie z.B. Partnerschaft, Intimität und Beziehungsaufbau zu Gleichaltrigen unterscheiden.

Allerdings sind retrospektiv und aktuell betrachtet in der Regel nur wenige Patienten mit einer ausschließlich auf das kindliche/jugendliche Körperschema zur gleichen Zeit in der Ambulanz des PPD Düsseldorf angebunden, so dass es schwierig würde, eine homogene Gruppe bezüglich der sexuellen Ausrichtung zu bilden.

Folglich bleibt es eine zentrale Herausforderung, die möglicherweise kontraproduktiven Auswirkungen der heterogenen Gruppenzusammensetzung (ausschließliche und nicht-ausschließliche Typen gemischt) zu identifizieren und bei Bedarf kompensatorische Maßnahmen zu implementieren.

Diese Schwierigkeiten stehen jedoch klinischen Beobachtungen in der Ambulanz des PPD Düsseldorf gegenüber, die Vorteile des Gruppensettings aufzeigen: Patienten berichteten häufig, den geschützten interaktionellen Austausch mit anderen Gruppenmitgliedern als zentrale Wirkkraft im therapeutischen Gruppenprozess erlebt zu haben. Diese Erfahrung gewann insbesondere dadurch an Bedeutung, dass die von Patienten vorab antizipierte soziale Ausgrenzung – kongruent zum negativen Selbstbild „ich bin ein Monster“ – nicht verifiziert wurde. Für diese Patienten war es wichtig, im geschützten Rahmen der Therapiegruppe zu lernen, eigene Gefühle wahrnehmen und ausdrücken zu können, den emotionalen Zusammenhalt innerhalb der Gruppe zu erleben und miteinander zu lernen, dysfunktionale Einstellungen und Verhaltensweisen zu verändern.

Gruppenkonflikte konnten als Spiegelung innerpsychischer Konflikte des Einzelnen verstanden und als Konflikte des Alltags, oder des sozialen Umfeldes des Einzelnen gesehen werden. Durch die emotionale Erfahrung innerhalb der Gruppe konnte der Einzelne gestärkt werden, was eine neue Sicht des Patienten auf die Welt ermöglichte. In diesem Kontext erscheinen ergänzende Einzelsitzungen nach Bedarf wichtig für vertiefende und/oder supportive Gespräche, wenn ein psychisch belasteter Patient im Gruppenkontext nicht den benötigten Raum erhalten würde.

### **Entwicklung individueller Therapieziele**

Es könnten gemeinsam mit dem Patienten Therapieziele zur Erarbeitung eines individuellen Therapieplanes unter Einbeziehung vorhandener Ressourcen entwickelt werden (Seiffge-Krenke und Cinkaya, 2017). In den Gesprächen würden Annäherungsziele (individuelle, positiv formulierte Ziele, die ein Alternativverhalten antizipieren) mit dem Patienten im Sinne eines Behandlungsplanes besprochen werden. Diese könnten auf einer Zielskala systematisch erfasst werden und als prozessbegleitendes Instrument fungieren, anhand dessen der Patient seinen aktiven Fortschritt in der sukzessiven Zielerreichung evaluieren und steuern kann.

Es könnten schon zu diesem Zeitpunkt routinemäßig gruppentherapiebegleitende Einzelgespräche zur regelmäßigen Zielbilanzierung in Aussicht gestellt werden. In diesen Einzelgesprächen könnte die persönliche, vor Einstieg in die Therapie erarbeitete Zielskala zur Hand genommen und die bisherige Entwicklung des Patienten analysiert werden (Einstellungsänderung, Verhaltensveränderungen). Die Patienten könnten sich selbst nach eigenem Empfinden auf der Zielskala einstufen und angehalten werden, nächste Strategien zu erproben, um auf der Skala eine Stufe voranzukommen. In einem Bilanzierungsgespräch würden individuelle Wirkmechanismen und Strategien, die auf

der Zielskala gekennzeichnet worden sind, besprochen werden, um das Selbstwirksamkeitserleben zu verstärken. Ferner würde dies die Möglichkeit bieten, individuelle Erfolgsaussichten der Patienten zu besprechen und zu bearbeiten, um unter Umständen schleichende Prozesse der Negativbewertung der eigenen Selbstwirksamkeit als Warnsignale für Therapieabbruch während des Therapieprozesses identifizieren und abfangen zu können (Altmann et al., 2014).

### **Überbrückungs- und Bilanzierungsgespräche**

Zur Reduktion des Abbruchsrisikos während der Wartezeit auf einen Gruppentherapieplatz (vor und nach der Psychoedukation) könnten Überbrückungsgespräche je nach Leidensdruck und Risikoeinschätzung im Ein-, bzw. Zweimonats-Rhythmus bei einem Bezugstherapeuten institutionalisiert werden. Hier könnte in Form von supportiven Gesprächen individuell auf die Lebenslage der Patienten eingegangen, jeweils eine Risikoeinschätzung vorgenommen und gegebenenfalls Interventionen eingeleitet werden. Hierdurch würde den Patienten verstärkt das Gefühl vermittelt werden, in ihrer Bedürftigkeit gesehen zu werden und bereits an das therapeutische Angebot der Ambulanz des PPD Düsseldorf angebunden zu sein. Die Gespräche könnten als gezielte Maßnahme zum Beziehungsaufbau und der Therapiemotivation und zur Förderung der Selbstbeobachtung und -reflexion dienen (Seiffge-Krenke und Cinkaya, 2017).

Ferner könnten im Therapieverlauf neben der Gruppentherapie regelhaft stattfindende Bilanzierungsgespräche (z.B. alle zwei Monate) im Einzelsetting dazu führen, den individuellen Entwicklungsstand bezüglich der Zielerreichung eines Patienten zu vertiefen und die Einstellung zur Gruppe und zum Therapeuten zu reflektieren.

Regelmäßige therapiebegleitende Einzelgespräche könnten ebenso dazu beitragen, Abbrüche von arbeitslosen Patienten in der Spätphase der Therapie zu verhindern (Spätabbrecher (Miss), siehe Kapitel 4.1). Dies gilt besonders für Patienten, die grundsätzlich therapiemotiviert sind, aber aufgrund psychosozialer Belastungen, abbruchgefährdet erscheinen. Solche Belastungen können mit der Arbeitslosigkeit in Verbindung stehen (beispielsweise existenzielle Sorgen, verringerte Selbstwirksamkeit sowie strukturelle Probleme z.B. fehlende Tagesstruktur). In Einzelgesprächen könnten individuelle Risikofaktoren identifiziert und therapeutisch bearbeitet werden. Darüber hinaus könnten unter Umständen Strukturen für therapieergänzende professionelle Unterstützung im Alltag (wie betreutes Wohnen) erarbeitet werden.

## **Therapiebegleitende professionelle Unterstützung im Alltag**

Zudem legte die klinische Beobachtung nahe, dass ein beträchtlicher Teil der ambulanten Patienten Schwierigkeiten hatte, erarbeitete Strategien in den Alltag umzusetzen. Es fiel wiederholt auf, dass Impulse, die in den Therapiesitzungen gegeben wurden, zwischen den Sitzungen, obwohl vereinbart, nicht weiterentwickelt und vertieft wurden. Dies traf häufig auf Patienten zu, die Schwierigkeiten in der Bewältigung des Lebensalltags hatten und eine eingeschränkte Tagesstruktur aufwiesen.

Daher sollte dazu übergegangen werden, verstärkter vernetzt zu arbeiten, um eine Alltagsassistenz aufzubauen, die darin unterstützen könnte, die in der Therapie erarbeiteten emotionalen und strategischen Veränderungen in den Alltag zu transferieren. Es sollten regelmäßige Meetings mit niedergelassenen Kollegen aus dem Bereich Psychotherapie, Psychiatrie, Sozial- und Sexualarbeit im Rahmen eines sozialpsychiatrischen Dienstes berücksichtigt und eingeführt werden. Dies erfordert sowohl einen professionellen, intensiven Austausch als auch eine wertschätzende und kollegiale Zusammenarbeit des gesamten Teams, so dass eine vertrauensvolle und sichere Atmosphäre dem Patienten gegenüber aufgebaut werden kann.

## **Optimiertes Nachsorgeangebot**

Aus der Analyse der Basisdokumentation ging ferner hervor, dass die Ambulanz des PPD Düsseldorf darüber hinaus mit sogenannten „*Lost to follow up*“ – Probanden zu tun hatte. Es sind Patienten, die die Therapie regulär abgeschlossen hatten (*Completer*), aber weder an dem Nachsorgeangebot teilnahmen noch für *Follow-up*-Testungen und Katamnesegespräche zur Verfügung standen. 51,7 % der „*Lost to follow up*“-Patienten hatten nach dem regulären Abschluss der Therapie den Kontakt zum Projekt abgebrochen und auf wiederholt per *E-Mail* verschickte Einladungen nicht reagiert. Mehrere Erklärungsansätze sind möglich: Einige der Patienten könnten die Präferenzbesonderheit in ihr Selbstkonzept integriert und einen kontrollierten Umgang mit Fantasien und Impulsen gelernt haben und deshalb den Wunsch verspüren, sich nicht in regelmäßigen Nachsorgesitzungen wiederholt mit ihrer sexuellen Präferenz vordergründig zu beschäftigen. Möglicherweise geschah dies aus einer Art Therapiemüdigkeit, mit dem Wunsch, sich aus dem Kontakt zur Ambulanz des PPD Düsseldorf zurückzuziehen. Andere meldeten sich unter Umständen nicht mehr zurück, weil sie sich für die Therapie in der Ambulanz des PPD Düsseldorf eigens eine pseudonymisierte *E-Mail*-Adresse zugelegt hatten, die sie nicht mehr pflegten.

Dies ist ein bekanntes Phänomen aus dem Klinikalltag. Schon während der Therapiezeit war häufig die Kontaktaufnahme zu einigen Teilnehmern des Projektes erschwert, weil

diese Patienten vergaßen, in den speziell für die Kommunikation mit der Ambulanz des PPD Düsseldorf erstellten *E-Mail-Account* hineinzuschauen.

Ebenso ist vorstellbar, dass ehemalige Teilnehmer rückfällig geworden waren und sich unter Umständen aus Scham zurückgezogen hatten. Im ungünstigsten Fall waren sie ins Hellfeld übergegangen, wenn ein Ermittlungsverfahren gegen sie eingeleitet worden war. Die Ambulanz des PPD Düsseldorf wäre aufgrund der Anonymitätsregelung über diese Entwicklung uninformiert geblieben (weil das Fehlen der Klarnamen der Patienten eine Abgleichung mit dem Bundesstrafregister unmöglich macht).

Es soll erwähnt werden, dass sich, im Gegensatz zur „*Lost to follow up*“ – Gruppe, einige ehemalige Teilnehmer nach Jahren zurückmeldeten und um eine Wiederaufnahme ins Programm baten, weil sie Rückschritte erlebten und mit der erneuten Beschäftigung und Verinnerlichung der Therapierationale Rückfälle vermeiden wollten.

### **Praxisbezogene Überlegungen für die therapeutische Arbeit in der Ambulanz des PPD Düsseldorf**

Es erscheint sinnvoll, in Zukunft ein teilstrukturiertes Screening von Psychotherapeuten in der Telefonsprechstunde durchführen zu lassen, um etwaige individuelle Hindernisse für eine erfolgreiche Therapie aufzuspüren und dann mit einer empathischen Gesprächsführung die Therapiemotivation zu stärken.

Zur Prävention von Therapieabbrüchen sollten Patienten in der Ambulanz des PPD Düsseldorf bereits nach der Erstdiagnostik hinsichtlich ihrer Abbruchgefährdung klassifiziert werden. Insbesondere junge Patienten sollten erhöhte Aufmerksamkeit bekommen. Sie sollten sich mit ihren Lebensthemen ernst genommen und auf ihrem Entwicklungsniveau abgeholt fühlen.

Bei der Gruppenzuordnung und der therapeutischen Interventionen sollte zudem ein besonderes Augenmerk auf die Bildungsstruktur der Gruppenmitglieder und einer guten Passung gelegt werden. Zur prozesshaften Anbindung scheint es sinnvoll, insbesondere zum Motivationsaufbau und einer vertrauensvollen Therapeut-Patient-Beziehung, zusätzlich explizite Interventionen im Rahmen von Einzelgesprächen anzubieten.

Gruppentherapie stellt per se ein anspruchsvolles Format dar, weil es ein Mindestmaß an interpersonellen und emotionalen Ressourcen erfordert, über die Patienten häufig nur eingeschränkt verfügen. Schon Woods und Melnick (1979) argumentierten, dass Patienten ohne solche Kompetenzen ein erhöhtes Risiko für einen vorzeitigen Therapieabbruch aufzeigten. Daher erscheint ein therapiebegleitendes Trainingsangebot (beispielsweise ein soziales und emotionales Kompetenztraining) vor allem bei Patienten mit einer geringen Reflektions- und Mentalisierungsfähigkeit sinnvoll,

um einem Abbruch entgegenzuwirken. Dieses Trainingsangebot könnte die Wartezeit zwischen Diagnostik und Therapiebeginn überbrücken, zwischenmenschliche Eigenschaften, Selbstreflexion, Gefühls- und Bedürfniswahrnehmung und Empathiefähigkeit stärken.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass das standortübergreifende Therapieprogramm (BEDIT) des „Präventionsprojekt Dunkelfeld ‚Kein Täter werden‘“ kognitiv-behavioral auf einem anspruchsvollen Niveau entwickelt wurde (siehe Kapitel 1.9.4), das unter Umständen je nach Bildungsniveau und kognitiven Fähigkeiten der Patienten überfordernd wirken und zu Abbruch führen könnte (Stalans, 2004; Nentzl und Scherner, 2021). Um intellektuelle Überforderung zu vermeiden, könnte eine an kognitiv beeinträchtigte Patienten angepasste Therapiekonzeption dazu beitragen, Hilfesuchende in der Behandlung zu halten.

Eine Reihe von Risikofaktoren (z.B. subjektives Leiden, Emotionsregulations- und sozioaffektive Defizite, dissexuelles Denken und Verhalten) lassen sich im Verlauf der Therapie verändern und können die Therapiemotivation fördern sowie einem Abbruch entgegenwirken (Beier et al., 2015; Dammertz-Hölterhoff et al., 2020).

### **4.3 Limitationen und Implikationen der vorliegenden Studie**

Nachstehend werden Limitationen der Studie kritisch betrachtet und darauffolgend Implikationen der Studie benannt (siehe Kapitel 4.3.2) sowie Ideen für weiterführende Forschung entwickelt (siehe Kapitel 4.4).

#### **4.3.1 Limitationen: Datenerhebung und Stichprobengröße**

Kritisch ist anzumerken, dass in der vorliegenden Studie ein retrospektiver Ansatz gewählt wurde und daher nur eine auf den gewählten Zeitraum (2014 – 2021) begrenzte Datenlage zur Verfügung stand. So wurde aufgrund der begrenzten Stichprobengröße eine Beschränkung auf die *Baseline*-Daten des Messzeitpunktes T0 (Erhebung soziodemografischer Daten, Delikthintergründe T0 und *lifetime*, *CTQ*, *HBI*, *GRQ*) und die Daten des Messzeitpunktes T1 (EUROHIS-QOL; SKID (Achse I/II) / *SCID-CV*, *SCID-PD*) und des Messzeitpunktes T2 (*GQ-D*) vorgenommen. Bereits in einigen angewendeten Fragebögen zeigten sich aufgrund der schon vollzogenen Abbrüche und Eingabefehler unterschiedlich hohe Anteile fehlender Werte (vor allem SKID/ *SCID-CV*, *SCID-PD* und *GQ-D*). Insgesamt sind die Ergebnisse explorativ und dienen der Hypothesengenerierung für Folgestudien. Darüber hinaus waren weitere Verlaufsmessungen zu späteren Messzeitpunkten aufgrund der geringen Probandenanzahl nicht mehr sinnvoll. Verlässliche Aussagen im Gruppenvergleich

zwischen Früh- und Spätabbrechern sind daher aufgrund der kleinen Fallzahl nur eingeschränkt möglich und als Tendenz zu werten. Bei einer größeren Fallzahl wäre eine höhere statistische Power zu erwarten und somit die Möglichkeit, Unterschiede statistisch sicherer zu identifizieren. Es bietet sich an, die vorliegenden Ergebnisse durch weiterführende prospektive Studien zu überprüfen und zu spezifizieren.

In der vorliegenden Studie handelte es sich bei den Fragebögen *CTQ*, *HBI*, *GRQ*, *EUROHIS-QOL* und *GQ-D* um Selbsterhebungsinstrumente, die die subjektiven Angaben der Patienten abfragten. Dies ist kritisch vor dem Hintergrund zu betrachten, dass gemäß Graf und Dittmann (2009) aus Kollektiven von Sexualstraftätern eine in der Regel starke Tendenz zur Abbildung sozialer Erwünschtheit bekannt ist. Dieser Umstand könnte in der Kohorte der vorliegenden Arbeit ebenso eine Rolle spielen und muss daher bei der Generalisierung der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Ferner verhinderte der retrospektive Ansatz die Möglichkeit, Kontakt zu Therapieabbrechern direkt nach Abbruch der Therapie aufzunehmen, um in einer Nachbefragung gezielt Gründe des Abbruchs zu ermitteln. Allerdings ist es im Gegensatz zu Studien zu Therapieabbrüchen in der psychosomatischen und/oder psychiatrischen Versorgung aufgrund der Anonymitätsklausel (pseudonymisierte *E-Mail*-Adressen, fehlende Angabe von Klarnamen, Adresse und gegebenenfalls Telefonnummern) in dem Indikationsgebiet der vorliegenden Studie ohnehin erschwert, nach Kontaktabbruch Nachbefragungen zu Abbruchgründen und Motiven vorzunehmen. Wie Seiffge-Krenke und Cinkaya (2017) kritisch anmerken, bleiben in den meisten Studien Therapeutenvariablen unberücksichtigt – eine Limitation, die auch für die vorliegende Studie gilt. Therapeutenvariablen wurden in der Basisdokumentation nicht differenziert und systematisch erfasst. Daher konnten einzelne Aspekte der Therapeutenvariablen (z.B. Alter, Berufserfahrungen) nur deskriptiv ausgewertet werden (siehe Kapitel 3.6).

Zusätzlich wurden Faktoren der Therapeut-Patient-Beziehung nicht systematisch erfasst. Stattdessen wurde das Interaktionsverhalten zu Patienten in regelmäßig stattfindenden Fallsupervisionen und innerhalb des Teams in Teamsupervisionen und Teammeetings reflektiert und dokumentiert. Diese Variablen müssten in Folgestudien systematisch erhoben werden.

Ferner ist kritisch anzumerken, dass in der Basisdokumentation der Ambulanz des PPD Düsseldorf Therapieabbrüche ausschließlich global in Form von *Therapieabbruch nach zwei Monaten Therapie* erfasst wurden. Es wurde der Erstkontakt, das Datum der Exploration, das Einstiegsdatum in die Therapiegruppe und das Datum der letzten

Teilnahme an dem Therapieprogramm aufgezeichnet. Die Dokumentation von Fehlzeiten innerhalb dieser Zeitspanne erfolgte nicht systematisch über die ganze Kohorte hinweg. Der Basisdokumentation ließ sich folglich nicht die konkrete Sitzungsfrequenz entnehmen. Somit fehlt die Vergleichbarkeit mit den in der Fachliteratur publizierten Daten, die systematisch auf die Gesamtzahl der Therapiesitzungen rekurrieren (Cinkaya et al., 2011; Cinkaya, 2016). Für Folgestudien erscheint daher eine methodische Anpassung zur standardisierten Erfassung dieser Parameter erforderlich.

### **4.3.2 Implikationen**

Die Forschungsliteratur weist eine deutliche Diskrepanz hinsichtlich der Studienlage zwischen Hell- und Dunkelfeld auf. Während Untersuchungen im Hellfeld gut repräsentiert sind, wurden Dunkelfeld-Studien dieser spezifischen Kohorte (Patienten mit einer sexuellen Präferenzstörung und/oder Verhaltensstörung) bislang vernachlässigt. Hervorzuheben ist daher, dass in der vorliegenden Studie Risikofaktoren für vorzeitige Therapieabbrüche in dieser wenig erforschten Population identifiziert wurden. Die Erkenntnisse erweitern das bisherige Verständnis von Abbruchdynamiken und könnten zur Entwicklung spezifischer Präventionsstrategien im Kontext des Kinderschutzes beitragen. Basierend auf dieser Datenlage und den gewonnenen Anhaltspunkten könnten mithilfe dieses Vorhersagemodells erste individualisierte Maßnahmen zur Prävention von Therapieabbrüchen implementiert werden. Darüber hinaus bieten die Ergebnisse zu dieser spezifischen Störungsgruppe eine fundierte Basis für weiterführende Forschungen, auf die aufgebaut werden kann.

## **4.4 Ausblick für weiterführende Forschung**

### **Erweiterte Datenerhebung**

In einer weiterführenden Studie sollte eine systematische Erfassung von Behandlungs-, Patienten- sowie Prozessmerkmalen erfolgen, um ein umfassenderes Bild der Rahmenbedingungen zu erstellen, unter denen es zu Abbrüchen in der Behandlung kommt (Seiffge-Krenke und Cinkaya, 2017).

Auch der routinemäßige Einsatz von Instrumenten zur Erfassung der Zufriedenheit mit der Behandlung und den Therapeuten sowie der *Compliance* zu Beginn und im Prozess der Behandlung werden als wesentlicher Beitrag zur Qualitätssicherung gewertet und für weitere Studien als zwingend notwendig angesehen (Cinkaya, 2016).

In empirischen Studien hat es sich als sinnvoll erwiesen, das Funktionsniveau der Patienten zu erfassen. Der Einsatz der *GAF-Skala (Global Assessment of Functioning)*, zur Einschätzung des allgemeinen Funktionsniveaus der Patienten, sollte routinemäßig im Rahmen der T0-Testung eingesetzt werden.

### **Therapeutenmerkmale**

Darüber hinaus sollten Therapeutenvariablen systematisch erfasst und untersucht werden. Kaplowitz et al. (2011) konstatierten, dass Therapeuten mit erhöhter emotionaler Intelligenz bessere Therapieergebnisse erzielten und reduzierte Abbruchraten aufwiesen. Emotionale Intelligenz sei dabei als die Fähigkeit definiert, Emotionen der Patienten wahrzunehmen, zu validieren und durch gezielte Interventionen zu regulieren. In dem Indikationsgebiet der Ambulanz des PPD Düsseldorf ist anzunehmen, dass soziale und emotionale Fähigkeiten im Rahmen der Sexualtherapie, verschiedener komorbider Störungsbilder und im Umgang mit schwierigen Behandlungssituationen eine bedeutende Rolle spielen. Der berufliche Erfahrungshorizont der Therapeuten könnte ebenfalls einen Einfluss auf den Therapieverlauf haben und sollte systematisch erfasst werden.

Ferner könnte es interessant sein, über die Berufsjahre hinweg die Einstellung und Befindlichkeit der Therapeuten zu folgenden Variablen zu erfassen:

- Zu ihrer Arbeit in diesem kontroversen und schambesetzten Indikationsgebiet an sich, die oft im Spannungsfeld zwischen Anfeindung, Rechtfertigung und Unterstützung stattfindet.
- Ferner zu den spezifischen Herausforderungen, die sich aus der Therapiearbeit mit Klienten in dem Indikationsgebiet der Ambulanz des PPD Düsseldorf ergeben, die mit Selbstakzeptanz hadern, in einer Ambivalenz zwischen Abstinenz und Lustbefriedigung stehen, eine große Suizidalitätsgefährdung aufweisen und deren Therapieabbruch ein Fremdschädigungsrisiko mit sich bringt.

Die außergewöhnlich hohe Investition der Therapeuten in die Arbeit könnte Auswirkungen auf die Verarbeitung und Frustrationstoleranz nach abrupten, nicht angekündigten Behandlungsabbrüchen der Patienten haben. Spezifischere Erkenntnisse in diesem Feld könnten dazu beitragen, Therapeuten für die Themen Misserfolge in der therapeutischen Arbeit und Therapieabbrüche zu sensibilisieren und vorzubereiten, sowie spezifische Maßnahmen der Psychohygiene zu institutionalisieren. Im speziellen Kontext dieses Tätigkeitsbereichs könnte dies eine Stärkung der

Mitarbeiterbindung bewirken, charakterisiert durch die Aufrechterhaltung psychophysischen Wohlbefindens, beruflicher Zufriedenheit und wahrgenommener beruflicher Effektivität.

### **Fokus auf die Therapeut-Patient-Beziehung**

Cinkaya et al. (2011) berichten Abbruchgründe in Verbindung mit der Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung. Daher ist eine frühzeitige Erfassung von problematischen Beziehungsmustern essenziell. In der vorliegenden Studie ergaben die Untersuchungen zur Gruppenzugehörigkeit der Patienten und der Therapeut-Patient-Beziehung keine Unterschiede zwischen Abbrechern und *Completern*. Dennoch blieben bei einem Großteil der Abbrecher (Miss) die Motive für ihren abrupten Abbruch unklar. Es ist nicht auszuschließen, dass ein Abbruch als patientenseitige Verweigerung der indizierten Therapie und als eine unzureichende Motivation eingestuft werden könnte. In diesem Fall könnte unter Umständen eine mangelnde tragfähige therapeutische Beziehung bedeutsam gewesen sein. In einer prospektiven Studie könnten mit der Analyse der Skala GQ-D (*Group Questionnaire: Deutsche Version*) in einer großen Stichprobe die therapeutischen Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie und die therapeutische Allianz erfasst werden (Bormann et al., 2011).

Nysæter et al. (2009) fanden, dass eine gegengeschlechtliche Therapeut-Patient-Dyade höhere Abbruchraten aufwies. Andere demografische Eigenschaften der Therapeuten zeigten dagegen keinen Einfluss. Wie im gesamten Bereich der Psychotherapie sind auch in der Ambulanz des PPD Düsseldorf männliche Psychologische Psychotherapeuten unterrepräsentiert. Da die Patienten überwiegend männlich sind, wäre es interessant zu erfassen, ob eine gegengeschlechtliche und/oder gleichgeschlechtliche Konstellation des Therapeut-Patient-Verhältnisses einen Einfluss auf die Offenheit der Patienten im Erst-, bzw. in diagnostischen Gesprächen hat. Ferner könnte es als Abbruchprophylaxe interessant sein, der Frage nachzugehen, ob es Patienten aufgrund einer unter Umständen schamhaft besetzten Ansprache und Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität in einer gegengeschlechtlichen Therapiedyade noch schwerer fällt, sich auf Fragen zu sexuellem Erleben und Verhalten einzulassen. Dies könnte einen Einfluss auf die Offenheit und Selbstausskunft der Therapienteilnehmer haben. So ist es vorstellbar, dass insbesondere die Bearbeitung der Themenbereiche Sexualität und Dissexualität, als auch Themen wie Masturbationsgewohnheiten und -häufigkeiten davon betroffen sind. In diesem Zusammenhang wäre eine Kombination aus qualitativer (Durchführung von Interviews und tiefenhermeneutische Auswertung der Transskripte) und quantitativer Forschung

(Einsatz von psychometrischen Instrumenten) sinnvoll, um insbesondere emotional besetzte Themen tiefgehend erfassen zu können (Cinkaya, 2016).

### **Online-Behandlungsangebote**

Ferner wäre die Konzeption eines Online-Präsenzformats denkbar, das Patienten, die einen langen Anfahrtsweg zur Ambulanz des PPD Düsseldorf haben (siehe Kapitel 3.2, Tabelle 1) ein kompetentes Behandlungsangebot bieten und dadurch einem Abbruch der Therapie aus erfolgsneutralen Gründen vorbeugen könnte. Dieses Konzept könnte in einer weiterführenden Evaluierungsstudie erforscht werden.

### **Erfassung des Leidensdrucks über den gesamten Therapiezeitraum**

Aus Psychotherapiestudien ist bekannt, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu einer ersten Besserung führen kann (Rumpold et al., 2004). Auf dieser These aufbauend betrachten Zwerenz et al. (2008) darüber hinaus neben „tatsächlichen“ Abbrechern solche Patienten, deren Probleme sich bereits kurzzeitig deutlich veränderten, so dass kein Leidensdruck mehr bestand und die Therapie abgebrochen wurde (Zwerenz et al., 2008, S. 242). In der vorliegenden Studie gaben 19 Patienten (3.9 %) an, keinen weiteren Therapiebedarf zu haben. Folgt man der Theorie von Zwerenz et al. (2008) könnten die Inhalte der Psychoedukation Patienten, die unter einer Präferenzstörung gelitten hatten, geholfen haben, die eigene Präferenzbesonderheit besser zu akzeptieren. Dieser Umstand könnte zu einer Symptomverbesserung im Sinne einer Ressourcenaktivierung geführt und den Leidensdruck gemindert haben. In einer Folgestudie sollte im Sinne des *Early-Response*-Konzepts nach Lutz et al. (2009) systematisch zu unterschiedlichen Messzeitpunkten (T0 und Verlaufstestungen während der Therapie) ein Fragebogen eingesetzt werden, der den Leidensdruck und die damit einhergehende Symptombelastung sowie die Lebenszufriedenheit misst, um Verbesserungen systematisch ermitteln zu können. Die Auswertungen könnten in regelmäßig stattfindenden Bilanzierungsgesprächen mit den Patienten besprochen und die Therapieziele daran angepasst werden.

### **Akzeptanz der eigenen sexuellen Präferenz**

Klinischen Beobachtungen zufolge hat der Selbststigmatisierungsstress der Patienten der Ambulanz des PPD Düsseldorf einen großen Einfluss auf die Akzeptanz der eigenen sexuellen Präferenz als Teil der Persönlichkeit und verzögert oder verhindert schlimmstenfalls sogar die Integration dieses Persönlichkeitsanteils ins eigene Selbstbild. Die Internalisierung eines Stigmas führt laut Amering und Schmolke (2011) zu Selbstabwertung, Verheimlichung und sozialem Rückzug. Es liege die Vermutung

nahe, dass durch Selbststigmatisierung ein erhöhtes Abbruchrisiko gegeben ist. Die Autorinnen konnten negative Auswirkungen für die Behandlungssadhärenz (Einhaltung der zwischen Patienten und Therapeuten gemeinsam erarbeiteten Therapieziele) und nachhaltige Genesungsprozesse nachweisen. Klinischen Beobachtungen zur Folge waren im Verlauf der Therapie Selbstakzeptanzprobleme zu beobachten, so dass es interessant sein könnte, das Thema Akzeptanz der eigenen sexuellen Präferenz im Vergleich zu Patienten mit anderen psychischen Störungen zu untersuchen. Neue Erkenntnisse in diesem Bereich könnte die Konzeption eines eigenen Moduls zum Thema Selbststigmatisierung anregen und zur Integration in das therapeutische Konzept führen.

### **Gruppenspezifische Therapiethemen**

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten, dass sich Patienten mit einer ausschließlichen Ausrichtung auf kindliche und/oder jugendliche Körperschemata letztendlich nicht zugehörig zu Gruppenmitgliedern fühlten, die eine nicht-ausschließliche Ausrichtung aufwiesen. Therapeutisch betrachtet bauten sie einen Widerstand auf, wenn es um Beziehungsthemen ging und schienen nicht offen für das Thema Intimität zu sein, bei der es darum ging, Nähe nicht auf körperlich sexueller Ebene, sondern auf platonischer Art mit erwachsenen Freunden zu leben. Sie fühlten sich nicht verstanden. So wäre es interessant, konzeptionelle Überlegungen zu gruppenspezifischen Therapiethemen vorzunehmen und diese in einer großen Stichprobe im Gruppenvergleich zu untersuchen. Innerhalb der vorliegenden Studie war die Gruppe der Patienten mit einer ausschließlichen Ausrichtung für eine aussagekräftigen Auswertung zu klein (Abbrecher (Miss)  $n = 15$ ; Completer  $n = 7$ ).

### **Ansprache pädophiler Frauen**

In der Ambulanz des PPD Düsseldorf meldeten sich in dem Erhebungszeitraum drei Frauen, bei denen eine Diagnose Pädophilie festgestellt werden konnte. Zwei Frauen zählten zu erfolgsneutralen Abbrechern, so dass sie nicht in die Auswertung mit eingingen. Eine Frau gehörte zu der Gruppe der Frühabbrecher (Miss).

Die Forschungslage zu Täterinnen sexuellen Missbrauchs habe sich in den letzten 20 Jahren erheblich verbessert. Allerdings gäbe es weiterhin nur wenige Studien zu weiblichen Nutzern von Missbrauchsabbildungen (Tozdan, 2023). Die Autorin warnte vor einer gesellschaftlichen „Verleumdungskultur“, die bereits für Täterinnen sexuellen Kindesmissbrauchs postuliert wurde“. Sie führte weiter aus, dass dies „die Aufdeckung von Straftaten im Zusammenhang mit Missbrauchsabbildungen, die durch Frauen verübt werden, be- bzw. verhindern“ könne. Sowohl in der klinischen Praxis als auch in der

Forschung sei es angemessen, sich dem Thema zu widmen, „Aufklärung zu betreiben und eigene Abwehrmechanismen zu hinterfragen“ (Tozdan, 2023, S. 184).

Im gesamten Netzwerk des „Präventionsprojekt Dunkelfeld ‚Kein Täter werden‘“ haben sich bisher wenig Frauen gemeldet. Es bleibt fraglich, warum sich nur sehr vereinzelt weibliche Personen in der Ambulanz des PPD Düsseldorf meldeten und diejenigen, die den Weg zur Ambulanz gefunden hatten, die Therapie nicht fortsetzten. Die geringe Anzahl weiblicher Personen lässt vermuten, dass es Frauen schwerer fiel, sich in der Ambulanz zu melden. In einer Folgestudie könnten Gründe für dieses Verhalten exploriert und Maßnahmen getestet werden, um Frauen spezifischer anzusprechen und in Kontakt zu halten.

### **Abschließende Betrachtung**

Wie in den obenstehenden Ausführungen gezeigt wurde, kann die vorliegende Studie (trotz der bereits diskutierten Limitationen) einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung weiterführender Forschungsansätze im Bereich Therapieabbruch leisten. Damit stellt die Studie einen bedeutsamen Schritt auf dem Weg zu einem zuverlässigen Vorhersagemodell für Therapieabbruch bei Patienten mit einer sexuellen Präferenz- und/oder Verhaltensstörung dar. Solch ein Modell kann die Zahl erfolgreicher Therapieabschlüsse erhöhen und somit einen wichtigen Beitrag zum Kinderschutz leisten.

## 5 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Ahlers, C. J. (2010). *Paraphilie und Persönlichkeit: Eine empirische Untersuchung zur Prävalenz von Akzentuierungen der Sexualpräferenz und ihrem Zusammenhang mit dem Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit* [Doctoral dissertation, Charité – Universitätsmedizin Berlin]. <https://doi.org/10.17169/refubium-13021>
- Ahlers, C., & Trappe, T. (2014). Zum Umgang mit Pädophilie und sexuellem Kindesmissbrauch – inhaltliche Differenzierungen und ethische Abwägungen. In *Ausgewählte Probleme der Verwaltungsethik (II)* (pp. 201-222.). Verlag für Polizeiwissenschaft. ISBN: 978-3-86676-378-4
- Alanko, K., Salo, B., Makros, A., & Santilla, P. (2013). Evidence for heritability of adult men's sexual interest in under age 16 from a population-based extended twin design. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(4), 1090-1099. <https://doi.org/10.1111/jsm.12067>
- Altmann, U., Wittmann, W. W., Steffanowski, A., von Heymann, F., Bruckmayer, E., Pfaffinger, I., Auch, E., Loew, T., Kramer, D., Fembacher, A., Steyer, R., Zimmermann, A., & Strauß, B. M. (2014). Abbrüche antragspflichtiger ambulanter Psychotherapien: Häufigkeit, Risikofaktoren, Outcome. *Psychiatrische Praxis*, 41(6), 305-312. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370172>
- Amering, M., & Schmolke, M. (2011). *Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit*. Psychiatrie Verlag.
- American Psychiatric Association (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®* (Deutsche Ausgabe herausgegeben von P. Falkai und H.-U. Wittchen). Hogrefe.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 585-592. <https://doi.org/10.1002/jclp.20368>
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82(5), 738-783. <https://doi.org/10.1037/h0077132>
- Baker, E., Burlingame, G. M., Cox, J. C., Beecher, M. E., & Gleave, R. L. (2013). The group readiness questionnaire: A convergent validity analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 17(4), 299-314. <https://doi.org/10.1037/a0034477>
- Barghaan, D., Lang, K., Lotz-Rambaldi, W., Koch, U., & Schulz, H. (2005). Therapieabbrüche in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 50(1), 16-24. <https://doi.org/10.1007/s00278-003-0350-1>
- Barrett, M. S., Chua, W.-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Casiano, D., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 247-267. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.247>
- Bártová, K., Androvičová, R., Krejčová, L., Weiss, P., & Klapilová, K. (2021). The prevalence of paraphilic interests in the Czech population: Preference, arousal, the use of pornography, fantasy, and behavior. *The Journal of Sex Research*, 58(1), 86-96. <https://doi.org/10.1080/0022499.2019.1707468>
- Becker, N. (2007). Psychoanalytische Theorie sexueller Perversionen. In V. Sigusch (Ed.), *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung* (Vol. 21, pp. 265-276). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-0033-2852>
- Beier, K. M. (1995). *Dissexualität im Lebenslängsschnitt: Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter*. (Monografien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Vol. 78). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-79601-2>
- Beier, K. M. (1998). Differential typology and prognosis for dissexual behavior – a follow-up study of previously expert-appraised child molesters. *International Journal of Legal Medicine*, 111, 133-141. <https://doi.org/10.1007/s004140050133>

- Beier, K. M. (2018). *Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56594-0>
- Beier, K. M. (2022). Sexuelle Präferenz- und Verhaltensstörungen. In M. S. Michel, J. W. Thüroff, G. Janetschek, & M. P. Wirth (Eds.), *Die Urologie: In 3 Bänden* (pp. 2385-2393). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-41168-7\\_52-2](https://doi.org/10.1007/978-3-642-41168-7_52-2)
- Beier, K. M., Amelung, T., & Pauls, A. (2010). Antiandrogene Therapie als Teil der Prävention von sexuellen Kindesmissbrauch im Dunkelfeld. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 4, 49-57. <https://doi.org/10.1007/s11757-010-0076-1>
- Beier, K. M., Amelung, T., Kuhle, L., Grundmann, D., Scherner, G., & Neutze, J. (2013). Hebephilie als sexuelle Störung. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 81(3), 128-137. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1330539>
- Beier, K. M., Amelung, T., Grundmann, D., & Kuhle, L. F. (2015). Pädophilie und Hebephilie im Kontext sexuellen Kindesmissbrauchs. *Sexuologie*, 22(3-4), 127-136. <https://doi.org/10.61387/S.2015.34.27>
- Beier, K. M., Bosinski, H. A., & Loewit, K. (2021). *Sexualmedizin: Grundlagen und Klinik sexueller Gesundheit*. Elsevier. ISBN: 978-3-437-22851-3
- Bem, D. J. (1996). Exotic becomes erotic: a developmental theory of sexual orientation. *Psychological Review*, 103(2), 320-335. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.2.320>
- Berghofer, G., Schmidl, F., Rudas, S., & Schmitz, M. (2000). Utilization of psychiatric treatment. Who drops out, who comes back and who stays? *Psychiatrische Praxis*, 27(8), 372-377. PMID: 11140159
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., & Desmond, D. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Blanchard, R., Barbaree, H. E., Bogaert, A. F., Dickey, R., Klassen, P., Kuban, M. E., & Zucker, K. J. (2000). Fraternal birth order and sexual orientation in pedophiles. *Archives of Sexual Behavior*, 29(5), 463-478. <https://doi.org/10.1023/A:1001943719964>
- Bormann, B., Burlingame, G. M., & Strauß, B. (2011). Der Gruppenfragebogen (GQ-D). *Psychotherapeut*, 56(4), 297-309. <https://doi.org/10.1007/s00278-011-0841-4>
- Brähler, E., Mühlhan, H., Albani, C., & Schmidt, S. (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualitäts-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 53(2), 83-96. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.53.2.83>
- Briken, P., & Berner, M. (2013). *Praxisbuch Sexuelle Störungen: Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen*. Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-002-57141>
- 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. <https://doi.org/10.1007/BF02258015>
- Bundschuh, C. (2001). *Pädosexualität: Entstehungsbedingungen und Erscheinungsformen*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-663-10987-7>
- Cinkaya, F. (2016). *Die Vielfalt von Abbrüchen in der Psychotherapie: Eine Metaanalyse*. Studienreihe psychologische Forschungsergebnisse (Vol. 184). Verlag Dr. Kovač. ISBN: 978-3-8300-9036-6
- Cinkaya, F., Schindler, A., & Hiller, W. (2011). Wenn Therapien vorzeitig scheitern. Merkmale und Risikofaktoren von Abbrüchen in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 224-234. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000121>
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 1155-1159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>

- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Clarke, J., & Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 260-265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162628>
- Dammertz-Hölterhoff, K., Jungbluth, C., & Franz, M. (2020). (K)eine Frage der Wahl: Pädophilie als sexuelle Präferenzstörung. *Ärztliche Psychotherapie*, 15(2), 121-128. <https://doi.org/10.21706/aep-15-2>
- Dattalo, P. (2013). *Analysis of multiple dependent variables*. Oxford University Press.
- Dombert, B., Schmidt, A. F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J., & Osterheider, M. (2015). How common is men's self-reported sexual interest in prepubescent children? *The Journal of Sex Research*, 53(2), 214-223. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1020108>
- Eke, A. W., Seto, M. C., & Williams, J. (2011). Examining the criminal history and future offending of child pornography offenders: An extended prospective follow-up study. *Law and Human Behavior*, 35(6), 466-478. <https://doi.org/10.1007/s10979-010-9252-2>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). Sage.
- Fiester, A. R., & Rudestam, K. E. (1975). A multivariate analysis of the early dropout process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 528-535. <https://doi.org/10.1037/h0076884>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Smith Benjamin, L., & Spitzer, R. L. (2019). *Structured Clinical Interview for DSM-5® – Personality Disorders* (Deutsche Bearbeitung von K. Beesdo-Baum, M. Zaudig, & H.-U. Wittchen). Hogrefe.
- Firth, N., Saxon, D., Stiles, W. B., & Barkham, M. (2019). Therapist and clinic effects in psychotherapy: A three-level model of outcome variability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(4), 345-356. <https://doi.org/10.1037/ccp0000388>
- Freud, S. (2015). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (P. van Haute, C. Huber, & H. Westerkink, Eds.; Originalwerk veröffentlicht 1905). V&R Unipress. <https://doi.org/10.14220/9783737003988>
- Freud, S. (2024). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (Einleitung von R. Reiche; Originalwerk veröffentlicht 1905). Fischer. ISBN: 978-3-10-022725-6
- Freund, K., Watson, R., & Dickey, R. (1990). Does sexual abuse in childhood cause pedophilia: An exploratory study. *Archives of Sexual Behavior*, 19(6), 557-568. <https://doi.org/10.1007/BF01542465>
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., & Wittchen, H.-U. (1997). SKID II. *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Interviewheft (deutsche Bearbeitung von: First et al., 1996). Hogrefe.
- Gahleitner, S. B., Schigl, B., Gerlich, K., & Hinterwallner, H. (2014). Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie vermeiden: Was TherapeutInnen von PatientInnen lernen können. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 38(1), 7-29. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssaoar-56592-4>
- Graf, M., & Dittmann, V. (2009). Konsumenten illegaler Internet-Pornographie – psychische Auffälligkeiten und Risiken der Straffälligkeit. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 3(2), 99-106. <https://doi.org/10.1007/s11757-009-0130-z>
- Greenberg, D. M., Bradford, J., & Curry, S. (1995). Infantophilia - a new subcategory of pedophilia?: a preliminary study. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 23(1), 63-71. <https://jaapl.org/content/23/1/63>
- Gries, S., Longley, M., Kästner, D., & Gumz, A. (2020). Therapeutenmerkmale und Therapieabbruch. *Psychotherapeut*, 65(6), 425-443. <https://doi.org/10.1007/S00278-020-00454-6>

- 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*, 1153-1162. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0729-z>
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., & Seto, M. C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse*, *14*(2), 169-194. <https://doi.org/10.1177/107906320201400207>
- Henzen, A., Moeglin, C., Giannakopoulos, P., & Sentissi, O. (2016). Determinants of dropout in a community-based mental health crisis centre. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0819-4>
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G., & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, *53*(1), 4-16. <https://doi.org/10.1007/s00278-007-0578-2>
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(4), 678-685. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.61.4.678>
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(5), 747-755. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.5.747>
- Jacobi, F. (2020). Entwicklung und Beurteilung therapeutischer Interventionen. In J. Hoyer, & S. Knappe (Eds.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (pp. 471-503). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_19)
- Jacobi, F., Uhmann, S., & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *40*(4), 246-256. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000122>
- Jahnke, S., Imhoff, R., & Hoyer, J. (2015a). Stigmatization of people with pedophilia: Two comparative surveys. *Archives of Sexual Behavior*, *44*(1), 21-34. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0312-4>
- Jahnke, S., Philipp, K., & Hoyer, J. (2015b). Stigmatizing attitudes towards people with pedophilia and their malleability among psychotherapists in training. *Child Abuse & Neglect*, *40*, 93-102. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.008>
- Jahnke, S., Schmidt, A. F., Geradt, M., & Hoyer, J. (2015c). Stigma-related stress and its correlates among men with pedophilic sexual interests. *Archives of Sexual Behavior*, *44*(8), 2173-2187. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0503-7>
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2014). Momentos distintos no abandono da psicoterapia psicanalítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *63*(2), 133-141. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000017>
- Junkert-Tress, B., Tress, W., Hildenbrand, G., Hildenbrand, B., Windgassen, F., Schmitz, N., Hartkamp, N., & Franz, M. (2000). Der Behandlungsabbruch – ein multifaktorielles Geschehen. *PPmP-Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, *50*(9/10), 351-365. <https://doi.org/10.1055/s-2000-9098>
- Kanning, U. P. (2009). *Diagnostik sozialer Kompetenzen*. Kompendien psychologischer Diagnostik, Vol. 4. Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-2253-4
- Kaplowitz, M. J., Safran, J. D., & Muran, C. J. (2011). Impact of therapist emotional intelligence on psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*(2), 74-84. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182083efb>
- Klein, V., Rettenberger, M., Boom, K.-D., & Briken, P. (2014). Eine Validierungsstudie der deutschen Version des Hypersexual Behavior Inventory (HBI). *PPmP-Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, *64*(3/4), 136-140. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1357133>

- Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2012). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – psychometrische Eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *PPmP-Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 62(2), 47-51. <https://doi.org/10.1055/S-0031-1295495>
- Konrad, A. (2021). Pädophilie und Leidensdruck. *Sexuologie*, 28(3-4), 239-247. <https://doi.org/10.61387/wkko4822>
- Krafft-Ebing, R. v. (2005). *Psychopathia Sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Eine klinisch-forensische Studie* (Vol. 8, ungekürzte Facsimile; Originalwerk veröffentlicht 1893). Elibron Classics. ISBN: 1-4212-3564-1
- Kramer, R. (2011). The DSM and the stigmatization of people who are attracted to minors. Pedophilia, minor-attracted persons, and the DSM: Issues and controversies. Symposium conducted at the meeting of the B4U-ACT, Inc., Westminster, MD. <https://www.researchgate.net/publication/365993590>
- Kreutzmann, A., Schweder, K., Hahn, I., von Heyden, M., Rozas, J. B., Niemann, C., & Beier, K. M. (2021). Prävention durch Fernbehandlung – verursacherbezogene Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs in Sachsen-Anhalt durch ein telemedizinisches Diagnose- und Therapieangebot (FEBEST). *Sexuologie*, 28(3-4), 199-208. <https://doi.org/10.61387/S.2021.34.43>
- Kuhle, L. F., Bergner-Köther, R., Beutel, M. E., Dammertz-Hölterhoff, K., Hajak, G., Huchzermeier, C., Krüger, T., Kruse, J., Pätzelt, J. M., Quendler-Adamo, E., Rösing, D., Schönknecht, P. & Beier, K. M. (2021). Das Präventionsnetzwerk Kein Täter werden. *Sexuologie*, 28(3-4), 171-180. <https://doi.org/10.61387/rbmz8545>
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51. <https://doi.org/10.1037/a0030682>
- Lang, K., Koch, U., & Schulz, H. (2006). Abbrüche stationärer Psychotherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(4), 267-275. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.35.4.267>
- Larochelle, S., Diguier, L., Laverdière, O., & Greenman, P. S. (2011). Predictors of psychological treatment noncompletion among sexual offenders. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 554-562. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.004>
- Lieberz, K., & Ciemer, S. (2000). Hintergründe des Abbruchs von stationären Psychotherapien. *Psychotherapeut*, 45, 286-291. <https://doi.org/10.1007/s002780000095>
- Lutz, W., de Jong, K., & Rubel, J. (2015). Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go? *Psychotherapy Research*, 25(6), 625-632. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1079661>
- Lutz, W., de Jong, K., Rubel, J. A., & Delgadillo, J. (2021). Measuring, predicting, and tracking change in psychotherapy. In M. Barkham, W. Lutz, L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (Vol. 4, pp. 89-133). Wiley. ISBN: 978-1-119-53658-1
- Lutz, W., Stulz, N., & Köck, K. (2009). Patterns of early change and their relationship to outcome and follow-up among patients with major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118(1-3), 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.019>
- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse*, 22(2), 191-217. <https://doi.org/10.1177/1079063210366039>
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 44, 291-303. <https://doi.org/10.1136/adc.44.235.291>
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1970). Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Archives of Disease in Childhood*, 45, 13-23. <https://doi.org/10.1136/adc.45.239.13>
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1988). The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 26(6), 499-511. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(88\)90146-5](https://doi.org/10.1016/0005-7967(88)90146-5)

- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2000). The Origins of Sexual Offending. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(3), 250-263. <https://doi.org/10.1177/152483800001003003>
- Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2013). Minority stress and the health of sexual minorities. In C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Eds.), *Handbook of Psychology and Sexual Orientation* (pp. 252-266). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199765218.003.0018>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing* (3. Auflage). Lambertus. ISBN: 978-3-7841-2545-9
- Mokros, A., Osterheider, M., & Nitschke, J. (2012). Pädophilie. *Nervenarzt*, 83(3), 355-358. <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3322-7>
- Nedopil, N. (2013). Vom Opfer zum Täter – welchen Wert hat die Viktimisierungshypothese bei Tätern mit sexuellem Kindesmissbrauch? In T. Stompe, W. Laubichler, & H. Schanda (Eds.), *Sexueller Kindesmissbrauch und Pädophilie*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. ISBN: 978-3-941468-72-6
- Nentzl, J., & Scherner, G. (2021). Therapiebeginn, Dropout und Follow-up–Untersuchungen im Präventionsprojekt Dunkelfeld. *Sexuologie*, 28(3-4), 249-258. <https://doi.org/10.61387/S.2021.34.48>
- Nysæter, T. E., Nordahl, H. M., & Havik, O. E. (2009). A preliminary study of the naturalistic course of non-manualized psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: Patient characteristics, attrition and outcome. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(2), 87-93. <https://doi.org/10.3109/08039480903406731>
- Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E. (2003). The effect of group climate on outcome in two forms of short-term group therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 64-76. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.7.1.64>
- O'Keeffe, S., Martin, P., Target, M., & Midgley, N. (2019). 'I just stopped going': A mixed methods investigation into types of therapy dropout in adolescents with depression. *Frontiers in Psychology*, 10, 75. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00075>
- Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 6-21. <https://doi.org/10.1037/a0022200>
- Pekarik, G. (1985). Coping with dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16(1), 114-123. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.16.1.114>
- Querengässer, J., Bulla, J., Hoffmann, K., & Ross, T. (2018). Therapieabbruch als Prädiktor erneuter Straftaten. *Nervenarzt*, 89(1), 71-77. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0386-z>
- 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(1), 30-51. <https://doi.org/10.1080/10720162.2011.555709>
- Reneses, B., Munoz, E., & Lopez-lbor, J. J. (2009). Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World Psychiatry*, 8(3), 173-177. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00246.x>
- Reuter, L., & Scheidt, C. E. (2014). Vorzeitige Beendigung der Therapie in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation. *PPmP-Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 64(8), 297-308. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1368730>
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394-418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>

- Rumpold, G., Schüßler, G., Doering, S., Janecke, N., & Smrekar, U. (2004). Prädiktoren des Überweisungserfolgs einer psychotherapeutischen Klinikambulanz und des späteren Therapieverlaufs. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50(2), 171-189. <https://doi.org/10.13109/zptm.2004.50.2.171>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Salter, D., McMillan, D., Richards, M., Talbot, T., Hodges, J., Bentovim, A., Hastings, R., Stevenson, J., & Skuse, D. (2003). Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: A longitudinal study. *The Lancet*, 361(9356), 471-476. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12466-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12466-X)
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A., & Parry, G. (2017). The contribution of therapist effects to patient dropout and deterioration in the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3), 575-588. <https://doi.org/10.1002/cpp.2028>
- Schiltz, K. (2013). Anomalien der Gehirnstruktur pädophiler Straftäter. In T. Stompe, W. Laubichler, & H. Schanda (Eds.), *Sexueller Kindesmissbrauch und Pädophilie*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. ISBN: 978-3-941468-72-6
- Schmidt, C., & Hahn, G. (2016). *Herausforderung Pädophilie: Beratung, Selbsthilfe, Prävention*. Psychiatrie Verlag. ISBN: 978-3-96605-230-6
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27(6), 642-652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>
- Schütz, A., Rentzsch, K., & Sellin, I. (2017). *MSWS: Multidimensionale Selbstwertkala: Manual*. Hogrefe. ISBN: 978-3-456-85860-9
- Seiffge-Krenke, I., & Cinkaya, F. (2017). *Behandlungsabbrüche: Therapeutische Konsequenzen einer Metaanalyse*. Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666405808>
- Seto, M. C., Cantor, J. M., & Blanchard, R. (2006). Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 610-615. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.3.610>
- Shamir, D., Szor, H., & Melamed, Y. (2010). Dropout, early termination and detachment from a public psychiatric clinic. *Psychiatria Danubina*, 22(1), 46-55. PMID: 20305590
- Simon, G. E., Imel, Z. E., Ludman, E. J., & Steinfeld, B. J. (2012). Is dropout after a first psychotherapy visit always a bad outcome? *Psychiatric Services*, 63(7), 705-707. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100309>
- Stahler, G. J., & Eisenman, R. (1987). Psychotherapy dropouts: Do they have poor psychological adjustment? *Bulletin of the Psychonomic Society*, 25(3), 198-200. <https://doi.org/10.3758/BF03330327>
- Stalans, L. J. (2004). Adult sex offenders on community supervision: A review of recent assessment strategies and treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 31(5), 564-608. <https://doi.org/10.1177/0093854804267093>
- Storch, M., Kanthack, M., Amelung, T., Beier, K. M., Krueger, T. H. C., Sinke, C., Walter, H., Walter, M., Schiffer, B., Schindler, S., & Schoenkecht, P. (2023). Hypothalamic volume in pedophilia with or without child sexual offense. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(6), 1295-1306. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01501-w>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>

- Thibaut, F., Barra, F. D. L., Gordon, H., Cosyns, P., & Bradford, J. M. W. (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *11*(4), 604-655. <https://doi.org/10.3109/15622971003671628>
- Tozdan, S. (2023). Die Rolle von Frauen im Kontext von Herstellung, Verbreitung und Konsum von Missbrauchsabbildungen. In R. Steffes-enn, N. Saimeh, & P. Briken (Eds.), *Sexueller Kindesmissbrauch und Missbrauchsabbildungen in digitalen Medien* (pp. 179-185). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, *11*(1), 44-63. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.05.002>
- Ward, T., & Siegert, R. J. (2002). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychology, Crime and Law*, *8*(4), 319-351. <https://doi.org/10.1080/10683160208401823> ISBN: 978-3-95466-747-5
- Ware, J., & Bright, D. A. (2008). Evolution of a treatment programme for sex offenders: Changes to the NSW Custody-Based Intensive Treatment (CUBIT). *Psychiatry, Psychology and Law*, *15*(2), 340-349. <https://doi.org/10.1080/13218710802014543>
- Werbart, A., Andersson, H., & Sandell, R. (2014). Dropout revisited: Patient- and therapist-initiated discontinuation of psychotherapy as a function of organizational instability. *Psychotherapy Research*, *24*(6), 724-737. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.883087>
- Westmacott, R., & Hunsley, J. (2010). Reasons for terminating psychotherapy: A general population study. *Journal of Clinical Psychology*, *66*(9), 965-977. <https://doi.org/10.1002/jclp.20702>
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*(2), 190-195. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>
- Winkler, R. (2018). Dropouts in Psychotherapien. Teil I: Prädiktoren, Theorien und Modelle zur Erklärung und Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Therapieabbrüchen. Teil II: „Overview of Reviews“ zu Therapieabbrüchen (HTA Projektbericht 100). Austrian Institute for Health Technology Assessment. <https://eprints.aihta.at/1157/>
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Hogrefe. ISBN: 978-3-8017-0810-8
- Woods, M., & Melnick, J. (1979). A review of group therapy selection criteria. *Small Group Behavior*, *10*(2), 155-175. <https://doi.org/10.1177/104649647901000201>
- Xiao, H., Hayes, J. A., Castonguay, L., McAleavey, A. A., & Locke, B. D. (2017). Therapist effects and the impacts of therapy nonattendance. *Psychotherapy*, *54*(1), 58-65. <https://doi.org/10.1037/pst0000103>
- Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C., & Lutz, W. (2017). Therapist effects on and predictors of non-consensual dropout in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(2), 312-321. <https://doi.org/10.1002/cpp.2022>
- Zwerenz, R., Knickenberg, R. J., & Beutel, M. E. (2008). Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Auf welche Art und wann beenden Patienten vorzeitig eine stationäre Psychotherapie? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *54*(3), 241-262. <https://doi.org/10.13109/zptm.2008.54.3.241>

## 6 Anhang

### Statistische Berechnungen

#### Anhang 1: Normalverteilungstests

##### Test auf Normalverteilung Gesamtgruppe der Abbrecher

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistik	<i>df</i>	<i>p</i>	Statistik	<i>df</i>	<i>p</i>
Entfernung Wohnort/Ambulanz	.209	201	<.001	.598	201	<.001

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

##### Test auf Normalverteilung Abbrecher (Miss)

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistik	<i>df</i>	<i>p</i>	Statistik	<i>df</i>	<i>p</i>
Alter	.090	172	.002	.966	172	<.001
CTQ	.157	155	<.001	.881	155	<.001
GRQ	.066	152	.200*	.994	152	.756
HBI	.062	156	.200*	.987	156	.175
EUROHIS	.096	143	.003	.974	143	.007
GQ_D	.073	60	.200*	.969	60	.126

Legende: \* = untere Grenze der echten Signifikanz; a = Signifikanzkorrektur nach Lilliefors; *df* = Freiheitsgrad; *p* = Signifikanzwert

##### Test auf Normalverteilung Frühabbrecher (Miss)

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistik	<i>df</i>	<i>p</i>	Statistik	<i>df</i>	<i>p</i>
Alter	.084	119	.037	.964	119	.003
CTQ	.140	105	<.001	.887	105	<.001
GRQ	.051	103	.200*	.993	103	.854
HBI	.065	106	.200*	.982	106	.172
EUROHIS	.094	94	.038	.972	94	.042
GQ_D	.078	50	.200*	.965	50	.151

Legende: \* = untere Grenze der echten Signifikanz; a = Signifikanzkorrektur nach Lilliefors; *df* = Freiheitsgrad; *p* = Signifikanzwert

### Test auf Normalverteilung Spätabbrecher (Miss)

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
Alter	.113	113	.001	.970	113	.012
CTQ	.153	106	<.001	.875	106	<.001
GRQ	.085	105	.061	.989	105	.537
HBI	.055	107	.200*	.988	107	.457
EUROHIS	.110	109	.003	.975	109	.041
GQ_D	.073	59	.200*	.969	59	.130

Legende: \* = untere Grenze der echten Signifikanz; a = Signifikanzkorrektur nach Lilliefors; df = Freiheitsgrad; p = Signifikanzwert

### Anhang 2: Multikollinearitätstest

#### Multikollinearitätstest metrischer Variablen mittels VIF

Koeffizienten<sup>a</sup>

	Kollinearitätsstatistik	
	Toleranz	VIF
Alter	1.000	1.000
HBI	1.000	1.000

Legende: a = Abhängige Variable: Abbrecher (Miss)

### Anhang 3: Linearitätstests

#### Box-Tidwell-Test auf Linearität der metrischen Variablen

$$\text{Bonferroni-korrigiertes } \alpha = \frac{0.05}{4} = 0.0125$$

	B	SE	Wald	p	OR
Alter	-.060	.404	.022	.882	.942
HBI	-3.236	2.559	1.599	.206	.039
Alter by Ln Alter	.006	.086	.004	.949	1.006
Ln HBI by HBI	1.261	1.240	1.033	.309	3.529
Konstante	7.340	4.725	2.413	.120	1541.314

Legende: Ln = natürlicher Logarithmus (Basis e); df (Freiheitsgrad) = 1 für alle Wald-Statistiken; B = Regressionskoeffizient; SE = Standardfehler; p = Signifikanzwert; OR = Odds Ratio mit 95%-Konfidenzintervall (CI).

### Box-Tidwell-Test auf Linearität Frühabbrecher (Miss)

$$\text{Bonferroni-korrigiertes } \alpha = \frac{0.05}{4} = 0.0125$$

	<i>B</i>	<i>SE</i>	Wald	<i>p</i>	<i>OR</i>
Alter	-.241	.470	.262	.609	.786
<i>HBI</i>	-6.463	3.083	4.396	.036	.002
Alter by <i>Ln</i> Alter	.044	.101	.189	.664	1.045
<i>Ln HBI</i> by <i>HBI</i>	2.794	1.491	3.510	.061	16.345
Konstante	12.502	5.555	5.065	.024	268865.274

Legende: *Ln* = natürlicher Logarithmus (Basis e); *df* (Freiheitsgrad) = 1 für alle Wald-Statistiken; *B* = Regressionskoeffizient; *SE* = Standardfehler; *p* = Signifikanzwert; *OR* = *Odds Ratio* mit 95%-Konfidenzintervall (*CI*).

### Box-Tidwell-Test auf Linearität Spätabbrecher (Miss)

$$\text{Bonferroni-korrigiertes } \alpha = \frac{0.05}{4} = 0.0125$$

	<i>B</i>	<i>SE</i>	Wald	<i>p</i>	<i>OR</i>
Alter	.189	.483	.154	.695	1.209
<i>HBI</i>	.653	2.984	.048	.827	1.922
Alter by <i>Ln</i> Alter	-.048	.104	.213	.644	.953
<i>Ln HBI</i> by <i>HBI</i>	-.599	1.469	.166	.683	.549
Konstante	-.640	5.416	.014	.906	.527

Legende: *Ln* = natürlicher Logarithmus (Basis e); *df* (Freiheitsgrad) = 1 für alle Wald-Statistiken; *B* = Regressionskoeffizient; *SE* = Standardfehler; *p* = Signifikanzwert; *OR* = *Odds Ratio* mit 95%-Konfidenzintervall (*CI*).

## Anhang 4: Korrelationsmatrizen

### Korrelationsmatrix zu Tabelle 20 – Modell 9

	Konstante	<i>HBI</i>	Bildung (2)	Alter	GRQ Sub Erwartung
Konstante	1.000	-0.587	-0.006	-0.612	-0.673
<i>HBI</i>	-0.587	1.000	0.001	0.060	0.072
Bildung (2)	-0.006	0.001	1.000	-0.221	0.044
Alter	-0.612	0.060	-0.221	1.000	0.187
GRQ Sub Erwartung	-0.673	0.072	0.044	0.187	1.000

### Korrelationsmatrix zu Tabelle 21 – Modell 5

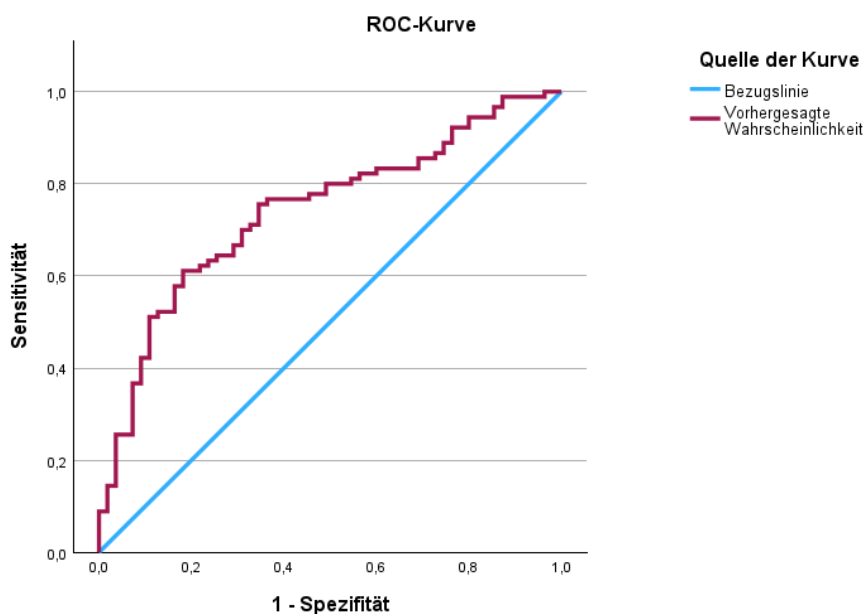
	Konstante	HBI	Bildung (2)	GRQ Sub Erwartung	Non Offender
Konstante	1.000	-0.671	-0.273	-0.731	-0.042
HBI	-0.671	1.000	-0.019	0.045	-0.065
Bildung (2)	-0.273	-0.019	1.000	0.224	0.117
GRQ Sub Erwartung	-0.731	0.045	0.224	1.000	0.043
Non Offender	-0.042	-0.065	0.117	0.043	1.000

### Korrelationsmatrix zu Tabelle 22 – Modell 2

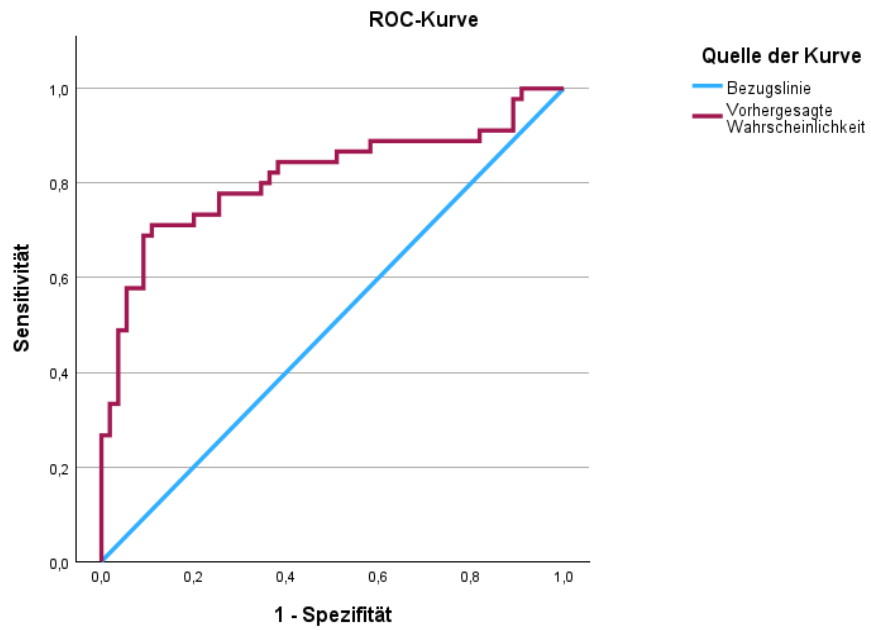
	Konstante	HBI	Beruflicher Status erwerbstätig/arbeitslos
Konstante	1.000	-0.841	-0.625
HBI	-0.841	1.000	0.148
Beruflicher Status erwerbstätig/arbeitslos	-0.625	0.148	1.000

## Anhang 5: ROC – Analysen

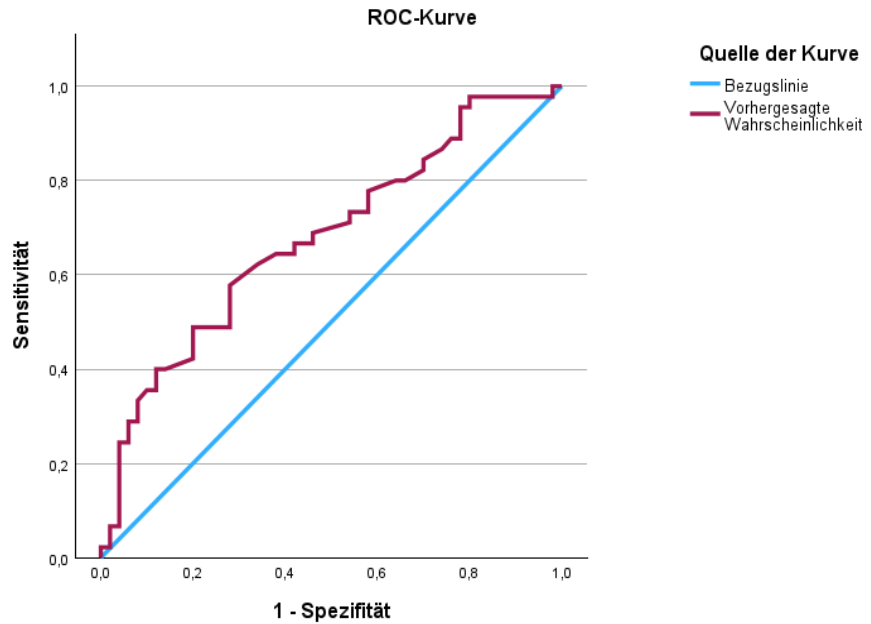
### ROC-Kurve zu Tabelle 20 – Modell 9 (AUC = 0.741)



**ROC-Kurve zu Tabelle 21 – Modell 5 (AUC = 0.814)**



**ROC-Kurve zu Tabelle 22 – Modell 2 (AUC = 0.678)**



## Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt allen, die mich auf dem Weg zu dieser Dissertation begleitet haben – für ihre wertvollen Impulse, konstruktiven Anmerkungen, ihr Vertrauen in mich und meine Arbeit, ihre Verbundenheit, ihr Verständnis für manche Entbehrung und nicht zuletzt für den Humor, der viele herausfordernde Momente leichter gemacht hat.

Insbesondere möchte ich Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress danken, der mir 2014 den Aufbau und die Weiterentwicklung der Ambulanz des „Präventionsprojekt Dunkelfeld ‚Kein Täter werden‘“ Düsseldorf anvertraute und damit ermöglichte, dieses bedeutsame Thema für meine Dissertation zu erforschen. Ebenso danke ich Prof. Dr. Uwe Hartmann, der mich als Supervisor im Rahmen meiner sexualmedizinischen Weiterbildung stets auf Augenhöhe unterstützt hat und mir bei den Anfängen der Doktorarbeit viel Mut gemacht hat. Ich bedaure zutiefst, dass beide den Abschluss der Arbeit nicht miterleben können. Mein Dank gilt ebenfalls Prof. Dr. Peter Angerer, Prof. Dr. Christoph Friederich und Prof. Dr. Ulrike Dinger – Ehrenthal für ihre Förderung und begleitende Unterstützung dieser Untersuchung.

Franziska Marks bin ich zutiefst dankbar für ihre freundschaftliche Unterstützung und ihr aufmerksames Korrekturlesen. Dietmar Behr danke ich für seine partnerschaftliche Begleitung, die mir den Rücken gestärkt hat.

Zuletzt möchte ich meinen Eltern und meinen Töchtern danken: Meiner Mutter, die sich während meines Studiums und während der Fertigung meiner Diplomarbeit auf Heimatbesuchen hingebungsvoll um meine kleinen Töchter gekümmert hat. Meinem Vater, der mir während der Entstehung meiner Diplomarbeit stets wertvolle Anregungen gab, ein interessierter Diskussionspartner war und sich gefreut hätte, die Entstehung und Fertigstellung der Doktorarbeit mitzuerleben. Und meinen heute erwachsenen Töchtern, die mir während der Entstehungszeit der Doktorarbeit mit unermüdlicher, liebevoller Zuversicht zur Seite standen.

Dieses persönliche und fachliche Umfeld hat mich getragen und gestärkt – und die Entstehung dieser Arbeit nebenberuflich erst möglich gemacht.