Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche (PPJ) – eine klinische Erweiterung des PPD*

Klaus M. Beier, Eliza Schlinzig, Umut C. Oezdemir, Elena Hupp, Andreas Peter, Anna Groll, Tobias Hellenschmidt

Primary Prevention of Child Sexual Abuse by Juveniles (PPJ) – A Clinical Extension of the PPD

Abstract

A recent clinical extension of the *Prevention Project Dunkelfeld* (PPD) focusses on sexually abusive juveniles. The underlying assumption of the project *Primary Prevention of Sexual Child Abuse by Youth* (PPJ), which was launched in April 2014, is that some of the (predominantly male) juveniles who sexually assault children have a sexual preference for the prepubescent body image. The PPJ thus offers diagnostic and therapeutic help to 12- to 18-year-old juveniles who are sexually attracted to children. The primary goal is to prevent the initial or repeated sexual abuse of children and the use of sexually abusive child images by developing the juvenile's ability to control his own behavior. This is in keeping with the PPD goals, but, given the age of the participants, the PPJ also takes the distinctive features of adolescence into account. It includes parents or legal guardians in the therapy process. The article describes the therapeutic goals and procedure and presents initial results. Two case studies conclude the article.

Keywords: Juvenile, Prevention, Sexual preference, Child sexual abuse, Child abusive images, Project *Primary Prevention of Sexual Child Abuse by Youth* (PPJ)

Zusammenfassung

Eine neue klinische Erweiterung des ausschließlich für Erwachsene angelegten *Präventionsprojektes Dunkelfeld* (PPD) ist die Auseinandersetzung mit sexuell verhaltensauffälligen Jugendlichen. Eine Grundannahme des Projekts *Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche* (PPJ), das im April 2014 anlief, ist, dass ein Teil der von (überwiegend männlichen) Jugendlichen begangenen sexuellen Übergriffe auf Kinder sich auf eine sexuelle Ansprechbarkeit auf das kindliche Körperschema zurückführen lässt. Das neue Projekt hat daher zum Ziel, 12- bis 18-jährigen Jugendlichen mit dieser sexuellen Präferenzbesonderheit ein diagnostisches und therapeutisches Hilfsangebot zu unterbreiten. Primär angestrebt wird, durch das Erlernen von Verhaltenskontrolle einen erstmaligen oder erneuten sexuellen Kindesmissbrauch sowie die erstmalige oder erneute Nutzung von Missbrauchsabbildungen zu verhindern. Dies entspricht den Zielen des PPD, macht aber in erheblichem Umfang die Berücksichtigung von Besonderheiten des Jugendalters sowie die Einbeziehung von Bezugspersonen erforderlich. Der Text stellt den Ansatz des therapeutischen Vorgehens und erste Resultate des PPJ vor. Zwei Fallbeispiele stehen am Schluss.

Schlüsselwörter: Jugendliche, Prävention, sexuelle Präferenz, sexueller Kindesmissbrauch, Missbrauchsabbildungen, Projekt *Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche* (PPJ)

Ausgangssituation

Der polizeilichen Kriminalstatistik zufolge bilden Kinder (Individuen unter 14 Jahren) und Jugendliche (Personen zwischen 14 und 18 Jahren) knapp ein Viertel der Tatverdächtigen beim sexuellem Kindesmissbrauch nach § 176 Strafgesetzbuch (StGB). So waren z.B. 2013 in Deutschland von 9.232 ermittelten Tatverdächtigen 7.6% Kinder und 18.2% Jugendliche (Bundeskriminalamt, 2014). Beim Strafbestand Verbreitung, Erwerb und Besitz von Kinderpornografie (§ 184b, StGB) bildeten Kinder und Jugendliche im Jahr 2013 knapp 7% der Tatverdächtigen: Von 3.958 ermittelten Tatverdächtigen waren 1.5% unter 14 Jahren und 5.3% zwischen 14 und 18 Jahren alt (Bundeskriminalamt, 2014). Wie bei Erwachsenen ist davon auszugehen, dass sexuelle Übergriffe durch Jugendliche auch größtenteils im Dunkelfeld stattfinden, nicht zuletzt, weil sie aufgrund der geringeren Altersdifferenz zwischen Opfer und Täter leichter umzusetzen sind und häufig nicht mitgeteilt werden.

* Für eine ausführlichere Darstellung des PPJ siehe den Artikel von Beier et al. in Sexuologie 22 (1–2), 2015.

Das im April 2014 am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* der Charité Berlin ins Leben gerufene Projekt *Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche* (PPJ), das vom *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (BMFSFJ) gefördert wird, richtet sich an Individuen zwischen 12 und 18 Jahren mit sexuellen Fantasien und/oder Verhaltensweisen, die auf Kinder bezogen sind. Ihnen wird ein diagnostisches Angebot unterbreitet, das darauf abzielt, ihre sexuelle Präferenzbesonderheit abzuklären und sie therapeutisch bei der Bewältigung und Kontrolle ihrer sexuellen Wünsche und Bedürfnisse zu unterstützen. Ziel ist die Prävention sexueller Gewalt gegenüber Kindern durch Verhaltenskontrolle. Dazu werden auch die Angehörigen – in der Regel die Eltern – einbezogen.

Das PPJ fußt einerseits auf klinischen Erfahrungen und Erkenntnissen, die im *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) gesammelt worden sind und andererseits auf Erkenntnissen aus der Sexualwissenschaft. Dazu gehört bspw., dass zwischen 30% und 50% der Täter berichten, ihr sexuelles Interesse an Kindern sei ihnen bereits seit der Pubertät bewusst gewesen. So gaben von 129 befragten erwachsenen Sexualstraftätern 29% an, dass sie schon vor dem 20. Lebensjahr sexuell deviante Fantasien hatten (Marshall et al., 1991). In einer anderen Studie gaben von 91 Männern mit pädophiler Präferenz 34% an, jünger als 16 gewesen zu sein, als sie sich zum ersten Mal sexuell zu Kindern hingezogen gefühlt hätten. Ebenso viele Männer derselben Stichprobe begangen ihren ersten sexuellen Übergriff im Jugendalter (Elliott et al., 1995). In einer dritten Studie an 561 Befragten war der jüngste Täter 13 Jahre alt (Abel et al., 1987). Auch jüngere Meta-Analysen unterstützen die Wichtigkeit einer therapeutischen Begleitung und Intervention im Jugendalter sowie einer sorgfältigen Diagnostik der Sexualpräferenz. Seto und Lalumière (2010) verglichen eine Gruppe männlicher jugendlicher Sexualstraftäter (n = 3855) mit einer Gruppe männlicher jugendlicher Straftäter ohne Sexualdelikte (n = 13393). Sie konnten zeigen, dass der größte Gruppenunterschied in den vorhandenen atypischen sexuellen Präferenzen der männlichen jugendlichen Sexualstraftäter, verglichen mit den männlichen jugendlichen Straftätern ohne Sexualdelikte, lag. Diese Ergebnisse konnten von Pullman und Mitarbeiter (2014) bestätigt und erweitert werden. Jugendliche Sexualstraftäter hatten im Vergleich zu Straftätern mit gemischten (d.h. sexuellen und nicht-sexuellen) Delikten mehr atypische Sexualinteressen und größere Defizite in romantischen Beziehungen.

Erste Annäherung

Eine vom BMFSFJ finanzierte Pilotstudie, die zwischen Juli und Dezember 2013 mit 16 männlichen Jugendlichen durchgeführt wurde, belegte zum einen die Existenz der im PPJ anvisierten Zielgruppe, zum anderen, dass Präferenzbesonderheiten bereits frühzeitig feststellbar sind (vgl. Beier et al., 2015). Die hohe Anzahl festgestellter kinder- und jugendpsychiatrischer Komorbiditäten führte bereits während der Pilotstudie zur Kooperation mit der *Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik* des Vivantes Klinikums im Friedrichshain, die den Entwicklungsaspekten der Jugendlichen Rechnung trägt. Bei entsprechender Indikation gewährleistet die Kooperation außerdem die Möglichkeit der stationären Unterbringung. Das Projekt vereint damit sowohl sexualmedizinische als auch kinder- und jugendpsychiatrische Expertise.

Das Angebot für Jugendliche und Angehörige

Diese jugendliche Zielgruppe befindet sich hinsichtlich der kognitiven Fähigkeiten und des kritischen Urteilsvermögens noch in einer Entwicklungsphase, denn die entsprechenden Hirnzentren sind noch nicht ausgereift. Sie leben – wie Jugendliche in der Pubertät überhaupt – oft in Fantasiewelten und sind sich über die Konsequenzen ihres Handelns häufig nicht im Klaren. Die betroffenen Jugendlichen empfinden kindliche Körper als sexuell erregend, können diese „Erkenntnis" aber weder adäquat zuordnen noch gegenüber einer Person ihres Vertrauens artikulieren.

Vor dem Hintergrund, dass eine derartige sexuelle Präferenz als ein Hauptrisikofaktor für die sexuelle Viktimisierung von Kindern gelten kann (Beier, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Seto et al., 2006), ist es konsequent, frühestmöglich präventive Hilfe beim Verstehen dieser sexuellen Fantasien und der daraus resultierenden sexuellen Impulse anzubieten, wobei sich der therapeutische Prozess selbst als unvoreingenommen und wertneutral versteht.

Um diesen Jugendlichen zu ermöglichen, selbstmotiviert beim PPJ vorstellig zu werden, wurde mit der Medienagentur *Scholz & Friends* eine internetbasierte Werbekampagne entwickelt. Diese bezieht sich explizit auf die Fantasien der Jugendlichen und wurde mit ikonografischen Motiven in Form klassischer Plakatmotive und eines Projektspots umgesetzt (vgl. Beier et al., 2015).

Unterstützt wird der Zugang über eine multimedial und audiovisuell gestaltete Internetseite, die über das niedrigschwellige, kostenlose und schweigepflichtgeschützte Hilfsangebot des PPJ informiert. Freiwillig hilfesuchende Jugendliche und/oder ihre erziehungs- bzw. sorgeberechtigten Bezugspersonen können telefonisch sowie via E-Mail Kontakt aufnehmen. Bei einem Erstkontakt wird eine persönliche Identifikationsnummer (PIN) vergeben, unter der alle erhobenen Daten geführt werden, um die Vertraulichkeit zu gewährleisten.

Eine über mehrere Termine verteilte Eingangsdiagnostik umfasst neben anamnestischen Gesprächen eine ausführliche psychologische und sexualmedizinische Testbatterie zur sexuellen Präferenz, zum bisherigen sexuellen Verhalten, einschließlich eventuell bereits begangener Übergriffe bzw. bereits erfolgter Nutzung von Missbrauchsabbildungen. Fremdanamnestische Informationen durch die Eltern bzw. Bezugspersonen werden zusätzlich eingeholt. Darüber hinaus wird ein psychopathologischer Befund erhoben; es werden die kognitive Leistungsfähigkeit, die Persönlichkeitsstruktur sowie deliktbezogene Einstellungen und weitere relevante Risikofaktoren für sexuell delinquentes Verhalten eingeschätzt. Darüberhinaus werden etwaig bestehende kinder- und jugendpsychiatrische Komorbiditäten erfasst, die bei begründetem Verdacht mittels einer störungsspezifischen Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Vivantes Klinikum im Friedrichshain überprüft werden.

Ins PPJ werden Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren aufgenommen, die entsprechend der diagnostischen Vorgaben ein sexuell auffälliges Verhalten und/oder Fantasien zeigen. Aufgenommen werden kann nur, wer aktuell nicht (mehr) mit dem Justizsystem in Kontakt steht. Voraussetzung ist zudem Freiwilligkeit und die Zustimmung der Erziehungsberechtigten.

Sollte ein Jugendlicher seine Bereitschaft davon abhängig machen, dass die Eltern nicht informiert werden, wird dies im Einzelfall abzuwägen sein, insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich um einen sehr persönlichen Bereich handelt. Gemäß deutscher Rechtsprechung (z.B. BGH 29, 33, 36ff) und der vorherrschenden Ansicht in der Fachliteratur wird die „konkrete Einsichts- und Urteilsfähigkeit" des Zustimmenden, die im Allgemeinen ungefähr ab dem 16. Lebensjahr angenommen werden kann (vgl. Schroth, 2010), als Voraussetzung für die Wirksamkeit der Einwilligung verlangt. Im Zweifelsfall scheint es daher aus therapeutischer und ärztlicher Sicht geboten, Jugendliche ab 16 Jahren auch ohne Einwilligung der Eltern zu unterstützen.

Therapiestruktur

Der Therapieansatz des PPJ basiert auf einer Adaption der Berliner Dissexualitäts-Therapie – BEDIT (Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, im Druck). Adressiert werden der Jugendliche selbst sowie die in den therapeutischen Prozess involvierten Bezugspersonen. Da die Jugendlichen oft noch familiär eingebunden sind, muss auch das Familiensystem als Ganzes einbezogen werden. Es geht darum, die Vielfalt menschlicher Sexualität zu vermitteln und Verständnis für Präferenzbesonderheiten zu fördern. Die Bezugspersonen sollen dem Jugendlichen unterstützend zur Seite stehen und dessen soziale Isolation vermindern.

Primäres Therapieziel für den Jugendlichen ist die Integration der aktuell auftretenden sexuellen Bedürfnisse und Fantasien in das Selbstbild sowie die Verhaltenskontrolle. Erlernt werden soll, individuelle Risikofaktoren zu erkennen und damit umzugehen, sodass es zu keinem fremdschädigenden Verhalten kommt.

Die therapeutische Struktur ist modular aufgebaut und besteht aus konstitutiven sowie fakultativen Therapieinhalten. Kern des Angebotes sind Gespräche, die das Bewusstsein und die Akzeptanz für die eigene Sexualität wecken, schulen und alltagstaugliche Handlungsoptionen anbieten. Dies soll bspw. mittels psychoedukativer Arbeit, Ressourcenaktivierung, Techniken der kognitiven Umstrukturierung, Erhöhung sozialer und emotionaler Fertigkeiten erreicht werden – immer mit Blick auf eine Tatprävention und eine Rückfallprophylaxe. Dabei ist auf zusätzliche Entwicklungsauffälligkeiten zu achten. Maßgeblich für den Erfolg ist letztlich auch der Aufbau und Erhalt einer vertrauensvollen und tragfähigen Patienten-Therapeut-Beziehung.

Erste Ergebnisse

Zwischen August 2014 und Juli 2015 erreichten das Projekt 49 Anfragen aus dem gesamten Bundesgebiet. Zumeist wurde der Erstkontakt von erwachsenen Bezugspersonen initiiert: Von leiblichen, Stief- bzw. Pflegeeltern (n = 17; 34.7%), von Betreuern (n = 6; 12.2%), von Jugendämtern (n = 7; 14.3%), aber auch von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (n = 9; 18.4%) und Lehrern (n = 2; 4.1%). Zudem haben acht Jugendliche (16.3%), die über die Medienkampagne auf das Projekt aufmerksam geworden waren, das Projekt kontaktiert.

Außer einem Mädchen waren alle Jugendlichen männlich, der Altersdurchschnitt betrug 15.2 Jahre (n = 48). Von den 49 Projektinteressenten konnten 18 nicht zu

einem diagnostischen Gespräch eingeladen werden: Vier Jugendliche (darunter das Mädchen) hatten kein Interesse am Programm; drei Jugendliche erfüllten die Projekteinschlusskriterien nicht; 11 Projektanfragen waren explorativer Natur, mit der Angabe, sich zurückmelden zu wollen. 31 Jugendliche einschließlich ihrer Bezugspersonen wurden zu einem Erstgespräch eingeladen. Von den 31 Einladungen wurden 27 wahrgenommen.

In die nachfolgende Auswertung wurden sechs weitere Jugendliche miteinbezogen, die beim PPJ vorstellig wurden, in den 12 Berichtsmonaten jedoch noch diagnostisch bzw. therapeutisch betreut wurden. Von den damit insgesamt 33 Erstgesprächen konnte eins aufgrund einer akuten psychotischen Episode nicht beendet werden. Von 32 Jugendlichen waren zum Zeitpunkt der Datenauswertung (Stichtag: 31.07.2015) noch fünf in der diagnostischen Phase, während 27 diese vollständig abgeschlossen hatten. Diese waren im Durchschnitt M = 15.4 Jahre alt (SD = 1.6). Mehr als die Hälfte (55.6%) lebte bei den leiblichen bzw. Stief-/Pflegeeltern. Die anderen Jugendlichen waren in diversen Jugendeinrichtungen untergebracht (44.4%). Nahezu alle hatten leibliche bzw. Stiefgeschwister (92.6%). Die große Mehrheit (81.5%) hatte in der Vorgeschichte bereits sexuell grenzverletzendes Verhalten gegenüber Kindern gezeigt: 48.1% in Form von sexuellen Übergriffen; 14.8% durch die Nutzung von Missbrauchsabbildungen; 18.5% durch beide Verhaltensweisen.

Bei 21 (77.8%) ließ sich eine sexuelle Präferenz für das prä- und/oder peripubertäre Körperschema feststellen, wobei diese bei 16 (76%) exklusiv und bei 5 (24%) Jugendlichen gleichzeitig eine sexuelle Ansprechbarkeit durch das erwachsene (postpubertäre) Körperschema vorlag. Hinsichtlich der verbleibenden sechs Jugendlichen ließen sich keine Hinweise auf eine sexuelle Präferenz für das prä- und/oder peripubertäre Körperschema ermitteln.

Einer der Jugendlichen mit einer exklusiven Präferenz für das kindliche Körperschema war mittelgradig intelligenzgemindert, so dass er die Einschlusskriterien des Projektes nicht erfüllte. 20 Jugendlichen wurde ein therapeutisches Angebot unterbreitet. Zum Stichtag (31.07.2015) hatten zwölf dieses Angebot angenommen. Einer musste aufgrund eines Wohnortwechsels die Zusage zurücknehmen. Zwei Jugendliche lehnten das Angebot aufgrund einer bereits bestehenden psychotherapeutischen Behandlung ab. In sechs Fällen war zum Stichtag die Entscheidung zur Annahme oder Ablehnung des therapeutischen Angebots noch nicht gefallen.

Somit konnten elf Jugendliche mit der Therapie beginnen. Zwei wurden im Verlauf des berichteten Jahres 18 Jahre alt und konnten ins PPD am Berliner Standort vermittelt werden, zwei weitere wurden stationär beim Kooperationspartner behandelt. Die verbleibenden sieben werden nach wie vor therapeutisch betreut.

Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass 11 Jugendliche mit einer auf das kindliche Körperschema gerichteten sexuellen Präferenzbesonderheit zusätzlich kinder- und jugendpsychiatrische Komorbiditäten aufwiesen. Darunter waren u.a. Entwicklungs- bzw. Bindungsstörungen, eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, Störungen des Sozialverhaltens, eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, eine Intelligenzminderung bzw. Lernbehinderung sowie Zwangsstörungen. Bei sechs Jugendlichen wurde eine polyparaphile Präferenzstruktur mit komorbiden Paraphilien u.a. aus dem fetischistischen und sexuell-sadistischen Formenkreis ermittelt.

Fallbeispiele

Zwei gegenüber gestellte Fallbeispiele verdeutlichen die Notwendigkeit einer sorgfältigen und differenzierten Diagnostik, die sowohl entwicklungsanamnestische als auch sexualanamnestische Komponenten berücksichtigt. Dadurch wird sichergestellt, dass sowohl kinder- und jugendlichenpsychiatrische als auch sexualmedizinische Aspekte in die Behandlung integriert werden.

Fallbeispiel A.

A., 16 Jahre alt, wurde von seiner Mutter aufgrund eines sexuellen Übergriffs auf seine 7-jährige Schwester sowie auf den 10-jährigen Bruder vorgestellt: Es sei zur gegenseitigen Masturbation und zur Aufforderung zum Oralverkehr seitens A. gekommen.

Entwicklungsanamnese: A. ist durchschnittlich intelligent. Die Mutter berichtete von einem Nikotinabusus während der Schwangerschaft und einer komplikationslosen Geburt in der 37. Schwangerschaftswoche. Darüberhinaus hätte A. eine Interaktionsstörung im ersten Lebensjahr gezeigt. Die Entwicklung der Sprache, Motorik und Sauberkeit seien unauffällig gewesen. Allerdings habe A. bereits in der Kindertagesstätte motorische Unruhe, eine geringe Akzeptanzschwelle für Regeln sowie impulsives Verhalten gezeigt, es sei eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) diagnostiziert worden. Als A. 13 Jahre alt gewesen sei, hätten sich die Eltern getrennt. Er lebe seitdem gemeinsam mit den jüngeren Geschwistern bei der Mutter, sie wechsele die Lebenspartner häufig. Der ältere Bruder sei beim Vater verblieben.

Im Rahmen der **Sexualanamnese** berichtete A., bereits frühzeitig mit der Masturbation begonnen zu haben. In seinen Begleitfantasien kämen ausschließlich erwachsene weibliche Personen vor. Er stelle sich intravaginalen Geschlechtsverkehr mit sog. „dirty talk“ vor. Hinsichtlich

der Art und Weise der sexuellen Interaktion charakterisierte er sich als neugierig und experimentierfreudig. Er habe bereits früh im Internet nach Pornographie gesucht und diese bei der Selbstbefriedigung genutzt. An realen Kontakten habe es einige flüchtige Sexualkontakte zu gleichaltrigen Mädchen gegeben sowie den sexuellen Übergriff auf seine Geschwister.

Zu dem gab er an, dass er beim Masturbieren von seinen Geschwistern überrascht worden sei und es dann zur sexuellen Interaktion gekommen sei. Die Begleitfantasien bei der Masturbation hätten sich im Zusammenhang mit dem Übergriff jedoch nicht verändert. Vielmehr ließ sich explorieren, dass A. aufgrund einer sehr geringen Anzahl sozialer Kontakte viel allein gewesen sei, keine Möglichkeiten zum Sport oder zu sonstigen Freizeitaktivitäten gehabt habe und die sexuelle Masturbation zunehmend als hauptsächliche Emotionsregulationsstrategie genutzt habe. Er habe es sexuell erregend gefunden, sich manuell befriedigen zu lassen, „egal von wem".

A. wurde hinsichtlich der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens mit einer starken impulsiven Komponente mittels Methylphenidat sowie dem atypischen Neuroleptikum Apripiprazol behandelt. Psychotherapeutisch wurden als Alternativen zur sexuellen Betätigung neue Emotionsregulationsstrategien erarbeitet. Der Aufbau von Sozialkontakten sowie die Reintegration in die Schule wurden unterstützt. Es galt, das Selbstwirksamkeitserleben zu verbessern. A. zog im Verlauf der Behandlung von zu Hause aus und lebte anschließend in einer Jugendhilfeeinrichtung mit Ansatz zur Verselbstständigung.

Fallbeispiel B.

B., 16 Jahre alt, wurde von seiner Heimeinrichtung vorgestellt. Anlass waren c. 20 sexuelle Übergriffe auf 9- bis 11-jährige vorpubertäre Jungen. B. hatte diese zur Masturbation aufgefordert und auf den Bauch der Jungen ejakuliert.

Entwicklungsanamnestisch wird von einer unkomplizierten Geburt in der 40. Schwangerschaftswoche berichtet, unter Angabe eines ausgeprägten Nikotin- und ggf. Alkoholabusus der Kindsmutter während der Schwangerschaft. B. habe umfassende Entwicklungsverzögerungen in allen relevanten Bereichen gezeigt (Sprache, Motorik, Sauberkeit). Seit dem 7. Lebensjahr sei B. aufgrund der Vernachlässigung bzw. Überforderung der Mutter fremduntergebracht. Die kleineren Geschwister seien bei ihr verblieben. Zum leiblichen Kindsvater bestehe kein Kontakt; dieser sei alkoholabhängig. Bei B. ließ sich eine leichte Intelligenzminderung (F 70.1) feststellen.

Sexualanamnese: Der Beginn der Masturbation konnte nicht eindeutig ermittelt werden. An realen sexuellen Erfahrungen habe es nur sexuelle Übergriffe auf 9- bis 11-jährige vorpubertäre Jungen gegeben. Begonnen habe er damit, als er 14 Jahre gewesen sei. In der ersten Exploration gab B. als Begleitfantasien bei der Masturbation zunächst zu 80% gleichaltrige und ältere Frauen an, zu 10% vorpubertäre 13-jährige Jungen. Er korrigierte sich hinsichtlich der Prozentangaben mehrfach.

Authentischere Aussagen erfolgten erst bei der zweiten Exploration, in der B. angab, dass überwiegend Jungen mit einem vorpubertären Körperschema vorkämen. Er berichtete recht explizit: er sei der dominante Part und zeige den Jungen, wie Sex eigentlich gehe. Als vorherrschenden Fantasieinhalt gab er das Ejakulieren auf den Bauch der Jungen an. Er berichtete weiterhin, dass die Masturbation viel Zeit in Anspruch nähme, sowie eine hohe Bedeutung bei der Emotionsregulation habe. Sobald er bspw. Streit in der Einrichtung habe, masturbiere er exzessiv.

In der Behandlung wurde zunächst rein psychotherapeutisch die Integration und Annahme der Sexualpräferenz fokussiert. Darüber hinaus wurden kognitiv verzerrte Grundannahmen bearbeitet, alternative Emotionsregulationsstrategien erarbeitet und Verhaltenskontrollen erlernt. Aufgrund eines anhaltend hohen Leidensdrucks und einer Verunsicherung des Patienten – nachdem er sich seiner Fantasien bewusst geworden war und sich mit ihnen beschäftigte – erfolgte eine Einstellung auf das Antidepressivum Fluoxetin bei teils depressiver Reaktion und zur sexuellen Impulsdämpfung. Unter dieser Medikation zeigte B. starke motorische Unruhe und berichtete, dass sie sich kaum auf seine Sexualität ausgewirkt habe. Es folgte eine Umstellung auf Naltrexon als individuellen Heilversuch. Es zeigte sich ein Rückgang der Masturbationsfrequenz und der Häufigkeit der sexuellen Fantasien, was vom Patienten als entlastend erlebt wurde. Um die Impulsivität zu vermindern, wurde zusätzlich ein atypisches Neuroleptikum gegeben. Die Behandlung erfolgte unter engem Einbezug der Vertrauenspersonen.

Ausblick

Neben dem therapeutischen Anliegen liegt dem PPJ das Erkenntnisinteresse zugrunde, mehr darüber zu erfahren, wie die Entwicklung der sexuellen Präferenzstruktur im Jugendalter verläuft, welche Bedeutung einer adoleszenten Ausrichtung sexueller Fantasien auf ein kindliches Körperschema für die sexuelle Ausrichtung im Erwachsenenalter zukommt. Denn die Pubertät ist eine äußerst schwierige Entwicklungsphase des Menschen. Das gilt

auch für diejenigen, die keine sexuelle Präferenzbesonderheit aufweisen. Liegt eine solche vor, kommen zu den ohnehin schon vorhandenen Schwierigkeiten bei der Selbstfindung noch weitere hinzu. Bereits eine gleichgeschlechtliche Orientierung kann zu massiven Zerwürfnissen führen – die Betroffenen fühlen sich noch unsicherer und haben das Empfinden, „anders" zu sein als die anderen, folglich nicht dazuzugehören. Bei Jugendlichen, die eine sexuelle Präferenz für den kindlichen Körper ausbilden, ist die Problembelastung noch größer. Sie spüren das Interesse für Kinder und wollen dem nachgehen – im realen Leben oder auch nur im Internet. Im jugendlichen Gehirn sind die Zentren, die kritisches Denken verschalten, noch nicht ausgewachsen. Der psychische Zustand dieser Jugendlichen ist meist kritisch. Sie empfinden sich selbst häufig als verabscheuungswürdig und haben Schuldgefühle wegen ihrer sexuellen Fantasien. Sie sind darüber besorgt, dass auch ihr näheres Umfeld sie ablehnen könnte. Deshalb ist es erforderlich, die Angehörigen einzubinden, insbesondere die meist vollkommen überraschten Eltern. Die Jugendlichen brauchen aber deren Rückhalt für den Aufbau von Selbstwertgefühl und Verhaltenskontrolle.

Literatur

Abel, G.G., Becker, J.V., Mittelman, M., Cunningham-Rather, J., Rouleau, J.L., Murphy, W.D., 1987. Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. Journal of Interpersonal Violence 2 (1), 3–25.

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, 133–41.

Beier, K.M., Bosinski, H.A.G, Loewit, K., 2005. Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis (2. Aufl.). Elsevier/Urban & Fischer, München.

Beier, K.M., Oezdemir, U.C., Schlinzig, E., Kuhle, L.F., Henkel, F., Hupp, E., Peter, A., Groll, A., Hellenschmidt, T., 2015. „Du träumst von ihnen" – Das Projekt Primäre Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch durch Jugendliche (PPJ). Sexuologie 22 (1–2), 25–41.

Bundeskriminalamt (Hg.), 2014. Polizeiliche Kriminalstatistik, 2013 (61. Ausg.). Abgerufen am 06.01.2015 unter: http://www.bka.de/nn_229440/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pks__node.html?__nnn=true.

Elliott, M., Browne, K., Kilcoyne, J., 1995. Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. Child Abuse & Neglect 19 (5), 579–594.

Hanson, R.K., Bussière, M.T., 1998. Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology 66 (2), 348.

Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin (in Druck). Die Berliner Dissexualitäts-Therapie (BEDIT). Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Berlin.

Marshall, W.L., Barbaree, H.E., Eccles, A., 1991. Early onset and deviant sexuality in child molesters. Journal of Interpersonal Violence 6 (3), 323–335.

McElvaney, R., 2013. Disclosure of child sexual abuse: Delays, non-disclosure and partial disclosure. What the research tells us and implications for practice. Child Abuse Review. Abgerufen am 28.03.2015 unter: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/car.2280/epdf.

Pullman, L.E., Leroux, E.J., Motayne, G., Seto, M.C., 2014. Examining the developmental trajectories of adolescent sexual offenders. Child Abuse & Neglect 38, 1249-1258.

Schroth, U., 2010. Ärztliches Handeln und strafrechtlicher Maßstab. Medizinische Eingriffe ohne und mit Einwilligung, ohne und mit Indikation. In: Roxin, C., Schroth, U. (Hg.), Handbuch des Medizinstrafrechts (4. Aufl.). Boorberg, Stuttgart, 21–50.

Seto, M.C., 2009. Pedophilia. Annual Review of Clinical Psychology 5, 391–407.

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.

Seto, M.C., Lalumière, M.L., 2010. What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. Psychological Bulletin 136 (4), 526–575.

Van Wijk, A.P.H., Blokland, A.A.J., Duits, N., Vermeiren, R., Harkink, J., 2007. Relating psychiatric disorders, offender and offence characteristics in a sample of adolescent sex offenders and non-sex offenders. Criminal Behaviour and Mental Health 17, 15–30.

AutorInnen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Dipl.-Psych. Eliza Schlinzig, Dipl.-Psych. Umut C. Oezdemir, Dipl.-Psych. Elena Hupp, Andreas Peter, Dr. med. univ. Anna Groll, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: klaus.beier@charite.de

Tobias Hellenschmidt, Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Landsberger Allee 49, D-10249 Berlin-Friedrichshain,