Das Berliner *Präventionsprojekt für Jugendliche* (PPJ) mit sexueller Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema – Erweiterungen und aktueller Stand

Eliza Schlinzig, Sophia Krügel, Miriam Schuler, Umut C. Oezdemir, Lea Ludwig, Tobias Hellenschmidt, Klaus M. Beier

The Berlin *Project Prevention of Child Sexual Abuse by Juveniles* (PPJ) – Extensions and Current Status

Abstract

The *Prevention Project of Child Sexual Abuse by Juveniles* (PPJ), which was launched in April 2014 at the Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin at the Charité Berlin, offers diagnostic and therapeutic assistance to adolescents aged 12 to 18 who are sexually attracted to pre- and/or early pubescent children. Since January 2018 the project has been financed as part of a five-year pilot program of the leading association of German statutory health insurers in keeping with § 65d of the German Social Code V, which allows for anonymous diagnostic and therapeutic care, i.e., does not require the collection and submission of the patients' data. While previous publications have treated the social relevance and diagnostic approach of the project, the present article discusses the current state of the program in the fifth year of its existence and its extension to include mentally retarded young people. Two case studies illustrate the program's procedures.
Keywords: Juveniles, Child sexual abuse, Child-abusive images, Sexual preference, Pedophilia

Zusammenfassung

Im April 2014 startete am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin das *Präventionsprojekt für Jugendliche* (PPJ), das diagnostische und therapeutische Hilfe für 12- bis 18-jährige Adoleszente anbietet, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen. Seit Januar 2018 wird das Projekt im Rahmen eines fünfjährigen Modellvorhabens des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen nach §65d SGB V finanziert, was eine anonyme diagnostische und therapeutische Hilfe ermöglicht, ohne die Daten der Ratsuchenden zu erfassen oder sie mitzuteilen. Während in vorangegangenen Publikationen bereits ausführlich auf die gesellschaftliche Relevanz und die diagnostische Vorgehensweise des Projektes hingewiesen wurde, ist es Ziel des nachfolgenden Artikels, den aktuellen Projektstand nach 5-jähriger Projektlaufzeit darzustellen, einschließlich der Erweiterung des PPJ auf Jugendliche mit Intelligenzminderung. Zwei Fallbeispiele illustrieren die Arbeitsweise des Projektes.
Schlüsselwörter: Jugendliche, sexueller Kindesmissbrauch, Missbrauchsabbildungen von Kindern, sexuelle Präferenz, Pädophilie

Einleitung

Das *Präventionsprojekt für Jugendliche* (PPJ), das nach einer vorherigen Pilotstudie im Jahr 2013 im April 2014 am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin ins Leben gerufen wurde, soll sexuelles Missbrauchsverhalten gegenüber Kindern verhindern. Das Projekt bietet Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen, diagnostische und therapeutische Hilfe an. Dabei schließt die Zielgruppe des PPJ inzwischen auch explizit intelligenzgeminderte Jugendliche ein, für die das Diagnostik- und Therapieangebot angepasst wurde. Seit Januar 2018 wird das Projekt im Rahmen eines fünfjährigen Modellvorhabens des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen nach §65d SGB V (Förderung besonderer Therapieeinrichtungen) finanziert. Das neue Gesetz spezifiziert die Gewährleistung der Anonymität der Patienten, indem die Daten der Hilfesuchenden nicht erfasst oder mitgeteilt werden, was eine anonyme diagnostische und therapeutische Hilfe ermöglicht. Nachfolgend werden die bisher im PPJ vorstellig gewordenen Jugendlichen kurz charakterisiert, dazu wird die Arbeit mit intelligenzgeminderten Patienten sowie die Bedeutung der Bezugspersonen als Teil der Projektarbeit dargestellt.

Aktueller Projektstatus

Unter Einbezug der Pilotphase im Jahr 2013 kontaktierten bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung für diese Studie (Stichtag: 05.11.2018) insgesamt 233 Projektinteressierte das PPJ, wobei die betroffenen Jugendlichen zwischen 9 und 21 Jahre alt waren und in 231 Fällen männlichen Geschlechts. Der Großteil dieser Anfragen (n = 198; 85%) stammte von erwachsenen Bezugspersonen, u.a. leiblichen Eltern, Stief- und Pflegeeltern sowie von Betreuer_innen aus Jugendhilfeeinrichtungen oder von Kolleg_innen, die Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch bzw. psychiatrisch betreuen. Weitere 35 Adoleszenten (15%) suchten selbstständig den Kontakt zum Projekt. Die Anfragen stammten aus der gesamten Bundesrepublik sowie in geringem Prozentsatz aus dem (europäischen) Ausland.

Von den ursprünglich 233 projektinteressierten Anmeldungen wurden insgesamt 155 Jugendliche zum diagnostischen Erstgespräch eingeladen, wobei 10 der Jugendlichen nicht erschienen sind und bei weiteren 10 Jugendlichen der diagnostische Prozess abgebrochen wurde, u.a. wegen fehlender Rückmeldung der Patienten oder der Feststellung von Projektausschlusskriterien. Zum Stichtag lagen vollständige diagnostische Daten von 126 Adoleszenten mit einem Altersdurchschnitt von 15.41 Jahren (SD = 1.55; Range: 12–18 Jahre) vor, die verbleibenden neun Jugendlichen waren zum Stichtag noch in der Diagnostikphase. Von den 126 Adoleszenten berichteten 48 (38%) von exklusiven sexuellen Fantasien für vor- und/oder frühpubertäre Kinder. Bei 33% (n = 41) der Jugendlichen ließ sich eine nicht-exklusive Präferenz feststellen, i.e., sie zeigten eine zusätzlich bestehende sexuelle Ansprechbarkeit durch das erwachsene Körperschema. Bei 31 (25%) der Jugendlichen lag eine Ausrichtung auf das erwachsene Körperschema vor. Bei sechs (5%) der Jugendlichen konnte aufgrund fehlender Auskunftsbereitschaft ihrerseits die sexuelle Präferenzstruktur nicht eingeschätzt werden.

Es wurden 101 Jugendliche (80%) in der Vergangenheit bereits sexuell übergriffig, davon 20 (16%) indirekt durch die Nutzung von Missbrauchsabbildungen und 65 (52%) direkt durch initiierten Körperkontakt zu Kindern. Bei 16 (13%) der Jugendlichen fanden sich beide Deliktvorfälle in der Vergangenheit. Bei 71 (56%) wurde das Vorliegen mindestens einer (komorbiden) psychiatrischen Diagnose festgestellt, vor allem Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens und Intelligenzminderungen, aber auch internalisierende Störungen (z.B. depressive Episoden) sowie Erkrankungen aus dem Autimusspektrum. Bei 22 (26%) der Jugendlichen zeigten sich Hinweise auf zusätzliche paraphile sexuelle Fantasien, u.a. die sexuelle Vorliebe für Füße und/oder Socken sowie für Windeln.

Insgesamt wurden 68 Adoleszenten ein Therapieangebot unterbreitet, was zum Stichtag von 55 angenommen wurde. Aktuell befinden sich 27 Jugendliche in therapeutischer Anbindung. Die therapeutischen Sitzungen sind aufgeteilt in ein einzel- oder gruppentherapeutisches Setting und finden im Falle von Einzeltherapien – z.B. je nach Wohnort der Projektteilnehmenden und psychiatrischen Diagnosen – mit wöchentlicher oder zweiwöchentlicher Sitzungsfrequenz statt. Das gruppentherapeutische, wöchentlich stattfindende Setting wird aktuell intelligenzgeminderten Jugendlichen angeboten, worauf nachfolgend eingegangen wird.

Erweiterung des Angebots für intelligenzgeminderte Jugendliche

Das PPJ wurde in der reichlich fünfjährigen Laufzeit zunehmend durch das Jugendhilfesystem (Sorgeberechtigte, Jugendamt, Betreuer_innen, therapeutisches Personal, u.a.) mit Bitte um Diagnostik der sexuellen Präferenz von verhaltensauffälligen Jugendlichen mit Intelligenzminderung und um eventuelle anschließende therapeutische Anbindung kontaktiert. Aufgrund steigender Nachfrage wurde das diagnostische und therapeutische Angebot des PPJ ausgebaut, sodass sich das Projekt mittlerweile auch vollumfänglich an Jugendliche mit leichter ($50 \leq IQ \geq 69$; ICD-10-GM: F70) und mittelgradiger ($35 \leq IQ \geq 49$; ICD-10-GM: F71) Intelligenzminderung richtet.

Die Konzeption dieses Angebots basiert auf der Zusammenarbeit mit internationalen Fachleuten im Bereich der Forensik und Heilpädagogik, mit dem Ziel, betroffenen 12–18-jährigen Jugendlichen möglichst früh Unterstützung bei der Bewältigung und Kontrolle ihrer sexuellen Impulse anzubieten, um erstmalige und/oder fortgeführte sexuelle Übergriffe auf Kinder sowie die Nutzung von Missbrauchsabbildungen von Kindern zu verhindern.

Diagnostik und Therapie mit intelligenzgeminderten Jugendlichen

Die Diagnostik basiert auf der standardmäßig eingesetzten Eingangsdiagnostik des PPJ (Beier et al., 2015), orientiert sich jedoch an den kognitiven Fähigkeiten des Jugendlichen. Die Hauptunterschiede zur Diagnostik normintelligenter Jugendlicher bestehen darin, dass bei intelligenzgeminderten Jugendlichen mehr Zeit und Hil-

festellung bei der Bearbeitung der Fragebögen angeboten wird, die Fremdanamnese einen wichtigeren Stellenwert einnimmt und zusätzlich der Stand der emotionalen Entwicklung in Form eines geleiteten Interviews (Sappok & Zepperitz, 2016) erfasst wird.

Bei bestehender Präferenzbesonderheit (im Sinne einer Ansprechbarkeit für das kindliche Körperschema) und minimalen verbalen Fähigkeiten wird ein ambulantes Therapieangebot gestellt. Abhängig von der Bedürfnislage des Jugendlichen kann dabei ein Einzel- oder Gruppensetting oder eine Mischung von beidem passend sein. Gruppen bestehen aus maximal 4–5 Teilnehmern und werden von zwei Therapeut_innen geleitet. Der Therapiezeitraum umfasst bei wöchentlichen Sitzungen ca. 2 bis 3 Jahre. Eine regelmäßige Teilnahme an den Therapiesitzungen ist verpflichtend.

Das modular aufgebaute Therapieprogramm zielt auf die Prävention erneuter bzw. wiederholter sexueller Übergriffe auf Kinder ab. Dabei werden u.a. Themen wie Sexualaufklärung und sexuelle Präferenzen, Grenzen und Regeln, Konsequenzen des/eines Übergriffs für das Opfer, Selbstkontrollstrategien und Risikosituationen sowie Kompetenzen und Problembereiche behandelt.

Die Arbeit mit intelligenzgeminderten Jugendlichen ist von einem deutlich kleinschrittigeren Vorgehen gekennzeichnet, was zusätzlich von stetiger Wiederholung unterstützt wird. Abgesehen von einer Anpassung der Sprache, werden die Jugendlichen mittels eines Token-Systems positiv verstärkt. Des Weiteren werden Bezugspersonen, z.B. Sorgeberechtigte sowie, wenn gegeben, betreuende Institutionen, deutlich enger in den therapeutischen Prozess eingebunden. Die Erfahrungen des PPJ zeigen, dass intelligenzgeminderte Jugendliche mit sexueller Präferenzbesonderheit für das vor- und/oder frühpubertäre Körperschema von einer erhöhten sozialen Kontrolle im Alltag profitieren, die nachhaltig die Übergriffswahrscheinlichkeit beeinflusst. Durch die eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten fällt es betroffenen Jugendlichen deutlich schwerer als normintelligenten Jugendlichen, therapeutisch erlernte Inhalte zu generalisieren, was durch inhaltlich einbezogene Bezugspersonen im Alltag unterstützt werden kann. Eine enge Zusammenarbeit mit dem häufig vielzählig involvierten Hilfesystem ist für einen erfolgreichen therapeutischen Prozess bei dieser Klientel unabdingbar, was sich z.B. in Hausbesuchen oder der Teilnahme an Helferkonferenzen widerspiegelt. Bei fehlender Kooperation seitens des Hilfesystems kann das Therapieangebot für den Jugendlichen widerrufen werden.

Fallbeispiel A.

A. stellte sich erstmal mit 16 Jahren beim PPJ in Begleitung seiner allein sorgeberechtigten Mutter vor. Sie hatte den Termin vereinbart, da ihr Sohn im vorangegangenen Sommer via soziale Medien einen 10-jährigen Freund seines damals 9-jährigen Bruders kontaktiert habe, mit der Aufforderung, ihm Bilder seines Penis zu übersenden. Ungefähr zeitgleich hätten die Eltern wahrgenommen, dass A. regelmäßig seinen Bruder nach gemeinsamem Duschen fragen würde. Im während der Diagnostik durchgeführten Intelligenztest erreichte er einen Gesamtwert von 60, womit sich das klinische Bild einer leichten Intelligenzminderung bestätigte. Seine körperliche Entwicklung wurde ärztlich auf Tanner-Stadium 4 eingeschätzt.

Im Rahmen der Sexualanamnese berichtete A., sich vom vorpubertären, männlichen Körperschema zwischen 6 und 9 Jahren sexuell angezogen zu fühlen, entsprechende Kinder seien auch Teil seiner Masturbationsfantasien. Zusätzlich bestehende sexuelle Fantasien bezögen sich auf das erwachsene, männliche Körperschema, diese seien jedoch in Frequenz und Intensität deutlich geringer auftretend. Die Ejakularche und Masturbarche hätten mit ca. 11 Jahren stattgefunden. Bei Erstkontakt habe er noch keine soziosexuellen Erfahrungen mit gleichaltrigen Jungen gehabt. Er habe aber den ausgeprägten Wunsch nach einem Freund, mit dem er seine Hobbies – v.a. sportlicher Art – teilen und gemeinsame Unternehmungen – z.B. Kinobesuche – machen könne.

A. berichtete, die sexuellen Fantasien mit Kindern bereits aktiv ausgelebt zu haben. Im Alter von 15/16 Jahren habe er mehrfach seinen damals 8/9-jährigen Bruder sexuell missbraucht (aktiver Oralverkehr und anale Penetration, entsprechend seiner Masturbationsfantasien). Außerdem sei er im Alter von 16 Jahren zwei weiteren Jungen (9 und 10 Jahre) gegenüber sexuell übergriffig gewesen (aktiver Oralverkehr und anale digitale Penetration). Er habe Missbrauchsabbildungen von Jungen im Internet gesucht, jedoch keine finden können. A. äußerte große Angst vor einer Gefängnisstrafe, wobei er gleichzeitig ausgeprägte Probleme aufwies, zu verstehen, wieso sein Verhalten sexuellen Kindesmissbrauch darstellen würde. Er habe ja schließlich keine Gewalt angewendet und stets aufgehört, wenn die Opfer „Stopp“ gesagt hätten. Er wünsche sich eine medikamentöse Unterstützung, da er die Fantasien von Jungen als drängend und unangenehm erlebe.

Die Kindseltern seien beide in Vollzeit tätig und würden seit ca. fünf Jahren getrennt leben. A. lebe mit dem 7 Jahre jüngeren leiblichen Bruder bei der Kindsmutter und deren neuem Lebenspartner. Der Lebenspartner der Kindsmutter habe Zwillingssöhne im Alter von 8 Jahren, die alle vier Wochen am Wochenende bei ihm – im Haushalt der Kindsmutter und des A. – übernachten würden.

Im Rahmen der Eingangsdiagnostik zeigten sich die Kindseltern und A. wenig einsichtig in die Bedeutung einer sexuellen Präferenz für das kindliche Körperschema sowie in das damit assoziierte Risiko, erneut sexuell übergriffig zu werden. Die Eltern äußerten ihre bestehende Überzeugung, A. sei von den Opfern verführt worden. Auf Basis der nur eingeschränkten Risikowahrnehmung und Bereitschaft der Eltern, entsprechende Schutzmaßnahmen (z.B. räumliche Trennung im elterlichen Haushalt) zu implementieren, erfolgte eine vollstationäre Aufnahme zur medikamentösen Einstellung auf eine sexuell impulsdämpfende Medikation mittels Antidepressiva. Grundlegend dahingehend war v.a. die kinderschutzrechtliche Perspektive, da aufgrund der Bagatellisierungstendenzen der Kindseltern, der Schutz des jüngeren Bruders als nicht ausreichend gegeben eingeschätzt wurde.

Während des siebenmonatigen stationären Aufenthalts wurden keine Besuche im Haushalt der Kindsmutter in Anwesenheit der jüngeren Stief-/Geschwister genehmigt, wobei sich die Eltern bis zuletzt dahingehend nur eingeschränkt absprachefähig zeigten. Vielmehr musste in Rahmen ausführlicher Gespräche aller am psychiatrischen und Hilfeprozess beteiligten Personen die Bagatellisierungstendenzen und damit assoziierten kognitiven Verzerrungen der Familie und des Patienten reflektiert und bearbeitet werden, was nur teilweise erfolgreich war. Die Kindseltern zeigten weiterhin eine nur eingeschränkte Bereitschaft, Schutzmaßnahmen umzusetzen, was letztlich in der Entscheidung der Notwendigkeit einer vollstationären Jugendhilfeeinrichtung resultierte. Die Entscheidung, A.s Lebensmittelpunkt im Rahmen der Jugendhilfe zu verorten, basierte primär auf einer kinderschutzrechtlichen Einschätzung, da seitens der Familie keine ausreichende Sicherheit gewährleistet werden konnte, und da im Zusammenhang mit der Intelligenzminderung eine 24-Stunden-Betreuung als prognostisch unterstützend eingeschätzt wurde.

Während des stationären Aufenthalts zeigte es sich als zusätzlich hilfreich, dass ergänzend einzeltherapeutische Gespräche seitens des PPJ mit A. durchgeführt wurden, da die Implementierung der Verhaltenskontrolle trotz impulsdämpfender Medikation aufgrund der Intelligenzminderung nur kleinschrittig und mit vielen Wiederholungen umgesetzt werden konnte.

Aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie heraus zog A. in eine therapeutische Wohngruppe für Jungen zwischen 14 und 18 Jahren. Parallel dazu wurde A. aus dem bis dato einzeltherapeutischen Setting im PPJ in das gruppentherapeutische Setting überführt. In wöchentlich stattfindenden Sitzungen mit zwei weiteren Jugendlichen mit leichter Intelligenzminderung, sexueller Präferenzbesonderheit und bereits gezeigtem sexuell übergriffigen Verhalten, wurde der Erwerb von Verständnis und Akzeptanz der Präferenzbesonderheit erarbeitet sowie der Aufbau von Verhaltenskontrolle erlernt.

Ergänzt wurde das gruppentherapeutische Setting durch mindestens monatlich stattfindende Einzelgespräche. Während eines dieser Einzelgespräche berichtete A. nach ca. sechs Monaten Gruppentherapie, dass er sexuell übergriffig auf die Zwillingssöhne (aktiver Oralverkehr) des Lebenspartners der Kindsmutter geworden sei. Die Söhne seien entgegen allen Absprachen bei Besuchen regelmäßig allein in A.s Obhut gewesen, damit die Kindsmutter „ungestört" mit dem Lebenspartner einkaufen könne. In der unmittelbar nach Offenbarung der Übergriffe folgenden Krisensitzung unter Beteiligung von A., der Kindsmutter und deren Lebenspartner, dem Leiter der Jugendhilfeeinrichtung sowie der PPJ-Therapeutin wurden neben dem Bruch des Therapievertrages durch A. und die Eltern das weitere Vorgehen thematisiert. Es wurden weiterhin bestehende Bagatellisierungstendenzen der Kindsmutter deutlich, die A. die Übergriffe nicht glauben wollte, sondern vielmehr behauptete, dieser hätte sich das „ausgedacht".

Neben Anpassung der impulsdämpfenden Medikation des inzwischen 18-jährigen Patienten wurde u.a. festgelegt, dass A. keine häuslichen Besuche bei den Eltern gestattet werden und er wieder engmaschig einzeltherapeutisch angebunden wird. Gleichzeitig erfolgte die Initiierung eines Umzugs in eine Einrichtung für geistig behinderte junge Erwachsene nach SGB XII, da sich die bestehende Einrichtung nicht mehr ausreichend in der Lage sah, die Verantwortung für A. zu tragen.

Die Umstellung der Medikation führte zu einer merklichen Reduktion der Masturbation sowie der Intensität orgastischen Erlebens, was beides von A. als ausgesprochene Erleichterung wahrgenommen wurde. Des Weiteren hat A. keinen unbegleiteten Kontakt zu Kindern im präferierten Alter, was von A. bezogen auf den Umgang mit den eigenen Fantasien als hilfreich wahrgenommen wird. Zum Kindsvater bestehe ein guter und unterstützender Kontakt. Kindsmutter und Lebenspartner haben den Kontakt zu A. abgebrochen. Die weiterhin stattfindende einzeltherapeutische wöchentliche Anbindung fokussiert die Implementierung und Festigung von Verhaltenskontrolle über die sexuellen Wünsche und Bedürfnisse.

Ausblickgebend wird eine langjährige Betreuung notwendig sein. Vor dem Hintergrund der leichten Intelligenzminderung fällt es A. ausgesprochen schwer, Zusammenhänge auf der Meta-Ebene zu erarbeiten und psychoedukativ erarbeitete Aspekte in den Alltag zu generalisieren. Die sexuell impulsdämpfende Medikation unterstützt A. dabei, sich von den sexuellen Impulsen abzugrenzen, um sich überhaupt auf eine Reflektion deren einzulassen und Risikosituationen im therapeutischen Kontakt zu besprechen. A. braucht eine engmaschige, re-

gelmäßige therapeutische Anbindung, die ihm auf Basis der langjährigen, wertfreien Umgebung dabei unterstützt, die beschriebenen Aspekte umzusetzen. Gleichzeitig ist die Betreuung in einer engstrukturierten Einrichtung unabdingbar, die A. klare und unumstößliche Grenzen setzt, um das Risikomanagement sicherzustellen.

Arbeit mit Bezugspersonen

Die Einbeziehung von erwachsenen Bezugspersonen ist selbstverständlich nicht nur bei intelligenzgeminderten Jugendlichen von großer Bedeutung. Bereits zu Beginn des PPJ kristallisierte sich die Arbeit mit Bezugspersonen als wesentlicher Bestandteil heraus und wurde während der Projektlaufzeit zunehmend konzeptualisiert und erweitert. Der Einbezug der Bezugspersonen setzt das Einverständnis des Jugendlichen voraus. Grundsätzlich gelten im Projekt vorherrschende rechtliche Bedingungen, z.B. dass bei einer therapeutischen Behandlung minderjähriger Individuen das schriftliche Einverständnis der Sorgeberechtigten einzuholen ist. Sollte jedoch ein Jugendlicher seine Entscheidung über eine diagnostische und/oder therapeutische Anbindung davon abhängig machen, dass seine Sorgeberechtigten nicht darüber informiert werden, ist im Einzelfall je nach individueller Risiko- und Bedürfnislage des Patienten sowie auf Basis entsprechender Urteile des Bundesgerichtshofs über das weitere Vorgehen zu entscheiden.

Die Arbeit mit erwachsenen Bezugspersonen bezieht sich dabei auf verschiedene Teilaspekte der diagnostischen und therapeutischen Anbindung, wobei unter erwachsenen Bezugspersonen sowohl die primär Sorgeberechtigten, im Sinne der Eltern oder eines Vormundes, als auch andere Verwandte (z.B. Großeltern), Einzelfallhelfer, Mitarbeiter im Jugendhilfesystem (z.B. Jugendamt), oder Bezugsbetreuer aus Einrichtungen gemeint sind. Grundsätzlich gilt es, mit dem jugendlichen Patienten gemeinsam zu reflektieren, welche Individuen seines Umfeldes über das Vorliegen seiner Präferenzbesonderheit informiert werden sollen bzw. unter Umständen informiert werden müssen.

Bezugspersonen werden als Ressourcen gesehen, die den Betroffenen im Alltag nicht nur bei Erreichung der therapeutischen Ziele unterstützen sollen, sondern vor allem auch als Ansprechpartner in (potentiellen) Risikosituationen zur Verfügung stehen. Letztlich können sie eine Generalisierung der erlernten Inhalte in den Alltag unterstützen und zum Teil aktiv umsetzen, was ihnen eine ausgeprägte Bedeutung im Hinblick auf eine langfristige Rückfallprophylaxe zuweist.

Die Schweigepflicht

Ein wesentlicher Aspekt der Arbeit mit Bezugspersonen ist die therapeutische Schweigepflicht, die sowohl mit dem Jugendlichen als auch mit dessen Bezugspersonen offen zu thematisieren ist. Dabei wird dem Jugendlichen und den primären Bezugspersonen erklärt, dass es sowohl den sicheren Schutzraum des Patienten als auch die Informations- und Auskunftspflicht gegenüber den Sorgeberechtigten zu wahren gilt. Vor allem aber werden die jugendlichen Patienten darüber informiert, unter welchen Umständen – etwa bei akuter Eigen- und/oder Fremdgefährdung – eine Aufhebung der Schweigepflicht in Betracht kommen kann.

Implementierter Leitgedanken im PPJ ist es, eine maximal transparente therapeutische Haltung gegenüber beiden Parteien aufrechtzuerhalten, auch bei potentiellen Risikosituationen oder Grenzfällen. Sollte sich während der therapeutischen Anbindung eine drohende Kindeswohlgefährdung herauskristallisieren, ist von der im deutschen Kinderschutzgesetz verschriftlichten Befugnisnorm (§8a BuKiSchuGe) Gebrauch zu machen, insoweit die notwendigen Voraussetzungen vorliegen. Der im PPJ dahingehend etablierte Stufenplan wird bereits zu Beginn mit dem Jugendlichen und seinen Bezugspersonen im Sinne der Transparenz besprochen.

Einbezug der Bezugspersonen in die Diagnostik

Bereits im diagnostischen Prozess werden Bezugspersonen aktiv eingebunden, da fremdanamnestische Informationen in die Erhebung der aktuellen Präferenzstruktur einbezogen werden. Für die therapeutische Arbeit gilt es vor allem zu Beginn, die Eltern, deren Kind in der Vergangenheit einen sexuellen Übergriff auf ein Kind begangen und/oder Missbrauchsabbildungen genutzt hat, bei der Verarbeitung der begangenen Sexualstraftat ihres Kindes zu unterstützen. Die Erkenntnis, dass das eigene Kind sexuell übergriffig gewesen ist, führt mehrheitlich zu einem ausgeprägten Belastungserleben, dem es gilt, Raum zu geben, mit dem Ziel, das Geschehene akzeptieren und bewältigen zu können. Sonst wird eine perspektivische ressourcenorientierte Unterstützung des Jugendlichen bei einer langfristigen Verhaltensabstinenz durch die Eltern nur eingeschränkt möglich sein. Gleichzeitig finden sexuelle Übergriffe von Jugendlichen gehäuft im intrafamiliären Rahmen statt, was der Bewältigung des Geschehenen eine besondere Wichtigkeit zuweist. Auch

wird mit den Bezugspersonen aktiv das Verstehen und Akzeptieren der sexuellen Präferenzbesonderheit des betroffenen Jugendlichen fokussiert, ohne dieses als Entschuldigung für sexuell grenzverletzendes Verhalten zu sehen, sondern um die Eigenverantwortung zu stärken.

Einbezug der Bezugspersonen in die Therapie

Teil der therapeutischen Aufgabe des PPJ ist es außerdem, in der Familie oder Einrichtung möglicherweise bestehende missbrauchsbegünstigende Faktoren, Einstellungen und Bedingungen kritisch zu hinterfragen und im Reflexionsprozess gemeinsam mit den Bezugspersonen aufzulösen, wobei auch gegenüber den Bezugspersonen eine wertfreie, validierende therapeutische Haltung eingehalten wird. Die im PPJ etablierten Interventionen werden in Abhängigkeit vom individuellen Bedarf gestaltet und zielen auch auf die Verarbeitung entstehender Affekte. Auch mit den Bezugspersonen wird psychoedukativ gearbeitet, bevor missbrauchsbegünstigende Faktoren reflektiert und ggf. adaptiert werden. Die Arbeit am elterlichen Erziehungsstil sowie an der innerfamiliären Kommunikation steht im Vordergrund und wird ergänzt durch die Arbeit an der Eltern-Kind-Beziehung und der innerfamiliären Konfliktstruktur. Auch werden die Belastungsfaktoren von Bezugspersonen berücksichtigt, ihre Ängste und Sorgen ernstgenommen, um sie aktiv in die therapeutische Behandlung des Jugendlichen einzubeziehen und sein soziales System als Ressource statt als Risikofaktor zu etablieren.

Zusammengefasst sind die Ziele der therapeutischen Arbeit mit den Bezugspersonen im PPJ (Beier, 2018, 161):

- Unterstützung des Jugendlichen beim Transfer der erlernten Inhalte in den Alltag,
- Veränderung ungünstiger familiärer Einflüsse,
- Verbesserung der familiären Funktionsfähigkeit,
- Erhöhung der Erziehungskompetenz,
- Verstehen lernen der Delinquenzentwicklung des Jugendlichen,
- Bearbeitung und ggf. Aufarbeitung begleitender Affekte bei den Bezugspersonen,
- Identifikation und Modifikation möglicher familiärer kognitiver Verzerrungen,
- Bewusstwerden über die Modellfunktion bzgl. der eigenen partnerschaftlichen und sexuellen Beziehungsgestaltung,
- Einbeziehung in den Sicherheitsplan des Patienten: Monitoring, Erkennen und Unterbrechen von Risikoentwicklungen.

In Anbetracht der Konsequenzen einer vorliegenden Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema sowie der mehrheitlich anamnestisch vorliegenden sexuell grenzverletzenden Verhaltensweisen, herrscht bei einer Vielzahl von Fällen des PPJ Aufregung und Handlungsdruck im sozialen Netz des Jugendlichen, einschließlich des häufig bereits involvierten Jugendhilfesystems. Trotz der notwendigen Entlastung des Systems gilt es, nie den Fokus vom jugendlichen Patienten zu verschieben. Es bedarf einer wertfreien, vertrauensvollen therapeutischen Beziehung in der Arbeit mit Jugendlichen mit sexueller Präferenzbesonderheit. Durch eine (scheinbare) Komplizenschaft des/der Therapeuten/Therapeutin mit den erwachsenen Bezugspersonen kann die Beziehung mit dem Patienten ernsthaft in Frage gestellt werden.

Fallbeispiel B.

B. stellte sich erstmals im Alter von 15 Jahren im PPJ vor und wirkte bereits bei Erstkontakt eloquent und überdurchschnittlich reflektiert für sein Alter. Seine Mutter hatte den Termin vereinbart und begleitete ihn. Sie habe bereits vor drei Jahren Fotos von kleineren Mädchen auf seinem Handy gefunden und einen Kinder- und Jugendpsychiater kontaktiert. Der habe sie beruhigt und erklärt, es handele sich nur um eine Phase, da sei nichts dabei. Vor ein paar Wochen habe sie nun erneut auf seinem Handy einschlägige Bilder und einen für sie schockierenden Suchverlauf gefunden. Sie vermute, dass der Kindesvater pädophil wäre und sei deshalb besonders alarmiert und verunsichert. „Ist mein Kind jetzt auch pädophil?“ „Kann man das heilen?“ „Wie würde sein Leben aussehen?“ B. selbst berichtet, er wisse schon seit längerem, dass er eine sexuelle Präferenzbesonderheit für Kinder habe. Er habe aber noch nie einen sexuellen Übergriff begangen oder Missbrauchsabbildungen genutzt. Die Fotos von den Mädchen zwischen fünf und neun Jahren in Unterwäsche in natürlicher Umgebung seien das kritischste Material, das er gesucht habe. Während der gesamten Testdiagnostik zeigte sich B. hochmotiviert und erreichte im WISC-IV (Petermann & Petermann, 2011) einen Gesamt-IQ von 128.

B. ist das Kind akademisch gebildeter Eltern. Schwangerschaft, Geburt und die frühkindliche Entwicklung seien unauffällig verlaufen. Die Kindesmutter habe sich vom Kindesvater getrennt als der Patient fünf Jahre alt war, nachdem sie Kinderunterwäsche und immer mal wieder aufgerissene Kondomverpackungen bei ihm gefunden habe. Sie habe eine Pädophilie, wenn nicht sogar sexuellen Missbrauch an B. und seiner anderthalb Jahre jüngeren Schwester vermutet. Zwei Jahre später habe sie ihren aktuellen Lebenspartner kennen gelernt. Zum

leiblichen Vater bestehe kein Kontakt. Im Vorschulalter sei bei B. eine einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung diagnostiziert worden, weshalb er (mit Unterbrechungen) mit Ritalin (30mg täglich) medikamentös behandelt werde. In der Grundschulzeit sei die Beziehung zwischen Mutter und Sohn sehr belastet gewesen und die Mutter habe sich überfordert und hilflos gefühlt. Als B. 11 Jahre alt war, sei er im Wald von einem zwei Jahre älteren Nachbarsjungen gezwungen worden, sexuelle Handlungen an ihm vorzunehmen.

B. berichtet, mit 12 Jahren mit der Selbstbefriedigung begonnen zu haben. Er nutze dafür meistens Videos und Bilder aus dem Internet (Hentai, erwachsene masturbierende Frauen). In der Fantasie kämen zusätzlich zu 40% vorpubertäre Mädchen vor, die er manuell oder oral stimuliere. Er habe noch keine Freundin gehabt oder soziosexuelle Erfahrungen gemacht, verspüre aber den Wunsch danach. Er habe mäßige Schulnoten. Er sei seit jeher sportlich und Mitglied in wechselnden Vereinen gewesen. Er habe einige wenige, dafür sehr enge Freundschaften.

Da in B.s Sexualfantasien sowohl Kinder als auch erwachsene Frauen vorkommen, zeigte er sich in der Lage, sexuelle Interaktionen mit Gleichaltrigen als emotional und sexuell erfüllend zu erleben. Im Verlauf der Therapie hatte B. diverse Beziehungen mit Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren, hat also seine ersten sexuellen Erfahrungen gemacht und auch seinen ersten Liebeskummer erlebt, was in den Therapiestunden genutzt werden konnte, um sich mit seiner sexuellen Präferenz auseinanderzusetzen und den Einfluss von sozialen und intimen Erfahrungen auf sein sexuelles Interesse an Kindern sichtbar zu machen. B. erkannte, dass seine Sexualfantasien kurzfristig durch aktuelle soziosexuelle Erfahrungen beeinflusst wurden, dass langfristig aber keine Veränderung bzgl. des Anteils von Kindern und erwachsenen Frauen in den Fantasien eintrat.

Mittels Verhaltensanalysen wurden mit dem Patienten Zusammenhänge zwischen Kognitionen, Emotionen und Verhalten erarbeitet. Sozial ist B. sehr gut eingebunden, sodass die Arbeit an sozialen Kompetenzen reduziert werden konnte. Bedeutsam war, dass B. selber als seine größte Schwäche „Nein sagen“ herausarbeiten konnte, was für ihn einen großen Risikofaktor in Bezug auf sexuelle Übergriffe auf Kinder darstellte. Seine stärksten internen Trigger, eine Fantasie in die Tat umzusetzen, sind Trauer und Frust. Die stärksten externen Trigger sind alleine mit einem Kind zu sein bzw. das Angebot von einem Kind zu bekommen.

In der Arbeit mit der Kindesmutter als Bezugsperson wurden in regelmäßigen Abständen gemeinsame Familiensitzungen abgehalten, um aufgetretene Fragen zu klären, Verhaltensregeln zu vereinbaren oder Verhaltensbeobachtungen einzuholen. Die Sitzungen fanden stets in Anwesenheit von B. statt, um eine größtmögliche Transparenz zu gewährleisten. So konnte man sich darauf einigen, dass B. seiner Mutter ein Zeichen gibt, falls eine Situation für ihn zu schwierig werde (z.B. ein Familiengeburtstag mit jüngeren Nichten/Cousinen), sodass die Mutter helfen kann, die Situation zu regulieren. Die Kindesmutter machte mehrfach deutlich, als Ansprechpartnerin für ihren Sohn zur Verfügung zu stehen, wenn er Redebedarf habe, akzeptiere aber auch das für ihn besonders wichtige Maß an Privatsphäre, was z.B. bedeutete, nicht in den Therapiehefter zu schauen, in dem der Jugendliche regelmäßig angefertigte Hausaufgaben für die Therapie aufbewahrte oder ungefragt ohne Anklopfen sein Zimmer zu betreten.

Auch psychoedukative Inhalte waren Teil der gemeinsamen Gespräche. Eine strafrechtliche Einordnung der von B. genutzten Bilder, auf denen Kinder zu sehen waren, erwies sich für die Mutter gleichermaßen wichtig wie für den Jugendlichen, um wieder mehr Sicherheit und Vertrauen innerhalb der Familie zu fördern. Die Mutter verstand, dass die von B. genutzten Materialien nicht den Tatbestand des Besitzes von Kinderpornografie erfüllten. In den Sitzungen wurde außerdem jeweils kurz dargestellt, welche Themen in der vergangenen Therapie behandelt wurden und ein Feedback über aktuelle Ressourcen und Schwächen des Jugendlichen im Therapieprozess gegeben.

Der therapeutische Prozess mit B. ist bereits weit fortgeschritten, sodass die Therapie voraussichtlich in einigen Monaten beendet werden kann. Bis dahin wird an einer (Rückfall-)Prophylaxe für kritisches Bildmaterial und an einem Notfallplan für das Risiko eines direkten Übergriffs gearbeitet werden. Zusätzlich wird die Erstellung eines Zukunftsplans nötig, da sich B. wegen seiner aktuellen, dem Alter entsprechend überwältigenden sexuellen Erfahrungen im Hier und Jetzt schwer zukünftige Szenarien vorstellen kann. Eine langfristige weiterführende therapeutische Begleitung andernorts ist daher empfehlenswert und von ihm gewünscht. Da der Jugendliche sozial (Freundeskreis, Familie) gut eingebunden ist, große Bereitschaft zur Reflexion mitbringt, die sexuelle Präferenzstruktur ich-synton ist, er keine sexuellen Übergriffe vollzogen hat und er ebenfalls durch das erwachsene Körperschema sexuell ansprechbar ist, ist insgesamt von einer guten Prognose auszugehen.

Fazit und Ausblick

Das innerhalb der letzten fünf Jahre im PPJ etablierte diagnostische und therapeutische Versorgungsangebot einer Hochrisikogruppe konnte auf die Zielgruppe in-

telligenzgeminderter Jugendlichen mit sexueller Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema erfolgreich ausgeweitet werden. Es wurde ein spezialisiertes Therapieangebot erarbeitet, welches unter dem Einfluss alltäglicher Erfahrungen kontinuierlich angepasst und erweitert wird. Gleiches trifft für die Arbeit mit Bezugspersonen zu. Das inzwischen manualbasierte therapeutische Vorgehen des PPJ (Beier, 2018) erleichtert es, der ausgeprägten Problembelastung und dem Leidensdruck betroffener Jugendlichen gerecht zu werden, ohne die gleichzeitig bestehenden kognitiven Verzerrungen, missbrauchsbegünstigenden Einstellungen oder auch situative Risikofaktoren aus dem Blick zu verlieren. Denn auch für Menschen ohne sexuelle Präferenzbesonderheit ist die sexuelle Entwicklung, insbesondere während der Pubertät, eine äußerst störungsanfällige Entwicklungsphase. Bei Jugendlichen mit sexueller Präferenzbesonderheit ist zudem zu erwarten, dass sie ausgeprägte Schuldgefühle aufgrund ihrer sexuellen Fantasien bzw. bereits begangener Übergriffe entwickeln. Der Einbezug von Angehörigen, als Rückhalt im Alltag, ist für diese Jugendlichen unverzichtbar, um langfristige Verhaltenskontrolle aufzubauen und die eigene sexuelle Präferenz in das Selbstbild integrieren zu können. Perspektivisch wird eine bundesweite Implementierung des diagnostischen und therapeutischen Ansatzes des PPJ angestrebt, denn auch weiterhin stammen die Anfragen ans PPJ aus dem gesamten Bundesgebiet und bei langen Anfahrtswegen kann eine therapeutische Anbindung meist nicht umgesetzt werden.

Literatur

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist CBCL/4-18. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), Köln.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b. Fragebogen für Jugendliche. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), Köln.

Deutsche Bearbeitung des Youth Self-Report (YSR) der Child Behavior Checklist (2. Aufl.). Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), Köln.

Beier, K.M. (Hg.), 2018. Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie. Springer, Berlin.

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.

Kuhl, J., Kazén, M., 2009. PSSI: Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar. Hogrefe, Göttingen.

Petermann, F., Petermann, U., 2011. Wechsler Intelligence Scale for Children. 4th Edition (WISC-IV). Deutsche Version. Pearson Assessment, Frankfurt a.M.

Sappok, T., Zepperitz, S., 2016. Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung geistiger Behinderung. Hogrefe, Bern.

World Health Organization, 1993. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10: Klinisch diagnostische Leitlinien. Hans Huber, Bern.

Autor_innen

Dipl.-Psych. Eliza Schlinzig, Sophia Krügel, M.Sc. Psych., Miriam Schuler, M.Sc. Psych., Dipl.-Psych. Umut C. Oezdemir, Dipl.-Psych. Lea Ludwig, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité – Universitätsmedizin, Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail zum Projekt: ppj-internet@charite.de

Tobias Hellenschmidt, leitender Oberarzt und stellvertretender Chefarzt, Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Landsberger Allee 49, D-10249 Berlin, e-mail: tobias.hellenschmidt@vivantes.de