

Hebephilie als sexuelle Störung

Klaus M. Beier, Till Amelung, Laura F. Kuhle, Dorit Grundmann, Gerold Scherner, & Janina Neutze

Die finale Publikation ist erhältlich unter:

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1330539>

Korrespondenzadresse:

Charité
Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
Universitätsmedizin Berlin CharitéCentrum 1

Direktor: Prof. Dr. Dr. K. M. Beier

Luisenstraße 57 | D-10117 Berlin

Sekretariat: Madelaine Dimitrowa
Tel. +49 30 450 529 302
Fax +49 30 450 529 992

madelaine.dimitrowa@charite.de
www.sexualmedizin.charite.de

DANKSAGUNG

Das Projekt wurde seit 2004 zunächst allein von der Volkswagen-Stiftung finanziert und wird seit 2008 – dank des besonderen Engagements des Bundesministeriums für Justiz – fortlaufend durch Bundesmittel gefördert. Es wird zudem unterstützt von der Kinderschutzorganisation Stiftung Hänsel + Gretel sowie der international tätigen Medienagentur Scholz & Friends.

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund

Der Begriff „Hebephilie“ bezeichnet die sexuelle Präferenz für das frühpubertäre Körperschema (Tanner-Stadien 2 und 3). Die sexuelle Präferenzbesonderheit „Hebephilie“ und ihr möglicher Störungscharakter sind vielen Klinikern unbekannt.

Methode

Zwischen 2005 und 2011 wurden im Rahmen des Präventionsprojekts Dunkelfeld 629 Männer hinsichtlich ihrer sexuellen Präferenz diagnostisch erfasst. In der vorliegenden Untersuchung wird über eine Teilstichprobe von 222 Männern berichtet, bei denen eine pädophile oder hebephile Ansprechbarkeit vorlag und die zum Erhebungszeitpunkt keine psychiatrischen Erkrankungen aufwiesen und nicht justizbekannt waren.

Ergebnisse

Etwa zwei Drittel dieser untersuchten Teilstichprobe (n = 153) erfüllten die Kriterien einer Hebephilie. Lediglich 15 % der Hebephilen wiesen eine ausschließliche sexuelle Präferenz für das frühpubertäre Körperschema auf, bei der überwiegenden Mehrheit lagen diagnostische Mischbilder vor. Nahezu alle Betroffenen gaben an, bereits sexuellen Kindesmissbrauch begangen und/oder entsprechende Missbrauchsabbildungen genutzt zu haben. Hebephile berichteten zudem eine höhere klinische Symptombelastung und auffälligere Persönlichkeitscharakteristika in Bezug auf die Referenznorm sowie mehr Missbrauch begünstigende Einstellungen als entsprechende männliche Vergleichsstichproben.

Schlussfolgerung

Die Hebefilie ist eine sexuelle Präferenzbesonderheit, kann aber im Falle einer Störung derzeit nicht in den gültigen Klassifikationssystemen (DSM-IV-TR und ICD-10) eigenständig kodiert werden. Aus sexualmedizinischer Sicht scheint das Vorhaben, die Hebefilie zukünftig im DSM-5 gesondert erfassen zu können, daher sinnvoll.

BEGRIFFE UND ERSCHEINUNGEN

Die Sexualpräferenz

Grundsätzlich lässt sich die sexuelle Präferenz eines Menschen über das Geschlecht des präferierten Partners, dessen körperliches Entwicklungsalter und die Art und Weise der Interaktion bzw. sexuellen Praktiken mit dem präferierten Partner beschreiben. Klinisch explorierbar sind diese Merkmale der Sexualpräferenz neben dem individuellen Selbstkonzept insbesondere über die Sexualfantasien und das Verhalten. Weil Selbstkonzept und Verhalten sich aber an gesellschaftlichen Werten orientieren, können beide Ebenen unter Umständen von der der Sexualfantasien abweichen. Soziale Erwünschtheit über Selbst- und Fremdtäuschungsmechanismen gewinnen insbesondere dann an Bedeutung, wenn Merkmale der Sexualpräferenz gesellschaftlich sanktioniert sind und daher vor sich selbst und/oder anderen abgeschirmt werden müssen (vgl. [5]).

Präferenzmerkmal Körperschema

Für die Relevanz des körperlichen Entwicklungsalters für die Beschreibung der Sexualpräferenz existieren inzwischen vielfältige, multimodale Belege [3, 18, 28]. Zumeist ist das körperliche Entwicklungsalter des präferierten Partners durch die ausgereiften sekundären Geschlechtsmerkmale eines Erwachsenen gekennzeichnet. Die sexuelle Präferenz für das erwachsene, voll ausgebildete Körperschema wird als Teleiophilie (griech. "teleos" – vollkommen, erwachsen) bezeichnet [9]. Daneben findet sich besonders unter Männern auch eine sexuelle Ansprechbarkeit für das nicht oder nicht voll geschlechtsreife Entwicklungsalter. Seit Krafft-Ebing [25] wird eine solche Sexualpräferenz als "Pädophilie" bezeichnet (griech. „pais“– das Kind). Die sexuelle Präferenz für das frühpubertäre Körperschema ist von Glueck [19] mit dem Begriff

Hebephilie gefasst worden (nach der griechischen Göttin der Jugend „Hebe“). Das sexuell präferierte körperliche Entwicklungsalter ist dabei geprägt vom Übergang zwischen dem kindlichen und dem erwachsenen Körperschema, repräsentiert in der Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale (Tanner-Stadien 2 & 3). Kennzeichnend für diesen Übergang ist die einsetzende Brustentwicklung durch die leichte Vorwölbung des Drüsengewebes im Bereich des Warzenvorhofs (sog. Brustknospe; Telarche). Die beginnende Genitalentwicklung kennzeichnet eine erste Schambehaarung in Form spärlicher, leicht pigmentierter Haare an den großen Schamlippen bzw. an der Peniswurzel (Pubarche) bei keinem oder geringem Größenwachstum des Penis und der Schamlippen.

Abzugrenzen ist der Begriff der Hebephilie von denen der Ephebophilie (griech. „Ephebos“ – Jüngling, junger Mann) und Parthenophilie (griech. „Parthenos“ – Jungfrau). Beide fassen die sexuelle Präferenz für entsprechend männliche und weibliche Jugendliche im frühen Erwachsenenalter mit meist spätpubertärem Körperschema (Tanner-Stadien 4 & 5) [21] und sind insofern Unterformen der Teleiophilie [9].

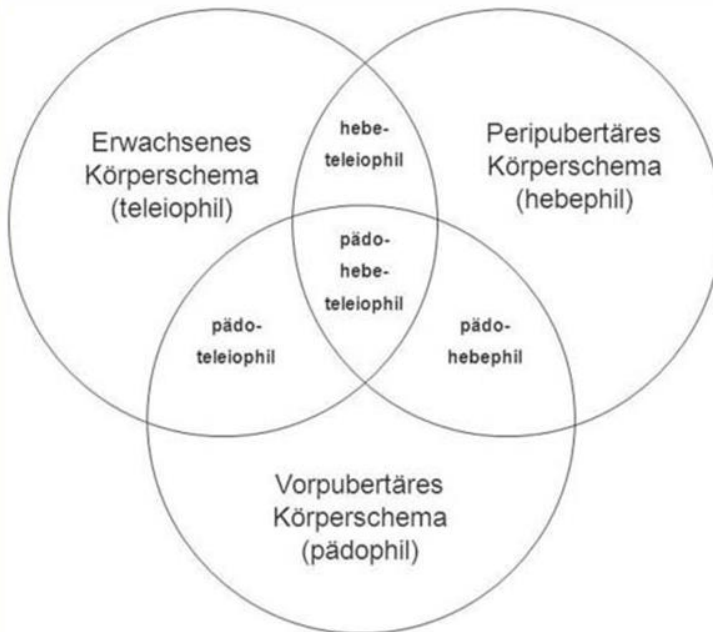
Vor sechzehn Jahren lag in Deutschland der Beginn der Pubertätsentwicklung (Genitalentwicklung bei Jungen und der Brustentwicklung bei Mädchen) bei etwa elf Jahren [16, 36]. Neuere Studien geben Hinweise auf einen früheren Beginn der Pubertätsentwicklung sowie auf eine Beschleunigung der körperlichen Reifeentwicklung. Im Alter von zehn Jahren berichten etwa die Hälfte der Mädchen und mehr als ein Drittel der Jungen von einer beginnenden Schambehaarung. Das Durchschnittsalter für das Erreichen einer spätpubertären bzw. erwachsenen Schambehaarung (Tanner-Stadien 4 & 5) liegt bei Mädchen im Alter von 12,3 bzw. 13,4 Jahren und bei Jungen im Alter von 13,4 bzw. 14,1 Jahren [22]. Blanchard und Mitarbeiter [10] haben bei großen Gruppen justizbekannter Sexualstraftäter (n = 881) zeigen können, dass auf der Basis penisplethysmografischer (phallometrischer) Messungen pädophile, hebephile und teleiophile Präferenzmuster zwar unterscheidbar sind, sich andererseits aber überlagern. Frühere Studien dieser Arbeitsgruppe legen wiederum nahe, dass Männer mit hebephiler Neigung in verschiedenen Merkmalsausprägungen (IQ, Ausbildungsverlauf, Linkshändigkeit, Körpergröße und

Kopfverletzungen vor dem 13. Lebensjahr) genau zwischen denen der Gruppe der Pädophilen und der Teleiophilen liegen (Übersicht bei [10]).

Die Berliner Klassifikation

Die Exploration des sexuellen Präferenzmerkmals Körperschema auf der Ebene der sexuellen Fantasien ergibt häufig verschiedene präferierte Schemata. So finden sich neben den exklusiv auf das vorpubertäre, frühpubertäre oder das erwachsene Körperschema ausgerichteten Inhalten auch verschiedene parallel vorhandene fantasierte Körperschemata, z. B. gleichermaßen sexuelle Fantasien bezogen auf das vorpubertäre und das frühpubertäre Körperschema. In Abb. 1 werden mögliche Präferenzkombinationen schematisch ersichtlich und in den nachfolgenden Fallvignetten sind drei davon exemplarisch dargestellt.

Abb. 1 Sexuelle Präferenzen für Körperschemata gemäß Berliner Klassifikation; teleiophil-hebephil-pädophil einschließlich Mischformen



Fallvignette 1: Hebe-teleiophiler Typus

45 Jahre alt, selbstständiger Künstler.

In Beziehung zu einem 10 Jahre jüngeren Mann, mit diesem regelmäßig sexuelle Kontakte (Analverkehr aktiv, Oralverkehr aktiv und passiv).

Viele zusätzliche Sexualkontakte außerhalb der Beziehung (mehr als 300 erwachsene Partner bisher).

Vorstellungsgrund: Nutzung von Missbrauchsabbildungen männlicher Jugendlicher mit peripubertärem Körperschema („ideales Alter 13“).

„Suchtartige“ Nutzung der Bildmaterialien, fühlt sich „ausgeliefert.“

Fallvignette 2: Hebephiler Typus

59-jähriger Maschinenschlosser im Vorruhestand.

Wird vorstellig, weil er sich vor der 12-jährigen Tochter seiner Nichte entblößt hat.

Habe immer schon gerne Mädchen in diesem Alter fotografiert. Interesse dann, wenn die Mädchen die ersten Anzeichen der geschlechtlichen Reife zeigen.

Kein Interesse an sexuellen Kontakten mit erwachsenen Frauen. Ist sich sicher, dabei nicht funktionsfähig zu sein (frustrane Bordellbesuche im Alter von 25 Jahren).

Versucht über Internet, Kontakt zu Mädchen „im Alter von ca. 12, 13 Jahren“ zu bekommen, will von diesen Fotos machen (am liebsten Nacktfotos).

Fallvignette 3: Pädophebephiler Typus

43-jähriger Kaufmann, verheiratet, eine Tochter (8 Jahre).

Wird vorstellig, weil es zu sexuellen Übergriffen auf die Tochter gekommen war (Berührungen der Scheide).

Einbeziehung der Ehefrau: Diese ist 30 Jahre alt (Eheschließung, als sie 18 Jahre alt war) und weist ein jugendliches Körperschema auf.

Noch während der Behandlungsphase Kontaktaufnahme zu peripubertären weiblichen Jugendlichen mit Verabredung zu sexuellen Kontakten, Realisierung derselben mit einer 13-Jährigen. Entschließt sich zur zusätzlichen Nutzung medikamentöser Optionen (erst Cyproteronacetat, dann Triptorelin).

Störung der Sexualpräferenz

Die beiden gängigen Klassifikationssysteme DSM und ICD listen die sexuelle Präferenz für körperlich unreife Geschlechtspartner mit unterschiedlichen Diagnosekriterien in unterschiedlich bezeichneten Gruppen.

Im DSM-IV-TR wird Pädophilie definiert durch „(...) sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sexuelle Handlungen mit einem vorpubertären Kind oder Kindern (in der Regel 13 Jahre oder jünger) beinhalten“ und fällt in die übergeordnete Kategorie „Paraphilien“ [1]. Im ICD-10 lautet die Definition: „Sexuelle Präferenz für Kinder, die sich zumeist in der Vorpubertät oder im frühen Stadium der Pubertät befinden.“ und fällt in die Kategorie „Störungen der Sexualpräferenz (inkl. Paraphilie)“ [37]. Eine Sexualpräferenz für frühpubertierende Kinder mittels einer eigenständigen diagnostischen Kategorie ist im DSM-IV-TR nicht vorgesehen. Im ICD-10 wird diese Präferenz mit der Pädophilie zusammengefasst. Vorteilhaft an der ICD-10-Klassifikation ist das darin enthaltene Verständnis von vorpubertären und frühpubertären Kindern.

In der ICD-10 sowie im DSM-IV-TR kann eine Paraphilie nur dann diagnostiziert werden, wenn mit der Paraphilie assoziierte sexuelle Wünsche und Impulse mit einem Leidensdruck verknüpft sind, das sogenannte B-Kriterium. Damit ist einer zu weitgehenden Pathologisierung vorgebeugt. Da eine solche Zusatzbedingung aber keine Erfassung einer Präferenzbesonderheit erlaubt, die nicht mit einem Leidensdruck verbunden wäre, ist mit der Neufassung des DSM für 2013, dem DSM-5, vorgesehen, künftig zwischen „paraphiler Störung“ und „Paraphilie“ zu unterscheiden [8].

Entsprechend der Berücksichtigung des Störungscharakters gilt also für die sexuelle Präferenz für vorpubertäre Kinder, dass sie erst dann als eine Störung diagnostiziert werden kann, wenn mit ihr ein klinisch signifikanter Leidensdruck oder soziale, berufliche, aber auch partnerschaftliche Beeinträchtigungen einhergehen. Den Charakter einer Störung kann die Pädophilie also auch ohne gleichzeitiges fremdgefährdendes Verhalten (reale Täter versus potentielle Täter) erfüllen. Als Besonderheit im Vergleich zu den anderen Paraphilien gilt bei der Pädophilie das Ausleben der Präferenz ebenfalls als klinisch relevantes Kriterium. Als Rational wird angegeben, dass diese

gesellschaftlich sanktionierte Form sexueller Interaktion eine ausreichende Beeinträchtigung sozialen Funktionierens darstellt bzw. der möglicherweise folgende Freiheitsverlust durch Strafverfolgung entsprechenden Leidensdruck erzeugen muss. Das Individuum muss mindestens 16 Jahre alt sein und es sollte eine Altersdifferenz von fünf Jahren zu dem sexuell präferierten Kind bzw. dem sexuell missbrauchten Kind bestehen.

Klinisch äußert sich der Leidensdruck für Betroffene, die eine Veränderungsmotivation aufweisen, häufig aus der Erfahrung, dass ihre (unliebsame und innerlich abgelehnte) sexuelle Präferenz zeitlich stabil bleibt. Nach bisherigem Kenntnisstand manifestiert sich die sexuelle Präferenz eines Menschen in ihren individuellen Merkmalen während der Pubertät und ist von einer Konstanz der sexuellen Fantasieinhalte über die Lebenszeit gekennzeichnet [5]. Therapeutische Anstrengungen, Präferenzmerkmale wie das präferierte Geschlecht des gewünschten Sexualpartners zu verändern, zeigten bislang keine Effekte [34]. Hinsichtlich der therapeutischen Beeinflussbarkeit der Merkmale Körperschema- und Praktikpräferenz besteht zwar weiterhin Uneinigkeit über die Konstanz, gleichwohl ist der Nachweis einer Veränderbarkeit bisher nicht erbracht worden [31, 32].

Ziel der Studie

Die Untersuchung von Blanchard und Kollegen [10] zur Hebephilie als eigenständiges Störungsbild ist in Fachkreisen kritisiert worden [29]. Insbesondere fehlt in der Untersuchung jeder Hinweis auf den störungsspezifischen Leidensdruck. Dieser klinisch relevante Leidensdruck könnte wie oben ausgeführt aus spezifischen Beeinträchtigungen im sozialen Funktionieren, aber auch aus einer Umsetzung der sexuellen Fantasieinhalte mit vor- oder frühpubertären Kindern entstehen.

Da Studien mit Sexualstraftätern zeigen, dass Täter mit einer pädophilen Präferenzstörung ein höheres Rückfallrisiko für sexuellen Kindesmissbrauch haben [4, 20], untersucht die vorliegende Studie, inwieweit die Pädophilie und Hebephilie einen bedeutsamen Tatmotivator für sexuellen Kindesmissbrauch und die Nutzung von Missbrauchsabbildungen darstellen.

Angesichts der Tatsache, dass die sexuelle Präferenz nicht gleichbedeutend mit sexuellem Verhalten ist, zielt die vorliegende Studie des Weiteren darauf ab, das Vorliegen missbrauchsbegünstigender psychischer Merkmale bei Hebefilie – wie sozio- affektive Defizite oder missbrauchsbegünstigende Kognitionen – zu untersuchen.

METHODEN

Vorgehen

Zwischen 2005 und 2011 wurden im Rahmen des „Präventionsprojekts Dunkelfeld (PPD)“ Männer mit Problembewusstsein für ihre sexuelle Ansprechbarkeit auf ein kindliches Körperschema mithilfe einer Medienkampagne auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, kostenlos und schweigepflichtgeschützt diagnostische Expertise und qualifizierte Beratung bzw. Therapie in Anspruch nehmen zu können (Abb. 2).

Abb. 2 Plakat der Medienkampagne, mit der problembewusste, therapiemotivierte, potenzielle Täter und Dunkelfeld-Täter zur Teilnahme an dem Präventionsprojekt Dunkelfeld gewonnen würden. Konzeption: Scholz & Friends.



Potenzielle Therapieteilnehmer, die telefonisch oder per E-Mail Kontakt mit dem PPD aufgenommen haben, wurden zu einem 90-minütigen semi-strukturierten klinischen Interview mit anschließender ausführlicher Fragebogendiagnostik eingeladen. Informationen zur sexuellen Präferenz wurden im Rahmen des klinischen Interviews erhoben. Informationen zur kriminellen Vorgeschichte basieren sowohl auf dem klinischen Interview als auch auf den Selbstauskünften in den Fragebogen. Die Datenerfassung und Datenauswertung erfolgte anonymisiert anhand von Teilnehmernummern [6].

Alle hier präsentierten Daten wurden im Rahmen des von der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin genehmigten Forschungs- und Therapieprojekts PPD erhoben.

Klinisches Interview

Im Rahmen der sexualmedizinischen Diagnostik hatte die ausführliche Sexualanamnese im klinischen Interview (vgl. [5], S. 513) einen zentralen Stellenwert und umfasste u. a. die Feststellung der sexuellen Präferenz eines Projektteilnehmers, wobei die Exploration des bei der Selbstbefriedigung fantasierten Körperschemas von maßgeblicher Bedeutung war. Die Zuweisung erfolgte zu den Kategorien pädophil, wenn als für die Masturbation relevantes Körperschema ausschließlich das vorpubertäre angegeben wurde, hebephil, wenn ausschließlich das frühpubertäre Körperschema angegeben wurde, teleiophil, wenn ausschließlich das postpubertäre Körperschema angegeben wurde. Mischformen wie päd-hebephil, päd-teleiophil, hebe-teleiophil, päd-hebe-teleiophil wurden bei Vorliegen entsprechender Kombinationen kodiert.

Erhebungsinstrumente

Zur Erfassung der Marker eines Leidensdrucks und Verhalten moderierender psychischer Merkmale (sog. dynamische Risikofaktoren) wurden im Rahmen der vorliegenden Studie folgende Verfahren eingesetzt:

Brief Symptom Inventory (BSI, [14, 17]). Das BSI ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Als Kurzform der Symptom Checklist (SCL-90-R) kann es als Screening eingesetzt werden. Die 53 Items mit

Aussagen zur Symptombelastung in den letzten sieben Tagen lassen sich zu neun Subskalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit in Sozialkontakten, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus) und einem globalen Summenwert zusammenfassen.

*NEO Fünf-Faktoren-Inventar*¹ (NEO-FFI, [11, 13]). Der NEO-FFI dient der Erfassung zentraler Dimensionen der Persönlichkeit, wie Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. Jedes der 60 Items wird auf einer 5-stufigen Likertskala beantwortet. Hohe Werte deuten auf eine hohe Ausprägung auf der entsprechenden Persönlichkeitsdimension hin. Normwerte stehen aus einer deutschen Normierungsstudie zur Verfügung [24].

UCLA Loneliness Scale – revised (UCLA-LS-R, [7, 30]). Diese Skala erfasst Probleme mit Intimität und Einsamkeit anhand von 20 Items, die auf einer 4-stufigen Likertskala beurteilt werden. Höhere Werte deuten auf erhöhtes Erleben von Einsamkeit hin. Russell et al. (1980) berichten normative Daten für eine Stichprobe von männlichen Studenten.

Coping Inventory for Stressful Situations (CISS [15, 23]). In diesem Inventar wird die Anwendung von aufgabenorientierten, emotionsorientierten und vermeidenden Copingstrategien in stressbelasteten und anstrengenden Situationen mit 24 Items (je 8 pro Skala) erfasst. In der aktuellen Studie wird lediglich auf die Subskala emotionsorientiertes Coping fokussiert, wobei hohe Werte auf eine häufige Anwendung entsprechender emotionsorientierter Strategien hinweisen. Normative Werte berichtete Kälin [23] aus einer Stichprobe von Schweizer Berufseinsteigern.

Bumby Molest Scale (BMS; [12]). Mit 38 Items werden auf einer 4-stufigen Likertskala missbrauchsbegünstigende Kognitionen und Einstellungen über Kinder und Sex mit Kindern erfasst. Höhere Werte deuten auf stärkere Verzerrungen hin und auf eine größere Tendenz, entsprechende Straftaten zu rechtfertigen. Marshall und Kollegen berichteten funktionale Normen aus einer kleinen männlichen Allgmeinestichprobe ([26], S. 178).

¹ Lediglich zu Beginn des PPD 2005/2006 wurden NEO-FFI-Daten erhoben, daher steht für diesen Persönlichkeitsfragebogen aus dem Subsample hebephiler Projektteilnehmer nur ein kleiner Datensatz von $n = 37$ zur Verfügung. Aufgrund dieser kleinen Stichprobe wurde davon abgesehen, Vergleiche zwischen den Subtypen hebephiler Sexualpräferenz zu rechnen und es wurden lediglich Vergleiche mit geschlechtsbezogenen normativen Daten vorgenommen.

Stichprobe

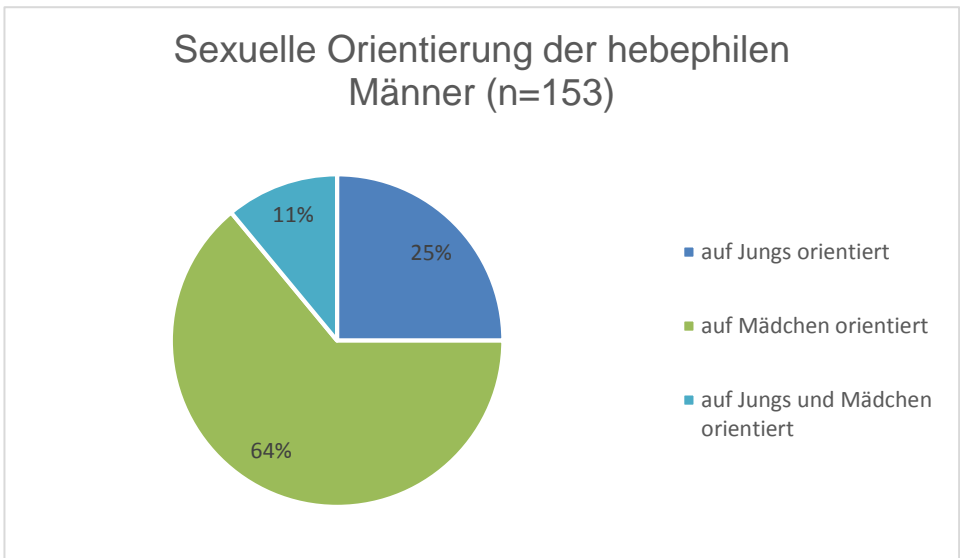
Über einen Zeitraum von ca. 6 Jahren meldeten sich 1473 Männer, von denen 629 die klinische Diagnostik vollständig durchlaufen haben. Im Folgenden wird eine Teilstichprobe von 222 (35,3 %) Projektteilnehmern betrachtet, die das relevante Einschlusskriterium (Diagnose einer Pädophilie und/oder Hebephilie) erfüllten, für die vollständige klinisch-diagnostische Daten vorlagen und bei denen keines der Ausschlusskriterien (aktueller Hellfeld-Status für ein Sexuelles Missbrauchs- und/oder Kinderpornografie-Delikt; unbehandelte Achse-I-Diagnosen) gegeben war. Eine weitere klinische Teilstichprobe von $n = 23$ teleiophilen Projektinteressenten wurde bei späteren Analysen als Vergleichsstichprobe hinzugezogen. Bei diesen Individuen konnte nach Abschluss der klinischen Diagnostik keine pädophil- oder hebephile sexuelle Präferenz festgestellt werden und keines der weiteren Ausschlusskriterien lag vor.

Tab. 1 verdeutlicht, wie sich die klinischen Diagnosen der Teilstichprobe der 222 eingeschlossenen Projektteilnehmer verteilen. Eine ausschließliche Präferenz für nur ein Körperschema ergab sich für 46 (20,7 %) Projektteilnehmer in Bezug auf ein vorpubertäres Körperschema und 24 (10,8 %) Projektteilnehmer bezüglich eines frühpubertären Körperschemas. Die Mischformen verteilten sich wie folgt: 14 (6,3 %) pädophil-hebephil Männer, 23 (10,4 %) pädophil-teleiophil, 46 (20,7 %) pädophil-hebe-teleiophil und 69 (31,1 %) hebe-teleiophil. Von der Gesamtstichprobe weisen somit 153 PPD-Teilnehmer eine ausschließliche oder nicht ausschließliche Ansprechbarkeit auf ein frühpubertäres Körperschema auf. Das mittlere Alter lag hier bei 37,2 Jahren ($SD = 10,87$, Spanne: 18 – 66). Bezüglich ihres Bildungshintergrunds und der aktuellen Erwerbssituation berichteten 56,6 % der Betroffenen einen höheren Bildungsabschluss (mind. 11 Schuljahre) erreicht zu haben und etwa drei Viertel (71,7 %) berichten, aktuell erwerbstätig zu sein oder zu studieren. Des Weiteren war die Mehrzahl der Männer aktuell ungebunden (57,5 %), kinderlos (70,6 %) und alleinlebend (56,6 %). Die Hälfte der eingeschlossenen Projektteilnehmer (54,0 %) reiste durchschnittlich mehr als 100 km, um das Beratungs- und Therapieangebot im PPD wahrnehmen zu können.

ERGEBNISSE

Hinsichtlich der sexuellen Präferenz gemäß der Berliner Klassifikation wird deutlich, dass lediglich bei einem kleinen Teil der Männer mit Ausrichtung auf das frühpubertäre Körperschema diese Präferenz in einer ausschließlichen Form vorliegt ($n = 24$) und sich bei dem Großteil ($n = 129$) Mischformen, also die Kombination mit einem vorpubertären und/oder postpubertären Körperschema ergeben. Von diesen Männern mit einer sexuellen Ansprechbarkeit auf das frühpubertäre Körperschema ist die Mehrheit (64,1 %) auf das weibliche Geschlecht orientiert, ein Viertel auf das männliche (25,5 %) und 10,5 % auf beide Geschlechter (Abb. 3).

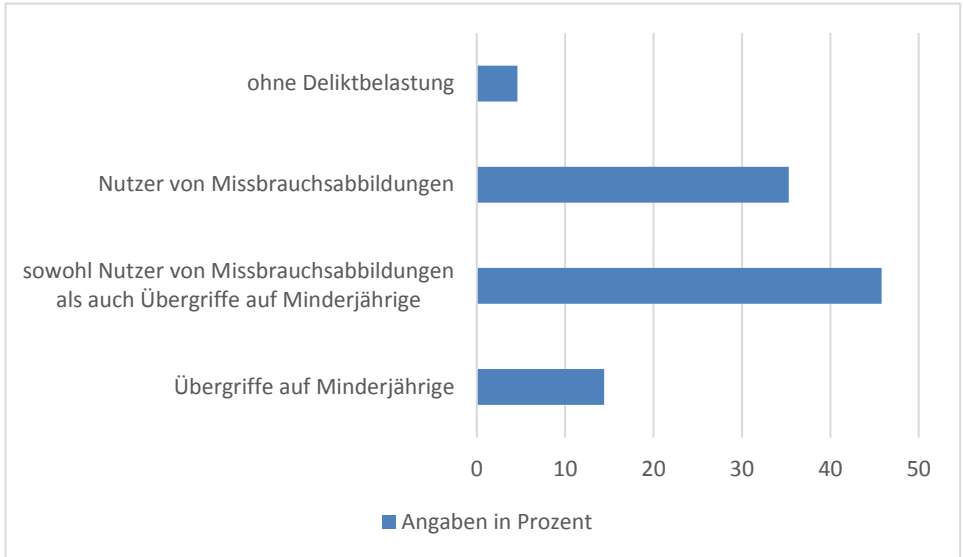
Abb. 3 Sexuelle Orientierung der hebephilen Männer ($n=153$)



Bezüglich der Deliktbelastung auf Lebenszeit zeigt sich deutlich, dass lediglich 4,6 % dieser Männer ohne jegliche Deliktbelastung waren. Etwa ein Drittel dieser hebephilen Stichprobe (35,3 %) nutzt ausschließlich Missbrauchsabbildungen, 14,4 % hat bereits einen sexuellen Übergriff begangen und der Großteil (45,8 %) berichtet, aktuell und/oder in der Vergangenheit sowohl Missbrauchsabbildungen zu nutzen als auch Übergriffe begangen zu haben (Abb. 4). In den Selbstauskünften fällt auf, dass etwa ein Fünftel dieser Täter jemals strafrechtlich belangt wurden für die Nutzung von

Missbrauchsabbildungen (17,7 %) und/oder sexuelle Übergriffe auf Minderjährige (22,8 %). Die deutliche Mehrheit der Taten und Täter befindet sich entsprechend im juristischen Dunkelfeld.

Abb. 4 Männer mit Ansprechbarkeit für das frühpubertäre Körperschema – Klassifikation nach Taten (n=153)



Leidensdruck und Verhalten moderierende Merkmale

In einem ersten Schritt wurde mit non-parametrischen Verfahren für unabhängige Stichproben (Kruskal-Wallis-Test) untersucht, ob sich die Subtypen von Männern mit hebephiler Neigung auf den oben beschriebenen psychometrischen Verfahren unterscheiden. Bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ konnten keine Unterschiede zwischen den Subtypen hebephiler Männer identifiziert werden.

In einem zweiten Schritt wurde ebenfalls mit non-parametrischen Verfahren für unabhängige Stichproben (Kruskal-Wallis-Test) untersucht, inwieweit sich Männer mit einer ausschließlichen bzw. nicht ausschließlichen Präferenzausrichtung auf den frühpubertären Körper von pädophilen oder teleiophilen Projektinteressenten innerhalb der klinischen PPD-Stichprobe auf Verhalten moderierende Variablen und Leidensdruck unterscheiden. Dabei gab es signifikante Gruppenunterschiede zwischen den Subtypen hinsichtlich der selbstberichteten emotionalen Einsamkeit,

missbrauchsbegünstigenden Kognitionen sowie der aktuellen psychosomatischen Belastung (Tab. 2). Anschließend wurden auf den entsprechenden Variablen paarweise Vergleiche zwischen allen Subtypen gerechnet. Die aufgrund der hohen Anzahl an Post-hoc-Einzelvergleichen Bonferoni-korrigierten p-Werte werden für die signifikanten Ergebnisse berichtet (Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$), ebenso wie die dazugehörigen Effektstärken. Als Maß für die Stärke des gefundenen statistischen Unterschieds wurde Cohen's d berechnet.

Bezüglich emotionaler Einsamkeit berichten exklusiv teleiophile Projektteilnehmer signifikant weniger Einsamkeitserleben als pädophile ($p = 0,001$, $d = 0,99$) und hebephile Männer ($p = 0,046$, $d = 0,87$). Teleiophile Männer zeigen im Fragebogen signifikant weniger missbrauchsbegünstigende Einstellungen und Kognitionen als pädophile ($p = 0,000$, $d = 1,16$), pädo-hebephile ($p = 0,001$, $d = 1,44$), und pädo-teleiophile Projektteilnehmer ($p = 0,044$, $d = 1,09$). Teleiophile Projektteilnehmer berichten darüber hinaus von weniger psychosomatischer Belastung in den letzten sieben Tagen im Vergleich zu pädophilen ($p = 0,005$, $d = 1,13$), pädo-hebephilen ($p = 0,026$, $d = 1,65$), pädo-teleiophilen ($p = 0,035$, $d = 1,28$), pädo-hebe-teleiophilen ($p = 0,005$, $d = 1,15$) sowie zu hebephilen Projektteilnehmern ($p = 0,003$, $d = 1,09$).

In einem dritten Schritt wurden anschließend für die Gesamtgruppe hebephiler Männer Stichprobenmittelwerte und Standardabweichungen berechnet und diese mithilfe von T-Tests für unabhängige Stichproben mit geschlechtsbezogenen normativen Daten verglichen. Dabei ergaben sich für die betrachteten klinischen und Risikovariablen signifikante Unterschiede (Tab. 3).

Hebephile Männer aus dem PPD berichteten mehr akute Symptombelastung auf allen Subskalen des BSI im Vergleich zu einer männlichen Normstichprobe. So berichten diese beispielsweise in den letzten sieben Tagen mehr bzw. ausgeprägtere Symptome bezüglich Zwanghaftigkeit, Unsicherheit in Sozialkontakten, Depressivität, Ängstlichkeit oder Psychotizismus und weisen eine höhere Gesamtbelastung mit klinischen Symptomen auf. Ein unterschiedliches Muster zeigt sich für den Bereich von Persönlichkeitscharakteristika: hebephile Männer aus dem PPD erreichen höhere Werte auf der Subskala „Neurotizismus“ des NEO-FFI

im Vergleich zu einer männlichen Normpopulation, aber geringere Werte auf den Subskalen „Extraversion“ und „Offenheit für Erfahrungen“. Bezüglich Ausprägungen auf dynamischen Risikofaktoren aus der Hellfeldforschung zeigen hebephile Männer aus dem PPD mehr emotionale Einsamkeit, eine stärkere Nutzung von emotionalen Bewältigungsstrategien in schwierigen/stressbetonten Situationen sowie mehr problematische Einstellungen in Bezug auf sexuelle Übergriffe auf Kinder im Vergleich zu entsprechenden männlichen Vergleichsstichproben.

DISKUSSION

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass Hebephilie als sexuelle Präferenzsaurichtung existiert und mit Belastungsfaktoren einhergehen kann, die für einen klinisch relevanten Leidensdruck sprechen, wie er für die Diagnose einer Präferenzstörung vorgesehen ist. In den Jahren 2005 bis 2011 war diese Belastung für 153 Männer offensichtlich der Hintergrund dafür, sich im Rahmen eines öffentlich bekannt gemachten Behandlungsangebots unter dem Slogan „lieben sie kinder mehr als ihnen lieb ist“ um therapeutische Hilfe zu bemühen. Dabei erscheint die Hebephilie (i. e. die sexuelle Ansprechbarkeit durch das frühpubertäre Körperschema) als eine von der Pädophilie (i. e. die sexuelle Ansprechbarkeit durch das vorpubertäre Körperschema) abgrenzbare Sexualpräferenz, die aber mit einem ähnlichen Ausmaß an Leidensdruck bzw. Belastungserleben einhergeht. Die Daten der aktuellen Untersuchung zeigen dabei einerseits keine Unterschiede in der Ausprägung der Belastungsfaktoren zwischen den ausschließlichen pädophilen und hebephilen Subtypen, andererseits aber einen deutlichen Unterschied zu den teleiophilen Projektinteressenten (i. e. denjenigen mit einer sexuellen Ansprechbarkeit durch das erwachsene Körperschema). Das heißt, innerhalb einer klinischen Stichprobe von Männern, die sich mit einem Problembewusstsein bezüglich ihrer sexuellen Interesse um Hilfe an das PPD wenden, stellen sich in den Selbstauskünften besonders die ausschließlich pädophilen und hebephilen Männer als diejenigen mit einer höheren Belastung dar. Da bislang sämtliche Daten zu dieser Fragestellung im Hellfeld, d.h. bei justizbekannten Sexualstraftätern, erhoben wurden, bestand anhand der Daten des PPD erstmalig die Gelegenheit, das klinische Phänomen der

hebephilen Neigung auf empirischer Grundlage genauer zu beschreiben. Die Auswertung der diagnostischen Daten im Rahmen des PPD zeigen, dass zwei Drittel der Betroffenen eine Ansprechbarkeit für das frühpubertäre Körperschema aufweisen – sei es als ausschließliches Muster (hebephiler Typus) oder sei es in Verbindung mit der Ansprechbarkeit für das vorpubertäre Körperschema (pädo-hebephiler Typus) oder in Verbindung mit dem erwachsenen Körperschema (hebe-teleiophiler Typus) bzw. in Verbindung mit beiden Körperschemata (pädo-hebe-teleiophiler Typus).

Bei den eingesetzten psychometrischen Verfahren konnten zwar keine signifikanten Unterschiede bei Vergleichen der einzelnen Subtypen der Hebephilie (hebephiler-, pädo-hebephiler-, hebe-teleiophiler- und pädo-hebe-teleiophiler Typus) festgestellt werden, die Gesamtgruppe der hebephilen Männer unterscheidet sich aber signifikant von männlichen Vergleichsstichproben. So zeigen sich auf allen Subskalen des BSI deutliche Hinweise für eine akute Belastungssymptomatik und die höheren Werte im NEO-FFI bezüglich Neurotizismus deuten darauf hin, dass hebephile Männer dazu neigen, häufiger emotional labil, nervös, ängstlich, traurig und unsicher zu sein sowie weniger in der Lage sind, auf Stresssituationen angemessen zu reagieren. Weiterhin findet sich bei den untersuchten hebephilen Männern in der hier vorgelegten Studie im Bereich der dynamischen Risikofaktoren ein höheres emotionales Einsamkeitsempfinden, ein eher emotionsorientierter Copingstil im Umgang mit Stresssituationen (Wunschdenken, sich in Vorwürfen ergehen, Grübeln) und stärker ausgeprägte missbrauchsbegünstigende Einstellungen.

Während mit der Untersuchung von Blanchard und Kollegen [10] bislang vor allem der statistische Beleg für die Unterscheidbarkeit des Konstrukts „Hebephilie“ von dem Konstrukt „Pädophilie“ geliefert wurde [29], erbringt die vorliegende Studie empirische Hinweise für bestehenden Leidensdruck, eine erhöhte Symptombelastung und ein höheres Risiko für durch die Präferenz motiviertes gesellschaftlich sanktioniertes Verhalten (Nutzen von Missbrauchsabbildungen, sexueller Übergriff) im Zusammenhang mit der sexuellen Ansprechbarkeit durch das frühpubertäre Körperschema.

Der Kritik von Rind und Yuill [29] an der Klassifikation der Hebephilie als psychische Störung ist damit noch nicht abschließend Rechnung

getragen. Rind und Yuill untersuchen die Hebephilie vor dem „Harmful Dysfunction“-Modell für psychische Störungen von Wakefield [35].

Nach diesem Modell kann eine Variante menschlichen Verhaltens nur dann als psychische Störung klassifiziert werden, wenn ihr das Versagen eines evolutionär funktionalen Mechanismus zugrunde liegt. Rind und Yuill kommen in einer umfangreichen Analyse historischer und anthropologischer Daten zu dem Schluss, dass die sexuelle Ansprechbarkeit für das frühpubertäre Körperschema für sich genommen nicht zwingend als ein solches Versagen zu sehen und damit die Auffassung der Hebephilie als psychische Störung ungerechtfertigt ist. Die vorliegende Studie lässt keine kausalen Schlüsse zu, inwieweit die gefundene Belastung auf eine gesellschaftliche Stigmatisierung oder auf eine zugrunde liegende Dysfunktion im oben genannten Sinne zurückzuführen ist. Ein wesentlicher limitierender Punkt in der Untersuchung besteht dabei darin, dass die Präferenzstruktur rein beschreibend erfasst wurde. Eine Gewichtung der präferierten Körperschemata war nach dem gewählten Vorgehen nicht möglich. Denkbar wäre eine solche Gewichtung z.B. nach der Häufigkeit oder der Intensität entsprechender Fantasieinhalte. Zwei Modelle für eine Dysfunktion im Sinne des Modells von Wakefield [35] könnten mit einer gewichteten Erfassung der präferierten Körperschemata geprüft werden. So könnte einerseits die Abwesenheit der sexuellen Ansprechbarkeit durch das erwachsene Körperschema oder andererseits die Beschränkung der Sexualpräferenz auf das pubertierende Körperschema einer evolutionären Dysfunktion entsprechen. Mit den gefundenen Unterschieden zwischen Männern mit und ohne sexuelle Ansprechbarkeit durch unreife Körperschemata finden sich zwar Hinweise auf die mögliche Relevanz, aber noch keine Belege für eine solche Erklärung. Beide Modelle entsprächen neuen Tendenzen in der forensischen Sexualforschung, Präferenzstörungen als dimensionale Konstrukte aufzufassen, wie ihm auch im DSM-5 durch die Differenzierung in Paraphilie und Paraphile Störung in Ansätzen Rechnung getragen wird. Eine weitergehende Analyse dieser Frage geht über den Umfang der vorliegenden Arbeit hinaus und sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

Nach den in den Diagnostischen Manualen des ICD und DSM üblichen Kriterien für psychische Störungen ist die Vergabe der Diagnose

hebephile Störung aufgrund der vorliegenden Daten zu rechtfertigen. Diese Diagnose muss nach DSM-IV-TR allerdings in der Restkategorie „nicht näher bezeichnete Paraphilie“ (302.9) kodiert werden, während nach ICD-10 die Kategorie Pädophilie (F 65.4) durchaus in Betracht käme, weil damit eine sexuelle Präferenz „für Kinder, die sich zumeist in der Vorpubertät oder im frühen Stadium der Pubertät befinden“, gemeint ist. Dies wird aber wiederum dem möglichen Differenzierungsgrad nicht gerecht, weil die Hebephilie nicht als eigenständige Präferenzstörung benennbar ist.

Die geplanten Änderungen des DSM-5 [2] für die Pädophilie würden dem bisher fehlenden Differenzierungsgrad Rechnung tragen. Es wird vorgeschlagen, zwischen dem pädophilen Typus (sexuelle Ansprechbarkeit durch vorpubertäre Kinder – Tanner- Stadium 1), dem hebephilen Typus (sexuelle Ansprechbarkeit durch frühpubertäre Kinder – Tanner-Stadien 2 und 3) und dem pädo-hebephilen Typus (sexuelle Ansprechbarkeit durch vorpubertäre und frühpubertäre Kinder) zu unterscheiden. Spezifiziert werden soll ebenfalls, ob der Betreffende durch das männliche Geschlecht (also durch Jungen), durch das weibliche Geschlecht (also durch Mädchen) oder durch beide Geschlechter ansprechbar ist.

Darüber hinaus ist im DSM-5 [2] vorgesehen, die Paraphilien grundsätzlich nicht mehr als Störung anzusehen, sondern von paraphilen Störungen nur dann zu sprechen, wenn Kriterium B erfüllt ist, also der Betreffende deutliches Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen aufweist bzw. entsprechende Handlungen bei nicht einwilligenden oder nicht einwilligungsfähigen Personen begangen hat.

Kriterium A lautet dann im geplanten DSM-5 [2]: „Über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende und intensive sexuelle Erregung durch vorpubertäre oder frühpubertäre Kinder, erkennbar durch die Fantasien, die dranghaften Bedürfnisse, das Verhalten oder die extensive Nutzung von pornographischen Materialien, welche Kinder in diesem Alter zeigen.“

Hinzugekommen ist also, dass die Nutzung von Missbrauchsabbildungen (verharmlosend als Kinderpornografie bezeichnet) als diagnostisches Kriterium gewertet wird, was aus klinischer Sicht zutreffend ist und auch die Studienlage wiedergibt, denn die pädophile Neigung kann als Indikator für die Nutzung dieser

Materialien angesehen werden [27, 33].

Terminologisch korrekt wäre es, nach Einführung des DSM-5 von einer pädophilen Störung oder einer hebephilen Störung zu sprechen. Die Pädophilie oder die Hebephilie würde als Paraphilie ohne Störungscharakter gelten, sofern der Betroffene nicht da- runter leidet, in seinen sozialen Beziehungen nicht beeinträchtigt ist und nicht entsprechend dieser Neigung gehandelt hat.

Nach dem jetzigen Planungsstand des DSM-5 könnte allerdings die verhältnismäßig große Gruppe der Hebe-Teleiophilen (in der hiesigen Studienpopulation mit einem Anteil von 45 % vertreten) nicht explizit erfasst werden, sondern müssten dem hebephilen Typus subsumiert werden.

Bedeutsam ist insbesondere, dass in den meisten Fällen die Betroffenen bereits ihrer Neigung entsprechend gehandelt haben. Dies würde sowohl nach DSM-IV-TR als auch nach dem zukünftigen DSM-5 als alleiniges Kriterium für die Feststellung der Diagnose ausreichen, sofern Kriterium A gegeben wäre. Hieraus er- gibt sich, dass die Hebephilie ein ernst zu nehmendes klinisches Phänomen darstellt und bei Erfüllung der entsprechenden Kriterien des DSM-5 als sexuelle Störung aufzufassen ist.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Die Hebephilie erfüllt bei entsprechendem Verhalten bzw. klinisch relevantem Leidensdruck die Kriterien für eine sexuelle Störung und ist potenziell mit Fremdgefährdung verbunden. Sie lässt sich in der klinischen Exploration diagnostizieren, sofern die Betreffen- den kein Interesse an der Abschirmung ihres sexuellen Erlebens und Verhaltens haben, was bei justizbekannten Tätern eher zu er- warten ist als im sogenannten Dunkelfeld. Die Erfahrungen des Berliner PPD zeigen, dass bei eigenmotivierten Männern, die sich aufgrund ihres Leidensdrucks freiwillig an eine Spezialeinrichtung wenden, von einer hohen Kooperationsbereitschaft ausgegangen werden kann und die sexuellen Präferenzmerkmale über die Exploration der sexuellen Fantasien diagnostizierbar sind. Dass bei dieser Patientengruppe auch ein Zusammenhang mit diagnostisch verwertbaren Aktivierungsmustern in der Bildgebung gefunden werden konnte [28], ist aus klinischer Sicht nicht verwunderlich. Den Erfahrungen des

Berliner PPD ist weiterhin zu entnehmen, dass es viele Männer gibt, die eine sexuelle Ansprechbarkeit für das frühpubertäre Körperschema aufweisen, darunter leiden, sich in den sozialen Beziehungen beeinträchtigt fühlen und/oder entsprechend dieser Neigung bereits gehandelt haben (durch sexuelle Übergriffe und/oder die Nutzung von Missbrauchsabbildungen). Die meisten dieser Männer meldeten sich durchschnittlich im Alter von 37 Jahren, wussten aber bereits seit dem frühen Erwachsenenalter von ihrer Problematik. Dies spricht für eine hohe Stabilität der Präferenzausrichtung und der Fokus einer primärpräventiven Therapie sollte deshalb auf dem Ziel der vollständigen Verhaltenskontrolle liegen. Es ist zu wünschen, dass sich das Gesundheitssystem dieser Patientengruppe stärker aufschließt, um präventiv therapeutische Maßnahmen zur Verhaltenskontrolle einleiten zu können, und auf diese Weise verursacherbezogen den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexuellen Übergriffen und sexueller Ausbeutung zu erhöhen.

TAKE HOME MESSAGE

Hebephilie ist sexuelle Ansprechbarkeit auf das frühpubertäre Körperschema, welches die Kriterien einer sexuellen Störung erfüllen kann, aber derzeit nicht in den gültigen Klassifikationssystemen (DSM-IV-TR und ICD-10) eigenständig kodiert ist. Etwa zwei Drittel der hier untersuchten Teilstichprobe aus dem Präventionsprojekt Dunkelfeld erfüllten die Kriterien einer Hebephilie, welche häufiger in Mischformen (z. B. pädo-hebe-teleiophile sexuelle Ansprechbarkeit) berichtet wurde. Männer mit einer hebephilen Sexualpräferenz hatten mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit bereits Missbrauchsabbildungen genutzt oder Kindesmissbrauch begangen, berichteten zudem eine höhere klinische Symptombelastung und auffälligere Persönlichkeitscharakteristika in Bezug auf Referenznormen. Aus sexualmedizinischer Sicht scheint das Vorhaben, die Hebephilie zukünftig im DSM-5 gesondert erfassen zu können, daher sinnvoll.

TABELLEN

Tab. 1 Sexuelle Präferenz nach der Berliner Klassifikation aller eingeschlossenen PPD-Teilnehmer (n=222)

	Häufigkeit (n)	Prozent (%)
Pädophilie	46	20,7
Pädo-Hebephilie	14	6,3
Pädo-Teleiophilie	23	10,4
Pädo-Hebe- Teleiophilie	46	20,7
Hebephilie	24	10,8
Hebe-Teleiophilie	69	31,1
Gesamt	222	100

Tab. 2 Kruskal-Wallis-Tests für Gruppenvergleiche auf relevante Risikofaktoren nach sexueller Präferenzdiagnostik (n=245)

	Pädophil	Pädo-Hebephil	Pädo-Teleiophil	Pädo-Hebe-Teleiophil	Hebephil	Hebe-Teleiophil	Teleiophil		
	(n=46)	(n=14)	(n=23)	(n=46)	(n=24)	(n=69)	(n=23)		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	$\chi^2(6)$	p
Risikofaktoren									
UCLA - Emotionale Einsamkeit	52,11 (12,83)	51,21 (13,29)	49,35 (13,97)	48,33 (10,44)	50,46 (12,80)	45,59 (10,77)	39,65 (12,46)	19,84	0,003
CISS – Emotionale Bewältigungsstrategien	25,43 (5,37)	27,79 (5,12)	27,09 (5,30)	26,48 (6,39)	25,79 (5,44)	25,68 (5,76)	24,00 (5,49)	5,87	0,438
BMS – Missbrauchs-begünstigende Einstellungen	75,24 (20,83)	78,50 (20,59)	69,78 (14,94)	67,28 (18,13)	69,25 (20,01)	65,61 (17,09)	53,00 (16,53)	24,62	0,000
BSI – Globale Symptom-belastung	0,96 (0,56)	1,05 (0,53)	0,95 (0,53)	0,96 (0,55)	1,06 (0,79)	0,80 (0,58)	0,42 (0,28)	22,68	0,001

Tab. 3 Normvergleiche klinischer Variablen und dynamischer Risikofaktoren für die Teilstichprobe von Männern mit hebephiler Sexualpräferenz (n=153)¹

	PPD-Teilnehmer mit hebephiler Präferenz	Norm- bzw. Vergleichsstichprobe		
	M (SD)	n (Quelle)	M (SD)	t (df)
Brief Symptom Inventory		300 (Franke, 2000)		
BSI - Somatisierung	0,52 (0,60)		0,23 (0,31)	6,76*** (448)
BSI - Zwanghaftigkeit	1,16 (0,84)		0,50 (0,46)	10,76*** (448)
BSI – Unsicherheit im Sozialkontakt	1,11 (0,81)		0,35 (0,40)	13,33*** (448)
BSI – Depressivität	1,34 (0,98)		0,24 (0,32)	17,66*** (448)
BSI – Ängstlichkeit	0,93 (0,73)		0,29 (0,31)	13,03*** (448)
BSI – Aggressivität	0,72 (0,60)		0,29 (0,35)	9,58*** (448)
BSI – Phobische Angst	0,50 (0,60)		0,14 (0,23)	9,14*** (448)
BSI – Paranoides Denken	0,75 (0,75)		0,33 (0,40)	7,75*** (448)
BSI - Psychotizismus	1,04 (0,84)		0,19 (0,28)	15,87*** (448)
BSI – Globale Symptombelastung	0,91 (0,61)		0,28 (0,23)	15,80*** (448)
NEO – Fünf-Faktoren-Inventar²		193 (Borkenau & Ostendorf, 1993)		
NEO-FFI Neurotizismus	2,10 (0,76)		1,66 (0,67)	3,58*** (228)
NEO-FFI Extraversion	2,00 (0,65)		2,34 (0,56)	3,29** (228)
NEO-FFI Offenheit für Erfahrungen	2,39 (0,52)		2,65 (0,53)	2,74** (228)
NEO-FFI Verträglichkeit	2,44 (0,52)		2,35 (0,52)	0,96 (228)

NEO-FFI Gewissenhaftigkeit	2,43 (0,59)		2,56 (0,62)	1,18 (228)
Dynamische Risikofaktoren				
UCLA – Emotionale Einsamkeit		102 (Russel et al., 1980)		
	47,69 (11,34)		37,06 (10,91)	7,44*** (253)
CISS – Emotionale Bewältigungsstrategien		505 (Kaelin, 1995)		
	26,13 (5,83)		23,12 (5,44)	5,82*** (656)
BMS – Missbrauchsbegünstigende Einstellungen		30 (Marshall et al., 2003)		
	67,86 (18,38)		51,80 (10,39)	4,64*** (181)

¹*p < 0,05; **p <0,01; ***p<0,001.

²Für dieses Verfahren waren lediglich Daten einer Stichprobe aus dem PPD von n=37 Probanden verfügbar.

Literatur

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Aufl. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000
2. American Psychiatric Association (APA). DSM-5 [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association Available from 2011, <http://www.dsm5.org/>
3. Banse R, Schmidt AF, Clarbour J. Indirect Measures of Sexual Interest in Child Sex Offenders: A Multimethod Approach. *Crim Justice Behav* 2010; 37 (3): 319 – 335
4. Beier KM. Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachter Sexualstraftäter. Berlin: Springer; 1995
5. Beier KM, Bosinski HAG, Loewit K. Sexualmedizin, Grundlagen und Praxis. 2. Aufl. München: Elsevier; 2005
6. Beier KM, Neutze J, Mundt IA et al. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse Negl* 2009; 33: 545 – 549
7. Bilsky W, Hosser D. Social support and loneliness: Psychometric comparison of two scales based on a nationwide representative survey. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 1998; 19: 130 – 144
8. Blanchard R. The DSM Diagnostic Criteria for Pedophilia. *Arch Sex Behav* 2010; 39 (2): 304 – 316
9. Blanchard R, Barbaree HE, Bogart AF et al. Fraternal birth order and sexual orientation in pedophiles. *Arch Sex Behav* 2000; 29: 463 – 478
10. Blanchard R, Lykins AD, Wherrett D et al. Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Arch Sex Behav* 2009; 38: 335 – 350
11. Borkenau P, Ostendorf F. NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae (Handanweisung). Göttingen: Hogrefe; 1993
12. Bumby KM. Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE scales. *Sex Abuse* 1996; 8: 37 – 54

13. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality inventory and NEO five- factor inventory (Professional Manual). Odessa: Psychological Assessment Resources; 1992
14. Derogatis LR. Brief Symptom Inventory (BSI), administration, scoring, and procedures manual. 3. Aufl. Minneapolis: National Computer Services; 1993
15. Endler NS, Parker JDA. Coping Inventory for Stressful Situations: Manual. 2. Aufl. Toronto: Multi-Health Systems; 1999
16. Engelhardt L, Willers B, Pelz L. Sexual maturation in East German girls. *Acta Paediatr* 1995; 84: 1362 – 1365
17. Franke GH. Brief Symptom Inventory (BSI). Göttingen: Beltz; 2000
18. Freund K, McKnight CK, Langevin R et al. The female child as a surrogate object. *Arch Sex Behav* 1972; 2 (2): 119 – 133
19. Glueck BC. Final report: Research project for the study and treatment of persons convicted of crimes involving sexual aberrations. June 1952 to June 1955. New York: New York State Department of Mental Hygiene; 1955
20. Hanson RK, Morton-Bourgon K. Predictors of Sexual Recidivism: An Up- dated Meta-Analysis. (User Report No. 2004-02). Ottawa: Public Safety and Emergency Preparedness Available from 2005, http://www.pu-blicsafety.gc.ca/res/cor/rep/_fl/2004-02-pred-se-eng.pdf
21. Hirschfeld M. Vom Wesen der Liebe. Zugleich ein Beitrag zur Lösung der Frage der Bisexualität. Berlin: Spohr; 1906
22. Kahl H, Schaffrath Rosario A. „Pubertät im Wandel – wohin geht der Trend? Sexuelle Reifeentwicklung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“. *BZgA Forum* 2007; 3: 19 – 25
23. Kälin W. Deutsche 24-Item Kurzform des Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) von Endler NS, Parker JDA. Übersetzung von Semmer N, Tschan F, Schade V (unveröffentlichter Fragebogen). Bern: Institut für Psychologie, Universität Bern; 1995
24. Körner A, Drapeau M, Albani C et al. Deutsche Normierung des NEO- Fünf-Faktoren-Inventars (NEO-FFI). *Z Med Psychol* 2008; 17: 133 – 144
25. von Krafft-Ebing R. *Psychopathia sexualis*. Stuttgart: Enke; 1886

26. Marshall WL, Marshall LE, Sachdev S et al. Distorted attitudes and perceptions, and their relationship with self-esteem and coping in child molesters. *Sex Abuse* 2003; 15: 171 – 181
27. Neutze J, Seto MC, Schaefer GA et al. Predictors of child pornography offenses and child sexual abuse in a community sample of pedophiles and hebephiles. *Sex Abuse* 2011; 23 (2): 212 – 242
28. Ponseti J, Granert O, Jansen O et al. Assessment of Pedophilia Using Hemodynamic Brain Response to Sexual Stimuli. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69 (2): 187 – 194
29. Rind B, Yuill R. Hebephilia as Mental Disorder? A Historical, Cross-Cultural, Sociological, Cross-Species, Non-Clinical Empirical, and Evolutionary Review. *Arch Sex Behav* 2012; 41 (4): 797 – 829
30. Russel D, Peplau LA et al. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol* 1980; 39 (3): 472 – 480
31. Seto MC. *Pedophilia and Sexual Offending Against Children: Theory, Assessment, and Intervention*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2008
32. Seto MC. Is Pedophilia a Sexual Orientation? *Arch Sex Behav* 2012; 38: 335 – 350
33. Seto MC, Cantor JM, Blanchard R. Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *J Abnorm Psychol* 2006; 115: 610 – 615
34. Spitzer RL. Spitzer Reassesses His 2003 Study of Reparative Therapy of Homosexuality [Letter To The Editor]. *Arch Sex Behav* 2012; 41 (4): 757
35. Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Rev* 1992; 99 (2): 232 – 247
36. Willers B, Engelhardt L, Pelz L. Sexual maturation in East German boys. *Acta Paediatr* 1996; 85: 785 – 788
37. WHO. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber; 1993