

# Berliner Dissexualitätstherapie für Adoleszente (BEDIT-A) – Das Präventionsprojekt für Jugendliche (PPJ) „Du träumst von ihnen“

Eliza Schlinzig, Miriam Schuler, Anna Kreuzmann, Laura T. Legeland, Pierre Pantazidis,  
Tobias J. Hellenschmidt, Klaus M. Beier

## The Berlin Dissexuality Therapy for Adolescents (BEDIT-A) – The Prevention Project for Juveniles (PPJ) “Just dreaming of them”

### Abstract

Since 2014, the *Prevention Project for Juveniles* (PPJ) has offered diagnostic and therapeutic assistance to adolescents between 12 and 18 years who feel sexually attracted to pre- and/or early pubescent children. The PPJ, as part of a pilot project of the leading association of German statutory health insurers and in keeping with § 65d of the German Social Code V, provides anonymous and confidential treatment of affected juveniles. In the following article, the history of the project is presented, and the diagnostic and therapeutic principles of the project are explained. The current case report is followed by an overview of the experiences and future prospects.

**Keywords:** Juveniles, Sexual preference, Pedophilia, Sexual violence against children

### Zusammenfassung

Das nach vorheriger Pilotphase seit 2014 etablierte *Präventionsprojekt für Jugendliche* (PPJ) bietet 12- bis 18-jährigen Adoleszenten bei Vorliegen einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema sowohl diagnostische als auch therapeutische Hilfe an. Das seit Januar 2018 als Teil des Modellvorhabens des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen nach § 65d SGB V geförderte PPJ ermöglicht eine anonyme und unter Schweigepflicht stehende Versorgung betroffener Jugendlicher. Nachfolgend wird die Entstehungsgeschichte des Projektes dargestellt, und die diagnostischen und therapeutischen Grundsätze des PPJ charakterisiert. Neben den aktuellen Fallzahlen wird zudem ein Überblick über die gesammelten Erfahrungen gegeben, auf den ein Ausblick folgt.

**Schlüsselwörter:** Jugendliche, sexuelle Präferenz, Pädophilie, sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern

## Hintergrund und Entstehungsgeschichte

Nach vorangegangener Pilotstudie im Jahr 2013 startete im April 2014 das *Präventionsprojekt für Jugendliche* (PPJ) als klinische Erweiterung des *Präventionsprojektes Dunkelfeld* am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH als Versorgungs- und Forschungsprojekt. Bis Dezember 2017 durch das Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend gefördert, ist das PPJ seit Januar 2018 Teil des Modellvorhabens des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen nach § 65d SGB V (Förderung besonderer Therapieeinrichtungen). Das neue Gesetz ermöglicht die Gewährleistung von Anonymität der Patient:innen und Bezugspersonen, da personenbezogene Daten der Hilfesuchenden nicht übermittelt oder gespeichert werden müssen.

Das PPJ richtet sich als diagnostische und therapeutische Versorgungsstruktur an Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema. Die Notwendigkeit eines solchen Angebots spiegelt sich sowohl in jahrzehntelanger klinischer Erfahrung als auch in justiziellen und empirischen Daten wider. Bei Betrachtung der Polizeilichen Kriminalstatistik für das Jahr 2019 fällt exemplarisch auf, dass für das Delikt „Sexueller Missbrauch gegenüber Kindern (§§ 176, 176a, 176b StGB) 10 % der Tatverdächtigen unter 14 Jahren sowie 21 % der Tatverdächtigen zwischen 14 und 18 Jahren waren. Hinsichtlich des Deliktes „Verbreitung, Erwerb, Besitz und Herstellung kinderpornografischer Schriften“ (§ 184b StGB) waren 12 % der Tatverdächtigen unter 14 Jahren sowie 23 % der Tatverdächtigen zwischen 14 und 18 Jahren (Bundeskriminalamt, 2020). Zusammengefasst bilden minderjährige Personen ein Viertel bis ein Drittel der Tatverdächtigen von sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern. Entsprechend der Daten zu erwachsenen Sexualstraftätern, ist auch bei sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern durch Jugendliche von einem deutlich höheren *Dunkelfeld* im Vergleich zur justiziellen Hellfeldstatistik auszugehen, da nicht zuletzt die geringere Altersdifferenz zum (potenziellen) kindli-

chen Opfer die Kontaktabstimmung und ggf. Umsetzung sexualisierter Gewalt erleichtert. Beispielfähig verglichen mit Zahlen aus den USA berichteten Finkelhor und Kolleg:innen (2005), dass 36 % der Sexualstraftaten gegen Minderjährige durch jugendliche Täter erfolgten sowie, dass 59 % ihrer Opfer Minderjährige unter 12 Jahren darstellten. Aebi und Kolleg:innen (2014) schätzen, dass bis zu 15 % der Nutzer kinderpornografischer Materialien Individuen unter 18 Jahren sind.

Weiterhin zeigten bei Etablierung des PPJ zehn Jahre klinischer Erfahrung im PPD am Berliner Standort, dass die überwiegende Mehrheit der vorstellig werdenden erwachsenen Männer mit einer sexuellen Präferenz für das kindliche Körperschema i.S. einer Pädophilie berichtete, sich bereits im Jugendalter ihrer sexuellen Präferenz bewusst gewesen zu sein. Auch gaben sie an, bereits in diesem Alter gegenüber Kindern sexualisierte Gewalt gezeigt zu haben, wobei sie sich frühzeitig therapeutische Hilfe gewünscht, jedoch keine Ansprechpartner:innen zur Verfügung gehabt hätten, sowohl aus Angst vor Stigmatisierung im näheren Umfeld, als auch gegenüber professionellen Stellen, wobei ihnen mehrheitlich keine Anlaufstelle bekannt gewesen sei. Ergänzend spiegeln sich die gemachten Erfahrungen und die Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik in einschlägiger empirischer Literatur. Studien unterschiedlicher Forschungsdesigns zeigen, dass 30–50 % der erwachsenen Täter mit einem begangenen sexuellen Kindesmissbrauch berichteten, sich ihrem sexuellen Interesse an Kindern bereits seit der eigenen Pubertät bewusst gewesen zu sein (vgl. Abel et al., 1987; Elliott et al., 1995; Marshall et al., 1991). Bei 40–50 % der erwachsenen Sexualstraftäter zeigten sich bereits in der sexuellen Entwicklung in Kindheit und Jugend Auffälligkeiten i.S. sexuell grenzverletzender Verhaltensweisen (vgl. Abel et al., 1993; Longo & Groth, 1983). Bei Auseinandersetzung mit etwaigen Risikofaktoren für sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern zeigt sich auch bei der Untersuchung jugendlicher Sexualstraftäter, dass das Vorliegen einer sog. atypischen sexuellen Präferenz als empirisch gestützter Risikofaktor interpretiert werden kann (Pullmann et al., 2014; Seto & Lalumière, 2010; Seto & Pullmann, 2014; Worling & Langström, 2006).

Die aufgeführten Aspekte legen eine Behandlungsnotwendigkeit bereits im Jugendalter nahe und mündeten in bereits erwähnter Pilotstudie im Jahr 2013 sowie in der Etablierung des PPJ im April 2014 (siehe dazu u. a. Beier, 2018). Ziel des PPJ ist die Prävention erstmaliger oder wiederholter sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern durch Jugendliche mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema. Als weiteres und gleichwertiges Ziel wird die psychische Stabilisierung betroffener Jugendlicher angestrebt, die sich im emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklungsprozessen mit dem Bestehen und den individuellen Konsequenzen einer sexuellen Präferenzbesonderheit auseinandersetzen müssen und somit eine höhere Vulnerabilität für die Entwicklung komorbider psychiatrischer Erkrankungen aufweisen. Folglich

richtet sich das PPJ an eine Risikogruppe, die aufgrund ihrer sexuellen Präferenzstruktur eine erhöhte Wahrscheinlichkeit hat, sexualisierte Gewalt gegenüber Kindern zu zeigen und zielt darauf ab, diesen potenziellen Täter:innen Unterstützung anzubieten, ihre sexuellen Impulse gegenüber Kindern kontrollieren zu lernen.

## Berliner Dissexualitätstherapie für Adoleszente (BEDIT-A)

Jugendliche, die aufgrund sexualisierter Gewalt und/oder sexueller Fantasien bezogen auf Kinder beim PPJ vorstellig werden, erfahren zunächst eine ausführliche diagnostische Abklärung zur Exploration der (ggf. abweichenden) sexuellen Präferenz. Als Teil des Modellvorhabens des GKV-Spitzenverbandes erfolgt die gesamte diagnostische und therapeutische Anbindung im PPJ kostenlos, unter Schweigepflicht und anonym. Voraussetzung ist jedoch, dass zum Zeitpunkt der Diagnostik kein Kontakt zur Justiz aufgrund gezeigter sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern besteht. Im Rahmen eines ausführlichen klinischen Interviews wird neben der Sozial-, Sucht-, psychiatrischen, somatischen, medikamentösen und juristischen Anamnese insbesondere die Sexualanamnese fokussiert. Im Mittelpunkt stehen dabei die sexuellen Masturbationsfantasien, unter Einbezug bereits gemachter sozio-sexueller Erfahrungen, ggf. gezeigter sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern sowie der bisherig überwiegend genutzten Pornografie. Ergänzt um eine Fragebogen-Testbatterie mit Erfassung allgemeiner Psychopathologie sowie dynamischer und/oder situativer Risikofaktoren, aber auch sexuellen Erlebens und Verhaltens, umfasst die Diagnostikphase auch die testdiagnostische Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie das computerbasierte Viewing-Time-Verfahren (Imhoff et al., 2010). Letzteres misst verdeckt die Reaktionszeit bei Betrachtung von Bildern von Personen verschiedenen Alters und beiderlei Geschlechts. Bei Einverständnis und Bekanntsein der Bezugspersonen der/des Jugendlichen werden auch diese in den (fremd-)anamnetischen sowie testpsychologischen Erhebungsprozess einbezogen. Beim Verdacht auf das Vorliegen (komorbider) psychiatrischer Erkrankung kann die Abklärung beim Kooperationspartner initiiert werden.

Der ausführliche und teilweise langwierige diagnostische Prozess verfolgt das übergeordnete Ziel der Einschätzung, ob eine sexuelle Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema vorliegt. Der Umstand, dass die jugendlichen Projektteilnehmenden die psychische, emotionale und physische Entwicklung noch nicht abgeschlossen haben, wird insofern miteinbezogen, als – aktuell geltenden Klassifikationssystemen folgend – im PPJ nicht die Diagnose der „Pädophilie“ gestellt wird (ICD-10, WHO, 1992; DSM-5, APA, 2013). Viel-

mehr soll im Rahmen der geschilderten Erhebungsmethoden eingeschätzt werden, ob eine Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema aktuell vorliegt, um im Sinne eines Ist-Zustandes die Notwendigkeit und Ausgestaltung therapeutischer Maßnahmen zu beurteilen. Ein aktuelles Auftreten sexueller Fantasien bezogen auf Kinder ist als Risikofaktor für das Begehen etwaiger sexualisierter Gewalt empirisch belegt und begründet somit eine therapeutische Behandlungsindikation.

Beim Vorliegen einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema, der freiwilligen Zustimmung des/der Jugendlichen sowie seiner Sorgeberechtigten und einem aktuellen Dunkelfeldstatus, erfolgt ein Therapieangebot mit Ziel der Akzeptanz und Annahme der auftretenden Fantasien, ihrer Integration in das eigene Selbstbild, dem Erlernen und Trainieren von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Aufrechterhaltung eines nicht fremd- und/oder selbstgefährdenden Umgangs mit den eigenen sexuellen Impulsen gegenüber Kindern. Entsprechend aktueller Empirie kann den Jugendlichen keine Veränderung der sexuellen Präferenz, i.S. der Löschung ihrer sexuellen Fantasien, in Aussicht gestellt werden (vgl. Grundmann et al., 2016). Vielmehr ist die Berliner Dissexualitätstherapie für Adoleszente (BEDIT-A, vgl. Beier, 2018) als modularisierter Leitfadensprozess darauf fokussiert, einen ergebnisoffenen Prozess vor dem Hintergrund einer wertfreien therapeutischen Haltung mit dem/der Jugendlichen und bei dessen Einverständnis den Bezugspersonen sicherzustellen. Unter Einbezug sexualmedizinischer Expertise, kognitiv-behavioraler Grundlagen sowie empirischen Wissens und unter Beachtung komorbider psychiatrischer Erkrankungen, zielt die BEDIT-A auf die Erreichung folgender therapeutischer Ziele ab (aus Beier, 2018, 110f):

- Aufklärung und Entängstigung bei den Patient:innen und den Bezugspersonen
- Beziehungsangebot für die Patient:innen und die Bezugspersonen
- Integration in das eigene Selbstbild und Akzeptanz der eigenen sexuellen Präferenzbesonderheit
- Erlernen von Strategien zur Kontrolle der auf Kinder gerichteten sexuellen Wünsche und Bedürfnisse
- Reduktion spezifischer Risikofaktoren für sexuelle Übergriffe/Nutzung von Missbrauchsabbildungen
- Leitliniengerechte Behandlung relevanter kinder- und jugendpsychiatrischer Komorbiditäten
- Einbindung des sozialen Umfeldes zur Rückfallprophylaxe

Aufgeteilt in fünf konstitutive und vier fakultative Module wird mit dem/der Jugendlichen nach einer ausführlichen Psychoedukation die Identifikation individueller dynamischer und situativer Risikofaktoren auf Basis des individuellen Störungsmodells fokussiert. Kognitive Verzerrungen bzw. missbrauchsbegünstigende Einstellungen sollen reflektiert und aufgelöst werden, die soziale Kompetenz soll gestärkt und in eine Ver-

besserung der sozio-sexuellen Beziehungsfähigkeit münden. Je nach Bedarf und Fallkonstellation in Frequenz und Intensität schwankend, finden begleitende Gespräche mit den primären Bezugspersonen statt. Bei Indikation kann eine medikamentöse Behandlung der ggf. komorbiden psychiatrischen Erkrankungen mit dem Ziel einer sexuell impulsdämpfenden Wirkung unter fachärztlicher Aufsicht erfolgen. Im Einzelfall, insbesondere bei akuter Eigen- und/oder Fremdgefährdung, bei einer akuten Kindeswohlgefährdung, fehlender Auskunftsbereitschaft im ambulanten Setting bei einer hohen Risikoeinschätzung sowie zur medikamentösen Einstellung, kann ein vollstationärer Aufenthalt indiziert sein. Die im PPJ entwickelte BEDIT-A ist konzipiert für eine therapeutische Anbindung im Einzelsetting, kann jedoch in angepasster Form problemlos auf ein Gruppensetting übertragen werden. Erprobt ist es bisher gemäß der Projekteinschlusskriterien für Jugendliche im *Dunkelfeld*. Für eine ausführlichere Darstellung der therapeutischen Inhalte und Abläufe der BEDIT-A siehe Beier (2018).

## Projektstand

Unter Einbezug der Pilotphase wurde das PPJ mit Stichtag 30. Juni 2021 insgesamt 398-mal von hilfesuchenden Jugendlichen oder Heranwachsenden (17 %) bzw. assoziierten Bezugspersonen (83 %) kontaktiert, wobei es sich bei den kontaktierenden Bezugspersonen mehrheitlich um Eltern/Erziehungsberechtigte und/oder Familienangehörige handelte (37 %). Weiterhin waren nur drei Jugendliche weiblichen Geschlechts, alle anderen Anfragen bezogen sich auf männliche Individuen. Knapp die Hälfte der Anfragen (49 %) stammen dabei aus Berlin und Brandenburg, die andere Hälfte aus dem gesamten Gebiet der Bundesrepublik sowie vereinzelt aus dem europäischen und internationalen Ausland. Bei 83 % der Anfragen wurden bei Erstkontakt Angaben zur (bekannten) vorherigen sexualisierten Gewalt gegenüber Kindern gemacht, wobei davon bei 59 % bereits direkte sexuelle Übergriffe auf Kinder sowie bei 25 % die Nutzung von Missbrauchsabbildungen bekannt war. Mindestens die Hälfte (52 %) der sexuellen Viktimisierung lag dabei im *Dunkelfeld*.

Von den 398 Anfragen erhielten 259 Jugendliche (65 %) eine Einladung zur Erstdiagnostik, wobei diese bei 185 Jugendlichen (71 %) zum Stichtag vervollständigt werden konnte. Davon erfüllten 120 Jugendliche (65 %) die Projekteinschlusskriterien vollumfänglich, wobei 113 (94 %) ein therapeutisches Angebot gestellt wurde, was bereits von 91 Jugendlichen (80 %) angenommen wurde. Aktuell sind 27 Jugendliche einzel-, gruppentherapeutisch oder in Verlaufsgesprächen angebunden. Weitere 25 Jugendliche konnten die Therapie beenden oder wurden z. T. zur therapeutischen Anbindung in Wohnortnähe weitervermittelt. Weiterhin bestehen immer wieder Kontakte im Rahmen der Nachsorge zu ehemaligen Projektpatienten.

Bei den ausschließlich männlichen Jugendlichen mit abgeschlossener Eingangsdiagnostik lässt sich festhalten, dass diese im Durchschnitt 15.4 Jahre alt waren (Altersspanne 12 bis 19 Jahre), bei 86 % mindestens ein Geschwisterkind bekannt war und 57 % bei leiblichen, Pflege-, Adoptiveltern oder bei familiären Bezugspersonen sowie 41 % in Jugendhilfeeinrichtungen zum Zeitpunkt der Erstdiagnostik lebten. Bei 57 % der Jugendlichen lag bereits mindestens eine bekannte kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung vor, wobei bei 14 % der Jugendlichen im PPJ (ergänzend) der Verdacht oder die Diagnose einer (weiteren) psychiatrischen Störung gestellt wurde. Die häufigsten im PPJ auftretenden psychiatrischen Störungsbilder dabei sind ADHS, hyperkinetische oder andere Störungen des Sozialverhaltens, Erkrankungen aus dem Autismusspektrum sowie leichte oder mittelgradige Intelligenzminderungen. Hinsichtlich sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern waren 20 % der Jugendlichen bisher unauffällig geblieben, hatten 54 % bereits direkte sexuelle Gewalt gegen Kinder gezeigt, 12 % ausschließlich Missbrauchsabbildungen genutzt sowie 14 % beide Formen der sexuellen Viktimisierung gezeigt. Hinsichtlich der sexuellen Präferenzstruktur lässt sich festhalten, dass 62 % gegen- und 19 % gleichgeschlechtlich orientiert waren sowie 17 % auf beide Geschlechter. Bei 33 % der Jugendlichen lag eine exklusive sexuelle Präferenz für das vor- und/oder frühpubertäre Körperschema sowie bei 34 % eine nicht-exklusive sexuelle Präferenz, i.S. einer zusätzlichen Ansprechbarkeit durch das erwachsene Körperschema, vor. Bei 26 % lag eine ausschließliche sexuelle Präferenz für das erwachsene Körperschema vor. Anzumerken ist, dass sich bei knapp 8 % die sexuelle Präferenz für das Körperschema nicht eindeutig differenzieren ließ. Ergänzend lagen bei 22 % Hinweise auf oder das Bestehen eines (zusätzlichen) paraphilen sexuellen Interessenmuster vor, u.a. sexueller Fetischismus, Sadismus, Masochismus, Voyeurismus und/oder Zoophilie.

## Erfahrungen und Ausblick

In nunmehr sieben Jahren diagnostischer und therapeutischer Erfahrungssammlung mit Jugendlichen mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema ist zunächst v.a. die Erkenntnis festzuhalten, dass bereits Jugendliche für die Besprechbarkeit (ggf.) normabweichender sexueller Präferenzen erreichbar sind. Unter der Voraussetzung einer wertfreien, offenen und empathischen Gesprächsführung lassen sich Jugendliche sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Kontext auf eine Reflektion der eigenen sexuellen Präferenz ein, was für die Prävention von psychiatrischen komorbiden Erkrankungen, aber auch der für die Prävention (weiterer) sexualisierter Gewalt gegenüber Kindern in Anbetracht der damit ermöglichten Versorgung einer Hochrisikogruppe entscheidend ist. Diese Gesprächsatmosphäre zu gewährleisten ist nicht

zuletzt durch die Möglichkeit der anonymen, unter Schweigepflicht stehenden Projektstruktur mitbedingt und durch die Voraussetzung des Dunkelfeldstatus unterstützt. Projektteilnehmende berichteten wiederholt Entlastung und Sicherheit durch das Wissen, dass keinem fremden Dritten Auskünfte über ihre sexuellen Fantasien sowie bekannten, ggf. strafbewehrten Verhaltensweisen erteilt werden. Insbesondere die selbstmotiviert vorstellig werdenden Jugendlichen berichten, aufgrund des hohen Leidensdrucks unter den eigenen sexuellen Fantasien, eine innerliche Erleichterung durch die hiesige Vorstellung zu erleben, was hypothetisch das Risiko zur Ausbildung psychischer Erkrankungen durch das assoziierte Belastungserleben, z.B. eine depressive oder Angsterkrankung, senkt. Bereits an dieser Stelle ist ausblickend anzumerken, dass die gesamte Projektlaufzeit dadurch gekennzeichnet ist, dass der Erstkontakt mehrheitlich durch erwachsene Bezugspersonen hergestellt wird. Die Öffentlichkeitsarbeit des Projektes wird sich zukünftig verstärkt auf die Zielgruppe der eigenmotivierten Jugendlichen richten.

Eine weitere, essentielle Erkenntnis ist die hohe komorbide Belastung der Projektpatienten, die insbesondere im eher externalisierenden, eher impulsiven Spektrum psychiatrischer Belastung auffällig sind. Dies beeinflusst sowohl die therapeutische Versorgung maßgeblich, insbesondere hinsichtlich der Gestaltung des Settings, als auch die dadurch erhöht notwendige Systemarbeit, nicht zuletzt mit Ziel der Kontrolle situativer Faktoren. Auf die besondere Gruppe der Jugendlichen mit sexueller Präferenzbesonderheit und Intelligenzminderung wird in diesem Heft im Beitrag von Frau Schuler und Kolleg:innen expliziter eingegangen. Überblickend ist jedoch festzuhalten, dass die hohe komorbide Erkrankungsrate der PPJ Teilnehmenden auch dazu führte, dass wiederholt eine teil- oder sogar vollstationäre Behandlung, auch zur Diagnostik und/oder medikamentösen Einstellung, in der Vergangenheit relevant wurde.

Nicht nur bei Jugendlichen mit komorbiden Erkrankungen, sondern insgesamt zeigte sich in den letzten sieben Jahren eine hohe Bedeutsamkeit der Arbeit mit Bezugspersonen, weshalb diese als eigenständiges Arbeitsmodul in die BEDIT-A Eingang gefunden hat. Auch für diese, mehrheitlich Eltern, zeigen sich hohe Belastungsfaktoren, u.a. aufgrund der bereits begangenen sexualisierten Gewalt durch die eigenen Kinder, aber auch die durch das Bestehen einer sexuellen Präferenzbesonderheit ausgelösten Gefühle der Überforderung, Hilfslosigkeit, Scham oder der Angst vor Stigmatisierung durch externe Personen. All diesen Themen soll neben der Gewährleistung von sozialer Kontrolle mit Einbindung der Bezugspersonen in das therapeutische Setting Rechnung getragen werden. Auch in diesem Zusammenhang zeigt sich nach sieben Jahren Projektlaufzeit ein heterogenes Spektrum an Versorgungsnotwendigkeiten für die Gesamtpersönlichkeit eines Jugendlichen. Eine ausführlichere Darstellung der Arbeit mit Bezugspersonen im Projekt sowie zum Aspekt des innerfamiliären Umgangs mit Schweigepflicht, findet sich im Manual für das BEDIT-A (vgl. Beier 2018) sowie bei Schlinzig und Kolleg:innen (2019).

Zusammenfassend trägt das PPJ dazu bei, einer Hochrisikogruppe ein diagnostisches und therapeutisches Versorgungsangebot zu ermöglichen. Auch für Jugendliche ohne sexuelle Präferenzbesonderheit ist die primär in der Pubertät stattfindende Entwicklung der Sexualität eine äußerst störungsanfällige Phase (Hellenschmidt, 2017). Bei Jugendlichen mit einer sexuellen Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema sind neben dem ausgeprägten Leidensdruck, assoziiert mit Schuldgefühlen, Schamerleben oder der (berechtigten) Angst vor Stigmatisierung, aber auch die Sorge vor Entdeckung hinsichtlich ggf. bereits begangener sexualisierter Gewalt oder der Sorge vor Mitteilung gegenüber gleichaltrigen oder erwachsenen Bezugspersonen, eine Vielzahl an schwerwiegenden Belastungsfaktoren zu beachten. Es gilt, die Jugendlichen im Rahmen einer wertfreien, offenen, empathischen, tragfähigen therapeutischen Beziehung psychopathologisch zu stabilisieren, sie bei Integration der sexuellen Präferenz in das eigene Selbstbild zu unterstützen und sie beim Erlernen bzw. Aufrechterhalten der Verhaltenskontrolle über ihre eigenen sexuellen Fantasien und Impulse zu stärken. Der Einbezug von Angehörigen, unabhängig des familiären Status, vielmehr in Abhängigkeit vom Vertrauensverhältnis zum Patienten, ist für die Gewährleistung von Rückhalt und Sicherheit bedeutsam, um den Jugendlichen im Aufbau von langfristiger Verhaltenskontrolle zu unterstützen. Zuletzt anzumerken ist, dass die bundesweite Implementierung des Projektes zukünftig im Vordergrund stehen soll, sodass auch bei langen Anfahrtswegen eine therapeutische Anbindung dieser Jugendlichen umgesetzt werden kann.

## Literatur

- Abel, G.G., Becker, J.V., Mittelman, M., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J.L., Murphy, W.D., 1987. Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. *Journal of Interpersonal Violence* 2 (1), 3–25.
- Abel, G.G., Osborn, C.A., Twigg, D.A., 1993. Sexual assault throughout the life span: adult offenders with juvenile histories. In: Barbaree, H., Marshall, W., Hudson, S. (Eds.), *The juvenile sex offender*. Guilford Press, New York.
- Aebi, M., Plattner, B., Ernest, M., Kaszynski, K., Bessler, C., 2014. Criminal history and future offending of juveniles convicted of the possession of child pornography. *Sexual Abuse* 26 (4), 375–390.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition: DSM-5. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Beier, K.M. (Hg.), 2018. *Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie*. Springer-Verlag, Berlin
- Bundeskriminalamt, 2020. *Polizeiliche Kriminalstatistik: Jahrbuch 2019 – Bd. 4 – Einzelne Straftaten/-gruppen und ausgewählte Formen der Kriminalität*, Wiesbaden, 21.
- Elliott, M., Browne, K., Kilcoyne, J., 1995. Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse & Neglect* 19 (5), 579–594.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., Hamby, S.L., 2005. The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child maltreatment* 10 (1), 5–25.
- Grundmann, D., Krupp, J., Scherner, G., Amelung, T., Beier, K.M., 2016. Stability of Self-Reported Arousal to Sexual Fantasies Involving Children in a Clinical Sample of Pedophiles and Hebephiles. *Archives of Sexual Behavior* 45, 1153–1162.
- Hellenschmidt, T., 2017. Psychosexuelle Entwicklung und sexuelle Präferenzstruktur. *Der Neurologe & Psychiater* 18 (4), 23–28.
- Imhoff, R., Schmidt, A.F., Nordsiek, U., Luzar, C., Young, A.W., Banse, R., 2010. Viewing Time Effects Revisited: Prolonged Response Latencies for Sexually Attractive Targets Under Restricted Task Conditions. *Archives of Sexual Behavior* 39 (6), 1275–1288.
- Longo, R.E., Groth, A.N., 1983. Juvenile sexual offenses in the histories of adult rapists and child molesters. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 27 (2), 150–155.
- 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.
- Pullmann, L., Leroux, E., Motayne, G., Seto, M., 2014. Examining the developmental trajectories of adolescent sex offenders. *Child Abuse & Neglect* 38, 1249–1258.
- Schlinzig, E., Krügel, S., Schuler, M., Özdemir, U.C., Ludwig, L., Hellenschmidt, T., Beier, K.M., 2019. Das Berliner Präventionsprojekt für Jugendliche (PPJ) mit sexueller Präferenzbesonderheit für das kindliche Körperschema – Erweiterungen und aktueller Stand. *Sexuologie* 26 (1–2), 31–38.
- Seto, M.C., Lalumiere, 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.
- Seto, M.C., Pullman, L., 2014. Risk factors for adolescent sexual offending. In: Brunisma, G., Weisburd, D. (Eds.), *Encyclopedia of criminology and criminal justice*. Springer, New York, 4466–4475.
- World Health Organization, 1992. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and guidelines*. World Health Organization, Geneva.
- Worling, J.R., Langström, N., 2006. Risk of sexual recidivism in adolescents who offend sexually. In: Barbaree, H.E., Marshall, W.L. (Eds.), *The juvenile sex offender*. Guilford, New York, 219–247.

## Autor:innen

Dipl.-Psych. Eliza Schlinzig, M.Sc. Psych. Miriam Schuler, M.Sc. Psych. Anna Kreutzmann, M.Sc. Psych. Laura T. Legeland, M.Sc. Psych. Pierre Pantazidis, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, e-mail: eliza.schlinzig@charite.de

Tobias J. Hellenschmidt, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum im Friedrichshain der Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH, Landsberger Allee 49, D-10249 Berlin, e-mail: tobias.hellenschmidt@vivantes.de