

Pädophilie und Leidensdruck

Anna Konrad

Pedophilia and Distress

Abstract

Pedophilia becomes a pedophilic disorder if the person acts upon his/her pedophilic sexual fantasies or feels distressed by these fantasies or urges. The majority of research is focused on the risk of pedophilic persons acting upon their fantasies by having sexual contacts with children or using child sexual exploitation materials. There is, however, a group of pedophilic individuals who present a low risk for sexual transgressions but but contact the *prevention project Dunkelfeld* (PPD) because of feelings of distress due to their pedophilia. The present article aims to shed light on this specific non-offending group by addressing the associated factors that lead to psychological distress in pedophilic individuals. In addition, a man in this subgroup describes the distress associated with his pedophilia. Lastly, the article describes the therapeutic approach used with this group and provides data on their quality of life.

Keywords: Pedophilia, Distress, *Berlin dissexuality therapy*, Stigmatization, Quality of life

Zusammenfassung

Eine Pädophilie wird dann zu einer pädophilen Störung, wenn die pädophile sexuelle Neigung bereits im Verhalten ausgelebt wurde oder mit Leidensdruck einhergeht. Ein Großteil der Forschung beschäftigt sich mit dem Risiko pädophiler Menschen, sexuelle Übergriffe auf Kinder zu begehen oder Missbrauchsabbildungen zu nutzen. Es gibt aber auch eine Gruppe, die ein geringes Risiko für sexuelle Grenzüberschreitungen aufweist und sich aufgrund des mit der Neigung einhergehenden Leidensdrucks an das *Präventionsprojekt Dunkelfeld* wendet. Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit dieser Subgruppe nicht-dissexueller pädophiler Patient:innen, geht der Frage nach, welche Faktoren zu Leidensdruck führen und lässt einen Teilnehmer aus dieser Gruppe zu Wort kommen, der seinen Leidensdruck beschreibt. Es wird skizziert, wie die leidensdruckinduzierenden Faktoren therapeutisch adressiert werden können und Daten zur Lebensqualität dieser Gruppe aus dem *Präventionsprojekt Dunkelfeld* werden vorgestellt und diskutiert.

Schlüsselwörter: Pädophilie, Leidensdruck, *Berliner Dissexualitätstherapie*, Stigmatisierung, Lebensqualität

Pädophilie vs. Pädophile Störung

Immer noch werden in medialer Berichterstattung Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch gleichgesetzt und pädophile Menschen stigmatisierend als triebhafte und unkontrollierbare Menschen dargestellt (Ischebeck, 2021; Stelzmann, 2020). Während sexueller Kindesmissbrauch (SKM) oder die Nutzung von Missbrauchsabbildungen (MBA) Straftatbestände darstellen, handelt es sich bei Pädophilie um eine sexuelle Ansprechbarkeit auf ein vor- oder frühpubertäres Körperschema¹. Diese kann hinsichtlich der Stabilität, des frühen Beginns und der Korrelationen mit sexuellem und romantischem Verhalten mit einer sexuellen Orientierung verglichen werden (Grundmann et al., 2016).

Laut Kapitel V der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) wird die Diagnose einer Pädophilie vergeben, wenn eine Person seit mindestens sechs Monaten eine „anhaltende oder dominierende Präferenz für sexuelle Handlungen mit einem oder mehreren Kindern vor deren Pubertät“ berichtet und die betroffene Person entsprechend dieser Impulse handelt oder sich durch sie deutlich beeinträchtigt fühlt (World Health Organization, 1992, 226). Die fünfte Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-5) differenziert zwischen einer Pädophilie und einer pädophilen Störung. Letztere liegt vor, wenn eine Person „über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sexuelle Handlungen mit einem präpubertären Kind oder Kindern (in der Regel 13 Jahre oder jünger) beinhalten,“ berichtet (A-Kriterium) und die „sexuell dranghaften Bedürfnisse ausgelebt [hat] oder die sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Fantasien deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten“ verursachen (B-Kriterium, American Psychiatric Association, 2013, 959). Das DSM-5 spezifiziert weiter, dass die klinische Diagnose einer pädophilen Störung nur dann vergeben werden kann, wenn sowohl das A- als auch das B-Kriterium erfüllt sind. Wenn nur das A-Kriterium erfüllt ist, liegt eine Pädophilie, aber keine pä-

¹ Das ICD-10 und das DSM-5 unterscheiden sich hinsichtlich der Kriterien für Pädophilie: Das DSM-5 bezieht sich auf die sexuelle Ansprechbarkeit auf vorpubertäre Kinder (für gewöhnlich 13 Jahre oder jünger), während das ICD-10 von einer sexuellen Ansprechbarkeit auf vor- oder frühpubertäre Kinder spricht. Es wurde daher in anderen Publikationen, wie von Blanchard et al. (2009) vorgeschlagen, zwischen Pädophilie und Hebephilie zu unterscheiden (Beier et al., 2013). Da diese diagnostische Differenzierung für den vorliegenden Artikel nicht relevant ist, wird hier ausschließlich von Pädophilie gesprochen.

dophile Störung vor. Diese Neuerung im Vergleich zu früheren Ausgaben des DSM dient der Entpathologisierung einer pädophilen Ansprechbarkeit, da es pädophile Menschen gibt, die nicht unter ihrer Neigung leiden und sich auch nicht dissexuell verhalten, also keine sexuellen Grenzüberschreitungen in Form von SKM oder der Nutzung von MBA begehen (Cantor & McPhail, 2016; Duff & Willis, 2006).

Obwohl sich nicht alle Menschen mit Pädophilie dissexuell verhalten, stellt eine pädophile Neigung einen bedeutsamen Risikofaktor für dissexuelles Verhalten gegenüber Kindern dar (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Daher beschäftigt sich ein Großteil der Forschung und Publikationen zum Thema Pädophilie mit dem Aspekt der Fremdgefährdung, also dem Risiko für dissexuelles Verhalten. Der vorliegende Artikel hingegen fokussiert den Aspekt der psychischen Belastung und des Leidensdrucks von pädophilen Menschen, die kein oder ein geringes Risiko für dissexuelles Verhalten aufweisen, aber unter ihrer sexuellen Neigung leiden.

Pädophilie und Leidensdruck

Nur wenige Studien beschäftigen sich mit der Frage nach dem Leidensdruck pädophiler Menschen in der Allgemeinbevölkerung. Aus dem forensischen Bereich berichten verschiedene Studien von einem hohen Ausmaß psychischer Belastung (Fisher et al., 1999) und komorbider Störungen bei Sexualstraftäter:innen mit und ohne Pädophilie (Dunsieath et al., 2004; Galli et al., 1999; Kafka & Hennen, 2002; Leue, et al., 2004; Raymond et al., 1999). Allerdings können diese psychischen Auffälligkeiten auch darauf zurückzuführen sein, dass es sich um forensische Stichproben handelt, die häufig eine Vielzahl psychiatrischer Symptome aufweisen (Seto, 2008). Ein Rückschluss darauf, ob die Belastungen mit einer (nur bei einem Teil der in die Studien eingeschlossenen Teilnehmer:innen vorliegenden) Pädophilie zusammenhängen oder mit dem dissexuellen Verhalten und/oder der daraus resultierenden Strafverfolgung, ist nicht möglich.

Studien, die sich mit Leidensdruck in nicht-forensischen Stichproben pädophiler Menschen beschäftigen, fanden ebenfalls ein hohes Ausmaß an psychischer Belastung (Beier et al., 2015; Jahnke et al., 2015). Hierbei kommt insbesondere dem Thema der Stigmatisierung eine große Bedeutung zu (Jahnke et al., 2015; Lievesley, 2020; Meyer, 2013). Meyer (2013) liefert in seinem Minoritäts-Stress-Modell, das er für schwule, lesbische und bisexuelle Menschen aufstellte, einen Erklärungsansatz, der sich auch auf pädophile Menschen anwenden lässt. Das Modell geht davon aus, dass Stigma, Vorurteile und Diskriminierung, die sexuelle Minderheiten erfahren, zu mehr Stress und psychischen Erkrankungen führen können. Jahnke und Kolleg:innen (2015) beschreiben in ihren Studien, dass Menschen mit Pädophilie als stark stigmatisierte Gruppe heftiger Diskriminierung

ausgesetzt sind. Lievesley und Kolleg:innen (2020) fanden in ihrer Untersuchung, dass pädophile Menschen mit internalisierter Stigmatisierung, also der persönlichen Adaptation und Übernahme sozialer Sichtweisen, ein höheres Ausmaß an Leidensdruck aufweisen.

Auch Untersuchungen von Teilnehmer:innen aus dem *Präventionsprojekt Dunkelfeld* (PPD) verweisen auf eine erhöhte psychische Belastung dieser Patient:innengruppe hin. Während des Erstkontakts im PPD gaben zwei Drittel der Patient:innen an, mindestens einmal in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen zu sein (Kuhle et al., 2016). Eine Stichprobe des PPD wurde hinsichtlich der allgemeinen psychischen Belastung sowie möglicher Einflussfaktoren darauf untersucht (Konrad et al., 2017). Zu diesem Zweck wurden Teilnehmer:innen des PPD mithilfe des *Brief Symptom Inventory* (BSI; Franke, 2000) untersucht, einem Selbstbeurteilungsinstrument zur Einschätzung der aktuellen psychischen Belastung, die über einen gemittelten Belastungswert, den *Global Severity Index* (GSI) angegeben wird (Range 0–4). In die Studie wurden 455 männliche Teilnehmer eingeschlossen, die sich im Rahmen des PPD vorgestellt hatten. Etwa ein Drittel der Stichprobe (33 %) wurde als exklusiv pädophil diagnostiziert, während die Hälfte der Stichprobe (55 %) als nicht-exklusiv eingestuft wurde, also sowohl eine pädophile als auch eine teleiophile (d.h. sexuelle Neigung in Bezug auf postpubertäre Personen) Ansprechbarkeit aufwiesen. Zwölf Prozent erfüllten nicht die Kriterien einer Pädophilie und dienten als teleiophile Kontrollstichprobe. In Bezug auf zurückliegendes Deliktverhalten berichteten 36 Personen (8 %) nie sexuell übergriffig geworden zu sein, während 130 Personen (29 %) die Nutzung von MBA in der Vergangenheit berichteten. Zweihundertneundachtzig Teilnehmer gaben sexuellen Kindesmissbrauch in der Vergangenheit mit und ohne zusätzliche Nutzung von MBA an. Der durchschnittliche GSI-Score lag bei 0.93 ($SD = 0.63$), 59 % der Stichprobe berichtete ein klinisch signifikantes Ausmaß psychischer Belastung. Im Vergleich zu Normstichproben für den BSI lag der GSI damit über dem von gesunden Kontrollstichproben und ambulanten Psychiatrie-Patienten und war vergleichbar mit dem GSI von stationär behandelten Psychiatrie-Patienten (Konrad et al., 2017).

Beim Vergleich der verschiedenen Subgruppen zeigte sich, dass die pädophilen Patienten ein höheres Ausmaß an psychischer Belastung aufwiesen als die teleiophilen Patienten. Während bei den pädophilen Patienten 61.7 % eine klinisch signifikante psychische Belastung aufwiesen, waren es bei den teleiophilen Patienten 37.7 %. Im Gegensatz dazu unterschieden sich die Delikt-Gruppen nicht hinsichtlich des Ausmaßes ihrer psychischen Belastung, wenn sie auch insgesamt erhöhte Level psychischer Belastung gegenüber gesunden Kontroll-Teilnehmer:innen aufwiesen (Konrad et al., 2017). Darüber hinaus zeigte sich ein Einfluss des Justizstatus auf die Belastung: Personen, die in der Vergangenheit bereits einschlägig verurteilt waren, berichteten ein höheres Ausmaß an Belastung im

Vergleich zu denen, deren Taten im juristischen *Dunkelfeld* verübt wurden. Die Daten zeigen insgesamt, dass das Ausmaß psychischer Belastung durch eine pädophile Sexualpräferenz und eine frühere strafrechtliche Verfolgung prädiziert wurde, wohingegen zurückliegendes Tatverhalten keinen Einfluss hatte. Eine pädophile Sexualpräferenz geht also nicht automatisch mit klinisch signifikantem Leidensdruck einher, vielmehr ist der Leidensdruck zusätzlich durch andere Faktoren beeinflusst (Konrad et al., 2017). In diesem Zusammenhang kommt der oben beschriebenen Stigmatisierung einer pädophilen Sexualpräferenz eine besondere Bedeutung zu (Jahnke et al., 2015; Jahnke et al., 2015, Lievesley, 2020). Auch die durch eine pädophile Sexualpräferenz erschwerte Möglichkeit, (sexuell) erfüllte Beziehungen zu führen, wird als mögliche Quelle von Belastung aufgeführt (Beier & Neutze, 2012; Faistbauer, 2011).

Ziele des PPD: Reduktion von Dissexualitätsrisiko und Leidensdruck

Die beschriebenen Daten und Untersuchungen zeigen deutlich das erhöhte Ausmaß psychischer Belastung bei pädophilen Menschen, während sich gleichzeitig ein Großteil der Forschung, aber auch der Therapieinhalte auf das Thema Dissexualität und Risikoreduktion konzentriert. Das Ziel des Kinderschutzes und der Risikoreduktion für dissexuelles Verhalten war maßgeblich für die Etablierung des Präventionsnetzwerkes *Kein Täter werden* und stellt eine der Säulen der *Berliner Dissexualitätstherapie* (BEDIT; Beier, 2018) dar. Eine weitere Säule bezieht sich auf die Reduktion des Leidensdrucks durch die pädophile Neigung und eine Erhöhung der Lebensqualität der Patient:innen, die dabei unterstützt werden sollen, mit ihrer Präferenz ein zufriedenes und erfülltes Leben zu führen. In der Behandlung des PPD spielen immer beide Säulen eine Rolle, indem sowohl das Risiko für sexuelle Grenzüberschreitungen als auch der Leidensdruck der Patient:innen adressiert werden. Es geht also darum, eine pädophile Störung zu einer Pädophilie zu verändern, indem der störungswerte Faktor (sexuelle Grenzüberschreitungen gegenüber Kindern und/oder Leidensdruck durch die Präferenz) therapeutisch bearbeitet wird.

Im Folgenden soll ein Einblick in die therapeutische Arbeit mit pädophilen Menschen gegeben werden, die ein geringes Risiko für dissexuelles Verhalten gegenüber Kindern aufweisen, sich aber durch ihre Neigung belastet fühlen und deswegen das PPD kontaktieren. Von 745 Patient:innen, die sich bis Ende 2020 im PPD vorgestellt haben und bei denen eine pädophile Störung diagnostiziert wurde, hatte die größte Gruppe ($n = 350$; 46.8 %) in der Vergangenheit bereits MBA genutzt, eine weitere Gruppe ($n = 100$; 13.4 %) gab SKM in der Vergangenheit an, $n = 168$ (22.5 %) berichtete sowohl von vergangenen SKM als auch

der Nutzung von MBA. Insgesamt 127 Patient:innen (17.0 %) gaben an, sich noch nie dissexuell verhalten zu haben.

Entsprechend der *Risk-Need-Responsivity-Prinzipien* (Bonta & Andrews, 2007) orientiert sich die Behandlung im PPD am Risiko und den individuell relevanten Risikofaktoren der Patient:innen einerseits, sowie an ihren Fähigkeiten und Bedarfen andererseits. Eine erste Pilotstudie zur Wirksamkeit der Behandlung im PPD zeigte, dass verschiedene Subgruppen unterschiedlich gut von der Behandlung profitieren (Beier et al., 2015). Daher wurde die therapeutische Arbeit im PPD modifiziert und Gruppen mit verschiedenen Schwerpunkten etabliert, um die Gruppenzusammensetzung hinsichtlich der Zielsetzung der Teilnehmenden zu homogenisieren. Neben verschiedenen Gruppen, deren Schwerpunkt auf der Risikoreduktion dissexuellen Verhaltens in Form von SKM oder der Nutzung von MBA liegt, gibt es seit 2015 eine Gruppe für nicht-dissexuelle pädophile Menschen. In dieser liegt der Fokus auf dem mit der Pädophilie einhergehenden Leidensdruck und der Erhöhung der Lebensqualität mit der Neigung.

Therapiegruppe für nicht-dissexuelle pädophile Menschen

Das übergeordnete Ziel in der Gruppe für nicht-dissexuelle pädophile Menschen besteht darin, die Neigung als einen Teil der eigenen Person zu akzeptieren, sich in der Selbstwahrnehmung gleichzeitig aber nicht auf diesen Aspekt zu beschränken. In der Arbeit mit dieser Subgruppe im PPD konnten verschiedene Faktoren identifiziert werden, die Leidensdruck hervorrufen, z.B.:

- **Stigmatisierung:** Wie oben beschrieben, erleben sich pädophile Menschen oft als gesellschaftlich stigmatisiert und mit Vorurteilen konfrontiert (Jahnke et al., 2015; Lievesley et al., 2020). Einige Patient:innen haben dieses Stigma internalisiert, indem sie die Stereotype und Vorurteile als Eigenschaft übernehmen, was zu einem negativen und abwertenden Selbstbild führt, obwohl sie verantwortungsbewusst mit ihrer Neigung umgehen.
- **Traurigkeit über unerfüllte sexuelle oder Beziehungsbedürfnisse:** Die exklusive oder nicht-exklusive pädophile Neigung führt dazu, dass sämtliche oder ein Teil der sexuellen Fantasien oder auf Kinder bezogenen Beziehungsbedürfnisse nicht realisiert werden können, ohne Kindern zu schaden. Dies bedeutet einen (oft seit der Jugend bestehenden) intrapsychischen Konflikt zwischen dem Wunsch, niemandem zu schaden, und dem Bedürfnis, sexuelle und Beziehungsbedürfnisse (in Bezug auf Kinder) zu erleben.
- **Einsamkeit, Ausgeschlossenheit:** Viele Teilnehmende fühlen sich einsam und von der Gesellschaft ausgeschlossen. Sie haben den Eindruck, die einzigen Menschen mit abwei-

chender Sexualpräferenz zu sein. Bilder von pädophilen Menschen finden sie nicht selten ausschließlich in Negativ-Darstellungen von (ggf. gar nicht pädophilen) Sexualstraftäter:innen. Positive Vorbilder zufrieden und verantwortungsbewusst lebender pädophiler Menschen fehlen gänzlich.

- Zu **partnerschaftlichen Schwierigkeiten** kann es kommen, wenn die Partner:innen nichts von der pädophilen Präferenz wissen, weil dann die Neigung versteckt werden muss. Patient:innen stellen sich dann oft die Frage, ob die Partner:innen auch bei ihnen blieben, wenn sie von der sexuellen Neigung wüssten. Hat sich die pädophile Person gegenüber der/dem Partner:in bezüglich der sexuellen Neigung geoutet, kann dies ebenfalls zu Konflikten in der Beziehung führen, da die Auseinandersetzung hiermit für das Paar in seiner Entität eine große Herausforderung darstellen kann. Insbesondere für exklusiv pädophile Menschen, die keine zusätzliche Ansprechbarkeit auf das erwachsene Körperschema aufweisen, kann es sich als schwierig erweisen, überhaupt eine Partnerschaft zu erwachsenen Personen aufzubauen, selbst wenn der entsprechende Wunsch besteht. Durch die exklusiv pädophile Sexualpräferenz sind Sexualität und Beziehungen mit erwachsenen Personen oft nur bedingt erfüllend und das syndyastische Erleben (im Sinne einer körperlich-sexuell erfahrbaren Erfüllung von Grundbedürfnissen; für eine ausführliche Beschreibung siehe z.B. Beier & Loewit, 2004) unter Umständen maßgeblich beeinträchtigt.
- **Komorbide psychische Erkrankungen und fehlende Ressourcen** können es erschweren, mit der Herausforderung Pädophilie umzugehen. Dazu können z.B. Angst- oder depressive Erkrankungen gehören, die eine ressourcenorientierte Auseinandersetzung mit der Neigung erschweren. Auch Persönlichkeitsfaktoren und unflexible Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster, wie z.B. internalisierte Stigmatisierung oder Hilflosigkeitserleben, können den Therapieerfolg beeinträchtigen.
- **Vermeidungsorientierte Bewältigungsstrategien** können eine problemorientierte Auseinandersetzung mit der Neigung an sich und einhergehenden unangenehmen Gefühlen (Angst, Scham) erschweren.
- Oft **vergebliche Suche nach Psychotherapie** auf dem „freien Markt“: Die Mehrheit der Hilfesuchenden hat sich vor der Vorstellung im PPD bereits um eine Psychotherapie bemüht (Kuhle et al., 2016), wobei sie häufig ablehnende Erfahrungen gemacht haben, weil Therapeut:innen ihnen aufgrund der Neigung keinen Therapieplatz anbieten wollten. Studien zeigen, dass Psychotherapeut:innen ebenfalls stigmatisierende Einstellungen gegenüber pädophilen Menschen aufweisen und sich nur eine Minderheit vorstellen kann, Menschen mit Pädophilie einen Therapieplatz anzubieten (Jahnke et al., 2015; Stiels-Glenn, 2010).

Ein nicht-dissexueller, pädophiler Patient, der aktuell eine Einzeltherapie im PPD macht, hat sich bereit erklärt, sein Erleben zu beschreiben. Alex² ist 36 Jahre alt und kommt aus Berlin, wo er ein Start-Up-Unternehmen mitgegründet hat. Er lebt seit 12 Jahren in einer festen Partnerschaft, Kinder hat er keine. Er beschreibt sein Empfinden aus seiner individuellen Perspektive, ohne den Anspruch, für alle pädophilen Menschen zu sprechen:

„Für mich fühlt sich ein Leben mit Pädophilie fürchterlich an. Am schlimmsten daran ist, dass ich durch ihre extreme gesellschaftliche Tabuisierung die Pädophilie selbst und alle Teile meiner Persönlichkeit, die mit ihr zusammenhängen, immer und überall verstecken muss. Und das sind viel mehr Teile als man denkt. Beispielsweise die Art, wie ich zwischenmenschliche Beziehungen erlebe. Die sind für mich immer oberflächlich, weil ich mich ja nie ganz öffnen kann. Oder wie ich Gesellschaft und Politik sehe. In ihren Diskursen tauche ich ja immer nur als ein Risiko und nicht dazugehöriger Fremdkörper und nicht als ein Mensch und Teil ihrer auf. Natürlich führt das dazu, dass ich beidem sehr kritisch gegenüberstehe. Außerdem kann ich niemandem erklären, warum ich an einer schweren und chronischen depressiven Krankheit leide. Die habe ich ja auch, weil ich durch die Pädophilie so isoliert bin. All das muss ich immer für mich behalten. Die Tabuisierung macht mein Leben so in Vielem unerträglich.

Was mir sehr fehlt, ist auch der Kontakt zu anderen Betroffenen. Offiziell anerkannte Selbsthilfegruppen gibt es nicht und Internetkontakte wage ich nicht zu suchen, weil ich Angst habe, mir dadurch die Polizei nach Hause zu holen. Auch wenn ich strafrechtlich nichts zu befürchten habe, würde mich allein die Hausdurchsuchung in komplizierte Erklärungsnöte in meinem Nahumfeld bringen.

Im Alltag besonders belastend ist für mich außerdem immer wieder die Konfrontation mit öffentlicher Berichterstattung über Pädophilie, die derzeit ausschließlich im Kontext von Kindesmissbrauch erfolgt. Das wird konsequent miteinander vermischt. Journalisten sind da wie die Allgemeinbevölkerung: sie können eine angeborene Neigung und sadistische Taten, die gar nicht durch diese Neigung verursacht sind, nicht voneinander unterscheiden. Auch Forschungsarbeiten über Pädophilie zu lesen, ist oft frustrierend, denn auch sie sind in der Regel nur an der Analyse von Gefahren interessiert, die von Pädophilen auszugehen scheinen. An der oft sehr schlechten Lebenssituation des Pädophilen gibt es weder ein großes wissenschaftliches noch ein öffentliches Interesse. Ich versuche daher inzwischen, der Berichterstattung über Pädophilie konsequent aus dem Weg zu gehen und nach Forschungsarbeiten zum Thema erst gar nicht zu suchen.

² Alex heißt in Wirklichkeit anders. Wie viele Teilnehmer:innen des PPD hat er sich ein Pseudonym gegeben, um seine Anonymität zu wahren.

Nicht angenehm ist auch die sexuelle Frustration, mit der ich leben muss. Dass ich keinen realen Sex, wie ich ihn mir wünsche, haben kann, das ist klar. Dass aber auch der Konsum künstlich geschaffener Pornographie, kindlicher Sexpuppen und eigentlich allem anderen, was niemandem bei der Herstellung geschadet hat und das ich als sexuellen Stimulus nutzen könnte, bestraft wird, damit habe ich ein Problem. Weil das in meinen allerintimsten und privatesten Lebensbereich massiv eingreift und mich unglücklich und krank macht. Das interessiert aber niemanden. Den Verboten wird vorgeschoben, dass diese Dinge hypothetisch mein Risiko, fremdschädigende Straftaten zu begehen, erhöhen könnten. Aber das ist weder wissenschaftlich untersucht noch belegt, dafür aber – wenig überraschend – völlig in Einklang mit der gesellschaftlichen Ächtung pädophiler Menschen und ihrer Sexualität. Politisch selbst dagegen aktiv werden, das kann ich natürlich nicht. Denn dann könnte ich mein bürgerliches Leben vergessen.

Besonders wütend und traurig macht mich aber, dass die psychotherapeutische Versorgung für Menschen mit Pädophilie derzeit in Deutschland miserabel ist. Ein Beispiel aus meinem Leben: Ich bin letztes Jahr mit einer akuten, schweren depressiven Episode in eine psychiatrische Klinik gekommen. Dort habe ich dem behandelnden Personal offenbart, dass es mich erdrückt, meine Pädophilie dauerhaft vor der Außenwelt verstecken zu müssen. Ich äußerte meine Verzweiflung und den Wunsch, mich gegenüber mir nahestehenden Menschen zu öffnen. Ein Psychologe antwortete mir darauf in einer Visite, dass ich doch sicher den (angeblich) weit verbreiteten und (angeblich) allgemein bekannten Slogan „Todesstrafe für Kinderschänder“ kennen würde. Wegen dieses Slogans würde er mir davon abraten, mich meinen Mitmenschen anzuvertrauen. (Ich habe später herausgefunden, dass der Slogan nicht weitverbreitet, sondern einer ist, mit dem die NPD gelegentlich aufmarschiert.) Der Psychologe riet mir des Weiteren, ich solle mein Schicksal doch mit dem eines Kriegsverbrechers vergleichen. Dem würde es auch nichts bringen, wenn er mit seinen Mitmenschen über die im Krieg erlebten Gräueltaten sprechen würde. Seine Erfahrungen seien so schlimm und verstörend, das könne kein normaler Mensch nachvollziehen.

In der Visite war ich mit diesem Therapeuten nicht allein. Niemand aber hat ihm widersprochen. Obwohl alle wussten, dass ich in meinem Leben weder ein Kind missbraucht noch Missbrauchsabbildungen konsumiert noch sonst irgendeine Straftat begangen habe.

Ich habe später darüber nachgedacht, ob es nicht ein Mittel gibt, sich gegen diese unpassenden, beleidigenden Vergleiche zwischen mir und Kinderschändern bzw. Kriegsverbrechern durch eine Beschwerde bei einer übergeordneten Instanz zu wehren. Da ich dafür aber meine Sexualität vor noch mehr Menschen öffentlich machen müsste, habe ich den Gedanken schnell verworfen.

Ich habe das damals als einen Akt verbaler Gewalt gegen mich empfunden. Selbst wenn es fahrlässig war, ich war schwer krank in einem verletzlichen Zustand und es hat mich tief getroffen. Als Pädophiler ist man eigentlich vollkommen wehrlos gegen solche Übergriffe. Denn weder man selbst kann sich dagegen zur Wehr setzen, noch gibt es politische Gruppen oder Organisationen, die die Rechte Pädophiler öffentlich vertreten, sich für die Achtung der Menschenwürde oder Wahrung der Grundrechte auch für sie einsetzen.

Wie man es dreht und wendet, ein Leben mit Pädophilie ist kompliziert und anstrengend und schmerz erfüllt. Ich wünsche mir sehr, dass dafür ein öffentliches Bewusstsein entsteht, glaube aber, dass ich das vermutlich nicht mehr erleben werde.“

Aus Alex' Text und den oben aufgeführten Faktoren, die zu Leidensdruck führen können, lässt sich die Rationale für die therapeutische Behandlung ableiten. Prinzipiell orientiert sich die Behandlung am BEDIT-Manual (Beier, 2018), wobei die Behandlung in allen Einzel- und Gruppentherapien entsprechend der Bedarfe der Teilnehmer:innen individualisiert wird. Für die Gruppe nicht-dissexueller pädophiler Patient:innen kommt folgenden Themenschwerpunkten und Interventionen besondere Bedeutung zu:

- **Umgang mit Stigmatisierung:** Hier besteht das Ziel darin, sich von stigmatisierenden Darstellungen pädophiler Menschen zu emanzipieren und zu lernen, sich dadurch nicht angesprochen zu fühlen. Einige Patient:innen fühlen sich massiv beeinträchtigt, wenn sie Berichterstattungen über Strafrechtsverschärfungen, aufgedeckte Missbrauchsskandale oder Ermittlungsverfahren gegen Nutzer:innen von MBA lesen, obwohl keine der beschriebenen Taten jemals von ihnen begangen wurde. Häufig ist in Medienberichten von „Pädophilen“ die Rede, wenn eigentlich Täter sexuellen Kindesmissbrauchs gemeint sind und die sexuelle Neigung der Täter nicht bekannt ist (Stelzmann, 2020). Patient:innen, denen es nicht gelingt, sich hiervon zu distanzieren, fühlen sich durch diese Darstellungen mit gemeint, internalisieren diese und verfestigen so ihren Eindruck, sie persönlich würden „von der Gesellschaft“ abgelehnt und verurteilt werden.
- **Traurigkeit über unerfüllte sexuelle oder Beziehungsbedürfnisse:** Hier geht es in erster Linie um den Aufbau von Bedürfnis-Frustrationstoleranz, indem Patient:innen dabei unterstützt werden, einen besseren Umgang damit zu finden, bestimmte Bedürfnisse und Wünsche nicht erfüllen zu können. Mithilfe der Methoden der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Hayes et al., 2009) oder dem Konzept der radikalen Akzeptanz der dialektisch-behavioralen Therapie nach Marsha Linehan (2014) werden die Patient:innen dabei unterstützt, sich nicht gegen ihre Neigung und damit

einhergehende Nicht-Erfüllung von Bedürfnissen aufzulehnen, sondern zu einer akzeptierenden Haltung zu finden. Hierzu gehört auch, die diesbezügliche Ungerechtigkeit (niemand sucht sich seine sexuelle Neigung aus) zu akzeptieren und mit der Traurigkeit über nicht-erfüllte Wünsche problemorientiert umzugehen, anstatt sich von ihr vereinnahmen zu lassen. Eine verbesserte und ressourcenorientierte Adaptation an die Gegebenheiten kann die Lebensqualität erhöhen und Handlungsspielräume erweitern.

- **Einsamkeit, Ausgeschlossenheit:** Hier hat sich die gruppentherapeutische Behandlung als besonders hilfreich erwiesen, weil die Patient:innen die Erfahrung machen, mit ihrem Erleben nicht alleine zu sein und sich frei über ihr Empfinden austauschen zu können. Insbesondere auch für diejenigen mit internalisierter Stigmatisierung kann es eine gute Erfahrung sein, andere pädophile Menschen kennenzulernen und positive Vorbilder für ein zufriedenes Leben mit pädophiler Neigung zu finden oder auch selbst als positives Vorbild wahrgenommen zu werden.
- **Partnerschaftliche Schwierigkeiten:** Haben Patient:innen sich in ihrer Beziehung noch nicht als pädophil geoutet, geht es darum, diesen Prozess zu unterstützen. Prinzipiell wird ein Einbezug des Partners/der Partnerin befürwortet, da diese durch die sexuelle Neigung ihrer Partner:innen mit betroffen sein (z.B. in der partnerschaftlichen Sexualität oder durch das Bemühen einiger Patient:innen, nahe Kontakte mit Kindern im sozialen Umfeld zu vermeiden) und eine Stütze in der Auseinandersetzung mit der Neigung darstellen können. Dabei geht es unter keinen Umständen darum, die Partner:innen hinsichtlich eines potenziellen Risikos für Dissexualität in die Verantwortung zu nehmen. Vielmehr können sie ihre/ihren Partner:in dabei unterstützen, die Pädophilie als einen integralen, aber nicht alles bestimmenden Aspekt der eigenen Person zu sehen. Haben Patient:innen sich in ihrer Beziehung bereits als pädophil geoutet, geht es in begleitenden Paargesprächen häufig darum, entstandene Unsicherheiten (Bin ich überhaupt attraktiv für dich? Wie gehen wir bei Begegnungen mit Kindern miteinander und mit der Situation um? Was brauchen wir voneinander, um mit der Neigung umgehen zu können? Wie kommunizieren wir über die Neigung?) aufzugreifen und einen Umgang hiermit zu unterstützen.
- **Komorbide Begleiterkrankungen und fehlende Ressourcen:** Hier geht es darum, komorbide psychische Erkrankungen im therapeutischen Verlauf mit zu berücksichtigen und zu adressieren. Am häufigsten treten komorbide Angst- und depressive Erkrankungen auf (Kuhle et al., 2016), die eine akzeptierende und problemorientierte Auseinandersetzung mit der Neigung erschweren. Manche komorbide psychische Erkrankung besteht unabhängig von der sexuellen Neigung, in vielen Fällen kann aber von einem Zusammenhang mit der Neigung ausgegangen werden (z.B. depressive Verarbeitungsmuster, die es erschwe-

ren, die eigene Neigung zu akzeptieren und einen positiven Umgang mit dieser zu finden). Hier ist es im Rahmen der diagnostischen und prognostischen Einschätzung wichtig, Zusammenhänge zwischen der Neigung, komorbiden psychischen Erkrankungen und ggf. dissexuellem Verhalten zu explorieren (Konrad et al., 2018). In diesem Zusammenhang kommt insbesondere dem Ressourcenaufbau große Bedeutung zu, um die Hilfesuchenden dabei zu unterstützen, sich in ihrem Selbstverständnis nicht auf die pädophile Neigung zu beschränken, sondern andere Aspekte der eigenen Person wahrzunehmen. Ganz nach dem Prinzip: Weg von einer defizitären problematischen Selbstsicht hin zu einem wertschätzenden Selbstbild, das die pädophile Neigung mitdenkt, sich aber nicht auf diese beschränkt.

- **Vermeidungsorientierte Bewältigungsstrategien:** Mit der pädophilen Neigung gehen häufig starke negative Gefühle einher (Angst, Scham, Schuldgefühle, Traurigkeit), die in Ermangelung problem- und ressourcenorientierter Bewältigungsstrategien vermieden werden (vermeidungsorientiertes Coping). Dies führt in der Regel nur zu einer kurzfristigen Erleichterung der unangenehmen Gefühle im Sinne negativer Verstärkung, während die negativen Gefühle langfristig bestehen bleiben oder sich sogar verstärken. Ein besonderer Fokus in der Behandlung besteht daher darin, problemorientierte Bewältigungsstrategien aufzubauen.

Lebensqualität

Der Fokus der Therapiegruppe für nicht-dissexuelle pädophile Männer besteht wie beschrieben darin, ihr positives Selbstbild zu stärken und ihre Lebensqualität zu erhöhen. Im Rahmen der Evaluation des Modellprojektes der Gesetzlichen Krankenkassen zur Behandlung von pädophilen Menschen (TU Chemnitz, 2021) wird die Lebensqualität unter anderem über den *EUROHIS-QOL* (Brähler et al., 2007) erhoben. Der Fragebogen geht auf den *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL, Group, 1998) zurück, ein 100-Item-Selbstbeurteilungs-Instrument, das verschiedene Aspekte von Lebensqualität erfasst. Der *EUROHIS-QOL* erfasst die Lebensqualität als ökonomische Kurzversion mit acht Items (Zufriedenheit mit genereller Lebensqualität, Gesundheitszustand, Energie für das tägliche Leben, Aktivitäten des täglichen Lebens, Selbstwert, persönliche Beziehungen, finanzielle Ressourcen, Wohnsituation). Im Rahmen des PPD wurden zwei weitere Items zur Zufriedenheit in den Bereichen Sexualität und Partnerschaft ergänzt. Die Zufriedenheit in den einzelnen Bereichen soll für die resultierenden zehn Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 (sehr schlecht/unzufrieden/gar nicht) bis 5 (sehr gut/sehr zufrieden/völlig) eingestuft werden. Die Lebensqualität wird in Form eines Mittelwertes über alle 10 Skalen abgebildet, wobei höhere Werte eine bessere Lebensqualität anzeigen.

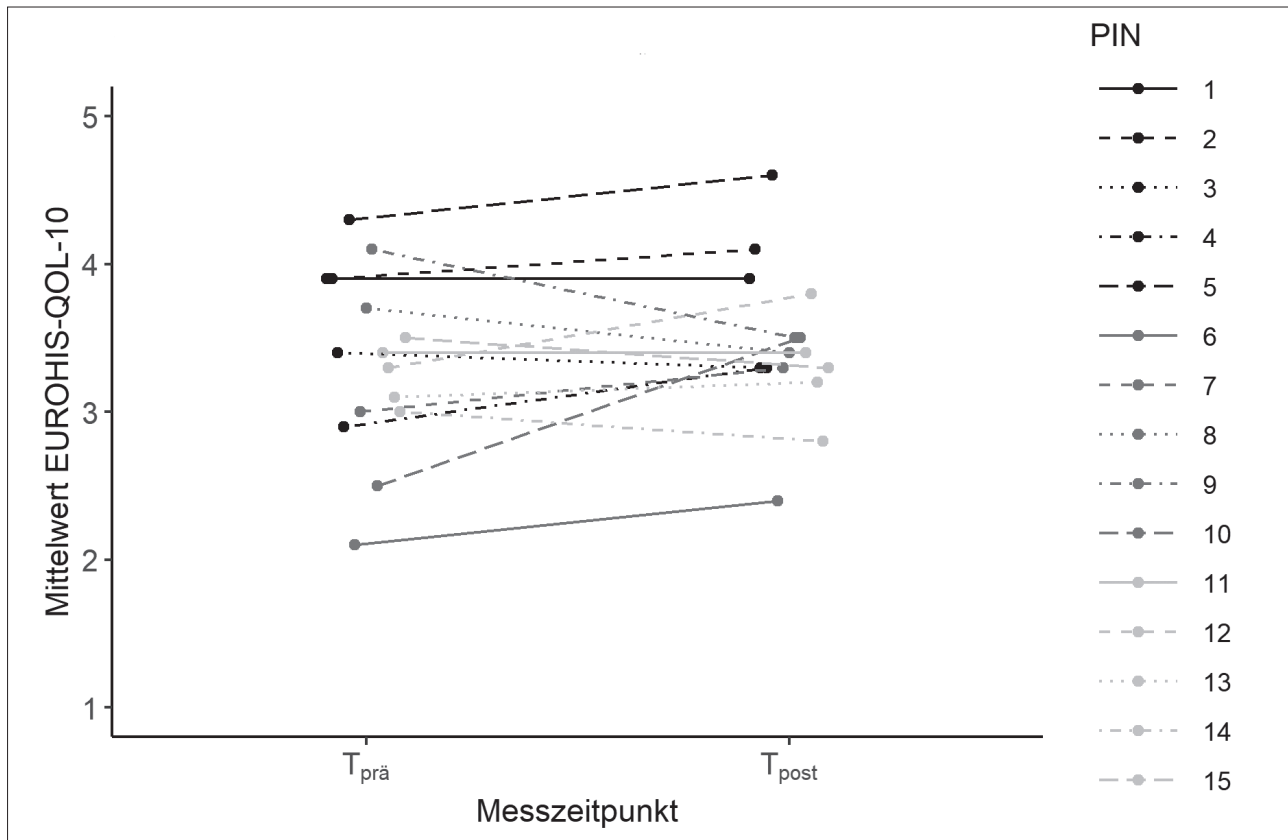


Abb. 1: Lebenszufriedenheit vor und nach der Therapie gemessen mit dem *EUROHIS-QOL-10*

Die in eine Studie zur Lebensqualität einbezogenen 153 männlichen PPD-Patienten wiesen eine im Vergleich zur Normpopulation geringere Lebensqualität auf (Kuhle, 2020). Für 33 Teilnehmer konnte die Veränderung der Lebensqualität über den Therapieverlauf untersucht werden und es zeigte sich, dass die Lebensqualität nach der Therapie höher war als zu Beginn (Kuhle, 2020). Allerdings zeigten sich in vorherigen Untersuchungen Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit der Therapie für die verschiedenen Täter-Subgruppen: Nicht-dissexuelle Patienten profitierten weniger als diejenigen, die vor der Therapieteilnahme bereits dissexuell geworden waren und in Bezug auf einige therapierelevante Faktoren wie Selbstwert und Einsamkeit fanden sich wider Erwarten keine positiven Therapieeffekte (Beier et al., 2015).

Im Folgenden soll daher die Lebensqualität von nicht-dissexuellen pädophilen Patienten vor und nach der Therapie betrachtet werden. Die selbst eingeschätzte Lebensqualität, gemessen mit dem für das PPD adaptierten *EUROHIS-QOL*, wurde für den vorliegenden Artikel für 15 nicht-dissexuelle, pädophile Teilnehmer abgebildet, die zwischen 2016 und 2021 eine Gruppen- oder Einzeltherapie wahrgenommen haben.

Die 15 männlichen Teilnehmer sind im Schnitt 37.7 (Range 24–58) Jahre alt, $n = 8$ (53.3 %) leben in einer Beziehung, $n = 13$ (86.7 %) sind erwerbstätig und $n = 14$ (93.3 %) kinderlos. Im Schnitt waren die Patienten 19.5 Monate in Therapie (Range

9–36)³, wobei es aufgrund der Corona-Pandemie zu Unterbrechungen der Gruppentherapie kam. Anhand des großen Ranges der absolvierten Therapiezeit lässt sich bereits erkennen, dass die Bedarfe der Teilnehmenden sehr unterschiedlich sind. Abbildung 1 zeigt die Veränderungen des *EUROHIS-QOL*-Mittelwertes für die 10-Item-Version des PPD vor und nach der Therapie für die 15 Teilnehmer.⁴

Es findet sich mit einem minimalen Anstieg der mittleren Lebensqualität von 3.34 ($SD = 0.60$) vor der Therapie auf 3.45 ($SD = 0.42$) zum Abschluss der Therapie keine signifikante Veränderung der Lebensqualität ($t(28) = -0.84, p = .41$). Acht Personen (53.33 %) weisen zum Therapieabschluss eine verbesserte Lebensqualität auf, fünf Personen (33.33 %) eine verschlechterte und zwei Personen (13.33 %) eine gleichbleibende.

Wie die Grafik zeigt, unterscheiden sich die Veränderungen in der Lebensqualität deutlich zwischen den Patienten, was auch der klinischen Beobachtung entspricht. Einige Patienten profitieren gut von der beschriebenen Auseinandersetzung in der Gruppe, von der Begegnung mit anderen Patienten und der Möglichkeit, sich mit ihrer Neigung angenommen und wertge-

³ Zwei der Teilnehmer hatten zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Artikels die Therapie noch nicht abgeschlossen.

⁴ Für die beiden Teilnehmer, die sich aktuell noch in Therapie befinden, wurde der aktuelle Mittelwert des *EUROHIS-QOL-10* genutzt.

schätzt zu fühlen. Insbesondere bei denen, die über gute Ressourcen verfügen, genügen oft wenige Monate, um sie dabei zu unterstützen, zu einem positiven Selbstbild mit ihrer Neigung zu gelangen. Andere Patienten weisen keine Verbesserung oder sogar eine Verschlechterung ihrer Lebensqualität auf. Dies sind nach Erfahrungen aus der Therapie oft Patienten mit geringen Ressourcen oder manifesten psychischen Komorbiditäten (v.a. Depression). Einige dieser Patienten erleben es als belastend, wöchentlich über das Thema Pädophilie zu sprechen, andere weisen stabile depressive Verarbeitungsmuster auf, die es ihnen erschweren, einen positiven Blick auf ihr Leben mit der Neigung zu finden. Manche Patienten sind sehr auf die nicht erfüllten sexuellen oder beziehungsbezogenen Bedürfnisse fokussiert und können sich schwer von dieser (lebenslangen) Frustration lösen. Hier können inflexible Persönlichkeitsfaktoren zusätzlich zu einem verringerten Anschlag der Therapie führen. Generell wird in der ambulanten Psychotherapieversorgung immer auch von einem Non-Responder-Anteil ausgegangen, bei dem positive Therapie-Effekte ausbleiben (Fischer-Klepsch et al., 2009).

Die vorliegenden Daten sollten als vorläufig verstanden werden und eine Interpretation mit Vorsicht erfolgen. Zum einen handelt es sich nur um eine kleine Sub-Stichprobe und die Auswertung eines einzelnen Summenwertes zum Zwecke der Veranschaulichung des Themas Leidensdruck. Daher können die Daten nicht generalisiert werden und keinesfalls eine Aussage über die Wirksamkeit der Therapie von nicht-dissexuellen pädophilen Patient:innen abgeleitet werden. Auch zeichnet der eingesetzte Fragebogen ein sehr globales Bild von Lebensqualität und einige der abgefragten Aspekte (z.B. finanzielle Situation, Wohnverhältnis, Aktivitäten des alltäglichen Lebens) werden in der Therapie nicht adressiert.

Fazit und Ausblick

Der vorliegende Artikel konzentriert sich auf den Aspekt des Leidensdrucks von pädophilen Menschen, der sowohl in Forschung als auch Therapie noch oft vernachlässigt wird. Dabei haben einige Forschungsarbeiten der letzten Jahre gezeigt, dass (auch nicht-dissexuelle) pädophile Menschen in hohem Ausmaß Stigmatisierung ausgesetzt sind, was nicht selten zu starkem Leidensdruck und komorbiden psychischen Erkrankungen, wie Ängsten oder Depression, führt (Jahnke et al., 2015; Liesley et al., 2020; Kuhle et al., 2016, 2020; Konrad et al., 2017). Neben der erlebten und teilweise internalisierten Stigmatisierung führen nach Erfahrungen aus der Therapie verschiedene andere Faktoren, wie z.B. Einsamkeit, partnerschaftliche Probleme oder Traurigkeit über unerfüllte Bedürfnisse zu Leidensdruck. Diese werden im Rahmen der gruppen- oder einzeltherapeutischen Behandlung im PPD adressiert. Erste Ergebnisse zur Lebensqualität pädophiler Menschen zeigen, dass diese im Vergleich zur Normstichprobe verringert ist, aber

durch die Therapie verbessert werden kann (Kuhle et al., 2020). Eine exemplarische Auswertung der Veränderung der Lebensqualität von nicht-dissexuellen pädophilen Menschen im Rahmen dieser Arbeit zeigt aber, dass es hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität eine große Spannweite gibt und die Teilnehmer sehr unterschiedlich von der Therapie profitieren.

Zusammenfassend zeigt der vorliegende Artikel, dass eine pädophile Neigung mit erhöhtem Leidensdruck einhergehen kann und dass auch nicht-dissexuelle pädophile Menschen deswegen ein Behandlungsanliegen haben. Das therapeutische Angebot für nicht-dissexuelle pädophile Menschen sollte daher ausgebaut und hinsichtlich des üblichen Dissexualitäts-Fokus angepasst werden, um diese Personengruppe mit geringem Risiko für dissexuelles Verhalten dabei zu unterstützen, ein zufriedenes Leben mit ihrer Neigung zu führen.

Literatur

- American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2004. Lust in Beziehung. Springer. Berlin/Heidelberg.
- Beier, K.M., Neutze, J., 2012. Proactive strategies to prevent the use of child abusive images. In: Quayle, E., Ribisl, K.M. (Eds.), Understanding and preventing online sexual exploitation of children. Routledge, New York, NY, 204–227.
- Beier, K.M., Amelung, T., Kuhle, L., Grundmann, D., Scherner, G., Neutze, J., 2013. Hebephilie als sexuelle Störung. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 81 (3), 128–137.
- Beier, K.M., Grundmann, D., Kuhle, L.F., Scherner, G., Konrad, A., Amelung, T., 2015. The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. The Journal of Sexual Medicine 12 (2), 529–542.
- Beier, K.M. (Hg.), 2018. Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch: Die Berliner Dissexualitätstherapie. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg.
- Blanchard, R., Lykins, A.D., Wherrett, D., Kuban, M.E., Cantor, J.M., Blak, T., Klassen, P.E., 2009. Pedophilia, Hebephilia, and the DSM-V. Archives of Sexual Behavior 38 (3), 335–350.
- Bonta, J., Andrews, D.A., 2007. Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. Rehabilitation 6 (1), 1–22.
- Brähler, E., Mühlan, H., Albani, C., Schmidt, S., 2007. Teststatistische prüfung und normierung der deutschen versionen des EUROHIS-QOL lebensqualität-Index und des WHO-5 wohlbefindens-index. Diagnostica 53 (2), 83–96.
- Cantor, J.M., McPhail, I.V., 2016. Non-offending pedophiles. Current Sexual Health Reports 8 (3), 121–128.
- Duff, S., Willis, A., 2006. At the precipice: Assessing a non-offending client's potential to sexually offend. Journal of Sexual Aggression 12 (1), 43–51.
- Dunsieth, N.W., Nelson, E.B., Brusman-Lovins, L.A., Holcomb, J.L., Beckman, D., Welge, J.A., et al., 2004. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. The Journal of Clinical Psychiatry 65 (3), 293–300.
- Faistbauer, S., 2011. Dissexualitätsbehandlung im einzeltherapeutischen Setting zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder [Dis-

- sexuality therapy in a single setting to prevent child sexual abuse] (Unpublished doctoral dissertation). Charité – Universitätsmedizin, Berlin.
- Fisher, D., Beech, A., Browne, K., 1999. Comparison of sex offenders to nonoffenders on selected psychological measures. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 43 (4), 473–491.
- Fischer-Klepsch, M., Münchau, N., Hand, I., 2009. Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In: Margraf, J. (Hg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Springer, Berlin/Heidelberg, 261–275.
- Franke, G.H., Derogatis, L.R., 2000. BSI: brief symptom inventory von LR Derogatis; Kurzform der SCL-90-R; deutsche Version. Beltz Test.
- Galli, V., McElroy, S.L., Soutullo, C.A., Kizer, D., Raute, N., Keck Jr, P.E., McConville, B.J., 1999. The psychiatric diagnoses of twenty-two adolescents who have sexually molested other children. *Comprehensive Psychiatry* 40 (2), 85–88.
- Group, T.W., 1998. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine* 46 (12), 1569–1585.
- 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 (5), 1153–1162.
- Hanson, R.K., Morton-Bourgon, K.E., 2005. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (6), 1154.
- Ischebeck, J., Kuhle, L.F., Rosenbach, C., Stelzmann, D., 2021. Journalism and pedophilia: Background on the media coverage of a stigmatized minority. *Stigma and Health*.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., 2009. *Acceptance and commitment therapy*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Jahnke, S., Imhoff, R., Hoyer, J., 2015. Stigmatization of people with pedophilia: Two comparative surveys. *Archives of Sexual Behavior* 44 (1), 21–34.
- Jahnke, S., Philipp, K., Hoyer, J., 2015. Stigmatizing attitudes towards people with pedophilia and their malleability among psychotherapists in training. *Child Abuse & Neglect* 40, 93–102.
- Konrad, A., Haag, S., Scherner, G., Amelung, T., Beier, K.M., 2017. Previous judicial detection and paedophilic sexual interest partially predict psychological distress in a non-forensic sample of help-seeking men feeling inclined to sexually offend against children. *Journal of Sexual Aggression* 23 (3), 266–277.
- Konrad, A., Schlinzig, E., Siegel, S., Kossow, S., Beier, K.M., 2018. Therapiemöglichkeiten. In: *Pädophilie, Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch*. Springer, Berlin/Heidelberg, 27–43.
- Kafka, M.P., Hennen, J., 2002. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n= 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14 (4), 349–366.
- Kuhle, L.F., Schmidt, R.C., Beier, K.M., 2016. Static risk factors for child sexual offending in undetected pedohebephiles. Paper presented at the 35th Annual Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Orlando, Florida, USA.
- Kuhle, L.F., Ziegler, M., Beier, K.M., Stockmann, C.S., 2020. How does treatment of men with a sexual preference for children change experienced quality of life? Presented at 46th IASR Virtual Conference, July 2020.
- Leue, A., Borchard, B., Hoyer, J., 2004. Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *European Psychiatry* 19 (3), 123–130.
- Linehan, M., 2014. *DBT Skills training manual*. Guilford Publications, New York, NY.
- Meyer, I.H., Frost, D.M., 2013. Minority stress and the health of sexual minorities. In: Patterson, C.J., D'Augelli, A.R. (Eds.), *Handbook of psychology and sexual orientation*. Oxford University Press, 252–266.
- Raymond, N.C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G.A., Miner, M., 1999. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *American Journal of Psychiatry* 156 (5), 786–788.
- Savoie, V., Quayle, E., Flynn, E., 2021. Prevalence and correlates of individuals with sexual interest in children: a systematic review. *Child Abuse & Neglect* 115, 105005.
- Seto, M.C., 2008. *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*. American Psychological Association.
- Stelzmann, D., Jahnke, S., Kuhle, L.F., 2020. Media Coverage of Pedophilia: Benefits and Risks from Healthcare Practitioners' Point of View. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (16), 5739.
- Stiels-Glenn, M., 2010. Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung pädosexueller Patienten. *Recht & Psychiatrie* 28, 74–80.
- TU Chemnitz, 2021. Evaluationsprojekt „Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von Modellvorhaben nach § 65d SGB V“. <https://www.tu-chemnitz.de/hsw/psychologie/professuren/klinpsy/forschung/%C2%A765d/>
- World Health Organization, 1992. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author.

Autorin

Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Anna Konrad, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: anna.konrad@charite.de
