

# Therapiebeginn, Dropout und Follow-up – Untersuchungen im *Präventionsprojekt Dunkelfeld*

Julia Nentzl, Gerold Scherner

## Starting Therapy, Dropout and Follow-up – Studies in the *Prevention Project Dunkelfeld*

### Abstract

To evaluate the effectiveness of therapy programs, it is important to identify variables that could be relevant for accepting therapy offers and dropouts and analyze possible therapy effects regarding their stability over time (follow-up). In the *Prevention Project Dunkelfeld* (Berlin), two studies were conducted. The first study examined whether it was possible to identify factors that distinguish persons rejecting or accepting therapy offers and persons that terminate or drop out from therapy. Significant results with small effect sizes were revealed for variables regarding sexual deviance and dynamic risk factors for distinguishing rejecters versus beginners. A medium effect size was shown for the distance from residence to therapy facility. For distinguishing termination of therapy versus dropping out from therapy, small effects were shown for the factors education, emotion-oriented coping, and former sexual offenses against children known to legal authorities.

The follow-up study showed that almost none of the participants committed Child Sexual Abuse (CSA) offenses after therapy. A third of the participants who used Child Sexual Abuse Images (CSAI) before therapy could reach total abstinence, a third reduced the degree of severity of the used material and a third reduced the frequency. Offense-supportive cognitions predicted recidivism and were significantly reduced during therapy. Results are presented and discussed in relation to existing literature and previous research.

Keywords: Dropout, Follow-up, Therapy effects

### Zusammenfassung

Für die Bewertung der Effektivität von Therapieprogrammen sind die Identifizierung von Variablen, die für die Annahme von Therapieangeboten bzw. für Therapieabbrüche relevant sein können, sowie die Untersuchung von möglichen Therapieeffekten bezüglich ihrer Stabilität im Zeitverlauf nach der Therapie (Follow-up) bedeutsam. Im Rahmen des *Präventionsprojekts Dunkelfeld* (Berlin) wurden hierzu zwei Studien durchgeführt.

Zunächst wurde untersucht, ob Faktoren für die Unterscheidung von Personen, die das Therapieprogramm ablehnen bzw. beginnen und beenden bzw. abbrechen (Dropout), identifizier-

bar sind. Für die Unterscheidung Ablehnung versus Beginn ergaben sich signifikante Ergebnisse mit kleiner Effektstärke für Variablen im Bereich sexueller Devianz und dynamischer Risikofaktoren. Ein mittlerer Effekt konnte für die Distanz von Wohnort zur Therapieeinrichtung gezeigt werden. Für die Unterscheidung Beendigung versus Dropout zeigten sich kleine Effekte für Bildungsniveau, emotionsorientierte Bewältigungsstrategien und frühere justizbekannte Delikte.

Die Follow-up-Untersuchung zeigte, dass fast alle Teilnehmenden nach Abschluss der Therapie keine weiteren Missbrauchstaten begangen haben. Ein Drittel derjenigen, die zu Therapiebeginn Missbrauchsabbildungen nutzten, konnte eine vollständige Abstinenz erreichen, ein Drittel verringerte den Schweregrad der verwendeten Inhalte und ein Drittel verringerte die Häufigkeit des Gebrauchs. Kognitionen, welche den Konsum unterstützen und in unserer Stichprobe Rückfälligkeit vorhersagten, konnten signifikant verringert werden. Die Ergebnisse werden in den Kontext der bestehenden wissenschaftlichen Literatur und bisheriger Ergebnisse eingeordnet und diskutiert.

Schlüsselwörter: Dropout, Follow-up, Therapieeffekte

## Einführung

Für die Bewertung der Effektivität von Therapieprogrammen sind für Anbieter in Versorgungsstrukturen, die wissenschaftliche Diskussion und die Gesellschaft im Allgemeinen mehrere Fragen relevant. Diese betreffen die Passung der Angebote, die Inanspruchnahme durch die adressierte Klientel, die Quote der frühzeitigen Therapieabbrüche und die möglichen Erfolge von Therapien über den Zeitrahmen der eigentlichen Therapie hinaus (Follow-up). Einige Autor:innen argumentieren, dass ein wichtiger Baustein zur Erhöhung der Effektivität von Therapien in der Reduzierung der vorzeitigen Therapieabbrüche (i.e. Dropout) liegt; Personen, die eine Therapie vorzeitig abbrechen, erzielen schlechtere Ergebnisse und profitieren folglich weniger von Therapien als diejenigen, die Therapien beenden. Vergleichende Analysen berichten Dropout-Raten von ca. 20–50 %; in der allgemeinen Psychotherapie wird ungefähr ein Drittel der Therapien vorzeitig beendet, was auch unter dem Aspekt, die Ressourcen des Gesundheitssystems möglichst vollumfänglich und ökonomisch zu nutzen, eine Rolle spielt (Bados et al., 2007; Swift & Greenberg, 2012; Wierzbicki & Pekarik, 1993; Sharf et al., 2010). Bei Therapien im Bereich der Sexualdelinquenz hat

dies noch weiterreichende Folgen, da entsprechende Therapieprogramme immer auch die Minimierung des Rückfallrisikos und somit den Schutz potenzieller Opfer zum Ziel haben. Die wissenschaftliche Debatte um die generelle Effektivität von Therapien für Sexualstraftäter:innen konnte bislang keine einheitlichen Ergebnisse erzielen. Dennoch ist die Frage bezüglich möglicher Zusammenhänge psychologischer und anderer Faktoren mit Therapieabbrüchen sowie potenzieller Implikationen für Inhalte von Therapieprogrammen, geeigneten Rahmenbedingungen und Therapiesettings von Relevanz. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die bisherigen wissenschaftlichen Ergebnisse gegeben werden.

Hanson und Kolleg:innen (2002) kamen in einer Metaanalyse über 43 Studien zu dem Ergebnis, dass diejenigen, die Therapien vorzeitig beendeten, ein signifikant höheres Rückfallrisiko gegenüber denjenigen hatten, die Therapien vollständig beendeten. Personen, die ein bestehendes Therapieangebot generell ablehnten, zeigten dagegen kein höheres Rückfallrisiko gegenüber denjenigen, die irgendeine Form von Therapie beendeten. Diese Ergebnisse konnten in späteren Studien bestätigt werden (Hanson et al., 2009; Lösel & Schmucker, 2005). In einer Studie von Marques und Kolleg:innen (1994) wiesen die frühen Therapieabbrechenden ein fünfmal höheres Rückfallrisiko für Sexual- und Gewaltdelikte auf als diejenigen, welche die Therapie beendeten. Miner und Dwyer (1995) folgerten in ihrer Untersuchung einer ambulanten Therapie, dass Therapieabbrüche mit einem erhöhten Rückfallrisiko direkt nach Abbruch der Therapie und auch im weiteren Zeitverlauf (Follow-up) mit höherem Rückfallrisiko assoziiert sind. Larochelle und Kolleg:innen (2011) zeigten in ihrer vergleichenden Analyse über 17 Studien eine durchschnittliche Dropout-Rate von 50 % mit einer Bandbreite zwischen 15 % und 86 % und einer Tendenz zu höheren Abbruchraten bei freiwilligen Therapieangeboten im Vergleich zu von der Justiz angeordneten Therapien. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei der Analyse von Dropout-Raten von Therapieprogrammen auch die Rahmenbedingungen, das Setting und die Besonderheiten von Programmen beachtet werden sollten.

Leider werden Dropout-Raten in Studien nach wie vor nicht regelhaft berichtet und die Definitionen und Operationalisierungen von Dropout sind nicht konsistent. Generell lässt sich Dropout/Therapieabbruch als unilaterale Entscheidung, hauptsächlich getroffen durch die Teilnehmenden selbst, beschreiben, wobei Therapieangebote entweder vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn abgelehnt oder zu einem Zeitpunkt im Verlauf der Therapie abgebrochen werden. Larochelle und Kolleg:innen (2010) plädieren dafür, dass zur Erhöhung der Wirksamkeit von Therapien und der Prävention von Rückfällen die Charakteristiken und Variablen, die Dropout-Raten beeinflussen, identifiziert werden sollten. Ein besseres Verständnis dieser könnte dazu beitragen, Anpassungen von Therapieprogrammen und die Implementierung spezifischer Interventionen zu verbessern.

## Rahmenbedingungen, Setting, Besonderheiten

Bezüglich der Betrachtung der Rahmenbedingungen, des Settings und der Besonderheiten von Therapieprogrammen sind die bisherigen Studienergebnisse uneindeutig. So zeigen sich widersprüchliche Ergebnisse hinsichtlich der Überlegenheit von stationären oder ambulanten, sowie Einzel- oder Gruppensettings (Fernandez et al., 2015; Piper et al., 1984; Rush & Watkins, 1981). Ein plausibler Faktor für das Ablehnen eines Therapieangebots oder das Abbrechen nach einer geringen Anzahl an Sitzungen, vor allem bei einem ambulanten Therapieangebot, könnte in der Distanz zwischen Wohnort und Therapieeinrichtung liegen und somit primär organisatorisch begründet sein. Dies konnte von bisherigen Studien, die diesen Faktor einbezogen, gestützt werden (Jackson et al., 2009; Fraps et al., 1982).

## Soziodemografische und stabile/historische Faktoren

In der Literatur zu Dropout-Raten werden hauptsächlich soziodemografische Variablen betrachtet. Zusätzlich werden in Studien zur Therapie von Sexualstraftäter:innen Faktoren wie allgemeine kriminelle Vorgeschichte, bisherige Sexualdelikte und sexuelle Devianz einbezogen, da diese in Rezidivstudien sich z.T. als assoziiert mit Rückfallrisiko zeigten und vor allem sexuelle Devianz als evidenzbasierter Faktor für Rückfallrisiko diskutiert wird. Der wissenschaftliche Diskurs zur möglichen Veränderbarkeit versus Stabilität von sexueller Präferenz, vor allem bezüglich der sexuellen Ansprechbarkeit auf das kindliche Körperschema im Sinne einer Pädophilie/Hebephilie, ist nach wie vor im Prozess (Seto, 2012; Grundmann et al., 2016; Tozdan & Briken, 2015). Dennoch wird diese hier im Bereich der eher stabilen Faktoren einbezogen; nach dem Kenntnisstand der Autor:innen beinhaltet die Mehrzahl entsprechender Therapieprogramme auch keine direkten Interventionen zur therapeutischen Beeinflussung der sexuellen Präferenzstruktur. Bisherige Studien konnten zeigen, dass junges Alter nicht nur mit sexualdelinquenter Rückfälligkeit zusammenhängt (Hanson & Bussiere, 1998), sondern ebenso mit der Nichtanspruchnahme einer angebotenen Therapie (Werbart & Wang, 2012; Langevin, 2006), wobei die Evidenzlage für Ablehnung und Abbruch einer Therapie als nicht ausreichend zu betrachten ist. Dies betrifft ebenso die Risikofaktoren unsteter Erwerbstätigkeit und Beziehungsstatus (Browne et al., 1998; Larochelle et al., 2010; Beyko & Wong, 2005). Metaanalysen zur allgemeinen Psychotherapieforschung (Wierzbicki & Pekarik, 1993) und Sexualstraftäter:innen-Therapie (Olver et al., 2011) zeigen Zusammenhänge zwischen geringerem formalen Bildungsniveau

und Therapieabbrüchen. Laut Stalans (2004) sei dieser Zusammenhang intuitiv plausibel, da die meisten Therapieprogramme in diesem Kontext kognitiv-behavioral ausgerichtet sind. Diese erfordern von Teilnehmenden die Fähigkeiten, eigenes Verhalten zu reflektieren, situative Zusammenhänge zu analysieren und in der Therapie entsprechend zu kommunizieren, was je nach kognitiven Fähigkeiten eine Heraus- und möglicherweise Überforderung darstellen könne. Somit ist hier auch die Frage der Passung entsprechender Therapieprogramme für Interessent:innen mit Blick auf deren kognitive Fähigkeiten oder weitergehende Intelligenzbeeinträchtigungen adressiert. Für die Faktoren allgemeiner krimineller Vorgeschichte, bisheriger Sexualdelikte und sexueller Devianz konnten bisher keine ausreichend signifikanten Hinweise für einen möglichen Zusammenhang mit Dropout-Raten gefunden werden (Browne et al., 1998; Craissati & Beech, 2001; Olver et al., 2011).

## Psychologische Faktoren

Die meisten Therapieprogramme im Kontext von Sexualstraftaten basieren auf einem kognitiv-behavioralen Ansatz und adressieren Faktoren, die relevant für die Reduktion problematischen Verhaltens sind und sich durch therapeutische Interventionen als beeinflussbar erwiesen haben. Mann und Kolleg:innen (2010) führen in ihrer Überblicksarbeit zu Metaanalysen die psychologisch bedeutsamen Faktoren für die Reduzierung des Rückfallrisikos auf. Entsprechend der wissenschaftlichen Evidenz ergeben sich deutliche Hinweise, dass Faktoren wie kognitive Verzerrungen, missbrauchsbegünstigende Einstellungen, Impulsivität, antisoziale Orientierung, Selbstregulationsdefizite, Selbstwert-/Selbstwirksamkeitsdefizite, defizitäre kognitive Problemlösungsfertigkeiten und dysfunktionales Coping bedeutsam sind. Diese werden in Therapieprogrammen für Sexualstraftäter:innen therapeutisch adressiert und es ist theoretisch plausibel, dass auch Studien zu Dropout-Raten diese Faktoren berücksichtigen. In der Dropout-Literatur konnten bisher Hinweise auf kleine Effekte bezüglich des positiven Zusammenhangs von höherer Impulsivität und niedrigerer Selbstkontrolle mit Dropout gezeigt werden, ebenso moderate Zusammenhänge von antisozialer Orientierung sowie Selbstwirksamkeitsdefiziten und Dropout (Sharf, 2009; Olver et al., 2011). Andere Studien konnten einen entsprechenden Zusammenhang jedoch nicht ausreichend stützen (z.B. Miner & Dwyer, 1995). Missbrauchsbegünstigende Einstellungen und kognitive Verzerrungen zeigen in Studien zu ihrem jeweiligen Zusammenhang mit Dropout inkonsistente Ergebnisse (Ware & Bright, 2008; Craissati & Beech, 2001).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Studienlage in der Dropout-Literatur zu Therapieprogrammen für Sexualstraftäter:innen inkonsistente Ergebnisse zeigt, sich somit Faktoren im Zusammenhang mit Dropout bisher nicht als ausreichend robust identifizieren lassen und weitere Limitati-

onen bedacht werden müssen. So sind berichtete Ergebnisse fast ausschließlich in forensischen Kontexten mit verurteilten Sexualstraftäter:innen, also im justizbekannten Hellfeld, untersucht worden, und selten wurde in den Untersuchungen bezüglich unterschiedlicher Täter:innen-Gruppen differenziert. Ebenso blieben bisher Personen unberücksichtigt, die möglicherweise Hilfesysteme präventiv in Anspruch nehmen wollen, ohne dass sie jemals eine entsprechende Straftat begangen haben. Dies ist im Folgenden bei der Beschreibung der Untersuchung im *Präventionsprojekt Dunkelfeld*, am Berliner Standort des Präventionsnetzwerks *Kein Täter werden*, zu beachten.

## Studie 1: Therapiebeginn, -abbruch und -beendigung

### Methodik

Für die im Folgenden beschriebene Untersuchung wurden Daten im Zeitraum von 2005–2016 erhoben. Inkludiert wurden vollständige Datensätze von Personen, die zu einem diagnostischen Erstgespräch mit dem Wunsch nach therapeutischer Unterstützung vorstellig wurden und die folgende Einschlusskriterien für das Projekt erfüllten: Diagnose einer Pädophilie/Hebephilie im Sinne des DSM IV-TR bzw. DSM-5, kein aktueller entsprechender justizbekannter Hellfeldstatus, keine prioritär zu behandelnde Komorbidität sowie ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache (zur genaueren Beschreibung siehe z.B. Beier et al., 2015). Personen, die sich zum Erhebungszeitpunkt in laufender Therapie im Rahmen des Projekts befanden, konnten nicht inkludiert werden. Dementsprechend konnten 425 Personen, wobei es sich ausschließlich um Personen männlichen Geschlechts handelte, eingeschlossen werden. Diese waren im Durchschnitt 37,28 Jahre alt (jüngste Person 17 Jahre, älteste Person 68 Jahre;  $SD = 11,14$ ). 55,6 % ( $n = 256$ ) hatten einen höheren formalen Bildungsgrad ( $\geq 10$  Jahre), die Mehrheit (73,4 %,  $n = 309$ ) war erwerbstätig oder studierend und ca. die Hälfte (53,7 %) lebte in Berlin oder Brandenburg. 41,5 % gaben an, in partnerschaftlicher Beziehung zu sein und 52 % berichteten, alleine zu leben. Bezüglich der sexuellen Präferenzstruktur waren 28,7 % auf das männliche Geschlecht, 58,1 % auf das weibliche und 13,2 % sowohl auf das männliche als auch auf das weibliche Geschlecht orientiert. Bezüglich der Ansprechbarkeit auf das kindliche Körperschema wurde das je jüngste relevante Körperschema (bei Pädophilie entsprechend Tanner-Stadium 1, bei Hebephilie Tanner-Stadium 2/3) kodiert. 59,5 % ( $n = 253$ ) berichteten von einer Ansprechbarkeit im Sinne einer Pädophilie, 40,5 % ( $n = 172$ ) im Sinne einer Hebephilie. 36 % ( $n = 136$ ) wurden als exklusiver Typus diagnostiziert, das heißt, dass diese Personen keine sexuellen Fantasien oder Ansprechbarkeit auf das erwachsene Körperschema berichteten. 40,2 % ( $n = 171$ )

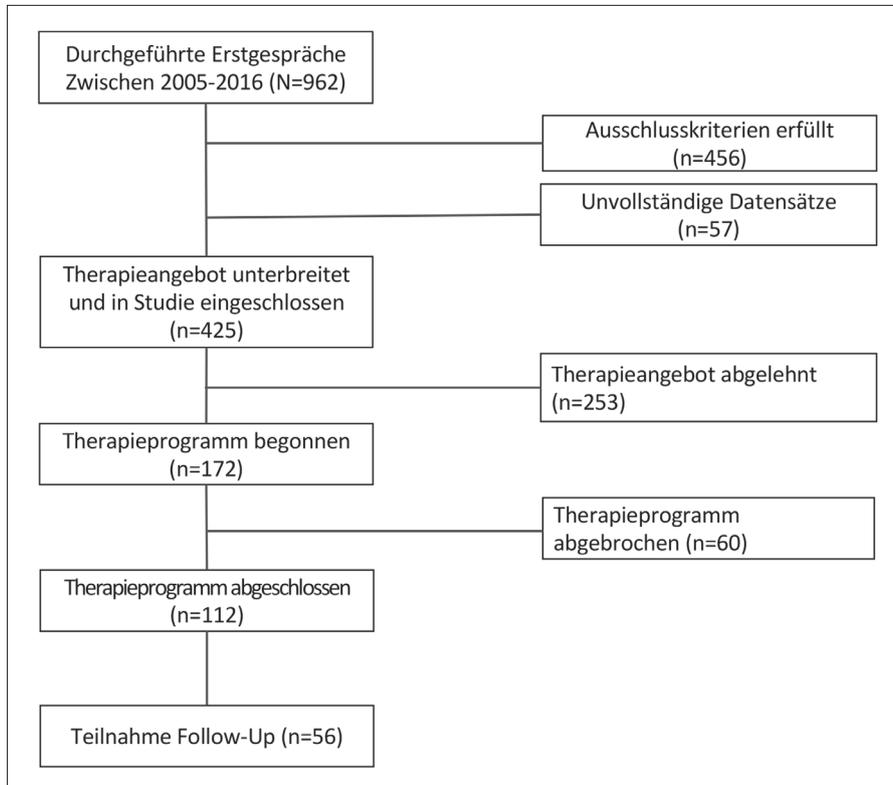


Abb. 1: Einschlussprozedere  
Stichprobenauswahl

hatten zusätzliche Paraphilien entsprechend den DSM-Kriterien. 92.2 % ( $n = 391$ ) berichteten von sexuell übergriffigem/missbräuchlichem Verhalten gegenüber Kindern in ihrer Lebensgeschichte, 33.5 % ( $n = 142$ ) bezüglich der Nutzung von Missbrauchsabbildungen, 16.5 % ( $n = 65$ ) bezüglich direkter Übergriffe gegenüber Kindern und 43.4 % ( $n = 184$ ) berichteten von beiden Missbrauchsverhalten in ihrer Lebensspanne. Nur 7.8 % ( $n = 33$ ) berichteten, in ihrer Lebensspanne kein entsprechendes Verhalten gezeigt zu haben. 9.7 % ( $n = 41$ ) hatten in der Vergangenheit Verfahren/Verurteilungen wegen der Nutzung von Missbrauchsabbildungen, 8.3 % ( $n = 35$ ) wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern. Die Teilnehmenden wurden für die Studie folgender Gruppierung zugeordnet (vgl. Abb.1).

**1. Therapie-Ablehnende** ( $n = 253$ ): Teilnehmende, die das Therapieangebot nach dem Erstgespräch aktiv ablehnten, zu Beginn der Therapie nicht erschienen oder nach Beendigung der dritten Sitzung die Therapie abbrachen bzw. nicht mehr teilnehmen konnten.

**2. Therapie-Beginnende** ( $n = 172$ ): Teilnehmende, die die Therapie begonnen haben und diese entweder beendeten oder im Verlauf nach der dritten Sitzung abbrachen.

**3. Dropouts** ( $n = 60$ ): Teilnehmende, die nach der dritten Sitzung und vor dem Therapieende bzw. vor Erreichen relevanter Therapieziele die Therapie abbrachen.

**4. Therapie-Abschließende** ( $n = 112$ ): Teilnehmende, die die Therapie beendeten und Therapieziele erreichten.

Die Daten zur Soziodemografie, der sexuellen Präferenzstruktur und der kriminellen Vorgeschichte wurden im klinischen Interview erhoben. Die eingesetzten Verfahren in Form von Fragebögen und erfassten Konstrukten sind in Tabelle 1 aufgelistet. Bei Vergleichen der soziodemografischen Variablen wurden  $\chi^2$ -Tests und bei Einzelvergleichen Z-Tests durchgeführt. Gruppenvergleiche der psychologischen Variablen wurden mittels Varianzanalysen berechnet. Berichtet werden signifikante Ergebnisse mit einem Signifikanzniveau  $p < .05$ , sowie Effektstärken als klein ( $\eta^2 \geq .01$ ,  $\Phi \geq .10$ ), mittel ( $\eta^2 \geq .06$ ,  $\Phi \geq .30$ ) oder groß ( $\eta^2 \geq .14$ ,  $\Phi \geq .50$ ).

## Ergebnisse

### Therapie-Ablehnende versus Therapie-Beginnende

Von den 425 in die Untersuchung inkludierten Personen lehnten 253 (59.5 %) das Therapieangebot aktiv ab, entschieden sich also nach dem Erstgespräch oder im Verlauf der ersten drei Sitzungen gegen eine Teilnahme am Therapieprogramm. Diese Anzahl gibt Anlass zur Besorgnis. Die Frage, worin sich diejenigen, die in die Gruppe der Therapie-Ablehnenden fallen, von denjenigen, die die Therapie beginnen, unterscheiden, ist unter dem Aspekt, dass das Projekt auch als aktiver Beitrag zur Prävention des sexuellen Missbrauchs an Kindern zu betrachten ist, von besonderer Bedeutung.

Tab. 1: Eingesetzte Selbstbericht-Instrumente

Instrument	Name	Erhobenes Konstrukt
ASENIC <sup>1</sup>	Attitudes related to Sexually Explicit and Nonexplicit Images of Children	Einstellungen, die die Nutzung von Missbrauchsabbildungen begünstigen
BIS-11	Barratt Impulsiveness Scale, 11. Version	Aufmerksamkeit, motorische Impulsivität und Selbstkontrolle
BMS	Bumby Molest Scale	Missbrauchsbegünstigende Einstellungen und Kognitionen
CEDCS	Cognitive Empathy Deficits for Children Scale	Defizite kognitiver Empathie gegenüber unbekanntem und eigen-/fantasiertem Missbrauchsopfer
CIS-R <sup>1</sup>	Child Identification Scale – Revised	Emotionale Kongruenz mit Kindern
CISS-24	Coping in Stressful Situations	Problemorientiertes-, emotionsorientiertes und vermeidungsorientiertes Coping
CUSI	Coping Using Sex Inventory	Sexuelles Coping
MSWS-ESS <sup>1</sup>	Multidimensionale Selbstwertskala	Allgemeine Selbstwertschätzung: Subskalen emotionaler und sozialer Selbstwert
RSE <sup>2</sup>	Rosenberg Self-Esteem Scale	Gefühle der eigenen Wertigkeit/Selbstwert
SESM-C	Self-Efficacy Scale related to Minors – Coping Self-Efficacy	Wahrgenommene sexuelle Selbstwirksamkeit
SRP-III	Self-Report Psychopathy Scale, 3rd Version	Manipulation, Empathiedefizite, antisoziale Orientierung
UCLA LS-R	University of California, Los Angeles Loneliness Scale Revised	Emotionale Einsamkeit

Anmerkungen: 1 = nicht verwendet in Studie 1, 2 = nicht verwendet in Studie 2.

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich ein mittlerer Effekt bezüglich der Distanz vom Wohnort zur Therapieeinrichtung. Personen, die aus Berlin und Brandenburg kamen, haben die Therapie mit größerer Wahrscheinlichkeit begonnen als diejenigen, die eine weitere Anfahrt hatten bzw. aus anderen Bundesländern kamen. Dies stützt bisherige Studienergebnisse (s.o.). Das Präventionsnetzwerk *Kein Täter werden* wurde im Verlauf des Bestehens in Deutschland auf mittlerweile 13 Standorte inklusive einem Fernbehandlungsprojekt in Sachsen-Anhalt erweitert, um die Versorgungsstruktur zu verbessern. Die Standorte des Präventionsprojekts werden seit 2018 durch ein Modellvorhaben des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen gefördert, welches aktuell bis 2025 verlängert wurde und umfangreich evaluiert werden soll. Ob diese Maßnahmen dazu beitragen, die Anzahl derer, die ein Therapieangebot ablehnen, zu verringern, die Distanz zum Wohnort somit als plausibler erklärender Faktor zu bewerten ist, wird in der anstehenden Evaluation des Modellvorhabens adressiert werden.

Für die Unterscheidung derjenigen, die die Therapie ablehnten und derjenigen, die die Therapie angingen, ergaben sich für weitere Faktoren kleine Effekte. So zeigte sich, dass diejenigen, deren sexuelle Orientierung sich auf das männliche Geschlecht bezieht, die Therapie eher begonnen haben, ebenso diejenigen, deren sexuelle Präferenzstruktur exklusiv auf das kindliche Körperschema (Tanner-Stadium 1 bei Pädophilie, Tanner-Stadien 2/3 bei Hebephilie) ausgerichtet ist. Bezüglich vergangener Taten in der Lebensgeschichte – vornehmlich

im nicht justizbekanntem *Dunkelfeld* – zeigte sich eine leichte Tendenz für diejenigen, die sowohl von Nutzung von Missbrauchsabbildungen als auch von früherem sexuellem Missbrauch an Kindern berichteten, die Therapie eher zu beginnen. Da diese Faktoren in bisherigen Studien kaum untersucht wurden und die Effekte klein sind, lässt sich daraus nicht schließen, ob sie für die Frage identifizierbarer Faktoren im Bereich der Therapieaufnahme/Dropout relevante Variablen darstellen, können andererseits aber als Hinweis auf eine positive Passung des Angebots für die adressierte Klientel interpretiert werden. In der Literatur diskutierte Faktoren wie Alter, Beziehungsstatus, Bildungsniveau und Erwerbstätigkeit zeigten keine Effekte.

Im Bereich der psychologischen Variablen zeigten sich bei fünf Variablen signifikante Ergebnisse mit kleiner Effektstärke. Diejenigen, die die Therapie begannen, zeigten mit höherer Wahrscheinlichkeit geringere Ausprägungen im Bereich problemorientierter Bewältigungsstrategien, geringerem Selbstwert und niedrigere Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich der Kontrolle sexueller Impulse. Ebenso ergaben sich für diese Gruppe höhere Ausprägungen im Bereich der sogenannten kognitiven Verzerrungen und der emotionalen Einsamkeit mit stärkerer Unzufriedenheit bezüglich der bestehenden sozialen Beziehungen. Dies sind Faktoren, die in der Literatur zu Rückfällen in forensischen Stichproben als evidenzbasiert für das Rückfallrisiko besprochen werden. Auch wenn die Ergebnisse in Dropout-Studien hier insgesamt noch ein inkonsistentes Bild ergeben, so kann dies als Hinweis dafür gesehen werden, dass die risikoassoziierten Faktoren, die in Therapieprogrammen in

diesem spezifischen Kontext fokussiert werden, auch relevante Faktoren sein könnten, weshalb Personen sich um freiwillige und ambulante Hilfe außerhalb der forensischen Kontexte bemühen. Dies ist auch aus der theoretischen Überlegung, dass selbsterlebtes subjektives Risiko Anlass für die Suche nach und Aufnahme einer Therapie ist, plausibel.

## Therapie-Beginnende versus Dropout

Von den 172 Personen, die das Therapieangebot annahmen und mindestens drei Therapiesitzungen absolvierten, beendeten 112 (65.1 %) das Therapieprogramm vollständig und 60 (34.9 %) brachen die Therapie vorzeitig ab. Die Abbruchrate ist vergleichbar mit Zahlen aus der allgemeinen Psychotherapieforschung (vgl. z.B. Wierzbicki & Pekarik, 1993; Swift & Greenberg, 2012). Im Bereich der untersuchten Variablen ergaben sich insgesamt bei drei Faktoren signifikante Unterschiede mit kleiner Effektstärke. Die Personen, die in ihrer Lebensgeschichte eine frühere Tat bezüglich sexuellem Kindesmissbrauch im justizbekannten Hellfeld berichteten, hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, die Therapie abzubrechen. Dies ist einerseits ein besorgniserregendes Ergebnis, da das generelle Rückfallrisiko bei Täter:innen im Hellfeld für diejenigen mit einer sexuellen Präferenzthematik im Sinne einer Pädophilie/Hebephilie höher ist als bei den sogenannten Ersatzhandlungstäter:innen (Beier, 1998). Andererseits ist zu beachten, dass von der Gesamtstichprobe von 425 Personen 41 (9.7 %) von früheren justizbekannten Taten berichteten und in realen Zahlen von 19 Personen in dieser Gruppe, die die Therapie begonnen haben, 12 die Therapie abbrachen und sieben die Therapie beendeten. Ob dieser Effekt sich als robust erweisen kann, bleibt demnach weiteren Untersuchungen vorbehalten. Ein ebenso kleiner Effekt ergab sich bezüglich des formalen Bildungsniveaus mit der Tendenz, dass Personen mit einem geringeren Bildungsniveau eher die Therapie abbrachen, wobei sich dieser Effekt beim Vergleich zwischen Therapie-Ablehnenden und Therapie-Beginnenden nicht zeigen ließ. Da auch das Therapieprogramm im *Präventionsprojekt Dunkelfeld* kognitiv-behavioral ausgerichtet ist, lässt sich hier die oben bereits angeführte Argumentation von Stalans (2004) aufgreifen, dass die kognitiven Anforderungen des Programms für Personen möglicherweise zu wenig passend sind, somit überfordernd und zu Therapieabbrüchen führen können. Dies ist im Rahmen des Projekts mit der Überlegung einer Adaptation des Programms für kognitiv beeinträchtigte Personen aufgegriffen. Der dritte kleine Effekt zeigte sich in einer Tendenz, dass diejenigen, die die Therapie beendeten, zu Beginn ein erhöhtes Maß an emotionsorientierten Bewältigungsstrategien zeigten. Dieses Ergebnis ist widersprüchlich zu den im forensischen Kontext gewonnenen Ergebnissen (Ware & Bright, 2008), wobei Arten der Bewältigungsstrategien in der Dropout-Literatur kaum untersucht wurden. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass in der gegebenen Stichprobe emo-

tionsorientierte Bewältigungsstrategien für die Betroffenen als weniger hilfreich im Umgang mit ihrer sexuellen Präferenzthematik erlebt werden, somit eher zum subjektiven Belastungsleben beitragen und der Aufbau alternativer Bewältigungsstrategien ein Fokus im Therapieprogramm darstellt.

Für diejenigen, die die Therapie beendeten, stellt sich nachfolgend die Frage, wie sich Therapieeffekte, die in einer bereits erschienenen Untersuchung dargestellt wurden (Beier et al., 2015), im Zeitraum nach Beendigung und Abschluss der aktiven Therapiezeit auswirken. Im Folgenden sind die Ergebnisse einer ersten Follow-up-Untersuchung dargestellt.

## Studie 2: Follow-up

### Methodik

Von denjenigen, die die Therapie abgeschlossen hatten, erfüllten 110 Personen das Einschlusskriterium von mindestens einem Jahr Nachbeobachtungszeitraum, wobei für 69 Personen aktuelle Kontaktdaten vorlagen. Diese wurden von Juni 2015 bis August 2017 kontaktiert und 56 nahmen an der Nachuntersuchung teil. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 81.2 % und ist demnach höher als bei den meisten klinischen Follow-up-Studien (Frohburg, 2004; van Horn et al., 2008).

Die Stichprobe glich hinsichtlich der soziodemographischen Daten der oben beschriebenen Gesamtstichprobe und umfasste ebenfalls ausschließlich Personen männlichen Geschlechts. Unterschiede zeigten sich im Bereich sexueller Devianz: Deutlich mehr Personen gaben das vorpubertäre Körperschema als das am jüngsten attraktive im Sinne einer Pädophilie an ( $n = 41$ , 73.2 %) und weniger das frühpubertäre im Sinne einer Hebephilie ( $n = 15$ , 26.8 %). Der Anteil der exklusiv pädo-/hebephilen Personen ohne sexuelle Ansprechbarkeit für Erwachsene war höher mit 51.8 % ( $n = 29$ ). Was straffälliges sexuelles Verhalten in Bezug auf Kinder betrifft, wurden 16.1 % ( $n = 9$ ) als nicht straffällig klassifiziert. 37.5 % ( $n = 21$ ) gaben an, Missbrauchsabbildungen genutzt zu haben, ohne selbst übergriffig gewesen zu sein, 3.6 % ( $n = 2$ ) berichteten über frühere Missbrauchstaten ohne zusätzlichen Gebrauch von Missbrauchsabbildungen und 42.9 % ( $n = 24$ ) berichteten von beiden Deliktformen.

Der Nachbeobachtungszeitraum war durchschnittlich 6.13 Jahre (Spanne: 12 Monate bis 6 Jahre, 10 Monate) und demnach vergleichbar mit Nachbeobachtungsstudien zur Behandlung von Sexualstrafäter:innen (Schmucker & Lösel, 2015). Zusätzlich erfolgte eine Erhebung von Selbstauskunftsbögen zum Follow-up-Zeitpunkt, welche in Tabelle 1 aufgelistet sind. Fragebogendaten vom Zeitpunkt des Erstgesprächs vor der Therapie und direkt nach Abschluss der Therapie wurden zum Vergleich herangezogen. Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten wurden mittels  $t$ -Test oder bei Verletzung der Normalvertei-

lungsbedingung mittels Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test untersucht. Zur Untersuchung der Vorhersagegüte einzelner Variablen wurde eine ROC-Analyse durchgeführt. Berichtet werden signifikante Ergebnisse mit einem Signifikanzniveau  $p < .05$ , sowie Effektstärken als klein ( $AUC \geq .56$ ), mittel ( $AUC \geq .64$ ) oder groß ( $AUC \geq .71$ ).

## Ergebnisse

### Behandlungsdaten

Die durchschnittliche Therapiedauer betrug 14.38 Monate ( $SD = 5.29$ , Spanne 10 bis 36). Die meisten Teilnehmenden (94.6 %) nahmen an einer wöchentlichen Gruppentherapie teil, nur wenige erhielten ausschließlich Einzeltherapie. Viele nutzten zusätzliche therapeutische Angebote wie begleitende Einzelsitzungen (10.7 %) oder Paartherapie (42.9 %). Mehr als ein Viertel (28.6 %) erhielt eine zusätzliche Pharmakotherapie zur Reduzierung des Sexualtriebs, was deutlich höher ist als bei haftentlassenen Sexualstraftäter:innen (Turner et al., 2018). Dies könnte an der Ausrichtung des Behandlungsprogramms auf Personen mit sexuellem Interesse an Kindern sowie der Freiwilligkeit der Behandlung liegen. Fast die Hälfte (44.6 %) nahm an der angebotenen Nachsorgegruppe nach Abschluss der Therapie teil, welche einmal im Monat stattfindet und dem Erhalt der Therapieerfolge und weiterer Stabilisierung dient.

### Verbesserung dynamischer Risikofaktoren

Für die meisten Selbstauskunftsbögen lagen Normen oder Mittelwerte aus Vergleichsstichproben vor. Vor der Therapie wiesen diejenigen, die die Therapie abgeschlossen hatten, durchschnittliche Werte für Impulsivität, sexuelles Coping, Selbstwertgefühl und psychopathische Züge auf, was im Widerspruch zu Untersuchungen bei justizbekannten Täter:innen steht (Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Marshall & Mazzucco, 1995; McKibben et al., 1994). Diejenigen, die die Therapie abschlossen, wiesen vor Therapiebeginn ein höheres Maß an missbrauchsbegünstigenden Einstellungen, emotionaler Kongruenz mit Kindern und emotionaler Einsamkeit auf als Stichproben aus der Gemeinschaft, was darauf hindeutet, dass dies wichtige Faktoren sind, die in der Therapie berücksichtigt werden müssen. Bei der Untersuchung der Verbesserungen bei den dynamischen Risikofaktoren (Ergebnisse in Tabelle 2) zeigte sich, dass die Kognitionen, die den Konsum von Missbrauchsabbildungen unterstützen, nach der Behandlung und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung im Vergleich zu den Werten vor der Behandlung deutlich abnahmen. Dies ist besonders ermutigend, da in unserer Studie ein prädiktiver Zusammenhang zwischen einem hohen Maß an diesen Einstellungen vor der Behandlung und Rückfälligkeit nach der Therapie festgestellt wurde (s.u.). Darüber hinaus war das Niveau

der problemorientierten Bewältigung signifikant erhöht – nicht direkt nach der Behandlung, sondern zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung. Die Therapie mag Anregungen zur Verbesserung gegeben haben, aber die Änderung der Gewohnheiten zur Problembewältigung hat möglicherweise länger gedauert. Verbesserungen, welche direkt nach Therapie bei den Variablen missbrauchsbegünstigende Einstellungen und kognitive Opferempathie gefunden wurden, zeigten sich zum Nacherhebungszeitpunkt nicht mehr in dem entsprechenden Ausmaß. Da es sich hierbei um Risikofaktoren für problematisches Sexualverhalten bei justizbekannten Täter:innen handelt, sollten weitere Möglichkeiten zur Verbesserung des Programms untersucht werden.

### Verhinderung von sexuellem Kindesmissbrauch

Fast alle Personen die vor der Therapie Missbrauchsdelikte begangen hatten (92.3 %), gaben an, seit Beginn der Therapie nicht mehr rückfällig geworden zu sein, und keiner der vorher nicht übergriffig Gewordenen berichtete von einem Erstdelikt. Damit liegt die hier festgestellte Rückfallquote unterhalb der Rückfallquoten von justizbekannten Täter:innen, ob behandelt oder unbehandelt (Schmucker & Lösel, 2015). Leider wurden zwei der Teilnehmenden, die vor der Therapie Übergriffe begangen hatten, nach Abschluss des Therapieprogramms rückfällig. Beide Personen hatten in ihrer Vorgeschichte mehrfach schwere sexuelle Missbräuche verübt.

### Nutzung von Missbrauchsabbildungen

In Bezug auf die Nutzung von Missbrauchsabbildungen wurden einige Verbesserungen festgestellt. Nach Abschluss der Therapie war ein Drittel (33.3 %) in der Lage, auf den Konsum von Missbrauchsabbildungen zu verzichten, wobei nach der Verschärfung des deutschen Gesetzes 2014, nach dem die Verwendung von erotischen Posingbildern auch unter Strafe gestellt wurde, nur noch 25.0 % als konsumabstinent gewertet werden. Im Gegensatz dazu berichteten zwei Drittel derjenigen, die die Therapie abgeschlossen hatten, von anhaltenden Delikten. Leider gab eine Person sogar an, während des Nachbeobachtungszeitraums mit der Nutzung von Missbrauchsabbildungen begonnen zu haben. Wie in Abbildung 2 dargestellt, reduzierte ein Drittel ( $n = 11$ , 35.5 %) der fortwährend Nutzenden signifikant den Schweregrad der verwendeten Missbrauchsinhalte. Ebenso konnte die Nutzungsfrequenz signifikant reduziert werden: 12 (38.7 %) berichteten über eine weniger häufige Verwendung von Missbrauchsabbildungen, 2 (6.5 %) setzten die Verwendung zunächst fort, hörten aber während des Nachbeobachtungszeitraums ganz auf, und drei (9.7 %) berichteten über keinerlei Veränderung. Bezüglich Einstellungen, die die Nutzung von Missbrauchsabbildungen unterstützen, zeigten diejenigen, die nach der Therapie rückfällig wurden, signifikant

Tab. 2: Veränderung dynamischer Risikofaktoren bei N = 56 Therapieteilnehmer, die die Therapie abgeschlossen haben

	Prä	Post	Follow-up	Prä vs. Post	Prä vs. Follow-up
Dynamische Risikofaktoren	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t(df) / Z	t(df) / Z
<b>Emotionale Defizite</b>					
Emotionale Kongruenz	18.67 (6.15)	6.34 (5.83)	18.96 (7.66)	t(25) = 1.72	t(17) = 1.29
Einsamkeit	47.20 (11.52)	44.71 (11.04)	43.97 (13.63)	t(50) = 1.27	Z = -0.77
<b>Tatbegünstigende Kognitionen</b>					
Einstellungen, die Nutzung von Missbrauchsabbildungen begünstigen	50.11 (13.66)	42.86 (12.23)	43.68 (12.01)	Z = -4.51***	t(20) = 4.49***
Missbrauchsbegünstigende Einstellungen	68.33 (15.80)	64.69 (16.35)	67.00 (16.45)	t(21) = 2.16*	t(18) = 0.45
Defizite der kognitiven Opferempathie	76.58 (32.38)	66.16 (27.89)	67.00 (22.78)	Z = -2.19*	t(24) = 1.40
<b>Selbstregulationsdefizite</b>					
Problemorientiertes Coping	23.47 (5.93)	24.14 (7.09)	28.67 (5.76)	t(50) = -0.45	t(34) = -4.07***
Emotionsorientiertes Coping	26.78 (5.68)	25.41 (6.54)	25.00 (6.46)	t(49) = 1.48	t(35) = 1.91
Vermeidungsorientiertes Coping	19.49 (5.41)	20.33 (4.70)	20.81 (4.64)	Z = -0.93	t(35) = -0.96
Selbstwirksamkeitserwartungsdefizit	41.20 (12.16)	36.42 (12.88)	36.95 (12.69)	t(49) = 1.85	Z = -0.77

Anmerkungen: Bis auf problemorientiertes Coping sind alle Variablen in Defizitrichtung kodiert. Fehlende Werte waren aufgrund Veränderungen der Testdiagnostik über den Projektzeitraum nicht vermeidbar, daher variieren die Gruppengrößen zwischen Skalen und Messzeitpunkt; diese sind anhand der Freiheitsgrade  $df = n-1$  erkennbar. Intragruppenvergleiche sind signifikant bei \* $p < .05$  und \*\*\* $p < .001$  (asymptotische Signifikanz, zweiseitig).

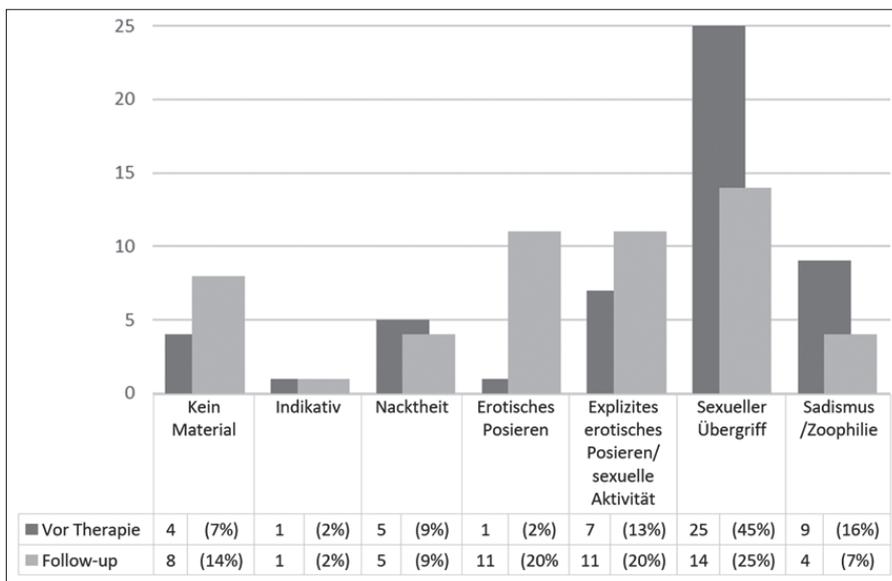


Abb. 2: Nutzung von sexuell erregendem Bildmaterial mit Kindern bei N = 56 Therapieteilnehmern, die die Therapie abgeschlossen haben. Vergleichend dargestellt ist die schwerste verwendete Bildkategorie vor und nach Therapie. Die Reduktion des Schweregrads des konsumierten Bildmaterials ist statistisch signifikant (Z = -3.93,  $p < .001$ ).

höhere Werte vor der Therapie als diejenigen, die abstinent blieben. Für diesen Faktor zeigte sich auch eine mittlere Vorhersagegenauigkeit für Rückfälligkeit. Die Begründung dafür, warum der Gebrauch von Missbrauchsabbildungen eingestellt werden sollte, ist für die meisten Betroffenen weitaus schwieriger zu verstehen als bei den tatsächlichen Missbrauchstaten. Typische Argumente drehen sich um die gegebene Existenz der Bilder und ignorieren die Mechanismen der Nachfrage auf dem Markt, die umfangreiche Vervielfältigung und die anhaltende (Re-)Traumatisierung der Opfer des in diesem Material dargestellten Kindesmissbrauchs (König & Fegert, 2008).

## Fazit und Ausblick

Die hier dargestellten Ergebnisse unterliegen einigen methodischen Limitationen. So haben in dem Zeitraum der Datenerhebung 2005–2016 einige Veränderungen betreffend der Versorgungsstruktur und des Therapieprogramms selbst stattgefunden. Parallel zum Erhebungszeitraum fand die Erweiterung der Versorgungsstruktur und des Netzwerks *Kein Täter werden* um weitere Standorte und Angebote statt. Ebenso wurde 2012 das Programm von geschlossenen Gruppen auf halb-offene Gruppen umgestellt, damit freiwerdende Therapieplätze zügiger nachbesetzt werden können. Das Therapieprogramm selbst wurde im Laufe der Erfahrungen ergänzt und adaptiert und 2012 erfolgte eine Umstellung von streng manualisierter Form auf eine modularisierte Form, um die Therapie stärker an die je individuellen Bedarfe der Teilnehmenden anzupassen. Diese Entwicklungen können die Ergebnisse möglicherweise beeinflusst und konfundiert haben, konnten aber aufgrund der notwendigen Stichprobengröße nicht weiter ausdifferenziert werden. Ebenso konnten Variablen wie z.B. Qualität der therapeutischen Beziehung, Gruppenkohäsion etc. nicht in die Untersuchung einbezogen werden, da entsprechende Fragebögen erst im Verlauf des Projekts implementiert wurden und noch keine ausreichende Datenmenge verfügbar war. Die Standorte des Präventionsnetzwerks *Kein Täter werden* werden seit 2018 im Rahmen eines Modellvorhabens gefördert und sollen hierbei auch gemeinsam evaluiert werden. Es wird dann möglich sein, mit einer umfangreicheren Stichprobe die Ergebnisse zu prüfen und weiter zu differenzieren.

## Literatur

- Bados, A., Balguer, G., Saldana, C., 2007. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology* 63 (6), 585–592.
- Beier, K.M., 1998. Differential typology and prognosis for dissexual behavior – A follow-up study of previously expert-appraised child molesters. *International Journal of Legal Medicine* 111 (3), 133–141.
- 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.
- Beyko, M.J., Wong, S.C.P., 2005. Predictors of treatment attrition as indicators for program improvement not offender shortcomings: a study of sex offender treatment attrition. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 17 (4), 375–389.
- Browne, K.D., Foreman, L., Middleton, D., 1998. Predicting treatment drop-out in sex offenders. *Child Abuse Review* 7 (6), 402–419.
- Craissati, J., Beech, A.R., 2001. Attrition in a Community Treatment Program for Child Sexual Abusers. *Journal of Interpersonal Violence* 16 (3), 205–221.
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J.K., Ramtahal, N., 2015. Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 83 (6), 1108–1122.
- Fraps, C.L., McReynolds, W.T., Beck, N.C., Heisler, G. H., 1982. Predicting client attrition from psychotherapy through behavioral assessment procedures and a critical response approach. *Journal of Clinical Psychology* 38 (4), 759–764.
- Frohburg, I., 2004. Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 33 (3), 196–208.
- 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., Bourgon, G., Helmus, L., Hodgson, S., 2009. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Treatment for Sexual Offenders: Risk, Need, and Responsivity. Public Safety Canada.
- Hanson, R.K., Bussiere, M.T., 1998. Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (2), 348–362.
- Hanson, R.K., Gordon, A., Harris, A.J.R., Marques, J.K., Murphy, W., Quinsey, V.L., Seto, M.C., 2002. First Report of the Collaborative Outcome Data Project on the Effectiveness of Psychological Treatment for Sex Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14 (2), 169–194.
- Hanson, R.K., Morton-Bourgon, K., 2004. Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis 2004-02. Public Safety Canada.
- Jackson, K.R., Booth, P.G., McGuire, J., Salmon, P., 2009. Predictors of starting and remaining in treatment at a specialist alcohol clinic. *Journal of Substance Use* 11 (2), 89–100.
- König, C., Fegert, J.M., 2008. Sexueller Missbrauch. In: Remschmidt, H., Mattejat, F., Warnke, A. (Hg.), *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Thieme, Stuttgart, 452–463.
- Langevin, R., 2006. Acceptance and completion of treatment among sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 50 (4), 402–417.
- Laroche, S., Diguier, L., Laverdière, O., Gamache, D., Greenman, P.S., Descôteaux, J., 2010. Psychological dimensions of antisocial personality disorder as predictors of psychotherapy noncompletion among

- sexual offenders. *Bulletin of the Menninger Clinic* 74 (1), 1–28.
- Larochelle, S., Diguier, L., Laverdiere, O., Greenman, P.S., 2011. Predictors of psychological treatment noncompletion among sexual offenders. *Clinical Psychology Review* 31 (4), 554–562.
- Lösel, F., Schmucker, M., 2005. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology* 1 (1), 117–146.
- Mann, R.E., Hanson, R.K., Thornton, D., 2010. Assessing risk for sexual recidivism: some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 22 (2), 191–217.
- Marques, J., Nelson, C., West, M.A., Day, D.M., 1994. The relationship between treatment goals and recidivism among child molesters. *Behaviour Research and Therapy* 32 (5), 577–588.
- Marshall, W.L., Mazzucco, A., 1995. Self-esteem and parental attachments in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 7 (4), 279–285.
- McKibben, A., Proulx, J., Lusignan, R., 1994. Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviors in rapists and pedophiles. *Behaviour Research and Therapy* 32 (5), 571–575.
- Miner, M., Dwyer, S.M., 1995. Analysis of Dropouts from Outpatient Sex Offender Treatment. *Journal of Psychology & Human Sexuality* 7 (3), 77–93.
- Olver, M.E., Stockdale, K.C., Wormith, J.S., 2011. A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79 (1), 6–21.
- Piper, W.E., Debbane, E.G., Bienvenu, J.P., Garant, J., 1984. A comparative study of four forms of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52 (2), 268–279.
- Rush, A.J., Watkins, J.T., 1981. Group versus individual cognitive therapy. A pilot study. *Cognitive Therapy and Research* 5 (1), 95–103.
- Schmucker, M., Lösel, F., 2015. The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology* 11 (4), 597–630.
- Seto, M.C., 2008. *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*, first ed. American Psychological Association, Washington, DC.
- Seto, M.C., 2012. Is pedophilia a sexual orientation? *Archives of Sexual Behavior* 41 (1), 231–236.
- Sharf, J., 2009. *Meta-analysis of Psychotherapy Dropout*. Unpublished manuscript, Adelphi University, New York.
- Sharf, J., Primavera, L.H., Diener, M.J., 2010. Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 47 (4), 637–645.
- Stalans, L.J., 2004. *Adult Sex Offenders on Community Supervision: A Review of Recent Assessment Strategies and Treatment*. *Criminal Justice and Behavior* 31 (5), 564–608.
- Swift, J.K., Greenberg, R.P., 2012. Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 80 (4), 547–559.
- Tozdan, S., Briken, P., 2015. The earlier, the worse? Age of onset of sexual interest in children. *Journal of Sexual Medicine* 12 (7), 1602–1608.
- Turner, D., Gregório Hertz, P., Sauter, J., Briken, P., Rettenberger, M., 2018. Pharmacological treatment of sexual offenders in German outpatient treatment centers. *International Clinical Psychopharmacology* 33 (6), 349–352.
- van Horn, P.S., Green, K.E., Martinussen, M., 2008. Survey Response Rates and Survey Administration in Counseling and Clinical Psychology. *Educational and Psychological Measurement* 69 (3), 389–403.
- Ward, T., 2002. Good lives and the rehabilitation of sexual offenders: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior* 7, 513–528.
- Ware, J., Bright, D.A., 2008. Evolution of a Treatment Programme for Sex Offenders: Changes to the NSW Custody-Based Intensive Treatment (CUBIT). *Psychiatry, Psychology and Law* 15 (2), 340–349.
- Werbart, A., Wang, M., 2012. Predictors of not starting and dropping out from psychotherapy in Swedish public service settings. *Nordic Psychology* 64 (2), 128–146.
- Wierzbicki, M., Pekarik, G., 1993. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice* 24 (2), 190–195.

---

#### Autor:innen

Dipl. Psych. Julia Nentzl, Selbständige Ambulanz für sexualtherapeutische Prävention und forensisch-psychiatrische Forschung, Universitätsklinikum Leipzig A.ö.R., e-mail: julia.nentzl@medizin.uni-leipzig.de

Dipl. Psych. Gerold Scherner, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: gerold.scherne@charite.de

---