

VLSP-Jahrestagung 2015

24.04.2015 – 26.04.2015

Waldschlösschen
Reinhausen

BEDIT

(Berliner Dissexualitätstherapie)

Ein therapeutischer Ansatz zur Prävention
von sexuellem Kindesmissbrauch

Dr. med. Stefan Faistbauer

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Psychoanalyse - Sexualmedizin

Fürbringerstrasse 6, 10961 Berlin

Definition Dissexualität (sexuelle Verhaltensstörung)

- Sexuell motiviertes Verhalten, das zur Selbst- und/oder Fremdgefährdung führt.
- Eine Fremdgefährdung muss immer angenommen werden, wenn die andere Person nicht einwilligungsfähig ist.

Diagnostische Kriterien für Paraphilien ICD 10

- Wiederholt auftretende intensive sexuelle Impulse und Fantasien, die sich auf ungewöhnliche Gegenstände oder Aktivitäten beziehen.
- Person handelt entsprechend den Impulsen **oder** fühlt sich durch sie deutlich beeinträchtigt.
- Diese Präferenz besteht seit mindestens sechs Monaten.

Diagnostische Kriterien für Paraphilien nach DSM V

Kriterium A: Wiederkehrende intensive sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen über mindestens 6 Monate bezogen auf:

1. Nicht-menschliche Objekte
2. Leiden oder Demütigen von sich selbst oder eines Partners
3. Kinder oder andere Personen, die nicht einwilligungsfähig sind

Kriterium B: Fremdgefährdung und/oder Leiden und zwischenmenschliche Schwierigkeiten

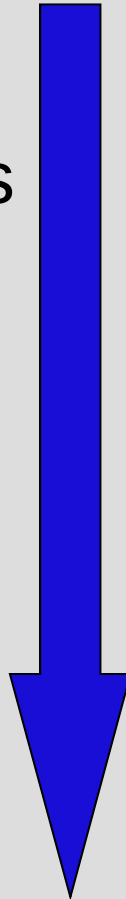
Diagnostische Kriterien für Paraphilien nach DSM V

Paraphilien können sich unterschiedlich manifestieren

- ausschließlicher Typ
- nicht ausschließlicher Typ
- einzeln
- kombiniert

Paraphilie und Dissexualität

- Voyeurismus
- Exhibitionismus
- Toucherismus
- Frotteurismus
- Inzest
- Pädophilie
- Zoophilie
- Sadismus



- Zwang zur sexuellen Konfrontation („sexuelle Belästigung“)
- Nicht einvernehmliche sexuelle Berührung
- Nicht einvernehmlicher sexuell motivierter Körperkontakt („sexuelle Nötigung“)
- Nicht einvernehmliche sexuelle Penetration („Vergewaltigung“)
- Sexuell motivierte körperliche Gewalt bis hin zur sexuell motivierten Tötung

Diagnostische Kriterien für Pädophilie nach ICD 10

Sexuelle Präferenz für Kinder, die sich zumeist in der Vorpubertät oder im frühen Stadium der Pubertät befinden.

Manche Pädophile haben nur an Mädchen, andere nur an Knaben Interesse. Wieder andere sind sowohl an Knaben als auch an Mädchen interessiert.

Diagnostische Kriterien für Pädophilie nach DSM V

- Sexuelle Fantasien oder Verhaltensweisen mit einem präpubertären Kind (bis 13 Jahre) über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten.
- Sexuelle Verhaltensstörung oder Leidensdruck
- Die Person ist mindestens 16 Jahre alt und mindestens 5 Jahre älter als das Kind.

Diagnostische Kriterien für Pädophilie nach DSM V

Weitere Spezifizierungen:

- Sexuelle Orientierung
- Beschränkung auf Inzest?
- Ausschließlicher / nicht ausschließlicher Typ

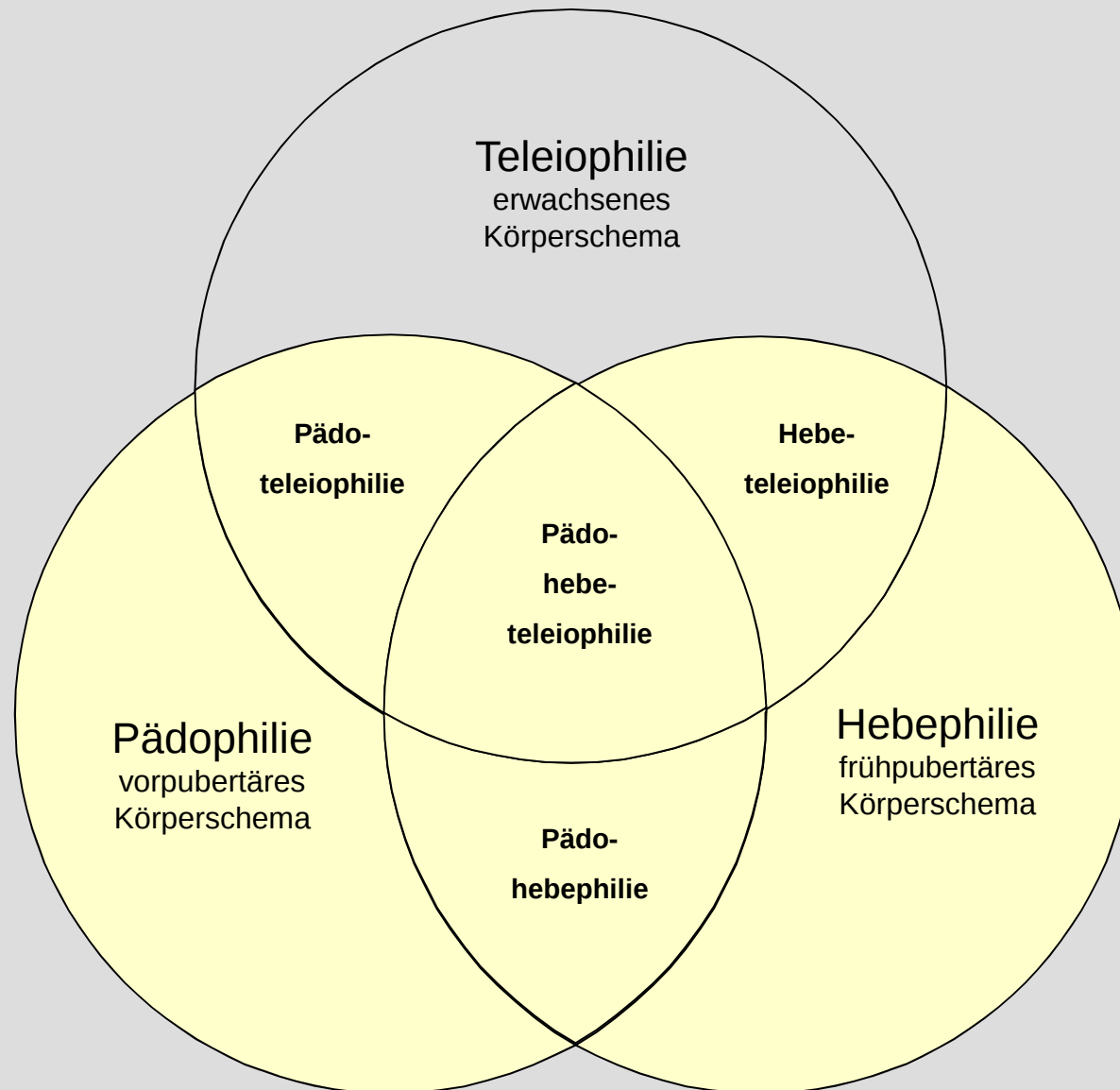
Problematische Aspekte der diagnostischen Kriterien

- Sexueller Kindesmissbrauch kann fälschlicherweise als Pädophilie diagnostiziert werden
- Keine Kriterien zur Unterscheidung von ausschließlichem und nicht-ausschließlichem Typus in ICD 10
- Kriterium Alter in Jahren

Pädophilie / Hebephilie

- **Pädophilie**: Sexuelle Ansprechbarkeit durch ein vorpubertäres Körperschema
- **Hebephilie**: Sexuelle Ansprechbarkeit durch ein frühpubertäres Körperschema

Phänomenologie der sexuellen Präferenz



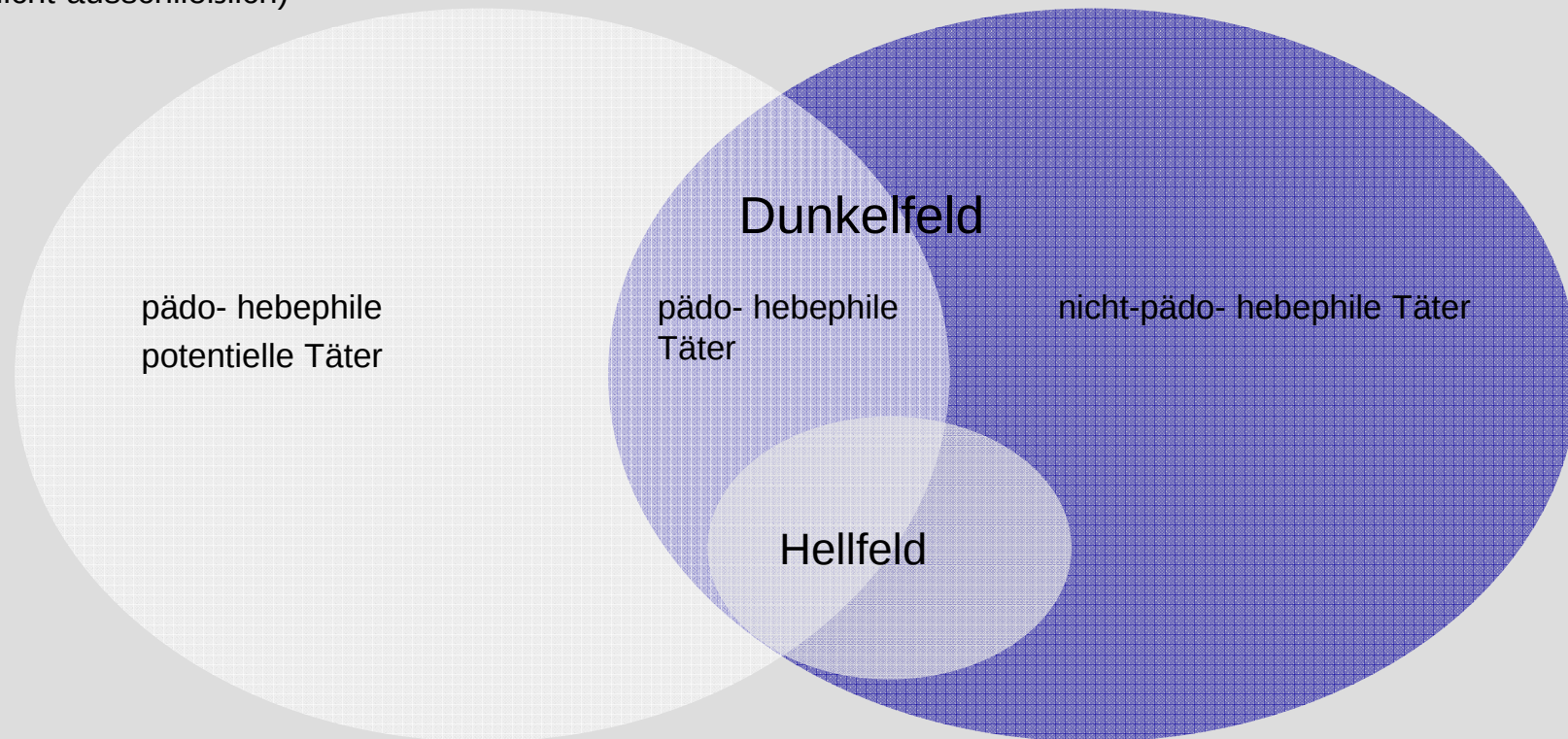
Pädophilie / Hebephilie und sexueller Kindesmissbrauch

Sexuelle Präferenzstörung

(Pädophilie/Hebephilie ausschließlich oder nicht-ausschließlich)

Sexuelle Verhaltensstörung

(sexueller Kindesmissbrauch)



Pädophilie/Hebephilie und die Nutzung von Missbrauchsabbildungen

Sexuelle Präferenzstörung

(Pädophilie/Hebephilie ausschließlich oder nicht-ausschließlich)

Sexuelle Verhaltensstörung

(Nutzung von Missbrauchsabbildungen)

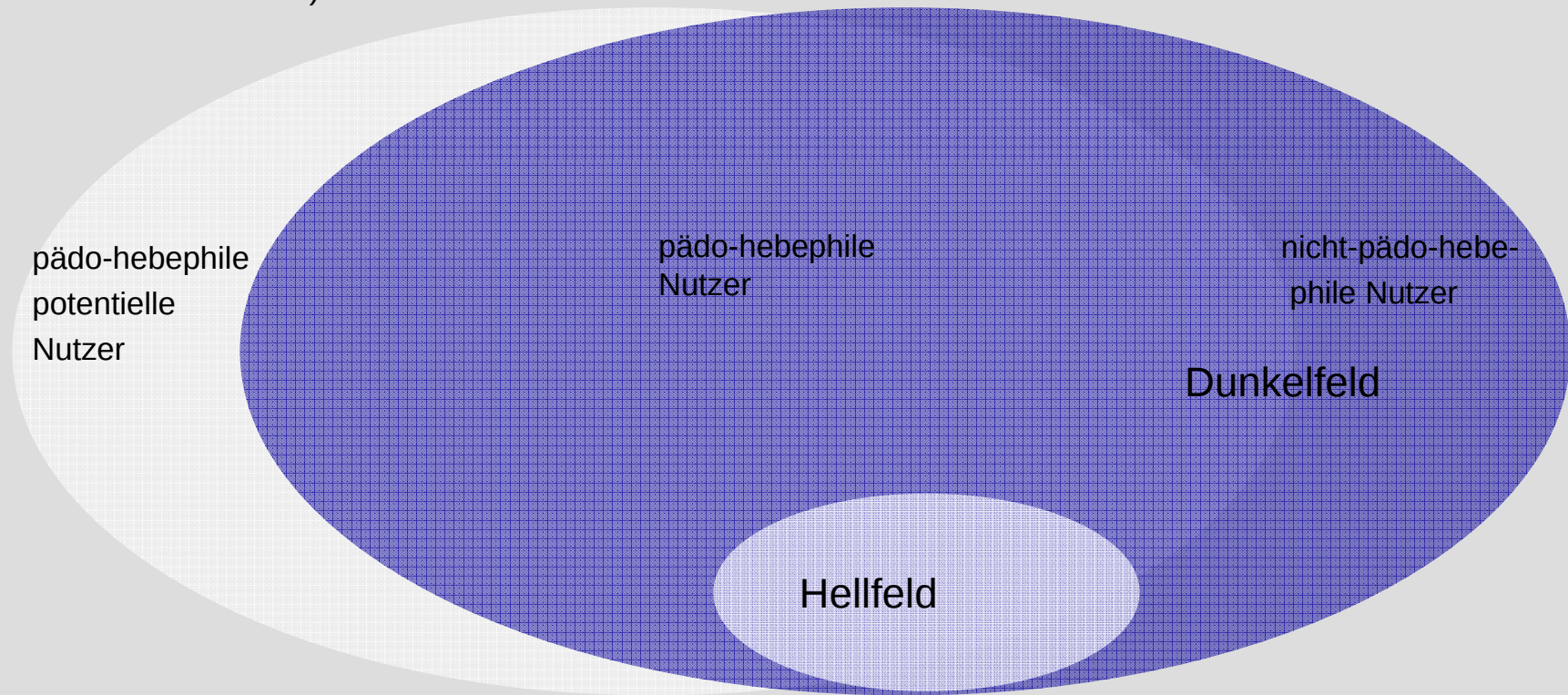
pädo-hebephile
potentielle
Nutzer

pädo-hebephile
Nutzer

nicht-pädo-hebe-
phile Nutzer

Dunkelfeld

Hellfeld



Inhaltliche Kriterien von sexuell erregendem Bildmaterial (ab PPD Level 3 strafrechtlich relevant)

PPD Typologie			
PPD- Level	COPINE- Level	Kategorie	inhaltliche Beschreibung
1	1	Indikativ	unsexualisierte Darstellungen von bekleideten Kindern oder deren Gesichter
2	2 - 5	Nacktheit & erotisches Posen	(halb-) nackte Kinder oder Kinder in Unterwäsche; posende bekleidete und (halb-) nackte Kinder; bekleidet und (halb-) nackte Kinder in sexualisierten/erotischen/provokanten Posen
3	6 - 7	explizit erotisches Posen & sexuelle Aktivität	fokussierte Darstellung des Genital- und Analbereiches von Kindern (bekleidet, halb-/nackt); sexuelle Aktivität unter Kindern, ohne Beteiligung von Erwachsenen (anfassen, gegenseitige/eigene Masturbation, Oral-/Vaginal-/Analverkehr)
4	8 - 9	(schwerer) sexueller Übergriff	Kinder, die sexuell von einem Erwachsenen missbraucht werden (anfassen/berühren, Masturbation, Oral-/Vaginal-/Analverkehr)
5	10	Sadismus and Zoophilie	Kinder, die angebunden/gefesselt sind, geschlagen/ausgepeitscht/verletzt werden und jegliche Einbeziehung von Gewalt (Bondage, Vergewaltigung, physische Verletzungen, Tötung); sexuelles Verhalten mit Tieren

Sexualanamnese I

DREI EBENEN

1. Fantasieebene

Sexuelle Fantasien

- sexuelle Fantasien während der Selbstbefriedigung
- orgasmusauslösende Fantasien
- Fantasien während sexueller Interaktion

2. Verhaltensebene

Sexuelle Handlungen

- Sexuelles Verhalten $\neq$ sexuelle Präferenz

3. Ebene des Selbstkonzeptes

- „ich bin schwul, heterosexuell, etc“

Sexualanamnese II

DREI ACHSEN

1. Sexuelle Orientierung

androphil
gynäphil
beide Geschlechter

2. Ausrichtung auf Alter / körperlichen Entwicklungsstatus

Kleinkinder
präpubertär
peripubertär
adoleszent
greisenhaft

3. Sexuelle Neigung

„normkonform“
paraphil
Objekt
Modus

Sexualanamnese III

VIER FORMEN

1. Selbstbefriedigung
2. Pornografiekonsum
3. nicht-genitale sexuelle Interaktion
4. genitale sexuelle Interaktion

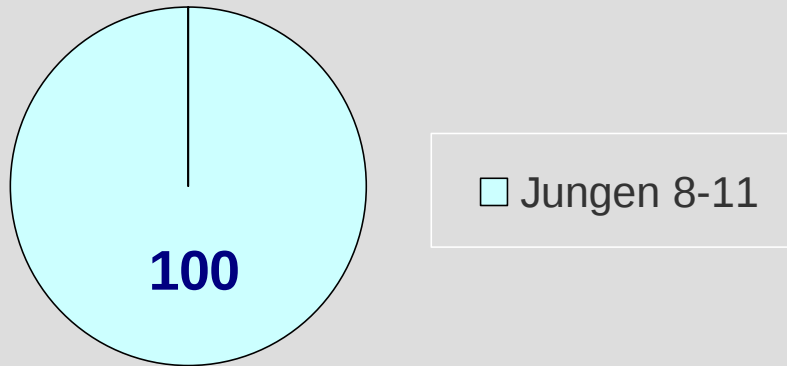
Sexualanamnese IV

DREI DIMENSIONEN

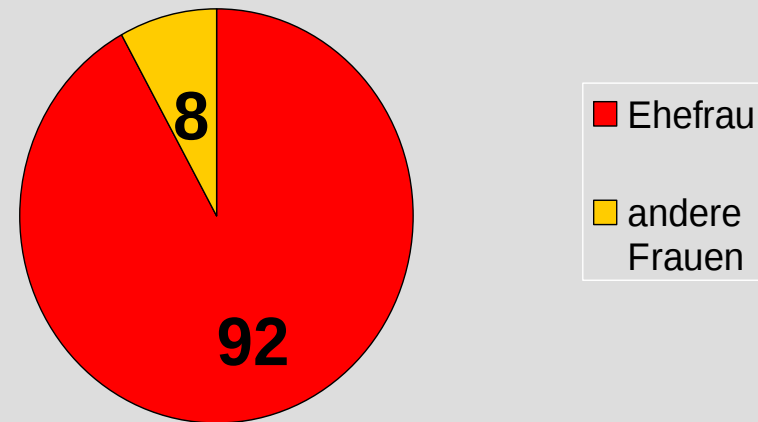
1. Lustorientierte Dimension
2. Fortpflanzungsorientierte Dimension
3. Beziehungsorientierte Dimension

Diagnostik: Beispiel

sexuelle Fantasien in %



sexuelle Kontakte in %



Beim GV mit der Ehefrau werden keine auf Knaben bezogene Fantasien aufgerufen.

Diagnose nach DSM-IV:

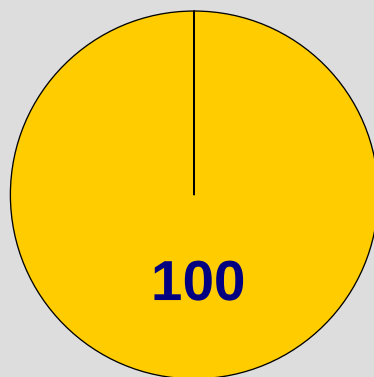
Homopädophilie, nicht - exklusiver Typ

Sexualmedizinische Diagnose:

Homopädophilie, exklusiver Typ

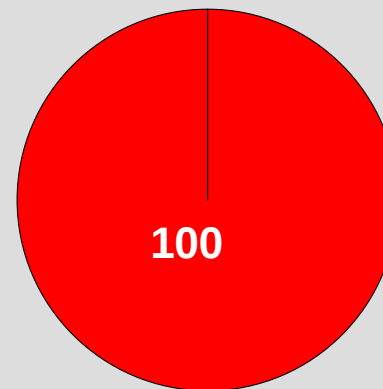
Diagnostik: Beispiel

sexuelle Fantasien in %



■ Jungen 7-11 in Windeln

sexuelle Kontakte in %



■ Ehefrau

Während der sexuellen Kontakte mit der Ehefrau werden Fantasien mit präpubertären Jungen in Windeln und Strumpfhosen aufgerufen. Sonst mangelnde Erektion.

Jungen in Windeln anschauen wird als besonders erregend erlebt, nicht anfassen.

Diagnose nach DSM V: Homopädophilie und Windelfetischismus, nicht exklusiver Typ

Sexualmedizinische Diagnose: Pädophilie und Windelfetischismus, exklusiver Typ

Prävalenz pädophiler Sexualpräferenz

- internationale Studien mit kleinen, meist studentischen Stichproben:
 - 3 - 5% der Befragten masturbieren zu Fantasien mit „jungen“ Mädchen und Jungen
 - 3 – 5% berichten über sexuelle Kontakte mit Kindern jünger als 12 Jahre
- anonyme populationsbasierte Erhebung des Institutes für Sexualmedizin und Sexualwissenschaft der Berliner Charité (N=373):
 - 9,4% der befragten Männer geben wiederkehrende sexuelle Fantasien mit präpubertären Kindern an
 - 5,9% berichten von Masturbationsfantasien mit präpubertären Kindern
 - 3,8% berichten von sexuellen Kontakten zu Kindern
- aktuell muss eine Prävalenz von ca. 1 – 5% angenommen werden

Ausgangssituation des Präventionsprojekts Dunkelfeld in Berlin

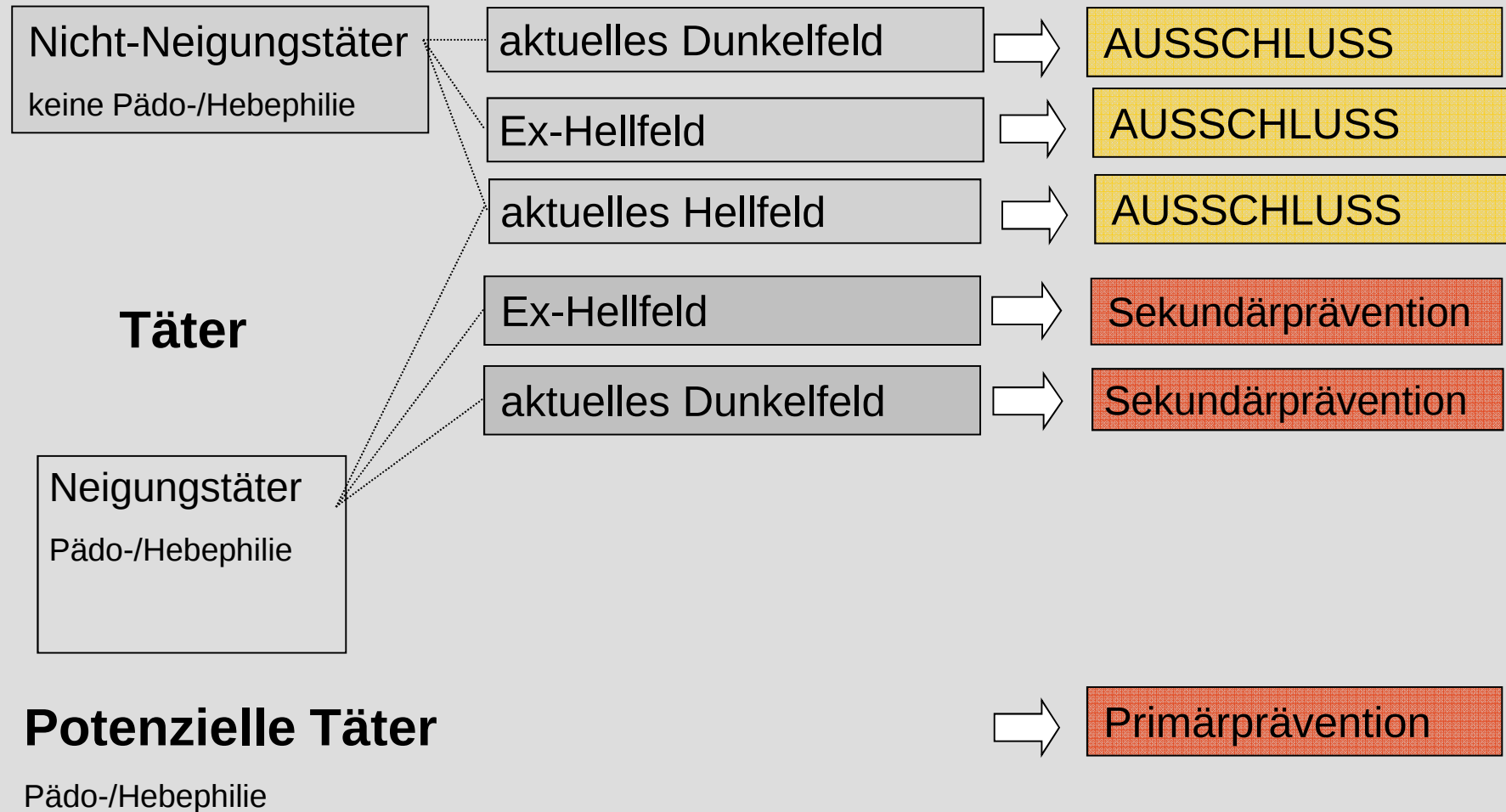
Seit Jahren melden sich Männer am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité, die unter sexuellen Fantasien mit Kindern leiden.

U. a. befürchten sie, sexuelle Übergriffe auf Kinder (erneut) begehen zu können.

Projektziele des PPD

- Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch und der Nutzung von Missbrauchsabbildungen
- Etablierung eines Beratungs- und Therapieangebotes für Männer mit pädophiler/hebephiler Sexualpräferenz
- Entwicklung und Evaluation von Standards in Diagnostik und Therapie sexueller Verhaltensstörungen bei Pädophilie/Hebephilie
- Erkenntnisse über Pädophilie/Hebephilie und sexuellen Kindesmissbrauch außerhalb des forensischen Kontexts gewinnen

Zielgruppen der therapeutischen Intervention





lieben sie kinder mehr als ihnen lieb ist?

es gibt hilfe! kostenlos und unter schweigepflicht. institut für sexualmedizin der charité,
telefon: 030/450 529 450, www.kein-täter-werden.de

mit unterstützung von



VolkswagenStiftung



Das Präventionsprojekt Dunkelfeld

Berliner Dissexualitätstherapie (BEDIT)

- Strukturiertes Behandlungsmanual
- Modulares Behandlungskonzept
- Multimodaler Ansatz:
 - Kognitiv-behavioral (Einstellung, Verhalten, Impulskontrolle)
 - Syndyastisch fokussiert (Bindung & Partnerschaft)
 - Pharmakotherapeutisch (Impulsdämpfung)
- Die Behandlung fokussiert eigenmotivierte Verhaltenskontrolle statt Strafe

Grundannahmen für die Behandlung

- Die sexuelle Präferenzstruktur ist unveränderlich.
- Eine Heilung im Sinne einer Löschung des Problems ist nicht möglich.
- Die Kontrolle des eigenen Verhaltens ist beeinflussbar

Therapieziele

- Akzeptanz der Sexualpräferenz
- Integration der Sexualpräferenz in das Selbstbild
- Reduktion kognitiver Verzerrungen
- Förderung von Perspektivenübernahme und Opferempathie
- Erlangen von Kenntnis über eigene Risikofaktoren
- Aufbau einer effizienten Selbstkontrolle
- Verzicht auf dissexuelle Handlungen
- optional pharmakologische Behandlung zur Dämpfung sexueller Impulse

Therapeutisches Setting

Manualisiertes Vorgehen

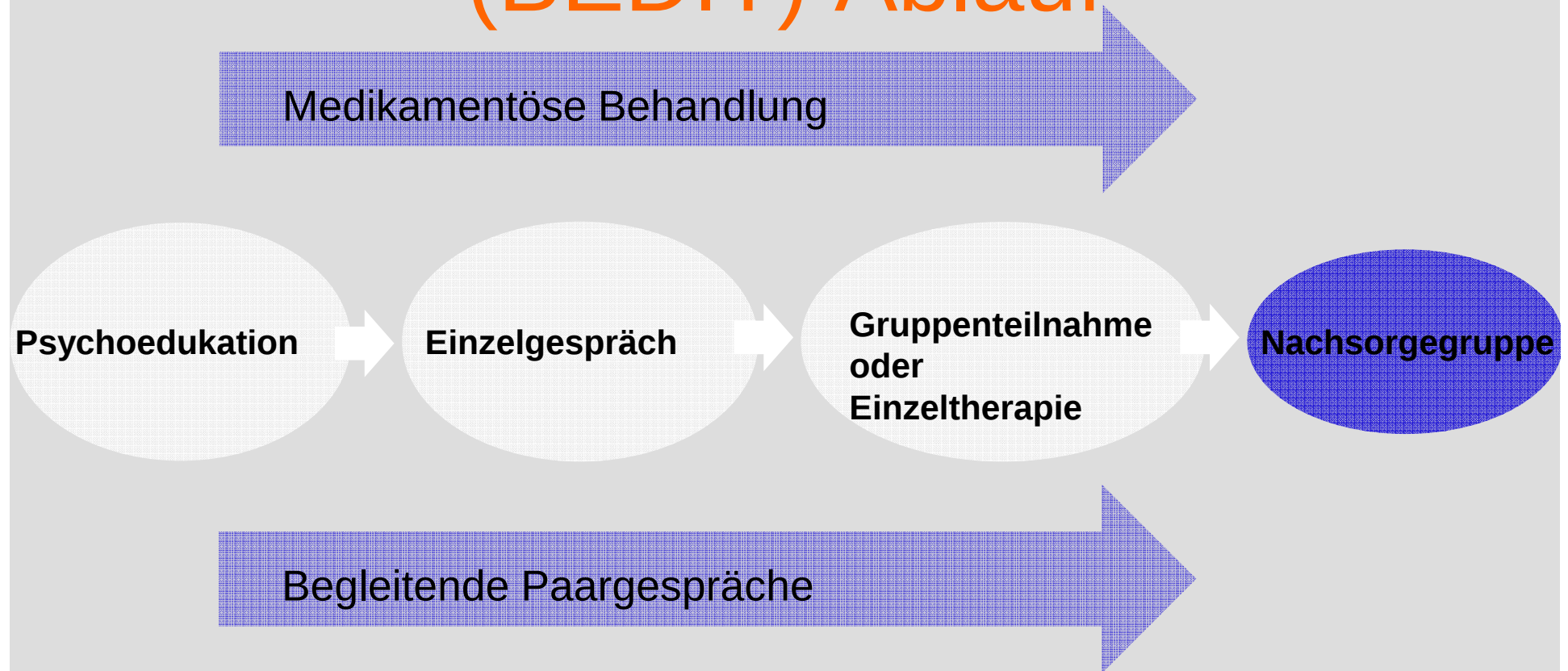
Gruppentherapie

- Ca. 50 Sitzungen à 2 h
- 2 Therapeuten
- Variable TN-Zusammensetzung
- Aufnahme und Abschluss flexibel und individuell
- Pat. befinden sich in verschiedenen Stadien der Auseinandersetzung
- Fokus auf Austausch

Einzeltherapie

- Ca. 45 Sitzungen à 1 h
- 1 Therapeut
- Aufnahme und Abschluss flexibel und individuell
- Individuelle Anpassung in der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Themenbereichen möglich

Berliner Dissexualitätstherapie (BEDIT) Ablauf



Sukzessiver Aus- und Aufbau von Selbstkontrolle unter
Berücksichtigung psychologischer Risikofaktoren

Pharmakologische Behandlung

- Informationen über medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten und deren Wirkungen und Nebenwirkungen
- SSRI
- Cyproteronacetat
- GnRH-Analoga

Wirkung – Empirische Befunde

- **SSRI** – Senkung von:
 - Masturbationsfrequenz, Fantasieintensität, Sexuelle Aktivität
 - Depressivität, Angst
 - keine Untersuchung von Rezidivität
- **Antiandrogene CPA** – Senkung von:
 - Masturbationsfrequenz, Fantasieintensität, deviantem sexuellem Verhalten
 - Rezidivität
- **GnRH-Analoga** – Senkung von:
 - Masturbationsfrequenz, Fantasieintensität, deviantem sexuellem Verhalten
 - Stärkere Senkung als unter Antiandrogenen
 - Rezidivität unter Therapie und nach abruptem Absetzen beschrieben



Akzeptanz

- bedeutet aufzuhören, gegen etwas zu kämpfen
- ist das Anerkennen dessen, was ist
- ist die Entscheidung, den Augenblick zu ertragen
- bedeutet nicht, etwas gut zu heißen
- ist Voraussetzung für die Bewältigung unveränderlicher Umstände

Wahrnehmung

- Sexuelle Stimuli
- sexuelle Fantasien und Selbstbefriedigung
- Wahrnehmungsverzerrungen im Hinblick auf die Einvernehmlichkeit sexueller Handlungen

- Definition: sexuelle Handlungen
- Definition: sexueller Übergriff

Immer dann, wenn der andere nicht seine Einwilligung geben kann **oder** wenn der andere nicht einverstanden ist.

Wahrnehmungsverzerrungen und Problematische Einstellungen

- Verzernte Wahrnehmung und Reizverarbeitung
- Verzernte Attribuierung
- Verzernte Grundannahmen und Überzeugungen

Verzernte Grundannahmen und Überzeugungen

- Kinder haben ein Recht auf sexuelle Selbstbestimmung
- Manche Kinder sind frühreif
- Im alten Griechenland war das o.k.
- Kinderpornos gucken ist besser als Missbrauch

Geringe Perspektivenübernahme und Empathie

- Erschwerte Perspektivenübernahme
Beispiel: Windelbestellung - Ehefrau
- Empathiedefizite als geringe Fähigkeit,
Gefühle und Gedanken insbesondere des
Opfers zu erfassen
Beispiel: Mädchen vor der Kamera

Empathie

- Was ist Empathie?
- Erlebnisberichte von Missbrauchsoptionen
- Rollenspiele
- Brief an mich von meinem Opfer
- Brief an mein Opfer

Sexuelles Erleben in der Fantasie vs. sexuelles Verhalten in Handlungen

- Wahrnehmungsschulung für die eigenen sexuellen Fantasien und das eigene sexuelle Verhalten
- Wie steuern innere und äußere Schranken das sexuelle Verhalten?
- Welche Ressourcen zur Impulskontrolle sind vorhanden?
- Gibt es Mechanismen von Verharmlosung, Leugnung und Rationalisierung in Fantasie und Verhalten?

Bewältigungsstrategien

- Aufgabenorientierte oder problemfokussierte Bewältigung
- Gefühlsorientierte Strategie
- Vermeidung

Soziale Beziehungen

- Wie sieht mein Beziehungsnetz aus?
- Was sind meine typischen sozialen Interaktionsformen?
- Situationsanalysen, Rollenspiele, soziale Kompetenzen

Intimität, Nähe und Vertrauen

- Konzept von Intimität
- Intimität - emotionale Einsamkeit - Lebensqualität
- Intimität und emotionale Nähe in der bisherigen Biografie
- Erleben von Intimität mit Kindern und Erwachsenen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede
- Verbale und nonverbale Kommunikation von Gefühlen
- pädophile Wünsche, Bedürfnisse und Fantasien
- Partnerschaft und Sexualität
- Paarberatung auf Wunsch

Schutzplan

- Analyse individueller Risikofaktoren bzw. Warnzeichen, z.B.:
 - **Ort:** Spielplatz, Schwimmbad
 - **Situation:** Jobverlust, mit Kind allein zu Hause
 - **Gedanken:** „Wenn ich schon sonst nichts habe, dann soll wenigstens einmal ...“
 - **Gefühle:** Wut, Traurigkeit, Einsamkeit, Angst, Scham, etc.
 - **Verhalten:** Konsum von Alkohol oder anderen Drogen, sozialer Rückzug, Suchverhalten (Kontakte, Bildmaterial)

Rückfallprophylaxeplan

- Für jeden Risikofaktor:
 - Was kann ich zur Vorbeugung tun?
 - Welche Gedanken können mir helfen?
 - Wie kann ich mich verhalten?
- Vertrauenspersonen? An wen kann ich mich wenden?

Bisherige Erfahrungen mit der Behandlung

- Empathische Grundhaltung und authentisches Beziehungsangebot der Therapeuten ist bedeutsam für den Therapieerfolg.
- Die Therapiemotivation der Patienten ist hoch ambivalent.
- Es besteht ein hoher Erwartungsdruck an die Patienten von Seiten des Projekts („kein Täter werden!“)
- Die Themen Scham, Schuld, Angst vor Öffentlichkeit nehmen einen breiten Raum in der Behandlung ein.
- Der Austausch mit anderen Betroffenen fördert Selbstannahme und Akzeptanz der sexuellen Präferenz.
- Bei dem Wunsch, die Ursachen der Pädophilie zu erkennen und sie dadurch „heilen“ zu können, handelt es sich um ein unrealistisches Therapieziel.
- Die Patienten halten lange an dem unrealistischen Therapieziel fest, dass sich ihre Präferenzstruktur ändert.

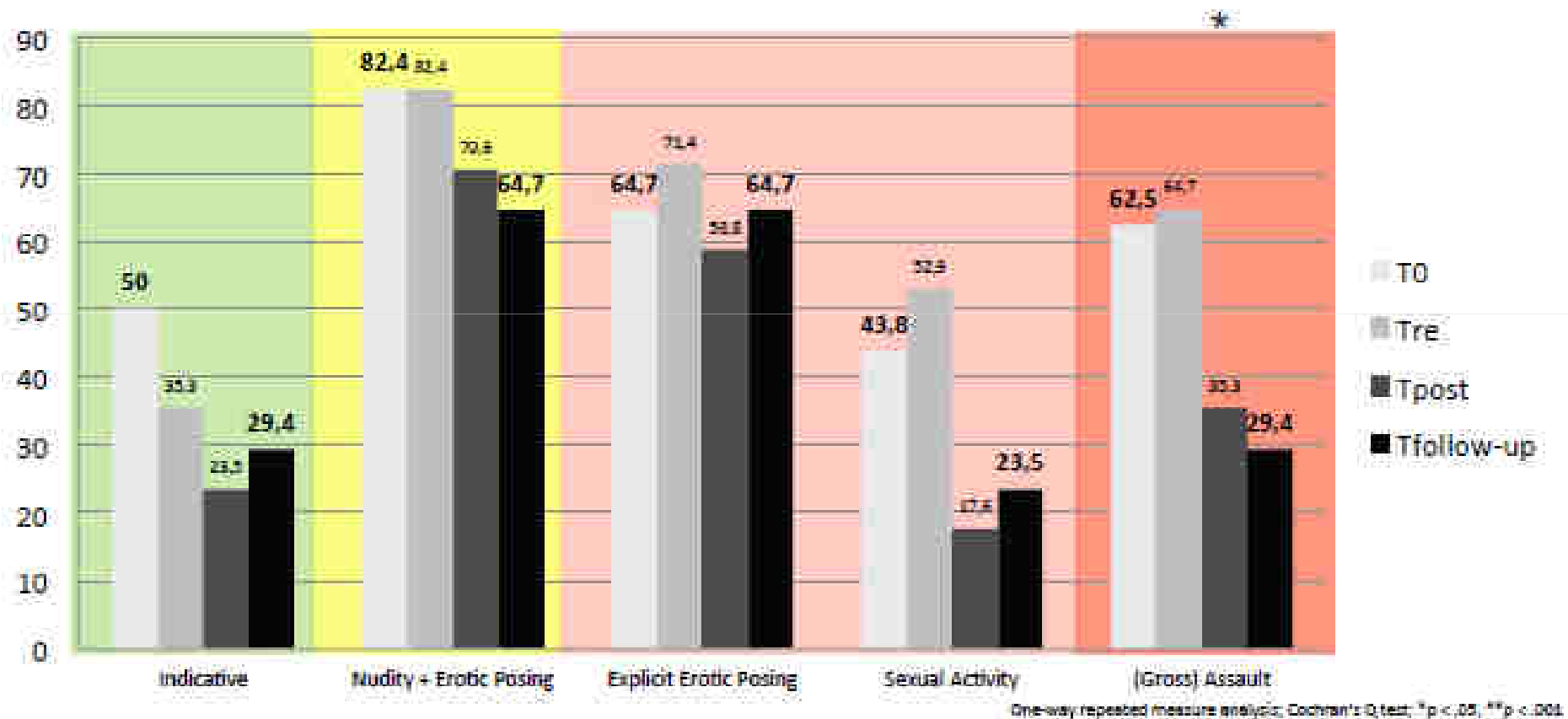
Veränderungen psychologisch bedeutsamer Risikofaktoren (N=53)

Bereich	Risikofaktor	Veränderung	Signifikanz
Emotionale Defizite	• Selbstwertdefizite • Einsamkeit • Emotionsorientiertes Coping	++ - -	** * *
Missbrauch begünstigende Kognitionen	• Missbrauch begünstigende Einstellungen • Emotionale und kognitive Opferempathie	-- +	** *
Sexuelle Selbst-regulation	• Selbstwirksamkeitserwartung • Häufigkeit von Masturbationsfantasien mit Kindern	+ -	* *

Veränderungen im Verhalten (N=53)

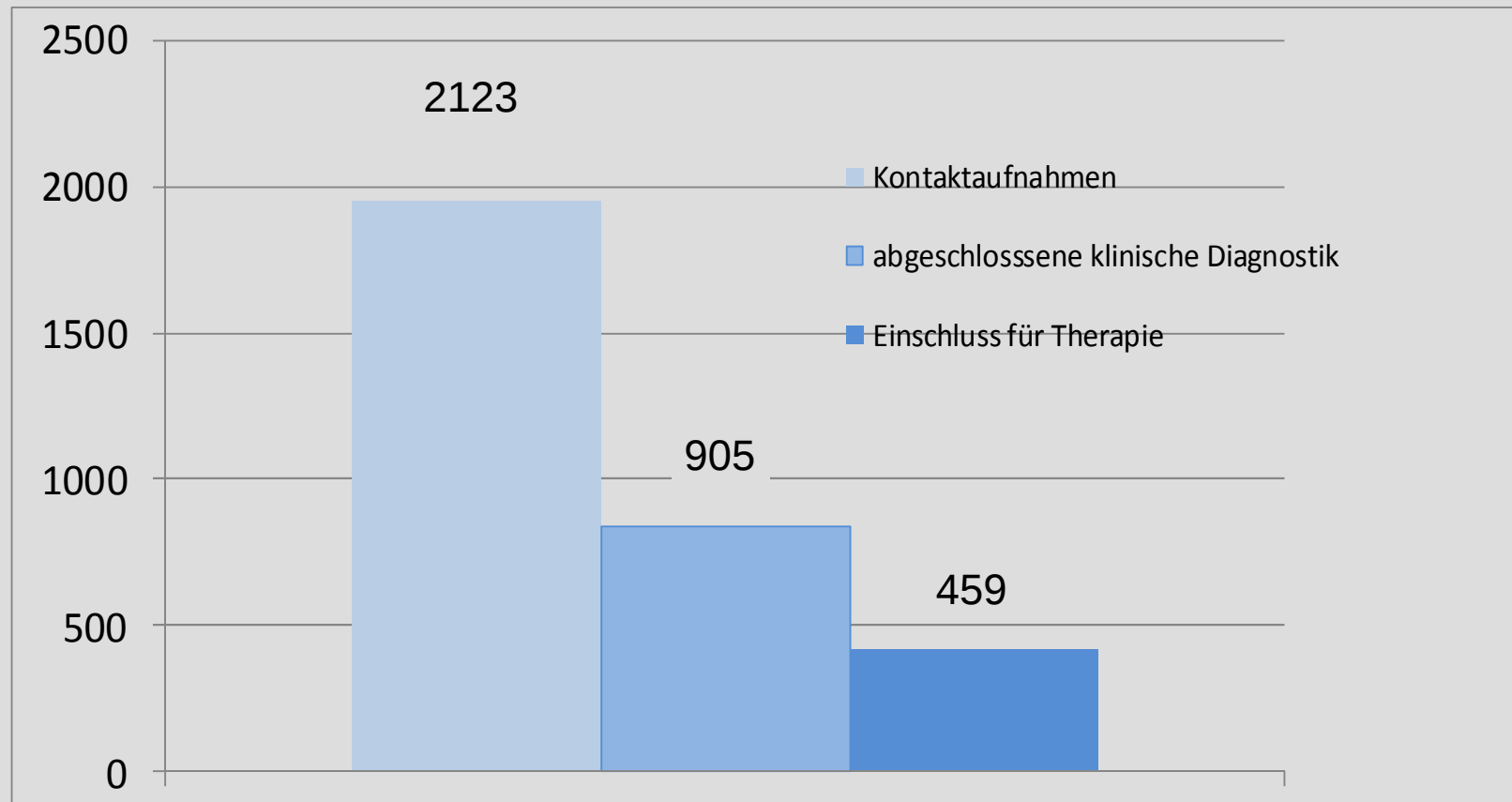
Sexueller Kindesmissbrauch	• 27 von 53 Teilnehmern mit entsprechender Vorbelastung • niedrige Basisrate • kein erstmaliger sexueller Übergriff • 5 Teilnehmer gaben persistierendes Übergriffsverhalten an, aber reduzieren Häufigkeit und Schwere
Missbrauchs- abbildungen	• 27 von 53 Teilnehmern mit entsprechender Vorbelastung • bei Eintritt in Therapie nutzten 14 Teilnehmer Missbrauchsabbildungen • 1/3 beenden die Nutzung von Missbrauchsabbildungen • 2/3 nutzen weiterhin Missbrauchsabbildungen, aber reduzieren Häufigkeit und Schwere der Nutzung

Veränderung im Nutzungsverhalten



Projektstatus Berlin

Juli 2005 – 18. März 2015



Soziodemographische Daten

- **Durchschnittsalter:**
 - 37.2 Jahre (SD=11,4 J., Range: 17 – 68 Jahre)
- **Bildung:**
 - 55% besuchten > 11 Jahre Bildungseinrichtungen
- **Beschäftigung:**
 - 72.1% sind aktuell erwerbstätig (Berufstätig/Studium)
- **Bindung:**
 - 41% sind aktuell partnerschaftlich gebunden
- **Bezugsperson für Kinder:**
 - 35.4% sind Bezugsperson für ein/mehrere Kind(er)

Netzwerkpartner – Stand 09/14



weitere Präventionsprojekte im Bundesgebiet

- 07/2005 Berlin
- 03/2009 Kiel
- 09/2010 Regensburg
- 10/2011 Leipzig
- 03/2012 Hannover
- 04/2012 Hamburg
- 01/2013 Mecklenburg-Vorpommern
- 12/2013 Gießen
- 07/2014 Ulm
- 07/2014 Düsseldorf
- 05/2015 Mainz

zukünftige Standorte

- Saarland (Anfangsstadium)
- Thüringen (unentschieden)
- Sachsen-Anhalt (unentschieden)

Ziele

- flächendeckende Versorgung
- Erarbeitung und Evaluation von Standards
- Vergrößerung der Stichprobe für Evaluation

Herzlichen Dank für die
Einladung und Ihre
Aufmerksamkeit