

Werner Scholz

Störungen der Geschlechtsidentität – Störungen der Sexualpräferenz – Gewalt und Sexualität

Gender identity disorder - disorders of sexual preference – sexual violence

Zusammenfassung

Der Druck auf Psychotherapeuten im Zusammenhang mit Geschlechtsumwandlungen wird größer. Im ersten Teil des Artikels wird ausgeführt, was wir zu Störungen der Geschlechtsidentität wissen und welche therapeutischen Optionen vorhanden sind, einschließlich der Interventionen nach fehlgeschlagenen Operationen. Im zweiten Teil werden sexuelle Präferenzstörungen abgehandelt. Die Erkenntnisse über Entstehung und Aufrechterhaltung werden dargelegt, und es wird ein Modell vorgestellt, wie therapeutische Interventionen bei motivierten und unmotivierten Patienten möglich sind. Der Schwerpunkt liegt auf Fällen, die im Rahmen ambulanter Behandlung therapierbar sind. Schließlich werden Modelle zur Analyse und Therapie sexueller Gewalt dargestellt.

Schlüsselwörter

Geschlechtsidentitätsstörungen – Paraphilie – Vergewaltigung – sexuelle Gewalt

Summary

The pressure exerted on psychotherapists in the legal process of change of sex has been growing. In the first part of this article it is discussed what we know about gender identity disorders, which therapeutic options we have and which therapeutic interventions may become necessary after failed surgery. The second part deals with disorders of sexual preference and presents thoughts about both the origin and maintenance of the disorders as well as a model showing how to deal therapeutically with motivated and unmotivated patients, with the focus on disorders that can be handled in an outpatient setting. Finally, models to psychologically understand and treat sexual violence are presented.

Keywords

gender identity disorder – paraphilia – rape – sexual violence

■ Störungen der Geschlechtsidentität

1. Einleitung

Geschlechtsidentitätsstörungen treten mit zunehmender Toleranz der Öffentlichkeit immer häufiger in Erscheinung. Wo früher fast ausschließlich Transsexuelle im Rahmen der Modalitäten zur Geschlechtsumwandlung zum Therapeuten kamen, finden sich mittlerweile immer mehr Betroffene aus der „Schrägen Subkultur“ (queer). Schwerpunkt der folgenden Erörterungen ist der Transsexualismus mit Verweisen auf andere Störungsbilder. Die Kenntnis unterschiedlicher sexueller Äußerungsformen macht es dem Therapeuten leichter, Alternativen zur Geschlechtsumwandlung zu sehen und therapeutisch zu nutzen. Dies ist ein wichtiges Anliegen dieses Artikels. Therapeuten müssen lernen, wie das Störungsbild zu erkennen ist und welche Möglichkeiten therapeutischer Hilfe vorhanden sind.

2. Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Hauptmerkmale

Wichtigstes Erkennungszeichen für das Vorliegen einer transsexuellen Entwicklung ist die stabile psychische Identifikation

mit dem Gegengeschlecht von Kindheit an. Es finden sich hierfür keine organischen Befunde z. B. für genetische Defekte oder hormonelle Störungen. Alle geschlechtsspezifischen Merkmale körperlicher und psychischer Art werden abgelehnt, und es besteht ein dringender Wunsch nach Geschlechtsumwandlung. Dieser Wunsch erlischt selbst dann nicht, wenn die äußerst belastenden Verfahren und die oft recht dürftigen Ergebnisse der plastischen Chirurgie realisiert werden. Die Betroffenen zeigen meist eine Neigung, sich wie das andere Geschlecht zu kleiden (crossdressing); von differenzialdiagnostischer Bedeutung ist eine weitgehend untergeordnete Rolle der Sexualität; in äußerst bescheidenem Ausmaß spielt sie bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen eine Rolle, wohl wegen der gesellschaftlichen Erwartungen an „den Mann“.

Epidemiologie

Die Prävalenzraten in den westlichen Gesellschaften liegen für Mann-zu-Frau-Transsexuelle bei 3-8 pro 100 000, für Frau-zu-Mann-Transsexuelle bei 1-3 pro 100 000, für Geschlechtsidentitätsstörungen insgesamt bei 1:11 000 (bei Männern) und 1:30 000 (bei Frauen) (Leiblum und Rosen, 2006). Trotz unterschiedlicher Zahlen ist der Anteil an Männern konstant höher als der an Frauen (5:1). Es scheint global gesehen er-

hebliche Differenzen zu geben, so liegt die Rate z.B. in Singapur bis zu 10-mal höher.

Beginn und Verlauf

Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Geschlecht zeigt sich meist schon früh. Auffällig wird sie oft mit der Einschulung. Die Mehrzahl Betroffener orientiert sich im späteren Leben homo- oder bisexuell. Seltener tritt diese Störung im späteren Alter auf, dann oft im Zusammenhang mit transvestitischem Fetischismus. In diesem Fall werden Alternativen zur Geschlechtsumwandlung eher akzeptiert. In vielen Fällen unterziehen sich die Patient(inn)en aber einer Hormonbehandlung und Operation. Die wenigen katamnesticen Untersuchungen ergeben ein uneinheitliches Bild über den Verlauf mit und ohne Operation. Manche berichten von hoher Unzufriedenheit mit den Operationsergebnissen, manche von hohen Zufriedenheitsraten – bis zu 90%. Spontanremissionen sind bekannt. Es bleibt zu hoffen, dass die zunehmende Toleranz alternativer Sexualäußerungen das Problem entschärfen wird.

Klinische Merkmale

Über prädisponierende Faktoren oder familiäre Häufungen ist kaum Gesichertes bekannt. In unbehandelten Fällen entwickeln sich oft Depressionen, auch Süchte. Diese Komorbidität findet sich aber auch bei einem nicht unerheblichen Anteil operierter Patienten. Transsexualismus kann zusammen mit vielen Störungen der sexuellen Präferenz auftreten (Laws und Donohue, 2008). Dies widerspricht der geringen Bedeutung, die Transsexuelle der Sexualität angeblich zumessen. Ein bis jetzt ungeklärter Widerspruch. In der psychotherapeutischen Praxis, also meist vor der Operation, imponiert die Mehrzahl der Transsexuellen durch ihre unerschütterliche Beharrlichkeit in ihren Wünschen nach Umwandlung. Dabei wird mit gesundheitlichen Gefahren innerlich distanziert umgegangen. Komplikationen haben keinen Raum im Denken. Oft sind Zirkel Gleichgesinnter die wichtigsten Auslöser und Unterstützer der Sexualumwandlung.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

ICD-10 F64.0 Transsexualismus

Kriterien: Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden; Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht; Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung; mindestens 2 Jahre

Ausschluss: nicht Symptom einer anderen psychischen Störung
Differenzialdiagnose: abgewehrte homosexuelle Entwicklung; fetischistischer Transvestitismus; psychotische Entwicklung mit paranoider oder halluzinatorischer Symptomatik; Persönlichkeitsstörung (Borderline) mit bizarrer Symptomatik; neurotische und Adoleszenzkonflikte; Dysmorphophobie

ICD-10 F64.1 Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen

Kriterien: Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts, um sich ihm zeitweilig zugehörig zu fühlen

Ausschluss: sexuelle Gefühle. Wunsch nach Geschlechtsumwandlung

Differenzialdiagnose: fetischistischer Transvestitismus; wahnhaftes Vorstellen, anderen Geschlechts zu sein; Persönlichkeitsstörung

Störungsmodell

Es existiert kein gesichertes Störungsmodell. Überlegungen zu biologischen Ursachen (Prägung) oder zu Hirnanomalien (Temporallappenanomalien) sind nicht schlüssig. Psychologische Überlegungen sind spekulativ.

Umsetzung in die klinische Praxis

Im Rahmen des gesetzlichen Verfahrens zur Geschlechtsumwandlung ist eine einjährige Psychotherapie vorgeschrieben. Sie wird von den Betroffenen meist als lästige Pflicht angesehen. Diese oft demonstrativ oberflächliche Motivation darf uns unter keinen Umständen zur Nachlässigkeit in der Therapie verführen. Manche Untersuchungen zeigen hohe Raten an Unzufriedenheit mit den Operationsergebnissen. Therapeutische Unterstützung vor der Entscheidung ist deshalb dringend notwendig. Die zentralen Ziele dieser Arbeit sind:

- Der Wunsch muss im Zusammenhang mit der gesamten Persönlichkeit gesehen werden. Die Patient(inn)en müssen eine klare Vorstellung von den biografischen Faktoren haben, die zu dem Wunsch geführt haben.
- Erkundung von Alternativen: Suchen neuer Formen, im anderen Geschlecht zu leben. Teilzeit-Leben im anderen Geschlecht. Nur Hormone, keine Operation. Nur unproblematischere Operationen.
- Behandlung anderer psychologischer Probleme beim Betroffenen. Selbstsicherheit, Durchsetzung, Partnerschaft etc.
- Genaue differenzialdiagnostische Abklärung. Der Störung darf keine andere Problematik zugrunde liegen, sonst muss dringend von der Geschlechtsumwandlung abgeraten werden.
- Sorgfältige Vorbereitung der Operation. Die Patient(inn)en müssen zuerst in der neuen Geschlechtsrolle leben (gesetzlich vorgeschrieben). Eine realistische Sicht geschlechtsspezifischer Verhaltens- und Denkweisen, auch der Nachteile des gewählten Geschlechts ist anzustreben. Überlegt werden sollte, ob gegengeschlechtliche Therapeut(inn)en realistischere Vorbilder liefern können. Rollenspiele, Verhaltensübungen, am besten videounterstützt, werden durchgeführt, um kontinuierliche Rückmeldung geben zu können. Die berufliche und soziale Integration für die Zeit nach der Operation ist sicherzustellen. Der Umgang mit Verwandten und Bekannten muss diskutiert und evtl. vorgeübt werden. Die Operation sollte besprochen werden, die Einbeziehung des ausgewählten Chirurgen ist an dieser Stelle unverzichtbar. Mögliche negative Ergebnisse der Operation müssen angedacht werden. Sinnvoll sind operative Eingriffe nur dann, wenn die Patienten über eine gute emotionale Stabilität und Belastbarkeit verfügen und die Psychosegefährdung weitgehend ausgeschlossen ist.

Viele Betroffene haben zumindest losen Kontakt zu anderen Transsexuellen. Wenn möglich sollte versucht werden, eine kritische Distanz zu euphorischen Befürwortern herzustellen. Vor jeder operativen Intervention sollte den Patient(inn)en eine Brücke gebaut werden, sich wieder zu melden, wenn Probleme auftreten sollten. Es muss hier unbedingt alles vermieden werden, was es erschwert, erneut Hilfe aufzusuchen. Die Patient(inn)en dürfen sich nicht beschämt fühlen, wenn ihre Erwartungen enttäuscht werden.

■ Störungen der Sexualpräferenz – Sexuelle Grenzüberschreitungen

1. Einleitung

Neue Erkenntnisse machen ein verändertes Verständnis für Störungen der Sexualpräferenz notwendig. Die unkritische Verharmlosung muss einem realistischeren Bild weichen. Von therapeutischer Relevanz sind überwiegend Störungsbilder, die potenziell schädigendes oder verletzendes Verhalten umfassen und/oder bei denen ohne Einverständnis der Opfer gehandelt wird. Im Zentrum dieses Artikels steht die Darstellung eines therapeutischen Konzeptes für Sexualtäter mit Beispielen für das konkrete Vorgehen.

Es handelt sich um eine ungewohnte Art therapeutischer Arbeit – in bestimmten Phasen direkter, konfrontativer und investigativer als gewohnt. Angehende Psychotherapeuten sollen damit besser in die Lage versetzt werden, mit dieser spezifischen Klientel zu arbeiten. Es ist zu erwarten, dass der Bedarf an Therapie mit Sexualtätern in Zukunft wachsen wird. Zum Schutz der Gesellschaft und des Therapeuten muss die Behandlung professioneller werden. Nicht jeder Therapeut darf sich zutrauen, diese Arbeit zu machen, wenn er nicht spezielle Erfahrungen damit hat. Die Kenntnis der Störungsbilder und allgemeiner psychotherapeutischer Techniken genügt nicht. Ein störungsspezifischer Ansatz ist notwendig.

2. Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Mit dem Wandel der sexuellen Einstellungen in unserer Gesellschaft sind viele Störungen der Sexualpräferenz modern geworden. Fetischismus wird auf Sexmessen zelebriert, sadomasochistische Praktiken werden in Talkshows als interessante Experimente propagiert, transvestitische Auftritte sind Bestandteil jeder Loveparade, exhibitionistische Akte werden in Trendzeitschriften propagiert. Wir sind in unserer klinischen Arbeit mit diesen Störungen fast nur noch dann konfrontiert, wenn die Handlungen potenziell schädigend sind und/oder ohne Einverständnis der Opfer erfolgen. Sehr selten kommen Betroffene aus eigenem Antrieb und Leidensdruck. In diesem Artikel wird Bezug genommen auf Betroffene, die ambulant therapierbar sind – schwerere Fälle wie massive Persönlichkeitsstörungen und nicht therapierbare Psychopathen erfordern ein eigenes Therapieregime.

Die folgende Darstellung ist mehr an der klinischen Notwendigkeit und an therapeutischen Erwägungen ausgerichtet als an diagnostischen Einteilungen. Leitfaden der Darstellung ist der Grad an Gewalttätigkeit.

Präferenzstörungen im Kontinuum sexueller Gewalt

- Sexueller Sadismus
- Vergewaltigung
- Pädophilie
- Exhibitionismus
- Frotteurismus
- Voyeurismus
- Obszöne Anrufe
- Transvestitischer Fetischismus
- Fetischismus

Neuere Untersuchungen, aber auch die Darstellung von Täterprofilen bei Serienvergewaltigern und -mördern machen zunehmend deutlich, dass das alte Bild vom „harmlosen Pervertierten“ so nicht stimmt. Fast alle Gewalttäter beginnen mit scheinbar harmlosen Taten, wie z.B. exhibitionistischen oder voyeuristischen Handlungen, und driften dann immer weiter in die Gewalttaten hinein. Genauso wichtig ist aber, dass scheinbar harmlose Taten beim selben Täter schnell in gewalttätigere Handlungen umschlagen können, und schließlich müssen wir lernen, die manchmal dramatischen Implikationen scheinbar harmloser Taten für manche Opfer zu sehen. Gleichzeitig dürfen nicht alle Täter mit abweichendem Sexualverhalten als potenzielle Monster gesehen werden – wichtig bleibt der klinisch-realistische Blickwinkel (Holmes, 2008). Die traumatischen Auswirkungen sexuellen Sadismus und von Vergewaltigung brauchen nicht näher erläutert zu werden. Die Vergewaltigung wird in der ICD-10 nicht eigenständig diagnostiziert, gehört aber m. E. in den Rahmen eines Artikels, der sich mit Grenzüberschreitungen im Zusammenhang mit Sexualität befasst. Manche Autoren versuchen Vergewaltigung als Präferenzstörung zu definieren in dem Sinn, dass Sexualität nur möglich ist, wenn Gewalt angewandt wird. Diese Definition gilt nur für einen kleinen Kreis von Tätern; bei ihnen ist Gewalt ein Mittel sexueller Erregung, beim größeren Teil ist Sexualität jedoch ein Mittel der Gewaltanwendung unter anderen.

Viele pädophile Täter sind Meister der Verharmlosung, alles geschieht aus der Liebe zum Kind und zum Wohl des Kindes. Die Sensibilisierung der letzten Jahre macht diese Strategien schwieriger, sie erfordern jedoch dauernde Wachsamkeit vom Therapeuten. Sexuelle Handlungen an Kindern sind fast immer grenzüberschreitend und zumindest sublim gewalttätig, auch wenn sie noch so harmlos erscheinen. Sie überfordern die Urteilskraft des Kindes.

Die Auswirkungen auf das spätere (Sexual-)Leben der Opfer sind oft dramatisch. Ein Selbstbild als sexueller Gebrauchsgegenstand kann sich entwickeln. Bedürfnisse nach Intimität und Nähe werden für sexuelle Zwecke missbraucht. All dies potenziert sich bei inzestuöser Pädophilie, weil das Vertrauen in den Schutz durch Eltern/Verwandte/Freunde enttäuscht wird und die Abwehr und Offenbarung ungleich schwieriger sind. Eine Karriere als Missbrauchte/Missbraucher oder auch Missbraucher/Missbraucherin, was oft der Fall ist, kann angestoßen werden.

Exhibitionistische Akte sind aus mehreren Gründen auch für sich genommen übergriffig. Täter suchen sich ihre Opfer oft gezielt an Orten, die abgelegen sind. Die Situationen sind schlecht einzuschätzen, die potenzielle Gewalttätigkeit des Täters überhaupt nicht. Das gilt besonders für Kinder. Das Erschrecken der Opfer ist meist Teil exhibitionistischer Inszenierungen. Auch erwachsene Frauen können je nach ihrer Verletzlichkeit in große Ängste versetzt und in psychische Krisen gestürzt werden. Kein Täter kann abschätzen, wie sein Opfer im konkreten Fall auf die Tat reagieren wird. Die „besten“ Opfer sind meist die verletzlichsten.

Frotteuristische Akte stellen einen direkten Eingriff auf die körperliche Unversehrtheit des Opfers dar.

Der grenzüberschreitende Charakter voyeuristischer Akte wird umso deutlicher, je näher die Täter ihren Opfern kommen.

Menschen vor Schlafzimmerfenstern können Angst machen, weil ihre Motivation nicht überblickbar ist. Handelt es sich um einen Einbrecher, Vergewaltiger oder gar potenziellen Mörder?

Auch die obszönen Anrufer belassen es sehr selten beim bloßen Stöhnen. Oft werden immer dieselben Opfer gewählt und unter Druck gesetzt, es wird angedeutet, dass man die Opfer außerhalb der Wohnung beobachtet, und in den meisten Fällen sind es psychisch labile Personen, die sich am Telefon festhalten lassen.

Die letzten drei Krankheitsbilder überschreiten Grenzen im Rahmen von Beziehungen - die Partnerinnen werden gedrängt und unter Druck gesetzt, moralisch erpresst, sich in die Präferenzstörung einbinden zu lassen (sogar im Fernsehen tun sie es!).

Fetischisten sind darüber hinaus oft wegen Diebstählen auffällig, können in der Variante von Körperteil-Fetischismus aufdringlich oder bedrohlich werden. Bleibt es dabei, dass er mir nur die Füße küssen will, oder will er dann doch mehr? Kaum ein Opfer kann dies realistisch einschätzen.

Im Hinblick auf die Therapie ist eine gründliche Analyse der Entstehung, Aufrechterhaltung und des Verlaufs der problematischen Verhaltensweisen erforderlich. Hierbei werden störungsübergreifende Gemeinsamkeiten erkennbar. Wir gehen damit jedoch nicht schematisch um, jeder Einzelfall kann abweichen. Wir müssen davon aber von unseren Patienten überzeugt werden! Der gute Glaube an die Harmlosigkeit unserer Patienten darf nicht genügen.

Störungen sexueller Präferenz sind eine Angelegenheit der Männer!

Frauen binden Sexualität eher in Intimität ein; bei Männern kann sie für sich selbst stehen. Frauen machen ihren Selbstwert nicht so stark an Sexualität fest wie Männer, die hat also nicht diese überragende Bedeutung. Frauen haben eher die Möglichkeit, abweichende Impulse in sozial angemessenem und toleriertem Rahmen zu leben (Exhibitionismus, Fetischismus etc.). Und vor allem fehlt in der Regel das hohe aggressive Potenzial, das Männer mit Sexualität verbinden können.

Es gibt typische Verlaufsformen dieser Störungen:

- Einmaliger Impuls
- Wiederkehrende Muster zur Konfliktlösung, auch bei nichtsexuellen Konflikten
- Stabile abweichende Orientierung – sexuelle Befriedigung nur so möglich
- Präferenzwechsel oder Präferenzmischung – Präferenzen werden im Laufe des Lebens gewechselt oder treten gleichzeitig auf
- Progrediente Entwicklung – Perversion. Sucht- oder zwangsartiges Verhalten – Leben besteht nur noch aus einer bestimmten Art von Sexualität
- Gewalttätig-perverse Form – Sexualität wird mit Gewalt gepaart und sucht-/zwang-artig gelebt

Die Darstellung des Störungsmodells erfolgt in folgendem Rahmen:

- Prädisponierende Faktoren (PF) – Welches sind die Bedingungen, unter denen eine bestimmte Störung überhaupt erst entstehen kann?
Was muss im Sinne erhöhter Vulnerabilität gegeben sein?
- Symptom-sensibilisierende Ereignisse (SSE) – Welche Ereignisse oder Umstände finden sich in der Biografie der Patient(inn)en, die sie für die Entstehung der spezifischen Symptome anfällig gemacht haben?
- Symptom-auslösende Ereignisse (SAE) – Welche Ereignisse hat das konkrete Problem ausgelöst?
- Symptom-aufrechterhaltende/-intensivierende Ereignisse (SAIE) – Wodurch wird das Symptom aufrechterhalten bzw. weiter verstärkt?

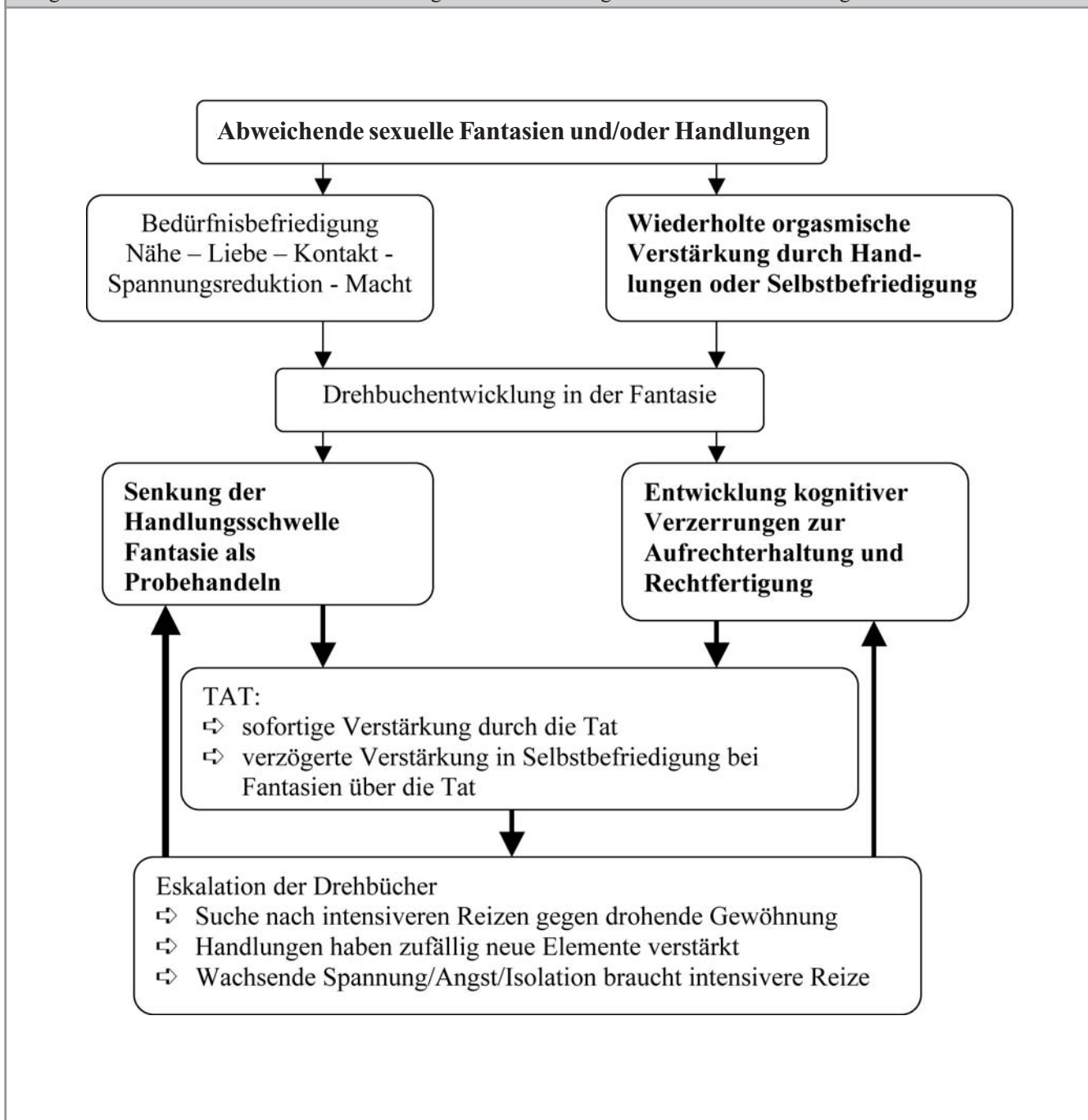
Ein allgemein gesichertes Störungsmodell existiert bis jetzt nicht, auch nicht für einzelne Störungsbilder. In Tabelle 1 wurde zusammengestellt, was wir wissen. Die Einteilung unterscheidet Vergewaltigung und Pädophilie von den anderen Präferenzstörungen aus Gründen der besseren Darstellbarkeit. Über prädisponierende Faktoren wird viel spekuliert. In einzelnen Untersuchungen finden sich Hinweise auf die genannten Faktoren. Wichtig zu den SSE ist die Erfahrung, dass bei der Entstehung von Präferenzstörungen oft eine zweiphasige Fixierung zu beobachten ist. In der ersten Phase, ab dem 3. Lebensjahr, finden sich häufig Erlebnisse, die den Patienten im Gedächtnis haften bleiben, oder Objekte unklarer und dennoch besonderer Bedeutung, die sich später in sexualisierter Form wiederfinden. Im Bereich pädophiler Störungen und bei der Vergewaltigung spielt der selbst erlittene Missbrauch, die eigene Erniedrigung oft eine Rolle. Hier gilt: Die Erniedrigung der Kindheit wird zum Triumph des Erwachsenenalters!

Symptomauslösend (SAE) sind aber erst Erlebnisse und Erfahrungen, durch die die ersten Fixierungen sexualisiert werden. Dies geschieht anfangs meist über Selbstbefriedigung. Handlungen, Gegenstände etc. werden mit Sexualität verbunden und dadurch verstärkt. Deviante Partner/-innen sind in dieser kritischen Phase von Bedeutung. Die Aufrechterhaltung kann im Rahmen der vorhandenen Beziehungen gesehen werden. Die Hoffnung der Partner/-innen, Patienten heilen zu können, indem sie nachgeben, spielt eine wichtige Rolle. Wesentlicher Mechanismus ist aber der interne Teufelskreis (Diagramm 1). Was oft recht harmlos mit Sexualfantasien und sexuellen Handlungen, wenn auch schon abweichend, beginnt, wird immer wieder verstärkt. Entweder durch die Befriedigung von Bedürfnissen, die hinter den Handlungen liegen, oder durch direkte orgasmische Verstärkung (sehr wirksam!). Besonders wichtig ist die Rolle der sexuellen Drehbücher. Das sind Verhaltensanweisungen, die sich langsam mit jeder Fantasie oder Handlung ausdifferenzieren. Wir können am jeweiligen Skript erkennen, wie lange und intensiv das Problemverhalten besteht.

Tabelle 1: Modell der Störung sexueller Präferenz

	Vergewaltigung	Pädophilie	andere Präferenzstörungen
Prädisponierende Faktoren			
Biologie/ Physiologie/ Medizin	erhöhter Sexualtrieb – genetische Anomalien – angeborene/erworbene hormonelle Anomalien – Schaulust – Zeitgenuß – Berührungslust		
Symptom-sensibilisierende Ereignisse (SSE)	Evolutionenbiologische Vorteile von Vergewaltigung		
Gesellschaft	Dominanz des Mannes	Idealisierung des Kindes	Mann ist sexuell unersättlich
Subkultur	abweichende sexuelle Normen Frauen brauchen Gewalt Nein sagen – Ja meinen	abweichende sexuelle Normen pädophile Einstellungen werden gepflegt Philosophie: sexuelle Freiheit für das Kind	Propagierung (Sado-Maso; Fetische) schlechte Störungen – Reizsteigerung geschlossene Zirkel erleichtern Norm-verschiebungen
Familie	zerbrochene Familienstrukturen sexuelle Verwahrlosung Gewalt gegen Frauen ist ok	zerbrochene Familienstrukturen sexuelle Verwahrlosung pädophile/inzestuöse Erlebnisse	zerbrochene Familienstrukturen sexuelle Verwahrlosung Modellernen Eltern/Geschwister
Individuum	Bindungsstörungen – unreife Persönlichkeit – Defizite in der Kontaktfähigkeit – mangelnde Konfliktlösungsstrategien Individuelle Gewaltbereitschaft Sexueller Sadismus	Missbrauchserlebnisse – Mutterfixierung signifikante Erlebnisse mit Mädchen/Jungen in der Kindheit „Doktorspiele“	effeminierte Jungen – maskuline Mädchen; Neugier, Aufmerksamkeitsstörung; Hyperaktivität
Erste Fixierung – frühe Erlebnisse ohne expliziten Zusammenhang mit Sexualität (SSE)	Frühe Modelle der Dominanz Erlebnisse mit Erniedrigung	positive emotionale Erlebnisse mit Kindern – Prägung von Schlüsselreizen (Körperform/Alter), eigener Missbrauch	spezifische Erniedrigungen Erleichterung durch Störung (R-) zufällige oder bedeutsame Fixierung auf Körperteil/Objekt/Handlung
Symptom-auslösende Ereignisse (SAE)			
Zweite Fixierung im Zusammenhang mit Sexualität	Gewalt als sexuell erregend erlebt Erfolg durch sexuelle Gewalt	sexuelle Erfahrungen mit Kindern selbst fortgesetzt missbraucht werden	Integration der ersten Fixierung in die Selbstbefriedigung; zufällige Konditionierung
Symptom aufrechterhaltende/intensivierende Ereignisse (SAIE)			
Lebensereignisse	„Teufelskreis der Aufrechterhaltung und Intensivierung sexueller Präferenzstörungen“ Stress – Isolation – Alkohol – berufliches oder privates Scheitern – Verfügbarkeit von Opfern	Tarnung durch normale Beziehung Opfer (Kinder) durch die Beziehung Unterstützung durch Partnerin/Mutter	Tarnung durch normale Beziehung mangelnde sexuelle Offenheit Kompromisse der Partnerin Unterstützung zur „Heilung“ Suche nach dem Kick – Trend – Partner/in deviant
Beziehung	Trennung sexueller Lust vom Geschlechtsverkehr – abweichende Fantasien beim Verkehr masochistische Partner/in dependente Partner/in wiederholte Erfolge in Partnerschaft	Unterstützung durch Partnerin/Mutter	
Spätere Sexualerfahrungen	Erfolge in und außerhalb einer Partnerschaft	wiederholte positive Erfahrungen mit Kindern/Jugendlichen	

Diagramm 1: Teufelskreis der Aufrechterhaltung und Intensivierung sexueller Präferenzstörungen



Je differenzierter ein Drehbuch, desto länger besteht die Präferenzstörung!

Am Beginn abweichender Entwicklungen sind Sexualfantasien oder auch Gedanken an Sexualität einfacher strukturiert, sie werden im Laufe der Zeit ausgeklügelter. Dabei besteht ein dynamischer Zusammenhang zwischen Gedanken und Handlungen. Nachdem eine bestimmte Fantasie über längere Zeit zur Selbstbefriedigung verwandt wurde, sinkt die Handlungsschwelle und führt zur ersten Tat. Durch die häufige Beschäftigung mit diesen Gedanken kommt es zusätzlich zu kognitiven Verzerrungen, die die Taten wiederum erleichtern.

Die meisten Täter haben ein Unrechtsbewusstsein – es wird im Verborgenen gehandelt!

Es bedarf großer Anstrengungen, die Taten vor sich selbst zu rechtfertigen. Die begangenen Taten werden in die weiteren Fantasien eingeflochten. Zufällige Ereignisse, die während einer Tat auftreten, können ebenfalls erregende Qualitäten bekommen. Jede Sexualfantasie verliert an Potenz, wenn nicht die Vorstellungen langsam intensiviert werden. Die negativen Nebenwirkungen der Störungen können ebenfalls nur durch immer intensivere Reize übertönt werden. Die Eskalation der Störung ist durch die dicken Pfeile im Diagramm gekenn-

zeichnet. In der folgenden Darstellung spezifischer Krankheitsbilder werden ergänzende Informationen zum Störungsmodell gegeben. Die meisten Präferenzstörungen beginnen mit der Pubertät, es ist also recht unwahrscheinlich wenn Patienten angeben, z. B. mit 35 Jahren die erste pädophile Handlung begangen zu haben. Dies ist fast nur denkbar, wenn es sich um „Präferenzspringen“ handelt, d. h., wenn die Patienten nach vorherigen anderweitigen Störungen auf die pädophile Schiene springen. Bei Männern, die ihr ganzes Leben sexualisieren, sind die Opfer beliebig – Frauen, Männer oder Kinder. Im üblichen Fall gehen wir davon aus, dass in den meisten Fällen zumindest die Sexualfantasien mit Beginn der Pubertät abweichend sein müssen.

Ohne in übertriebene Hysterie zu verfallen, muss uns klar sein, dass abweichendes Sexualverhalten nicht verharmlost werden darf. Die früher verbreitete Meinung, es gäbe harmlose Varianten oder Täter, relativiert sich im Licht neuerer Untersuchungen. So ist es wichtig zu wissen, dass 37 % der Männer mit Störungen der Sexualpräferenz gleichzeitig oder nacheinander 5-10 weitere paraphile Verhaltensweisen zeigen. Dies gilt überraschenderweise auch für solche Störungen, von denen bisher angenommen wurde, dass sie nur allein aufträten, z. B. bei Inzesttätern mit weiblichen Opfern (Laws und Donohue, 2008).

Diagnostische Verfahren liegen kaum vor. Üblicherweise wird der MMPI-2 angewandt, obwohl er nicht für Sexualstörungen validiert ist. Ein verbreiteter und bereits validierter Fragebogen liegt mit dem Muliphasic Sex Inventory (MSI) vor, der von Deegener (1996) ins Deutsche übertragen wurde.

■ Sexueller Sadismus

Hauptmerkmale

Sexueller Sadismus zeichnet sich durch das reale Zufügen psychischen oder physischen Leides aus, durch das der Täter sexuell erregt wird. Die Opfer sind manchmal einverstanden (sexueller Masochismus), häufig nicht. Den sadistischen Handlungen gehen Fantasien voraus, die mit jeder erneuten Handlung oder sonstigen Anregung ausgeklügelter werden und wiederum auf die Handlungen Auswirkungen haben. Unverzichtbar ist, den Opfern Schmerz und Demütigung zuzufügen und sie unter Kontrolle zu haben. Es werden Fälle stellvertretenden sexuellen Sadismus berichtet, hier erregen sich Menschen durch Zuschauen bei sadistischen Akten.

Epidemiologie

Sadismus im Zusammenhang mit Sadomasochismus ist eine Trendstörung. Die öffentliche Zur-Schau-Stellung führt zu einer Verharmlosung der Störung. Gleichzeitig nimmt der Druck auf nicht gestörte Partner/-innen zu, weil nicht unnormale sein kann, was öffentlich propagiert wird. Befragungen zur Prävalenz sind sehr differenziert zu betrachten. Die Prozentsätze von Männern und Frauen, die sadistische Sexualfantasien berichten, sind überraschend hoch, ein Drittel der Frauen und die Hälfte der Männer geben an, von solchen Fantasien erregt zu werden. Diese Fantasien werden aber nur selten in Handlungen umgesetzt und dann meist nicht als sexuell erregend erlebt. Der tatsächliche Prozentsatz von Menschen, die durch die reale Anwendung von Gewalt sexuelle

Befriedigung empfinden, liegt erheblich niedriger (5% bei Männern und 2 % bei Frauen). Das Interesse der Öffentlichkeit an weiblichen Sadisten (Dominas) geht an den tatsächlichen Sachverhalten vorbei, dass mehr als doppelt so viel Männer sexuelle Sadisten sind wie Frauen.

Beginn und Verlauf

Der Beginn der Störung liegt in fast allen Fällen in der Kindheit, bahnt sich meist an mit dem Quälen von Kleintieren und Kindern, ohne dass sexuelle Motive im Vordergrund stünden. Der kritische Punkt liegt in der Pubertät mit der Koppelung von Gewalt und Sexualität. Nicht selten finden sich bei betroffenen Jugendlichen bildliche Darstellungen von sadistischen Akten, auch die Darstellung von Grausamkeiten an symbolischen Gegenständen (z. B. Barbiepuppen) lässt sich beobachten. Der weitere Verlauf ist in Diagramm 1 dargestellt. Die Störung verläuft meist chronisch.

Klinische Merkmale

Sexuelle Sadisten leben meist isoliert. Soziale Kontakte werden gemieden, soweit sie nicht der Bedürfnisbefriedigung dienen. Die Täter sind Einzelgänger, manchmal desorganisiert, fast verwahrlost, können aber auch hoch organisiert sein und ihre Handlungen exakt vorausplanen. Das Einfühlungsvermögen in die Opfer scheint gering zu sein, ist aber tatsächlich sehr stark entwickelt, wenn es darum geht zu spüren, was die Opfer quält.

Fast die Hälfte aller Sadisten berichtet von vollzogenen Vergewaltigungen, ein Viertel sind Voyeure und Frotteure, ein Drittel pädophil. Ein Teil der Sadisten (18 %) empfindet auch sexuelle Befriedigung bei masochistischen Handlungen (Laws und Donohue, 2008). Die Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen ist hoch, besonders mit den antisozialen und narzisstischen Störungen. Drogen- und Alkoholmissbrauch sind häufig.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

ICD-10 F65.5 Sadomasochismus

Definition: Bevorzugung sexueller Aktivitäten mit Zufügung von Schmerzen, Erniedrigung oder Fesseln, wenn diese Handlungen zu sexueller Erregung führen. Sie müssen hauptsächliche Quelle der Erregung sein oder für die sexuelle Befriedigung unerlässlich
Ausschluss: Grausamkeit in sexuellen Situationen oder Wut ohne sexuelle Bedeutung
Differenzialdiagnose: Antisoziale oder narzisstische Persönlichkeitsstörung; Störung der Impulskontrolle

■ Vergewaltigung

Vergewaltigung findet sich nicht als eigenständige Störung in der ICD-10, auch nicht im DSM-IV. Versuche, sie unter die Paraphilien einzuordnen, sind wie schon erwähnt nur in bestimmten Fällen möglich. So sind je nach individuellem Störungsbild unterschiedliche Diagnosen zu stellen.

Hauptmerkmale

Eine Vergewaltigung wird definiert als sexuelle Penetration und bezieht sich auf vaginalen Geschlechtsverkehr, Cunnilingus, Fellatio, Analverkehr und anderes körperliches Eindringen in das Opfer. Diese Definition schließt auch homosexuelle Vergewaltigung und solche durch Frauen ein. Die Bandbreite ist sehr groß und reicht von mildem psychischem Druck auf das Opfer bis zur sadistischen Überwältigung und Unterwerfung. Eine gängige Klassifikation von Vergewaltigern und ihren Taten unterscheidet zwischen Taten, in denen ausreichende Gewalt angewandt wird (so viel wie eben nötig, um das Ziel zu erreichen), und solchen, in denen überschießende Gewalt angewandt wird (mehr, als zur Zielerreichung nötig). Bei ausreichender Gewalt wird unterschieden zwischen primär sexuell motivierten Tätern, wobei hier eine sexuelle Präferenzstörung vorliegt, und antisozial impulsiven Tätern. Bei überschießender Gewaltanwendung ist zu unterscheiden zwischen sadistischen Tätern und anderweitig motivierten (Rache, stellvertretendes Opfer etc.)

Epidemiologie

Die Häufigkeit von Vergewaltigungen lässt sich nur schätzen, es gibt wegen der fließenden Übergänge eine hohe Dunkelziffer (1:10). In der BRD werden jährlich 150.000 bis 200.000 Frauen vergewaltigt; 20-25 % der Täter sind Jugendliche. Die Zahl der Vergewaltigungen in der Ehe liegt bei 150.000 (Deegener, 1999). In Österreich wird geschätzt, dass jede Stunde eine Frau vergewaltigt wird. Vergewaltiger haben häufiger einen niedrigen sozioökonomischen Status, hatten mehr Schulprobleme, häufigeren Arbeitsplatzwechsel als der Durchschnitt. Sie sind meist zwischen 16 und 45 Jahre alt, oft in stabilen Beziehungen zu finden, die aber auch von Gewalt geprägt sind. Frauen, die selbst früh missbraucht wurden, sind die bevorzugten Partner/-innen/Opfer; sie bleiben fast unerklärlich lang in diesen Beziehungen. Das Problem homosexueller Vergewaltigungen wird in den letzten Jahren zunehmend beachtet – ein eher verdrängtes Problem ist die Vergewaltigung in Gefängnissen. Untersuchungen zur Anwendung von Gewalt durch Frauen sind selten, solche Taten werden aber immer mehr berichtet.

Beginn und Verlauf

Vergewaltiger stammen meist aus Problemfamilien und sind dadurch mit größerer Wahrscheinlichkeit schon früh mit allgemeiner und sexueller Gewalt sowie sexuellen Grenzüberschreitungen konfrontiert. Auch Unstetigkeit und Unzuverlässigkeit der Erziehenden findet sich in der Vorgeschichte der meisten Betroffenen (Bindungsproblematik). Frühe Modelle von Gewaltanwendung senken die Schwelle sexueller, aber auch sonstiger Gewaltbereitschaft mit beginnender Pubertät. Die gewalttätige Sozialisation schafft verzerrte kognitive Muster und

Wahrnehmungen, die die Taten erleichtern. Über die Rezidivrate unbehandelter Vergewaltiger gibt es unterschiedliche Untersuchungsergebnisse. Im Vergleich zu anderen Sexualstraftätern, außer pädophilen Inzesttätern, haben Vergewaltiger eher geringe Rückfallraten – Zahlen zwischen 6 % und 35 % werden genannt, wobei die Dunkelziffer sehr unterschiedlich eingeschätzt wird (4- bis 10-mal höher). Die Gefahr der Eskalation scheint bei solchen Tätern am höchsten, die mit exhibitionistischen oder voyeuristischen Taten begonnen haben und dann zu Vergewaltigern wurden. Da Vergewaltigung oft zusammen mit anderen auch nichtsexuellen Straftaten auftritt, ist das Chronifizierungsrisiko schwer einzuschätzen – ein Wechsel zu anderen Straftaten hin ist wahrscheinlich.

Klinische Merkmale

Vergewaltigung tritt häufig zusammen mit anderen sexuellen Präferenzstörungen auf, so mit inzestuöser und nichtinzestuöser Pädophilie, mit Exhibitionismus und Voyeurismus. Auch die Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen ist hoch – bis zu 70 % zeigen Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit, und bis zu einem Drittel leidet unter einer depressiven Störung; ebenfalls bis zu einem Drittel leidet unter einer Persönlichkeitsstörung. Die Bandbreite der Taten ist sehr groß.

Wegen der niedrigen Frustrationstoleranz und der hohen Gewaltbereitschaft sind oft unspektakuläre Ereignisse Auslöser für aggressive Taten – Ärger über Frauen, Behörden etc. Die eingeübten Bewältigungsmuster sind fast immer aggressiv gefärbt. Kognitive Verzerrungen darüber, was Frauen eigentlich wollen, nämlich Sex, halten die Handlungsschwelle niedrig. Und meist sind sie auch selbst schuld!

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Vergewaltigung ist keine eigenständige ICD-Diagnose; Täter sind individuell zu diagnostizieren, wobei an folgende diagnostischen Kategorien zu denken ist:
 Organisch bedingte Störungen (F00.xx-F08.xx) – hier insbesondere Gewaltdelikte im Rahmen des hirnorganischen Psychosyndroms
 Störungen durch psychotrope Substanzen (F10.xx-F19.xx) – Drogen, Alkohol
 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20.xx-F29.xx)
 Affektive Störungen (F30.xx-F34.xx und F38.xx-F39) – z. B. sexuelle Nötigung bei Manie
 Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)
 Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)
 Narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.8)
 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)
 Störungen der Impulskontrolle (F63.8)
 Störungen der Sexualpräferenz – Sexueller Sadismus (F65.5)

■ Pädophilie

Hauptmerkmale

Wir unterscheiden inzestuöse und nichtinzestuöse Pädophile, d. h. Täter, die sich innerhalb oder außerhalb der Familie ihre Opfer suchen, wobei die Übergänge fließender sind als bisher gedacht. Das Alter der Opfer variiert, schon Säuglinge können missbraucht werden. Die bevorzugte Altersgruppe bleibt über den gesamten Störungsverlauf hinweg meist konstant. Die Skala der Verhaltensweisen reicht von sehr rücksichtsvollen, freundschaftlichen, „pädagogischen“, wenig sexuell gefärbten Kontakten bis hin zu sadistischen sexuellen Gewalttaten.

Sexualfantasien werden meist nicht berichtet. Eine eingehende Exploration schafft hier aber Klarheit.

Wir wissen: Jede Tat muss gedanklich durchgespielt oder vorbereitet worden sein. Diese Kognitionen können, müssen aber nicht unbedingt Teil von expliziten Sexualfantasien sein.

Epidemiologie

Mehrere Untersuchungen zeigen, dass 15-25 % der Frauen und 5-10 % der Männer Missbrauchserlebnisse in Kindheit oder Jugend angeben. Vorsichtige Schätzungen gehen von einer Prävalenzrate für Missbrauch bei Jungen und Mädchen zusammen von 13 % aus. Trotz divergierender Zahlen gilt, dass Kindesmissbrauch sehr viel häufiger vorkommt als früher angenommen. Mädchen stellen fast 3/4 der Opfer, und die Täter sind in überwiegender Mehrzahl (90 %) Männer. Das Durchschnittsalter der Opfer liegt bei ca. 9 Jahren. Täter finden sich in allen Altersgruppen, teilweise bis ins hohe Alter (Deegener, 1999; Laws und Donohue, 2008). Töchter missbrauchter Mütter haben ein erheblich höheres Risiko, ebenfalls missbraucht zu werden. Pädophile Handlungen machen ca. 25% aller Sexualdelikte aus.

Beginn und Verlauf

Zu Beginn der Störung sind die Übergänge fließend. Der sexuelle Umgang unter Kindern ist ein normales Phänomen. Eine Fixierung zeigt sich deshalb erst, wenn der Altersunterschied zwischen Tätern und Opfern größer wird.

In der Vorgeschichte finden sich fast immer Bindungs- und Kontaktprobleme, Ängste vor Gleichaltrigen und Probleme mit Intimität. Kinder sind weniger bedrohlich, weniger fordernd und leichter zu überzeugen.

Die multiple Verstärkung (durch Nähe, Pseudobeziehung, orgasmische Verstärkung) zusammen mit einer ziemlich geringen Wahrscheinlichkeit des Entdecktwerdens trägt zur Aufrechterhaltung der Störung bei. Verurteilungen, also nicht kontingente Bestrafungen, erfolgen immer erst nach vielen positiven Erfahrungen und sind deshalb wenig wirksam. Dies umso mehr, als die ersten Verurteilungen häufig recht mild sind und wenig abschreckend wirken.

Die Anzahl der Opfer im Laufe einer pädophilen Karriere geht in manchen Fällen über 300 hinaus. In unbehandelten Fällen ist die Chronifizierung der Störung programmiert, nicht selten kommen weitere paraphile Verhaltensweisen hinzu.

Klinische Merkmale

Alle gängigen Bilder über Pädophile haben sich empirisch nicht bestätigen lassen. Sie sind wie du und ich. Ein großer Teil von ihnen gibt sich bevorzugt mit Kindern ab. In allen pädagogischen Berufsbereichen finden sich überdurchschnittlich häufig Pädophile. Die Mehrzahl der Täter wurde in ihrer Kindheit selbst missbraucht, entweder innerhalb oder außerhalb der Familie. Es finden sich häufig zerbrochene Familienstrukturen, sexuelle Verwahrlosung der Eltern und sexuell grenzüberschreitendes Verhalten.

Eine hilfreiche Unterscheidung ist die zwischen fixierten und regredierten Pädophilen, d. h. solchen, die ihre gesamte Sexualität ausschließlich mit Kindern der bevorzugten Kategorie leben, und anderen, die in kritischen Lebenssituationen auf Kinder zurückgreifen; aber auch diese Unterscheidung lässt sich bisher empirisch nicht verlässlich belegen, die Übergänge sind fließend. Kindesmissbraucher zeigen eine hohe Inzidenz abweichenden Verhaltens, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie. Die Komorbidität mit anderen Störungen der Sexualpräferenz ist relativ hoch, ca. 15 % haben 2 oder mehr Paraphilien.

Das Sexualverhalten gegenüber erwachsenen Frauen scheint oft ungestört; abweichende Sexualfantasien beim Verkehr machen das möglich. Ein Teil der Störungen sexuellen Verlangens und von Erektionsstörungen haben hier ihre Ursache. Beziehungen werden als Alibi aufrechterhalten, nicht selten aber auch, um die eigenen Opfer (Kinder und deren Freunde) möglichst einfach verfügbar zu haben. Substanzmissbrauch (Alkohol, Drogen) tritt oft zusammen mit Pädophilie auf. Das Risiko erhöht sich, weil die Schwelle zur Tat sinkt.

Nur wenige Kindesmissbraucher sind psychopathisch. Die Fähigkeit zur Empathie ist kaum beeinträchtigt, außer der zu den eigenen Opfern. Hier setzen kognitive Verzerrungen ein, durch die Taten erst ermöglicht werden. Besonders anfällig sind Pädophile in Situationen, in denen ihr Selbstwertgefühl beeinträchtigt wird, in denen sie unter massivem Druck stehen, und in allen Situationen, in denen sie mit ihren potenziellen Opfern konfrontiert sind (Spielplatz, Schwimmbad etc.).

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

ICD-10 F65.4 Pädophilie

Kriterien: sexuelle Präferenz für Kinder in der Vorpubertät oder frühen Stadien der Pubertät. Interesse an Mädchen oder Knaben oder beiden Geschlechtern. Anhaltende oder vorherrschende Veranlagung. Die Diagnose wird auch bei Männern gegeben, die zusätzlich in normalen Beziehungen leben und Sexualkontakt haben

Ausschluss: einmaliger Akt, insbesondere wenn der Täter jugendlicher ist

Differenzialdiagnose: geistige Behinderung, Hirnschädigungen.

■ Exhibitionismus

Hauptmerkmale

Das Spektrum exhibitionistischer Handlungen reicht vom Entblößen des Gliedes vor anderen, über die demonstrative Selbstbefriedigung, die Zur-Schau-Stellung anderer sexueller Aspekte bis hin zur Überwältigung anderer Menschen, die dann gezwungen werden, exhibitionistische Akte zu beobachten. Der Orgasmus ist nicht unbedingt notwendiger Bestandteil. Die Hauptobjekte sind Kinder beiderlei Geschlechts und Frauen; Exhibitionieren vor Männern wird nahezu nie berichtet. Akte weiblichen Exhibitionismus werden nicht als Störung diagnostiziert, meist sogar gesellschaftlich akzeptiert. Exhibitionistische Akte homosexueller Männer finden ausschließlich innerhalb der entsprechenden Zirkel statt und werden dort akzeptiert.

Epidemiologie

Exhibitionismus ist die häufigste Störung im Bereich der Sexualtaten: Dennoch gibt es kaum verlässliche Daten über Inzidenz und Prävalenz dieser Störung. Ein Drittel bis zur Hälfte befragter Frauen in unterschiedlichen Studien berichtet, mit Exhibitionisten konfrontiert gewesen zu sein. Die Anzahl der Opfer einzelner Sexualtäter bewegt sich nicht selten im Bereich von mehreren Tausenden im Verlauf einer exhibitionistischen Karriere. Untersuchungen legen nahe, dass auf einen angezeigten Vorfall ca. 150 nicht entdeckte kommen. Ab einem Alter von ca. 40 Jahren nehmen die Vorfälle ab.

Beginn und Verlauf

Die Störung beginnt wie alle anderen mit Einsetzen der Pubertät; auch hier ist die zweiphasige Fixierung häufig beobachtbar. Die übliche kindliche Zeigelust führt unter bestimmten Umständen (Belastung im Elternhaus etc.) zur Spannungsreduktion, manchmal erinnern die Schilderungen an dissoziative Erfahrungen. Durch die Koppelung mit Selbstbefriedigung erhält das Zeigen sexuelle Bedeutung. Erleichternde Faktoren sind geringe Intelligenz, hoher sexueller Druck und Alkoholmissbrauch. In Belastungssituationen kann es dann zur ersten Tat kommen (Tab. 1). Danach läuft die Aufrechterhaltung wie bei den anderen Störungen ab. Die Rezidivrate ist bei unbehandelten Fällen sehr hoch, auch in behandelten Fällen liegt sie je nach Untersuchung zwischen 6 und 30 %.

Klinische Merkmale

Das übliche Bild des schüchternen, gehemmtten und zurückhaltenden Exhibitionisten hat sich in neueren Untersuchungen nicht bestätigt. Es zeigt sich eher ein Zusammenhang zwischen psychopathologischen Auffälligkeiten und allgemeiner Kriminalität. Die häufig berichtete soziale Isolation ist wohl eher Folge des progressiven Fortschreitens der Störung als deren Ursache. Ein hoher Anteil Betroffener zeigt gleichzeitig oder in der Vorgeschichte weitere paraphile Verhaltensweisen wie Pädophilie mit Jungen und Mädchen (ca. 45 %), Voyeurismus (ca. 30 %), Frotteurismus (ca. 15 %) und Vergewaltigungen (ca. 25 %). Exhibitionisten, die gewalttätig werden, führen Vergewaltigung eher im außerhäuslichen Bereich aus. In Fällen von Exhibitionieren vor Kindern ist die Wahr-

scheinlichkeit gleichzeitiger pädophiler Taten erhöht. Der Anteil psychopathologischer Störungen ist in dieser Gruppe so hoch wie bei anderen Tätergruppen. Besondere Erkenntnisse über Komorbidität liegen nicht vor.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

ICD-10 F65.2 Exhibitionismus

Definition: wiederholte oder ständige Neigung, das Genitale vor meist gegengeschlechtlichen Fremden in der Öffentlichkeit zu entblößen, ohne näheren Kontakt. Meist mit sexueller Erregung und Selbstbefriedigung. Das Erschrecken der Opfer erhöht häufig die Erregung

Ausschluss: einmalige Akte; weiblicher Exhibitionismus; gleichgeschlechtlicher männlicher Exhibitionismus

Differenzialdiagnose: Selbstbefriedigung oder Urinieren in der Öffentlichkeit (meist, aber nicht nur beobachtet bei intellektuell Minderbegabten); Hirnschädigungen wie Frontalhirnsyndrom; wahnhaftige Episoden

■ Frotteurismus

Hauptmerkmale

Berühren und/oder Reiben an nicht einverstandenen Personen. Dabei werden die Genitalien des Täters an Oberschenkel oder Gesäß des Opfers gerieben oder Genitalien oder Brüste mit den Händen berührt. Üblicherweise finden diese Akte an überfüllten Orten statt und sind sexuell erregend. Ein näherer Kontakt zum Opfer findet real nicht statt, wird jedoch fantasiert. Selten berichtet werden Fälle von stellvertretendem Frotteurismus, d. h. die sexuelle Erregung durch die Beobachtung solcher Handlungen bei anderen.

Epidemiologie

Trotz fehlender epidemiologischer Daten ist davon auszugehen, dass Frotteurismus eine verbreitete Störung ist. 19 % befragter Frauen geben an, schon mindestens einmal begripscht worden zu sein. Ein Viertel berichtet von solchen Vorfällen an der Arbeitsstelle. Frotteure handeln suchtartig. Untersuchungsergebnisse, dass auf einen Täter 15 Taten kommen, dürften zu niedrig liegen. Es sind hauptsächlich Männer betroffen, die Altersverteilung entspricht der anderer Präferenzstörungen.

Beginn und Verlauf

Signifikante Erlebnisse mit sexuell erregenden Berührungen werden mit dem Einsetzen der Pubertät berichtet (Tab. 1). Eine Illusion der Nähe, ohne Verpflichtung, unterstützt die Störung. Die Möglichkeit, Berührungen als ungewollt darzustellen, senkt anfangs die Hemmschwelle. Subjektiv empfundene Belastungssituationen sind oft Auslöser. Die Störung ist meist integriert in andere Präferenzstörungen wie Exhibitionismus, Voyeurismus und nicht sadistische Vergewaltigung. Oft stellt sie den Beginn einer abweichenden Karriere dar.

Klinische Merkmale

Auch hier gilt: Die Täter sind eher unauffällig. Erst auf den zweiten Blick zeigen sich Kontakthemmungen, emotionale

Isolation und Bindungsprobleme. Näherer Kontakt zu den Opfern neben den erregenden Berührungen wird nicht gesucht. Ist Frotteurismus mit anderen Präferenzstörungen verschwärtet und ist eine suchartige Entwicklung eingetreten, sind auch gewalttätige Akte möglich. Die Störung findet sich im Zusammenhang mit selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen und bei unreifen Personen.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

ICD-10 F65.8 Sonstige Störungen der Sexualpräferenz

Definition: sexuelle Erregung durch Berühren der Genitalien oder Brüste nicht einverständlicher Personen und Reiben des Penis an nicht einverständlichen Personen. Keine darüber hinausgehende Kontaktaufnahme. Wiederkehrende Sexualfantasien

Ausschluss: sexuelle Erregung durch Berührung im Rahmen des normalen Geschlechtslebens

Differenzialdiagnose: Zwangsneurose (Zwangsgedanken, andere Menschen sexuell berühren zu müssen; Angst, dass diese Berührungen sexuell erregend sein könnten); Berührungen als Akt der Kontaktaufnahme bei intellektuell Minderbegabten

■ Voyeurismus

Hauptmerkmale

Hauptinteresse des Voyeurs ist die heimliche Beobachtung ahnungsloser oder fremder Personen in sexuellen Situationen, wenn sie sich ausziehen, nackt sind oder sexuelle Handlungen ausführen oder auch wenn erwartet wird, dass diese Handlungen ausgeführt werden (z. B. beim Austausch von Zärtlichkeiten). Es kommt entweder bei der Tat oder in der späteren Verarbeitung im Rahmen von Sexualfantasien und Selbstbefriedigung zum Orgasmus. Der direkte Kontakt zu den Opfern wird, zumindest am Beginn der Störungskarriere gemieden, in den Fantasien jedoch imaginiert. Eine Variante ist der Triolismus, sexuelle Erregung entsteht durch das Beobachten der eigenen Partnerin oder des eigenen Partners in sexuellen Situationen.

Epidemiologie

Über die Häufigkeit der Störung ist wenig Verlässliches bekannt, der Anteil unter allen Präferenzstörungen liegt bei 15 %. In den Kriminalitätsstatistiken tauchen Voyeure selten als eigene Kategorie auf, meist werden sie wegen Herumlungerns oder Belästigung erfasst. Die Dunkelziffer ist hoch; auf einen angezeigten Vorfall kommen 150 nicht angezeigte. Die Diagnose betrifft nur Männer. Der enge Zusammenhang mit anderen Störungen gilt auch hier. Die durchschnittliche Anzahl der Opfer eines Voyeurs liegt bei ca. 1000.

Beginn und Verlauf

Studien zeigen, dass über die Hälfte der Voyeure vor dem 15. Lebensjahr Interesse an diesem Verhalten angegeben hat. Klinische Erkenntnisse ergeben auch hier das Bild, dass das „Schauen“ schon wesentlich früher von besonderer Bedeutung ist. Oft im Zusammenhang mit der Beobachtung der Eltern oder älteren Geschwister in sexuellen Situationen. Zur Störung wird das Verhalten durch die Koppelung mit Sexualität in der Pubertät. Im Laufe der Zeit werden die Beobachtungshandlungen immer ausgeklügelter und waghalsi-

ger. Genügt anfangs ein Blick in beleuchtete Schlafzimmer, so kommen später Fernrohre und Teleobjektive zur Anwendung, das Erklettern von Balkonen und Erkunden von Wohnanlagen. Interessante Frauen oder Paare werden beobachtet und verfolgt, um geeignete Orte zur Befriedigung des Bedürfnisses zu finden. Oft als harmlos eingestuft, zeigt sich jedoch, dass sich voyeuristische Handlungen in der Vorgeschichte vieler Serienvergewaltiger und Sexualmörder finden. Wenn Voyeure zu Vergewaltigern werden, finden die Taten überdurchschnittlich häufig in den Wohnungen der Opfer statt.

Klinische Merkmale

Voyeurismus ist nur selten die einzige Präferenzstörung; im Schnitt ist sie mit vier weiteren Störungen verbunden. Überdurchschnittlich häufig mit Exhibitionismus, aber auch mit inzestuöser und nichtinzestuöser Pädophilie und mit Vergewaltigung. Es findet sich auch ein deutlicher Zusammenhang mit Depressionen.

Es handelt sich oft um im Kontakt gestörte Personen mit Schwierigkeiten, sich zu binden. Missbrauchserfahrungen in der Kindheit sind häufig. Gering ausgebildete soziale Fertigkeiten und sexuelle Funktionsstörungen werden regelmäßig beschrieben. Pädophile Voyeuristen finden sich unter pädagogisch Interessierten, wie Jugendgruppenleiter etc. Wenn die Betroffenen eine Familie gegründet haben, wird versucht, das Bedürfnis dort zu befriedigen, entweder bei den eigenen Kindern oder auf Kinderfesten.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

ICD-10 F65.3 Voyeurismus

Diagnose: wiederholt auftretender oder ständiger Drang, anderen Menschen bei sexuellen Aktivitäten oder Intimitäten zuzusehen. Dies geschieht in der Regel heimlich und ist begleitet von sexueller Erregung und Selbstbefriedigung

Ausschluss: Beobachtung ohne sexuelle Erregung

Differenzialdiagnose: Ausspionieren im Rahmen wahnhafter Prozesse (z. B. Liebeswahn); Ausspionieren im Rahmen des „Nachstellens“ (stalking)

■ Fetischistischer Transvestitismus

Hauptmerkmale

Das Hauptinteresse fetischistischer Transvestiten besteht in der sexuellen Erregung durch das Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts. Es gibt ein Kontinuum vom Tragen einzelner Kleidungsstücke, nicht sichtbar für andere Menschen (z. B. Unterwäsche), bis hin zum völligen Kleiden in Frauenkleidung, einschließlich Make-up. Die Störung wird nur bei Männern diagnostiziert und betrifft hier sowohl hetero- als auch homosexuelle Männer. Fetischistischer Transvestitismus bei Frauen ist bekannt, fällt aber nicht unter die Diagnose.

Epidemiologie

Über Prävalenz und Inzidenz der Störung liegen keine empirischen Untersuchungen vor. Man geht üblicherweise von einem Anteil von 1 % der erwachsenen Männer aus. Ungefähr die Hälfte davon berichtet über einen oder mehrere homosexuelle Kontakte. Der Anteil betroffener Frauen liegt bei 2-6

pro 100 betroffene Männer. Homo- wie heterosexuelle Menschen sind betroffen.

Beginn und Verlauf

Schon im Kindesalter werden signifikante Erlebnisse im Zusammenhang mit dem Tragen von Kleidern des anderen Geschlechts erinnert. Hierzu gehören Vorfälle, in denen Jungen von ihren Müttern oder Schwestern als Mädchen gekleidet werden, aber auch das im Nachhinein unerklärliche Interesse an Kleidungsstücken, meistens Unterwäsche der Mutter. Oft wird von einer beruhigenden Wirkung durch die Beschäftigung mit diesen Kleidungsstücken berichtet. Relevant im Sinne einer sexuellen Präferenzstörung wird das Verhalten erst mit der Pubertät und der dort stattfindenden Koppelung mit Sexualität. Jungen ziehen Frauenkleider an, befriedigen sich dabei selbst, meist vor einem Spiegel. Die Bekleidungsrituale werden im Laufe der Zeit immer ausgeklügelter. Das Chronifizierungsrisiko in unbehandelten Fällen ist hoch, weil die orgasmische Konditionierung durch häufige Selbstbefriedigung die Störung massiv verstärkt. Beziehungen scheitern fast immer, die Partnerinnen halten den Zweispalt nicht aus. Auch der steigende Druck, sexuell erregt sein zu müssen, wenn die Partner sich verkleiden, überfordert Partnerinnen. Ein Abgleiten in entsprechende Subkulturen hält die Störung weiter aufrecht. Gesellschaftliche Isolation ist mit zunehmender Dauer üblich.

Klinische Merkmale

Über eine familiäre Häufung wird spekuliert, ebenso über die Geschwisterreihenfolge. Verlässliche Aussagen wurden daraus nicht abgeleitet. Es besteht jedoch der klinische Eindruck, dass die Mutter-Sohn-Beziehung eher gestört ist oder eine frühe Trennung von der Mutter eine Rolle spielen kann. Die betroffenen Männer unterscheiden sich häufig nicht von anderen Heterosexuellen. Beziehungen sind üblich, aber nicht dauerhaft. In den noch nicht desintegrierten Formen der Störung laufen die Sexualfantasien neben dem normalen Sexualverhalten. Die betroffenen Männer versuchen möglichst unauffällig ihre sexuell erregenden Gegenstände in das Sexualleben zu integrieren. Eine Entfremdung von ihren Partnerinnen wird wahrscheinlich, und ein langsames Abgleiten in entsprechende Subkulturen ist die Folge. Transvestitismus tritt oft zusammen mit Masochismus, Exhibitionismus und autoerotischer Asphyxie auf.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

ICD-10 F65.1 fetischistischer Transvestitismus

Definition: Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts zur Erreichung sexueller Erregung. Notwendig ist, dass dadurch der Anschein erweckt werden soll, es handele sich um eine Person des anderen Geschlechts. Nach dem Orgasmus und Nachlassen der sexuellen Erregung werden die Kleider abgelegt. Das Spektrum reicht von einem getragenen Gegenstand bis zur vollständigen Ausstattung mit Perücke und Make-up

Ausschluss: Tragen von Frauenkleidung ohne sexuelle Erregung; Sammeln weiblicher Kleidungsstücke zur sexuellen Erregung ohne den Wunsch, die Kleidung selbst zu tragen

Differenzialdiagnose: Fetischismus; Transsexualismus; Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen; erzwungenes Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts im Rahmen masochistischer Praktiken; wahnhafte Episoden

■ Fetischismus

Hauptmerkmale

Die Definition des Fetischismus ist im Fluss; üblicherweise werden darunter sexuelle Handlungen, Wünsche und sexuell erregende Fantasien verstanden, bezogen auf bestimmte Körperteile, Kleidungsstücke und andere unbelebte Gegenstände. In der überwiegenden Mehrzahl haben die Patienten mehr als einen Fetisch. In letzter Zeit wird der Versuch unternommen, die Bevorzugung von Körperteilen als eigenständige Präferenzstörung „Partialismus“ zu definieren. Fetischismus ist ein Verhalten, das zunehmend mehr Akzeptanz in der Gesellschaft findet, deshalb ist es unbedingt notwendig, nur solche Patienten in die Diagnose einzuschließen, die subjektiv unter ihrer Störung leiden oder objektiv, z. B. im Rahmen von Strafverfolgung (Raub/Diebstahl), in Schwierigkeiten sind. Die Präferenz muss darüber hinaus fast ausschließlich das Sexualverhalten bestimmen; das Einbeziehen fetischistischer Vorlieben in das normale Sexualleben schließt die Diagnose aus.

Epidemiologie

Über die Prävalenz fetischistischer Störungen ist wenig bekannt. Oft sind sie notdürftig in das übliche Sexualverhalten integriert oder finden sich als Teil anderer Präferenzstörungen – wie z. B. Lederfetischisten in der Sodomazo-Szene. Von einer erheblichen Dunkelziffer ist auszugehen, so sind in der Biographie der meisten straffällig gewordenen Fetischisten Diebstähle von Fetischobjekten zu finden, die jedoch nicht in den Zusammenhang der Paraphilie gestellt werden. Auf diese Art geht die Strafverfolgung an den wirklichen Sachverhalten vorbei. Wir wissen, dass mehr Männer als Frauen unter die Diagnose fallen. Über die Altersverteilung der Patienten ist wenig bekannt, klinische Beobachtungen zeigen jedoch ein langes Anhalten der Störung.

Beginn und Verlauf

Der Beginn meist zweiphasig. Die Patienten berichten, dass bestimmte Gegenstände, Kleidungsstücke oder Körperteile schon früh eine besondere Bedeutung für sie hatten. Selten ist zu rekonstruieren, warum dies so ist. Manchmal sind signifikante Erlebnisse Auslöser; in den meisten Fällen scheint es sich um zufällige Konditionierungen zu handeln. Von sexueller Relevanz sind die Fetische ab der Pubertät, wenn sie mit Sexualität verknüpft werden. Erst dann entwickelt sich die Fixierung, und die Gefahr der Generalisierung nimmt zu. Gelingt es an diesem Punkt nicht, das fetischistische Verhalten in das allgemeine Sexualverhalten zu integrieren, besteht die Gefahr der Entgleisung. Dann nimmt die Beschäftigung mit dem Fetisch zunehmend mehr Raum und Zeit ein, im Extremfall baut sich das Leben um den Fetisch herum auf. Sozialkontakte werden eingeschränkt, die daraus resultierende Isolation beschleunigt die Störung. Oftmals ist ein suchtarziger Verlauf beobachtbar, das sexuelle Bedürfnis ist auf übliche Weise nicht mehr zu befriedigen. Die Patienten begeben sich in die bestehenden Subkulturen hinein, Besuche bei einschlägigen Prostituierten sind häufig, und es kommt zu Diebstählen und Raub fetischistischer Objekte. Das Stehlen von Fetischen nimmt mitunter groteske Züge an, der Besitz von Tausenden von Stücken Unterwäsche ist keine Selten-

heit. Der Konsum einschlägiger Pornographie und die eskalierende Verengung der Sexualfantasien tut ein Übriges.

Klinische Merkmale

Fetischisten, die zur Therapie kommen, sind in den meisten Fällen entweder von Angehörigen geschickt oder im Rahmen anderer Störungen behandlungsbedürftig. Sie kommen sehr spät, ihr gesamtes Verhalten hat sich dann schon an der Störung ausgerichtet. Oft bestehen mehrere Präferenzstörungen gleichzeitig. Statistisch gesehen haben Fetischisten zwischen 4 und 5 unterschiedliche Paraphilien, nicht selten findet sich darunter inzestuöse und nichtinzestuöse Pädophilie. Aber auch Transvestitismus und Masochismus sind oft zusätzliche Störungen.

Auch hier stimmt das Bild des schüchternen, kontaktgehemmten Patienten nur selten. Eine Neigung zur Gewalt bei der Fetischbeschaffung, auch Vergewaltigungen werden berichtet. Beziehungen sind schwierig aufrechtzuerhalten. Entweder erlischt die Lust zur normalen Sexualität, es entwickeln sich Funktionsstörungen, oder der Druck auf die Partnerin, fetischistische Bedürfnisse zu erfüllen, belastet das Zusammenleben. Progrediente Formen sind mit üblichen Beziehungen unvereinbar; es sind einsame Störungen.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

ICD-10 F65.0 Fetischismus

Definition: Gebrauch gegenständlicher Objekte als Reize für die sexuelle Erregung und zur sexuellen Befriedigung. Fetische als Ersatz für den menschlichen Körper. Andere Gegenstände mit individuell wechselnder Bedeutung. Fetisch ist die wichtigste Quelle sexueller Erregung und ist für die sexuelle Befriedigung unerlässlich. Entwicklung von Ritualen um das fetischistische Verhalten herum, die den Geschlechtsverkehr beeinträchtigen oder zur Qual machen

Ausschluss: fetischistische Fantasien in das übliche Sexualverhalten integriert, fetischistische Objekte als zusätzliche Mittel sexueller Stimulation

Differenzialdiagnose: fetischistischer Transvestitismus; Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen; Fixierung auf bestimmte Objekte im Rahmen autistischer Störungen

■ Sexueller Masochismus

Hauptmerkmale

Das Hauptinteresse sexueller Masochisten besteht im realen Erleiden von Demütigung, körperlichen Schmerzen, am Verlust von Kontrolle oder sonstiger Leiden. Diese Ereignisse müssen sexuell erregend sein. Das Spektrum reicht von sehr milden, wenig gewaltsamen Erfahrungen bis hin zu lebensgefährlichen Verletzungen. Masochistische Handlungen werden meist mit einem oder mehreren Partnern durchgeführt. Dabei sind die vorgenommenen Handlungen sehr stark ritualisiert mit Grenzen, die von den sadistischen Partnern eingehalten werden (sollten!). Es gibt aber auch masochistische Handlungen, die allein durchgeführt werden, dies gilt insbesondere für viele Formen der Hypoxyphilie; dabei werden Handlungen durchgeführt, die die Sauerstoffaufnahme herabsetzen und nicht selten zum Tode führen.

Epidemiologie

Die weite Verbreitung (sado-)masochistischer Praktiken in der öffentlichen Darstellung darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass der sexuelle Masochismus als Präferenzstörung relativ selten ist. Untersuchungen zeigen eine Prävalenzrate von weniger als 1 %, wobei Experimente mit masochistischen Sexspielen von bis zu 10 % der befragten Populationen berichtet werden. Es sind mehr Männer als Frauen betroffen, der sozioökonomische Status liegt relativ hoch. Masochismus scheint verbreiteter zu sein als Sadismus.

Beginn und Verlauf

Viele Masochisten berichten von signifikanten Erlebnissen im Zusammenhang mit Demütigungen, Kontrolliertwerden, aber auch dem Zufügen von Schmerz schon in der frühen Kindheit. Die Koppelung mit Sexualität im Rahmen pubertärer Sexualfantasien und orgasmischer Konditionierung kann ein diffuses Erleben zur sexuellen Präferenzstörung machen. Vor den ersten realen Erfahrungen mit Partnern, die meist im frühen Erwachsenenalter liegen, findet eine längere Phase masochistischer Sexualfantasien statt und Versuche, masochistische Situationen ohne explizite Rollenzuweisung zu schaffen. Betroffene versuchen z.B., beim Spielen oder im Turnunterricht getreten zu werden, die Luft abgeschnitten zu bekommen usw. Wenn Ansätze fehlschlagen, die masochistische Präferenz von normalen Partnern befriedigt zu bekommen, findet meist ein Abgleiten in sadomasochistische Zirkel statt. Einem Teil der Betroffenen sind die ritualisierten Verfahrenswesen zu beschränkend, sie suchen Befriedigung in pathologischen Beziehungen. Der in der Subkultur verbleibende Teil steht in der ständigen Gefahr von Generalisierung und Eskalation des Verhaltens. Im Gegensatz zur Eigenwerbung innerhalb der sadomasochistischen Zirkel werden immer wieder auch drastische Grenzüberschreitungen und Verletzungen berichtet. Nur einem geringen Teil Betroffener gelingt es, die Gefährlichkeit der Handlungen über längere Zeit niedrig zu halten. Die Gefahr der Eskalation ist groß. Insbesondere das Präferenzspringen vom Masochismus zum Sadismus stellt eine solche Gefahr dar; viele Sadisten haben als Masochisten begonnen.

Eine masochistische Prägung findet selten im späteren Leben statt. Dies geschieht fast nur, wenn die Partner/-innen sadistisch veranlagt sind und eine Prädisposition vorliegt.

Klinische Merkmale

Ein großer Teil Betroffener initiiert auch außerhalb des sexuellen Rahmens (sado-) masochistische Interaktionen. Dies gilt nicht zuletzt für die therapeutische Situation. Dort wird mit sublimen Methoden versucht, bestraft zu werden. Aber auch in anderen sozialen Situationen werden entsprechende Beziehungsmuster aufgebaut. Es widerspricht unseren Erwartungen als Therapeut(inn)en, dass Menschen davon angezogen sind, unterdrückt zu werden. Dass sie sich immer wieder dorthin begeben, wo Demütigungen und Bestrafungen stattfinden. Unsere Arbeit mit masochistischen Patient(inn)en muss kontinuierlich daraufhin überprüft werden, ob wir uns in komplementäre, d. h. sadomasochistische Beziehungsstrukturen verwickeln lassen.

Beziehungen von Masochisten sind häufig gekennzeichnet durch eine verringerte Intimität und stärkere emotionale Einsamkeit – ein wichtiges, empirisch belegtes Kennzeichen! Die Barriere zum nicht einverstandenen Partner vergrößert sich mit zunehmender Dauer der Störung. Kognitive Verzerrungen, die masochistisches Verhalten rechtfertigen, sind an der Tagesordnung. Der Druck auf die Partner/-innen wird stärker, nicht zuletzt unterstützt durch Medienrummel.

Es besteht ein enger Zusammenhang mit Sadismus. Insgesamt ist die Häufigkeit sexueller Straftaten beim Masochisten deutlich erhöht. Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang mit inzestuöser und nichtinzestuöser Pädophilie.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

ICD-10 F65.5 Sadomasochismus

Definition: sexuell erregendes Zufügen von Schmerzen, Erniedrigung oder Fesseln; hauptsächliche Quelle der Erregung oder unerlässlich für die sexuelle Befriedigung

Ausschluss: vorübergehende masochistische Fantasien oder masochistische Handlungen als Teil des normalen Sexuallebens

Differenzialdiagnose: Zufügenlassen von Schmerz und emotionalem Leid ohne sexuelle Erregung, z.B. nicht sexuell motivierte Gewaltanwendung; Selbstverletzung im Rahmen von Borderline-Störungen; dependente Persönlichkeitsstörung; Münchhausen-Syndrom

3. Umsetzung in die klinische Praxis

Eine Vielzahl einzel- und gruppentherapeutischer Ansätze wurde in der Behandlung von Präferenzstörungen entwickelt und erprobt. Die Ergebnisse sind je nach Untersuchung sehr unterschiedlich. Plakative Aussagen wie „Die Therapie von Sexualtätern ist wirkungslos!“ finden durchaus empirische Unterstützung. Methodische Mängel machen verlässliche Aussagen schwer. Es ist jedoch mittlerweile unbestritten, dass die Rückfallquote verringert werden kann. Neuere Untersuchungen belegen, dass die Rückfallquote Unbehandelter doppelt so hoch ist wie bei Behandelten. Spezifische therapeutische Strategien für einzelne Störungsbilder wurden nicht entwickelt. Wir müssen auch Abschied nehmen von der Idee einer Heilung.

Ziel ist, die Störung unter Kontrolle zu halten.

Ich möchte ein Therapiemodell vorstellen und explizieren, das sich im ambulanten Rahmen bewährt hat, aber auch stationär und im Gefängnis anwendbar ist, außer bei schwerstgestörten Patienten. Eine Kombination aus Einzel- und Gruppensitzungen wird empfohlen (Diagramm 2).

Am Beginn der Therapie von Sexualtätern steht: Arbeit des Therapeuten! Im Unterschied zu unserer gewohnten Klientel haben wir es hier fast immer mit Menschen zu tun, die nur das Notwendigste sagen, nur das schon Bekannte zugeben, die verharmlosen, herunterspielen, verniedlichen, rechtfertigen, Schuld auf andere schieben.

Jeder Therapeut, der sich allein auf die Angaben seiner Patient(inn)en verlässt, ist verlassen.

Vor dem ersten Kontakt müssen wir vertraut sein mit den Gedanken zur Profilerstellung. Ich lehne mich hier an die

Erkenntnisse der Profiler an (Holmes, 2008); jene erstellen Profile, um Täter zu finden, wir erstellen sie, um Aufschluss über die psychologischen Hintergründe, die zur Tat führen, zu bekommen. Einige Überlegungen hierzu: Präferenzstörungen beginnen mit der Pubertät. Es folgt eine Phase des Probandelns (Fantasierens). Störungen werden im Laufe der Zeit elaborierter. Je ausgeklügelter die Tat, desto länger die Störungsdauer. Das Phänomen des Präferenzspringens muss mitbedacht werden. So können neue abweichende Verhaltensweisen besser in unser Bild integriert werden. Nicht jedes gestörte Verhalten muss bis zur Pubertät zurückverfolgt werden, es kann als neue Stufe nach anderen Störungen verstanden werden. Vorstrafen, die nicht auf den ersten Blick mit Sexualität zu tun haben, können durchaus im Rahmen von Präferenzstörungen verstanden werden (Diebstahl – Fetischismus; Herumlungern – Voyeurismus etc.). Scheinbar intakte Beziehungen sind kein Beweis für normale Sexualität. Therapeuten müssen ihre Patienten mit diesem Wissen konfrontieren, um mehr Informationen zu bekommen.

Beispiel:

Pt: Das mit den Kindern ist mir (35 Jahre alt) zum ersten Mal passiert. Ich weiß auch nicht, wie mir das passieren konnte. Aber die Mädchen waren so verführerisch.

Th: Das glaube ich Ihnen nicht! Sie haben sich in Ihren Gedanken und Fantasien schon sehr viel länger mit Kindern sexuell erregt.

Pt: Ja vielleicht, aber nicht richtig.

Th: Nicht vielleicht! Sicher! Und ich weiß, dass Sie sich auch schon früher an Kindern erregt haben!

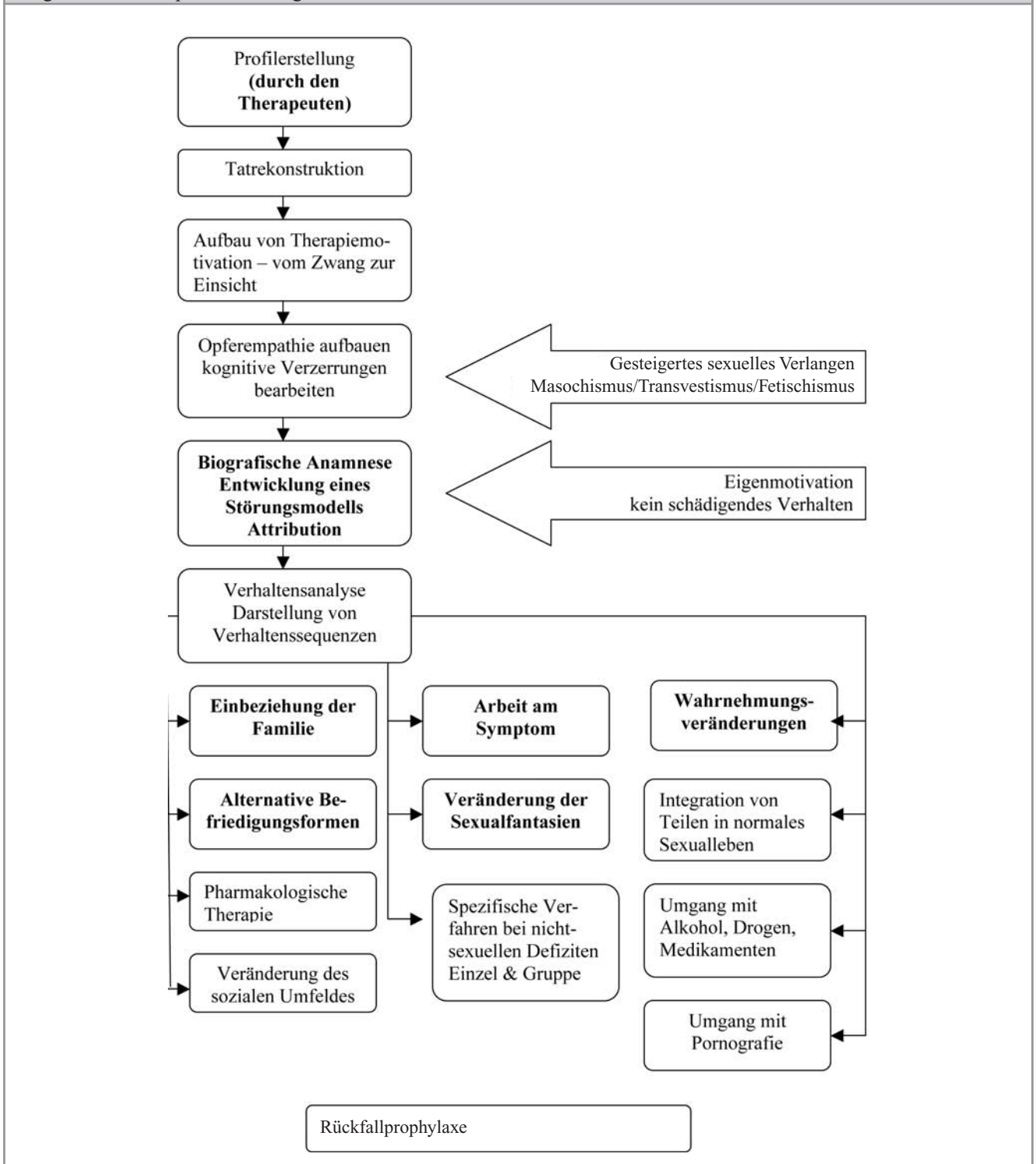
Pt: Aber die Kinder sind schuld, sie haben mich sexuell angemacht.

Die nächste Phase, belastend für Patienten wie Therapeuten, ist die minutiöse Rekonstruktion der Taten. Nur wenn die Täter ihre Taten konkret schildern, mit allen Vorstellungen, Gedanken und Fantasien, ist später eine verlässliche Verhaltensanalyse und Verhaltenstherapie möglich. Es ist wichtig, den genauen Ablauf zu kennen und vor allem die Entwicklung der einzelnen Taten über die Zeit hinweg. Wie haben Tatsequenzen zu Beginn der Störung ausgesehen, wie zum Schluss? Wenn die Motivation gering ist, ähneln die Explorationsmethoden anfangs mehr polizeilichen Ermittlungen als psychotherapeutischem Vorgehen. Konfrontatives Vorgehen ist oft nötig, um an therapeutisch relevante Informationen zu kommen. Konfrontation ist aber keine geeignete Technik für die Therapie. Bei den ersten Anzeichen von Einsicht oder Kooperation wird zu verstehendem und akzeptierendem Verhalten gewechselt. Die Therapie selbst beginnt fast immer fremdmotiviert (Gericht, Partnerin, Opfer etc.). Sie kann nur gelingen, wenn Eigenmotivation aufgebaut werden kann. Der Zwang drohender Konsequenzen gibt uns die Zeit hierfür. Zentraler Punkt jeder Therapie ist der Aufbau von Opferempathie.

Nur wenn es gelingt, dem Täter die Leiden seiner Opfer wirklich nahezubringen, kann Therapie gelingen!

Wir müssen die Verharmlosungsstrategien erkennen und in Frage stellen. Ich nehme Bezug auf die o. a. Überlegungen, welchen Schaden die unterschiedlichen Störungen ihren Opfern zufügen. Dieser kritische Punkt der Therapie erfordert

Diagramm 2: Therapie bei Störungen sexueller Präferenz – Sexualtäter



vom Therapeuten ein klares Verständnis für die Opfer und gleichzeitig ein Wissen um die Verleugnungs- und Verzerrungsstrategien der Täter.

Beispiel:

Pt: Aber ich habe dem Mädchen doch nichts getan. Ich würde nie Gewalt anwenden. Sie hat sich freiwillig auf meinen Schoß gesetzt. Ja, sie hat sich förmlich aufgedrängt.
 Th: Was haben Sie ihr dafür gegeben?
 Pt: Ich habe mich um sie gekümmert. Die Eltern haben sich ja keine Zeit genommen.

Th: Sie haben also das Bedürfnis des Mädchens nach Nähe für Ihre Zwecke ausgebeutet!

Pt: Sie wollte es.

Th: Sie wollen mir erzählen, sie wollte wirklich Ihr Glied in die Hand nehmen? Sie hat es getan, weil sie nur so Nähe bekommen konnte. Sie haben sie für Ihre Zwecke missbraucht und konnten sich noch großartig dabei fühlen. Traurig für das Kind. Nähe gesucht, Sex bekommen! Eine gute Erfahrung für das weitere Leben!

An dieser Stelle setzt die Therapie jener Patient(inn)en ein, die Beteiligte nicht explizit schädigen. Masochist(inn)en, Transvestiten, transvestitische Fetischisten und Patient(inn)en mit gesteigertem sexuellem Verlangen sollten hier weniger konfrontativ ein Gefühl dafür entwickeln, welche belastenden Auswirkungen ihr Verhalten auf ihre Partner/-innen haben.

Wenn wir ausreichend Informationen haben, kann gemeinsam mit dem Patienten ein Störungsmodell vor dem Hintergrund biografischer Fakten entwickelt werden. Hier beginnen alle Therapien sexueller Präferenzstörungen, bei denen die Betroffenen selbst Hilfe gesucht haben. Schließlich werden die einzelnen Handlungen und Handlungssequenzen lernpsychologisch analysiert, um aus der Vielzahl dann möglicher Interventionen eine geeignete Auswahl treffen zu können.

Der erste therapeutische Schritt im engeren Sinne ist die Arbeit an den kognitiven Verzerrungen. Sexualtäter haben immer die Tendenz zur Unehrllichkeit, auch sich selbst gegenüber; sie verzerren und verleugnen die Realität. Interventionen zur rationalen Restrukturierung sind angezeigt. Nur wenn Opferempathie geschaffen wurde, ist diese Arbeit überhaupt möglich. Die Arbeit am Symptom umfasst verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken. Sie sollten nicht Selbstzweck sein. Die Überzeugung setzt sich immer mehr durch, dass in den meisten Fällen eine grundlegende Veränderung der Störung nicht erreichbar ist, dass vielmehr eine Kontrolle angestrebt werden sollte. Folgende Verfahren können angewandt werden:

- verdeckte Sensibilisierung: aversive Vorstellungen oder reale aversive Gerüche bei der Vorstellung sexuell erregender Situationen
- Konditionierung bei minimaler Erregung: die aversive Konsequenz wird schon bei niedrigerer Erregung eingebaut (empfehlenswert bei hoch erregbaren Patienten!)
- Sensibilisierung durch Beobachtung: Videos, in denen die Konsequenzen bei den Opfern gezeigt werden
- aversive Verhaltensübung: abweichendes Verhalten zeigen (z. B. Exhibitionisten, Fetischisten)
- orgasmische Umkonditionierung: Einschleichen nicht abweichender Fantasien bei der Selbstbefriedigung, wenn der Orgasmus nicht mehr zu kontrollieren ist. Langsam den Zeitpunkt alternativer Vorstellungen vom Orgasmus wegrücken.
- orgasmische Sättigung: Selbstbefriedigung mit abweichenden Fantasien auch nach dem Orgasmus. Variante – zum Orgasmus mit nicht abweichender Fantasie, danach abweichende
- Kontrolle der Fantasien: Selbstbefriedigung nur ohne abweichende Sexualfantasien
- verbale Sättigung: Sprechen bis zur Langeweile (besonders bei Masochisten wirksam)
- imaginative Desensibilisierung: bei der Vorstellung abweichenden Verhaltens Erregung senken

Alle genannten Verfahren setzen eine hohe Motivation der Patienten voraus. Wahrnehmungsveränderungen in der Realität, mit Bildern oder in der Vorstellung, spielen eine wichtige Rolle bei allen Störungen, die im direkten Kontakt mit Opfern stattfinden. Die Auslösereize sexueller Erregung müssen gefunden und hinterfragt werden: kurzer Rock, anschniegelndes Verhalten von Kindern etc.

Den Blickpunkt zu wechseln ist wichtig: Schau dem Kind ins Gesicht und nicht unter den Rock! Will die Frau wirklich zu ihrem sexuellen Glück gezwungen werden?

Modifikation der Fantasien verlangt, dass wir uns auch die abseitigsten Aspekte erzählen lassen und dann die Freiheit haben, offen über Alternativen zu sprechen. Störungen finden sich nie isoliert, sie sind eingebettet in eine Vielzahl von weiteren, nichtsexuellen Defiziten. Hier müssen Verfahren, meist in der Gruppe, angewandt werden:

Stressbewältigungstraining	Aggressionskontrolle
Selbstsicherheitstraining	Emotionstraining
Training sozialer Kompetenz	Angstbewältigung
Kontakttraining	Genusstraining
Selbstinstruktionstraining	Problemlösetraining

In allen Fällen sollte eine Unterstützung durch Pharmaka ernsthaft erwogen werden. Oft macht dies eine sinnvolle Therapie überhaupt erst möglich; der innere Druck wird verringert. Die übrigen angeführten Interventionen sollten sich von selbst erklären. Kernstück jeder Therapie muss die Rückfallprophylaxe sein. Den Sexualtätern müssen die Verhaltenssequenzen, die zur Tat führen, bewusst sein:

- externe Auslösereize: Kinder, Frauen in verführerischer Kleidung
- interne Auslösereize: Selbstbefriedigungsfantasien, Erinnerungen, innere Spannungen
- gedankliche Verzerrungen: Verharmlosen einer Tat und ihrer Folgen, Denken ausschalten
- hoch riskantes Verhalten: Besuch eines Kinderspielplatzes, dunkle Straßen

Immer wenn Elemente dieser Verhaltenssequenzen für den Patienten erkennbar sind, muss eine Gegenstrategie verfügbar sein, durch die diese Sequenz zu unterbrechen ist.

Im nächsten Schritt wird der Umgang mit problematischen Vorfällen (lapse) geübt – wie kann man gefährlichen Situationen in Zukunft aus dem Weg gehen

Schließlich erfolgt eine Vorbereitung auf mögliche kognitive und emotionale Einbrüche, wenn die Selbstkontrolle des Störungsverhaltens zum Teil oder ganz versagt hat – konstruktive Lösungen statt Selbstbeschuldigungen werden gesucht.

■ Literatur

- Deegener G (Hrsg.) (1996): Multiphasic Sex Inventory (MSI). Fragebogen zur Erfassung psychosexueller Merkmale bei Sexualtätern. Handbuch. Göttingen: Hogrefe
- Deegener G (Hrsg.) (1999): Sexuelle und körperliche Gewalt. Therapie jugendlicher und erwachsener Täter. Weinheim: Psychologische Verlags Union
- Holmes, R. M. (2008). Profiling violent crimes. An investigative tool. London: Sage
- Laws DR, O'Donohue W (2008): Sexual deviance. Theory, assessment, and treatment. New York: Guilford Press
- Leiblum SR, Rosen RC (eds.) (2006): Principles and practice of sex therapy. New York: Guilford.

■ Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Werner Scholz
Alpenstr. 33, 86159 Augsburg, iwscholz@aol.com