

**B. Kurzversion der Leitlinien
zur Diagnose, Therapie
und Prognose von Störungen
der sexuellen Präferenz bzw.
von Paraphilien**

Leitlinie 1: Diagnose

Im Kontext der Psychiatrie werden die Störungen der Sexualpräferenz (ICD-10) als *wiederholt auftretende intensive sexuelle Impulse und Fantasien* beschrieben, *die sich auf ungewöhnliche Gegenstände oder Aktivitäten beziehen*, als behandlungsbedürftig gelten sie nur, wenn entsprechende Handlungen folgen oder wenn sich die Betroffenen durch Fantasien und Impulse deutlich (persönlich, beruflich oder sozial) beeinträchtigt fühlen und die Präferenz mindestens sechs Monate besteht.

Zur besseren Eingrenzung des Begriffes „*ungewöhnlich*“ kann die DSM-IV-Definition herangezogen werden: danach beziehen sich Impulse oder Fantasien auf **1. nicht menschliche Objekte, 2. das Leiden oder die Demütigung von sich selbst oder eines Partners, oder 3. Kinder oder andere nicht einwilligende oder nicht einwilligungsfähige Personen** (Aspekt der „*Beziehungsfeindlichkeit*“) (siehe Tabelle 1).

Nur in der Psychoanalyse findet der sonst nicht mehr gebrauchte Begriff der **Perversion** noch Verwendung. Er bezeichnet *eine erotische Form der Feindseligkeit* (also auch Beziehungsfeindlichkeit), bei der eine Fantasie, die gewöhnlich ausagiert werden muss, gelegentlich aber auch nur als Tagtraum erlebt wird, *ein traumatisches Kindheitserlebnis in einen Triumph als Erwachsener umkehrt*.

Leitlinie 2: Klassifikation unterschiedlicher Störungen der Sexualpräferenz

Sollte entsprechend Tabelle 2 (nach ICD-10) erfolgen.

Im DSM IV wird Masochismus und Sadismus als getrennte Störung aufgeführt, da trotz gelegentlichen gemeinsamen Auftretens Masochismus häufiger im Kontext psychiatrischer Versorgung, Sadismus häufiger im forensischen Kontext gefunden wird. Die Hervorhebung von Frotteurismus (Reiben am Körper anderer z.B. in öffentlichen Verkehrsmitteln) im DSM-IV macht den

Aspekt der Beziehungsfeindlichkeit im amerikanischen Diagnosesystem besonders deutlich. Die Liste der gestörten Vorlieben könnte unendlich fortgesetzt werden, daher müssen die meisten Formen als „multiple, sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen“ klassifiziert werden. Unter der letzten Rubrik kann auch die nicht-paraphile sexuelle Sucht als der Präferenzstörung verwandt (Paraphilie-verwandte Störung) klassifiziert werden.

Leitlinie 3: Epidemiologie

Störungen der Sexualpräferenz treten weit überwiegend bei Männern auf, wegen hoher Dunkelziffern ist aber ihre tatsächliche Häufigkeit nicht abzuschätzen. Nur beim Sadomasochismus gibt es einige Feldstudien, die auch die „nicht kranke“ Subkultur dieser sexuellen Vorliebe zu erforschen trachten. Nur 10% der erfassten Sadomasochisten sind Frauen.

Leitlinie 4: Ätiologie (siehe Tabelle 3)

Jede einzelne Störung ist multifaktoriell bedingt. **Als biologische Faktoren** können gelegentlich unspezifische Beeinträchtigungen der Gehirntätigkeit, Erkrankungen wie Epilepsie oder M. Parkinson sexuelle Präferenzstörungen begünstigen. Auch Störungen im Stoffwechsel von Hormonen (Hypophysen-Gonaden-Achse) und Neurotransmittern (Dopamin, Serotonin) werden für das Auftreten einer Neigung zu Präferenzstörungen verantwortlich gemacht.

Störungen der **Frühsozialisation** wie „unsichere Bindung“ an die Mutter oder traumatische Erlebnisse wie sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlungen werden häufiger gefunden (so genannte „distale Ursachen“). **Frustrationen in der aktuellen Lebenssituation** (Partner- und Arbeitskrisen) können als „proximale Ursachen“ den Charakter von „Auslösern“ für die Symptomatik haben. Häufig dient die paraphile Symptomatik der Selbsttröstung.

Leitlinie 5: Klinische Bilder

- **Fetischismus (F65.0):** Die einfachste Erklärung für das Auftreten des Fetischismus ist eine *pars pro toto*-Bildung¹⁰, das heißt, die Präferenzstörung entspricht einer *Einschränkung* der Fähigkeit, sich sexuell stimulieren zu lassen, auf einige wenige, sehr umschriebene Reize. Eine Sonderform ist der **fetischistische Transvestitismus (F65.1)**.
- **Exhibitionismus (F65.2):** Die *pars pro toto*-Bildung bezieht sich auf das Präsentieren des Genitales (erigiert oder unerigiert). Häufig bei einem Mangel an Selbstbestätigung in der Partnerschaft. Wird auch in Kombination mit Voyeurismus, Frotteurismus, Sodomasochismus, Transvestitismus oder Pädophilie gefunden.
- **Voyeurismus (F65.3):** Gegenstück zum Exhibitionismus. Die Neigung, anderen bei intimen Handlungen heimlich zuzusehen, ist verbunden mit sexueller Erregung. Es besteht nicht der Wunsch, eine Beziehung einzugehen.
- **Pädophilie (F65.4):** Man unterscheidet die *ausschließliche* von der *nicht ausschließlichen* Pädophilie und eine *heterosexuelle* von einer *homosexuellen*, obwohl es auch einen beträchtlichen Anteil „*gemischt orientierter*“ Pädophiler gibt. Ein Altersunterschied von mindestens fünf Jahren zwischen „Täter“ und „Opfer“ pädophiler Handlungen und ein Mindestalter des Täters (der Täterin) von 16 Jahren ist für die Diagnose erforderlich.

¹⁰ Die lateinische Bezeichnung „*pars pro toto*“ heißt, dass ein Teil für das Ganze genommen wird. Das Ganze bedeutet in diesem Fall eine *Vielfalt* sexueller Stimulierungsmöglichkeiten bzw. ein ganzheitliches sexuelles Erleben. Unter dem Ganzen ist nicht *ein bestimmtes* sexuelles Ideal – wie z. B. heterosexuelle Kohabitation mit dem Ziel des Zeugens von Kindern – gemeint.

- **Sadomasochismus (F56.5):** Der Sadomasochist benötigt als Erregungsvoraussetzung das Erleben von (aktiv ausgeübter oder passiv erlittener) Dominanz. Die oft gewünschten Schmerzreize oder das Leiden unterstreichen mehr den Charakter der Unterwerfung als an sich lustvoll zu sein. Isolierter Masochismus geht eher mit einer gehemmten Persönlichkeitsstruktur und Neigung zu Abhängigkeit, Depression und Angst einher, während isolierter Sadismus häufiger in Kombination mit einer antisozialen Persönlichkeit gefunden wird.
- **Sonstige bzw. nicht näher bezeichnete Störungen der Sexualpräferenz (F65.8, F65.9):** Phänomene wie obszöne Telefonanrufe, Koprophilie, Urophilie, Klismaphilie, Zoophilie, die Nutzung der Anoxie zur Steigerung der sexuellen Erregung, Vorliebe für Partner mit anatomischen Abnormitäten wie zum Beispiel amputierten Gliedmaßen (*Amelotatismus*). Von manchen wird auch zwanghafte Masturbation, zwanghaft ausgelebte hetero- oder homosexuelle Promiskuität oder die Abhängigkeit von Pornographie oder Telefonsex (*Paraphilie-verbundene Störung*) dazu gerechnet.

Leitlinie 6: Objektivierung der Diagnose

Bei der Penisplethysmographie wird bei Vorgabe bestimmter visueller oder akustischer sexueller Stimuli die Erektion des Mannes entweder durch Registrierung der Zunahme des Volumens oder nur des Umfangs des Penis gemessen. Die Methode ist anfällig für Täuschungen, ein negativer Befund (keine Volumen- oder Umfangszunahme) kann nicht, ein positiver nicht sicher verwertet werden, da die Stimulierbarkeit durch außergewöhnliche Reize allein nicht ausreicht, eine bestimmte Präferenz anzunehmen. Im angloamerikanischen Raum wird die Penisplethysmographie häufiger zur Diagnostik insbesondere der Pädophilie oder des sexuellen Sadismus herangezogen. Oft ist eine Objektivierung der Diagnose nur durch Fremdanamnese möglich. Die Diagnose einer Präferenzstörung ist erst dann zu stellen, wenn

eines oder mehrere der angeführten Symptome im Zeitraum von 6 Monaten mehrmals aufgetreten sind (siehe Abschnitt C Algorithmus 1).

Leitlinie 7: Schweregrad der Störung der Sexualpräferenz

Der Schweregrad lässt sich an zwei Kriterien festmachen: Der sogenannten „*Progredienz*“ der Störung (oder dem gleichzeitigen Vorkommen von einer Störung der Sexualpräferenz und einer „*Paraphilie-verwandten Störung*“ im Sinne einer hohen Sexualisierung als Copingstrategie) oder die *Kombination* jeder Störung der Sexualpräferenz *mit irgendeiner Form des Sadismus* (Tabellen 4, 5 und 6).

Leitlinien 8: Komorbidität

Es ist prinzipiell an folgende komorbide Störungen zu denken (Tabelle 7):

- **Psychoorganische Beeinträchtigung und schizophrene Psychosen** (bis zu 5%)
- **Affektive Störungen** (schwere (major Depression) bis zu 30%, leichte bis zu 60%)
- **Sucht und Angststörungen** (bis zu 80%)
- **Zwangsstörungen** (bis zu 10%)
- **Impulskontrollstörungen** (als Differentialdiagnose aber auch bei etwa 20% als komorbide Störung)
- **Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHD)**: bei paraphilen Patienten bzw. Sexualstraftätern finden sich in der Vorgeschichte gehäuft Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrome in der Kindheit und Jugend, z.T. auch noch im Erwachsenenalter.
- **Persönlichkeitsstörungen**: bis zu 90% bei Straftätern mit Sadismus und Pädophilie.

Leitlinie 9: Therapie

Die **Psychotherapie** stellt die „**Basisbehandlung**“ der Störungen der Sexualpräferenz dar. Sie wird gegebenenfalls (entsprechend der Komorbidität oder der Schwere und Gefährlichkeit der Störung) kombiniert mit medikamentöser Therapie (siehe Abschnitt C Algorithmus 2). An Medikation kommt **antihormonelle Therapie** mit Cyproteronacetat und GnRH-Agonisten (siehe Tabelle 9) oder eine **Behandlung mit SSRI** zur Anwendung.

Bei Präferenzstörungen, die zu Straftaten führen (v. a. Pädophilie und Sadismus), haben sich in letzter Zeit besonders gezielte kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme etabliert, die meist als Gruppentherapie angeboten werden (siehe Tabelle 8).

Leitlinie 10: Verlauf und Prognose

Bei fixierten Störungen der Sexualpräferenz mit Ausschließlichkeit ist Beeinflussbarkeit äußerst fraglich. Allerdings kann oft eine bessere Kontrolle über die paraphilen Impulse erreicht werden. Bei Straftätern mit Störungen der Sexualpräferenz sind die beiden wichtigsten zusätzlichen prognostischen Faktoren die Anzahl früherer ähnlicher Auffälligkeiten und das gleichzeitige Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Für eine standardisierte Risikoeinschätzung kommen heute in der forensischen Psychiatrie Prognoseinstrumente zur Anwendung:

1. PCL-R und PCL-R-SV zur Beurteilung schwerer Antisozialität
2. SVR-20 zur Risikoeinschätzung von sexuellen Gewalttaten
3. RRS zur Beurteilung von Sexualstraftätern im Strafvollzug.

Leitlinie 11: Rechtsfragen

Prinzipiell gliedert sich jede Therapie im Rahmen der Psychiatrie in eine *freiwillige* (wenn der Therapeut eine behandelbare Störung diagnostiziert und der Patient die Therapie wünscht) und eine *nicht freiwillige* Behandlung (wenn eine psychiatrisch benennbare Störung vorliegt, gleichzeitig akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung und fehlende Einsicht des Patienten in die Behandlungsnotwendigkeit).

Bei Störungen der Sexualpräferenz stellt sich die Frage, wie sehr der Patient in der Lage ist, Interessen seiner Partner wahrzunehmen und sie zu berücksichtigen (siehe Abschnitt C Algorithmus 1). Ist dies der Fall, können eine Psychotherapie oder psychoedukative Gespräche auch in Kombination mit milder medikamentöser Therapie mit SSRIs indiziert werden. Wird *Selbst- oder Fremdgefährdung* nach den genannten Kriterien nicht ausgeschlossen, müssen Therapieverfahren ins Auge gefasst werden, welche die sexuelle Betätigung einschränken. In Strafverfahren kann das Gericht (bei Fremdgefährdung) unterschiedliche Weisungen geben, die bindend eingehalten werden müssen (siehe Tabelle 10):

1. Einweisung in den Maßregelvollzug (§ 63 StGB): auf richterliche Anordnung, auch ohne Einverständnis des Betroffenen oder der Anstalt, wenn aufgrund einer Störung oder Erkrankung eine zumindest erheblich verminderte oder aufgehobene Schuldfähigkeit (§21 StGB) vorliegen und erhebliche weitere Delikte zu erwarten sind. In einem mehrstufigen Prozess muss zunächst die klinische Diagnose gestellt, diese dann im Hinblick auf den Ausprägungsgrad einem juristischen Krankheitsbegriff zugeordnet und in der Auswirkung auf die konkrete Tat geprüft werden. Die Entlassung aus der Maßregel ist erst nach einem Gutachten möglich, das feststellt, dass Gefährlichkeit nicht mehr besteht. Maßregelunterbringung sollte nur auf schwere Fälle mit hohem Risiko beschränkt bleiben: psychotisch (oder ähnlich schwer) erkrankte Personen mit schweren Aggressionsdelikten, aber auch schwere, süchtig-progrediente Störungen der Sexualpräferenz oft in Kombination mit schwe-

- ren Persönlichkeitsstörungen, bei denen gleichzeitig mit der Psychotherapie auch medikamentöse Therapie indiziert ist.
2. Eine Einweisung in eine Anstalt für suchtkranke Straftäter nach § 64 StGB, die nicht an die Minderung der Schuldfähigkeit gebunden ist, wird bei Sexualstraftätern selten angeordnet, obwohl die Alkohol- und Drogenabhängigkeit eine häufige Komorbidität bei Präferenzstörungen darstellt.
 3. Für die anderen Straftäter sollte im Rahmen des Strafvollzuges eine *deliktspezifische Behandlung* in einer *sozialtherapeutischen Anstalt* ins Auge gefasst werden. Die Verlegung in eine sozialtherapeutische Anstalt wird nach § 9 des StVG geregelt (günstigste Vorgangsweise für mittelgradig persönlichkeitsgestörte Patienten, bei denen aktivere Mitarbeit und Mitentscheidung im Therapieprozess notwendig sind).
 4. In weniger gefährlichen Fällen kann auch durch das Gericht eine Weisung zu einer ambulanten Therapie erfolgen.