

Paraphilie

Variante sexueller Vorlieben oder psychische Störung?

Paraphile Störungen sind nicht mehrheitsfähig und stoßen oft auf Ablehnung. Solange die Betroffenen jedoch nicht unter ihren sexuellen Interessen leiden, die Interessen anderer Menschen verletzen oder einschränken, werden paraphile Interessen und Verhaltensweisen nicht als psychische Störung angesehen.

MOUNIRA JABAT, ZÜRICH, PEER BRIKEN, HAMBURG



Beim Fetischismus werden Objekte oder Körperteile, unter anderem Kleidungsstücke, oder Gegenstände, aus Gummi, Leder oder Fell zur sexuellen Erregung und Befriedigung benötigt.

24 **Variante sexueller Vorlieben oder psychische Störung?**
Paraphilie

28 **AGATHE: Ein neues intramuskuläres 3-Monats-Depotpräparat**

33 **Zwangsmaßnahmen möglichst vermeiden**
Behandlungsbereitschaft verbessern

38 **Migräne: Sporttherapie gegen Kopfschmerz**

40 **CME MS und NMOSD**
Kognitive Defizite bei chronisch-entzündlichen ZNS-Erkrankungen

45 **CME Fragebogen**

Zwischen der Paraphilie als psychischer Störung und Paraphilie als Variante sexueller Vorlieben bestehen Übergänge mit normativ festgelegten Grenzziehungen (der Begriff „Paraphilie“ leitet sich aus den griechischen Bezeichnungen für „para“ = neben und „philia“ = Liebe ab). Solange die Betroffenen nicht unter ihren sexuellen Interessen leiden, die Interessen anderer Menschen verletzen oder einschränken, werden paraphile Interessen und Verhaltensweisen jedoch nicht als psychische Störung angesehen [1, 2]. Daher werden sie im psychiatrischen Kontext relativ selten diagnostiziert, wahrscheinlich aber eher zu selten in Anamnesen erfragt.

Prävalenz

Die Prävalenz für die verschiedenen paraphilen Interessen wird mit 1–7% geschätzt. Störungen mit Leidensdruck und/oder Fremdgefährdung sind aber wahrscheinlich deutlich seltener. Dabei überwiegen paraphile Störungen bei Männern – eine Ausnahme bildet die masochistische Störung, die auch bei Frauen häufig vorkommt. Es dürfte allerdings auch ein deutlicher Geschlechterbias in der Diagnostik selbst bestehen.

Diagnostik

Die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 (hier wird noch der Terminus „Störungen der Sexualpräferenz“ verwendet) umfassen drei Voraussetzungen [1]:

- Es handelt sich um wiederholt auftretende intensive sexuelle Impulse und Phantasien, die sich auf ungewöhnliche Gegenstände oder Aktivitäten, auf Leiden oder Demütigung von sich selbst oder anderen Menschen beziehen. Dabei handelt die betroffene Person entsprechend den Impulsen oder fühlt sich durch sie deutlich beeinträchtigt.
- Die Störung kann sich auf Kinder oder andere Personen beziehen, die nicht einwilligungsfähig oder -willig sind.
- Die dritte Voraussetzung beinhaltet, dass die Präferenz mindestens seit sechs Monaten besteht.

Ähnlich lauten die diagnostischen Kriterien im DSM-5. Auch hier sind qualitative Auffälligkeiten, ein Leidensdruck und/oder Fremdgefährdung Voraussetzung für die Diagnose [2]. Das Kriterium A beschreibt die paraphilen Fantasien, dranghaften Bedürfnisse oder Verhaltensweisen und stellt die Paraphilie fest. Das Kriterium B beschreibt die negativen Konsequenzen für das Individuum oder andere und diagnostiziert somit eine paraphile Störung.

Paraphilien können weitergehend eingeteilt werden in exklusive (Person nicht in der Lage in Abwesenheit des paraphilen Objekts und/oder der Aktivität zu einer sexuellen Erregung zu gelangen) und nicht exklusive Formen.

Untergruppen

Paraphilien können in verschiedene Untergruppen eingeteilt werden [1,2, 3, 4].

Fetischismus (ICD-10: F65.0)

Für die sexuelle Erregung und Befriedigung werden Objekte oder Körperteile (Füße) benötigt, unter anderem Kleidungsstücke (Schuhe, Strümpfe), aber auch Gegenstände, zum Beispiel aus Satin, Gummi, Leder oder Fell.

Therapie: Wenn der Fetischismus nicht im Zusammenhang mit Fremdgefährdung steht, und vor dem Hintergrund befürchteter oder realer sozialer Zurückweisung können affirmative Therapieansätze zur Förderung der Selbstakzeptanz, Reduktion sozial bedingter Belastungsfaktoren und Beeinflussung sekundärer Symptome angeboten werden sowie eine Verbesserung der Verhaltenskontrolle, Psychoedukation des Patienten und gegebenenfalls des Paares.

Transvestitischer Fetischismus (ICD-10: F65.1)

Zur sexuellen Erregung wird Kleidung des anderen Geschlechts getragen.

Therapie: Es bestehen auch hier affirmative Therapieansätze zur Förderung der Selbstakzeptanz, Reduktion sozial bedingter Belastungsfaktoren und Beeinflussung sekundärer Symptome, Verhaltenskontrolle, Psychoedukation des Patienten und gegebenenfalls des Paares.

Exhibitionismus (ICD-10: F65.2)

Hierbei besteht das wiederholte Verlangen sich vor anderen Personen gegen de-



Paraphile Störungen wie der Voyeurismus überwiegen bei Männern. Eine Ausnahme bildet die masochistische Störung.

© RapidEye / iStock

ren Willen in der Öffentlichkeit zu entblößen. In diesem Zusammenhang erfolgt häufig auch die Masturbation.

Therapie: Gegebenenfalls Krisenbehandlung im psychiatrischen Kontext bei Exazerbation der Symptomatik, SSRI- Behandlung, Rückfallvermeidungsansätze, Bearbeitung von Beziehungs- und Intimitätsdefiziten sowie Schamgefühlen. Förderung in den Fähigkeiten die Bedürfnisse nach Aufmerksamkeit und Kontrolle in sozial adäquater Form umsetzen.

Voyeurismus (ICD-10: F65.3)

Es besteht die wiederkehrende Neigung andere Menschen ohne deren Wissen beim Geschlechtsverkehr, bei der Masturbation, oder auch beim Entkleiden zu beobachten. Auch hierbei führt dies zu einer sexuellen Erregung.

Therapie: Die Therapie verfolgt ähnliche Ziele wie beim Exhibitionismus.

Pädophilie (ICD-10: F65.4)

Es besteht eine sexuelle Präferenz für Jungen oder für Mädchen, oder für beide Geschlechter, die sich in der Vorpubertät oder in einem frühen Stadium der Pubertät befinden. Dabei ist der/die Betroffene mindestens 16 Jahre alt und fünf Jahre älter die Person, die er/sie begehrt oder an der sexuelle Handlungen durchgeführt werden.

Therapie: Die Therapie richtet sich nach dem Risiko eigen- oder fremdgefährdenden Verhaltens. Erfahrungen für medikamentöse Therapieansätze und sexualforensische Psychotherapien sind dazu notwendig. Die Therapie sollte den Kri-

terien gängiger forensischer Theorien und Rehabilitationsmodelle (dem Risk Need Responsivity [RNR]-Prinzip) folgen [5, 6, 7, 8].

Sadomasochismus (Masochismus, Sadismus) (ICD-10: F65.5)

Es werden in aktiver oder passiver Form sexuelle Aktivitäten mit Zufügung von Schmerzen, Erniedrigung oder Fesselung bevorzugt. Manche Personen empfinden sowohl bei masochistischen als auch sadistischen Aktivitäten sexuelle Erregung.

Therapie: Bei sexuellem Masochismus können klärende psychotherapeutische Ansätze (z.B. psychodynamisch am Konflikt orientierte) zur Anwendung kommen. Beim sexuellen Sadismus richtet sich die Therapie nach dem Risiko fremdgefährdenden Verhaltens. Dabei ist Erfahrung mit medikamentösen Therapieansätzen und sexualforensischer Psychotherapie notwendig. Die Therapie sollte den Kriterien gängiger forensischer Theorien und Rehabilitationsmodelle (dem RNR-Prinzip) folgen [5, 6, 7, 8]. Die Patienten sind bei klärenden Ansätzen meist viel schwerer zu erreichen als Patienten, die unter einem sexuellen Masochismus leiden. Bei Menschen mit sadistischen Phantasien, deren Moral empfinden so strukturiert ist, dass sie gleichzeitig beim Ausleben dieser Phantasien Schuld empfinden, können jedoch auch klärende, psychotherapeutische Ansätze zur Anwendung kommen.

Multiple paraphile Störungen (ICD-10: F65.6)

Oft bestehen bei einer Person mehrere Störungen der sexuellen Präferenzen,

ohne dass eine im Vordergrund steht. Eine häufige Kombination ist Fetischismus, Transvestitismus und Sadomasochismus.

Sonstige paraphile Störungen (auch Nekrophilie) (ICD-10: F65.8)

Unter anderem fallen hierunter obszöne Telefonanrufe zur sexuellen Stimulation, Pressen des eigenen Körpers an andere Menschen zur sexuellen Stimulation in Menschenansammlungen (Frotteurismus), sexuelle Handlungen an Tieren (Sodomie, Zoophilie), Strangulieren und Nutzung der Anoxie zur Steigerung der sexuellen Erregung.

Ätiologie

In der psychoanalytischen Theorie gelten Voyeurismus, Exhibitionismus, Frotteurismus verkürzt beschrieben als Abwehr von Kastrationsängsten. In späteren Theorien wird der Umkehr eigener, kindlicher traumatischer Erfahrungen mit Ohnmachtserleben in Macht als Erwachsener eine große Bedeutung beigegeben. Diskutiert werden Abwehrmechanismen wie die Identifikation mit dem Aggressor, Spaltung, Verleugung, Externalisierung, Projektion und projektive Identifizierung.

Gemäß verhaltenstherapeutischer Theorien werden Kontext und sexuelle Handlungen mit den ersten Masturbationserfahrungen emotional verbunden, sodass sie im Sinne klassischer Konditionierungsprozesse für spätere sexuelle Vorlieben bedeutsam bleiben. Empirische Bestätigungen dieser Theorien stehen jedoch aus [3, 4]. Weiter werden erfahrungsbezogene Faktoren und soziale Lernprozesse als relevant angenommen. Gegenwärtig werden aber vor allem biologische Theorien zur Entstehung diskutiert, die hirnstrukturelle, neurofunktionelle und neuropsychologische Auffälligkeiten zu integrieren versuchen.

Testosteron dürfte als begünstigender Faktor für sexuell aggressive Verhaltensweisen nicht notwendig sein [3]. Sicher ist allerdings, dass dieses Androgen bei Männern und Frauen für die sexuelle Lust notwendig ist [3, 4, 9, 10].

Diagnostik

Die ausführliche Erhebung der Sexualanamnese stellt den wichtigsten Anteil

des diagnostischen Werkzeugs dar [9]. Sie muss gelernt werden. Sinnvoll ist nach Klärung des aktuellen Vorstellungsgrunds eine Abklärung entlang wichtiger Lebensabschnitte. Wichtig sind etwa der Umgang mit Sexualität in der Familie und frühe Erfahrungen mit Sexualität. Nachfolgend können Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung, insbesondere der Pubertät erfragt werden. Dabei sollte auch die Entwicklung von Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung berücksichtigt werden. Fragen nach sexuellen Praktiken, Wünschen und Phantasien können für Patienten, aber auch Untersucher eine Herausforderung darstellen. Partnerschaftliche Kontakte und Beziehungen und ebenso die Beziehungsgestaltung können aufschlussreich sein, um bestimmte Störungen zu erfragen. Der Konsum pornografischer Abbildungen und die sexualbezogene Nutzung digitaler Medien erfordern eine sachgerechte Anamnese. Des Weiteren zählen Fragen nach eventuellen Prostituiertenbesuchen hierzu. Altersunabhängig müssen sexuelle Funktionsstörungen aktiv erfragt werden.

Zu einer umfassenden Sexualanamnese gehört die (behutsame) Frage nach traumatischen Erlebnissen, Fragen zu eventuellem Konsum von sexuellen Stimulanzien, Alkohol oder Drogen. Für eine Risikoeinschätzung der Fremdgefährdung ist die Evaluation von sexuellen Übergriffen und Straftaten (dissoziale Entwicklung) notwendig. Eine allgemeine biografische und psychiatrisch-somatische Anamnese sollte folgen. Neben der Sexualanamnese sollte eine gründliche somatische Abklärung durchgeführt werden.

Im forensischen Kontext ist die Risikoeinschätzung notwendig, für die standardisierte Risikoerfassungsinstrumente zur Verfügung stehen. Deren Anwendung muss gelernt werden. Außerdem kommen psychologische Tests zur Anwendung (z. B. der Hypersexual behavior Inventory, der Multiphasic Sex Inventory und der Explicit Sexual Interest Questionnaire [ESIQ]).

Komorbidie psychiatrische Störungen

Häufig treten paraphile Störungen mit weiteren psychiatrischen Erkrankungen

kombiniert auf, zum Beispiel mit Angststörungen, affektiven Störungen, Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeiten, Persönlichkeits-, Zwangs- und Impulskontrollstörungen, Störungen der Verhaltenskontrolle sowie Intelligenzminderungen [9].

Faktoren zur Aufrechterhaltung von paraphilen Verhaltensmustern

Die Aufrechterhaltung der Störungen wird sehr vereinfacht beschrieben durch eine positive Verstärkung erklärt, die durch die Masturbation und den Orgasmus erfolgt. Bei negativer Verstärkung können paraphile Störungen dazu dienen, Belastungen und negative Stimmungen (z. B. Depression, Angst) zu bewältigen [3, 4, 9].

Behandlung

Die Therapie von Menschen mit paraphilen Störungen benötigt im Allgemeinen Zeit [3, 4, 9, 5, 6, 7, 8]. Die Behandlungsziele richten sich dabei meist nach dem durch die Störung bedingten Risiko und den dafür relevanten veränderbaren Risikofaktoren sowie der Stärkung von Ressourcen. Neben der Förderung nicht devianter sexueller Erfahrungen, der Bildung von Alternativen zu Sex als Coping-Strategie, gegebenenfalls der Reduktion sexueller Überbeschäftigung, stehen auch Faktoren wie Emotionsregulation und Verbesserung sozialer Kompetenzen im Vordergrund. Es kann bei manchen Patienten sinnvoll sein, die paraphilen Interessen als veränderbar in Aussicht zu stellen, um ihre Motivation zur Veränderung des sexuellen Verhaltens zu erhöhen. Auf der anderen Seite kann die These der Veränderbarkeit zu einer Verschwendung von Ressourcen durch eine unrealistische Behandlungszielsetzung führen, wenn das paraphile sexuelle Interesse sehr stark fixiert ist.

Therapieansätze

Unter den gängigen Behandlungen finden sich vor allem kognitiv-behaviorale, aber auch psychodynamisch orientierte Therapien und die Psychoedukation.

Medikamentöse Therapie

Häufig werden Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) zur Reduktion impulsiver und hypersexueller Sympto-

me angewandt. Paraphile Störungen, die mit einem erhöhten Risiko fremdgefährdenden Verhaltens assoziiert sind, können mit antiandrogenen Medikamenten wie Cyproteronacetat oder GnRH-Analoga behandelt werden. Die Indikation erfolgt wegen möglicher Nebenwirkungen unter strenger Risiko-/Nutzenabwägung. Cyproteronacetat ist ein Wirkstoff aus der Gruppe der Antiandrogene. Chemisch gesehen handelt es sich um ein Progesteronderivat, das als kompetitiver Antagonist am Androgenrezeptor wirkt. GnRH-Agonisten hemmen über zentralnervöse und periphere Regelkreise die Produktion von Testosteron in den Leydig-Zellen und es kommt zu einem Abfall der Testosteronwerte bis in den Kastrationsbereich. Zu beachten sind die Nebenwirkungen, die oft zu einer Ablehnung der Medikation durch den Betroffenen führt. Die Medikation muss in einen Gesamtbehandlungsplan mit Psychotherapie eingebettet sein und sollte von sexualmedizinisch und forensisch versierten Ärzten durchgeführt werden. Für die Anwendung existieren entsprechende Leitlinien [5, 11, 12].

Behandlungsleitlinien

Umfassende Informationen zu Behandlungsleitlinien finden sich auch über die DGPPN in Zusammenarbeit mit der DGfS (Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung). Besonderheiten existieren in der Therapie Jugendlicher/Adoleszenten, die aktuell in der Veröffentlichung der WFSBP (The World Federation of Societies of Biological Psychiatry) berücksichtigt wurden [12]. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Mounira Jabat

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinik Zürich Militärstr. 8, 8004 Zürich
E-Mail: mounira.jabat@puk.zh.ch

Prof. Dr. med. Peer Briken

Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf

Literatur

1. Dilling, Mombour, Schmidt. "Internationale Klassifikation psychischer Störungen; ICD-10 Kapitel V(F)", Huber Verlag; 2011
2. American Psychiatric Association. „Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen“. DSM-5. Hogrefe, Göttingen 2015
3. Fiedler; „Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung“ Beltz PVU 2004
4. Laws DR, O'Donohue WT. "Sexual deviance: theory, assessment, and treatment". 2nd ed. New York: Guilford Press; 2008
5. Thibaut F. et al "The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias". World J Biol Psychiatry. 2010 Jun;11(4):604-55
6. Willis GM. et al, "The good lives model (GLM): an evaluation of GLM operationalization in North American treatment programs" Sex. Abuse 2014 Feb;26(1):58-81
7. Marshall WL. et al "Psychological Treatments of the Paraphilias: a Review and an Appraisal of Effectiveness". Curr Psychiatr. Rep (2015) 17:47
8. Hanson RK, Yates PM. "Psychological treatment of sex offenders". Curr Psychiatry Rep (2013); 15(3):348
9. Briken P., Berner M. „Praxisbuch Sexuelle Störungen. Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen“. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2013
10. Briken P. „Paraphilie und paraphile Störung im DSM-5“. Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2015); 9:140-146
11. Berner W., Briken P. (2007) Störung der Sexualpräferenz (Paraphilie)-Diagnostik, Ätiologie, Epidemiologie, Behandlung und präventive Aspekte. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007 · 50:33-43; DOI 10.1007/s00103-007-0108-y; Springer Medizin Verlag
12. Thibaut F. et al "The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders". World J Biol Psychiatry. 2016 Feb;17(1):2-38
13. Turner D. et al, "Assessment methods and management of hypersexuality and paraphilic disorders" Curr Opin Psychiatry. 2014 Nov; 27(6):413-22.