

Zeitschrift: Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie SAK = Criminologie / Groupe Suisse de Criminologie GSC = Criminologia / Gruppo Svizzero di Criminologia GSC

Herausgeber: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: 32 (2014)

Artikel: Psychiatrische Definition, Prävalenz und Ätiologie der Störungen der Sexualpräferenzen

Autor: Graf, Marc

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1051534>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 13.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Psychiatrische Definition, Prävalenz und Ätiologie der Störungen der Sexualpräferenzen

MARC GRAF

Prof. Dr. med., Klinikdirektor, Forensisch-Psychiatrische Klinik, UPK, Basel

Inhaltsverzeichnis

1. Sexuelle Normen und Präferenzen.....	158
2. Definition der Paraphilien.....	160
3. Hypothesen zur Ätiologie der Paraphilien.....	165
3.1 Biologische Ursachen.....	166
3.2 Psychologische Ursachen.....	166
3.3 Soziale Ursachen.....	167
4. Ausblick.....	167
5. Referenzen.....	169

Zusammenfassung

Die Störungen der Sexualpräferenz werden auch als Paraphilien bezeichnet: „para“ für „daneben“, „philie“ für „Liebe“, also wörtlich „fehlgeleitete Liebe“. Genauso wie der Begriff der „Störungen der Sexualpräferenz“ beinhaltet dieser Begriff zwei aus medizinischer Sicht problematische Definitionen für eine Diagnose: Erstens die Frage der Definition was hinsichtlich sexueller Präferenz als „normal“ akzeptiert ist und zweitens, ab wann denn eine wie auch immer geartete Abweichung von dieser Norm als „krankhaft“ oder, weniger stigmatisierend, als „psychische Störung“ bezeichnet wird. Während die Frage nach der Normalität mit wenigen, nicht mehr aktuellen epidemiologischen Studien, versucht wird zu beantworten, stützt sich die Beurteilung des quantitativen Abweichens auf zwei Quellen: Erstens die Angaben des Betroffenen selbst hinsichtlich der lebenspraktischen Auswirkungen seiner Sexualpräferenz und insbesondere seines daraus resultierenden subjektiven Leidensdrucks und zweitens auf Fremdbeobachtung. Es besteht eine gewisse Einigkeit, dass spätestens ab dem Zeitpunkt, an welchem eine betroffene Person nicht mehr in der Lage ist, seine Sexualpräferenz ohne konkret schädigende Auswirkungen auf Dritte auszuleben, die Schwelle zur psychiatrischen Diagnose erfüllt ist.

Dies wiederum wirft (mindestens) zwei Fragen auf: Wie verlässlich sind die Angaben des Betroffenen über sein seelisches Innenleben respektive sein Verhalten und wie verlässlich die Angaben von Zeugen dieses Verhaltens oder von eigentlichen Opfern? Letzteres wird in der Regel durch eine strafrechtliche Beurteilung geklärt, einer objektiven Beurteilung des seelischen Innenlebens versuchen sich neurobiologische Wissenschaftler mit so genannten impliziten Verfahren und anderen Methoden anzunähern. Der Beitrag versucht einen Bogen zu schlagen zwischen Erklärungsansätzen für die Entwicklung von Störungen der Sexualpräferenz, der Häufigkeit ihres Auftretens und modernen Untersuchungsmethoden zur Objektivierung von Befunden.

1. Sexuelle Normen und Präferenzen

Sexualität ist in erster Linie und ursprünglich eine Methode zur evolutionär vorteilhaften Vermehrung, bei welcher der Austausch von genetischem Material zu unterschiedlicher genetischer Ausprägung (Genotyp) mit unterschiedlicher späterer Manifestation im Verlauf des Lebens (Phänotyp) führt. Charles Darwin beschrieb in „The Origin of Species“ 1859 wie solche unterschiedlichen Phänotypen zum Teil besser an jeweilige Umgebungsbedingungen angepasst sind und somit einen Selektionsvorteil haben („Survival of the fittest“). Dabei geht es natürlich eben nicht um den Vorteil des Individuums sondern der jeweiligen Spezies, das heisst der zu Grunde liegenden Erbsubstanz, kodiert in den Zellkernen mittels Desoxyribonukleinsäure, DNA. Nach moderner sexualmedizinischer Auffassung hat Sexualität noch weitere wichtige Ziele, nämlich zum einen die soziale Beziehungsgestaltung: Die Zweierbeziehung, mittlerweile in westlichen Staaten auch die homosexuelle, wird oft als kleinste und wichtigste Einheit moderner Sozialgemeinschaften beschrieben. Schliesslich hat sich Sexualität in einer modernen Gesellschaft mit sehr hohen Lebenserwartungen und einem hohen Mass an sozialer Sicherheit deutlich weg von einem evolutionären Vorteil hin zu Vergnügen und (Lebens-)Befriedigung im Sinne der „recreational sexuality“ entwickelt. Der Grossteil der sexuell aktiven Bevölkerung in westlichen Ländern unternimmt wohl einen mehr oder weniger grossen Aufwand, um sich beim Sex eben *nicht* zu vermehren.

Schon dies zeigt klar auf, dass Sexualität einem stetigen Wandel unterworfen ist. Sexuelle Ideale verändern sich bezüglich des Habitus, das

heisst, bestimmter körperlicher Merkmale: Zu Mangelzeiten, während Kriegen und Seuchen, aber schon im Jungpaläolithikum dem Ende der Altsteinzeit, war Übergewicht (aus der heutigen Perspektive betrachtet) Ausdruck von Fruchtbarkeit und der Fähigkeit Kinder zu ernähren. So entstanden Fruchtbarkeitsfiguren wie die Venus von Willendorf, ca. 25'000 v.Chr. In den neuen 60er Jahren repräsentierte das Modell „Twiggy“, zu Deutsch „dünnere Ast“, das pure Gegenteil. Ein Trend, welcher in der Modebranche („size zero“) mit allen Konsequenzen, bis hin zur Magersucht, anhält. Die moderne plastische Chirurgie ermöglicht immer mehr Menschen, nicht nur Frauen, ihr Gesicht und ihren Körper aktuellen Schemata anzupassen, daraus entstehen neue Ideale und zum Teil ein hoher Anpassungsdruck. Mit gesellschaftlichen Entwicklungen ändert sich auch die sexuelle Konnotation von Kleidung- und anderen Gegenständen bis hin zur fetischistischen Entwicklung, zum Beispiel in der Schuhmode.

Das Internet erlaubt einen zwar nicht repräsentativen, dennoch in diesem Ausmass und dieser Qualität einmaligen Einblick in sexuelle Bedürfnisse, Phantasien und tatsächliche Handlungen vieler Menschen, primär natürlich durch die verfügbare Pornographie aber auch durch Kommunikationsmöglichkeiten wie „chats“ und soziale Medien wie „Twitter“. 1886 veröffentlichte Richard von Krafft-Ebing, ein in Wien tätiger Psychiater, mit der „Psychopathia Sexualis“ (1), wohl eine der ersten systematischen wissenschaftlichen Darstellungen der verschiedenen Formen menschlicher Sexualität, wie der Name dies beschreibt, mit einer starken Betonung der Störung oder eben der „Abartigkeit“, eine Sammlung von in der ersten Auflage 45 und in der zwölften Auflage 238 Fallgeschichten. Nur kurze Zeit später veröffentlichte Sigmund Freud, ursprünglich Neurologe, ebenfalls in Wien, seine „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (2), welche in starkem Kontrast zur „Psychopathia Sexualis“ stand, indem sie zwar nicht keine aber deutlich weniger moralische Wertungen vornahm und die Entstehung von Varianten sexueller Phantasien, Bedürfnisse und Verhaltensweisen, primär in innerseelischen Konflikten, verortete. Lange Zeit stagnierte die wissenschaftliche Forschung zur Sexualität auf dem Niveau von Fallberichten, meist an Hand von Straftätern oder theoretischen Überlegungen, bis der US-amerikanische Zoologe und Sexualforscher Alfred Charles Kinsey seine beiden epidemiologischen Studien an einigen Tausend Personen aus den USA publizierte, 1948 „Sexual Behavior in the Human Male“ (3) und 1953 „Sexual Behavior in the Human Female“ (4). Seither sind keine nennenswerten, ausreichend breit abgestützte und me-

thodisch korrekte epidemiologische Studien zur menschlichen Sexualität (mehr) erschienen. Neuere Publikationen beschränken sich auf Populationen von Sexualstraftätern, Studenten oder online-Befragungen, sämtliche weisen einen erheblichen Selektionsbias auf.

Wir wissen also wenig bis nichts über die Varianten menschlicher Sexualität und dennoch sind wir immer wieder bestrebt, bestimmte Formen als „abnorm“ oder „deviant“, das heißt abweichend, zu beschreiben. Dies um soziale sowie gesetzliche Normen zu schaffen respektive diese durchzusetzen und uns selber als „innerhalb der Norm liegend“ subjektiv zu beruhigen. Doch wie kann etwas als „abnorm“ oder „deviant“ bezeichnet werden, wenn die Norm nicht bekannt ist?

2. Definition der Paraphilien

Die Paraphilien umfassen nach ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), dem aktuellen diagnostischen Manual der Weltgesundheitsorganisation WHO (5) im Kapitel F65 die folgenden Störungen:

- F65.0 Fetischismus
Der Fetischismus bezeichnet eine sexuelle Vorliebe respektive Fixierung auf leblose mehr oder weniger mit Sexualität konnotierte Gegenstände, häufig weibliche Kleidung und Schuhe, auf bestimmte Körperteile oder Handlungen.
- F65.1 fetischistischer Transvestitismus
Fetischistische Transvestiten ziehen sexuelle Erregung und Befriedigung primär aus dem Tragen von Kleidung des Gegengeschlechts.
- F65.2 Exhibitionismus
Beim Exhibitionismus steht das zur Schau stellen der eigenen Geschlechtsorgane im Vordergrund sexueller Bedürfnisse, oft kombiniert mit Selbstbefriedigung in öffentlichen Situationen.
- F65.3 Voyeurismus
Ein Voyeur erregt und befriedigt sich beim passiven, meist vom Opfer unentdeckten Betrachten von subjektiv als erotisch wahrgenommenen Situationen, Personen und Handlungen. Im strikten Gegensatz zum Stalker meidet er jegliche Interaktion mit seinen Opfern.
- F65.4 Pädophilie
Auf die Pädophilie wird im Folgenden noch vertieft eingegangen. Sie beschreibt die sexuelle Präferenz (Vorliebe) für präpubertäre Kinder.

- F65.5 Sadomasochismus
Während der Sadist aus dem Zufügen von Schmerzen und der Erniedrigung seiner Sexualpartner Erregung und Befriedigung zieht, ist dies beim Masochisten die passive Rolle.
- F65.6 multiple Störung der Sexualpräferenz
Studien an Sexualstraftätern legen nahe, dass Störungen der Sexualpräferenz mit Ausnahme des sexuellen Transvestitismus häufiger in Kombinationen vorkommen als isoliert. Gene Abel beschrieb dies schon 1990 als „crossing“ (6).
- F65.8 sonstige Störung der Sexualpräferenz
In dieser Kategorie werden seltenere Störungen wie der Frotteurismus (Erregung durch Reiben des Geschlechtsteils an anderen Personen, meist im Gedränge), die Nekrophilie (Vorliebe für tote Personen respektive Gegenstände, Orte und Situationen, welche mit Sterben und dem Tod assoziiert sind) oder die Sodomie (sexuelle Handlungen an oder mit Tieren)
- F65.9 nicht näher bezeichnete Störung der Sexualpräferenz
Dies ist die übliche Sammelkategorie für weniger klar definierte Präferenzstörungen.

So wie andere Dimensionen präferierter Sexualpartner wie Geschlecht, Körperbau etc., kann eben auch das Alter dieser Sexualpartner als spezifische Präferenz ausgeprägt sein: Bei Erregung von jungen Erwachsenen durch primär deutlich alte, meist über 60 jährige Personen spricht man von „Gerontophilie“ und bei Ansprechbarkeit durch pubertäre Menschen von „Ephebophilie“, der „Jünglingsliebe“ und „Parthenophilie“, der Präferenz für pubertäre Mädchen. All diese sind keine eigenen Diagnosen nach ICD-10, auch wenn dies immer wieder diskutiert und gefordert wird. Natürlich ist bei Diskussionen ob diese Präferenzen „Störungscharakter“ aufweisen, stets der Altersunterschied beider involvierter Personen zu berücksichtigen, wobei in ICD-10 nicht die jeweiligen gesetzlichen Schutzalter als Referenz gelten, da diese in unterschiedlichen Ländern stark variieren. Über den Lauf der Lebensentwicklung wird gesellschaftlich mehr oder weniger erwartet, dass sich auch das Alter der jeweils präferierten Sexualpartner in einem ähnlichen Bandbereich mitentwickelt. Dies ist aber nicht so ganz selbstverständlich: Gerade in der Pubertät schwärmen junge Menschen oft für deutlich „reifere“ Partner, sei dies als Ausdruck sexueller Attraktivität oder auch um den eigenen Sozialstatus zu erhöhen, um eben selbst als „reif“ und Erwachsen zu gelten. Im fortgeschrittenen Erwachsenenalter kippt dies oft ins Gegenteil: Viele

erwachsene Männer und Frauen (für welche man im Angelsächsischen den Begriff „cougar“, Jaguar, geprägt hat) in der fünften und sechsten Lebensdekade präferieren deutlich jüngere Sexualpartner um die Zwanzig. Wohl niemand würde diesbezüglich ernsthaft von einer psychischen Störung ausgehen – bei der Präferenz Erwachsener gegenüber Kindern aber sehr wohl, und dies ist wahrscheinlich auf folgenden Gründen auch richtig so:

Auch wenn sexuelle Handlungen mit vorpubertären, also meist jüngeren als zwölfjährigen Kindern, ohne Brutalitäten und offensichtlichen Zwang vorgenommen werden, geht die Initiative dazu immer vom Erwachsenen aus und das Kind ist nicht wirklich in der Lage die Konsequenzen dieser Handlungen abzuschätzen. Solche Handlungen gehen meist mit einer erheblichen Verletzung sozialer Normen und Erwartungen der Kinder einher und sind eingebettet in anderes missbräuchliches und ausbeuterisches Verhalten, auch wenn die Täter dies mit allen erdenklichen Mitteln und Methoden ins Gegenteil zu verdrehen versuchen, sodass sie schlussendlich subjektiv zur Überzeugung kommen können, dass sie sich dem Kind gegenüber fürsorglich verhalten und dieses sie zu sexuellen Handlungen verführt hat. Viele Kinder schildern denn auch, dass sie sich in der Gesellschaft der Täter sehr wohl gefühlt (bei weitem nicht alle, viele Täter entwickeln eine „Beziehung“, welche durch Angst und Erpressung geprägt ist) und die sexuellen Handlungen schliesslich „in Kauf genommen hätten“. Viele Kinder entwickeln, als Folge solcher sozialer und sexueller Missbräuche, später psychische Probleme: Häufig sind depressive Symptome bis hin zum Suizid, Essstörungen, Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und natürlich Störungen der eigenen sexuellen Identität, was sich zuletzt, besonders traurig, im Teufelskreis „vom Opfer zum Täter“ manifestieren kann.

Dieses Merkmal, dass die eigene sexuelle Präferenz nicht mehr ausgelebt werden kann, ohne andere zu schädigen, ist ganz wesentlich für die psychiatrische Diagnose von Paraphilien: Während in ICD-10 die Diagnose der Pädophilie kaum brauchbar operationalisiert, das heisst, mit einigermaßen eindeutigen Kriterien definiert ist, ist diesbezüglich das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)“ (7) der „American Psychiatric Association (APA)“ klarer:

Pedophilic Disorder DSM-5 302.2

- A. Over a period of at least 6 months, recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviours involving sexual activity with a prepubescent child or children (generally age 13 years or younger).
- B. The individual has acted on these sexual urges, or the sexual urges or fantasies cause marked distress or interpersonal difficulty.
- C. The individual is at least age 16 years and at least 5 years older than the child or children in Criterion A.

Note: Do not include an individual in late adolescence involved in an ongoing sexual relationship with a 12- or 13-year old.

Specify whether:

Exclusive type (attracted only to children)

Nonexclusive type

Specify if:

Sexually attracted to males

Sexually attracted to females

Sexually attracted to both

Specify if:

Limited to incest

Unter Kriterium A. sind somit die qualitativen Merkmale der Paraphilie aufgelistet. Kriterium B. enthält dann die quantitativen Merkmale, welche zu definieren versuchen, wann die unter A. bezeichnete sexuelle Präferenz als *psychische Störung* qualifiziert wird. Eines von drei Merkmalen muss erfüllt sein: Entweder tatsächliche entsprechende sexuelle Handlungen oder beim Betroffenen besteht ein erheblicher subjektiver Leidensdruck (weil er oder sie die sexuelle Präferenz nicht ausleben darf wegen entsprechender Gesetze oder die sexuelle Präferenz im Widerspruch zu eigenen moralischen, sozialen oder religiösen Normen steht) oder es kommt zu zwischenmenschlichen Problemen, sei es durch die Schädigung von Opfern oder Beziehungsproblemen wegen unerfüllter sexueller Bedürfnisse. Wichtig anzumerken ist, dass eines dieser drei Kriterien für die Diagnose der Pädophilie ausreicht. Das heisst unter anderem, dass es nicht zwingend zu sexuellen Handlungen mit Minderjährigen gekommen sein muss. Der Leidensdruck oder die zwischenmenschlichen Probleme sind ausreichend für die Diagnose.

Bei vielen pädophilen Personen, insbesondere wenn die Störung schon lange vorbesteht und sie bereits wiederholt Kinder missbraucht haben, ist oberflächlich betrachtet kein subjektiver Leidensdruck mehr feststellbar: Die Betroffenen haben sich durch ausgebaute Abwehrmechanismen mit ihrer Störung „arrangiert“, sie wird nicht mehr als Ich-fremd (ich-dyston) sondern mit den eigenen Werten und Idealen im Einklang stehend (ich-synton) wahrgenommen. Entsprechend schwieriger ist in solchen Fällen die Therapiemotivation und die Therapie selber, falls überhaupt erfolgreich durchführbar.

An dieser Stelle nur ein kurzer Exkurs zur Therapie: So wenig wie die Volkskrankheit „Bluthochdruck“, um nur ein Beispiel zu nennen, heilbar ist sondern nur die entsprechenden Symptome durch Medikamente, Diät, Lebensführung etc. gemildert werden können, so wenig kann Pädophilie geheilt werden. Es geht in der Psychotherapie pädophiler Patienten vielmehr darum, dass die Betroffenen entweder lernen, ihre Sexualität alternativ auszuleben ohne Kinder zu missbrauchen (z.B. durch das Anknüpfen an einer teilweise noch erhaltenen Präferenz gegenüber erwachsenen Sexualpartnern) oder sie lernen, ohne Sexualität zu leben, das heisst auch ohne sexuelle Fantasien, Masturbation oder missbräuchliche Pornographie. Dabei können Medikamente zur Senkung des Testosteronspiegels einigen Patienten helfen.

Einen sehr hilfreichen Algorithmus zur Differenzierung der Störungen der Sexualpräferenz, ob eine Störung im engeren Sinne vorliegt und wenn ja welchen Schweregrades, haben Briken et al. (8) publiziert: Dabei wird auf der zweiten Stufe gefragt, ob die betroffene Person in der Lage war, die Interessen eines Sexualpartners zu berücksichtigen bzw. Selbstschädigung zu vermeiden. Falls „ja“ handelt es sich „höchstens“ um eine „leichte Präferenzstörung“ und eine Behandlung ist nur bei subjektivem Leidensdruck notwendig. Falls „nein“ liegt eine Präferenzstörung im eigentlichen Sinne bzw. eine Paraphilie vor. Wenn dann noch Schwerekriterien wie Progredienz, ein Sadismus oder paraphilieverwandte Störungen (wie zwanghaftes Masturbieren, ich-dystone Promiskuität oder Pornografie-sucht) vorliegen, kann von einer schweren Präferenzstörung oder schweren Paraphilie ausgegangen werden. Dieser Algorithmus bezieht sich auf sämtliche Paraphilien und nicht ausschliesslich auf die Pädophilie.

Der Begriff der Perversion beschreibt keine psychiatrische Störung im engeren Sinne und wird unterschiedlich verwendet:

Hans Giese, ein bedeutender deutscher Sexualwissenschaftler, sah im Kern der Perversion ein „Verfehlen der Wir-Bildung“ in der „Dialektik

zwischen Beziehungswunsch und sexuellem Begehren“ (9). Als Leitsymptome für eine so verstandene Perversion definierte er einen Verfall an die Sinnlichkeit, eine Zunahme der Frequenz sexueller Handlungen bei Abnahme der Satisfaktion, zunehmende Promiskuität und Anonymität, Ausbau von Phantasie, Praktik und Raffinement, ebenso süchtiges Erleben und schliesslich eine Periodizität der dranghaften Unruhe.

Ganz anders die beiden anderen deutschen (Sexual-) Wissenschaftler Berner und Fiedler (10), welche übereinstimmend vermuten, dass „jeder Mensch bis zu einem gewissen Grad von irgendeiner Perversion betroffen“ scheine und in diesem Zusammenhang von der „Normalität der Perversionen“ ausgehen. Sie beschreiben in diesem Zusammenhang einvernehmliche von vermeintlich Norm abweichenden sexuellen Handlungen, häufig sado-masochistischer Natur, welche nicht die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen würden. Warum dann aber dieser eindeutig negativ konnotierte Begriff der Perversion dazu verwendet wird, bleiben die Autoren schuldig.

In einem medico-legalen Kontext sinnvoller und in Fortsetzung der Arbeiten von Giese, erscheint mir die Definition des amerikanischen Psychoanalytikers Robert Stoller sinnvoller: In seinem Buch „Perversion - Die erotische Form von Hass“ (11) beschreibt er als Kernelement der Perversion der Versuch des Betroffenen, die durch immer wieder erlebte Erniedrigungen, Frustrationen und Verletzungen entstandene Ohnmacht durch Kontrolle, Dominanz und/oder Sadismus in das Gegenteil zu kehren, in Macht. Die Verbindung von Hass als Resultat immer wieder aufgetretener Wut und Ohnmacht einerseits mit dem Bedürfnis oder gar Sehnsucht nach Intimität und sexueller Erregung wie Befriedigung sorgt für die entsprechende Dynamik der Perversion.

Falls der Begriff der Perversion verwendet wird, sollte also gleich auch eine Definition mitgeliefert werden.

3. Hypothesen zur Ätiologie der Paraphilien

Wenngleich wissenschaftlich unbefriedigend, kann zum derzeitigen Wissensstand lediglich die Aussage gemacht werden, dass die Paraphilien so genannt „bio-psycho-sozial“ bedingt sind. Das heisst, dass sich die jeweilige Störung als Interaktion biologischer, psychologischer als auch sozialer prädisponierender als auch auslösender Faktoren manifestiert. Da mit

Ausnahme der Pädophilie kaum valide Studien zur Ursache der Paraphilien publiziert sind, beschränke ich mich im Folgenden auf Letztere.

3.1 Biologische Ursachen

Zwillingstudien zeigen eine höhere Konkordanzrate (das heisst das Übereinstimmen von Merkmalen) für eine pädosexuelle Stimulierbarkeit bei eineiigen Zwillingen als bei zweieiigen als bei anderen Geschwistern (12). Eine sehr aktuelle bildgebende Studie konnte eine hohe Korrelation zwischen der grauen Substanz im orbitofrontalen Cortex (der Hirnrinde einer bestimmten Region im Stirnlappen des Gehirns) von Kindsmisbrauchern und dem Alter der präferierten Kinder nachweisen (13): Je geringer die graue Substanz, also vereinfacht die Menge von Gehirnzellen in dieser Region, desto jünger die Opfer. Schliesslich scheinen sich auch die Befunde für eine positive Korrelation zwischen der Konzentration bestimmter männlicher Geschlechtshormone und Sexualstraftaten zu bestätigen (14). Auch hier stammen die meisten Befunde allerdings von Straftätern und die Frage, ob diese auch auf nicht straffällige Personen mit Paraphilie übertragen werden können, ist nicht beantwortet.

3.2 Psychologische Ursachen

Dass sich Personen mit Pädophilie psychologisch von nicht pädophilen Kontrollpersonen unterscheiden, wurde in vielen Studien belegt und dies wurde schliesslich auch in das Modell zur sexuellen Straffälligkeit von Tony Ward integriert (15). Demnach führen die oben erwähnten biologischen Faktoren in Interaktion mit Umgebungsvariablen zur Ausprägung bestimmter Persönlichkeitszüge: Personen mit Pädophilie sind oft unsicherer mit niedrigem Selbstwertgefühl, sie zeigen einen unsicheren oder ambivalenten Beziehungsstil, sie sind misstrauischer und neigen zu depressiven sowie ängstlichen Zügen. All dies erschwert natürlich einen stabilen und sicheren Beziehungsaufbau zu Erwachsenen und die Entwicklung einer erwachsenen reifen Sexualität. Die Komorbidität, das heisst das gleichzeitige Auftreten verschiedener psychischer Störungen, ist bei den Paraphilien hoch: Oft finden sich Kombinationen mit Persönlichkeitsstörungen, Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen wie Alkohol, Depressionen sowie Zwangsstörungen.

3.3 Soziale Ursachen

Missbräuchliche soziale Systeme, das heisst Familien, in welchen keine soziale Sicherheit besteht, Rollen diffus sind oder Kinder nicht entsprechend ihrer Ressourcen und Schwierigkeiten adäquat gefördert werden, sind oft der Nährboden für die Entwicklung eine Pädophilie. Dazu gehört natürlich auch der selbst erlebte sexuelle Missbrauch im Kindesalter, welcher insbesondere bei Hochrisiko-Tätern die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöht (16). In der Berliner Dunkelfeldstudie (17) unterschieden sich bisher von den Strafverfolgungsbehörden nicht aufgedeckte Kindsmisbraucher und Konsumenten von Kinderpornographie von Tätern, welche ermittelt werden konnten durch: Einen höheren Bildungsabschluss, weniger Arbeitslosigkeit, ein jüngeres Alter sowie weniger selbst erlebten Kindsmisbrauch.

4. Ausblick

Die Therapieverfahren, welche für die Behandlung von Paraphilien wirksam sind, sind weitgehend entwickelt und publiziert. Sie kommen aber bei weitem noch nicht überall zu Anwendung und es fehlt an hinreichend qualifizierten und erfahrenen Therapeutinnen und Therapeuten. Zudem sind Früherfassung und Frühintervention, wie zum Beispiel bei den schizophrenen Störungen, noch fast gar nicht etabliert. Dies ist wahrscheinlich zu einem grossen Teil dadurch bedingt, dass es unglaublich schwierig ist, sich selbst eine abweichende Sexualpräferenz zuzugestehen und dann geeignete Hilfe aufzusuchen. Selbst für homosexuelle Menschen sind das innere (sich selbst) und das äussere (gegenüber anderen) „outing“ noch oft ein dorniger Weg, wie schwierig ist dies dann wohl erst für Menschen, welche sich von Kindern sexuell angezogen fühlen?

Dieser nur sehr bedingt offene Umgang mit Störungen der Sexualpräferenz erschwert dann natürlich auch die psychiatrische Diagnostik und die Verlaufs- sowie Risikobeurteilung: Bisher ist man diesbezüglich weitgehend auf die Äusserungen der Betroffenen angewiesen, z.B. ob sexuelle Fantasien mit Kindern weiterhin bestehen. Im Wissen um die Abwehrmechanismen, welche einen offenen Umgang mit diesen Themen verhindern sowie das gerichtete Aussageverhalten in einem strafrechtlichen Kontext, ziehen Therapeuten und Gutachter aus Verhaltensbeobachtungen in anderen Bereichen indirekte Rückschlüsse auf die Art und Weise sowie die

Dynamik und den Verlauf der Störung der Sexualpräferenz mit natürlich breitem Interpretationsspielraum und begrenzter Validität.

Um diese brüchige Datenlage zu verbessern entwickeln mehrere internationale Forschungsgruppen so genannte implizite Untersuchungsmethoden: Dabei ist dem Untersuchten nicht direkt zugänglich, was untersucht wird und wie dies untersucht wird (18). So werden den Probanden zum Beispiel während einer bestimmten Aufgabe, welche sie an einem PC oder in einer virtuellen Umgebung zu erfüllen haben, visuelle erotische Stimuli eingeblendet, sei dies ganz kurz unterhalb einer bewussten Wahrnehmungsschwelle oder dann länger, sodass diese subjektiv wahrgenommen werden können. Die impliziten Testverfahren gehen davon aus, dass subjektive bedeutungsvolle Stimuli kognitive Kapazitäten des Gehirns mehr beanspruchen als bedeutungslose, weil erstere unsere Aufmerksamkeit wecken, sie interpretiert und gewertet werden, Handlungsentwürfe und Konflikte entstehen und z.B. emotionale Reaktionen unterdrückt werden. Dies alles ist in der Test-Leistung des Probanden aber auch in Hirnstromableitungen (Elektroenzephalographie EEG) oder in der Bildgebung (funktionelle Kernspintomographie fMRI) sichtbar. Bisher können mit diesen Testverfahren im Sinne von Grundlagenforschung Gruppeneffekte mit guter Trennschärfe dargestellt werden, eine Anwendung auf Ebene Individuum, insbesondere in einem medico-legalen Kontext, ist noch obsolet. Die Fortschritte in diesem Forschungsbereich sind aber so konkret, dass in absehbarer Zeit wohl so genannte Assessments zur Verfügung stehen, mit welchen die bisherigen Untersuchungsmethoden ergänzt werden und somit deutlich validere Befunde zur Verfügung stehen. Der Einsatz solcher Verfahren im Strafrecht bedarf dann aber einer sorgfältigen Einbettung in strafprozessual garantierte Verfahrensrechte respektive müssen im Vollzug entsprechende Handlungsleitlinien noch entwickelt werden.

5. Referenzen

1. von Krafft-Ebing R: Psychopathia Sexualis;1886.
2. Freud S. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie; 1909.
3. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE: Sexual Behaviour in the Human Male. Philadelphia, W.B. Saunders; Bloomington, IN: Indiana University Press; 1998.
4. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH: Sexual Behaviour in the Human Female. Philadelphia, W.B. Saunders; Bloomington, IN: Indiana University Press; 1998.
5. World Health Organization WHO: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10); 2012.
6. Abel G, Rouleau J: The Nature and Extent of Sexual Assault. in Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender. New York, London, Plenum Press; 1990. pp. 9-20.
7. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5); 2014.
8. Briken P, Hill A, Berner W: Sexualstörungen - Störungen der Sexualpräferenz, Paraphilien. in Neurobiologie psychischer Störungen. Edited by Förstl H, Hautzinger M, Roth G. Heidelberg, Springer Medizin Verlag; 2006. pp. 827-851.
9. Giese H: Psychopathologie der Sexualität. Stuttgart, Enke; 1962.
10. Fiedler P: Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Weinheim, Basel, Beltz Verlag; 2004.
11. Stoller RJ: Perversion - die erotische Form von Hass. Giessen, Psychosozial Verlag; 1998.
12. Alanko K, Salo B, Mokros A, Santtila P. Evidence for heritability of adult men's sexual interest in youth under age 16 from a population-based extended twin design. The journal of sexual medicine. 2013;10:1090-1099.
13. Poepl TB, Nitschke J, Santtila P, Schecklmann M, Langguth B, Greenlee MW, Osterheider M, Mokros A. Association between brain structure and phenotypic characteristics in pedophilia. Journal of psychiatric research. 2013;47:678-685.
14. Kingston DA, Seto MC, Ahmed AG, Fedoroff P, Firestone P, Bradford JM. The role of central and peripheral hormones in sexual and violent recidivism in sex offenders. The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2012;40:476-485.

15. Ward T, Polaschek DLL, Beech AR: Theories of sexual offending. Chichester, John Wiley & Sons, Ltd; 2006.
16. Nunes KL, Hermann CA, Renee Malcom J, Lavoie K. Childhood sexual victimization, pedophilic interest, and sexual recidivism. *Child abuse & neglect*. 2013;37:703-711.
17. Neutze J, Grundmann D, Scherner G, Beier KM. Undetected and detected child sexual abuse and child pornography offenders. *Int J Law Psychiatry*. 2012;35:168-175.
18. Schmidt AF, Mokros A, Banse R. Is pedophilic sexual preference continuous? A taxometric analysis based on direct and indirect measures. *Psychological assessment*. 2013;25:1146-1153.