

4.2

Narzisstische Persönlichkeitsstörung und Perversion

Friedemann Pfäfflin, Franziska Lamott, Thomas Ross

Stellt man die Begriffe »Narzisstische Persönlichkeitsstörung« und »Perversion« nebeneinander, wie dies in der Überschrift dieses Kapitels geschieht, wird im klinischen Kontext fast automatisch das den diagnostischen Regelwerken ICD-10 und DSM-IV inhärente Komorbiditätskonzept assoziativ aufgerufen. In diesem Sinne wird der Leser auf Bahnen gelenkt, die in der Medizin gängig sind, nämlich die Interdependenz von Krankheiten bzw. Störungen zu bedenken, wie zum Beispiel »Diabetes mellitus und Koronare Herzkrankheit«, »Hypertonus und Zerebraler Insult«, »Adipositas per magna und Leistenhernie«. Der jeweils zuerst genannte Faktor in diesen Paaren kann als Kausalitäts- oder zumindest als Risikofaktor für den jeweils zuletzt genannten gelten. Kausale Zusammenhänge und Wechselwirkungen sind durch große epidemiologische Studien gesichert.

Dies gilt jedoch nicht für die Zusammenhänge zwischen Perversion und Narzisstischer Persönlichkeitsstörung als einer spezifischen Persönlichkeitsstörung, ja noch nicht einmal für den Zusammenhang von Perversion und Persönlichkeitsstörungen ganz generell. Während die meisten Persönlichkeitsstörungen auf der deskriptiven Ebene heute relativ präzise definiert und reliabel einschätzbar sind (Herpertz u. Saß 2003; Saß u. Herpertz 1999; Tress et al. 2002), war die Reliabilität der Diagnostik der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung zur Zeit der Konsensbildung über die ICD-10 zu gering, sodass sie in diesem Regelwerk zusammen mit der »exzentrischen«, »haltlosen«, »unreifen«, »passiv-aggressiven« und der »(psycho)neurotischen Persönlichkeit(ssstörung)« nur als »andere spezifische Persönlichkeitsstörung« unter ICD-10, F60.8 klassifiziert werden kann. Saß et al. (1999) haben dies zwar bedauert und die der Entscheidung zugrunde liegenden Argumente als unverständlich bezeichnet, ohne dass dies bisher zu einer Änderung geführt hätte. Im Anschluss an die Tradition des DSM-III, DSM-III-R und DSM-IV, in denen die Narzisstische Persönlichkeitsstörung (mit unterschiedlichen Kriterienkatalogen) weiterhin geführt wird, hat der Arbeitskreis OPD (1996) einen sich eng an das DSM-IV anlehrenden Kriterienkatalog zusammengestellt und vorgeschlagen, die Narzisstische Persönlichkeitsstörung unter

ICD-10, F 60.81 zu verschlüsseln. Das vorliegende Buch verfolgt u. a. den Zweck, dieser unbefriedigenden Situation abzuwehren.

Wie der Quellentext zur Narzisstischen Persönlichkeitsstörung von Hartkamp et al. (2002) belegt, stützt sich die entsprechende Diagnose im klinischen Alltag einerseits auf die Kriterienkataloge von DSM-IV und OPD. Andererseits fließen, je nach theoretischer Ausrichtung des Diagnostikers, implizit oder explizit Konzepte über intrapsychische Affekte, Abwehrmechanismen, Objektbeziehungen usw. ein, wie sie in den objektbeziehungstheoretischen Arbeiten Kernbergs (1970) und Akhtars (1989), den selbstpsychologischen Arbeiten Kohuts (1971), den lerntheoretisch akzentuierten Auffassungen Millons (1981), der interpersonellen Perspektive Benjamins (1993) und dem 5-Faktoren-Modell der Persönlichkeit von Trull und McCrae (1994) formuliert wurden. Als Einziger überprüfte Glassman (1988) empirisch die theoretischen Differenzen zwischen selbstpsychologischen und objektbeziehungstheoretischen Auffassungen mithilfe einer LISREL-Pfadanalyse und fand Teilaspekte beider Auffassungen bestätigt (vgl. Hartkamp et al. 2002). Da einige der genannten Autoren in diesem Buch selbst zu Wort kommen und in eigenen Übersichten theoretische Konzepte und empirische Befunde referieren, erscheint es uns entbehrlich, in diesem Kapitel noch näher auf Hintergrundsdaten zur Narzisstischen Persönlichkeitsstörung einzugehen, und wir verweisen diesbezüglich auf die anderen Kapitel des Bandes sowie auf Tress et al. (2002), Hartkamp et al. (2002), Herpertz und Wenning (2003) sowie Wenning und Herpertz (2003). Erwähnt werden soll allerdings, dass es Sexualforscher waren, die den Terminus »Narzissmus« einführten. Im Sinne eines sehr weit gefassten Autoerotismus sprach erstmals Havelock Ellis (1898) von »Narcissus-like tendencies« (S. 280), während der deutsche Psychiater und Sexualforscher Paul Näcke (1899, S. 375) mit Narzissmus bereits eine Perversion beschrieb, in der der eigene Körper wie ein Sexualobjekt behandelt wird. Historisch bestand also schon früh eine Brücke zwischen den beiden in der Kapitelüberschrift genannten Termini.

So ungeschlossen die Diskussion um die entscheidenden Leitsymptome ebenso wie die Diskussion um die Konzeptualisierung der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung noch immer sein mögen, liegen doch weitaus klarere Konzepte und Befunde dazu vor als zur Perversion. Eine auch nur annähernd einheitliche und konsensfähige inhaltliche Definition von Perversion gibt es nicht. Nur innerhalb der psychoanalytischen Fachwelt ist Perversion ein Terminus technicus, allerdings mit einem breiten Spektrum von Bedeutungsgehalten. Daneben werden die Wörter »pervers« und »Perversion« umgangssprachlich vielfältig zur Diffamierung aller möglichen Verhältnisse und Verhaltensweisen gebraucht. Eine zentrale Rolle spielten sie in der seit den 90er Jahren intensivierten Diskussion über Sexualdelinquenz, die gleichzeitig eine bedenkliche Verschiebung der Strafrechtssystematik vom bisherigen Schuldstrafrecht in Richtung auf ein Präventionsrecht markierte. In dieser Diskussion wurden Sexualstraftäter oft pauschal sowohl als pervers als auch als persönlichkeitsgestört charakterisiert,

um damit die Notwendigkeit ihrer langfristigen vorsorglichen Unterbringung zu begründen.

Der folgende Beitrag fokussiert deshalb darauf, einen Überblick über die historische Entwicklung verschiedener Perversionsbegriffe und verwandter Begriffe zu geben, wie zum Beispiel »sexuelle Präferenzstörung«, »Paraphilie«, »Devianz« und »Dissexualität«. Referiert werden ferner mit dem SKID-II erhobene Prävalenzdaten über Persönlichkeitsstörungen in einer Gefängnispopulation. Außerdem wird die psychoanalytische Theoriebildung über Perversion zusammengefasst, um anschließend anhand einer Kasuistik auf therapeutische Aspekte einzugehen und diese zu diskutieren.

Aktuelle Perversionskonstrukte

Der moralisch entwertenden Konnotation des Terminus »Perversion« versuchten schon die ICD-9 und mehr noch die ICD-10 entgegenzusteuern, indem sie den Begriff ersetzten durch »Sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen« (ICD-9) bzw. »Störungen der Sexualpräferenz« (ICD-10). Diese Terminologie trägt im Wort »Störungen«, auch wenn es durchgängig für alle anderen, früher als Krankheiten bezeichneten Phänomene gebraucht wird, noch immer die moralische Wertung, während das Wort »Sexualpräferenz« ein voluntaristisches und lustvolles Moment betont (Präferenz = »Vorliebe«), das dem subjektiven Erleben von Personen mit Störungen der Sexualpräferenz nur bei Ich-syntoner Verarbeitung devianten oder perversen Erlebens zukommen dürfte und das die Aspekte des Leidens, das viel häufiger anzutreffen ist, überspielt. Allerdings sind die in der ICD-10 genannten »Präferenzen« weder zwangsläufig störend noch mit Leiden verbunden (vgl. beispielsweise die diagnostischen Leitlinien zum Fetischismus und zum Sadosomasochismus) und können daher auch unter dem klinischen Schwellenwert bleiben.

Das DSM-IV (vgl. Tab. 4.2-1) ersetzte Perversion bzw. »Sexual deviations and disorders« (DSM-III-R) durch »Paraphilie«, ein Terminus, der aus dem Wien zu Zeiten Freuds stammt und von dem Kulturanthropologen und Herausgeber des großen ethnologischen Sammelwerks »Anthropophyteia«, Friedrich S. Krauss, als Synonym für die im Sinne des 19. Jahrhunderts verstandenen Perversitäten gebraucht und später von dem Psychoanalytiker Stekel vor allem zur Kennzeichnung analytisch unerreichbarer Verläufe verwendet worden war. Während Money (1986) in seiner immer ausufernden Klassifikation der Paraphilien – er definierte mehr als 50 spezifische Paraphilien und kreierte dafür die entsprechenden griechisch-amerikanischen Fachtermini – alle Übergänge vom »Normalen« zum »Abnormen« berücksichtigte, scheinen Berner et al. (1998) den Terminus »Paraphilie« für die strukturell schwerer gestörten Fälle, den Terminus

Tab. 4.2-1: Verschiedene Bezeichnungen für ähnliche Phänomene.

aktuelle klinische Bezeichnungen

- sexuelle Präferenzstörung (ICD-10)
- Paraphilie (DSM-IV)

frühere klinische Bezeichnung

- Perversion
-

»Perversion« dagegen für neurosenpsychologisch besser verständliche Verläufe reservieren zu wollen, obwohl dies mit dem Klassifikationsschema des DSM-IV, das auch Voyeurismus, transvestitischen Fetischismus sowie Frotteurismus aufzählt, kaum in Einklang zu bringen sein dürfte. Im Kontrast zur ICD-10 (s. Tab. 4.2-2) betont das DSM-IV den Aspekt subjektiven Leidens.

Bemerkenswert ist, dass sowohl in der ICD-10 als auch im DSM-IV in den entsprechenden Abschnitten Verhaltensweisen aufgeführt werden, die unter strafrechtlichen Gesichtspunkten irrelevant sind, während umgekehrt strafrechtlich bedeutsame Phänomene, die sich in aggressiven Sexualdelikten (z. B. Vergewaltigung, Mord) Ausdruck verschaffen, nicht explizit genannt werden. Dass die zuletzt genannten in den diagnostischen Regelwerken fehlen, ist vor der Überlegung verständlich, dass strafrechtlichen Sachverhalten ganz unterschiedliche Psychopathologien zugrunde liegen können. Allerdings gilt dies auch für andere Paraphilien bzw. sexuelle Präferenzstörungen: Fetischismus, Exhibitionismus und Pädophilie sind ebenso wie aggressive sexuelle Handlungen allenfalls Sammelkategorien und geben über die individuelle Bedeutung des Verhaltens noch keinerlei Aufschluss.

Tab. 4.2-2: Störungen der Sexualpräferenz nach ICD-10.

F65.0	Fetischismus
F65.1	fetichistischer Transvestismus
F65.2	Exhibitionismus
F65.3	Voyeurismus
F65.4	Pädophilie
F65.5	Sadomasochismus
F65.6	multiple Störungen der Sexualpräferenz
F65.8	sonstige Störungen der Sexualpräferenz
F65.9	nicht näher bezeichnete Störung der Sexualpräferenz

Tab. 4.2-3: Paraphilien nach DSM-IV.

302.2	Pädophilie
302.3	transvestitischer Fetischismus
302.4	Exhibitionismus
302.81	Fetischismus
302.82	Voyeurismus
302.83	sexueller Masochismus
302.84	sexueller Sadismus
302.89	Frotteurismus
302.9	nicht näher bezeichnete Paraphilie

Bedenklich stimmt unter forensisch-präventiven Gesichtspunkten auch die Betonung des subjektiven Leidens als Voraussetzung für die diagnostische Zuordnung nach DSM-IV (s. Tab. 4.2-3). Wenn davon der »Krankheitswert« eines bestimmten paraphilen Verhaltens abhängt, können sich Krankenkassen bei all jenen Fällen, bei denen die Paraphilie bzw. Präferenzstörung Ich-synton verarbeitet wird, leicht aus der Leistungspflicht verabschieden. Wahrscheinlich war dies von den Autoren des DSM-IV intendiert, um nicht die Verantwortung für die Therapie aller Sexualstraftäter übernehmen zu müssen, sondern das Gros davon dem Justizsystem überlassen zu können.

Ältere Perversionskonstrukte

Im römischen Altertum konnte Perversion sowohl eine lokale Verdrehung (*oculi perversi* = schielen) als auch einen Verstoß gegen Naturrecht und Moral (*bellum poscunt perverso numine* = sie zettelten einen ungerechten Krieg an, Vergil) bezeichnen. Die breite Anwendung auf Normverstöße im sexuellen Bereich findet sich erstmals beim Marquis de Sade um die Zeit der Französischen Revolution, ohne dass der Begriff bei ihm auf sexuelle Verhaltensweisen eingeschränkt wurde. Wenn man bei de Sade überhaupt schon von einem Perversionsbegriff sprechen kann, dann müsste man ihn als politisch-provokativen bezeichnen, der den feudalen Lebensstil seiner Zeit anprangern und ad absurdum führen sollte.

Mit dem Entstehen der Psychiatrie als medizinischer Disziplin und der Sexualwissenschaft in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde Perversion zunehmend zum Thema dieser beiden Fächer (vgl. Tab. 4.2-4), doch fehlte weiterhin die Beschränkung auf sexuelle Normverstöße. Auch »Unlust an Arbeit« und

Tab. 4.2-4: Verschiedene Perversionskonstrukte.

naturrechtlich	römisches Altertum
politisch-provokativ	Marquis de Sade
moralisch	
psychiatrisch	Psychiatrie 19.–20. Jahrhundert
strafrechtlich	Strafgesetzbuch 1870–1970
ethnologisch	Sexualwissenschaft (I. Bloch)
statistisch/soziologisch	Sexualwissenschaft (A. Kinsey u. Mitarbeiter)
phänomenologisch/forensisch	Sexualwissenschaft (H. Giese)
psychoanalytisch	Psychoanalyse (S. Freud)

die »Störung des Lebens- und Familienglückes anderer Menschen« wurden zum Beispiel in von Krafft-Ebing (1890) Psychiatrie-Lehrbuch als Persionen beschrieben. Die meisten Lehrbücher jener Zeit entfalteten eine große Eloquenz in der Beschreibung, Benennung und Klassifizierung aller möglichen Perversitäten, die man als Konkretionen der Perversion von dieser abtrennen zu können glaubte. Die zunächst offen moralische Verurteilung bestimmter sexueller Verhaltens- und Erlebnisweisen (moralischer Perversionsbegriff), die auch das Strafgesetzbuch von ca. 1870 bis 1970 prägte (der 13. Abschnitt des StGB trug in dieser Zeit die Überschrift: »Verbrechen gegen die Sittlichkeit«, wurde danach umbenannt in »Verbrechen gegen die sexuelle Selbstbestimmung«), erschien jetzt wissenschaftlich kaschiert im Gewand der Pathologisierung und Pönalisierung dieser Verhaltensweisen, die als Ausdruck von Degeneration, minderwertiger Erbanlage und Psychopathie begriffen wurden (Perversion als Krankheit und Straftat: medizinischer und strafrechtlicher Perversionsbegriff). Mit unterschiedlichem Nachdruck wurden einzelne als Perversion bezeichnete Verhaltensweisen bekämpft bzw. »therapiert«: Im 18. und 19. Jahrhundert richtete sich der Kampf hauptsächlich gegen Onanie bzw. Masturbation, deren zentrale Rolle zu Beginn des 20. Jahrhunderts vom Thema »Homosexualität« eingenommen wurde. Das aufklärerische achtbändige »Bilderlexikon der Erotik«, Hauptwerk und Vermächtnis des Wiener Instituts für Sexualforschung aus dem Jahr 1930, verzeichnete unter dem Stichwort Perversion zum Beispiel lediglich den Querverweis auf Homosexualität. Seit den 90er Jahren sind es pädosexuelle Handlungen, die den früheren Platz von Onanie und homosexuellen Handlungen eingenommen haben: Eine EU-Framework-Decision on Combating the Sexual Exploitation of Children and Child Pornography zielt darauf ab, die Schutzaltersgrenzen für sexuelle Handlungen europaweit bis zum Ende des 18. Lebensjahrs anzuheben, das heißt die Differenzierungen zwischen Kindheit und Adoleszenz im Bereich des Sexualstrafrechts abzuschaffen (May-Chahal u. Herczog 2003).

Gegen die am Abnormen, an den klinischen »Entartungserscheinungen« orientierte Lehre von der *Psychopathia sexualis* wandte sich mit Nachdruck der Berliner Sexualforscher Ivan Bloch (1906) »vom Standpunkt des Anthropologen und Ethnologen«. Für ihn lag die »endgültige und letzte Ursache aller geschlechtlichen Perversionen, Aberrationen, Abnormitäten, Irrationalitäten in dem dem Genus Homo eigentümlichen Variationsbedürfnis, welches als physiologische Erscheinung aufzufassen ist« (ethnologischer Perversionsbegriff). Dieser Gedanke wurde später von Kinsey et al. (1949) aufgegriffen. Diesen Autoren zufolge ist eine Perversion »einfach ein Gradmesser (...), mit welchem das normwidrige Verhalten einer Person relativ zu den Sitten der Gesellschaft, in der sie lebt, gemessen werden kann« (statistischer bzw. soziologischer Perversionsbegriff).

Psychoanalytische Perversionskonstrukte

Die vor der Wende zum 20. Jahrhundert erschienene sexualwissenschaftliche und psychiatrische Literatur drang trotz ihrer Klassifikationsschemata und ihrer Versuche zu ätiologischen Ableitungen nicht über die Kompilation von Kasuistik hinaus zu einer theoretischen Reflexion des Perversionsbegriffs vor. Erstmals mit den 1905 publizierten »Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie« S. Freuds erfolgte eine Konzeptualisierung des Perversionsbegriffs, die ihn zum Schlüsselbegriff sowohl normalen als auch abnormen sexuellen Verhaltens und auch zum Terminus *technicus* machte (psychoanalytische Perversionslehre). Freud postulierte als normales Sexualobjekt einen gegengeschlechtlichen erwachsenen Partner und als normales Sexualziel »die Vereinigung der Genitalien in dem als Begattung bezeichneten Akte, der zur Lösung der sexuellen Spannung und zum zeitweiligen Erlöschen des Sexualtriebs« führt. Vor dem Hintergrund dieser Norm ließen sich Abweichungen erstens hinsichtlich des Sexualobjektes (z. B. Kinder, Tiere, Fetische) und zweitens solche in Bezug auf das Sexualziel unterscheiden, und zwar einerseits anatomische Überschreitungen (z. B. orale und anale Kontakte) und andererseits Fixierungen von vorläufigen Sexualzielen (z. B. Betasten und Beschauen, sadistische und masochistische Tendenzen). Solche auch in der normalen Sexualität praktisch nie fehlenden Abweichungen speisen sich nach Freud aus der schon beim Kleinkind vorhandenen »polymorph-perversen Anlage«, und nur wenn der Erwachsene in seinem sexuellen Erleben ausschließlich auf derartige Partialtriebregungen fixiert oder zur Erreichung des Orgasmus angewiesen ist, lässt sich nach Freud von Perversion, die dann als Krankheit aufzufassen ist, sprechen. Indem Freuds Libidotheorie gleichermaßen normales wie perverses Sexualverhalten erklärte, trug sie wesentlich zur Überwindung der von der Psychiatrie und frühen Sexualforschung geschaffenen Kluft bei, die zur Abschiebung perversen Verhaltens ins Monstrositätenkabinett geführt hatte. (Es ist

freilich nicht zu übersehen, dass später nicht wenige Psychoanalytiker diesen Ansatz insofern verrieten, als sie durch ihre Beschreibungen bestimmte sexuelle Verhaltensweisen monströs aufblähten.)

Zunächst umstritten blieb allerdings, inwieweit es sich bei den Perversionen um unverstellte Äußerungen der kindlichen Partialtriebe oder, analog den Neurosen, um komplizierte Abwehrleistungen des Ich handelte. Die zunächst triebdynamisch akzentuierte und am Kastrationskomplex als zentralem Konflikt orientierte psychoanalytische Perversionslehre wurde in der weiteren Diskussion Ich-, selbst- und objektpsychologisch ergänzt durch die Herausarbeitung der Bedeutung von Abwehraspekten und die Betonung der Einflüsse sowohl prä- als auch postödipaler Entwicklungsprozesse, besonders plastisch bei Morgenthaler (1974; 1984), der die Perversion als Plombe bezeichnete, die die (narzisstische) Lücke in der Selbstentwicklung schließt und dadurch dem Betroffenen ermöglicht, in seinen sonstigen Sozialbeziehungen eine innere und äußere Homöostase aufrechtzuerhalten. Stoller (1975; 1979) sah im perversen Verhalten Neu-Inszenierungen früher erlittener Traumata unterschiedlicher Art, jetzt mit triumphalem Ausgang, und er deutete Perversion als erotische Form von Hass. Weil die heimlichen Triumphe die alten Traumata jedoch nicht real zur Abheilung bringen, sind immer neue Re-Inszenierungen erforderlich (Wiederholungszwang). Insbesondere dieser zuletzt genannte Aspekt ist auch außerhalb der psychoanalytischen Theoriebildung aufgegriffen worden (z. B. Money 1986, S. 36: »A shared principle of all paraphilic love maps is that they represent tragedy turned into triumph«) und findet heute selbst in kognitiv-behavioralen und lerntheoretischen Behandlungskonzepten Berücksichtigung (vgl. Tab. 4.2-5).

Alle psychoanalytischen Weiterentwicklungen (z. B. Goldberg 1995; 1997; 1998; Kernberg 1997; 2001; Reiche 2001) betonen mit Morgenthaler (1974) den funktionalen Aspekt der Perversion und untersuchen vor allem den Prozess der Perversionsbildung sowie die strukturellen und interaktionellen Aspekte sexuell perversen Erlebens. Aspekte der narzisstischen Kränkbarkeit bzw. des narzisstischen Überspielens anderer Affekte und Defizite spielen dabei in allen Theorien eine bedeutsame Rolle. Schulenenunterschiede zwischen Ich-Psychologen, Narzissmus-Theoretikern, Objektbeziehungstheoretikern und Selbstpsychologen betreffen die Beurteilung der Beziehung zwischen perversen Erleben und Aggressivität sowie die Beschreibung der Funktion der Perversion für das psychische

Tab. 4.2-5: Psychoanalytische Perversionskonstrukte.

-
- persistierende Partialtriebbregung
 - Abwehr von Kastrationsangst
 - Abwehr früherer Ängste
 - Funktion
-

Gleichgewicht. Einig ist man sich jedoch darin, dass »Perversion« als Terminus technicus verwendet wird, der, frei von moralischer Wertung, eine intrapsychische Symptombildung beschreibt (Übersicht bei Becker 2001). In diesem Sinne wird das Wort auch hier verwendet, ungeachtet dessen, dass ihm umgangssprachlich die moralische Konnotation durchgängig anhaften blieb.

Andere Konstrukte

In der Kriminologie und im strafrechtlichen Kontext wurden die psychoanalytischen Theorien nur begrenzt rezipiert, was vor allem zwei Gründe hatte. Zum einen unterlagen sie jahrzehntelang einem deterministischen Missverständnis der Psychoanalyse, was zum anderen als Angriff auf das Schuldstrafrecht mit seinem Postulat der prinzipiell freien Willensbestimmung verstanden und deshalb zurückgewiesen werden musste. Mit der Reform des Sexualstrafrechts in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde von der moralischen Verankerung Abschied genommen, und die Überschrift von Abschnitt 13 des Strafgesetzbuches wurde, wie bereits erwähnt, umbenannt in »Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung«, was keine nur kosmetische, sondern eine konzeptionelle Änderung implizierte. In der sozialwissenschaftlichen, juristischen und kriminologischen Literatur bürgerte sich in der Mitte des 20. Jahrhunderts ein, von sexueller Devianz bzw. sexuellen Deviationen zu sprechen, womit die äußere Beschreibung bestimmter sexueller Verhaltensweisen erfasst und klassifiziert werden sollte, ohne auf umstrittene ätiologische Modelle rekurrieren zu müssen. Auch der im strafrechtlichen Kontext so fruchtbare Ansatz von Giese (1962) mit seiner Unterscheidung zwischen Stilbildungen im Sinne devianter Verhaltensweisen und Perversionen im Sinne sexuell süchtiger Entwicklungen verzichtete letztlich auf ätiologische Konzepte. Der jüngste Versuch, einen möglichst wertfreien und praktikablen Begriff zur Kennzeichnung sexueller Handlungen zu finden, der unabhängig ist von strafrechtlichen Gesichtspunkten, aber doch eine sozial dysfunktionale Gestaltung der Sexualität erfasst, stammt von Beier (1995), der den Terminus »Dissexualität« einführte und diese als »sich im Sexuellen aus-

Tab. 4.2-6: Verwandte Bezeichnungen.

-
- Deviation (Kriminologie, Soziologie)
 - Dissexualität (Sexualwissenschaft)
 - sexuelle Präferenzstörung (ICD-10)
 - Paraphilie (DSM-IV)
-

drückendes Sozialversagen« bezeichnete – gemessen an der Norm »durchschnittlich zeit- bzw. soziokulturell erwartbarer Partnerinteressen«. Die ausdrücklich beabsichtigte sprachliche Analogie zwischen Dissexualität und Dissozialität impliziert freilich die wertende und auf Dauer sicher auch abwertende Konnotation dieser Begriffswahl (s. Tab. 4.2-6).

Zur Prävalenz

Angesichts der unterschiedlichen Dignität und des unterschiedlichen Ausmaßes an Operationalisierung der Konstrukte Perversion und Persönlichkeitsstörungen findet man heute verständlicherweise keine verlässlichen Daten, die beide Merkmale in einer bestimmten Population erfassen. Während es gute Erhebungen über die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung und in psychiatrisch-psychotherapeutischen Populationen gibt, fehlen vergleichbare Untersuchungen für Perversionen, letztlich aber auch für sexuelle Präferenzstörungen und für Paraphilien, und insbesondere fehlen Paralleluntersuchungen für beide Populationen. Die Prävalenz der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung in der Allgemeinbevölkerung liegt bei 1 % (Tress et al. 2002). Vergleichbare Daten für Perversionen stehen nicht zur Verfügung; Kriminalstatistiken helfen hier nicht weiter, weil bei weitem nicht bei allen Sexualstraftätern sexuelle Präferenzstörungen zu diagnostizieren sind und umgekehrt ebenso gilt, dass vermutlich nur ein verschwindend geringer Bruchteil derjenigen Personen, bei denen eine sexuelle Präferenzstörung oder eine Paraphilie diagnostiziert werden könnte, straffällig wird. Da viele von ihnen auch nicht unter ihren Präferenzstörungen leiden und deswegen nie einen Arzt konsultieren, gehen sie auch nicht in medizinische Statistiken ein.

Vor dem Hintergrund der im vergangenen Jahrzehnt so laut geführten Debatte über Fehleinweisungen in den Maßregel- bzw. in den Strafvollzug wollten wir wissen, wie hoch der Anteil von Personen mit Persönlichkeitsstörungen in der Population eines durchschnittlichen (d. h. weder ausschließlich Kurz- noch eine Überrepräsentation von Langzeitstrafen) Gefängnisses ist. Mit Genehmigung des Landesjustizministeriums wurde dazu eine Erhebung in der Justizvollzugsanstalt Ulm durchgeführt, in der mithilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV, Achse II (SKID-II) (s. Wittchen u. Fydrich 1997) Daten erhoben wurden. Das SKID-II ist ein mehrstufiges Verfahren mit hoher Interraterreliabilität, bei der der Proband zunächst einen Fragebogen, in dem die diagnostischen Kriterien der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV in Frageform vorgegeben werden, mit Ja oder Nein beantwortet. Danach wird ein strukturiertes Interview durchgeführt, das sich gezielt mit den Inhalten beschäftigt, die im Fragebogen als zutreffend angegeben wurden. Nun bewertet der Interviewer, ob einzelne

Kriterien qualitativ und quantitativ der in DSM-IV vorgegebenen Form entsprechen. Wird die für eine Diagnose erforderliche Mindestanzahl an Kriterien erreicht, erfolgt die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung.

Bei einer Stichprobe von 90 Strafgefangenen fanden sich 45 (= 50 %) Personen mit einer oder mehreren Persönlichkeitsstörungen nach SKID-II. Erwartungsgemäß waren Persönlichkeitsstörungen des Clusters B mit einem relativen Anteil von 43,3 % gegenüber Cluster-A-Diagnosen sowie Cluster-C-Diagnosen überrepräsentiert (s. Tab. 4.2-7).

Geordnet nach Deliktategorien fanden sich die höchsten Anteile bei Straftaten gegen Leib und Leben (77,8 %), gefolgt von Straßenverkehrsdelikten (71,4 %) und schließlich, als drittgrößter Gruppe, Sexualstraftaten (62,5 %).

Tab. 4.2-7: Persönlichkeitsstörungen in einer Gefängnispopulation (relative Häufigkeiten sind auf 90 Probanden bezogen [n = 90]; NNB = nicht näher bezeichnete; die letzte Zeile zeigt die Gesamtzahl der Einzeldiagnosen [manche Probanden hatten mehr als eine Persönlichkeitsstörung]) (nach Frädriich u. Pfäfflin 2000).

Cluster	Persönlichkeitsstörung	absolut n	relativer Anteil %
Cluster A		20	22,2
	Paranoide	10	11,1
	Schizoide	2	2,2
	Schizotypische	8	8,9
Cluster B		39	43,3
	Antisoziale	33	36,7
	Borderline	3	3,3
	Histrionische	–	–
	Narzisstische	3	3,3
Cluster C		7	7,8
	Selbstunsichere	3	3,3
	Dependente	2	2,2
	Zwanghafte	2	2,2
andere		19	21,1
	Depressive	6	6,7
	Negativistische	3	3,3
	NNB	10	11,1
gesamt		85	

Bringt man die untersuchten acht Deliktkategorien (Leib und Leben, Sexualstraftaten, Raub und Diebstahl, Betrug, Straßenverkehrsdelikte, Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, Sonstige, Kombinationen von zwei oder mehr Deliktkategorien) unter der Fragestellung, in welcher Deliktkategorie sich die Antisoziale Persönlichkeitsstörung am häufigsten findet, in eine Rangfolge, dann rangiert die Gruppe der Sexualstraftäter an vorletzter Stelle. »Nur« 25 % von ihnen erfüllen die Kriterien einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung, während es bei den Straftaten gegen Leib und Leben 77,8 %, bei Straßenverkehrsdelikten 71,4 % sind. Weil Narzisstische Persönlichkeitsstörungen insgesamt nur bei drei Personen der Stichprobe diagnostiziert wurden (also kaum häufiger als in der Allgemeinbevölkerung), war eine weitere prozentuale Aufschlüsselung nach Deliktgruppen für diese Teilstichprobe nicht sinnvoll. Bemerkenswert war des Weiteren, dass bei den 45 Personen der Stichprobe, bei denen überhaupt eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden war, häufig gleichzeitig die Kriterien weiterer Persönlichkeitsstörungen erfüllt waren (Einzelheiten bei Frädriich u. Pfäfflin 2000). Diese Beobachtung stimmt überein mit Befunden aus niederländischen Maßregelkliniken (Greeven 1997).

Auch wenn es sich ausschließlich um eine kategoriale, nicht um eine dimensionale Erfassung nach Schweregrad handelte und auch wenn bei den Sexualstraftaten nicht gesondert erhoben wurde, ob die Betroffenen wirklich die Kriterien einer Perversion erfüllten, sprechen die Daten gegen die Beliebigkeit, mit der umgangssprachlich Sexualstraftaten, Perversionen und Persönlichkeitsstörungen in einen Topf geworfen werden. Nach älteren Erhebungen von Schorsch (1971) erfüllten nur ca. 5 % einer Stichprobe von mehr als 400 psychiatrischen Gutachtenprobanden aus Sexualstrafverfahren die Kriterien einer Perversion im Sinne Gieses. Die damals erfassten psychopathologischen Daten erlauben allerdings keine Zuordnung zu einzelnen Persönlichkeitsstörungen.

Kasuistik

Das folgende klinische Beispiel zeigt, wie schwierig es im Einzelfall sein kann, differenzialdiagnostisch zwischen einer bzw. mehreren Persönlichkeitsstörungen und einer bzw. mehreren Perversionen zu unterscheiden und diese Phänomene noch von zusätzlicher Komorbidität abzugrenzen. Kombinationen und Übergänge sind häufiger als isolierte und »reine« Kategorien.

Ein etwa 30-jähriger Handwerksmeister zeigte sich selbst bei der Polizei wegen sexuellen Missbrauchs an, den er an 3- bis 16-jährigen Jungen in früheren Jahren wiederholt begangen hatte. Eine solche Selbstanzeige ist ungewöhnlich und außerordentlich selten, weshalb es nicht überraschte,

dass die Staatsanwaltschaft ein Gutachten in Auftrag gab, weil jemand, der sich selbst anzeigt, ja »nicht ganz dicht« sein kann.

Bei der entsprechenden Exploration schilderte der Mann als Hintergrund seiner Selbstanzeige ein seit über fünf Jahren bestehendes schweres Leiden an allnächtlich wiederkehrenden Albträumen, in denen er sich in relativ stereotyp sich wiederholenden Mustern Situationen ausgeliefert erlebte, in denen ihn ein oder mehrere Männer sexuell missbrauchten und erniedrigten. In den Träumen erlebte er sich als 10- bis 12-Jährigen, das heißt in einem Lebensabschnitt, für den er sonst eine vollständige Amnesie angab, weder herausragende Ereignisse, wie zum Beispiel seinen Geburtstag, noch Alltagsereignisse, wie zum Beispiel wer neben ihm auf der Schulbank saß, erinnerte. Von den Albträumen wachte er gerädert auf, litt unter schweren Schmerzen, insbesondere an den Körperregionen der geträumten Missbrauchshandlungen, und brauchte häufig viele Stunden, um überhaupt wieder in die Gänge zu kommen, weshalb er seit einigen Jahren arbeitsunfähig krank und inzwischen sogar schon vorläufig berentet war.

Schon mehrfach war er in stationärer Behandlung in psychiatrischen Kliniken gewesen, auch schon in einer psychosomatischen Klinik. Als er zur Begutachtung kam, war er hochdosiert neuroleptisch eingestellt, wirkte sehr gebremst, und es war schwer einzuschätzen, ob die Antriebshemmung Nebenwirkung der Medikation oder primäres Krankheitssymptom war. In den verschiedenen Einrichtungen war er unterschiedlich diagnostiziert worden. Neben dem Verdacht auf eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis waren auch diverse Persönlichkeitsstörungen, darunter auch eine Narzisstische und eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, diagnostiziert worden und schließlich eine Posttraumatische Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch, wobei den Berichten über die stationären Aufenthalte zu entnehmen war, dass man mit dem Patienten jeweils wenig anzufangen wusste und die Albträume nur in der Initialphase der Erkrankung vor einigen Jahren vorübergehend durch Neuroleptika zurückgedrängt werden konnten. Später halfen auch Dosierungserhöhungen nicht, wie der Patient überhaupt den Eindruck hatte, dass ihm alle Behandlungen nicht halfen. Zeitweilig war er so hoch medikamentös eingestellt, dass es während eines der Klinikaufenthalte zu dokumentierten Grand-mal-Anfällen kam, ein Zusammenhang, der auch in der betreffenden Klinik der Medikamentenüberdosierung zugeschrieben worden war.

Bei der Untersuchung aus Anlass der Begutachtung äußerte er sich sparsam, formelhaft, entwertend über Vorbehandlungen, gab durch Floskeln (»Sag ich ja«) zu erkennen, dass er voraussetzte, dass der Untersucher im Prinzip schon alles über ihn wissen müsste und es ohnehin wenig Sinn mache, weiter darüber zu sprechen. Am meisten belasteten

ihn die Albträume, doch wollte er sie eigentlich nicht erzählen, denn dann, so befürchtete er, würden seine Schmerzen noch größer. Er wurde gebeten, die Träume aufzuschreiben, woraufhin er ein dickes handgeschriebenes Konvolut mitbrachte. Es war fast unerträglich, die Aufzeichnungen der Albträume zu lesen. Selbst als Leser fühlte man sich als Opfer. Mit ihrer Detailgenauigkeit und ihren Wiederholungen lasen sie sich wie pornografische Repetitorien, sodass Zweifel aufkamen, ob es sich um Albträume oder um Tagphantasien einer Perversion handelte, mit der möglicherweise eine psychotische Dekompensation aufgefangen wurde.

Während eines der vorausgegangenen Klinikaufenthalte war dem Patienten schon einmal von einem Kollegen gesagt worden: »Was Sie hier vortragen, ist vielleicht einfach nur eine Wunschvorstellung von Ihnen, eine Perversion.« Von einem der ihn zuvor behandelnden Ärzte berichtete der Patient, er habe ihn immer mit der Formulierung begrüßt: »Jetzt kommt wieder unser pervernes Schwein.« Wenn der Patient darüber sprach, verstärkten sich beim Zuhören die Zweifel, ob das wirklich stimmte, denn man sollte von Kollegen erwarten, dass sie sich nicht in der beschriebenen Weise gegenüber Patienten äußern. Könnte es sein, dass der Patient den ihn früher behandelnden Kollegen ungerechtfertigterweise beschuldigte, sich als Opfer darstellte und die sadomasochistischen Konstellationen seiner Albträume in der Übertragungsbeziehung mit dem Kollegen und im Bericht darüber fortschrieb? Was war der Realitätsgehalt seiner Schilderungen?

Im schriftlichen Gutachten für das Gerichtsverfahren wurden diese Fragen benannt, ohne endgültig entschieden zu werden. Nach sorgfältiger Abwägung differenzialdiagnostischer Alternativen wurden die Beschwerden des Probanden im Gutachten als Ausdruck einer möglichen Posttraumatischen Belastungsstörung charakterisiert. Da der Patient aktuell so gestört und so leidend wirkte, wurde ihm angeboten, bis zu der in Kürze erwarteten Verhandlung einmal wöchentlich zu einer Besprechung zu kommen.

Das Verfahren zog sich unerwartet lang hin. Die Staatsanwaltschaft wollte nicht so recht aktiv werden. Bis es schließlich zur Verhandlung kam, vergingen fast zwei Jahre, in denen der Patient regelmäßig einmal wöchentlich kam, unterbrochen von einem stationären Aufenthalt, in dessen Vorfeld er in der Therapie heftig agiert hatte. Wie häufiger hatte er über erhebliche körperliche Schmerzen geklagt, nachdem er wieder einen besonders belastenden Albtraum gehabt hatte. Gegen Ende der Stunde hatte er erklärt, er könne sich von seinem Stuhl nicht mehr erheben, den Raum nicht verlassen. Im Behandlungszimmer stand eine Couch, auf die er sich legte, seine verbale Erklärung, dass er nicht mehr gehen wolle, damit nachdrücklich unterstreichend. Was sollte man in ei-

ner solchen Situation tun? Sollte man den Patienten packen und hinauswerfen? Selbst wenn man dies gewollt hätte, wäre es nicht leicht zu realisieren gewesen, denn er war ein Koloss von Mann, den einer allein kaum bewegen konnte. Der Therapeut entschloss sich schließlich zu folgender Bemerkung: »Ich habe jetzt eine Konferenz. Sie können hier liegen bleiben. Ich komme in einer Stunde wieder.« Und er verließ den Raum mit gemischten Gefühlen, denn schließlich lagen dort Unterschriftsmappen und andere Korrespondenz vertraulichen Inhalts auf dem Schreibtisch. Nach der Konferenz traf er den Patienten unverändert auf der Couch vor Schmerzen stöhnend an, hatte glücklicherweise keine unmittelbar anschließende Behandlungsstunde, sodass er sich neben die Couch setzte und teils mit ihm sprach, teils mit ihm zusammen schwieg. Insgesamt lag der Patient drei Stunden. Nachdem er sich beruhigt hatte, ging er.

Am nächsten Tag kam er bereits mit Gepäck und der Erklärung, der Albtraum aus der vorausgegangenen Nacht quäle ihn so sehr, dass er jetzt stationär bleiben müsse, wohlwissend, dass der Therapeut über keine Bettenstation verfügte. Obwohl dieser den Sinn der Maßnahme bezweifelte, blieb ihm angesichts des demonstrativen Verhaltens des Patienten, mit dem er, auf allen Vieren krabbelnd, inszenierte, dass er nicht mehr gehen konnte, nichts anderes übrig, als schließlich einen Krankentransport zu bestellen und ihn in eine jener benachbarten Kliniken einzuweisen, über deren Ärzte der Patient früher bitter geklagt hatte. Mehrere Wochen blieb er in stationärer Behandlung, fand dort bald Anschluss an Mitpatienten. Von diesen Kontakten profitierte er nach eigener Einschätzung mehr als von allen therapeutischen Aktivitäten. Wie schon nach früheren Krankenhausaufenthalten kehrte er danach voller Vorwürfe gegen die behandelnden Ärzte zurück und setzte seine Behandlung mit einer Wochenstunde ambulant fort.

Neu war, dass sich seine bisherige Amnesie zu lösen begann und er seine Geschichte in Einzelheiten rekonstruierte. Was bisher Albträume waren, wurden Ereignisse mit Namen der Beteiligten und bestimmten Taten. Einzelnes klang realistisch, ja sogar sehr wahrscheinlich, anderes wirkte wie eine Steigerung der Albtrauminhalte ins Unermessliche. Nicht nur ein namentlich mittlerweile identifizierter Mann und seine beiden noch unbekanntes Genossen hatten den Patienten vergewaltigt, sondern auch sein vor Jahren verstorbener Vater hatte ihn missbraucht und in der Stammtischrunde in einer bestimmten Gaststätte sonntagmorgens an andere weitergereicht. Immerhin wusste der Patient jetzt zu berichten, dass der Vater selbst wegen sexueller Misshandlungen schon ein Strafverfahren gehabt hatte. Er begann Details zu recherchieren, fragte nach, las alte Zeitungen, um dort Nachrichten über jenes Strafverfahren zu finden. Vom Luftaufsichtsamt besorgte er sich Luftaufnahmen seines Hei-

matortes, die gar nicht leicht zu beschaffen sind, brachte sie mit und bezeichnete die verschiedenen Orte, wo ihn dieser oder jener zu bestimmten Zeiten drangsaliert hatte. Der Therapeut war immer wieder im Zweifel, ob sich hier ein wahnhafter Ausbau perverser Vorstellungen entfaltet oder ob die Rekonstruktionen des Patienten sein früheres Erleben real wiedergaben. Besonders beeindruckte der Patient während der mündlichen Hauptverhandlung, in der er seine Entwicklung und aktuelle Situation kompetent und differenziert darstellte, ohne jede Dramatisierung. Verurteilt wurde er zu einer Bewährungsstrafe mit den Auflagen, gemeinnützige Arbeit zu verrichten und die ambulante Behandlung fortzusetzen.

In der Folgezeit erstattete er Anzeigen gegen Angehörige, die von dem ihm früher widerfahrenen Missbrauch gewusst und ihn geduldet hatten, dann auch gegen Ärzte und anderes Personal in den verschiedenen Kliniken, in denen er zu stationären Aufenthalten war. Seine Schriftsätze waren dramatisch und fordernd. Empfindlich reagierte er darauf, wenn sie als unbegründet zurückgewiesen wurden, wogegen er mündlich und schriftlich Einspruch erhob. Er fühlte sich nicht ernst genommen, es kam zu lautstarken Auseinandersetzungen in Behörden, man hielt ihn, der sich mittlerweile das Gesicht mit einem großen, von ihm selbst entworfenen und bedeutungsschwangeren Tattoo zieren ließ, für eine auffällige Person, einen psychiatrischen Patienten. Gelegentlich wurde der Patient brüsk abgewiesen, woraufhin er auch dagegen Anzeige erstattete. Wie in Kleists Novelle »Michael Kohlhaas« eskaliert die Entwicklung aus unbestreitbaren Kränkungen. Von »Beamten«, sagte der Patient, wurde ihm die Menschenwürde abgesprochen, was ihn dazu bewegte, die Annahme aller an ihn mit der Bezeichnung »Herr« und seinem bürgerlichen Namen gekennzeichneten Schreiben abzulehnen, sein Konto und die Mitgliedschaft in der Krankenkasse aufzulösen und dergleichen mehr, bis schließlich eine Betreuung in Vermögensangelegenheiten errichtet wurde. Gleichzeitig bot er alle Leitsymptome einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung.

Obwohl kaum Zweifel bestanden, dass in seinen Klagen, wie bei Michael Kohlhaas, zumindest ein wahrer Kern steckte, stellte sich doch die Frage, warum aus dem Opfer-Sein wieder eine Täterschaft geworden war und sich die perversen Inszenierungen aktuell fortsetzten, obwohl ihm in der Therapie viel Raum gegeben wurde.

Als er noch in der Initialphase der Begegnung gefragt worden war, was er mit seiner Selbstanzeige und dem daraus resultierenden Prozess eigentlich beabsichtigte, hatte er geantwortet, es gehe ihm einzig und allein darum, dass die Jungen, die er missbraucht hatte, später sagen können: »Da ist einer zur Rechenschaft gezogen worden« und »Wir sind misshandelt worden, und das ist auch objektiv anerkannt«. Das war ihm

ein großes Anliegen, weil er mit seiner eigenen entsprechenden Klage nie ernst genommen worden war. Einmal hatte er sich als Kind seiner Mutter offenbaren wollen. Sie hatte jedoch keine Zeit gehabt und ihn abgewiegelt, und er hatte sich sehr allein und im Stich gelassen erlebt. In seinen jetzigen Anzeigen gegen andere erlebt er sich manchmal ohnmächtig, oft aber auch grandios, hegt die Erwartung, dass nicht nur einzelne Ärzte, die ihn behandelt hatten, sondern auch Staatsanwälte, andere Beamte und schließlich Regierungsmitglieder seinetwegen zumindest arbeitslos, wenn nicht gar ins Gefängnis kommen werden.

Psychotherapie

Man kann sich in der Psychotherapie von Patienten mit Perversionen an der älteren analytischen Literatur orientieren und wird dann vor allem darauf aus sein, die spezifische Psychodynamik der perversen Symptombildung möglichst lückenlos aufzuklären. Solange die perversen Inszenierungen nur geringe Gewaltaspekte implizieren, mag es sogar einigermaßen leicht fallen, sich empathisch auf den Patienten und dessen frühere Traumatisierungen und aktuelle Dramatisierungen einzulassen. Erheblich schwieriger wird dies, wenn aggressive Komponenten mit potenziell fremdschädigendem Verhalten und die für Narzisstische Persönlichkeitsstörungen charakteristische Großartigkeit im Vordergrund stehen. Die Empathie geht dann ins Leere, bringt die perverse Symptomatik eher noch zum Aufblühen, wenn der Therapeut nicht auch strukturiert und urteilt. Im Übrigen ist die perverse Inszenierung oft so ritualisiert, dass der Zugang zur Psychodynamik vollkommen verstellt und manchmal erst nach sehr langer Arbeit oder aber auch gar nie gefunden werden kann. Reiche (2001) hat eine variable Sequenz »idealtypischer Konstellationen« bei der Perversionenbehandlung beschrieben, die regelmäßig in solchen Behandlungen zustande kommt und auf die Therapeuten gefasst sein sollten. Ihm zufolge stellt sich oft schon im Erstgespräch die entscheidende sexuelle Szene dar, auch wenn sich ihr Bedeutungsgehalt womöglich erst sehr viel später erschließt. Funktionell dient die Perversion dem Überleben, nicht dem so genannten Sexualleben. Wenn der Patient dessen gewahr wird, kommt es zu Schamreaktionen, oft auch zu suizidalem und anderem Agieren. Entspannung und Erleichterung stellen sich ein, wenn die in der perversen Szene implizierte symbolische Vernichtung überlebt wird. Der Therapeut bekommt dann für den Patienten eine so große Bedeutung, dass die Gefahr von Idealisierung sowie Sexualisierung der therapeutischen Beziehung besteht und der Rahmen der Behandlung, die vielfältiges Durcharbeiten solcher Konstellationen erfordert, immer wieder auf dem Spiel steht.

Nach Goldberg (1995; 1997; 1998), der seine Perversionstheorie nicht an Sexualstraftätern, sondern an anderen Patienten mit Perversionen und narzisstischen Störungen entwickelte und sich dabei vor allem auf selbstpsychologische analytische Konzepte stützte, ist das primäre Ziel der Behandlung die Reduktion der Sexualisierung innerhalb und außerhalb der therapeutischen Beziehung. Diese Reduktion bezeichnet er als Gradmesser für den Erfolg der Behandlung. Eine strukturelle Veränderung ist ihm zufolge jedoch nur erreichbar, wenn die »vertikale Spaltung« zwischen den perversen und den realitätsbezogenen normalen Selbstanteilen überwunden wird und es zu einer Integration des Selbst kommt. Wie der Patient diese beiden Selbstanteile auf den Therapeuten – und natürlich auch in andere Situationen – überträgt, muss auch der Therapeut in der Gegenübertragung auf beide Selbstanteile des Patienten eingehen und sie miteinander verbinden, Empathie und kritische Stellungnahme (»emphathy« und »judgement«) zum Ausdruck bringen. In Goldbergs Worten:

»Die Übertragung ist tatsächlich anders als bei monosymptomatischen und integrierten Störungen. Bei Patienten mit vertikaler Spaltung hat auch die Übertragung zwei Gesichter.« (Goldberg 1998, S. 717)

Weiter schreibt er:

»Bei Perversionen führt der Strukturmangel zur Sexualisierung, und das Fehlverhalten und die Aktivität des abgespaltenen Sektors sind vorwiegend Ausdruck des strukturellen Defizits. Aber das Defizit findet sich nicht nur im Verhalten. Das wesentliche Defizit liegt in der Spaltung, die der Überbrückung bzw. der Heilung bedarf.« (ebd., S. 719)

Reduktion der Sexualisierung und Deutung der vertikalen Spaltung sind die wesentlichen therapeutischen Schritte. Die Aufdeckung der individuellen Psychodynamik ist zwar nicht unwichtig, demgegenüber jedoch sekundär. In der Straftäterbehandlung werden heute vielerorts psychoedukative Therapiemodelle bevorzugt, die vor dem Hintergrund von Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit zweifellos ihre Berechtigung haben, die jedoch Kontrolle als das gegenüber Heilung höhere und letztlich auch einzig erreichbare Behandlungsziel propagieren (vgl. das auch in vielen deutschsprachigen Publikationen zur Straftäterbehandlung inzwischen vielfach zitierte Motto: »control, no cure«). Es gibt fraglos Patienten, bei denen man sich damit zufrieden geben muss, wenn man dieses Ziel erreicht. Darüber hinaus gibt es aber noch mehr, nämlich die Heilung, die nicht aus dem Auge verloren werden sollte.

Die Götter haben, so lernen die Mediziner, bekanntlich die Diagnose vor die Therapie gestellt. Wer viele Sexualdelinquenten begutachtet und viele narzisstische Patienten mit Perversionen behandelt, wird häufig die Erfahrung machen, dass er im Rahmen auch noch so umfänglicher Eingangsdiagnostik zunächst

nicht mehr als eine äußerste Oberflächenschicht zu Gesicht bekommt. Begreift man perverse Symptombildungen als sexualisierte Abwehr und narzisstische Großartigkeit ebenfalls als Abwehr und teilt man die Auffassung, dass jede Form von Abwehr primär der Homöostase einer fragilen Persönlichkeitsstruktur dient, wird man sowohl bezüglich der Diagnostik als auch der Psychotherapie ein vorsichtiges Prozedere wählen, nämlich von der Oberfläche der Abwehr her deutend vorgehen, anstatt die Abwehr zu durchbrechen zu suchen. Letzteres birgt die Gefahr in sich, dass der Patient entweder dekompenziert oder die Behandlung abbricht und seine Pathologie womöglich weiter agiert – zum eigenen und zum Schaden anderer.

Wenn man im Wissen um die vertikale Spaltung als neben der Sexualisierung vorherrschenden Abwehrmechanismus bei Perversionen und dem Wissen darum, dass die narzisstische Großartigkeit der Abwehr innerer Leere und Verzweiflung dient, die Notwendigkeit der Abwehr anerkennt, wird man im Sinne Goldbergs bei Deutungen jeweils beide Seiten der Spaltung ansprechen, die pathologische ebenso wie die gesunde, um letztere zu stärken und die Spaltung zu überbrücken. Es ist nicht Aufgabe des Therapeuten, Abwehr zu durchbrechen, den Patienten bloßzustellen und noch weiter zu destruieren. Vielmehr müssen seine Interventionen immer gleichzeitig auch stabilisieren, damit sich die rigide Abwehr des Patienten lockern und im Hinblick auf Gesundheit funktional neu strukturieren kann.

So viel wir auch über pathologische Mechanismen von Perversion und Narzissmus zu wissen glauben, dem Patienten wird dieses Wissen kaum etwas nützen, wenn es ausschließlich auf Defekte, Strukturängel, pathologische Abwehr, »pathologische Eigenliebe«, »pathologische Objektliebe«, »pathologisches Über-Ich« (Kernberg 2001, S. 139) und dergleichen mehr Mängel fokussiert, ohne im selben Maße auch die ihm innewohnenden Ressourcen ins Auge zu fassen und zur Entfaltung zu bringen. Das theoretische Wissen ist unentbehrlich, kann aber einem fruchtbaren therapeutischen Prozess auch im Wege stehen: Wenn erst einmal alle diagnostischen Schubladen aufgezogen und alle Kästchen aufgestellt sind, wo soll dann der Spielraum entstehen, in dem sich der Patient kreativ entfalten und mit seinem Therapeuten und mit anderen konstruktiv interagieren kann?

Literatur

- Akhtar S (1989). Narcissistic personality disorder: a synthesis of development, dynamic, and descriptive features. *Am J Psychother*; 41: 499–518.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg) (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.
- Becker N (2001). Psychoanalytische Theorie sexueller Perversionen. In: Sigusch V (Hrsg). Sexuelle Störungen und ihre Behandlung, Stuttgart, New York: Thieme; 418–38.

- Beier KM (1995). Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Berlin: Springer.
- Benjamin LS (1993). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York, London: Guilford.
- Berner W, Kleber R, Lohse H (1998). Psychotherapie bei sexueller Delinquenz. In: Strauß B (Hrsg). *Psychotherapie der Sexualstörungen*. Stuttgart, New York: Thieme; 122–38.
- Bloch I (1906). *Das Sexualleben unserer Zeit in seinen Beziehungen zur modernen Kultur*. 10.–12. Aufl. 1919. Berlin: Louis Marcus Verlagsbuchhandlung.
- Ellis H (1898). Auto-Erotism: a psychological study. *Alienist & Neurologist*; 19: 260–99.
- Frädrich S, Pfäfflin F (2000). Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht & Psychiatrie*; 18: 95–104.
- Freud S (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *GW V*. Frankfurt/M. 1999: Fischer; 27–145.
- Giese H (1962). *Psychopathologie der Sexualität*. Stuttgart: Enke.
- Glassman M (1988). Kernberg and Kohut: a test of competing psychoanalytic models of narcissism. *J Am Psychoanal Assoc*; 36: 597–625.
- Goldberg A (1995). *The Problem of Perversion. The view from self psychology*. New Haven: Yale University Press.
- Goldberg A (1997). Perversion. *Recht & Psychiatrie*; 15(4): 152–5.
- Goldberg A (1998). Perversion aus der Sicht psychoanalytischer Selbstpsychologie. *Psyche*; 52: 709–30.
- Greeven PGJ (1997). *De intramurale behandeling van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Een empirische studie*. Deventer: Gouda Quint.
- Hartkamp N, Wöller W, Langenbach M, Ott J (2002). Narzisstische Persönlichkeitsstörung. In: Tress W, Wöller W, Hartkamp W, Langenbach M, Ott J (2002). *Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart, New York: Schattauer; 213–33.
- Herpertz S, Saß H (Hrsg) (2003). *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Herpertz S, Wenning B (2003). Narzisstische Persönlichkeitsstörung. In: Herpertz S, Saß H (Hrsg). *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, New York: Thieme; 140–3.
- Kernberg OF (1970). Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *J Am Psychoanal Assoc*; 18: 51–85.
- Kernberg OF (1997). *Wut und Hass. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg OF (2001). Die narzisstische Persönlichkeit und ihre Beziehungen zu antisozialem Verhalten und zu Perversionen. *Persönlichkeitsstörungen*; 3: 137–71.
- Kinsey A, Pomeroy W, Martin C, Gebhard P (1949). Begriff des Normalen und Abnormen im geschlechtlichen Verhalten. In: Giese H (Hrsg) (1967). *Die sexuelle Perversion*. Frankfurt/M.: Akademische Verlagsgesellschaft; 331–52.
- Kohut H (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International University Press.
- Krafft-Ebing R v (1890). *Lehrbuch der Psychiatrie*. 4. Aufl. Stuttgart: Enke.
- May-Chahal C, Herczog M (eds) (2003). *Child Sexual Abuse in Europe*. Straßburg: Council of Europe Publishing.
- Millon T (1981). *Disorders of Personality, DSM-III: Axis II*. New York: Wiley.
- Money J (1986). *Lovemaps. Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence, and maturity*. New York: Irvington Publishers.
- Morgenthaler F (1974). Die Stellung der Perversionen in Metapsychologie und Technik. *Psyche*; 28: 1077–89.
- Morgenthaler F (1984). *Homosexualität, Heterosexualität, Perversion*. Frankfurt/M., Paris: Qumran.
- Näcke P (1899). Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualität. *Arch Psychiatrie Nervenkrankheiten*; 32: 356–86.
- Reiche R (2001). Psychoanalytische Therapie sexueller Perversionen. In: Sigusch V (Hrsg). *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart, New York: Thieme; 439–64.
- Saß H, Herpertz S (Hrsg) (1999). *Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Beiträge zu einem schulensübergreifenden Vorgehen*. Stuttgart, New York: Thieme.

- Saß H, Houben I, Herpertz S (1999). Zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: Saß H, Herpertz S (Hrsg). Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Beiträge zu einem schulübergreifenden Vorgehen. Stuttgart, New York: Thieme; 1–15.
- Schorsch E (1971). Sexualstraftäter. Stuttgart: Enke.
- Stoller RJ (1975). Perversion. The erotic form of hatred. New York: Pantheon.
- Stoller RJ (1979) Sexual Excitement. Dynamics and erotic life. New York: Patheon.
- Tress W, Wöller W, Hartkamp W, Langenbach M, Ott J (2002). Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Trull TJ, McCrae RR (1994). A five-factor perspective on personality research. In: Costa PT, Widiger TA (eds). Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality. Washington, DC: American Psychological Association Press; 59–71.
- Wenning B, Herpertz S (2003). Psychotherapie. In: Herpertz S, Saß H (Hrsg). Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, New York: Thieme; 143–7.
- Wittchen HU, Fydrich T (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Manual zum SKID-I und SKID-II. Göttingen: Hogrefe.