

Zeitschrift: Reihe Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie =
Collection criminologie / Groupe suisse de travail de criminologie

Herausgeber: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: 9 (1991)

Artikel: Kranke Sexualität

Autor: Etzensberger, Mario

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1051350>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 16.01.2026

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

KRANKE SEXUALITÄT

Mario Etzensberger

Einleitung

Ich war in Eile, als ich den Titel meines Vortrages kreierte. Und schon war ich in die eigene Falle getappt. Wie konnte ich nur von "kranker Sexualität" sprechen, ich, der ich doch aller Orten verkünde, wie Sexualität, als Facette der ganzen Persönlichkeit, niemals einzeln und losgelöst behandelt werden dürfe. Ich tröstete mich damit, dass reden stets leichter ist als tun; gelobe Besserung und versuche, gerade aus dem begangenen Fehler heraus, auf wichtige Aspekte meines Themas hinzuweisen.

Wieder¹⁾ stehe ich als Psychiater vor Ihnen, dessen Blick von Berufes wegen auf krankes Verhalten gerichtet ist. Ich möchte Ihnen deshalb von drei Dingen reden:

1. Vom Begriff "krank und Krankheit"
2. Von der Diagnostik der sexuellen Störungen
3. Vom Dilemma aller Therapeuten

1. Was heisst krank und Krankheit

Es ist bis zum heutigen Tage keineswegs klar, was an menschlichem Verhalten als krankhaft zu gelten habe. So existieren diesbezüglich denn auch viele Modelle, von denen ich hier nur auf deren zwei näher eintreten möchte. Das eine Modell geht davon aus, dass krank sei, was statistisch nicht normal ist. Das hat einerseits den grossen Vorteil, dass Wertung und moralische Normsetzung weniger eine Rolle spielen, bedingt aber andererseits einen gehörigen Aufwand an epidemiologischer Arbeit, um jedes Verhalten auf die Häufigkeit des Vorkommens in einer bestimmten Bevölkerung zu überprüfen.

Erst spät wurde diese Arbeit im Rahmen sexuellen Verhaltens an die Hand genommen (Masters und Johnson), was auch sogleich mehrere "Abnormitäten" als durchaus gängig (z.B. Masturbation) nachwies und damit alte Tabus

1) s. Vortrag an der Interlakener-Tagung 1990 über Gewalt im Alltag.

erschütterte. Man erkannte daran, dass auf kaum einem anderen Gebiet menschlichen Verhaltens eine so grosse Versuchung besteht, moralische Normen mit dem Hinweis auf Natürlichkeit/Widernatürlichkeit, resp. Normalität/Abnormalität zu begründen. Gerne sind wir bereit, nicht ins Bild passende Fakten wegzupraktizieren.

Ein unrühmliches Beispiel dafür ist die Einstellung zur Homosexualität, die früher gar oft zu Tod und Folter, heute leider immer noch zu sozialer Abwertung führte und führt. Die Ueberzeugung, dass Homosexualität der Natur zuwider laufe, fand ihren Niederschlag auch im Strafgesetzbuch, wo heute noch von "widernatürlicher Unzucht" die Rede ist und ein höheres Schutzalter gilt als für heterosexuelle Handlungen.

In seinem Buch "Wider die Natur? Homosexualität und Evolution" (Verlag Ch. Beck München) geht Volker Sommer diesen wissenschaftlich unseriösen Behauptungen nach und vermag aufzuzeigen, dass man sich schon im Mittelalter nicht scheute, Tatsachen nach Belieben zurecht zu biegen.

Das Argument der statistischen Norm ist also so lange argwöhnisch zu beobachten, als nicht wirkliche Zählung zur Aussage geführt hat.

Das zweite Modell ist ein psychosoziales, das die Auswirkungen jedwelchen menschlichen Verhaltens, besonders aber eines abnormen, zum Prüfstein erwählt. Beachtung findet dabei zuerst das Gefühl des Leidens und die Einschränkung, eine Wahl treffen zu können (psychischer Aspekt), dann aber auch die Einbusse an sozialer Kompetenz, nämlich sein Brot zu verdienen, dabei eine befriedigende Arbeit zu verrichten, zu wohnen, sich zu besorgen, Beziehungen aufzunehmen und zu pflegen, die Freizeit sinnvoll (was immer das heissen möge) zu gestalten.

Man kommt also nicht umhin, bei der Betrachtung des "kranken" Individuums neben dessen Befindlichkeit dauernd auch seine Umgebung, die nähere, wie die fernere, aber auch Zeit und Kultur usw. miteinzubeziehen.

Dieser ausgesprochen soziale Aspekt rückt denn überhaupt die Psychiatrie von der übrigen Medizin ab, macht sie aber auch als Schnittpunkt der verschiedensten Sichtweisen so faszinierend.

Eine ähnliche Denkweise macht sich übrigens gerade bezüglich der Sexualdelikte auch in den Rechtswissenschaften bemerkbar, wenn immer stärker der Schaden für das Opfer und die Einschränkung seiner sexuellen Freiheit ins Zentrum des Interesses rückt, während die Wertung des sexuellen Verhaltens an sich an den Rand gerät. Eine Folge davon ist das grössere Augenmerk für die Belange des Opfers (Opferhilfegesetze, weisser Ring, usw.).

Diese Entwicklung erscheint sehr begrüßenswert, verliert doch damit das alte neue Rachedenken an Gewicht. Dafür ist aber z.B. gerade die Kriminologie aufgerufen zu untersuchen, wie es sich denn mit dem genannten Schaden in Wahrheit verhalte. Ohne eine solche Klärung ist die Hintertür für neue Vorurteile bereits wieder weit geöffnet.

2. Diagnostik der sexuellen Verhaltensstörungen

Diagnose meint sorgfältiges und durchgreifendes Erkennen eines Sachverhaltes, und zwar als nie abgeschlossener und immer wieder in Frage zu stellender Vorgang, auf keinen Fall aber als Etikettierung oder als Abstempelung eines Menschen. Wieder sind wir auf Modelle angewiesen, die dem Wissen und noch mehr dem heutigen Nichtwissen und Glauben Rechnung tragen können. Schon immer versuchten die Menschen zu erkennen, und auch wir tun es alltäglich. Begegnet uns nämlich auffälliges Verhalten, so sind wir bald geneigt, die Ursache desselben entweder in Bosheit oder dann ev. in Krankheit (englisch: badness/sadness) zu suchen.

Schon in der Nachrichtensammlung des Zürcher Chorherren Johann Jakob Wick aus dem 16. Jahrhundert "Wickiana"²⁾ findet sich der Bericht über einen elfjährigen Knaben aus Brütten (heute Kt. Zürich), den man vom Scharfrichter "aus der Welt schaffen" liess, weil er "Unzucht mit einer Stute" getrieben hatte. Die Heimlichtuerei sollte weiteres Gerede verhindern. Damals urteilte man ohne Gutachten und Gerichtsverhandlung, dafür schnell und gründlich.

Nach diesem Schlaglicht auf früheste Diagnostik kommen wir zu einem der bekanntesten Werke des 19. Jahrhunderts über Sexualstörungen, zur *Psychopathia sexualis* von Richard von Krafft-Ebing (Ersterscheinung 1886³⁾). Er dachte noch ganz auf der Linie der Organpathologie (Griesinger) und der

2) Wickiana, Hrsg. Mathias Senn; Raggi Verlag Küsnacht/ZH, 1975.

3) Krafft-Ebing, "Psychopathia sexualis" (Matthes und Seitz 1984).

Degenerationslehre (Mangan/Morel), räumte aber der Sexualität des Menschen eine zentrale Rolle für Verhalten und Kultur ein und gilt so als ein Wegbereiter Freuds. Anders als dieser war er aber ein "Schilderer" und nicht in erster Linie ein "Analytiker" (Einteilung nach Karl Jaspers). Dennoch liess er sich über mögliche Ursachen sexueller Störungen aus, sah in der Onanie den Anfang vieler Verirrungen (Perversionen) und wertete Zeichen kindlichen Sexualverhaltens als beginnende Entartung. Seine Einteilung spiegelt den anatomisch physiologischen Ansatzpunkt wieder.

Allgemeine Pathologie

I. Periphere Neurosen

- | | | | |
|----|---------------|---|------------------------|
| 1) | Sensible | - | Anästhesie |
| | | - | Hyperästhesie |
| | | - | Neuralgie |
| 2) | Sekretorische | - | Aspermie |
| | | - | Polyspermie |
| 3) | Motorische | - | Pollution (Krampf) |
| | | - | Spermatorhoe (Lähmung) |

II. Spinale Neurosen

- 1) Affektionen des Erektionszentrums
- 2) Affektionen des Ejakulationszentrums

III. Zerebral bedingte Neurosen

- 1) Paradoxie (ausserhalb psychologischer Vorgänge)
- 2) Anästhesie (fehlender Geschlechtstrieb)
- 3) Hyperästhesie (krankhaft gesteigerter Geschlechtstrieb)
- 4) Parästhesie (Perversionen, Erregbarkeit durch inadäquate Reize)

Sadismus

Masochismus

Fetischismus

Konträre Sexualempfindung (Homosexualität)

Spezielle Pathologie

Störungen im Zusammenhang mit "verschiedenen Formen und Zuständen geistiger Störungen"

- Entwicklungshemmung
- Psychosen
- Lues
- Epilepsie
- usw.

Logischerweise mussten in seinen Ohren die Ausführungen eines Sigmund Freud (Aetiologie von Hysterien) 1896 vor den Mitgliedern des "Vereins für Psychiatrie und Neurologie" als "wissenschaftliches Märchen" klingen, eine Haltung, die heute wieder ganz aktuell zu sein scheint; siehe dazu z.B. Dieter E. Zimmer, "Tiefenschwindel", Rowohlt 1986. Dennoch machte er sich damals dafür stark, dass Freud zum ausserordentlichen Professor ernannt werde.

Sigmund Freud gehört nun ganz eindeutig zu den "Analytikern"; seine Theorie und Technik nennt sich bekanntlich "Psychoanalyse". Durch sie erhielten immaterielle, geistige Faktoren das entscheidende Gewicht bei der Verursachung sexueller Störungen. Die diagnostische Einteilung als solche verlor aber dementsprechend an Bedeutung, was vielleicht mit dazu geführt haben mag, dass nach wie vor viele Psychotherapeuten eine "zünftige" Diagnose schlankweg ablehnen.

Heute sind beide Strömungen, also die rein beschreibend phänomenologische und die analytisch aetiologische Vorgehensweise noch immer verbreitet, wenn sie sich auch inzwischen angeglichen und vermischt haben.

Die Einteilungen der ICD 9 (International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation) sowie vor allem des DSM - III - R (Diagnostisches und statistisches Manual der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie) versuchen über Operationalisierung zu einer Diagnose zu gelangen. Das heisst, es werden entweder die Bilder gestalthaft beschrieben (ICD) oder dann mittels genauer Kriterienkataloge die Diagnosen festgelegt; wenn immer möglich ohne psychogenetische Modelle (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, usw.) dabei zu verwenden. Wir wissen zwar, dass wir nur schon bei der "reinen" Beobachtung erkenntnis-theoretischen Einschränkungen unterliegen (wir nehmen nicht wahr, was wir mit den Augen sehen; das Gehirn analysiert und synthetisiert), doch der Verzicht auf Entstehungsmodelle bei der Diagnostik lässt uns hoffen, vielleicht einer Fehlerquelle weniger anheim zu fallen.

Sowohl ICD 9 wie DSM - III - R unterscheiden in Funktionsstörungen und Paraphilien (oder Perversionen und Deviationen, wie man früher sagte). Der Unterschied kommt vielleicht deutlicher zum Vorschein, wenn man (nicht überall ganz zutreffend aber neutraler) von *quantitativen* gegenüber *qualitativen* Störungen spricht. Bei den ersteren würden Art und Weise der sexuellen Betätigung dem "statistisch Normalen" entsprechen, "lediglich" die Menge (z.B. Hyper-/Kyposexualität) oder die Begleitumstände (z.B. Ejaculatio praecox; Vaginismus) sind Anlass zum Leid, während die qualitativen Störungen entweder durch die besondere Handlung (Voyeurismus, Exhibitionismus, Sado- Masochismus) oder das besondere Objekt der Handlung (Pädophilie, Sexualität mit Tieren, Leichen, usw.) auffallen und Einschränkung und/oder Schaden mit sich bringen.

Eine meines Erachtens wichtige dritte Möglichkeit der Störung liegt im Erleben der sexuellen Identität eines Individuums, was bei Unsicherheiten oder Veränderungen (Transsexualismus) tiefgreifende Probleme verursachen kann.

Nun haben wir zwar eingeteilt, es fehlt aber zur wirklichen Diagnose die so wichtige Einschätzung des Krankheitswertes des gefunden Bildes (s. auch erstes Kapitel). Nicht erst seit Freud wissen wir, dass in jedem Menschen alle Möglichkeiten sexuellen Verhaltens angelegt sind (denken wir nur an die exhibitionistischen Tendenzen der Kleidermode und die dazu komplementäre Lust des Schauens). Doch ergibt sich nicht nur eine deutliche Rangordnung, vielmehr zielen alle Facetten auf das Erleben einer Beziehung zwischen zwei Menschen hin, selbst wenn diese nur kurz andauert. Die Partner verstehen es "normalerweise", unter den Möglichkeiten zu wählen und diese erst noch gegenseitig den je eigenen Bedürfnissen und Wünschen anzupassen. Erst wenn diese Wahl nicht mehr möglich ist, wenn ein Mensch sich auf *eine* Weise verhalten *muss*, nur so Befriedigung erlangt, sich gedrängt und getrieben fühlt und weder auf die Einwände des Partners/der Partnerin noch auf die Forderungen des Gesetzes Rücksicht nehmen kann, dann sollte aus psychiatrischer Sicht von einer Krankheit gesprochen werden. Also nicht das bloße Auftreten eines Wunsches, einer Phantasie, oder gar einer von beiden Partnern beabsichtigten Verhaltensweise ist bereits als krank einzustufen, selbst wenn sie statistisch selten vorkommt, also abnorm ist, nein erst, wenn die Selbstbestimmung vom "Täter" und "Opfer" erheblich beeinträchtigt ist, darf von Krankhaftigkeit gesprochen werden.

Reine Rücksichtslosigkeit, wie z.B. bei Vergewaltigung, den meisten Fällen von Inzest, beim Ausnützen einer Gelegenheit, sich mit Kindern einzulassen, usw., haben meiner Meinung nach in den seltensten Fällen noch etwas mit Krankheit zu tun.

Die geschilderte Einschätzung des Krankheitswertes geht leider oft bei der Diagnostik verloren. Hier liegt denn auch die Gefahr aller diagnostischer Leitfäden, wenn sie von Laien (z.B. Richtern) verwendet werden. Vielleicht haben Sie auch in der Mittelschule anhand des "Binz-Becherer" versucht, eine Blume zu bestimmen, und gerieten zu völlig exotischen Gewächsen. Nur mit der nötigen Erfahrung, was denn die einzelnen Pflanzenteile resp. Symptome wirklich bedeuten, können einigermaßen valable Diagnosen in Botanik wie Psychiatrie gefunden werden. Und doch möchte ich Ihnen die diagnostische Einteilung sexueller Störungen im ICD 9 wie im DSM - III - R vorstellen und an dem Beispiel der Pädophilie den diagnostischen Weg aufzeigen.

*ICD-Diagnose***302 Sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen**

- .0 Homosexualität
- .1 Sodomie
- .2 Pädophilie
- .3 Transvestismus
- .4 Exhibitionismus
- .5 Transsexualität
- .6 Störungen der psychosexuellen Identität
- .7 Frigidität und Impotenz
- .8 Andere sexuellen Verhaltensabweichungen und Störungen
- .9 Nicht näher bezeichnete sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen

*DSM - III - R Sexuelle Störungen***Paraphilien**

- 302.40 Exhibitionismus
- 302.81 Fetischismus
- 302.89 Frotteurismus
- 302.20 Pädophilie
- 302.83 Sexueller Masochismus
- 302.84 Sexueller Sadismus
- 302.30 Transvestitischer Fetischismus
- 302.82 Voyeurismus
- 302.90 * Paraphilie NNB

*Sexuelle Funktionsstörungen***Störungen der Sexuellen Appetenz**

- 302.71 Störungen mit Verminderter Sexueller Appetenz
- 302.79 Störungen mit Sexueller Aversion

Störungen der Sexuellen Erregung

- 302.72 * Störungen der Sexuellen Erregung bei der Frau
- 302.72 * Störungen der Erektion beim Mann

Orgasmusstörungen

- 302.73 Gehemmter Orgasmus bei der Frau
- 302.74 Gehemmter Orgasmus beim Mann
- 302.75 Ejaculatio praecox

Störungen mit sexuell Bedingten Schmerzen

- 302.76 Dyspareunie
- 306.51 Vaginismus
- 302.70 Sexuelle Störungen NNB

Andere Sexuelle Störungen

- 302.90* Sexuelle Störung NNB

Diagnostische Kriterien der Pädophilie (302.20) im DSM-III-R

- A) Ueber einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestanden: wiederkehrende, starke sexuelle Impulse und sexuell erregende Phantasien, die sexuelle Aktivität mit einem präpubertären Kind oder Kindern (gewöhnlich im Alter von 13 Jahren oder jünger) beinhalten.
- B) Die Person hat diesen Impulsen entsprechend gehandelt oder leidet deutlich unter ihnen.
- C) Die Person ist mindestens 16 Jahre alt und mindestens fünf Jahre älter als das Kind oder die Kinder in A).

Beachte: Spätadoleszente, die sich in einer fortdauernden sexuellen Beziehung mit einem 12-13 jährigen Partner befinden, sind nicht einzuschliessen.

Bestimme: Gleich-, gegen- oder beidgeschlechtliche Auslegung.

Bestimme, ob auf Inzest beschränkt.

Bestimme: Ausschliesslicher Typus (fühlt sich nur von Kindern angezogen) oder nichtausschliesslicher Typus.

Diagnostische Kriterien der Pädophilie (302.2) in der ICD

Eine sexuelle Verhaltensabweichung, in der Erwachsene sich mit Kindern des gleichen oder anderen Geschlechtes sexuell betätigen.

Zu ergänzen wären die bereits erwähnten Störungen der sexuellen Identität, die z.B. im DSM - III - R unter den Störungen der allgemeinen Identität aber auch bei gewissen Persönlichkeitsstörungen codiert sind. Damit kehren wir nochmals zu Krafft-Ebing zurück, der erkannt hatte, dass im Verlauf von anderen psychischen Erkrankungen sexuelle Verhaltensabweichungen auftreten können. Oligophrene und dement werdende Patienten zeigen mitunter vor allem enthemmtes und distanzloses Sexualgebaren. Doch für forensische Belange sind vor allem unreife Charaktere und Persönlichkeitsstörungen, besonders jene der antisozialen Art häufig mit sexuellen Uebergriffen auf Kinder und Frauen verbunden.

Stellt sich für die Unreife die prinzipielle Frage, ob es sich bei ihr überhaupt um eine Krankheit handle, so ist es bei Persönlichkeitsstörungen oft sehr schwierig zu entscheiden, ob die Störung die Steuerungsfähigkeit eines Angeschuldigten in der gefordert erheblichen Weise beeinträchtigt oder ob bare Rücksichtslosigkeit vorliege, ohne dass es sich auch um einen konstanten und damit pathologischen Wesenszug handeln muss.

Zuletzt und quasi als Zusammenfassung noch eine häufig gestellte Frage: Wozu soll überhaupt eine Diagnose gestellt werden, wenn doch die Grundlage der Diagnostik im Laufe der Jahre wechselt?

Wichtigstes Moment einer Diagnose ist der Zwang zum Denken und zur Beobachtung. Ohne dies darf sich der Arzt/die Aerztin dem wohligen Gefühl der Intuition, der vagen Wertung überlassen. Mit einer Diagnose aber sind wir genötigt, unsere Wahrnehmungen und dumpfen Ahnungen zu formulieren und an diagnostischen Leitbildern zu überprüfen. Auch ist damit erst eine Kritik möglich, sei es von uns selbst aus, sei es von Seiten eines/einer Dritten. Auch kann nur so der Erfolg unserer und des Patienten Bemühungen gemessen werden, nämlich im Vergleich zweier genau umschriebener Momentaufnahmen. Gerade bei diesem Vergleich und bei dieser für den Patienten wichtigsten Frage spielt dann auch die diagnostische Ideologie nur noch eine untergeordnete Rolle, da ja letztlich der reine Unterschied zählt.

3. Das Dilemma aller Therapeuten

Der dritte Punkt meines Vortrages ist mit der Erwähnung der Therapie endlich aufgetaucht. Es ist das Schicksal der meisten Patienten und ihrer Therapeuten, dass wesentliche Veränderung im Verhalten und Wesen nur langsam vor sich gehen, was üblicherweise Rückfälle in alte Gewohnheiten mit sich bringt. Damit müssen wir alle leben, und es wird den Patienten mit Psychosen, Süchten, usw., auch zugestanden. Bei gewissen Sexualdelikten aus Krankheit heraus ist dies nun ganz und gar unmöglich. Nehmen Sie z.B. den schwierigen Fall eines Mordes bei pädophilem Sadismus. Auch nur die bloße Möglichkeit eines Rückfalles lässt einen erschauern. Patient, Therapeut aber auch Justizbehörden müssten garantieren können, dass nichts mehr passiere. Natur lässt sich aber unseres Wissens nur bezüglich des individuellen Todes mit Sicherheit voraussagen. Unter dieser Forderung müssten also solche Delinquenten für den Rest ihres Lebens eingesperrt bleiben. Doch dies ist durch gesetzliche Regelungen ebenfalls verunmöglicht, und es ist ein moralisch zweifelhaftes Unterfangen, einen Menschen nach vielen Jahren der Haft und möglicherweise Therapie ungerührt in Unfreiheit zu belassen. Kaum wird aber eine Entlassung ins Auge gefasst, möchte man vom Therapeuten/Psychiater wissen, wie es um die Gefahr eines Rückfalls stehe. Der Befragte macht sich dann an die Arbeit und beurteilt die Fortschritte: Dabei handelt es sich aber meist um solche der sozialen Kompetenz, des Vermögens zu reflektieren (Introspektionsfähigkeit) und der Zunahme der Beziehungsfähigkeit (nur allzuoft lediglich gegenüber dem Therapeuten). Mit steigender Erfahrung muss man einsehen lernen, dass damit kaum etwas über die eigentliche Frage, nämlich die Behebung der sexuellen Störung ausgesagt werden kann; selbst dann nicht, wenn der Patient offen, ehrlich und selbstkritisch ist. Die besondere Situation im Gefängnis oder in der geschlossenen Anstalt kann auch ihn täuschen, kann selbst entsprechende Phantasien einschlafen machen. Wir kennen das z.B. sehr gut von Alkoholikern her, die in der Klinik glaubhaft jede Sehnsucht nach ihrem Getränk in Abrede stellen, bis sie entlassen werden.

Hier täte sich ein weites Feld der Forschung auf, entsprechende Beurteilungsmethoden zu kreieren, so man nicht schon zum vornherein alle diesbezügliche Hoffnung fahren lassen will.

Einem weiteren, widersprüchlichen Problem begegnete ich anlässlich der Behandlung eines zunehmend sadistisch gefärbten Pädophilen. Unter Androkur (chemische Kastration) hatte seine sexuelle Vitalität drastisch nachgelassen; mehrere, vom Psychotherapeuten gut vorbereitete Urlaubswochenende waren problemlos verlaufen. Er kam in Halbfreiheit und setzte die Psychotherapie sowie die Androkurbehandlung bei neuen Therapeuten fort. Es war als Fortschritt zu werten, dass er sich mit einer zwar kindlich wirkenden, aber doch chronologisch erwachsenen Frau anfreundete. Er wagte nicht, sie ins Vertrauen zu ziehen, litt nun aber unter seiner Impotenz. Was sollte der Therapeut in dieser Situation tun? Androkur abstellen und die neu erstarkende Sexualität in Kauf nehmen, in der Hoffnung, sie richte sich ausschliesslich auf die Freundin? Oder Androkur belassen und das Auseinanderbrechen der Freundschaft riskieren?

Der Patient nahm die Entscheidung leider in die eigene Hand, er delinquierte erneut und befindet sich wieder im Gefängnis, diesmal auf unbestimmte Zeit. Zugegeben, die sorgfältig erhobenen Diagnosen über die Jahre hin hatten die Entwicklung nicht verhindern können. Es gibt aber glücklicherweise auch andere Verläufe.