

Konsens als Merkmal paraphiler Störungen^{1,2}

Peer Briken

Die Arbeit untersucht, wie während des Transformationsprozesses der Geschlechterordnung (Meuser, 2001) zeitgleich die Vorstellungen von dem, was bis vor Kurzem als pervers galt, einerseits aus der Pathologie-Sphäre gelöst und für die Konstruktion der Pathologie andererseits die Verletzung der Konsensmoral sowie eine mangelnde Fähigkeit zur Selbstkontrolle zentral werden – und zwar vor allem in Hinblick auf Männer. In den ICD-11-Leitlinien für die paraphilen Störungen und die sexuell zwanghafte Verhaltensstörung geht es nicht mehr vorrangig um qualitative oder quantitative Abweichung von der Norm, sondern um das Nicht-erreichen-Können von Verhandeln bis zum Konsens und das Sich-nicht-ausreichend-kontrollieren-Können. Praktiker in Feldstudien können anhand dieser Merkmale paraphile Störungen durchaus zuverlässig einordnen. Die Konzentration auf Konsens und Selbstkontrolle verleugnet allerdings zweierlei, erstens die zentrale Bedeutung der Sexualität selbst und zweitens die von Männlichkeit und Weiblichkeit. Dem Konzept der *Grenz-Zustimmung* von Saketopoulou (2020) wird der *Wiederholungszwang* als pathologisches Merkmal paraphiler Störungen gegenübergestellt. Bisher nicht ausreichend untersucht ist die Frage, ob paraphile und sexuell zwanghafte Störungen für Männer und Frauen vergleichbar konstruiert werden können.

Einleitung

Die Menschheit wird – wie kürzlich in Mariam Laus Beitrag »Dein Glück ist mein Unglück« (Lau, 2019) deutlich zu lesen war – nicht nur einge-

1 Teile dieser Arbeit wurden zuerst auf der 26. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) am 28.09.2019 in Hamburg vorgetragen. Erstveröffentlichung: Peer Briken, Konsens als Merkmal paraphiler Störungen. In: *Psyche – Z Psychoanaly* 74, 2020, 280–293, DOI 10.21706/ps-74-4-280. Link: <https://sio.org/10.21706/ps-74-4-280>

Die Zweitveröffentlichung, mit kleinen Veränderungen, erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Klett-Cotta Verlags.

2 Ich danke Wolfgang Berner (Wien) für hilfreiche Kommentare zu einer früheren Version dieses Beitrags.

teilt in Weiße und People of Color, in heterosexuelle und LGBTQI, sondern eben immer noch – und, ja, am häufigsten und daher zuallererst – in Frauen und Männer. In dem Beitrag war zu lesen, dass bei einem Auftritt der Band »Feine Sahne Fischfilet« in einem Jugendzentrum der Drummer sein T-Shirt ausgezogen habe und das Konzert unterbrochen worden sei, weil potenziell sexuell Traumatisierte durch seine nackte Brust hätten re-traumatisiert werden können. Und: Weil es für Frauen schwieriger sei, die Brustwarzen zu zeigen, sollten auch Männer doch besser davon Abstand nehmen. Die Welt besteht nicht nur aus Männern und Frauen und LGBTQI³, sondern immer auch aus Tätern und Opfern. Die Zeiten haben sich offensichtlich diesbezüglich deutlich sensibilisiert.

Ich möchte in diesem Beitrag die folgenden Thesen verfolgen: Der seit ca. drei Jahrzehnten beschleunigende Transformationsprozess der Geschlechterordnung (Meuser, 2001) ist von einer Verunsicherung der traditionellen männlichen Rolle begleitet. Zeitgleich werden einerseits die traditionellen Vorstellungen von dem, was bis vor Kurzem als pervers galt, aus der Pathologie-Sphäre gelöst, und für die Konstruktion der Pathologie werden andererseits (1) die *Verletzung der Konsensmoral* sowie (2) der *Mangel an Selbstkontrolle* zentral – und zwar vor allem in Hinblick auf Männer. Damit werden zwei zentrale *Ideale* der Gegenwart, nämlich Konsens und Selbstkontrolle, in den Mittelpunkt der Diagnosekonstrukte gestellt. Es geht nicht mehr in erster Linie um *qualitative* oder *quantitative* Abweichung von der sexuellen Norm – nicht um sexuelle Devianz, sondern um das Nicht-erreichen-Können von Verhandeln bis zum Konsens und das Sich-nicht-ausreichend-kontrollieren-Können.

Ich stelle die folgenden Überlegungen vor dem Hintergrund meiner Tätigkeiten im Revisionsprozess der ICD-11, an dem ich für die paraphilen Störungen und die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung mitgewirkt habe, als nachträglichen Reflexionsprozess an. Dieser dient *nicht* dazu festzustellen, ob die diagnostischen Kriterien richtig oder falsch sind, da ich davon ausgehe, dass sich diese Frage nicht beantworten lässt. Störungskriterien können mehr oder weniger wissenschaftlich sein, wobei das davon abhängt, aus welchem Wissenschaftszweig man kommt, aber sie bleiben Konstrukte, also möglichst plausible Festlegungen von Experten/Expertinnen, nicht mehr und nicht weniger. Der Beitrag soll dazu dienen, bewusster

3 LGBT steht für lesbian gay bisexual and transgender, also lesbisch, schwul, bisexuell und transgender, erweitert um queere und intersexuelle Menschen.

zu machen, ob und wenn ja, welche Mechanismen und auch Abwehr auf die Konstruktion eingewirkt haben könnten und worauf wir beim Umgang mit diesen Diagnosen in Zukunft werden besonders achten müssen.

Ich werde zunächst meine Thesen anhand der inzwischen bestätigten ICD-11-Kriterien für die paraphilen Störungen und die sexuell zwanghafte Störung näher ausführen. Anschließend werde ich zeigen, dass in Feldstudien Praktiker durchaus verlässlich anhand dieser Merkmale paraphile Störungen einordnen können, diese also eine gewisse Plausibilität zu haben scheinen. Ich gehe dann auf Konsens im Rahmen von BDSM⁴ ein und diskutiere schließlich, welche Probleme sich daraus ergeben, wenn Konsens und Selbstkontrolle zentral für die genannten Konstrukte sind.

Internationale Klassifikation psychischer Störungen

Paraphile Störungen

Die ICD-10 wurde Anfang der 1990er Jahre publiziert (für eine Übersicht der Entwicklung der ICD in Bezug auf die paraphilen Störungen siehe Krueger et al., 2017). Tabelle 1 verdeutlicht (zweite Zeile), dass es in der ICD-9 zentral um die sexuelle *Abweichung* (Devianz) ging, in der ICD-10 um die *Präferenz* für das abweichende Muster (»die wichtigste Quelle«) und in der ICD-11 um das zeitlich überdauernde (»anhaltende«) Muster. Einheitlich bleibt in allen Leitlinien, dass nicht Interessen und Fantasien, sondern *Handlungen*, also die Verhaltensebene bedeutsam ist (Zeile 3). Die Beeinträchtigung durch Leiden wird ab der Version 10 als Merkmal wichtig (wie auch für andere Diagnosegruppen). Während in der ICD-9 das sexuelle *Verhalten* und in der ICD-10 die sexuell deviante *Präferenz* ganz im Vordergrund stehen und Konsens, auch noch in der ersten Auflage des ICD-10, keine Bedeutung hat, wird Konsens in der ICD-11 *das* zentrale Kriterium (letzte Zeile). Das Gefährdungsrisiko (Zeile 4 der Tabelle) spielt vor allem bei einvernehmlichen Handlungen eine Rolle.

Die Diagnosen Fetischismus, transvestitischer Fetischismus und Masochismus werden als eigenständige Störungsbilder in der ICD-11 *nicht* mehr

4 Die Abkürzung BDSM ergibt sich aus den Anfangsbuchstaben der englischen Bezeichnungen *bondage & discipline, dominance & submission, sadism & masochism* (Deutsch: Fesselung & Disziplinierung, Dominanz & Unterwerfung, Sadismus & Masochismus).

genannt. Sadismus gibt es nur noch mit dem Zusatz »unter Ausübung von Zwang«, der Frotteurismus, welcher in der ICD-10 nicht eigenständig benannt war, wird nun aufgeführt, weil hier offensichtlich kein Einverständnis mit der Person, an der sich der Frotteur/die Frotteurin reibt, gesucht wird.

Tab. 1: Paraphile Störungen in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen.

Merkmal	ICD-9 (1975)	ICD-10 (1990; 1 Aufl.)	ICD-11 (2019)
sexuelles Interesse sexuelle Ansprechbarkeit	spezifische sexuelle Verhaltensweisen, z. B. Pädophilie: »Sexuelle Abweichung, bei der ein Erwachsener/eine Erwachsene sexuelle Aktivitäten mit einem Kind des gleichen oder anderen Geschlechts ausführt«	<i>Präferenz:</i> Vor allem bei Fetischismus, Pädophilie, z. B. Sadomasochismus: »Die sadomasochistische Aktivität ist die wichtigste Quelle sexueller Erregung oder notwendig für sexuelle Befriedigung.«	anhaltende und intensive Muster atypischer sexueller Erregung; weder Abweichung noch Präferenz sind entscheidend
Handlungen	+ (hat danach gehandelt)	+ (hat danach gehandelt)	+ (hat danach gehandelt)
Gefährdungsrisiko (Selbst- bzw. Fremdgefährdung)	–	–	+ (auch bei einvernehmlichen sexuellen Handlungen)
Gefühl der Beeinträchtigung	–	+	+
Einverständnis/Konsens	–	–/(+ erst bei späteren Auflagen)	+

In Bezug auf die neuen ICD-11-Kriterien war für die Entwickler/Entwicklerinnen bedeutsam, im Rahmen einer internationalen Feldstudie zu klären, wie verlässlich Kliniker mit den neuen Kriterien die Diagnose einer paraphilen Störung stellen können (Keeley et al., i.Vorb.). Dies sollte durch die systematische Manipulation des Vorhandenseins von zentralen diagnostischen Kriterien, deren Intensität eigentlich dimensional verteilt ist, bei einer Reihe von Fallvignetten mit der folgenden Fragestellung geschehen: Kann bei einer prinzipiell dimensional Verteilung einer Auffälligkeit ein Schwellenwert für die Abgrenzung einer Störung von einer Nichtstörung von Experten/Expertinnen mit einiger Übereinstimmung benannt und damit Pathologie kategorial festgestellt werden?

Es nahmen mehr als 1.200 praktisch Tätige aus dem Global Clinical Practice Network der WHO-Mitglieder an der Studie teil. Bei den Teilnehmenden handelte es sich zu einem überwiegenden Teil um Psychologinnen und Psychologen bzw. Medizinerinnen und Mediziner in einem Alter von durchschnittlich 47 Jahren und langer klinischer Erfahrung (im Schnitt 16 Jahre).

Wirft man einen Blick auf die ICD-11-Kriterien für die paraphilen Störungen, so gibt es fünf generelle Merkmale: (1) das atypische sexuelle Erregungsmuster, (2) den mangelnden Konsens für die Handlung, (3) die Frage, ob eine Person durch paraphile Handlungen auffällig geworden ist oder aber sich (4) beeinträchtigt fühlt und schließlich, (5) ob es bei einvernehmlichen Handlungen zu einem bedeutsamen Risiko für die Person selbst oder den Partner bzw. die Partnerin gekommen ist. Jeder dieser fünf Dimensionen wurde für die Studie eine paraphile Störung zugeordnet, auf die sich die Fallvignetten bezogen. Beim Thema *Konsens* war das zum Beispiel der sexuelle Sadismus, beim Thema paraphile *Handlungen* der Exhibitionismus.

Es wurden dann jeweils vier Vignetten pro Störungsbild (also auch für den Sadismus) verfasst, in denen die ausgewählte Dimension (hier Konsens) einen unterschiedlichen Schweregrad (und damit auch unterschiedliche Eindeutigkeit) aufwies, wobei die anderen Dimensionen konstant gehalten wurden. Das heißt beim Thema »sexueller Sadismus« wurde die Dimension »Konsens« in vier Vignetten variiert, während die anderen Dimensionen (z. B. der Grad der Auffälligkeit oder des Sich-beeinträchtigt-Fühlens) konstant blieben. Die Teilnehmenden bewerteten dann eine zufällig zugewiesene Vignette aus jeder der Dimensionen. Die Professionellen sollten mit »Ja« oder »Nein« beantworten, ob die in der Vignette dargestellte Person die allgemeinen Anforderungen bzw. Kriterien für eine paraphile Störung erfüllt und in welchem Ausmaß die Person in der Vignette ein überdauerndes, fokussiertes und intensives atypisches sexuelles Erregungsmuster aufweist, das sich durch Gedanken, Fantasien, dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen zeigt. Am Beispiel des sexuellen Sadismus zeigt sich deutlich, dass bei einem sadistischen Akt *ohne Konsens* 90 Prozent der Professionellen sagen, dass es sich um eine Störung handelt, während bei einem *vollen gegenseitigen Konsens* zwischen zwei Partnern 74 Prozent angeben, dass es sich *nicht* um eine Störung handelt. Damit beurteilt hier allerdings immer noch ein Viertel der befragten Professionellen entgegen der in der ICD-11 genannten Kriterien *falsch positiv*. Ohne auf

dieses und die anderen Ergebnisse der Studie im Einzelnen einzugehen, lässt sich aus ihnen schließen, dass klinisch tätige Praktiker und Praktikerrinnen einigermaßen verlässlich anhand vorgegebener Kriterien diagnostizieren können, auch wenn es immer noch ein relativ hohes Ausmaß falsch positiver Diagnosen gibt.

Ausgeklammert wurde in den Feldstudien allerdings die Frage, welche Einflüsse das *Geschlecht* der in der Vignette beschriebenen Person auf die Diagnosestellung hat. Das hat unsere Arbeitsgruppe (Fuss et al., 2018) in einer weiteren experimentellen Studie untersucht. Auch hier erhielten Praktiker/Praktikerrinnen Vignetten über Personen mit Merkmalen paraphiler Störungen, für die bei Präsentation der Vignetten jeweils das Geschlecht der Person mit der paraphilen Symptomatik variiert wurde. Hier finden sich interessante Unterschiede: Alle paraphilen Störungen außer dem Masochismus werden für Männer stärker pathologisiert als für Frauen. Dieser Unterschied in Bezug auf die Pathologisierung paraphiler Sexualität ist bedeutsam, da wir in den letzten Jahren unser Verständnis von der unterschiedlichen Prävalenz paraphiler Interessen und Verhaltensweisen (nicht: Störungen) bei Frauen und Männern korrigieren mussten: Bei vielen Interessen liegt das Verhältnis Männer zu Frauen eher bei 3:1 oder sogar nur bei 2:1, während man früher annahm, paraphile Wünsche, Vorstellungen oder Handlungen wären bei Frauen extrem selten.

Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung

In der ICD-10 gibt es die Kategorie »gesteigertes sexuelles Verlangen«, die in der Bezeichnung noch stark auf einem Konzept von Triebstärke oder Drang fußt. Sie ist im Bereich der sexuellen Funktionsstörungen untergebracht – sozusagen als Gegenpol zur Lustlosigkeit. Für die ICD-11-Leitlinien wurde die Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung (*Compulsive Sexual Behavior Disorder*) in die Kategorie der *Impulskontrollstörungen* aufgenommen (Reed et al., 2016). Nach den Leitlinien ist die Störung (Kraus et al., 2018) durch wiederkehrende Schwierigkeiten, intensive sexuelle Impulse oder dranghaftes Verhalten zu *kontrollieren*, gekennzeichnet. Die sexuellen Aktivitäten werden zu einem zentralen Schwerpunkt des Lebens bis hin zur Vernachlässigung der Gesundheit oder anderer Interessen und Aktivitäten. Es gibt erfolglose Bemühungen, das sexuelle Verhalten zu reduzieren, und fortgesetztes sexuelles Verhalten trotz negativer Folgen oder mit

nur geringer oder keiner Befriedigung. Das Muster manifestiert sich über einen längeren Zeitraum (z. B. sechs Monate oder mehr) und verursacht ausgeprägtes Leiden oder erhebliche Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Leiden, das ausschließlich mit moralischen oder sexualitätsfeindlichen Vorstellungen zusammenhängt (also z. B. einer moralischen Ablehnung von Masturbation als sexueller Praktik), reicht nicht aus, um die Diagnose zu stellen.

Ich möchte hier vorläufig zusammenfassen: Zentral für die Diagnose einer paraphilen Störung ist nicht mehr ein ungewöhnliches sexuelles Verhalten im Sinne einer *qualitativen* Abweichung, sondern das Nicht-erreichen-Wollen oder -Können von Konsens. Daher wurden auch Handlungen wie der Fetischismus, bei denen es nicht zentral um Konsens geht, als eigenständige Diagnosegruppen gestrichen. Auch der Masochismus – wohl-gemerkt die einzige paraphile Störung, die bei Frauen häufiger diagnostiziert und bei Männern *nicht* stärker als bei Frauen pathologisiert wird, wird als eigenständiges Störungsbild gestrichen, da sich schwerlich als Störung konstruieren lässt, wie sich eine Frau oder ein Mann von sich aus *ohne* Konsens erniedrigen oder Schmerzen zuführen lässt. Als paradigmatisch kann die pädophile Störung angesehen werden (vgl. dazu auch Briken, 2019), weil davon ausgegangen wird, dass ein Kind für sexuelle Handlungen mit einem Erwachsenen *grundsätzlich* nicht einwilligungsfähig ist und damit gar kein Konsens herstellbar ist. Zentral für die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung ist nicht mehr eine *quantitative* Abweichung, ein besonders starker Drang oder Trieb, sondern die mangelnde Fähigkeit, sich ausreichend zu kontrollieren.

Welche Probleme ergeben sich vor dem Hintergrund von Konsens und Selbstkontrolle als zentrale Merkmale für paraphile und sexuell zwanghafte Störungen?

An dieser Stelle möchte ich zunächst ein Augenmerk auf die kulturellen Einflussfaktoren auf Konsens in Bezug zur Sexualität richten, wie sie Eva Illouz (2013) zusammengefasst hat. Sexualität sei im postfreudianischen Zeitalter das Terrain, auf dem Beziehungen anhand von Gleichheit und Konsens definiert werden. Illouz betont, dass der Anspruch des Feminismus auf wirtschaftliche Gleichstellung wohl keinen nennenswerten mo-

ralischen Einwänden vonseiten der Frauen begegnet sei. Dagegen werde unterschätzt, dass eine Ausweitung der Egalität womöglich tief greifende und dauerhafte Auswirkungen auf die Heterosexualität haben könnte, weil durch die geforderte Gleichheit untergraben zu werden scheint, was in der traditionellen Geschlechterordnung für emotionelle Verbindlichkeit und erotische Verlockung gesorgt habe (ebd., 2013, S. 57.) Illouz weist auf Studien hin, in denen zwischen 31 und 57 Prozent aller Frauen Fantasien darüber hätten, zum Sex gezwungen zu werden, und bringt dieses Phänomen mit der enormen Popularität in Zusammenhang, die E. L. James' *Shades of Grey* (2011) erzielte. Das Geheimnis sei, dass die dort beschriebene Ritualisierung der erotischen Unterwerfung, die vorher vereinbart würde, eine Art Kompromiss darstelle, der das Ideal der Egalität mit einem Wunsch nach riskanter Auslieferung und *Abgabe der Kontrolle* an das Gegenüber zu versöhnen scheint und damit der Aporie des Konsenses ausweicht: Wie erzeugt man die Lust am Ausgeliefertsein in einer konsensualen Vereinbarung? Gleichzeitig sei Sexualität der *Transmissionsriemen* der Modernisierung, in der zwei Subjekte einen *Konsens, Symmetrie und Reziprozität* aushandeln *sollen*: Ich will den anderen/die andere dazu bringen, mir zu geben, wessen ich bedarf, ich darf aber nur annehmen, was der/die andere mir freiwillig zu geben bereit ist. Illouz fragt: »Wie erzeugt man ein freiwillig gegebenes Begehren in einer ansonsten völlig konsensualen Beziehung?« (Illouz, 2013, S. 69). Diese Frage lässt sich sexuell nicht befriedigend lösen. Der österreichische Philosoph Robert Pfaller meint: »Die Verhandlungsmoral ist liberal, insofern sie das Feld der erlaubten Handlungen erweitert, doch wenn man nur das darf, was man selbst ganz will, und nichts sonst, dann darf man [...] in Wahrheit sehr, sehr wenig« (Pfaller, 2008, S. 125). Von Autorinnen wie den Kanadierinnen Dunkley und Brotto wird die Art, wie Konsens im Rahmen von BDSM ausgehandelt wird, daher auch als ein *Modell* für andere Konsensprozesse vorgeschlagen (Dunkley & Brotto, 2019).

Ich möchte damit festhalten, dass die Verletzung der Konsensmoral und der Mangel an Selbstkontrolle im Sinne des Scheiterns zweier *zentraler Idealvorstellungen* des gegenwärtigen westlichen Menschen für die Konstruktion der Pathologie genutzt werden, vermute aber auch, dass dies neue Probleme aufwirft. Die paraphile Störung wird zu einer *Konsensstörung* und einer *sexuellen Selbstkontrollstörung* – und zwar zuallererst des Mannes. Der *pathologische* Mann kann sich in seiner Sexualität nicht ausreichend kontrollieren oder steuern. Gleichzeitig werden früher als ungewöhnlich gel-

tende sexuelle Verhaltensweisen normalisiert und neu auf die Geschlechter verteilt, allerdings bleibt es insgesamt bei den grundsätzlich bestehenden Mustern. Es scheint vielmehr hauptsächlich Aufgabe der Männer bleiben zu sollen, einzuschätzen wie viel Überraschung (oder »overwhelm«; siehe später) sie Frauen zumuten dürfen. Die »Modernisierung von Männlichkeit« sprengt damit nicht die grundlegenden habituellen Muster, sondern reproduziert sie nur in modifizierter Form, in einem Gestaltwandel (Meuser, 2001). Paraphile und sexuell zwanghafte Störungen bleiben in erster Linie Störungen von Männern als potenzielle Täter, denen Konsens und Selbstkontrolle in der Sexualität nicht gelingen.

Könnten wir dann nicht die paraphilen Störungen in einem nächsten Schritt besser ganz abschaffen und es dabei belassen, kriminelle Konsensverletzungen zu sanktionieren? Ich meine nein, die Konzentration auf Konsens und Selbstkontrolle verleugnet meines Erachtens nämlich zweierlei: 1. die zentrale Rolle der Sexualität und 2. die Bedeutung von Männlichkeit und Weiblichkeit.

Was ist sexuell an paraphilen und zwanghaften sexuellen Störungen?

Natürlich lädt Sexualität uns immer wieder – quasi von Natur aus – dazu ein, sie zu verleugnen. Das Psychosexuelle liegt in einem gespaltenen Anteil des Selbst verborgen, in dem nicht nur als schmutzig empfundene, schambesetzte Wünsche mit dem Ich-Ideal streiten, sondern auch in einzigartiger Weise Konflikthafes sexualisiert werden kann, was damit im Idealfall das psychische Gleichgewicht schützt. Das dürfte damit zusammenhängen, dass Sexualität (z. B. Zeichen physiologischer Erregung, Handlungen und Affekte) in der üblichen kindlichen Entwicklung nicht oder nur mangelhaft gespiegelt wird und damit später beim Auftauchen immer wieder ein Gefühl von Ichfremdheit und deutlicher Scham auslöst, was zu der Tendenz führt, sie zu verbergen. Es ist allerdings nicht die Sexualität, die per se konfliktgeladen ist, sondern Konflikte lassen sich sexuell ausdrücken. Im Sexuellen hat daher das komplexe Zusammenspiel von Kontrolle und *Aufgabe* von Kontrolle besonders große Bedeutung. Das Sexuelle wird von innen wie von außen mit Erfahrungen gespeist und selbstverständlich auch durch die sich verändernden Männlichkeits- und Weiblichkeitsverhältnisse mit konfiguriert.

Peter Fonagy (2008), aber auch andere psychoanalytische oder psychodynamische Autoren und Autorinnen (z. B. Target, 2015) beschreiben den Prozess sexueller Erregung treffend als einen, bei dem *wie* bei einer projektiven Identifizierung die Gefühle und Gedanken der/des anderen übernommen und vorübergehend kontrolliert werden. Diese Erfahrung löst sich im Orgasmus und befördert mit der Reinternalisierung die Bindung zwischen zwei Personen. Die Erfahrung, dass die eigenen und dennoch fremden, abgespaltenen Teile des Selbst von einer anderen Person erlebt und akzeptiert werden, kann ein intensives Gefühl von Bindung erzeugen.

Die New Yorker Psychoanalytikerin Avgi Saketopoulou (2020) beschreibt einerseits den *affirmativen Konsens* mit seinem medizinischen Pendant, dem informierten Einverständnis. Affirmativer Konsens und informiertes Einverständnis haben sich im medizinischen und damit zusammenhängend auch im forensischen Kontext zur Einordnung von Grenzüberschreitungen und Missbrauch in persönlichen Beziehungen entwickelt. Affirmativer Konsens (die ausdrückliche Zustimmung) geht davon aus, dass die zustimmende Person die genauen Effekte ihrer Zustimmung durch Information abzuschätzen vermag, sodass Grenzen festgelegt und eingehalten werden können.

Die Autorin beschreibt andererseits aber auch, wie ein solches Modell von Konsens der Komplexität unbewusster Faktoren nicht gerecht wird. Sie entwickelt die Idee einer »Grenz-Zustimmung«, eines Aushandelns von Grenzen, wenn sich ein Subjekt einem anderen gegenüber empfänglich macht, einen Zustand annimmt, der weder aktiv noch passiv ist (ebd.), was eine *Einladung* an das Gegenüber beinhalten kann, auch Grenzen zu überschreiten, sich hinzugeben und damit, auch unter dem Risiko von Verletzungen, neue Erfahrungen zu machen – Erfahrungen, die Saketopoulou als *Überwältigung* (»overwhelm«) bezeichnet.

»Grenz-Zustimmung (*limit consent*) ist nicht darauf ausgerichtet, ein Erlebnis der Befriedigung zu (re-)produzieren, sondern zielt vielmehr auf den Neuigkeitswert und den Überraschungseffekt. Im Gegensatz zur ausdrücklichen Zustimmung ist sie nicht auf die Respektierung der Grenzen ausgerichtet, sondern auf deren Überschreitung« (ebd.).

Sie könne so dem Punkt, an dem etwas schiefgeht »gefährlich nahe« kommen (ebd.).

Diese Erfahrungen unterscheidet sie von solchen, wie sie im Rahmen paraphiler Handlungen bei Wiederholungszwang gemacht werden – also

der Wiederholung unverarbeiteter traumatischer Erfahrungen (vgl. Briken, 2019), in der die Fähigkeit, die Grenzen des oder der anderen zu sehen und zu berücksichtigen, versagt, sei es aufgrund unbewusster massiver Hassgefühle gegenüber der anderen Person, sei es aufgrund eines übergroßen Bedürfnisses, sich der eigenen (geschlechtlichen) Identität durch destruktive Abgrenzung zu vergewissern.

Genau hier dürfte aber am ehesten eine Differenz zwischen der gestörten und der eher ungestörten Variante paraphiler oder hypersexueller Verhaltensweisen bzw. Störungen liegen, nämlich in der Unfähigkeit oder der Fähigkeit den Prozess der Übernahme gegenseitiger projektiver Identifizierungen, der Reinternalisierung in Kontrolle und dem Loslassen von Kontrolle in einer vertrauensvollen Beziehung ohne gravierende Destruktivität. Bei paraphilen oder hypersexuellen *Störungen* steht die Sexualität im Dienst unverarbeiteter, aggressiver und destruktiver Dynamiken, für die das Konzept des Wiederholungszwangs hilfreich ist. Das erklärt vielleicht auch, warum bei diesen Formen gestörter paraphiler oder hypersexueller Sexualität zwar Erregung oft lange Zeit aufrechterhalten werden kann oder immer wieder hergestellt wird, gleichzeitig aber oft eine *Suche* bleibt, die selten eindeutig sexuell oder nur aggressiv ist, wobei letztlich auch das Erreichen des fantasierten Ziels *nicht oder nur sehr kurz* zur Befriedigung führt.⁵ Wegen der im Wiederholungszwang gebundenen Konflikthaftigkeit bleibt aber auch meist ein sich nicht lösender Rest an Erregtheit, der den Wiederholungszwang weiter in Gang hält. Im sogenannten normal-neurotischen Ablauf scheint dieser Rest deutlich geringer, was der Wiederholung das Zwanghafte nehmen dürfte.

Es geht also um viel mehr als um Fragen, die bejaht oder verneint werden könnten, und damit um mehr als das Herstellen eines *affirmativen Konsenses*. Hinzu kommt, dass das Problem von Konsensverletzungen bei nicht-einvernehmlichen Handlungen meist retrospektiv, das heißt im Nachhinein geklärt werden muss. Die Möglichkeiten, neben den kognitiven und gesprochenen Anteilen dann auch die emotional affektiven oder gar unbewussten Anteile zu klären, sind mit Sicherheit begrenzt.

Sogenannte perverse oder paraphile sexuelle Handlungen – betrachten wir sie *nur* von der äußeren Oberfläche der Handlung her – können ein

5 Diese Konzeption zeigt Ähnlichkeiten zu Robert Stollers (1979) Hypothese von der Feindseligkeit und Wolfgang Berners (2011) Vorstellungen von Beziehungsfeindlichkeit bei den paraphilen Störungen in Relation zum Ausmaß der strukturellen Störung, ist aber nicht das Gleiche.

gestörter, aber selbstverständlich *auch ein kreativer* Weg sein, eine Sprache für etwas zu finden, was ansonsten, sowohl in der Beziehung wie manchmal auch in der Therapie, nicht symbolisierbar, übersetzbar wäre, sodass sich erst *durch* die perverse sexuelle Handlung eine Sprache ergibt (Saketopoulou, 2020), die auch für die Therapie nutzbar gemacht werden kann. »Ein handlungsfähigeres und freieres Selbst, – eines, das weniger stark auf elterliche Phantome oder kulturelle Aufträge antwortet, kann so durch die Arbeit der Überwältigung möglich werden« (ebd.). Allerdings habe in einem solchen therapeutischen Vorgehen keine Übersetzung das letzte Wort. »Oder, anders gesagt, ist das Versprechen der Überwältigung nicht, eine verbindliche neue Übersetzung hervorzubringen, und die Überwältigung bietet auch keine Reparatur oder ›Befreiung‹ an« (ebd.). Perverse Sexualität kann unter günstigen Bedingungen also auch dazu dienen, über die genannten Mechanismen Bindung (und damit letztlich auch wieder Konsens) herzustellen oder gar zu fördern.

Konsens bei Frauen und Männern als Ausblick

Ein weiteres Problem dürfte schließlich sein, dass Männer und Frauen Konsens und Selbstkontrolle wahrscheinlich sehr unterschiedlich ausleben, erleben, einordnen und pathologisieren. Das muss nicht per se für die eine oder andere Seite ungerecht enden, eine wahrhaftigere Gerechtigkeit würde aber wohl einen weiblichen und männlichen Blick auf entsprechendes Geschehen benötigen. Das würde in der Praxis bedeuten, dass die diagnostischen Leitlinien von Männern und Frauen (deutlicher noch in Bezug auf Frauen) zu prüfen wären oder dass bei rechtlichen Fragen um Konsens zum Beispiel eine Frau und ein Mann gemeinsam entscheiden müssten. Passt das Konzept der pädophilen Störung *überhaupt* auf Frauen? Müssten RichterIn und Richter bei einer vermuteten Konsensverletzung einen Konsens für ein Urteil aushandeln, was in der Praxis durchaus schwierig werden könnte? Hinsichtlich der diagnostischen Leitlinien ließe sich aber an dieser Stelle durchaus Abhilfe schaffen, indem wir uns zunächst eingestehen, dass unsere Konzepte von paraphiler und sexuell zwanghafter Sexualität weiterhin vorwiegend männlich geprägt sind – trotz oder vielleicht sogar wegen der Fokussierung auf Konsens und Selbstkontrolle.

Der ICD-11-Prozess hat zu so etwas geführt wie *dem kleinsten gemeinsamen Nenner*: einem Konsens darüber, wie die äußere Hülle von etwas, was

wir unter den heutigen kulturellen Bedingungen als paraphil und zwanghaft sexuell gestört bezeichnen wollen, auszusehen hat. Der große Nachteil ist, dass das für den nicht-männlichen Anteil paraphiler und hypersexueller Störungen wahrscheinlich bisher nicht oder kaum gelungen ist. Hier bleibt also weiterhin Forschungsbedarf.

Literatur

- Berner, W. (2011). *Perversion*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Briken, P. (2019). Wiederholungszwang, Selbstvertauschungsagieren und Pädophilie. *Psyche*, 73(5), 363–390.
- Dunkley, C. R. & Brotto, L. A. (2019). The Role of Consent in the Context of BDSM. *Sexual Abuse*. <https://doi.org/10.1177/1079063219842847> (23.02.2020) [Online-Vorabveröffentlichung].
- Fonagy, P. (2008). A Genuinely Developmental Theory of Sexual Enjoyment and Its Implications for Psychoanalytic Technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56(1), 11–36.
- Fuss, J., Briken, P. & Klein V. (2018). Gender Bias in Clinicians' Pathologization of Atypical Sexuality: A Randomized Controlled Trial with Mental Health Professionals. *Scientific Reports*, 8(1), S. 3715.
- Illouz, E. (2013). *Die neue Liebesordnung. Frauen, Männer und Shades of Grey*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- James, E. L. (2011). *Fifty Shades of Grey*. New York City: Vintage Books.
- Keeley, J. W., Briken, P., Evans, S. C., First, M. B., Klein, M. B., Krueger, R. & Reed, G. M. (2020, i. Vorb.). The ICD-11 Field Trial of the Definition of Paraphilic Disorder: Clinicians' Dimensional Appreciation of a Dichotomous Decision.
- Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., Voon, V., Abdo, C. H. N., Grant, J. E., Atalla, E. & Reed, G. M. (2018). Compulsive Sexual Behaviour Disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 17(1), 109–110.
- Krueger, R. B., Reed, G. M., First, M. B., Marais, A., Kismodi, E. & Briken, P. (2017). Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11). *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1529–1545.
- Lau, M. (2019). Dein Glück ist mein Unglück. *Die Zeit*, 25.07.2019.
- Meuser, M. (2001). Männerwelten. Zur kollektiven Konstruktion hegemonialer Männlichkeit. Essen: Essener Kolleg für Geschlechterforschung. https://www.uni-due.de/imperia/md/content/ekfg/michael_meuser_maennerwelten.pdf (08.01.2020).
- Pfaller, R. (2008). *Das schmutzige Heilige und die reine Vernunft – Symptome der Gegenwartskultur*. Frankfurt a. M.: Fischer-Taschenbuch.
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P. & Saxena, S. (2016). Disorders Related to Sexuality and Gender Identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 Classification Based on Current Scientific Evidence, Best Clinical Practices, and Human Rights Considerations. *World Psychiatry*, 15(3), 205–221.

- Saketopoulou, A. (2020). Der Drang zur Überwältigung: Zustimmung, Risiko und die Neu-Übersetzung des Engimas. *Psyche*, 74(4), 239–279.
- Stoller, R.J. (1979). *Sexual excitement. Dynamics of erotic life*. New York City: Pantheon Books.
- Target, M. (2015). A Developmental Model of Sexual Excitement, Desire and Alienation. In A. Lemma & P.E. Lynch (Hrsg.), *Sexualities: Contemporary Psychoanalytic Perspectives* (S. 43–62). New York City: Routledge.

Biografische Notiz

Peer Briken, Prof. Dr. med., ist Sexualwissenschaftler und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie. Seit 2010 ist er Professor für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Direktor des gleichnamigen Instituts.