

ADHD und Störung des Sozialverhaltens im Kindesalter als Prädiktoren aggressiver Sexualdelinquenz?

ADHD and Conduct Disorder in Childhood as Predictors for aggressive Sexual Delinquency?

S. R. Vaih-Koch, J. Ponseti, H.A.G. Bosinski

Zusammenfassung

Diese Studie untersucht den Zusammenhang zwischen Verhaltensstörungen im Kindesalter, wie „Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung“ (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD), „Störung des Sozialverhaltens“ (SSV) und „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ entsprechend DSM-IV-Kriterien und späterer Sexualdelinquenz. Hierzu wurden Akten von 175 Sexualstraftätern im Alter zwischen 15 und 85 Jahren, die in den Jahren 1991 bis 2000 forensisch begutachtet wurden, retrospektiv aufgearbeitet, hinsichtlich der DSM-IV Diagnosekriterien ausgewertet und die einzelnen Deliktgruppen miteinander verglichen. Die Stichprobe besteht aus 20 Sexualstraftätern, die Tötungen von Erwachsenen begangen hatten, 38 Tätern mit versuchter oder vollzogener Vergewaltigung, 13 Exhibitionisten, 91 Tätern mit sexuellem Kindesmißbrauch und 13 mit verschiedenen sexuell motivierten Straftaten. Die Gruppe mit sexuellem Kindesmißbrauch wurde nach Tathergang differenziert in gewaltlose, verbal aggressive und körperlich gewalttätige Delinquenten, darunter auch Tötungen von Kindern. Es zeigte sich eine signifikante positive Korrelation sowohl zwischen ADHD mit gleichzeitiger „Störung des Sozialverhaltens“ in der Kindheit und Vergewaltigung ($p = 0,040$ und $p = 0,002$) sowie körperlich gewalttätigem sexuellem Kindesmißbrauch ($p = 0,024$ und $p < 0,001$). Das Vorliegen von ADHD allein korreliert mit keiner der Deliktgruppen, während sich bei Komorbidität von ADHD und SSV deutliche Zusammenhänge zu gewalttätigem Sexualverhalten herauskristallisierten. In der Gruppe der Exhibitionisten bestanden in keinem Fall Symptome dieser Störungen in der Kindheit. Den Ergebnissen zufolge haben Kinder mit ADHD eine erhöhte Disposition zu sexuell gewalttätigem Verhalten im Erwachsenenalter, wenn sie ebenfalls Störungen des Sozialverhaltens aufweisen.

Schlüsselwörter: Sexualstraftäter, Gewalt, ADHD, Störung des Sozialverhaltens, Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten

Abstract

This study considers a correlation between adult sex offending and childhood behavioral disorders like Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Conduct Disorder (CD) and Oppositional Defiant Disorder according to DSM-IV diagnostic criteria. File records of 175 sex offenders, age 15 to 85 years, who were subject to forensic expert opinion from 1991 to 2000, were investigated retrospectively concerning symptoms of the above diagnoses. The sample consists of 20 delinquents who committed sexual homicide of adults, 38 rapists, 13

exhibitionists, 91 sex offenders against minors, and 13 men who committed various other sexually motivated crimes. The group of child sexual abusers was further split into non-violent, verbally aggressive, and physically aggressive delinquents, the latter including lethal crimes. A positive correlation of childhood ADHD and Conduct Disorder to rape ($p = .040$ and $p = .002$) and violent sexual assault against minors ($p = .024$ and $p < .001$) was found. While there was no relation between any of the specific delinquencies and childhood ADHD alone, the co-morbidity of ADHD and CD showed a high significant correlation to violent sexual delinquency. Hence, children with ADHD seem to have a higher risk for involvement in violent sexual delinquency in adulthood if they also show symptoms of Conduct Disorder.

Keywords: sex offenders, violence, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder

Einleitung – Stand der Forschung

Bis heute bestehen keine empirisch verifizierten Erkenntnisse über die Ätiologie von sexuell delinquentem Verhalten. Es existieren insbesondere keine empirischen Untersuchungen bezüglich möglicher Verhaltensstörungen im Kindesalter, die eine Entwicklung zu strafrechtlich relevantem Sexualverhalten im späteren Leben begünstigen könnten. In der Literatur wird eine Vielzahl unspezifischer Verhaltens- und Entwicklungsstörungen in der Kindheit und Adoleszenz späterer Sexualdelinquenten diskutiert, u.a. selbst erlebter sexueller Missbrauch, Gewalt und Alkoholismus in der Primärfamilie, aggressives Verhalten gegen Menschen, Tierquälerei etc. (Faller 1989, Stattin & Magnusson 1989, Rubinstein et al. 1993, Freund & Kuban 1994, Worling 1995, Haapasalo & Kankkonen 1997, Curtin & Niveau 1998, Fergusson & Horwood 1998, Johnson & Knight 2000). Verallgemeinernd kann sicherlich davon ausgegangen werden, dass delinquentes Verhalten im Erwachsenenalter häufig die Konsequenz einer kontinuierlichen Entwicklung von Verhaltensproblemen und Fehlverhalten ist, die in ihren Anfängen bereits in der Kindheit oder frühen Jugend erkennbar sind. Klinische Einzelfallbeobachtungen ließen eine Häufung besonderer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter bei späteren Sexualstraftätern erkennen. Diese sind im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) als „Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens“ klassifiziert. Es handelt sich hierbei insbesondere um „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ (DSM-IV 314.00 / 314.01), um die „Störung des Sozialverhaltens“ (DSM-IV 312.8) sowie um die „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ (DSM-IV 313.81). Nach DSM-IV besteht das Hauptmerkmal einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung in einem durchgehenden Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität und Impulsivität, das häufiger und schwerwiegender ist, als es bei Kindern auf vergleichbarer Entwicklungsstufe typischerweise beobachtet wird. Das Hauptmerkmal der Störung des Sozialverhaltens ist ein sich wiederholendes und durchgängiges Verhaltensmuster, bei dem die grundlegenden Rechte anderer sowie wichtige altersentsprechende soziale Normen und Regeln verletzt werden, während die Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten durch ein Muster von wiederkehrenden negativistischen, trotzigem, ungehorsamen und feindseligen Verhaltensweisen gegenüber Autoritätspersonen charakterisiert ist, das mindestens sechs Monate andauert (Details siehe Anhang Diagnosekriterien).

Diese Gruppe von Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter sind ebenfalls in der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) beschrieben, hier in der Kategorie „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ F90-F98. Im Unterschied zur o.g. Klassifikation des DSM-IV, wird im ICD-10 unterschieden zwischen der „hyperkinetischen Störung“ (F90) und der „Störung des Sozialverhaltens“ (F91). Erstere umfasst die Diagnosen „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.0), „hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1), „sonstige hyperkinetische Störungen“ (F90.8) und „nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung“ (F90.9). Die „Störung des Sozialverhaltens“ wird weiter differenziert in „auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens“ (F91), „Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen“ (F91.1), „Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen“ (F91.2) und „Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten“ (F91.3).

Die vorgenannten Verhaltensstörungen im Kindesalter werden in beiden Klassifikationssystemen nach den führenden Symptomen vergleichbar eingeordnet: „Das Hauptmerkmal einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität und Impulsivität...“ (DSM-IV), „Gleichwohl ist unter Verhaltensgesichtspunkten klar, dass Aufmerksamkeitsprobleme ein zentrales Merkmal der hyperkinetischen Syndrome sind.“ (ICD-10). Dennoch unterscheiden sich beide, wie oben dargestellt, in der differenzierteren Diagnostik der Störungsbilder. Um die Problematik der sich teils überlappenden, teils einander ausschließenden Diagnosekriterien beider Klassifikationssysteme bei der Beurteilung der Probanden zu vermeiden, beschränkte sich diese Untersuchung auf die Anwendung des internationalen Klassifikationssystems DSM-IV, um eine bessere Vergleichbarkeit mit den zu diesem Thema relevanten Studien aus dem anglo-amerikanischen Raum zu gewährleisten.

Zahlreiche dieser Untersuchungen haben gezeigt, dass Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung von antisozialem Verhalten haben, ebenso zu Substanzmißbrauch, schlechterer Ausbildung und Kriminalität im Vergleich zu verhaltensunauffälligen Kindern (Satterfield et al. 1982, Gittleman et al. 1985, Lambert 1988, Lie 1992, Mannuzza et al. 1993, Mannuzza & Klein 2000). Gittleman und Mitarbeiter (1985) fanden in einer Nachuntersuchung von 101 männlichen Jugendlichen mit ADHD in der Kindheit und einer gleichen Anzahl unauffälliger Kontrollpersonen ein Persistieren hyperkinetischer Symptome bis ins Erwachsenenalter bei 31% der Probanden. In der Übersichtsarbeit von Krause und Mitarbeitern (1998) werden Prävalenzen von 0,3% bis 11% von persistierendem ADHD im Erwachsenenalter angegeben. In einer Longitudinalstudie an 399 Kindern mit psychischen Störungen fanden Esser und Mitarbeiter (2000) bei 30% der Kinder mit hyperkinetischen Symptomen im Alter von 25 Jahren noch deutliche psychische Auffälligkeiten. Damit einhergehend zeigte sich eine deutlich erhöhte Vorkommen sozialer Störungen sowie Alkohol- und Drogenkonsum. Mannuzza und Mitarbeiter (1993) ermittelten in einer prospektiven Studie an 91 Männern mit ADHD in der Kindheit und 95 männlichen gleichaltrigen Kontrollpersonen ohne diese Verhaltensauffälligkeiten, dass die Kinder mit ADHD später eine schlechtere Ausbildung hatten, signifikant häufiger von Alkohol- und Drogenproblemen betroffen waren und antisoziales Verhalten zeigten als die Kontrollgruppe. Diese Ergebnisse wurden in einer späteren erneuten Untersuchung der Autorengruppe mit ähnlicher Fragestellung an 85 erwachsenen männlichen Probanden mit ADHD in der Kindheit und einer

Kontrollgruppe von 73 Männern bestätigt (Mannuzza et al. 1998). Andere Autoren argumentieren, dass der alleinige Einfluss dieser frühen Verhaltensstörungen auf die spätere Entwicklung kleiner sei als allgemein hin angenommen (Loney et al. 1983, Hechtmann et al. 1993). Eine mögliche Erklärung für diese widersprüchlichen Resultate hinsichtlich des Einflusses des „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom“ bzw. ADHD könnte dadurch begründet sein, dass die Diagnose ADHD, ebenso wie die Terminologie, im Laufe der Zeit zahlreichen Wandlungen und Modifikationen unterworfen war. Lynam (1996) spricht von einer „diagnostischen und historischen Heterogenität“. „Diagnostische Heterogenität“ bezieht sich darauf, dass die diagnostischen Kriterien für das Hyperkinetische Syndrom unscharf und mit anderen Störungsbildern u.U. überlappend sind und dass es Kinder mit Subtypen von ADHD gibt, die ein höheres Risiko zur Entwicklung delinquenten Verhaltens haben, so etwa Kinder mit ADHD und Störung des Sozialverhaltens gleichzeitig (Forehand 1991, Lynam 1996), oder solche mit ADHD und Aggression (Hinshaw 1987). Der Begriff „historische Heterogenität“ bezieht sich auf den Wechsel, den diagnostische Kriterien für das ADHD durchlaufen haben, seit diese Störung erstmals im Fokus der Kinder- und Jugendpsychiater auftauchte. Eine Reihe von Autoren argumentierten, dass Kinder mit ADHD eine heterogene Gruppe darstellen, deren Risiko für späteres kriminelles Verhalten stark variiert und abhängig davon sei, welche frühen Symptome vorherrschend sind (Hinshaw 1987, Satterfield et al. 1994, Babinski et al. 1999). Lilienfeld und Waldman (1990) kritisierten in ihrer Literaturübersicht über den Zusammenhang zwischen ADHD und Antisozialem Verhalten im Erwachsenenalter, dass die Mehrzahl der Studien, die Zusammenhänge zwischen ADHD und späterer krimineller Entwicklung darstellen, nicht die Komorbidität von Aggression und Verhaltensproblemen bei Kindern mit ADHD einbeziehen.

Die wenigen Studien, welche die Rolle von Aggression und Verhaltensproblemen bezüglich der Entwicklung von antisozialem Verhalten untersuchten, zeigten, dass Kinder mit Verhaltensproblemen *und* ADHD sehr viel wahrscheinlicher in kriminelles Verhalten verwickelt werden als Kinder, die nur eine Anamnese von ADHD in der Kindheit vorwiesen *ohne* dissoziale Verhaltensauffälligkeiten zu haben. So konnten Mannuzza und Mitarbeiter (1989) darstellen, dass 68% ihrer Probanden mit ADHD und Verhaltensstörungen in der Nachuntersuchung Haftaufenthalte verbüßt hatten, während diejenigen mit ADHD ohne Verhaltensstörungen nur zu 28% derart auffielen, was einer hinsichtlich ADHD unauffälligen Kontrollgruppe entsprach (in der 22% Haftaufenthalte verbüßt hatten). Satterfield und Shell (1997) beschrieben ein Kontinuum von stattgehabten Inhaftierungen aufgrund schwerwiegender Delikte bei 43% von Probanden mit ADHD und hohem Aggressionspotential in der Kindheit, verglichen mit 26% von Probanden mit ADHD und niedrigem Aggressionspotential und lediglich 8% der Kontrollgruppe ohne diese Auffälligkeiten im Kindesalter. Lilienfeld und Waldman (1990) kamen ebenso wie Patterson und Mitarbeiter (2000) zu dem Schluß, dass ADHD in der Kindheit, wenn es nicht von dissozialem Verhalten oder Aggression begleitet ist, nicht in Zusammenhang steht mit Antisozialem Verhalten im Erwachsenenalter.

Obwohl eine Reihe von Autoren davon ausgeht, dass Personen mit Symptomen der Hyperaktivität und Impulsivität ein höheres Risiko für Antisoziale Verhaltensstörungen haben (Lahey et al. 1984, Barkley 1990, Barkley et al 1990, Windle 1992), gibt es bislang keine Studien, welche die Rolle von ADHD in der Kindheit bei der Entstehung von Sexualdelinquenz untersucht haben, insbesondere nicht hinsichtlich mit der Koinzidenz von

Störungen des Sozialverhaltens bzw. mit Oppositionellem Trotzverhalten in der Kindheit. Die Identifizierung von Risikogruppen mit erhöhter Prädisposition zur Entwicklung sexuell delinquenten Verhaltens könnte die Möglichkeit früher präventiver Maßnahmen beinhalten. Kafka und Prentky (1998) untersuchten 42 Männer mit Paraphilien entsprechend den DSM-III-R Kriterien und 18 mit Verhaltensauffälligkeiten, welche die Autoren als „Paraphilie-verwandt“ bezeichneten. Die letzte Gruppe beinhaltete Auffälligkeiten des Sexualverhalten wie „zwanghaftes Masturbieren“, „ausgedehnte Promiskuität“, „Abhängigkeit von Pornographie oder Telefonsex“, „Mißbrauch von Substanzen zur sexuellen Befriedigung“ und „Fetischismus“. Sie konnten bei 50% (21/42) der „Paraphilien“-Gruppe und bei 17% (3/18) der Gruppe mit den „Paraphilie-verwandten“ Störungen ADHD in der Kindheit feststellen. Die Diagnose erfolgte retrospektiv durch Selbstschilderung der Probanden sowie durch einen validierten Fragebogen, der Wender Utah Rating Scale (WURS). Unter einer Reihe von DSM- III-R Komorbiditäten war ADHD in der Kindheit die einzige Diagnose, die statistisch signifikant die „Paraphilien“ von den „Paraphilie-verwandten“ unterschied ($p=0,01$). Entgegen ihrer ursprünglichen Hypothese fanden die Autoren keinen Hinweis darauf, dass ADHD in der Kindheit zwischen paraphilen Straftätern und paraphilen Nichtstraftätern unterscheidet. Lahey und Loeber (1997) beschrieben das gleichzeitige Vorhandensein von ADHD, Störung des Sozialverhaltens und Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten in der Kindheit als den relevantesten Parameter bei der Entwicklung erwachsenen antisozialen Verhaltens.

Anliegen der vorliegenden Studie ist es, das frühe Verhaltensprofil von Männern zu bestimmen, die als Erwachsene strafbare sexuelle Handlungen begehen. Von besonderem Interesse dabei war, zu klären, ob es einen nachweisbaren Zusammenhang gibt zwischen ADHD, Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten sowie Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit und Sexualdelinquenz einerseits und den einzelnen, phänomenologisch sehr unterschiedlichen, Delikten „sexuell motivierte Tötung“, „Vergewaltigung“, „sexueller Kindesmißbrauch“ und „Exhibitionismus“ andererseits.

Methode

Die Stichprobe besteht aus 175 Sexualstraftätern, die in den Jahren 1991 bis 2000 in der Sexualmedizinischen Forschungs- und Beratungsstelle der Universitätsklinik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel forensisch begutachtet worden sind. Dabei handelte es sich in erster Linie um Schuldfähigkeitsbegutachtungen gemäß §§ 20 und 21 StGB und Begutachtungen zur Legalprognose und Unterbringung in einer Psychiatrischen Klinik nach § 63 StGB. Ein geringerer Teil wurde zur Frage der vorzeitigen Entlassung aus der Haft und der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung begutachtet. Es wurden alle forensischen Gutachten aus dem Zehnjahreskontingent in die Untersuchung aufgenommen, sofern das Indexdelikt eindeutig eine (oder mehrere) Sexualstraftat(en) waren. Die Akten der Straftäter wurden retrospektiv aufgearbeitet und jeweils alle Informationen der Kindheit (Alter bis ca. 14 Jahre) erfaßt, die den Diagnosekriterien des DSM-IV hinsichtlich Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (DSM-IV 314.), Störung des Sozialverhaltens (DSM-IV 312.) sowie Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (DSM-IV 313.81) betrafen. Die Straftäter waren zum Begutachtungszeitpunkt zwischen 15 und 85 Jahre alt (M:38,25; SD:13,37). Die Altersspanne zum Zeitpunkt des zur Begutachtung führenden Delikts lag zwischen 15 und 82 Jahren (M: 34,87; SD: 12,33).

Zwanzig (11,4%) der Begutachteten verübten sexuell motivierte Tötungen von Erwachsenen bzw. Tötungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit sexuellen Handlungen standen. 38 (21,7%) begingen aggressive Sexualdelikte an Erwachsenen wie Vergewaltigung und versuchte Vergewaltigung. 91 (52,0%) begingen sexuellen Kindesmißbrauch, 13 (7,4%) Exhibitionismus (vor Erwachsenen), und weitere 13 (7,4%) verübten verschiedene sexuell motivierte Straftaten, wie Beleidigung auf sexueller Basis, sexuelle Nötigung, Fettschdiebstähle, Hausfriedensbruch (bei Voyeurismus) oder Brandstiftung. Die letztgenannten Taten wurden aufgrund der geringen Einzelfallzahlen nicht gesondert untersucht. Bei Vorliegen mehrerer Sexualstraftaten wurde das jeweils schwerwiegendste Delikt als Zuordnungskriterium zugrunde gelegt. Die Akten der Delinquenten enthielten in allen Fällen nicht nur das Gutachten selbst, sondern eine Fülle von Zusatzinformationen, die im Begutachtungsprozeß erhoben wurden. Darunter fallen neben den Eigendarstellungen der Probanden auch Angaben von Eltern und Pädagogen, Erziehungsberichte, Krankenakten, testpsychologische Untersuchungen etc. Alle Informationen über die Kindheit und Jugend wurden in Skalen, entsprechend den DSM-IV Kriterien für ADHD, Störung des Sozialverhaltens und Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, erfasst. Bei Vorliegen hinreichender Kriterien wurde, falls nicht bereits in den Akten als solche dokumentiert, retrospektiv die entsprechende Diagnose gestellt.

Methodenkritisch ist anzumerken, dass jede retrospektive Untersuchung naturgemäß mit methodischen Mängeln behaftet ist, da das ausgewertete Material ursprünglich nicht im Hinblick auf die aktuelle Fragestellung erhoben wurde. Es wurde hier versucht, diese Fehlerquelle so gering wie möglich zu halten, indem alle vorhandenen Unterlagen von einer einzigen Person unter denselben Gesichtspunkten durchgesehen wurden. Die vorausgegangen Begutachtungen selbst erfolgten im wesentlichen durch zwei Gutachter, u.a. unter Verwendung eines standardisierten Erhebungsbogens, so dass hier die Voraussetzung für eine weitgehend einheitliche Befragungs- und Bewertungsgrundlage gegeben waren.

Statistik

Die Ergebnisse erlaubten die Anwendung der deskriptiven und Inferenzstatistik zur Darstellung von Häufigkeiten und Korrelationen. Statistische Analysen wurden mit SPSS (Statistical Package for Social Sciences), Version 9.0 für Windows, durchgeführt. Die Häufigkeiten von ADHD, Störung des Sozialverhaltens und oppositionellem Trotzverhalten sowie die Zuordnung zu Deliktgruppen wurden in Prozentzahlen angegeben. Die Dokumentation der erfüllten Diagnosekriterien erfolgte in Form einer dichotomen Ja/Nein-Skala von 1 und 2. Abhängigkeiten der kategorialen Variablen wurden durch Kreuztabellen und Chi-Quadrat Test (χ^2) ermittelt. Die Korrelation zwischen gestellten Diagnosen und einzelnen Deliktgruppen wurde mit dem Korrelationskoeffizienten Phi 0 bis 1 ermittelt, deren Richtung wurde überprüft durch die Spearmansche Rangkorrelation. Die Ergebnisse beider Tests waren jeweils erwartungsgemäß identisch. Alpha-Level wurde festgelegt auf 5% , d.h. $p \leq 0,05$ wurde bewertet als statistisch signifikant, $p \leq 0,01$ als hoch signifikant und $p \leq 0,001$ als höchst signifikant.

Ergebnisse

I. Sexualstraftaten insgesamt: Von allen untersuchten Delinquenten erfüllten 28,0% (49) die diagnostischen Kriterien des ADHD, 35,4% (62) diejenigen einer „Störung des Sozialverhaltens“ und (SSV) 2,9% (5) die der „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ (SOTV) .24,6% (43) der Täter erfüllten sowohl die Kriterien des ADHD als auch für Störung des Sozialverhaltens. Lediglich 4,6% (8) zeigten ausschließlich Symptome für ADHD, weitere 11,4% (20) nur die für Störung des Sozialverhaltens und 1,1% (2) zeigten nur Symptome für Störung mit oppositionellem Trotzverhalten.

Tab. 1: Häufigkeiten der DSM-IV Diagnosen in unterschiedlichen Kategorien von Sexualdelinquenz (Abk. siehe Text)

Delikte	insgesamt (n=175)	Tötungsdelikte (n=20)	Vergewaltigung (n=38)	Kindesmißbrauch (n=91)	Exhibitionismus (n=13)
ADHD	28,0% (49)	15% (3)	42,1% (16)	28,6% (26)	0
SSV	35,4% (62)	25% (5)	57,9% (22)	34,1% (31)	0
ADHD ohne SSV	4,0% (7)	0	5,3% (2)	4,4% (4)	0
SSV ohne ADHD	11,4% (20)	10% (2)	21,1% (8)	9,9% (9)	0
ADHD und SSV	24,6% (43)	15% (3)	39,5% (15)	24,2% (22)	0
SOTV	2,9% (5)	0	0	4,4% (4)	7,7% (1)
Keine Diagnose	60,6% (106)	75% (15)	39,5% (15)	61,5% (56)	92,3% (12)

Es besteht ein statistisch höchst signifikanter Zusammenhang zwischen ADHD und Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit bei Sexualstraftätern ($\chi^2 = 81,454$; $df = 1$; $p < 0,001$; $\Phi = 0,682$). Nur drei der Delinquenten mit ADHD in der Kindheit erfüllten ebenfalls die Kriterien für „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ (6,1%). Zwischen diesen beiden Störungen besteht kein bedeutsamer Zusammenhang ($\chi^2 = 2,614$; $df = 1$; $p = 0,135$; $\Phi = 0,122$). Die Diagnosen „Störung des Sozialverhaltens“ und „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ schließen sich gemäß DSM-IV Kriterien aus. 106 (60,6%) Täter konnten keiner der genannten Störungen zugeordnet werden.

II. Tötungsdelikte: In der Tätergruppe, die sexuell motivierte Tötungen begangen haben, zeigten 15% (3/20) Symptome von ADHD in ihrer Kindheit. 25% (5/20) hatten eine „Störung des Sozialverhaltens“, während keiner der Fälle als „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ diagnostiziert werden konnte. Es ist beachtlich, dass alle in dieser Gruppe, die ADHD in ihrer Kindheit aufwiesen, ebenfalls als „Störung des Sozialverhaltens“ diagnostiziert werden konnten, d.h. 15% (3/20) derer, die Mord oder Totschlag an Erwachsenen begangen haben, wiesen Symptome beider Störungen in der Kindheit auf. Keiner von ihnen hatte ausschließlich die Diagnose ADHD. Daneben fand sich bei 10% (2/20) eine „Störung des Sozialverhaltens“ ohne ADHD. 75% (15/20) erfüllten keine der Diagnosekriterien. Es besteht statistisch kein signifikanter Zusammenhang zwischen sexuell motivierter Tötung und ADHD oder „Störungen des Sozialverhaltens“ in der Kindheit.

III. Vergewaltigung: In der Gruppe der Delinquenten mit versuchter oder vollzogener Vergewaltigung zeigten 42,1% (16/38) Symptome von ADHD in der Kindheit. 57,9% (22/38) der Vergewaltiger wurden retrospektiv als „Störung des Sozialverhaltens“ diagnostiziert, mit einer Überlappung von 15/38 (39,5%) beider Diagnosen, ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“. Das bedeutet, dass 93,8% (15/16) der ADHD-Probanden in dieser Kategorie eine Komorbidität aufwiesen. Nur einer (6,2%) zeigte ausschließlich Symptome von ADHD. 18,4% (7/38) hatten lediglich Symptome von Störung des Sozialverhaltens ohne ADHD-Symptome, 39,5% (15/38) erfüllten keines der ADHD-Kriterien. Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Vergewaltigung und ADHD in der Kindheit ($c^2 = 4,790$; $df = 1$; $p = 0,04$; $\Phi = 0,165$). Störung des Sozialverhaltens und Vergewaltigung korrelieren hoch signifikant ($c^2 = 10,709$; $df = 1$; $p = 0,002$; $\Phi = 0,247$). Der Zusammenhang der Komorbidität von ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“ und Vergewaltigung ist ebenfalls signifikant, dies deutlicher als bei Vorliegen von ADHD allein ($c^2 = 5,816$; $df = 1$; $p = 0,02$; $\Phi = 0,182$). Keiner der Täter aus der Vergewaltiger-Gruppe zeigte Symptome der „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ in der Kindheit.

Tab. 2: Zusammenhang zwischen Sexualdelikten und DSM-IV Diagnosen

	Tötungsdelikte			Vergewaltigung			Kindesmißbrauch			Exhibitionismus		
	p	χ^2	Phi	p	χ^2	Phi	p	χ^2	Phi	p	χ^2	Phi
ADHD	0,197	1,893	-0,104	0,040*	4,790	0,165	0,868	0,031	0,013	/	/	/
SSV	0,334	1,073	-0,078	0,002**	10,709	0,247	0,753	0,154	-0,030	/	/	/
ADHD ohne SSV	/	/	/	0,646	0,202	0,034	1,000	0,077	0,021	/	/	/
SSV ohne ADHD	1,000	0,046	-0,016	0,045*	4,442	0,159	0,636	0,443	-0,050	/	/	/
ADHD und SSV	0,411	1,116	-0,080	0,020*	5,816	0,182	1,000	0,016	-0,010	/	/	/
SOTV	/	/	/	/	/	/	0,370	1,617	0,096	0,323	1,183	0,082
Keine Diagnose	0,225	1,968	0,106	0,004**	9,047	-0,227	0,877	0,074	0,021	0,017**	5,922	0,184

* = signifikant; ** = hoch signifikant; *** = höchst signifikant

IV. Sexueller Mißbrauch von Kindern: Unter den Tätern mit sexuellem Kindesmißbrauch fanden sich 28,6% (26/91) mit ADHD in der Kindheit. 34,1% (31/91) der Kindesmißbraucher wiesen Symptome der „Störung des Sozialverhaltens“ auf und 4,4% (4/91) die der „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“. 24,2% (22/91) zeigten ein Zusammentreffen beider Diagnosen, ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“. Betrachtet man die Täter mit Kindheits- ADHD in dieser Kategorie, so zeigten 84,6% (22/26) davon ebenfalls „Störung des Sozialverhaltens“ im gleichen Alter. 4,4% (4/91) der Sexualsträtfäter mit sexuellem Kindesmißbrauch zeigten ausschließlich ADHD-Sym-

ptome, während 9,9% (9/91) allein die Kriterien für „Störung des Sozialverhaltens“ erfüllten. In der Gruppe der Kindesmißbraucher erfüllten 61,5% (56/91) keines der Diagnosekriterien für ADHD oder „Störung des Sozialverhaltens“. Zusammenfassend besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen ADHD, „Störung des Sozialverhaltens“ oder „Störung mit oppositionellem Trotzverhalten“ in der Kindheit und sexuellem Kindesmißbrauch im Erwachsenenalter.

Für eine differenziertere Betrachtung wurde diese Gruppe nach der Art der Tatausübung unterteilt in 39 gewaltlose Täter (42,9%), 27 Täter (29,3%) *verbal aggressive* und 25 *körperlich aggressive* Täter (27,5%). Die gewaltlosen Täter übten auf ihre Opfer keinen Druck aus, sondern nutzten das spielerische Verhalten, die Neugierde oder die Sympathie der Kinder zu sexuellen Handlungen aus. In dieser Kategorie wurden daneben auch Exhibitionisten vor Kindern erfasst. Kennzeichen der verbal aggressiven Täter war hingegen das Androhen körperlicher Gewalt sowie psychische Einschüchterungen, d.h. Drohen, den Eltern des Opfers zu berichten mit negativen Konsequenzen für das Kind, Androhung von Heimunterbringung des Kindes oder auch Hervorrufen von Schuldgefühlen: „Wenn du etwas verrätst, komme ich ins Gefängnis und du bist schuld.“ Die Kategorie der körperlich aggressiven Täter beinhaltet alle Delinquenten, die den Opfern zum Erreichen der sexuellen Handlungen körperliche Schmerzen oder Verletzungen zugefügt haben, darunter in vier Fällen mit Todesfolge.

Unter den gewaltlosen Tätern erfüllten jeweils 15,4% (6/39) die Diagnosekriterien für ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“ und 5,1% (2/39) die der „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“. 12,8% (5/39) zeigten eine Komorbidität von ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“, während 79,5% (31/39) keiner der Diagnosen zuzuordnen war. In der Gruppe der verbal aggressiven Sexualstraftäter gegen Kinder wiesen 40,7% (11/27) ADHD, 29,6% (8/27) „Störung des Sozialverhaltens“ und 7,4% (2/27) „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ auf. 29,6% (8/27) zeigten Komorbidität von ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“ in der Kindheit. 59,3% (16/27) erfüllten keine der untersuchten Diagnosen.

Von den Tätern, die körperliche Gewalt gegen Kinder anwandten, waren 36,0% (9/25) als ADHD und 68,0% (17/25) als „Störung des Sozialverhaltens“ einzuordnen. Kein Delinquent aus dieser Kategorie erfüllte die Diagnosekriterien für „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“. Es zeigte sich eine Überschneidung von 36,0% (9/25) der Symptome von ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“. 36,0% (9/25) erfüllten keine der Diagnosen (vgl. Tabelle 3).

Es besteht ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen gewaltlosem Vorgehen und dem Fehlen der Symptome von ADHD, „Störung des Sozialverhaltens“ oder „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ in der Kindheit ($c^2 = 9,290$; $df = 1$; $p = 0,003$; $\Phi = 0,320$), sowie ein höchst signifikanter Zusammenhang zwischen körperlicher Gewalt gegen Kinder und „Störung des Sozialverhaltens“ des Täters ($c^2 = 17,672$; $df = 1$; $p < 0,001$; $\Phi = 0,441$) (vgl. Tabelle 4).

V. Exhibitionismus: Keiner der Exhibitionisten zeigte Symptome von ADHD oder „Störung des Sozialverhaltens“, lediglich einer von 13 (7,7%) hatte Symptome der „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ in der Kindheit. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Exhibitionismus und dem Fehlen von ADHD, „Störung des Sozialverhaltens“ und „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ in der Kindheit ($c^2 = 5,922$; $df = 1$; $p = 0,017$; $\Phi = 0,184$) (vgl. Abbildung 1 und 2).

Tab. 3: Häufigkeiten von DSM-IV Diagnosen nach Tathergang bei sexuellem Kindesmißbrauch

Kindesmißbrauch: (n=91)	gewaltlos (n=39)	verbale Gewalt (n=27)	körperliche Gewalt (n=25)
ADHD	15,4% (6)	40,7% (11)	36,0% (9)
SSV	15,4% (6)	29,6 % (8)	68,0% (17)
ADHD ohne SSV	2,6% (1)	11,1% (3)	0
SSV ohne ADHD	2,6% (1)	0	32,0% (8)
ADHD und SSV	12,8% (5)	29,6 % (8)	36,0% (9)
SOTV	5,1% (2)	7,4% (2)	0
Keine Diagnose	79,5% (31)	59,3% (16)	36,0% (9)

Tab. 4: Zusammenhänge zwischen DSM-IV Diagnosen und Tathergang bei sexuellem Kindesmißbrauch

Kindesmißbrauch:	gewaltlos			verbale Gewalt			körperliche Gewalt		
	p	χ^2	Phi	p	χ^2	Phi	p	χ^2	Phi
ADHD	0,020*	5,815	-0,253	0,128	2,786	0,175	0,436	0,932	0,101
SSV	0,002**	10,604	-0,341	0,634	0,336	-0,061	<0,001***	17,674	0,441
ADHD ohne SSV	0,632	0,545	-0,077	0,077	4,120	0,213	0,572	1,585	-0,132
SSV ohne ADHD	0,073	4,110	-0,213	0,053	4,214	-0,215	<0,001***	18,908	0,456
ADHD und SSV	0,046*	4,801	-0,230	0,434	0,623	0,083	0,168	0,269	0,170
SOTV	1,000	0,087	0,031	0,579	0,829	0,095	0,572	1,585	-0,132
Keine Diagnose	0,003**	9,290	0,320	0,816	0,084	-0,030	0,003**	9,498	-0,323

***= signifikant; **= hoch signifikant; ***= höchst signifikant**

Abb. 1: DSM-IV Diagnosen in der Kindheit in Abhängigkeit vom Delikt

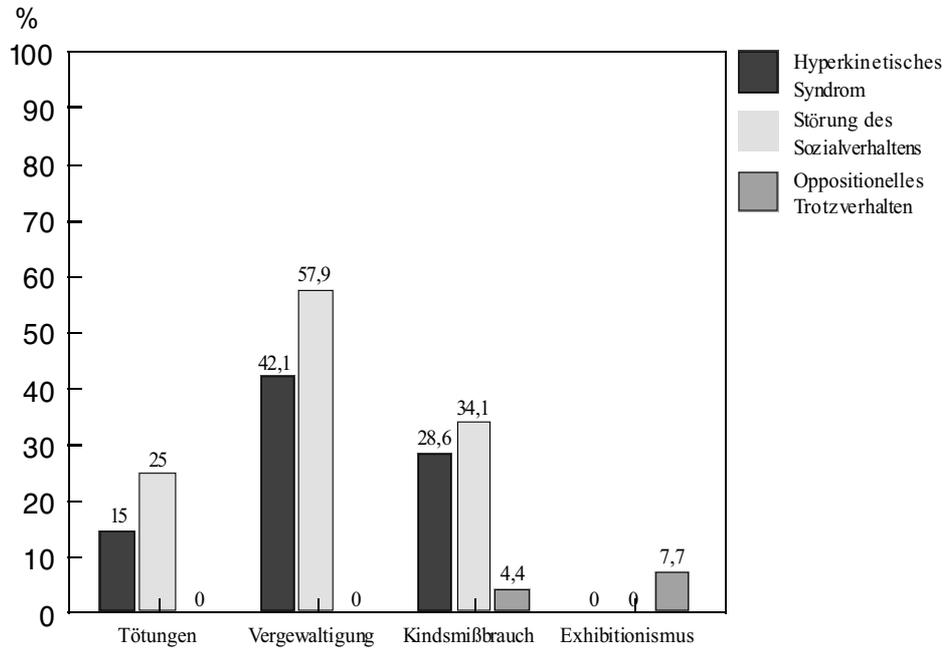
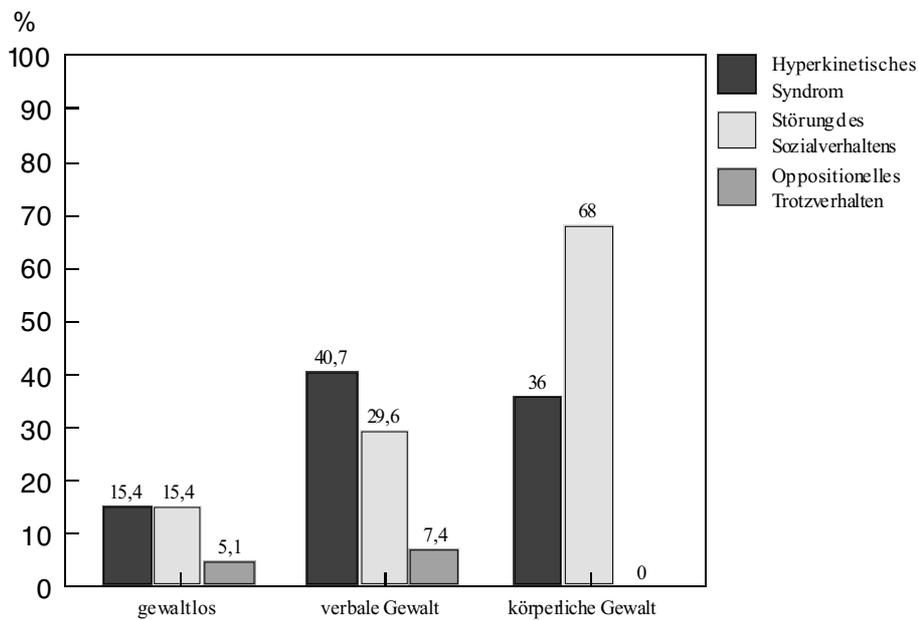


Abb. 2: DSM-IV Diagnosen in der Kindheit bei sexuellem Kindesmißbrauch in Abhängigkeit vom Tathergang



Diskussion

Die Prävalenz der „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ bei Schulkindern wird auf 3%-5% geschätzt, die Raten für „Störung des Sozialverhaltens“ im Kindesalter schwanken zwischen 6% und 16% und die für „Störungen mit Oppositionellem Trotzverhalten“ zwischen 2% und 16% (American Psychiatric Association 1994). Andere Autoren geben ADH mit einer Häufigkeit von unter drei Prozent an (s. Schubert et al. 2001). Von allen hier untersuchten Sexualstraftätern erfüllten 28% retrospektiv die Diagnosekriterien für ADHD in ihrer Kindheit, 35,4% zeigten die Symptome der „Störung des Sozialverhaltens“ und 2,9% von „Störung mit oppositionellem Trotzverhalten“. Das bedeutet, dass Verhaltensstörungen im Kindesalter in Form von ADHD und Störung des Sozialverhaltens in der Biographie von Sexualstraftätern auffällig häufiger sind, als aufgrund der Prävalenzraten der Durchschnittsbevölkerung zu erwarten wäre.

Die Resultate der vorliegenden Untersuchung zeigen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“ in der Kindheit und körperlich aggressiver Sexualdelinquenz wie Vergewaltigung und gewalttätigem sexuellem Kindesmissbrauch im Erwachsenenalter. Den Ergebnissen zufolge könnte das Vorhandensein von ADHD und/oder „Störung des Sozialverhaltens“ in der Kindheit ein Prädiktor sein für die Entwicklung späterer gewalttätiger Sexualdelinquenz. Dagegen zeigte die Diagnose der „Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten“ keinen Zusammenhang mit späterem Auftreten strafbaren Sexualverhaltens, unabhängig vom Tathergang.

In allen Kategorien zeigen sich signifikant höhere Prävalenzen der Komorbidität von ADHD und „Störung des Sozialverhaltens“ als das Auftreten der Diagnosen ohne überlappende Symptomatik. Diese Beobachtungen bestätigen die Vermutung von Lynam (1996) und Hinshaw (1987), dass Kinder mit ADHD ein höheres Risiko haben, später antisoziales Verhalten zu entwickeln, wenn sie gleichzeitig Störungen des Sozialverhaltens und Aggression zeigen.

Wie bereits Hinshaw (1987) konstatierten auch andere Autoren (Wallander 1988, Lilienfeld & Waldman 1990, Satterfield et al. 1994), dass die weitere Entwicklung von Kindern mit ADHD einer großen Varianz unterliegt, abhängig von den vorhandenen frühen Symptomen. Betrachtet man die Ergebnisse der vorliegenden Studie, so beinhaltet die Diagnose von ADHD und/oder Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit nicht nur ein allgemein erhöhtes Risiko für die Entwicklung antisozialen und delinquenten Verhaltens, wie Mannuzza und Mitarbeiter (1989) und Satterfield und Mitarbeiter (1994) postulierten, sondern sind auch prädisponierende Faktoren für die Entwicklung insbesondere gewalttätiger Sexualdelinquenz im Erwachsenenalter.

Weller (1988) wies auf das aggressive Verhalten als das prognostisch schwerwiegendste Symptom sowohl bei Kindern mit ADHD als auch bei Störungen des Sozialverhaltens hin. Lilienfeld und Waldman (1990) kamen zu dem Schluß, dass die alleinige „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“, wenn sie nicht begleitet wird von Symptomen der „Störung des Sozialverhaltens“ oder Aggression, kein erhöhtes Risiko zur Entwicklung späteren antisozialen Verhaltens mit sich bringt. Die in der vorliegenden Studie ermittelten Ergebnisse zeigen ebenfalls keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem alleinigen Auftreten von ADHD in der Kindheit und späterer Sexualdelinquenz, ebensowenig wie zu einer der einzelnen Deliktategorien. Dagegen zeigte das gleichzeitige Auftreten von ADHD und Störung des Sozialverhaltens einen signifikanten Zusam-

menhang mit Vergewaltigung, während die Störung des Sozialverhaltens, entweder isoliert oder in Komorbidität mit ADHD, auch statistisch signifikant mit gewalttätigem sexuellem Kindesmißbrauch korreliert. Fergusson und Mitarbeiter (1997) zielten in dieselbe Richtung, als sie in einer groß angelegten Längsschnittuntersuchung belegen konnten, dass frühe Probleme des Sozialverhaltens ein herausragendes prognostisches Merkmal für eine spätere antisoziale Entwicklung sind. In einer vergleichenden prospektiven Studie an hyperaktiven Jungen mit Problemen des Sozialverhaltens und verhaltensunauffälligen Jungen bestätigten Satterfield und Schell (1997), dass das Risiko für eine spätere kriminelle Entwicklung eng assoziiert ist mit Störungen des Sozialverhaltens in der Kindheit und gravierenden antisozialen Verhaltensauffälligkeiten in der Adoleszenz. Hyperaktive Kinder ohne Störungen des Sozialverhaltens hätten demnach *per se* kein erhöhtes Risiko, antisoziales oder delinquentes Verhalten zu entwickeln. Diese Ergebnisse decken sich mit der Untersuchung von Patterson und Mitarbeitern (2000), die einen deutlichen Zusammenhang von delinquentem Verhalten und Hyperaktivität bei gleichzeitigem Vorliegen einer Störungen des Sozialverhaltens bestätigten, nicht jedoch bei Hyperaktivität allein. Im Gegensatz hierzu kamen Taylor und Mitarbeiter (1996) in ihrer Nachuntersuchung von Kindern mit Hyperaktivität oder Problemen des Sozialverhaltens bzw. der Komorbidität beider Störungen sowie einer Kontrollgruppe ohne Verhaltensauffälligkeiten zu dem Schluß, dass Hyperaktivität in der Kindheit die Wahrscheinlichkeit erhöht für Gewalttätigkeit und fehlende soziale Anpassung, unabhängig von der Überlappung von Störungen des Sozialverhaltens in der Kindheit. Diese widersprüchlichen Ergebnisse empirischer Studien bezüglich des Entwicklungseinflusses von Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter lässt erkennen, wie schwierig bereits das Einordnen der Primärsymptome zu einer der umschriebenen Störungen und wie problematisch die Abgrenzung einzelner Symptome und deren prognostische Aussage hinsichtlich der Weiterentwicklung eines Kindes sind.

Während die hier erhobenen Daten einen deutlichen Zusammenhang zwischen aggressiven Sexualstraftaten wie sexuellem Kindesmissbrauch mit körperlicher Gewalt oder Vergewaltigung zeigen, findet sich keine statistische Relation zwischen Sexualstraftätern, die Tötungsdelikte an Erwachsenen begangen haben und Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter. Dies könnte Ausdruck sein einer ausgeprägteren Heterogenität dieser Delinquenten-Gruppe im Vergleich zu Vergewaltigern oder Tätern mit sexuellem Kindesmißbrauch. Dies wäre eine Hypothese, die weiterer Untersuchungen bedarf.

Es stellt sich die Frage, ob der aus dieser Untersuchung hervorgehende Zusammenhang zwischen ADHD und Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit und gewalttätigem Sexualverhalten im Erwachsenenalter Ausdruck einer allgemeinen antisozialen Entwicklungstendenz dieser Probanden ist, oder ob diese Beobachtungen auf eine gesonderte psychopathologische Dynamik hinweisen, die ihre Ausprägung im Sexualverhalten findet.

Weitere Aufschlüsse hierzu soll eine Untersuchung verschiedener Straftätergruppen (Ponseti et al., in Vorb.) erbringen.

Selbstverständlich müssen die Rückschlüsse vor dem Hintergrund der methodischen Nachteile einer retrospektiven Studie betrachtet werden. Es ist deshalb geplant, die erhobenen Daten in einer Nachuntersuchung der Sexualstraftäter zu validieren sowie durch eine follow-up Studie zu ergänzen. Die beschriebenen Zusammenhänge zwischen bestimmten kindlichen Verhaltensstörungen und spezifischen Sexualdelikten im Erwachsenenalter erlauben jedoch in der Zusammenschau mit den referierten Befunden anderer

Autoren – bei allen methodischen Vorbehalten- schon jetzt die Feststellung, dass die adäquate Behandlung derart betroffener Kinder (auch unter Einbeziehung medikamentöser Optionen s. Schubert et al. 2001) unter delinquenzpräventiven Gesichtspunkten ein Desideratum ist.

Literatur:

- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington DC: 78 – 91.
- Babinski, L.M.; Hartsough, C.S.; Lambert, N.M. (1999): Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminal activity. *J Child Psychol Psychiatry* 40 (3): 347 – 55.
- Barkley, R.A.; Du Paul, G.J.; Mc Murray, M.B. (1990): Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *J Consult Clin Psychol* 58: 775 – 789.
- Barkley, R.A. (1990): The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: I. An 8-Year Prospective Follow-up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 (4): 546 – 557.
- Curtin, F.; Niveau, G. (1998): Psychosocial profile of Swiss sexual offenders. *J Forensic Sci* 43 (4): 755 – 759.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Verlag Hans Huber, Bern.
- Esser, G.; Ihle, W.; Schmidt, M. H.; Blanz, B. (2000): Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. *Z Klin Psychol Psychoth* 29 (4): 276 – 283.
- Faller, K.C. (1989): Why sexual abuse? An exploration of the intergenerational hypothesis. *Child Abuse Negl* 13 (4): 543 – 548.
- Fergusson, D.M.; Lynskey, M.T.; Horwood, L.J. (1997): Attentional Difficulties in Middle Childhood and Psychosocial Outcomes in Young Adulthood. *J Child Psychol Psychiatr* 38 (6): 633 – 644.
- Fergusson, D.M.; Horwood, L.J. (1998): Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse Negl* 22 (5): 339 – 357.
- Forehand, R.; Wierson, M.; Frame, C.; Kempton, T.; Armistead, L. (1991): Juvenile Delinquency and Persistence: Do Attention Problems contribute to Conduct Problems? *J Behav Ther & Exp Psychiatr* 22 (4): 261 – 264.
- Freund, K.; Kuban, M. (1994): The basis of the abused abuser theory of pedophilia: a further elaboration on an earlier study. *Arch Sex Behav* 23 (5): 553 – 563.
- Gittelman, R.; Mannuzza, S.; Shenker, R.; Bonagura, N. (1985): Hyperactive Boys Almost Grown Up. *Arch Gen Psychiatry* 42: 937 – 947.
- Haapasalo, J.; Kankkonen, M. (1997): Self-reported childhood abuse among sex and violent offenders. *Arch Sex Behav* 26 (4): 421 – 431.
- Hechtmann, L.; Weiss, G.; Perlman, T. (1993): Young adult outcome of hyperactive children who received long-term stimulant treatment. *J Am Acad Child Psychiatr* 23: 261 – 269.
- Hinshaw, S. (1987): On the distinction between attention deficit / hyperactivity and conduct problems / aggression in child psychopathology. *Psychol Bull* 101: 43 – 46 .
- Johnson, G.M. Knight, R.A. (2000): Developmental antecedents of sexual coercion in juvenile sexual offenders. *Sex Abuse* 12 (3): 165 – 178.
- Kafka, M.P.; Prentky, R.A. (1998): Attention-deficit / hyperactivity in males with paraphilias and paraphilia-related disorders: a comorbidity study. *J Clin Psychiatr* 59: 388 – 396.
- Krause, K.-H.; Krause, J.; Trott, G.-E. (1998): Das hyperkinetische Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) des Erwachsenenalters. *Nervenarzt* 69: 543 – 556.
- Lahey, B.B.; Loeber, R. (1997): Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and Adult Antisocial Behavior: A Life Span Perspective. In: Stoff, D.M. (Hrsg.) *Handbook of Antisocial Behavior*. New York: Wiley, 51 – 59.
- Lahey, B.B.; Schaughenca, E.A.; Strauss, C.C.; Frame, C.L. (1984): Are attention deficit disorders with and without hyperactivity similar or dissimilar disorders? *J Am Acad Child Psychiatr* 23: 302 – 309.
- Lambert, N.M. (1988): Adolescent Outcomes for Hyperactive Children. *Am Psychol* 43(10): 786 – 799.
- Lie, N. (1992): Follow-ups of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Acta Psychiatr Scand* 368 (85): 1 – 40.

- Lilienfeld, S.O.; Waldman, I.D. (1990): The relation between childhood attention-deficit hyperactivity disorder and adult antisocial behaviour re-examined; The problem of heterogeneity. *Clin Psychol Rev* 10: 699 – 725.
- Loney, J.; Whaley-Klahn, M.A.; Kosier, T.; et al (1983): Hyperactive boys and their brothers at 21: Predictors of aggressive and antisocial outcomes. In: Van Dusen, K.T., Mednick, S.A. (Hrsg.) *Prospective studies of crime and delinquency*. Hingham, Nijhoff Publishers: 181 – 206.
- Lynam, D.K. (1996): Early Identification of Chronic Offenders: Who Is the Fledgling Psychopath? *Psychol Bull* 120: 209 – 234.
- Mannuzza, S.; Gittleman-Klein, R.G.; Konig, P.H.; Giampino, T.L. (1989): Hyperactive boys almost grown up: IV. Criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiat* 46: 1073 – 1079.
- Mannuzza, S.; Klein, R.G.; Bessler, A.; Malloy, P.; Lapadula, M. (1993): Adult Outcome of Hyperactive Boys. *Arch Gen Psychiatry* 50: 565 – 576.
- Mannuzza, S.; Klein, R.G.; Bessler, A.; Malloy, P.; LaPadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 155 (4): 493 – 498.
- Mannuzza S.; Klein, R.G. (2000): Long-term prognosis in attention-deficit /hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 9 (3): 711 – 726.
- Patterson, G.R.; DeGarp, G.S; Knutson, N. (2000): Hyperactive and antisocial behaviors: comorbid or two points in the same process? *Dev Psychopathol* 12 (1): 91 – 106.
- Rubinstein, M.; Yeager, C.A.; Goodstein, C.; Lewis, D.O. (1993): Sexually assaultive male juveniles: a follow-up. *Am J Psychiatry* 150 (2): 262 – 265.
- Satterfield, J.; Swanson, J.; Schell, A.; Lee, F. (1994): Prediction of antisocial behaviour in attention-deficit hyperactivity disorder boys from aggression / defiance scores. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 33: 185 – 190.
- Satterfield, J.H.; Hoppe, C.M.; Schell, A.M.; (1982): A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. *Am J Psychiat* 139: 795 – 798.
- Satterfield, J.H.; Schell, A.; (1997): A Prospective Study of Hyperactive Boys With Conduct Problems and Normal Boys: Adolescent and Adult Criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36 (12): 1726 – 1735.
- Stattin, H.; Magnusson, D. (1989): The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *J Consult Clin Psychol* 57 (6): 710 – 718.
- Schubert, I; Lehmkuhl, G; Spengler, A; Döpfner, M.; Ferber, L. von (2001): Methylphenidat bei hyperkinetischen Störungen: Verordnungen in den 90er-Jahren. *Dt Arztebl* 98: A 541–544.
- Taylor, E.; Chadwick, O.; Heptinstall, E.; Dankaerts, M. (1996): Hyperactivity and Conduct Problems as Risk Factors for Adolescent Development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35 (9): 1213 – 1226.
- Wallander, J.L. (1988): The Relationship Between Attention Problems in Childhood and Antisocial Behavior Eight Years Later. *J Child Psychol Psychiat* 29 (1): 53 – 61.
- Weller, E.B.; Rowan, A.; Elia, J.; Weller, R.A. (1999): Aggressive Behavior in Patients with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder, and Pervasive Developmental Disorders. *J Clin Psychiatry* 60 (15): 5 – 11.
- Windle, M.(1992): A retrospective Measure of Childhood Behavior Problems and its Use in Predicting Adolescent Problem Behaviors. *J Stud Alcohol* 54: 422 – 431.
- Worling, J.R. (1995): Sexual abuse histories of adolescent male sex offender: differences on the basis of the age and gender of their victims. *J Abnorm Psychol* 104 (4): 610 – 613.

Anhang Diagnosekriterien:

Diagnostische Kriterien für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (DSM-IV 314.00 / 314.01)

A. Entweder Punkt (1) oder Punkt (2) müssen zutreffen:

(1) sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von **Unaufmerksamkeit** sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen

- a. beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten,
- b. hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten,
- c. scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
- d. führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen,
- e. hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
- f. vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die längerandauernde geistige Anstrengungen erfordern
- g. verliert häufig Gegenstände, die für aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden
- h. lässt sich oft durch äußere Reize ablenken,
- i. ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich;

(2) sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der **Hyperaktivität und Impulsivität** sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

- a. zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum,
- b. steht in der Klasse oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf,
- c. läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben),
- d. hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen,
- e. ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“,
- f. redet häufig übermäßig viel
- g. platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist,
- h. kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist,
- i. unterbricht und stört andere häufig

B. Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits von dem Alter von sieben Jahren auf.

C. Beeinträchtigungen durch dieses Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. Schule und zu Hause).

D. Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein.

E. Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung auf, Schizophrenie oder einer anderen Psychotischen Störung auf und können auch nicht durch einen andere psychische Störung besser erklärt werden.

Diagnostische Kriterien für Störung des Sozialverhaltens (DSM-IV 312.8)

A. Es liegt ein repetitives und anhaltendes Verhaltensmuster vor, durch das die grundlegenden Rechte anderer und wichtige altersentsprechende gesellschaftliche Normen oder Regeln verletzt werden. Dies manifestiert sich durch das Auftreten von mindestens drei Kriterien während der letzten zwölf Monate, wobei mindestens ein Kriterium in den letzten sechs Monaten aufgetreten sein muss:

Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren

- a. bedroht oder schüchtert andere häufig ein,
- b. beginnt häufig Schlägereien,
- c. hat Waffen benutzt, die anderen schweren körperlichen Schaden zufügen können,
- d. war körperlich grausam zu Menschen,
- e. quälte Tiere,
- f. hat in Konfrontation mit dem Opfer gestohlen,
- g. zwang andere zu sexuellen Handlungen;

Zerstörung von Eigentum

- h. beging vorsätzlich Brandstiftung mit der Absicht, schweren Schaden zu verursachen,
- i. zerstörte vorsätzlich fremdes Eigentum (jedoch nicht durch Brandstiftung);

Betrug oder Diebstahl

- j. brach in fremde Wohnungen, Gebäude oder Autos ein,
- k. lügt häufig, um sich Güter oder Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen („legt andere herein“),
- l. stahl Gegenstände von erheblichen Wert ohne Konfrontation mit dem Opfer;

Schwere Regelverstöße

- m. bleibt schon vor dem Alter von 13 Jahren trotz elterlicher Verbote häufig über Nacht weg,
- n. lief mindestens zweimal über Nacht von zu Hause weg, während er /sie noch bei den Eltern oder bei einer anderen Bezugsperson wohnte (oder nur einmal mit Rückkehr erst nach längerer Zeit),
- o. schwänzt schon vor dem Alter von 13 Jahren häufig die Schule.

B. Die Verhaltensstörung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen.

C. Beeinträchtigungen durch dieses Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. Schule und zu Hause).

Diagnostische Kriterien für Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten (DSM-IV 313.81)

A. Ein mindestens sechs Monate anhaltendes Muster von negativistischem, feindseligem und trotzigem Verhalten, wobei vier (oder mehr) der folgenden Symptome auftreten:

- a. wird schnell ärgerlich,
- b. streitet sich häufig mit Erwachsenen/widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen

- c. verärgert andere häufig absichtlich,
- d. schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere,
- e. ist häufig empfindlich oder lässt sich von anderen leicht verärgern
- f. ist häufig wütend und beleidigt.,
- g. ist häufig boshaft und nachtragend.

B. Die Verhaltensstörung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen.

C. Beeinträchtigungen durch dieses Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z.B. Schule und zu Hause).

Anschrift der Autoren

Dr. med. Sabine R. Vaih-Koch; Dipl.-Psych. Jorge Ponseti; PD Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle; Universitätsklinikum der Christian-Albrechts-Universität; Arnold-Heller-Str. 12; 24105 Kiel

Sexualität und Partnerschaft bei Morbus Parkinson – Ergebnisse einer empirischen Studie bei Betroffenen und ihren Partnern

Sexuality and Partnership – Aspects of Parkinson's Disease

Klaus M. Beier, Maja Lüders, Steffen A. Boxdorfer, Ch. J. Ahlers

Zusammenfassung

In einer Querschnittsstudie zu den Auswirkungen von Morbus Parkinson auf Sexualität und Partnerschaft, wurde eine klinische Stichprobe von 2099 Betroffenen samt ihrer Partnerinnen bzw. Partnern bezüglich ihrer partnerschaftlich-sexuellen Zufriedenheit untersucht. Die Stichprobe konnte mit dankenswerter Unterstützung der Deutschen Parkinson-Vereinigung DPV gewonnen werden. Durchschnittlich waren die befragten 330 Frauen und 1008 Männer 65 Jahre alt und 37 Jahre partnerschaftlich gebunden. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen war eine starke Zunahme sexueller Funktionsstörungen (verbunden mit subjektivem Leidensdruck) seit der Diagnosestellung Morbus Parkinson festzustellen. Auch bei den Partnern/innen kam es zu einem signifikanten Anstieg von sexuellen Funktionsstörungen und ebenso zu einer starken Abnahme der sexuellen Zufriedenheit. Die Betroffenen gaben parkinsonspezifische Symptome und Medikamenteneinnahme als maßgeblich für die Beeinflussung ihrer Sexualität an. Auffällig war, dass ein und dieselbe Substanzgruppe bei den Betroffenen für fast alle sexuellen Funktionen sowohl eine Abnahme als auch eine Zunahme oder auch gar keine Veränderung bewirken konnte, wobei zusätzlich Geschlechtsunterschiede auffielen. Hinsichtlich der partnerschaftlichen Situation gaben sowohl Männer als auch Frauen an, dass der Austausch von Zärtlichkeiten, die Mitteilung von Empfindungen wie überhaupt die Kommunikation seit der Diagnosestellung abgenommen hatten, wobei der Wunsch nach gemeinsamer Intimität aber unvermittelt fortbestand.

Schlüsselwörter: Morbus Parkinson, Partnerschaft, Sexuelle Funktionsstörungen, Levodopa, Dopaminagonisten

Abstract

In a cross-section study the influence of Parkinson's Disease (PD) on sexuality and partnership in 2099 affected members of the German Parkinson Organization (DPV) were investigated. At an average age of 65, 330 women and 1008 men had been living in a partnership for an average of 37 years. Not only sexual dysfunctions occurred both in affected women and men as well as in healthy partners but also an evident reduction of sexual contentment on the whole. The affected patients mentioned specific symptoms of PD and medication as the deciding factors of influence on their sexuality. It was impressing that one single group of substances could influence sexual functions by increasing as well as decreasing them or having no influence at all. Furthermore different effects in different genders became obvious. The information concerning their partnership situation given by both men and women shows that communication in general, especially caressing and showing feelings, are reduced since diagnosis, whereas a desire for mutual intimacy prevails on the same level as before. *Keywords:* Parkinson's Disease, partnership, sexual dysfunctions, Levodopa, Dopamine agonists

An Morbus Parkinson erkrankten Menschen in der Regel erst ab der zweiten Lebenshälfte. Die meisten Betroffenen haben also zum Zeitpunkt der Diagnosestellung ihren Lebensentwurf weitgehend verwirklicht – in beruflicher, wirtschaftlicher sowie auch in partnerschaftlicher und familiärer Hinsicht. Umsomehr ist die Erkrankung dann ein Einbruch in die bisherige Lebensbahn – mit teilweise gravierenden Auswirkungen auf das soziale Netzwerk.

Dabei ist – insbesondere vielen Betroffenen – kaum bekannt, dass die Erkrankung selbst sowie eine Vielzahl von Parkinson-Medikamenten das sexuelle Verlangen, die sexuelle Erregbarkeit oder aber auch die Zufriedenheit mit der Sexualität dramatisch verändern können.

Aufgrund der bisher aufgedeckten neurobiologischen Funktionszusammenhänge des Dopamins lässt sich bereits theoretisch gut herleiten, dass die Sexualität in vielfacher Weise beeinflusst werden kann (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Beeinflussung der Sexualität durch Dopaminsysteme

Dopaminsysteme	Auswirkungen auf die Sexualität
Dopaminerge Verschaltungen mit dem Hypothalamus-Hypophysen-System, dem Hauptkontrollzentrum der endokrinen Drüsen, welches auch die Freisetzung von Geschlechtshormonen regelt.	durch Veränderung der hormonellen Situation
Die Basalganglien im Mittelhirn, die eine wichtige Rolle bei der Bewegungsabstimmung spielen.	durch die erschwerte Realisierung von Wünschen und Vorstellungen aufgrund der Bewegungseinschränkungen (Hypo- und Akinese), des Zitterns (Tremor) oder der erhöhten Muskelanspannung (Rigor), die alle geeignet sind, um die aktive Ausgestaltung von sexuellen Wünschen zu behindern
Verbindungen zwischen dem Mittelhirn, dem Großhirn und dem sog. limbischen System (Einfluß auf Gefühle und Wahrnehmungen).	durch Veränderungen von Gefühlswelt und Wahrnehmungsinhalten, die auch dazu führen können, dass Angst und depressive Verstimmungen zunehmen – schlechte Voraussetzung, um sich auf sexuelle Begegnungen einzulassen.

Hinzu kommen mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung des Morbus Parkinson sowie anderer Erkrankungen, welche Parkinson-Betroffene – nicht zuletzt aufgrund ihres höheren Alters – zusätzlich aufweisen können (z.B. Herz-Kreislauf-, Nieren- oder auch Stoffwechselerkrankungen). Schließlich kann durch die Therapie von Begleitscheinungen des Morbus Parkinson (z. B. depressive Symptome) zusätzlich ein substanzinduzierter Einflussfaktor entstehen, der sich negativ auf das sexuelle Erleben und Verhalten auswirkt.

Erst seit einigen Jahren jedoch finden verschiedene sexuelle Dysfunktionen als Begleitsymptome des idiopathischen M. Parkinson in der Forschung eigenständige Beachtung (Brown et al. 1990). Überblickt man das gesamte Schrifttum – also auch diejenigen Studien, die krankheitsbedingte Veränderungen der Sexualität zumindest mituntersucht ha-

ben – wird meist kein Aufschluss darüber gegeben, welche sexuellen Dysfunktionen im einzelnen auftreten (Hyypä et al. 1970; Brown et al. 1978; Brown et al. 1990; Koller et al. 1990; Basson 1996). Häufig sind die Definitionen der einzelnen Veränderungen der Sexualität sehr uneinheitlich. Unter „Hypersexualität“ z.B. verstehen Brown und Mitarbeiter (1990) eine erhöhte sexuelle Appetenz, während andere Autoren zusätzlich eine erhöhte sexuelle Aktivität in diese Definition einschließen (Uitti et al. 1989).

Die Angaben zur Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen bei M. Parkinson liegen zwischen 35% und 80% (Brown et al. 1990; Koller et al. 1990; Wermuth & Stenager 1995; Burguera et al. 1994; Welsh et al. 1997). Dabei unterscheiden sich die Angaben hinsichtlich des Ausmaßes der sexuellen Veränderungen bei weiblichen bzw. männlichen Parkinson-Betroffenen deutlich. So stellten Brown und Mitarbeiter (1990) fest, dass sexuelle Funktionsstörungen bei Paaren mit männlichen Patienten häufiger vorkommen (65%) als bei weiblichen Parkinson-Betroffenen (34%). Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse von Wermuth und Mitarbeiter (1995) die nur bei 40% der männlichen Patienten im Gegensatz zu 70% der weiblichen Parkinson-Kranken eine veränderte „Libido“ (sexuelle Appetenz) und eine ebenfalls etwa doppelt so häufige Veränderung der sexuellen Aktivität bei den weiblichen Patienten (80%) im Vergleich zu den Männern (33,4%) feststellten. Auch Koller und Mitarbeiter (1990) fanden bei parkinsonkranken Frauen im Vergleich zu den erkrankten Männern häufiger eine verringerte sexuelle Appetenz und Erregungsstörungen, während die Häufigkeit des Orgasmuserlebens sowie der sexuellen Aktivitäten bei beiden Geschlechtern abnahm.

In bisherigen Studien mit Kontrollgruppenvergleich fanden Lipe und Mitarbeiter (1989) keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit oder Form des Auftretens sexueller Parameter bei Parkinson-Kranken im Vergleich zu Arthritis-Patienten, bei denen das Nervensystem nicht involviert ist (allerdings dürften hier andere krankheitsbedingte Faktoren, insbesondere Gelenkschmerzen, Auswirkungen auf die Sexualität haben), während Singer und Mitarbeiter (1989) eine höhere Zahl männlicher Parkinson-Patienten, die unter einer Erektionsstörung litten (60,4%) als bei einer Kontrollgruppe gesunder Männer dieser Altersklasse (37,5%) ermittelten.

Bezüglich der Einflussfaktoren auf die Sexualität wurden bislang am häufigsten die Auswirkungen der parkinsonspezifischen Medikation auf die Sexualität untersucht, wobei meist ein Zusammenhang gefunden wurde (Hyypä et al. 1970; Kolodny et al. 1978; Brown et al. 1978; Brown 1990; Vogel & Schiffter 1983; Balon et al. 1996; Courty et al. 1997; Korpelainen et al. 1998), nicht allerdings von Singer und Mitarbeiter (1989).

Nur vereinzelt ist bisher der Versuch unternommen worden, zusätzliche Einflüsse auf die Sexualität der Parkinson-Betroffenen, wie Krankheitssymptomatik, Krankheitsdauer sowie auch soziale und psychische Faktoren, zu erfassen (Brown et al. 1990; Szasz 1989; Wermuth & Stenager 1992; Basson 1996).

Die Partnerschaft als ein wesentlicher die Sexualität beeinflussender Faktor wurde nur in wenigen Studien überhaupt untersucht; weiterhin sind nur vereinzelt auch die Partner mit einbezogen worden. Wenn dies der Fall war, sind, – wie bei Koller und Mitarbeiter (1990) und Basson (1996) – die Partner lediglich zu deren Sexualität befragt worden. Basson (1996) deutet mögliche partnerschaftliche Schwierigkeiten als Folge sexueller Funktionsstörungen an. Die Partnerschaft als ein die Sexualität beeinflussender Faktor wurde in zwei Fällen lediglich in einem unspezifischen Item erfasst (Longstreth & Linde 1984; Ellgring und Mitarbeiter 1993), so dass so gut wie keine Ergebnisse zur partner-

schaftlichen Situation bei Parkinson-Kranken vorliegen. Brown und Mitarbeiter (1990) untersuchte als einziger bislang verschiedene Einflussfaktoren auf die Sexualität, zu denen auch die Partnerschaft, insbesondere die partnerschaftlichen Zufriedenheit zählt. Jedoch handelt es sich hier um eine sehr kleine Stichprobe (insgesamt 34 Patienten).

Hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens sexueller Dysfunktionen bei den Partnern von Parkinson-Betroffenen gelangen die einzigen beiden Arbeitsgruppen, die dies bisher untersucht haben (Brown et al. 1990; Basson 1996) zu der gleichen Feststellung: Die Partnerinnen weisen wesentlich häufiger als die männlichen Partner sexuelle Dysfunktionen auf. Allerdings wurde eine erhöhte sexuelle Appetenz bei den Patientinnen (2 von 4) weder von diesen selbst noch von deren Partnern als problematisch angesehen; anders verhielt es sich mit den Partnerinnen der männlichen Patienten mit verstärktem sexuellen Verlangen (7 von 17), von denen 6 (von 7) ebenfalls Probleme mit der sexuellen Appetenz entwickelten (Basson 1996). Auch Brown und Mitarbeiter (1990) gelangen zu dem Ergebnis, dass keiner der männlichen Partner der Patientinnen Veränderungen der Sexualität aufwies, wohingegen dies bei 52% der weiblichen Partner der Fall war.

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich wird, gehen die bisherigen Untersuchungen über eine Stichprobengröße von 50 nicht hinaus (Singer et al. 1989; Wermuth & Stenager 1995; Basson 1996): teilweise handelt es sich lediglich um Fallbeschreibungen (Quinn et al. 1983; Vogel & Schiffter 1983).

Forschungsmethoden und statistische Auswertung

In enger Zusammenarbeit mit der Deutschen Parkinson Vereinigung (DPV) sowie mit Experten aus involvierten Berufsgruppen (Fachärzte, Psychologen, Pfleger) wurde ein Erhebungsinstrument für die Betroffenen und ein weiteres für deren Partner/innen konstruiert. Der Fragebogen gliedert sich in folgende Bereiche:

1. Allgemeine Angaben zur Person und zum sozialen Umfeld

Z.B. Alter, Geschlecht, Veränderung der beruflichen Situation etc.

2. Angaben zur Partnerschaft

Zur Einschätzung der partnerschaftlichen Zufriedenheit wurde auf das Modul „Partnerschafts-Fragebogen“ aus dem standardisierten und normierten (modularen) „Fragebogen zur Partnerschaft-Diagnostik“ FPD (Hahlweg 1996) zurückgegriffen. Dieser „Partnerschafts-Fragebogen“ besteht aus den Skalen: „Streitverhalten“, „Zärtlichkeit“, „Gemeinsamkeit / Kommunikation“ sowie einem „Gesamtwert“ zur globalen Einschätzung des Glücksempfindens in der Partnerschaft. Darüber hinaus wurden in weiteren, selbstformulierten Items spezielle Verhaltensweisen erfasst, die vermehrt bei Betroffenen-Paaren vorzukommen schienen (Überforderungsgefühle durch vermeintliche oder tatsächliche sexuelle Ansprüche des Partners, Selbständigkeitsverlust-Gefühle, Rückzugsverhalten).

3. Angaben zur Sexualität

Nach den Vorgaben des DSM-IV (APA 1996) wurden für sämtliche sexuelle Funktionsstörungen einzelne Items formuliert, die sowohl den Betroffenen, als auch den Partnern vorgegeben wurden, wodurch die Studienergebnisse zu diesem Inhaltsbereich auf der Grundlage international gültiger Operationalisierungen objektiviert werden konnten. Dementsprechend wurde z.B. eine sexuelle Funktionsstörung nur dann angenommen, wenn von den Betroffenen zugleich subjektiver Leidensdruck angegeben wurde.

Sämtliche Daten zu Partnerschaft und Sexualität, sowie einige zu Medikationsauswirkungen wurden in zwei Zeitachsen erhoben („vor der Diagnose“ und „seit der Diagno-

Tab. 2: Bisherige Studien zu den Auswirkungen von Morbus Parkinson auf Sexualität und Partnerschaft

Arbeitsgruppe	Studiendesign	Stichprobe Männer (N)	Frauen (N)	Hauptfragestellung	Einbeziehung der Partner (ja=j; nein=n)	Untersuchung der Partner- schaft (ja=j; nein=n)	Operationali- sierte Erfas- sung der SFS	Informationsstand der Betroffenen über Sexualität
Hyypä et al. 1970	Interview; prospektiv	41 (m+w)		Erfassung SFS: „Libido“ (sexuelle Appetenz); sexuelle Aktivität	n	n	n	n
Brown et al. 1978	FB-nicht rando- misiert retro- spektiv	7?	/	Zusammenhang zwischen Levodopa und ES	n	n	n	n
Quinn et al. 1983	Fallbeschrei- bungen	2	/	Zusammenhang zwischen SFS und Dosierung von APM	n	n	n	n
Vogel et al. 1983	Fallbeschreibung	1	/	Zusammenhang SFS und APM	n	n	n	n
Longstreth et al. 1984	evaluiertes FB	44 (m+w)		psychische, psychoso- ziale und physische Faktoren bei SFS	n	unspezifisch	n	n
Uitti et al. 1989	FB	13 (m+w)		Zusammenhang zwischen APM (Levodopa; Selege-line, Dopaminagonisten) und Hypersexualität**	n	n	n	n
Brown et al. 1990	FB	23	11	Erfassung SFS verschiedene Einflussfaktoren	j	j	ja (GRISS modifiziert) 0	n
Koller et al. 1990	FB randomisiert	36	14	SFS	j	n	n	n
Lipe et al. 1990	KS (41m Arthritis)	41	/	Zusammenhang zwischen SFS und Alter, Depression sowie Schwere der Erkrankung	n	n	n	n

Fortsetzung Tab. 2: Bisherige Studien zu den Auswirkungen von Morbus Parkinson auf Sexualität und Partnerschaft

Ellgring et al. 1993	FB	200	125	psychosoziale Konflikte bei MP	n	unspezifisch: 11 Item	n	n
Burguera et al. 1994	FB	36	14	ES, sex. Aktivität; „Libido“ (sex. Appetenz)	n	n	n	n
Wermuth et al. 1995	FB, strukturiertes Interview	15	10	SFS	n	n	n	n
Basson et al. 1996	Semistrukturiertes Interview; physical examen	21 (14 Partnerinnen)	4 (4 Partner)	pathophysiolog. und psychosexuelle Faktoren bei SFS	j	j	j (gerated durch Untersucher)	n
Welsh et al. 1997	Fall-KS (27 gesunde Frauen)	/	27	Vergleich SFS bei MP und KG; Zusammenhang MP-Dauer, soziodemograph. Faktoren und SFS	j	n	j (selbst entwickelte Rating-skala)	
Beier et al. 1999	FB; nicht randomisiert, retrospektiv	1008	330	Erfassung SFS bei Patienten und Partnern; Analyse der Einflussfaktoren auf Sexualität: soziodemographisch; partnerschaftlich; krankheitsbedingt (Symptome, APM)	j	j	entsprechend DSM-IV	Zustand med. Betreuung Verbesserungswünsche

FB= Fragebogen; KS = Kontrollstudie; KG= Kontrollgruppe; SFS = Sexuelle Funktionsstörung; MP = Morbus Parkinson; ES= Erektionsstörung;

APM= Antiparkinson-Medikament(e); GRISS= Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction; SFQ= Sexual Functioning Questionnaire

*= erhöhte sexuelle Appetenz (laut Definition der Autoren); **= erhöhte sexuelle Appetenz und Aktivität (laut Definition der Autoren); sex. =sexuell(e)

se“) um auf diese Weise quasi eine Verlaufsbeobachtung bzw. eine Veränderungsmessung im Rahmen einer (Ein-Punkt-) Querschnittsuntersuchung zu ermöglichen. Auf der Grundlage dieser Fragebogenkonstruktion über zwei Zeitebenen konnten so Eindrücke über die Einflussgröße der Erkrankung auf Untersuchungsfaktoren wie die sexuelle Funktion und letztlich die partnerschaftlich-sexuelle Beziehungszufriedenheit insgesamt gewonnen werden.

4. Angaben zur Erkrankung und Medikation

Die Entwicklung der Items zum Symptomteil erfolgte in Anlehnung an das international gebräuchliche Instrument zur Klassifizierung der Hauptsymptome des M. Parkinson, der UPDRS-Skala (Unified Parkinson's Rating Scale [APA 19964]).

Im wesentlichen wurde das Prinzip der qualitativen Erfassung der Symptome übernommen und zudem die Kardinalsymptome der Erkrankung Tremor, Rigor, Hypo-, Hyper- und Akinese sowie Angst und Depression aus dem Erhebungsinstrument ausgewählt und in vier verschiedenen Ausprägungsgraden vorgegeben.

Entsprechend der Angaben zu diesen körperlichen Hauptsymptomen konnten dann unterschieden werden:

(1) rigid-akinetischer Krankheitstyp,

definiert durch das Auftreten einer starken bzw. sehr starken Muskelsteifigkeit (Rigor) sowie einer starken bzw. sehr starken eingeschränkten Beweglichkeit bzw. Unbeweglichkeit (Hypo- oder Akinese).

(2) tremordominanter Krankheitstyp,

definiert durch das Auftreten eines starken bzw. sehr starken Muskelzitterns der Extremitäten (Tremor).

(3) Äquivalenztyp,

definiert durch die fehlende Zuordnungsmöglichkeit zu den beiden erstgenannten Typen, also dann, wenn mehrere Hauptsymptome gleichermaßen schwach oder auch stark ausgeprägt sind.

Die Erhebung der Antiparkinson-Medikamente ist von vornherein mit einer Einschränkung vorgenommen worden: Es wurde zunächst in einem Item erfragt, ob die Probanden/innen medikamentös therapiert werden und in einem weiteren, ob sie einen Zusammenhang zwischen den eingenommenen Anti-Parkinson-Medikamenten und ihrer Sexualität sehen.

Zu diesem Zweck wurden die 54 in Deutschland am häufigsten applizierten Präparate vorgegeben und die Probanden/innen gebeten, die entsprechenden Medikamente anzukreuzen. In einem nächsten Item wurde nach den beobachteten Veränderungen der Sexualität entsprechend den verschiedenen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus sowie nach Häufigkeiten sexueller Aktivitäten und dem Auftreten sexueller Phantasien gefragt. Es konnte jeweils zwischen einer „Zunahme“, „Abnahme“ bzw. „keine Veränderung“ der verschiedenen sexuellen Parameter gewählt werden.

5. Informationsstand der Betroffenen über mögliche Auswirkungen der Erkrankung auf die Sexualität.

In weiteren Items wurde erfasst, in wie weit Parkinsonkranke und deren Partner von beruflichen Helfern auf Veränderungen der Sexualität aufmerksam gemacht wurden, die mit der Erkrankung einhergehen können.

Vorstudien und Rücklauf

Im Verlauf der Entwicklung des endgültigen Erhebungsinstruments für Parkinson-Betroffene und Partner/innen wurden zwei Vorstudien durchgeführt: die erste im August 1997 mit 26 und die zweite zur Bestimmung der Testgütekriterien im April und Juni 1998 mit 51 betroffenen Paaren.

Das Testinstrument erwies sich als hinreichend valide und stabil (Retest-Reliabilität-Coeffizient: [Cronbach-Alpha-Wert]: 0,6 – 0,7).

Im Rahmen der Hauptuntersuchung (Oktober 1998 bis März 1999) wurden an die ca. 12 000 Mitglieder der deutschen Parkinson-Vereinigung die Fragebögen für Betroffene und deren Partner verschickt. Insgesamt wurden 2099 Fragebögen (= 18%) zurückgesendet; darunter waren

- a) 1338 Probanden/innen, bei denen sowohl die Betroffenen als auch deren Partner geantwortet haben
- b) 334 ‚unechte singles‘, d.h. in einer Partnerschaft lebende Betroffene, bei denen der Partner/ die Partnerin nicht antwortete
- c) 354 ‚echte singles‘, d.h. Betroffene, die nicht in einer Partnerschaft leben und
- d) 73 ‚Partner‘, d.h. Antwort von verwitweten Partnern oder denen, bei denen Betroffene sich nicht äußerten

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich nur auf die Probandenpaare entsprechend der Gruppe a) (vgl. Einteilung oben); dies sind 1008 Männer sowie 330 Frauen, bei denen sowohl die Betroffenen als auch deren Partner den Fragebogen ausgefüllt zurückgesendet haben.

Statistische Auswertung

Nach Eingabe der Daten in das Programm SPSS (Statistical Program for Social Sciences), wurden die erhobenen Faktoren zunächst in einer Deskriptionsanalyse ausgewertet. Hierzu wurden im einzelnen die absoluten und relativen Häufigkeiten zu den soziodemographischen Faktoren, zu sexuellen Funktionsstörungen, zur Partnerschaftsstruktur, zur Medikamenteneinnahme, zur Krankheitsverarbeitung sowie zu den Angaben über die medizinische Betreuung (inklusive Informationsvermittlung zu Auswirkungen der Erkrankung auf die Sexualität) ermittelt.

Die erwarteten Zusammenhänge zwischen den erhobenen Einflussfaktoren und der partnerschaftlich-sexuellen Beziehungszufriedenheit wurden im nächsten Schritt inferenzstatistisch ausgewertet. Hierzu wurden vornehmlich nicht-parametrische Test verwandt (z.B. bivariate Kreuz-Tabelleierungen), weil die Stichprobendaten keine (homogene) Normalverteilung aufwiesen. Zur Bestimmung der Ergebnissignifikanz der jeweiligen korrelativen Zusammenhänge wurden Chi-Quadrat-Tests (nach Pearson) berechnet.

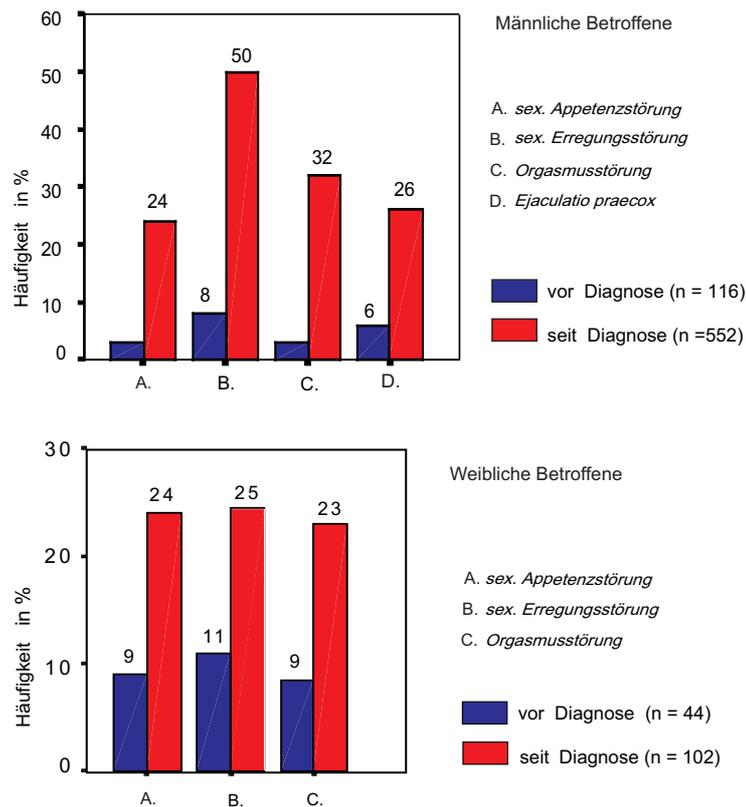
Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der Betroffenen lag etwa bei 65 Jahren und die durchschnittliche Partnerschaftsdauer bei 37 Jahren. Etwa zwei Drittel der Probanden waren im Ruhestand und die Betroffenen waren im Durchschnitt ca. 10 Jahre an Morbus Parkinson erkrankt. Es handelte sich demnach um eine Stichprobe von Paaren, die mehr als die Hälfte ihres Lebens gemeinsam verbracht hatten und auch bereit waren, gemeinsam an der Befragung teilzunehmen, um ihre Erfahrungen anderen Betroffenen zugänglich zu machen.

1. Auswirkungen der Erkrankung auf die Sexualität

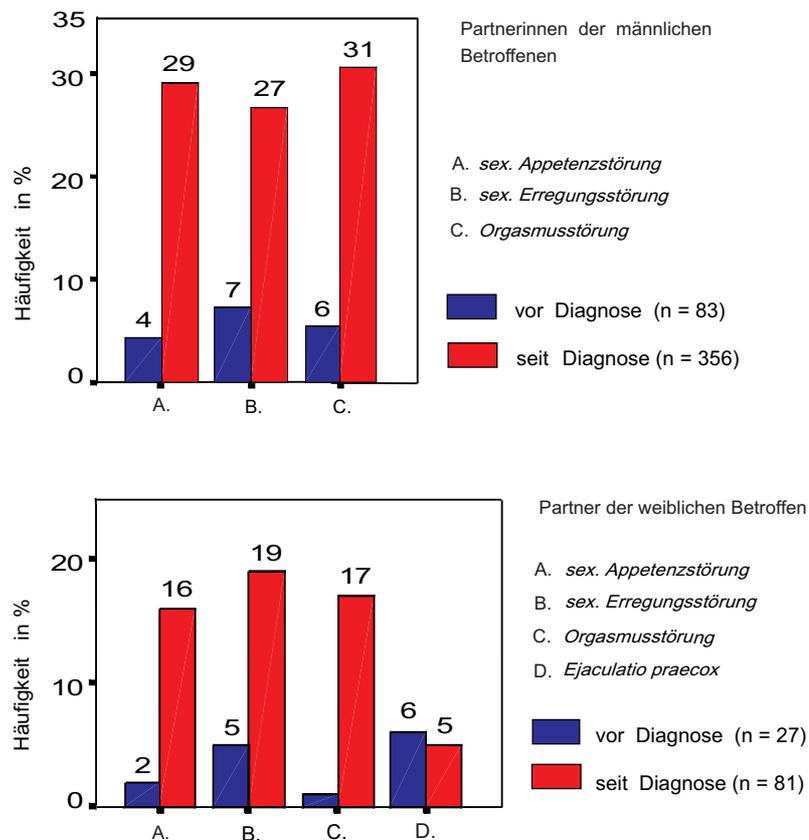
Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen war eine starke Zunahme von – mit Unzufriedenheit verbundenen – sexuellen Funktionsstörungen seit der Diagnosestellung Morbus Parkinson festzustellen. Bei den betroffenen Männern war dieser Anstieg besonders auffällig bei den Erektionsstörungen: Während vor Diagnosestellung weniger als 10% der Patienten diese Störung beklagten, war es nach festgestellter Parkinson-Erkrankung jeder zweite (49%). Eine Appetenz- oder Orgasmusstörung beklagten vor der Diagnosestellung weniger als 5% der männlichen Patienten, seit Diagnosestellung gab jeder vierte (24%) eine Appetenzstörung und 30% eine Orgasmusstörung mit der Partnerin an. Im Unterschied zu den Männern lag bei den betroffenen Frauen die Zahl derjenigen, die bereits vor der Diagnosestellung an sexuellen Funktionsstörungen litten, wesentlich höher. So gab jeweils etwa jede zehnte an, unter Appetenz- (9%), Orgasmusstörungen (9%) oder Erregungsstörungen (11%) zu leiden. Seit Diagnosestellung litten jeweils 23 – 25% der Patientinnen unter den drei genannten sexuellen Funktionsstörungen (Abb. 1).

Abb. 1: Gesamtstichprobe partnerschaftlich gebundener Parkinson-betroffener Männer (n = 1008) und Frauen (n = 330); prozentuale Häufigkeit sexueller Dysfunktionen, die mit Leidensdruck verbunden sind – jeweils vor und seit der Diagnose Morbus Parkinson



Bemerkenswert war zudem, dass auch bei den Partnern der Parkinson-Betroffenen ein signifikanter Anstieg von sexuellen Funktionsstörungen festzustellen war (Abb. 2) und bei allen Betroffenen und allen Partnern eine starke Abnahme der sexuellen Zufriedenheit: Während vor Diagnosestellung ungefähr 90 % der Befragten mit ihrer Sexualität zufrieden waren, sank dieser Prozentsatz seit Diagnosestellung auf unter 60%.

Abb. 2: Gesamtstichprobe der Partnerinnen (n = 1008) und Partner (n = 330 Parkinson-betroffener Männer und Frauen); prozentuale Häufigkeit sexueller Dysfunktionen, die mit Leidensdruck verbunden sind – jeweils vor und seit der Diagnose Morbus Parkinson



2. Parkinsonspezifische Symptome und sexuelle Funktionsstörungen

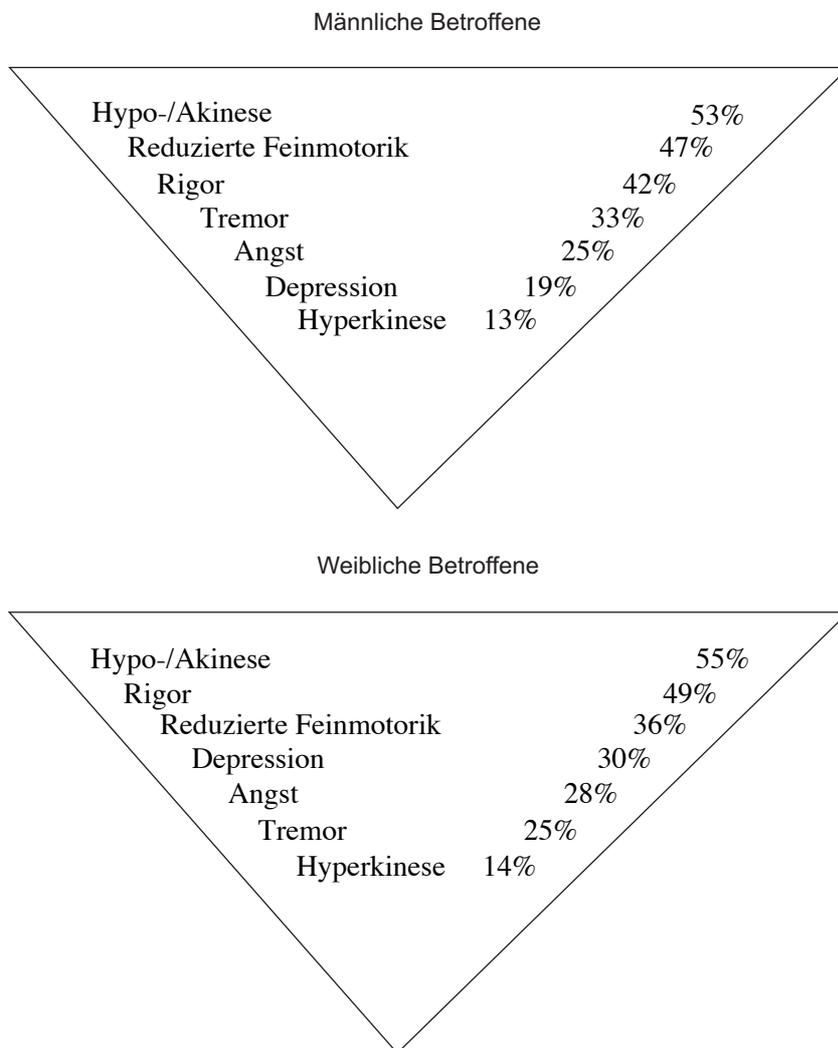
Krankheitsausprägung

Entsprechend der Einteilung der Symptome können mehr als die Hälfte der erkrankten Frauen und fast zwei Drittel der betroffenen Männer dem „Äquivalenztyp“ zugeordnet werden. Die zweitgrößte Gruppe bilden diejenigen, bei denen der „rigid-akinetische“ Typ vorherrscht (etwa ein Viertel der Erkrankten) bei 15% der betroffenen Männer und Frauen liegt eine besondere Ausprägung des Tremors („tremordominanter Typ“) vor.

Symptome und Sexualität

61 % der Frauen und 75 % der Männer sehen einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Veränderungen ihrer Sexualität und den verschiedenen parkinsonspezifischen Symptomen, wobei Hypo-/Akinese, Rigor und reduzierte Feinmotorik bei beiden Geschlechtern im Vordergrund stehen. Im Vergleich zwischen Männern und Frauen fiel vor allem auf, dass die Frauen häufiger angaben, Depressionen und Ängste hätten zu einer Veränderung ihres sexuellen Erlebens und Verhaltens geführt (vgl. Abb. 3).

Abb. 3: Rangfolge der parkinsonspezifischen Symptome, die aus Sicht der parkinsonbetroffenen Männer (n=611) und Frauen (n=185) die Sexualität beeinflussen.



3. Parkinsonspezifische Medikamente und sexuelle Funktionsstörungen

Insgesamt 30 % der Frauen und 64 % der Männer sehen einen Zusammenhang zwischen den eingenommenen Medikamenten und einer Veränderung ihrer eigenen Sexualität.

L-Dopa-Präparate

Die meisten Betroffenen (sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen) gaben Madopar[®], als maßgeblich für Veränderungen ihrer Sexualität an. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu bedenken, dass Madopar[®], schon sehr lange in der Parkinson-Behandlung eingesetzt wird und dementsprechend sehr viele Betroffene über einschlägige Erfahrungen verfügen.

Auffällig ist jedoch, dass mehr als die Hälfte der Männer eine Abnahme der sexuellen Erregungs- und Orgasmusfähigkeit wie auch der sexuellen Aktivität berichten, während bei den Frauen nur etwa ein Drittel diese Veränderungen feststellten. Andererseits kommt es bei den Männern viel seltener zu einer Zunahme der sexuellen Erregung oder der Orgasmusfähigkeit (etwa in 10 bis 20 % der Fälle), während Frauen häufiger von einer Zunahme berichten (in ca. 40 % der Fälle) (Abb. 4). Die Unterschiede zwischen den einzelnen L-Dopa-Präparaten – bezogen auf die sexuelle Appetenz – wird in Abb. 5 dargestellt.

Abb. 4: Veränderungen der Sexualität unter Einnahme von L-Dopa bei männlichen (n = 443) und weiblichen (n = 82) Parkinson-Betroffenen

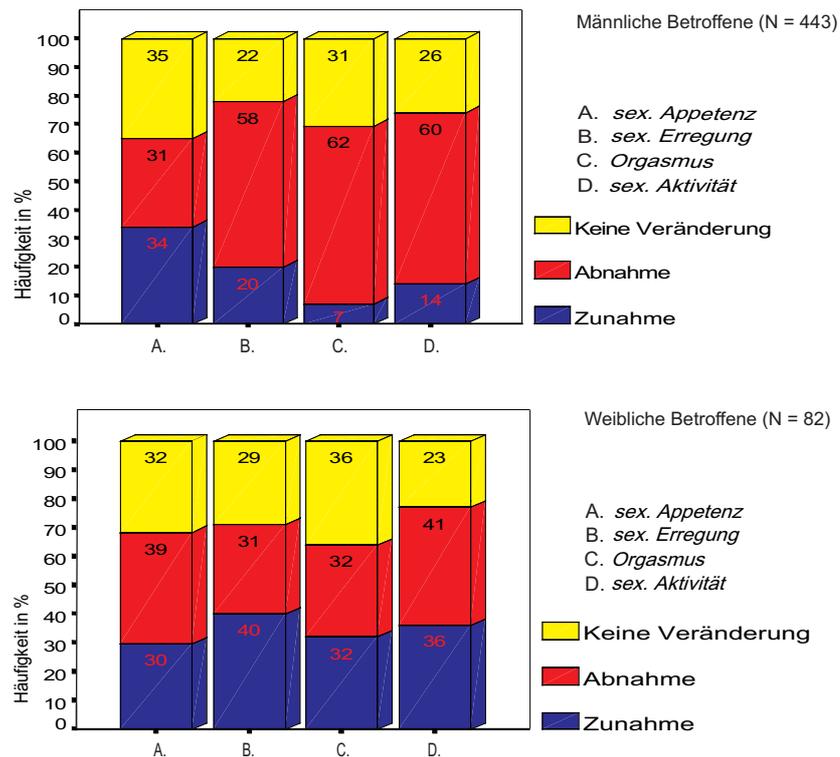
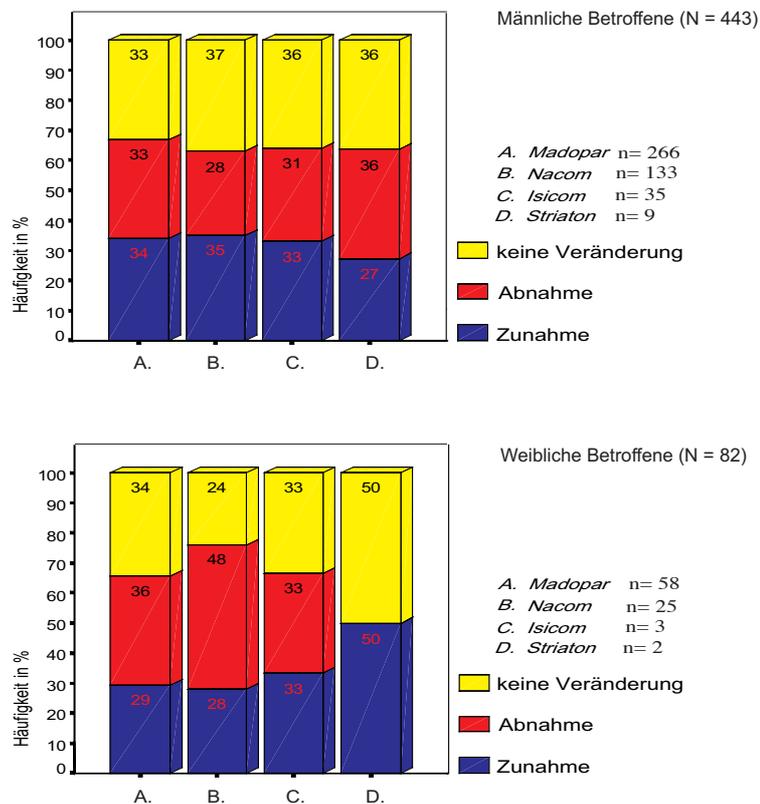


Abb. 5: Veränderungen der sexuellen Appetenz unter Einnahme verschiedener L-Dopa-Präparate bei männlichen (n=443) und weiblichen (n=82) Parkinson-Betroffenen

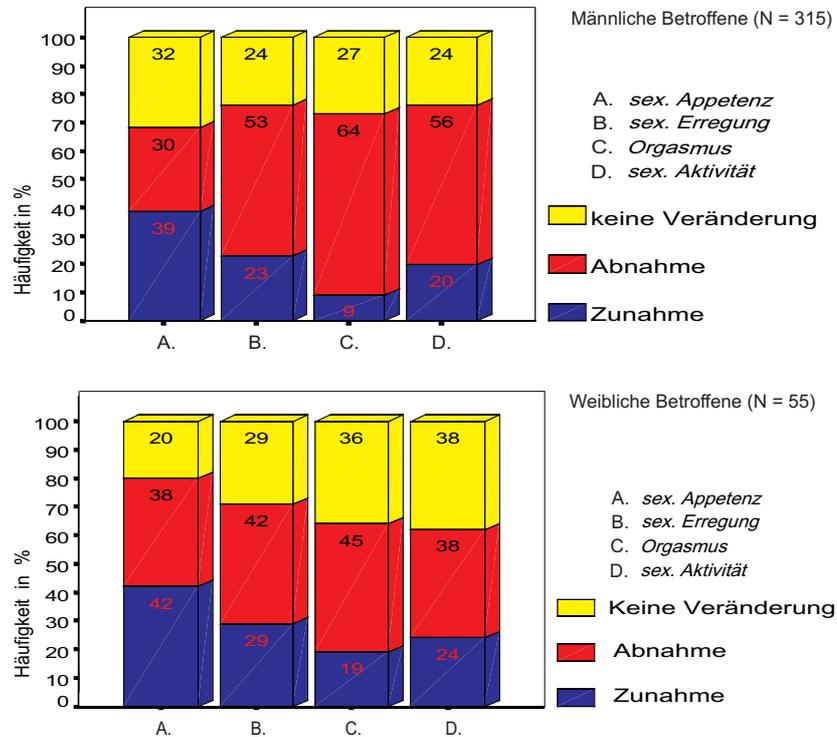


Dopamin-Agonisten

Sehr im Vordergrund der Einschätzungen, vor allem männlicher Betroffener, zur Veränderung ihrer Sexualität durch Dopamin-Agonisten stehen Pergolid (Parkotil®), Lisurid (Dopergin®) und Bromocriptin (Pravidel®, Kirim®). Die Einschätzungen zu den Auswirkungen der Dopamin-Agonisten (insgesamt) auf die verschiedenen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus sind viel unterschiedlicher als bei den L-Dopa-Präparaten (Abb. 6).

Betrachtet man die Angaben zu den Auswirkungen der einzelnen Präparate (Cabaseril®, Parkotil®, Pravidel®/Kirim®, Dopergin®, Almirid®/Cripa®, Requip®) auf verschiedene Phasen der sexuelle Reaktion, lassen sich Unterschiede zwischen den Dopamin-Agonisten und den Geschlechtern feststellen. So wird z.B. Bromocriptin (Pravidel®/Kirim®) bei Frauen in knapp der Hälfte der Fälle mit einer Abnahme der sexuellen Appetenz, aber nur von ganz wenigen weiblichen Betroffenen mit einer Zunahme in Zusammenhang gebracht, während der Anteil von Männern, die unter Pravidel® oder Kirim® eine Zunahme ihres sexuellen Verlangens festgestellt haben, bei einem Drittel liegt (Abb. 7). Einschränkend ist allerdings auf die teilweise sehr kleine Stichprobengröße hinzuweisen.

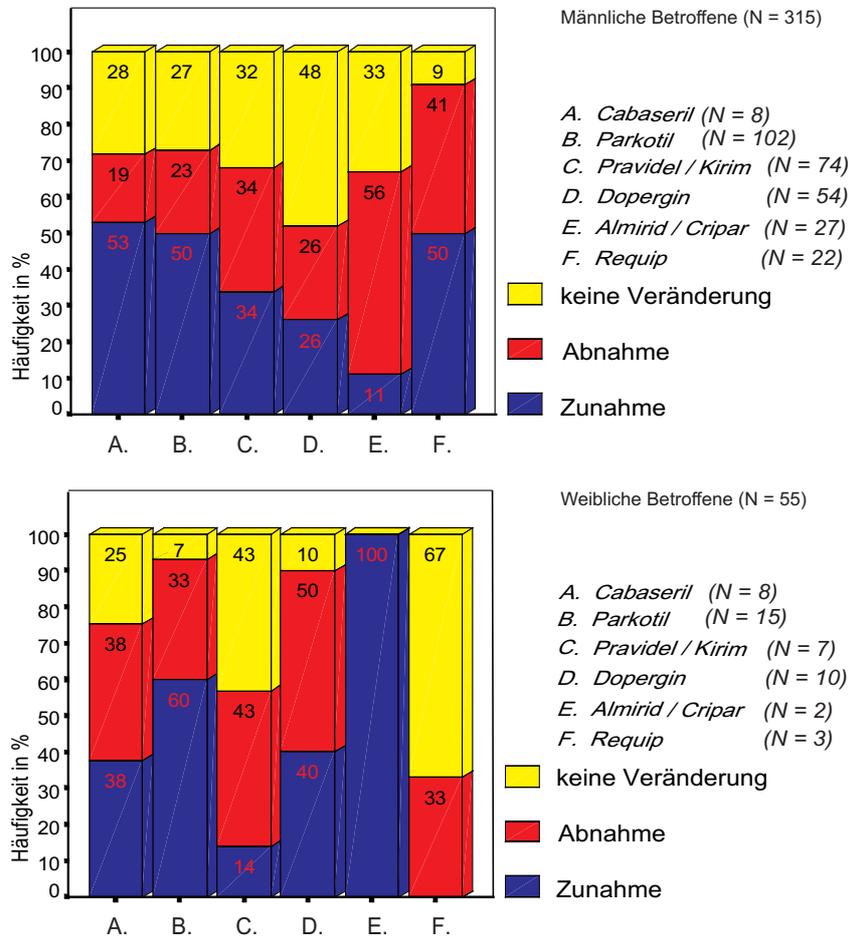
Abb. 6: Veränderungen der Sexualität unter Einnahme von Dopamin-Agonisten bei männlichen (n = 315) und weiblichen (n = 55) Parkinson-Betroffenen



Enzymhemmer und Amantadine

Für die Enzymhemmer wurde eine Auswertung des COMT-Hemmers Tasmar® vorgenommen; zum Zeitpunkt der Datenerhebung ruhte die Zulassung von Tasmar® noch nicht und neuere Medikamente wie zum Beispiel Comtess® waren noch nicht im Handel. Knapp zwei Drittel der Männer aber weniger als die Hälfte der Frauen berichten über eine Abnahme von Erregungs- und Orgasmusfähigkeit, sowie einen Rückgang sexueller Aktivitäten. Demgegenüber ist der Anteil der Männer, die eine Zunahme von sexuellem Verlangen, sexueller Erregungs- und Orgasmusfähigkeit unter Enzymhemmern und Amantadinen feststellen (etwa ein Fünftel) geringer, als bei den Frauen (über ein Viertel). Für die Amantadine wurde lediglich PK-Merz® als erstes und ältestes diesbezügliches Medikament einer näheren Betrachtung unterzogen, wobei keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt wurden und die meisten Betroffenen eine Reduzierung sexueller Funktionen angaben.

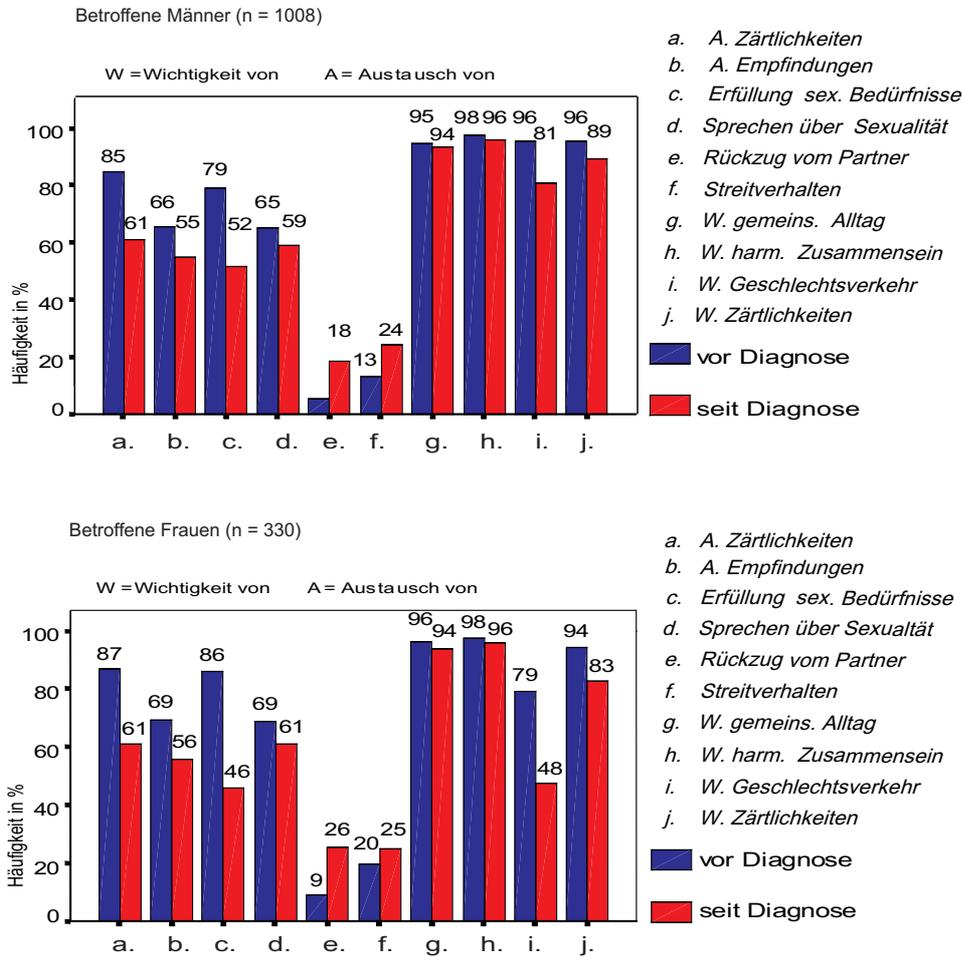
Abb. 7: Veränderungen der sexuellen Appetenz unter Einnahme von einzelnen Dopamin-Agonisten (Auswahl) bei männlichen (n = 315) und weiblichen (n = 55) Parkinson-Betroffenen; Mehrfachnennungen möglich



4. Auswirkungen der Erkrankung auf die Partnerschaft

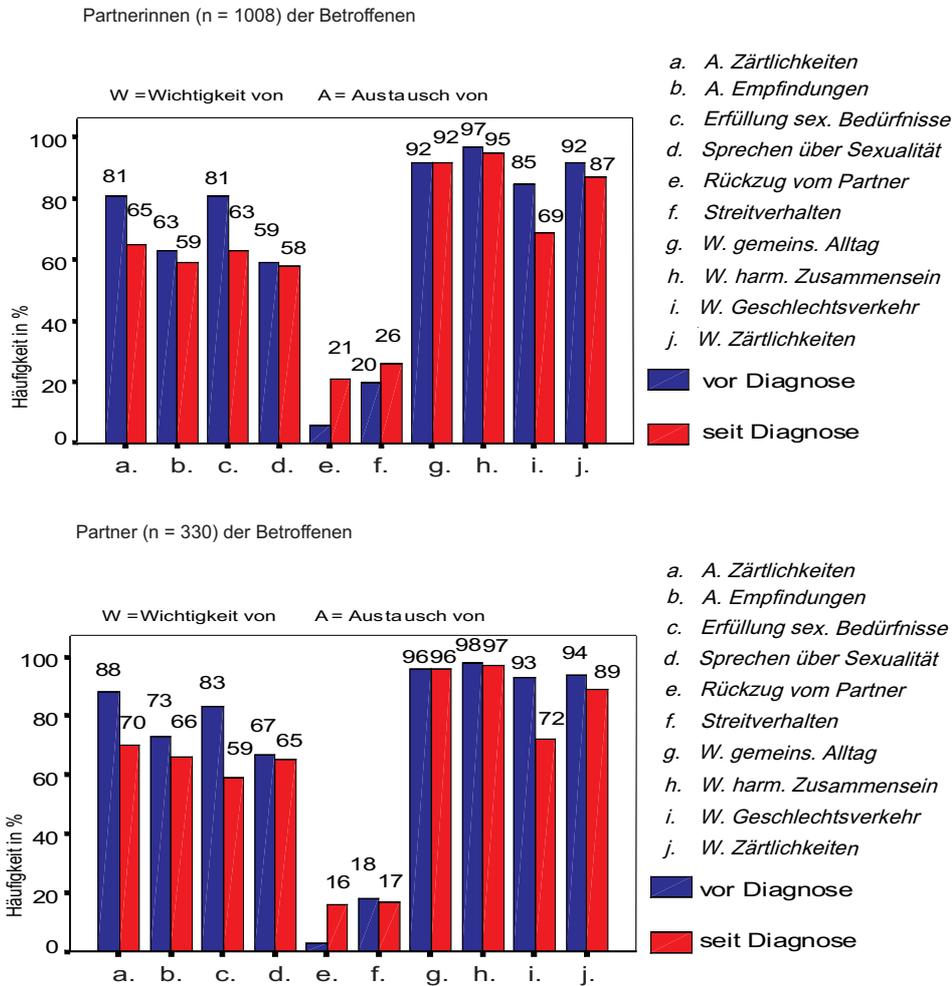
Hinsichtlich der partnerschaftlichen Situation wird sowohl von den Männern als auch von den Frauen angegeben, dass der tatsächliche Austausch von Zärtlichkeiten, die Mitteilung von Empfindungen wie überhaupt die Kommunikation seit der Diagnosestellung abgenommen haben. Der Wunsch nach Zärtlichkeiten und einer gemeinsamen Gestaltung des Alltags besteht aber sowohl bei den Erkrankten als auch bei ihren Partnern/ Partnerinnen unvermindert fort. Bei beiden kommt es auch zu einer Zunahme von Erwartungsängsten, d.h. der Befürchtung, den Erwartungen des Partners nicht gerecht werden zu können (Abb. 8), was der Aufnahme von intimen Kontakten nach sexualmedizinischen Erfahrungen eindeutig im Wege steht.

Abb. 8: Verhältnis von Wunsch (Wichtigkeit) und Wirklichkeit (Häufigkeit) hinsichtlich der Zärtlichkeit bei Parkinson-betroffenen Männern (n = 1008) und Frauen (n = 330) – jeweils vor und seit Diagnose Morbus Parkinson



Hierzu passt auch, dass sowohl bei den betroffenen Männern als auch bei den betroffenen Frauen signifikante Zusammenhänge zwischen der Sorge, den eigenen Ansprüchen als Mann/ Frau nicht gerecht werden zu können und den verschiedenen sexuellen Funktionsstörungen bestehen. Die Irrtumswahrscheinlichkeit dieser überzufällig häufigen Nennungen sexueller Funktionsstörungen im Zusammenhang mit der Erkrankung lag durchgängig auf dem höchsten Signifikanzniveau bei $p < 0,0001$ (Ausnahme: Dyspareunie Männer: $p < 0,002$; Ejakulatio praecox: $p < 0,006$). Gleiches gilt für die Sorge der Betroffenen, aufgrund der sexuellen Dysfunktionen den Erwartungen des Partners nicht gerecht werden zu können.

Abb. 9: Verhältnis von Wunsch (Wichtigkeit) und Wirklichkeit (Häufigkeit) hinsichtlich der Zärtlichkeit bei den Partnerinnen (n = 1008) und Partnern (n = 330) der Parkinson-betroffenen Männer und Frauen – jeweils vor und seit Diagnose Morbus Parkinson



5. Informationsstand der Betroffenen über Sexualität und diesbezüglich gewünschte Veränderungen

Nur wenige der Patienten und deren Partner erhielten von beruflichen Helfern Informationen über Veränderungen der Sexualität im Verlauf der Parkinson-Erkrankung. So wurden 72% der männlichen Betroffenen und 75% der Partnerinnen nicht auf eventuell auftretende sexuelle Probleme hingewiesen; bei den weiblichen Betroffenen waren es 79% und 80% ihrer Partner. 91% der erkrankten Männer und 94% der erkrankten Frauen wurden ebenfalls nicht auf mögliche Nebenwirkungen der Medikamente hinsichtlich der Sexualität aufmerksam gemacht. Eine Verbesserung der sexualmedizinischen Betreuung

wurde insgesamt von 735 betroffenen Männern (= 77%) und 507 ihrer Partnerinnen (= 55%) sowie 172 betroffenen Frauen (= 56%) und 131 ihre Partner (= 43%) gewünscht. Tabelle 3 stellt jeweils die von diesen Patienten und deren Partnern bevorzugten Informationsquellen dar.

Zunächst zeigt sich ein dringender Bedarf der Patienten und auch deren Partner an Informationsmaterialien zum Thema Sexualität (ca. 80%). Darüber hinaus werden von etwa der Hälfte der Patientinnen (56%) und von fast zwei Drittel der Patienten (70%) eine kompetente Beratung seitens der behandelnden Ärzte/innen gewünscht. An dritter Stelle steht der Bedarf an psychologischer Betreuung bei weniger als einem Drittel der Parkinsonkranken und deren Partner. Auffallend häufig (43% der männlichen Patienten und 31% der weiblichen Patienten) wurde eine Paarberatung favorisiert.

Diskussion

Das sexuelle Erleben und Verhalten der von Morbus Parkinson betroffenen Patienten (paare) wird ebenso wie die Sexualität nichterkrankter Menschen von zahlreichen Faktoren, wie z.B. dem Alter, dem Geschlecht, dem Familienstand, dem Zustand (Ab- bzw. der Vorhandenheit) einer Partnerschaft und nicht zuletzt von der bisherigen sexuellen Lerngeschichte beeinflusst. Mit dem Auftreten von M. Parkinson können allerdings zusätzliche Einflüsse, wie die Auswirkungen krankheitsspezifischer Symptome und Pharmaka sowie soziale und intrapsychische Faktoren (Ängste und Depressionen) die Partnerschaft und Sexualität der Patienten und deren Partner erheblich beeinträchtigen. Ein wesentliches Ergebnis der hier vorgelegten Studie ist die Feststellung, dass nicht nur weibliche und männliche Betroffene in hohem Ausmaß unter sexuellen Dysfunktionen leiden, sondern dass das sexuelle Erleben und Verhalten der Partner qualitativ und quantitativ fast genauso stark verändert ist. In früheren Untersuchungen, bei denen die Partner mit einbezogen wurden, konnten hinsichtlich der Veränderungen der Sexualität ähnliche Feststellungen getroffen werden, die aber aufgrund sehr kleiner Stichproben sehr schwer einschätzbar waren.

Bei der hier untersuchten Stichprobe handelt es sich um eine Auswahl von Mitgliedern der Deutschen Parkinson Vereinigung (DPV), wobei hier auch nur diejenigen in die Untersuchung einbezogen wurden, die in einer Partnerschaft lebten und deren Partner auch einen Fragebogen ausgefüllt hatte. Trotz dieses bedeutsamen Selektionseffektes (vermutlich haben vor allem partnerschaftlich zufriedene Paare teilgenommen) musste dieser in Kauf genommen, um Partnerschaft und Sexualität des Paares aus Sicht beider Partner analysieren zu können.

Dies gilt insbesondere deshalb, weil die Vorteile dieser Studie – Stichprobengröße, Einbeziehung des Partners/der Partnerin, operationalisierte Erfassung von sexuellen Funktionsstörungen und deren Zusammenhang mit parkinsonspezifischen Medikamenten, standardisierte Erfassung partnerschaftlicher Faktoren – in der bisherigen Forschung eine einmalige Kombination darstellen (vgl. hierzu auch Tab. 2). Allein die vielen widersprüchlichen Daten zur Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen in bisherigen Studien lassen sich umstandslos durch die fehlende Operationalisierung der Variable „Funktionsstörung“ erklären – ein systematischer Fehler, der in der hier vorgestellten Untersuchung durch die Orientierung an der Kriteriologie des DSM-IV vermieden wurde.

Mit Blick auf den Umfang des Erhebungsinstrumentes konnten jedoch nicht alle interes-

sierenden Fragestellungen einbezogen werden. So wurde beispielsweise bei der Konstruktion des Symptomteils zunächst überlegt, eine stärkere Anlehnung an die UPDRS-Skala vorzunehmen und die Auswahlmöglichkeiten weniger subjektiv zu formulieren, dann jedoch entschieden, die wesentlichen Items in einer stark vereinfachten, aber somit verständlichen und verkürzten Form zu entwickeln, um nicht das Risiko einer geringeren Rücklaufquote einzugehen. Darüber hinaus wäre sicherlich eine differentialdiagnostische Abgrenzung des primären von dem sekundären Parkinson-Syndrom aufschlussreich gewesen; jedoch wurde für die Untersuchung des Einflusses der Symptome auf Partnerschaft und Sexualität vor allem als wichtig erachtet, welche Symptome in welcher Ausprägung vorliegen, nicht jedoch die Ätiologie des Parkinson-Syndroms.

Grundsätzlich muss hervorgehoben werden, dass es eine Fülle von Begrenzungen gibt, die bei der Erhebung von Selbstbeschreibungsdaten zu sexuellem Erleben und Verhalten berücksichtigt werden müssen. So kann die Validität der Angaben beispielsweise erheblich eingeschränkt sein, wenn aus Aversion bezüglich des erfragten Sachverhalts oder aus Selbstschutz die Befragten falsche oder gar keine Auskünfte geben. Auch können sich bei der Beantwortung gerade einer großen Anzahl von Fragen – zumal bei älteren Menschen – durch mangelnde Erinnerungsfähigkeit der Betroffenen bzw. ihrer Partner, unabsichtlich falsche Antworten einschleichen. Schließlich ist immer auch mit Problemen im Verständnis der teilweise komplexen Fragen zu rechnen. Damit ist zugleich der Vorteil von Interviewstudien beschrieben, bei denen durch die Gesprächssituation mehr Rückkopplungs- und Kontrollmöglichkeiten bestehen. Fragebogenstudien garantieren wiederum die bestmögliche Form zur Wahrung der Anonymität, welche bei sexualwissenschaftlichen Fragestellungen die Akzeptanz und Teilnahmebereitschaft erhöhen kann (Clement 1990); zu fordern ist dann aber eine ausreichende Retest-Reliabilität, wie sie bei der hier vorgelegten Studie für das verwendete Testinstrument gegeben war.

Die Rücklaufquote von 18% ist in Anbetracht des umfangreichen Fragebogens und der Brisanz des Themas, besonders in dieser Altersgruppe, als eher hoch anzusehen. Dennoch wäre es von erheblichem Interesse, mehr über die ‚Non-Responder‘ zu erfahren, weil schwer vorstellbar erscheint, dass diese Betroffenen oder ihre Partner nicht mit krankheits- oder behandlungsbedingten Auswirkungen von Morbus Parkinson auf ihre Sexualität und Partnerschaft zurecht kommen müssten. Nach den hier vorgestellten Studienergebnissen leiden beispielsweise die gesunden Frauen (i.e. Partnerinnen parkinsonkranker Männer) sogar häufiger als die erkrankten an Veränderungen ihrer Sexualität.

Die Ergebnisse der hier vorgelegten Studie machen aber auch deutlich, dass bereits vor Diagnosestellung sexuelle und/oder partnerschaftliche Probleme vorgelegen können. Insbesondere bei den weiblichen Parkinson-Betroffenen aber auch bei den gesunden Frauen (Partnerinnen parkinsonkranker Männer) traten die wesentlichen sexuellen Dysfunktionen schon vor der Erkrankung auf. Auch Uitti et al. (Uitti et al. 1986) konnten zeigen, dass bereits vor Krankheitsbeginn Parkinson-Betroffene Veränderungen ihres sexuellen Erlebens und Verhaltens (wie z.B. eine Zunahme des sexuellen Verlangens) festgestellt hatten. Die männlichen Parkinson-Betroffenen gaben für die Zeit vor der Erkrankung hingegen nur wenige Sexualstörungen an; nach Ausbruch des Morbus Parkinson nahm die Häufigkeit von sexuellen Dysfunktionen bei ihnen aber dramatisch zu.

Gesunde Männer, deren erkrankte Frauen unter starken Erregungs- und Orgasmusstörungen leiden, entwickeln selbst erstmalig Sexualstörungen (insbesondere sexuelle Appetenz- und Orgasmusstörungen). Es lässt sich vermuten, dass die Attraktivität der er-

krankten Partnerinnen aufgrund der körperlichen Symptome wie die Hypo- und Akinese sinkt (wie das bereits von Basson und Mitarbeitern [1996] für Patienten beider Geschlechter beschrieben wurde und von Brown und Mitarbeitern [1990] für die Partner) bzw. dass deren Männer zu unvorbereitet sind, um auf die veränderten sexuellen Bedürfnisse der Frauen einzugehen. Bei den gesunden Frauen sind nach der Erkrankung ihres männlichen Partners sexuelle Appetenz- und Erregungsstörungen häufig, dennoch bleibt die Frequenz der sexuellen Aktivität mit dem Partner gleich. Die erhöhte Masturbationsfrequenz und die verringerte Zahl von (vor der Erkrankung häufigen) Orgasmusstörungen bei der Selbstbefriedigung sprechen für einen sexuellen Rückzug dieser Frauen. Dieser könnte andererseits aber auch zu einer Entdeckung bis dahin nicht bekannter sexueller Bedürfnisse bzw. deren Befriedigung geführt haben, was in anderen Studien bisher nicht beschrieben worden ist.

Insgesamt nimmt die Zufriedenheit mit ihrem sexuellen Erleben und Verhalten bei fast der Hälfte der betroffenen Paare im Verlauf der Erkrankung ab. Dabei scheint die sexuelle Zufriedenheit stärker als die partnerschaftliche Zufriedenheit von den mit der Erkrankung einhergehenden Veränderungen beeinflusst zu sein, denn letztere verringert sich nur geringfügig.

Imposant ist darüber hinaus der hier festgestellte empirische Befund, dass dieselbe Substanz zu entgegengesetzten Auswirkungen auf die sexuellen Funktionen führen kann. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung zwei Dopaminrezeptorfamilien und insgesamt fünf Dopaminrezeptoren mit unterschiedlicher Verteilung in verschiedenen Gehirnstrukturen existieren. Während die Rezeptoren D1 (im Striatum und Neocortex) und D5 (im Hippocampus und Hypothalamus) die D1-Rezeptorfamilie bilden, sind die Rezeptoren der Rezeptorfamilie 2 (D2 – D4) über das Striatum, die Substantia nigra und Hypophyse (D2), den Hypothalamus und Nucleus accumbens (D3) bis zum vorderen Cortex und das Mittelhirn (D4) verteilt. Dies erklärt nicht nur die außerordentlichen Erschwernisse bei der medikamentösen Behandlung des Morbus Parkinson, sondern eben auch die völlig unterschiedlichen, z. T. entgegengesetzten Auswirkungen der gleichen Substanzen bei verschiedenen Betroffenen.

Um so wichtiger erscheint eine frühzeitige Information der Betroffenen (und ihrer Partner) über mögliche Auswirkungen der Medikamente auf die Sexualität. Wie die hier vorgelegten Ergebnisse zeigen, fühlen sich die Betroffenen diesbezüglich unzureichend betreut und wünschen sich mehr Hilfestellungen – einschließlich der Einbeziehung des Partners in die Beratung – durch die sie betreuenden Ärzte/innen.

Die Hauptschwierigkeit für die Parkinson-Betroffenen, die mit ihrer Sexualität und/oder Partnerschaft unzufrieden sind, besteht nämlich offensichtlich darin, dass sie mit Veränderungen ihrer gewohnten Sexualität konfrontiert werden, zunächst ratlos reagieren und nicht wissen, ob es Hilfestellungen gibt und an wen sie sich diesbezüglich am besten wenden könnten. Auch fällt es – trotz der Liberalisierungstendenzen in unserer Gesellschaft – weiterhin den meisten Menschen schwer, eine eigene sexuelle und/oder partnerschaftliche Verunsicherung selbst gegenüber dem Partner – geschweige denn gegenüber anderen Menschen – zum Thema zu machen. Unternimmt ein Patient dennoch den Versuch, das für ihn belastende Problem anzusprechen, stößt er meist auf jene Unsicherheit, die er von sich selbst schon kennt – auch bei den sie betreuenden Ärzten, zumal diese in ihrer Aus- und Weiterbildung in der Regel nicht auf derartige Gespräche vorbereitet sind (allerdings gibt es seit 1997 für Allgemein- und Fachärzte auch ohne psychotherapeuti-

sche Spezialisierung curricular fundierte sexualmedizinische Fortbildungen (Vogt et al. 1995; Beier 1999) welche zur eigenständigen Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen qualifizieren). Dabei wäre es wichtig, die Patienten zu ermutigen, die mit der Erkrankung einhergehenden Veränderungen hinsichtlich der Partnerschaft und der Sexualität wahrzunehmen und diese gegenüber beruflichen Helfern offen anzusprechen. Diesem Zweck soll auch die Publikation der wichtigsten Ergebnisse der hier vorgestellten Studie in einem *Leitfaden für Betroffene und ihre Partner* (Beier 2000) dienen. Die Ergebnisse der Befragung von Parkinson-Betroffenen machen nämlich deutlich, dass sich therapeutische Maßnahmen vor allem auf vier Aspekte beziehen können:

1. eine Beeinflussung der parkinsonspezifischen Symptome, wenn diese sich negativ auf das sexuelle Erleben und Verhalten auswirken
2. eine Veränderung der aktuellen Medikation, sofern vermutet wird, dass diese das sexuelle Erleben und Verhalten beeinträchtigen
3. eine Einflussnahme auf die partnerschaftliche Beziehung, sofern zwischen den Partnern unterschiedliche – und vor allem unausgesprochene – Erwartungen bestehen (hier gibt es spezielle sexualtherapeutische Interventionen, die auf eine Optimierung der partnerschaftlichen und sexuellen Kommunikation abzielen).
4. die Anwendung von Medikamenten oder Hilfsmitteln zur Verbesserung der sexuellen Funktion, was immer gemeinsam vom Paar getragen werden muss und wobei es stets zu einer Besprechung der Erfahrungen mit dem verschreibenden Arzt/der Ärztin kommen sollte. Wird dies beachtet, dann steht beispielsweise bei den Erektionsstörungen mit dem Phosphodiesterasehemmer Typ 5 (Sildenafil) eine Substanz zur Verfügung, die aufgrund ihrer Selektivität aus sexualmedizinischer Sicht gerade gut geeignet ist, um die durch Erwartungsängste (sympatikoton) bedingte Engstellung der Gefäße im Schwellkörper abzumildern. Unter Berücksichtigung der Gegenanzeigen (körperlich: z.B. schwere Herzinsuffizienz, Einnahme von Nitriten; psychisch: z.B. neurotische Erkrankungen, aber auch ungeklärte partnerschaftliche Situationen) ist das Medikament auch bei Parkinson-Betroffenen eine mögliche therapeutische Option, die nach ersten Daten – erhoben allerdings an kleinen Stichproben – bereits bei mittlerer Dosierung (50mg) effektiv sein kann (Brewer & Stacy 1998).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Interventionen zur Verbesserung partnerschaftlicher und/oder sexueller Zufriedenheit bei Morbus Parkinson-Betroffenen in aller Regel den Rahmen einer Sexualberatung (mit wenigen Sitzungen) nicht überschreiten. Die Sexualberatung versucht, durch die Vermittlung von Informationen, die Korrektur von möglichen Lerndefiziten und (Fehl-)Vorstellungen/(Fehl-)Erwartungen über den Partner sowie ggf. gezielte Anregungen zur Verhaltensmodifikation sexuelle Probleme zu beheben und/oder einer Chronifizierung entgegenzuwirken. Die Einbeziehung des Partners bietet dabei viele Vorteile, insbesondere durch die dadurch entstehende Möglichkeit, die unterschiedlichen Sichtweisen beider Partner zu erfahren und das Zusammenspiel der Partner besser zu verstehen sowie schließlich die Chance, sich als Anwalt des Paares einzubringen. Ein Nachteil ist dabei sicherlich die Sorge vor möglicher Verletzung der Intimsphäre des Paares (wird man evtl. als Voyeur empfunden?) und die Unberechenbarkeit des Verlaufs mit der Möglichkeit einer Eskalation und der Befürchtung, dem Paar womöglich zu schaden. Besonders ungewohnt für berufliche Helfer ist aber auch die Aufgabe der „Expertenrolle“, zumal sie oftmals vom Paar induziert wird („nur Sie können uns noch helfen“). Die sexualmedizinische Erfahrung belegt aber, dass aus Sicht des Paa-

res das Paargespräch als Chance verstanden wird, Missverständnisse aufzuklären und Kränkungen zu bearbeiten, woraus meist erst die Möglichkeit erwächst, eine neue Vertrautheit zu gewinnen und diese als Ausgangspunkt einer vertieften Intimität zu nutzen. Der/die Therapeut/in ist dabei ein ermutigendes Modell für die Auseinandersetzung mit sexuellen Schwierigkeiten und für die Entwicklung neuer Sichtweisen (vgl. Beier et al. 2001).

Dies darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei Parkinson-Betroffenen eine Reihe von besonders belastenden Problemen anfallen können, welche insbesondere den Wechsel des Partners in die Rolle des Pflegers betrifft. Die damit verbundenen psychischen Verarbeitungsprozesse erklären gewiss auch einen Teil der Zunahme „sexueller Aversionen“, über die Partner und Partnerinnen nach Diagnosestellung in der hier vorgelegten Studie berichtet haben. Auch hier würde aber gelten, diese Schwierigkeiten gerade nicht zu umgehen, sondern sie offen anzusprechen, weil die darin angelegte Problematik einer Frustration von psychosozialen Grundbedürfnissen (bei beiden Partnern) unbedingt einer für beide Partner akzeptablen Lösungsmöglichkeit zugeführt werden sollte.

Danksagung

Unser großer Dank für die organisatorische, finanzielle, inhaltliche und persönliche Unterstützung der Studiendurchführung gilt dem Vorsitzenden der Deutschen Parkinson-Vereinigung (DPV), Herrn Dr. Götz, dem Geschäftsführer der DPV, Herrn Mehrhoff, den Mitgliedern des Clubs U40, die unter Leitung von Frau Schmöger aktiv an der ersten Vorstudie mitgewirkt haben sowie allen Betroffenen und deren Partnern, die die Fragebögen im Rahmen der Hauptstudie ausgefüllt haben.

Literatur

- (APA) American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington: APA press.
- Balon R. (1996): Intermittent amantadine for fluoxetine-induced anorgasmia. *J Sex Marital The* 22 (4): 290 – 292.
- Basson, R. (1996): Sexuality and Parkinson's Disease. *Parkinsonism and related disorders* 2 (4): 177 – 185.
- Beier, K.M. (1999): Sexualmedizin – berufsbegleitende Fortbildung mit Zertifikat. *Dt. Ärzteblatt* 33: A 2075 – 2077.
- Beier, K.M. (2000): Sexualität und Partnerschaft bei Morbus Parkinson – ein Leitfadens für Betroffene und ihre Partner. Potsdam: Pairdata Verlag.
- Beier K.M.; Bosinski, H.A.G.; Hartmann, U.; Loewit (2001): Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. München: Urban & Fischer.
- Brewer, M.; Stacy, M. (1998): Sildenafil citrate therapy in men with Parkinson's disease. *PSG/HSG/MDS Twelfth annual symposia abstracts. Movement disorders* 13 (5): 860.
- Brown, E.; Brown, G.; Kofman, O.; Quarrington, B. (1978): Sexual function and effect in parkinsonian men treated with L-Dopa. *Am J Psychiatry* 135: 1552 – 1555.
- Brown, M.; Jahanshahi, M.; Quinn, N.; Marsden, C.D. (1990): Sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*: 55: 480 – 486.
- Burguera, J.A.; Garcia Rebol, L; Martinez Agullo, E. (1994): Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Neurologia* 9 (5): 178 – 181.
- Clement, U. (1990): Empirische Studien zu heterosexuellem Verhalten. *Z Sexualforsch* 3: 289 – 319.
- Courty, E.; Durif, F.; Zenut, M.; Courty, P.; Lavarenne, J. (1997): Psychiatric and sexual disorders induced by apomorphine in Parkinson's disease. *Clin Neuropharmacol* 20 (2): 140 – 147.

- Ellgring, H.; Seiler, S.; Perleth, B.; Frings, W.; Gasser, T.; Oertel, W. (1993): Psychosocial aspects of Parkinson's disease. *Neurology* 12 (Suppl 6): 41 – 44.
- Hahlweg, K. (1996): Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Hyypä, M.; Rinne, U.K.; Sonninen, V. (1970): The activating effect of L-dopa treatment on sexual functions and its experimental backgrounds. *Acta Neurol Scand* 46 (Suppl 43): 223.
- Koller, W.C.; Vetere-Overfield, B.; Williamson, A.; Busenbark, K.; Nash, J.; Parrish, D. (1990): Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Clin neuropharmacol* 13 (5): 461 – 463.
- Kolodny, R. C. (1978): Effects of alpha-methyl dopa on male sex function. *Sexuality and disability* 1: 223 – 228.
- Korpelainen, J.T.; Hiltunen, P.; Myllylä, V.V. (1998): Moclobemide-induced hypersexuality in patients with stroke and Parkinson's disease. *Clin Neuropharmacol* 21 (4): 251 – 254.
- Lipe, H.; Longstreth, W.T.; Bird, T.D.; Linde, M. (1989): Sexuality in Parkinson's disease. *Neurology* 39 (Suppl1): 320.
- Longstreth, W.T. Jr.; Linde, M. (1984): Sickness impact profile in Parkinson's disease [Abstract]. *Neurology* 34 (Suppl 1): 207 – 208.
- Masur, H. (1995): Skalen und Scores in der Neurologie. Stuttgart New York: Georg Thieme: 312 – 317.
- Quinn, N.P.; Toone, B.; Lang, A.E.; Marsden, C.D.; Parkes, J.D. (1983): Dopa dose – dependent sexual deviation. *Brit J Psychiat* 142: 296 – 298.
- Singer, C.; Weiner, W.J.; Sanchez-Ramos, J.R.; Ackerman, M. (1989): Sexual Dysfunction in Men with Parkinson's disease. *J Neuro Rehab* 3: 199 – 204.
- Szasz, G. (1989): Sexuality in persons with severe physical disability: a guide to the physician. *Can Fam Physician* 35: 345 – 351.
- Uitti, R.J.; Tanner, C.M.; Rajput, A.H.; Goetz, C.G.; Klawans, H.L.; Thiessen, B. (1989): Hypersexuality with antiparkinson therapy. *Clin Neuropharmacol* 12 (5): 375 – 383.
- Vogel, H.P.; Schiffter, R. (1983): Hypersexuality a complication of dopaminergic therapy in Parkinson's Disease. *J Pharmacopsychiat* 16: 107 – 110.
- Vogt, H.J.; Loewit, K.; Wille, R.; Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G. (1995): Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ – Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. *Sexuologie* 2 (2): 65 – 89.
- Welsh, M.; Hung, L.; Waters, Ch.H. (1997): Sexuality in women with Parkinson's disease. *Movement disorders* 12 (6): 923 – 927.
- Wermuth, L., Stenager, E. (1992): Sexual aspects of Parkinson's disease. *Semin Neurol* 12 (2): 125 – 126.
- Wermuth, L.; Stenager, E. (1995): Sexual problems in young patients with Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand* 91: 453 – 455.

Anschrift der Autoren

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier; Maja Lüders; Dr. med. Steffen A. Boxdorfer, Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers; Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité; Humboldt-Universität zu Berlin; Luisenstr. 57, 10117 Berlin

Zum Umgang mit Sexualstörungen in der gynäkologischen Praxis

The treatment of sexual disturbances in gynaecological practice

M. Rauchfuß

Frauenheilkunde und Sexualmedizin

Frauenheilkunde und Sexualmedizin sind in vielfältiger Weise miteinander verwoben. Frauenärztinnen und -ärzte begleiten ihre Patientinnen von der Geschlechtsreife bis ins hohe Alter. Dabei geht es um Themen wie weibliche Identität und Auseinandersetzung mit dem Körper, das Erleben von Zyklusgeschehen und Menstruation, Fruchtbarkeit, Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung der Familie aber auch die Veränderung der Weiblichkeit im Alterungsprozess, Klimakterium und Senium. Sexualität, Aufnahme von (intimen) Beziehungen und Partnerschaft sind weitere Bereiche, die in der Frauenheilkunde thematisiert werden. Bereits die gynäkologische Untersuchungssituation, in der der Behandler/die Behandlerin im wahrsten Sinne des Wortes in die Intimsphäre der Frau eindringt, verweist (sie!) „eindringlich“ auf das Thema Sexualität. Sowohl auf der Seite der Patientin wie auch auf der des Arztes/ der Ärztin können Gefühlsreaktionen (z. B. Scham) ausgelöst werden, die auf der ärztlichen Seite häufig verdrängt und verleugnet werden. Dies ist einerseits ein sinnvoller Schutzmechanismus, weil nur so die Rolle des objektiven beruflichen Helfers eingenommen werden kann. Die Entdeckung erotischer Gefühle kann mit großen Ängsten und der Sorge, die Arbeit nicht mehr im erwarteten ärztlichen Sinne leisten zu können, einhergehen. Andererseits können nicht wahrgenommene Gefühle und verdrängte Handlungsintentionen eine kompetente, einfühlsame medizinische Versorgung behindern. Falck (1999) bezeichnet die Spannung zwischen Intimität und Distanz sogar als „Grundkonflikt des Gynäkologen“ und die Auseinandersetzung damit als im beruflichen Interesse hoch bedeutsam. Besonders bei männlichen Gynäkologen gebe es aber in dieser Hinsicht beträchtliche Widerstände. Zweifelsohne trifft dies aber auch auf Frauenärztinnen zu. „Die bisexuelle Konstitution der menschlichen Seele ist eine der psychoanalytischen Grundannahmen[...].Die Angst vor homosexuellen Wünschen wird umso brisanter, als hier ungehörige Gefühle zwischen Frauen auftauchen, wie sie auch in der vergangenen Mutter-Tochter- Beziehung eine konflikt-hafte Rolle spielten“ (Poluda-Korte 1993). Für weibliche und männliche Gynäkologen ist also eine ausreichende Reflexion der schwierigen Grenzziehung zwischen Nähe und Distanz bedeutsam. „Wenn es gelingt, die erotischen Gedanken und Empfindungen, die in der Begegnung mit der Patientin ausgelöst werden, zu fühlen, ohne handeln zu müssen, können sie in einem guten diagnostischen und therapeutischen Sinn wirksam werden. Dem Behandelnden helfen sie in seiner ärztlichen Funktion, die Persönlichkeit der Patientin in einem sehr viel umfassenderen Sinn zu würdigen und zu behandeln, und in der Patientin setzen sie in aller Regel Lebenslust und Kraft frei.“ (Frick Bruder 1997)

Sexualberatung ist in der Frauenheilkunde eigentlich kaum vom Praxisalltag zu trennen. Bei Erkrankungen oder Operationen im Genitalbereich ist die Patientin immer auch in ihrer Rolle als Frau, als sexuelles Wesen, als Sexualpartnerin betroffen. Dies führt in der Regel zu erheblichen emotionalen Reaktionen und kann z. B. nach einer Hysterektomie auch mit einer Verunsicherung der weiblichen Identität und einer Verminderung des Selbstwertgefühles einhergehen. Bei einer Vielzahl von gynäkologischen Störungen ist das Sexualleben tangiert. Familie, Partnerschaft, Sexualität spielen in der Frauenheilkunde also eine wichtige Rolle.

Einerseits haben gynäkologische und geburtshilfliche Störungen einen Einfluss auf diese Bereiche, andererseits können Konflikte in diesen Bereichen gynäkologische oder geburtshilfliche Störungen verursachen.

In jedem Patientinnenkontakt werden latent oder manifest folgende Problemkreise angesprochen:

- ▶ weibliche und männliche Identität
- ▶ sexuelle Erlebnisfähigkeit
- ▶ Partnerbeziehung
- ▶ Störungen der oder Interaktionen mit diesen drei Bereichen durch eine gynäkologische oder geburtshilfliche Erkrankung (Ringler 1996)

Trotzdem oder vielleicht gerade deswegen wird in der gynäkologischen Praxis so wenig über Sexualität gesprochen. Von 886 ambulanten gynäkologischen Patientinnen gaben nach einer Studie von Bachmann et al. (1989) 3% (29) spontan ein sexuelles Problem an. 16% (142) taten dies auf Nachfrage. Trotz dieser relativ niedrigen Rate von spontanen Angaben zu sexuellen Störungen in der gynäkologischen Praxis betrachten die Frauen ihre GynäkologIn als primäre AnsprechpartnerIn für sexuelle Probleme. In einer Befragung von AllgemeinmedizinerIn in der Schweiz gaben drei Viertel der befragten Ärzte an, ihre Patientinnen und Patienten selten oder sehr selten auf sexuelle Probleme anzusprechen. Die Angaben der Ärztinnen und Ärzte über die von ihnen geschätzte Häufigkeit für das Auftreten sexueller Störungen schwankten stark zwischen 0 und 50%. Ungefähr 4% aller Patientinnen und Patienten suchten den Arzt primär wegen sexueller Schwierigkeiten auf. Die entsprechenden Häufigkeiten lagen bei städtischen Allgemeinärztinnen/tinnen etwas höher als bei ihren ländlichen Kollegen/innen, wobei in den Praxen von Ärztinnen mehr als doppelt so viele PatientInnen sexuelle Fragen zur Sprache brachten als bei ihren männlichen Kollegen. (Buddeberg und Merz 1981)

Schwierigkeiten sexualmedizinischen Handelns

Dem Bedarf und der Bereitschaft der Patientinnen über Sexualität und sexuelle Störungen mit ihrer behandelnden Ärztin, ihrem behandelnden Arzt zu sprechen stehen in der frauenärztlichen Praxis eine Reihe von Hindernissen gegenüber.

1. So steht die Erwartung, in der GynäkologIn auch eine ExpertIn zum Thema Sexualstörungen zu haben, im Widerspruch zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung, in der Gespräch, Kommunikation, Beratungskompetenz nur eine marginale Rolle spielen. Sexualmedizin und sexuelle Störungsbilder werden sowohl im Medizinstudium wie auch in der späteren Weiterbildung zum Facharzt/ Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe kaum thematisiert. Reflexion und Selbstreflexion über Intimität und Sexualität spielen keine Rolle. Die Gynäkologin, der Gynäkologe sieht sich also den Erwartungen seiner

Patientinnen ungenügend vorbereitet und ausgebildet „ausgesetzt“. Obwohl 1982 90% der Gynäkologen ihre sexualmedizinische Ausbildung für ungenügend hielten, bezeichneten 72,5% von ihnen ihr Fach als wichtig für die sexualmedizinische Versorgung (Schneider 1982). Dies zeigt einerseits ein deutliches Problembewusstsein und weist andererseits auf große Defizite in der Aus-, Weiter- und Fortbildung hin. Es ist daher nicht erstaunlich, dass die berufsbegleitende Fortbildung „Sexualmedizin“, die ab 1997 in Berlin in einem ersten zweijährigen Curriculum Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen in Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen qualifizierte, gerade auch bei Gynäkologinnen und Gynäkologen auf großes Interesse stieß. Inzwischen wurden entsprechende curricular fundierte Fortbildungen auch in Düsseldorf, München und Hannover begonnen und sind in Kiel geplant. (Beier 1999)

2. Andererseits gelingt es nur wenigen Frauen über ihr sexuelles Problem offen zu sprechen. Besteht ein Vertrauensverhältnis, erkundet die Patientin vorsichtig, ob ihre Ärztin/Arzt bereit ist, ihr bei Fragen, die sich auf sexuelle Schwierigkeiten beziehen, beizustehen. Häufig werden sexuelle Probleme nicht direkt thematisiert. Angesprochene Probleme sind oft nur Testballons oder Eintrittskarten für das Eigentliche. Nicht selten werden Informationen zu körperlichen Schwierigkeiten wie z. B. Hormonstörungen nachgefragt, eigentlich geht es der Patientin aber um Störungen ihrer Sexualität, oder sie klagt über psychosomatische gynäkologische Erkrankungen, z. B. chronischen Unterbauchschmerz oder chronische Kolpitis, hinter dem Symptom verbirgt sich jedoch ein Partnerschafts- und/oder Sexualkonflikt. Für den Arzt/ die Ärztin bedeutet dies, dass die versteckten Hinweise verstanden und entschlüsselt werden müssen. Die für die individuelle Situation der Patientin passende Sprache muss gefunden werden. Mangelnde Kompetenz lässt den Arzt, die Ärztin sich schnell überfordert fühlen und er/ sie sorgt bewusst oder unbewusst dafür, dass „solche“ Fragen nicht (mehr) gestellt werden.

3. Ein weiteres, wenn sicher auch nicht so entscheidendes Problem, dass das frauenärztliche sexualmedizinische Gespräch behindern oder verhindern kann, ist die Tatsache, dass „Sexualberatung oder Sexualtherapie allein keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind“ (Faber und Haarstrick 1989). Dmoch (1999) stellt im Lehrbuch „Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie“ daher die Frage, inwieweit Sexualberatung den individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL) zugerechnet werden muss und welchen Stellenwert sie in der frauenärztlichen Praxis haben kann. Die Frauenheilkunde ist eine klinische Fachrichtung mit sehr vielen sexualmedizinischen Bezügen. Häufig sind, wie bereits erläutert, sexuelle Probleme von Frauen eng vergesellschaftet mit körperlichen oder seelischen Störungen im gynäkologisch-geburtshilflichen Bereich. Dem sollte die Kostenerstattungsmöglichkeit Rechnung tragen.

4. Sexuelle Störungen verweisen in der Regel auf die Paarbeziehung bzw. eine Beziehungsstörung, in der gynäkologischen Praxis wird aber nur die Frau behandelt. Der Partner ist draußen, bleibt auch häufig draußen, weil die Frau und/oder die Gynäkologin, der Gynäkologe ihn draußen lassen. Dies geschieht nicht zuletzt wegen einer weiteren Überforderung, die der für Paargespräche noch viel weniger als für Einzelgespräche ausgebildete Arzt spürt und erlebt.

Loewit und Beier (1998) fokussieren auf die Paardimension der Sexualität und führen aus, dass sich damit der „Patientenbegriff“ deutlich von dem sonst üblichen Konzept in der klinischen Medizin unterscheidet. Gerade, weil sexuelle Störungen nicht im geläufigen medizinischen Sinne als Störung eines Individuums bzw. Organsystem, sondern als

Störung innerhalb einer Beziehung aufzufassen sind, lassen sie sich konsequenterweise nur biopsychosozial verstehen und behandeln, auch dann, wenn sie ihren Schwerpunkt einmal mehr im intraindividuellen, ein anderes Mal mehr im interindividuellen Bereich haben können. (Loewit und Beier 1998).

5. Ein weiteres gravierendes Problem liegt in der gynäkologischen Untersuchungssituation, in der körperliche Berührungen stattfinden, die sonst bestenfalls dem intimen Sexualpartner gestattet sind und die ohne Einverständnis als sexueller Übergriff bzw. Mißbrauch zu bewerten sind. Marianne Ringler fragt daher zurecht: „Was also bedeutet es affektiv und kognitiv für den Gynäkologen, die Gynäkologin, in einer beruflichen Situation zu arbeiten, die den Behandler zwischen Liebespartner und Vergewaltiger ansiedelt? Wie kann/ soll / muss in diesem Spannungsfeld über Sexualität gesprochen werden?“ (Ringler 1996)

Dies ist sicher eines der gravierendsten, aber meist völlig unreflektierten Hemmnisse, Sexualität in der gynäkologischen Praxis anzusprechen. Die damit verbundenen Abwehrmechanismen und Vermeidungsstrategien thematisierte der Soziologe Amendt 1982 in seinem Buch „Die Gynäkologen“: „In der gynäkologischen Situation gehen Männer (die Gynäkologen) und Frauen (die Patientinnen) Formen der Intimität und Nähe ein, die unter Fremden ungewöhnlich sind. Zwar tut der Gynäkologe so, als sei der Blick auf die nackte Frau so unverfänglich, wie der Blick der Kollegen auf die Netzhaut. Aber er weiß so gut wie die Frau auf dem Gynäkologenstuhl, dass nur mit viel Ritual, Routine und kontrollierter Ängstlichkeit die Untersuchungssituation beherrschbar bleibt.“ Als das zitierte Buch geschrieben wurde, gab es in der Bundesrepublik Deutschland überwiegend männliche Gynäkologen. Heute streben zunehmend junge Kolleginnen in das Fachgebiet Frauenheilkunde. Kastendieck (1997) diskutiert in diesem Kontext, ob das, was über die Männer in der Gynäkologie ausgesagt wird, auch auf die Frauenärztinnen zutrifft. Sie beschreibt deutlich, dass es auch für weibliche Ärztinnen nicht leicht ist, mit der Fülle von Intimität und Sexualität in der gynäkologischen Ärztin-Patientin-Beziehung umzugehen, dass es für sie genau wie für ihre männlichen Kollegen häufig schwierig ist, die adäquate Balance zwischen Nähe und Distanz einzuhalten.

Dies wird um so schwerer, je weniger sich der Gynäkologe, die Gynäkologin mit eigenen internalisierten Einstellungen, Normen und Wertvorstellungen und mit der eigenen Sexualität auseinandergesetzt hat.

Voraussetzungen für sexualmedizinische Beratung

Voraussetzung für das Thematisieren sexueller Probleme in der frauenärztlichen Praxis sind zunächst die Gesprächsbereitschaft der Patientin und die sexualmedizinische Kompetenz des Arztes/ der Ärztin.

1. Kenntnisse und Kompetenzen der Gynäkologin, des Gynäkologen

Im Folgenden sollen die Kenntnisse und Fähigkeiten nur kurz angeführt werden. Für eine eingehendere Beschäftigung sei auf die angeführte Literatur verwiesen.

Grundvoraussetzung für das Thematisieren sexueller Probleme der Patientin in der gynäkologischen Sprechstunde ist die Befähigung des Behandlers/der Behandlerin in der Ärztin/Arzt-Patientin-Beziehung Sexualität angemessen ansprechen zu können. Dabei geht es neben der Fähigkeit zum Aufbau einer tragfähigen Ärztin/Arzt-Patientin-Beziehung

über Gespräch, Kommunikation und Interaktion auch um das Finden einer gemeinsamen Sprachebene mit der Patientin. Basiswissen zu den Bereichen Arzt/Ärztin-Patientin-Beziehung, zu Kommunikation und Interaktion in der Frauenheilkunde kann im Rahmen des inzwischen bundesweit von der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe an vielen Orten angebotenen Curriculums zur Psychosomatischen Grundversorgung in der Frauenheilkunde erworben werden (Kentenich und Rauchfuß 1997). Sexualmedizinische Kompetenzen können im Rahmen der berufsbeleitenden Fortbildung Sexualmedizin erworben werden (1999).

Selbstverständlich muss die ärztliche Beratung auf eingehender Kenntnis der Sexualfunktion und ihrer Biologie sowie deren Veränderung im Lebenszyklus beruhen. Gerade in der Frauenheilkunde werden Patientinnen in verschiedenen Lebensphasen (z. B. in der Schwangerschaft, nach der Geburt oder im Klimakterium) begleitet, in denen sich auch in der Partnerschaft und Sexualität gravierende Veränderungen vollziehen können, ohne dass eine Erkrankung im engeren Sinne vorliegt. Information über das was in diesen Lebensphasen geschieht, über das Zusammenspiel von körperlichen und seelischen Bedingungen mit der Sexualität stellt eine wichtige sexualberaterische Aufgabe dar. Darüber hinaus bedarf es grundlegender Kenntnisse der Phänomenologie der verschiedenen Störungsbilder und entsprechenden Interventionsmöglichkeiten. Inwieweit der Frauenarzt/-ärztin sich dann selbst in der weiteren Diagnostik und Therapie der sexuellen Störung engagiert, hängt von vielfältigen Faktoren ab. Entscheidend ist die genaue Kenntnis der eigenen Kompetenzen, insbesondere aber auch deren Grenzen in Hinblick auf sexualmedizinische Fragen (wen kann ich selbst behandeln, wen überweise ich wann wohin)

Wenn auch der Hauptschwerpunkt der sexualmedizinischen Tätigkeit in der Frauenheilkunde im Bereich der Beratung liegt, sind Kenntnisse zu Grundzügen der psychosozialen und physiologischen Aspekte der verschiedenen sexuellen Störungsbilder erforderlich. Bei Gesprächen zum Thema Sexualität wird in den verschiedenen Kontexten deutlich, wie leicht hier eigene Norm- und Wertvorstellungen einfließen. Geschieht dies im Rahmen sexualmedizinischer Beratung unreflektiert, kann es die Patientin daran hindern, den für sie und ihre Lebenssituation richtigen Weg zu finden und somit fatale Folgen haben. Eine Reflexion eigener sexueller Wert- und Normvorstellungen ist also Grundvoraussetzung für jeden Arzt, jede Ärztin, die sich dem Thema Sexualität und sexuelle Störungen im Rahmen ihrer medizinischen Tätigkeit widmen will. Deshalb wurden bei der Einrichtung des *Curriculums Sexualmedizin* darauf geachtet, dass in den Lehrveranstaltungen möglichst viele die Selbsterfahrung anregende Elemente enthalten sind, damit eigene Einstellungen zur Geschlechtlichkeit und zu Lust und Liebe sowie Ideal- und Normvorstellungen bewusster werden (Dmoch 1999).

2. Voraussetzungen von Seiten der Patientin

Wenn auch eine Vielzahl von Patientinnen mit ausgesprochenen oder noch häufiger unausgesprochenen Fragen zu Sexualität und Partnerschaft in die gynäkologische Sprechstunde kommen, heißt dies noch nicht, dass sie auch wirklich willens und in der Lage sind darüber mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin ins Gespräch zu kommen. Die meisten sexuellen Störungen sind entgegen den Hoffnungen der Patientinnen und nicht selten auch ihrer Ärzte nicht organisch verursacht, sondern sind Reaktionen auf oder Ausdruck von intra- und/oder interpersonellen Konflikten. Sie sind damit nicht primär durch ärztlich verordnete organmedizinische Behandlung zu bessern, sondern die Betroffenen können

und müssen, durch Beratung unterstützt, Verhaltens- und Erlebensmodifikation selbst initiieren. Dies setzt Leidensdruck und Veränderungswillen voraus. Eine weitere Grundvoraussetzung für den Beginn einer suffizienten sexualmedizinischen Beratung ist die Fähigkeit der Patientin in einer vertrauensvollen Ärztin/Arzt-Patientin-Beziehung über Sexualität zu sprechen.

3. Setting

Sind die prinzipiellen Voraussetzungen von Seiten der Patientin und des Arztes/der Ärztin gegeben, d.h. ist die Patientin motiviert und fähig ihr sexuelles Problem anzusprechen und der Arzt/ die Ärztin sexualmedizinisch qualifiziert, geht es darum, ein geeignetes Setting zu schaffen. Zunächst kommt es darauf an ärztlicherseits Gesprächsbereitschaft zu signalisieren. Dies kann durchaus in der Untersuchungssituation geschehen. Allerdings ist es für das folgende Gespräch sinnvoll, eine Trennung von Untersuchungssituation und Gespräch vorzunehmen.

Wer für sich und seine ärztliche Tätigkeit die Einbeziehung sexualmedizinischer Aspekte in Angriff nimmt, wird häufig erstaunt registrieren, wie viele sexuelle Probleme seine/ ihre Patientinnen „plötzlich“ entwickelt haben. Selbstverständlich müssen gerade für eine sexualmedizinische Beratung Raum und Zeitbudget passen, d.h. das Gespräch muss in einer entspannten und vertrauten Atmosphäre stattfinden können. Andererseits ist der Patientin aber auch klar eine zeitliche Begrenzung des einzelnen Gespräches und der Gesprächsserie zu signalisieren. In der Praxis bestätigt sich immer wieder die Erfahrung, dass rund ein Drittel der sexuellen Probleme durch einige Beratungsgespräche gelöst oder wesentlich gebessert werden können. Dieser Anteil dürfte in der frauenärztlichen Sprechstunde wohl noch höher liegen, da ein großer Teil der Störungen mit lebensphasenhaften Veränderungen der Frau, speziellen weiblichen Lebenszusammenhängen oder gynäkologischen Erkrankungen assoziiert ist. Ein Teil der sexuellen Störungen bedarf einer speziellen Einzel- oder Paartherapie. Hier ist motivierende Beratungsarbeit notwendig.

Sexualmedizinische Felder

Für die einzelnen in Folgenden benannten und kurz erläuterten Bereiche ist ein unterschiedliches, den Situationen angepasstes Inventar diagnostischer und therapeutischer Fähigkeiten und Fertigkeiten erforderlich. Während die Sexualberatung im Kontext spezifischer weiblicher Lebensphasen und -situationen (z. B. Adoleszenz, Kinderwunsch, Schwangerschaft, Schwangerschaftsverhütung oder Klimakterium) sowie bei organischen gynäkologischen und nichtgynäkologischen Erkrankungen (Sexuell beeinträchtigende gynäkologische Operationen, Komplikationen nach Schwangerschaft und Geburt, genitale Missbildungen, Diabetes mellitus oder neurologischen Erkrankungen) integraler Bestandteil der entsprechenden frauenärztlichen Behandlung ist, wird die Beratung bei sexuellen Funktionsstörungen eher in einem gesonderten Setting außerhalb der üblichen Sprechstunde erfolgen. Bei den hier so benannten „indirekten“ psychosomatischen funktionellen Sexualstörungen liegt eine völlig andere Situation vor. Die Patientin erscheint mit einem körperlichen Symptom in der Praxis. Der hinter dem Symptom stehende Konflikt ist der Patientin nicht bewusst. Nach klinischen Erfahrungen und vereinzelt vorliegenden Studien sind die unten aufgeführten Störungen (z. B. chronischer Unterbauch-

schmerz, Pruritus vulvae, oder chronische Kolpitis) häufig mit partnerschaftlichen und/oder sexuellen Konflikten assoziiert (Rauchfuß 1991). Das Thematisieren der Konflikte im Kontext der körperlichen Erkrankung kann von der Patientin nur mitgetragen werden, wenn sie sich auf die wie Richter es beschreibt, „psychosomatische Umschaltung“ einlässt (Richter 1999). Ist dies möglich, erarbeitet sich die Patientin gemeinsam mit ihrer Ärztin/ ihrem Arzt ein für sie rational verstehbares und emotional einfühlbares Krankheitsmodell, welches somatische, psychische, soziale und eben auch sexuelle Aspekte einbezieht. Dies gelingt nur auf der Basis einer vertrauensvollen, tragfähigen Arzt/Ärztin-Patientin-Beziehung und verlangt von beiden Seiten häufig einen „langen Atem“. In einem Teil der Fälle ist später eine Sexualtherapie indiziert und auch von der Patientin gewünscht. Das wesentliche Merkmal der klassischen Sexualtherapie besteht in der Verbindung von systematisch aufgebauten und therapeutisch angeleiteten sexuellen Erfahrungsübungen mit der therapeutischen Bearbeitung der intrapsychischen und partnerschaftlichen Verursachungsdimension der sexuellen Störung (Beier et al. 2001). Manchmal geht es auch nur darum, das individuell nicht Lösbare herauszuarbeiten, so dass weitere frustrane Lösungsbemühungen unterbleiben können. Zwei Fallbeispiele sollen die mögliche Bandbreite erläutern.

Fall S

Die 62 jährige Patientin wird aus einer urogynäkologischen Sprechstunde überwiesen. Sie leidet seit mehr als 2 Jahren unter einem chronischen Pruritus vulvae und Miktionsbeschwerden. Eine Vielzahl somatischer Behandlungsmaßnahmen einschließlich der mehrfachen Bougierung der Harnröhre war bislang erfolglos. Sie ist seit etwa 25 Jahren verheiratet. Das Paar ist kinderlos. Der Ehemann leidet an einem Diabetes mellitus und ist seit rund 2 Jahren impotent. Über Sexualität kann die Patientin so gut wie nicht sprechen. Sie ist in einer sexualfeindlichen Umgebung aufgewachsen und in eine religiöse Gemeinschaft eingebunden, in der Sexualität tabuisiert ist. In mehreren Gesprächen gelingt es nicht, mit ihr über ihre Bedürfnisse nach Nähe und körperlicher Zärtlichkeit zu sprechen. Sie leidet sehr unter der körperlichen Symptomatik und kann sich daher darauf einlassen, auf Anweisung der Behandlerin die Genitalregion einmal täglich in einer entspannten Atmosphäre mit einer östrogenhaltigen Creme zu „massieren“ und dieses auch für sich zu genießen. Auf der bewußten Ebene ist dies für sie eine medizinische Handlung deren unbewußte sexuelle Seite sie auf ärztliche Empfehlung hin wohl einfach als Entspannung genießen kann. Wenn auch die Konflikte verborgen bleiben, ist es auf diesem Wege zumindest gelungen, der Patientin weitere gravierende medizinische Maßnahmen zu ersparen.

Fall F

Die 25 jährige Frau F. wird nach erfolgloser zweijähriger gynäkologischer Behandlung einer chronisch rezidivierenden Kolpitis sowie einer einjährigen Einzelpsychotherapie überwiesen.

Sie berichtet, daß sie vor etwas mehr als zwei Jahren erstmals Schmerzen beim Geschlechtsverkehr erlebt habe. Kurze Zeit später wäre dann eine Pilzinfektion bei ihr diagnostiziert worden. Diese besserte sich durch Behandlung kurzzeitig, um dann bald wieder aufzuflammen. Auch bei ihrem Partner kam es zu rezidivierenden Infektionen im Genitalbereich, die immer wieder medikamentös vom Dermatologen oder Andrologen

behandelt wurden. Ihren Partner kennt sie seit ca. 3 Jahren. Er ist ihr erster Intimpartner und 2 Jahre jünger als sie. Anfänglich war die Sexualität für beide Partner sehr lustvoll und befriedigend. Seit 2 Jahren bestehen die Symptome, vor einem Jahr hat das Paar geheiratet.

Zunächst besteht die Patientin darauf, das „Problem“ allein zu bewältigen. In drei folgenden Einzelgesprächen wird ihr aber deutlich, daß ja beide Partner unter ähnlichen Symptomen leiden, die Einzelbehandlung einschließlich ihrer eigenen Psychotherapie keinen Einfluß auf die Symptomatik hatte und die Erkrankung schon symbolisch auf ihre (sexuelle) Beziehung hinweist. Frau F. ist daher bereit ihren Mann zum nächsten Gespräch mitzubringen.

In zunächst 10 Paargesprächen geht es um Themen wie Angst vor und Wunsch nach Nähe, Vertrauen und Versorgen sowie dem Wunsch versorgt zu werden. Je mehr diese Konflikte Thema für das Paar werden um so mehr verschwindet die Symptomatik und nach 3 Monaten sind beide ohne Infektionsrezidiv. Nun entwickelt Frau F einen passageren Vaginismus und Sexualität wird zu einem zentralen Punkt der therapeutischen Gespräche und Übungen. Durch gestuften Einsatz von Verhaltensanleitungen (im wesentlichen nach dem Programm von Masters und Johnson) lernt das Paar zunehmend, spielerischer, lustvoller und unverkrampfter mit Sexualität umzugehen.

Frauenärztinnen und -ärzte werden immer wieder auch mit Problemen sexueller Gewalt konfrontiert. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten könnten betroffene Frauen unterstützen und ihnen Kontakte zu angemessenen Hilfsangeboten aufzeigen. Häufig fühlen sich die MedizinerInnen gerade beim Thema sexuelle Gewalt aber überfordert und können so keine Ansprechpartner für ihre Patientinnen sein. Eine ähnliche Überforderung infolge unzureichender Weiter- und Fortbildung erleben Gynäkologinnen und Gynäkologen wohl bei der Behandlung von Menschen mit Geschlechtsidentitätsstörungen. Der hohe Druck, den die Betroffenen für sich selbst erleben und nicht selten auch den Behandlern vermitteln, muss ausgehalten werden. Agieren ist zu vermeiden. Die sexualberaterische Aufgabe besteht hier darin, die Motivation der Betroffenen für Diagnostik und Therapie bei einem erfahrenen Spezialisten zu fördern.

Wenn sich Gynäkologin/Gynäkologe darauf einlassen, über Sexualität und sexuelle Probleme zu sprechen, werden sie erfahren, wie dankbar dieses Angebot von einer großen Zahl ihrer Patientinnen angenommen wird, und wie sie auch ohne eine langwierige psychotherapeutische Ausbildung, allerdings ausgerüstet mit dem erforderlichen sexualmedizinischen Wissen und der Fähigkeit, eigene Einstellungen, Wert- und Normvorstellungen in Hinblick auf Sexualität zu reflektieren im Rahmen einer Sexualberatung sowohl prophylaktisch wie auch therapeutisch wirksame Hilfe leisten können.

Abschließend sei nochmals auf den Fokus sexualmedizinischer Interventionen, der sich immer auf das Paar richtet und die Einbeziehung des Partners (sofern vorhanden) erforderlich macht, hingewiesen. In der sexualmedizinischen Beratung und Behandlung geht es vor allem darum, die beziehungsorientierte Dimension der Sexualität für die Patientin/das Paar einsichtig und verfügbar zu machen, deutlich zu machen, ob und wenn ja welche Grundbedürfnisse nach Nähe, Geborgenheit, Anerkennung usw. frustriert werden oder unentfaltet sind und wie dies die Sexualfunktion als körpersprachliche Realisierung von Beziehung in Mitleidenschaft zieht. (Beier 1999)

Literatur

- Amendt, G. (1982): Die Gynäkologen. Konkret Literatur Verlag: Hamburg.
- Bachmann, G.A.; Leiblum, S.R.; Grill, J. (1989): Brief sexual inquiry in gynecologic practice. *Obstet Gynecol* 73: 425 – 7.
- Beier, K.M. (1999): Sexualmedizin. Berufsbegleitende Fortbildung mit Zertifikat. *Dt Ärztebl* 1999; 96: A-2075 – 2077.
- Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G.; Hartmann, U.; Loewit, K. (2001): Sexualmedizin – Grundlagen und Praxis. Urban & Fischer: München.
- Buddeberg, C.; Merz, J. (1981): Sexuelle Probleme in der Allgemeinpraxis. *Schweiz Rundschau Med* 70: 2129 – 2135.
- Dmoch, W. (1999): Sexualstörungen und Sexualberatung. In: Stauber, M.; Kentenich, H.; Richter, D. (Hrsg) (1999): Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Springer: Berlin, Heidelberg.
- Faber, F.R.; Haarstrick, R. (1989): Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Jungjohann Verlagsgesellschaft: Neckarsulm, München.
- Frick-Bruder, V. (1997): Erotische Spannung und sexueller Übergriff in der Arzt – Patientin – Beziehung – eine Grenzziehung. In: Bauer, E.; Braun, M.; Hauffe, U.; Kastendieck, M. (Hrsg): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Psychosozial Verlag: Gießen 17 – 24.
- Kastendieck, M. (1997): Erotik zwischen Frauenärztin und Patientin. In: Bauer, E.; Braun, M.; Hauffe, U.; Kastendieck, M. (Hrsg): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 1996. Psychosozial-Verlag: Gießen: 25 – 31.
- Kentenich, H.; Rauchfuß, M. (1997): Curriculum zur Vermittlung der Psychosomatischen Frauenheilkunde im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe. *Der Frauenarzt* 38: 381 – 386.
- Loewit, K.; Beier, K.M. (1998): Standortbestimmung der Sexualmedizin. *Sexuologie* 5: 49 – 64.
- Poluda-Korte, E. (1993): Der „lesbische“ Komplex. In: Alves EM (Hrsg): Stumme Liebe. Kore. Freiburg: 73.
- Rauchfuß, M. (1991): Co-habitation and chronic vaginal discharge. In: Nijs, P.; Leysen, B.; Richter, D. (Hrsg): Advanced Research in Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology Uitgeverij Peeters: Leuven: 119 – 128.
- Ringler, M. (1996): Sexuelle Probleme in der gynäkologischen Praxis. In: Rauchfuß, M.; Kuhlmeier, A.; Rosemeier, H.P. (Hrsg): Frauen in Gesundheit und Krankheit: Die neue frauenheilkundliche Perspektive. trafo verlag dr.weist. Berlin: 137 – 150.
- Schneider, G. (1982): Untersuchungen zur Sexualmedizin in der gynäkologischen Praxis. Sexualmedizinische Kenntnisse und Einstellungen zur Sexualität bei niedergelassenen Gynäkologen in Göttingen und Kassel. Med. Diss. Universität Göttingen.

Anschrift der Autorin

Dr. med. Martina Rauchfuß; Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité; Humboldt-Universität zu Berlin; Luisenstr. 57, 10117 Berlin

Die Behandlung der penilen Strangulation

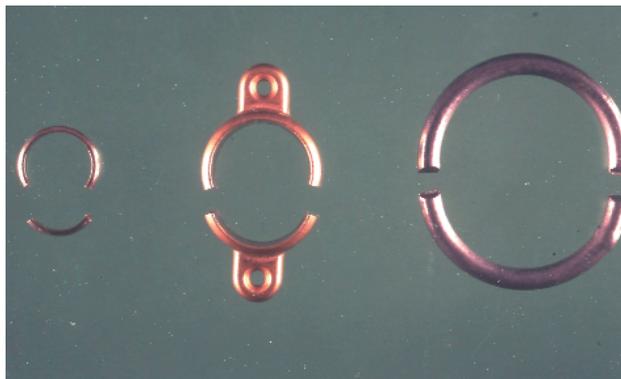
Management of Penile Strangulation

Frank G.E. Perabo, Gabriel Steiner, Peter Albers und Stefan C. Müller

Fallberichte

1. Fall: Ein 59 Jahre alter Mann wurde in der Notaufnahme mit Schmerzen und Schwellung des Penis vorstellig. Bei der Befragung gab der Patient an, daß er 3 Stunden zuvor seinen Ehering in autoerotischer Absicht über das Glied gestreift hätte (Abb. 1). Der strangulierende Ring konnte in Sedierung problemlos durch eine Beißzange entfernt werden. Nach Abklingen der ödematösen Schwellung des Penis und bei ungestörter Miktion konnte der Patient nach zwei Tagen stationärer Behandlung wieder nach Hause entlassen werden.

Abb. 1: Kollektion metallischer Ringe, welche von Penischäften entfernt wurden.
Links: Ehering, Mitte: Metallschelle, Rechts: Bullenring.



2. Fall: Ein 40 Jahre alter Klempner wurde in der Notaufnahme eingeliefert, wo er berichtete, das er am frühen Morgen eine Metallschelle über seinen Penis gestülpt hätte, welche er nun nicht mehr selbst entfernen könne (Abb. 1). Die Inspektion des äußeren Genitale zeigte eine festsitzende Metallhülse an der Basis des darüber aufgeschwollenen Penischaftes. Die Entfernung konnte ohne Sedierung durch eine Hand-Metallsäge vorgenommen werden.

3. Fall: Ein 67 jähriger Rentner stellte sich in der Klinik in emotionell aufgebrachten Zustand vor. Er berichtete, dass drei Tage zuvor in einem Homosexuellen-Club von 2 Bediensteten des Clubs ein Bullenring über seinen Hoden und Skrotum angelegt worden wäre. Sofort danach hätten Schmerzen und Schwellung eingesetzt. Er selbst habe über drei Tage frustan versucht diesen Ring zu entfernen. Die Inspektion ergab einen rostfreien Stahlring von 30 mm Weite und 5 mm Dicke, durch welchen das gesamte äußere Genitale gezogen war. Penis und Skrotum waren stark geschwollen und tiefrot (Abb. 1

und 2). Ein Harnverhalt bestand nicht. Beim Versuch der Entfernung erwiesen sich sowohl Beißzange als auch Stahlsäge als wirkungslos. Aus diesem Grund wurde die städtische Feuerwehr benachrichtigt und ein Feuerwehrmann mit einem Bolzenschneider angefordert. Schließlich konnte der Metallring in Narkose mit diesem Bolzenschneider erfolgreich entfernt werden (Abb. 3). Ein Spatel wurde unter den Ring geschoben um die Haut des Patienten vor akzidenteller Verletzung zu schützen. Der Patient erholte sich rasch und konnte zwei Tage später nach Abklingen des Penis- und Skrotalödems entlassen werden.



Abb. 2: Stahlring über Penis und Skrotum mit Strangulation des äußeren Genitale.



Abb. 3: Entfernung des Stahlringes mit einem Bolzenschneider.

4. Fall: Ein 36 Jahre alter Mann stellte sich in der regulären urologischen Sprechstunde vor und berichtete, dass er regelmäßig mit einem Hammerkopf masturbiere. Beim letzten Masturbationsversuch sei es jedoch anschließend unmöglich gewesen den Hammerkopf wieder vom Glied zu entfernen. Bei der Inspektion fand sich der ödematöse Penisschaft in der Stielöffnung eines massiven Hammerkopfes. Erneut wurde die städtische Feuerwehr verständigt, diesmal zeigte sich jedoch der Bolzenschneider nicht als einsetzbar. Zur Entfernung des Hammerkopfes wurde dann in Vollnarkose eine elektrische Hochgeschwindigkeits- Stahlsäge („Flex“) erfolgreich und ohne Komplikationen eingesetzt

(Abb. 4). Hierzu wurde die Haut des Penis und der benachbarten Körperteile mit einem Metallspatel und dicken Tüchern abgedeckt.

Abb. 4: Hammerkopf nach Entfernung vom Penischaft



5. Fall: Ein 47-jähriger Patient wurde mit starken Unterbauchschmerzen und Schmerzen im Penis in die Notaufnahme eingeliefert. Bei Befragung berichtete er, daß er sich einen abgeschnittenen Flaschenhals einer Plastikflasche über seinen Penis gestreift hätte (Abb. 5). Der Penis war grotesk geschwollen und der Patient hatte einen Harnverhalt. Als Erstmaßnahme wurde deshalb ein suprapubischer Katheter in die Harnblase eingelegt. Der Plastikflaschenhals konnte danach mühelos durch ein Skalpell entfernt werden. Der Ring hatte durch die Haut durchgeschnitten und eine lokale Ulzeration verursacht, die allerdings konservativ behandelt werden konnte. Ein Anhalt für eine urethrale Läsion ergab sich nicht. Die Wunde heilte später komplikationslos ab, die Spontanmiktion stellte sich nach Entfernung des Ringes wieder ein.

Bei allen Fällen wurde eine weiterführende fachärztliche Abklärung eingeleitet. Hierzu wurden die Patienten in psycho- oder sexualtherapeutische Betreuung überwiesen.

Abb. 5: Plastikflaschenhals auf einem stark geschwollenem Penis



Diskussion

Strangulierende Gegenstände welche am Penis angebracht werden stellen eine Herausforderung für den Urologen dar. Die verschiedenen metallischen und nicht-metallischen Objekte werden zur Masturbation oder zur Steigerung der sexuellen Leistungsfähigkeit verwendet. Vier von den fünf beschriebenen Fällen ereigneten sich in Bonn, dennoch handelt es sich um ein weltweites Phänomen. In der Literatur finden sich hierzu zahlreiche Berichte, die Verwendung des Eheringes zur Masturbation ist unseres Wissens nach jedoch noch nicht beschrieben worden. Die Behandlung der jeweiligen Notfälle variiert, abhängig vom Gegenstand der bei der Strangulation vorgefunden wird. So kommen normale Zangen (Snoy et al. 1984), die Beißzange (Osman et al. 1996), die Hand-Metallsäge (Kadioglu et al. 1995), und die elektrische Metallsäge (Greenspan 1982), Geräte aus Orthopädie oder Unfallchirurgie (McLaughlin & Coyner 1989), Hochgeschwindigkeitsbohrer (Huang 1997), die „Wickelmethode“ (Vahasarja 1993) oder die Peniskompression durch Paketschnur (Bucy 1968) zum Einsatz. Grundsatz der Behandlung ist die rasche Dekompression des Penis um einen freien Blutfluß und Miktion zu gewährleisten. Nachdem die Ringe oft über den nicht-erregierten oder semi-rigiden Penis gestreift werden kommt es dann bei der Erektion schnell zu ödematöser Schwellung mit nachfolgender Unmöglichkeit den Gegenstand wieder zu entfernen. Metallische Ringe rufen selten schwere mechanische Verletzungen hervor, aber können trotzdem zu gravierenden vasculären Komplikationen führen. Gangrän des Penis (Snoy et al. 1984) oder Harnröhrenverletzungen mit Fistelbildung (Kato et al. 1987) sind sehr seltene Komplikationen. Die Entfernung von strangulierenden Gegenständen vom Penis erfordert keine besondere Ausbildung, sondern Erfindungsreichtum um die Entfernung so einfach, effektiv und mit möglichst wenig Trauma durchzuführen. In manchen Fällen ist eine Sedierung hilfreich, nur wenige Patienten benötigen eine Vollnarkose. Bei allen Patienten ist elektiv eine weitere sexualmedizinische Beratung und ggf. Therapie empfehlenswert.

Literatur

- Snoy, F.J.; Wagner, S.A.; Woodside, J.R.; Orgel, M.G.; Borden, T.A. (1984): Management of penile incarceration. *Urology* 24: 18 – 20.
- Osman, M.; al Kadi, H.; al Hafi, R. (1996): Gangrene of the penis due to strangulation by a metallic ring. *Scand J Urol Nephrol* 30: 77 – 8.
- Kadioglu, A.; Cayan, S.; Ozcan, F.; Tellaloglu, S. (1995): Treatment of penile incarceration in an impotent patient. *Int Urol Nephrol* 27: 639 – 41.
- Greenspan, L. (1982): Tourniquet syndrome caused by metallic bands: a new tool for removal. *Ann Emerg Med* 11: 375 – 8.
- McLaughlin, T.; Coyner, W. (1989) Removal of a strangulating metal bearing from the penis. *J Urol* 141: 617.
- Huang, J.K.; Holt, D.; Philp, T. (1997): Penile constriction by foreign bodies: the use of a dental drill. *Br J Urol* 79: 801.
- Vahasarja, V.; Hellstrom, P.A.; Serlo, W.; Kontturi, M.J. (1993): Treatment of penile incarceration by the string method. *J Urol* 108: 1185 – 6.
- Bucy, J.G. (1968): Removal of strangulating objects from the penis. *J Urol* 99: 194 – 5.
- Kato, Y., Kaneko, S., Iguchi, M., Kurita, T. (1987): Strangulation of the penis by a ring. *Hinyokika Kyo* 33: 1672f.

Anschrift der Autoren

Dr. med. Frank Perabo, Dr. med. Gabriel Steiner, PD Dr. med. Peter Albers, Prof. Dr. med. Stefan C. Müller; Klinik und Poliklinik für Urologie; Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität; Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn

Häufigkeit und Symptome sexuellen Kindesmissbrauchs

Child sexual abuse: Prevalence and Symptoms

Hartmut A.G. Bosinski

Nachdem das Thema sexueller Missbrauch¹ jahrzehntelang öffentlich marginalisiert und von der Forschung weitgehend vernachlässigt war, ist es – nicht zuletzt durch die Aktivitäten der Frauenbewegung – seit Beginn der 80er Jahre zunehmend ins Licht sowohl der öffentlichen als auch der wissenschaftlichen Aufmerksamkeit gerückt: Wurden in der Zeit von 1971 bis 1982 (der umfassenden Literaturdatenbank PSYCLIT zufolge) lediglich 108 psychowissenschaftliche Artikel zu diesem Thema veröffentlicht, so waren es von 1983 bis 1988 schon 898, von 1989 bis 1993 bereits 1800 und von 1994 bis 1997 sogar 2076.

Dieser immense Publikationsanstieg macht es dem Einzelnen zwar mittlerweile beinahe unmöglich, die methodische, quantitative und qualitative Vielfalt der Arbeiten zu überschauen, hat aber den unabweisbaren Vorteil, dass unser Wissen zu dieser „dunklen Seite“ der Sexualität und Geschlechterverhältnisse um einiges differenzierter geworden ist.

Die gewachsene Aufmerksamkeit für Probleme des sexuellen Missbrauchs erweist sich indes als nicht ganz unproblematisch: Nicht nur, dass die Medien in teilweise voyeuristischer Manier das Thema unangemessen skandalisieren; auch im Bereich der wissenschaftlichen und therapeutischen Bearbeitung ist ein gewisser Wildwuchs selbsternannter Helfer und Experten unübersehbar. Ernst (1997) ist zuzustimmen, wenn sie feststellt:

„Spezifisch sind [...] die Brisanz und der Skandalcharakter des Themas, ein verbreitetes Pseudowissen, die Vereinnahmung durch die Medien, die Politik und die politische Korrektheit und damit die Gefahr der aufgeblähten Prävalenzen und der dramatisierten Folgeschäden. Eine solche Banalisierung des sexuellen Missbrauchs im Kindesalter schadet schließlich niemandem in höherem Maße als seinen wirklichen Opfern (69).“

Die aus dieser Situation resultierenden Unsicherheiten betreffen vor allem zwei Bereiche: Zum einen die Häufigkeitsangaben, wobei gelegentlich der Eindruck entsteht, sexu-

¹ Der von uns – nicht zuletzt wegen der Festschreibung im Strafgesetzbuch (§§ 176, 176a,b StGB) – verwendete Begriff „sexueller Kindesmissbrauch / sexueller Missbrauch von Kindern“ ist gelegentlich kritisiert und durch den Terminus „sexuelle Misshandlung“ ersetzt worden, da er einen „sexuellen Gebrauch von Kindern“ insinuiert und überdies das Opfer verdinglicht. Diese Sicht erscheint in mehrfacher Weise problematisch: Zum einen können und werden Menschen – leider – zu verschiedensten (politischen, religiösen u.a.) Zwecken missbraucht, und zwar um so mehr, je weniger ihnen das Merkmal der selbstbestimmten und informierten Autarkie und Autonomie fehlt (was ja den Status des Kindes kennzeichnet). Zum zweiten gibt es durchaus einen Gebrauch, den Kinder selbst von der Sexualität (mit sich selbst oder auch mit anderen Kindern) machen; ihnen dies abzusprechen, wäre fatal und könnte die ungestörte sexuelle Entwicklung ebenfalls erheblich gefährden. Und drittens ist der Begriff Misshandlung bezogen auf gravierende und körperlich verletzende Angriffe auf das Kind mit andauernden körperlichen Folgeschäden, was zwar bei sexuellem Kindesmissbrauch vorkommt, jedoch keinesfalls die Regel ist.

eller Kindesmissbrauch sei ein permanent zunehmendes, beinahe ubiquitäres Phänomen. Und zum zweiten die Symptomatik stattgehabten sexuellen Kindesmissbrauchs, was dann gelegentlich auch zu Unsicherheiten in foro führt, wenn es um Fragen der Beweisbarkeit geht.

Epidemiologie

Abhängig von der Begriffsbestimmung (eng vs. weit), der Erhebungsmethode (anonym vs. personal), der Altersvorgabe (konkret vs. allgemein) sowie der untersuchten Stichprobe (klinisch vs. nicht-klinisch) werden in der Literatur extrem divergierende Prävalenzzahlen des sexuellen Kindesmissbrauchs genannt, die von 5% bis 40% reichen (s. i. Überblick Ernst 1997, Finkelhor 1997).

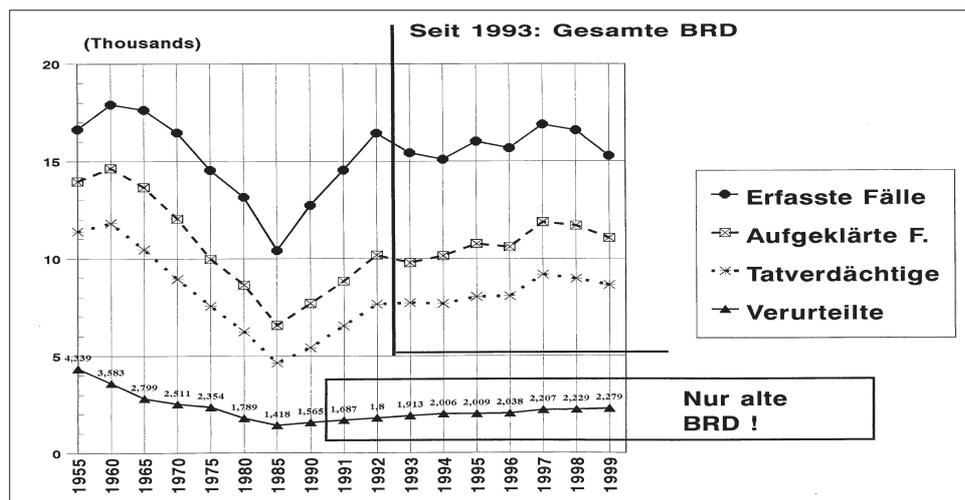
Angaben zur Häufigkeit sexuellen Kindesmissbrauchs können sich im wesentlichen auf zwei Quellen stützen:

- Die lediglich das absolute Hellfeld ausleuchtende jährliche Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), welche polizeilich gemeldete sowie aufgeklärte Fälle und ermittelte Tatverdächtige erfasst sowie die – mit zweijähriger Verzögerung erscheinende, aktuell somit für 1999 vorliegende – Strafverfolgungsstatistik (SVS) (die sich unverständlicherweise immer noch auf die alten Bundesländer und Gesamtberlin beschränkt).
- Die retrospektive Befragung möglichst repräsentativer Stichproben über erlebte sexuelle Missbrauchshandlungen.

In der Zusammenschau ermöglichen beide Erkenntnisquellen die Abschätzung des Dunkelfeldes (d.h. des Verhältnisses von anzeigten Taten zu insgesamt vorkommenden Taten).

zu a) Als Vorteil der PKS erweist sich, dass sie einen Vergleich über einen längeren Zeitraum ermöglicht. Wie Abbildung 1 zeigt, kann von einer gravierenden Zunahme zumindest der polizeilich ermittelten sexuellen Missbrauchsdelikte an Kindern in Deutschland nicht die Rede sein.

Abb. 1: Sexueller Kindesmissbrauch: Anzeigen, erm. Tatverdächtige, Verurteilte 1955-1999



zu b) Schon Kinsey (1953) hatte in seiner Befragung zum sexuellen Verhalten der Frau unter 4.441 Frauen in den USA 1.075 (=24%) ermittelt, die vor ihrer Menarche sexuelle Annäherungen durch einen über 15jährigen Jungen/Mann, der mindestens fünf Jahre älter war als sie, erlebt hatten. Von diesen 1.075 Frauen berichteten 9% über eine „bloße Annäherung“, 52% über die Entblößung männlicher Genitalien, 31% über Streicheln ohne genitale Kontakte, 22% über Manipulation an den weiblichen und 5% über solche an den männlichen Genitalien, je ein Prozent über aktive oder passive oral-genitale Kontakte und 3% über Koituserlebnisse.

In Deutschland stammt die diesbezüglich umfassendste Studie von Wetzels (1997): Der Autor befragte 1992 mittels (vom Untersucher versiegelt abgeholter) Fragebögen (Rücklaufquote: 98,2%) 3.289 Personen im Alter zwischen 16 und 59 Jahren. Die Stichprobe war für die Bevölkerung der BRD repräsentativ und umfasste 1.604 Männer und 1.685 Frauen. 74,8% der Befragten kamen aus den alten und 25,2% aus den neuen Bundesländern. Der Autor befragte zu – genau definierten – sexuellen Missbrauchserfahrungen, weiterhin zum Erleben physischer Gewalt durch die Eltern sowie zur Konfrontation mit elterlicher Partnergewalt in der Kindheit.

Bei Anwendung einer engen Definition sexuellen Missbrauchs (nur Delikte mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr durch erwachsene Täter) fand Wetzels eine Prävalenzrate von 8,6% für Frauen und 2,8 % für Männer. Bei Verwendung der weitesten Definition lagen diese Raten bei 7,3% für Männer und 18,1% für Frauen. Diese häufigere Viktimisierung von Mädchen als von Jungen (ca. 4:1) ist im übrigen in allen einschlägigen Untersuchungen beschrieben worden.

Legt man diese Zahlen zugrunde – die im übrigen den Angaben anderer Untersuchungen mit seriöser Methodik nahekommen –, so kann man bei einer jährlichen Geburtenzahl von ca. 700.000 Kinder pro Jahr von ca. 70.000 bis maximal 100.000 neuen Fällen sexuellen Kindesmissbrauchs ausgehen. Eine erschreckend hohe Zahl, die zwar weitentfernt ist von den immer wieder in den Medien „gehandelten“ 300.000 bis 400.000 Fällen (die jeglicher Grundlage entbehren), die aber eine Dunkelzifferschätzung von ca. 1: 5 nahelegt, d.h. auf ein gemeldetes Delikt kommen fünf nicht gemeldete.

Die Daten von Wetzels enthalten auch einen Hinweis auf die Gründe für diese hohe Dunkelziffer: Ca. ein Drittel der Taten ereignen sich im familiären Nahraum, aus dem heraus bekanntermaßen wesentlich seltener Anzeigen erstattet werden. Dies entspricht auch anderen Untersuchungen und klinischen Erfahrungen, wobei dies insbesondere jene Taten sind, die lang anhielten und durch massive (penetrative) Übergriffe gekennzeichnet waren.

Wetzels konnte im übrigen auch zeigen, dass Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs zu einem Drittel auch Opfer elterlicher physischer Misshandlung wurden, womit diese Rate ca. dreimal höher ist als die der nicht sexuell Missbrauchten. Ferner waren 45% der Missbrauchsoffer in ihrer Kindheit auch mit physischer Gewalt in der Beziehung des Elternpaares konfrontiert, eine Rate, die doppelt so hoch ist wie die der nicht sexuell missbrauchten Personen. Diese Befunde sind besonders bedeutsam für die Bewertung der Auswirkungen sexuellen Kindesmissbrauchs. Sie deuten aber auch auf ein Problem, dass – bei aller dringend gebotenen Aufmerksamkeit für den sexuellen Kindesmissbrauch – gelegentlich aus dem Blick zu geraten droht, und das Wetzels (1997: 105) angemessen wie folgt beschreibt:

„Die Fixierung auf den Aspekt des Sexuellen erscheint jedenfalls in der Auseinandersetzung um Gewalt gegen Kinder eher medialen voyeuristischen Tendenzen Genüge zu tun als dass sie den vorfindlichen Problemkonstellationen entspräche. Sexueller Kindesmissbrauch ist eine verbreitete und gravierende Form der Gewalterfahrung in der Kindheit, aber eben nur eine. Die multiple Viktimisierung scheint eher die Regel als die Ausnahme zu sein. Zudem kommt rein quantitativ der körperlichen Misshandlung offenbar ein höherer Stellenwert zu, was in dieser Debatte schnell in Vergessenheit geraten könnte.“

Diagnostik sexuellen Kindesmissbrauchs – Symptome und Frühfolgen

Als Delikt ohne fremde Zeugen und bei häufig eingeschränkter Aussagefähigkeit der minderjährigen Opfer – die durch Alter und psychomentalen Entwicklungsstand des Kindes, aber auch durch den Grad der Einschüchterung, speziell bei innerfamiliärem Missbrauch, erheblich beeinflusst wird – kommt der Erhebung und angemessenen Einordnung körperlicher und psychischer Befunde eine zentrale Rolle beim Nachweis eines sexuellen Kindesmissbrauchs zu. Die Problematik der Beweissicherung wird dadurch kompliziert, dass die umgehende Vorstellung eines akut missbrauchten Kindes eher bei Delikten durch Fremdtäter, deutlich seltener aber beim – oft unbemerkt verlaufenden oder auch verschwiegenen – innerfamiliären Missbrauch erfolgt.

Hinsichtlich der körperlichen Symptome hat Wachter (1999) pointiert formuliert, dass einzig der „Spermanachweis und die Bissspur im Genitalbereich“ *beweisend* für einen sexuellen Missbrauch seien. Extragenitale Hämatome, Kratzspuren oder Würgemale können Hinweise auf körperliche Misshandlung sein, sind jedoch keinesfalls spezifisch für ein sexuelles Missbrauchsgeschehen. Ebenso schwierig ist die Interpretation analer Befunde: Ein klaffender Anus und Schleimhautverletzungen in der Ampulle recti können beispielsweise auch durch eine Koprostase (insbesondere bei neurologisch vorgeschädigten Kindern) bedingt sein, wie umgekehrt auch bei analer Penetration nicht zwangsläufig Spuren auffindbar sein müssen.

Als besonders problematisch erweist sich die Würdigung genitaler und hymenaler Befunde bei Mädchen: Sie sollte deshalb einer forensisch erfahrenen Kindergynäkolgin vorbehalten bleiben. Diese muss nicht nur mit dem Untersuchungsgang (Gesprächsführung, spezielle Lagerungstechniken etc.) und dem Beweissicherungsprozedere (fotografische und schriftliche Befunddokumentation, Asservierung von Abstrichmaterial etc.), sondern zumal mit den anatomischen Varietäten des Hymens (Hymen anularis, Hymen semilunaris etc.) und den krankheitsbedingten Veränderungen des kindlichen Genitales (insbesondere unspezifische Vulvovaginitis, Parasitenbefall, Lichen sclerosus etc.) vertraut sein, die leicht zu Verwechslungen mit einem Penetrationsbefund Anlass geben können (s. Abb. 2 – 7). „Beweisende“ Defektgrößen des Hymens gibt es nicht. Gleichzeitig sollte stets beachtet werden: Auch fehlende Genitalveränderungen schliessen ein Missbrauchsgeschehen nicht zwingend aus.

Ist schon die somatische Diagnostik eines sexuellen Kindesmissbrauchs mit einer Reihe von Unwägbarkeiten belastet, so gilt dies erst recht für die Bewertung psychischer und verhaltensmäßiger Entäußerungen im Kindesalter: Jenseits der klaren Angabe eines Kindes kann letztlich nur festgestellt werden, dass Kinder auf sexuellen Missbrauch mit jenen unspezifischen Verhaltensauffälligkeiten reagieren, die sie auch als Reaktion auf andere psychische Traumata entwickeln (s. Tab. 1).

Abb. 2 –7: Verschiedene Vaginalbefunde im Kindesalter. Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Frau Dr. Heinz und dem Deutschen Ärzte-Verlag, (Heinz 1994: 41f, 54)



▲ Unspezifische bakterielle Vulvovaginitis bei Hymen bifenestratus, 5 Jahre (Coli, Enterokokken)



▲ Unspezifische bakterielle Vulvovaginitis, 13 Jahre (Coli, Enterokokken)



▲ Unspezifische bakterielle Vulvovaginitis, 6 Jahre (Proteus, Coli)



▲ Akute Mykose, 10 Jahre (Candida albicans)



▲ Vaginale Blutung bei Vulvovaginitis, 8 Jahre



▲ Genitale Blutung nach Sexualdelikt, Verletzung von Hymen und Damm, 8 Jahre

Tab. 1: Mögliche (!) verhaltensmässige Frühfolgen bzw. Hinweise auf sexuellen Kindesmissbrauchs

Unspezifisch	Hochgradig verdächtig	Spezifisch
<p>Altersabhängig:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diffuse Leibbeschwerden ohne morphologisches Korrelat ▶ Essstörungen (↑ u. ↓) ▶ Schlafstörungen ▶ Verlassensängste u. „Anklammerungsattacken“, aber auch Kontaktabweisung ▶ Verhaltensregression (Einnässen, Einkoten) ▶ Konzentrationsstörungen ▶ Schulleistungen ↓ ▶ Verhaltensauffälligkeiten verschiedener Ausprägungsart, bei Jungen eher externalisiert, d.h. (auch sexuell) aggressiv bis delinquent, umtriebig, bei Mädchen eher internalisiert (depressiv, devot, autoaggressiv [„Schnibbeln“] bis hin zu Suizidversuchen) ▶ Depressionen 	<p>„Sexualisiertes Verhalten“ im Kindesalter</p> <p>Cave: Normales Sexualwissen u. Sexualverhalten im Kindesalter empirisch kaum gesichert!</p>	<p>Nicht bekannt</p>

Dabei ist zu beachten, dass diese unspezifischen Verhaltensäußerungen sich keinesfalls zwingend auf sexuelle Übergriffe zurückzuführen lassen. Die Fehldeutung derartiger Verhaltensweisen als „Beweis“ für stattgehabten Missbrauch, ohne weitere Berücksichtigung der Besonderheiten des Kindes, seiner spezifischer Äußerungen, seines familiären und sonstigen Umfeldes usw. kann ebensolchen Schaden wie das Übersehen eines tatsächlichen Missbrauchs anrichten. Dies haben mehrere spektakuläre Prozesse leidvoll gezeigt, in denen aufgrund haltloser Anschuldigungen und obsessiver Überzeichnungen willkürlich gewählter „Symptome“ durch selbsternannte „Helfer und Experten“ Familien zerrissen und Kinder traumatisiert wurden (s. Rutschky & Wolff 1994). Es muss deutlich darauf hingewiesen werden, dass es ein spezifisches „*Post-Sexual-Abuse-Syndrome*“ nicht gibt!

Vorsicht ist insbesondere geboten bei den Deutungen von Kinderzeichnungen oder des Spiels mit anatomisch korrekten Puppen (s. Greuel 1997). Diese können zwar eine hilfreiche Ergänzung sein bei der Exploration eines Kindes, bei dem zuvor gemachte Äußerungen und Hinweise einen Missbrauchsverdacht dringend nahelegen; die spontane Zeichnung eines Kindes, ein (sich schon materialtechnisch anbietendes) spielerisches „Zusammenstecken“ derartiger Puppen *allein* als Hin- oder gar Beweis für einen Missbrauch zu deuten, scheint eher Ausdruck einer obsessiven Phantasie des Beobachters als einer tatsächlich am Kindeswohl orientierten Grundhaltung zu sein.

Auch die Bewertung des in der Literatur immer wieder als hochgradig verdächtig, gewissermaßen als pathognomonisches Symptom beschriebenen, „sexualisierten Verhaltens“ erweist sich als problematisch. Beitchman und Mitarbeiter (1991) verstehen darunter, „sexualisiertes Spiel mit Puppen, Einführen von Gegenständen in den After oder die Vagina, exzessives oder öffentliches Masturbieren, verführerisches Verhalten, Ersuchen um sexuelle Stimulation von Erwachsenen oder anderen Kindern und altersunangemessenes sexuelles Verhalten“.

Die Beurteilung eines Verhaltens als abweichend setzt aber voraus, dass man über genügend Kenntnisse zum normalen sexuellen Verhalten im Kindesalter verfügt. Davon kann jedoch in Anbetracht der desolaten Forschungslage in diesem Bereich (die im übrigen fataler Weise mit der Angst der Forscher vor einem etwaigen Missbrauchsvorwurf begründet wird!) nicht ansatzweise die Rede sein. Volbert (1997), die den (insgesamt dürftigen) Forschungsstand analysiert, weist darauf hin, dass auch seltene sexuelle Verhaltensweisen von Kindern nicht zwingend auf ein Missbrauchserleben zurückzuführen sind. Sie rät zur Verlaufs-Beobachtung und diskreten Abklärung etwaiger Hintergrundbedingungen und schreibt:

„Besonders zu warnen ist davor, jede sexuelle Verhaltensäußerung von Kindern als erklärungsbedürftig und möglichen Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch zu erachten. Dies kann in der Konsequenz nicht nur zur Suggestion einer Aussage über einen sexuellen Missbrauch führen, sondern tangiert sicherlich auch in negativer Weise die weitere Sexualentwicklung des Kindes.“ (395)

Aus eigenen Untersuchungen zum Sexualwissen im Vorschulalter (Bosinski 1989) können wir dies nur bestätigen. Nach unseren Ergebnissen sollten allerdings im Vorschulalter (!) detaillierte Kenntnisse koitaler Vollzüge im Verein mit der Verwendung von – in dieser Altersstufe (nicht aber im Grundschulalter!) noch sehr unüblichen – Vulgärausdrücken sowie gehäuften Nachahmungen erwachsener sexueller Handlungen Anlass zur dezenten Ansprache der familiären Hintergrundbedingungen mit den Eltern sein, ohne allerdings sogleich in Panik zu verfallen.

Resümee

Der sexuelle Kindesmissbrauch stellt eine zwar nicht exorbitant zunehmende, gleichwohl aber in Häufigkeit (ca. 10 % aller Mädchen und 4 % aller Jungen) und möglichen Auswirkungen (s. Bosinski 1997; Beier et al. 2001: 408 ff) ernstzunehmende Belastung kindlicher Entwicklung dar. Angesichts der partiellen Unwägbarkeiten und Unsicherheitsfaktoren sollte im Interesse der Kinder, aber auch der rechtlich einwandfreien Beurteilung von Verdächtigten, die somatische und psychische Diagnostik etwaiger Missbrauchsfolgen forensisch erfahrenen, optimalerweise auch sexualmedizinisch ausgebildeten Kindergynäkologinnen und forensischen Psychologen vorbehalten sein, die sich auf dem jeweils aktuellen Stand des Wissens primär der Wahrheitsfindung verpflichtet fühlen. Da deren Zahl mutmaßlich noch gering ist, wäre – ähnlich wie bei der spezialärztlichen Behandlung besonderer Krankheitsbilder – die Bildung von Kompetenz- oder Schwerpunktzentren zu erwägen, auf die im konkreten Falle zurückgegriffen werden kann.

Literatur:

- Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G.; Hartmann, U.; Loewit, K. (2001): Sexualmedizin – Grundlagen und Praxis. München: Urban & Fischer.
- Beitchman, J.H.; Zucker, K.J.; Hood, J.E.; DaCosta, G.; Akman, D. (1991): A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 15: 537 – 556.
- Bosinski, H.A.G. (1989): Zum aktuellen Stand der Geschlechtererziehung im Vorschulalter. *Zeitschr Ärztl Jugendkde* 80: 290 – 297.
- Bosinski, H.A.G. (1997): Sexueller Kindesmißbrauch: Opfer, Täter und Sanktionen. *Sexuologie* 4: 27 – 88.
- Ernst, C. (1997): Zu den Problemen der epidemiologischen Erforschung des sexuellen Mißbrauchs. In: Amann, G.; Wipplinger, R. (Hrsg.) Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen: dgvt-Verlag: 55 – 71.
- Finkelhor, D. (1997): Zur internationalen Epidemiologie von sexuellem Mißbrauch an Kindern. In: Amann, G.; Wipplinger, R. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen: dgvt-Verlag: 72 – 85.
- Greuel, L. (1997): Anatomische Puppen – Zur Kontroverse um ein diagnostisches Hilfsmittel. In: Amann, G.; Wipplinger, R. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen: dgvt-Verlag: 370 – 384.
- Heinz, M. (Hg.): Kinder- und Jugendgynäkologie in Sprechstunde und Klinik. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kinsey, A.C.; Pomeroy, W.B.; Martin, C.E.; Gebhard, P.H. (1953): Sexual behavior in the human female. Philadelphia: Saunders.
- Rutschky, K.; Wolff, R. (Hrsg.) (1994): Handbuch sexueller Mißbrauch. Hamburg: Ingrid Klein Verlag.
- Volbert, R. (1997): Sexuelles Verhalten von Kindern: Normale Entwicklung oder Indikator für sexuellen Mißbrauch. In: Amann, G.; Wipplinger, R. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen: dgvt-Verlag: 385 – 398.
- Wachter, I. (1999): Gynäkologische Befunde bei sexuell mißbrauchten Mädchen. Vortrag auf der 6. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin, Kiel, 13. – 15. Mai 1999.
- Wetzels, P. (1997): Prävalenz und familiäre Hintergründe sexuellen Kindesmißbrauchs in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. *Sexuologie* 4: 89 – 107.

Anschrift des Autors

PD Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle; Universitätsklinikum der Christian-Albrechts-Universität; Arnold-Heller-Str. 12; 24105 Kiel
mail: hagbosi@sexmed.uni-kiel.de

**25. Fortbildungstage für Sexualmedizin und Psychosomatik zugleich
8. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin
Dresden, 24. – 26. Mai 2001**

Weitere Informationen über das Kongressbüro
Prof. Dr. med. H.-J. Vogt
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der TU München;
Biedersteiner Str. 29, 80802 München
Fax: 089/4140-3127

**18. Andrologie – Fortbildungstage 15/16 Juni 2001 in Jena
Urologische Universitätsklinik und Abteilung Andrologie der Klinik für Dermatologie und
Dermatologische Allergologie Jena**

Themen: Operationstechniken in der Andrologie, Fertilitätsdiagnostik und -therapie, erektile Dysfunktion und Therapie

Kontakt: Prof. Dr. G. Schreiber, Klinik für Dermatologie und Dermatologische Allergologie
Erfurter Gasse 35, 07743 Jena
Tel. 03641/937338, Fax - 937315, mail: gerhard.schreiber@derma.uni-jena.de

**VI LATIN AMERICAN CONGRESS ON SEXUAL IMPOTENCE
VI Brazilian Congress on Sexual Impotence
June 13 through 16, 2001
Sheraton Hotel Rio de Janeiro – Brazil
Information: www.slairio2001.com.br**

**History of Sexuality for the European Social Science History Conference,
The Hague (Netherlands), 27 February – 2 March 2002**

Call for Papers Deadline: 2001-03-01

On 27 February - 2 March 2002 the fourth European Social Science History Conference will take place in The Hague, the Netherlands. The ESSHC brings together scholars interested in explaining historical phenomena using the methods of the social sciences, and is characterized by a lively exchange in many small groups, rather than formal plenary sessions. The Conference is organised in a large number of networks covering specific topics (e.g. criminal justice, family, social inequality, economics).

Further information: on the ESSHC is available from the conference web site at <http://www.iisg.nl/esshc>. Sessions and papers on the History of Sexuality can be proposed to the network, Lesley Hall (lesleyah@primex.co.uk). Papers, or complete panels (2-3 speakers, commentator, and chair) would be welcomed. Topics could include historical perspectives on (the following should be regarded as suggestions rather than limitations!): heterosexual relations: pre-marital (illegitimacy, courtship), marital, extramarital (adultery, divorce); same-sex relations; masturbation; prostitution; sexually transmitted diseases; abortion, birth control; sex education; moral reform organisations; legal regulation of sexual behaviour; medical views; sexual science; pornography; censorship; subcultures; 'perversions'/paraphilias; sexual violence.

To propose a paper: pre-register through the conference website, indicating 'Sexuality' as your network of preference. To propose a panel session: pre-register for 3 or 4 participants with full names and addresses of all paper-givers, and of a chair and/or commentator. Roundtable discussions e.g. of significant recent developments in the historiography of the subject, would also be welcomed.

Contact information: Lesley Hall, 76 Tytherton Road, London N19 4QA, England UK

Day time phone: 44 020 7611 8483

Fax: 44 020 7611 8703, Email: lesleyah@primex.co.uk