

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

## PSYCHOPATHOLOGIE 9

***Psychiatrische Krankheitslehre 9: Störungen der Sexualität – Sexuelle Variationen (Paraphilien) – Exhibitionismus – Fetischismus – Pädophilie – Transvestitismus – Voyeurismus – Frotteurismus – Kleptomanie mit sexueller Komponente – Sadismus/Masochismus – Sodomie – Erotophonie – weitere Formen sexueller Devianz – Inzest und sexueller Missbrauch in Kindheit – intrafamiliärer sexueller Missbrauch – extrafamiliärer sexueller Missbrauch – Übergang zu aggressiven Sexualdelikten – Transsexualität – sexuelle Funktionsstörungen: sexuelle Appetenz – Hyposexualität, Asexualität – sexuelle Stimulation – aktuelle Diskussionsaspekte – Untersuchungsgang***

Das Sexualverhalten des Menschen ist ein komplexes biologisches, psychologisches und soziologisches Phänomen. So können auch Sexualstörungen verschiedene Formen, Ursachen und Hintergründe haben. Dabei spielt auch die jeweilige zeit-geprägte gesellschaftliche Einstellung eine Rolle. Dazu eine komprimierte Übersicht und am Schluss wieder der Untersuchungsgang, mit entsprechender Problemstellung und therapeutischen Empfehlungen.

### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Sexualität – Geschlechtsbewusstsein – sexuelle Partnerorientierung – Geschlechtsverlangen – Libido – Geschlechtsverhalten – sexuelle Variationen – Paraphilien – sexuelle Deviation – sexuelle Perversion – sexuelle Delinquenz – Exhibitionismus – Fetischismus – Pädophilie – Transvestitismus – Travestie – Transsexualität – Voyeurismus – Voyeurium – Frotteurismus – Kleptomanie – Stehlsucht – Diebstahl und sexuelle Erregung – Sadismus – Masochismus – Automasochismus – Sodomie – Zoophilie – Erotophonie – Gerontophilie – Nekrophilie – Koprophilie – Koprophagie – Urolagnie – Inzest – sexueller Missbrauch – intrafamiliärer sexueller Missbrauch – extrafamiliärer sexueller Missbrauch – Transsexualität – Geschlechtswechsel-Wunsch – Cross-dressing

– Intersexualität – sexuelle Funktionsstörungen – sexuelle Appetenz – Hypersexualität – Hyposexualität – Asexualität – Anerotik – Alibidinie – Erektionsstörungen – Impotentia erigendi – Dyspareunie – Vaginismus – Scheidenkrampf – vorzeitiger Orgasmus – Ejaculatio praecox – Impotentia ejaculandi – Ejakulation ohne Orgasmus – Anorgasmie – nach-orgastische Reaktion – Transmann – Transfrau – nicht binär – Queer – Untersuchungsgang – u. a. m.

## STÖRUNGEN DER SEXUALITÄT

Die *Sexualität* umfasst das Geschlechtsbewusstsein (vom eigenen und anderen Geschlecht), die sexuelle Partnerorientierung (Homo-, Bi- und Heterosexualität), das Geschlechtsverlangen (sexueller Drang, Libido) und das Geschlechtsverhalten (kopulatives Verhalten).

Am Sexualverhalten des Menschen sind biologische, psychologische und soziologische Faktoren beteiligt. Es genügt deshalb nicht, nur einen einzigen Aspekt herauszugreifen und zur Wertung heranzuziehen. Einen großen Einfluss haben z. B. die jeweils gültigen gesellschaftlichen Sexualnormen. Ein Beispiel ist die Einstellungsänderung gegenüber der Sexualität in den letzten Jahrzehnten, die zu wesentlichen Veränderungen im Sexualverhalten geführt hat. Den Einfluss psychologischer Faktoren auf die Sexualität erkennt man vor allem an ihren Störungen.

Sexualität ist nur eine Dimension zwischenmenschlicher Beziehung. Alle Sexualstörungen können Ausdruck einer Beziehungsstörung über den sexuellen Bereich hinaus sein.

Man unterscheidet zwischen sexuellen Funktionsstörungen (siehe dort und die Fachliteratur) und Störungen, bei denen das sexuelle Interesse auf unübliche Ziele gerichtet ist, vor allem auf 1. ungewöhnliche (abnorme) Sexualobjekte sowie 2. ungewöhnliche (abnorme) Sexualpraktiken. Dabei hat der Begriff „abnorm“ keine moralische Wertung, sondern steht im Sinne von abnorm = nicht der (derzeitigen) gesellschaftlichen Norm entsprechend. Zu den

1. *ungewöhnlichen (abnormen) Sexualobjekten* gehören beispielsweise Pädomphilie, Gerontophilie, Sodomie, Nekrophilie, Fetischismus usw.
2. Zu den *ungewöhnlichen (abnormen) Sexualpraktiken* zählt man z. B. Sadismus, Masochismus, Voyeurismus, Exhibitionismus, Frotteurismus, Transvestitismus u. a.

Für diese Störungen gibt es bisher keinen einheitlichen Überbegriff. In der angloamerikanischen Literatur spricht man von *Paraphilien*, in der deutschsprachigen von *sexuellen Deviationen*, *sexuellen Variationen*, *Paraphilien* oder *Störungen der Sexualpräferenz* (ICD-10).

## SEXUELLE VARIATIONEN (PARAPHILIEN)

Letztlich gibt es keine scharfe Grenze zwischen „normaler“, „üblicher“ sowie „abnormer“, devianter Sexualität. Es sind vor allem die soziokulturellen Normen, die die Grenzen setzen - und immer häufiger gewissen Beurteilungsschwankungen unterworfen sind. Auf jeden Fall sind sie in verschiedenen Völkern recht unterschiedlich. Nicht jedes zunächst deviant anmutende Sexualverhalten ist tatsächlich generell, d. h. überkulturell „abnorm“. Auch hier sind die Grenzen fließend.

### Definitionen

Es gibt keine allgemein akzeptierten, einheitlichen Definitionen im Bereich sexueller Variationen. Nachfolgend deshalb einige Vorschläge, die sich vor allem an der Praxis orientieren:

Eine *sexuelle Deviation (Paraphilie)* ist ein Sexualverhalten, das auf ein unübliches Sexualobjekt gerichtet ist oder eine unübliche Art sexueller Stimulierung anstrebt.

Es ist jedoch sehr verbreitet, Phantasien mit unüblichen sexuellen Inhalten zu haben und gelegentliche unübliche sexuelle Handlungen zu begehen. Das ist noch keine Paraphilie. Davon spricht man erst, wenn solche Phantasien und Handlungen das deutliche Übergewicht oder eine entsprechende Ausschließlichkeit erreicht haben und der Patient darauf fixiert ist.

In der Paraphilie ist das sexuelle Verhalten vorwiegend stereotyp und ritualisiert. Der Deviante erreicht einen sexuellen Höhepunkt nur, wenn er seine sexuelle Abweichung durchleben kann, in der Vorstellung oder in der Realität. Der Partner wird meistens zum Objekt; seine individuellen Bedürfnisse sind zweitrangig. Vom Partner wird erwartet, dass er eine bestimmte Rolle spielt, er darf nicht er selbst sein. Der Deviante bestimmt das sexuelle Ritual.

Eine *sexuelle Perversion* ist die fortschreitende zwanghafte Verlaufsform einer sexuellen Deviation (Paraphilie).

Eine *sexuelle Delinquenz* ist eine Handlung gegen die sexuelle Selbstbestimmung des Partners, unabhängig davon, ob sie mit einer sexuell devianten Praktik einhergeht oder nicht.

## Klassifikationen

Sexuelle Deviationen sind keine abgrenzbaren Einheiten, die mit einer jeweils typischen Persönlichkeitsauffälligkeit einhergehen, wie früher angenommen wurde. Sie treten auch häufig nicht isoliert auf, sondern kombiniert mit anderen sexuellen Verhaltensabweichungen. Nachfolgend die wichtigsten sexuellen Deviationen in jener Häufigkeits-Reihenfolge, wie die Betroffenen Praxis oder Poliklinik aufsuchen (was noch nichts aussagen muss über die Häufigkeit dieser Störungen in der Allgemeinbevölkerung):

1. Exhibitionismus, 2. Fetischismus, 3. Pädophilie, 4. Transvestismus, 5. Voyeurismus, 6. Frotteurismus, 7. Kleptomanie, 8. Sado-Masochismus, 9. Sodomie, 10. Erotophonie.

Im Einzelnen:

### • EXHIBITIONISMUS

*Exhibitionismus* ist die sexuelle Erregung durch (meist anonymes) Zurschaustellen der Genitalien gegenüber anderen Menschen, größtenteils des anderen Geschlechts. Vorwiegend Männer jüngeren und mittleren Alters. Das Exhibieren älterer Männer ist eher als Zeichen (hirnorganisch bedingter) sexueller Enthemmung zu verstehen. In der Regel geht es darum, eine Frau zu überraschen. Mitunter auch der Wunsch, das Opfer müsse fasziniert aus der Distanz z. B. bei der Masturbation zuschauen. Fortschreitende Verlaufsformen im Sinne einer Perversion (s. o.) sind selten. Die Betroffenen führen gar nicht so selten ein sozial unauffälliges Eheleben in sogar stabilen Ehen.

Daneben gibt es den Exhibitionismus bei instabilen, sozial wenig integrierten Persönlichkeiten und gelegentlich bei chronisch Schizophrenen.

Abzugrenzen vom Exhibitionismus im eigentlichen Sinne ist ein ähnliches Verhalten *minderbegabter Personen*, die aufgrund nicht erlernten Umganges mit der Sexualität durch das Zurschaustellen des Genitalbereiches sexuellen Kontakt mit einem Partner aufnehmen wollen und nicht bereits durch diese Handlung allein sexuelle Befriedigung erlangen, wie der eigentliche Exhibitionist. Ihnen fehlt auch die von Exhibitionisten häufig beschriebene Einengung des Bewusstseins im Augenblick der sexuellen Handlung. Für Exhibitionisten ist auch die meistens gewährte Anonymität von großer Bedeutung, während der exhibierende Minderbegabte durch seine Handlung Kontakt sucht.

## • FETISCHISMUS

*Fetischismus* ist die sexuelle Erregung und Befriedigung durch Ersatzobjekte, d. h. bestimmte Gegenstände (wie Wäsche, Schuhe, Schmuck, Kleider), Körperteile (Fuß, Haar, Hand u. a.) oder Materialien (Pelze, Strümpfe, Perücke, Leder, Seide, Schnuller, Gummi usw.). Am häufigsten finden sich Leder-, Gummi- und Pelzfetischismus.

Meist bei Männern als heterosexueller oder homosexueller Fetischismus, auch als Infanto-Fetischismus. Fetischistische Tendenzen können sich auch bei gehemmten Jugendlichen und Männern zu Beginn ihrer sexuellen Karriere zeigen. Sie sind dann vorübergehender Natur. Es kommen aber auch schwere progrediente Verlaufsformen vor, die die Persönlichkeit nach Art einer suchtähnlichen Verfallenheit prägen (Perversion). Gelegentlich hat der Fetischismus auch forensische Bedeutung (Diebstähle, sehr selten Überfälle, Raub usw.).

Zu einem Fetisch kann fast jeder Gegenstand werden. Daraus resultieren verschiedene Unterteilungen des Fetischismus. Bei dieser sexuellen Verhaltensabweichung besteht jedoch eine gute Chance, das Deviante bei nicht so starker Ausprägung in die übliche partnerschaftliche Sexualität einzubauen, z. B. wenn der Fetisch direkt oder indirekt zur Person des Partners gehört.

## • PÄDOPHILIE

*Pädophilie* ist das Verlangen nach sexuellem Kontakt mit Kindern des gleichen oder anderen Geschlechts.

Pädophilie gibt es in homosexueller und heterosexueller Form. Sie tritt meist bei gehemmten und kontaktschwachen Menschen auf, die zu erwachsenen Sexualpartnern keinen Zugang finden. Außerdem sind pädophile Handlungen anzutreffen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, bei Alkoholkranken, Oligophrenen, gelegentlich bei Greisen. Die Sexualhandlungen sind meist masturbatorisch, oral, anal oder exhibitionistisch.

Die Schwierigkeit der Abgrenzung zur „Normalität“ liegt einmal im Alter des Kindes. Dabei sind kulturelle Unterschiede zu berücksichtigen: Eheschließung mit sehr jungen Mädchen sind in arabischen Ländern durchaus üblich. Auch in der klassischen deutschen Literatur werden nicht selten erotische Beziehungen zu Mädchen beschrieben, die nach den heutigen Bestimmungen im Schutzalter liegen. Sicher muss man einen Unterschied zwischen den Beziehungen zu präpubertären Kindern und postpubertären Jugendlichen machen. Letztere können durchaus selbst eine eindeutig erotisch-sexuelle Zuneigung zum erwachsenen Partner entwickeln. Auch kann sich ein sexueller Kontakt - welche juristischen Konsequenzen er auch nach sich ziehen mag -, aus einer spezifischen Situation heraus ergeben (z. B. einmaliges oder sehr seltenes

Ersatzverhalten für üblichen heterosexuellen Kontakt), der noch lange nicht berechtigt, eine Pädophilie anzunehmen.

Von einer Pädophilie im engeren Sinne („er ist pädophil“) sollte man nur dann sprechen, wenn eine Fixierung auf (meist präpubertäre) Kinder eingetreten ist. Pädophil motivierte sexuelle Handlungen geschehen auch intrafamiliär; das kann schwer von Inzesthandlungen abzugrenzen sein.

In diesem Zusammenhang müsste man auch detaillierter auf die kriminellen Aspekte der Porno-Ringe eingehen, deren Handlungen vor allem von „Sadismus“ geprägt ist. Dabei muss man allerdings wissenschaftlich differenzieren zwischen wirklich *sexuell motiviertem Sadismus* (s. dieser) und krimineller Aggressivität, wie sie die Handlungen dieser Täter charakterisiert. Einzelheiten dazu würden hier allerdings zu weit führen. Weitere Aspekte, insbesondere zum Kapitel *Inzest*, siehe dieser.

### ● **Transvestitismus**

*Transvestitismus* oder *Travestie* ist die sexuelle Erregung bzw. Erregtheit durch das Anlegen und Tragen von Kleidern oder Kleidungsstücken des anderen Geschlechts. Manchmal betrifft der Kleiderwechsel nur die Unterwäsche. Transvestitismus tritt oft nur vorübergehend auf und kommt wohl nur bei Männern vor. Sexuell motiviertes „Transvestieren“ von Frauen ist bisher nicht beschrieben worden.

Auch so genannte effeminierte Homosexuelle, die das weibliche Empfinden und Verhalten imitieren, kleiden sich manchmal weiblich, um leichter Kontakt mit gewünschten männlichen Partnern zu bekommen. Das ist kein Transvestitismus. Die homosexuelle Ausrichtung ist eindeutig.

Im Gegensatz zur Transsexualität (s. diese) besteht beim Transvestiten kein Bemühen, die Identität des anderen Geschlechts zu übernehmen. Transvestiten sind fast ausschließlich heterosexuell orientiert. Spiegel und Kamera spielen eine große Rolle, damit der Transvestit sich in seiner Kleidung selber sehen kann. Dadurch wird die sexuelle Befriedigung erhöht. Der Transvestitismus kann im Sinne eines Kleiderfetischismus (s. o.) als Extremform des Fetischismus betrachtet werden. Forensisch bedeutsam wird er mitunter durch die Kombination mit Diebstahl von Kleidern oder mit Exhibitionismus.

### ● **Voyeurismus**

*Voyeurismus*, auch *Voyeurtum* genannt, ist die sexuelle Erregung und Befriedigung durch heimliches Belauschen und Beobachten von Intimitäten anderer (An- oder Ausziehen, Bad, besonders aber sexuelle Kontakte).

Dem Voyeur ist dabei die strikte Anonymität und Heimlichkeit sehr wichtig. Das gleiche gilt für die prickelnde Gefahr, entdeckt zu werden. Am häufigsten sind Situationen, in denen Liebespaare im Freien belauscht oder nachts durch Fenster oder selbstgebohrte Löcher beobachtet werden. Der Voyeurismus ist wahrscheinlich häufiger als vermutet. Er kommt fast ausschließlich bei Männern, insbesondere kontaktschwachen Menschen vor, denen nahe Begegnungen auf üblichem Wege unmöglich sind.

- **Frotteurismus**

*Frotteurismus* ist die sexuelle Erregung durch engen Körperkontakt, d. h. sich reiben, sich drücken, anschniegen, stoßen an andere Menschen, vor allem an Frauen im dichten Gedränge (Aufzug, Warteschlangen, öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeiten) oder ähnlichen Gelegenheiten. Dadurch kann das sich Reiben oder sich Enganschniegen an den anonymen „Partner“ kaschiert werden. Auch der Frotteurismus ist nicht selten, insbesondere in weniger ausgeprägter Form. Bisweilen kombiniert mit Exhibitionismus und Fetischismus.

- **Kleptomanie mit sexueller Komponente**

Die *Kleptomanie* (Stehlsucht) kann sexuelle Erregung und sogar Befriedigung vermitteln. Sexuelle Erregung durch Diebstahl ist eine der wenigen sexuellen Deviationen beim weiblichen Geschlecht. Das Besondere ist wieder die Anonymität und das Prickelnde der Entdeckungsgefahr, meist als Ladendiebstahl.

Kleptomanie wird öfters als Schutzbehauptung für einen ganz gewöhnlichen Ladendiebstahl benützt.

- **Sadismus/Masochismus**

Der *Sadismus* ist die sexuelle Erregung durch das Zufügen von Schmerzen bzw. durch die totale Unterwerfung des Partners. Die Kombination mit weiteren sexuellen Variationen ist möglich, und zwar in hetero- und homosexueller Form, auch als Infanto- und sodomitischer (bestiosexueller) Sadismus sowie schließlich als polymorpher Sadismus. Männer überwiegen. Meist geht es um Fesseln, Schlagen, aber auch Beißen, Brennen, Schneiden usw. bzw. verbale Unterordnung (Befehle). Destruktiv-aggressiver Sadismus gewinnt als sexueller Missbrauch von Kindern (einschl. Inzest - siehe dieser) und durch Tiererschändung (besonders Pferde) offenbar an Aktualität. Überschneidungen von sexuellem Sadismus im Sinne sexueller Devianz und nicht-sexuell motivierter Grausamkeit (Brutalität im Sinne von Machtausübung) sind wahrscheinlich nicht selten. Ihre diagnostische Abgrenzung kann jedoch sehr schwierig werden (Beispiel: Massenvergewaltigungen im Krieg).

Der *Masochismus* ist das Gegenstück dazu: sexuelle Erregung und Befriedigung durch Schmerzerleiden bzw. die totale Auslieferung an den Partner. Meist geht es um die bereits oben geschilderten Vorgehensweisen, aber auch Strangulation, elektrische Reizung, Penisumschnürung u. a. Dies kann heterosexuell, homosexuell oder automasochistisch sein. Masochismus gibt es bei beiden Geschlechtern, wobei sich die Methoden ähneln.

Beim *Automasochismus* können Gegenstände in das Genitale eingeführt werden, z. B. in die Harnröhre (masochistischer Urethralismus), in die Blase oder in den Mastdarm (masochistischer Analismus).

Beide sexuelle Verhaltensabweichungen (nach Erzählungen und Romanen von Marquis de Sade und des österreichischen Schriftstellers Sacher-Masoch) können nur miteinander in voller Ausprägung existieren: Der Sadist ist auf den Masochisten angewiesen und umgekehrt. Das gilt allerdings nur für die quasi-kultivierten Formen und natürlich nicht für aggressiven sexuellen Kindesmissbrauch, Tierschändung u. a. In den „kultivierten“ Formen sado-masochistischer Beziehungen geht es nicht (so sehr) um Aggressivität, sondern um erotisierte Stimulation durch Beherrschen bzw. Beherrscht-Werden. Da Sadisten und Masochisten voneinander abhängen, kann es im Gegensatz zu allen anderen bisher besprochenen Deviationen hier stabile Partnerbeziehungen geben. (In die Praxis kommen am ehesten Ehefrauen von Sadisten, die nach anfänglicher Toleranz nicht mehr bereit sind, die sadistischen Spielereien des Partners mitzumachen.) Es existiert sogar eine sado-masochistische Subkultur.

In Privatzirkeln, Bordellen u. ä. laufen ritualisierte Arrangements ab, in denen vorher – je nach Neigung – die Rolle des „Herrn“ oder der „Domina“ bzw. des „Sklassen“ oder „Dieners“ festgelegt wird. Relativ selten mündet eine sado-masochistische Ausrichtung in ein kriminelles Delikt, kommt aber als so genannter „Lustmord“ vor. Häufiger kann man tödliche Unfälle vor allem bei Masochisten erleben, wenn sie sich selber fesseln, knebeln oder strangulieren und dabei die Kontrolle verlieren.

- **Sodomie**

*Sodomie*, auch *Zoophilie* genannt, ist die sexuelle Erregung durch Sexualkontakte mit Tieren.

In ländlichen, sehr einsamen Gegenden kann bei Fehlen eines geeigneten Sexualpartners sexueller Kontakt mit einem Tier eine Ersatzhandlung sein. Ansonsten möglich bei ausgeprägter Brutalität oder im Rauschdelikt, manchmal auch in Kombination mit Sadismus. Nicht selten auch bei vereinsamten oder unterintelligenten Menschen (vor allem männlichen Geschlechts?) ohne normale Kontaktmöglichkeiten. Sodomie ist in Europa nicht strafwürdig, es sei denn als Tierquälerei (s. o.).



In den USA gilt ein anderer Sprachgebrauch: Dort zählt man unter Sodomie auch den homosexuellen und heterosexuellen Analverkehr.

- **Erotophonie**

*Erotophonie* ist die sexuelle Erregung durch anonyme Telefonate sexuell-erotischen Inhalts mit anonymen „Partnern“, die man aber wohl besser unfreiwillige „Adressanten“ nennen müsste. Wird gelegentlich auch als eine Sonderform des Sadismus bezeichnet.

Auch hier spielt die Anonymität, das Prickelnde der potentiellen Entdeckung, vor allem die Reaktion des Adressanten eine Rolle. Je entrüsteter der andere reagiert, desto kompromittierender und vulgärer pflegt die Sprache des Anrufers zu werden.

Mit der Erotophonie haben in zunehmendem Maße die Beraterinnen in der Telefonseelsorge zu tun.

- **Weitere Formen sexueller Devianz**

*Weitere Formen sexueller Devianz* sind (zumindest derzeit) so selten in der ärztlichen Praxis (was allerdings keine Aussage über den Anteil in der Bevölkerung macht, der ist schwer fassbar), so dass darauf nicht näher eingegangen werden soll. Sie werden am ehesten im forensischen Bereich, u. U. auch bei Fachärzten (z. B. Urologen, Gynäkologen) angetroffen. Dazu zählen beispielsweise:

- *Gerontophilie*: sexuelles Verlangen nach und ggf. sexuelle Befriedigung im Kontakt mit Menschen sehr hohen Alters (oft Menschen, die eine juristisch relevante Zustimmung nicht mehr geben können). Hetero- und homosexuelle Varianten möglich. Wenn der Kontakt zu Greisen gesucht wird, die ihre Zustimmung aufgrund ihres Geisteszustandes nicht geben können, ist es eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung,
- *Nekrophilie*: Gebrauch eines toten Körpers als Sexualobjekt. Sehr selten. Gelegentlich mit anderen sexuellen Variationen kombiniert. Ausführende sind überwiegend Oligophrene, Menschen mit (antisozialen) Persönlichkeitsstörungen sowie anderweitiger geistiger, seelischer oder körperlicher Behinderungen, die befriedigende Sexualbeziehungen erschweren. Meist ein forensisches Problem (Mord und Leichenschändung).
- *Koprophilie*: sexuelle Erregung durch Umgang mit Kot.
- *Koprophagie*: sexueller Lustgewinn durch Essen von Kot.
- *Urolagnie*: sexuelle Erregung durch Umgang bzw. sexuell bestimmtes Trinken mit/von Urin.

## INZEST UND SEXUELLER MISSBRAUCH IN DER KINDHEIT

### Allgemeine Aspekte

Die beklagenswerten, scheinbar derzeit gehäuften, in Wirklichkeit aber einfach nicht mehr so stark verdeckten und verleugneten Erscheinungen von Gewalt gegen Frauen (Belästigung oder gar Vergewaltigung am Arbeitsplatz, unterwegs, in der Ehe usw.) und gegen Kinder (Kindesmisshandlung, Missbrauch oder gar Sexualmord) sollten nicht darüber hinwegtäuschen: Es gibt auch eine mediengeleitete „Themen-Konjunktur“, eine modische Fokussierung oder auch Ausblendung. Und das ist der wichtigere Punkt: Man muss *immer* gegen solche Vergehen sensibilisiert bleiben und nicht nur dann, wenn sich alle darüber empören. Kurz: Die Aufgabe besteht darin, grundsätzlich wachsam zu sein, besonders aber dann, wenn das Thema gerade in ein „Wellental des öffentlichen Interesses abtaucht“. Dies gilt nicht zuletzt für Inzest und sexuellen Missbrauch in der Kindheit.

Der Begriff Inzest ist heute weit verbreitet und unscharf gebraucht. Deshalb ist eine Differenzierung nötig. Sexueller Kindesmissbrauch wird von unterschiedlichen Personengruppen begangen. Man schlägt deshalb heute einen Überbegriff und zwei Unterformen vor, nämlich

- sexueller Missbrauch in der Kindheit, unterteilt in
  - intrafamiliärer Missbrauch oder sogenannte familiäre Sexualdelinquenz mit Blutsverwandten (= Inzest).

In einem erweiterten Begriffsumfang werden dabei auch andere Verwandte oder verwandtschaftsähnliche Personen bzw. Nicht-Blutsverwandte einbezogen (z. B. Stiefvater, „Freunde“, „Onkel“ u. a.).

- Extrafamiliärer Missbrauch, also sexuelle Handlungen mit Kindern, die nicht zur eigenen oder erweiterten Familie gehören.

Die *Häufigkeit* von sexuellem Missbrauch im Kindesalter hängt nicht zuletzt von der jeweiligen Definition und Erfassungsmethode ab. Deshalb streuen die verfügbaren Angaben erheblich: bei Frauen zwischen 10 und 20 %, bei Männern zwischen 5 und 10 % (wahrscheinlich sind die Streubreiten sogar noch größer). „Unerwünschte sexuelle Kontakte in der Kindheit“ werden sogar auf 50 % in der Gesamtbevölkerung geschätzt.

## Intrafamiliärer sexueller Missbrauch (Inzest)

Als *intrafamiliären sexuellen Missbrauch* oder *Inzest* bezeichnet man alle sexuellen Handlungen (homo- und heterosexuelle, mit und ohne vaginalen Geschlechtsverkehr) an einem Kind durch ein Mitglied der eigenen oder erweiterten Familie. Dabei geht es insbesondere um einen gegengeschlechtlichen Erwachsenen.

Der intrafamiliäre sexuelle Missbrauch wird in der Allgemeinheit als die häufigste Form kindlichen Missbrauchs bezeichnet, der sich zudem angeblich vor allem in äußerlich geordneten Familienverhältnissen abspiele. Doch die Annahme über die Häufigkeit als auch über die äußerlich geordneten Familienverhältnisse trifft nicht zu. Wenn man unter Inzest alle erotisch-sexuellen Kontakte mit Familienangehörigen (auch mit solchen derselben Generation, d. h. vor allem mit Brüdern und seltener mit Cousins) versteht, so sind etwa ein Drittel bis die Hälfte aller weiblicher Missbrauchsfälle Inzest. Davon betrifft wieder die Hälfte gleichaltrige Verwandte und nicht ältere Angehörige.

Die Hälfte aller Kontakte innerhalb der Familie besteht in einem einmaligen Übergriff (der allerdings auch schwer verletzen und erschrecken kann). „Väter als Täter“ sollen relativ selten sein. Halbwegs verlässliche Daten scheinen jedoch nicht verfügbar.

Ein wesentlich höheres Risiko geht allerdings von Stiefvätern oder unverheirateten Partnern der Mutter aus, besonders wenn sie eine Stieftochter in der Vorpubertät oder Pubertät antreffen.

Übergriffe der älteren Generation sollen schwerwiegendere Folgen nach sich ziehen, solche jüngerer männlicher Verwandter (Brüder, Cousins) weniger traumatischen Charakter entwickeln. Wahrscheinlich spielen hier aber mehrere Faktoren mit herein (z. B. Ausmaß von Missbrauch und Abhängigkeit, Intensität des Bedrohlichen u. a.).

Intrafamiliärer sexueller Missbrauch von Kindern, vor allem in wiederholtem Falle, ist ein Indikator für ein *ungünstiges familiäres Umfeld*. Auch weist er im Allgemeinen auf ein gestörtes Vertrauensverhältnis zu den Eltern hin.

Man sollte sich vor allem nicht mit dem gängigen Stereotyp der starren, autoritären, fassadenhaft-moralischen Familie zufrieden geben, in der es zu Inzest kommt, sondern auf unvollständige Familien in Notlagen, auf Armut, mit Alkoholismus, Verwahrlosung, Gewalttätigkeit, Persönlichkeitsstörung des Vaters, chronischer Krankheit der Mutter u. a. achten.

Sexueller Missbrauch von Knaben ist seltener als derjenige von Mädchen. Die Verführung von Knaben durch weibliche Familienmitglieder ist wahrscheinlich

seltener. Für beide Geschlechter ist die Vorpubertät der Zeitraum mit der stärksten Gefährdung.

Inzesthandlungen sind in der Regel kein einmaliges Ereignis. Sie werden über längere Zeit vollzogen. Dabei besteht und entwickelt sich ein ganz besonderes Täter-Opfer-Verhältnis, vor allem geprägt durch eine starke Abhängigkeit des Betroffenen vom Täter. Das Kind getraut sich nicht, sich den sexuellen Handlungen zu entziehen.

Inzestuöse Beziehungen sind meist eingebettet in ein gestörtes familiäres Interaktionsgeflecht (s. o.). Oft sind andere Familienmitglieder darüber sogar informiert. Mütter beispielsweise wissen nicht so selten von der Beziehung zwischen ihrem Mann und ihrer Tochter und dulden sie aus den unterschiedlichsten Gründen. Häufig ist die ganze Familie involviert. Deshalb muss bei einer therapeutischen Intervention auch die ganze Familie in die Behandlung einbezogen werden.

Zu einem besonders *schweren Trauma* wird die sexuelle Handlung an Kindern durch einen belastenden, risikoreichen familiären Hintergrund, durch Geschlechtsverkehr oder ähnliche Handlungen, durch Anwendung von Gewalt, durch Beginn im frühen Alter und lange Dauer sowie durch ein Familienmitglied der älteren Generation. Die Folge sind ein erhöhtes Risiko für Angstsyndrome, Ess-Störungen (Bulimie) und depressive Zustände, für bestimmte Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störungen) sowie Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen.

### **Extrafamilialer sexueller Missbrauch**

*Extrafamilialer sexueller Missbrauch* meint sexuelle Handlungen mit Kindern durch Personen, die nicht zur Familie dieser Kinder gehören, ihnen also wenig oder überhaupt nicht bekannt sind. Die Täter sind Menschen, die aus ganz unterschiedlichen Beweggründen handeln. Als eine Faustregel kann gelten:

Je jünger das Kind ist, das zum Opfer wird, desto auffälliger und schwerer gestört ist der Täter.

Oder umgekehrt: Je älter das kindliche oder jugendliche Opfer ist, desto relativ weniger psychisch gestört pflegt die Person zu sein, die den Missbrauch ausführt.

Aus vorwiegend didaktischen Gründen kann man vereinfachend eine Typologie jener Personengruppen aufstellen, die Kinder sexuell missbrauchen:

- **Personen mit einer sexuellen Deviation:** Diese Menschen (Pädophile) sind in ihrer sexuellen Ausrichtung vorwiegend oder ausschließlich auf Kinder fixiert. Sie können Sexualität nur im sexuellen Kontakt mit Kindern erleben. Die üblichen sexuellen Kontakte zu erwachsenen Frauen oder Männern sind für sie gänzlich uninteressant oder überhaupt nicht möglich. Diese *pädophil ausgerichteten Personen* versuchen mit Raffinesse und Geschick, Kinder zu sexuellen Handlungen mit ihnen zu bewegen. Dabei kann es auch zu aggressiven Übergriffen kommen, die aber nicht die Regel sind.

Pädophile sind meist auf eindeutig vorpubertäre Kinder fixiert. Etwa die Hälfte aller zur Anzeige kommenden sexuellen Handlungen mit kleinen Kindern wird von Pädophilen ausgeführt. Ihr Kontakt mit pubertierenden Kindern ist dagegen eher selten.

- **Entgleisungen von sonst kompensierten „sublimierten“ Pädophilen:** Personen mit starker erotischer Zuneigung zu Kindern und/oder Jugendlichen, die sich ausgeprägt in der Heranbildung und Formung von Kindern und Pubertierenden engagieren. Sie arbeiten oft in Berufen, die Kindern nahe sind: Erzieher, Lehrer, Sportwarte u. a. Meist haben sie ihre erotische Zuneigung zu Kindern gut unter Kontrolle, diese Neigung gleichsam ins Pädagogische überführt. Sie sind oft sehr beliebt, da die Kinder das Engagement spüren, mit dem sich diese Personen für sie einsetzen.

Gelegentlich kommt es aber zu einem „Grenzübertritt“, so dass die besondere Zuneigung in eine sexuelle Handlung übergehen kann. Das sind oft einmalige Ereignisse, die selten zu weiter gehenden sexuellen Handlungen führen. Die betroffenen Kinder können dabei gut unterscheiden zwischen pädagogischer Zuneigung und erotisch-sexuellem Interesse. Sie erleben einen solchen „Grenzübertritt“ als befremdend, unpassend und unangenehm.

- **Sexuelle Handlungen älterer Männer mit Kindern:** Sie sind oft erklärbar aus einer herabgesetzten Selbstkontrolle (z. B. beginnende Demenz). Möglich sind auch Enthemmungsphänomene oder ein Mangel an Selbsteinschätzung, was z. B. die Zuneigung anbelangt, die verehrend, aber nicht erotisch gemeint war.

Ursache für diese Phänomene sind häufig hirnorganische Abbauprozesse, die sich u. U. zunächst nur in Form von Persönlichkeitsveränderungen bemerkbar machen.

- **Kontaktarme, in der Entwicklung zurückgebliebene Jugendliche:** Hier handelt es sich meist um sexuell unerfahrene junge Menschen mit Kontaktschwierigkeiten zum anderen Geschlecht. Oft sind sie auch generell im zwischenmenschlichen Bereich gehemmt, beruflich aber relativ gut integriert. Sexuell sind sie nicht auf Kinder fixiert. Die sexuelle Handlung mit einem Kind ist dann eine Ersatzhandlung. Das sexuelle Interesse ist eher auf gleichaltrige

weibliche Jugendliche gerichtet, aber nahen Kontakt wagen sie nicht. Die sexuellen Handlungen dieser Jugendlichen mit Kindern haben selten aggressiven Charakter.

- **Sozial randständige Jugendliche:** Sie sind meist weniger intelligent, neigen zu Aggressivität und Alkoholmissbrauch. Häufig stammen sie aus sozial randständigen Familien. Ihre Taten (oft in dissozialen Banden) sind häufig unvermittelte aggressive Sexualdelikte gegenüber einem fremden Kind. Es hätte auch eine körperlich nicht kräftige jugendliche Frau oder Erwachsene sein können.
- **Männer mittleren Lebensalters mit ausgeprägter sozialer und psychischer Instabilität:** Diagnostisch handelt es sich hier um antisoziale bzw. dissoziale Persönlichkeitsstörungen, früher auch als Soziopathen bezeichnet. Sie führen ein unstetes Leben und sind meist in keiner Partnerschaft gebunden. Sie wechseln häufig ihre Arbeitsplätze und neigen zu Alkoholmissbrauch. Oft sind sie wegen anderer nicht-sexueller Delikte vorbestraft. Bei sexuellen Handlungen mit Kindern ist nicht selten eine deutliche aggressive Komponente erkennbar.

### Übergang zu aggressiven Sexualdelikten

Die beiden letzten Gruppen, also die sozial randständigen Jugendlichen und die Männer im mittleren Lebensalter mit ausgeprägter sozialer und psychischer Instabilität, stellen den Übergang zu jenen Tätern dar, die aggressive Sexualdelikte gegenüber Frauen jeglichen Alters begehen. Das sind die Männer, die Frauen jeder Altersgruppe attackieren, vergewaltigen, ja töten (Sexualmörder). Innerhalb dieser Gruppe aggressiver Sexualtäter kann man wieder von verschiedenen Typen sprechen: Die wichtigsten sind:

- Täter, die in ihrer Persönlichkeitsentwicklung retardiert und/oder im Sinne der Dissozialität gestört sind; Das sind häufig sexuell unerfahrene „Spätentwickler“, Einzelgänger mit erheblichen Problemen in der zwischenmenschlichen Kontaktaufnahme und geringem Einfühlungsvermögen in die Empfindungen anderer.
- Relativ angepasste, sozial ausreichend integrierte und zurückhaltende Täter mit versteckten Aggressionen gegenüber Frauen.
- Sozial randständige, desintegrierte, zu Aggressionen neigende Täter aus sozial randständigen Familien mit deutlicher Neigung zum Alkoholmissbrauch und häufig offen ausgedrückter Geringschätzung und Aggressivität gegenüber Frauen.

Diese Personengruppen neigen unterschiedlich häufig zur Wiederholung strafbarer sexueller Handlungen mit Kindern.

## Ergänzende Bemerkungen

Entgegen der öffentlichen Meinung ließen sich bisher keine spezifischen Folgen sexuellen Missbrauchs exakt auf die entsprechenden Belastungen zurückführen. Allgemeine Folgen gibt es sicher oft, besonders in schweren Fällen. Insofern gehören die Folgeerscheinungen zu den posttraumatischen Belastungsstörungen (siehe die entsprechende Beiträge in dieser Serie), besonders erschwert durch die frühe und u. U. lange Einwirkung des Traumas mit negativen Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung.

Das Argument des „verdrängten“, „vergessenen“ Missbrauchs wird unter Experten kontrovers diskutiert. Heute muss man eher annehmen, dass schwere und lang anhaltende Traumatisierungen erinnert werden und im Gedächtnis bleiben. Sie werden allerdings häufig nicht oder nur sehr spät mitgeteilt. Vorsicht ist geboten, wenn das Thema „sexueller Missbrauch“ als Waffe in Scheidungsprozessen bzw. als letztes Argument eingesetzt wird, um die Kindeszuweisung zu beeinflussen. Die Folgen eines solchen Vorwurfs haben für alle Beteiligten weitreichende Konsequenzen. Am schlimmsten sind sie für die Kinder, die auch nach der Scheidung auf eine Zusammenarbeit der Eltern dringend angewiesen wären.

## WEITERE SEXUELLE VARIATIONEN

Im Weiteren gibt es noch Aspekte sexuellen Verhaltens, die gesondert besprochen werden sollen, zumal sie besonders ausgeprägt gesellschaftlichen (d. h. „moralischen“, „ethischen“) Wertungen unterliegen. Dazu gehören beispielsweise:

### ● TRANSSEXUALITÄT

*Transsexualität* ist in der ärztlichen Praxis keine Seltenheit mehr, insbesondere wegen der liberaleren Einstellung der Gesellschaft, nicht wegen einer mutmaßlichen echten Zunahme. Die modernen Möglichkeiten operativer Geschlechtskorrektur tragen das ihre dazu bei.

*Transsexualität* lässt sich charakterisieren durch:

- *Nichtakzeptanz des eigenen Geschlechtes und vollständige Identifikation mit dem anderen Geschlecht:* Körperlich („anatomisch“) eindeutige Männer fühlen sich als Frau, Frauen als Mann. Die Transsexualität ist also keine sexuelle Deviation (s. o.), sondern eine Diskrepanz zwischen psychischer Geschlechts-

Identität und körperlichem Geschlecht. Diese Menschen wissen zwar um ihr morphologisches Geschlecht, sind aber damit unglücklich.

- *Intensiver Wunsch nach Geschlechtswechsel:* Transsexuelle streben eine geschlechts-korrigierende Operation sowie Namens- und Personenstands-änderung an. Das Ziel wird bisweilen mit großer Beharrlichkeit verfolgt. Transsexuelle wollen im sozialen Status des Gegengeschlechts anerkannt sein.
- *Cross-dressing:* Das Tragen der Kleider des anderen Geschlechts beginnt oft schon in der Kindheit. Es geht - im Gegensatz zum Transvestiten (siehe dieser) - nur selten mit sexueller Erregung einher, sondern wird als beruhigend (d. h. „wenigstens der äußeren Hülle nach bin ich ...“) beschrieben.
- *Massive Ablehnung eigen-geschlechtsspezifischer Merkmale:* Sie betrifft Brüste, Vagina und Menstruation bei der Frau, Penis und Bartwuchs beim Mann. Selbstkastration kommt vor.
- Die *bewusst erlebte Sexualität (sexuelle Appetenz, Sexualdrang, Potenz)* spielt im Vergleich zur zentralen Problematik der Geschlechtsidentifikation eine eher untergeordnete Rolle.
- *Abweichende körperliche Befunde*, die das genetische, gonadale (Geschlechtshormone), morphologische oder hormonelle Geschlecht sowie die sekundären Geschlechtsmerkmale betreffen, kommen nicht häufiger als bei anderen Personen vor.

Die *Ursache der Transsexualität* ist unbekannt. Am wahrscheinlichsten ist das Zusammenwirken von umweltbedingten (z. B. familiären), hormonellen und genetischen Einflüssen.

## ● INTERSEXUALITÄT

*Intersexualität* ist eine fehlende Übereinstimmung von genetischem (erblichem), gonadalem (Geschlechtshormone) sowie körperlichem Geschlecht. Auch das seelische Geschlecht, also die Identität und die vor allem im Alltag angenommene Geschlechter-Rolle, ist bei vielen Menschen mit Intersexualität variabel, was männliche und weibliche Elemente anbelangt.

Die Ursachen sind chromosomal (also die so genannten Erb-Körperchen, die sichtbaren Träger der genetischen Informationen betreffend), monogen (d. h. aufgrund nur einer Anlage) oder multifaktoriell (mehrere oder gar viele Ursachen) - und deshalb heute erst zum Teil erforscht. Auch epigenetische (Anlage/Umwelt) und reine Umweltfaktoren werden diskutiert.

Zur Klärung der möglicherweise folgenden Probleme empfiehlt sich der wissenschaftliche Einsatz multidisziplinärer Zentren mit adäquater Diagnostik, Beratung und ggf. Behandlung (und nicht sofortige Operations-Empfehlung).



Die Intersexualität ist keine Diagnose an sich, sondern ein Spektrum von möglichen Diagnosen, wobei sich wohl die meisten entweder dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zuordnen möchten. Die Frage, ob in absehbarer Zeit ein „drittes Geschlecht“ diskutiert oder gar gefordert und politisch erwogen wird, bleibt derzeit noch offen. Desgleichen die bisherige Erkenntnis, dass die Intersexualität nicht zwingend für jeden Betroffenen automatisch Krankheitswert haben muss.

Man kann sein Geschlecht auch erst einmal offen lassen, bis sich aus subjektiven Gründen bestimmte Erkenntnisse, Schlussfolgerungen und Konsequenzen ergeben.

## SEXUELLE FUNKTIONSSTÖRUNGEN

Unter *sexuellen Funktionsstörungen* versteht man Störungen des Sexualverhaltens und des sexuellen Empfindens als Folge herabgesetzter oder untypischer genital-physiologischer Reaktionen oder ein vollständiges Fehlen solcher Reaktionen. Zwar gibt es in der deutschsprachigen Literatur keine einheitliche oder allgemein akzeptierte Nomenklatur, doch lassen sich diese Störungen im Wesentlichen in zwei Formen beschreiben:

- nach der Art der *sexuellen Funktionsstörung*
- nach den *Umständen*, unter denen sie auftreten: ob sie primär bestehen, sich sekundär entwickeln, nur anfangs, oder partner- bzw. situationsabhängig sind u. a.

Im Einzelnen:

### 1. Sexuelle Appetenz, sexuelles Verlangen, sexuelle Lust

- Libidostörungen: Störungen der sexuellen Appetenz.

Diese Störungen können auftreten als:

- **Hypersexualität:** gesteigertes sexuelles Verlangen. Es ist jedoch sehr umstritten, ob es eine Hypersexualität im Sinne gesteigerten sexuellen Verlangens überhaupt gibt. Meist handelt es sich um Enthemmungsprozesse oder „neurotische“ nicht-sexuelle Kompensations-Mechanismen (s. u.). Die Ursachen können psychogen, hirnnorganisch, psychotisch u. a. sein.

Beispiele: sexuelle Impulsivität und Unbeherrschtheit; Form der narzisstischen Selbstbestätigung durch immer neue „Eroberungen“; generalisierter Hass gegen das andere Geschlecht (und damit der Zwang, ständig zu unterwerfen und zu triumphieren, ggf. Ursache von Belästigung und grenzüberschreitendem Missbrauch am Arbeitsplatz, in der Schule, am Arbeitsplatz, im familiären oder nachbarschaftlichen Umfeld, ja sogar während der Therapie u. a.); bei organischen Psychosen oder bei der Manie mit entsprechender Enthemmung; gelegentlich auch bei der Schizophrenie (oft aber mehr als Anklammerungstendenz und Selbstbestätigung, denn als erhöhtes Sexualverlangen interpretierbar); bei bestimmten zentral-nervösen Erkrankungen (Zwischenhirn, Hypophyse, Temporallappen) etc.

„Hypersexualität“ als Folge von zugeführten Hormonen oder Aphrodisiaka gibt es - trotz gegenteiliger Meinung - nicht.

- **Hyposexualität:** Nachlassen oder Verminderung des sexuellen Verlangens; kann bis zu sexueller Aversion gehen.
- **Asexualität** (Anerotik/Alibidinie): Verlust oder Fehlen des sexuellen Verlangens.

Psychogene, psychotische, hormonelle, organische, medikamentös-toxische u. a. Ursachen. Beispiele: Bei körperlichem oder seelischem Infantilismus (Fortbestehen kindlicher Denk- und Verhaltensweisen im Erwachsenenalter); bei endogener Depression und Schizophrenie; bei Hypo- und Agonadismus (Unterfunktion bzw. Fehlen der Keimdrüsentätigkeit); bei Kastration und bei Verabreichung von antiandrogenen Substanzen; bei schweren Erkrankungen, vor allem zentral-nervöser Genese; bei chromosomalen Abnormitäten; manchmal durch Neuroleptika u. a.

## 2. Sexuelle Stimulation

- *Erektionsstörungen (Impotentia erigendi) beim Mann:* unvollständige, zu kurze oder fehlende Erektion und damit nicht ausreichend für einen beide Partner befriedigenden Geschlechtsverkehr.
- *Erregungsstörungen bei der Frau:* Erregung im Hinblick auf Dauer und Stärke nicht ausreichend für einen beide Partner befriedigenden Geschlechtsverkehr.

## 3. Einführen des Penis und Koitus

- *Schmerzhafter Geschlechtsverkehr (Dyspareunie):* Brennen, Stechen, Jucken während des Geschlechtsverkehrs am Penis bzw. im vaginalen Bereich, bei Frauen auch wehen-ähnliche Krämpfe beim Orgasmus.

- *Vaginismus (Scheidenkrampf)*: Einführen des Penis durch krampfartige Verengung des Scheideneinganges nicht mehr oder nur unter Schmerzen möglich.

#### 4. Orgasmusphase

##### ● Orgasmusschwierigkeiten beim Mann:

- *Vorzeitiger Orgasmus* (früher als vorzeitige Ejakulation = Ejaculatio praecox bezeichnet): Samenerguss schon vor dem Einführen des Penis in die Scheide, beim Einführen oder unmittelbar danach. Charakteristisch: Keine Möglichkeit der Eigenkontrolle.
- *Ausbleibender Orgasmus* (ausbleibende Ejakulation = Impotentia ejaculandi): Trotz voller Erektion und intensiver Reizung kein Samenerguss.
- *Ejakulation ohne Orgasmus*: Samenerguss ohne lustvolles Orgasmusgefühl.

##### ● Orgasmusschwierigkeiten bei der Frau:

- Orgasmus nie (Anorgasmie) oder nur selten. Gelegentliches Ausbleiben ist sehr häufig und kein Zeichen von Gestörtheit.

#### 5. Nach-orgastische Reaktion

- *Nach-orgastische Verstimmungen und Missempfindungen*: Gereiztheit, innere Unruhe, Depressionen, Missempfindungen im Genitalbereich usw.

#### Zusammenfassung der wichtigsten Fachbegriffe

Zu den wichtigsten Fachbegriffen sexueller Funktionsstörungen zählen (mit z. T. unscharfen oder voneinander abweichenden Definitionen): Impotentia coeundi (Kohabitations-Unfähigkeit, Störungen beim Vollzug des Geschlechtsverkehrs), Impotentia erigendi (Unfähigkeit zur Erektion), Impotentia ejaculandi (Störungen des Samenergusses), Orgasmus praecox/Ejaculatio praecox (vorzeitiger Samenerguss), Ejaculatio retardata (verzögerter Samenerguss), Anorgasmie (Fehlen des Orgasmus), ferner Vaginismus (Scheidenkrampf) sowie Dyspareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr).

#### Ursachen- und Bedingungskomplex

Meist mehrschichtige Ursachen. Körperliche und psychische Faktoren greifen ineinander.

- In **psychischer Hinsicht** sind es vor allem drei Bereiche: Probleme in Partnerschaft, Persönlichkeit und psychosexueller Natur im engeren Sinne. Nicht selten so genannter „phobischer Teufelskreis“: sexuelles Versagen aus verschiedenen Gründen → Enttäuschung → Erwartungsangst → programmiertes“ Versagen.
- Zu den häufigsten **körperlichen Ursachen** sexueller Funktionsstörungen zählen (in Fachbegriffen): Durchblutungsstörungen der peripheren Gefäße (arteriosklerotisch, diabetogen), außerdem Leber-, Nieren- und (selten) endokrinologische Erkrankungen (z. B. Schilddrüse, Hypophyse, Morbus Cushing), ferner Morbus Klinefelter, lokale körperliche Schäden (Entzündungen, nach Prostata-Operation, Traumen, mechanische Hindernisse für den Koitus) sowie neurologische Erkrankungen (peripheres Nervensystem, Multiple Sklerose, Polyneuropathie, Traumen, Syringomyelie, Tabes dorsalis, amyotrophische Lateralsklerose, Spina bifida u.a.m.); schließlich Störungen des Gehirns (Vorderhirn- und Temporallappen-Schädigung, schweres Schädel-Hirn-Trauma) usw.

Am häufigsten sind es vaskuläre Störungen, pharmakologische Nebenwirkungen sowie neurogene und (selten) endokrinologische Störungen.

Gesamthaft gesehen sind körperliche Ursachen selten; am ehesten bei Erektionsstörungen des älteren Mannes sowie bei der Dyspareunie der Frau.

### **Neue (Fach-)Begriffe im Bereich der Sexualität**

Kein medizin-psychologischer Bereich in unserer Zeit und Gesellschaft hat so viele neue Aspekte zur (vor allem medialen) Diskussion gestellt, wie der sexuelle im weitesten Sinne, d. h. von der individuellen Situation bis zu politischen Kontroversen.

Das hat auch zu einer Reihe nomenklatorischen Neu- und Um-Schreibungen geführt, teils nur für interne Zirkel, teils offiziell, jedenfalls medial im Umlauf. Nachfolgend deshalb eine lediglich knapp umschreibende Auswahl:

- *Trans-, Transleute, Transmann, Transfrau*: Die Vorsilbe *Trans-* bezeichnet alle jene Menschen, die mit einem anderen Geschlecht geboren wurden, als das, das sie heute leben. Beispiel: Ein Transmann ist ein Mann, der als Frau geboren wurde.
- *Nicht binär*: Menschen, die nicht als Mann oder Frau eingeordnet werden wollen, unabhängig davon, ob sie als solche geboren wurden oder nicht.
- Ein \* (Sternchen) oder der \_ (Unterstrich) sind sprachliche Platzhalter für alle jene, die sich nicht einem Geschlecht zuordnen wollen.

- *Queer*: Kommt aus dem Englischen und heißt „jenseits der Norm“. Während der AIDS-Krise haben sich mitunter Schwule, Junkies und sogar Prostituierte selber als „queer“ bezeichnet. Heute ist es ein Sammelbegriff für jene, die nicht „hetero“ sind und/oder die die Zwei-Geschlechtlichkeit ablehnen.

Mit weiteren Begriffs-Neuheiten in absehbarer Zeit ist zu rechnen.

## UNTERSUCHUNGSGANG

Sexuelle Fragen, vor allem aber das Besprechen sexueller Störungen gehörten trotz aller „Anpassungs-Bemühungen“ bis vor einiger Zeit zu den heikelsten Themen - auch in der Mehrzahl der Therapeut-Patient-Beziehungen. Deshalb wurden sie gerne ausgeklammert, und zwar nicht zuletzt von den Therapeuten selber. Inzwischen nähert man sich diesem Themenkreis offener, auch in Laienkreisen.

Dies geht u. a. auf die „sexuelle Liberalisierung“ zurück, zu der auch die - leider nicht immer fachkundigen und gelungenen - Darstellungen in den Massenmedien beigetragen haben. Trotzdem gilt es, gerade bei der Exploration zu Vorgeschichte und Leidens-Spektrum, dem Betreffenden und seinem speziellen Anliegen gegenüber Gespür, Takt und Feingefühl zu bewahren. Sollte der Klient zudem merken, dass es dem Therapeuten schwerfällt, die Dinge beim Namen zu nennen, dann hat ein solches Gespräch wenig Erfolg, im Gegenteil. Dann ist es besser, dieses Thema einem anderen zu überlassen. Das gleiche gilt für den gelegentlich beklagten Versuch, seine eigene Unsicherheit hinter einer besonders forschenden, wenn nicht gar ironischen Fassade zu verbergen. Sexuelle Störungen sind viel zu schwerwiegend, um sie mit unzureichender Einstellung und halbem Rüstzeug angehen zu wollen.

*Sieben Grundbedingungen* sollten erfüllt sein, damit der Patient offen sprechen kann:

1. Der Betroffene muss mit seinem Therapeuten ungestört alleine reden können.
2. Er muss merken, dass der Therapeut ihn und sein Problem ernst nimmt. In den Augen des Fachmanns mögen die Schwierigkeiten unbedeutend sein, für den Klienten sind sie es nicht, deshalb ist er ja beim Therapeut (wozu es wahrhaftig noch viel Überwindung gekostet hat).
3. Der Klient muss sich in seiner eigenen Sprache äußern können. Natürlich gerät dies manchmal in die Nähe des Vulgären, aber das ist ein allgemei-

nes Problem und nicht die Schuld des Klienten, der sich dadurch nur noch mehr verunsichert sieht. Der Therapeut kann dabei in seiner eigenen Fachsprache verbleiben, muss sie aber übersetzen. Viele Klienten wissen mit „Erektion“, „Ejakulation“ und „Vaginismus“ wenig anzufangen, nehmen aber bereitwillig die Begriffe „Gliedsteife“, „Samenerguss“ und „Scheidenkrampf“ auf.

4. Für ein Gespräch über Sexualstörungen muss sich der Therapeut Zeit nehmen. Hat sich ein Klient nach langem Zögern entschlossen, den Therapeuten darüber zu Rate zu ziehen, dann hat er meist viel auf dem Herzen und kann vor allem dieses Problem nicht auf Anhieb formulieren. Sollte die Sexualstörung - wie nicht selten - noch in andere Symptome oder Krankheitsbilder eingebettet sein (z. B. Depression, Alkoholismus, Pharmakotherapie u. a.), dann ist er ja noch ratloser und ggf. gehemmter, merk- und konzentrationsgestörter (z. B. Depression) bzw. beschämt (Alkoholismus). Eine solche mehrschichtige Belastung will erst einmal verkraftet sein, bevor das eigentliche Anliegen überhaupt in Worte zu kleiden ist.
5. Der Therapeut sollte selbst eine sichere und „natürliche“ Einstellung zur Sexualität haben und sich in diesem Bereich frei äußern können (s. o.). Kann er das nicht, muss er so selbstkritisch sein, einen in diesem Punkt freieren oder erfahrenen Kollegen oder eine Kollegin zur Mitbetreuung zu bitten.
6. Ein wichtiger Schritt ist der Einbezug des Partners in das diagnostische Gespräch. Damit muss natürlich der Betroffene einverstanden sein. Zum einen ist der Partner so gut wie immer beteiligt, in welcher Form auch immer, zum anderen ist er wahrscheinlich der einzige, der das Problem direkt beobachten und darüber berichten kann, auch wenn er es durch seine Eigenbeteiligung durchaus subjektiv erlebt. Das gemeinsame Gespräch mit beiden Partnern ergibt außerdem ungeahnte Möglichkeiten diagnostischer Art, vom therapeutischen Einstieg ganz zu schweigen.
7. Die Intimsphäre und Würde des Klienten zu achten und zu wahren, sollte dem Therapeut nicht schwer fallen. Dazu gehören Takt, Respekt, Achtung, Rücksicht u. a.

Schwieriger kann es werden, wenn dem Klienten sexuelle Übergriffe vorgeworfen werden (z. B. sexueller Missbrauch eines Kindes). Denn der Therapeut ist zunächst einmal Mensch, wie jeder andere auch, oft selber Vater oder Mutter und damit letztlich emotional nicht frei von - bestenfalls zwiespältigen - Gefühlen. Das ist dem Therapeuten nicht verboten, kann ihn aber in die Irre führen, zumindest diagnostisch manches verbauen. Denn der Betroffene („Täter“) kann sich sehr rasch schon im Vorfeld abgeurteilt oder zumindest unverstanden fühlen.

Kurz: Auch eine sexuelle Delinquenz erfordert eine sachbezogene Einstellung, um an die notwendigen Daten und Erkenntnisse zu kommen und damit therapeutische Vorschläge machen zu können. Eventuell soll der Therapeut den Klienten weitervermitteln, wenn ihm selbst die gebotene Neutralität nicht möglich ist. Wer jedoch ein neutrales, vorurteilsfreies oder zumindest vorurteilsarmes Gespräch führen kann, vermag bei dem verunsicherten Klienten viel Vertrauen und Hilfesuchen zu mobilisieren, so dass die Exploration keine größeren Probleme bereitet. Keiner dieser Klienten erwartet Zustimmung, aber vielleicht Verständnis, zumindest aber angehört und nicht ständig verbal oder nonverbal moralisch bewertet zu werden.

Insofern sind spezielle Anweisungen zu diesem Punkte überflüssig: Die Exploration ist von selber ergiebig, wenn der Therapeut auch den sexuell „nicht konformen“ oder gar „außerhalb der Gesellschaft stehenden“ Klienten als solchen zu respektieren vermag.

## LITERATUR

Umfassendes Angebot an Fach-Literatur zu den erwähnten Störungen in ständiger fachlicher und terminologischer Entwicklung begriffen. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Grundlage vorliegender Ausführungen aus psychopathologischer Sicht ist unter anderem das Fachbuch:

*C. Scharfetter: **Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung.** 7. Auflage. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2017*

Bezüglich der neurosen-psychologischen, persönlichkeits-spezifischen, psychosozialen und psychodynamischen Aspekte siehe auch die entsprechenden Beiträge in

[www.psychosoziale-gesundheit.net](http://www.psychosoziale-gesundheit.net)