

# ***Klinische Psychologie (A)***

**WS 2004/2005**

**Vorlesung mit Diskussion (# 1768)**

**Montags, 14-16 Uhr, HS 8**

---

## ***Thema 5.6***

# ***Sexuelle Störungen und Dysfunktionen***

---

**Universität Trier**

**FB I - Psychologie**

**Abt. Klinische Psychologie, Psychotherapie  
und Wissenschaftsforschung**

**gkrampen Prof. Dr. Günter Krampen**

# Klinische Psychologie (A) - Überblick: Themenplan

- 1 Klinische Psychologie: Grundlagen
- 2 Störungs- und Krankheitsmodelle, Paradigmen
- 3 Klassifikationssysteme und klinisch-psychologische Diagnostik
- 4 Klinisch-psychologische Forschungsmethoden: Ätiologie-, Epidemiologie- und Interventionsforschung

## **5 Ausgewählte Störungen**

- 5.1 Angst- und Zwangsstörungen sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen
- 5.2 Affektive Störungen (Manie, Depression, inklusive Suizidalität)
- 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen
- 5.4 Persönlichkeitsstörungen
- 5.5 Substanzinduzierte Störungen

## **5.6 Sexuelle Störungen und Dysfunktionen**

- 5.7 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- 5.8 Entwicklungsstörungen sowie Verhaltensstörungen und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugendalter
- 5.9 Geriatrische Störungen  
Exkurs: Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle  
Exkurs: Intelligenzminderungen

## **Literaturhinweise zu Thema 5.6: Sexuelle Störungen und Dysfunktionen**

### *Basisliteratur*

**B&P, Kap. 41; D&N, Kap. 14**

### *Ergänzungslektüre*

**ICD-10: F52.xx, F64.x, F65.x, F66.x**

**DSM-IV-TR: 302.7x, 306.51, 302.8x, 302.6 (Achse I)**

### *Vertiefungsliteratur*

**Bange, D. & Körner, W. (Hrsg.). (2002). *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch*. Göttingen: Hogrefe.**

**Fahrner, E.-M. & Kockott, G. (2002). *Sexualtherapie: Ein Manual zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen bei Männern*. Göttingen: Hogrefe.**

**Gromus, B. (2002). *Sexualstörungen der Frau*. Göttingen: Hogrefe.**

**Kockott, G. & Fahrner, E.-M. (2000). *Sexualstörungen des Mannes*. Göttingen: Hogrefe.**

**Masters, W.H., Johnson, V.E. & Kolodny, R.C. (1993). *Liebe und Sexualität*. Berlin: Ullstein.**

**Minuchin, S., Rosman, B.L. & Baker, L. (1981). *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart: Klett.**

## 5.6 Sexuelle Störungen und Dysfunktionen

### Störungen der Geschlechtsidentität (ICD-10: F64.x)

#### Allgemeines

- **Wunsch (meist seit Kindheit) dem anatomisch anderen Geschlecht anzugehören, so zu leben und sozial anerkannt zu werden**
- **Aversion gegen typische Kleidung und Aktivitäten des eigenen anatom. Geschlechts**
- **häufiger Beginn (gegengeschlechtliches Verhalten, Kleidungspräferenzen) zwischen 2-4 Jahren; F:M = 1:6; zumeist spontane Remission im späten Jugendalter, z.T. mit Spezifika in sexueller Orientierung**
- **Prävalenzrate bei Männern: 0,00003%, bei Frauen: 0,00001% (F:M = 1:3)**

#### Differentialdiagnostik

- **F64.0: Transsexualismus**
  - **transsexuelle Identität > 2 Jahre bei Ausschluss anderer psychischer Störung und körperlicher Anomalien**
  - **meist verbunden mit starkem Wunsch nach hormoneller/chirurgischer Behandlung**
- **F64.1: Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen**
  - **Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung (ohne sex. Erregung => F65.1), um zeitweilig gegengeschlechtliche Erfahrungen machen zu können (ohne Wunsch nach G.-Umwandlung)**
- **F64.2: Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter**
  - **früher Beginn (2-4 Jahre) mit starker Ablehnung der eigenen Geschlechtsrolle und Beteuerungen, dem anderen Geschlecht anzugehören; Ausschluss: ab Pubertät**

## 5.6 Sexuelle Störungen und Dysfunktionen

# Störungen der Geschlechtsidentität (ICD-10: F64.x) ff

## Mögliche Ursachen

- **Hormongesteuerte Ausformung von kleinem Penis und lippenförmigem Skrotum bei männlichen Föten in Dom. Republik (N=18-Experiment-des-Lebens)**
  - zunächst Erziehung als Mädchen und Entwicklung einer weiblichen Identität
  - ab Pubertät Testosteronzunahme und Penisvergrößerung, wodurch 17 von 18 Kindern zur männlichen Identität wechselten
- **Hormongaben in der Schwangerschaft mit entsprechenden Effekten auf Fötus und Kinder wurden beobachtet**
- **keine konsistent nachgewiesenen Hormonspezifika bei Transsexuellen + Transvestiten**
- **Familieneinflüsse: evtl. Förderung von „Verkleiden“ („niedlich“, „süß“ ...)?**
- **Kultureinflüsse und kulturspezifische Sanktionen?**

## Behandlung

- **supportive Psychotherapie der Pat. bei komplexen hormonellen und chirurgischen Geschlechtsumwandlungen**
- **EU: pro Jahr etwa 1000 Op. nach strengen Behandlungsrichtlinien**
  - u.a. minimal 1 Jahr Vorbehandlung und 1 Lebensjahr in neuer Rolle; Vorbereitung durch Hormonbehandlung, Psychotherapie, externe Gutachten ...
- **Prognose: zumeist deutliche Besserung der beruflichen, sozialen und psychischen Sit.**
  - **Prädiktoren einer guten postoperativen Anpassung: emotionale Stabilität; erfolgreiche Rollen Anpassung in 1 Jahr; Verständnis der Op-Grenzen und -Folgen; begleitende Psychotherapie => hohe Bedeutung der Indikationsstellung!**

## 5.6 Sexuelle Störungen und Dysfunktionen

### **Störungen der Sexualpräferenz / Paraphilien (ICD-10: F65.x)**

#### **Allgemeines**

- **sexuelle Attraktivität geht anhaltend von ungewöhnlichen Objekten aus, wodurch die sexuellen Aktivitäten ungewöhnlich sind (Para-Philie = Abweichung vom Objekt)**
- **minimal 6 Monate Phantasien, drängende Bedürfnisse oder Verhaltensweisen**
- **verbunden mit Leidensdruck (nicht immer) oder Funktionsbeeinträchtigungen (etwa Kontakten mit Partnern, die nicht einverstanden sind => strafrechtliche Folgen!)**
- **Prävalenzraten unbekannt (Dunkelziffer), aber wohl fast nur Männer**
- **z.g.T. strafrechtlich relevant und mit erheblichen Auswirkungen auf die Opfer**

#### **Differentialdiagnostik**

- **F65.0: Fetischismus**
  - **zwanghafte Anziehung durch totes Objekt, das wichtigste Quelle sexueller Erregung ist**
- **F65.1: fetischistischer Transvestitismus**
  - **sexuelle Erregung durch gegengeschlechtliche Bekleidung bei Erhalt der sex. Identität**
- **F65.2: Exhibitionismus**
  - **zwanghaftes Zur-Schaustellen von Genitalien (Beginn zumeist in Adoleszenz)**
- **F65.3: Voyeurismus**
  - **sexuelle Befriedigung durch Beobachtung Nackter oder anderer bei sex. Aktivität**

=> ff

## 5.6 Sexuelle Störungen und Dysfunktionen

# Störungen der Sexualpräferenz / Paraphilien (ICD-10: F65.x) ff

## Differentialdiagnostik ff

- **F65.4: Pädophilie** (pedos, gr. = Kind) und Inzest
  - sexueller Missbrauch von Kindern
    - **Pädophilie:** körperlicher, auch sexueller Kontakt mit vor-pubertären, nicht verwandten Kindern
    - **Inzest:** intrafamiliäre sex. Beziehungen (am häufigsten: zwischen Geschwistern und Vater/Tochter)
  - erhebliche Auswirkungen auf kindliche Entwicklung durch Vertrauensmissbrauch, Missbrauch der Abhängigkeit, Schweigedruck und Trennungsängste
- **F65.5: Sadomasochismus**
  - sexueller Sadismus: sexuelle Befriedigung durch Zufügen von Schmerzen od. Erniedrigung
  - sexueller Masochismus: sex. Befriedigung durch Erleiden von Schmerzen od. Demütigung
- **F65.6: Multiple Störungen der Sexualpräferenz**
- **F65.8: Andere Störungen der Sexualpräferenz**
  - **Frotteurismus:** sexuelle Erregung durch Berühren (Reiben) einer nichts ahnenden Person
  - **Nekrophilie:** sexuelle Erregung/Befriedigung durch Leichenschändung
  - **Sodomie:** sexuelle Befriedigung durch Unzucht mit Tieren

## 5.6 Sexuelle Störungen und Dysfunktionen

### Exkurs: Vergewaltigung

- **kriminelle Sexualstraftat mit oder ohne psychische Störung: Vergewaltigung ist also keine Diagnose, sondern eine kriminelle Handlung, ein Verbrechen**
- **Das Verbrechen**
  - **erhebliche Unterschiede in Planungsgrad vs Spontaneität, Intoxikation (> 70% der Täter), Art der sexuellen Handlungen, Tatort etc.**
  - **Vergewaltigung durch Bekannte vs Fremde = 3:1**
- **Das Opfer und die Folgen**
  - **ca. 25% der Frauen werden in ihrem Lebens einmal vergewaltigt, zumeist von Bekanntem**
  - **ca. 75% der jungen Frauen geben an, schon Opfer sexueller Übergriffe gewesen zu sein**
  - **Dunkelzifferschätzung: 80% der sexuellen Übergriffe werden vermutlich nicht angezeigt**
  - **Folgen:**
    - **Angst und Schrecken, Demütigung und Depression**
    - **körperliche und seelische Traumatisierung mit erheblichem Risiko der Entwicklung einer PTSD (ICD-10: F43.1) bei ICD-10: Y05 (sexueller Missbrauch mittels körperlicher Gewalt)**
    - **langfristig: erhöhtes Risiko für anhaltende PTSD, affektive Störung, sexuelle Funktionsstörungen**
- **Der Vergewaltiger**
  - **hohe interindividuelle Differenzen in Persönlichkeit, Intoxikation und Psychodynamik**
  - **häufigere Gemeinsamkeiten**
    - **Feindseligkeit und herablassendes Verhalten gegenüber Frauen**
    - **eigene Opfererfahrungen**
    - **Ausnutzung subjektiver „Be-Mächtigungssituationen“ (wie Kriegszeiten)**

# Störungen der Sexualpräferenz / Paraphilien (ICD-10: F65.x) ff

## Ätiologie der Paraphilien

### • Psychodynamischer Ansatz

- **Basis sind prä-genitale Fixationen und verdrängte Ängste vor heterosexuellen Beziehungen, ggfs. sogar vor heterosozialen Beziehungen, die „sexualisiert“ erlebt werden**
- **unreife Form der Libidoentwicklung mit defensivem Schutz des ICH vor verdrängten Ängsten und Erinnerungen**
- **Kastrationsangst führt zur Angst vor sex. Beziehung mit Erwachsenen und Versuchen, die eigene Männlichkeit durch Zur-Schau-Stellen (Voyeurismus), Dominanz (Sadismus), gegenüber Abhängigen (Kindesmissbrauch), toten Objekten etc. zu sichern**

### • Kognitiv-behavioraler Ansatz

- **Orgasmus-Konditionierungs-These: klass. Konditionierung der sex. Erregung auf unangemessene Quellen, verstärkt ggfs. durch operante Konditionierung**
- **kognitive Verzerrungen: Interpretation als vom Opfer offen oder heimlich gewünschte Handlungen**
- **multifaktorielle Ätiologie: gestörte E-K-Beziehungen, eigene Opfererfahrungen, Substanzabusus, Aggressivität und antisoziale Tendenzen**

### • Biologischer Ansatz

- **keine Hinweise auf hormoneller Spezifika Paraphiler**
- **Hinweise auf Funktionsstörung des Temporallappens bei Sadismus und Exhibitionismus**

Therapie der Paraphilien => ff

## 5.6 Sexuelle Störungen und Dysfunktionen

# Störungen der Sexualpräferenz / Paraphilien (ICD-10: F65.x) ff

## Therapie der Paraphilien

### Allgemeines

- in der Regel Zugang über Strafverfahren, Gerichtsbeschluss/-auflage
- häufig keine oder rein erzwungene, extrinsische Behandlungsmotivation; z.T. mit Simulation von intrinsischer Motivation wegen Auflagen bzw. Strafvergünstigungen
- Erfolgsquoten aus vor-experimentellen Studien: 30%-90% (!)

### Psychoanalytische Therapie

- gilt als Charakterstörung und kaum behandelbar ... keine Effektnachweise

### Verhaltenstherapie

- Aversionstherapie: klass. Kondit. der sex. Präferenz (in sensu oder in vivo) mit E-Schocks
- Sättigung: Masturbation bis weit nach Ejakulation mit einschlägigen Phantasien
- Orgasmische Reorientierung: instruierte Masturbationen nach „konventionellen“ sexuellen Reize mit Annäherung an Realität heterosexueller Beziehungen
- soziale Fertigkeitstrainings zum Aufbau angemessener social skills

### Kognitiv-behaviorale Therapie

- Arbeit an verzerrten Überzeugungen und Aufbau adäquater sex. Präferenzen nach Masters & Johnson (1966) - Effektnachweise für Reduktion von Rückfallraten bei Sexualtätern

### Biologische Therapie

- reicht von Kastration (Erfolge bei Pädophilen) bis zu Pharmakabehandlung (z.T. Effektnachweise bei erheblichen Nebenwirkungen und Abbruchquoten)

## 5.6 Sexuelle Störungen und Dysfunktionen

# Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (ICD-10: F66.x)

### Allgemeines

- interkulturell umstrittene diagnostische Kategorien (Kulturunterschiede!)

### Differentialdiagnostik

- **F66.0: Sexuelle Reifungskrise**

- hohes subjektives Leiden an Unsicherheit über eigene Geschlechtsidentität oder über eigene sexuelle Orientierung mit Ängsten und depressiven Symptomen
- vor allem bei Jugendlichen und bei Menschen, die erfahren, dass sich ihre sex. Orientierung ändert

- **F66.1: Ich-dystone Sexualorientierung**

- trotz eindeutiger Geschlechtsidentität oder sexueller Präferenz starker Wunsch nach Geschlechtsumwandlung

- **F66.2: Sexuelle Beziehungsstörung**

- Leidensdruck durch Probleme bei Aufnahme oder Erhalt einer Beziehung zu Sexualpartner durch Geschlechtsidentität oder sexuelle Präferenz

- **F66.8: Andere psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung - mit höchst problematischer 5. Kodierungsstelle:**

- **F66.80: heterosexuell**
- **F66.81: homosexuell**
- **F66.82: bisexuell**
- **F66.88: präpubertär und andere**

## 5.6 Sexuelle Störungen und Dysfunktionen

### **Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Erkrankung (ICD-10: F52.x)**

#### **Allgemeines**

- verhindern die gewünschte sexuelle Beziehung und führen daher zu Leidensdruck
- stets somatische und psychische Faktoren in Ätiologie und/oder Aufrechterhaltung
- somatische Abklärung ist immer wichtig

#### **Differentialdiagnostik**

- **F52.0: Mangel an sexuellem Verlangen (sex. Appetenzstörung, Frigidität)**
- **F52.1: Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung**
  - **F52.10: sexuelle Aversion**
  - **F52.11: mangelnde sexuelle Befriedigung (sexuelle Anhedonie)**
- **F52.2: Versagen genitaler Reaktionen (psychogene Impotenz, Erektionsstörung bzw. Störung der sexuellen Erregung, mangelnde vaginale Lubrikation)**
- **F52.3: Orgasmusstörung (psychogene Anorgasmie)**
- **F52.4: Ejaculatio praecox**
- **F52.5: Nicht-organischer Vaginismus**
- **F52.6: Nicht-organische Dyspareunie (Schmerzen während Sexualverkehr)**
- **F52.7: Gesteigertes sexuelles Verlangen (Nymphomanie, Satyriasis)**

# Sexuelle Funktionsstörungen (ICD-10: F52.x): Ätiologie

## Allgemeines

- **bis ins 20. Jahrhundert galten sexuelle Funktionsstörungen als Ergebnis moralischen Verfalls und moralischer „Entartung“**
  - **Beispiele: Masturbation und Homosexualität im Zeitwandel und Kulturvergleich => Exkurs**
- **erste Änderungen durch die Psychoanalyse: sexuelle Funktionsstörungen sind Symptome verdrängte Konflikte**

## Ätiologiemodell von Masters und Johnson (1973) => Abb.

- **Zwei-Schichten-Modell der biographischen und aktuellen Determinanten sexueller Funktionsstörungen**

## Moderne Ätiologie-Facetten

- **Sekundärer Krankheitsgewinn: der verdeckte Nutzen sexueller Funktionsstörungen bei Beziehungsproblemen und Ehekonflikten**
- **Mangelndes Wissen: nach wie vor geringe sexuelle Aufklärungsquote und geringes Wissen um sexuelle Abläufe => Exkurs**
- **Schlechte Kommunikation zwischen den Partnern aufgrund von mangelndem Wissen, Tabus, Schamgefühlen**

## 5.6 Sexuelle Störungen und Dysfunktionen

### **Exkurs: Einstellung zur Masturbation im Wandel der Zeiten**

- **Mittelalter: Onanie wurde als körperl. „Reinigungsprozedur“ gefördert**
- **18.-19. Jahrhundert: galt als Ursache vieler Krankheiten und wurde bekämpft**
- **Anfang des 20. Jahrhunderts: galt als Verhaltensstörung**
- **Heute: Entmythologisierung - Masturbationsanteil stieg in den letzten 20 Jahren**
  - **14-17jährige Jungen: von 61% auf 82%; 14-17jährige Mädchen: von 21% auf 42%**
  - **20jährige Männer: von 89% auf 92%; 20jährige Frauen: von 42% auf 73%**
  - **Jungen / Männer: Masturbation wird als Surrogat erlebt und genutzt**
  - **Mädchen / Frauen: Masturbation wird als eigenständige Form der Sexualität erlebt**

### **Exkurs: Homosexualität und Heterosexualität**

- **noch in ICD-9 (bis 1990): Homosexualität als Störung der sex. Orientierung**
- **Heute: Homo-/Heterosexuelle unterscheiden sich nicht in hormonellen Variablen und psychologischen Variablen (nur in ihrer Präferenz für Sozial- und Sexualpartner)**
- **quantitativ-abgestuftes Modell: Heterosexualität – Bisexualität - Homosexualität**
- **entwicklungspsychol. Longitudinalstudien: sexuelle Orientierung wird durch Art der Sozialbeziehungen beim Auftreten des Sexualtriebs mitbestimmt**
  - **akzelerierte Jugendliche bewegen sich vor allem in gleichgeschlechtlichen Gruppen (bis etwa 12 Jahre): erhöhte Wahrscheinlichkeit für Homosexualität**
  - **Normal- und Spätentwickler bewegen sich eher in heterosexuellen Gruppen: Heterosexualität ist wahrscheinlicher**

# Exkurs: Wissen über und Einstellungen zur Sexualität

## 1. Beispiel: Wissen über Sexualität

- **1. Koitus bei 30% der Mädchen und 50% der Jungen ohne hinreichende Verhütung**
- **allgemein: sehr viel falsches Wissen über Verhütung und Sexualität**
- **sexuelle Aufklärung zumeist durch Freunde und Bücher (nur 15% durch Eltern)**

## 2. Beispiel: sexuelle Leitvorstellungen

- **starke historische und kulturelle Unterschiede**
- **geschlechtstypische Unterschiede bei deutlichem kulturellem Einfluss:**
  - **1966: 11% 18jähriger Mädchen und 25% 18jähriger Jungen waren koituserfahren**
  - **1986: 60% 18jähriger Mädchen und 50% 18jähriger Jungen waren koituserfahren**  
= säkulare Akzeleration (Verhütungsmittel; Liberalisierung; reduz. Kircheneinfluss..)
- **Mädchen: betonen Bedeutung der emotionalen Verbundenheit; sex. Zurückhaltung eher aufgrund mangelnden Interesses**
- **Jungen: stärkerer sozialer Druck durch Gleichaltrige...; sexuelle Zurückhaltung eher aufgrund von Ängsten, Unsicherheiten**
- **to sum up => „Men tend to fall in love more readily, women tend to fall out of love more readily.“ (Hill et al., 1976)**

## 5.6 Sexuelle Störungen und Dysfunktionen

# Sexuelle Funktionsstörungen (ICD-10: F52.x): Therapie

## Allgemeines

- **Pioniere: VT-Behandlungsprogramm von Masters & Johnson (1966, 1973)**

## Psychologische Verfahren mit guten Effektnachweisen

- **Angstreduktion: Systematische Desensibilisierung und in-vivo-Desensibilisierung**
- **Angeleitete Masturbation: Interozeptions- und Genusstraining**
- **Sensory-Awareness-Training: Änderung von sex. Einstellungen und Gedanken**
- **allgemeine Fertigungs- und Kommunikationstrainings**
- **Paartherapie => Abb.**
- **Psychodynamische Methoden: aufdeckend**

## Medizinische und körperliche Verfahren

- **Chirurgie: Penis-Implantate**
- **Vakuumpumpe: Zylinder mit Pumpe zur Erektionsförderung**
- **Medikamente**
  - **gemischte Ergebnisse mit Testosteroninjektionen und Antidepressiva**
  - **Viagra® mit Effektnachweisen bei Nebeneffekten (Kopfschmerzen), Risiken bei KHK**