Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit im ICD-10 und DSM-IV

Christoph J. Ahlers, Gerard A. Schaefer, Klaus M. Beier

The spectrum of sexual disorders and their classifiability in ICD-10 and DSM-IV

Abstract

An overview is presented of the chapters on sexual disorders in current German language textbooks in clinical psychology, psychiatry, and sexual medicine. As emerges, sexual disorders are predominantly only accounted for within the three main diagnostic categories *sexual dysfunctions, paraphilias*, and *gender identity disorders.* Other areas related to sexuality, which can be disrupted in a clinically relevant way, such as sexual development, sexual reproduction and sexual behaviour, have remained unaccounted for in almost all textbooks to this day.

Further, the entire spectrum of clinically relevant sexual disorders as they are seen in clinical practice is presented and the respective coding options as set out in ICD-10 and DSM-IV are discussed. While more sexual disorders can be coded in ICD-10 (F52, F64, F65, F66) the diagnostic criteria for disorders covered in both systems are more precisely in DSM-IV-TR. While some sexual disorders can merely be coded within the category „not otherwise specified" others, as reflected in the textbooks, are not mentioned at all despite their clinical relevance. Terminological aspects are discussed regarding some indications and suggestions aimed at unification and simplification are made. Finally, it is argued that future revisions of the two classification systems offer improved and amended coding options.

Keywords: Sexual medicine, sexual disorders, sexomedical terminology, overview, coding, ICD-10, DSM-IV.

Zusammenfassung

Dargestellt wird ein Überblick über die Abhandlungen zu Sexualstörungen in den aktuellen deutschsprachigen Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie, Psychiatrie und Sexualmedizin. Dabei stellt sich heraus, dass sich die Darstellung sexueller Störungen ganz überwiegend in den drei Hauptindikationsgruppen *Störungen der sexuellen Funktion, Störungen der Geschlechtsidentität* und *Störungen der Sexualpräferenz* erschöpft. Andere sexualmedizinisch relevante Störungsbereiche, wie z.B. die *Störungen der sexuellen Entwicklung, Störungen der sexuellen Reproduktion oder Störungen des sexuellen Verhaltens* werden bis dato in den Lehrbüchern so gut wie nicht berücksichtigt. Im Weiteren wird ein Überblick über das gesamte Spektrum der Sexualstörungen dargeboten, wie sie in der sexualmedizinischen Praxis vorkommen und klinisch relevant sind. Zu den vorgestellten Sexualstörungen werden die jeweiligen Möglichkeiten zur Klassifizierung im ICD-10 und DSM-IV diskutiert. Dabei wird deutlich, dass in den entsprechenden Abschnitten des ICD-10 (F 52, F 64, F 65, F 66) zwar mehr sexuelle Störungen auffindbar und klassifizierbar sind als im DSM-IV-TR, dafür aber die diagnostischen Kriterien im DSM-IV-TR präziser gefasst sind. Während bei einigen Sexualstörungen lediglich die Möglichkeit einer Hilfskodierung in Restkategorien („sonstige oder nicht näher bezeichnete Störung") besteht, existieren für andere Sexualstörungen, die ebenfalls klinisch relevant sind, bis dato überhaupt keine Kodierungsmöglichkeiten. Des Weiteren werden zu einigen Indikationen die bisherigen Fachbegriffe diskutiert und Vorschläge zur terminologischen Vereinheitlichung und Verbesserung unterbreitet. Es wird dafür plädiert, bei zukünftigen Revisionen der Klassifikationssysteme die Kodierungsmöglichkeiten für Sexualstörungen zu ergänzen und terminologisch zu optimieren.

Schlüsselwörter: Sexualmedizin, Sexualstörungen, Sexualmedizinische Terminologie, Übersicht, Klassifizierung, ICD-10, DSM-IV.

Einleitung

Die in den deutschsprachigen Übersetzungen der internationalen Klassifikationssysteme „Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10“ (WHO 1992; Dilling et al. 2000) und dem „Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR“ (APA, 2000; Saß et al. 2003) vorgeschlagenen Einteilungen für Sexualstörungen sind deskriptive Kategorien, die bei genauerer Betrachtung der Komplexität menschlicher Geschlechtlichkeit und Sexualität nicht gerecht werden. Die aus sexualwissenschaftlicher Sicht wichtige Differenzierung zwischen verschiedenen Funktionen von Sexualität (vgl. Wendt 2000) findet in den Kategorisierungen von DSM-IV und ICD-10 keine Berücksichtigung. Insbesondere die Differenzierung der drei elementaren Dimensionen der Sexualität (Loewit 1978, 1980; Loewit & Beier 1998) spiegelt sich hier nicht wieder, die sowohl aus sexualwissenschaftlicher als auch aus sexualmedizinischer Perspektive eine unverzichtbare Erweiterung zum Verständnis des sexuellen Erlebens und Verhaltens darstellt: Unterschieden wird zwischen der *Lustdimension* der Sexualität, also allen Aspekten, die mit sexueller Stimulation, Erregung und Orgasmus zu tun haben, der *Fortpflanzungsdimension* der Sexualität, also allen Aspekten, die mit Empfängnis, Zeugung, Schwangerschaft, Geburt und der Nachwuchsaufzucht zu tun haben und vor allem der *Beziehungsdimension* der Sexualität, nämlich der Möglichkeit zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Angenommenheit, Geborgenheit und Nähe durch sexuelle Körperkommunikation (Beier et al. 2001, Beier & Loewit 2004).

So können beispielsweise sexuelle Funktionsstörungen nicht nur die Lustdimension, sondern auch die Fortpflanzungs- sowie die Beziehungsdimension soweit in Mitleidenschaft ziehen, dass weniger die gestörte sexuelle Funktion als viel mehr die gestörte Beziehung der eigentliche Grund für das Leiden der Betroffenen darstellt. Gleiches gilt für das bio-psychosoziale Verständnis von Geschlechtlichkeit und Sexualität: Jede sexuelle Funktion und jede sexuelle Beziehung beinhaltet biologische (Körperlichkeit), psychologische (Persönlichkeit) und soziale (Partnerbezogenheit) bzw. soziologische (Normen) Ebenen (vgl. Bloch 1906, Kinsey et al. 1948), die nicht getrennt voneinander gesehen werden können und sich darum auch nicht unabhängig voneinander untersuchen und behandeln lassen. In den Klassifikationssystemen wird hingegen weitgehend eine veraltete Sichtweise in den Dimensionen „körperlich oder seelisch“ abgebildet. Erschwerend kommt noch hinzu, dass die beschriebenen drei Dimensionen der Sexualität einen jeweils anderen biographischen Verlauf nehmen können, was eine integrierte Betrachtungsweise nicht erleichtert: Die Beziehungsdimension der Sexualität erfährt bereits im Säuglingsalter ihre grundlegende Prägung und erreicht sehr früh ein hohes Bedeutungsniveau, welches für das spätere Leben bestimmend bleibt. Gleichwohl kann sie durch verschiedene mit der Biographie verbundene Störfaktoren beeinträchtigt sein, so wie auch die Fortpflanzungsdimension der Sexualität, deren Beginn in der Pubertät liegt (Menarche, Ejakularche), sich zwischen überhöhter und fehlender Bedeutsamkeit für den Betreffenden bewegen kann.

Hinzu kommen die Geschlechtsunterschiede: Während die Fortpflanzungsfähigkeit bei Frauen mit dem Klimakterium ausklingt, bleibt sie bei Männern prinzipiell bis ins hohe Alter bestehen. Die Lustdimension der Sexualität beginnt mit Auftreten von Lustempfindungen ebenfalls sehr früh in der Kindheit. Dabei ist aber das Erleben von Erregungshöhepunkten bei den meisten Menschen an die körperliche Reifung gebunden, auch wenn Orgasmuserleben prinzipiell schon vor der Pubertät möglich ist (sog. „trockene Orgasmen“ bei Jungen). Auch hier imponieren insofern Geschlechtsunterschiede, als Jungen den Eintritt in die Pubertät mit der Ejakularche per se als Lusterlebnis wahrnehmen, während mit der Menarche für Mädchen kein Lusterleben verbunden ist und diese erst im weiteren Verlauf ihres Lebens erlernen müssen, sexuelle Erregungshöhepunkte zu erleben, vor allem im Rahmen (sozio-) sexueller Interaktion. Dafür können Frauen mehrere sexuelle Erregungshöhepunkte hintereinander erleben, während bei Männern nach Eintritt eines Orgasmus eine Refraktärphase einsetzt, die mehrere sexuelle Erregungshöhepunkte unmittelbar hintereinander verunmöglicht.

Dies zeigt geschlechtstypische Unterschiede zumindest hinsichtlich der Fortpflanzungs- und Lustdimension, während die Beziehungsdimension der Sexualität diese Geschlechtsunterschiede weniger aufweist und in ihrer Bedeutsamkeit durch die anderen Dimensionen (und dies wiederum geschlechtstypisch) beeinflussbar ist. So kann beispielsweise ein Kinderwunsch das Erleben so dominieren, dass kaum mehr eine Offenheit für die Lustdimension der Sexualität besteht – was beides nicht selten eine Frustration der Grundbedürfnisse zur Folge hat.

Bei der typisch männlichen Neigung zu Gelegenheitssex überlagert hingegen die Lustdimension häufig die Beziehungsdimension, die wiederum vielen Männern erst nach eingehender Auseinandersetzung zugänglich wird.

Es ist erforderlich, grundsätzlich alle drei Dimensionen der Sexualität und ihre vielfältigen individuellen und überindividuellen Funktionen gemeinsam zu betrachten. Dies bedeutet die Abkehr von dem die abendländische Tradition prägenden dualistischen Verständnis und führt zu einem ganzheitlichen Verständnis menschlicher Sexualität, in dem ihre *syndyastische* Dimension (Bindung und Beziehung) von zentraler Bedeutung ist (vgl. Beier & Loewit 2004).

Ein in den bisherigen ätiopathogenetischen Ansätzen weitgehend vernachlässigter Einflussfaktor scheint aus sexualmedizinischer Perspektive vor allem die chronische Frustration psychosozialer Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Angenommenheit, Geborgenheit und Intimität zu sein, wie sie durch sexuelle Körperkommunikation auf einzigartig intensive Weise erfüllt werden können. Diese *syndyastische Deprivation,* mit dysfunktionalem oder ganz fehlendem (intimen) Körperkontakt, spielt nach sexualtherapeutischer Erfahrung eine bedeutende Rolle für das Zustandekommen und Bestehenbleiben psychosomatischer Störungen, inklusive aller sexuellen Funktionsstörungen.

Durch ein Nichterleben sexueller Erregungshöhepunkte wird niemand krank; außerdem lassen sich solche meist auch über Selbstbefriedigung herbeiführen. Bindungs- und Beziehungserleben lässt sich hingegen autoerotisch nicht erzeugen, wenn man von imaginativen Substitutionen absieht. Das chronische Fehlen von körperkommunikativ entstehenden Geborgenheitsgefühlen und die dadurch entstehende Frustration psychosozialer Grundbedürfnisse (*syndyastische Deprivation*) erhöht hingegen nach bisherigem Stand des Wissens die Wahrscheinlichkeit, psychosomatische Störungen auszubilden bzw. erschwert das Überwinden bereits bestehender Erkrankungen (vgl. Egle et al. 1997, Wendt 2000).

Die von Patient(inn)en vorgetragenen Symptome werden von Medizinern meist als „psychovegetative Störungen oder Beschwerden", „depressive Verstimmungszustände", „Angst und/oder nervöse Unruhe" bzw. „nervöse Angst-, Spannungs- und Unruhezustände" oder auch „emotional bedingte Unruhezustände" bezeichnet und mit Diagnosen für psychiatrische oder sogar psychosomatische Erkrankungen versehen. Es ist anzunehmen, dass in sehr vielen Gebieten der Medizin Patient(inn)en mit unterschiedlichen Störungsbildern vorstellig werden, bei denen – wiederum aus verschiedenen Gründen – funktionierende und damit emotional stabilisierende soziale (und/oder intime) Bindungen nicht oder nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen. Hierzu zählen auch chronisch erkrankte oder ältere Menschen, bei denen es zu psychosozialen Destabilisierungen aufgrund von reduzierten auch körperlichen Kontaktmöglichkeiten zu Bezugspersonen kommen kann. Darüber hinaus sind diejenigen Patient(inn)en zu berücksichtigen, die aufgrund unabänderlicher Besonderheiten mit hoher Wahrscheinlichkeit lebenslang keine psychosozial stabilisierenden (Intim-)Bindungen eingehen können, wie es beispielsweise bei starker geistiger Behinderung, manifesten psychischen Erkrankungen (z.B. Autismus) oder auch *Störungen der Sexualpräferenz* (z.B. Pädophilie, s.u.) der Fall sein kann. Beeinträchtigungen aufgrund unerfüllter Grundbedürfnisse nach Annahme, Nähe und Geborgenheit können also in ganz unterschiedlichen Symptomen das klinische Erscheinungsbild dominieren, so dass unterschiedliche Disziplinen der Medizin sowie der Psychotherapie mit den betroffenen Patient(inn)en in Kontakt kommen: Der Orthopäde bei Muskelverspannungen, der Allgemeinmediziner bei „vegetativen Symptomen", der Psychiater bei „intrapsychischen Spannungen", der Psychotherapeut bei Angst- oder Verhaltensstörungen u.s.w.. Auch gestörte Sexualfunktionen sind unter Umständen nur ein Symptom unter vielen möglichen (abgesehen von krankheitsbedingten Störungen der Sexualfunktionen, z.B. Zustand nach Querschnittläsionen). Eine diagnostische und therapeutische Berücksichtigung einer möglicherweise mitursächlichen *syndyastischen Deprivation* findet sich hingegen bis zum heutigen Zeitpunkt in so gut wie keinem Bereich der Medizin – auch nicht in der Psychiatrie.

Das Besondere der *Syndyastischen Sexualtherapie* (vgl. Beier & Loewit 2004) ist, dass sie an den frustrierten Grundbedürfnissen ansetzt und dies mit einer auf andere Weise kaum erreichbaren Intensität geschieht, indem die *syndyastische* Erfüllung durch die körperliche Annahme in der Intimität mit dem Partner realisiert wird und sich dies auch auf andere Lebensbereiche bzw. Symptome heilsam auswirkt. Dieser diagnostische und therapeutische Zugang ist eine Spezifität der *Syndyastischen Sexualtherapie*, der von keiner anderen Fachdisziplin in dieser Weise berücksichtigt oder eingesetzt wird: Wenn also Rückenschmerzen von Orthopäden erfolgreich behoben werden, ändert sich gleichwohl nichts auf der Ebene möglicherweise frustrierter Grundbedürfnisse, deren Fortbestehen dadurch nicht aufgelöst wird und somit Ursache für ein Rezidiv oder andere Symptome sein kann (vgl. auch das Phänomen der „Drehtür-Patienten" in der Psychiatrie, Beine et al. 2005).

Aus all dem wird deutlich, dass aus sexualmedizinischer Sicht die in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV-TR aufgeführten Störungsgruppen zwar regelhaft mit einer Beeinträchtigung der syndyastischen Dimension verknüpft sind, sich diese gleich-

wohl nicht verschlüsseln lässt. Das ist umso misslicher, als umgekehrt eine primäre Störung des syndyastischen Erlebens Ursache einer sexuellen Funktionsstörung, andererseits aber auch der Grund für eine Vielzahl weiterer Störungen sein kann. In den internationalen Klassifikationssystemen spiegelt sich dieses Verständnis bis dato nicht wieder.

Literaturübersicht

Nahezu sämtliche Lehrbücher zur Klinischen Psychologie und zur Psychiatrie verfügen über eigenständige Kapitel zu Sexualstörungen. Darüber hinaus liegen mehrere eigenständige Bücher zur Diagnostik und Therapie bei Sexualstörungen vor, über die nachfolgend ein kurzer Überblick gegeben werden soll.

Im Kapitel „Sexualstörungen, Sexualabweichungen" der vierten Auflage des „Kurzlehrbuchs Psychiatrie" von Brunnhuber (2000) ist sowohl inhaltlich als auch terminologisch noch eine starke Verhaftung an alte Konzepte der Psychiatrie erkennbar und die Sexualstörungen werden noch unsystematisch in veralteter Terminologie aufgelistet bzw. abgehandelt (vgl. „Impotentia Satisfaktionis" etc.). Besonders auffällig ist hier unter der Überschrift „Sexualstörungen, Sexualabweichungen" noch ein gesonderter Absatz zu „Homosexuellem Verhalten" mit den zweifelhaften Unterpunkten „Neigungshomosexualität", „Hemmungshomosexualität", „Entwicklungshomosexualität" sowie „Pseudohomosexualität". Erklärungsansätze zu den aufgelisteten Sexualstörungen erschöpfen sich hier noch in kurzen „psychodynamischen" Spekulationen.

In seinem Kapitel „Funktionelle Sexualstörungen" im Handbuch „Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik" von Rudolph geht Clement (2000) auf die häufigsten sexuellen Funktionsstörungen bei Männern und Frauen ein und widmet sich ansonsten der Darstellung von Ursachen und Therapiemöglichkeiten, wobei insbesondere ausführlich die Besonderheiten des Themas Sexualität im diagnostischen Gespräch, inklusive eines Leitfadens zur Erhebung einer Sexualanamnese vorgestellt werden, was im Vergleich zu den sonstigen Kapiteln eine bemerkenswerte Ausnahme darstellt.

In dem Kapitel „Sexuelle Störungen" im zweiten Band der zweiten Auflage des Lehrbuchs der Verhaltenstherapie von Margraf befasst sich Kockott (2000a) mit kognitiv-behaviouralen Störungskonzepten sowie verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden bei „Funktionellen Funktionsstörungen", „Sexuellen Deviationen" und „Sexueller Delinquenz". Eine Erörterung von Geschlechtsidentitäts-Störungen findet hier nicht statt. Das gleiche Kapitel in leicht gekürzter Form (Kockott 2000b) findet sich auch im Lehrbuch „Verhaltenstherapie" von Barta und Mitarbeitern. Auch hier werden lediglich sexuelle Funktionsstörungen sowie sexuelle Deviationen abgehandelt – Geschlechtsidentitäts-Störungen bleiben unberücksichtigt. In der vierten Auflage des „Verhaltenstherapiemanuals" von Linden und Hautzinger liefern Kockott und Fahrner (2000) kontextuell isolierte Kurzanleitungen zu verhaltenstherapeutischen Einzelinterventionen bei verschiedenen sexuellen Funktionsstörungen („Sensualitätstraining", „Ejakulationskontrolle", „Hegarstifttraining"), die über das gesamte Manual verteilt an verschiedenen Stellen platziert sind und nicht in einem Zusammenhang einer integralen Sexualtherapie dargestellt werden. Außerdem findet sich in diesem „Verhaltenstherapiemanual" noch ein Kapitel zu „sexuellen Funktionsstörungen" (Hoyndorf 2000), welches eher eine grundsätzliche Abhandlung zum Thema darstellt. Ein systematischer Überblick über Diagnostik und Therapie sexueller Störungen, auch anhand der Klassifikationssysteme, wird dabei nicht vermittelt. Statt dessen findet sich unter der Kapitelüberschrift „Sexuelle Funktionsstörungen" ein Unterpunkt „Paraphilien und Sexsucht", der stark verkürzt über beide Indikationsbereiche berichtet.

Auch vor dem Hintergrund dieser differentialdiagnostischen Ungenauigkeit bleibt dieser Beitrag insgesamt hinter dem Standard anderer Kapitel zum Thema Sexualstörungen zurück.

Das Kapitel „Sexualstörungen" von Kockott (2000c) im Lehrbuch „Psychiatrie und Psychotherapie" von Berger bietet eine profunde Übersicht über die drei Hauptgruppen der Sexualstörungen „Sexuelle Funktionsstörungen, Sexuelle Deviationen – Paraphilien sowie Geschlechtsidentitäts-Störungen", wobei hier – auch an der Verwendung des Begriffs „Paraphilie" erkennbar – zum Teil auch Kriterien des DSM-IV erwähnt sind, die sich so im ICD-10 nicht finden.

In dem Kapitel „Sexualstörungen" der zweiten Auflage des Lehrbuchs „Therapie psychiatrischer Erkrankungen" von Möller erscheint zunächst die gleiche Übersicht über die drei Hauptstörungsgruppen von Kockott und im Anschluss daran eine Abhandlung zum Thema „Psychoanalytische Aspekte der Therapie sexueller Störungen" von Berner (Kockott & Berner 2000). Das Kapitel „Sexualstörungen" in der zweiten Auflage des Lehrbuchs „Psychische Erkrankungen" von Berger, dass im selben Jahr von Kockott und Berner (2004) verfasst wurde, ist eine geringfügig überarbeitete Version der Ausarbeitung des gleichnamigen Kapitels der ersten Auflage.

In der zweiten Auflage des integrativen Lehrbuchs „Praxis der Psychotherapie“ von Senf und Broda findet sich die wohl ausführlichste Darstellung der Diagnostik und Behandlung sexueller Störungen aus orthodox psychoanalytischer Perspektive (Richter-Appelt 2000), welche mit der Überschrift „Psychoanalytische Psychotherapie“ beginnt. Es werden die drei Hauptindikationsgruppen (sexuelle Funktionsstörungen, Paraphilien, Geschlechtsidentitätsstörungen) samt ihrer Klassifikation in ICD-10 und DSM-IV ausführlich und ausschließlich psychoanalytisch betrachtet und Behandlungsansätze vorgestellt. Fliegel (2000) befasst sich in seinem kurzen, anschließenden Kapitel „Sexuelle Störungen“ im selben Lehrbuch seinerseits ausschließlich mit verhaltenstheoretischer Diagnostik und Therapie sexueller Funktionsstörungen, wobei hier noch keine systematische Darstellung der verschiedenen Indikationen analog ICD-10 bzw. DSM-IV zu finden ist. Außerdem findet sich ein gesondertes Kapitel zur „Behandlung von Sexualstraftätern“ (Nowara & Leygraf 2000), in welchem Therapieoptionen bei verschiedenen Formen von Sexualdelinquenz dargestellt werden. In der dritten Auflage des selben Lehrbuchs (Senf & Broda 2004) sucht man Kapitel zu sexuellen Störungen vergebens – offenbar wurden sie hier ersatzlos gestrichen. Stattdessen finden sich jetzt ein äußerst differenziertes Kapitel zu „Transsexualität“ (Senf et al. 2004) sowie das Kapitel zur „Psychotherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern“, welches hier von Pizing und Will (2004) beigetragen wurde. Eine Ergänzung mit einem tatsächlich integrativen Kapitel zu Diagnostik und Therapie bei Sexualstörungen wäre in dieser dritten Auflage dieses Lehrbuchs überaus wünschenswert gewesen und sollte für eine vierte Auflage unbedingt erwogen werden, weil die weitgehend unkommentierte Gegenüberstellung der beiden Pole Psychoanalyse auf der einen Seite und Verhaltenstherapie auf der anderen Seite eigentlich keine Integrationsleistung darstellt. Eine tatsächlich integrative Darstellung der Diagnostik und Behandlung bei sexuellen Störungen wäre aber aus klinischer Sicht im Interesse von Patienten und für die Weiterentwicklung der Sexualtherapie dringend geboten.

In dem Handbuch „Sexualstörungen des Mannes“ liefern Kockott und Fahrner (2000) eine Übersicht über Diagnostik und Therapie bei sexuellen Funktionsstörungen, die 2003 in überarbeiteter Form als Behandlungsmanual erschien (Fahrner & Kockott 2003). Hier findet sich eine umfassende Darstellung des Behandlungsansatzes der Sexualtherapie mit vielen konkreten Anleitungen zu Gesprächsführung, Beratung und Interventionen aus verhaltenstherapeutischer Perspektive. Ein ähnlich umfassendes Manual zur „Behandlung sexueller Störungen“ war davor letztmalig von Hoyndorf et al. (1995) erschienen, in welchem neben den wichtigsten Sexualstörungen allerdings auch ausführliche Abhandlungen zu „Sexualdelinquenz“, zur „Therapie mit Sexualstraftätern“ sowie zu „Sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt“ vorkommen.

In der ersten Auflage des Lehrbuchs „Sexualmedizin“ von Beier und Kollegen (2001) werden neben anthropologischen Grundlagen und dem eigenständigen, fachlichen Paradigma der Sexualmedizin erstmalig in diesem Umfang nacheinander sexuelle „Funktionsstörungen des Mannes und der Frau“, „Geschlechtsidentitätsstörungen“, „Paraphilien und Sexualdelinquenz“ sowie „Krankheits- und behandlungsbedingte Sexualstörungen“ und „sexuell übertragbare Krankheiten“ dargestellt und mit Symptomatologie, Epidemiologie, Differentialdiagnostik und Therapie sehr ausführlich abgehandelt. Hierbei fällt auf, dass z.B. den „Krankheits- und behandlungsbedingten Sexualstörungen“ erheblich viel mehr Raum gewidmet wird, als beispielsweise den Ausführungen zu „Beratung und Behandlung bei sexuellen Funktionsstörungen“, bei denen auf eine Darstellung psychotherapeutischer Hintergründe weitgehend verzichtet wird. Allerdings finden sich im Anschluss an die Darstellung jeder einzelnen sexualmedizinischen Indikation kurze Abhandlungen zu entsprechenden therapeutischen Interventionen. Selbst in diesem, neue Maßstäbe setzenden Lehrbuch der Sexualmedizin finden sich jedoch kaum Ausführungen zu weniger berücksichtigten sexualmedizinischen Indikationen (vgl. „Störungen der sexuellen Entwicklung“ F 66, s.u.), die in der klinischen Praxis durchaus Relevanz besitzen. Die unpräzise Vermengung von „Paraphilien und Sexualdelinquenz“ unter einer Kapitelüberschrift deckt sich hier mit den Zusammenfassungen in vielen Psychiatrielehrbüchern, obwohl aus der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Paraphilien bekannt ist, dass „Störungen der sexuellen Präferenz“ und „Störungen des sexuellen Verhaltens“ (s.u.) voneinander unterschieden werden müssen, weil es eine erfolgreiche Therapie gefährden kann, wenn sich Betroffene, die ihre paraphilen Impulse nicht ausleben, zu unrecht mit Sexualstraftätern gleichgesetzt fühlen. Auch wenn eine schnell orientierende Übersicht über sämtliche Sexualstörungen hier ebenfalls fehlt, so geht die Differenziertheit der Darstellung sexueller Störungen in diesem eigenständigen Lehrbuch zur Sexualmedizin weit über die anderen Buchpublikationen zum Thema hinaus und stellt den bis dato umfassendsten Lehrtext zur Diagnostik und Therapie von Sexualstörungen bereit, der sich im Übrigen durchgehend an der Kriteriologie von DSM-IV und ICD-10 orientiert.

Die 2001 erschienene dritte Auflage des Sammelbandes „Sexuelle Störungen und ihre Behandlung" (Sigusch 2001) bietet eine erheblich verbesserte Übersicht über Diagnostik und Therapie der Hauptgruppen sexueller Störungen, als dies noch zweite Auflage (1996) tat. Unter Einbeziehung vieler Sonderprobleme („konflikthafte heterosexuelle, homosexuelle, perverse und transsexuelle Entwicklungen" kommen jetzt auch „körperliche Erkrankungen und Sexualität" vor. Auffällig sind hier noch Abhandlungen zu „Organogenese bzw. zur Organotherapie sexueller Funktionsstörungen", aus welchen eine starke Verhaftung an dichotomen Konzepten von „körperlich oder seelisch" zu erkennen ist, die in der Sexualwissenschaft eigentlich als überkommen angesehen werden. Dafür werden in diesem Lehrbuch aber vor allem auch starke soziologische sowie gesellschafts- und sexualpolitische Akzente gesetzt, was sich in dieser Form in anderen Publikationen weniger findet. Eine systematische, taxonomische und terminologische Orientierung an ICD10 oder DSM-IV wird hier noch kaum vorgenommen, was alleine schon an Kapitelbenennungen wie „Sexuelle Perversionen" erkennbar ist, wobei die hier erörterten Aspekte sexueller Präferenzstörungen auch noch ausschließlich aus psychoanalytischer Perspektive beleuchtet werden. Gleichwohl bietet das Werk eine umfangreiche Darstellung von Diagnostik und Therapie sexueller Störungen und stellte vor allem mit seinen ersten beiden Auflagen eines der ersten Lehrbücher zur Sexualmedizin im deutschsprachigen Raum dar.

In dem Kapitel „Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität" der zweiten deutschsprachigen Auflage des Lehrbuchs „Klinische Psychologie" von Comer (2001) wird ein ebenso profunder Überblick über die beiden Hauptindikations-Gruppen „Sexuelle Funktionsstörungen und Geschlechtsidentitätsstörungen" (analog ICD-10 und DSM-IV) geboten, wie im gleichnamigen Kapitel des ein Jahr später in sechsten Auflage erschienenen Lehrbuchs „Klinische Psychologie" von Davison & Neale (2002). Allerdings werden bei Davison und Neale darüber hinaus auch alle wesentlichen Aspekten der Paraphilien in Klassifikation, Diagnostik und Therapie vorgestellt. In dem Band „Klinische Psychologie der Frau" von Franke und Kämmerer (2001) findet sich im Rahmen einer auch gesellschaftspolitisch-frauenspezifischen Darstellung von Sexualstörungen eine ausführliche Gegenüberstellung der Sexualstörungen in DSM-IV und ICD-10 sowie überraschenderweise auch eine Abhandlung zu „Paraphilien bei Frauen", die jedoch über die Ansätze von Kaplan (1991) nicht wesentlich hinausgehen (Kämmerer & Rosenkranz 2001). In dem Band „Sexualstörungen der Frau" von Gromus (2002) werden grundlegende Informationen zur Beratung und Behandlung bei Funktionsstörungen von Frauen auch aus gynäkologischer Perspektive vermittelt.

In der ersten Auflage des Lehrbuchs „Psychiatrie" von Möller (2002) werden „Sexuelle Funktionsstörungen, Störungen der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität sowie Sexuelle Deviationen" alle samt unter der Überschrift „Störungen des Sexualverhaltens" auf ganzen fünf Seiten abgehandelt. Der Umfang der Darstellung deckt sich hier mit den fehlerhaften Vermengungen verschiedener Indikationsbereiche, wobei auch hier – unter nämlicher Überschrift – nicht auf die ausführliche, psychiatrie-typische Darstellung der antiquierten Schein-Differenzierungen zur Homosexualität (s.o.) verzichtet wurde. Zuträglicherweise wurde das Kapitel „Sexualstörungen" der zweiten Auflage des selben Lehrbuchs „Psychiatrie" von Möller und Mitarbeitern an Pfäfflin (2003) vergeben, wodurch hier ein guter Überblick der drei Hauptindikationsgruppen sexueller Störungen zu finden ist. Das Kapitel „Sexuelle Störungen" im „Kurz-Lehrbuch der Psychiatrie" (Hell et al. 2003) bedarf ob seiner Kürze nicht der Erwähnung. Es wird auf nicht ganz zwei Seiten erwähnt, dass es Sexualstörungen gibt und wie die häufigsten heißen.

Das Kapitel „Funktionelle Sexualstörungen" von Fahrner und Kockott (2003) im „Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie" von Reinecker behandelt ausschließlich sexuelle Funktionsstörungen und schildert Ätiologiekonzepte und therapeutische Interventionen aus verhaltenstherapeutischer Perspektive. Das gilt auch für das Buch „Sexualstörungen" von Kockott (2004), in dem allerdings die drei Hauptindikationsgruppen sexueller Störungen in Epidemiologie, Diagnostik und Intervention ausführlicher dargestellt werden.

Im Lehrbuch „Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie" von Machleidt und Kollegen kommen als einzigem Psychiatrielehrbuch gleich vier Kapitel zu sexuellen Störungen vor, in denen Hartmann (2004) neben den drei Hauptindikationsgruppen Ausführungen zu „Sexualität, sexuelle Entwicklung, sexuelle Reaktion", zu „Sexualität und Gesundheit", zum Umgang mit „Sexualität in der Medizin", zu „Körperkrankheiten und Sexualität" sowie zu Entwicklungsaspekten von „Sexualität im Lebenslauf" macht. Damit handelt es sich hier um das einzige Lehrbuch aus dem Bereich der Psychiatrie, in dem auch wesentliches Wissen zum „normalen" bzw. „gesunden" sexuellen Erleben und Verhalten geboten wird, welches für die sachverständige Diagnostik und Therapie sexueller Störungen unverzichtbar ist.

Anders sieht das in der fünften Auflage des verbreiteten Kurzlehrbuchs „Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie“ von Dilling und Mitarbeitern aus (2004), in dessen Kapitel „Sexualstörungen“ zwar eine Übersichtstabelle „Ungestörte Sexualität“ vorkommt, ansonsten aber die sexuellen Störungen kurz abgehandelt werden, wodurch – kongruent zum Buchtitel – allenfalls Basiswissen vermittelt wird.

Fiedler (2004) bietet in seiner Monographie „Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung“ eher eine Vermessung der Grenzen zwischen sexueller Normalität und Abweichung als eine systematische Übersicht über die verschiedenen Facetten von Sexualstörungen. Es handelt sich weniger um ein klinisches Lehrbuch zur Sexualmedizin, als viel mehr um eine Übersicht über das Spektrum der Facetten der menschlichen Geschlechtlichkeit und Sexualität. Er bezieht in seinen Abhandlungen sowohl Aspekte der sexuellen Identität (z.B. sexuelle Orientierung) als auch der geschlechtlichen Identität (z.B. Transsexualität) wie auch Besonderheiten der sexuellen Präferenz (z.B. Paraphilien) mit ein. Neben einigen terminologischen und differentialdiagnostischen Fehlern („Pädophilie: sexuelle Handlungen Erwachsener mit einem Kind.“, „Transvestismus; Transvestitismus: die Kleidung des anderen Geschlechts zum Zwecke sexueller Erregung anlegen und tragen.“ Fiedler 2004: 49f) werden auch verschiedene Phänomene unpräzise miteinander vermengt, wie z.B. in der Abhandlung von „Transgenderismus, Intersexualität und Störungen der Geschlechtsidentität“ unter einer gemeinsamen Kapitelüberschrift. Dafür macht Fiedler (2004) in der Beschreibung präferentieller Besonderheiten die wichtige Unterscheidung zwischen „Nicht problematischen Paraphilien„ und „Eher problematischen und gefahrvollen Paraphilien“, die er wiederum klar zur „Sexualdelinquenz“ abgrenzt, der im vierten Gliederungsabschnitt des Buches (Teil IV) gleich vier Kapitel gewidmet werden. Eine systematisierte Übersicht von klinisch relevanten Sexualstörungen nach ICD-10 und DSM-IV findet sich hier nicht.

Die zweite Auflage des Sammelbandes „Psychotherapie der Sexualstörungen“ von Strauß (2004) bietet eine umfassende Darstellung verschiedener psychotherapeutischer Indikationsbereiche sexueller Störungen mit jeweils verschiedenen Behandlungsansätzen. Mösler und Rose (2004) stellen in diesem Sammelband mit einem eigenen Kapitel die „Diagnostische Klassifikation sexueller Störungen nach ICD-10 und DSM-IV“ vor, beschreiben die beiden Klassifikationssysteme mit ihren Optionen für sexuelle Störungen und diskutieren in diesem Zusammenhang als einzige Autoren auch die Störungen der sexuellen Entwicklung (ICD-10: F 66). Zutreffend reklamieren die Autoren in dieser Kategorie eine differentialdiagnostisch unzulässige Vermischung von sexueller und geschlechtlicher Identität, kommen aber nicht zu dem Schluss, dass hier Störungen der sexuellen Identität weiterhin gesondert abgehandelt werden sollten (wie noch im ICD-9), sondern dass das Phänomen der „Homophobie“ hätte aufgenommen werden sollen, welches zum einen terminologisch problematisch ist (vgl. Ahlers 2000) und zum anderen allenfalls im Kontext der „Störungen der sexuellen Orientierung (F 66.1) Berücksichtigung finden könnte. Die insgesamt inadäquate Einengung und Reduzierung des gesamten Indikationsbereiches (F 66) auf Probleme der sexuellen Orientierung, wie sie bis dato im ICD-10 besteht, diskutieren die Autoren nicht, bemerken aber, dass die gesamte Kategorie im DSM-IV immerhin überhaupt nicht kodierbar ist. Abschließend erwähnen Mösler und Rose nochmals zurecht, dass bei aller Ergänzungs- und Optimierungsnotwenigkeit der grundsätzliche Sinn und Nutzen von standardisierten Diagnosedefinitionen und dazu notwendigen Klassifikationssystemen nicht in Abrede gestellt werden sollte.

Aus der Durchsicht der Beiträge zu Sexualstörungen in deutschsprachigen Lehrbüchern wird ersichtlich, dass zum einen lediglich die drei Hauptindikationsgruppen sexueller Störungen erörtert werden, zum anderen die Komplexität sexueller Störungen nicht adäquat dargestellt wird, und zum dritten die unzureichende Kodierbarkeit der Sexualstörungen in den internationalen Klassifikationssystemen nicht diskutiert wird (mit der Ausnahme von Mösler und Rose 2004).

Bei der Betrachtung der internationalen Klassifikationssysteme fällt also auf, dass wichtige sexualmedizinische Indikationen, wie z.B. die „Störungen der sexuellen Entwicklung“, die „Störungen der sexuellen Reproduktion“ sowie die „Störungen des sexuellen Verhaltens“ (s.u.), entgegen ihrer quantitativen und qualitativen klinischen Bedeutung nur sehr ungenau bis gar nicht kodiert werden können. Die klinisch zunehmend relevanten „Störungen der sexuellen Reproduktion“ (s.u.) lassen sich selbst mit Hilfskonstruktionen nicht eindeutig kodieren, obwohl sie beispielsweise im Fall der sog. „Negierten Schwangerschaft“ mit einer Häufigkeit von einem Fall auf 500 Geburten keine Rarität darstellen (vgl. Wessel & Buscher 2002). Es wäre daher wünschenswert, wenn bei zukünftigen Revisionen des DSM und des ICD entsprechende Spezifizierungen bzw. Ergänzungen der Kodierungsmöglichkeiten vorgenommen würden.

Das Spektrum der Sexualstörungen

Bei der Betrachtung der verschiedenen sexualmedizinischen Indikationen muss beachtet werden, dass sämtliche Sexualstörungen nur dann mit einer erstrangigen Diagnoseziffer versehen werden, wenn keine andere Störung oder Erkrankung oder deren Behandlung (z.B. Operation oder Medikation) die entsprechende Symptomatik ursächlich mitbegründet. In dem Fall einer anderen, überwiegend ursächlichen Störung oder Erkrankung muss diese erstrangig kodiert werden und die Sexualstörung wird zusätzlich kodiert, als sexuelle Folgeproblematik, die durch die Klassifikation der überwiegend ursächlichen Störung oder Erkrankung nicht benannt bzw. nicht ausreichend beschrieben wird. Ein weiteres, bedingendes Kriterium zur Klassifikation einer Problematik als krankheitswerter und damit behandlungsbedürftiger Sexualstörung besteht, neben der Zeitspanne des kontinuierlichen Bestehens von mindestens 6 bis 12 Monaten (was bisher nur im DSM-IV so definiert ist, nicht jedoch im ICD-10), darin, ob die betroffenen Personen sich wegen der jeweiligen Störung in ihrem sozialen Zurechtkommen beeinträchtigt fühlen (z.B. in den Bereichen Arbeit, Familie, Freizeit, aber auch in ihrer partnerschaftlich-sexuellen Beziehungszufriedenheit) und/oder ob sie einen Leidensdruck verspüren bzw. ggf. Hilfe zur Bewältigung wünschen. Diese Kriterien werden im DSM-IV bis dato besser abgebildet, als im ICD-10. Das ICD-10 bietet dagegen eine umfassendere Kodierungsmöglichkeit für Sexualstörungen sowie eine bessere Überschaubarkeit und Handhabbarkeit der aufgeführten Störungsbereiche.

Aus der Literaturübersicht wird deutlich, dass es im Bereich der klinischen Sexualwissenschaft bis dato keinen Standard der terminologischen Definition bezüglich der einzelnen Störungsbilder gibt, wie er in anderen Fachbereichen selbstverständlich ist. Aus diesen Gründen soll im Folgenden eine Übersicht über das Spektrum der Sexualstörungen dargelegt werden, wie sie in der sexualmedizinischen Praxis vorkommen und klinisch relevant sind. Darüber hinaus werden zu den jeweiligen Indikationsbereichen die Kodierungsmöglichkeiten in DSM-IV-TR sowie ICD-10 vorgestellt. Hilfs- bzw. Ersatzkodierungen sind mit einem Stern (*) gekennzeichnet und werden weiter unten erläutert. Im Anschluss an die Darstellung der jeweiligen Störungsbereiche werden bei einigen sexualmedizinischen Indikationen in einem kurzen terminologischen Exkurs die bisherigen Begrifflichkeiten diskutiert und ggf. Vorschläge zur terminologischen Vereinheitlichung und Präzisierung unterbreitet.

Das Spektrum der Sexualstörungen	ICD-10 / DSM-IV
1. Störungen der sexuellen Funktionen	**(F 52 / - - - -)**
1.1 Störungen des sexuellen Verlangens	
1.1.1 Gesteigertes sexuelles Verlangen	(F 52.7 / - - - -)
1.1.2 Verringertes sexuelles Verlangen	(F 52.0 / 302.71)
1.1.3 Ausbleibendes sexuelles Verlangen	(F 52.0 / 302.71)
1.2 Störungen der sexuellen Erregung	
1.2.1 Ausbleibende Penisversteifung (*Erektionsstörung*)	(F 52.2 / 302.72)
1.2.2 Ausbleibende Scheidenfeuchtigkeit (*Lubrikationsstörung*)	(F 52.2 / 302.72)
1.3 Störungen des sexuellen Erregungshöhepunktes	
1.3.1 Vorzeitiger Orgasmus	(F 52.4 / 302.75)
1.3.2 Verzögerter Orgasmus	(F 52.3 / 302.74)
1.3.3 Ausbleibender Orgasmus (*Anorgasmie*)	(F 52.3 / 302.73)
1.4 Störungen der sexuellen Entspannung und Befriedigung	
1.4.1 Anspannungsgefühl trotz Orgasmuserlebens	(F 52.11 / - - - -)
1.4.2 Anspannungsgefühl ohne Orgasmuserleben	(F 52.11 / - - - -)
1.4.3 Ablehnung sexueller Betätigung (*sexuelle Aversion*)	(F 52.10 / - - - -)
1.5 Störungen durch sexuell bedingte Schmerzen	
1.5.1 Schmerzen bei genitaler Stimulation (*Dyspareunie*)	(F 52.6 / 302.76)
1.5.2 Scheidenkrampf bei vaginaler Penetration (*Vaginismus*)	(F 52.5 / 306.51)

2. Störungen der sexuellen Entwicklung ..... (F 66 / - - - -)

2.1 Störung der sexuellen Reifung ..... (F 66.0 / - - - -)
2.2 Störung der sexuellen Orientierung ..... (F 66.1 / - - - -)
2.3 Störung der sexuellen Identität ..... (F 66.8 / - - - -) *
2.4 Störung der sexuellen Beziehung ..... (F 66.2 / - - - -)

* Zuordnung unter die Rubrik F 66.8: „Sonstige psychosexuelle Entwicklungsstörung".

3. Störungen der Geschlechtsidentität ..... (F 64 / - - - -)

3.1 Störung der Geschlechtsidentität im Kindesalter
..... (F 64.2 / 302.6)
3.2 Nicht-transsexuelle Störung der Geschlechtsidentität
..... (F 64.8 / 302.6) *
3.3 Transsexuelle Störung der Geschlechtsidentität (*Transsexualität*)
..... (F 64.0 / 302.85)
3.4 *Transvestität* (unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen)
..... (F 64.1 / 302.9)

* Zuordnung unter die Rubrik F 64.8: „Sonstige Störung der Geschlechtsidentität".

4. Störungen der sexuellen Fortpflanzung ..... (F 69 / - - - -) *

4.1 Präkonzeptionelle Störungen
4.1.1 Unerfüllter Kinderwunsch / chronische Infertilität ..... (F 69.0 / - - - -) *
4.1.2 Eingebildete Schwangerschaft ..... (F 69.0 / - - - -) *
4.2 Pränatale Störungen
4.2.1 Negierte / Verdrängte Schwangerschaft ..... (F 69.0 / - - - -) *
4.2.1.1 unbemerkt (nicht bewusst wahrgenommen)
4.2.1.2 verheimlicht (bewusst wahrgenommen)
4.2.2 Serielle Aborte ..... (F 69.0 / - - - -) *
4.3 Postnatale Störungen
4.3.1 Kindes-Abstoßung / Kindes-Vernachlässigung / Kindes-Misshandlung
..... (F 69.0 / - - - -) *
4.3.2 Kindes-Tötung ..... (F 69.0 / - - - -) *
4.4 *Reproversion*
4.4.1 Missbrauch eines Kindes zur „Selbststabilisation" ..... (F 69.0 / - - - -) *
4.4.2 Missbrauch eines Kindes als „Selbstobjekt" ..... (F 69.0 / - - - -) *

* Zuordnung unter die Rubrik F 69: „Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung bei Erwachsenen".

5. Störungen der sexuellen Präferenz (*Paraphilien*) ..... (F 65 / - - - -)

5.1 Transvestitischer Fetischismus ..... (F 65.1 / 302.3)
5.2 Fetischismus ..... (F 65.0 / 302.81)
5.3 Masochismus ..... (F 65.5 / 302.83)
5.4 Sadismus ..... (F 65.5 / 302.84)
5.5 Voyeurismus ..... (F 65.3 / 302.82)
5.6 Exhibitionismus ..... (F 65.2 / 302.4)
5.7 Frotteurismus ..... (F 65.8 / 302.89) *
5.8 Toucheurismus ..... (F 65.7 / 302.9) *
5.9 Pädophilie ..... (F 65.4 / 302.2)
5.10 Multiple Störungen der Sexualpräferenz (*Polyparaphilie*) .. (F 65.6 / - - - -)

* Zuordnung unter die Rubrik F 65.8: „Sonstige Störung der Sexualpräferenz".

6.	**Störungen des sexuellen Verhaltens (*Dissexualität*)**	**(F 63 / - - - -) ***
6.1	Sexuell motivierte, un- und mittelbare Ausbeutung	(F 63.8 / 312.30)*+
6.2	Sexuell motivierte Beobachtung in Intimsituationen	(F 63.8 / 312.30) *
6.3	Sexuell motivierte (masturbatorische) Genitalpräsentation	(F 63.8 / 312.30) *
6.4	Sexuell motivierte Belästigung / Verfolgung (*Stalking*)	(F 63.8 / 312.30) *
6.5	Sexuell motivierte Berührung / Körperkontaktaufnahme	(F 63.8 / 312.30) *
6.6	Sexuell motiviertes Anfassen („Grabschen")	(F 63.8 / 312.30) *
6.7	Sexuell motivierte (orale, vaginale, anale) Penetration	(F 63.8 / 312.30) *
6.8	Sexuell motivierte Tötung	(F 63.8 / 312.30) *

* Zuordnung unter die Rubrik F 63.8 „Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle".
+ Nutzung / Konsum von Pornographie und Prostitution mit abhängigen bzw. nicht-einwilligungsfähigen Personen wie z.B. illegalen Migranten, Behinderten und Kindern.

1. Störungen der sexuellen Funktionen

Synonym: Sexuelle Funktionsstörungen, Störungen der Sexualfunktionen, Funktionale/Funktionelle Sexualstörungen, sexuelle Dysfunktionen

Die sexuelle Reaktion lässt sich in die Phasen Appetenz, Erregung, Orgasmus und Entspannung gliedern, und jede dieser Phasen kann als solche gestört sein (vgl. Masters & Johnson 1966). Subsummiert werden hier alle Störungen der sexuellen Funktionen und Reaktionen eines Menschen, die über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestehen und deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten verursachen. Weil sämtliche Sexualstörungen (wie im Übrigen sämtliche psychischen und Verhaltensstörungen) sowohl biologische als auch psychologische und soziologische Aspekte aufweisen (vgl. Bloch 1906, Kinsey et al. 1948), werden frühere Versuche der Einteilung in körperlich oder seelische Ursachen aus sexualwissenschaftlicher Perspektive als nicht mehr zeitgemäß erachtet. Allein eine integrale biopsychosoziale Sichtweise sämtlicher psychischen und Verhaltensstörungen, insbesondere auch sexueller Störungen verspricht eine zutreffende Beschreibung und wirksame Behandlung dieser Störungsbilder. Begründet dadurch, wird die Einteilung in die Begriffe „Sexuelle Dysfunktionen" für Störungen mit überwiegend oder ausschließlich körperlichen Ursachen und „Funktionelle Sexualstörungen" für überwiegend oder ausschließlich psychische Ursachen (vgl. Sigusch 2001) von den Autoren nicht geteilt. Körperliche und psychische Faktoren greifen auf jeder Funktionsebene ineinander und lassen sich nicht getrennt voneinander untersuchen und daher auch nicht unabhängig voneinander behandeln. Eine Unterscheidung in entweder körperliche oder seelische Ursachen lässt sich daher realiter nicht treffen und konnte im Übrigen auch nicht wissenschaftlich nachgewiesen werden. In verschiedenen Untersuchungen wurde belegt, dass sexuelle Störungen so gut wie nie durch einen alleinigen Faktor erklärbar sind. So wurden z.B. bei Diabetikern in einer Untersuchung von Kockott (1981) überdurchschnittlich ausgeprägte Versagensängste festgestellt. Diese psychische Komponente verstärkte deutlich die (durch den Diabetes mitbedingte) Sexualproblematik (vgl. Kockott 2000). Buvat und Mitarbeiter (1983) untersuchte eine Gruppe von Patienten mit Erektionsstörungen, bei denen pathologische Angiogramme der Beckenarterien festgestellt wurden, die bekanntermaßen die Erektionsfunktion beeinträchtigen können. Eine Hälfte der Patienten wurde pharmakotherapeutisch (mit gefäßerweiternden Mitteln) und die andere Hälfte psychotherapeutisch (mit verhaltenstherapeutischen Mitteln) behandelt. Nach sechs Monaten fanden sich in beiden Gruppen in gleichem Ausmaß leichte bis deutliche Besserungen – auch bei der Gruppe mit alleiniger Psychotherapie.

Weil sexuelle Funktionsstörungen nicht nur den Menschen mit den jeweiligen Symptomen alleine, sondern immer auch den beteiligten Partner bzw. die beteiligte Partnerin betreffen und es häufig aufgrund sexueller Funktionsstörungen auch zu Beeinträchtigungen der partnerschaftlichen Beziehungszufriedenheit kommt, sollten sexualtherapeutische Behandlungen bei diesen Indikationen prinzipiell mit beiden Partnern gemeinsam durchgeführt werden. Sexuelle Funktionsstörungen haben dann eine gute Prognose, wenn sie frühzeitig erkannt und sachverständig behandelt werden – andernfalls ist die Gefahr der Chronifizierung groß. Es ist daher in hohem Maße wünschenswert, dass eine entsprechende Diagnostik früh einsetzt und dass qualifizierte Therapieangebote unter Einbeziehung möglicher Partner bzw. Partnerinnen rechtzeitig unterbreitet werden können. Von allen Sexualstörungen können sexuelle Funktionsstörungen bis dato am besten in den internationalen Klassifikationssystemen kodiert werden.

Störungen der sexuellen Funktionen F 52

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Ausreichende Erfassung der wichtigsten Störungsbilder z. B. F 52.0: „Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen“	Ausreichende Erfassung der wichtigsten Störungsbilder z. B. 302.71: „Störungen mit verminderter sexueller Appetenz“	Nur im DSM-IV-TR findet sich Leidensdruck als notwendiges Kriterium für die Diagnosestellung

Sämtliche sexuellen Funktionsstörungen können sowohl unabhängig von anderen Störungen oder Erkrankungen, als auch als Folge von anderen Erkrankungen sowie deren Behandlung auftreten. Im sexualdiagnostischen Prozess wird – wie bei der Diagnostik sämtlicher psychischen und Verhaltensstörungen – grundsätzlich zuerst geprüft, ob beim Zustandekommen und/oder Bestehenbleiben einer sexuellen Störung eine andere Erkrankung und/oder deren Behandlung mit beteiligt ist. Ist dies der Fall, so wird die andere Erkrankung erstrangig kodiert und die Sexualstörung an zweiter Stelle. Nur wenn keine andere Erkrankung oder Behandlung die Sexualstörung mit begründet, wird diese erstrangig, d.h., an erster Stelle kodiert.

Auswirkungen auf die Etablierung und Gestaltung sexueller Beziehungen haben nicht nur sämtliche der weiter unten genannten sexuellen Störungsbilder, sondern darüber hinaus eine Vielzahl von körperlichen und psychischen Erkrankungen. Praktisch alle medizinisch-klinischen Fächer betreuen Patient(inn)en, bei denen es durch eine Erkrankung zur Ausbildung einer Sexualstörung kommen kann. Gleiches gilt für medikamentöse Behandlungen entsprechender Erkrankungen oder die Auswirkungen operativer Eingriffe. In der nachfolgenden Übersicht sind die wichtigsten Krankheitsbilder aufgeführt, bei denen mit einer Beeinträchtigung öder Störung der Sexualfunktionen gerechnet werden muss:

- Kardiovaskuläre Erkrankungen, wobei Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung, Myokardinfarkt und Hypertonie im Vordergrund stehen; Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes Mellitus;
- Gynäkologische Erkrankungen, wie Vulvodynie, Puritus genitalis, Fluor vaginalis (hier insbesondere auch die psychosomatische Indikation des „Chronischen Unterbauchschmerz-Syndroms“);
- Schwere Allgemeinerkrankungen wie beispielsweise Krebs, insbesondere Brust-, Gebärmutter-, Darm-, Hoden-, Prostata oder seltenere Formen wie Scheiden- oder Penis-Krebs;
- Erkrankungen des Bewegungsapparates und / oder der Haut: rheumatische Gelenkerkrankungen (z.B. Arthritis), Psoriasis oder Lupus erythematodes; Urogenitale Erkrankungen und Fehlbildungen;
- Operative Eingriffe im Abdominal-, Becken- und Urogenitalbereich;
- Neurologische Erkrankungen, insbesondere die neuropsychiatrischen Erkrankungen wie Multiple Sklerose und Morbus Parkinson aber auch neurologisch bedingte Behinderungen;
- Psychiatrische Erkrankungen, einschließlich Angststörungen und Depressionen sowie auch psychiatrisch bedingte Behinderungen oder Suchterkrankungen (insbesondere Alkoholabhängigkeit).

In der sexualmedizinischen Behandlung werden hier – wenn möglich immer unter Einbeziehung des Partners /bzw. der Partnerin - unter Berücksichtigung der Erkrankung und Behandlung (z.B. Medikamente) Möglichkeiten erörtert, die Beeinträchtigung der Sexualfunktionen aufzuheben bzw. zu verbessern, um dadurch die sexuelle und partnerschaftliche Zufriedenheit der Betroffenen zu verbessern. Die Ausprägungsformen von überwiegend krankheits- und/oder behandlungs bedingten sexuellen Funktionsstörungen unterscheiden sich nicht von den nicht überwiegend krankheits- und/oder behandlungsbedingten Sexualstörungen, weshalb beide Erscheinungsformen unter dem selben (ersten) Gliederungspunkt subsummiert werden. Eine eigenständige Kodierung von krankheits- und/oder behandlungsbedingten Sexualstörungen ist bis dato sowohl im DSM-IV-TR als auch im ICD-10 nur umständlich möglich.

Störungen der sexuellen Funktionen (bedingt durch andere Erkrankungen und/oder Substanzwirkungen)

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Kodierung nur umständlich möglich, denn die zugrundeliegende Erkrankung muss gesondert verschlüsselt werden: z. B. N 48.4; 250.0: „Erektionsstörung aufgrund eines Diabetes mellitus“	Kodierung möglich mit eigenen Ziffern; aber zugrundeliegende Erkrankung muss per Freitext eingetragen werden: z. B. 607.84: „Erektionsstörung aufgrund eines ... (z. B. Diabetes mellitus)“	Gleiche Kodierungsvorschriften für substanzinduzierte Sexualstörungen Die Verschlüsselung von Operationsfolgen ist hingegen nicht möglich

Terminologischer Exkurs

Die Autoren plädieren mit den hier verwendeten Störungsbenennungen für eine Abschaffung der veralteten und größten Teils unpräzisen Bezeichnungen im Bereich der sexuellen Funktionsstörungen (z.B. „Libido- oder Luststörung", „Frigidität", „Ejaculatio praecox", „Impotentia coeundi oder generandi", „Erektile Impotenz oder Dysfunktion" etc.), deren fortgeschriebene Verwendung trotz unkorrekter ätiopathogenetischer Begriffskonstruktion aus sexualwissenschaftlicher Perspektive weder sinnvoll noch nützlich erscheint. So ist zum Beispiel bei *Störungen des sexuellen Verlangens* nicht die sog. „Libido" (?) oder Lust gestört (vgl. „Libido- oder Luststörung"), sondern das Verlangen nach sexueller Betätigung – die Möglichkeit, sexuelle Lust zu erleben, kann dabei unbeeinträchtigt sein. Beim *vorzeitigen Orgasmus* kommt nicht die Ejakulation zu früh („Ejaculatio praecox"), sondern der Orgasmus setzt vorzeitig ein; der Samenerguss ist lediglich die Folge dessen. „Impotenz" heißt Unvermögen bzw. Nicht-Können; die sexualtherapeutische Herangehensweise fokussiert gerade darauf, dem Betroffenen zugänglich zu machen, dass er keinesfalls „impotent" ist – auch wenn und obwohl sein Penis in bestimmten Situationen nicht steif wird. Bei einer ausbleibenden Penisversteifung ist nicht eine Dysfunktion erektil („Erektile Dysfunktion" = „Schwellfähige Fehlfunktion"; vgl. Sigusch 2001), sondern eine Erektionsfunktion gestört, weshalb die Bezeichnung *Erektionsstörung* treffender und einfacher erscheint (vgl. Schaefer et al. 2003).

2. Störungen der sexuellen Entwicklung (F 66)

Synonym: Störungen der Sexualentwicklung bzw. sexuelle Entwicklungsstörungen

Unter diesem Indikationsbereich werden diejenigen sexuellen Störungen zusammengefasst, die im Rahmen der biosexuellen, psychosexuellen und soziosexuellen Entwicklung über die gesamte Lebensspanne auftreten und für die Betroffenen eine Beeinträchtigung ihrer sexuellen Interaktionsmöglichkeit bedeuten können (bis hin zur Unmöglichkeit sexueller Kontaktaufnahme).

Störungen der Sexualentwicklung führen bei den Betroffenen häufig sekundär zur Ausprägung von anderen psychischen und Verhaltensstörungen, die dann eher in's Augenmerk einer Behandlung geraten, als die ursächliche Problematik. Mutmaßlich bleiben die meisten sexuellen Entwicklungsstörungen selbst unberücksichtigt und werden allein auf der (sekundären) Symptomebene behandelt, weil qualifizierte sexualdiagnostische und sexualtherapeutische Versorgungsmöglichkeiten fehlen und die Betroffenen in der Regel selbst nicht benennen können, dass ihre Schwierigkeiten eigentlich oder auch im Bereich ihrer sexuellen Entwicklung liegen.

Dies gilt um so mehr, wenn die Problematik in eine gesamte Entwicklungsverzögerung eingebettet ist (u.a. körperliche und geistige Entwicklungsstörung) bzw. wenn die Betroffenen insgesamt retardiert sind. An dem Bedürfnis nach sexueller und partnerschaftlicher Kontaktaufnahme ändert Retardierung mithin nichts, so dass sämtliche Einrichtungen zur Versorgung retardierter (bzw. wie auch immer behinderter) Patient(inn)en vor dem ungelösten Problem stehen, mit diesen natürlichen und gesunden sexuellen und partnerschaftlichen Bedürfnissen ihrer zu Betreuenden vernünftig umzugehen.

Im Vordergrund der Behandlung steht bei dieser Störungsgruppe eine sexualpädagogisch-psychagogische Informationsvermittlung („Aufklärung"), sexualpsychologische Anleitung, verhaltenstherapeutische Einübung und Begleitung der Betroffenen, mit dem Ziel, eine alters- und entwicklungsadäquate, d.h. realistische Kontaktaufnahme zu gewünschten Sexualpartnern zu gestalten und zu ermöglichen.

Störungen der sexuellen Entwicklung F 66

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Kodierung möglich unter F 66: „Psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung" (Gemeint ist: „Die betroffene Person leidet unter einer Verzögerung und / oder Störung hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität, der sexuellen Identität oder Orientierung...")	Nur durch die Restkategorie 302.9: „Nicht näher bezeichnete sexuelle Störung" zu kodieren. Diese ist gedacht, „um eine sexuelle Auffälligkeit zu kodieren, welche nicht die Kriterien für eine spezifische sexuelle Störung erfüllt und weder eine sexuelle Funktionsstörung noch eine Paraphilie ist".	Beeinträchtigungen der bio-, psycho- und soziosexuellen Entwicklung sind häufig (insbesondere Retardierungen) und können schwerwiegend sein (bis hin zur Unmöglichkeit sexueller Kontaktaufnahme).

2.1. Störung der sexuellen Reifung (F 66.0)

Synonym: Sexuelle Reifungsstörung

Unter der Rubrik „Störung der sexuellen Reifung" werden vor allem psycho- und soziosexuelle Auswir-

kungen einer Verzögerung oder des Ausbleibens der körperlichen Geschlechtsreife (z.B. „pubertas tarda“) verstanden. Ist der Prozess der geschlechtlichen Reifung (zum Beispiel durch endokrine Dysregulation oder sonstige Syndrome wie z.B. Klinefelter-, Turner- oder Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom) gestört und kommt es auch nach Beendigung der Adoleszenz nicht zu einer Ausbildung der Geschlechtsreife mit entsprechenden körperlichen Reifezeichen (z.B. Sekundärbehaarung), so verursacht das in vielen Fällen Irritationen der geschlechtlichen und auch der sexuellen Identitätsbildung. Durch solche Störungen der biosexuellen Entwicklung (körperlich-geschlechtliche Reife) kann es also auch zu Entwicklungsverzögerungen auf der psycho-/soziosexuellen Ebene kommen, durch welche die betroffenen Personen in ihrer sexuellen Entwicklung nicht altersgemäß vorschreiten und folglich Schwierigkeiten haben, mit altersanalogen Partnern sexuelle Beziehungen aufzunehmen. Zu einer Störung der sexuellen Reifung kann es aber auch ohne Störungen der biosexuellen Entwicklung kommen: Unabhängig von dem Vorliegen einer Störung des körperlich-geschlechtlichen Reifungsprozesses tritt bei Betroffenen dann eine normalerweise zunehmende Sicherheit z.B. bezüglich der eigenen *sexuellen Orientierung* und *Ausrichtung* (s.u.) nicht ein, wodurch es für sie schwer bis unmöglich wird, sexuelle Kontakte und Beziehungen aufzubauen, was wiederum mit einem starken Leidensdruck verbunden sein kann.

Besonders augenscheinlich und gravierend tritt eine Störung der sexuellen Reifung zutage, wenn es zu sexuellen Übergriffen auf Kinder kommt, weil ein Betroffener aufgrund einer bio-, psycho- oder sozio-sexuelle Retardierung altersadäquate Sexualpartner nicht für sich gewinnen kann und deswegen ersatzweise auf Kinder übergreift, bei denen die sexuelle Reifungsstörung aufgrund der gegebenen Altersdifferenz zum Kinde (als Ersatzhandlung für eigentlich ersehnte Sexualkontakte mit altersähnlichen Partnern) kompensierbar wird.

Liegt der sexuellen Reifungsstörung z.B. eine endokrine Dysregulation zugrunde, so würde diese wie immer erstrangig kodiert. Die „Störung der sexuellen Reifung“ (F 66.0) würde dann an zweiter Stelle für die psycho- und soziosexuelle Folgeproblematik kodiert, die durch die Klassifikation der überwiegend ursächlichen Störung nicht beschrieben wird – so, wie dies für den differentialdiagnostischen Prozess sämtlicher Sexualstörungen lege artis ist. Die bisherige Beschreibung dieser Problematik (F 66.0) im ICD-10 engt die Indikation auf Probleme der sexuellen Orientierung ein, was die tatsächliche Spannbreite der klinischen Relevanz nicht adäquat abbildet. Dies sollte bei einer Revision des ICD Berücksichtigung finden. Das DSM-IV-TR sieht gar keine Kodierungsmöglichkeit für diese Problematik vor.

Störung der sexuellen Reifung F 66.0

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Kodierung möglich unter F 66.0: „Sexuelle Reifungskrise“ (Gemeint ist: „Die betroffene Person leidet unter einer Unsicherheit hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität oder der sexuellen Orientierung...“) sowie unter F 66.8: „Sonstige psychosexuelle Entwicklungsstörungen“.	Nur durch die Restkategorie 302.9: „Nicht näher bezeichnete sexuelle Störung“ zu kodieren. Diese ist gedacht, „um eine sexuelle Auffälligkeit zu kodieren, welche nicht die Kriterien für eine spezifische sexuelle Störung erfüllt und weder eine sexuelle Funktionsstörung noch eine Paraphilie ist“.	Beeinträchtigungen der bio-, psycho- und soziosexuellen Reifung sind häufig (insbesondere Retardierungen) und können schwerwiegend sein (bis hin zur Unmöglichkeit sexueller Kontaktaufnahme).

2.2. Störung der sexuellen Orientierung (F 66.1)

Synonym: Störung der Sexualorientierung bzw. sexuelle Orientierungsstörung

Bei diesem Störungsbild besteht die Problematik in einer Verunsicherung bezüglich der eigenen *sexuellen Orientierung* (s.u.), sofern diese über einen längeren Zeitraum kontinuierlich besteht und als leidvoll erlebt wird bzw. zwischenmenschliche Probleme verursacht. Die Betroffenen fühlen sich z.B. dadurch belastet, dass sie auch lange nach Abschluss der Adoleszenz nicht wissen, ob sie sexuell auf das eigene oder das Gegengeschlecht orientiert sind. Dadurch sehen sie sich außerstande, mit anderen Menschen spannungs- und angstfrei in Kontakt zu treten, weil die innere Auseinandersetzung über die eigene sexuelle Orientierung und die des Kontaktpartners überwertigen Charakter besitzt und dadurch die Gedanken- und Gefühlswelt der Betroffenen stark vereinnahmt. Es kommt zum fortwährenden Grübeln über die Frage der eigenen sexuellen Orientierung und zu der Befürchtung, andere Menschen könnten ihrerseits Hypothesen über die sexuelle Orientierung der Betroffenen aufstellen bzw. eine wie auch immer geartete Ausformung der sexuellen Orientierung identifizieren oder unterstellen. Zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass

diese Symptomatik trotz phänomenologischer Ähnlichkeit psychopathologisch klar von psychotischen Wahnvorstellungen abgrenzbar ist.

Die häufigste Erscheinungsform der sexuellen Orientierungsstörung besteht in einer ich-fremden gleichgeschlechtlichen Orientierung (sog. „ego-dystone Homophilie"): Nicht zuletzt vor dem soziokulturellen Hintergrund einer sexuell gegengeschlechtlich orientierten Bevölkerungsmehrheit besteht bei Betroffenen entweder eine Befürchtung homosexuell orientiert zu sein oder die Unfähigkeit, eine realistisch wahrgenommene eigene Homosexualität akzeptieren oder gar in die eigene *sexuelle Identität* (s.u.) integrieren zu können. In der Folge kommt es zu Verleugnungs- bzw. Verdrängungs-Versuchen, die jedoch meist von geringer Halbwertzeit gekennzeichnet sind und oft letztendlich zur kategorischen Ablehnung der eigenen sexuellen Orientierung führen, mit dem resultierenden Wunsch, diese zu ändern, d.h. in's Gegenteil zu verkehren. Oft werden gegengeschlechtliche sexuelle Beziehungen aufgenommen, die jedoch (mitunter trotz „technischer" sexueller Funktionalität) wegen sexualpräferenzieller Inkompatibilität ohne innere Resonanz bzw. ohne emotionalen Niederschlag bleiben und deswegen nicht aufrecht erhalten werden können. In vielen Fällen werden sexuelle Kontakte ausschließlich im Kontext anonymer, (semi)professioneller Prostitution gesucht, was für die Betroffenen sowohl mit einem deutlich erhöhten Risiko verbunden ist, sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten zu infizieren (vgl. HIV), als auch Opfer von Gewalthandlungen und Eigentumsdelikten zu werden, wie sie durch die „Ausnutzung einer sexuellen Neigung" begünstigt und begangen werden (vgl. Elz 2002). Seit fast hundert Jahren dokumentiert ist hier vor allem die Erpressung von Homosexuellen durch Prostituierte und andere Personen, die damit drohen, die Homosexualität des Betroffenen zu veröffentlichen (vgl. Hirschfeld 1913). Verstärkt wurde dieser Deliktbereich durch die strafrechtliche Pönalisierung homosexueller Kontakte, die in Deutschland immerhin bis 1970 bestand. Aber auch andere Delikte, wie Raub und Körperverletzung sowie „Taschen-, Trick- und Beischlafdiebstahl" treffen häufiger Personen, die homosexuelle Kontakte mit anonymen Gelegenheitspartnern suchen, als diejenigen, die (überwiegend) in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften leben (vgl. Ahlers 2001). Im schlimmsten Fall einer Störung der sexuellen Orientierung kommt es zum vollständigen sozialen und soziosexuellen Rückzug und zu resultierender Isolation, Vereinsamung und damit vor allem auch zu syndyastischer Deprivation, was dann wiederum das Risiko erhöht, psychosomatische Störungen auszubilden.

Die Behandlung zielt hier auf eine Integration der – ohnedies unveränderlichen – sexuellen Orientierung in das sexuelle Selbstkonzept und damit auf die Ausbildung einer lebbaren *sexuellen Identität* für den Betroffenen und nutzt zu diesem Zwecke überwiegend verhaltenstherapeutische (kognitive-behaviourale) Interventionen zur kognitiven Unstrukturierung und Einstellungsänderung, aber auch zum konkreten Einüben z.B. angstfreier gleichgeschlechtlicher Kontaktaufnahme. Störung der sexuellen Orientierung kann im ICD-10 adäquat kodiert werden.

Störung der sexuellen Orientierung F 66.1

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Kodierung möglich unter F 66.1: „Ich-fremde Sexualorientierung". Gemeint ist: "Die Geschlechtsidentität oder sexuelle Ausrichtung ist eindeutig, aber die betroffene Person hat den Wunsch, diese wäre wegen der damit verbundenen psychischen oder Verhaltensstörungen anders..."	Nur durch die Restkategorie 302.9 als „Nicht näher bezeichnete sexuelle Störung" zu kodieren, denn diese umfasst auch „andauerndes und ausgeprägtes Leiden an der sexuellen Orientierung".	Müsste im ICD-10 weiter gefasst werden und im DSM-IV eine eigenständige Ziffer erhalten.

2.3. Störung der sexuellen Identität (F 66.8)

Synonym: Störung der Sexualidentität bzw. sexuelle Identitätsstörung

Unter der „Störung der sexuellen Identität" wird eine Verunsicherung bezüglich der eigenen Männlichkeit bzw. Weiblichkeit – nicht bezüglich der eigenen Geschlechtszugehörigkeit – verstanden, sofern diese über einen längeren Zeitraum kontinuierlich besteht, mit einem Leidensdruck verbunden ist und / oder zwischenmenschliche Probleme verursacht.

Wo sich die geschlechtliche Identität in der Frage ausdrückt: „Bin ich ein Mann oder eine Frau?", drückt sich die *sexuelle Identität* in der Frage aus: „Bin ich richtig, ausreichend bzw. genügend männlich oder weiblich?" Es geht also für die Betroffenen darum, ob sie sich selbst auch und insbesondere im Sinne sexueller Attraktivität als „richtiger Mann" oder „richtige Frau" wahrnehmen und annehmen können. Wo bei der geschlechtlichen Identität die Frage sexueller Attrakti-

vität keine primäre Rolle spielt – hier geht es um die Frage der Geschlechtszugehörigkeit – geht es bei der sexuellen Identität um die Möglichkeit, die eigenen geschlechtsbezogenen Eigenschaften in ein sexuelles Selbstkonzept integrieren und kongruent in geschlechtstypisches Sexualverhalten umsetzen zu können. Die Frage der Geschlechtszugehörigkeit ist dem gegenüber für die Betroffenen vollkommen eindeutig und konfliktlos. Eine Störung der sexuellen Identität darf daher nicht mit einer Störung der geschlechtlichen Identität (ICD-10: F. 64, s.u.) gleichgesetzt oder verwechselt werden, da nicht das Mann-Sein oder Frau-Sein als solches in Frage gestellt wird (also die Geschlechtszugehörigkeit), sondern das Genügen in (soziokulturell stereotypen) Qualitäten von Männlichkeit und Weiblichkeit.

Bei einer Störung der sexuellen Identität kann die Befürchtung, in sexueller Hinsicht nicht zu genügen, die Verwirklichung partnerschaftlicher Sexualbeziehungen und damit unter Umständen auch die Erfüllung syndyastischer Grundbedürfnisse verhindern. Die Aufnahme tragfähiger, kontinuierlicher sexueller Beziehungen kann erschwert sein, weil (vor allem bei Männern) Selbstzweifel und Versagensängste bezüglich der eigenen sexuellen Zulänglichkeit und „Potenz“ zu stark und dadurch zu angstauslösend sind. Es handelt sich dabei um „Störungen der männlichen Identität mit entsprechenden Auswirkungen auf Selbstkategorisierungsprozesse und auf die innere Einstellung zur männlichen Geschlechtsrolle (mit ihren aktuellen kulturellen Implikationen und auch geschlechtsstereotypen Vorstellungen) sowie auf das Vertrauen in die (sexuell-) funktionale Vollwertigkeit als Mann“ (Beier et al. 2001: 372). Diese Ausprägungsform kann als „soziosexuelle Selbstunsicherheit“ bezeichnet werden (vgl. Fahrner 2003), die weit über das Ausmaß allgemeiner (d.h., überwindbarer) „Schüchternheit gegenüber dem anderen Geschlecht“ hinausgeht und ein Grund dafür sein kann, dass Betroffene entgegen ihren Wünschen über lange Zeiträume partnerschaftlich ungebunden bleiben. Die Folge ist eine „Störung der Paarfähigkeit, d.h., die starke Begrenzung innerer Möglichkeiten bis hin zur gänzlichen Unfähigkeit, emotional reife Partnerschaften einzugehen (d.h., Beziehungen, die auf einer egalitärkomplementären Rollenverteilung fußen); ohne stabiles „Ich“ lässt sich kein dauerhaftes „Wir“ entfalten“ (Beier et al. 2001: 372). Leidvoll erlebte Partnerlosigkeit erscheint vor diesem Hintergrund als bisher eher vernachlässigte Problematik der Sexualberatung.

Eine Störung der sexuellen Identität kann auf der anderen Seite auch einen Hintergrund für das Bedürfnis darstellen, seriell immer neue Sexualpartner „erobern“ und gewinnen zu wollen bzw. zu müssen, ohne sich auf tragfähige, partnerschaftliche Beziehungen einlassen zu können und ohne durch die immer neuen „Eroberungen“ ein Gefühl innerer Erfüllung oder Befriedigung empfinden zu können (vgl. früher sog. „Don-Juanismus“ bzw. „Nymphomanie“). Dieses Verhaltensmuster kann sowohl vorliegen, wenn die sexuellen Interaktionen ohne Funktionsstörungen und mit Erregungshöhepunkten verlaufen; es kann aber auch auftreten, wenn es bei den Betroffenen im Rahmen der sexuellen Interaktionen mit den frisch „eroberten“ Sexualpartnern (immer wieder) zu sexuellen Funktionsstörungen kommt. Die Vorstellung, „beim nächsten Mal wird alles anders“ ist dann handlungsleitend und jeder neue Anlauf wird als Selbstheilungsversuch gesehen.

Häufig schildern Betroffene im Kontext dieser Problematik auch Begriffe wie „Sexsucht“ oder „Hypersexualität“ oder beklagen auch Probleme wie exzessive und ruinöse Nutzung von Prostitutions- oder Telephonsex-Kontakten. Hintergrund kann hier sowohl eine Entkoppelung der Lust- von der Beziehungsdimension der Sexualität sein (vgl. Beier & Loewit 2004), als auch eine brüchige sexuelle Identität, die durch immer neue „Eroberungen“ bzw. immer neue sexuelle Fremdbestätigung fortlaufend stabilisiert werden muss. Betroffene entwickeln dysfunktionale Lösungsstrategien für ihre als leidvoll empfundene sexuelle Identitätsproblematik, indem sie sich suchtartig immer wieder psycho-physiologische Verstärkungserlebnisse im Kontext sexueller Lust verschaffen, ohne solche mit ihren zwischenmenschlichen (psychosozialen) Grundbedürfnissen in Verbindung bringen zu können. Das suchttypische Ausbleiben tief empfundener Befriedigung führt zum stereotypen und für die Betroffenen häufig sogar nicht nur als leidvoll, sondern auch als ich-fremd erlebten Wiederholen der bekannten Verhaltensweisen, ohne jemals ein erfüllendes Ergebnis zu zeitigen (vgl. Strauß 2001, Clement 2004). Ein Teufelskreis, der für Betroffene nicht nur soziale, sondern auch partnerschaftliche, berufliche und damit wirtschaftliche Desintegration bedeuten kann und vor allem aber syndyastisch frustran bleibt.

Neben diesen Versuchen, eine Störung der sexuellen Identität durch sexuelle Fremdbestätigung zu kompensieren, kann die hier aufgezeigte Problematik auch dazu führen, dass eine Stabilisierung der brüchigen sexuellen Identität sowohl durch Medikamente zur Unterstützung von Sexualfunktionen, als auch durch körperverändernde Maßnahmen gesucht wird. Viele Männer mit einer selbstunsicheren sexuellen Identität verschaffen sich erektionsfördernde Medikamente, auch

bzw. obwohl sie keine manifeste Erektionsstörung haben. Das Gefühl der Sicherheit des sexuellen Funktionierens soll die fragile sexuelle Identität stabilisieren.

Auf der Ebene der Körperlichkeit bildet physische Attraktivität auch für Männer zunehmend einen sozialen Statusfaktor und Bewertungsmaßstab, wie seit jeher die „Figur" der Frau. Durch exzessiv betriebenes sog. „Fitness" bzw. „Workout" oder sogar „Bodybuilding" versuchen betroffene Männer, ihre irritierte oder gestörte sexuelle Identität durch Muskelaufbau zu kompensieren. Beim professionellen „Bodybuilding" geht es dabei nicht um gesundheitliche Aspekte, sondern um so genanntes „athletisches" Aussehen, was bedeutet, um muskulöse Proportionen, wie sie als kräftige Körper starker Männer natürlicherweise nicht vorkommen, sondern ausschließlich unter Zuhilfenahme pharmazeutischer Agenzien und durch die Aufwendung der gesamten Freizeit als motorisch dysfunktionale „Fleischberge" entstehen.[1] Die Pharmazeutika führen ihrerseits sowohl zu Wesens- und Affektveränderungen (z.B. Depressivität / Aggressivität) als auch zu organischen und sexuellen Funktionsstörungen, welche die Kontaktaufnahme zu potenziellen Partnerinnen oder Partnern wiederum erschweren können.

Gravierendere Versuche, eine Störung der sexuellen Identität durch geschlechtstypisierende Veränderungen der eigenen Körperlichkeit zu kompensieren, stellen schließlich chirurgisch-operative, körperverändernde Maßnahmen dar, die bei Männern von Brust- und Gesäß-Implantaten bis hin zu Penisverlängerungen reichen können, welche als „Individuelle Gesundheitsleistung" von der kosmetischen Chirurgie und der chirurgischen Urologie quasi als „Wellness-Produkte" angeboten werden. Bei Frauen kommen vorwiegend kosmetisch-chirurgische Gesichts- und Figur- „Korrekturen" vor, die von Lippen- und Brustvergrößerungen, bis hin zur operativen oder sogar „lasergestützten Scheidenverjüngung" reichen (sog. „Intimchirurgie"). Der Umstand, dass all diese Leistungen einen eigenen Markt der Medizinindustrie darstellen und von Ärzten unter dem Deckmantel präventiver und kurativer Versorgung offensiv beworben und verkauft werden, verschleiert zusätzlich den Blick auf die möglicherweise im Hintergrund liegende Problematik der sexuellen Identität. Häufig ist zu beobachten, dass sich Betroffene nach einer ersten Operation mehreren weiteren unterziehen, weil zum einen eine Hemmschwelle gefallen ist, zum anderen aber die Betroffenen (bewusst oder nicht bewusst) bemerken, dass die kosmetisch-medizinische Veränderung des eigenen Körpers in Richtung stereotyperer Männlichkeit oder Weiblichkeit nicht zu einer Stabilisierung ihrer brüchigen sexuellen Identität geführt hat.

Während die „Störung der sexuellen Identität" noch im ICD-9 als eigenständiger Indikationsbereich aufgeführt waren (allerdings fälschlicherweise zugeordnet im Bereich der Geschlechtsidentitätsstörungen; ICD-9: 302.6, vgl. Degwitz et al. 1980), wurde diese Kategorie im ICD-10 ersatzlos gestrichen, findet sich nunmehr in keinem der beiden internationalen Klassifikationssystemen mehr beschrieben und kann daher nur noch über die Ersatzkodierung F 66.8 „Sonstige psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung" klassifiziert werden. Auch hier bestünde aus sexualmedizinischer Perspektive – genau wie im Indikationsbereich „Störungen der Geschlechtsidentität" (F 64, s.u.) – sowohl Anlass zur Rückbesinnung auf die fälschlicherweise verworfenen Aspekte des ICD-9, als auch Ergänzungsbedarf für zukünftige Revisionen.

Störung der sexuellen Identität F 66.8

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Nur eingeschränkt zu kodieren unter F 66.8 „Sonstige psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung". Gemeint ist: „Die Unsicherheit bezüglich der eigenen sexuellen Attraktivität und Zulänglichkeit bereitet unter anderem bei der Aufnahme und der Aufrechterhaltung sexueller Beziehungen mit einem Partner Probleme".	Nur durch die Restkategorie 302.9 „Nicht näher bezeichnete sexuelle Störung" zu kodieren, denn diese umfasst auch explizit ein „ausgeprägtes Gefühl des Ungenügens bezüglich des Sexualaktes oder andere Persönlichkeitszüge im Zusammenhang mit selbst auferlegten Maßstäben für Männlichkeit oder Weiblichkeit", sowie das „Leiden an einem Muster von wiederholten sexuellen Beziehungen, einschließlich der wechselhaften Abfolge von Partnern, die von der Person nur als Dinge, die man benutzt, erlebt werden".	Klinisch von außerordentlicher Bedeutung: Soziosexuelle Selbstunsicherheit mit stark frustrierten psychosozialen Grundbedürfnissen (nach Akzeptanz, Sicherheit, Geborgenheit etc.).

Terminologischer Exkurs

Im „Pschyrembel – Wörterbuch Sexualität" ist zum Begriff der *sexuellen Identität* vermerkt: „Bezeich-

[1] Und das vor dem Hintergrund, dass Körperkraft im Gegensatz zu Geisteskraft einen immer geringeren evolutionsbiologischen Vorteil darstellt.

nung für das Ergebnis der Selbstidentifikation als männlich oder weiblich. (...) Ihre endgültige Form erhält die sexuelle Identität während der Adoleszenz im Rahmen der sexuellen Selbstidentifikation. (...) Im Erwachsenenalter verändert sich die sexuelle Identität nicht selten weiter, z.B. in Funktion gemachter Erfahrungen (Partnerwechsel) oder körperlicher Voraussetzungen (höheres Lebensalter), unter Umständen auch als sexuelle Identitätskrisen, (...) in deren Folge es zu schweren psychischen und körperlichen Störungen (sexuelle Funktionsstörungen, Depressionen) kommen kann" (Dressler & Zink 2003: 234).

Bisher gibt es auch in der sexualwissenschaftlichen Literatur keine Definition und folglich auch keine einheitliche Verwendung des Begriffes *sexuelle Identität*. Der Begriff wird häufig synonym mit den Bezeichnungen *sexuelle Präferenz, sexuelle Orientierung*, *sexuelle Ausrichtung*[2], *sexuelle Neigung* (vgl. Tasker & Wren 2002) oder sogar für die *Geschlechtsidentität* verwendet (vgl. Fiedler 2004, Appel 2004), was sich resultierend sogar in der Rechtssprache niederschlägt (vgl. Anti-Diskriminierungsgesetzte[3]).

Diese terminologische Diffusion erschwert den wissenschaftlichen Diskurs über die einzelnen Phänomene und ihre Beziehung zueinander und führt folglich zu Fehlbenennungen, die Missverständnisse programmieren und einen differentialdiagnostischen Prozess erschweren. Aus sexualwissenschaftlicher Perspektive wird zur Vereinheitlichung der Begriffsverwendung in diesem Bereich und damit zur Optimierung der Verständigung folgende terminologische Differenzierung vorgeschlagen:

Die *Sexuelle Präferenz* des Menschen konfiguriert sich auf drei wesentlichen Achsen:

a) *sexuelle Orientierung* auf ein präferiertes *Geschlecht* (männlich und / oder weiblich),
b) *sexuelle Ausrichtung* auf ein präferiertes *Körperschema* (Kinder, Pubertierende, Jugendliche, Erwachsene, Greise) und
c) *sexuelle Neigung* zu einer präferierten *Art und Weise* sexueller Betätigung (Typ, Objekt, Modus etc.)
(vgl. „5x3 der Sexualmedizin" SEXMED-5x3, Ahlers et al. 2004).

Die Geschlechtsidentität (s.u.) und die Sexualpräferenz (s.o.) sind die grundlegenden Aspekte der sexuellen Identität. Den zentralen Teil bildet das sexuelle Selbstkonzept, welches sich durch sexuelle Selbstkategorisierung formt und durch welches sich eine Person als (im stereotypen Sinne) männlich oder weiblich identifiziert.

So ist zum Beispiel das Adjektiv „homosexuell" lediglich die Bezeichnung für eine sexuelle Orientierung auf das selbe Geschlecht (s.o.), während die Begriffe „lesbisch" und „schwul" Ausdruck einer sexuellen Identitätsbildung darstellen, die damit über die zugrunde liegende sexuelle Orientierung hinausgeht.

Sexuelle Identität wird somit aus sexualwissenschaftlicher Sicht aufgefasst als das Ergebnis einer sexuellen Selbstdefinition, welche zum einen durch Aspekte der Geschlechtsidentität (Mann-Sein oder Frau-Sein, s.u.) sowie der Sexualpräferenz (z.B. hetero- oder homosexuell, s.o.) grundlegend konfiguriert wird und zum anderen aus dem Prozeß der sexuellen Selbstkategorisierung erwächst (z.B. „schwul" oder „normal", „Macho" oder „Softi" u.s.w.).

Den zentralen Teil der *sexuellen Identität* bildet damit das sexuelle Selbstkonzept, durch welches eine Person ihr individuelles Selbstverständnis als sexuelles Lebewesen zum Ausdruck bringt.

Der Begriff *sexuelle Identität* beschreibt somit einen intraindividuellen Prozess, der (sachimmanent) interindividuelle Auswirkungen hat. Dieser Aspekt zeigt sich unter anderem dadurch, dass eine Störung der sexuellen Identität so gut wie immer zu einer Störung der sexuellen Beziehung (s.u.) führt. Die Beschreibung interpersoneller Auswirkungen eines Phänomens kann auch hier die Beschreibung der (im Hintergrund stehenden) intrapsychischen Abläufe nicht ersetzen. Wichtig erscheint aber, auf das große Komorbiditätspotential sexueller Identitäts- und Beziehungsstörungen hinzuweisen.

Wiewohl die Störung der sexuellen Identität aus der sexualmedizinischen Praxis bekannt ist, liegen hierzu bis dato kaum sexualwissenschaftlichen Untersuchungsergebnisse vor, weshalb sich zur empirischen Fundierung dieses Indikationsbereichs im „Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten FSEV" (Ahlers et al. 2004) neben der Skala „Geschlechtsidentität" eine gesonderte Skala „Sexuelle Identität" findet, mit Hilfe derer die differentialdiagnostischen Abgrenzbarkeit der Indikationsbereiche auf empirischer Datengrundlage weiter untersucht werden soll. Allein schon wegen der sexualdiagnostisch und -therapeutisch relevanten Aspekte der sexuellen Identität sollte die Erörterung des sexuellen Selbstkonzeptes Gegenstand jeder sexualmedizinischen Exploration sein bzw.

---

[2] Vgl. „Antidiskriminierung für Lesben und Schwule. Sexuelle Ausrichtung – sexuelle Orientierung – sexuelle Identität. Familien- und Sozialverein des Lesben- und Schwulenverband in Deutschland e.V. (LSVD), Bundesgeschäftsstelle" (www.lsvd.de).

[3] Gesetz zu Artikel 10 Abs. 2 der Verfassung von Berlin (Gleichberechtigung von Menschen unterschiedlicher sexueller Identität. Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin (GVBl), 60. Jahrgang, Nr. 26 vom 02.07.2004: 256.

aus diesem Grund im Rahmen jeder Sexualanamnese erhoben werden (vgl. „Strukturierte Sexualanamnese SSA“, Ahlers et al. 2004).

2.4 Störung der sexuellen Beziehung (F 66.2)

Synonym: Störung der Sexualbeziehung bzw. sexuelle Beziehungsstörung)

Eine Störung der sexuellen Beziehung liegt vor, wenn eine Person darunter leidet, dass sie über einen längeren Zeitraum außerstande ist, sexuelle Beziehungen aufzunehmen oder aufrecht zu erhalten. Der hieraus resultierende Leidensdruck ist nicht nur häufig, sondern vor allem ein negativer Einflussfaktor auf die allgemeine und gesundheitliche Lebensqualität. Grund für diese Probleme können sowohl andere Sexualstörungen sein (Störungen der sexuellen Funktionen, Störungen der sexuellen Entwicklung, Störungen der Geschlechtsidentität, Störungen der sexuellen Reproduktion sowie der sexuellen Präferenz oder Störungen des sexuellen Verhaltens), als auch sonstige psychischen und Verhaltensstörungen, welche die Aufnahme und / oder Aufrechterhaltung sexueller Beziehungen erschweren oder verunmöglichen. Eine Störung der Sexualbeziehung ist damit so gut wie immer sekundär, das bedeutet, die unmögliche oder gestörte sexuelle Beziehung ist meistens eine soziosexuelle Ausdrucksform eines anderen, überwiegend ursächlichen Problems.

Wenn beispielsweise eine Neigung zu abnormen sexuellen Stimuli oder Betätigungen (z.B. ein Mann, der gern frauentypische Unterwäsche zur sexuellen Erregung trägt) die Aufnahme oder Aufrechterhaltung sexueller Beziehungen stört oder verunmöglicht (weil keine Frau sich darauf einlassen kann oder will), führt das unter Umständen zu einer Störung der sexuellen Beziehung, die jedoch durch eine Störung der Sexualpräferenz (sog. „Transvestitischer Fetischismus“, DSM-IV-TR: 302.3, s.u.) verursacht wird. Demzufolge müsste im differentialdiagnostischen Prozess hier die Störung der sexuellen Präferenz an erster Stelle kodiert werden, weil sie bei der sexuellen Beziehungsstörung im Hintergrund steht. Die zusätzliche Kodierung der sexuellen Beziehungsstörung dient der Beschreibung der entsprechenden Folgeproblematik, die eigenständig Leidensdruck bewirken kann und durch die erstrangige Kodierung der Präferenzstörung nicht hinreichend beschrieben wird.

Den eigentlichen Kernbereich der sexuellen Beziehungsstörung bildet eine Störung des syndyastischen Erlebens (vgl. Beier & Loewit 2004). Weil Sexualität durch drei zentrale Dimensionen (Lust, Fortpflanzung und Beziehung) gekennzeichnet ist (s.o.), kann eine sexuelle Beziehungsstörung grundsätzlich Störungseinflüsse aus jeder einzelnen dieser drei Dimensionen beherbergen: Unerfüllte Lüste, unerfüllte Kinderwünsche und unerfüllte syndyastische Sehnsüchte nach Angenommenheit, Geborgenheit, Vertrauen und Nähe. Erfüllende sexuelle Beziehungen zeichnen sich durch eine gelungene Integration aller drei Dimensionen aus, wobei die Fortpflanzungsdimension mit ihren resultierenden Kinderwünschen in der Regel lebensphasischen Charakter hat (Zeit der Familiengründung). Die Bedürfnisse der Lust- und der Beziehungsdimension bestimmen hingegen das Leben des Menschen von Anfang bis Ende in gleichbleibend bedeutsamer Weise. Kommt es beispielsweise zu einer Entkoppelung der Lust- von der Beziehungsdimension, so kann dies in verschiedener Ausprägung zu einer Störung der sexuellen Beziehung führen: Eine Form stellt die Überbetonung der Lustdimension im Verhältnis zur Beziehungsdimension dar, die häufiger bei Männern anzutreffen ist. Diese Männer sind in ihrer Erlebnisweise eingeengt auf die Erlangung sexueller Lust und Befriedigung und erleben diese als nicht verknüpft mit einer partnerschaftlichen Beziehung. Die Partnerinnen oder Partner reagieren dann häufig mit sexuellem Rückzug, weil sie sich im Rahmen der sexuellen Interaktionen von ihren Partnern „nicht gemeint“ oder mit unter sogar „missbraucht“ fühlen.

Die ausschließliche pharmazeutische Symptombehandlung von Erektionsstörungen (z.B. PDE-5-Hemmer), ohne sexualtherapeutische Einbettung und ohne Einbeziehung von Partnerinnen oder Partnern kann eine sexuelle Beziehungsstörung noch ungewollt verstärken. Ein Grund, warum viele Männer erektionsfördernde Medikamente nur über kurze Zeiträume nutzen, liegt (neben den selbst zu tragenden Kosten) auch darin begründet, dass die Partnerinnen signalisieren, dass sie sich bei der Fokussierung ihres Mannes auf seine Erektion und damit auf sein Lusterleben in ihren eigentlichen (syndyastischen) Bedürfnissen nach Beziehung, Nähe und Geborgenheit nicht wahrgenommen, unberücksichtigt, vernachlässigt oder sogar missachtet fühlen.

Auch andersherum kann eine Entkopplung der verschiedenen Dimensionen von Sexualität zu einer sexuellen Beziehungsstörung führen, z.B. dann, wenn eine Frau ihre (syndyastischen) Bedürfnisse danach, wahr- und angenommen zu werden, Geborgenheit, Vertrauen und Nähe zu erleben, vollständig von der Lustdimension der Sexualität entkoppelt und in Folge dessen jede Form von genitaler bzw. stimulativer sexueller Interaktion verweigert, was wiederum zu Ent-

behrungsgefühlen bei ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin führen kann.

Auch eine einseitige Überbetonung der Fortpflanzungsdimension der Sexualität kann zu einer Störung der sexuellen Beziehung führen, etwa dann, wenn ein Partner sexuelle Kontakte ausschließlich zum Zwecke der Fortpflanzung anstrebt, der andere Partner jedoch einen Kinderwunsch nicht teilt und infolge dessen z.B. Geschlechtsverkehr verweigert. Nicht selten drückt sich eine solche Form einer sexuellen Beziehungsstörung dann auch wieder selbst im Ausbleiben sexueller Reaktionen bzw. in sexuellen Funktionsstörungen (s.o.) aus.

Auch das von partnerschaftlich gebundenen Betroffenen als bedrängend geschilderte Bedürfnis eines einzelnen Partners nach Besuchen in Partnertausch-Börsen, sog. „Swinger-Clubs" oder wiederholten „Seitenprüngen", kann auf eine Störung der sexuellen Beziehung hindeuten, wenn die Betroffenen aufgrund syndyastischer Deprivation versuchen, sich immer neue sexuelle Bestätigung von immer neuen Sexualpartnern zu verschaffen, ohne dadurch jemals eine Befriedigung ihrer eigentlichen (syndyastischen) Bedürfnisse zu erleben. Gerade auch in solchen Konstellationen wird der paarorientierte Behandlungszugang der *Syndyastischen Sexualtherapie* (vgl. Beier & Loewit 2004) besonders plausibel.

Der hier vorgestellte Störungsbereich „Störung der sexuellen Beziehung" kann im ICD-10 (im Gegensatz zum DSM-IV-TR) kodiert werden, jedoch geht der Problemkomplex weit über die Beschreibung dessen hinaus, was dort unter der sexuellen Beziehungsstörung definiert ist: Die Reduktion der ursächlichen Hintergründe auf Probleme der „Geschlechtsidentität, der sexuellen Orientierung oder der sexuellen Präferenz", wie sie im ICD vorgenommen wird, erscheint vor dem Hintergrund der klinischen Erscheinung ungenügend. Vielmehr präsentiert sich die Störung der sexuellen Beziehung genau so häufig als Resultat frustrierter, partnerschaftlicher Grundbedürfnisse, wie verursacht durch Probleme der „Geschlechtsidentität, der sexuellen Orientierung oder der sexuellen Präferenz" Die reduzierende Einengung dieses Indikationsbereiches sollte in zukünftigen Revisionen der Klassifikationssysteme erweitert bzw. ergänzt und optimiert werden.

Störung der sexuellen Beziehung F 66.2

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Nur eingeschränkt zu kodieren unter F 66.2 „Sexuelle Beziehungsstörung". Erwähnt ist lediglich: „Die Geschlechtsidentität oder die Störung der sexuellen Präferenz bereitet bei der Aufnahme und der Aufrechterhaltung einer Beziehung mit einem Sexualpartner Probleme".		Klinisch von außerordentlicher Bedeutung: Entkopplung der verschiedenen Dimensionen der Sexualität mit stark frustrierten psychosozialen Grundbedürfnissen (nach Akzeptanz, Sicherheit, Geborgenheit etc.).

3. Störungen der geschlechtlichen Identität (F 64)

Synonym: Störungen der Geschlechtsidentität bzw. Geschlechtsidentitätsstörungen

Zu diesem Störungsbild gehören Verunsicherungen, Irritationen und Missempfindungen (Unerträglichkeit) bezüglich der eigenen Geschlechtszugehörigkeit, wenn diese über einen längeren Zeitraum kontinuierlich bestehen und mit einem starken Leidensdruck einhergehen und/oder für die betroffenen Personen zu zwischenmenschlichen oder sozialen Problemen führen. Im Vordergrund steht das Gefühl, entgegen dem eigenen biologischen Geburtsgeschlecht dem anderen Geschlecht anzugehören. Betroffene haben das Gefühl, in einem Geschlecht geboren worden zu sein, dem sie innerlich nicht angehören bzw. im „falschen" Körper leben zu müssen und wollen diesen Zustand ändern. Innerhalb dieser Störungsgruppe gibt es verschiedene Abstufungen und Ausprägungen, die unterschiedliche Hintergründe haben können und unterschiedlich behandelt werden müssen, weshalb diese Beschwerden unter dem Oberbegriff *Geschlechtsidentitätsstörungen* zusammengefasst werden. Vorübergehendes Unwohlsein im eigenen Geschlecht, Unzufriedenheit und Unsicherheit bezüglich der eigenen sozialen Geschlechtsrolle sowie evtl. kosmetisch oder anders begründete Bedürfnisse nach körperverändernden Maßnahmen haben mit dieser Störungsgruppe nichts zu tun bzw. sind nicht als „Störungen der Geschlechtsidentität" aufzufassen (vgl. „Störung der sexuellen Identität", s.o.). Personen mit tatsächliche Geschlechtsidentitätsstörungen bedürfen in aller Regel einer spezialisierten psychotherapeutischen Behandlung, wobei das Therapieziel nicht in einer „Bekämpfung oder Umkehrung" des Wunsches nach einem Geschlechtswechsel besteht, sondern ausschließlich darin, den Betroffenen die Möglichkeit zu bieten, sich über einen längeren Zeitraum ausgangsoffen und differenziert mit der eigenen Geschlechtsidentität auseinandersetzen zu können. Gleichzeitig dient eine solche

psychotherapeutische Begleitung dazu, das eigene Leben in der eigentlich empfundenen Geschlechtszugehörigkeit in allen sozialen Bereichen (Beruf, Familie, Partnerschaft, Freundeskreis etc.) auszuprobieren bzw. sich selbst im eigentlich empfundenen Geschlecht sozial zu erproben und die dabei auftretenden Eindrücke, Erlebnisse und Empfindungen mit sachverständiger Hilfe und Beratung verstehen und verarbeiten zu können.

Die stärkste und irreversible Ausprägungsform einer Geschlechtsidentitätsstörung wird als *Transsexualität* (F 64.0) bezeichnet. Im Falle einer transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung liegt eine biographisch überdauernde, unumkehrbare bzw. endgültige Desintegration der eigenen geschlechtlichen Körperlichkeit (des biologischen Geburtsgeschlechts) vor, die deshalb in der Regel auch (neben der notwendigen psychotherapeutischen Begleitung) mit körperverändernden Maßnahmen behandelt werden muss (gegengeschlechtliche Hormongabe und ggf. geschlechtsumwandelnde Operationen). Weniger gravierende, das heißt, nicht-transsexuelle Ausprägungen von Geschlechtsidentitätsstörungen brauchen hingegen nicht mit aufwendigen und risikoreichen körperverändernden Maßnahmen (Hormone, Operationen) behandelt zu werden, sondern können im Rahmen einer spezialisierten Psychotherapie wie oben beschrieben affirmativ begleitet werden.

Ziel der bei allen Ausprägungsformen von Geschlechtsidentitätsstörungen zentralen psychotherapeutischen Begleitung ist immer eine möglichst optimale psychosoziale Integration der Geschlechtsidentität in eine funktionale bzw. lebbare sexuelle Identität (s.o.) zu erreichen.

Störungen der Geschlechtsidentität können im ICD-10 und DSM-IV-TR kodiert werden, wobei die klinisch sehr relevante Ausprägungsform der „Nichttranssexuellen Störungen der Geschlechtsidentität" nur noch über die Hilfskodierung (ICD-10: F 64.8: „Sonstige Störung der Geschlechtsidentität" bzw. DSM-IV-TR: 302.6: „N. n. bez. Geschlechtsidentitäts-Störung") vorgenommen werden kann. Noch im DSM-III-R war die „(Atypische) Störungen der Geschlechtsidentität – nicht transsexueller Typ" unter einer eigenen Diagnoseziffer (DSM-III-R: 302.85, vgl. APA, 1987 bzw. Wittchen et al. 1989) aufgeführt, was in den darauffolgenden Revisionen bedauerlicherweise aufgegeben wurde. Dies müsste in zukünftigen Revisionen wieder präzisiert und analog DSM-III-R ergänzt werden.

Im DSM-IV wurden sämtliche klinischen Erscheinungsformen dieses Indikationsbereichs unter dem Sammelbegriff Geschlechtsidentitätsstörungen zusammengefasst. Der noch im DSM-III-R verwendete Begriff „Transsexualismus" wurde gestrichen und wird auch im DSM-IV-TR nicht mehr verwendet. Dafür wurde diese terminologisch problematische Bezeichnung („Transsexualismus", s.u.) bedauerlicherweise im ICD-10 eingeführt und gegen den noch im ICD-9 (vgl. Degwitz et al. 1980) verwendeten, zutreffenderen Begriff „Transsexualität" ausgetauscht, was zu einer Fortschreibung dieser terminologischen Fehlkonstruktion (s.u.) geführt hat (vgl. Beier et al. 2001: 288, Sigusch 2001: 327).

Störungen der Geschlechtsidentität F 64

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Hinreichende Verschlüsselung möglich z. B. F 64.0 „Transsexualismus" (ICD-9: 302.5 „Transsexualität")	Hinreichende Verschlüsselung möglich z. B. 302.85 „Geschlechtsidentitätsstörung bei Jugendlichen oder Erwachsenen"	Unterschiedliche und unpräzise Terminologie: „Transsexualismus" und „Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen" nur ICD-10-Diagnosen.

Terminologischer Exkurs

Eine sehr gute Übersicht über die Vielfältigkeit der verschiedenen Begriffe im Kontext von Geschlechtsidentitätsstörungen findet sich in der Internet-Enzyklopädie www.wikipedia.org: „Der Begriff Transsexualität wird seit den 80er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts von vielen Betroffenen kritisiert, weil nahe liegen könnte, dass es sich bei Transsexualität um eine sexuelle Präferenz oder Spielart handelt (also wie z.B. Homosexualität). Da dies aber keineswegs der Fall ist, befürchten viele Betroffene, dass ihr Identitätsproblem von Nicht-Betroffenen falsch verstanden und als triebhafte Abweichung von „normaler" Sexualität gesehen werden könnte. Dies ist sachlich falsch und wird von Betroffenen als Diskriminierung betrachtet. (...) In Deutschland wurde in den 1980er Jahren der Begriff *Transidentität* geprägt. Der Begriff Transidentität wird im Prinzip synonym zu Transsexualität, gelegentlich auch zu *Transgender* (s.u.) verwendet. Er beschreibt das Phänomen, dass die Geschlechtsidentität vom biologischen Geburtsgeschlecht abweicht. Die Kritiker des *Transsexualität*s-Begriffs argumentieren, dass damit zwar ursprünglich die Empfindung eines Menschen gemeint war, die falschen Sexual*organe* zu besitzen, jedoch die Assoziation zu Sexualität sehr nahe liegt. Tatsächlich aber ist Transidentität kein sexuelles Problem im Sinne „sexueller Handlungen" oder „sexueller Präferenzen" oder „sexueller Orientie-

rung". Transidente wollen vielmehr sozial als Angehörige des „anderen" Geschlechts anerkannt werden und streben eine Übereinstimmung von Körper und Empfinden an. Der Begriff Transidentität soll diese Assoziation mit Sexualität und damit Missverständnisse vermeiden, die durchaus praktische Auswirkungen auf das Leben von Transidenten haben, nicht nur allgemeiner Natur, sondern auch zum Beispiel in den Begutachtungen, die für die medizinische Behandlung und für die Namens- und Personenstandsänderung notwendig sind; diese waren (heute selten) häufig sehr auf sexuelle Fragen konzentriert und ignorierten häufig zum Beispiel viele soziale Fragen, welche die Transidenten jedoch als wesentlich wichtiger empfinden. (...) Der ebenfalls verwendete Begriff *Transgender* betont die soziale Rolle von Geschlecht und weniger den falschen Körper, sondern die Tatsache, dass die Betroffenen in erster Linie unter der ihnen zugewiesenen Geschlechterrolle leiden. Er wurde in Deutschland erst nach dem Begriff Transidentität geläufig, der vor allem von dem Verein „Transidentitas e.V." populär gemacht wurde. (...) Transgender (von lat. *trans*, jenseitig, darüber hinaus und engl. *gender*, [soziales] Geschlecht) ist eine Bezeichnung für Menschen, deren Identitätsgeschlecht nicht ihren körperlichen Geschlechtsmerkmalen entspricht, oder deren Geschlechtsrollenpräsentation von den ihrem zugewiesenen Geschlecht offenstehenden Rollen abweicht. Eine andere häufige Definition ist: *Menschen, die sich mit ihrem zugewiesenen Geschlecht falsch oder unzureichend beschrieben fühlen oder auch jede Form der Geschlechtszuweisung- bzw. -kategorisierung grundsätzlich ablehnen*. Mit Transgender wird ebenso das entsprechende Verhalten oder Empfinden bezeichnet. Dabei ist Transgender ein Oberbegriff, der *alle* entsprechenden Identitäten und Verhalten einschließt. (...) Seit Mitte der 1990er Jahre werden anstelle der älteren Begriffe *Frau-zu-Mann-Transsexuelle* und *Mann-zu-Frau-Transsexuelle* häufig die Begriffe *Transmann* und *Transfrau* verwendet. Einige Transsexuelle, meist Transfrauen, weniger Transmänner, lehnen es nach dem vollständigen Wechsel der Geschlechtsrolle und nach dem Abschluss der damit verbundenen juristischen und medizinischen Maßnahmen ab, mit Begriffen bezeichnet zu werden, welche weiterhin auf die nun als ehemalig empfundene Transsexualität hinweisen. (...) Die Sichtweise, dass Transsexualität durch einen Geschlechtsrollenwechsel heilbar sei, bzw. dass es *ehemalige* Transsexualität überhaupt geben könne, ist zwar umstritten, doch gebietet es zumindest die Höflichkeit, diesem Wunsch nach Möglichkeit nachzukommen. (...) Die Verwendung des internationalen Begriffs Transgender ist umstritten. Während formal Transsexualität Teil des Transgender-Spektrums ist, lehnen etliche Transsexuelle sowohl den Begriff Transgender als auch nicht-transsexuelle Transgender ab. Als Begründung wird häufig angegeben, dass Transgender „dem guten Ruf der Transsexuellen" schaden würden. Außerhalb der Gruppe dieser Transsexuellen (die keineswegs alle Transsexuellen umfasst) kann diese Argumentation im allgemeinen nicht nachvollzogen werden. Der Begriff wird seit einigen Jahren auch deswegen stark kritisiert, weil die Kriterien für Transsexualität auf einem binären Geschlechtsbild beruhen (vgl. *Heteronormativität*) und sich zu stark auf die Möglichkeiten der medizinischen Veränderung des Körpers und zu wenig auf die sozialen Umstände beziehen. (...) Die bekanntesten Begriffe aus dem Transgender-Spektrum sind Transsexualität und Transvestitismus. Beide stellen aber jeweils nur einen Teil dieses Spektrums dar. Ebenfalls unter Transgender fallen unter anderem bewusst androgyne Menschen, *Cross-Dresser*, *Drag Kings* und *Drag Queens*. Üblicherweise nicht eingeschlossen (obwohl im Einzelfall die Abgrenzung schwierig sein kann) ist *transvestitischer Fetischismus*, da es sich hierbei meist nicht um eine Frage der Geschlechtsidentität handelt. Transgender können unter die herkömmlichen Definitionen eines der obengenannten Begriffe passen, müssen es jedoch nicht. Ob und in welchem Maße Transgender medizinische geschlechtsangleichende Maßnahmen anstreben ist in jedem einzelnen Fall verschieden, dies gilt auch für die Änderung des Vornamens und gegebenenfalls des Personenstandes" (www.wikipedia.org, 2005).

An diesem Auszug ist erkennbar, dass die Vielfalt der verwendeten Begriffe nicht nach klinischen oder diagnostischen Gesichtspunkten systematisiert ist, sondern von den jeweils verschiedenen Untergruppen von Betroffenen aus Gründen der Selbstzuordnung und Selbstdarstellung verwendet wird.

Von den Autoren der hier vorgestellten Übersicht wird die Bezeichnung *Transsexualismus* zur Benennung der transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörung aus terminologischen Gründen abgelehnt, weil sie den Störungsbereich unzulässigerweise begrifflich in die Rubrik einer einstellungsbegründeten Überzeugung („-ismus") rückt und damit vom bio-psycho-sozialen Entstehungsprozess der Geschlechtsidentität wegführt – Geschlechtsidentität ist keine überzeugungsbedingte Wahlentscheidung, sondern Ergebnis eines bio-psycho-sozialen Entwicklungsprozesses.

Eine Analogie besteht in der terminologischen Differenzierung der Begriffe *Homosexualität* versus *Homosexualismus* (Kertbeny [1869] 2000): Während *Homosexualität* die (gelebte) bio-psycho-sozial ent-

stehende Ausprägungsform von sexueller Orientierung auf das selbe Geschlecht darstellt (s.o.), bezeichnet der Begriff *Homosexualismus* die einstellungsbegründete Überzeugung bzw. das (ideologische) Eintreten für gleichgeschlechtliche Sexualität (z.B. in Form von gesellschaftspolitischem Engagement) als geschlechts- und orientierungsübergreifendes Begriffskonzept (vgl. Ahlers 2000).

Überträgt man diese Begriffsdifferenzierung auf Geschlechtsidentitätsstörungen, so steht *Transsexualität* für das bio-psycho-sozial entstehende Empfinden, im „falschen" Geschlecht geboren worden zu sein, den „falschen" Körper bekommen zu haben bzw. den eigenen Körper dem eigentlich empfundenen Geschlecht anpassen zu wollen, während *Transsexualismus* die einstellungsbegründete Überzeugung bzw. das (ideologische und gesellschaftspolitische) Eintreten für Geschlechtsbeliebigkeit und damit beliebigen Geschlechtswechsel zum Ausdruck bringt.

Damit liegt die Bezeichnung *Transsexualismus* in ihrer terminologischen Begriffskonstruktion eher in der Nähe des Begriffes *Transgenderismus* (s.o.) und deshalb außerhalb eines klinisch relevanten Kontextes. Selbst in der wissenschaftlichen Literatur zum Thema Geschlechtsidentität ist eine zunehmende Verwässerung der Unterschiede zwischen *Transsexualität* auf der einen und *Transsexualismus* bzw. *Transgenderismus* auf der anderen Seite zu beobachten (vgl. Ekins & King 2001, Tasker & Wren 2002, Cohen-Kettenis & Pfäfflin 2003, Fiedler 2004). Dadurch entsteht eine Vermischung von klinisch relevanten, diagnostisch-kategorialen Differenzierungen einerseits und gesellschaftspolitisch-ideologischen Forderungen andererseits, welche die Orientierung in diesem komplexen Indikationsbereich zunehmend erschwert und damit auch Fragen der medizinisch-psychologischen Versorgung von Patienten mit tatsächlich transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen immer mehr verkompliziert. Die hilfreiche und wichtige Trennung zwischen Störungen der Geschlechtsidentität auf der einen und ideologisch bedingtem Eintreten für Geschlechtswechselbarkeit auf der anderen Seite wird damit zusehends aufgelöst: „In der Transgenderismus-Forschung, die den Entwicklungsprozessen der Transsexualität und, damit zusammenhängend, der Homosexualität, des Transvestitismus und der Intersexualität gewidmet ist, wird inzwischen von folgenden Voraussetzungen ausgegangen (Ekins & King 2001): Beim Transgendering handelt es sich um einen generischen sozialen Prozess. (...) Die vorhandenen Variationen der Entwicklung von Geschlechtsidentitäten werden sich qualitativ mit den Möglichkeiten weiterentwickeln, mit denen der Transgenderismus sozial konstruiert und gesellschaftlich gelebt werden kann, um den generischen Binarismus [der Geschlechter] allmählich zu überwinden." (Fiedler 2004: 149f).

An diesem Zitat wird das aufgezeigte Problem auf beeindruckende Weise sichtbar: Nicht nur werden hier sexualmedizinisch-differentialdiagnostische Termini falsch verwendet und in falsche Zusammenhänge gerückt, auch die politisch-ideologisch motivierte Vermischung von Geschlechtsidentitätsstörungen auf der einen und allen denkbaren Formen von alternativen sexuellen und geschlechtlichen Lebensweisen auf der anderen Seite wird anschaulich deutlich. Das dürfte vor allem gravierende Folgen für Patienten haben, die aufgrund einer tatsächlich krankheitswerten und behandlungsbedürftigen Störung ihrer Geschlechtsidentität eine sachverständige Behandlung benötigen und wünschen, vom Gesundheitssystem aber keine qualifizierten Angebote zur Verfügung gestellt bekommen, wenn Störungen der Geschlechtsidentität mit der gesellschaftspolitischen Forderung nach Geschlechtsbeliebigkeit und damit eben auch beliebigem Geschlechtswechsel in einen Topf geworfen werden. Für die Verwirklichung politisch-ideologischer Einstellungen und Forderungen ist das Gesundheitssystem nicht verantwortlich.

Jeder indikationserfahrene Therapeut kann bestätigen, wie viel Mühe es macht, im therapeutischen Prozess das eine (Transsexualität) vom anderen (Transsexualismus) zu trennen und sich im Rahmen der Behandlung (wie in jeder Psychotherapie) von ideologischen Diskursen fern zu halten und die gemeinsame Zeit auf das erfolgreiche Zurechtkommen mit den behandlungsursächlichen Problemen zu verwenden. Diese psychotherapeutische Akkuratesse sollte sich im terminologischen Umgang mit diesem Indikationsbereich adäquat widerspiegeln.

Ein ähnliches terminologisches Dilemma wie im Bereich der Geschlechtsidentitätsstörungen gilt für die ebenfalls problematische Benennung der diagnostischen Mischkategorie „Transvest(it)ismus – unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen" (ICD-10: F 64.1), die (bei gegebenem Leidensdruck) differentialdiagnostisch eigentlich eine eigenständige „Zwischenstufe" (vgl. Hirschfeld 1910, 1918) zwischen sexueller Präferenzstörung und Geschlechtsidentitätsstörung darstellt.

Im Gegensatz zu Geschlechtsidentitätsstörungen geht es den Betroffenen hier nicht um eine Veränderung ihrer Geschlechtszugehörigkeit, sondern lediglich um einen (oft passageren) Wechsel der Geschlechtsrolle. Während beim *transvestitischen Fetischismus* (s.u.) das (meistens heimliche) Anlegen von frauentypischen Kleidungsstücken (vor allem Dessous und Strümpfe) als sexuell erregend empfunden wird,

geht es bei Transvestiten um dass öffentliche Auftreten in der anderen (meistens weiblichen) Geschlechtsrolle, ohne dass damit vornehmlich sexuelle Erregung erlebt oder ein Wunsch nach operativen körperverändernden Maßnahmen verbunden wird.

Auch hier sollte aus den selben Gründen terminologischer Präzision (vgl. Transsexualität versus Transsexualismus, s.o.) die Bezeichnung *Transvestität* eingeführt werden, was bereits in der bisher gebräuchlichen personalen Sprachformen *Transvestit* sowie (adjektivisch) *transvestitisch* zum Ausdruck kommt. Bei Zugrundelegung der terminologisch unpräzisen Bezeichnung *Transvest(it)ismus* müssten die entsprechenden Begriffe konsekutiv *Transvest(it)ist* bzw. (adjektivisch) *transvest(it)istisch* lauten, was jedoch in keiner Abhandlung zum Thema Geschlechtsidentitätsstörung oder Paraphilien zu finden ist. Folgt man den hier dargelegten terminologischen Differenzierungen, so könnte unter der Bezeichnung Transvest(it)ismus am ehesten das überzeugungsbegründete, gesellschaftspolitische Engagement für *Cross-Dressing* (s.o.) verstanden werden, wie es häufig im Rahmen sexualpolitischer Veranstaltungen zum Ausdruck gebracht wird (vgl. *Christopher Street Day* etc.).

Aus den dargelegten Gründen wird von den Autoren für die transsexuelle Ausprägungsform einer Geschlechtsidentitätsstörung (ICD-10: F 64.0; DSM-IV-TR: 302.85) die Beibehaltung der ebenfalls auf Magnus Hirschfeld (1923) zurückgehenden und ursprünglich im ICD-9 geführten Bezeichnung „Transsexualität“ (ICD-9: 302.5, vgl. Degwitz et al. 1980) präferiert und, für die (*nicht* mit sexueller Erregung gekoppelte) Neigung zum Geschlechtsrollenwechsel durch das Tragen von Frauenkleidern bei Männern, die Bezeichnung „Transvestität“ vorgeschlagen. In der sexualmedizinischen Terminologie der hier vorgestellten Übersicht über die Sexualstörungen werden beide Begriffe entsprechend verwendet. Bezogen auf den Terminus *Transsexualität* wird dies zunehmend auch in anderen Übersichtsarbeiten zum Thema Geschlechtsidentitätsstörungen so gehandhabt (vgl. Hartmann & Becker 2002, Senf et al. 2004).

Tab. 1 Vorschlag zur terminologischen Differenzierung im Bereich Geschlechtswechsel versus Geschlechtsrollenwechsel

Empfinden/Erleben/ Bedürfnis/Wunsch	Verhalten/Realisisation/Manifestation	Überzeugung//Einstellung/Haltung
Geschlechtswechsel	Transsexualität	Transsexualismus
Geschlechtsrollenwechsel	Transvestität	Transvest(it)ismus

4. Störungen der sexuellen Reproduktion (F 69)

Synonym: Sexuelle Reproduktionsstörungen

Die stammesgeschichtliche Hervorbringung der sexuellen und zweigeschlechtlichen Fortpflanzung ist jüngeren Datums und birgt – vor allem beim Menschen – besondere Risiken, denn hier sind Paarung und Vermehrung miteinander verknüpft und die Partnerbindung steht auch im Dienste der Nachwuchsaufzucht. Daraus resultierte evolutionsbiologisch ein sozialer Bedeutungszuwachs des „Brutpflege-“ und Sexualverhaltens, welches eben auch zur Förderung der Partnerbindung und des Gruppenzusammenhaltes eingesetzt wird (Beier et al. 2001). Genau dieser Themenkomplex ist bei Störungen der sexuellen Fortpflanzungsdimension tangiert und führt zu Symptombildern, unter denen die Betroffenen in erheblichem Maße leiden und/oder die ihre soziale Integration gefährden. Die Störungen sind charakterisiert durch psychische und psychophysiologische Beeinträchtigungen der sexuellen Fortpflanzungsdimension der Sexualität in ihren unterschiedlichen Phasen (Zeugung, Empfängnis, Schwangerschaft, Geburt sowie Kindespflege/-erziehung); sie verursachen deutliches Leiden und /oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten.

Ein Beispiel für diesen Indikationsbereich ist die negierte Schwangerschaft, die schlimmstenfalls sogar forensische Konsequenzen haben kann, wenn sie mit einer „Kindestötung unter der Geburt“ endet (vgl. Beier 2000). Sie stellt im Übrigen – geburtsmedizinischen Daten zufolge – kein seltenes Ereignis dar (ca. 1 Fall auf 475 Geburten, vgl. Wessel & Buscher 2002).

So wie Störungen der Sexualpräferenz bei Männern in den verschiedenen bekannten Varianten von Paraphilien und damit vor allem auf der Ebene der Lustdimension der Sexualität zum Ausdruck kommen können, scheint es als Störungen der sexuellen Fortpflanzungsdimension eine entsprechende Geschlechtswendigkeit bei Frauen zu geben, die sich auf der Ebene der sexuellen Reproduktion abspielt. Sie kann in gleicher Weise mit erheblichem Leidensdruck verbunden sein, wie Paraphilien bei Männern, sind aber vor allem durch ein eben so großes Fremdgefährdungspotential gekennzeichnet, wie die potentiell übergriffigen (dissexuellen) Präferenzausprägungen bei Männern.

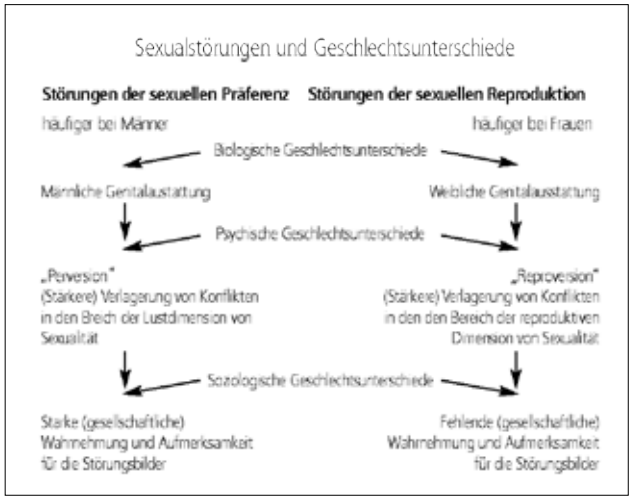
Während bei Störungen der Sexualpräferenz bei Männern der Schauplatz des Erlebens ganz überwiegend die Lustdimension der Sexualität darstellt (genitale Erregung und Orgasmus etc.), spielt sich ein entsprechend konflikthaftes Erleben bei Frauen demnach

auf der Fortpflanzungsdimension der Sexualität ab (Schwangerschaft/Geburt/Mutterschaft), worin auch hier die Geschlechtstypizität des sexuellen Erlebens und Verhaltens zum Ausdruck kommt. Während Störungen der Sexualpräferenz bei Männern eine starke gesellschaftliche Aufmerksamkeit verzeichnen und die Auseinandersetzung mit verschiedenen Erscheinungsformen von Paraphilien (vor allem der Pädophilie) zuzunehmen scheint, findet eine Auseinandersetzung mit entsprechend konflikthaften Erlebnis- und Verhaltensvarianten bei Frauen so gut wie keine gesellschaftliche Beachtung, sondern scheint dem gegenüber mit einem starken Tabu belegt zu sein.

Dies verwundert um so mehr, als Medienberichte über chronische (ungeklärte) ungewollte Kinderlosigkeit auf der einen und eingebildete Schwangerschaft auf der anderen Seite genau so zunehmen, wie Berichte über nicht wahrgenommene oder verheimlichte Schwangerschaften bei jungen Frauen und Berichte von Müttern, die ihre Kinder unmittelbar nach der Geburt aktiv selbst getötet haben oder später in Form von Misshandlung und Vernachlässigung z.B. durch Nahrungsentzug haben verhungern oder sonst wie sterben lassen.

Weil eine Kodierung der Störungen der sexuellen Fortpflanzungsdimension bis dato weder im ICD-10 noch im DSM-IV-TR möglich ist, kann der Störungsbereich trotz erheblicher (zunehmender), klinischer Relevanz bis dato lediglich über die Hilfskodierung F 69 „Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung bei Erwachsenen“ klassifiziert werden. Auch hier besteht Ergänzungs- und Verbesserungsbedarf für zukünftige Revisionen der Klassifikationssysteme.

Differentialdiagnostisch wichtig erscheint noch die Abgrenzung zum Indikationsbereich F 53 „Psychische und Verhaltensstörung im Wochenbett“, der eine anderen Problembereich umfasst, als die hier dargestellten „Störungen der sexuellen Reproduktion“ und darum nicht verwechselt werden darf.



Störungen der sexuellen Reproduktion F 69

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Klinisch relevante Störungsbilder wie die negierte Schwangerschaft sind auch mit Hilfskonstruktionen nicht zu kodieren. So sind die Kategorien F 43.2 (ICD-10) oder 309.0 (DSM-IV) „Anpassungsstörungen“ nur für eine Symptomdauer von max. 6 Monaten vorgesehen und die Kategorie F 53 (ICD-10) bezieht sich auf „psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett“. Allein die Restkategorie F 69: Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- u. Verhaltensstörung bei Erwachsenen“ kann bis dato zur Kodierung genutzt werden.		Schaffung einer eigenständigen Klassifikations-möglichkeit dringend geboten.

Terminologischer Exkurs

Die unter dieser Bezeichnung zusammengefassten Störungsbilder sind im Deutschen nur schwer auf einen gemeinsamen Begriff zu bringen, was auch ein Hinweis darauf sein könnte, dass es sich um einen (eben auch sprachlich) noch nicht hinreichend durchdrungenen Bereich handelt. Gemeint sind Störungen, welche die Fortpflanzungsdimension von Sexualität betreffen, also Zeugung/Empfängnis, Schwangerschaft, Geburt und Kindesversorgung – was eben auch hier bio-psycho-sozial verstanden wird, weil es sich nicht nur um biologische Vorgänge handelt, sondern diese in Phantasie und Vorstellung eine erhebliche (psychische) Bedeutung haben (Stichwort Kinderwunsch), die wiederum nicht außerhalb der (sozialen) Beziehungsdimension von Sexualität stehen.

Der Begriff „Fortpflanzung“ scheint vor diesem Hintergrund zu eng, weil er mit den biologischen Zusammenhängen gleichgesetzt werden könnte und dann allenfalls die Unterscheidung zwischen asexueller und sexueller Fortpflanzung nachvollziehbar machte, wobei letztere biologisch auf der Verschmelzung zweier geschlechtlich unterschiedlicher Keimzellen beruht, die durch anschließende mitotische Teilung ein neues Individuum hervorbringt und eine Neukombination der Erbanlagen bedingt.

Der Begriff der „Reproduktion“ hingegen wird zwar vielfach mit „Fortpflanzung“ gleichgesetzt, umfasst sprachlich aber doch einen größeren Bereich und meint „Nachbildung oder Wiedergabe“, nicht nur im biologischen Bereich, da es Wiedergabe und Nachbildung beispielsweise auch von Gedächtnis-, Wahrnehmungs- oder Denkinhalten gibt (für das Verständnis

insbesondere der postnatalen Störungen wichtig). Die Benennung „Störungen der sexuellen Reproduktion" ist daher – bei allen Vorbehalten – noch am ehesten geeignet, die hier gemeinten Störungsbilder über den engen Kreis der biologischen Fortpflanzung hinaus abzubilden. Der Zusatz „sexuell" ist erforderlich, weil es auch eine nicht-sexuelle Reproduktion, etwa im Bereich der Drucktechnik, der Kunst, aber eben auch im Bereich der Reproduktionsmedizin gibt. Wichtig erscheint daher auch die Feststellung, dass die hier beschriebenen „Störungen der sexuellen Reproduktion" nicht mit dem Indikationsbereich der Reproduktionsmedizin identisch und mit reproduktionsmedizinischen Versorgungsangeboten auch nicht behandelbar sind.

5. Störungen der sexuellen Präferenz (Paraphilien) (F 65)

Synonym: Störungen der Sexualpräferenz bzw. sexuelle Präferenzstörungen

Unter dieser Bezeichnung werden Störungsbilder verstanden, bei denen die betroffenen Personen unter abweichenden sexuellen Impulsen (*Paraphilien*) leiden. Das bedeutet, Personen, die über abweichende sexuelle Neigungen verfügen, jedoch nicht darunter leiden, werden auch nicht als gestört oder behandlungsbedürftig angesehen, solange sie weder andere noch sich selbst durch ihre abweichenden sexuellen Bedürfnisse beeinträchtigen oder gefährden. Zu solchen Paraphilien, die im ganz überwiegenden Teil nur Männer betreffen, gehört zum Beispiel die ausschließliche oder überwiegende sexuelle Erregbarkeit mit und/oder durch Gegenstände(n) wie Schuhe, Strümpfe, Wäsche etc. (sog. „Sexueller Fetischismus" F 65.0) oder die Vorliebe, frauentypische Kleidungsstücke zu tragen (z.B. Seidenstrümpfe und Dessous), weil dies als sexuell erregend erlebt wird (sog. „Transvestitischer Fetischismus" F 65.1). Weiter gehört zu dieser Gruppe von abweichenden sexuellen Neigungen z.B. das Erleben sexueller Erregung durch das Ausüben oder Erdulden von Macht und Ohnmacht, Dominanz und Unterwerfung sowie dem Beibringen oder Erleiden von Schmerzen (sog. „Sexueller Sado-/Masochismus" F 65.5), das Einbeziehen von Fäkalien in die sexuelle Interaktion (sog. „Uro-/Koprophilie", F 65.9) sowie z.B. auch das Erleben sexueller Erregung durch das Abschnüren der Sauerstoffzufuhr (sog. „Hypoxyphilie" F 65.9) u.s.w. Auch die sexuelle Erregbarkeit durch vorpubertäre Kinderkörper (sog. „Pädophilie" F 65.4) gehört zur Gruppe der Präferenzstörungen, solange es durch die entsprechenden Empfindungen nicht zu tatsächlichen, d.h., realisierten sexuellen Handlungen mit Kindern kommt. In einem solchen Fall würde man von *pädosexuellen Handlungen* bzw. von *Pädosexualität* (Dannecker 1987; s.u.) sprechen, die damit diagnostisch in die Kategorie der „Sexuellen Verhaltenstörungen" (Dissexualität, s.u.) fallen.

Gleiches gilt für die Neigung, zur eigenen sexuellen Erregung andere Menschen in intimen Situationen gezielt zu beobachten (sog. „Voyeurismus" F 65.3) sowie für den Drang, zur sexuellen Erregung die eigenen Genitalien vor Frauen und Kindern zu entblößen bzw. zu präsentieren und ggf. dabei zu masturbieren (sog. „Exhibitionismus" F 65.2). Solange die jeweiligen Bedürfnisse und Impulse sich in der Phantasie der Betroffenen abspielen bzw. nicht zu Beeinträchtigungen der sexuellen Selbstbestimmung anderer Menschen führen, sind diese Neigungen dem Bereich der sexuellen Präferenzstörungen (Paraphilien) zuzuordnen. Erst durch die Umsetzung entsprechender Impulse in reales, fremdbeeinträchtigendes und damit dissexuelles Verhalten (d.h. zum Schaden Dritter) verlassen diese Neigungen den Bereich der bloßen sexuellen Präferenzstörungen und werden (ggf. zusätzlich) unter der Kategorie der sexuellen Verhaltensstörungen (Dissexualität, s.u.) kodiert. Gemeinsam ist all diesen sexuellen Vorlieben und Neigungen wie erwähnt, dass sie solange nicht als krankheitswerte und darum behandlungsbedürftige Sexualstörungen angesehen werden, wie die so empfindenden Personen nicht sich oder andere durch ihr Verhalten bzw. ihre Handlungen beeinträchtigen oder schädigen und solange mit der jeweiligen sexuellen Vorliebe kein Leidensdruck und keine soziale Desintegration für die betreffende Person selbst verbunden ist.

Im Vordergrund der psychotherapeutischen Behandlung steht bei Paraphilien zunächst die klare Identifikation der sexuellen Präferenzstruktur des Betroffenen, damit dieser die Möglichkeit bekommt, seine sexuellen Vorlieben und Neigungen in sein sexuelles Selbstbild und damit in seine sexuelle Identität zu integrieren. Weil – nach derzeitigem Stand des sexualwissenschaftlichen Forschungsstandes – die sexuelle Präferenzstruktur des Menschen mit Ende der Pubertät endgültig konfiguriert ist und sich damit lebenslang nicht mehr grundlegend ändert (s.o.), kommt es im weiteren Verlauf der Behandlung darauf an, den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse sicher erkennen und kontrollieren zu können und – sofern eine Partnerschaft besteht – diese so weit wie möglich in die sexuelle Interaktion der partnerschaftlichen Beziehung zu inte-

grieren, wozu die Einbeziehung der Partnerin oder des Partners nachvollziehbarerweise unerlässlich ist.

Das Besondere bei paraphilen Impulsmustern besteht damit nicht nur in ihrem Beginn in der Jugend, sondern vor allem auch in ihrer Unveränderbarkeit über das gesamte Leben. Dies macht gerade erforderlich, dass die Betroffenen sich mit diesen inneren Erlebensanteilen „arrangieren" müssen und dadurch mehr oder weniger stark nicht nur mit Selbstzweifeln konfrontiert sind, sondern vor allem mit der Frage, ob ein Partner oder eine Partnerin sie wirklich akzeptieren würde bzw. könnte. Diese Verunsicherung kann das syndyastische Erleben („Kann ich beim anderen wirklich Annahme finden?") so stark tangieren, dass sie das Anknüpfen von Beziehungen erschwert oder bestehende Partnerschaften besonders gefährdet.

Störungen der sexuellen Präferenz F 65

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Hinreichende Verschlüsselung der wichtigsten Störungsbilder möglich z. B. F 65.0 „Fetischismus"	Hinreichende Verschlüsselung der wichtigsten Störungsbilder unter dem Oberbegriff „Paraphilien" möglich z. B. 302.81 „Fetischismus"	Einige aus klinischer Sicht eher häufige Paraphilien (z. B. die Koprophilie oder die Urophilie) sollten nicht in der Restkategorie „untergehen", sondern gesondert verschlüsselt werden können.

Terminologischer Exkurs

Sowohl in der wissenschaftlichen Literatur, als auch im gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema *sexuelle Übergriffe auf Kinder* herrscht keine einheitliche Begriffsverwendung, wodurch auch in der öffentlichen Diskussion zum Thema *Pädophilie* nicht zutreffend zwischen den verschiedenen zugehörigen Begriffen differenziert wird. Außerdem ist in den Medien spätestens seit Beginn des 21. Jh. eine zunehmende, gleichmacherische „Superlativierung" der in diesem Kontext benutzten Bezeichnungen erkennbar, wobei hier sowohl veraltete Begriffe, wie *Päderastie* (s.u.), als auch Neuschöpfungen, wie *Pädokriminalität* in Erscheinung treten. Immer öfter wird vor allem der Terminus *Pädophilie* fälschlicherweise generell mit dem Begriff *Pädosexualität* (s.u.) gleichgesetzt bzw. gegen diesen ausgetauscht (vgl. Bandschuh 2001, Braun et al. 2003).

Als Begründung für *sexuellen Missbrauch* (juristischer Begriff, § 176 StGB) wird in den Medien so gut wie immer *Pädophilie* (sexualmedizinischer Begriff; vgl. Krafft-Ebing 1896) angeführt. Und dies, obwohl bekannt ist, dass ein großer Anteil von sexuellen Übergriffen auf Kinder im – meist familiären – sozialen Nahraum der Opferkinder verübt wird. Nämlich von (Stief-) Vätern, älteren (Stief-) Brüdern oder sonstigen nahe stehenden Verwandten (Onkel, Schwager, Cousin etc.), wozu thematisch eher der Begriff *Inzest* gehören würde: „Zwischen Inzest und Pädophilie gibt es einige Unterschiede. So findet Inzest definitionsgemäß zwischen Angehörigen der selben Familie statt. (Die häufigsten inzestuösen Beziehungen werden unter etwa gleichaltrigen Geschwistern vermutet). Im Allgemeinen sind Inzestopfer älter als Kinder, die zum Objekt pädophilen Begehrens werden; denn in den Vätern erwacht das Interesse für ihre Töchter erst dann, wenn diese Zeichen körperlicher Reife tragen. Den Pädophilen reizen – wegen ihrer Unreife – die präpubertären Mädchen und Jungen" (Fiedler 2004: 292). Personen, die sexuell ausschließlich oder überwiegend auf vorpubertäre Kinder ausgerichtet sind (und nur das benennt der Begriff Pädophilie), leben – nach derzeitigem Stand der sexualwissenschaftlichen Kenntnis – überwiegend nicht in festen Partnerschaften bzw. Sexualbeziehungen mit altersähnlichen Partnerinnen oder Partnern und demzufolge i.d.R. auch nicht in den sozialen bzw. familiären Verhältnissen, in denen ein Großteil der Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch verübt werden. Durch Studien, in denen Täter von sexuellem Kindesmissbrauch daraufhin untersucht wurden, ob sie entsprechend der Kriteriologie des DSM-IV die Diagnose Pädophile erhalten würden, stellte sich heraus, dass mit 12-20 % nicht mal ein Viertel der wegen sexuellen Kindesmissbrauchs verurteilten Sexualstraftäter als pädophil angesehen werden können (vgl. APA, 1999). Es ist daher unzulässig, als motivationalen Hintergrund für sexuellen Kindesmissbrauch automatisch Pädophilie zu unterstellen.

Pädophilie ist die ausschließliche oder überwiegende sexuelle Ansprechbarkeit durch vorpubertäre Kinderkörper. Über das sexuelle Verhalten einer Person sagt der Begriff nichts aus, sondern lediglich über die *sexuelle Ausrichtung* (s.o.) auf das präferierte präpubertäre Körperschema potentieller begehrter Sexualpartner. Konkrete (realisierte) sexuelle Handlungen eines Erwachsenen vor, an oder mit einem (vorpubertären) Kind werden dem gegenüber als *pädosexuelle Handlungen* bezeichnet und beschreiben damit ausschließlich eine sexuelle Verhaltensäußerung (und nicht automatisch eine möglicherweise im Hintergrund stehende Pädophilie). Mit anderen Worten: Der Begriff Pädosexualität beschreibt nach sexualmedizinischer Definition eine sexuelle Verhaltensäußerung und nicht eine Form von sexueller Ausrichtung (als Bestandteil

der sexuellen Präferenz). Anders-herum besagt die sexuelle Ausrichtung (Pädophilie) nicht automatisch, dass ein entsprechendes Verhalten an den Tag gelegt wird. Das bedeutet zusammengefasst: Pädophilie ist nicht gleich Pädosexualität und umgekehrt.

Eine Analogie bilden die Begriffe *Homophilie* und *Homosexualität*: Unter Homophilie versteht man die *sexuelle Orientierung* (s.o.) auf das eigene bzw. gleiche Geschlecht. Über das tatsächlich realisierte Sexualverhalten einer Person sagt der Begriff nichts aus (sondern lediglich über deren sexuelle Orientierung als ein Teil der sexuellen Präferenzstruktur). Unter Homosexualität versteht man hingegen realisierte sexuelle Interaktion mit einem gleichgeschlechtlichen Partner, also eine Form von (realisiertem) Sexualverhalten (vgl. Ahlers 2000).

Von Pädophilie abzugrenzen ist weiterhin die sexuelle Ansprechbarkeit durch postpubertäre Jugendliche, die sog. *Hebephilie* (vgl. Hirschfeld 1906). Bezogen auf jugendliche Mädchen spricht man hier von sog. *Parthenophilie* (vgl. Hirschfeld 1906) und bezogen auf die sexuelle Ansprechbarkeit durch postpubertäre Jungen von der sog. *Ephebophilie* (vgl. Hirschfeld 1906). Gegenstand der Hebephilie ist die sicht- bzw. erkennbare Geschlechtsreife durch die Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale, wie z.B. Brustwachstum bzw. -ausbildung bei Mädchen und Stimmbruch bzw. Bartwuchs bei Jungen. Darüber hinaus stellen bei beiden Geschlechtern die geschlechtstypisierende Veränderung des Körperschemas (Figur) sowie das Einsetzen der Sexualbehaarung im Achsel- und Genitalbereich sexuelle Stimulie für eine hebephile Sexualpräferenz dar.Bei der Hebephilie handelt es sich um eine sexualbiologisch erwartbare Reaktionen, die demzufolge nicht als Störung der sexuellen Präferenz (s.o.) kategorisiert wird. Auch hier beschreiben die Begriffe lediglich eine gegebene sexuelle Ansprechbarkeit durch ein entsprechendes sexuelles Reizmuster, nicht hingegen realisiertes Sexualverhalten.

Der (veraltete) Begriff *Päderastie* (vgl. Casper 1852, Moll 1891, Krafft-Ebing 1896) bezeichnet demgegenüber die reale, (auch) sexuelle Beziehung eines erwachsenen Mannes zu einem postpubertären, d.h., sexuell bzw. geschlechtlich reifen, männlichen Jugendlichen (und eben gerade nicht zu einem Kind), die z.B. im antiken Griechenland eine sozial integrierte und tolerierte sowie gesellschaftlich institutionalisierte Beziehungsform darstellte (vgl. Dover 1983, Rinsberg 1993, Hubbard 2003). Weil es sich bei den mit dem Begriff Päderastie beschriebenen Formen sexueller Kontakte (bei gegebener Einvernehmlichkeit) weder um eine Störung der Sexualpräferenz, noch um eine Störung des Sexualverhaltens handelt (vor allem auch nicht um dissexuelle Handlungsqualitäten, s.u.), spielt der Begriff (Päderastie) im klinischen Kontext keine Rolle und stellt folglich auch keinen sexualmedizinischen Terminus (mehr) dar.

Zur Qualität von potentiellen oder realen sexuellen Kontakte zwischen pädophilen Männern und Kindern sei noch erwähnt, dass aus der empirischen Sexualforschung bekannt ist, dass penetrative sexuelle Praktiken, vor allem Analverkehr (veralt. sog. *Pedicatio,* vgl. Marcuse 1926), in diesem Kontext äußerst selten sind bzw. eine Ausnahme darstellen. Neben jeder Art von allgemeinem Körperkontakt spielen im Spektrum tatsächlich sexueller Handlungen viel mehr manuell-genitale bis allenfalls oral-genitale Stimulationsformen eine Rolle. Dieses, in der klinischen Sexualwissenschaft seit langem bekannte Phänomen, wird mittlerweile auch in anderen Publikationen so beschrieben: „Da die meisten pädophilen Menschen ihrem sexuellen Drang selten rückhaltlos und in vielen Fällen liebevoll und sanft nachgehen, müssen sich die betroffenen Kinder nicht immer belästigt fühlen; sie können einvernehmliche und aktive Beteiligte sein. (...) Häufig begnügt sich ein Pädophiler damit, die Haare des Kindes zu streicheln, kann aber auch dessen Genitalien berühren und es ermuntern, dasselbe mit den seinen zu tun. Eher selten werden bei Pädophilen Gewalthandlungen beobachtet, die in solchen Fällen jedoch durchaus gefahrvolle Aktivitäten beinhalten, wie z.B. Fellatio, Cunnilingus, Versuche einer Penetration der Vagina oder des Anus mittels Fingern, fremden Gegenständen oder Penis“ (vgl. Fiedler 2004: 292).

In den 90er Jahren der 20. Jh. prägten Kinderschutzorganisationen das Kunstwort *Pädokriminalität*. In diversen Petitionen des UNHCHR (United Nations High Commissioner for Human Rights), der WHO (World Health Organisation) sowie der UNICEF (United Nations Children’s Fund) wird das Wort Pädokriminalität (*pédocriminalité*, *pedocriminality*) zusammenfassend für den Themenkomplex rund um sexuellen Kindesmissbrauch, Kinderhandel, Kinderprostitution und Kinderpornographie verwendet (vgl. www.wikipedia.org, 2005). Hieran wird deutlich, dass der Begriff Pädokriminalität die sexualwirtschaftliche Ausbeutung von Kindern in Form von Versklavung, Prostitution und Pornografie beschreibt. Der motivationale Hintergrund von Pädokriminalität ist demnach kommerziell. Ob bei den Tätern eine sexuelle Ausrichtung auf Kinder besteht, ist fraglich, zumindest aber ungeklärt, weshalb eine Gleichsetzung mit dem Terminus Pädophilie auch hier nicht nur nicht gerechtfertigt erscheint, sondern sachlich falsch ist.

In der medialen Berichterstattung sowie im gesellschaftlichen Diskurs – vor allem im Internet – wird

immer wieder die Behauptung aufgestellt, Pädophile seien Menschen, die für die Legalisierung von sexuellen Kontakten zwischen Erwachsenen und Kindern einträten. In der Tat existieren vor allem im Internet verschiedene Portale, Foren und Vereine, deren Betreiber mehr oder minder explizit die Legalisierung sexueller Kontakte zwischen Erwachsenen und Kindern propagieren und fordern. Vor dem Hintergrund der Häufigkeit pädophiler Präferenzausprägungen, die nach internationalen Studien bei ca. (+/-) 1 % der Gesamtbevölkerung liegen dürften (vgl. Briere & Runtz 1989), wird aber deutlich, dass es sich bei diesen ideologisch motivierten und gesellschaftspolitisch engagierten Personen um eine Minderheit innerhalb der Gruppe der Pädophilen handeln dürfte, die eine Verallgemeinerung auf alle Betroffenen als ungerechtfertigt erscheinen lässt[4]. Zwar ist klar, dass der gesellschaftliche Ablehnungsdruck gegen ein offenes Eintreten für ein solches Ziel enorm ist und sich daher viele Personen nicht getrauen werden, ein solches Anliegen öffentlich zu vertreten, aber dennoch ist zumindest aus der sexualmedizinischen Praxis bekannt, dass viele Pädophile diese Ziele nicht teilen, sondern dass es auch Betroffene gibt, die ein Problembewusstsein bezüglich sexueller Kontakte zwischen Erwachsenen und Kindern aufweisen und deswegen ihre sexuellen Impulse bewusst nicht ausleben wollen. Darüber hinaus existieren auch Internetportale, in denen sich Pädophile explizit gegen das Ausleben ihrer sexuellen Phantasien aussprechen und vor diesem Hintergrund neben dem Hauptanliegen des Kinderschutzes, auch für eine gesellschaftliche Emanzipation der Pädophilie eintreten (vgl. www.schicksal-und-herausforderung.de). Solche alternativen Selbstdarstellungen von Pädophilen sind allerdings (noch) so selten, dass die *pädo-sexualistischen* (s.u.) Angebote das Erscheinungsbild der Pädophilie in der öffentlichen Wahrnehmung bestimmen, obwohl hinter ihnen aller Wahrscheinlichkeit nach nur eine relativ kleine Minderheit politisch-ideologischer „Pädo-Aktivisten" steht, die aber das hierfür prädestinierte Medium Internet weitgehend dominieren.

Zur Differenzierung dieser verschiedenen Gruppen von Pädophilen wird für das ideologisch motivierte und gesellschaftspolitisch engagierte Eintreten für die Legalisierung von sexuellen Kontakten zwischen Erwachsenen und Kindern der Begriff *Pädosexualismus* vorgeschlagen. Er soll dazu dienen, die Stigmatisierung von Pädophilen zu verringern, die verantwortlich mit ihrer sexuellen Ausrichtung umgehen, indem sie auf das Ausleben ihrer sexuellen Bedürfnisse verzichten, weil sie über ein Problembewusstsein bezüglich sexueller Kontakte zwischen Erwachsenen und Kindern verfügen.

Wichtig erscheint hierbei zu erwähnen, dass aus sexualwissenschaftlicher Sicht ein Verzicht auf das Ausleben pädophiler Impulse nicht deswegen als verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Sexualpräferenz anzusehen ist, weil aus sexuellen Kontakten zwischen Erwachsenen und Kindern unweigerlich psychotraumatische Schäden für das Kind erwachsen, sondern, weil sich nicht ausschließen lässt, dass hierdurch für ein Kind psychische Traumatisierungen entstehen können.

Pädophilie stellt also eine besondere Ausprägungsform einer sexuellen Präferenz dar, nämlich die sexuelle Ausrichtung auf Kinder. Eine solche sexuelle Ausrichtung ist keine Wahlentscheidung, sondern – nach dem derzeitigen Stand der sexualwissenschaftlichen Kenntnis – das Produkt eines bio-psycho-sozialen Entstehungsprozesses. Deswegen darf man die sexuelle Präferenz auch niemandem zum Vorwurf machen. Die Betroffenen sind nicht schuld an ihren sexuellen Gefühlen, aber sie sind verantwortlich für ihr sexuelles Verhalten. Verurteilen und bestrafen kann man und muss man allerdings unrechtmäßige sexuelle Verhaltensweisen und Handlungen, wie beispielsweise sexuelle Übergriffe auf Kinder, und zwar unabhängig davon, ob ein Täter pädophil ist oder nicht. Aus diesem Grund unterscheidet man in der Sexualmedizin zwischen Störungen der sexuellen Präferenz (z.B. Pädophilie) und Störungen des sexuellen Verhaltens (z.B. sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung, auch von Kindern, vgl. Pädosexualität).

Niemand würde beispielsweise eine Person, die HIV-infiziert ist, mit dem Begriff *Mörder* gleichsetzen, obwohl die Person potentiell (z.B. durch ungeschützten GV) eine andere Person infizieren und dadurch mittelbar töten könnte. Das heißt, die Eigenschaft der Person (HIV-Infektion) wird (außer vielleicht von religiösen Fundamentalisten) von niemandem zu Diffamierungszwecken missbraucht. Lediglich verantwortungsloses Verhalten eines HIV-Infizierten kann diesem zur Last gelegt werden, nicht aber seine Eigenschaft. Die Tendenz, Pädophile mit Sexualstraftätern gleichzusetzen ist hingegen unverändert hoch. Obwohl es sich hier genau so um eine potentielle Gefährdung handelt, die von Pädophilie ausgehen kann. Das heißt, mit einer solchen Gleichsetzung wird eine Eigenschaft (Pädophilie) diskriminiert und nicht ein Verhalten verurteilt.

Das bedeutet zusammengefasst, dass es aus sexualwissenschaftlicher Perspektive falsch ist, eine Person aufgrund ihrer sexuellen Präferenz (z.B. Pädophi-

[4] Ansonsten müsste man ungleich viel mehr Initiativen zu Legalisierung sexueller Kontakte zwischen Erwachsenen und Kindern erwarten dürfen.

lie) zu diskriminieren, geschweige denn zu verurteilen, aber natürlich zulässig und notwendig, dies wegen sexueller Handlungen und Verhaltensweisen zu tun, durch die oder bei denen ein anderer Mensch Schaden nimmt (z.B. sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung, auch von Kindern). Hierin besteht aus sexualwissenschaftlicher Sicht der Unterschied zwischen Pädophilie und Pädosexualität. Zur Benennung aller anderen Paraphilien (F 65) ist anzumerken, dass auch hier die durchgehende Begriffskonstruktion mit der Endung „-ismus" daran erinnert, dass zur Zeit der Begriffsbildung (überwiegend 19. Jh.) in der damals „zuständigen" Psychiatrie die moralische Vorstellung vorherrschte, dass Betroffene für ihre Neigung sehr wohl etwas könnten und abweichende Bedürfnisse durchaus auch etwas mit negativen Einstellungen, schlechten Angewohnheiten, „Wesensschwäche" oder gar „Charakterneurose" zu tun haben – folglich also auch Willensbildung und Wahlentscheidung zum Ausdruck brächten. Auch in diesem Indikations-bereich wäre demnach – vor dem Hintergrund einer biopsycho-sozialen Ätiopathogenese – eine umfassende terminologische Revision indiziert, die jedoch den Rahmen der hiesigen Ausführungen sprengen würde.

Tab. 2 Vorschlag zur terminologischen Differenzierung im Bereich sexuelle Präferenz versus sexuelles Verhalten

Empfinden/Erleben/ Bedürfnis/Wunsch	Verhalten/Realisisation /Manifestation	Überzeugung/Einstellung/Haltung
Homophilie	Homosexualität	Homosexualismus
Pädophilie	Pädosexualität	Pädosexualismus

6. Störungen des sexuellen Verhaltens (Dissexualität) (F 63.8)

Synonym: Störungen des Sexualverhaltens bzw. sexuelle Verhaltensstörungen

Unter dieser Bezeichnung werden sämtliche sexuellen Verhaltensweisen zusammengefasst, bei denen das Wohl und die sexuelle Selbstbestimmung anderer Menschen beeinträchtigt oder geschädigt wird und die aus diesem Grunde strafrechtlich verfolgt werden können. Insgesamt sind mit dieser Störungsgruppe – unabhängig von ihrer strafrechtlichen Relevanz oder Verfolgbarkeit – sämtliche sexuellen Übergriffe (ob psychisch oder physisch) gegen die sexuelle Selbstbestimmung gemeint, die unter dem Begriff *Dissexualität* zusammengefasst werden (vgl. Beier 1995).

Störungen des Sexualverhaltens beginnen mit sexuell motiviertem, gezieltem Aufsuchen von Situationen, in denen andere Menschen (zur eigenen sexuellen Erregung) in intimen Situationen beobachtet werden können. Dabei werden zur Ermöglichung dieser sog. voyeuristischen Beobachtungen mit unter bewusst und willentlich auch Grenzen der Privatsphäre und des Hausfriedens überschritten (Betreten von Privatgrundstücken, Nutzung von Leitern vor Fenstern, auf Dächern, Besteigen von Balkonen etc.). Außerdem zur Gruppe der sexuellen Verhaltensstörungen gehört das bewusste sichtbare Entblößen und ggf. masturbatorische Präsentieren des Genitales (überwiegend vor Frauen und/oder Kindern) sowie das uneinvernehmliche Berühren oder Anfassen (überwiegend von Frauen oder Kindern) im Brust- oder Perigenitalbereich in der Öffentlichkeit.

Des Weiteren können sich Störungen des Sexualverhaltens ausdrücken in sexuell motivierter Belästigung via Post, E-Mail, SMS, Telefon oder direkter (obszöner) Ansprache von Opfern. Dieses Problemverhalten kann sich ausweiten zum (auch räumlichen) sexuell motivierten Nachstellen und Verfolgen von Opfern, dem so genannten *Stalking*. Stalking stellt eine Form von sexueller Verhaltensstörung da, bei der eine Person die vergangene, gegenwärtige oder nur imaginierte sexuelle Beziehung zu einer anderen Person gegen deren Willen aufrecht zu erhalten oder (wieder?) herzustellen versucht, indem sie die „begehrte" Person telekommunikativ oder real verfolgt, bedroht, belagert oder sogar tätlich angreift und damit in einem Ausmaß belästigt, dass die „begehrte" Person in ihrer freien Lebensführung erheblich beeinträchtigt und eingeschränkt wird. In der anglo-amerikanischen Literatur werden die Täter als „intimacy-seeking stalkers" bezeichnet (vgl. Mullen et al. 1999), was zutreffend auf die auch hier beteiligte Beziehungsdimension der Sexualität verweist (s.o.) und damit einem Versuch entspricht, eine (auch sydyastische) Beziehung gegen den Willen des Opfers zu erzwingen. In der überwiegenden Zahl der Fälle werden Frauen von Männern verfolgt, wohingegen Männer – die zwar viel seltener von Stalking betroffen sind – etwa gleich häufig von Frauen oder Männern verfolgt werden. In ca. drei Viertel der Fälle kennen die Opfer ihren Verfolger. Die größte Gruppe der Verfolger rekrutierte sich aus ehemaligen Intimpartnern (vgl. Martini 2004). Die dokumentierten Zeiträume über die Opfer von Stalking betroffen waren reichen von vier Wochen bis zu 20 Jahren, wobei die Opfer im Durchschnitt ca. ein Jahr verfolgt werden (vgl. Mullen et al. 1999).

Die Auswirkungen für Stalking-Opfer fallen zum Teil sehr massiv aus. Wie Forschungsergebnisse zeigen, leiden fast alle Opfer (92 %) unter Ängsten während des Stalking-Geschehens bis hin zu regelrechten Angststörungen und Suizidgedanken. In fast der Hälfte der Fälle kam es sogar zu einer Symptomatik, die der Posttraumatischen Belastungsstörung ähnelt. Viele Betroffene berichteten auch von physischen Folgen wie Magenbeschwerden und Kopfschmerzen. In ca. einem Viertel aller Fälle kommt es zu Gewalttätigkeiten gegen die Opfer, die von Körperverletzungen, über sexuelle Übergriffe bis zur Tötung reichen können (vgl. Voß & Hoffmann 2002).

Zu den sexuellen Verhaltensstörungen zählen darüber hinaus auch Versuche oder die Durchführungen sexueller Handlungen vor, an oder mit Kindern (sog. „pädosexuelle Handlungen", strafrechtlich: „Sexueller Missbrauch von Kindern") oder Jugendlichen oder sonstigen Personen, die in die sexuellen Handlungen nicht einwilligen können. Die prominenteste Form einer solchen dissexuellen Verhaltensäußerung besteht in der mittelbaren sexuellen Ausbeutung durch die Herstellung, Nutzung bzw. den Konsum sowie die Veräußerung und Verbreitung von pornografischen Medien, für deren Herstellung die sexuelle Selbstbestimmung von Personen verletzt wurde. Dies ist dann der Fall, wenn die Opfer zu den dargestellten bzw. abgebildeten sexuellen Handlungen gezwungen werden bzw. wenn sie nicht in die dargestellten bzw. abgebildeten sexuellen Handlungen einwilligen konnten und / oder wollten. Opfer können abhängige Personen sein, wie z.B. sich illegal aufhaltende Migranten, die zu Pornografieproduktion und / oder (gefilmter) Prostitution gezwungen werden, aber auch geistig oder körperlich behinderte Personen sowie vor allem Kinder. Die Herstellung von Kinderpornographie ist Dokumentation von sexuellem Kindesmissbrauch; die Nutzung bzw. der Konsum von Kinderpornographie ist mittelbarer sexueller Kindemissbrauch und die Veräußerung und Verbreitung von Kinderpornographie ist sexualwirtschaftliche Ausbeutung von Kindern zu kommerziellen Zwecken.

Diese Herstellung, Nutzung und Verbreitung von Kinderpornografie stellt die Gesellschaft vor ein wachsendes Problem, da sie mit der Weiterentwicklung technischer Möglichkeiten und der Anonymität des Internets erheblich zugenommen hat (Zwicke, 2000; Wyre, 2003). Eine Eindämmung bzw. Verhinderung der Herstellung, des Konsums sowie der Verbreitung von Pornografie mit abhängigen bzw. nicht einwilligungsfähigen Personen, vor allem Kindern, steht daher seit Beginn des 21. Jh. im Fokus des gesellschaftlichen und kriminal- sowie sexualwissenschaftlichen Interesses (Wolak, Finkelhor & Mitchell, 2005).

Die Endstrecke sexueller Verhaltensstörungen bilden schließlich alle anderen expliziten Sexualstraftaten, wie „sexuelle Nötigung und Vergewalti-gung", bis hin zur „sexuell motivierten Tötung", wie sie im dreizehnten Abschnitt des Deutschen Strafgesetzbuchs (StGB) unter der Überschrift „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung" und den Paragraphen §§ 174–184 aufgeführt sind.

Sexuelle Verhaltensstörungen können einerseits auf das Ausleben entsprechender Paraphilien zurückgehen, d.h., paraphile Impulsmuster können einen ursächlichen Hintergrund für sexuelle Verhaltensstörungen darstellen. Andererseits existieren auch dissexuelle Verhaltensweisen, die nicht auf das Ausleben eines klar beschreibbaren, paraphilen Impulsmusters zurückgehen, sondern als unabhängige sexuelle Verhaltensstörung imponieren. Das bedeutet, dass im sexualdiagnostischen Prozess Störungen der sexuellen Präferenz und Störungen des sexuellen Verhaltens sauber differenziert werden müssen und nicht verwechselt oder gar gleichgesetzt werden dürfen. Besonders im Rahmen forensischer Begutachtungen zur Schuldfähigkeit ist diese Differenzierung von großer Bedeutung.

Bei der Behandlung sexueller Verhaltensstörungen steht die Kontrolle des sexuellen Verhaltens, d.h. Vermeidung des dissexuellen Problemverhaltens im Vordergrund der therapeutischen Arbeit. Es müssen stark strukturierte Mechanismen zur Verhaltenskontrolle trainiert werden und zur suffizienten Versorgung dieser Patienten muss außerdem als Unterstützung des Behandlungsprogramms die Option medikamentöser Impulsdämpfung zur Verfügung gestellt werden.

Opferschaft durch sexuelle Traumatisierungen ist im ICD-10 erfassbar. So gibt es eine eigene Kategorie „Tätlicher Angriff" (X 85-Y 09), mit der z.B. „Sexueller Missbrauch mit körperlicher Gewalt" (Y 05) ko-

Störungen des sexuellen Verhaltens F 63.8

ICD-10	DSM-IV-TR	Anmerkungen
Nur unter der Restkategorie F 63.8 „Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle" zu verschlüsseln. Hierzu wird allgemein erläutert: „Der Handlung geht eine Anspannung voraus, der während des Handlungsablaufs ein Gefühl der Erleichterung folgt".	Nur unter der Restkategorie 312.30: „Nicht näher bezeichnete Störung der Impulskontrolle" zu verschlüsseln.	Im DSM-IV ist die Verbindung zu den Paraphilien extra hervorgehoben, im ICD-10 werden diese gerade ausgenommen.

diert werden kann oder die Zusatzkodierungen „Vernachlässigung und Im-Stich-lassen“ (Y 06) sowie „Sonstige Misshandlungssyndrome einschließlich seelischer Grausamkeit, körperlichem Missbrauch, sexuellem Missbrauch und Folterung“ (Y 07), die besonders im Kontext der bereits vorgestellten „Störungen der sexuellen Reproduktion“ (s.o.) von Belang sein können. Aber all diese Merkmale sind zur Kodierung der Situation eines Opfers vorgesehen, welches solche Misshandlung oder solchen Missbrauch erleiden musste und eben nicht als Merkmal des Verhaltens eines Täters, der solche Handlungen begangen hat. Dabei kann es für die Täterschaft eine Vielzahl von Gründen geben und – wie oben dargestellt – nur ein Teil des insgesamt vorkommenden dissexuellen Verhaltens geht auf eine paraphile Neigung bei Tätern zurück (z.B. eine Pädophilie). Einer grenzüberschreitenden sexuellen Kontaktanbahnung oder Kontaktaufnahme kann beispielsweise auch eine geistige Behinderung mit möglicherweise resultierende Störung der sexuellen Reifung (ICD-10: F 66.0, s.o.) oder eine Persönlichkeitsstörung (F 60) zugrunde liegen, die dann konsekutiv (wie bei allen Sexualstörungen) erstrangig zu kodieren wäre und die sexuelle Verhaltensstörung an zweiter Stelle zur Beschreibung der sexuellen Krankheitsauswirkungen.

Die verschiedenen Formen sexueller Verhaltensstörungen sind in den international gültigen Klassifikationssystemen nicht erfasst und folglich auch nicht eigenständig kodierbar. Eine Verschlüsselung ist bis dato lediglich im ICD-10 über die Hilfskonstruktionen F 63.8 „Andere abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ möglich, woraus allerdings das entscheidende Kennzeichen der „dissexuellen“ Handlungen – nämlich die durch sie bewirkte Verletzung der sexuellen Integrität und Individualität eines anderen Menschen – nicht deutlich wird.

Gleiches gilt für die „Störungen des Sozialverhaltens“ (F 91), die gegebenenfalls zusätzlich kodierbar sind, wenn dissexuelle Verhaltensweisen bereits in der Kindheit oder Jugend auftreten, was mit sexuellen Übergriffen durch 12- bis 14-Jährige ebenfalls zunehmend der Fall ist. Auch hier ist eine Möglichkeit, dissexuelles Verhalten in Kindheit und Jugend explizit kodieren zu können, nicht gegeben – obwohl bekannt ist, dass derartige Verhaltensexzesse große prognostische Bedeutung haben und darum immer systematisch dokumentiert werden sollten.

Auch bezüglich des Indikationsbereichs Störungen des Sexualverhaltens bestünde demnach deutlicher Nachbesserungs- und Revisionsbedarf für zukünftige Auflagen von ICD und DSM.

Schlussbemerkung

Die hier vorgestellte Taxonomie sexueller Störungen orientiert sich an ihrem Vorkommen und den Ausprägungsformen in der klinischen Praxis. Mischformen und Überschneidungen zwischen den Kategorien sind sachimmanent. So wurde bereits ausgeführt, dass beispielsweise eine Störung der sexuellen Reifung zu einer Störung der sexuellen Identität, und diese wiederum zu einer Störung der sexuellen Beziehung führen kann und sich diese Indikationsbereiche wechselseitig überschneiden können. Genau so können Störungen der sexuellen Präferenz zu Störungen des sexuellen Verhaltens führen und so weiter. Die Betonung dieser Mischformen und Überscheidungsbereiche ist kein Zeichen für die Inkonsistenz dieser Störungsdifferenzierungen, sondern ein Indiz für eine notwendige Flexibilität im Sinne einer ökologischen Validität.

Zusammenfassend kann damit gesagt werden, dass die Klassifikationssysteme zur Verschlüsselung psychischer und Verhaltensstörungen ICD-10 sowie DSM-IV-TR ein wertvolles und wichtiges Instrument zur Vereinheitlichung und Standardisierung des diagnostischen Prozesses darstellen. Viele Sexualstörungen – insbesondere die drei Hauptkategorien Sexuelle Funktionsstörungen, Geschlechtsidentitätsstörungen sowie Sexuelle Präferenzstörungen – können bereits befriedigend bis gut kodiert werden. Bezüglich der übrigen (in der klinischen Praxis nicht minder relevanten), hier vorgestellten sexualmedizinischen Indikationsbereiche (Sexuelle Entwicklungs-, Reproduktions- und Verhaltensstörungen) besteht hingegen noch deutlicher Ergänzungs- und Nachbesserungsbedarf für zukünftige Revisionen.

Literatur

Ahlers, Ch. J. (2000): Gewaltdelinquenz gegen sexuelle Minderheiten. In: Dobler, J.; Ahlers, Ch. J.; Dworek ,G. (2000): Hassverbrechen. Köln: LSVD-Sozialwerk e.V. (Hrsg.)

Ahlers, Ch. J. (2001): Homosexuelle Männer als Opfer von Gewalt. Sexuologie (8) 3/4: 145-190.

Ahlers, Ch. J.; Schaefer, G. A.; Beier, K. M. (2004): Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis. Sexuologie (11) 3/4: 74-97.

American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd revised ed. (DSM-III-R) APA, Washington DC. Deutsche Bearbeitung: Wittchen, H.U.; Saß, H.; Zaudig, M.; Koehler, K. (1989): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R, Weinheim, Beltz Verlag.

American Psychiatric Association (1999): Dangerous sex offenders. A Task-Force Report. Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and sta-

tistical manual of mental disorders. 4th revised ed. (DSM-IV-TR) APA, Washington DC. Deutsche Bearbeitung: Saß, H.; Wittchen, H. U.; Zaudig, M.; Houben I. (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision, DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.

Appel, K. (2004): Problematische sexuelle Identität nach Umwandlung männlicher Neugeborener zum Mädchen. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 5: 48-55.

Bandschuh, C. (2001): Pädosexualität. Oplad.: Leske & Budrich.

Beier, K. M. (1995): Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Berlin: Springer.

Beier, K. M. (2000): Female Analogies to Perversion. J Sex Marit Therap 26: 79-93.

Beier, K. M.; Bosinski, H. A. G.; Hartmann, U.; Loewit K. (2001): Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. Jena: Urban & Fischer.

Beier, K. M. & Loewit, K. (2004): Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie. Berlin: Springer.

Beine, K.; Engfer, R.; Bauer, M. (2005): Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie – Quo vadis? Psychiat Prax 32: 321-323.

Bloch, I. (1907). Das Sexualleben unserer Zeit. Berlin: Marcus.

Braun, G.; Hasebrink, M.; Huxoll, M. (2003): Pädosexualität ist Gewalt. Weinheim: Beltz-Votum.

Briere, J. & Runtz, M. (1989): University males` sexual interest in children: predicting potential indices of „pedophilia" in a nonforensic sample. Child Abuse Neglect (13) 1: 65-75.

Brunnhuber, S. (2000): Sexualstörungen, Sexualabweichungen. In: Brunnhuber, S.: Kurzlehrbuch Psychiatrie. 1. Aufl. Jena: Urban & Fischer: 251-266.

Buvat, J.; Dehaene, L.; Lamaire, A.; Buvat-Herbaut, T. (1983): Ateriell bedingte erektile Impotenz. Sexualmedizin 12: 248-251.

Casper, L. (1852): Über Nothzucht und Päderastie und deren Ermittlung Seitens des Gerichtsarztes. In: Vierteljahrsschrift für gerichtliche und öffentliche Medicin, Bd. I: 21-78.

Clement, U. (2000): Funktionelle Sexualstörungen. In: Rudolf, G. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik, Stuttgart: Thieme: 343-351.

Clement, U. (2004): Sexuelle Sucht. In: Strauß, B. (Hrsg.): Psychotherapie der Sexualstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme: 123-134.

Cohen-Kettenis, P. & Pfäfflin, F. (2003): Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Comer, R. J. (2001): Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität. In: Comer R. J.: Klinische Psychologie. 2. Aufl. Berlin: Spektrum Akademischer Verlag: 337-364.

Dannecker, M. (1987): Bemerkungen zur strafrechtlichen Begutachtung der Pädosexualität. In: H. Jäger & E. Schorsch (Hrsg.): Sexualwissenschaft und Strafrecht, Beiträge zur Sexualforschung. Bd. 62. Enke Verlag.

Davison, G. C. & Neale, J. M. (2002): Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität und Paraphilien. In: Davison, G. C. & Neale, J. M.: Klinische Psychologie. 6. Aufl. Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union: 484-530.

Degwitz, R.; Helmchen, H.; Kockott, G.; Mombour, W. (1980): Diagnoseschlüssel und Glossar psychischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der WHO (ICD-9). Berlin: Springer.

Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F) Göttingen: Huber.

Dilling, H.; Reimer, C.; Arolt,V. (2004): Sexualstörungen. In: Dilling, H.; Reimer, C.; Arolt, V.: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. 5. aktualisierte Aufl. Berlin: Springer.

Dover, J. (1983): Homosexualität in der griechischen Antike. München: Beck.

Dressler, S. & Zink, Ch. (2003). Pschyrembel – Wörterbuch Sexualität. Berlin: de Gruyter.

Egle, U. T.; Hoffmann, S. O.; Steffens, M. (1997): Psychosoziale Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Nervenarzt 68: 683-695.

Ekins, R. & King, D. (2001): Transgendering, migrating an love of oneself as a woman: A contribution to a sociology of autogynephilia. International Juornal of Transgenderism 5 (3).

Elz, J. (2002): Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern. Sexuelle Gewaltdelikte. Wiesbaden: Kriminologie und Praxis, Bd. 34.

Fahrner, E.-M. & Kockott, G. (2003): Sexualtherapie – Ein Manual zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen bei Männern. Göttingen: Hogrefe.

Fahrner, E.-M. & Kockott G.. (2003). Funktionelle Sexualstörungen. In: Reinecker H. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe: 456-469.

Fiedler, P. (2004): Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Heterosexualität – Homosexualität – Transgenderismus und Paraphilien – sexueller Missbrauch - sexuelle Gewalt. Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.

Fliegel, S. (2000): Sexuelle Funktionsstörungen. In: Senf, W.; Broda, M.: Praxis der Psychotherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme: 548-555.

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

Hartmann, U.; Becker, H. (2002): Störungen der Geschlechtsidentität. Wien: Springer.

Hartmann, U. (2004): Sexualität, sexuelle Entwicklung, sexuelle Reaktion. In: Machleidt, Bauer, Lamprecht, Rose, Rohde-Dachser (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme: 183-206.

Hell, D.; Endrass, J.; Vontobel, J. (2003): Sexuelle Störungen. In: Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. Göttingen: Verlag Hans Huber: 149-151.

Hirschfeld, M. (1906): Vom Wesen der Liebe. Zugleich ein Beitrag zur Lösung der Frage der Bisexualität. Leipzig: Verlag Max Spohr.

Hirschfeld, M. (1910): Die Transvestiten – eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischen und historischen Material. Berlin: Medicinischer Verlag.

Hirschfeld, M. (1913): Aus der Erpresserpraxis. In: Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, Heft 3.

Hirschfeld, M. (1918): Sexuelle Zwischenstufen. Sexualpathologie. 2. Teil. Bonn: Marcus & Webers.

Hirschfeld, M. (1923): Die intersexuelle Konstitution. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen. Heft 23: 3-27.

Hoyndorf, S. Reinhold M.; Christmann, F. (1995): Behandlung sexueller Störungen. Weinheim: Belz – Psychologie Verlags Union.

Hoyndorf, S. (2000): Sexuelle Funktionsstörungen. In: Linden, M. & Hautzinger, M.: Verhaltenstherapiemanual. 4. Aufl. Berlin: Springer: 471-477.

Hubbard, T. K. (2003): Homosexuality in Greece and Rome. University of California Press.

Kämmerer, A. & Rosenkranz, J. (2001): Sexuelle Störungen. In: Franke, A. & Kämmerer, A. (Hrsg.): Klinische Psychologie der Frau. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag: 323-354.

Kaplan, L. J. (1991): Weibliche Perversion. Hamburg: Hoffmann und Campe

Kertbeny, K.M. (1869): § 143 des Preussischen Strafgesetzbuches vom 14. April 1851 und seine Aufrechterhaltung als § 152 im Entwurfe des Strafgesetzbuches für den Norddeutschen Bund, Leipzig: Serbe 1869. Nachdruck in: Kertbeny, Karl Maria (2000). Schriften zur Homosexualitätsforschung. Herzer M. (Hrsg.) Berlin: Bibliothek Rosa Winkel.
Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E. (1948): Das Sexualverhalten des Mannes. Frankfurt: S. Fischer.
Kockott, G. (2000a): Sexuelle Störungen. In: Margraf, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 2: Störungen, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Heidelberg: Springer.
Kockott, G. (2000b): Sexuelle Störungen. In: Barta, A.; Wassmann, R.; Buchkremer, G.: Verhaltenstherapie. 1. Aufl. Heidelberg: Springer: 265-284.
Kockott, G. (2000c): Sexualstörungen. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Aufl. Jena: Urban & Fischer: 696-714.
Kockott, G. & Fahrner, E.-M. (2000a): Sexualstörungen des Mannes. Göttingen: Hogrefe.
Kockott, G.; Fahrner, E.-M. (2000b). Ejakulationskontrolle, Hegarstifttraining, Sensualitätstraining. In: Linden, M.; Hautzinger, M.: Verhaltenstherapiemanual. Berlin: Springer 4. Aufl.
Kockott, G. & Berner, M. (2000): Sexualstörungen. In: Möller, H. J. (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme.
Kockott, G. & Berner, M. (2004). Sexualstörungen. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. 2. Aufl. Jena: Urban & Fischer: 850-874.
Kockott, G. (2004): Sexualstörungen. Stuttgart: Thieme.
Krafft-Ebing, R. v. (1896): Psychopathia Sexualis. – Mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung: Eine medicinisch-gerichtliche Studie für Ärzte und Juristen, 11. Aufl. Stuttgart.
Loewit, K. (1978): Der kommunikative Aspekt der Sexualität. Sexualmedizin 7: 971-975.
Loewit, K. (1980): The communicative function of human sexuality: A neglegted dimension. In: Forleo, R. & Psini, W. (eds): Medical Sexology. Littleton: PSG Publ: 234-237.
Loewit, K. & Beier, K. M. (1998): Standortbestimmung der Sexualmedizin. Sexuologie (5) 2: 49-64.
Martini, M. (2004): Ergebnisse der ersten epidemiologischen Studie zu Stalking in Deutschland Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim.
Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1966): Die sexuelle Reaktion. Reinbeck: Rohwolt.
Marcuse, M. (1926): Handwörterbuch der Sexualwissenschaft. Bonn: Verlag Marcus & Webers.
Moll, A. (1891): Die Conträre Sexualempfindung. 1. Aufl. Bln.
Möller, H. J. (2002): Störungen im Sexualverhalten. In: Möller H. J.: Psychiatrie. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer: 257-261.
Mösler, T. & Rose, A. (2004): Diagnostische Klassifikation sexueller Störungen nach ICD-10 und DSM-IV-TR. In: Srauß, B. (Hrsg.): Psychotherapie der Sexualstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme: 18-25.
Mullen, P. E.; Pathé, M.; Purcell, R.; Stuart, G. W. (1999): Study of Stalkers. Am J Psychiatry (156) 8: 1244-1249.
Novara, S. & Leygraf, S. (2000): Behandlung von Sexualstraftätern. In: Senf, W.; Broda, M.: Praxis der Psychotherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme: 669-672.
Pfäfflin, F. (2003): Sexualstörungen. In: Möller, H. J.; Laux, G.; Kapfhammer, H. P. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin: Springer: 1519-1541.
Pitzing, H. J. & Will, H. (2004): Psychotherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern. In: Senf, W.; Broda, M.: Praxis der Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme: 637ff.
Reimer, C; Eckert, J; Hautzinger, M.; Wilke E. (2000): Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 2. überarb. u. erw. Aufl. Berlin: Springer.
Richter-Appelt, H. (2000): Sexuelle Störungen. In: Senf, W.; Broda, M.: Praxis der Psychotherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme: 537-548.
Reinsberg, C. (1993): Ehe, Heträren und Knabenliebe im antiken Griechenland. München: Beck.
Saß H., Wittchen H. U. Zaudig M. Houben I. (2003). Diagnostischen und Statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision. Göttingen: Hogrefe.
Schaefer, G. A.; Englert, H. S.; Ahlers, Ch. J.; Roll, S.; Willich, S. N.; Beier, K. M. (2003): Erektionsstörung und Lebensqualität – Erste Ergebnisse aus der Berliner Männer-Studie BMS-I. Sexuologie (10) 2/3: 50-60.
Senf, W.; Happich, F.; Senf, G. (2004): Transsexualität. In: Senf, W. & Broda, M.: Praxis der Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme: 623-632.
Sigusch, V. (1996): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme.
Sigusch, V. (2001): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 3. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Thieme.
Strauß, B. (2001): Die so genannte Sex-Sucht – Klinische Aspekte süchtigen sexuellen Verhaltens. Sucht 47: 82-87.
Strauß, B. (2004): Psychotherapie bei Sexualstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme.
Tasker, F. & Wren, B. (2002): Sexual Identity and Gender Identity – Understanding the Diffrerence. Clinical Child Psychology and Psychiatry. SAGE. Vol. 7 (3): 315-319.
Voß, H.-G. W. & Hoffmann, J. (2002): Zur Phänomenologie und Psychologie des Stalking: Eine Einführung. Polizei und Wissenschaft, Themenheft Stalking 4: 4-14.
Wendt, H. (2000): Sexualität. In: Wenniger, A. (Hrsg.) Handwörterbuch der Psychologie. Weinheim: Belz – Psychologie Verlags Union.
Wessel, J. & Buscher, U. (2002): Denail of pregnancy: a population based study. Br Med J: 324-458.
www.wikipedia.org (2005): http://de.wikipedia.org/wiki/Transsexualität, http://de.wikipedia.org/wiki/Diskussion: Pädophilie, http://de.wikipedia.org/wiki/Pädokriminalität.
Wolak, J; Finkelhor, D; Mitchell, K. J. (2005): Child pornography possessors arrested in Interned-related crimes. National Center for Missing and Exploited Children. www.missingkids.com (28.10.2005).
World Health Organisation (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders.
Wyre, R. (2003): Child Porn. Community Care, 11–17 September 2003.
Zwicke, L. (2000): Crime on the Superhighway: A Guide to Online Safety. Retrieved March 27 2000 from www.geocities.com/CapitolHill/6647/ by Burke, A., Sowerbutts, S., Blundell, B., Sherry, M. (2002) Child Pornography and the Internet: Policing and Treatment Issues Psychiatry, Psychology and Law, 9 (1).

Adresse der Autoren
Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Dipl.-Psych. Gerard. A. Schaefer, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, www.sexualwissenschaft-berlin.de