



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen
Stand September 2004

- 2. Allgemeine Gynäkologie
- 2.5. Psychosomatik
- 2.5.1.x. Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen

Akademie für Sexualmedizin e.V.

Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen

Einleitung

Diagnostische und therapeutische Qualität lässt sich nur in Bezug auf explizite Standards beurteilen. Definitionsgrundlagen für Standards sind wiederum statistisch-quantitative sowie qualitative Normen, die sich an den Ergebnissen empirischer Untersuchungen orientieren. Sie sind nicht als rigide Vorschriften gedacht, sondern als Elemente der Qualitätssicherung, die im Einzelfall mit Risiko-, Nutzen- und Kostenabwägungen abwägt werden müssen und ohnehin nicht die Ermessens- und Therapiefreiheit des Behandlers ersetzen können.

Während Richtlinien als verbindliche Regeln der ärztlichen Kunst eine berufsrechtliche Norm darstellen, haben Leitlinien im Referenzbereich diagnostischer und therapeutischer Standards lediglich die Funktion, Rahmenvorgaben zu machen, die den Arzt/Psychologen nicht binden, dennoch aber eine gewisse Verbindlichkeit ausdrücken. Sie sollen dem jeweiligen Stand des Wissens angepaßt sein, Zweckmäßigungs- und Wirtschaftlichkeitserwägungen berücksichtigen und eine Mindestanforderung darstellen, die nicht unterschritten werden sollte.

Die Akademie für Sexualmedizin hat sich – entsprechend den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) – seit Entwicklung und Realisierung eines sexualmedizinischen Curriculums für die postgraduale Ausbildung mit dem Praxistransfer qualitätssichernder Maßnahmen bei der Diagnostik und Therapie sexueller Störungen intensiv auseinandergesetzt.

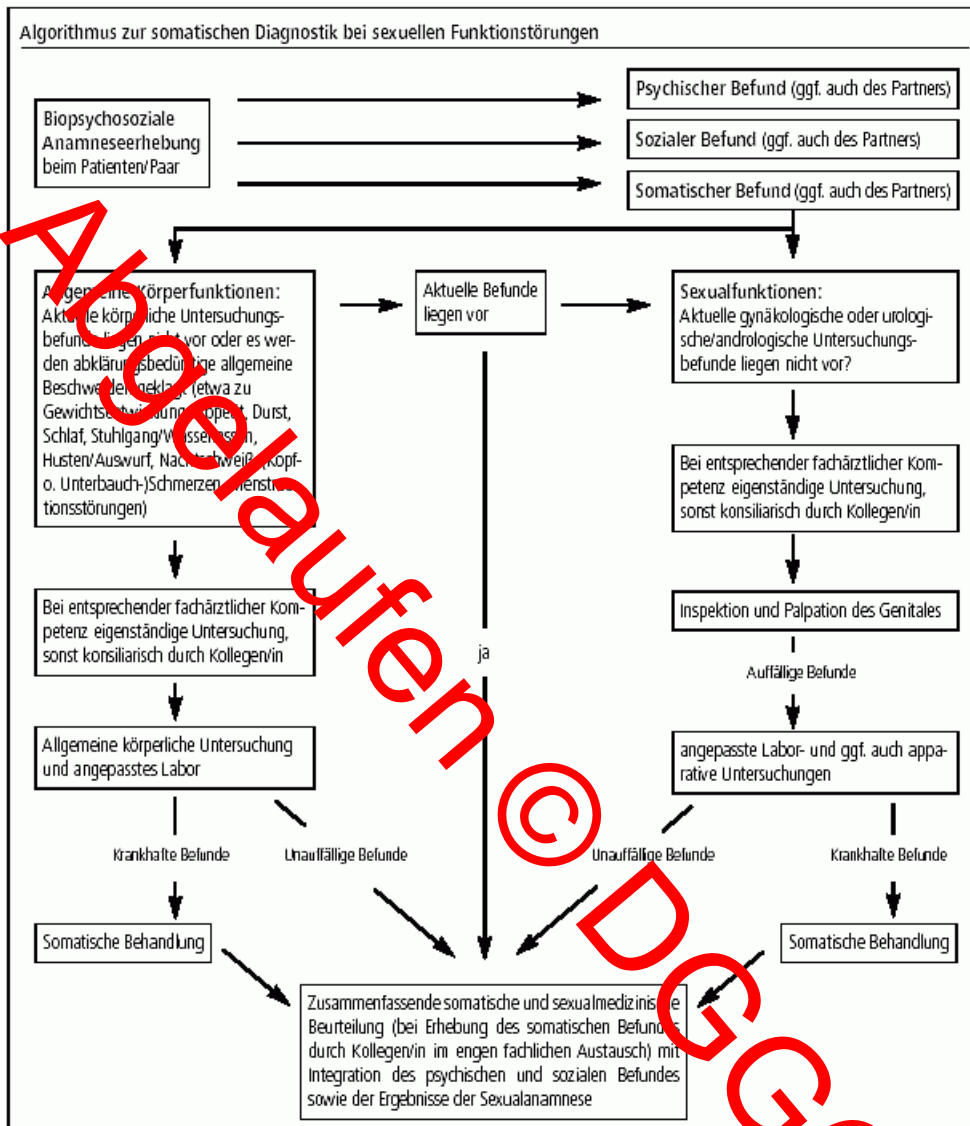
Dabei musste eine Form gefunden werden, die in der Lage ist, hinsichtlich der Erkennung und Behandlung von Sexualstörungen unterschiedlichen Fächern eine gemeinsame Basis zu bieten, da diese Fächer im klinischen Alltag mit sexueller Störungen konfrontiert sind (v.a. Allgemeinmedizin, Andrologie, Dermatologie, Gynäkologie, Klinische Psychologie, Nervenheilkunde, Psychotherapeutische Medizin, Urologie) ohne diesbezüglich über eigene Praxisleitlinien zu verfügen. Die von der Akademie für Sexualmedizin eingesetzte Expertenkommission repräsentiert entsprechend diese Fächervielfalt und jedes einzelne Mitglied hatte im Wesentlichen die Aufgabe, die Praxisleitlinien aus Sicht seines Fachgebietes zu prüfen und gegebenenfalls zu ergänzen. Es ging also im Wesentlichen darum, eine gemeinsame Basis der Fächer zu beschreiben und nicht darum, alle aus Sicht der jeweiligen Fachgebiete möglicherweise notwendigen Schritte vollständig abzubilden.

Somatische Diagnostik bei sexuellen Störungen

1. Die biopsychosoziale Anamneseerhebung macht in jedem Fall auch die Abklärung des somatischen Befundes (ggf. auch des Partners) erforderlich.
2. Hinsichtlich der Sexualfunktionen ist zu prüfen, ob aktuelle gynäkologische oder urologische/androgische Untersuchungsbefunde vorliegen.
3. Hinsichtlich allgemeiner Körperfunktionen ist zu prüfen, ob abklärungsbedürftige allgemeine Beschwerden (etwa zu Gewichtsentwicklung, Appetit, Durst etc.) geklagt werden.
4. Sofern keine aktuellen Befunde (vgl. 2. u. 3.) vorliegen, ist eine entsprechende fachärztliche Untersuchung entweder (bei entsprechender fachärztlicher Kompetenz) selbst durchzuführen oder aber konsiliarisch zu veranlassen.
5. Bei Erhebung des somatischen Befundes durch Kollegen/in ist in engem fachlichen Austausch eine zusammenfassende somatische und sexualmedizinische Beurteilung erforderlich, in welche der psychische und soziale Befund genauso integriert werden muss wie die Ergebnisse der Sexualanamnese.

Abgelehnt © DGSG 2013

2.5.1.x. Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen

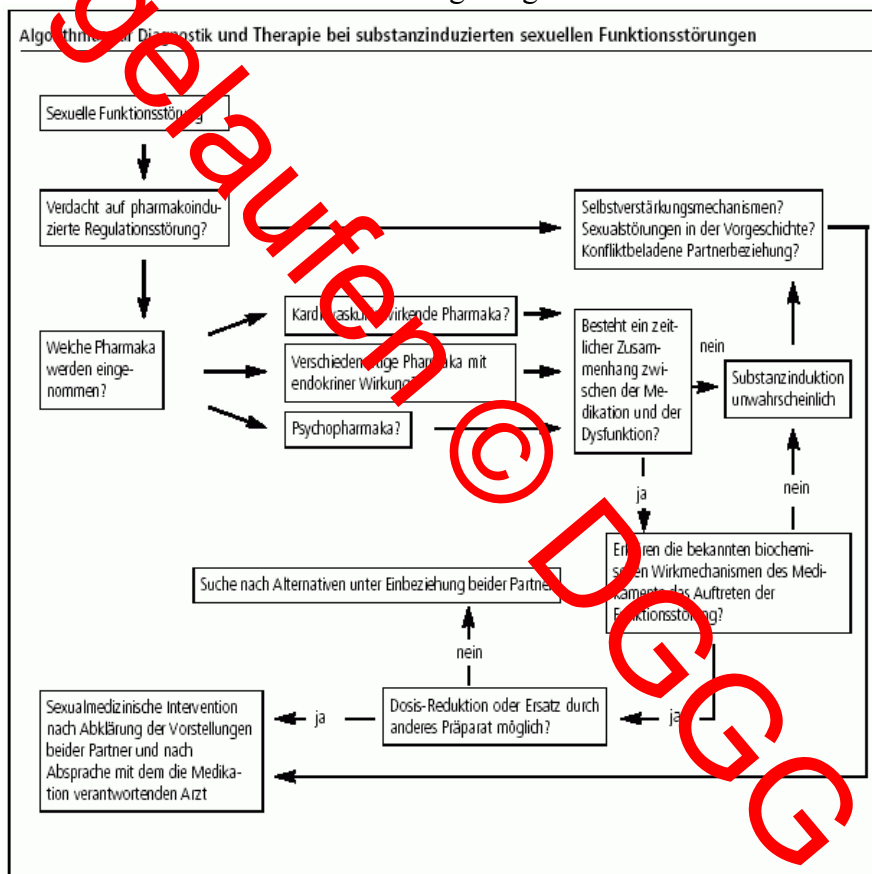


Diagnostik und Therapie bei substanzinduzierten sexuellen Funktionsstörungen

1. Sofern ein Verdacht auf substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörungen vorliegt, muss neben der sexualanamnestischen Abklärung von partnerschaftlicher Situation, (sozio-)sexueller Entwicklung und Selbstverständigungsmechanismen der mögliche Einfluss von Pharmaka bzw. Drogen auf die Sexualfunktionen abgeklärt werden.
2. Besondere Bedeutung haben kardiovaskulär wirkende Pharmaka, Psychopharmaka sowie verschiedenartige Pharmaka mit endokriner Wirkung.
3. Die Substanzinduktion ist eher wahrscheinlich, wenn ein zeitlicher Zusammenhang zwischen der Medikation und dem Auftreten der Dysfunktion besteht und die bekannten biochemischen Wirkmechanismen des Medikaments das Auftreten der Funktionsstörung hinreichend erklären.
4. Sofern eine Dosisreduktion des verdächtigten Medikaments in Absprache mit dem die Medikation verantwortenden Arzt möglich ist, sollte diese In-

tervention erst nach Abklärung der Vorstellung beider Partner erfolgen, insbesondere um zusätzliche Einflussfaktoren, welche für die Entstehung oder Aufrechterhaltung der Symptomatik eine Rolle spielen können, mitzubetrachten.

5. Führt die Dosisreduktion nicht zu der gewünschten Problemlösung, ist unter Einbeziehung beider Partner die Bearbeitung weiterer Einflussfaktoren erforderlich.
6. Wenn aus medizinischen Gründen eine Dosisreduktion von vornherein ausscheidet, bietet sich – ebenfalls unter Einbeziehung beider Partner – die Suche nach Alternativen zur Gestaltung der gemeinsamen Sexualität an.



Psychosoziale Diagnostik bei sexuellen Funktionsstörungen: Screening und erweiterte Sexualanamnese

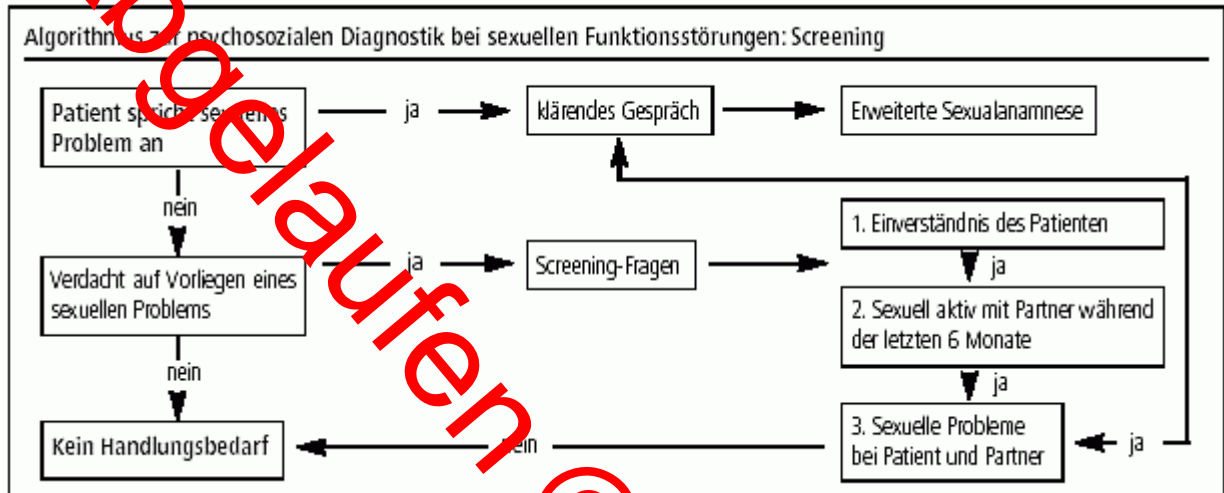
1. Die erweiterte Sexualanamnese steht im Zentrum der psychosozialen Diagnostik, die im Kanon der biopsychosozialen Befunderhebung bei sexuellen Funktionsstörungen bezüglich der Behandlungsplanung zumeist die größte Bedeutung hat. Sie ist modular aufgebaut und umfasst neben den sexual- und partnerschaftsbezogenen Informationen auch den psychischen Befund und die Erhebung lebensgeschichtlicher Daten.
2. Spricht der Patient von sich aus ein sexuelles Problem an, kann direkt zu den verschiedenen Schritten der erweiterten Sexualanamnese übergegangen werden. Ist das nicht der Fall, hat der Untersucher aber aufgrund objektiver Befunde (z.B. Diabetes mellitus) oder seiner klinischen Eindrucksbildung den Verdacht auf das Vorliegen eines sexuellen Problems,

sollte mit einigen Screening-Fragen dieser Verdacht überprüft werden. Zuvor sollte das Einverständnis des Patienten zu einem Gespräch über Sexualität eingeholt werden.

3. Die erweiterte Sexualanamnese sollte zuerst die aktuelle Situation des Patienten(paars) in den Blick nehmen und sich ein genaues Bild des (a) sexuellen (Problem)Status, (b) des Partnerschafts-Status und (c) des Sozial-Status verschaffen. Erst dann und soweit für die Therapiewahl notwendig sind biographische Anamnese sowie soziosexuelle und Beziehungsentwicklung zu thematisieren.
4. Im sexuellen Problemstatus wird zunächst das Beschwerdebild genau evaluiert (vorzugsweise anhand des Ablaufs der sexuellen Paarinteraktion), woraus eine diagnostische Zuordnung (nach den Störungskategorien von ICD bzw. DSM) sowie eine vorläufige ätiologische Zuordnung vorgenommen wird.
5. Neben dem Status der Partnerbeziehung, in dem relevante Beziehungsdimensionen und die Sexualität bzw. etwaige sexuelle Probleme des Partners/der Partnerin als wichtiges Kriterium für die Therapiewahl zu fokussieren sind, sollten zumindest die wichtigsten Eckpunkte des aktuellen sozialen Status erhoben werden, da diese Variablen ebenfalls wichtige Einflussfaktoren im Störungsgeschehen sein können.
6. Der psychische Befund ist in gewisser Weise kein eigenständiger Schritt, da er während der erweiterten Sexualanamnese, im Kontakt und Austausch zwischen Untersucher und Patient „mit erhoben“ wird (s. Schaubild).
7. Die biographische Anamnese wird üblicherweise in die „äußere“ und „innere“ Lebensgeschichte unterteilt, die allerdings in der Gesprächssituation eng miteinander verzahnt sind. Während die äußere Lebensgeschichte eher die „harten“ Daten, unterteilt in die Lebensumstände und Lebensereignisse umfasst, geht es bei der inneren Lebensgeschichte um die motivationalen und dynamischen Zusammenhänge, die den Lebenslauf prägen (s. Schaubild).
8. Die eng zusammenhängenden Bereiche der soziosexuellen und der Beziehungsentwicklung konzentrieren sich auf die Herausbildung des sexuellen Weltbilds des Patienten und die Art und Weise, in der es sich aufgrund der individuellen Erfahrungsmuster im Zusammenspiel der drei Dimensionen der Sexualität (i.e. die beziehungsorientierte, die reproduktive und die Lustdimension) widerspiegelt, sowie auf das Zusammenwirken und Gleichgewicht des sexuellen Weltbilds und Beziehungskonzepts innerhalb des Paares.
9. Die mit Abstand wichtigste Methode zur Erhebung der erweiterten Sexualanamnese ist das Gespräch bzw. die Exploration oder das klinische Interview. In der Spalte „Methoden“ im Algorithmus zur erweiterten Sexualanamnese sind weitere Methoden oder Untersuchungsinstrumente aufgeführt, die bei bestimmten Schritten und Inhalten zur Anwendung kommen können: Für die diagnostische Klassifizierung und ätiologische Spezifizierung sollte auf die in den Diagnosesystemen ICD und DSM definierten Kriterien zurückgegriffen werden. Für den psychischen Befund, den sozialen Status sowie die biographische Anamnese existieren Checklisten bzw. Variablenlisten, die Anhaltspunkte und Vorgaben zur Erhebung und Dokumentation bieten. Schließlich gibt es vier verschiedene Gruppen von

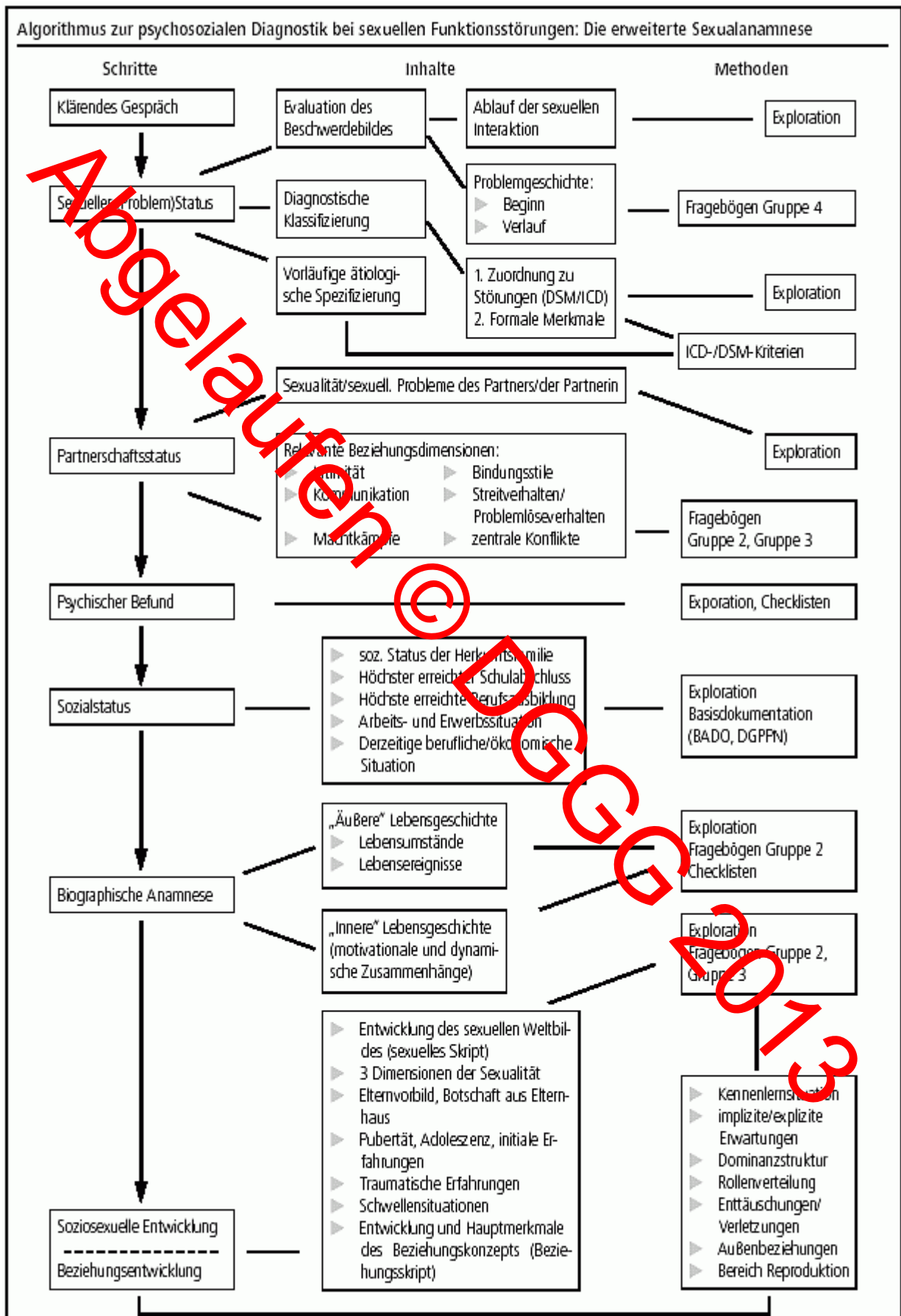
2.5.1.x. Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen

Fragebögen, die in der erweiterten Sexualanamnese zum Einsatz kommen können (s. Schaubild). Im allgemeinen eignen sich lediglich die Inventare der Gruppe 4 für den Routineeinsatz, da sie einen kompakten Überblick über das Störungsbild sowie einen Anhaltspunkt bezüglich des Schweregrades der Problematik geben können. Ebenso wie die Fragebögen der anderen Gruppen können sie allerdings die klinische Eindrucksbildung nicht ersetzen, sondern lediglich ergänzen.



Abgelehnt
 © DGGS 2013

2.5.1.x. Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen



Algorithmus zur psychosozialen Diagnostik bei sexuellen Funktionsstörungen: Die erweiterte Sexualanamnese
Schaubild: Psychodiagnostische Verfahren, Fragebögen und Ratingskalen in der sexualmedizinischen Praxis

Gruppe	Art der Instrumente	Beispiele
1	Standardisierte multidimensionale Persönlichkeitsfragebögen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ MMPI IMMPI-2 ▶ 16 PF/16 PF-R ▶ NEO-FFI ▶ FPI-R
2	Standardisierte Fragebögen oder Ratingskalen, die bestimmte Bereiche der Persönlichkeit, bestimmte Symptombilder oder spezielle Merkmale adressieren	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Narzissmusinventar ▶ Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) ▶ Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD) ▶ Fragebogen zum Körperbild (FKB-20) ▶ State-Trait-Angstinventar (STAI) ▶ Beck-Depressions-Inventar (BDI) ▶ Symptom-Checkliste (SCL-90-R) ▶ Hamilton-Skalen
3	Fragebögen, die speziell auf den Bereich Sexualität zugeschnitten sind	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fragebogen zur sexuellen Interaktion (Sexual Interaction Inventory, SII) ▶ Fragebogen zur sexuellen Zufriedenheit (FSZ) ▶ Sexual Experience Scales (SES) ▶ Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI)
4	Fragebögen, die gezielt für sexuelle Funktionsstörungen entwickelt wurden	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Internationaler Index zur Erfassung der erektilen Funktion (IIEF) ▶ Female Sexual Function Index (FSFI) ▶ Impotenzfragebogen (IFB) ▶ Fragebogen zum vorzeitigen Orgasmus (PEQUEST) ▶ Kurzfragebogen für sexuelle Probleme (KFSP-M, KFSP-F)

Schaubild: Der psychische Befund

Die wichtigsten einzuschätzenden Merkmalsbereiche

- ▶ Äußeres Erscheinungsbild
- ▶ Kontaktverhalten/Sprache
- ▶ Bewusstsein
- ▶ Orientierung
- ▶ Aufmerksamkeit/Konzentration
- ▶ Denken
- ▶ Ich-Störungen
- ▶ Grundstimmung/Affektivität
- ▶ Merkfähigkeit/Gedächtnis
- ▶ Intelligenz
- ▶ Psychomotorik

Wichtig: Eigene Urteilsbildung, nicht Angaben des Patienten übernehmen.

Schaubild: Die „äußere“ und „innere“ Lebensgeschichte

Wichtige Aspekte der äußeren Lebensgeschichte

Lebensereignisse	Lebensumstände
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ursprungsfamilie ▶ Gesundheit/Krankheiten ▶ Ausbildung ▶ Beruf ▶ Soziale Kontakte/Freizeit ▶ Partnerschaft ▶ Schwangerschaft/Kinder ▶ Wohnung ▶ Finanzen ▶ Gericht/Gesetz 	

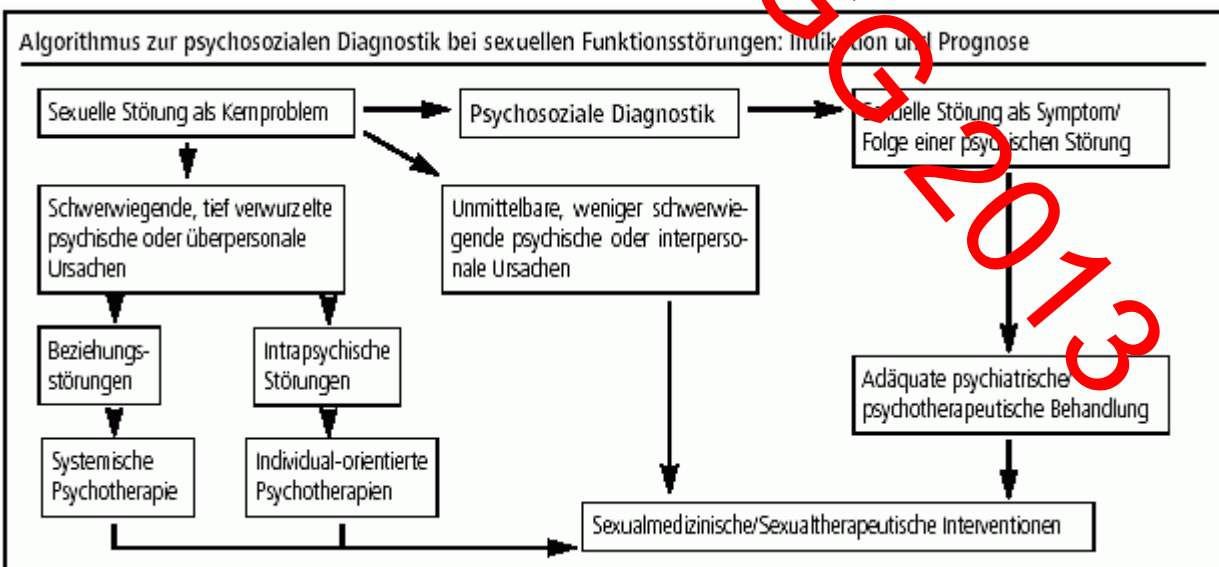
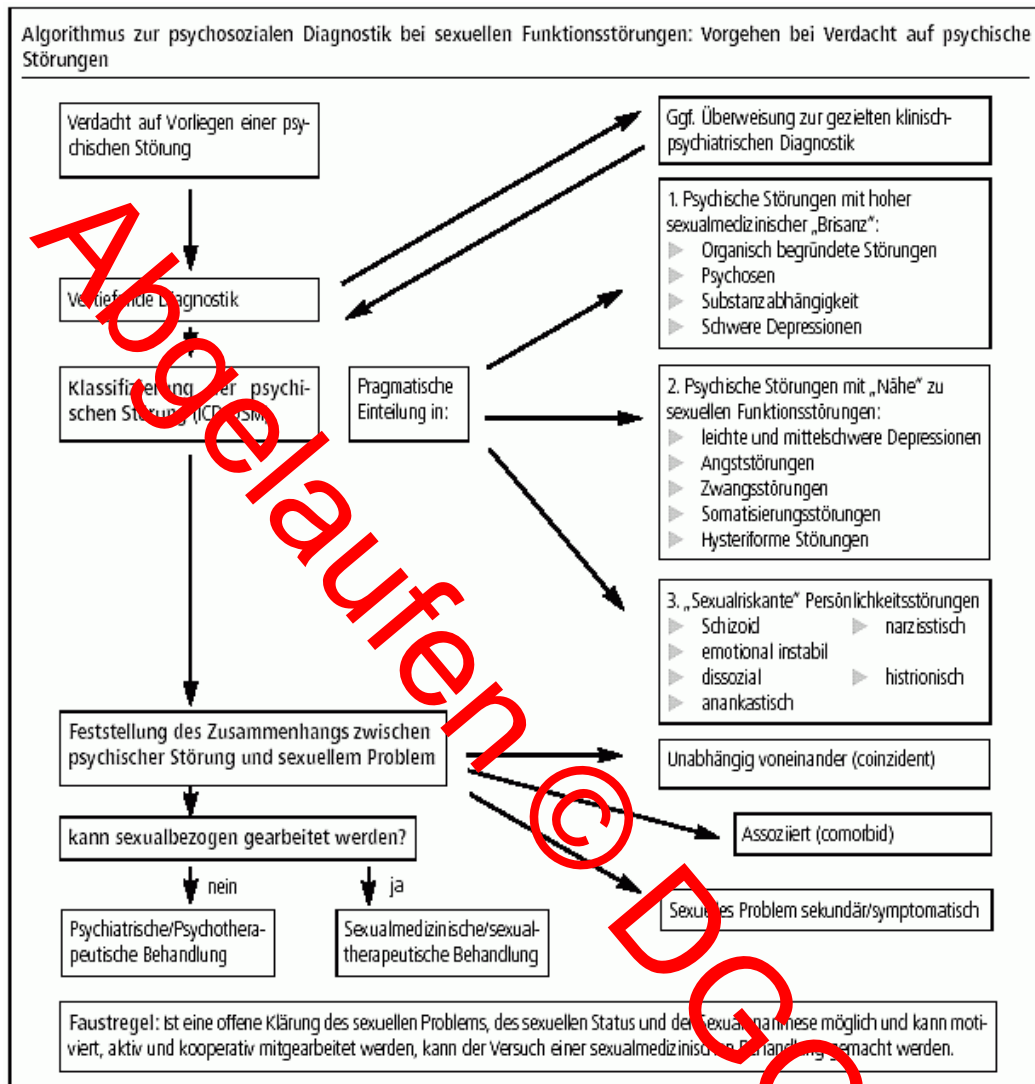
Wichtige Aspekte der inneren Lebensgeschichte

- ▶ Familiäres Milieu
- ▶ Entwicklung in Kindheit und Jugend
- ▶ Berufsleben
- ▶ Partnerschaft, Familie, soziale Beziehungen

Psychosoziale Diagnostik bei sexuellen Funktionsstörungen: Verdacht auf psychische Störungen; Stellung von Indikation und Prognose

1. Besteht aufgrund des psychischen Befundes, der klinischen Eindrucksbildung oder der erweiterten Sexualanamnese (evtl. Fremdanamnese) der Verdacht einer psychischen Störung, ist eine vertiefende Diagnostik notwendig. Ergibt diese konkrete Anhaltspunkte, ist die Störung nach den Kriterien von ICD bzw. DSM zu klassifizieren.
2. Neben dieser Klassifikation ist Langer folgend (s. Kap. 3) eine Einteilung der Störung unter sexualmedizinischen Praxis Gesichtspunkten sinnvoll: Neben psychischen Störungen mit hoher sexualmedizinischer „Brisanz“, d.h. Störungen, die die Sexualität fast immer in Mitleidenschaft ziehen und sexualmedizinischen Bemühungen zugleich enge Grenzen setzen, lassen sich Störungen mit einer besonderen „Nähe“ zu sexuellen Funktionsstörungen unterscheiden, die ebenfalls oft mit sexuellen Problemen vergesellschaftet sind, aber sexualmedizinischen/-therapeutischen Interventionen besser zugänglich sind. Zur dritten Gruppe gehören die in der Regel schwer und nur im Längsschnitt diagnostizierbaren Persönlichkeitsstörungen, von denen einige ein besonderes Risiko für die sexuelle Gesundheit mit sich bringen.
3. Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen psychischer und sexueller Störung ist zu entscheiden, ob es möglich ist, sexualbezogen zu behandeln oder ob (zunächst) eine psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung erfolgen sollte. Als erfahrungsgestützte Faustregel lässt sich sagen, dass der Versuch einer sexualmedizinischen/-therapeutischen Behandlung sinnvoll ist, wenn eine offene Klärung des sexuellen (Problem) Status und der Sexualanamnese möglich ist und der Patient/das Paar motiviert, aktiv und kooperativ mitarbeiten kann.

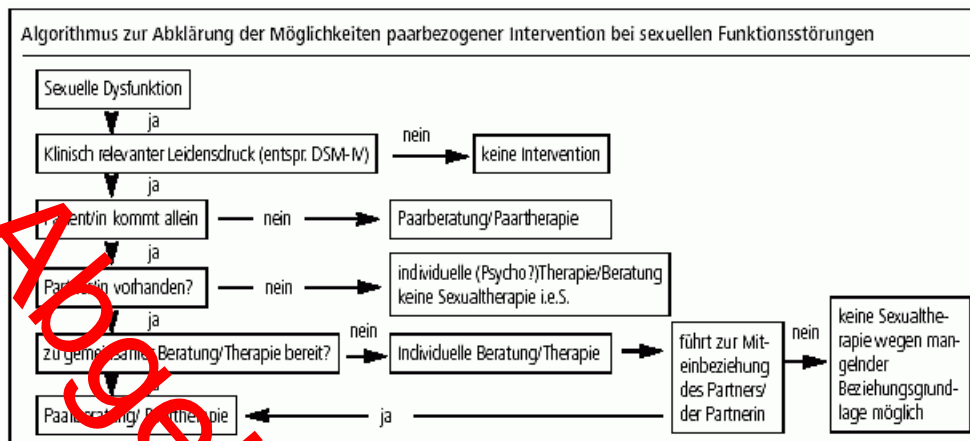
2.5.1.x. Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen



Abklärung der Möglichkeiten paarbezogener Intervention

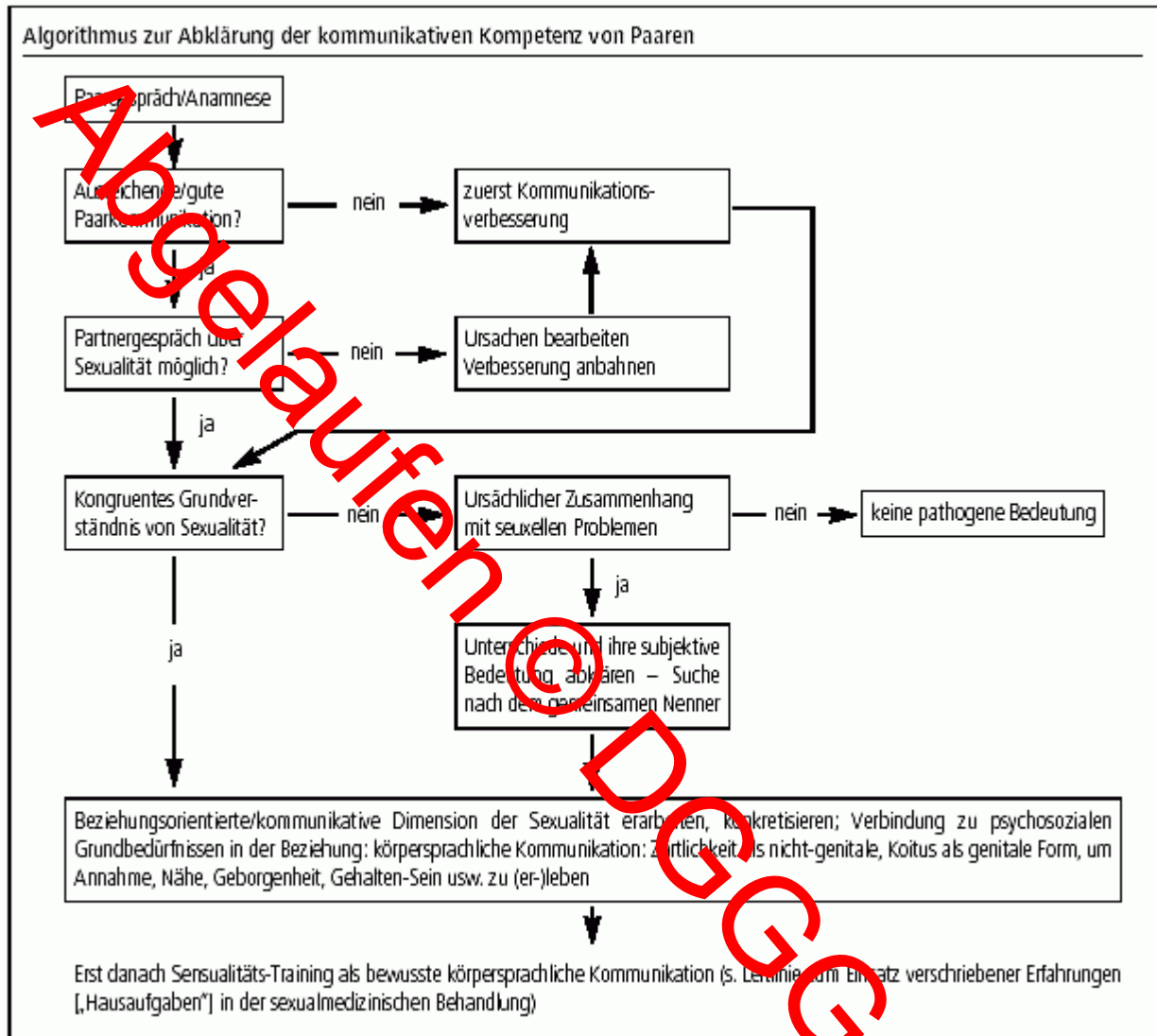
1. Grundlage sexualmedizinischer/-therapeutischer Intervention, v.a. zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen, ist die Einbeziehung des Partners. Das schließt Einzelgespräche bzw. begrenzte Interventionen beim Einzelnen nicht aus.
2. Ausschlaggebend dafür, ob eine behandlungsbedürftige sexuelle Störung vorliegt, ist nicht die Fehlfunktion an sich, sondern ob ein zusätzlicher Leidensdruck auftritt (analog DSM IV: Das Störungsbild muss deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten verursachen). Erst dadurch wird die sexuelle Dysfunktion zur krankheitswertigen Funktionsstörung.
3. Bestehen sexuelle Funktionsstörungen, wirken sie sich in der Regel unvermeidlich auf die Beziehung aus, sofern sie nicht selbst auf eine Beziehungsstörung zurückgehen. Ziel sexualmedizinischer/-therapeutischer Interventionen ist nicht nur gestörte Genitalfunktionen zu behandeln, sondern auch gestörte Beziehungen. Deshalb ist der Paaraspekt von entscheidender Bedeutung. Kommt ein Patient allein zum Arzt oder Therapeuten, so ist nach dem Vorhandensein eines Partners zu fragen.
4. Ist der Patient (derzeit) ohne Partner, kann sich je nach Art und Schwere der zugrundeliegenden Ursache(n) die Indikation zu individueller psychiatrischer, psychotherapeutischer oder anderer fachärztlicher Behandlung ergeben. Eventuell kann Sexualberatung im Sinne von Information, Ermutigung, Entängstigung, Korrektur falscher Vorstellungen, Erlaubnisgeben etc. bereits helfen. Der Einsatz von Übungen, wie sie hauptsächlich bei sexuellen Funktionsstörungen als verschriebene Erfahrungen aufgegeben werden, ist bei der Behandlung eines Einzelpatienten nur begrenzt (masturbatorisch) möglich und nicht so wirksam, weil die reale Paarsituation nicht erfahrbar wird.
5. Hat der Patient einen Partner, kommt es auf die Bereitschaft zur paarbezogenen Sexualtherapie an: Besteht diese, kann die über die Therapie eingesetzt werden. Ist sie nicht gegeben, kann im Einzelgespräch den Gründen dafür nachgegangen und zur Paartherapie ermutigt werden. Entsteht im weiteren Verlauf die Bereitschaft, den Partner miteinzubeziehen, kann paartherapeutisch weitergearbeitet werden. Sind die Widerstände seitens des Patienten und/oder seines Partners dagegen unüberwindbar, hat die Symptomatik eine schlechte Prognose, durch die Arbeit mit dem Einzelnen läßt sie sich meist nicht auflösen. Die Bedenken vom jeweiligen Partner selbst erläutern lassen.

2.5.1.x. Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen

**Abklärung der kommunikativen Kompetenz von Paaren**

1. Zu Beginn sexualtherapeutischer Paargespräche ergeben sich aus der Einschätzung der kommunikativen Kompetenz des Paares wichtige prognostische Hinweise. Für den Verlauf der Therapie ist die Qualität der Paarkommunikation entscheidend. Dabei ist von Seiten des Behandlers eine Haltung der Allparteilichkeit (gleichverteilte Empathie für jeden der beiden Partner und ihre Beziehung) erforderlich, um eine Nutzung gemeinsamer Ressourcen des Paares zu ermöglichen.
2. Mängel kommunikativer Kompetenz können die allgemeine und/oder die speziell sexualitätsbezogene Kommunikation betreffen. Fehlende Gesprächs- bzw. Streitkultur (nicht zuhören, ins Wort fallen usw.), unaufgedeckte Missverständnisse, Unkenntnis der emotionalen Befindlichkeit, der Wünsche und Phantasien des Partners verlangen, zunächst die allgemeine Paarkommunikation zu verbessern. Dasselbe kann für die sexualitätsbezogene Kommunikation gelten. Bei schweren Defiziten ist die Bearbeitung tieferliegender Ursachen erforderlich.
3. Ist die gemeinsame Sexualität zwischen den Partnern erkennbar, muss geklärt werden, ob das jeweilige Grundverständnis von Sexualität kongruent oder divergent zu dem des Partners ist und wieweit die subjektiven Deutungen von Sexualität und deren Folgen für die Partnerschaft ursächlich für die sexuelle Dysfunktion (mit-) verantwortlich sind und/oder diese verstärken. Besteht ein kausaler Zusammenhang, müssen die unterschiedlichen Sichtweisen bearbeitet werden, um nach einer nicht pathogenen gemeinsamen Basis zu suchen.
4. Dazu ist die beziehungsorientierte Dimension von Sexualität (Kommunikationsfunktion) anzusprechen. Ist diese bereits bewusst, kann sie bestätigt und vertieft werden. Ist dies nicht der Fall, kann das Paar die körpersprachlich-kommunikative Bedeutung als neue und mit den eigenen (häufig frustrierten) psychosozialen Grundbedürfnissen in Einklang stehende Dimension von Sexualität für sich entdecken. Damit ist eine wesentliche Basis für weitere therapeutische Interventionen gegeben.
5. „Streichelübungen“ werden nun zur bewussten körpersprachlichen Kommunikation eingesetzt, um die Paarkommunikation zu erweitern, stellen aber zugleich eine unausweichliche Konfrontation mit der Beziehungswirklich-

keit dar. Die bei der Durchführung (oder Verweigerung) der sog. „Hausaufgaben“ häufig auftretenden Widerstände sind zunächst zu bearbeiten.

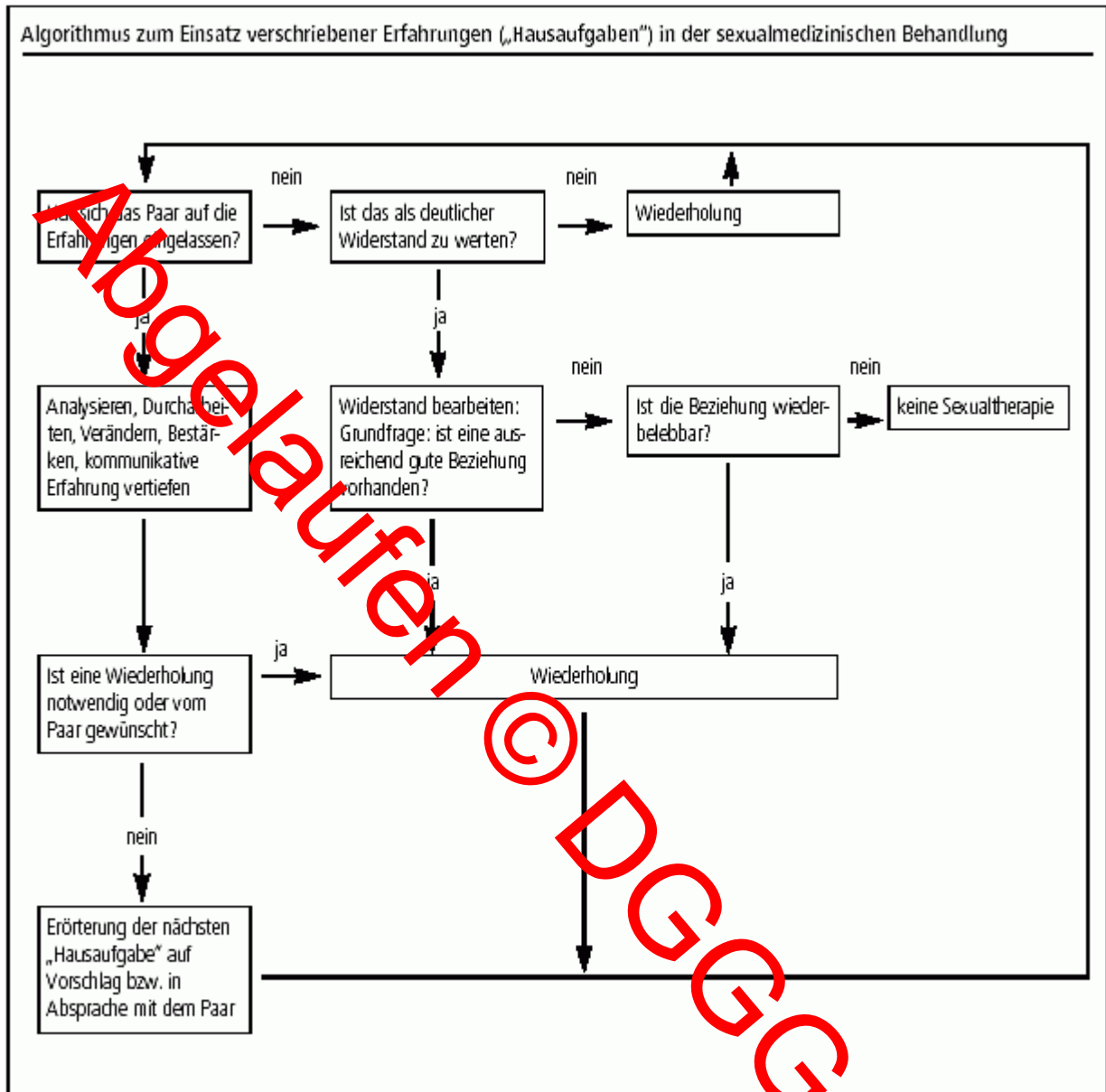


Einsatz verschriebener Erfahrungen („Hausaufgaben“) in der Sexualtherapie

1. Wurde unter bewusster Berücksichtigung des kommunikativen Aspektes von Sexualität als Körpersprache die erste Sensualitäts-Übung aufgegeben, vom Paar aber nicht oder nur sehr mangelhaft durchgeführt, wobei die Verhinderungsgründe plausibel sind, wird die Aufgabe erneut gestellt. Wiederholt sich dies, muss an einen tieferliegenden Widerstand gedacht und dieser bearbeitet werden. Letztlich kann es um die Frage nach dem Willen zur Beziehung überhaupt gehen (nicht zu verwechseln mit dem Bestehen aktueller Beziehungsprobleme).
2. Ist (derzeit) keine gute Beziehungsgrundlage gegeben, so ist im weiteren Verlauf der Paargespräche zu klären, ob die Beziehung sich wiederbeleben lässt. Ist dies nach sorgfältiger Prüfung auszuschließen, fehlt die Grundlage für eine paarbezogene Sexualtherapie.

3. Hat sich das Paar auf die Übungen eingelassen, so müssen die dabei gemachten Erfahrungen sehr konkret besprochen, im Detail analysiert und durchgearbeitet, dadurch vertieft, geklärt, verstärkt und gedeutet werden, um den therapeutischen Prozess zu fördern. Dabei muss immer nach dem Empfinden beider Partner gefragt werden und der Behandler darf sich nicht mit vagen allgemeinen Angaben zufrieden geben.
4. Wenn falsch oder gar nicht verstandene Aufgaben korrigiert werden müssen, ein nochmaliger Anlauf angezeigt scheint oder das Paar die neuen Erfahrungen vertiefen möchte, mehr Zeit braucht, so soll die Übung wiederholt werden, bevor weitere Schritte empfohlen werden.
5. Erst dann soll in Absprache oder auf konkreten Vorschlag des Paares der nächste Schritt erarbeitet und auf seine Realisierbarkeit geprüft werden. Dabei ist es erforderlich, die empfohlenen Übungen variabel und nicht nach einem starren Schema zu gestalten. Ein „planmäßiges“ Aufgeben der (von Masters & Johnson empfohlenen) Übungen kann dem Ziel einer befriedigenderen allgemeinen und sexuellen Kommunikation innerhalb des Paares sogar entgegenstehen.

Veroffen © DGSG 2013



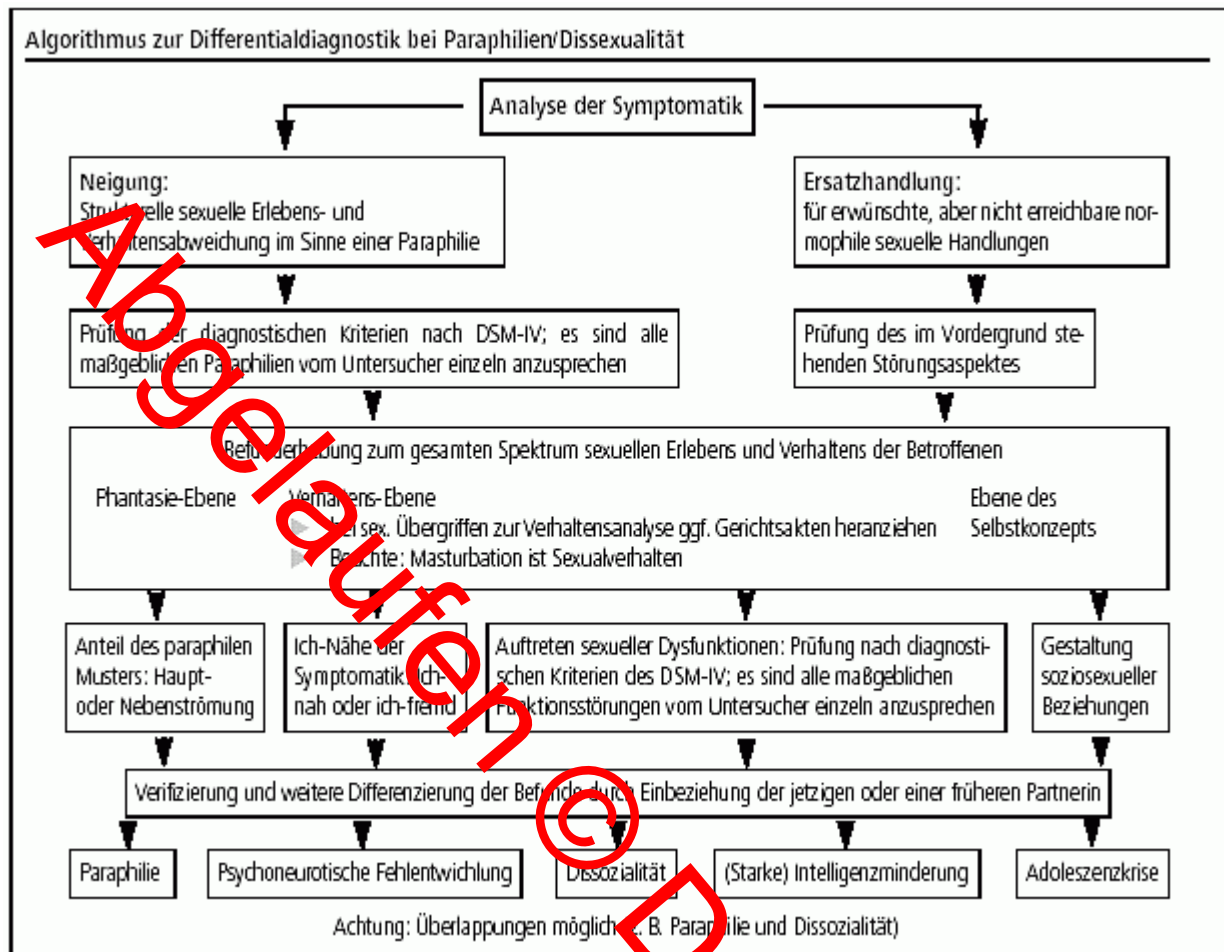
Differenzialdiagnostik bei Paraphilien/Dissexualität

1. Grundsätzlich ist abzuklären, ob eine sexuelle Verhaltensabweichung/sexuelle Übergriffigkeit auf eine strukturelle Neigung (im Sinne einer Paraphilie) zurückgeht oder als „Ersatz“ für – von dem Betroffenen erwünschte, aber nicht erreichbare – normophile sexuelle Handlungen zu verstehen ist. Die Analyse muss gegebenenfalls zusätzliche Informationsquellen zur Tatphänomenologie (z.B. Ermittlungsakte etc.) einbeziehen – insbesondere bei einschlägigen Vorverurteilungen.
2. Es ist mit den beiden Möglichkeiten zu rechnen, dass der Betroffene selbst eine paraphile Symptomatik (z. B. Wünsche nach sexuellem Kontakt mit Kindern) angibt oder aber nicht (bzw. sogar verneint), der Untersucher eine solche Symptomatik jedoch annimmt (z. B. bei Patienten, die im Rahmen von Weisungen eines Gerichts eine Therapieauflage erhalten haben).

3. Sofern eine paraphile Symptomatik angegeben oder vermutet wird, haben sich die diagnostischen Kriterien nach dem DSM-IV als sinnvoll erwiesen; hiernach müssen die Symptome über mindestens 6 Monate bestehen und in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen.
4. Sofern keine paraphile Symptomatik vorliegt, sondern dissexuelles Verhalten als „Ersatz“ für normophile sexuelle Handlungen zu verstehen ist, muss der im Vordergrund stehende Störungsaspekt (z.B. eine Intelligenzmindering) abgeklärt werden.
5. Es ist zu prüfen, in welchem Ausmaß das paraphile bzw. dissexuelle Erleben in der Sexualität des Betroffenen verankert ist, wobei immer bestimmt werden muss, ob ggf. mehrere Paraphilien gleichzeitig vorliegen (z. B. Pädophilie und Fetischismus), was erforderlich macht, diese selbst einzeln anzusprechen.
6. Die Befunderhebung muss stets auch die virtuelle paarbezogene sexuelle Aktivität miteinbeziehen. Es bedarf daher der Untersuchung von mindestens drei Ebenen: der (Sexual-) Phantasie-Ebene, der (Sexual-)Verhaltens-Ebene (Masturbation ist Verhalten) und der Selbstkonzept-Ebene (ich-naher oder ichfremder Einbau der Symptomatik in das Persönlichkeitsgefüge).
7. Erfasst werden müssen alle möglicherweise vorliegenden sexuellen Dysfunktionen, die ebenfalls nach der DSM-IV-Kriteriologie zu diagnostizieren und vom Untersucher jeweils einzeln (Appetenz-, Erregungs-, Orgasmusstörungen) anzusprechen sind. Danach läßt sich erst einschätzen, ob und welche Funktionsstörungen primär oder sekundär, generalisiert oder situativ auftreten und ob diese während des paraphilen bzw. dissexuellen Verhaltens eine Rolle spielen/gespielt haben.
8. Unerlässlich ist, bisherige soziosexuelle Beziehungen des Betroffenen zu rekonstruieren und die Verifizierung bzw. weitere Differenzierung von Befunden nach Einbeziehung der jetzigen oder einer früheren Partnerin. Sofern eine Einbeziehung der Partnerin vom Betroffenen (häufiger) oder aber von der Partnerin abgelehnt wird, (extrem selten) ist die diagnostische Einschätzung nur begrenzt möglich; sofern keine aktuelle oder frühere Partnerschaft bestand, ist eine Diagnosestellung selbstverständlich nur nach individueller Befundlage möglich.

2013

2.5.1.x. Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen



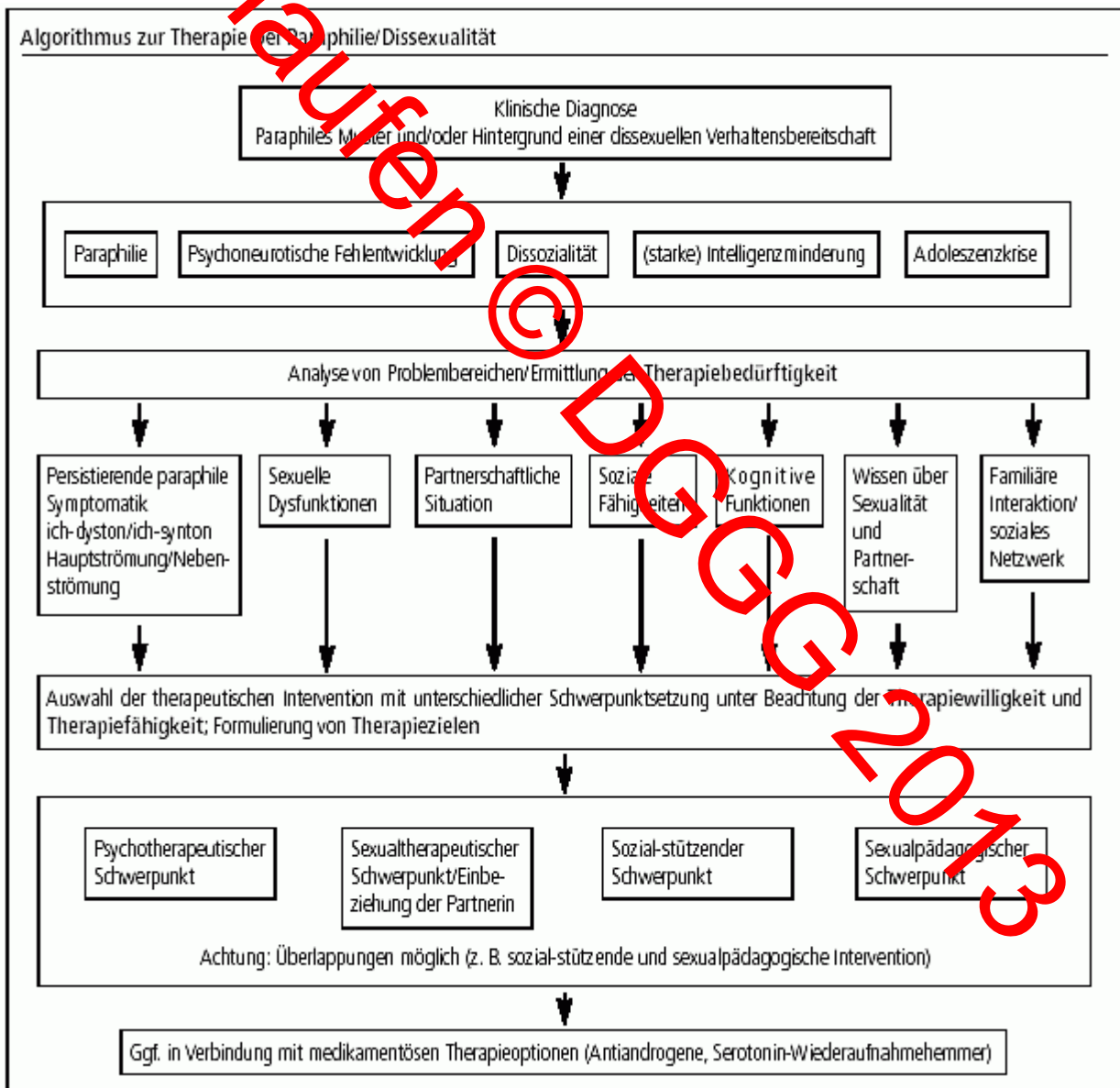
Therapie bei Paraphilie/Dissexualität

1. Mit der Diagnosestellung ist der im Vordergrund stehende Störungsaspekt zu klären, etwa ob eine Paraphilie vorliegt, aber auch, ob die dissexueller Verhaltensbereitschaft auf eine psychoneurotische Fehlentwicklung, Dissozialität, Intelligenzminderung oder eine Adoleszenzkrise zurückgeht.
2. Die genannten Störungsaspekte können kombiniert auftreten: ein paraphiles Muster gemeinsam mit Dissozialität oder in Verbindung mit Intelligenzminderung. Dissozialität kann auch bei Jugendlichen bereits ein erhebliches Ausmaß erreicht haben.
3. Die Analyse von Problembereichen im Einzelfall dient der Ermittlung therapiebedürftiger Störungsanteile und ist Grundlage für eine differenzielle Indikationsstellung verschiedener therapeutischer Maßnahmen. Sexuelle Übergriffigkeit bzw. Straffälligkeit ist für sich keine Therapieindikation!
4. Abzuklären ist vor allem Ausprägungsgrad und Ich-Nähe der paraphilen Symptomatik, das Vorliegen von sexuellen Dysfunktionen, die partnerschaftliche Situation (unter Einbeziehung der Partnerin) sowie das Ausmaß sozialer Fähigkeiten, die Beschaffenheit kognitiver Funktionen, das bestehende Wissen über Sexualität und Partnerschaft sowie ggf. Besonderheiten des sozialen Netzwerkes bzw. familiärer Interaktionsmuster.
5. Unter Berücksichtigung von Therapiewilligkeit (Veränderungsmotive) und Therapiefähigkeit (z.B. keine exklusive Psychotherapie bei Intelligenz-

2.5.1.x. Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen

minderung) sind bei der Auswahl der therapeutischen Interventionen unterschiedliche Schwerpunktsetzungen möglich.

6. Therapeutische Interventionen können einen sexualpädagogischen, sozialstützenden, sexualtherapeutischen (Einbeziehung der Partnerin!) und/oder psychotherapeutischen Schwerpunkt aufweisen. Kombinationen sind möglich (z.B. sexualpädagogische Elemente in der eher sozialstützenden Betreuung intelligenzgeminderter Sexualstraftäter).
7. Die zusätzliche Nutzung medikamentöser Therapieoptionen (Antiandrogene, Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) kann im Einzelfall geprüft werden, wenn eine Entdynamisierung sexueller Impulse zur Verbesserung des Ausbaus von Verhaltenskontrolle sinnvoll erscheint und vom Patienten mitgetragen wird.



Musterbogen für

Aufklärung über Indikation, Verlaufsplanung, Risiken, Umfang von Schweigepflicht und Offenbarungsbefugnissen einer geplanten Psychotherapie bei dissexuellen Verhaltensbereitschaften (Sexualmedizin Berlin)

Pat.:	Geb.-Dat.:
überwiesen von:	
Ersttermin:	
ambulant/staminal:	
Antrag auf Kurzzeittherapie:	(beantragte Sitzungen:)
Antrag auf Langzeittherapie:	(beantragte Sitzungen:)

Mit dem Patienten besprochene Inhalte:

Diagnose (bzw. mutmaßliche Ursache und Umwandlung des Krankheitszustandes):

Behandlungsziele

Verlaufsplanung (evtl. zusätzliche Medikamente?)

Risiken der Behandlung

Aufklärung über Umfang der Schweigepflicht (in jedem Fall Hinweis auf den § 203 StGB!):

Bemerkungen zur Erörterung:

Offenbarungsbefugnis nicht erforderlich:

Die Termine werden dem Patienten bescheinigt; für die Weitergabe der Daten an Dritte (Bewährungshelfer, Gericht) ist er verantwortlich; in Zweifelsfällen wird gegenüber Dritten die Übereinstimmung mit der Urschrift direkt bestätigt.

Offenbarungsbefugnis durch partielle Entbindung von der Schweigepflicht für:

- ▶ den formalen Ablauf der Therapie: Beginn und evtl. Abbruch (immer!), wahrgenommene Termine, Abschluss
- ▶ Behandlungsmodus bei evtl. Begleitmedikation.

Nicht unter Offenbarungsbefugnis fallen Inhalte der therapeutischen Beziehung, Beurteilungen oder therapeutische Einschätzungen.

Offenbarungspflicht besteht nur, wenn eine Entbindung über die vereinbarten Inhalte hinaus vorgenommen wird. Die mit einer solchen nachträglichen (etwa anlässlich eines späteren Gerichtsverfahrens gegebenen) Schweigepflichtsentbindung verbundenen Risiken für die Fortführung der Therapie bzw. das Erreichen der Behandlungsziele sind dem Patienten verdeutlicht worden. Er sieht aus diesen Gründen ein, dass im Fall einer späteren Entbindung von der Schweigepflicht die Vertrauensbasis für das Therapiebündnis zerstört werden könnte und gibt seine Einwilligung in die geplante Behandlung.

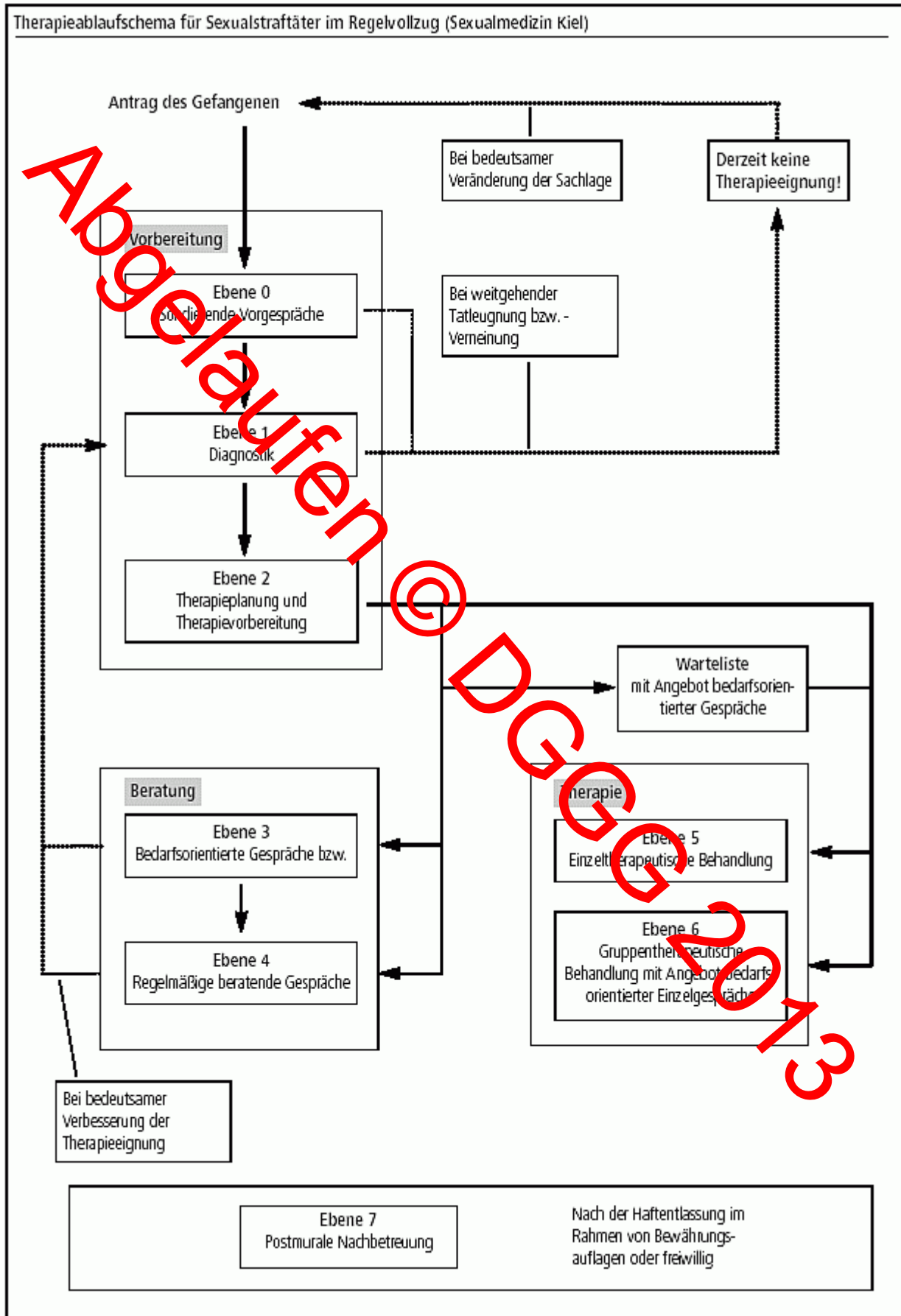
Datum

Patient

Therapeut/in

Abgelehnt
 © DGGG 2013

2.5.1.x. Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen



Musterbogen für

Behandlungsdokumentation für Sexualstraftäter im Regelvollzug (Sexualmedizin Kiel)

Therapieinformation Datum: _____

Name, Vorname	Gefg.B.Nr.	Geburtsdatum
---------------	------------	--------------

Beginn der Behandlung **Ende der Behandlung**

Der Patient hat seit dem _____
insgesamt _____ Termine wahrgenommen.

Die Behandlung wurde am _____
durch den Therapeuten Patienten
 unterbrochen beendet.
 Die Behandlung dauert an.

Derzeitiger Stand der Behandlung

<input type="checkbox"/> Sondierende Vorgespräche (0) <input type="checkbox"/> Diagnostik (1) <input type="checkbox"/> Therapieplanung u. Therapievorbereitung (2) <hr/> <input type="checkbox"/> Bedarfsorientierte Gespräche bzw. Krisenintervention (3) <input type="checkbox"/> Regelmäßige beratende Gespräche (4) <hr/> <input type="checkbox"/> Einzeltherapeutische Behandlung (5) <input type="checkbox"/> Gruppentherapeutische Behandlung (6) <input type="checkbox"/> Phase der Klärung (a) <input type="checkbox"/> Phase der Weiterentwicklung (b)	<input type="checkbox"/> Die wesentlichen Therapieziele konnten erreicht werden. <input type="checkbox"/> Die wesentlichen Therapieziele konnten (bisher) nicht vollständig erreicht werden. <input type="checkbox"/> Ein wesentlicher Therapiefortschritt ist derzeit nicht mehr zu erwarten. <input type="checkbox"/> Mangelnde Schuld Einsicht des Patienten. <input type="checkbox"/> Mangelhafte Kooperationsfähigkeit des Patienten. <input type="checkbox"/> Der Patient verneint bzw. leugnet die verurteilte(n) Straftat(en). <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
--	---

Ebenen in Klammern nach Therapiekonzept 3/1999

Die Zuordnung von Patienten zu bestimmten Betreuungsstadien stellt keine Einschätzung ihrer Eignung für Vollzugsleistungen oder vorzeitige Entlassung dar.

Gegenwärtig ist kein freier Therapieplatz vorhanden. Der Patient steht auf der Warteliste.

Nach der Haftentlassung ist eine regelmäßige psychotherapeutische Weiterbetreuung geboten.

Anmerkungen: _____

Verfahren zur Konsensbildung:**Kommission für Praxisleitlinien, Mitglieder:**

- Prof. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier (Sexualmedizin/Psychotherapeutische Medizin; Berlin)
- Priv.-Doz. Dr. med. H. A. G. Bosinski (Sexualmedizin/Pädiatrie; Kiel)
- Dr. med. G. Fröhlich (Urologie; Lohne)
- Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. U. Hartmann (Klinische Psychologie; Hannover)
- Prof. Dr. med. K. Loewit (Sexualmedizin/Endokrinologie; Innsbruck)
- Dr. med. M. Peglau (Allgemeinmedizin; Berlin)
- Dr. med. M. Rauchfuß (Gynäkologie; Berlin)
- Prof. Dr. med. H. Völkel (Psychiatrie; Kiel)
- Prof. Dr. med. H. J. Vogt (Dermatologie/Andrologie; München)

Redaktion:

- Prof. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier
- Prof. Dr. med. K. Loewit

Die Entwürfe der Praxisleitlinien und Algorithmen zur somatischen Diagnostik, zu den substanzinduzierten sexuellen Funktionsstörungen und zu den Paraphilien wurden von Prof. Beier vorgelegt, die zur psychosozialen Diagnostik von Prof. Hartmann und die zu den paarbezogenen Interventionen von Prof. Loewit. Die interdisziplinäre Kommission der Akademie hat diese Entwürfe geprüft und einen endgültigen Text verabschiedet.

Erstellungsdatum:

Juli 2000

Aktualität bestätigt:

April 2004

AWMF 069/001*Stand der letzten Aktualisierung: Juli 2000*

©: Akademie für Sexualmedizin e. V.