

# Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis – Teil II

Christoph J. Ahlers, Janina Neutze, Ingrid Mundt, Elena Hupp, Anna Konrad, Klaus M. Beier, Gerard A. Schaefer

## Assessment Instruments in Clinical Sexology and Sexological Research – Part II

### Abstract

The first part of this article (Ahlers et al., 2004) reviewed sexological research instruments developed largely in the second half of the 20<sup>th</sup> Century, followed by an overview of questionnaires developed at the Charité Institute of Sexology and Sexual Medicine, Berlin. Its second part, presented here, gives an update regarding psychological instruments relevant for sexological diagnostics, which were developed since the beginning of the 21<sup>st</sup> Century both at the Institute as well as elsewhere.

*Keywords:* Sexological research instruments, Empirical and Clinical Sexology, Questionnaires in Sex Research

### Zusammenfassung

Im ersten Teil dieser Publikation (Ahlers et al., 2004) wurde ein Überblick über die Entwicklung sexualwissenschaftlicher Fragebögen, überwiegend aus der zweiten Hälfte des 20. Jh., gegeben, sowie eine Übersicht über entsprechende Verfahren vorgestellt, welche am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité in Berlin entwickelt worden waren. Im hier vorliegenden, zweiten Teil der Publikation erfolgt eine Literaturübersicht über sexualwissenschaftliche Fragebögen, die seit Beginn des 21. Jh. erschienen sind sowie eine Übersicht über die Neu- und Weiterentwicklungen am Institut für Sexualwissenschaft der Berliner Charité.

*Schlüsselwörter:* Sexualwissenschaftliche Forschungs- und Erhebungsinstrumente, sexualpsychologische Fragebögen, empirische und klinische Sexualforschung.

*Sexuologie* 15 (3–4) 2008 82–103 / Elsevier-Urban & Fischer  
<http://www.elsevier.de/sexuologie>

## Einleitung

Nachdem in den 90er Jahren des 20. Jh. durch die zufällige Entdeckung der PDE-5-Hemmer in ihrer Wirkung auf die Erektionsfunktion die Forschung zu Erektionsstörungen eine Vielzahl von entsprechenden Erhebungsinstrumenten hervorgebracht hatte, stellte sich zum Ende der 90er Jahre ähnlich motiviert eine Zunahme der Instrumentenentwicklung bezüglich sexueller Funktionsstörungen bei Frauen ein (vgl. Bancroft, 2000). Hintergrund war auch hier der Umstand, dass die pharmazeutische Industrie nun auch nach medikamentösen Behandlungsformen für Sexualstörungen bei Frauen forschte und so die Entwicklung entsprechender Testinstrumente forcierte, welche meist als Schnelltest-verfahren mit wenigen Items zu einer Diagnose führen sollen. Als Resultat wurden bis dato eine Vielzahl von Short-Screening-Tools veröffentlicht, und zwar jeweils zu einer singulären sexuellen Funktionsstörung. Diese Instrumente, welche i.d.R. als statistisch-standardisierte Testverfahren entwickelt werden, bestehen häufig aus nicht mehr als 12 Items und verfügen über gute Testgütekriterien bezogen auf die interne und konstruktive Validität. Da diese Kurzfragebögen überwiegend in einer Kooperation von Urologen oder Gynäkologen und Psychologen entwickelt werden und eine sexualmedizinische Expertise hierbei häufig fehlt, kommt es zwar oft zu einer befriedigenden Konstruktvalidität, die inhaltliche Validität erscheint jedoch aus fachwissenschaftlicher Perspektive mitunter fraglich. Im Folgenden soll ein chronologischer Überblick über wesentliche Fragebögen zu Sexualstörungen gegeben werden, die seit Beginn des 21. Jh. entwickelt und veröffentlicht wurden. Die aufgezeigte forschungsmethodische Problematik wird im Anschluss diskutiert.

## Literaturüberblick

Eines der ersten Verfahren speziell zu sexuellen Funktionsstörungen bei Frauen, welches bisher nicht im deutschsprachigen Raum validiert wurde, ist die „Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning“ von Bailes und Kollegen (1998). Büsing und Kollegen entwickelten in Anlehnung daran einen Fragebogen, der explizit die überdauernde sexuelle Zufriedenheit von Frauen auf verschiedenen Ebenen der Sexualität und der Partnerschaft erfasst und diese methodisch von situativer sexueller Befriedigung (Orgasmuserleben) durch sexuelle Stimulation unterscheidet. Aus einer Studie zur Erprobung dieses (nicht benannten) Fragebogens resultierte, dass Orgasmuserleben von den befragten Frauen (N = 112, Alter: 20 – 48 Jahre) als wichtiger Bestandteil ihrer Sexualität erlebt wurde, gleichwohl aber über die Hälfte der befragten Frauen angaben, dass Orgasmuserleben beim Geschlechtsverkehr nicht die wesentlichste Empfindung sei. Vielmehr benannten 37% der befragten Frauen explizit, emotionale und körperliche Nähe zu ihrem Partner als die wichtigere Gefühlsqualität beim Geschlechtsverkehr (Büsing et al., 2001).

Der „Female Sexual Function Index“ FSFI von Rosen und Kollegen (2000) erfasst mittels 19 Items die sexuelle Funktionsfähigkeit bei Frauen in den sechs Dimensionen: „Verlangen, Erregung, Lubrikation, Orgasmus, Befriedigung und Schmerzen“. Die sechs Skalenwerte können zu einem Globalwert der individuellen sexuellen Funktionsfähigkeit akkumuliert werden. Die störungsspezifische Itemselektion orientierte sich an der Kriteriologie des DSM-IV. In verschiedenen Studien konnte die differentielle Validität des FSFI bezüglich der Differenzierung zwischen gesunden Kontrollgruppen und Frauen mit sexuellen Erregungsstörungen (Rosen et al., 2000), Orgasmusstörungen und „Libidostörungen“ nachgewiesen werden (vgl. Meston, 2003).

Die Adaption dieses Fragebogens von Brener und Kollegen an einer Stichprobe von 1243 Frauen für den deutschen Sprachraum hatte zum Ziel, den hiesigen Mangel an validen bzw. zuverlässigen Instrumenten zur Selbstbeurteilung sexueller Funktionsstörungen bei Frauen zu beheben. In ihrer Revision der bis dahin vorliegenden Instrumente stellten die Autoren fest, dass international wenige und in Deutschland bis dahin keine validierten Messinstrumente für sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen existierten (Brener et al., 2002, 2004; vgl. auch Meston & Derogatis, 2002). Über eine konfirmatorische Faktorenanalyse konnte die 6-Faktoren-Struktur in der deutschsprachigen

Version (FSFI-d) bestätigt werden. Das Modell klärt 78,43% der Varianz auf. Die interne Konsistenz der FSFI-d-Skalen fiel hoch aus (Cronbach Alpha zwischen 0.75 bis 0.95), was laut Brener und Kollegen für eine stabile faktorielle Validität spreche. Die faktorielle Validität des FSFI-d entspricht der dimensional Struktur der amerikanischen Originalversion. Eine Überprüfung der Konstruktvalidität, als auch der Re-Test-Reliabilität des FSFI-d stand bis dato noch aus. Zu kritisieren (sowohl am FSFI, als auch am FSFI-d) war die mangelnde Berücksichtigung des sexualitätsbezogenen Leidensdruckes bzw. der funktionalen Beeinträchtigung, als auch die zeitliche Einschränkung der Störungserfassung auf die letzten vier Wochen vor der Befragung. Dadurch erschien die inhaltliche Validität des Verfahrens aus sexualwissenschaftlicher Sicht eingeschränkt.

Diese methodische Einschränkung zu kompensieren war Ziel der von Derogatis und Kollegen (2002) entwickelten „Female Sexual Distress Scale“ (FSDS). Sie erfasst „sexuellen Leidensdruck“ mittels Selbsteinschätzung auf einer 12 Items umfassenden, eindimensionalen Skala (Derogatis et al., 2002). Das Instrument wurde für pharmakologische Prüfstudien entwickelt und kann als Kurztestverfahren einen ersten Eindruck über sexualitätsbezogenen Leidensdruck bei Frauen vermitteln und diesbezüglich für die Diagnostik sexueller Funktionsstörungen bei Frauen einen ersten Anhaltspunkt geben. Außerdem eignet es sich offenbar für Therapieevaluationsstudien, da es sensitiv bezüglich therapeutisch induzierter Änderungen beim Leidensdruck und damit zur Veränderungsmessung tauglich sei.

Der „Sexual Moods Questionnaire“ (SMQ) von Nobre und Kollegen (2003) erfasst kognitive und emotionale Dimensionen der sexuellen Funktion. Als kognitive Dimension werden „kognitive Ablenkung, Effizienzerwartung, Kausalattributionen und Perfektionismus“ genannt (Nobre et al., 2003). Die Grundannahme für den „Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire“ von Nobre und Kollegen (2003) ist, auf der „Kognitiven Theorie“ basierend, dass sexuelles Verhalten und damit verbundene Probleme in Verbindung mit Einstellungen und diesbezüglichen Erwartungen stehen. Um solche Einstellungen gegenüber Sexualität, welche vermutlich in Verbindung mit der Entwicklung von sexuellen Störungen stehen, messen zu können, wurde dieses 40 Items umfassende Verfahren erstellt. Das in Männer- und Frauen Version vorliegende Instrument soll damit die Vulnerabilität für sexuelle Dysfunktionen abbilden können.

Von Gruchalla und Kollegen (2003) entwickelten den halbstrukturierten „Fragebogen zu Kör-

perempfinden, Selbsteinschätzung, sexuellem Erleben und sexueller Aktivität“, der diese Bereiche im biografischen Kontext erfasst. Das Instrument wurde für eine Untersuchung von Frauen in der Peri- und Postmenopause entwickelt und eingesetzt, jedoch anschließend nicht als eigenständiges Instrument publiziert (Von Gruchalla et al., 2003).

Mit einem anderen Ansatz zur sexuellen Zufriedenheit beschäftigt sich der „Index of Sexual Life“ ISL von Chevret und Kollegen (2004). Die Autoren gehen davon aus, dass die erfolgreiche Behandlung von Erektionsstörungen nicht automatisch auch die Zufriedenheit mit der sexuellen Beziehung zur Partnerin im Allgemeinen wieder verbessert. Der ISL soll daher die Auswirkungen auf das Sexualeben der Partnerinnen von Männern mit Erektionsstörungen erfassen. Die 11 Items des Instruments ermitteln dabei das Ausmaß an Zufriedenheit mit dem Sexualeben, sowie die generelle Lebenszufriedenheit und das sexuelle Verlangen („sexual drive“; Chevret et al., 2004). Auch hier handelt es sich um ein Kurztestverfahren, dessen Ergebnis keine differenzierte Aussage über partnerschaftlich-sexuelle Beziehungszufriedenheit zulässt, aber einen ersten Anhaltspunkt für eine entsprechende Exploration liefern kann.

Die von Heinemann und Kollegen (2004) entwickelte „Scale for Quality of Sexual Function“ (QSF) intendiert die Erfassung eines sexuellen Funktionsstatus für beide Geschlechter mit einem Instrument. Die Skala besteht aus 32 Items und acht übergeordneten Fragen, wobei aus der faktorenanalytischen Untersuchung vier zentrale Dimensionen hervorgingen: Psychosomatische Lebensqualität, sexuelle Aktivität, sexuelle Dysfunktion-Selbst und sexuelle Dysfunktion-Partner (Heinemann et al., 2004).

Das „Assessment of Sexual Knowledge in People with Intellectual Disability“ ASK von Galea und Kollegen (2004) ist ein Instrument, welches für die Anwendung bei Erwachsenen mit intellektuellen Defiziten entwickelt wurde und testet die sexuellen Kenntnisse in verschiedenen Bereichen ab: Wissen (z.B. sexuell übertragbare Krankheiten / Safer-Sex-Praktiken, Empfängnisverhütung), Einstellungen zu Sexualität sowie eine Checkliste von problematischem soziosexuellem Verhalten. Für den deutschsprachigen Raum liegt bis dato keine Adaptation vor (Galea et al., 2004).

Der „Sexual Function Questionnaire“ SFQ von Quirk und Kollegen (2005) soll ein effizientes Screening-Tool für die Identifizierung von sexuellen Dysfunktionen bei Frauen sein. Dabei soll der Fragebogen zwischen verschiedenen Formen von „Female Sexual Dysfunktions“ (FSD) diskriminieren,

nämlich „hypoactive sexual desire disorder, female sexual arousal disorder, female orgasmic disorder, and dyspareunia“ (Quirk et al., 2005). Eine für das deutschsprachige Mitteleuropa validierte Version lag bis dato nicht vor. Das „Sexual Quality of Life – Female Questionnaire“ SQOL-F von Symonds und Kollegen (2005) wurde entwickelt, um das Ausmaß sexueller Lebensqualität bei Frauen zu messen (Symonds et al., 2005). Die „Sexual Satisfaction and Distress Scale for Women“ SSS-W von Meston und Trapnell (2005) soll als mehrdimensionales Instrument nicht nur „sexuellen Leidensdruck“, sondern auch „sexuelle Zufriedenheit“ erfassen. Es basiert auf der Selbsteinschätzung über 30 Items, welche die 5 Bereiche „Zufriedenheit, Kommunikation, Verträglichkeit, persönliche Belange und Beziehungsaspekte“ abfragen. Laut Autoren kann das Instrument ebenfalls als Hilfe zur Diagnose von sexuellen Dysfunktionen bei Frauen eingesetzt werden (Meston & Trapnell, 2005).

Mit der 39 Items umfassenden „Women’s Sexual Self-Concept Scale“ WSSCS von Vickberg und Deaux (2005) soll das sexuelle Selbstkonzept als eine Komponente des allgemeinen Selbstkonzeptes erfasst werden. Dazu können Frauen auf den drei zugrundeliegenden Subskalen „Reserved Approach“, „Agentic Sexuality“, sowie „Negativ Association“ beurteilen, inwieweit bestimmte Verhaltensweisen, Kognitionen, Emotionen und Adjektive ihre Sexualität beschreiben. Eine deutsche Form lag bis dato nicht vor (Vickberg & Deaux, 2005).

Das „Sexual Interest and Desire Inventory – Female“ SIDI-F von Clayton und Kollegen (2006) besteht aus einer Skala von 13 Items und wurde zur Quantifizierung von Symptomen bzw. zur Diagnose von „hypoactive sexual desire disorder“ (HSDD) bei Frauen entwickelt. Je niedriger der Score, desto mehr Symptome sollen für das Krankheitsbild HSDD sprechen (Clayton et al., 2006).

Das „Male Sexual Anticipating Cognition Interview“ von Bonierbale und Kollegen (2006) ist ein halbstrukturierter und auf subjektivem Erleben basierender Interviewleitfaden zur Evaluation von „erektile Dysfunktion“ (ED). Berücksichtigt werden vor allem die psychologischen Faktoren, die beim Auftreten und Aufrechterhalten einer ED eine Rolle spielen. Auf der Grundlage von „Apter’s Reversal Theory“ wurden drei Dimensionen für die sexuell antizipierten Kognitionen gefunden: „Sexual beliefs, metamotivational moods, dysfunctional coping“.

Die Autoren schlagen vor, dieses Instrument auch zur Effektivitätsüberprüfung für angesetzte Behandlungen von ED zu verwenden (Bonierbale et al., 2006).

Der 10 Items umfassende „Index of Premature Ejaculation“ IPE von Althof und Kollegen (2006) soll neben den allgemein betrachteten Kriterien zur Diagnose von „vorzeitigem Samenerguss“ (engl. Premature Ejaculation: PE) auch das subjektive Erleben von Patienten erheben. Die drei Subskalen messen neben der Kontrolle über die Ejakulation erstmals auch die Zufriedenheit mit dem sexuellen Leben und das Ausmaß des Leidens der Männer mit PE (Althof et al., 2006).

Die Autoren des „Sexual Arousal and Desire Inventory“ SADI (Toledano et al., 2006) gehen davon aus, dass sexuelle Erregung und sexuelles Verlangen wesentliche Bestandteile der menschlichen Sexualität sind, welche sich wiederum in physiologischen, emotionalen und kognitiven Prozessen widerspiegeln. Auf dieser Grundlage entwickelten sie einen Fragebogen zur Erfassung von sexueller Erregung und sexuellem Verlangen für Männer und Frauen. Dabei können die Probanden 54 Beschreibungen auf einer 5-stufigen Likert-Skala danach beurteilen, inwieweit diese mit ihrem subjektiven Erleben von sexueller Erregung und sexuellem Verlangen übereinstimmen. In einer Faktorenanalyse luden die Beschreibungen auf vier Faktoren: „Evaluative factor“, „Physiological factor“, „Motivational factor“, und „Negative / Aversive factor“. Dabei stellte sich heraus, dass nur bei den Faktoren „Evaluative Factor“ und „Motivational Factor“ signifikante Geschlechtsunterschiede im Antwortverhalten auftraten (Toledano et al., 2006).

Der Selbstbeurteilungsfragebogen „Male Sexual Quotient“ MSQ von Abado (2007) umfasst 10 Items zu sexuellen Funktionen und sexueller Zufriedenheit bei Männern, wobei eine höhere Punktzahl eine bessere sexuelle Funktionsfähigkeit und Zufriedenheit abbilden soll. Nach Angaben der Autoren lassen sich ebenfalls Aussagen zu verschiedenen sexuellen Dysfunktionen wie der „Erektilen Dysfunktion“ (ED) und dem „Vorzeitigen Samenerguss“ (engl. Premature Ejaculation: PE) machen, da diese in umgekehrter Beziehung zum Gesamtscore des Fragebogens stehen sollen. Dadurch soll der MSQ auch eine Entscheidungshilfe zur Behandlung von erektilen Dysfunktionen darstellen (Abdo, 2007).

Der „Fragebogen zum weiblichen Sexualerleben“ von Lehmann (2007) wurde im Rahmen einer empirischen Untersuchung zum weiblichen Sexualerleben entwickelt und validiert. Der Fragebogen soll psychosoziale Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf das weibliche Sexualerleben erfassen.

Erhoben werden, neben soziodemographischen Informationen, Angaben zu „Geburt und Schwangerschaft, Informationen über die erfahrene Auf-

klärung und das Familienklima, frühe sexuelle Erfahrungen, Angaben zu Körperbild, Verhütung, Orgasmuserleben, Libido, sexueller Zufriedenheit, Partnerschaften, Masturbation und erlebten Traumata“. Der Fragebogen weist eine gute psychometrische Qualität aus (Cronbach's  $\alpha$  zwischen 0,73 für „Orgasmuserleben“ und 0,90 für „Körperbild“ sowie einer Retest-Reliabilität zwischen 0,84 und 0,95; Lehmann, 2007).

## Übersichtsarbeiten

In ihrer Metaanalyse zur Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen benennen Simons & Carey (2001) eine Reihe von Faktoren, welche die Vergleichbarkeit der bisherigen Forschungsergebnisse am meisten einschränken. Den Autoren zufolge erscheint als methodischer Hauptkritikpunkt der bisherigen klinischen Sexualforschung die Heterogenität der untersuchten Stichproben, die Art der Befragung (Interview oder standardisierte Datenerhebung mit Fragebögen) sowie die Definition der sexuellen Funktionsstörung. Simons und Carey (2001) kommen in ihrer zusammenfassenden Bewertung der Forschung eines Jahrzehnts (1990–2000) wegen dieser Mängel zu der Feststellung, dass den bisher vorliegenden Ergebnissen der klinischen Sexualforschung nur eingeschränkt vertraut werden könne, weil unter anderem in keiner der bis 1999 durchgeführten Studien zu sexuellen Funktionsstörungen die Kriteriologie der DSM konsequent operationalisiert wurde (vgl. Simons & Carey, 2001).

Daker-White (2002) wählten 25 Publikationen zu störungsunspezifischen Selbsteinschätzungsinstrumenten zur Erfassung sexueller Funktion aus, welche hinsichtlich psychometrischer Gütekriterien grundlegende Standards aufwiesen. Die zwischen 1980 und 1999 veröffentlichten Verfahren wurden systematisch unter Berücksichtigung der gültigen Minimal-Standards für Test-Gütekriterien (interne Konsistenz von durchschnittlich  $r=.70$  und Retest-Reliabilität von  $r>.50$ ) evaluiert. Während 11 der publizierten Instrumente diese Standards nicht erreichten, wurden 14 als valide und reliabel eingestuft, zwei davon erreichten „ausgezeichnete“ Ergebnisse mit internen Konsistenzen sowie Retest-Reliabilitäten von  $r>.70$ . Beanstandet wird hier die mangelhafte Generalisierbarkeit der meisten Instrumente, da diese für die Anwendung in der Paar- und Sexualtherapie entwickelt wurden und 15 von ihnen nur für Personen geeignet sind, die in einer Partnerschaft leben. Es wird angenommen, dass die Instrumente nur in den spezi-

ellen Populationen valide und reliabel sind, für die sie entwickelt wurden.

In ihrem Überblick über die „Differentialdiagnostik der erektilen Dysfunktion mit Selbstbeurteilungsverfahren“ fokussieren Heim und Strauss (2003) auf die Differenzierungsmöglichkeiten zwischen „organischen versus psychogenen“ Erektionsstörungen mit standardisierten Erhebungsinstrumenten, insbesondere Selbstbeurteilungsverfahren. Sie referieren den Stand der diesbezüglichen Forschung und stellen fest: „Die bisherigen Studien gehen in der Regel von einer eindimensionalen, bipolaren Skala organisch vs. psychogen aus und postulieren, dass, sollte keine organmedizinische Ursache gefunden werden, von einer psychogenen Ursache auszugehen ist“ (Heim & Strauss, 2003). Am Ende kommen die Autoren zu dem Schluss, dass es als ein Ziel zukünftiger sexualpsychologischer Forschung anzusehen ist, „die Entwicklung standardisierter, validier und reliabler Fragebogenverfahren zur Differentialdiagnostik der erektilen Dysfunktion voranzutreiben. Die Instrumente sollten eine hohe und stabile Diskriminationsfähigkeit besitzen und darüber hinaus detaillierte Aussagen über die Struktur der beteiligten psychosozialen Faktoren bereitstellen“ (Heim & Strauss, 2003).

In ihrem Überblicksartikel zur Diagnostik in der Psychotherapie sexueller Störungen beschreiben Fliegel und Thiemann (2006) die verhaltenstherapeutische Vorgehensweise bei der Behandlung sexueller Störungen. „Zielsetzungen der Diagnostik sind die genaue Stellung der Indikation, die Beschreibung der sexuellen Probleme, die Erarbeitung ursächlicher und aktuell aufrechterhaltender Bedingungen der sexuellen Problematik sowie die Zielfindung und die Therapieplanung.“ Die Autoren benennen die Exploration bzw. die Anamneseerhebung, Selbstbeobachtungen der Patienten bzw. des Paares, Fragebögen, die Arbeit mit Fantasien sowie spezielle Übungen als diagnostische Methoden, die der genauen Problembeschreibung dienen. Besonders Fragebögen komme hier eine bedeutende Rolle zu, da das Thema „Sexualität oft schambesetzt“ sei. Aufgeführt werden dann aber lediglich ältere Fragebögen, wie beispielsweise der „Fragebogen zur sexuellen Zufriedenheit“ sowie der „Sexualfragebogen für Frauen“ von Langer und Langer (1988), der „Impotenz-Fragebogen“ von Langer und Hartmann (1992) sowie der „Anamnesebogen zur Sexualität und Partnerschaft“ und die „Tübinger Skalen zur Sexualtherapie“ von Zimmer (1994) (vgl. Fliegel & Thiemann, 2006). Damit bleibt in diesem Übersichtsartikel die forschungsmethodische Entwicklung im Bereich sexualpsychologischer Fragebogenentwicklung bezogen auf die

gesamte vorausgehende Dekade nahezu unberücksichtigt.

Einen guten Überblick über statistisch-standardisierte, normierte und wissenschaftlich verlegte, psychologische Testverfahren (Selbstbeurteilungsverfahren) und Erhebungsinstrumente wie Interview-Leitfäden, Symptomchecklisten und Dokumentationssysteme (Fremdbeurteilungsverfahren), bieten sowohl Brähler et al. (2002, 2003), als auch Strauss & Schumacher (2005) sowie der im zweijährigen Turnus erscheinende Katalog der Testzentrale des *Hogrefe Verlags Göttingen* (2008 / 2009), mit über 800 psychodiagnostischen Verfahren für alle Anwendungsbereiche ([www.testzentrale.de](http://www.testzentrale.de)).

## Diskussion

Bis zum Ende des 20. Jh. existierten so gut wie keine für das deutschsprachige Mitteleuropa etablierte Verfahren, die sexuelles Erleben und Verhalten in ausreichender Bandbreite und befriedigender Differenziertheit zu erheben vermochten. Des Weiteren standen ebenfalls kaum Verfahren zur Verfügung, die klinisch relevante Aspekte der menschlichen Sexualität, wie z.B. sexuelle Funktionsstörungen, operationalisiert nach ICD-10 bzw. DSM-IV, zuverlässig erfassen konnten. Seit der Einführung pharmakologischer Erektionshilfen (PDE-5-Hemmer) in den 90er Jahren des 20. Jh. wurden eine Vielzahl von Kurz-Testverfahren (*Short-Screening-Tools*) zur Erfassung von Erektionsfunktionen entwickelt (vgl. Ahlers et al., 2004). Seit Beginn des 21. Jh. ist erkennbar, dass sich die Tendenz zur isolierten Erfassung einzelner sexueller Funktionsbereiche, bezogen auf Sexualstörungen bei Frauen, analog fortsetzt. Zwischenzeitlich wurde der sexualwissenschaftlichen Methodenkritik dahingehend Rechnung getragen, dass sich jetzt gleich mehrere Instrumente mit dem DSM-IV-Kriterium der Beeinträchtigung von Lebensqualität bzw. sogar dem Aspekt des sexualitätsbezogenen Leidensdrucks beschäftigen. In dem Bemühen, medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten für sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen zu entwickeln, werden von Pharmafirmen verstärkt Studien finanziert, in welchen Verfahren entwickelt werden, die einzelne sexuelle Funktionsbereiche bei Frauen im Short-Screening mit einer Hand voll Items messen sollen. Besondere Anstrengungen richten sich hier auf die Beförderung des sexuellen Verlangens der Frau (vgl. Madersbacher, 2004), was, vor dem Hintergrund einer von Männern dominierten Forschungslandschaft, diesem Arbeitsfeld eine besondere Pikanterie verleiht.

Vor allem vor dem Hintergrund, dass es methodisch unzulässig ist, aus Fragebogendaten „Diagnosen“ abzuleiten, wird der Nutzen psychometrischer Verfahren in der Diagnostik sexueller Störungen, vor allem unter Praxis Gesichtspunkten, als komplementäre diagnostische Instrumente deutlich. Solche komplementären diagnostischen Verfahren wie Fragebögen stellen die bildgebenden Verfahren der Psychodiagnostik dar: So wenig, wie im Bereich der Physiodiagnostik ein Röntgenbild die Untersuchung eines Patienten ersetzen kann, so wenig können im Bereich der Psychodiagnostik Fragebogenergebnisse die Untersuchung eines Patienten ersetzen. Eine solche sexualdiagnostische Untersuchung eines Patienten bzw. eines Paares kann daher nur in Form einer gesprächsbasierten sexualpsychologischen und sexualmedizinischen Exploration des sexuellen Erlebens und Verhaltens erfolgen. Letztlich sind sexualdiagnostische Untersuchungsinstrumente daher nichts anderes als das standardisierte Extrakt einer Sexualanamnese. Der Einsatz von sexualpsychologischen Erhebungsverfahren kann eine gesprächsbasierte sexualdiagnostische Exploration also nie ersetzen, aber immer sinnvoll ergänzen.

Der Nutzen solcher Instrumente für die sexualpsychologische und sexualmedizinische Diagnostik besteht darin, dass sie auf standardisierte Weise Information zu Problembereichen liefern, denen im Gespräch besondere Aufmerksamkeit gelten soll, als auch zur therapiebezogenen Informationsgewinnung und Erfolgskontrolle (Evaluation) herangezogen werden können. Durch die standardisierte Datenerhebung mit Fragebögen wird darüber hinaus eine objektive Vergleichbarkeit, elektronische Verarbeitung sowie eine statistische Auswertbarkeit der Ergebnisdaten möglich. Dabei ist zu bedenken, dass die sachverständige Interpretation von Fragebogenergebnissen methodische Kenntnisse der psychologischen Testdiagnostik voraussetzt.

Darüber hinaus ist es für die sachverständige Diagnostik und Therapie sexueller Störungen notwendig, das gesamte Spektrum der Sexualstörungen überblicken zu können (vgl. Ahlers et al., 2006). Wenn es um die Diagnostik sexueller Funktionsstörungen geht, müssen zumindest sämtliche Bereiche sexueller Funktionen anhand des sexuellen Reaktionszyklus' überschaut werden, nicht zuletzt deswegen, weil psychophysiologische Zusammenhänge zwischen den einzelnen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus bestehen, die auch die sexuellen Funktionen samt ihrer Störungen bestimmen.

Diese Ausgangssituation bildete den Hintergrund für die Entwicklung eigenständiger sexualwissen-

schaftlicher Forschungsinstrumente und Erhebungsverfahren am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin. Das Bemühen richtete sich hier nicht darauf, rationale bzw. effiziente Kurztestverfahren für isolierte Sexualfunktionen zu konstruieren, sondern sexualwissenschaftliche Datenerhebungs- und Forschungsinstrumente bereit zu stellen, die konsequent nach der Krieteriologie der internationalen Klassifikationssysteme für psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10 und DSM-IV) operationalisiert sind.

### **Datenerhebungs- und Forschungsinstrumente am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin***

Seit 2000 sind am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin die folgenden Verfahren entwickelt worden. Zu den Verfahren, welche bereits im ersten Teil dieser Publikation vorgestellt wurden (Ahlers et al., 2004) wird jeweils der aktuelle Stand der Weiterentwicklung dargelegt.

1. **„Strukturierte Sexual-Anamnese“ SSA**  
(+ klinischem Dokumentationsbogen)  
(Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M., 2000)
2. **„Forensisches Dokumentationssystem, Modul: Sexualdelinquenz“ FDS-S**  
(Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Wille R., Beier K. M., 2000)
3. **„Sexualmedizinischer Fragebogen bei chronischen Erkrankungen“ SFCE**  
(Ahlers Ch. J., Goecker D., Beier K. M., 2001)
4. **„Inventar zu Dimensionen von Sexualität“ IDS / 3-D-R**  
(Mundt I. A., Ahlers Ch. J., Loewit K. K., Beier K. M., 2005)
5. **„Evaluationsbogen zur sexualpsychologischen Gesprächsführung“ ESG**  
(Ahlers Ch. J., Beier K. M., Schaefer G. A., 2003)
6. **„Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten“ FSEV-R**  
(Ahlers Ch. J., Hupp E., Mundt I. A., Neutze J., Schaefer G. A., 2004)

7. **„5 x 3 der Sexualpsychologie“ SEXPSYCH-5x3**  
(+ allgem. Dokumentationsbogen)  
(Ahlers Ch. J., Beier K. M., Schaefer G. A., 2003)
8. **„Sexualpräferenz-Männchen“ SPM**  
(+ „Sexualpädagogische Pädo-Ampel“ SPA)  
(Ahlers Ch. J. & Schaefer G. A., 2006)
9. **„Fragebogen zum Ausmaß syndyastischer Erfüllung in Beziehungen“ FASEB**  
(Neutze J., Schaefer G. A., Ahlers Ch. J., 2005)
10. **„Fragebogen zu sexualitätsbezogenem Leidensdruck“ FSL**  
(Becker C., Schaefer G. A., Ahlers Ch. J., 2007)
11. **„Inventar zur Akzeptanz der sexuellen Präferenz“ (IASN)**  
(Mundt I. A., Neutze J., Konrad A., Ahlers Ch. J., 2008)
12. **„Sexualmedizinischer Fragebogen bei urogenitalen Selbstmanipulationen“ (SF-UGSM)**  
(Ahlers Ch. J., Neymeyer J., Schaefer G. A., 2008)

Die in Klammern gesetzten Namen und Jahreszahlen beziehen sich nicht auf Publikationen, sondern bezeichnen die Autoren und das Jahr, in dem das jeweilige Verfahren entwickelt wurde. Alle aufgeführten Verfahren sind über das Institut erhältlich (E-Mail: [sexualmedizin@charite.de](mailto:sexualmedizin@charite.de)).

## 1. „Strukturierte Sexual-Anamnese“ SSA (+ klinischem Dokumentationsbogen ICD-10)

Den zentralen Teil einer sexualmedizinischen Untersuchung bildet eine gesprächsorientierte Sexualanamnese, mit Hilfe derer alle wesentlichen Aspekte des sexuellen Erlebens und Verhaltens erhoben werden. Bei der „Strukturierten Sexual-Anamnese“ (SSA) handelt es sich um einen gegliederten Explorationsleitfaden zur Durchführung einer umfassenden klinisch-sexualpsychologischen Untersuchung. Gegenstand der SSA sind sowohl sexuelle Erlebnisse, Erfahrungen, Vorlieben, Gewohnheiten und Neigungen, als auch Störungen der sexuellen Entwicklung, Störungen sexueller Funktionen, Störungen der Geschlechtsidentität, Störungen der sexuellen Fortpflanzung sowie Störungen der sexuellen Präferenz (Paraphilien) und Störungen des sexuellen Verhaltens (Dissexualität),

wie sie zum Teil im Katalog der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) bzw. des „Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen“ (DSM-IV) definiert werden. Durch diese Konzeption der SSA (Erhebung sowohl nicht-störungsbezogener als auch klinisch relevanter Aspekte) wird angestrebt, das sexuelle und partnerschaftliche Erleben und Verhalten möglichst umfassend eruiert zu machen.

Die einzelnen Gesprächsabschnitte untergliedern sich in die Anfangsphase (I), die Exploration der sexuellen Problematik (II), die Exploration der sexuellen Entwicklung (III), dem medizinischen und psychologischen Befund (IV) sowie der Abschlussphase (V), welche jeweils verschiedene Unterpunkte enthalten. Die inhaltliche Fokussierung der SSA ergibt sich aus der jeweiligen Indikation, wegen der die Sexualanamnese erhoben wird. Das bedeutet, dass es abhängig von der jeweiligen Fragestellung möglich ist, einzelne Abschnitte peripher oder aber vertieft zu erfragen. Der angefügte „Klinische Dokumentationsbogen zur SSA“ dient zur systematischen Dokumentation aller klinisch relevanten Explorationsergebnisse nach ICD-10.

Die Erhebung einer Sexualanamnese verlangt spezielle Fertigkeiten der Gesprächsführung und muss genauso erlernt werden, wie beispielsweise die Erhebung eines psychopathologischen Befundes im Bereich der Psychiatrie. Trotz der Strukturiertheit des Explorationsleitfadens ist also auch für die sachgerechte Nutzung und Handhabung der „Strukturierten Sexual-Anamnese“ (SSA) eine Weiterbildung in sexualpsychologischer Gesprächsführung notwendig. Die grundlegenden Kriterien für eine sachverständige Erhebung einer Sexualanamnese sind im „Evaluationsbogen zur sexualmedizinischen Gesprächsführung“ (ESG) dargelegt, welcher weiter unten vorgestellt wird.

Die Erhebung einer Sexualanamnese sollte in einem ungestörten, vertrauensvollen Gespräch erfolgen, wie dies bei psychotherapeutischen Gesprächen obligatorisch ist. Für die Erhebung einer Sexualanamnese sollte eine Gesprächsdauer von +/- 90 Min. veranschlagt werden (Termindauer von 1 ½ bis 2 Zeitstunden).

Ein früherer Versuch, für die SSA selbst ein detailliertes Dokumentationssystem zu erstellen, mit dem Einzelinformationen quantifiziert festgehalten bzw. kodiert werden können, führte nicht zu einem eigenen Dokumentationssystem zur Sexualanamnese, sondern direkt zur Entwicklung des „Fragebogens zur sexuellen Erleben und Verhalten“ FSEV (s.u.), der alle wesentlichen Informationen der SSA in standardisierter Form durch geschlossene Fragen zur

Selbstbearbeitung (Ankreuzen) durch den Probanden oder Patienten erfasst und damit (im Gegensatz zur SSA) einen interindividuellen Vergleich, eine elektronische Datenverarbeitung und vor allem auch eine statistische Auswertbarkeit der Ergebnisse ermöglicht. Auch hier sei nochmals darauf hingewiesen, dass der Einsatz eines Fragebogens (bei all seinen Vorteilen) eine gesprächsbasierte Exploration in Form einer Sexualanamnese optimal ergänzen, niemals aber ersetzen kann und soll.

## 2. „Forensisches Dokumentationssystem: Modul: Sexualdelinquenz“ FDS-S

In der medizinischen und der psychologischen Forschung gibt es seit langem das Bemühen, eine größtmögliche Qualitätssicherung, also eine bessere Vergleichbarkeit von Erkenntnisprozessen und Ergebnissen in forensischen Begutachtungen zu gewährleisten. Dies kann erreicht werden durch erhöhte Objektivität und Objektivierbarkeit und mehr Transparenz im diagnostischen Prozess sowie durch eine standardisierte Datenerhebung und -dokumentation, die als wichtigste Komponente der Qualitätssicherung in forensischen Begutachtungen gilt. Das ursprüngliche Ziel dieser Qualitätsoptimierung war es, die quantitativ hierarchisierten Entscheidungen, die von Gutachtern bei juristischen Zuordnungen verlangt werden, auf eine objektive und empirisch überprüfbare Datengrundlage zu stellen. Das „Modul Sexualdelinquenz“ des „Forensisch-Psychiatrischen Dokumentationssystems“ sieht die Datenerhebung in verschiedenen Themenbereichen vor, in denen die minimal zu fordernde Informationsmenge bei forensischen Begutachtungen von Sexualstraftätern dokumentiert werden: Primär-familiäre Situation (Einstellung zur Sexualität, Umgang mit Nacktheit), sexuelle Aufklärung, wichtige Parameter der bio-, psycho- und sozio-sexuellen Entwicklung: Alter bei Beginn der ersten Ereignisse mit sexueller Bewusstseins- und Identitätsbildung (z.B. dem Einsetzen der Sekundärbehaarung, des ersten Samenergusses, der ersten Selbstbefriedigung, des ersten Geschlechtsverkehrs, der ersten partnerschaftlichen Beziehung etc.), Alter des Partners bzw. der Partnerin beim ersten Geschlechtsverkehr und bei der ersten partnerschaftlichen Beziehung etc., ggf. erlittene gewaltlose und / oder gewaltsame sexuelle Übergriffe und deren Häufigkeit, die sexuelle Orientierung in den Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung, das Alter und Geschlecht des jüngsten Phantasiepartners bei der Selbstbefriedigung,

paraphile Phantasieinhalte sowie deren Integriertheit in das Selbstkonzept des Probanden bzw. das Ausmaß, in dem mögliche paraphile Phantasieinhalte ich-fremd oder ich-vertraut (ego-dyston vs. ego-synton) in das Persönlichkeitsgefüge des Probanden integriert sind. Das „Modul Sexualdelinquenz“ basiert auf Operationalisierungen nach DSM-IV (APA, 2000) und ist ein Teil des „Forensisch-psychiatrischen Dokumentations-Systems“ FPDS, welches bereits in verschiedenen Universitätskliniken in Deutschland erprobt wurde (vgl. Ahlers et al., 2003).

Einen weiteren wesentlichen Arbeitsbereich der klinischen Sexualwissenschaft stellt die Erforschung von chronischen Erkrankungen in ihren Auswirkungen auf Sexualität und Partnerschaft von Betroffenen und ihren Partner dar. Im Laufe von Untersuchungen zu verschiedenen chronischen Erkrankungen (vgl. Beier & Ahlers, 2003 a+b, 2004 a+b) ist hierbei der „Sexualmedizinische Fragebogen bei chronischen Erkrankungen“ SFCE entstanden, der den besonderen Bedingungen von Betroffenen und ihren Partnerinnen und Partnern Rechnung trägt, die sich dieser Wechselwirkung aus Erkrankung, Behandlung und ihrer Sexualität und Partnerschaft ausgesetzt sehen.

## 3. „Sexualmedizinischer Fragebogen bei chronischen Erkrankungen“ SFCE

Es handelt sich um einen sexualmedizinischen Fragebogen zur standardisierten Erfassung sowohl sexueller Funktionsstörungen bei chronisch Erkrankten und ihren Partnern, als auch der von den Betroffenen erlebten Auswirkungen der krankheitsbezogenen Behandlungen (z.B. Medikation). Der Fragebogen wurde als Betroffenen-Version und Partner-Version konzipiert und ist dazu geeignet, via Postversendung von Probanden selbstständig zu Hause ausgefüllt zu werden. Er erfasst allgemeine Angaben zur Person und zum sozialen Umfeld (soziodemographische Faktoren), Angaben zur Partnerschaft (z.B. Kommunikation, Zärtlichkeit etc.) sowie krankheitsspezifische Verhaltensweisen (z.B. Rückzugsverhalten; Gereiztheit durch eventuell eingeschränkte Selbstständigkeit, Antriebslosigkeit durch Depressivität etc.).

Die Angaben zu den jeweiligen Erkrankungen können in Anlehnung an international gebräuchliche Instrumente zur Klassifizierung der Hauptsymptome verschiedener Krankheitsbilder (z.B. „Unified Parkinson's Rating Scale“ UPDRS für Morbus Parkinson, „Kurtzke-Skala“ für Multiple Sklerose,



der „PASI“ (psoriasis area and severity index für Psoriasis) jeweils angepasst werden. Gleiches gilt für die Erfassung krankheitsbezogen unterschiedlicher Behandlungsoptionen (vor allem Medikamente). Bei der Erhebung der Medikamente wird erfragt, ob die Probanden/innen medikamentös behandelt wurden sowie (wenn dies der Fall war), mit welchen Präparaten und Dosierungen und ob die Probanden einen Zusammenhang zwischen den eingenommenen Medikamenten und Veränderungen ihrer Sexualität und Partnerschaft sehen. Sofern dies bejaht wird, wird entsprechend der verschiedenen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus nach den beobachteten Veränderungen der Sexualität und Partnerschaft im Hinblick auf mögliche sexuelle Dysfunktionen sowie nach Häufigkeiten sexueller Aktivitäten und dem Auftreten sexueller Phantasien gefragt. Außerdem werden die Betroffenen und ihre Partner im SFCE gefragt, in wieweit sie von beruflichen Helfern auf mögliche Auswirkungen der Erkrankung auf die Sexualität bzw. erwartbare Veränderungen der Sexualität und resultierend der Partnerschaft aufmerksam gemacht wurden, die mit der Erkrankung und ihrer Behandlung einhergehen können.

Die Fragen zu sexuellen Funktionsstörungen sind am DSM-IV orientiert, sind aber nicht nach der Kriteriologie des DSM-IV operationalisiert, wie dies bei den entsprechenden Items im FSEV (s.u.) der Fall ist und führen folglich auch nicht stringent zu Verdachtsdiagnosen nach DSM-IV, sondern lediglich zu Problembeschreibungen bzw. Beschwerdebekundungen in verschiedenen Störungsbereichen. Weil die Fragen dadurch weniger komplex bleiben und die Ergebnisse methodischen nicht für sich in Anspruch nehmen, Verdachtsdiagnosen abzubilden, eignet sich der SFCE im Gegensatz zum FSEV zur Postversendung bzw. zur unkontrollierten Bearbeitung von Probanden, außerhalb klinischer Einrichtungen.

Neben der resultierenden Vergleichbarkeit von Betroffenen- und Partner-Aussagen besteht eine methodische Besonderheit des SFCE darin, dass sämtliche Angaben, insbesondere zu sexuellen Funktionsstörungen, jeweils in den beiden Zeitebenen: „vor der Diagnose“ und „seit der Diagnose“ erfasst werden, so dass eine (quasi-längsschnittliche) Verlaufsbeschreibung der sexuellen Symptomatik über die Zeit vor und seit der Erkrankung im Rahmen einer (Ein-Punkt) Querschnittsuntersuchung möglich wird.

Der Fragebogen befindet sich im Prozess der statistischen Validierung. Angestrebt wird das testkonstruktive Niveau eines standardisierten Erhebungsinstrumentes mit Testgütekriterien. Die Bearbei-

tungsdauer liegt bei 56 Einzelfragen stichproben- und indikationsabhängig bei 30 bis 45 Minuten. Die Antwortoptionen sind in (5-stufiger) Likert-Skalierung konstruiert.

#### 4. „Inventar zu Dimensionen von Sexualität“ IDS / 3D-R

Mit dem „Inventar zu Dimensionen von Sexualität“ – 3D (IDS / 3D), sowie der revidierten Form 3D-R (inklusive der Domain „Sexuelle Bedürfnisse und Zufriedenheit“ (3D-SBZ) wird die individuelle, proportionale Bedeutung der drei zentralen Dimensionen von Sexualität (Bindung, Lust und Fortpflanzung, vgl. Beier & Loewit, 2004) quantifiziert erfasst. Das Verfahren besteht in der ersten Version (IDS / 3D) aus 43 Items, die den Skalen „Bindung“, „Lust“ und „Fortpflanzung“ zugeordnet werden. Die Items der Skalen werden auf einer fünfstufigen Rating-Skala beantwortet. Zur Überprüfung der Testgütekriterien wurde das Instrument in der ersten Fassung 465 Probanden im Rahmen der „Berliner Männer-Studie II“ vorgelegt. Die Reliabilität wurde sowohl durch die interne Konsistenz als auch durch die Test-Retest-Methode bestimmt, und ist mit Koeffizienten zwischen  $r = .54$  bis  $r = .88$  als mäßig bis zufriedenstellend zu bezeichnen.

Zur Überprüfung der Validität wurde eine gemeinsame Faktorenanalyse der Items mit zuvor definierten Markiertvariablen, welche die Bedeutung der einzelnen Skalen eindeutig charakterisieren sollten, durchgeführt. Die faktorielle Validität konnte dabei nicht nachgewiesen werden, allerdings spiegelte die bei einer weiteren Faktorenanalyse empirisch ermittelte faktorielle Struktur die intendierten Dimensionen der Sexualität weitgehend wieder. Es wurden fünf Faktoren ermittelt, die wie folgt bezeichnet werden: „Reproduktion, Lust, Bindung-Partnerschaft, Bindung-Sexualität und Zärtlichkeit vs. Geschlechtsverkehr“. Diese Faktoren bilden entsprechend fünf Skalen. Die ursprüngliche Skala „Bindung“ wird somit empirisch durch drei Faktoren abgebildet, wodurch eine stärkere Differenzierung der individuellen Bedeutung der Bindungsdimension ermöglicht wird. Vor allem die Skala „Zärtlichkeit vs. Geschlechtsverkehr“ ist hierbei von Interesse, da sie die Bedeutung von extragenitaler sexueller Interaktion in Relation zur Bedeutung genitaler Stimulation ermittelt. Die ermittelten Faktoren bzw. Skalen wurden des Weiteren zur Überprüfung der konvergenten und divergenten Validität zu anderen Skalen in Beziehung gesetzt, die sexuelle und partnerschaftliche Zufriedenheit und

Lebensqualität erfassen. Es konnte gezeigt werden, dass die Bindungsdimension nicht nur mit partnerschaftlicher Zufriedenheit und Lebensqualität in Zusammenhang steht, sondern auch mit sexueller Zufriedenheit. Die sexuelle Lustdimension und die Fortpflanzungsdimension zeigten sich demgegenüber mit sexueller und partnerschaftlicher Zufriedenheit und Lebensqualität negativ assoziiert bzw. waren statistisch von ihnen unabhängig.

Vor allem die syndyastische Dimension der Sexualität zeigte eine hohe Konvergenz mit der erlebten sexuellen und partnerschaftlichen Zufriedenheit und Lebensqualität. Diese Ergebnisse konnten als erste Hinweise zur Validität des IFS-3D gewertet werden.

Bei der Revision des Verfahrens wurden neben der Modifikation einiger Items auch grundsätzliche Veränderungen vorgenommen, die das zu erfassende Konstrukt betreffen. Während beim ursprünglichen Verfahren die Bedeutung der einzelnen Dimensionen und die real erlebte Bedürfnisbefriedigung innerhalb einer Skala erfasst werden sollte, werden diese in der revidierten Fassung getrennt voneinander betrachtet. Hintergrund ist die Möglichkeit eines individuell differierenden Bedeutungsniveaus einzelner Dimensionen von Sexualität. Dieses Bedeutungsniveau sagt jedoch nichts über die subjektiv wahrgenommene Bedürfnisbefriedigung aus. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass bspw. eine überwertige Bedeutung einzelner Aspekte sexueller Interaktion das Erleben von Zufriedenheit in diesem Bereich erschwert. Daher erscheint es sinnvoll, die Aspekte „Bedeutungsniveau“ und „Bedürfniserfüllung“ getrennt voneinander zu betrachten, um ein differenziertes Verständnis der individuellen Bedürfnisstruktur sowie der subjektiven Erfüllung dieser Bedürfnisse zu ermöglichen.

Das Verfahren besteht in der revidierten Version aus zwei Teilen, die jeweils 5 Skalen umfassen, welche auf den Ergebnissen der Validierungsstudie des IFS-3D im Rahmen der Berliner-Männer-Studie-II basieren. Hierbei handelt es sich um die Skalen „Fortpflanzung, Lust, Bindung-Partnerschaft, Bindung-Sexualität und Zärtlichkeit vs. Geschlechtsverkehr“. Im ersten Teil soll die individuell erlebte Bedürfnisausprägung und Bedeutungszuschreibung der einzelnen Dimensionen analog zur ersten Version des Verfahrens erfasst werden, wobei für die Forschungsversion die Items teilweise geändert werden mussten. Im zweiten Teil des Verfahrens wird die erlebte Zufriedenheit in diesen Bereichen erfragt.

Eine weitere Neuerung zur Vorgängerversion ist die Unabhängigkeit der Bearbeitung der Items von der aktuellen Bindungssituation. In der aktuellen Forschungsversion umfasst der Fragebogen

somit 10 Skalen mit insgesamt 80 Items, die weiterhin auf einer 5-stufigen Ratingskala beantwortet werden sollen. Das Verfahren soll im Rahmen von Forschungsprojekten sowie zur Evaluation der *Syndyastischen Sexualtherapie* (vgl. Beier & Loewit, 2004) zum Einsatz kommen.

## 5. „Evaluationsbogen zur sexualpsychologischen Gesprächsführung“ ESG

Der „Evaluationsbogen zur sexualpsychologischen Gesprächsführung“ (ESG) wurde zur Beurteilung der Explorations- und Beratungsgespräche im Rahmen der sexualmedizinischen Weiterbildung an der Charité entwickelt. Er dient dazu, eine standardisierte und möglichst objektive Bewertung der Gesprächsgestaltung in sexualmedizinischen Explorations- und Beratungsgesprächen zu gewährleisten und später auch die Bewertungen verschiedener Beurteiler vergleichen zu können. Der Evaluationsbogen fokussiert auf alle wesentlichen Bereiche der sexualpsychologischen Gesprächsführung und bietet die Möglichkeit, die einzelnen Bewertungskomponenten quantifiziert zu dokumentieren. Der ESG kann in der sexualmedizinischen Weiterbildung im Rahmen von Kleingruppenübungen eingesetzt werden, in denen jeweils drei bis vier Ausbildungsteilnehmer eine Arbeitsgruppe bilden und aneinander sexualpsychologische Gesprächsführung trainieren. In diesem Kleingruppenübungen übernimmt jeweils ein Teilnehmer die Rolle des Therapeuten, ein bzw. zwei Teilnehmer übernehmen die Rolle des Patienten bzw. des Paares und ein Teilnehmer übernimmt die Rolle eines Supervisors, der mit Hilfe des ESG die Gesprächsführung des jeweiligen Therapeuten beurteilt. Die Rollenverteilung rotiert solange, bis jeder Teilnehmer jede Rolle gespielt hat. Nach jedem Durchgang können die im ESG erreichten Punkte summiert werden. Weil die Beurteilungsskalen des ESG im Schulnotensystem gegliedert sind (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = nicht ausreichend), fällt die erreichte Gesamtpunktzahl umso niedriger aus, je besser der Rollen-Supervisor die jeweiligen Kriterien des ESG als erfüllt angesehen hat. Außerdem ermöglicht der ESG den Teilnehmern über den Verlauf der Ausbildung systematisch eigene Schwächen erkennen und verbessern zu können, wenn über verschiedene Supervisoren hinweg immer wieder bestimmte Aspekte als nicht ausreichend angesehen wurden. Für die Zulassung zur bzw. zum Bestehen der Abschlussprüfung kann eine Höchstpunktzahl als Mindestkriterium festgelegt werden und damit als objektiverer Maßstab fungieren.

## 6. „Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten“ FSEV-R

Der FSEV ist ein standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung sämtlicher sexualwissenschaftlich relevanter Informationen zu allen wesentlichen Bereichen des menschlichen sexuellen Erlebens und Verhaltens. Erhoben werden (mit gleichnamigen, modularen Skalen) alle sexualpsychologisch wichtigen Daten zu den folgenden Bereichen: Sexualität in der Herkunftsfamilie / sexuelle Sozialisation, kindliche Sexualerfahrungen, Pubertät und erste Liebe, sexuelle Betätigung und Selbstbefriedigung, bio-, psycho- und sozio-sexuelle Entwicklung, sexuelle Aktivität, Koitusbeziehungen, partnerschaftliche Entwicklung, sexuelle Praktiken, Sexualfantasien, Selbstbefriedigung (mit Begleitfantasien), präferierte Koituspositionen, exzitative Erlebnisqualität, sexuelle Funktionsstörungen, emotional-kognitives Bedeutungserleben, aktuelle Partnerschaft, exosexuelle Kontakte, Pornographie, Prostitution, Geschlechtsrollen-Identifikation, Geschlechtsidentität, sexuelle Identität, sexuelle Neigungen (Paraphilien), sexuelle Übergriffe (erlitten und verübt) u.a.w.. Die erhobenen Ergebnisdaten liefern einen differenzierten, quantifizierten Überblick über die sexuelle Aktivität, sexuelle Funktionalität, sexuelle Zufriedenheit, sexuelle Identität, sexuelle Präferenz, Geschlechtsidentität, mögliche paraphile Erlebnismuster und erlittene sowie verübte sexuelle Übergriffe. Die modularen Skalen lauten:

1. Soziodemographische Angaben
2. Sexuelle Sozialisation
3. Sexuelle und Partnerschaftliche Entwicklung
4. Sexuelle und Partnerschaftliche Einstellung
5. Sexuelle Aktivität und sexuelles Verhalten
6. Sexuelle Funktionen
7. Sexuelle Fortpflanzung
8. Sexuelle und Geschlechts-Identität
9. Sexuelle Praktiken
10. Sexuelle Neigungen
11. Sexuelle Übergriffe

Der FSEV liegt vor als: „Gesamtform“ (FSEV-G) und „Klinische Kurzform“ (FSEV-K), jeweils in einer Frauen- und Männer-Fassung, sowie einer Single- und Paar-Version. Die mit mehreren Skalen erfassten, klinisch relevanten Bereiche „Sexuelle Funktionen“ (F 52), „Sexuelle und Geschlechts-Identität“ (F 66 / F 64) und „Sexuelle Neigungen“ (F 65) wurden nach der Kriteriologie des ICD-10 bzw. des DSM-IV operationalisiert. Das bedeutet zum Beispiel, dass

jede Sexualfunktion (in der Abfolge des sexuellen Reaktionszyklus) jeweils einzeln in den drei verschiedenen Formen a) bei Selbstbefriedigung, b) bei sexueller Stimulation ohne Geschlechtsverkehr („Petting“) und c) beim Geschlechtsverkehr erhoben wird. Dadurch ist die Differenzierung zwischen „situativen“ und „generalisierten“ Störungsausprägungen möglich. Zusätzlich wird zu jeder einzelnen Sexualfunktion erfragt, ob (falls gegeben) das Problem schon von Anfang an bzw. seit den ersten sexuellen Kontakten bestanden hat (primär / veranlagt) oder sich erst später eingestellt hat (sekundär / erworben). Wenn das Problem (falls gegeben) erst mit der Zeit entstanden ist, wird erfasst, seit wie langer Zeit das Problem schon kontinuierlich besteht und ob die betreffende Person einen diesbezüglichen Leidensdruck verspürt oder nicht.

Mit den Items der Skala „Sexuelle- und Geschlechts-Identität“ (F 66 / F 64) werden sämtliche, klinisch relevanten Aspekte der Geschlechtsidentität (bio-psycho-soziale Entwicklung, Ausprägung und ggf. Festigung des Bewusstseins der eigenen Geschlechtszugehörigkeit) sowie der sexuellen Identität (bio-, psycho- u. sozio-sexuelle Entwicklung und Ausbildung eines sexuellen Selbstkonzepts) erhoben.

Mit den Items der Skala „Sexuelle Neigungen“ werden sämtliche, klinisch relevanten Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilien) auf den drei Ebenen: a) in allgemeinen Sexualfantasien, b) in Begeleitfantasien bei der Selbstbefriedigung und c) im realen (soziosexuellen) Verhalten abgefragt. Ebenfalls wird hier bei jedem Item die Dauer erfragt, seit der ein Problem (falls gegeben) bereits besteht bzw. wahrgenommen wurde (Problembewusstsein) und ob die betreffende Person bezüglich der erfragten Inhalte einen klinisch relevanten Leidensdruck verspürt oder nicht.

Weil es grundsätzlich nicht möglich ist, anhand eines Fragebogens (Differential-) Diagnosen zu vergeben, können Ergebnisse standardisierter Datenerhebungen prinzipiell ausschließlich Hinweise („Verdachtsmomente“) für das eventuelle Vorliegen einer jeweiligen Störung in einem jeweiligen Bereich liefern. Darum ist es auch bezüglich der Ergebnisse des FSEV unzulässig, von tatsächlichen sexualmedizinischen Differential-Diagnosen zu sprechen. Die Ergebnisse der Skalen „Sexuelle Funktionen“ (F 52), „Sexuelle und Geschlechts-Identität“ (F 66 / F 64) und „Sexuelle Neigungen“ (F 65) liefern sexualmedizinische Verdachts-Diagnosen bezüglich aller relevanten Störungsbereiche. Das bedeutet, die Ergebnisse der nach ICD-10 bzw. DSM-IV operationalisierten Items zu diesen Skalen lassen eine Einstufung als „V.a. krankheitswerte Störung“ mit differentialdi-

agnostischer Spezifikation zu, z.B.: „V.a.: sekundäre, situative Erektionsstörung“ bzw. „V.a.: Störung der Geschlechtsidentität, in der Kindheit beginnend“ bzw. „V.a.: Homo-Pädophilie (auf Jungen orientiert), abschließlicher Typus“.

Bei dem FSEV handelt es sich nicht um ein normiertes, statistisches Testverfahren, sondern um ein voll-standardisiertes Erhebungsinstrument zur „assistierten Datenerhebung“ per Selbstbeurteilung des Probanden. Resultierend daraus existiert kein normwertstatistischer Auswertungsalgorithmus, sondern ein Auswertungs-Schlüssel, der für die klinisch relevanten Bereiche eine Zuordnung von Verdachtsdiagnosen ermöglicht. Die Ergebnisse können als Rohdaten in eine Datenbank eingegeben und statistisch ausgewertet werden. Der Fragebogen ist – nicht zuletzt aufgrund der erfragten Inhalte – zur „assistierten Datenerhebung“ konzipiert. Das bedeutet, dass während der Bearbeitung durch den Probanden ein Untersucher in Reichweite anwesend sein sollte, um Fragen zu beantworten, Missverständnissen vorzubeugen und mögliche Widerstände (Test-Reaktanz) aufzufangen. „Assistierte Datenerhebung“ bedeutet nicht, dass sich der Untersucher aktiv an der Beantwortung des Fragebogens beteiligt (vgl. Interview) oder mit dem Probanden gemeinsam die Fragen beantworten soll.

Das Verfahren ist demnach nicht zur Postversendung vorgesehen, sondern zur Bearbeitung unter „Aufsicht“ eines Untersuchungsleiters, wie dies bei psychologischer Testdiagnostik allgemein üblich ist. Die Funktion der Untersucher besteht bei der assistierten Datenerhebung darin, den Probanden in einem kurzen, einleitenden Gespräch mit dem Gegenstand des Fragebogens vertraut zu machen, die (stereotype) Struktur der Fragen und der Antwortmöglichkeiten zu verdeutlichen bzw. zu erklären, während der gesamten Bearbeitungszeit als Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung zu stehen, Missverständnissen und Widerständen vorzubeugen und entgegen zu wirken, auf die vollständige Beantwortung des Fragebogens zu achten bzw. Probanden auf unbeantwortete bzw. ausgelassene Fragen oder Frageteile aufmerksam zu machen und zur nachträglichen Beantwortung zu ermutigen, nach Bearbeitung durch die Probanden die fertigen Fragebögen auf Vollständigkeit der Antworten zu überprüfen und bei unbeantworteten Fragen oder Frageteilen erneut vorzulegen (Missing-Control).

Zur assistierten Erhebung des FSEV-R bedarf es keines wissenschaftlich oder klinisch qualifizierten Fachpersonals (was unter anderem Sinn und Zweck der Fragebogen-Entwicklung war). Die Assistenz kann ohne Weiteres von entsprechend eingewiesenen bzw. geschulten Studien-Betreuern gewährleistet wer-

den (z.B. Praktikanten, Diplomanden, Doktoranden, wissenschaftliche Hilfskräfte, „study-nurses“, etc.). Zur Einarbeitung der Untersucher genügt eine einmalige Unterweisung durch einen mit dem Verfahren vertrauten Untersuchungsleiter.

Wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Einsatz des FSEV-R ist (wie bei allen sexualwissenschaftlichen Untersuchungen) die Überzeugung der Untersuchungsleiter, dass eine Erhebung sexualmedizinischer Daten relevant, sinnvoll und wünschenswert ist und dass diese Überzeugung in klare Anweisungen an das Untersuchungs-Team umgesetzt wird. Ambivalente Grundhaltungen seitens der Studienleitung übertragen sich auf Mitarbeiter und führen zu Befangenheits-Blockaden, die sich mit den natürlichen, erwartbaren Befangenheiten mancher Probanden bzw. Patienten addieren und so den Einsatz sexualwissenschaftlicher Befragungen behindern bzw. die Erfassung valider sexualmedizinischer Daten gefährden.

Die Weiterentwicklung des FSEV zur aktuellen, revidierten Version FSEV-R bestand zum einen in der Einarbeitung weiterer Störungsbereiche, die bis dato nur im ICD-10 geführt werden und zum anderen in der Ausdifferenzierung der Itemkonstruktion, um eine noch DSM-IV-konformere Operationalisierung zu erreichen. So wurde die in der ursprünglich Version (FSEV) auf lediglich zwei Items basierende Skala zur „Sexuellen und Geschlechtsidentität“ den diagnostischen Kriterien des DSM-IV und ICD-10 folgend auf insgesamt 10 Items erweitert. Neben der Einarbeitung des Bereiches der „Störung der sexuellen Identität“ (ICD-10: F 66.8, vgl. Ahlers et al. 2006), erfasst die revidierte Skala Hinweise auf „Störungen der Geschlechtsidentität“ nicht nur im Erwachsenen- sondern auch im Kindesalter sowie die Differenzierung zwischen der Hirschfeld'schen Zwischenstufe der *Transvestitiät* (vgl. Ahlers et al., 2006) und der Transsexualität, als massivster Ausprägungsform einer Geschlechtsidentitätsstörung im Erwachsenenalter.

Die mittels des FSEV obligatorisch erfasste sexuelle Orientierung, ermöglicht eine Differenzierung zwischen einer gynäphilen und einer androphilen Sexualorientierung bei Transsexuellen (Vorliebe für das weibliche und / oder männliche Geschlecht; vgl. Hartmann, 1992).

Bezüglich der Transsexualität wird zwischen der primären (lebenslange Störung der Geschlechtsidentität) und sekundären Transsexualität (Versagen vorheriger Adaptionsformen der Geschlechtsidentität) differenziert (vgl. Hartmann, 2002).

Eine klinisch bedeutsame sexuelle Störung darf nur diagnostiziert werden, wenn neben den spezi-

fischen Symptomen ein „deutliches Leiden (Kriterium B1) oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten bzw. Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (Kriterium B2)“ gegeben und die Störung nicht durch einen medizinischen Krankheitsfaktor erklärbar ist (Kriterium C) (APA, 2000). In der ursprünglichen Form erfasste der FSEV lediglich Leidensdruck allgemein (Kriterium B1). Durch die Integration der neuen Skala „Krankheiten und Behandlung“ kann im FSEV-R auch eine Beurteilung des Kriterium C erfolgen. Das Kriterium B wird für alle drei relevanten Skalen um den Aspekt der funktionalen Beeinträchtigung erweitert. Mit dem angepassten Format im FSEV-R können auch jene Personen erforscht werden, die zwar nicht unter ihrer Sexualität leiden, sich aber infolge der Problematik beeinträchtigt fühlen bzw. zwischenmenschliche Probleme haben.

Neuere sexualwissenschaftliche Untersuchungen ergaben, dass es bedeutende Unterschiede im empfundenen Leidensdruck bezüglich der Differenzierung zwischen autoerotischer Betätigung und soziosexueller Interaktion gibt (Bancroft et al., 2003). Analog zu diesen Erkenntnissen wurde im FSEV-R der Leidensdruck, als auch der neu integrierte Aspekt der funktionalen Beeinträchtigung für die Skalen „Störungen der sexuellen Funktionen“ und „Störungen der sexuellen Neigungen“ auf allen drei erfragten Ebenen (siehe oben) erfasst. Damit wird eine differenziertere Beurteilung der individuellen Symptomatik ermöglicht (bspw. kann sich das empfundene Leiden bzgl. einer Erektionsstörung beim GV und bei der SB wesentlich voneinander unterscheiden).

Zudem wird durch diese Neukonzeption im FSEV-R das Risiko der Reaktanz seitens der Probanden minimiert, da sie nicht gezwungen werden, generalisierte Aussagen zu treffen, die ihrem möglichen Erleben nicht entsprechen. Beide Varianten des DSM-IV-Kriteriums B werden mittels eines fünfstufigen likert-skalierten Antwortformats erfragt, um neben einem einheitlichen Skalenniveau der Items ein differenziertes Bild bezüglich der Intensität des empfundenen Leides bzw. der erlebten Beeinträchtigung zu gewährleisten. Durch diese Neukonzeption kann bei einem skalenübergreifenden polymorphen Auftreten sexueller Störungen zudem nachvollzogen werden, welchen Einfluss die drei Störungsbereiche aufeinander haben.

Der FSEV-R bezieht sich in sämtlichen Fragen auf den Betrachtungszeitraum der vergangenen 12 Monate. Bei allen klinisch relevanten Items werden die Probanden aufgefordert, die bisherige Bestehensdauer eines möglichen Problems numerisch einzutragen

(z.B. „ca. seit 6 Monaten“). Die Bearbeitungsdauer der „Gesamtform“ FSEV-G beträgt bei 120 Items + / – 60 Minuten, bei der „Klinischen Kurzform“ FSEV-K (nur klinisch relevante Skalen) mit 60 Items + / – ca. 30 Minuten. Sämtliche Antwortoptionen sind in (5-stufiger) Likert-Skalierung konstruiert.

Der Fragebogen kann sowohl in der (klinischen) Individualdiagnostik als auch als standardisiertes Forschungsinstrument verwendet werden. Er ist bei nicht-klinischen wie klinischen Stichproben gleichermaßen einsetzbar, d.h., es braucht z.B. keine krankheitsbezogenen Adaptation zu erfolgen. Eine forschungs- bzw. projektbezogene Einkürzung bzw. Reduktion des FSEV auf bestimmte Skalen ist problemlos möglich.

Der FSEV-R befindet sich im Prozess der statistischen Validierung, wobei nicht intendiert ist, das methodische Niveau eines normierten Testverfahrens zu erreichen, sondern die laufende Überprüfung von Validität und Reliabilität auf dem Niveau eines standardisierten Erhebungsinstrumentes fortzusetzen.

## 7. „5 x 3 der Sexualpsychologie“ SEXPSYCH-5x3

Zur Optimierung der sexualmedizinischen Ausbildung ist eine Übersichtsdarstellung entwickelt worden, mit Hilfe derer die übergeordneten bzw. grundlegenden Aspekte des sexuellen Erlebens und Verhaltens kompakt und strukturiert dargelegt werden können: Das „5 x 3 der Sexualpsychologie“ (SEXPSYCH-5x3)<sup>1</sup>. Diese Übersichtsdarstellung gewährleistet, dass auch die übergeordneten Zusammenhänge erfasst werden, welche die menschliche Sexualität fundieren und damit auch das fachliche Paradigma der klinischen Sexualwissenschaft begründen. Diese Übersichtsdarstellung beinhaltet folgende Komponenten:

1. *Drei Grundlagen des sexuellen Erlebens und Verhaltens*: Sexualität ist ein bio-psycho-soziales Phänomen; das bedeutet, sexuelles Erleben und Verhalten basiert zu gleichen Teilen auf: a) *biologischen* (Körperlichkeit), b) *psychologischen* (Persönlichkeit) und c) *soziologischen* (Gesellschaftsabhängigkeit bzw. *sozialen* (Partnerbezogenheit) Grundlagen.

<sup>1</sup> Da es sich bei den aufgeführten Aspekten um die grundsätzlichen Elemente der menschlichen Sexualität handelt und nicht um klinisch relevante Informationen, wurde die Übersichtsdarstellung von „5 x 3 der Sexualmedizin“ (SEXMED-5x3) in „5 x 3 der Sexualpsychologie“ (SEXPSYCH-5x3) umbenannt.

2. *Drei Dimensionen des sexuellen Erlebens und Verhaltens*: Sexualität ist gekennzeichnet durch drei zentrale Dimensionen: a) *Beziehung*, b) *Fortpflanzung* und c) *Lust*; das bedeutet, dass sexuelles Erleben und Verhalten grundlegend durch beziehungsorientierte, fortpflanzungsorientierte und lustorientierte Motive bestimmt ist.
3. *Drei Achsen der Sexualpräferenz*: Die sexuelle Präferenz setzt sich zusammen aus drei Achsen, a) der sexuellen Orientierung auf das männliche und / oder weibliche *Geschlecht*, b) der sexuellen Ausrichtung auf das kindliche, jugendliche oder erwachsene *Körperschema* und c) der sexuellen Neigung zu bestimmten *Typen* potentieller Sexualpartner sowie zu einer bestimmten *Art und Weise* sexueller Betätigung.
4. *Drei Ebenen des sexuellen Erlebens und Verhaltens*: Die Sexualpräferenz manifestiert sich auf drei Ebenen, a) dem Erleben bestimmter sexueller *Gedanken und Fantasien*, b) dem sexuellen Verhalten, also den tatsächlich realisierten sexuellen *Betätigungen und Handlungen* c) dem sexuellen *Selbstbild*, also der Definition einer Person über sich selbst als sexuelles Lebewesen bzw. in sexueller Hinsicht.
5. *Drei Formen des sexuellen Verhaltens*: Die Ebene des sexuellen Verhaltens (4b) konkretisiert sich in drei verschiedenen Formen sexueller Betätigung, nämlich: a) der autoerotischen Betätigung in Form von sexueller *Selbststimulation und -befriedigung*, b) in Form von extragenitaler sexueller Interaktion, wie *Streicheln, Schmusen, Küssen* und c) in Form von manueller, oraler oder anderer genitaler Stimulation wie *Petting und Geschlechtsverkehr* (Einführen von Penis oder Penisersatz in Scheide oder After).

## 8. „Sexualpräferenz-Männchen“ SPM + „Sexualpädagogische Pädo-Ampel“ SPA

Den zentralen Bestandteil einer sexualmedizinischen Exploration bildet eine differenzierende Analyse der Sexualpräferenz, auf ihren drei verschiedenen Achsen (vgl. SEXPSYCH-5x3: 3. a, b, c). Zur Standardisierung dieses sexualdiagnostischen Prozesses mit Hilfe eines (ebenfalls assistiert bearbeiteten) Selbstbeurteilungsverfahrens wurde das „Sexualpräferenz-Männchen“ (SPM) entwickelt, mit Hilfe dessen Probanden auf den drei diagnostisch relevanten Ebenen (vgl.

SEXPSYCH-5x3: 4. a, b, c) prozentual quantifiziert über ihre Sexualfantasien – insbesondere die Begleitfantasien bei der Selbstbefriedigung – ihr bisheriges Sexualverhalten und ihr sexuelles Selbstkonzept Auskunft geben können. Die Probanden werden detailliert gefragt, wie viel Prozent ihrer Sexualfantasien und ihres Sexualverhaltens auf Personen welchen Geschlechts und welchen Entwicklungsalters verfallen und wie sie sich selbst in sexueller Hinsicht definieren. Weil zur graphischen Veranschaulichung der Differenzierung zwischen dem sexuellen Erleben und dem sexuellen Verhalten eine schematische Figur verwendet wird, bei der die Gedanken im Kopf und das Verhalten im Bauch repräsentiert werden, trägt das Verfahren den Namen „Sexualpräferenz-Männchen“ (SPM). Die Differenzierung der drei Ebenen des sexuellen Erlebens und Verhaltens bezogen auf die drei Achsen der Sexualpräferenz wird im SPM darüber hinaus auf sexuell erregende Bildmaterialien angewendet. Hier werden die Probanden gefragt, ob sie sexuell erregende Materialien (z.B. zur Selbstbefriedigung) nutzen und, wenn ja, welches Geschlecht und körperliche Entwicklungsschema die dargestellten Personen aufweisen. Darüber hinaus wird erfragt, in welchem Umfang verschiedene Kategorien von sexuell erregenden Bildmaterialien genutzt werden: Handelt es sich bei den Darstellungen um a) Katalog-, Wäsche, FKK- oder Akt-Bilder, oder b) um Nackt- und Posingbilder, die zur sexuellen Stimulation hergestellt wurden, aber keine Fokussierung auf Genitalen und sexuelle Handlungen beinhalten, oder c) um Pornographie, was bedeutet, Fokussierung auf Genitalen und sexuelle Handlungen.

Zu allen erfragten Aspekten werden die Probanden am Ende jeder Seite aufgefordert, die proportionale Verteilung der von ihnen angegebenen Quantifizierungen in ein „Tortendiagramm“ einzutragen. Diese Vorgehensweise hat den Sinn, dass der Proband sich selbst graphisch veranschaulicht vor Augen zu führt, aus welchen Komponenten sich die Konfiguration seiner Sexualpräferenz prozentual zusammensetzt.

Hierin liegt bereits ein großes therapeutisches Potential, denn eine solche proportional graphisch veranschaulichte Vergegenwärtigung der eigenen Sexualpräferenz (noch dazu als Produkt einer Selbstbearbeitung und nicht als zugewiesene Fremdbeurteilung) stimuliert eine starke Auseinandersetzung mit den eignen Anteilen, die sexualtherapeutisch intendiert ist.

Das SPM dient grundsätzlich der Standardisierung des sexualdiagnostischen Prozesses bei der Exploration der Sexualpräferenz und ist in seiner Anwendbarkeit

auf keine Personen-, Patienten-, Probanden- oder Indikationsgruppe beschränkt.

Da das Verfahren im Rahmen des „Präventionsprojektes Dunkelfeld“ ([www.kein-taeter-werden.de](http://www.kein-taeter-werden.de)) entwickelt wurde, eignet es sich besonders für die Differentialdiagnostik der Pädophilie. Aus diesem Grund besteht das Supplement dieses Verfahrens nicht aus einem Dokumentationsbogen (vgl. SSA, s. o.) sondern aus einem Verhaltensleitfaden für den Umgang mit Pädophilie, der „Sexualpädagogischen Pädophilie-Ampel“ (SPA). Hierbei handelt es sich um ein Ampel-Modell, welches einen konkreten Verhaltensleitfaden für den alltäglichen Umgang mit der pädophilen Neigung bieten soll. Bezogen auf a) sozialen Kontakt, b) körperlichen Kontakt, c) sexuellen Kontakt sowie d) sexuell erregende Bilder werden jeweils konkret a) unbedenkliche (grün), b) problematische (gelb) und c) verbotene (rot) Verhaltensweisen in einem Übersichtsdiagramm dargestellt. Dieser Verhaltensleitfaden kann im Rahmen der Differentialdiagnostik der Pädophilie dazu genutzt werden, die Ergebnisse des „Sexualpräferenz-Männchens“ (SPM) unmittelbar aus sexualtherapeutischer Perspektive zu bewerten und darzustellen, welche der bisherigen Verhaltensweisen problematisch (gelb) oder verboten (rot) sind und damit gleichzeitig einen Ausblick auf die Ziele einer Therapie (grün) zu geben. Die Übersichtsdiagramme zum „Sexualpräferenz-Männchen“ (SPM) und zur „Sexualpädagogischen Pädophilie-Ampel“ (SPA) befinden sich im Anhang dieses Artikels (siehe Abb. 1+2).

## 9. „Fragebogen zum Ausmaß syndyastischer Erfüllung in Beziehungen“ FASEB

Der FASEB (engl.: PSYSON, Psycho-Social Needs Inventory; Neutze et al., 2005) erfasst, in welchem Ausmaß Intimität, Geborgenheit, Akzeptanz, Sicherheit und Vertrauen innerhalb der vergangenen sechs Monate erlebt wurde. Für die Entwicklung des FASEB war die Annahme grundlegend, dass die Erfüllung emotional stabilisierender psychosozialer Grundbedürfnisse maßgeblich für Identitätsbildung und Lebenszufriedenheit jedes Einzelnen ist. Da sich das Erleben dieser Empfindungen in der Zugehörigkeit zu einem Anderen entfaltet, wird der Mensch gleichsam als ein auf Bindung programmiertes Wesen – als syndyastisch – verstanden (Beier & Loewit, 2004).

Grundsätzlich kann die Erfüllung der Grundbedürfnisse nach Geborgenheit, Akzeptanz, Sicherheit oder Vertrauen in verschiedenen Beziehungstypen bzw. -formen als unterschiedlich ausgeprägt angenom-

men werden. Im Rahmen des syndyastischen Ansatzes wird jedoch insbesondere die partnerschaftliche Intimbeziehung als am meisten geeignet gesehen, psychosoziale Grundbedürfnisse zu befriedigen, soweit hier ein Gefühl von Nähe, Wärme und Annahme auch auf körperlicher Ebene eine Entsprechung findet. Vor diesem Hintergrund nimmt der FASEB zunächst vier Beziehungstypen an:

- Partnerschaftliche Beziehung
- Enge Freundschaft zu einem Erwachsenen
- Beziehung zu einem Kind/Jugendlichen
- Sexuelle Beziehung zu einem Erwachsenen

Jeder Beziehungstyp konstituiert hierbei eine eigenständige Subskala bestehend aus 18 gleichlautenden Items, die eine Einschätzung von 1 (gar nicht) bis 5 (immer) erlauben. Die Items wurden aus Interviews mit gleichgeschlechtlich und gegengeschlechtlich orientierten Probanden beider Geschlechter generiert. Ein Summenscore pro Subskala gibt Auskunft über das Ausmaß, in dem der genannte Beziehungstyp im vergangenen Halbjahr als Quelle syndyastischer Erfüllung diente. Dank der parallelen Konstruktion der Skalen, ist ein direkter Vergleich der „Quellen“ möglich. Für Männer, bei denen ein Verdacht auf eine sexuelle Ausrichtung auf prä- und/oder peripubertäre Körperschemata vorliegt, kann eine zusätzliche Skala „Sexuelle Beziehung zu Kind/Jugendlicher“ (SK) eingesetzt werden.

Eine faktorenanalytische Auswertung verschiedener Stichprobendaten (155 Männer mit Pädophilie/Hebephilie, 97 Studenten und Studentinnen) bestätigte die Existenz der drei Subskalen Partner (P; Chronbach's alpha = .99), Freundschaft (F; Chronbach's alpha = .98) und Kind (K; Chronbach's alpha = .95). Die Skala „sexuelle Beziehung zu einem Erwachsenen“ (SE) ließ sich nicht von der Subskala P differenzieren.

Eine vorläufige Validierung der Skala (N=153 Pädophile / Hebephile) verweist auf eine gute konvergente Validität mit Blick auf die Konstrukte Einsamkeit und Intimität: Die Subskalen korrelieren erwartungsgemäß signifikant negativ mit dem Multidimensionalen Einsamkeitsfragebogen MEF (Kassebaum, 2004), einer Skala zur Einschätzung der erlebten Einsamkeit in Beziehungen [P (r = -.450; p=000), K (r = -.473; p=000), E (r = -.443; p=000) und SK (r = -.205; p=011)] und signifikant positiv mit der „Miller Social Intimacy Scale“ (MSIS, Miller and Lefcourt, 1982), einem Maß für die erlebte Intimität zur engsten Bezugsperson [P (r = .354; p=000), K (r = .390; p=000), E (r = .416; p=000)].

Insgesamt sind die ersten Hinweise auf die Güte der Skala als vielversprechend zu bewerten. Da der FASEB zeitnahe Erleben erfasst, eignet er sich insbesondere zur Diagnostik und Therapie begleitenden Evaluation im Rahmen der „Syndyastischen Sexualtherapie“ (SST; vgl. Beier & Loewit, 2004). Darüber hinaus findet er bereits in Längsschnittstudien zu Fragestellungen im Bereich Sexualität und chronische Erkrankung Verwendung.

## 10. „Fragebogen zu sexualitätsbezogenem Leidensdruck“ FSL

Der FSL dient der Erfassung eines sexualitätsbezogenen Leidensdrucks. Konstruiert wurde der FSL an einer Stichprobe von Männern mit pädophilier Sexualpräferenz, weshalb die Anwendbarkeit des FSL vorerst auf die Pädophilie beschränkt bleibt. Der FSL soll dazu beitragen, die Diagnosestellung von Pädophilie nach dem Kriterium der klinischen Bedeutsamkeit, nach dem DSM-IV-TR „das Störungsbild verursacht deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten“ (APA, 2003) auf der Bedürfnisebene zu gewährleisten. Das Kriterium der klinischen Bedeutsamkeit – clinical significant criterion (CS) wurde mit der dritten Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual der American Psychiatric Association (APA) für etwa die Hälfte der im DSM aufgelisteten Störungsbilder aufgenommen (Spitzer & Wakefield, 1999, Beals et al., 2004). Angestrebt wurde eine Maximierung der Validität der Diagnosestellung durch Minimierung Falsch-Positiver (Beals et al., 2004, Spitzer & Wakefield, 1999).

Aufgrund eines fehlenden theoretischen Unterbaus über das Konstrukt Leidensdruck bei Pädophilie ist der Konstruktionsprozess des FSL durch ein exploratives, strukturaufdeckendes Vorgehen gekennzeichnet. Die Erstellung des Itempools erfolgte nach der rationalen, induktiven Methode. Anhand einer Konzeptualisierung und Definition eines nicht-spezifischen Leidensdrucks wurden möglichst viele Items zusammengetragen, die zusammen als Indikatoren für einen sexualitätsbezogenen Leidensdruck gelten können. Generiert wurden Items zu emotional negativen Konzepten, die mit einem nicht-spezifischen Leidensdruck in Verbindung gebracht werden, wie Ängstlichkeit und Depressivität (Mirowsky & Ross, 1989; Watson & Kendall, 1989), sowie Ärger/Frustration (Poulin, 2005; Prévillé, 1995; Ilfeld, 1976, nach Prévillé, 1995), Selbstabwertung (Poulin et al., 2005)/ Ruminieren (Nolen-Hoeksema et al., 1997) und soziale Stigmatisierung (Kessler, 1999). Als Anregung zur Itemformulierung dienten

bereits vorhandene Fragebögen zur Erfassung von Leidensdruck, wie u.a. der General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg & Williams, 1988), Nonspecific Psychological Distress Scale (Poulin et al., 2005), Female Sexual Distress Scale (FSDS) (Derogatis, 2000, s. o.) und The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W) (Meston & Trapnell, 2005, s. o.).

Für jedes Störungsbild des Kapitels „Sexuelle Störungen und Geschlechtsidentitätsstörungen“ des DSM-IV-TR (APA, 2003) wurden sexualitätsbezogene Items generiert, die im Zusammenhang mit Leidensdruck gebracht werden. Der so entstandene Itempool aus 68 Items wurde insgesamt 97 Probanden im Rahmen des „Präventionsprojektes Dunkelfeld“ ([www.kein-taeter-werden.de](http://www.kein-taeter-werden.de)) zur Bearbeitung vorgelegt. Die Beschreibung der dimensional Struktur des FSL sowie die Itemselektion erfolgten anhand einer explorativen Faktorenanalyse sowie der Berechnung spezifischer Itemkennwerte. Extrahiert wurde sowohl für die Intensität wie auch die Häufigkeit des Leidensdrucks jeweils ein Faktor, der mit einer Varianzaufklärung von 48% der Gesamtvarianz als ein Generalfaktor hervortritt. Dieser Generalfaktor beinhaltet allgemeine Items, die u.a. die Themen Ängstlichkeit, Depressivität und Frustration berühren und wurde daher mit dem Sammelbegriff „nicht-spezifischer sexualitätsbezogener Leidensdruck“ versehen. Die interne Konsistenz des Generalfaktors kann mit einem  $\alpha$  von .91 für die Intensitätsskala und .86 für die Häufigkeitsskala als hoch und somit als reliabel bewertet werden. Die Kurzform des FSL umfasst 28 Items. Die Quantifizierung des sexualitätsbezogenen Leidensdrucks erfolgt über eine fünfstufige Ratingskala. Die Ausprägung des subjektiven Leidensdrucks wird hinsichtlich der Intensität von „gar nicht“ bis „sehr stark“ und der Häufigkeit von „nie“ bis „immer“ erfasst. Die Bearbeitungsdauer des Fragebogens beträgt ca. 5 Minuten, womit das Verfahren als effizient gelten kann.

## 11. „Inventar zur Akzeptanz der sexuellen Präferenz“ IASP

Die Integrität von sexuellem Selbstkonzept und sexueller Präferenz ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, das salutogene Potential von Sexualität verwirklichen zu können. Gerade bei paraphilen Präferenzanteilen besteht hier jedoch eine kognitive Dissonanz, die in einer desintegrierten Sexualpräferenz bzw. in einem widersprüchlichen sexuellen Selbstkonzept zum Ausdruck kommen kann. Man



spricht in einem solchen Fall von einer ego-dys-tonen bzw. ich-fremden Verarbeitung der eignen Sexualpräferenz. So können in der Sexualpräferenz verankerte, jedoch verleugnete bzw. negierte oder zumindest nicht akzeptierte Bedürfnisse Auslöser sexueller Reifungskrisen, Beziehungsstörungen oder sexueller Funktionsstörungen sein. Handelt es sich bei den negierten Bedürfnissen um potenziell fremdschädigende sexuelle Wünsche, muss eine mit dem Ausmaß der Desintegration im Zusammenhang stehende Gefahr eines Kontrollverlustes bzw. eines dissexuellen Verhaltens exzesses angenommen werden, denn nur was man kennt, kann man auch kontrollieren.

Ziel jeder Sexualtherapie ist daher die Integration der Sexualpräferenz in die sexuelle Identität (vgl. Ahlers et al., 2006), falls dies noch nicht gegeben ist. In diesem Zusammenhang wird therapeutisch eine radikale Akzeptanz im Sinne Linehans (1993) angestrebt. Radikale Akzeptanz bedeutet, die Unveränderbarkeit, wie sie für die individuelle Sexualpräferenz angenommen wird, zu akzeptieren. Es wird angenommen, dass erst dadurch ein verantwortungsvoller Umgang mit den eigenen sexuellen Bedürfnissen möglich ist und erst dadurch ggf. Verhaltensänderungen möglich werden.

Das „Inventar zur Akzeptanz sexueller Präferenz“ (IASP) wurde mit der Zielsetzung entwickelt, das Ausmaß der Akzeptanz bzw. die Integration einer sexuellen Präferenz in das individuelle Selbstkonzept einer psychometrischen Erfassung zugänglich zu machen. Anhand des Verfahrens soll sowohl eine Punkterhebung als auch eine Verlaufsmessung zur Therapieevaluation ermöglicht werden. Bei dem Verfahren handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, wobei die Items anhand einer 5-stufigen Lickert-Skala bewertet werden.

Das Verfahren umfasst in der Forschungsversion 42 Items, wobei verschiedene Facetten des Konstruktes Akzeptanz erfasst werden sollen. Bei der Konstruktion des Verfahrens wurde darauf geachtet, dass das Verfahren unabhängig vom Bindungsstatus, der sexuellen Ausrichtung und Orientierung sowie einer speziellen sexuellen Neigung einsetzbar ist. Vielmehr ist der Proband aufgefordert, die für ihn bedeutsamste sexuelle Präferenz ausprägung zu benennen und sich in seinen Angaben auf diese zu beschränken.

Bei der Konstruktion wurden vier a-priori definierte Skalen angenommen: Die Skala „Einstellung“ beschreibt mit 10 Items die subjektive Haltung gegenüber der Akzeptanz der eigenen sexuellen Präferenz als solche. Erfasst wird somit inwiefern das Wissen um die Bedeutung von Akzeptanz besteht, bzw. als Einstellung überhaupt verhaltenswirksam werden

kann. Die Items dieser Skala sollen nicht das Ausmaß der realen Akzeptanz erfassen, diese wird anhand der 10 Items der Skala „Wahrgenommene Akzeptanz“ erhoben. Die Skala „Emotion“ beschreibt die emotionale Verarbeitung der sexuellen Präferenz, welche als Indikator der erreichten Akzeptanz gewertet wird. Diese Skala umfasst insgesamt 12 Items. Ein weiterer Umgang für das Ausmaß realer Akzeptanz besteht im tatsächlichen Umgang mit den der sexuellen Präferenz entsprechenden sexuellen Fantasien und Bedürfnissen, erfasst mittels der Skala „Fantasie und Kontrolle“ (10 Items). Das Verfahren befindet sich im Stadium der Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften, der faktoriellen Struktur sowie Validität und Reliabilität.

## 12. „Sexualmedizinischer Fragebogen bei urogenitalen Selbstmanipulationen“ SF-UGSM

Patienten, die wegen Komplikationen durch „Urogenitale Selbstmanipulationen“ (UGSM) als Akutfälle Rettungsstellen von Krankenhäusern aufsuchen, werden bisher in der Regel ausschließlich einer urologisch-chirurgisch Sofortversorgung zugeführt (vgl. Sparwasser & Niclas, 2006). Die meist ursächlichen sexuellen Präferenzbesonderheiten, die mutmaßlich zu den UGSM geführt haben, werden in aller Regel weder berücksichtigt, noch systematisch erfasst. Der Grund dafür ist, dass bisher in der chirurgischen Urologie sexualmedizinische Versorgungsempfehlungen zur Erfassung der Fakten zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Wiederholung von urogenitalen Selbstmanipulationen (UGSM) fehlen. Resultierend daraus werden aufgrund von Peinlichkeits- und Schamgefühlen sowohl auf Seiten der Patienten, als auch genau so auf Seiten der Behandler, wichtige Informationen nicht erhoben und wegen vorgeschobener Diskretion nicht einmal dokumentiert (vgl. Albrecht et al., 2007).

Für eine suffiziente Behandlung solcher „autoerotischen Unfälle“ sind daher sowohl sexualmedizinische Umgangsempfehlungen, als auch Dokumentationsmöglichkeiten vonnöten. Dies gilt auch für die urologische Nachbehandlung und insbesondere für die Veranlassung einer qualifizierten sexualmedizinischen bzw. ggf. psychotherapeutischen Behandlung. Voraussetzung für eine erfolgreiche Nachbehandlung ist eine exakte Erfassung der Umstände und Angaben zum motivationalen Hintergrund und der Ausführungsart der UGSM. Daher sollten alle notwendigen anamnestischen Angaben und der Status praesens sowie sexualmedizinische Diagnosekriterien

vergleichbar und objektiv bzw. standardisiert erhoben und dokumentiert werden, um eine systematische Auswertbarkeit der Daten zu ermöglichen.

Anhand von typischen Fallbeispielen wurde die bisher in der chirurgischen Urologie übliche Vorgehensweise und Dokumentation bei Komplikationen von UGSM kritisch analysiert. Die Patienten stellten sich jeweils als Notfall in der urologischen Abteilung des Franziskus-Krankenhauses-Berlin vor. Aus Peinlichkeits- und Schamgefühlen auf beiden Seiten wurde der Situationshergang durch die untersuchenden Ärzte meist nur oberflächlich erfasst. Alle Patienten wurden sofort operativ versorgt und der Status sowie das Operationsresultat dokumentiert (OP-Bericht, Fotodokumentation; vgl. Neymeyer et al., 2008).

Die meisten dieser Fallbeispiele gehen mutmaßlich auf Akzentuierungen der Sexualpräferenz zurück, in einer speziellen Ausprägungsform des sexuellen Masochismus (F 65.5). Bei dieser sexuellen Neigung sind schmerzhafte Manipulationen am Genitale sowie der Harnröhre und / oder dem Anus mit erotischem Lustgewinn bzw. sexuellem Erregungsaufbau verknüpft. Die Patienten nehmen im Rahmen masturbatorischer Autostimulation schmerzauslösende Manipulationen bis hin zur Automutilation vor, weil diese als sexuell erregungssteigernd erlebt werden. Der Schmerzreiz hat hier seine Schutzfunktion verloren und wird als sexuell steigernd erlebt. Das Verlangen, auf solche Weise kompulsiv immer wieder sexuelle Erregungshöhepunkte herbeizuführen, führt zu einem progredienten Stimulationsbedürfnis, wodurch auch die Manipulationen bis hin zur regelrechten Selbstverstümmelung immer weiter zunehmen. Hierin liegt der Grund für die bei dieser Patientengruppe bekannten Verhaltensperseveranz, die dazu führt, dass Betroffene, trotz schwerer Schädigungen (bis hin zum Organverlust), UGSM fortsetzen (vgl. Ahlers et al., 2008).

Aus der klinischen Erfahrung ist bekannt, dass die Betroffenen bei Komplikationen durch UGSM ungern dasselbe Krankenhaus ein zweites Mal aufsuchen. Die operativen Risiken bei der Notfallversorgung sind mitunter erheblich (z.B. Edlestahlringe vom strangulierten Penis flexen oder Metalldraht operativ aus Harnröhre und Blase entfernen zu müssen) und durch die Verhaltensperseveranz sind auch die gesundheitsökonomischen Aspekte des Phänomens beachtlich. Daher erscheint es angezeigt, die Problematik nicht allein auf der urologisch-chirurgischen Ebene abzuhandeln, sondern darüber hinaus die sexualpräferenziellen Hintergründe einer qualifizierten sexualmedizinischen Versorgung zugänglich zu machen. Ein erster Schritt

hierzu kann der „Sexualmedizinische Fragebogen bei urogenitalen Selbstmanipulationen“ (SF-UGSM) sein, mithilfe dessen alle kontextuell wesentlichen Informationen zu UGSM erfasst werden können. Weil aus der klinischen Praxis ebenfalls bekannt ist, dass die Patientengruppe äußerst auskunftsunwillig ist und nach erfolgter Notfallversorgung am liebsten augenblicklich die Klinik verlässt, ist es wichtig, alle relevanten Informationen direkt bei der Aufnahme vor Beginn der Notfallversorgung in Erfahrung zu bringen. Aus diesem Grund handelt es sich bei dem SF-UGSM um ein Fremdbeurteilungsverfahren, welches in Form einer Checkliste gestaltet ist. Das bedeutet, dass der aufnehmende Arzt in 5 bis 10 Minuten alle wesentlichen Fragen zu UGSM stellen und die Antworten auf dem Fragebogen überwiegend durch Ankreuzen eintragen kann. Hierbei werden erfragt: Geschlecht, Alter, Beruf, sexuelle Orientierung, Bindungsstatus, Lebensalter bei Beginn erster UGSM, Anzahl bisheriger UGSM-Komplikationen, Anzahl bisheriger Notfallversorgungen wegen UGSM-Komplikationen, Art und Weise der UGSM generell, Folgeschäden früherer UGSM-Komplikationen, Art und Weise der UGSM aktuell, Ausprägungsform der aktuellen UGSM-Komplikationen, Ausprägungsform der Geschlechtsidentität, Paraphilien (transvesitischer Fetischismus, Sado- / Masochismus), urogenitale Fehlbildungen, Operationen und Erkrankungen, psychische Erkrankungen, psychiatrische und / oder psychotherapeutische Behandlungserfahrungen, Drogenkonsum. Der SF-UGSM ermöglicht damit eine kompakte Bestandsaufnahme aller sexualmedizinisch relevanten Informationen und durch die Standardisierung der Datenerhebung perspektivisch eine statistische Auswertung der Ergebnisse.

## Literatur

- Abado, C. H. N., 2007. The Male Sexual Quotient: A brief, self-administered questionnaire to assess male sexual satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*. 4 (2), 382-389.
- Ahlers, Ch. J., Schaefer, G. A., Wille, R., Beier K. M., 2003. Das Modul Sexualdelinquenz im Forensisch-psychiatrischen Dokumentationssystem (FPDS). *Sexuologie*. 11 (1/2), 1-23.
- Ahlers, Ch. J., Schaefer, G. A., Beier, K. M., 2004. Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis: Ein Überblick über die Fragebogenentwicklung in Sexualwissenschaft und Sexualmedizin. *Sexuologie*. 11 (3/4), 74-97.
- Ahlers, Ch. J., Schaefer, G. A., Beier, K. M., 2006. Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit in DSM-IV und ICD-10. *Sexuologie*. 12 (3/4), 120-152.

- Ahlers Ch. J., Neymeyer J., Schaefer G. A., Wülfing T., Beer M., Beier K. M., 2008. Recommendations for a sexo-medical approach to the assessment, treatment, and aftercare of patients with complications following sexually motivated Urogenital Selfmanipulations (UGSM). Oral Presentation at the 13th Congress of the International Society of Sexual Medicine and the 11th Congress of the European Society of Sexual Medicine, 07.–11.12.2008, Brussels, Belgium, EU. Abstract published in *The Journal of Sexual Medicine* (PD-089) 2008, 1–149.
- Albrecht K., Günther D., Ückert S., Jonas U., Breitmeier D., 2007. Traumatische Selbstmanipulationen am Urogenitaltrakt. Abstractband: 16. Frühjahrstagung Süd der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, Weimar, 22./23.06.2007, 32.
- Althof, S., Rosen, R., Symonds, T., Mundayat, R., May, K., Abraham, L., 2006. Development and Validation of a New Questionnaire to Assess Sexual Satisfaction, Control and Distress Associated with Premature Ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*. 3 (3), 465–475.
- American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and statistical 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
- Bailes, S., Creti, L., Fitchen, C. S., Libman, E., Brender, W. & Amsel, R., 1998. Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning. In Davis, C. M., Yarber, W. L., Bauserman, R., Schreer, G., Davis, S. L. (Eds.), *Handbook of Sexuality – Related Measures*, Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 251–255.
- Bancroft, J., 2000. Die Medikalisierung sexueller Probleme. *Zeitschrift für Sexualforschung*. 13, 69–76.
- Bancroft, J., Loftus, J., Long, S., 2003. Distress About Sex: A National Survey of Women in Heterosexual Relationships. *Archives of Sexual Behavior*. 32 (3), 193–208.
- Beals, J., Novins, D. K., Spicer, P., Orton, H. D., Mitchell, C. M., Barón, A. E., Manson, S. M., 2004. Challenges in Operationalizing the DSM-IV Clinical Significance Criterion. *Archives of General Psychiatry*. 61 (12), 1197–1207.
- Beier, K. M., Ahlers, Ch. J., 2003 a. Nähe, Bindung und Liebe sind schützende Faktoren – Sexualität und Partnerschaft bei neurologischen Erkrankungen. In: Delisle et al. (Eds.), *Schluss mit Lust und Liebe?* München: Reinhardt Verlag.
- Beier, K. M., Ahlers, Ch. J., 2003 b. Sexualität und Partnerschaft bei neurologischen Erkrankungen. In: Gaebel W., Hartung H. P. (Eds.), *Psyche, Schmerz, sexuelle Dysfunktion*. Berlin: Springer Verlag.
- Beier, K. M., Ahlers, Ch. J., 2004a. Auswirkungen von Morbus Parkinson auf Sexualität und Partnerschaft. *Psycho-neuro*. 30 (8), 449–452.
- Beier, K. M., Ahlers, Ch. J., 2004 b. Auswirkungen von Multipler Sklerose auf Sexualität und Partnerschaft. *Psycho-neuro*. 30 (10), 463–567.
- Beier, K. M., Loewit, K. K., 2004. Lust und Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie. Berlin: Springer Verlag.
- Beier, K. M., Bosinski, H. A. G., Loewit, K. K., 2005. *Sexualmedizin*, 2. Aufl. Urban & Fischer.
- Bonierbale, M., Clement, A., Loundou, A., Simeoni, M.-C., Barrau, K., Hamidi, K. et al., 2006. A New Evaluation Concept and Its Measurement: Male Sexual Anticipating Cognitions. *Journal of Sexual Medicine*. 3 (1), 96–103.
- Brähler, E., Holling, H., Leutner, D. & Petermann, F. (Hrsg.), 2002. *Brickenkamp Handbuch psychologischer Tests* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Brähler, E., Schumacher, J. & Strauß, B. (Hrsg.), 2003. *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Brener, M. M., Rhode, A., 2002. The German Version of the Female Sexual Function Index (FSFI-d). Systematic Validation and Concept of Evaluation. *Int J Impotence Res*. 14 (4), 79–90.
- Brener, M. M., Kriston, L., Zahradnik, H.-P., Härtner, M., Rhode, A., 2004. Überprüfung der Gültigkeit und Zuverlässigkeit des deutschen Female Sexual Function Index (FSFI-d). *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 64, 293–303.
- Büsing, S., Hoppe, C. & Liedtke, R., 2001. Sexuelle Zufriedenheit von Frauen – Entwicklung und Ergebnisse eines Fragebogens. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 51, 68–75.
- Chevret, M., Jaudinot, E., Sullivan, K., Marrel, A., Gendre, A.S., 2004. Quality of sexual life and satisfaction in female partners of men with ED: psychometric validation of the Index of Sexual Life (ISL) questionnaire. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 30 (3), 141–155.
- Clayton, A., Segraves, R., Leiblum, S., Basson, R., Pyke, R., Cotton, D. et al, 2006. Reliability and Validity of the Sexual Interest and Desire Inventory-Female (SIDI-F), a Scale Designed to Measure Severity of Female Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 32 (2), 115–135.
- Daker-White, G., 2002. Reliable and Valid Self-Report Outcome Measures in Sexual (Dys)function: A Systematic Review. *Archives of Sexual Behavior*. 31 (2), 197–209.
- Derogatis, L. R., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, A., Heiman, J., 2002. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 28 (4), 317–330.
- Fliegel, S. & Thiemann, K., 2006. Diagnostik in der Psychotherapie sexueller Störungen. Akademie für Fortbildung in Psychotherapie.
- Galea, J., Butler, J., Iacono, T., Leighton, D., 2004. The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 29 (4), 350–365.
- Goldberg, D.P., Williams, P., 1988. *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, England: NFER-Nelson.
- Hartmann, U., 1992. Quo vadis, Sexualtherapie? Die Medicalisierung sexueller Störungen und ihre Konsequenzen. In: ProFamilia (Eds). *Zwischen Lust und Unlust: Unsicherheiten mit dem Sexuellen*. Frankfurt/M: ProFamilia.
- Hartmann, U. & Becker, H. (2002): *Störungen der Geschlechtsidentität. Ursachen, Verlauf, Therapie*. Wien: Springer.
- Heim, D., Strauss, B., 2001. Klinisch-Psychologische Aspekte der erektilen Dysfunktion: Die Bedeutung psychosozialer Faktoren. *Zeitschrift für klinische Psychologie*

- und Psychotherapie 30 (2), 97–103.
- Heim, D., Strauss, B., 2003. Differentialdiagnostik der erektilen Dysfunktion mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ein Überblick. *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 12, 5ff.
- Heinemann, L.A.J., Potthoff, P., Heinemann, K., Pauls, A., Ahlers, Ch. J., Saad, F., 2004. „Scale for Quality of Sexual Function (QSF) as an outcome measure for both genders?“ *Journal of Sexual Medicine*. 2, 82–95.
- Kassebaum, U.B., 2004. Interpersonelles Vertrauen. Entwicklung eines Inventars zur Erfassung spezifischer Aspekte des Konstrukts. Phil. Diss. Univ. Hamburg
- Kessler, R.C., McConagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., Kendler, K.S., 1994. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from a National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 51, 8–19.
- Langer, D., Hartmann, U., 1992. Psychosomatik der Impotenz. Bestandsaufnahme und integratives Konzept. Enke, Stuttgart.
- Langer, D., Langer, S., 1988. Sexuell gestörte und sexuell zufriedene Frauen. Eine empirische Untersuchung an Selbstdarstellungen von Frauen. Huber, Bonn.
- Lehmann, A., 2007. Psychosoziale Einflussfaktoren auf das weibliche Sexualverhalten. Unveröffentlichte Dissertation, Freie Universität Berlin.
- Linehan, M.M., 1993. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Madersbacher, S., 2004. Sexuelle Störungen der Frau – eine Querschnittsuntersuchung. 19 th Congress of the European Association of Urology (EAU). Wien, Österreich, EU.
- Meston, C. M., Derogatis, L. R., 2002. Validated Instruments for Assessing Female Sexual Function. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 28 (1), 155–164.
- Meston, C. M., 2003. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Female Orgasmic Disorder and in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 29, 39–46.
- Meston, C., Trapnell, P., 2005. Development and Validation of a Five-Factor Sexual Satisfaction and Distress Scale for Women: The Sexual Satisfaction scale for Women (SSS-W). *Journal of Sexual Medicine*. 2 (1), 66–81.
- Miller, R.S., Lefcourt, H.M., 1982. The assessment of social intimacy. *Journal of Personality Assessment*. 46 (5), 514–518.
- Mirowsky, J., Ross, C., 1989. Social Causes of psychological distress. New York: Adline De Gruyter.
- Neutze, J., Ahlers, Ch. J., Beier, K., M., Goecker, D., Hupp, E., Mundt, I. A., Schaefer, G. A., 2005a. The Inventory of fulfilled Psycho-Social Needs in Relationships (PSYSON). Unpublished manuscript.
- Neymeyer J., Ahlers Ch. J., Laux T., Ruffert B., Beer M. und Beier K. M., 2008. Empfehlung für eine sexualmedizinische Umgangsweise und Dokumentation bei sexuell motivierten, urogenitalen Manipulationen. Poster, präsentiert auf der 20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Andrologie. 11.–13.09. 2008, Halle (Saale).
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., 2003. Sexual Modes Questionnaire: Measure to assess the Interaction among Cognitions, Emotions, and sexual Response. *The Journal of Sex Research*. 40 (4), 368–382.
- Nolen-Hoeksema, S., McBride, A., & Larson, J., 1997. Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 855–862.
- Poulin, C., Lemoine, O., Poirier, L.R., Lambert, J., 2005. Validation study of a nonspecific psychological distress scale. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 40, 1019–1024.
- Préville, M., Potvin, L., Boyer, R., 1995. The structure of psychological distress. *Psychological Reports*, 77, 275–293.
- Quirk, F., Haughie, S., Symonds, T., 2005. The Use of the Sexual Function Questionnaire as a Screening Tool for Women with Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*. 2 (4), 469–477.
- Rosen, R. C., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D’Agostino, R., 2000. The Female Sexual Function Index (FSFI). A multidimensional Self- Report Instrument for the Assessment of female sexual Function. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 26, 191–208.
- Simons, J. S., Carey, M. P., 2001: Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*. 30 (2), 177–219.
- Sparwasser C. & Niclas C., 2006. Verletzungen des Urogenitaltrakts. In: *Facharztwissen Urologie - Differenzierte Diagnostik und Therapie*. Schmelz H. U., Sparwasser Ch. und Weidner W., Springer, Berlin / Heidelberg.
- Spitzer, R. L., Wakefield, J. C., 1999. DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: Does it help solve the false positives problem. *American Journal of Psychiatry*. 156 (12) 1856–1864.
- Symonds, T., Boolell, M., Quirk, F., 2005. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 31 (5), 385–397.
- Toledano, R., Pfaus, J., 2006. The Sexual Arousal and Desire Inventory (SADI): a multidimensional scale to assess subjective sexual arousal and desire. *Journal of Sexual Medicine*. 3(5), 853–77.
- Vickberg, S. M. J., Deaux, K., 2005. Measuring the dimensions of women’s sexuality: The Women’s Sexual Self-Concept Scale. *Sex Roles*. 53 (5), 361–369.
- Von Gruchalla, B., Hahlweg-Widmoser, B., Gugger, B, Teschner, A., Debus, G., 2003.
- Peri- und Postmenopause – Körperlichkeit, Sexualität und Selbstbild der älteren Frau. *Zentralblatt für Gynäkologie*. 125, 202–208.
- Watson, D., Kendall, P.C., 1989. Understanding anxiety and depression: their relation to positive and negative affective states. In Kendall, P.C. & Watson, D. (Eds.), *Anxiety and depression, distinctive and overlapping features*. San Diego, CA: Academic Press, pp. 3–26.
- Zimmer, D., 1994. Fragebogen zur Sexualität und Partnerschaft. Urban & DGVT, Tübingen.

### Das Sexualpräferenz-Männchen (SPM)

**Sexuelles Erleben:** Sexuelle Impulse, Gedanken, Gefühle, Träume und Fantasien; insbesondere **Begleitfantasien bei der Selbstbefriedigung**

**Sexuelles Selbstbild**

So bin ich in sexueller Hinsicht

**Sexuelles Verhalten:** Alle konkreten, tatsächlich realisierten sexuellen Handlungen, sexuelle Kontakte, sexuelle Interaktion

  

#### 1. Sexuelles Erleben

Wie viel Prozent Ihrer sexuellen **Begleitfantasien bei der Selbstbefriedigung** (insbesondere jene, die zu einem sexuellen Erregungshöhepunkt führen) verfallen auf welche körperlichen Entwicklungsstadien (Kinder / Jugendliche / Erwachsene) und auf welches Geschlecht und in welcher Alterspanne befinden sich Ihre Sexualpartner in diesen Sexualfantasien ungefähr?

Alle Angaben zu 1.1, 1.2 und 1.3 zusammen sollen 100 % ergeben!

**1.1 Kinder** (vor der Pubertät):

a) Mädchen: \_\_\_%, im Alter von \_\_\_ bis \_\_\_

b) Jungen: \_\_\_%, im Alter von \_\_\_ bis \_\_\_

**1.2 Teenager / Jugendliche** (in und nach der Pubertät):

a) Mädchen: \_\_\_%, im Alter von \_\_\_ bis \_\_\_

b) Jungen: \_\_\_%, im Alter von \_\_\_ bis \_\_\_

**1.3 Erwachsene** (nach der Teenager- / Jugendphase):

a) Frauen: \_\_\_%, im Alter von \_\_\_ bis \_\_\_

b) Männer: \_\_\_%, im Alter von \_\_\_ bis \_\_\_

Bitte zeichnen Sie diese Proportionen so ein, dass alle zusammen 100% ergeben

Abb. 1 Zeigt Seite 1 und 2 (von 8) des Sexualpräferenz-Männchens

**Die Sexualpädagogische Päd-Ampel (SPA) – Ein Verhaltensleitfaden für den Umgang mit Pädophilie**

	<b>Grün!</b>	<b>Gelb!</b>	<b>Rot!</b>
	<b>Keine Gefahr für Kinder und für mich selbst! Kein Problemverhalten!</b>	<b>Potentielle Gefahr für Kinder und für mich! Risikoverhalten, auf der Schwelle zum Problemverhalten!</b>	<b>Akute Gefahr für Kinder und für mich selbst! Problemverhalten! Stopp! Verboten!</b>
<b>Sozialer Kontakt</b>	<b>Sozialer Kontakt mit Kindern</b> , im Beisein anderer Erwachsener aus dem eigenen sozialen Umfeld (z.B. Familie, Nachbarschaft, Vereine).	<b>Sozialer Kontakt mit einzelnen Kindern in der Öffentlichkeit</b> , ohne Beisein anderer Erwachsener aus dem eigenen sozialen Umfeld: z.B. Park, Zoo, Kirmes, Kino, Schwimmbad etc.	<b>Sozialer Kontakt mit einzelnen Kindern außerhalb der Öffentlichkeit</b> , ohne Beisein anderer Erwachsener: z.B. Wohnung, Dachboden, Keller, Garten, Wald oder andere unbeobachtete Orte.
<b>Körperlicher Kontakt</b>	Körperlicher Kontakte mit Kindern im Beisein anderer Erwachsener aus dem eigenen sozialen Umfeld (z.B. Familie, Nachbarschaft, Vereinen): z.B. <b>Hand geben / Hand nehmen, einhaken, Arm umlegen.</b>	Körperlicher Kontakt mit Kindern in der Öffentlichkeit ohne Beisein anderer Erwachsener aus dem eigenen sozialen Umfeld: z.B. <b>Händchenhalten, auf den Schoß nehmen, umarmen, im Arm halten.</b>	Jede Form von sexuellem Körperkontakt. Merke: Jede sexuell motivierte Berührung ist eine sexuelle Handlung! z.B. <b>Streicheln, Schmusen, Küssen, Berühren / Anfassen an Brust, Po oder Genitalien.</b>
<b>Sexueller Kontakt</b>	<b>Erwachsene:</b> vollständig geschlechtsreifer Entwicklungsstatus.	<b>Teenager / Jugendliche:</b> gerade geschlechtsreifer Entwicklungsstatus.	<b>Kinder:</b> kindlicher, nicht geschlechtsreifer Entwicklungsstatus.
<b>Sexuell erregende Bilder</b>	<b>Akt-, FKK-, und Katalogbilder:</b> Kunst-, Urlaubs-, Badehosen- und Wäschebilder.	<b>Nackt-, Erotik-, Posingbilder:</b> Keine Fokussierung auf Genitalien und sexuelle Handlungen.	<b>Pornografie:</b> Fokussierung auf Genitalien und sexuelle Handlungen.

**Abb. 2** Die Sexualpädagogische Päd-Ampel (SPA) – Ein Verhaltensleitfaden für den Umgang mit Pädophilie**Adresse der AutorInnen**

Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Dipl.-Psych. Janina Neutze, Dipl.-Psych. Ingrid Mundt, Dipl.-Psych. Elena Hupp, Dipl.-Psych. Anna Konrad, Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier, Dipl.-Psych. Gerard A. Schaefer, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, [www.sexualmedizin.charite.de](http://www.sexualmedizin.charite.de)