

Diplomarbeit

**Aggression und Sexualität bei psychiatrischen
Erkrankungen**

eingereicht von

Carina Siegl

Mat.Nr.:0211987

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Univ. Klinik für Psychiatrie

unter der Anleitung von

Univ.-Doz. Dr. Raphael M. Bonelli

Dr. Karin Reisinger

Ort, Datum

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am

Danksagungen

Ich möchte Univ. Doz. Dr. med. et scient. Raphael M. Bonelli sehr herzlich für die Betreuung der Diplomarbeit und für die Bereitstellung der dafür notwendigen Strukturen danken. Ebenso danken möchte ich Dr. Karin Reisinger, die uns bei der Rekrutierung der Patienten eine sehr große Hilfe war.

Ein großer Dank geht auch an alle an unserer Studie teilnehmenden Patienten für ihre engagierte Mitarbeit.

Danke sagen möchte ich ebenfalls meinen Eltern, die mir dieses Studium ermöglichten, sowie meinem Freund für die mentale Unterstützung während der gesamten Studienzeit.

Ein weiterer Dank geht schlussendlich an meine beiden Studienkolleginnen, die mir während des gesamten Studiums in fachlichen wie auch privaten Dingen zur Seite gestanden sind.

Zusammenfassung

Menschen, die an psychiatrischen Erkrankungen leiden, erfahren aufgrund dessen in ihrem täglichen Leben häufig starke Veränderungen. So stellt die Neigung zu aggressivem Verhalten unter Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen ein häufiges Problem dar, das nicht nur den Patienten selbst, sein familiäres Umfeld und seine sozialen Kontakte, sondern auch die therapeutische Beziehung beeinträchtigt. Sexuelle Störungen sind ebenso eine häufige Konsequenz einer psychiatrischen Erkrankung und sind nicht nur auf die akute Krankheitsphase limitiert. Sie stellen für den Betroffenen und seinen Partner meist ein großes Problem dar und können die Lebensqualität stark beeinträchtigen.

Das Ziel der Arbeit war es, Aggression, sexuelle Probleme, die Qualität der Paarbeziehung und das Selbstbild bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen zu untersuchen und mit der Normalbevölkerung zu vergleichen. Dazu wurden 41 Patienten mittels standardisierter Fragebögen untersucht.

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigten im Vergleich zur Norm vermehrt Selbstaggression sowie Erregbarkeit und aggressive Charakterzüge. Patienten mit Angst- und Panikstörung wiesen wiederum verminderte spontane Aggression sowie eine signifikant erhöhte Aggressionshemmung auf. Schizophrene Patienten zeigten im Vergleich zur Norm ebenfalls eine gesteigerte Aggressionshemmung. Im Bezug auf die Sexualität zeigte sich, dass die Mehrheit der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Angst- und Panikstörung trotz bestehender Partnerschaft in letzter Zeit nicht sexuell aktiv war. Im Vergleich zur Norm bestanden unter jenen Patienten mit Angst- und Panikstörung oder Schizophrenie signifikant vermehrte Störungen in der sexuellen Interaktion und der Selbstbefriedigung. Im Bezug auf die Partnerschaft zeigten alle Krankheitsgruppen gehäufte Probleme in der partnerschaftlichen Einflussverteilung.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die Art der psychiatrischen Erkrankung einen Einfluss auf das Vorkommen von Aggression zu haben scheint. So scheint unter den untersuchten Patienten die Borderline-Persönlichkeitsstörung Aggression zu fördern, während bei den beiden übrigen Erkrankungen eine starke Aggressionshemmung festzustellen ist. Die psychiatrische Erkrankung scheint ebenso einen bedeutenden negativen Einflussfaktor auf die Sexualität der befragten Patienten darzustellen, indem sowohl Frequenz als auch Qualität der sexuellen Interaktion verringert werden. Um eine valide Aussage über diese Thematik treffen zu können, wären jedoch weitere Untersuchungen mit einer deutlich erhöhten Patientenzahl von Nöten.

Abstract

A psychiatric disorder causes significant changes in the lives of affected people. One example is the association between mental illness and aggressive behaviour, which has many negative consequences and affects social as well as therapeutic relationships.

Sexual dysfunctions are also a common problem among psychiatric patients and aren't limited to the acute phase of the illness. Sexual problems can affect self-esteem, subjective well-being, partnership and quality of life in general.

The aim of this study was to examine aggressive behaviour, sexual problems and the quality of the partnership among patients with the psychiatric diagnoses borderline personality disorder, anxiety disorders and schizophrenia. To do so, 41 patients filled out standardized self-report questionnaires.

Patients with borderline personality disorder showed significantly higher self-directed aggression and aggressive traits than the norming sample. In comparison to the norming sample patients with anxiety disorders showed significantly reduced frequency of spontaneous aggression and increased inhibition of aggression. The latter was also shown by schizophrenic patients.

As far as sexuality is concerned, the majority of patients with borderline personality disorder or anxiety disorders hasn't been sexually active recently. Patients with anxiety disorders or schizophrenia had more problems concerning sexuality than controls. Patients of all groups reported more problems in the distribution of influence in their relationships. In this study, the type of the psychiatric disorder seems to influence the occurrence of aggressive behaviour. While patients with borderline personality disorder showed increased aggression, patients with anxiety disorders or schizophrenia showed strong inhibition of aggression. The psychiatric disorder affects sexuality as well and becomes manifest in a reduced frequency and quality of sexual interaction.

Further investigations will be needed, especially with a larger sample size, to confirm and expand these findings.

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen	ii
Zusammenfassung	iii
Abstract.....	iv
Inhaltsverzeichnis	v
Tabellenverzeichnis	vii
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Teil.....	3
2.1 Aggression - ein Überblick.....	3
2.1.1 Das Aggressionsverständnis.....	3
2.1.2 Arten der Aggression.....	4
2.1.3 Aggressionstheorien	5
2.1.4 Biologie der Aggression.....	7
2.1.5 Aggression bei psychiatrischen Patienten	7
2.2 Sexualität – theoretischer Hintergrund.....	9
2.2.1 Biologie der Sexualität	10
2.2.2 Die ungestörte Sexualität.....	11
2.2.3 Sexualstörungen	12
2.2.4 Sexualität bei psychiatrischen Erkrankungen.....	15
2.3 Die Schizophrenie	17
2.3.1 Allgemeine Betrachtungen	17
2.3.2 Schizophrenie und Aggression	19
2.3.3 Schizophrenie und Sexualität	21
2.4 Angst- und Panikstörung	23
2.4.1 Allgemeine Betrachtungen	23
2.4.2 Angst- und Panikstörung und Aggression.....	25
2.4.3 Angst- und Panikstörung und Sexualität	27
2.5 Borderline - Persönlichkeitsstörung	29
2.5.1 Allgemeine Betrachtungen	29
2.5.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung und Aggression.....	30
2.5.3 Borderline-Persönlichkeitsstörung und Sexualität	32
3 Hypothesen.....	34
4 Material und Methoden	34
4.1 Patienten	34
4.1.1 Rekrutierung der Patienten	34
4.1.2 Einschlusskriterien	34
4.1.3 Ausschlusskriterien.....	35
4.1.4 Versuchsablauf	35
4.2 Fragebögen	36
4.2.1 Fragebögen zum Thema Aggression.....	36
4.2.2 Fragebögen zum Thema Sexualität und Partnerschaft	37
4.3 Datenverarbeitung und -analyse	40
4.3.1 Datenbank.....	40
4.3.2 Statistische Methoden.....	40
5 Resultate	40
5.1 Soziodemographische Daten	40
5.2 Ergebnisse zur Aggression	41
5.2.1 FAF.....	41
5.2.2 STAXI	44

5.2.3	BDHI	46
5.3	Ergebnisse zu Sexualität und Partnerschaft.....	48
5.3.1	Häufigkeit einer bestehenden Partnerschaft	48
5.3.2	TSST	49
5.3.3	Sexuelle Funktionen	50
5.3.4	Problemliste	53
5.3.5	PFB	54
5.3.6	Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK)	55
6	Diskussion	57
7	Literaturverzeichnis	60
	Lebenslauf	70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: FAF: Vergleich der Krankheitsgruppen mit der Normstichprobe (t-Test).....	42
Tabelle 2: FAF (ANOVA).....	43
Tabelle 3: Mehrfachvergleiche FAF: Erregbarkeit	43
Tabelle 4: Mehrfachvergleiche FAF: Selbstaggression.....	44
Tabelle 5: STAXI: Vergleich der Krankheitsgruppen mit der Normstichprobe (t-Test)	44
Tabelle 6: STAXI (ANOVA)	45
Tabelle 7: Mehrfachvergleiche STAXI : Angry Temperament (Ärger-Temperament)	45
Tabelle 8: Mehrfachvergleiche STAXI : Anger In.....	46
Tabelle 9: BDHI: Vergleich der Krankheitsgruppen (Frauen) mit der Normstichprobe (t-Test)	47
Tabelle 10: BDHI ANOVA (Männer und Frauen).....	48
Tabelle 11: TSST: Vergleich der Krankheitsgruppen mit der Normstichprobe (t-Test).....	49
Tabelle 12: TSST (ANOVA).....	50
Tabelle 13: Sexuelle Funktionen: Hatten Sie in letzter Zeit Geschlechtsverkehr?	50
Tabelle 14: Sexuelle Funktionen: Gefühle vor Geschlechtsverkehr:	51
Tabelle 15: Sexuelle Funktionen: Erregung beim Geschlechtsverkehr:	51
Tabelle 16: Sexuelle Funktionen: Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? (Frage nur für Frauen).....	51
Tabelle 17: Sexuelle Funktionen: Gibt es Probleme beim Geschlechtsverkehr? (Frage nur für Frauen)	51
Tabelle 18: Sexuelle Funktionen: Hatten Sie schon ein mal in Ihrem Leben einen Orgasmus?	52
Tabelle 19: Sexuelle Funktionen: Hatten Sie in letzter Zeit einen Orgasmus?	52
Tabelle 20: Sexuelle Funktionen: Fühlen Sie sich nach dem Geschlechtsverkehr körperlich befriedigt?.....	52
Tabelle 21: Sexuelle Funktionen: Fühlen Sie sich nach dem Geschlechtsverkehr seelisch befriedigt?.....	52
Tabelle 22: Problemliste.....	53
Tabelle 23: PFB: Vergleich der Krankheitsgruppen mit der Normstichprobe (t-Test).....	54
Tabelle 24: PFB (ANOVA).....	54
Tabelle 25: FBeK : Vergleich Krankheitsgruppen mit der Normstichprobe (t-Test).....	55
Tabelle 26: FBeK (ANOVA)	55
Tabelle 27: Mehrfachvergleiche FBeK : Unsicherheit.....	56
Tabelle 28: Mehrfachvergleiche FBeK : Attraktivität.....	56

1 Einleitung

Menschen, die an psychiatrischen Erkrankungen leiden, können aufgrund dessen in ihrem täglichen Leben starke Beeinflussung erfahren.

Ein Beispiel dieser Veränderung, das sowohl die Gefühlswelt als auch das Verhalten betrifft, ist eine häufig festgestellte Neigung zu erhöhter Aggression unter psychiatrischen Patienten (1,2). Dieser Umstand kann für den Betroffenen sowohl im familiären, beruflichen als auch sozialen Bereich zu Problemen führen und die therapeutische Beziehung negativ beeinflussen.

Sexualität wiederum stellt eine wichtige Komponente menschlichen Erlebens dar, wobei Störungen in diesem Bereich durch verschiedene Aspekte einer psychiatrischen Erkrankung auftreten können (3). So kann die Erkrankung selbst das Erleben der eigenen Sexualität massiv beeinträchtigen (4,5). Von Bedeutung ist auch der Einfluss auf die Sexualität psychiatrischer Patienten durch die psychotrope Medikation und deren Nebenwirkungen (6-8). Nicht zu vergessen ist, dass eine psychiatrische Erkrankung immer noch in gewisser Weise eine Stigmatisierung mit sich bringt, die zu sozialer Isolation der Betroffenen führen kann und folglich auch das Kennenlernen potentieller Partner erschwert.

Im ersten Teil dieser Arbeit werden Aggression und Sexualität aus theoretischer Sicht behandelt, um die Hintergründe etwaiger Probleme besser verstehen zu können. Zunächst wird Aggression definiert, eine Unterteilung in die unterschiedlichen Aggressionsarten gegeben und sowohl theoretische als auch biologische Erklärungen für die Entstehung von Aggression zusammengefasst. Danach wird die Sexualität, die damit verbundenen physiologischen Reaktionen im menschlichen Körper und die potentiellen Störungen in diesem Bereich beleuchtet.

Der Studienteil dieser Arbeit behandelt Aggression und Sexualität bei den drei psychiatrischen Krankheitsbildern Borderline-Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie sowie Angst- und Panikstörung. Mittels Fragebögen erfolgte sowohl die Erhebung von Aggression, deren Qualitäten und möglichen Erscheinungsformen als auch die Erfassung der Sexualität, der Probleme in diesem Bereich und der Qualität der Paarbeziehung.

Ergebnisse auf beiden Gebieten können Hilfsmittel für die Behandelnden darstellen, da durch das Wissen über etwaige Beeinträchtigungen, deren Häufigkeit, Prädiktoren und Konsequenzen besser auf jene eingegangen werden kann.

2 Theoretischer Teil

2.1 Aggression - ein Überblick

2.1.1 Das Aggressionsverständnis

Aggression ist ein häufig verwendetes Wort im alltäglichen Sprachgebrauch, jedoch ist seine Verwendung in keiner Weise einheitlich, da jeder Mensch etwas anderes damit meint. Sei es körperliche Gewalt, Wutausbrüche, Streitereien unter Kindern oder das Mobbing von Arbeitskollegen - Aggression wird mit vielen dieser Dinge assoziiert. Ebenso wird der Begriff Aggression in der Alltagssprache sowohl für innere aggressive Empfindungen als auch für aggressives Verhalten verwendet, sodass eine Unterscheidung oft nicht sofort möglich ist.

Auch die Vorstellung, was denn genau Aggression ist, ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Für den einen sind Aggressionen Gefühle, die durch einen Auslöser zum Ausdruck gelangen können; andere stellen sich, wie die Ausdrucksweisen „Aggressionen hinauslassen“ oder „Aggressionen abreagieren“ zeigen, eine Art psychische Energie vor, die verbraucht werden kann (9).

Trotz der verschiedenen Auffassungen scheinen jedoch drei Punkte im Aggressionsverständnis der Menschen gemeinsam zu sein: Erstens muss ein gewisser Schaden entstanden sein, zweitens muss eine Absicht gegeben sein und drittens muss irgendeine Art der Normabweichung vorhanden sein (10).

Auch Definitionen von Aggression enthalten meist den Begriff einer Schädigung als Kernaussage: „Eine Aggression besteht in einem gegen einen Organismus oder ein Organismussurrogat gerichteten Austeilen schädigender Reize“ definiert Herbert Selg (11). Sehr weit gefasst ist die Definition von Hoffmann von Aggression als „Sammelbegriff, der gleichermaßen Motive, Denkinhalte, Affekte und Verhaltensänderungen umschreibt, denen ein intendierter, zupackender, meist schädigender Einfluss auf Sachen oder Personen zukommt“ (12).

Bei Betrachtung der Thematik Aggression sind jedoch auch verwandte Begriffe zu beleuchten. Während *Aggression* ein Verhalten, eine Aktivität bezeichnet, beschreibt der Begriff *Aggressivität* eine Bereitschaft zu aggressivem Verhalten im Sinne einer Eigenschaft einer Person (11).

Unter dem Begriff *Gewalt* werden für gewöhnlich schwerwiegende, meist physische Formen der Aggression bezeichnet, wie zum Beispiel körperliche Angriffe (9).

Ärger, Wut und Zorn wiederum sind Emotionen, die im Zusammenhang mit Aggression festgestellt werden können, jedoch impliziert das Vorhandensein dieser Gefühle nicht automatisch auch das Vorkommen von Aggression. So kann ein Mensch seinen Ärger „hinunterschlucken“, ohne aggressiv zu werden; ebenso kann aggressives Verhalten ohne vorherige Ärgergefühle auftreten (z.B. Raubüberfall) (11).

2.1.2 Arten der Aggression

Aggression hat viele verschiedene Gesichter und kann in äußerst unterschiedlicher Art und Weise in Erscheinung treten. Zur Systematisierung kann Aggression nach Herbert Selg grob in zwei große Gruppen unterteilt werden, nämlich in äußerlich-formale und inhaltlich-motivationale Aggressionsformen (11).

Im Bezug auf die äußerlich-formale Einteilung unterscheidet man folgende Arten der Aggression:

- 1) offene (körperliche, verbale) Aggression vs. verdeckte (phantasierte) Aggression
- 2) direkte Aggression vs. indirekte Aggression (wie z.B. üble Nachrede)
- 3) Einzelaggression vs. Gruppenaggression (z.B. Schlägerei)
- 4) Autoaggression (Aggression gegen sich selbst) vs. Fremdaggression

Unter der inhaltlich-motivationalen Einteilung wiederum kann man folgende Aggressionsarten zusammenfassen:

- 1) positive (legitime, wie z.B. Selbstverteidigung) vs. negative (illegitime) Aggression
- 2) expressive (affektbedingte und –begleitete) Aggression vs. feindselige (Schaden beabsichtigende) Aggression vs. instrumentelle (zielgerichtete, Schaden nicht beabsichtigende) Aggression (13)
- 3) spontane Aggression vs. reaktive (provozierte) Aggression vs. Aggression auf Befehl (z.B. Krieg)
- 4) spielerische Aggression vs. ernste Aggression

2.1.3 Aggressionstheorien

Neben den vielen Arten, Aggression zu definieren, wurden im Laufe der Zeit auch viele verschiedene Theorien entwickelt, wie denn Aggression zu erklären sei.

Eher von historischer Bedeutung ist dabei die Triebtheorie. Laut dieser besitzt jeder Mensch einen Trieb, der ihn zu aggressivem Verhalten drängt. Einer der bedeutendsten Vertreter dieser Theorie, Sigmund Freud, vertrat die Meinung, dass es außer dem Lebenstrieb (Eros) auch ein Gegenstück, den Todestrieb (Thanatos) gibt, dessen Ziel es ist, Lebendiges zu zerstören (14). Beide Triebe ständen jedoch ständig in einer Art Wettstreit, sodass der Todestrieb sein Ziel nicht so einfach erreichen kann und er vom Lebenstrieb auf diese Weise nach außen gelenkt wird, dass er sich als aggressive Verhaltensweise manifestiert (15).

Ebenso triebtheoretische Vorstellungen vertrat Friedrich Hacker, der unter Aggression psychische Energien verstand, die durch die Gesellschaft strömen und frei (in Form von Gewalt) oder gebunden (durch Instanzen wie das Gewissen oder äußere Normen) und damit entschärft in Erscheinung treten können (16).

Ein weiterer bedeutender Vertreter der Triebtheorie ist Konrad Lorenz, der sich in seinem Buch „Das sogenannte Böse“ mit dem Aggressionstrieb beschäftigte. Dieser erfüllt seiner Meinung nach einen wichtigen arterhaltenden Zweck, wie zum Beispiel durch die Verteidigung der Nachkommen, die Verteilung des Lebensraums und der

Ernährungsressourcen sowie die Selektion durch Rivalenkämpfe. Aufgrund dessen sei der Aggressionstrieb zwar für das Überleben von Lebewesen notwendig, wäre beim Menschen jedoch in der heutigen Zeit problematisch, da es keine Möglichkeit mehr gäbe, die Aggression adäquat abzureagieren. Außerdem erklärt Lorenz das Ausmaß, in dem der Aggressionstrieb im Menschen von heute vorhanden ist, als Konsequenz einer „extremen Herauszüchtung aller sogenannten kriegerischen Tugenden“ durch den Selektionsfaktor Krieg (17).

Die Frustrations-Aggressionstheorie stellt eine weitere Vorstellung dar, die auf folgenden Annahmen beruht: Aggression sei immer die Folge von Frustration und Frustration führe immer zu einer Art von Aggression. Frustration wurde in diesem Zusammenhang als „Störung einer zielgerichteten Aktivität“ definiert. Diese These erwies sich jedoch sehr bald als zu eng gefasst und wurde in diesem Sinn revidiert, dass Frustration eine Reihe von Reaktionen hervorrufen könne, darunter auch Aggression (9).

Die Lerntheorie spielt seit den 60er Jahren eine bedeutende Rolle in der Aggressionsforschung. Aggression beruht nach lerntheoretischer Auffassung wie andere Arten des Verhaltens auch zum großen Teil aus Lernvorgängen, wobei drei verschiedene Formen von Lernvorgängen von Bedeutung sind.

Beim *Lernen am Modell* (Imitationslernen) werden durch die Beobachtung des Verhaltens anderer Individuen Verhaltensmuster erlernt - es kommt zu einer Nachahmung. Nach Albert Bandura sind dazu jedoch 4 Prozesse Bedingung, damit Lernen am Modell erfolgreich sein kann: Aufmerksamkeit, Gedächtnis, motorische Reproduktionsmöglichkeit sowie Bekräftigung bzw. Motivation (18).

Beim *Lernen am Erfolg* wiederum werden Verhaltensweisen, die zu einem erwünschten Ergebnis geführt haben, bevorzugt eingesetzt und so ins Verhaltensrepertoire aufgenommen. Nutzeffekte aggressiven Verhaltens könnten dabei zum Beispiel das Durchsetzen eigener Wünsche, die Ausübung von Macht, ein materieller Gewinn sowie das Erlangen von Beachtung sein.

Das *kognitive Lernen* als dritte Form des Lernvorgangs ist vor allem bei der Interpretation verschiedener Situationen und bei der Planung und Steuerung des eigenen Verhaltens von Bedeutung (9).

Zu Erklärung der Aggression orientiert sich die heutige Aggressionsforschung überwiegend an multikausalen Erklärungsmodellen, da es keiner der klassischen Theorien

allein möglich ist, Aggression in ihrer Komplexität ausreichend zu erklären. Ebenso sind bei der Entstehung aggressiven Verhaltens auch weitere Gesichtspunkte zu beachten: So nehmen sowohl die aktuelle Situation und die Vorereignisse als auch die jeweilige Person, ihre Geschichte, persönliche Entwicklung und ihr kulturelles Umfeld Einfluss darauf, ob und auf welche Weise Aggression in Erscheinung tritt.

2.1.4 Biologie der Aggression

Aggression ist multifaktoriell bedingt, wobei die folgenden neurobiologische Aspekte lediglich einen kleinen Teil des umfassenden Bedingungsgefüges in der Aggressionsgenese umfassen. Ebenso ist es nicht möglich, menschlicher Aggression einen festen Platz im Gehirn zuzuordnen, da verschiedene Strukturen in unterschiedlicher Art und Weise daran beteiligt sind. Der frontale Kortex und dabei vor allem der prä- und orbitofrontale Bereich spielt dabei eine wichtige Rolle durch die Auswahl und bewusste Steuerung des Verhaltens. Das limbische System (vor allem die Amygdala und der Hippocampus) und der Hypothalamus wiederum sind ebenso an der Aggressionsgenese beteiligt (19, 20).

Auch Hormone und andere Botenstoffe können Aggression beeinflussen. So zeigen unter anderem Noradrenalin, Cortison, Wachstumshormon und Testosteron einen Zusammenhang mit aggressivem Verhalten (21). Serotonin wiederum zeigt einen hemmenden Einfluss auf aggressives Verhalten, im Besonderen auf impulsive Formen der Aggression (19,20).

2.1.5 Aggression bei psychiatrischen Patienten

Psychiatrische Erkrankungen können mit vielen verschiedenen Veränderungen im Verhalten der betroffenen Personen einhergehen, häufig wird dabei auch eine vermehrte Neigung zu aggressivem Verhalten beobachtet (1). Diese kann sowohl im privaten als auch im klinischen Bereich große Probleme mit sich bringen und war daher in den letzten 20 Jahren Gegenstand vieler Untersuchungen. Die Vergleichbarkeit der vorhandenen Ergebnisse stellt sich jedoch aufgrund der Heterogenität der Untersuchungsweise als sehr schwierig dar, da sowohl unterschiedliche Patientenkollektive (stationär vs. nicht-stationär,

verschiedene Krankheitsbilder) als auch verschiedene Aggressionsarten mit wiederum unterschiedlichen Erhebungsmethoden untersucht wurden. Aus diesem Grund schwanken Angaben, wie viele psychiatrische Patienten aggressives Verhalten zeigen, zwischen 10 und 40% (1,22-26). Allgemein lässt sich jedoch feststellen, dass das Augenmerk der vorangegangenen Studien auf der Gewalttätigkeit psychiatrischer Patienten liegt und leichtere Formen der Aggression (wie zum Beispiel Drohungen, Beschimpfungen) seltener erfasst werden. Nichtsdestotrotz können alle Formen der Aggression die therapeutische Beziehungen negativ beeinflussen, zu psychischen Belastungen des Krankenhauspersonals führen und ebenso den Patienten in seinen sozialen Kontakten beeinträchtigen, was deutlich die Bedeutung dieser Thematik in der Psychiatrie zeigt.

2.2 Sexualität – theoretischer Hintergrund

Der Begriff der Sexualität tauchte erst sehr spät, nämlich zu Beginn der 19. Jahrhunderts, in der wissenschaftlichen Sprache auf und bezog sich zunächst nur auf die Geschlechtlichkeit eines Menschen: männlich oder weiblich. Erst im Lauf der Zeit nahm der Begriff der Sexualität langsam jene Bedeutung an, die er auch im heutigen Sprachgebrauch besitzt. So werden seit dem 20. Jahrhundert unter diesem Begriff nicht mehr nur die sexuelle Lust und die Fortpflanzung zusammengefasst, sondern Sexualität als wesentlicher Aspekt der Persönlichkeit und des Erlebens eines Menschen betrachtet (27).

Auch die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Thematik der Sexualität erfolgte spät. Nachdem die Mediziner Binet, Lasegue und Westphal ab 1870 erstmals verschiedene Varianten sexuellen Verhaltens wissenschaftlich beschrieben, erschien erst 1886 die erste sexualmedizinische Gesamtdarstellung durch den Gerichtspsychiater Krafft-Ebing. In seinem Buch *Psychopathia Sexualis* beschrieb er verschiedene Formen sexuell abweichenden Verhaltens und definierte einige auch heute noch verwendete Begriffe (28).

Nachdem Sexualität zunächst sehr lange noch unter moralischen Einstellungen bewertet wurde und als sündhaft galt, erfolgte zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine Wende im Verständnis von Sexualität durch Sigmund Freud, der sogar die Entwicklung und die Psyche eines Menschen durch die Sexualität bestimmt sah. Er ging dabei von einem Sexualtrieb aus, dessen psychologische Erscheinungsform er als Libido definierte und versuchte ebenfalls, alle Erscheinungsformen der Sexualität verstehbar zu machen. Nichtsdestotrotz beschäftigte man sich in der Sexualwissenschaft noch lange Zeit beinahe ausschließlich mit den Abweichungen sexuellen Verhaltens, den Paraphilien (28).

Pionierarbeit in der Untersuchung des „normalen“ sexuellen Verhaltens wurde schließlich in den USA geleistet, wo Alfred C. Kinsey seine Erkenntnisse zwischen 1948 und 1953 in den sogenannten „Kinsey-Reporten“ veröffentlichte. Diese bezogen sich auf die Befragungen von 12000 Personen und lieferten wichtige und neue Erkenntnisse zum Thema Sexualität. Sie stellten somit die erste breitangelegte epidemiologische Untersuchung auf diesem Gebiet dar (28).

Einige Jahre später befassten sich der Gynäkologe William H. Masters und dessen spätere Frau Virginia E. Johnson mit den Sexualfunktionen, deren Physiologie und Störungen.

Bald darauf begannen sie, sexuelle Probleme zu behandeln, wobei ihre Therapieprogramme teilweise bis heute Anwendung finden (27).

2.2.1 Biologie der Sexualität

Die physiologischen Hintergründe der Sexualität sind bis heute nicht vollständig bekannt. Vieles, das wir wissen, stammt aus Tiermodellen und wurde daraufhin für den Menschen übernommen; dennoch gelang es noch nicht, die biologischen Komponenten vollständig zu verstehen. Es ist jedoch sicher, dass die sexuellen Funktionen ein komplexes Zusammenspiel von Botenstoffen wie Neurotransmittern oder Hormonen sowie verschiedener Gehirnregionen bedingen (29).

Im Gehirn sind verschiedene Gebiete an der sexuellen Funktionsfähigkeit mitbeteiligt. Sowohl der Parietallappen (30), der prä- und orbitofrontale Kortex (31) als auch temporale Assoziationsgebiete (32) spielen bei der sexuellen Reaktion eine bedeutende Rolle, wobei diese Ergebnisse jedoch größtenteils auf Untersuchungen an Männern basieren. Ein weiteres wichtiges Gebiet ist das limbische System und dabei vor allem die Amygdala, die über die Freisetzung von NO unter anderem den sexuellen Reaktionszyklus reguliert (33). Ebenso sind die Basalganglien und der paraventriculäre Nucleus des Hypothalamus (über Mediation der Erektion) an der sexuellen Reaktion des Menschen beteiligt (34). Die Hypophyse wiederum spielt im Bezug auf die vegetativen Funktionen und die Hormonaktivität eine wichtige Rolle (29).

Hormone zählen zu wichtigen biologischen Komponenten der menschlichen Sexualität. Bei beiden Geschlechtern stellt die Hypothalamus – Hypophysenvorderlappen – Gonaden - Achse den bedeutendsten Regelkreis für die sexuellen Reaktionen dar (28).

Der Hypothalamus sendet das Gonadotropin-Releasinghormon (GnRH) zur Hypophyse, die daraufhin Luteinisierendes Hormon (LH) und Follikel-stimulierendes Hormon (FSH) freisetzt. Diese wirken auf die Gonaden ein und führen unter anderem zu einer Stimulation der Hormonproduktion bei beiden Geschlechtern.

Abgesehen von den reproduktiven Funktionen ermöglicht Östrogen alle Stufen des weiblichen sexuellen Funktionszyklus wie sexuelles Verlangen, Erregung oder den Orgasmus. Testosteron wiederum fördert das sexuelle Verlangen bei beiden Geschlechtern und ermöglicht den Orgasmus und die Ejakulation beim Mann (7, 29).

Progesteron, Prolaktin und bei Männern Östrogen haben im Gegensatz zu den oben genannten Hormonen hemmenden Einfluss auf die sexuelle Funktion (29).

Neben den Hormonen haben auch Neurotransmitter und -peptide einen Einfluss auf die menschliche Sexualität. So beeinflussen die Neurotransmitter Dopamin (u.a. durch Mediation der Erektion) Norepinephrin (u.a. durch Beteiligung sowohl an Erektion als auch an Ejakulation) wie auch Acetylcholin und Histamin die sexuelle Funktionsfähigkeit in fördernder Art und Weise. Serotonin und GABA wiederum wirken in hemmender Form auf die sexuelle Reaktion ein (35). Unter den Neuropeptiden spielen Oxytocin, Vasopressin und das Vasoaktive Intestinale Peptid (VIP) eine Rolle im sexuellen Reaktionszyklus und zeigen dabei eine aktivierende Funktion (29,35).

2.2.2 Die ungestörte Sexualität

Nach Masters und Johnson unterteilt man den sexuellen Reaktionszyklus des Menschen, der die physiologischen Reaktionen auf sexuelle Stimulierung beschreibt, in vier Phasen. Zunächst tritt die Erregungsphase ein, in der es beim Mann zur Erektion und bei der Frau zur vaginalen Lubrikation kommt. Danach folgt die sogenannte Plateauphase, die eine Fortsetzung der Erregungsphase darstellt und in der die Erregung bis zum Orgasmus auf gleichem Niveau anhält. Die folgende Orgasmusphase, in der es zum plötzlichen Nachlassen der Muskel- und Nervenanspannung kommt, geht in die sogenannte Rückbildungsphase über, in der die Geschlechtsorgane und allgemein der ganze Körper in den ursprünglichen, nichterregten Zustand zurückkehren. In dieser letzten Phase des sexuellen Reaktionszyklus kommt es beim Mann zur sogenannten Refraktärperiode, in der keine Reaktion auf sexuelle Reize möglich ist und die individuell und altersabhängig unterschiedlich lange andauern kann (36).

Ein wichtiger Begriff im Bezug auf die sexuelle Reaktion des Menschen, der in dem Schema von Masters und Johnson fehlt, ist jener der sexuellen Appetenz. Diese beschreibt das Verlangen nach irgendeiner Form der sexuellen Handlung und hängt von biologischen Faktoren, d.h. Hormonen ab, wird jedoch auch von der inneren Stimmung und äußeren Begleitumständen beeinflusst. Sie scheint ebenso altersabhängig zu sein, erreicht bei Männern einen Gipfel um das 20. Lebensjahr mit einer darauffolgenden kontinuierlichen

Abnahme, während bei Frauen bis zum 35. Lebensjahr ein Anstieg mit einem nur langsam folgenden Rückgang festgestellt wurde (28).

2.2.3 Sexualstörungen

Der Begriff der Sexualstörung unterlag im Laufe der Geschichte äußerst häufigen und starken Veränderungen und wurde von gesellschaftlichen und politischen Faktoren beeinflusst (37). Heute unterscheidet man allgemein drei Formen der sexuellen Störungen: die sexuellen Funktionsstörungen, die Geschlechtsidentitätsstörungen und die Paraphilien.

2.2.3.1 Sexuelle Funktionsstörungen

Unter sexuellen Funktionsstörungen bezeichnet man „Beeinträchtigungen im sexuellen Verhalten, Erleben und in den physiologischen Reaktionsweisen, die eine für beide Partner befriedigende sexuelle Interaktion behindern oder unmöglich machen“ (28).

Nach Arentewicz und Schmidt besteht die Möglichkeit, die sexuellen Funktionsstörungen gemäß der verschiedenen zeitlichen Abschnitte des sexuellen Reaktionszyklus einzuteilen (38).

In der Appetenzphase kann es dabei bei beiden Geschlechtern zu herabgesetzter oder aufgehobener sexueller Lust und sexuellem Desinteresse kommen. Im schwerwiegendsten Fall ist sogar eine sexuelle Aversion möglich, das heißt, es besteht sogar Widerwillen, Ekel oder ein Vermeidungsverhalten im Bezug auf sexuelle Aktivitäten.

In der Erregungsphase können Erregungsstörungen, Erektionsstörungen bzw. Störungen der Lubrikation der Scheide auftreten. Im weiteren Verlauf sind das Auftreten eines Vaginismus (krampfartige Verengung des Scheideneingangs, die Koitus erschweren oder unmöglich machen kann) oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, die sogenannte Dyspareunie oder Algopareunie, möglich.

Weitere Störungen können auch in einer fortgeschritteneren Phase des sexuellen Reaktionszyklus auftreten. Hierbei kann es beim Mann zu verschiedenen Störungen der Ejakulation kommen, wie zum Beispiel zur Ejaculatio praecox (vorzeitige Ejakulation), Ejaculatio tarda (verzögerte Ejakulation), Ejaculatio deficiens (fehlende Ejakulation) oder zur Ejaculatio retrograda (retrograde Ejakulation).

Orgasmusstörungen sind ebenfalls möglich, wie zum Beispiel eine Abschwächung oder sogar das Fehlen eines Orgasmus. Trotz Vorhandensein eines Orgasmus kann es zu mangelnder Befriedigung im Sinne eines fehlenden Lustgefühls und Orgasmuserlebens kommen.

In der nachorgastischen Phase sind wiederum Verstimmungen wie zum Beispiel Gereiztheit, innere Unruhe, Depressionen oder Missempfindungen im Genitalbereich möglich (38).

Nach eher formalen Gesichtspunkten kann man die sexuellen Funktionsstörungen nach folgenden Kriterien einteilen (39):

- 1) Beginn: initial (nur am Anfang des Sexuallebens) – primär (vom Beginn des Sexuallebens an) – sekundär (nach zunächst ungestörtem Sexualleben auftretend)
- 2) Auftreten: fakultativ (nicht immer auftretend) – obligatorisch (immer auftretend)
- 3) Verlauf: akut - chronisch
- 4) Ausmaß: partiell (Funktion beeinträchtigt) – total (Funktion ausgefallen)
- 5) Praktik: praktikabhängig (z.B. nicht bei Masturbation) - praktikunabhängig
- 6) Partner/in: partnerabhängig - partnerunabhängig
- 7) Situation: situationsabhängig - situationsunabhängig

Diese Einteilung kann sowohl im Bezug auf Ätiologie als auch Prognose der sexuellen Funktionsstörung Hinweise liefern. So können Funktionsstörungen, die zum Beispiel beim Geschlechtsverkehr, jedoch nicht bei Masturbation auftreten, den Hinweis liefern, dass keine organische Genese vorhanden ist. Ebenso kann man bei chronischen Störungen im Vergleich zu akuten Problemen von einer eher schlechteren Prognose ausgehen (39).

Ursachen sexueller Funktionsstörungen

Im Allgemeinen kann man bei den Ursachen sexueller Funktionsstörungen funktionell-psychische und körperliche Gründe unterscheiden, wobei diese Einteilung sicherlich

willkürlich ist, da Körper und Geist im Bezug auf Sexualität so eng verbunden sind, dass eine strikte Unterteilung schlichtweg nicht zielführend sein kann (29).

Die psychischen Ursachen sexueller Funktionsstörungen können grob in 4 Bereiche geteilt werden: innerpsychische Ängste, Probleme in der Partnerschaft, fehlende sexuelle Erfahrungen und Versagensangst (28).

Zu den innerpsychischen Ängsten zählen Triebängste (Furcht, die Kontrolle über den eigenen Körper zu verlieren), Beziehungsängste (Angst vor Abhängigkeit), Geschlechtsidentitätsängste (Überzeugung, keine richtige Frau / kein richtiger Mann zu sein) und Gewissensängste (Probleme mit erlernten moralischen Vorstellungen), wobei letztere aufgrund der sexuellen Liberalisierung heute nur mehr eine untergeordnete Rolle spielen .

Probleme in der Partnerschaft und sexuelle Schwierigkeiten stehen immer in engem Zusammenhang (28). Nach Arentewicz und Schmidt werden vier partnerdynamische Prozesse unterschieden , die eine sexuelle Funktionsstörung bedingen können. Beim ersten Prozess, der *Delegation*, hat ein Partner unbewusst Interesse an der sexuellen Funktionsstörung des anderen Partners, zum Beispiel, um eigene Probleme zu überspielen. Ein *Arrangement* wiederum kann zwischen den Partnern bewusst oder unbewusst im Sinne einer gestörten sexuellen Funktion vorliegen, wenn beide Partner damit zufrieden sind. Ebenso kann die sexuelle Funktionsstörung als *Wendung gegen den Partner* eingesetzt werden, zum Beispiel als Zeichen von Dominanz. Durch den vierten Prozess, das *Ambivalenz-Management*, kann mittels der sexuellen Funktionsstörung die erwünschte Distanz zum Partner hergestellt werden.

Fehlende sexuelle Erfahrungen bzw. sexuelle Lerndefizite können durch mangelnde Information, zum Beispiel wie Sexualität heute gelebt wird, zu erhöhter Unsicherheit und zu Problemen in diesem Bereich führen.

Im Sinne eines Circulus vitiosus kann eine Versagensangst sexuelle Funktionsstörungen sowohl aufrecht erhalten als auch verstärken (38).

Zu den körperlichen Ursachen für Beeinträchtigungen der Sexualfunktion zählen unzählige Erkrankungen. Sowohl metabolische Störungen (Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen etc.), nervale Erkrankungen (Insult, Polyneuropathie, etc), kardiovaskuläre Erkrankungen (Arteriosklerose, Hypertonie, etc.) als auch operative Eingriffe im Becken- und Urogenitalbereich können die Sexualfunktion negativ

beeinflussen (39). Neben diesen Erkrankungen können auch Medikamente die Sexualität beeinträchtigen. Diese unerwünschte Wirkung spielt vor allem bei Psychopharmaka, Antiepileptika, Blutdrucksenkern und Sedativa eine Rolle (28).

2.2.3.2 Paraphilien

Paraphilien, die auch als Störungen der Sexualpräferenz oder sexuelle Deviationen bezeichnet werden, kann man im Sinne eines sexuellen Drangs nach einem unüblichen Sexualobjekt oder nach einer nicht üblichen Art sexueller Stimulation beschreiben. Aufgrund der großen Variabilität sexueller Verhaltensweisen gestaltete es sich jedoch schwierig, eine klare Trennlinie zwischen „normalem“ und „gestörtem“ sexuellen Verhalten zu ziehen (28).

Nach DSM-IV werden der Exhibitionismus, der Voyeurismus, die Pädophilie, der Fetischismus, der Masochismus, der Sadismus und der Frotteurismus als Paraphilien klassifiziert (40).

2.2.3.3 Störungen der Geschlechtsidentität

Die Störungen der Geschlechtsidentität wurden erstmalig im Jahr 1980 als Krankheit klassifiziert (39). Gemeinsam ist diesen Störungen eine dauerhafte Identifikation mit dem anderen Geschlecht, das Verlangen, diesem Geschlecht anzugehören bzw. als Angehörige(r) dieses Geschlechts angesehen zu werden und das Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht. Der Transsexualismus stellt dabei die Extremform der Geschlechtsidentitätsstörungen dar und geht häufig mit dem Wunsch nach biologischer Geschlechtsangleichung (mittels operativer Eingriffe, Hormontherapie) einher (37).

2.2.4 Sexualität bei psychiatrischen Erkrankungen

Sexualität stellt eine natürliche und bedeutende Komponente menschlichen Erlebens und Verhaltens dar, sowohl bei psychisch Gesunden als auch bei psychiatrischen Patienten.

Gestützt auf die Ergebnisse früherer Studien hielt sich sehr lang das Vorurteil, dass Personen, die an psychiatrischen Erkrankungen leiden, kein oder nur abnormes sexuelles

Verhalten hätten. Die Überrepräsentanz von Untersuchungen, die sich auf abweichendes sexuelles Verhalten oder risikoreiches Sexualverhalten bezogen (41-43), drängte die Tatsache in den Hintergrund, dass auch viele Patienten mit schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen ein erfülltes Sexualleben haben können (29,44).

Nichtsdestotrotz treten Störungen der Sexualität bei psychiatrischen Patienten sehr häufig auf und sind nicht nur auf die akute Phase der psychiatrischen Erkrankung beschränkt (3,45). Sie stellen für die Betroffenen und auch deren Partner häufig ein beachtliches Problem dar, auf das jedoch oft nicht oder nur unzureichend eingegangen wird, da Sexualität bis heute noch ein gewisses Tabu-Thema darstellt.

2.3 Die Schizophrenie

2.3.1 Allgemeine Betrachtungen

Die Schizophrenie, die zur Hauptgruppe der endogenen Psychosen gehört, ist als Erkrankung schon sehr lange bekannt, wurde jedoch früher mit anderen Bezeichnungen beschrieben. 1898 gelang es Emil Kraepelin, die verschiedenen Erscheinungsbilder dieser Erkrankung unter dem Begriff der „Dementia praecox“ zusammenzufassen.

1911 gab der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler dieser Erkrankung die Bezeichnung „Schizophrenie“ und erkannte ebenso deren Grundmerkmale

Bei der Schizophrenie können alle psychischen Funktionen verändert sein, charakteristisch ist dabei ein Auftreten von Ich-Störungen, Denkstörungen, Halluzinationen, Wahn, Affektstörungen sowie psychomotorischen Störungen (37).

Die Prävalenz der Schizophrenie wird in der Literatur mit ungefähr 0,2 - 0,5% angegeben (46), wobei regionale Unterschiede im Sinne etwas geringerer Prävalenzraten in Entwicklungsländern bestehen (47). Das Erkrankungsalter liegt bei männlichen Personen meist zwischen 20 und 25 Jahren, bei Frauen kommt es jedoch durchschnittlich 3-5 Jahre später zum Auftreten der Schizophrenie (48,49).

Die Symptomatik der schizophrenen Erkrankung kann in verschiedener Art und Weise eingeteilt werden. Von Eugen Bleuler stammt die Unterteilung in Grundsymptome und akzessorische Symptome. Zu den Grundsymptomen zählen Störungen der Affektivität, formale Denkstörungen, Ich-Störungen, Autismus und Ambivalenz, während zu den akzessorischen Symptomen Wahn, Halluzinationen und katatone Symptome gerechnet werden.

Eine weitere Einteilung erfolgte von Kurt Schneider, der Symptome 1. Ranges (wie Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung und -entzug, Wahnwahrnehmungen, kommentierende Stimmen usw.) und Symptome 2. Ranges (wie sonstige Formen der Halluzination, Wahneinfälle usw.) unterschied.

Heute hat die Einteilung in die positiven und negativen Symptome große Bedeutung gewonnen, vor allem auch in therapeutischen Belangen. Als wichtigste positive Symptome gelten dabei Halluzinationen, Wahnsymptome, formale Denkstörungen (v.a. Verfahrenheit) und bizarres Verhalten, während zu den negativen Symptomen Affektverflachung, Antriebs- und Interessenverlust, Sprachverarmung, sozialer Rückzug und Verlust der

Lebensfreude zählen (37). Auf dieser Einteilung beruht auch eine der wichtigsten Skalen zur Evaluierung der Psychopathologie einer Schizophrenie, die Positive And Negative Symptom Scale (PANSS) (50).

Ebenso wie die Symptomatik der Schizophrenie unterteilt wird, werden auch verschiedene Subtypen dieser Erkrankung unterschieden. Von Emil Kraepelin stammt eine bis heute brauchbare Einteilung, die auf dem Vorkommen des dominantesten Symptomenkomplexes beruht.

Bei der *paranoiden Schizophrenie* handelt es sich um die häufigste Untergruppe, die von Wahnideen und halluzinatorischen Erlebnissen geprägt ist. Sie beginnt akut oder subakut und besitzt typischerweise einen schubförmigen Krankheitsverlauf.

Die *hebephrene Schizophrenie* wiederum ist durch Veränderungen im affektiven Bereich wie Affektverflachung und Parathymie sowie durch Verhaltens- und Denkstörungen gekennzeichnet. Positive Symptome sind zwar möglich, jedoch nicht vordergründig (37).

Bei der *katatonen Schizophrenie*, die sehr selten ist, beherrschen Störungen der Motorik und des Antriebs das klinische Bild, wobei jedoch ein Wechsel zwischen psychomotorischer Erregung und Stupor möglich ist (51).

In die neuere Untergruppe der Schizophrenie, der *undifferenzierten Form*, werden jene Patienten eingeordnet, die die Kriterien für die jeweiligen anderen Untergruppen nicht erfüllen, bei denen jedoch eine Schizophrenie diagnostisch gesichert ist (37).

Zu den weiteren Subgruppen gehören die *Schizophrenia simplex*, die mit großer diagnostischer Unsicherheit behaftet ist und die eine symptomarme Form mit Fehlen positiver Symptome darstellt, sowie der *Residualtyp*, der nach Ablauf einer akuten psychotischen Episode bestehen kann (51).

Die Schizophrenie stellt eine Erkrankung dar, die die Lebensqualität der Betroffenen massiv einschränken kann. Dazu tragen neben den belastenden Symptomen auch weitere Schwierigkeiten im täglichen Leben schizophrener Menschen bei, wie zum Beispiel finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, oder die durch Diskriminierung fehlenden Möglichkeiten, an sozialen Aktivitäten teilzunehmen (52).

Der Verlauf einer Schizophrenie ist keineswegs einheitlich. Einerseits sind ein Wiederauftreten psychotischer Episoden in unterschiedlicher Häufigkeit möglich, andererseits kommt es ungefähr bei einem Fünftel der Patienten nach der Ersterkrankung zu Symptomfreiheit (53).

2.3.2 Schizophrenie und Aggression

Die erhöhte Aggression und mögliche Gewalttätigkeit schizophrener Menschen ist ein sehr lange bekanntes Phänomen. Sie stellt nicht nur im familiären, sozialen und therapeutischen Bereich ein großes Problem dar, sondern trägt auch zur Stigmatisierung schizophrener Patienten in der Bevölkerung bei. Sie erhielt dadurch in der Forschung in den letzten Jahrzehnten eine größere Bedeutung, was sich in einer relativ großen Anzahl der Studien zu dieser Thematik niederschlägt, wobei jedoch meist offene Formen der Aggression wie Gewalttätigkeit erfasst wurden.

Die Häufigkeit aggressiven Verhaltens unter Schizophrenen variiert je nachdem, welche Art der Aggression beschrieben wird. Die Rate an schizophrenen Personen, die eine beliebige Art von Aggression (verbale Aggression, Aggression gegen Gegenstände, Aggression gegen Personen) zeigen, beläuft sich in der Literatur auf bis zu 70%, wobei jedoch die Dunkelziffer speziell leichter Formen aggressiven Verhaltens sicherlich sehr hoch ist (54,55). Gewalttätigkeit, die schwerste Form aggressiven Verhaltens, wurde ebenso bei einer relativ großen Anzahl von Personen beobachtet. Die Angaben in der Literatur schwanken dabei zwischen 10% und 60%, betragen jedoch meist um die 30% (54-61).

Im Bezug auf die Folgen dieser aggressiven Verhaltensweisen ist allerdings festzustellen, dass unmittelbare körperliche Beeinträchtigungen der Opfer durch diese Angriffe glücklicherweise selten sind (56,57).

Betrachtet man den Geschlechtsunterschied unter den aggressiven beziehungsweise gewalttätigen Schizophrenen, gehen die Meinungen in der Literatur auseinander. Während in der Allgemeinbevölkerung das männliche Geschlecht bei aggressiven und gewalttätigen Verhaltensweisen führend ist, gibt es unter schizophrenen Menschen vor allem für die leichteren Formen aggressiven Verhaltens unterschiedliche Ergebnisse. So stellten einige Studien erhöhte Raten von Aggression und Gewalttätigkeit bei männlichen Schizophrenen fest (56,57), wobei vor allem die Verwendung einer Waffe oder das tatsächliche Verletzen des Gegners bei Männern gehäuft auftrat (62). Sehr häufig zeigte sich jedoch kein signifikanter Geschlechtsunterschied betreffend aggressivem oder gewalttätigem Verhalten (58-60,63).

Einige Risikofaktoren, die aggressives oder gewalttätiges Verhalten unter schizophrenen Patienten vorhersagen können, konnten in den vergangenen Jahren identifiziert werden, wobei jedoch einige der Ergebnisse widersprüchlich sind. Jüngeres Alter zeigte in einigen Studien einen signifikanten Zusammenhang mit aggressivem Verhalten (59,63) während andere Autoren diesen Umstand nicht bestätigten (56,64).

Auch Arbeitslosigkeit stellt einen Risikofaktor für gewalttätiges Verhalten dar (55), ebenso wie die Komorbidität mit einer Form des Suchtmittelmissbrauchs (55-57,59), wobei jedoch auch hier gegenteilige Ergebnisse vorhanden sind (58). Aggressives oder gewalttätiges Verhalten in der Vorgeschichte stellt ebenso einen Risikofaktor für ein erneutes Auftreten solcher Verhaltensweisen dar (59,65).

Interessanterweise sind auch bezüglich des Zusammenhangs zwischen Aggression und dem Vorhandensein von Symptomen der Schizophrenie widersprüchliche Ergebnisse vorhanden. Vor allem das Vorhandensein einer Positiv-Symptomatik stellte in vielen Studien einen Risikofaktor für gewalttätiges Verhalten dar (66-70), während dies in einer Studie von Milton et al. jedoch nicht nachgewiesen werden konnte (55).

Verschiedene Studien versuchten ebenfalls, einen Zusammenhang zwischen dem Symptomscore PANSS und dem Auftreten von Aggression nachzuweisen. Während in einer Studie von Cheung et al. sowohl der gesamte PANSS Score sowie der Subscore der positiven und negativen Symptome unter aggressiven Patienten signifikant erhöht war (65), zeigte sich in einer Studie von Buckley et al. kein erhöhter Score der negativen Symptome (71). Swanson et al. stellten sogar ein vermindertes Auftreten aggressiven Verhaltens mit steigendem Score der Negativsymptomatik fest (68).

Aggression und Gewalttätigkeit unter schizophrenen Patienten scheinen auch einen beitragenden Faktor für den Verlauf der Erkrankung darzustellen. So zeigten Studien, dass aggressive Patienten im Gegensatz zu nichtaggressiven einen längeren stationären Aufenthalt hatten (72,73), öfter rehospitalisiert wurden (56), weniger psychosoziale Fähigkeiten hatten (71) und allgemein weniger Krankheitseinsicht zeigten (57,71).

2.3.3 Schizophrenie und Sexualität

Unter schizophrenen Menschen sind sexuelle Probleme sehr verbreitet und äußern sich in Abhängigkeit vom Geschlecht in verschiedener Art und Weise sowie mit unterschiedlicher Häufigkeit.

Allgemein scheint die Häufigkeit von Geschlechtsverkehr bei Schizophrenen im Gegensatz zur Normalbevölkerung verringert zu sein. So gaben in einer Studie mit 131 Schizophrenen mehr als die Hälfte der Befragten an, keinen Geschlechtsverkehr zu haben (74); beinahe idente Werte fanden sich in weiteren Studien (75,76). Ebenso gaben nur 12% der Männer und 35% der Frauen in einer Studie aus dem Jahr 2003 an, aktuell eine sexuelle Beziehung zu haben, während dies bei 70% der Männer und 80% der Frauen in der Kontrollgruppe der Fall war (77). Weitere Studien zeigten ähnliche Ergebnisse (43,78,79), wobei in einer davon ebenso ein allgemein vermindertes sexuelles Interesse unter Schizophrenen festgestellt wurde (79).

Die Verminderung der sexuellen Aktivität ist dabei möglicherweise direkt und indirekt auf Konsequenzen der Erkrankung wie allgemeiner sozialer Rückzug, Antriebslosigkeit oder Anhedonie zurückzuführen (80).

Bezüglich der Häufigkeit von Masturbation sind die bisherigen Studienergebnisse kontrovers. Es wurden dabei sowohl erhöhte Raten von Masturbation unter schizophrenen Männern im Vergleich zur Normalbevölkerung festgestellt (4), als auch eine geringere Häufigkeit der Selbstbefriedigung (74) und ein fehlender Unterschied (77).

Sexuelle Funktionsstörungen unter schizophrenen Patienten weisen allgemein eine hohe Prävalenz auf. Bei männlichen schizophrenen Patienten wird die Rate jener Personen, die an mindestens einer sexuellen Funktionsstörung leiden, ungefähr zwischen 45% und 60% angegeben und liegt damit deutlich über der Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung (3,77,78,81,82). Bei Frauen variieren die Angaben in der Literatur bezüglich der Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen zwischen 30% und 60% (77,78). Interessanterweise fanden sich in einer neueren Studie aus dem Jahr 2003 deutlich höhere Prävalenzraten: 82% der Männer sowie 96% der Frauen gaben mindestens eine sexuelle Funktionsstörung an (74).

Bezüglich der Arten der sexuellen Funktionsstörungen gibt es ebenso geschlechtsspezifische Unterschiede. So kommt es bei männlichen Schizophrenen gehäuft zu erniedrigtem oder sogar fehlendem sexuellen Verlangen (4,77), zu Problemen der sexuellen Erregungsfähigkeit (77), zu Erektionsstörungen, zur vorzeitigen Ejakulation (4, 74), zu verzögerter Ejakulation und Anejakulation (77) und zu verminderter Zufriedenheit mit der Qualität des Orgasmus (74). Weibliche Schizophrene wiederum gaben signifikant öfter an, den Geschlechtsverkehr nicht genießen zu können (74) und mit dem Geschlechtsverkehr körperlich und emotional weniger zufrieden zu sein (83).

Bezüglich der allgemeinen Zufriedenheit mit der eigenen Sexualität zeigte jedoch eine Studie von Raja et al., dass schizophrene Männer dennoch in Summe zufriedener mit ihrem Sexualeben sind als schizophrene Frauen (43).

Bei der Behandlung der Thematik der Sexualität bei Schizophrenen ist jedoch auch unbedingt auf den Einfluss der psychotropen Medikation auf die sexuelle Funktionsfähigkeit hinzuweisen. Dieser kann sich sowohl in einer Verbesserung als auch in einer Verschlechterung der sexuellen Funktion äußern (4,6,43), ist jedoch aus mehreren Gründen schwierig zu evaluieren. Zunächst gibt es nach Wissen der Verfasserin kaum Studien, die die Sexualität bei unbehandelten schizophrenen Patienten untersuchten. Dies trägt dazu bei, dass die Einflüsse der Schizophrenie selbst auf die Sexualität eines Patienten schwer von etwaigen Nebenwirkungen der Medikation zu differenzieren sind. Weiters ist zu beachten, dass menschliches Sexualerleben und -verhalten von biologischen, psychologischen, sozioökonomischen, kulturellen, ethischen und religiösen Faktoren beeinflusst werden kann und Störungen in diesem Bereich folglich multikausal verursacht werden können. Nichtsdestotrotz muss eine möglicherweise medikamentös induzierte sexuelle Funktionsstörung jedoch unbedingt ernst genommen werden, da sie eine häufige Ursache für eine Noncompliance bezüglich der Medikamenteneinnahme darstellt (84).

Neben den oben genannten sexuellen Funktionsstörungen beeinträchtigt die Schizophrenie ebenso psychologische Aspekte der Sexualität. So zeigte sich in einer Studie mit jungen schizophrenen Patienten eine deutlich verringerte Wertschätzung der Sexualität, ein vermindertes sexuelles Bewusstsein und eine verringerte sexuelle Kontrolle. Unter den schizophrenen Personen kam es ebenso zu einem gehäuften Auftreten des Gefühls der

Fremdbestimmtheit des eigenen Sexuallebens und zu einer gesteigerten Furcht vor sexuellen Beziehungen (77).

Die Bedeutung der sexuellen Funktionsstörungen zeigte sich durch Studien, die den Einfluss dieser Beeinträchtigungen auf die Paarbeziehung und allgemeine Lebensqualität untersuchten. Es zeigte sich, dass schizophrene Patienten, die an einer sexuellen Funktionsstörung litten, nicht nur mit dem sexuellen Kontakt zu ihrem Partner unzufrieden waren, sondern auch die allgemeine Zufriedenheit mit der Paarbeziehung im Gegensatz zu schizophrenen Patienten ohne sexuelle Beeinträchtigungen verringert war (82). Mehr noch gaben jene Patienten mit sexuellen Problemen eine signifikant verminderte allgemeine Lebensqualität an (3,82).

2.4 Angst- und Panikstörung

2.4.1 Allgemeine Betrachtungen

Der Oberbegriff Angst- und Panikstörung umfasst Erkrankungen, deren Kennzeichen das Auftreten von Angst- und Panikreaktionen ohne eine aktuelle Bedrohung ist. Sie gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen und erreichen eine Lebenszeitprävalenz von etwa 15%, wobei diese Erkrankungen bei Frauen häufiger sind (51).

Eine häufige Untergruppe der Angst- und Panikstörung stellt die Agoraphobie dar, die eine besonders komplexe und beeinträchtigende phobische Angst darstellt. Die Betroffenen fürchten Orte oder Situationen, wo sowohl Flucht als auch Hilfe beim Auftreten von Angst nicht möglich sind, wie zum Beispiel Menschenansammlungen, Aufzüge, Zugabteile, aber auch große leere Plätze. Die Angst, in eine solche hilflose Situation zu geraten, führt wiederum zum Auftreten eines Vermeidungsverhaltens und so zu sozialer Isolation.

Oft ist diese Erkrankung von einer Panikstörung begleitet oder es geht ihr eine solche voraus (85).

Die soziale Phobie ist eine Angst vor Situationen, in denen der Betroffene die Aufmerksamkeit anderer Personen auf sich zieht; dabei wird vor allem eine negative Bewertung der eigenen Person durch andere Menschen befürchtet. Die Betroffenen

vermeiden es zum Beispiel, vor anderen Menschen zu sprechen oder gemeinsam mit Anderen zu essen. Die Lebenszeitprävalenz dieser Erkrankung beträgt ungefähr 4 %, wobei Frauen ein doppelt so hohes Risiko haben, daran zu erkranken (86). Wie auch bei anderen Phobien wissen die Betroffenen um die Unangebrachtheit ihrer Befürchtungen, können diese jedoch nicht ignorieren (85). Durch das konsekutive Vermeidungsverhalten kann diese Erkrankung die sozialen Kontakte der Betroffenen stark beeinträchtigen und sie scheint auch aus diesem Grund unter den Angststörungen eine Untergruppe zu sein, die die Lebensqualität massiv einschränkt (87, 88).

Bei der spezifischen Phobie lösen bestimmte Situationen oder Objekte die Angstreaktion aus, wobei diese meist unmittelbar auftritt und in der Intensität meist von der Distanz zum Objekt oder von der Fluchtmöglichkeit abhängig ist. Typische Beispiele für spezifische Phobien sind die Akrophobie (Höhenangst), Aviophobie (Flugangst), Arachnophobie (Furcht vor Spinnen) oder die Klaustrophobie (Platzangst). Wie auch bei anderen Formen der Phobien kommt es ebenso zur Vermeidung derartiger Objekte oder Situationen (85).

Bei der generalisierten Angststörung kommt es im Gegensatz zu den oben genannten Phobien nicht zur situationsabhängigen, kurzzeitigen Angst, sondern zu länger dauernder Angst und Besorgtheit. Die Angst bezieht sich dabei zum Beispiel auf gewisse Lebensumstände (wie zum Beispiel unangemessene Geldsorgen oder Sorgen um die eigene Gesundheit) und schwankt in ihrer Intensität. Sie geht meist mit motorischer Unruhe, vegetativer Übererregbarkeit und allgemeiner Anspannung einher und kann dadurch das allgemeine Wohlbefinden der Betroffenen stark einschränken (85,88).

Die Panikstörung ist durch rezidivierende, unerwartete, nicht situationsabhängige Panikattacken sowie panikbezogene Befürchtungen gekennzeichnet. Sie kann mit Agoraphobie einhergehen; sehr häufig besteht auch eine Komorbidität mit Depression (89). Sie betrifft gehäuft das weibliche Geschlecht und erreicht eine Jahresprävalenz von ungefähr 2% (90). Bedeutend für diese Erkrankung ist die konsekutive Erwartungsangst im Bezug auf die Panikattacken und das darauffolgende Vermeidungsverhalten, das die Betroffenen entwickeln und das deren Lebensqualität meist massiv beeinträchtigt (88).

Angststörungen im Allgemeinen stellen folglich meist ein bedeutendes Problem für die Betroffenen dar, da viele Aspekte des täglichen Lebens negativ beeinflusst werden können. Aufgrund dessen, der erhöhten Rate an Suizidversuchen unter Personen mit Angst- und

Panikstörung (91) und der relativen Häufigkeit dieser Erkrankung stellt diese eine wichtige Gruppe unter den psychiatrischen Erkrankungen dar.

2.4.2 Angst- und Panikstörung und Aggression

Aggressionen und Angst scheinen bei erster Betrachtung Begriffe zu sein, die kaum etwas gemeinsam haben. Wenn man jedoch den sogenannten „fight or flight“ Mechanismus heranzieht, zeigt sich, dass neben Angst und Flucht auch Kampf und damit Aggression bereits evolutionsbedingt eine mögliche Antwort auf eine Bedrohung sein können. Auch aus einer physiologischen Perspektive zeigen Angst und Aggression Gemeinsamkeiten. So zeigte eine Studie, dass die Stimulation der selben limbischen Struktur sowohl eine ängstliche als auch eine aggressive Reaktion auslösen konnte (92). Ebenso führen sowohl Angst als auch Aggression zu einer sehr ähnlichen physiologischen Reaktion mit autonomer Aktivierung und den konsekutiven Symptomen Schwitzen, Hyperventilation und Tachykardie (93).

Zur Thematik Aggression und Angststörungen erfolgten relativ wenige Untersuchungen. Dadds et al. untersuchten alle Untergruppen der Angststörungen und deren Zusammenhang mit Ärger mittels des „Hostility and Direction of Hostility Questionnaire“, der das Ausmaß und die Richtung von Feindseligkeit (*Ärger über sich selbst* oder *Ärger über Andere*) erfasst. Generell zeigten alle Untergruppen erhöhte Feindseligkeit und signifikant erhöhten *Ärger über sich selbst*. Bezogen auf die einzelnen Untergruppen der Angststörung fanden sich unter den Patienten mit sozialer Phobie die höchsten Werte für *Ärger über sich selbst* (gemessen an den Unterskalen Selbstkritik und Schuldgefühle), gefolgt von jenen Patienten mit Agoraphobie, generalisierter Angststörung und Panikstörung. *Ärger über Andere* zeigte jedoch keine signifikante Erhöhung unter allen Patienten und schien in dieser Studie kein bedeutender Faktor unter den Angststörungen zu sein (94).

Eine weitere Studie verglich Patienten mit Angststörungen mit gesunden Kontrollen und fand im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöhte Ärger – Level unter jenen Personen mit Angststörung (95).

Eine Studie von Moscovitch et al. untersuchte vier verschiedene Aspekte von Ärger und Aggression (Ärger, Feindseligkeit, verbale und physische Aggression) unter Personen mit

sozialer Phobie, spezifischer Phobie und Panikstörung mit Hilfe eines Fragebogens. Dabei zeigte sich, dass Patienten mit sozialer Phobie signifikant mehr Ärger (definiert als Tendenz, reizbar und aufbrausend zu sein) und Feindseligkeit (definiert als Tendenz, argwöhnisch und verärgert zu sein) angaben als jene Personen in der Kontrollgruppe. Ebenso gaben Personen mit sozialer Phobie signifikant verminderte verbale Aggression an. Dies lässt sich jedoch aus der Tatsache erklären, dass Personen mit dieser Erkrankung allgemein Situationen meiden, in der sie die Aufmerksamkeit Anderer auf sich ziehen oder bewertet werden könnten. Seine Wut offen zu zeigen kann für die Betroffenen eine solche Situation darstellen und wird deshalb vermieden.

Während sich unter den Patienten mit Panikstörung ebenso vermehrt Ärger und Feindseligkeit zeigten, wiesen die Patienten mit spezifischer Phobie in keinem der vier Aspekte Unterschiede zur Kontrollgruppe auf.

Bezüglich des Aspekts der physischen Aggression gab es interessanterweise keinerlei Unterschiede zwischen den Patienten mit Angst- und Panikstörung und den Personen in der Kontrollgruppe (96).

Posternak und Zimmerman untersuchten wiederum Ärger und offene Aggression unter psychiatrischen Patienten und stellten dabei fest, dass, konträr zu den Ergebnissen von Moscovitch et al., einerseits die spezifische Phobie mit erhöhtem Ärger-Level einhergeht, während andererseits die Panikstörung weder mit vermehrtem Ärger noch mit gesteigerter Aggression assoziiert ist. Ebenso stellten sie fest, dass die generalisierte Angststörung mit gesteigerter offener Aggression einhergeht (1).

Weitere Studien beschäftigten sich mit dem Zusammenhang zwischen Ärger und Aggression und der Panikstörung. In einer Studie von Fava et al. zeigten Patienten mit Panikstörung signifikant mehr sowohl selbst angegebene als auch beobachtbare Reizbarkeit und Feindseligkeit als gesunde Kontrollen (97).

Eine weitere Studie fand gegenteilige Ergebnisse und stellte unter Patienten mit Panikstörung eine „Beengtheit der Aggressivität“ fest, d.h. Patienten mit Panikstörung hatten große Schwierigkeiten, Aggressionen zu zeigen (98).

Gould et al. bezogen sich auf das Auftreten von Ärgerattacken, definiert als plötzlichen Anfall von intensivem Ärger, der im Bezug auf die Situation unangemessen ist. Sie stellten fest, dass unter den Personen mit Panikstörung 47% der Männer sowie 23% der Frauen Ärgerattacken angaben, mit einem Durchschnitt von drei Ärgerattacken pro Monat. Interessanterweise berichteten alle Personen, dass sie ihren Ausbruch danach sehr bereuten

und sich schuldig fühlten (99). Auch George et al. berichteten über einige Patienten mit Panikstörung, die an häufig auftretenden Ärgerattacken litten (93).

Korn et al. untersuchten wiederum das Ausmaß von Ärger und Aggression während einer Panikattacke und kamen zu dem Ergebnis, dass eine hohe Rate aggressiver Gedanken, Ideen und Verhaltensweisen auch während des Zustands der Panik auftreten kann (100).

2.4.3 Angst- und Panikstörung und Sexualität

Unter den Untergruppen der Angststörungen fand bezüglich der Erforschung sexueller Funktionsstörungen vor allem die soziale Phobie große Beachtung.

In einer Studie von Bodinger et al. aus dem Jahr 2002 fanden sich beinahe alle Aspekte der Sexualität unter den Personen mit sozialer Phobie gegenüber der Normalbevölkerung verschlechtert. So kam es bei den Patienten mit sozialer Phobie signifikant seltener zu sexuellen Gedanken und zu sexueller Erregungsfähigkeit. Bei Männern kam es zu einer Verminderung der Orgasmusfrequenz beim Koitus, weniger Genuss des Geschlechtsverkehrs, zu vermehrter Unzufriedenheit mit der eigenen sexuellen Leistungsfähigkeit und zu einer signifikanten Häufung des Auftretens einer verzögerten Ejakulation. Ebenso berichteten sie häufiger als die Männer in der Kontrollgruppe eine Abnahme der Erregung während des Geschlechtsverkehrs. Bei Frauen wiederum kam es zu signifikant verringertem sexuellen Verlangen, zu einer verringerten Koitusfrequenz und zu einer verringerten Zufriedenheit mit der eigenen sexuellen Leistungsfähigkeit. Sie berichteten ebenso wie die Männer eine häufige Erregungsabnahme während des Geschlechtsverkehrs und gaben außerdem häufiger Schmerzen während des Koitus an. Bezüglich der eigenen sexuellen Erfahrungen berichteten die Patientinnen, weniger Sexualpartner als Frauen in der Kontrollgruppe gehabt zu haben. Bei Männern mit sozialer Phobie wiederum kam es signifikant später als bei gesunden Männern zum ersten sexuellen Kontakt und auch signifikant häufiger zu sexuellen Kontakten mit Prostituierten (101).

Diese Unterschiede bezüglich der sexuellen Erfahrungen können wohl direkt als Konsequenz der sozialen Phobie gesehen werden, die durch das Vermeidungsverhalten bezüglich sozialer Kontakte konsekutiv auch großen Einfluss auf die Häufigkeit und Art sexueller Kontakte zu haben scheint.

Die Rate an Männern mit sozialer Phobie, die vorzeitige Ejakulationen berichteten, betrug 33% und erreichte so keinen signifikanten Unterschied zur Rate in der Kontrollgruppe

(101). Mehrere andere Studien zeigten jedoch einen signifikanten Zusammenhang zwischen sozialer Phobie und vorzeitiger Ejakulation (102,103). In einer Studie wurde die vorzeitige Ejakulation sogar als die häufigste sexuelle Funktionsstörung angegeben und trat bei der Hälfte der Männer mit sozialer Phobie auf (104).

Eine weitere Studie, die Patienten mit sozialer Phobie mit jenen mit Panikstörung bezüglich sexueller Funktionsstörungen verglich, stellte in der Gruppe der Personen mit Panikstörung im Allgemeinen mehr Beeinträchtigungen fest als unter den Personen mit Sozialphobie. Die häufigste Sexualstörung unter den Patienten mit Panikstörung war dabei die sexuelle Aversion mit einer Häufigkeit von 35 % unter Männern und 50% unter Frauen, wobei diese damit deutlich über der Prävalenz dieser Störung in der Normalbevölkerung lag. Eine mögliche Erklärung dieser Ergebnisse liegt in einer typischen Komponente der Panikstörung, der Angst vor dem Auftreten von Panikattacken. Aus Furcht, diese könnten während des sexuellen Kontakts auftreten, kommt es zur Vermeidung dessen.

Männer mit sozialer Phobie berichteten ein signifikant höheres Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, wobei dieser gehäuft mit Prostituierten stattfand. Ebenso hatten sie im Vergleich zu Männern mit Panikstörung seltener eine momentane Sexualpartnerin und praktizierten häufiger Selbstbefriedigung (104).

Alle Untergruppen betreffend fand sich unter Patienten mit Angststörungen interessanterweise ein vermehrtes sexuelles Risikoverhalten mit einer erhöhten Rate an sexuell übertragbaren Erkrankungen (42).

2.5 Borderline - Persönlichkeitsstörung

2.5.1 Allgemeine Betrachtungen

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine chronische psychiatrische Erkrankung, die im Jahre 1938 durch den Psychoanalytiker A. Stern erstmals ausführlich beschrieben wurde (105).

Sie ist charakterisiert durch Störungen der Impulskontrolle, affektive Schwankungen, Instabilität zwischenmenschlicher Beziehungen und suizidalem Verhalten (106).

Die gesteigerte Impulsivität, einer der Kernaspekte dieser Erkrankung, kann sich dabei in verschiedener Art und Weise äußern, sei es in aggressivem Verhalten gegenüber Anderen, wahllosen sexuellen Kontakten, verschwenderischem Umgang mit Geld, Wutausbrüchen oder unkontrolliertem Essen (107). Ebenso kann sie in selbstzerstörerischem Verhalten in Erscheinung treten, um dann als Suizidalität oder Selbstverletzung manifest zu werden. (108).

Die zwischenmenschlichen Beziehungen der Patienten scheinen zwar zeitweise sehr intensiv zu sein, sind im Allgemeinen jedoch sehr instabil und geprägt von der Befürchtung, verlassen zu werden. Die Patienten entwickeln als Konsequenz dessen oft ein manipulatives Verhalten, um den Partner an sich zu binden. Charakteristisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ebenso ein ständiger Wechsel zwischen Idealisierung und massiver Abwertung des Partners (53).

Die affektive Instabilität der Borderline-Patienten äußert sich in einem schnellen Wechsel zwischen Euthymie, Wut, depressiver sowie ängstlicher Gefühle (109,110).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung manifestiert sich meist im frühen Erwachsenenalter (111). Die Prävalenz dieser Erkrankung liegt bei ungefähr 1% (112) und zeigt ein gehäuftes Auftreten bei weiblichen Personen (112,113). Ebenso zeigt sie eine Häufung bei Personen mit niedrigen sozioökonomischen Hintergrund (111,114) und geringerer Ausbildung (112), was jedoch unter anderem auf die Erkrankung selbst und deren soziale Konsequenzen zurückgeführt werden kann.

Bei der Betrachtung der Borderline-Störung sind die Häufung negativer Erlebnisse der Patienten im Kindesalter charakteristisch. So gaben in einer Studie von Zanarini et al. 91%

der Borderline-Patienten irgendeine Form des Missbrauchs im Kindesalter an, davon 60% physischen oder sexuellen Missbrauch (115). Dies wird, neben genetischen Faktoren und anderen psychosozialen Faktoren, als beitragender Faktor zur Entstehung dieser Erkrankung gesehen (108).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung zählt zu jenen psychiatrischen Erkrankungen, die die psychosoziale Funktionsfähigkeit der Betroffenen massiv beeinträchtigen können. So zeigte eine Studie aus dem Jahr 2002 unter Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen, dass Borderline-Patienten sowohl im Bezug auf soziale Beziehungen, Freizeitaktivitäten als auch im Berufsleben die meisten Beeinträchtigungen erfahren (116).

Der Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist von Patient zu Patient unterschiedlich, eine Besserung der Symptomatik ist jedoch im Allgemeinen häufig. In einer Studie von Zanarini et al. zeigten sich Remissionsraten von 88% in 10 Jahren (117). Dennoch darf nicht vergessen werden, dass die Suizidrate unter den Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mit bis zu 10% sehr hoch ist (118).

2.5.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung und Aggression

Die Neigung zu unangemessener und heftiger Wut sowie Probleme bei der Kontrolle derselben zählen zu den affektiven Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie zu den diagnostischen Kriterien dieser Erkrankung.

Die gesteigerte Impulsivität, die zu den Kernaspekten dieser Erkrankung zählt, stellt wiederum einen Zusammenhang zur Thematik der Aggression unter Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung her. Die Beziehung zwischen Impulsivität und Aggression zeigt sich durch die Aufgabe der Impulskontrolle, Affekte zu regulieren. Bei Auftreten eines Ärger-Affektes begünstigt eine mangelnde Impulskontrolle folglich das ungehemmte Auftreten von aggressiven Verhaltensweisen wie Wutausbrüchen oder tätlichen Angriffen. Jedoch bleibt zu beachten, dass das häufige Auftreten aggressiver Verhaltensweisen zwar eine gewisse Neigung zu impulsivem Verhalten voraussetzt, umgekehrt aber nicht jedes impulsive Individuum zwangsläufig aggressiv sein muss. Eine äquivalente Verwendung der Begriffe Impulsivität und Aggressivität ist allein schon aus diesem Grund nicht möglich (107).

Paris et al. verglichen die aggressiven Verhaltensweisen von Borderline-Patienten und Patienten, die an anderen Formen der Persönlichkeitsstörungen litten, unter Verwendung des „Buss Durkee Hostility Inventories“ (BDHI), eines sehr häufig verwendeten Selbstbeurteilungsbogen, der aggressive Einstellungen erfasst. Borderline-Patienten zeigten dabei signifikant höhere Werte unter den Subskalen Körperliche Aggression, Indirekte Aggression, Verbale Aggression, Aggressive Eifersucht und Reizbarkeit (119). Ein signifikant erhöhter Summenscore des BDHI zeigte sich auch in vielen weiteren Studien, die mittels dieses Tests Aggression und Feindseligkeit unter Borderline-Patienten untersuchten (110,120-122).

In einer weiteren Studie zeigten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu depressiven Patienten ebenfalls sowohl erhöhte Impulsivität, Feindseligkeit als auch Aggressivität, d.h. eine gesteigerte Bereitschaft zu aggressivem Verhalten (123).

Unter Laborbedingungen untersuchten Dougherty et al. Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und fanden ebenfalls erhöhte BDHI Scores, erhöhte offene Aggression sowie die dreifache Wahrscheinlichkeit, auf Provokation (in diesem Fall Geldverlust) mit aggressivem Verhalten zu reagieren (124).

Eine weitere Studie untersuchte Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung unter ähnlich experimentellen Bedingungen. Beim Lesen eines Ärger – erzeugenden Textes fand sich im Gegensatz zur Kontrollgruppe zwar kein erhöhter Ärger, jedoch dauerte es signifikant länger, bis die Ärgerreaktion abgeklungen war (125).

Neben Beeinträchtigungen im sozialen und therapeutischen Bereich kann die Neigung zu erhöhter Aggressivität unter Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung auch weitere bedeutende Konsequenzen haben. So zeigte eine Studie aus dem Jahr 2007 einen signifikanten Zusammenhang zwischen Suizidalität und aggressiv-gewalttätigen Tendenzen, wodurch dieser Thematik zusätzlich Beachtung geschenkt werden sollte (126).

2.5.3 Borderline-Persönlichkeitsstörung und Sexualität

Die empirische Literatur zur Thematik der Sexualität bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigt sehr verschiedene Zugangswege, wobei es jedoch nur sehr wenige Studien gibt, die das allgemeine sexuelle Erleben und die Zufriedenheit mit der Sexualität behandeln.

Eine dieser Studien stammt von Hurlbert et al., die 44 weibliche Patienten zu diesem Thema befragten und interessante, aber auch scheinbar widersprüchliche Erkenntnisse fanden. So gaben Borderline-Patientinnen im Gegensatz zu einer Kontrollgruppe vermehrt an, sexuell anspruchsvoll zu sein, eine positive Einstellung zur Sexualität und eine hohe Wertschätzung der Sexualität zu haben. Sie gaben jedoch ebenso eine höhere sexuelle Voreingenommenheit, sexuelle Depression (definiert als Enttäuschung über die sexuellen Aspekte ihrer Paarbeziehung) und allgemeine sexuelle Unzufriedenheit an. Weiters berichteten sie signifikant mehr Beziehungsprobleme im Zusammenhang mit dem Geschlechtsverkehr, vermehrte sexuelle Langeweile und häufigere Orgasmusstörungen als die Personen in der Kontrollgruppe. Interessanterweise waren die Patientinnen jedoch zum Großteil der Meinung, dass ihr Partner derjenige sei, der sexuelle Probleme hätte (127).

Ähnliche Ergebnisse fanden Zanarini et al., die feststellten, dass 61% von männlichen und weiblichen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung Schwierigkeiten in ihren sexuellen Beziehungen hatten. Sie berichteten zum Beispiel, dass sie aufgrund sexueller Aktivitäten Symptome entwickelten, gerade aus diesem Grund sexuelle Betätigung im Voraus vermieden oder eine andere Form von sexuellen Problemen hätten. Dabei zeigten sich jedoch auch geschlechtsspezifische Unterschiede, da Frauen signifikant häufiger oben genannte Probleme berichteten (128).

Bei der Betrachtung dieser Häufung sexueller Probleme unter Borderline-Patienten darf jedoch nicht die Tatsache außer Acht gelassen werden, dass ein sehr hoher Prozentsatz dieser Personen unter sexuellem Missbrauch im Kindesalter gelitten hat, und dieser Umstand, neben den Auswirkungen der Erkrankung selbst, sicherlich auch großen Einfluss auf das Erleben der Sexualität im Erwachsenenalter hat (115,127). So zeigte sich in der oben genannten Studie von Zanarini, dass 77% jener Personen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden waren, sexuelle Probleme berichteten, während von jenen Personen, die nicht unter Missbrauch gelitten hatten, 40% sexuelle Probleme angaben.

Ein Schwerpunkt in der Erforschung der Sexualität unter Borderline-Patienten scheint auf deren sexueller Orientierung und dem risikoreicheren sexuellen Verhalten als mögliche Manifestation ihrer gesteigerten Impulsivität zu liegen.

Mehrere Studien zeigten eine erhöhte Rate von Homosexualität sowohl unter weiblichen als auch unter männlichen Borderline-Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung (127,129,130).

Ebenso zeigten mehrere Studien eine erhöhte Risikobereitschaft im Bezug auf die Sexualität, die sich in gesteigertem sexuell impulsiven Verhalten (definiert als sexuelle Beziehung zu kaum bekannten Personen), signifikant jüngerem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr und erhöhten Raten an sexuell übertragbaren Erkrankungen zeigte (131,132).

3 Hypothesen

Die Haupthypothese dieser Arbeit lautet, dass sich Patienten mit Angst- und Panikstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Schizophrenie im Bezug auf Aggression, Sexualität und Partnerschaft sowie Selbstbild von nicht psychisch Kranken unterscheiden.

Die Nebenhypothese lautet, dass bei Vergleich jener drei Krankheitsgruppen auch zwischen den Gruppen Unterschiede im Bezug auf Aggression, Sexualität, Partnerschaft und Selbstbild feststellbar sind.

4 Material und Methoden

4.1 Patienten

4.1.1 Rekrutierung der Patienten

Die Rekrutierung der psychiatrischen Patienten erfolgte an der Universitätsklinik für Psychiatrie Graz und wurde durch die Verfasserin, cand.med. Cornelia Rafling, cand.med. Julia Friedl und Dr. Karin Reisinger bewerkstelligt.

In die Gesamtstudie wurden Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen inkludiert. Nach Abzug der Patienten, welche die Fragebögen nicht oder nur unvollständig ausfüllten, bilden 41 Patienten mit Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Angst- und Panikstörung die Basis für diese Arbeit.

Sowohl Patienten, die in einer Partnerschaft leben, als auch Alleinstehende wurden in die Untersuchung inkludiert.

4.1.2 Einschlusskriterien

Eingeschlossen wurden alle einwilligungsfähigen, stationär an der Universitätsklinik für Psychiatrie aufgenommenen Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 85 Jahren mit einer der folgenden Diagnosen aus dem ICD-10:

- Schizophrenie
- Schizotype Störung
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Soziale Phobie

- Spezifische Phobie
- Generalisierte Angststörung
- Panikstörung
- Agoraphobie

Die letzten fünf Diagnosen wurden zur Gruppe Angst- und Panikstörung zusammengefasst.

In das Gesamtprojekt, jedoch nicht in die Berechnungen dieser Arbeit, wurden weiters folgende diagnostische Krankheitsgruppen inkludiert:

- Leichte depressive Episode
- Mittelgradige depressive Episode
- Schwere depressive Episode
- Depressive Episode im Rahmen einer bipolar affektiven Störung
- Rezidivierende depressive Episode
- Anpassungsstörung
- Dysthymie

4.1.3 Ausschlusskriterien

- 1) Ablehnung der Teilnahme
- 2) Schwere kognitive Beeinträchtigung, die die Beantwortung der Fragen verhindert
- 3) Sprachliche Barrieren, die die Beantwortung der Fragen verhindern
- 4) Fehlende Einwilligungsfähigkeit

4.1.4 Versuchsablauf

Die stationären Patienten wurden ausführlich über Ziel und Ablauf der Untersuchung informiert. Nach Zusage, daran teilzunehmen, wurde eine schriftliche Einwilligungserklärung vom Patienten und vom Studienmitarbeiter unterschrieben. Die Fragebögen wurden dem Patienten ausgehändigt und deren Bearbeitung erklärt. Das Ausfüllen der Fragebögen erfolgte alleine und ohne Beisein der Verfasserin und konnte vom Patienten im eigens bestimmten Zeitrahmen selbständig durchgeführt werden. Der Patient konnte die Testung jederzeit unterbrechen oder abbrechen.

4.2 Fragebögen

Verwendet wurden 8 standardisierte Fragebögen, die sowohl für Männer als auch Frauen im Erwachsenenalter geeignet sind.

4.2.1 Fragebögen zum Thema Aggression

FAF – Fragebogen zu Erfassung von Aggressivitätsfaktoren

Dieser Fragebogen enthält 77 Aussagen, die in 6 Subskalen untergliedert werden können:

- 1) Spontane Aggression (19 Items)
- 2) Reaktive Aggression (13 Items)
- 3) Erregbarkeit (13 Items)
- 4) Selbstaggression (11 Items)
- 5) Aggressionshemmung (10 Items)
- 6) Offenheit (10 Items)

Die Aussagen können jeweils mit „stimmt“ bzw. „stimmt nicht“ beantwortet werden.

Die Normen des FAF wurden an 630 gesunden Probanden im Alter von 15 bis 75 Jahren erhoben, wobei sie sich auf Männer und Frauen beziehen (133).

STAXI – State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar

Der Test umfasst 44 Items und wird in 3 Abschnitte gegliedert. Der Patient kann bei jeder Frage aus vier Abstufungen („sehr“ – „überhaupt nicht“) wählen, je nachdem wie sehr die jeweilige Aussage auf ihn zutrifft.

- 1) Die Ärger-Zustandsskala (State Anger, SA) behandelt den augenblicklichen Gefühlszustand in 10 Feststellungen, was eine Selbstbeschreibung des Patienten ergibt.
- 2) Die Ärgerdispositions-Skala (Trait Anger, TA), die die Unterskalen Ärger-Temperament (TAT) und Ärger-Reaktion (TAR) beinhaltet, erfasst in 10 Items die Bereitschaft zu Ärger sowie den Umgang damit.
- 3) Die Ärgerausdrucksskala geht mit Hilfe von 24 Items auf die Bereiche „Anger In“ (AI), „Anger Out“ (AO) und „Ärgerkontrolle“ (AC) ein. Beleuchtet werden das Ausmaß, mit dem Ärger kontrolliert wird, sowie die Häufigkeit, mit der eigener Ärger unterdrückt oder aber gegen andere Personen oder Objekte gerichtet wird.

Die Normen entstammen einer repräsentativen Eichstichprobe an 990 gesunden

Versuchspersonen. Der Normwert bezieht sich dabei auf männliche und weibliche Personen (134).

BDHI – Buss-Durkee Hostility Inventory (BDF - Buss-Durkee Fragebogen)

Dieser Test erfasst die individuelle Feindseligkeit von Personen sowie andere Aspekte der Aggression mittels 8 Subskalen:

- 1) Assault (körperliche Aggression; 10 Items)
- 2) Indirect Hostility (indirekte Aggression; 13 Items)
- 3) Irritability (aggressive Reizbarkeit, 9 Items)
- 4) Negativism (Oppositionsverhalten; 5 Items)
- 5) Resentment (aggressive Eifersucht und Hass; 11 Items)
- 6) Suspicion (aggressives Misstrauen; 10 Items)
- 7) Verbal Hostility (verbale Aggression; 8 Items)
- 8) Guilt (Schuldgefühle nach Aggression; 9 Items)

Die Aussagen können jeweils dichotom („zutreffend“/“nicht zutreffend“) beantwortet werden.

Normwerte konnten anhand von 173 gesunden Studenten erhoben werden, wobei für Männer und Frauen jeweils eigene Normwerte vorhanden sind (135).

4.2.2 Fragebögen zum Thema Sexualität und Partnerschaft

TSST – Tübinger Skalen zur Sexualtherapie

Der TSST von Zimmer (1985) erfasst das sexuelle Erleben und Verhalten und gibt einen Eindruck von der Wechselbeziehung zwischen Sexualität und Partnerschaft mittels 6 Unterskalen:

- 1) Störungsmaß: Die 7 Items beziehen sich beispielsweise auf Probleme bei und nach dem Geschlechtsverkehr, Versagensängste oder die allgemeine sexuelle Zufriedenheit.
- 2) Einflussverteilung: Die 5 dazugehörigen Items umfassen den Einfluss in der Beziehung sowie den Wunsch nach Änderung der Einflussverteilung.
- 3) Selbstbefriedigung: 4 Items behandeln Frequenz, Zufriedenheit und Intensität des Erlebens der Masturbation sowie das Ausmaß der Erregung.
- 4) Achtung und Respekt: Mit Hilfe von 4 Fragen wird die Einflussverteilung in der

Beziehung, Respekt und körperliche Akzeptanz durch den Partner ermittelt.

- 5) Körperwahrnehmung: Die Wahrnehmung von weiblichen und männlichen Körperflüssigkeiten und die Bewertung des eigenen Körpers bzw. dem des Partners werden mit 8 Items erhoben.
- 6) Kommunikative Ängste: Dieser Faktor behandelt mit 3 Items Ängste vor Initiative und aktiver Rolle sowie Probleme, die eigenen Wünsche zu äußern.

Bei einem Großteil der Fragen kann aus 6 Antwortmöglichkeiten gewählt werden, wobei die Abstufung von 1 (positive Bewertung der Sexualität) bis 6 (negative Bewertung) reicht. Hohe Werte in den Unterskalen des TSST weisen folglich auf größere Probleme in diesem Bereich hin.

Die Normen des Fragebogens stützen sich auf Erhebungen an 157 Personen (136).

Schulze und Böhm – Sexuelle Funktionen nach dem Symptomenkomplex von Arentewicz und Schmidt

Dieser Fragebogen besteht aus 8 Fragen, die sexuelle Funktionsstörungen gemäß der Einteilung nach Arentewicz et al. (1986) behandeln:

- 1) Sexuelle Aversion
- 2) Erregungsstörung
- 3) Dyspareunie
- 4) Vaginismus
- 5) Anorgasmie
- 6) Orgasmusstörungen
- 7) Körperliche Anspannung
- 8) Seelische Anspannung

Die Auswahlmöglichkeiten für die Beantwortung der Fragen wurde in eine 6-stufige Form gebracht. Nur das fünfte Item wurde in seiner ursprünglichen 3-stufigen Einteilung beibehalten (137).

PL I - Problemliste I

Die Problemliste ist Teil des Fragebogens zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD) nach Hahlweg (138). Es werden 23 verschiedene Bereiche des Zusammenlebens in einer Partnerschaft behandelt, in denen Konflikte entstehen können. Der Patient kann von 0 („keine Konflikte“) über 1 („Konflikte, erfolgreiche Lösungen“) und 2 („Konflikte, keine Lösungen, oft Streit“) bis zu 3 („Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber“) auswählen.

Bereiche, bei denen die Antworten 2 oder 3 gewählt wurden, wurden bei der Auswertung als Problembereiche klassifiziert.

PFB – Partnerschaftsfragebogen

Der PFB gehört ebenfalls zum Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik und stellt ein standardisiertes Instrument zur Bestimmung der partnerschaftlichen Qualität dar. Er besteht aus 30 Items plus einem Item zur globalen Glückseinschätzung, wobei Werte für die 3 Skalen „Streitverhalten“, „Zärtlichkeit“ und „Gemeinsamkeit / Kommunikation“ berechnet werden. Jedes Item wird dabei abhängig von der Antwort des Patienten mit 0 bis 3 bewertet, um anschließend innerhalb der jeweiligen Skala eine Summe bilden zu können. Die Normwerte des PFB stammen aus einer Befragung von 235 Personen, die angaben, in ihrer Beziehung zufrieden zu sein (138).

FBeK – Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körper

Er besteht aus 52 Items, die die Beurteilung des eigenen Körpers zum Inhalt haben, und wird in 3 Kategorien unterteilt:

1. Unsicherheit/Mißempfinden

Diese 19 Items beleuchten Unsicherheit, Ablehnung des eigenen Körpers und Minderwertigkeitsgefühle.

2. Attraktivität/Selbstvertrauen

Diese Skala besteht aus 13 Items, die Zufriedenheit und Identifikation mit dem Aussehen und der Figur, Vertrauen auf den eigenen Körper und die Attraktivität behandeln.

3. Akzentuierung des Körpers/Sensibilität

Die 20 Items dieser Skala haben die Bedeutung des Körperäußeren, Sensibilität für Körpervorgänge und Angst um die eigene Gesundheit zum Inhalt.

Der Patient hat die Möglichkeit, jeweils aus den Antwortmöglichkeiten „stimmt“ und „stimmt nicht“ auszuwählen (139).

Die Normalwerte entstammen einer 1982 befragten Stichprobe, welche sich aus 364 Frauen und 163 Männern zusammensetzte.

4.3 Datenverarbeitung und -analyse

Trotz des Umfangs der Fragebögen wurden diese zum Großteil gut aufgenommen, da viele Patienten die Befragung als Zeitvertreib und Ablenkung positiv bewerteten. Dennoch lehnten einige der zur Teilnahme an der Untersuchung aufgeforderten Patienten die Mitarbeit ab oder bearbeiteten die Fragebögen nicht oder nur unvollständig, sodass die Ergebnisse verworfen werden mussten.

4.3.1 Datenbank

Nach erfolgter Testung wurden die Rohdaten zur Sicherung und weiteren Bearbeitung in die dafür vorgesehene Datenbank eingegeben. Die ermittelten Daten wurden codiert und unterliegen dem Datenschutz bzw. der Schweigepflicht. Die Eingabe in die Datenbank ermöglichte eine Zusammenschau aller über den Patienten erhobenen Daten und Befunde, wodurch eine einfachere Auswertung verschiedenster Parameter eines jeden Patienten der Studie ermöglicht wurde.

4.3.2 Statistische Methoden

Zur statistischen Auswertung wurde SPSS 14.0 (deutsche Ausgabe) verwendet. Die Normalverteilung wurde mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest überprüft. Mittels Levene-Test wurde die Varianzhomogenität überprüft. Der Vergleich zwischen den einzelnen Krankheitsgruppen und der Normstichprobe erfolgte mittels t-Test; der Vergleich zwischen den einzelnen Krankheitsgruppen erfolgte mittels ANOVA. Die Ergebnisse der Problemliste und des Fragebogens Sexuelle Funktionen wurden prozentuell ausgewertet.

5 Resultate

5.1 Soziodemographische Daten

Nach Abzug jener Patienten, die aufgrund der unvollständigen Bearbeitung der Fragebögen aus der Untersuchung exkludiert werden mussten, wurden die Ergebnisse von insgesamt 41 Patienten für die Auswertungen verwendet.

Diese Gruppe stellte sich aus 10 Patienten mit Schizophrenie, 24 Patienten mit Angst- und Panikstörung und 7 Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zusammen.

In der Gruppe der Patienten mit Schizophrenie waren 7 Frauen und 3 Männer. Das Alter lag zwischen 23 und 66 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 36 Jahren. Unter den Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung waren 6 Frauen und ein Mann, wobei die Altersspanne zwischen 25 und 50 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 34 Jahren lag.

Die Gruppe jener Patienten mit Angst- und Panikstörung setzte sich aus 16 Frauen und 8 Männern zusammen. Das Alter lag zwischen 19 und 60 Jahren mit einem mittleren Alter von 40 Jahren.

Die Fragebögen zur Aggression wurden von 39 Personen, jene zur Thematik der Sexualität von 37 Patienten bearbeitet. Von diesen 37 Patienten hatten 11 Patienten keine momentane Partnerschaft, sodass diese Personen den FBek bearbeiteten.

Die verwendeten Werte für die Normgruppe entstammen den jeweiligen Originalarbeiten der Testverfasser.

5.2 Ergebnisse zur Aggression

5.2.1 FAF

Vergleich mit der Norm

Patienten mit Angst- und Panikstörung zeigten im Vergleich zur Norm hochsignifikant verminderte spontane Aggression ($t_{(20)} = -6,352$; $p=0,000$) sowie signifikant gesteigerte Aggressionshemmung ($t_{(20)}=2,176$; $p=0,042$). Weiters fanden sich eine verminderte Offenheit ($t_{(20)} = -2,851$; $p=0,01$) sowie ein allgemein verringerter Summenscore des FAF ($t_{(20)} = -2,41$; $p=0,026$).

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigten eine höhere Erregbarkeit ($t_{(6)}=2,783$; $p=0,032$) sowie hochsignifikant gesteigerte Selbstaggression ($t_{(6)}=8,92$; $p=0,000$). Schizophrene Patienten zeigten interessanterweise, wie auch jene Patienten mit Angst- und Panikstörung, verminderte Offenheit ($t_{(9)}=-2,917$; $p=0,017$) sowie eine gesteigerte Aggressionshemmung ($t_{(9)}=3,323$; $p=0,009$).

Tabelle 1: FAF: Vergleich der Krankheitsgruppen mit der Normstichprobe (t-Test)

Aggressionssubskala	Angst- u. Panikstörung (n=21)	Borderline-Persönlichkeit (n=7)	Schizophrenie (n=10)	Norm
Spontane Aggression	M = 2,24 SD = 2,17 p < 0,01	M = 4,29 SD = 2,63 n.s.	M = 2,90 SD = 3,81 n.s.	M = 5,24
Reaktive Aggression	M = 2,90 SD 1,81 n.s.	M = 4,57 SD = 3,51 n.s.	M = 3,40 SD = 2,50 n.s.	M = 3,68
Erregbarkeit	M = 5,10 SD = 3,36 n.s.	M = 8,86 SD = 4,18 p < 0,05	M = 4,80 SD = 2,78 n.s.	M = 4,46
Selbstaggression	M = 4,86 SD = 2,78 n.s.	M = 9,00 SD = 1,53 p < 0,01	M = 4,80 SD = 2,66 n.s.	M = 3,85
Aggressionshemmung	M = 6,05 SD = 2,29 p < 0,05	M = 5,71 SD = 2,56 n.s.	M = 6,80 SD = 1,75 p < 0,01	M = 4,96
Offenheitswerte	M = 5,67 SD = 2,35 p < 0,05	M = 5,71 SD = 1,89 n.s.	M = 5,00 SD = 2,31 p < 0,05	M = 7,13
Summe Aggression	M = 10,24 SD = 5,97 p < 0,05	M = 17,71 SD = 8,88 n.s.	M = 11,10 SD = 7,41 n.s.	M = 13,38

Vergleich der drei Krankheitsgruppen

Bei Vergleich der 3 Krankheitsbilder zeigten sich signifikante Unterschiede im Bezug auf die Subskalen Erregbarkeit und Selbstaggression. So zeigten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu jenen mit Angst- und Panikstörung signifikant vermehrte Erregbarkeit. Borderline-Patienten zeigten im Vergleich zu den beiden anderen Krankheitsgruppen ebenso hochsignifikant vermehrte Selbstaggression.

Tabelle 2: FAF (ANOVA)

		Quadrat= summe	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Spontane Aggression	Zwischen den Gruppen	22,178	2	11,089	1,458	,246
	Innerhalb der Gruppen	266,138	35	7,604		
	Gesamt	288,326	37			
Reaktive Aggression	Zwischen den Gruppen	14,629	2	7,314	1,307	,284
	Innerhalb der Gruppen	195,924	35	5,598		
	Gesamt	210,533	37			
Erregbarkeit	Zwischen den Gruppen	85,549	2	42,775	3,722	,034*
	Innerhalb der Gruppen	402,267	35	11,493		
	Gesamt	487,816	37			
Selbst= aggression	Zwischen den Gruppen	98,908	2	49,454	7,455	,002*
	Innerhalb der Gruppen	232,171	35	6,633		
	Gesamt	331,079	37			
Aggressions= hemmung	Zwischen den Gruppen	5,730	2	2,865	,583	,564
	Innerhalb der Gruppen	171,981	35	4,914		
	Gesamt	177,711	37			
Offenheitswerte	Zwischen den Gruppen	3,405	2	1,702	,331	,721
	Innerhalb der Gruppen	180,095	35	5,146		
	Gesamt	183,500	37			
Summe Aggression	Zwischen den Gruppen	300,915	2	150,457	3,131	,056
	Innerhalb der Gruppen	1682,138	35	48,061		
	Gesamt	1983,053	37			

* p<0,05

Tabelle 3: Mehrfachvergleiche FAF: Erregbarkeit

(I) Gruppe der psychischen Erkrankung	(J) Gruppe der psychischen Erkrankung	Mittlere Differenz (I-J)	Standard fehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Unter= grenze	Ober= grenze
Schizophrenie (n=10)	Borderline	-4,05714	1,67070	,061	,1439	-8,2582
	Angst- und Panik	-,29524	1,30255	1,000	2,9801	-3,5706
Borderline- Persönlichkeit (n=7)	Schizophrenie	4,05714	1,67070	,061	8,2582	-,1439
	Angst- und Panik	3,76190	1,47960	,047*	7,4824	,0414
Angst- und Panikstörung (n=21)	Schizophrenie	,29524	1,30255	1,000	3,5706	-2,9801
	Borderline	-3,76190	1,47960	,047*	-,0414	-7,4824

* p<0,05

Tabelle 4: Mehrfachvergleiche FAF: Selbstaggression

(I) Gruppe der psychischen Erkrankung	(J) Gruppe der psychischen Erkrankung	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Unter=grenze	Ober=grenze
Schizophrenie (n=10)	Borderline	-4,20000	1,26925	,007*	-1,0084	-7,3916
	Angst- und Panik	-0,5714	,98956	1,000	2,4311	-2,5454
Borderline-Persönlichkeit (n=7)	Schizophrenie	4,20000	1,26925	,007*	7,3916	1,0084
	Angst- und Panik	4,14286	1,12406	,002*	6,9694	1,3164
Angst- und Panikstörung (n=21)	Schizophrenie	,05714	,98956	1,000	2,5454	-2,4311
	Borderline	-4,14286	1,12406	,002*	-1,3164	-6,9694

* p<0,05

5.2.2 STAXI

Vergleich mit der Norm

Patienten mit Angst- und Panikstörung oder Borderline-Persönlichkeitsstörung wiesen im Vergleich zur Norm eine signifikant erhöhte Ärger-Disposition (Trait Anger) auf ($t_{(21)}=2,561$; $p=0,018$; $t_{(6)}=2,991$; $p=0,024$). Letztere Gruppe zeigte ebenso erhöhte nach Innen gerichtete Aggression ($t_{(6)}=5,136$; $p=0,002$). Patienten mit Schizophrenie unterschieden sich nicht signifikant von den Personen der Normstichprobe.

Tabelle 5: STAXI: Vergleich der Krankheitsgruppen mit der Normstichprobe (t-Test)

Aggressionssubskala	Angst- u. Panik= störung (n =22)	Borderline-Persönlichkeitsstörung (n =7)	Schizophrenie (n =10)	Norm
Anger In	M = 18,23 SD = 5,14 n.s.	M = 22,86 SD = 3,53 $p < 0,05$	M = 16,5 SD = 4,97 n.s.	M = 16
Anger Out	M = 12,95 SD = 3,63 n.s.	M = 17,86 SD = 8,03 n.s.	M = 14,5 SD = 6,38 n.s.	M = 13,03
Anger Control	M = 21,86 SD = 3,56 n.s.	M = 21,57 SD = 4,28 n.s.	M = 20,2 SD = 6,6 n.s.	M = 22,42
Trait Anger	M = 20,91 SD = 5,16 $p < 0,05$	M = 28,57 SD = 9,27 $p < 0,05$	M = 21,2 SD = 5,2 n.s.	M = 18,09

Vergleich der drei Krankheitsgruppen

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigten im Vergleich zu den Patienten der beiden anderen Krankheitsgruppen signifikant erhöhte Scores für Ärger-Temperament, d.h. eine erhöhte Neigung, bei geringer Provokation mit massivem Ärger zu reagieren. Ebenso wiesen Borderline-Patienten im Vergleich zu jenen Patienten mit Schizophrenie signifikant vermehrt nach Innen gerichtete Aggression auf.

Tabelle 6: STAXI (ANOVA)

		Quadrat= summe	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
State Anger	Zwischen den Gruppen	334,748	2	167,374	2,967	,064
	Innerhalb der Gruppen	2030,483	36	56,402		
	Gesamt	2365,231	38			
Angry Temperament	Zwischen den Gruppen	126,258	2	63,129	5,222	,010*
	Innerhalb der Gruppen	435,178	36	12,088		
	Gesamt	561,436	38			
Angry Reaction	Zwischen den Gruppen	48,640	2	24,320	2,483	,098
	Innerhalb der Gruppen	352,591	36	9,794		
	Gesamt	401,231	38			
Anger In	Zwischen den Gruppen	174,010	2	87,005	3,680	,035*
	Innerhalb der Gruppen	851,221	36	23,645		
	Gesamt	1025,231	38			
Anger Out	Zwischen den Gruppen	128,611	2	64,306	2,247	,120
	Innerhalb der Gruppen	1030,312	36	28,620		
	Gesamt	1158,923	38			
Anger Control	Zwischen den Gruppen	19,326	2	9,663	,453	,639
	Innerhalb der Gruppen	767,905	36	21,331		
	Gesamt	787,231	38			

*p<0,05

Tabelle 7: Mehrfachvergleiche STAXI : Angry Temperament (Ärger-Temperament)

(I) Gruppe der psychischen Erkrankung	(J) Gruppe der psychischen Erkrankung	Mittlere Differenz (I-J)	Standard fehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Unter= grenze	Ober= grenze
Schizophrenie (n=10)	Borderline	-4,37143	1,71340	,045*	-,0690	-8,6738
	Angst- und Panik	,42727	1,32601	1,000	3,7569	-2,9024
Borderline- Persönlichkeit (n=7)	Schizophrenie	4,37143	1,71340	,045*	8,6738	,0690
	Angst- und Panik	4,79870	1,50876	,009*	8,5873	1,0101
Angst- und Panikstörung (n=22)	Schizophrenie	-,42727	1,32601	1,000	2,9024	-3,7569
	Borderline	-4,79870	1,50876	,009*	-1,0101	-8,5873

*p<0,05

Tabelle 8: Mehrfachvergleiche STAXI : Anger In

(I) Gruppe der psychischen Erkrankung	(J) Gruppe der psychischen Erkrankung	Mittlere Differenz (I-J)	Standard fehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Unter=grenze	Ober=grenze
Schizophrenie (n=10)	Borderline	-6,35714	2,39632	,035*	-,3399	-12,3744
	Angst- und Panik	-1,72727	1,85453	1,000	2,9295	-6,3841
Borderline-Persönlichkeit (n=7)	Schizophrenie	6,35714	2,39632	,035*	12,3744	,3399
	Angst- und Panik	4,62987	2,11013	,104	9,9285	-,6687
Angst- und Panikstörung (n=22)	Schizophrenie	1,72727	1,85453	1,000	6,3841	-2,9295
	Borderline	-4,62987	2,11013	,104	,6687	-9,9285

*p<0,05

5.2.3 BDHI

Vergleich mit der Norm

Aufgrund der Tatsache, dass für Männer und Frauen eigene Normalwerte des BDHI vorhanden sind, wurden auch bei dieser Berechnung Männer und Frauen getrennt. Da jedoch die Zahl der männlichen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sehr gering war, wurde für diesen Test auf eine Berechnung der Ergebnisse der männlichen Patienten verzichtet.

Patientinnen mit Angst- und Panikstörung wiesen im Vergleich zur Normstichprobe hochsignifikant verminderte körperliche Aggression ($t_{(13)} = -3,223$; $p = 0,007$), jedoch vermehrt aggressives Misstrauen ($t_{(13)} = 2,202$; $p = 0,046$) und aggressive Eifersucht auf ($t_{(13)} = 2,973$; $p = 0,011$). Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigten hochsignifikant vermehrt aggressives Misstrauen ($t_{(5)} = 7,165$; $p = 0,005$) und aggressive Eifersucht ($t_{(5)} = 6,234$; $p = 0,008$). Schizophrene Patientinnen wiesen im Vergleich zur Norm signifikant verminderte körperliche Aggression ($t_{(6)} = -3,532$; $p = 0,012$), hochsignifikant vermehrt aggressives Misstrauen ($t_{(6)} = 5,836$; $p = 0,001$), aber auch signifikant mehr Schuldgefühle nach Aggression auf ($t_{(6)} = 2,914$; $p = 0,027$).

Tabelle 9: BDHI: Vergleich der Krankheitsgruppen (Frauen) mit der Normstichprobe (t-Test)

	Angst- und Panikstörung (n=14)	Borderline- Persönlichkeitsstörung (n=6)	Schizophrenie (n=7)	Norm
Körperliche Aggression	M = 1,43 SD = 2,14 p < 0,01	M = 3,00 SD = 3,41 n.s	M = 1,57 SD = 1,27 p < 0,05	M=3,27
Verbale Aggression	M = 7,21 SD = 2,78 n.s	M = 8,00 SD = 3,95 n.s	M = 7,00 SD = 3,00 n.s	M=6,82
Indirekte Aggression	M = 4,43 SD = 2,34 n.s	M = 7,17 SD = 2,64 n.s	M = 4,00 SD = 2,08 n.s	M=5,17
Oppositionsverhalten	M = 2,0 SD = 1,41 n.s	M = 2,83 SD = 1,72 n.s	M = 1,86 SD = 1,07 n.s	M=2,3
Aggressive Reizbarkeit	M = 6,29 SD = 2,64 n.s	M = 8,00 SD = 2,45 n.s	M = 5,43 SD = 2,22 n.s	M=6,14
Aggressives Misstrauen	M = 3,86 SD = 2,71 p < 0,05	M = 6,33 SD = 2,07 p < 0,01	M = 4,71 SD = 1,11 p < 0,01	M=2,26
Aggressive Eifersucht und Hass	M = 3,36 SD = 1,98 p < 0,05	M = 5,50 SD = 2,17 p < 0,01	M = 2,86 SD = 1,57 n.s	M=1,78
Schuldgefühle nach Aggression	M = 5,36 SD = 2,10 n.s	M = 5,67 SD = 2,73 n.s	M = 6,14 SD = 1,57 p < 0,05	M=4,41

Vergleich der drei Krankheitsgruppen

Bei Vergleich der drei Krankheitsgruppen (beide Geschlechter) konnten im Bezug auf die Subskalen des BDHI keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, Angst- und Panikstörung und Schizophrenie festgestellt werden.

Tabelle 10: BDHI ANOVA (Männer und Frauen)

		Quadrat= summe	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Körperliche Aggression	Zwischen den Gruppen	8,343	2	4,172	,916	,409
	Innerhalb der Gruppen	159,367	35	4,553		
	Gesamt	167,711	37			
Verbale Aggression	Zwischen den Gruppen	,083	2	,041	,005	,995
	Innerhalb der Gruppen	281,391	35	8,040		
	Gesamt	281,474	37			
Indirekte Aggression	Zwischen den Gruppen	34,011	2	17,006	3,220	,052
	Innerhalb der Gruppen	184,857	35	5,282		
	Gesamt	218,868	37			
Oppositions= verhalten	Zwischen den Gruppen	4,891	2	2,446	1,194	,315
	Innerhalb der Gruppen	71,662	35	2,047		
	Gesamt	76,553	37			
Aggressive Reizbarkeit	Zwischen den Gruppen	27,030	2	13,515	1,909	,163
	Innerhalb der Gruppen	247,812	35	7,080		
	Gesamt	274,842	37			
Aggressives Misstrauen	Zwischen den Gruppen	12,798	2	6,399	1,153	,327
	Innerhalb der Gruppen	194,175	35	5,548		
	Gesamt	206,974	37			
Aggressive Eifersucht u. Hass	Zwischen den Gruppen	17,400	2	8,700	2,005	,150
	Innerhalb der Gruppen	151,864	35	4,339		
	Gesamt	169,263	37			
Schuldgefühle nach Aggression	Zwischen den Gruppen	16,075	2	8,038	1,603	,216
	Innerhalb der Gruppen	175,504	35	5,014		
	Gesamt	191,579	37			

5.3 Ergebnisse zu Sexualität und Partnerschaft

5.3.1 Häufigkeit einer bestehenden Partnerschaft

Von den insgesamt 37 Personen, die die Fragebögen zur Sexualität bearbeiteten, hatten 2 der 7 Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, 5 der 8 Schizophrenen und 4 der 22 Patienten mit Angst- und Panikstörung momentan keine Partnerschaft bzw. vergleichbare Beziehung. Diese Tatsache erschwerte vor allem die Auswertung der Sexualitätstests für jene Patienten mit Schizophrenie oder Borderline-Persönlichkeitsstörung.

5.3.2 TSST

Vergleich mit der Norm

Patienten mit Angst- u. Panikstörung oder Schizophrenie zeigten im Vergleich zur Normgruppe signifikant häufiger Störungen der sexuellen Interaktion ($t_{(16)}=2,169$; $p=0,046$; $t_{(2)}=4,865$; $p=0,04$) sowie der Selbstbefriedigung ($t_{(16)}=4,552$; $p=0,001$; $t_{(2)}=5,05$; $p=0,037$). Alle drei Krankheitsgruppen wiesen mehr Probleme in der partnerschaftlichen Einflussverteilung auf ($t_{(16)}=2,781$; $p=0,013$ für Angst- und Panikstörung; $t_{(4)}=2,709$; $p=0,05$ für Borderline-Persönlichkeitsstörung; $t_{(2)}=4,875$; $p=0,04$ für Schizophrenie). Im Bezug auf die Äußerung eigener Wünsche konnte bei schizophrenen Patienten im Vergleich zur Norm ein signifikant hohes Konfliktpotenzial festgestellt werden ($t_{(2)}=4,82$; $p=0,04$).

Tabelle 11: TSST: Vergleich der Krankheitsgruppen mit der Normstichprobe (t-Test)

Sexualitäts- subskala	Angst- u. Panikstörung (n=17)	Borderline- Persönlichkeit (n=5)	Schizophrenie (n=3)	Norm
Störungsmaß	M = 2,46 SD = 1,36 p < 0,05	M = 2,54 SD = 1,3 n.s.	M = 2,67 SD = 0,33 p < 0,05	M = 1,74
Einflussverteilung	M = 3,26 SD = 1,24 p < 0,05	M = 3,25 SD = 0,68 p = 0,05	M = 3,40 SD = 0,35 p < 0,05	M = 2,43
Selbstbefriedigung	M = 4,04 SD = 1,2 p < 0,01	M = 3,60 SD = 0,99 n.s.	M = 4,47 SD = 0,65 p < 0,05	M = 2,58
Achtung und Respekt	M = 2,13 SD = 1,09 n.s.	M = 3,20 SD = 1,35 n.s.	M = 1,75 SD = 0,25 n.s.	M = 1,78
Körperwahrnehmung	M = 2,54 SD = 0,78 n.s.	M = 3,50 SD = 1,39 n.s.	M = 2,58 SD = 0,56 n.s.	M = 2,45
Kommunikative Ängste	M = 3,02 SD = 2,2 n.s.	M = 4,07 SD = 2,65 n.s.	M = 3,67 SD = 0,58 p < 0,05	M = 2,06

Vergleich der drei Krankheitsgruppen

Bei Vergleich der drei Krankheitsgruppen untereinander konnten keine signifikante Unterschiede im Bezug auf die Unterskalen des TSST festgestellt werden.

Tabelle 12: TSST (ANOVA)

		Quadrat= summe	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Störungsmaß	Zwischen den Gruppen	,125	2	,062	,037	,963
	Innerhalb der Gruppen	36,706	22	1,668		
	Gesamt	36,830	24			
Einflussverteilung	Zwischen den Gruppen	,051	2	,025	,021	,980
	Innerhalb der Gruppen	26,904	22	1,223		
	Gesamt	26,955	24			
Selbstbefriedigung	Zwischen den Gruppen	1,487	2	,743	,607	,555
	Innerhalb der Gruppen	23,270	19	1,225		
	Gesamt	24,757	21			
Achtung und Respekt	Zwischen den Gruppen	5,435	2	2,718	2,261	,128
	Innerhalb der Gruppen	26,44	22	1,202		
	Gesamt	31,87	24			
Körper= wahrnehmung	Zwischen den Gruppen	3,663	2	1,832	2,223	,132
	Innerhalb der Gruppen	18,128	22	,824		
	Gesamt	21,791	24			
Kommunikative Ängste	Zwischen den Gruppen	4,678	2	2,339	,487	,621
	Innerhalb der Gruppen	105,749	22	4,807		
	Gesamt	110,427	24			

5.3.3 Sexuelle Funktionen

80% der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gaben an, in letzter Zeit nicht sexuell aktiv gewesen zu sein, während dies bei rund 60% der Patienten mit Angst- und Panikstörung und rund 30% der Schizophrenen der Fall war.

Fehlende oder niedrige Erregung beim Geschlechtsverkehr berichteten nur ein Patient mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie zwei Patienten aus der Gruppe mit Angst- und Panikstörung. Die Mehrheit der Patientinnen in allen drei Krankheitsgruppen berichtete, nie oder nur sehr selten Schmerzen oder andere Probleme beim Geschlechtsverkehr zu haben. Bis auf zwei Personen hatten alle der 25 Patienten schon einmal in ihrem Leben einen Orgasmus erlebt, jedoch berichteten 40% der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, 47% der Personen mit Angst- und Panikstörung und 67% der Patienten mit Schizophrenie Orgasmusprobleme.

Tabelle 13: Sexuelle Funktionen: Hatten Sie in letzter Zeit Geschlechtsverkehr?

	Borderline- Persönlichkeitsstörung (n=5)	Angst- und Panikstörung (n=17)	Schizophrenie (n=3)
Ja	20% (n=1)	41% (n=7)	67% (n=2)
Nein	80% (n=4)	59% (n=10)	33% (n=1)

Tabelle 14: Sexuelle Funktionen: Gefühle vor Geschlechtsverkehr:

	Borderline-Persönlichkeitsstörung (n=5)	Angst- und Panikstörung (n=17)	Schizophrenie (n=3)
Belästigt	0	0%	0
Unangenehm	40% (n=2)	17,6% (n=3)	0
Gleichgültig	0	29,4% (n=5)	0
Angenehm	20% (n=1)	0%	67% (n=2)
Sehr angenehm	0%	17,6% (n=3)	0%
Lust	40% (n=2)	35,3,% (n=6)	33% (n=1)

Tabelle 15: Sexuelle Funktionen: Erregung beim Geschlechtsverkehr:

	Borderline-Persönlichkeitsstörung (n=5)	Angst- und Panikstörung (n=17)	Schizophrenie (n=3)
Keine	20% (n=1)	5,9% (n=1)	0%
Niedrig	0%	5,9% (n=1)	0%
Ein wenig	0%	17,6% (n=3)	33% (n=1)
Ziemlich	20% (n=1)	11,8% (n=2)	0%
Hoch	20% (n=1)	17,6% (n=3)	33% (n=1)
Sehr hoch	40% (n=2)	41,1% (n=7)	33% (n=1)

Tabelle 16: Sexuelle Funktionen: Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? (Frage nur für Frauen)

	Borderline-Persönlichkeitsstörung (n=4)	Angst- und Panikstörung (n=12)	Schizophrenie (n=1)
Nie	25% (n=1)	66,7% (n=8)	0%
Selten	25% (n=1)	8,3% (n=1)	100% (n=1)
Manchmal	25% (n=1)	8,3% (n=1)	0%
Oft	0%	16,6% (n=2)	0%
Fast immer	0%	0%	0%
Immer	25% (n=1)	0%	0%

Tabelle 17: Sexuelle Funktionen: Gibt es Probleme beim Geschlechtsverkehr? (Frage nur für Frauen)

	Borderline-Persönlichkeitsstörung (n=4)	Angst- und Panikstörung (n=12)	Schizophrenie (n=1)
Nie	75% (n=3)	75% (n=9)	100% (n=1)
Selten	0%	8,3% (n=1)	0%
Manchmal	0%	16,6% (n=2)	0%
Oft	25% (n=1)	0%	0%
Fast immer	0%	0%	0%
Immer	0%	0%	0%

Tabelle 18: Sexuelle Funktionen: Hatten Sie schon ein mal in Ihrem Leben einen Orgasmus?

	Borderline-Persönlichkeitsstörung (n=5)	Angst- und Panikstörung (n=17)	Schizophrenie (n=3)
Ja	80% (n=4)	94,1% (n=16)	100% (n=3)
Nein	20% (n=1)	0%	0%
Weiß nicht	0%	5,9% (n=1)	0%

Tabelle 19: Sexuelle Funktionen: Hatten Sie in letzter Zeit einen Orgasmus?

	Borderline-Persönlichkeitsstörung (n=5)	Angst- und Panikstörung (n=17)	Schizophrenie (n=3)
Nie	20% (n=1)	29,4% (n=5)	33,3% (n=1)
Selten	20% (n=1)	5,9% (n=1)	33,3% (n=1)
Manchmal	0%	11,8% (n=2)	33,3% (n=1)
Oft	20% (n=1)	0%	0%
Fast immer	20% (n=1)	17,6% (n=3)	0%
Immer	20% (n=1)	35,3% (n=6)	0%

Tabelle 20: Sexuelle Funktionen: Fühlen Sie sich nach dem Geschlechtsverkehr körperlich befriedigt?

	Borderline-Persönlichkeitsstörung (n=5)	Angst- und Panikstörung (n=17)	Schizophrenie (n=3)
Nie	20% (n=1)	17,6% (n=3)	33,3% (n=1)
Selten	0%	17,6% (n=3)	0%
Manchmal	0%	11,7% (n=2)	33,3% (n=1)
Oft	0%	0%	0%
Fast immer	60% (n=3)	35,3% (n=6)	33,3% (n=1)
Immer	20% (n=1)	17,6% (n=3)	0%

Tabelle 21: Sexuelle Funktionen: Fühlen Sie sich nach dem Geschlechtsverkehr seelisch befriedigt?

	Borderline-Persönlichkeitsstörung (n=5)	Angst- und Panikstörung (n=17)	Schizophrenie (n=3)
Nie	20% (n=1)	23,5% (n=4)	33,3% (n=1)
Selten	0%	23,5% (n=4)	0%
Manchmal	20% (n=1)	5,9% (n=1)	33,3% (n=1)
Oft	0%	0%	0%
Fast immer	60% (n=3)	29,4% (n=5)	0%
Immer	0%	17,6% (n=3)	33,3% (n=1)

5.3.4 Problemliste

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigten im Vergleich zu den anderen beiden Krankheitsgruppen häufigere Probleme im Bereich der Freizeitgestaltung, der Zuwendung und des Vertrauens. Ebenso fühlte sich die Hälfte der Patienten vom Partner zu wenig akzeptiert und unterstützt und hatte Probleme mit den Forderungen des Partners. Die Sexualität wurde am häufigsten als Problembereich angesehen. Interessanterweise zählten Tötlichkeiten nur in dieser Patientengruppe zu den wesentlichen Problembereichen. Unter den Patienten mit Angst- und Panikstörung gab es in den Bereichen Freizeitgestaltung, Zuwendung und vor allem Sexualität die meisten Probleme. Bei den Patienten mit Schizophrenie wiederum zeigten sich folgende Bereiche als problembehaftet: Berufstätigkeit, Kontakt zu Verwandten und Kommunikation.

Tabelle 22: Problemliste

	Borderline-Persönlichkeitsstörung (n=4)	Angst- und Panikstörung (n=17)	Schizophrenie (n=3)
Einteilung des Einkommens	0%	11%	0%
Berufstätigkeit	25%	5%	67%
Haushaltsführung	25%	11%	0%
Vorstellungen d. Kindererziehung	0%	11%	0%
Freizeitgestaltung	50%	28%	33%
Kontakt zu Freunden/Bekanntem	25%	17%	33%
Temperament	25%	17%	33%
Zuwendung	50%	28%	33%
Attraktivität	25%	11%	33%
Vertrauen	50%	17%	33%
Eifersucht	25%	17%	33%
Gewährung persönlicher Freiheiten	25%	22%	33%
Sexualität	75%	39%	33%
Außereheliche Beziehungen	0%	11%	0%
Kontakt zu Verwandten	0%	17%	67%
Persönliche Gewohnheiten des Partners	50%	22%	33%
Kommunikation	25%	22%	67%
Kinderwunsch	0%	5%	33%
Fehlende Akzeptanz und Unterstützung	50%	22%	0%
Forderungen des Partners	50%	11%	33%
Krankheiten	25%	22%	33%
Umgang mit Alkohol	0%	22%	33%
Tötlichkeiten	50%	5%	0%

5.3.5 PFB

Vergleich mit der Norm

Schizophrene Patienten zeigten im Vergleich zu den Personen in der Normgruppe signifikant weniger Gemeinsamkeiten mit dem Partner sowie eine schlechtere Kommunikation ($t_{(2)}=-5,518$; $p=0,031$).

Tabelle 23: PFB: Vergleich der Krankheitsgruppen mit der Normstichprobe (t-Test)

	Angst- und Panikstörung (n=17)	Borderline-Persönlichkeit (n=4)	Schizophrenie (n=3)	Norm
Streitverhalten (S)	M = 5,76 SD = 5,07 n.s.	M = 10,25 SD = 6,02 n.s.	M = 7,33 SD = 6,11 n.s.	M = 5,4
Zärtlichkeit (Z)	M = 20,35 SD = 7,74 n.s.	M = 21,50 SD = 5,51 n.s.	M = 20,0 SD = 1,00 n.s.	M = 20,0
Gemeinsamkeit/ Kommunikation (G)	M = 19,18 SD = 6,37 n.s.	M = 15,50 SD = 8,89 n.s.	M = 15,33 SD = 1,53 $p<0,05$	M = 20,2

Vergleich der drei Krankheitsgruppen

Bei Vergleich der jeweiligen Werte für die drei Krankheitsbilder konnte kein signifikanter Unterschied im Streitverhalten, in der Zärtlichkeit sowie der Gemeinsamkeit/ Kommunikation zwischen den drei Gruppen festgestellt werden.

Tabelle 24: PFB (ANOVA)

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	
S Summe	Zwischen den Gruppen	66,483	2	33,241	1,174	,329
	Innerhalb der Gruppen	594,475	21	28,308		
	Gesamt	660,958	23			
Z Summe	Zwischen den Gruppen	5,118	2	2,559	,051	,950
	Innerhalb der Gruppen	1050,882	21	50,042		
	Gesamt	1056,000	23			
G Summe	Zwischen den Gruppen	69,696	2	34,848	,822	,453
	Innerhalb der Gruppen	890,137	21	42,387		
	Gesamt	959,833	23			

5.3.6 Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK)

Vergleich mit der Norm

Sowohl Patienten mit Angst- und Panikstörung als auch Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigten im Vergleich zur Normgruppe signifikant vermehrt Unsicherheit ($t_{(20)}=2,248$; $p=0,036$; $t_{(6)}=3,857$; $p=0,008$). Ebenso wiesen Patienten mit Angst- und Panikstörung vermehrt Sensibilität für Körpervorgänge auf ($t_{(20)}=2,161$; $p=0,043$).

Tabelle 25: FBeK : Vergleich Krankheitsgruppen mit der Normstichprobe (t-Test)

Subskalen	Angst- u. Panikstörung (n=21)	Borderline-Persönlichkeit (n=7)	Schizophrenie (n=8)	Norm
Unsicherheit	M = 7,24 SD = 3,91 p < 0,05	M = 11,71 SD = 4,39 p < 0,01	M = 7,00 SD = 2,45 n.s.	M = 5,32
Attraktivität	M = 8,90 SD = 3,49 n.s.	M = 5,43 SD = 4,54 n.s.	M = 10,0 SD = 2,27 n.s.	M = 8,91
Sensibilität	M = 12,67 SD = 3,32 p < 0,05	M = 12,43 SD = 3,21 n.s.	M = 13,00 SD = 2,67 n.s.	M = 11,1

Vergleich der drei Krankheitsgruppen

Bei Vergleich der 3 Krankheitsbilder zeigten sich signifikante Unterschiede im Bezug auf die Subskalen Unsicherheit und Attraktivität. So zeigten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikant mehr Unsicherheit als jene Personen mit Angst- und Panikstörung und fühlten sich im Vergleich zu schizophrenen Patienten weniger attraktiv.

Tabelle 26: FBeK (ANOVA)

Subskala	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Unsicherheit	116,651	2	58,325	4,155	,025*
Attraktivität	87,448	2	43,724	3,576	,039*
Sensibilität	1,258	2	,629	,062	,940

p < 0,05

Tabelle 27: Mehrfachvergleiche FBeK : Unsicherheit

(I) Gruppe der psychischen Erkrankung	(J) Gruppe der psychischen Erkrankung	Mittlere Differenz (I-J)	Standard fehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Unter=grenze	Ober=grenze
Angst- und Panikstörung (n = 21)	Borderline	-4,48	1,635	,026*	-8,49	-,46
	Schizophrenie	,24	1,557	,987	-3,58	4,06
Borderline-Persönlichkeit (n=7)	Angst	4,48	1,635	,026*	,46	8,49
	Schizophrenie	4,71	1,939	,053	-,04	9,47
Schizophrenie (n = 8)	Angst	-,24	1,557	,987	-4,06	3,58
	Borderline	-4,71	1,939	,053	-9,47	,04

* p<0,05

Tabelle 28: Mehrfachvergleiche FBeK : Attraktivität

(I) Gruppe der psychischen Erkrankung	(J) Gruppe der psychischen Erkrankung	Mittlere Differenz (I-J)	Standard fehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Unter=grenze	Ober=grenze
Angst- und Panikstörung (n = 21)	Borderline	3,48	1,526	,073	-,27	7,22
	Schizophrenie	-1,10	1,453	,733	-4,66	2,47
Borderline – Persönlichkeit (n=7)	Angst	-3,48	1,526	,073	-7,22	,27
	Schizophrenie	-4,57	1,810	,043*	-9,01	-,13
Schizophrenie (n = 8)	Angst	1,10	1,453	,733	-2,47	4,66
	Borderline	4,57	1,810	,043*	,13	9,01

* p<0,05

6 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, Aggression, Sexualität und Partnerschaft sowie das Selbstbild bei Patienten mit Angst- und Panikstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Schizophrenie zu untersuchen.

Bei Vergleich der Krankheitsgruppen mit der Norm zeigten sich im Bezug auf die Aggression einige signifikante Unterschiede. So wiesen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung vermehrt aggressive Charakterzüge, vermehrte Erregbarkeit sowie erhöhte Selbstaggression auf. Diese Ergebnisse stimmen mit der zu dieser Thematik bestehenden Literatur überein (119,123,124). Weiters zeigte sich auch im Vergleich zu den Patienten der beiden anderen Krankheitsgruppen eine hochsignifikant gesteigerte Selbstaggression.

Schizophrene Patientinnen zeigten im Vergleich zur Norm interessanterweise verminderte körperliche Aggression. Diese Ergebnisse sind konträr zu den Angaben in der Literatur, da hier eine gesteigerte Aggression unter Schizophrenen festgestellt wurde (55-59). Eine mögliche Erklärung dieser gegenteiligen Resultate könnte durch die Verwendung der Ergebnisse der weiblichen Schizophrenen gegeben sein, da sich das weibliche Geschlecht in einigen Studien als weniger aggressiv zeigte (56,57). Schizophrene Patientinnen wiesen in unserer Untersuchung ebenso vermehrt Schuldgefühle nach Aggression auf; beide Geschlechter zeigten eine gesteigerte Aggressionshemmung.

Bei Patienten mit Angst- und Panikstörung wurde in dieser Untersuchung im Vergleich zur Normgruppe eine verminderte spontane Aggression festgestellt; weibliche Patientinnen wiesen ebenso signifikant verminderte körperliche Aggression auf. Weiters zeigte sich in unserer Untersuchung eine gesteigerte Aggressionshemmung. Ähnliche Ergebnisse fanden bereits Almeida et al., die bei Patienten mit Panikstörung Schwierigkeiten, Aggressionen zu zeigen, feststellten (98). Patienten mit Angst- und Panikstörung zeigten in unserer Untersuchung jedoch ebenso eine gesteigerte Disposition zu Ärger, vermehrt aggressives Misstrauen und aggressive Eifersucht. Auch diese Ergebnisse sind vergleichbar mit den Angaben in vorangegangenen Studien von Fava et al. und Koh et al. (95,97).

Unsere Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Menschen, die an Angst- und Panikstörung leiden, zwar vermehrt zu Ärgergefühlen neigen, jedoch eine ausgeprägte Aggressionshemmung dazu führt, dass diese Emotionen nicht als offene Aggression in Erscheinung treten.

Bei Betrachtung der Sexualität zeigte sich, dass ein sehr großer Teil der Patienten trotz bestehender Partnerschaft nicht sexuell aktiv war. So hatte unter den Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nur ein Fünftel in letzter Zeit Geschlechtsverkehr. Ebenso bezeichneten drei Viertel dieser Patienten die Sexualität als Problembereich in ihrer Partnerschaft. Diese Ergebnisse entsprechen den Angaben in vorangegangenen Studien, in denen Borderline-Patienten ebenso sexuelle Probleme berichteten (127,128).

Patienten mit Angst- und Panikstörung, von denen nur 40% in letzter Zeit sexuell aktiv gewesen waren, berichten im Vergleich zur Norm signifikant häufiger Störungen in der sexuellen Interaktion mit dem Partner sowie im Bezug auf die Selbstbefriedigung.

Schizophrene Patienten zeigten ebenso signifikant vermehrt sexuelle Störungen und eine verminderte Rate an Selbstbefriedigung, was in vorhergehenden Studien bestätigt wurde (74,77,78).

Bei Vergleich der drei Krankheitsgruppen untereinander konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede im Bezug auf die Sexualität festgestellt werden.

Im Bezug auf die Partnerschaft zeigten sich in allen drei Krankheitsgruppen im Vergleich zur Normgruppe vermehrte Konflikte im Bezug auf die Verteilung des Einflusses. Schizophrene Patienten gaben ebenso vermehrt Probleme in der partnerschaftlichen Kommunikation an. Tätlichkeiten stellten interessanterweise ausschließlich bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung einen bedeutenden Problembereich dar. Dieses Ergebnis geht konform mit den Ergebnissen einer Studie von Zanarini et al., die feststellten, dass Borderline-Patienten nicht nur aggressive Verhaltensweisen zeigen, sondern sehr häufig auch selbst Opfer von Gewalt sind (114).

Die psychiatrische Erkrankung scheint ebenso Einfluss auf das Körperbild zu haben, was sich am deutlichsten unter Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigte. Diese wiesen im Vergleich zur Norm und zu Patienten mit Angst- und Panikstörung vermehrt Unsicherheit auf. Bei Vergleich mit Patienten mit Schizophrenie fühlten sie sich ebenso signifikant weniger attraktiv.

Zu den Limitationen dieser Untersuchung zählen vor allem die sehr geringe Patientenzahl. Speziell die Auswertung der Ergebnisse zur Sexualität wurde aufgrund der geringen Anzahl an Patienten mit einer bestehenden Partnerschaft erschwert. Allgemein müssen jene oben genannten Ergebnisse immer unter Berücksichtigung der geringen Patientenzahl interpretiert werden, was eine Generalisierung erschwert. Ebenso könnten eine

geschlechtsspezifische Berechnung und die Einbeziehung des Patientenalters sinnvoll sein, um exaktere Ergebnisse liefern zu können. Eine Berücksichtigung der aktuellen Medikation wäre weiters von Interesse, da diese vor allem auf die Sexualität große Auswirkungen haben kann.

Zu den Limitationen der Untersuchung zählen ebenfalls die gewählte Methode, da bei Verwendung von Fragebögen einige Tatsachen zu berücksichtigen sind. Probleme dabei könnten zum Beispiel durch Bejahungs- oder Verneinungstendenzen gegeben sein. Ebenso ist es möglich, dass die Befragten bewusst oder unbewusst gewisse Antworten wählten, um so ein Bild von sich selbst zu liefern, das ihnen positiv erschien. Ebenso liefert die Testung mittels Fragebögen nur ein momentanes Bild, das von aktuellen Ereignissen oder der aktuellen Stimmungslage stark beeinflusst werden kann.

Vorteile durch die Wahl von Fragebögen als Erhebungsmethode können jedoch vor allem bei der Thematik der Sexualität gegeben sein. Zwar kann auch ein persönliches Gespräch für die Erfassung der Sexualität wichtig sein, jedoch ist dieses Thema für viele Menschen zu privat, um es mit einem Fremden zu besprechen. Ein anonymer Fragebogen, der vom Patienten alleine ausgefüllt wird, kann nicht nur die Compliance zur Teilnahme an einer solchen Studie verbessern, sondern auch zur ehrlichen Beantwortung der Fragen beitragen.

Zusammenfassend ist also festzustellen, dass jene untersuchten psychiatrischen Erkrankungen sowohl auf den Bereich der Aggression als auch auf die Sexualität, die Partnerschaft und das Selbstbild Einfluss zu haben scheinen. Eine Aggressionssteigerung unter Borderline-Patienten sowie eine starke Aggressionshemmung unter den Personen der anderen beiden Gruppen konnten festgestellt werden. Ebenso zeigten sich in allen drei Krankheitsgruppen sexuelle Störungen sowie Probleme in der Partnerschaft.

Das Wissen um die Veränderungen in diesen Bereichen und deren Berücksichtigung im klinischen Setting können das Verständnis für den Patienten und dessen momentane Lebenssituation fördern und dem biopsychosozialen Konzept besser gerecht werden. Weitere Untersuchungen wären nötig, um die Komplexität dieser Thematik besser verstehen zu können.

7 Literaturverzeichnis

1. Posternak MA, Zimmerman M. Anger and aggression in psychiatric outpatients. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 665-72
2. Aberhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Fischer JE, Haug HJ. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007, 3: 30
3. Kockott G, Pfeiffer W. Sexual disorders in nonacute psychiatric outpatients. *Compr Psychiatry* 1996; 37: 56-61
4. Aizenberg D, Zemishlany Z, Dorfman-Etrog P, Weizman A. Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 137-41
5. Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord* 1999; 56: 201-8
6. Wirshing DA, Pierre JM, Marder SR, Saunders CS, Wirshing WC. Sexual side effects of novel antipsychotic medications. *Schizophr Res* 2002; 56: 25-30
7. Stahl SM. The psychopharmacology of sex, part 2: effects of drugs and disease on the 3 phases of human sexual response. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 147-8
8. Aizenberg D, Modai I, Landa A, Gil-Ad I, Weizman A. Comparison of sexual dysfunction in male schizophrenic patients maintained on treatment with classical antipsychotics versus clozapine. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 541-4
9. Nolting HP. *Lernfall Aggression*. 2. Auflage. Hamburg: Rowohlt; 2007
10. Mummendey A, Bornewasser M, Löschper G, Linneweber V. Aggressiv sind immer die anderen. Plädoyer für eine sozialpsychologische Perspektive in der Aggressionsforschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*. 1982; 13: 177-193
11. Selg H, Mees U, Berg D. *Psychologie der Aggressivität*. 2. überarbeitete Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe; 1997
12. Hoffmann SO. Aggression. In: Battegay R, Glatzel J, Pöldinger W, Rauchfleisch U (Hrsg.) *Handwörterbuch der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke; 1984
13. Feshbach S. The function of aggression and the regulation of aggressive drive. *Psychological Review* 1964; 71: 257-272
14. Freud S. *Das Unbehagen in der Kultur*. Band 14, Frankfurt: S Fischer; 1930
15. Freud S. *Warum Krieg?* Ges. Werke. Band 16, Frankfurt: S Fischer; 1933
16. Hacker F. *Aggression. Die Brutalisierung der modernen Welt*. Wien: Molden; 1971

17. Lorenz K. Das sogenannte Böse. Wien: Borotha-Schoeler; 1963
18. Bandura A. Aggression: Eine sozial- lerntheoretische Analyse. Stuttgart: Klett-Cotta, 1979
19. Volavka J. The neurobiology of violence: an update. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1999; 11: 307-14
20. Davidson RJ, Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation - a possible prelude to violence. *Science* 2000; 289: 591-4
21. Gerra G, Zaimovica A, Avanzinib P, Chittolini B, Giucastro G, Caccavari R. Neurotransmitter - neuroendocrine responses to experimentally induced aggression in humans: influence of personality variable. *Psychiatr Res* 1997; 66: 33-43
22. Chang JC, Lee CS. Risk factors for aggressive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 1305-7
23. Tardiff K, Marzuk P, Leon AC, Portera L, Weiner C. Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 88-93
24. Raja M, Azzoni A, Lubich L. Aggressive and violent behavior in a population of psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 428-34
25. Ketelsen R, Zechert C, Driessen M, Schulz M. Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007, 14: 92-9
26. Grube M. Gender differences in aggressive behavior at admission to a psychiatric hospital. *Aggr Behav* 2007; 33: 97-103
27. Haeberle EJ. Die Sexualität des Menschen. Handbuch und Atlas. 2.erw. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter; 1985
28. Kockott G. Die Sexualität des Menschen. München: Beck; 1995
29. Buckley PF (Ed.): *Sexuality and Serious Mental Illness*. harwood academic publishers; 1999
30. Mouras H, Stoleru S, Bittoun J, Glutron D, Pelegriani-Issac M, Paradis AL et al. Brain processing of visual sexual stimuli in healthy men : a functional magnetic resonance imaging study. *Neuroimage* 2003; 20: 855-69
31. Moulrier V, Mouras H, Pelegriani-Issac M, Glutron D, Rouxel R, Grandjean B. Neuroanatomical correlates of penile erection evoked by photographic stimuli in human males. *Neuroimage* 2006; 33: 689 – 99

32. Stoléru S, Gregoire MC, Gerard D, Decety J, Lafarge E, Cinotti L et al. Neuroanatomical correlates of visually evoked sexual arousal in human males. *Arch Sex Behav* 1999; 28 (1)
33. Salamon E, Esch T, Stefano GB. Role of amygdala in mediating sexual and emotional behavior via coupled nitric oxide release. *Acta Pharmacologica Sinica* 2005; 26 (4): 389-95
34. Argiolas A, Melis MR. Central control of penile erection: Role of the paraventricular nucleus of the hypothalamus. *Prog Neurobiol* 2005; 76: 1-21
35. Argiolas A, Melis MR. The neurophysiology of the sexual cycle. *J Endocrinol. Invest.* 2003; 26 (Suppl 3): 20-2
36. Masters WH, Johnson VE. *Die sexuelle Reaktion*. Rowohlt; 1970
37. Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie*. 2.Auflage. Heidelberg: Springer; 2005
38. Arentewicz G, Schmidt G. *Sexuell gestörte Beziehungen: Konzept und Technik der Paartherapie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1980
39. Sigusch V (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. 3.Auflage. Stuttgart, New York: Thieme; 2001
40. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. (DSM-IV), Washington: American Psychiatric Press, 1994
41. Coverdale JH, Turbott SH. Risk behaviors for sexually transmitted infections among men with mental disorders. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 234-8
42. Ramrakha S, Caspi A, Dickson N, Moffit TE, Paul C. Psychiatric disorders and risky sexual behavior in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *BMJ* 2000; 321: 263-6
43. Raja M, Azzoni A. Sexual behaviour and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *Eur Psychiatry* 2003; 18:70-6
44. Volman L, Landeen J. Uncovering the sexual self in people with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14: 411-7
45. Westheide J, Helmstaedter C, Elger C, Cooper – Mahkorn D, Sträter B, Maler W et al. Sexuality in male psychiatric inpatients. A descriptive comparison of psychiatric patients, patients with epilepsy and healthy volunteers. *Pharmacopsychiatry* 2007; 40: 183-90
46. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250: 274-285

47. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of Schizophrenia. *PloS Med* 2005; 2 (5): 413 - 33
48. Hambrecht M, Maurer K, Häfner H, Sartorius N. Transnational stability of gender differences in schizophrenia? *Eur Arch Psychiatry Clinical Neurosci* 1992; 242: 6-1
49. Häfner H, an der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997; 42 (2): 139-51
50. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-75
51. Möller HJ, Laux G, Deister A. *Psychiatrie und Psychotherapie*. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2005
52. Chan S, Yu IW. Quality of life of clients with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2004; 45(1):72-83
53. Tölle R, Windgassen K. *Psychiatrie*. 14.Auflage. Heidelberg: Springer; 2006
54. Steinert T. *Aggression und Gewalt bei Schizophrenie*, Münster: Waxmann, 1998
55. Milton J, Amin S, Singh SP, Harrison G, Jones P, Croudace T, et al. Aggressive incidents in first episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2001;178: 433-40
56. Steinert T, Wiebe C, Gebhardt RP. Aggressive behaviour against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 85-90
57. Foley SR, Kelly BD, Clarke M, McTigue O, Gervin M, Kamali M et al. Incidence and clinical correlates of aggression and violence in patients with fist episode psychosis. *Schizophr Res* 2005;72: 161-8
58. Vevera J, Hubbard A, Veselý A, Papežová H. Violent behavior in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 426-30
59. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Res* 2004; 67: 247-52
60. Fresán A, Apiquian R, Nicolini H, Cervantes JJ. Temperament and character in violent schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2007; 94: 74-80
61. Lam JN, Mc Niel DE, Binder RL p. The relationship between patient's gender and violence leading to staff injuries. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 1167-70
62. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Male-female differences in the setting and construction of violence among people with severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 68-74

63. Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC, Portera L, Weiner C : Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 88-93
64. Beck JC, White KA, Gage B. Emergency psychiatric assessment of violence. *Am J Psychiatry* 1991; 148 (11): 1562-5
65. Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, Tuckwell V. Aggressive behavior in schizophrenia : role of state versus trait factors. *Psychiatr Res* 1997; 72: 41-50
66. Taylor PJ. When symptoms of psychosis drive serious violence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 33: 47-54
67. Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R. The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav. Sci. Law* 2003; 21: 523–546
68. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 490-99
69. Raja M, Azzoni A. Hostility and violence in acute psychiatric inpatients. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 1:11
70. Foley SR, Browne S, Clarke M, Kinsella A, Larkin C, O’Callaghan E. Is violence at presentation by patients with first-episode psychosis associated with duration of untreated psychosis? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 606-10
71. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and its relationship to violent behaviour in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1712-4
72. Chang JC, Lee CS. Risk factors for aggressive behaviour among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 1305-7
73. Steinert T, Hermer K, Faust V. Comparison of aggressive and non-aggressive schizophrenic inpatients matched for age and sex. *Eur J Psychiatry* 1996; 10: 100-7
74. MacDonald S, Halliday J, MacEwan T, Sharkey V, Farrington S, Wall S et al. Nithsdale schizophrenia surveys 24: sexual dysfunction. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 50-6
75. Bell CE, Wringer PH, Davidhizar R, Samuels ML. Self reported sexual behaviors of schizophrenic adults and non-institutionalized adults. *Perspect Psychiatr Care* 1993; 29(2): 30-6

76. Cournos F, Guido JR, Coomaraswamy S, Meyer-Bahlburg H, Sugden R, Horwath E. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1994; 151(2): 228-32
77. Fortier P, Mottard JP, Trudel G, Even S. Study of sexuality related characteristics in young adults with schizophrenia treated with novel neuroleptics and in a comparison group of young adults. *Schizophr Bull* 2003; 29(3): 559-72
78. Bhui K, Puffet A, Strathdee G. Sexual and relationship problems among patients with severe chronic psychoses. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 459-67
79. Lyketsos GC, Sakka P, Maïlis A. The sexual adjustment of chronic schizophrenics: a preliminary study. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 376-82
80. Kelly DL, Conley RR. Sexuality and schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 2004; 30 (4): 767-79
81. Bhui K, Puffet A, Herriot P. A survey of sexual problems amongst psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; 30 :73-7
82. Olfson M, Uttaro T, Carson WH, Eskinder T. Male sexual dysfunction and quality of life in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 331-8
83. Miller LJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 502-6
84. Fleischhacker WW, Meise U, Gunther V, Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment : influence of side effects. *Acta Psychiatr Scand* 1994; Suppl. 382: 11-5
85. Hippus H, Klein HE, Strian F. *Angstsyndrome: Diagnostik und Therapie*. Berlin, Heidelberg, NewYork: Springer; 1999
86. Faravelli C, Zucchi T, Viviani B; Salmoria R, Perone A, Paionni A et al. Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *Eur Psychiatry* 2000; 15(1): 17-2
87. Fehm L, Beesdo K, Jacobi F, Fiedler A. Social anxiety disorder above and below the diagnostic treshold. Prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43(4): 257-65
88. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of life and anxiety disorders: a population study. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 196-202
89. Taylor CB. Panic disorder. *BMJ* 2006; 332: 931-3

90. Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S, Cosci F, Truglia E, de Graaf R et al. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15(4): 435-43
91. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1249-57
92. Hitchcock E, Cairns V. Amygdalotomy. *Postgrad Med* 1973; 49: 894-904
93. George DT, Anderson P, Nutt DJ, Linnoila M. Aggressive thoughts and behavior: another symptom of panic disorder? *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 500-2
94. Dadds MR, Gaffney L, Kenardy J, Oei T, Evans L. An exploration of the relationship between expression of hostility and the anxiety disorders. *J Psychiatr Res* 1993; 27: 17-26
95. Koh KB, Kim CH, Park JK. Predominance of anger in depressive disorders compared with anxiety disorders and somatoform disorders. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 486-92
96. Moscovitch DA, McCabe R, Antony MM, Rocca L, Swinson RP. Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2008; 25(2): 107-13
97. Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Saviotti FM, Ballin M, Pesarin F. Hostility and irritable mood in panic disorder with agoraphobia. *J Affect Dis* 1993; 29: 213-7
98. Almeida YA, Nardi AE. Psychological features in panic disorder. *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60: 553-7
99. Gould RA, Ball S, Kaspi SP, Otto MW, Pollack MH, Shekhar A et al. Prevalence and correlates of anger attacks: A two side study. *J Affect Dis* 1996; 39: 31-8
100. Korn ML, Plutchik R, van Praag HM. Panic-associated suicidal and aggressive ideation and behavior. *J Psychiatr Res* 1997; 31(4) 481-7
101. Bodinger L, Hermesh H, Aizenberg D, Valevski A, Marom S, Shiloh R et al. Sexual function and behavior in social phobia. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 874-9
102. Tignol J, Martin-Guehl C, Aouizerate B, Grabot D, Auriacombe M. Social phobia and premature ejaculation : a case-control study. *Depress Anxiety* 2006; 23: 153-7
103. Correti G, Pierucci S, De Sciacolo M, Nisita C. Comorbidity between social phobia and premature ejaculation: study on 242 males affected by sexual disorders. *J Sex Marital Ther* 2006; 32(2): 183-7

104. Figueira I, Possidente E, Marques C, Hayes K. Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. *Arch Sex Behav* 2001; 30(4): 369-77
105. Lenz G, Küfferle B. *Klinische Psychiatrie*. 2.Auflage. Wien: Facultas; 2002
106. Paris J. Borderline personality disorder. *CMAJ* 2005;172(12): 1579-1583
107. Herpertz S. *Impulsivität und Persönlichkeit: Zum Problem der Impulskontrollstörungen*. Stuttgart: Kohlhammer; 2001
108. Lieb K, Zanarini M, Schmahl C, Linehan M, Bohus M. Borderline personality disorder. *The Lancet* 2004; 364: 453-461
109. Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, Schmeidler J, New A, Goodman M et al. Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 784-8
110. Henry C, Mitropoulou V, New A, Koenigsberg HW, Silverman J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res* 2001; 35: 307-12
111. Zanarini M, Frankenburg F, Khera GS, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 144-50
112. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 590-6
113. Widiger TA, Weissman MW. Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42: 1015-21
114. Zanarini M, Frankenburg FR, Reich DB, Marino M, Haynes M, Gunderson J. Violence in the lives of adult borderline patients, *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(2): 65-71
115. Zanarini M, Williams AA, Ruth L, Reich B, Soledad V, Marino M, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1101-6
116. Skodol AE, Gunderson JG, Mc Glashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS et al. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant or obsessive – compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 276-283
117. Zanarini M, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 827-832

118. Paris J, Zweig-Frank H. A 27 year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 482-7
119. Paris J, Zweig – Frank H, Bond M, Guzder J. Defense styles, hostility and psychological risk factors in male patients with personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 153-8
120. Wilson ST, Stanley B, Oquendo MA, Goldberg P, Zalsman G, Mann JJ. Comparing impulsiveness, hostility and depression in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1533-9
121. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive disorder and borderline personality disorder : a comparative study. *Am J Psychiatry* 2000, 157: 601-8
122. Gardner DL, Leibenluft E, O’Leary KM, Cowdry RW. Self-ratings of anger and hostility in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179(3): 157-61
123. Keilp JG, Gorlyn M, Oquendo MA, Brodsky B, Ellis SP Stanley B et al. Aggressiveness, not impulsiveness or hostility, distinguishes suicide attempters with major depression. *Psychol Med* 2006; 36(12): 1779-88
124. Dougherty DM, Bjork JM, Huckabee H, Moeller FG, Swann AC. Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 1999, 85: 315-6
125. Jacob GA, Guenzler C, Zimmermann S, Scheel CN, Rüsç N, Leonhart R. Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2007
126. McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G. Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case - control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 721-9
127. Hurlbert DF, Apt C, White LC. An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorder. *J Sex Marital Ther* 1992; 18: 231-42
128. Zanarini MC, Parachini EA, Frankenburg FR, Holman JB, Hennen J, Reich DB et al. Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 479-82
129. Zubenko GS, George AW, Soloff PH, Schulz P. Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 748-52

130. Dulit RA, Fyer MR, Miller FT, Sacks MH, Frances AJ. Gender differences in sexual preference and substance abuse of inpatients with borderline personality disorder. *J Personal Disord* 1993; 7: 182-5
131. Hull JW, Clarkin JF, Yeomans F. Borderline personality disorder and impulsive sexual behavior. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 1000-2
132. Chen E, Brown MZ, Lo T, Linehan MM. Sexually transmitted disease rates and high-risk sexual behaviors in borderline personality disorder versus borderline personality disorder with substance use disorder. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195: 125-9
133. Hampel R, Selg H. FAF- Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren. Göttingen: Hogrefe; 1975
134. Schwenkmezger P, Hodapp V, Spielberger CD. Das State-Trait-Aergerausdrucks-Inventar. Bern, Göttingen, Toronto: Huber; 1992
135. Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol.* 1957; 21(4): 343-9.
136. Zimmer D. Fragebogen zu Sexualität und Partnerschaft (ASP, TSST, NSP). 3. korr. Auflage. DGVT-Verlag; 1994
137. Schulze CH, Böhm N. Sexualität in der psychosomatischen Gynäkologie. In: Schulze CH. (Hrsg.) Gynäkopsychologie. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen; 1990
138. Hahlweg K. Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD) Hogrefe-Verlag; 1996
139. Strauß B, Richter – Appelt H. The “Body Experience Questionnaire”, "Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers", FBeK. Göttingen: Hogrefe – Verlag; 1996

Lebenslauf

Name: Carina Siegl

Geburtsdatum: 28. November 1983

Geburtsort: Fürstenfeld

Anschrift: Sandgasse 47

8010 Graz

carina.siegl@stud.meduni-graz.at

Familienstand: ledig

Bildungsweg:

1990 – 1994: VS Söchau

1994 – 2002: BG/BRG Fürstenfeld

Seit 2002: Studium der Humanmedizin an der medizinischen Universität Graz

Seit 2007: Mitarbeit in der AGBP an der Universitätsklinik für Psychiatrie LKH Graz

Fremdsprachenkenntnisse: - Englisch

- Französisch

- Italienisch