

Hummel, Peter / Aschoff, Wulf / Bleßmann, Frank und Anders, Dietrich
**Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit
Klinefelter-Syndrom**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 4, S. 132-138

urn:nbn:de:bsz-psydok-36395

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- JAEDE, W.: Trennungs- und Scheidungsberatung in Erziehungsberatungsstellen unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Entwicklungskriterien (Counseling in Situations of Separation and Divorce) 42
- SPECHT, F.: Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (The Rules of Expert Skills in Psycho-Social Counseling of Children, Adolescents and Parents) ... 113

Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W./WILKES, J.: Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern (Specific Language Retardation in Educationally Subnormal Children) 150
- BERNHARDT, H.: „Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen“. Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde ("Never Usable for Even the Most Primitive Jobs" – The Killing of Handicapped and Ill Children 1939 Until 1945 in the State Mental Hospital of Ueckermünde) 240
- ECK, M./LOHAUS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Mißbrauch im Vorschulalter (Development and Evaluation of a Program for Sexual Abuse Prevention in Preschool Children) 285
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen und psychotischen Verhaltensweisen (Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms) 248
- GERWERT, U./THURN, C./FEGERT, J.: Wie erleben und bewältigen Mütter den sexuellen Mißbrauch an ihren Töchtern? (How do Mothers Experience the Sexual Abuse of Their Daughters?) 273
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden (Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) 106
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen und gesunden Kontrollprobanden (Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) 68
- KLICPERA, C./SCHABMANN, A.: Die Häufigkeit von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht und der Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (The Frequency of Emotional Problems

- and Maladaptive Classroom-Behavior and Their Relation to Reading and Spelling Difficulties: Results of a Longitudinal Study) 358
- KÜHL, R./HINRICHS, G.: Attributionsstile bei psychisch und somatisch erkrankten Jugendlichen (Attributional Styles in Adolescents with Psychic and Somatic Disorders) 204
- KÜSSEL, M./NICKENIG, L./FEGERT, J.: „Ich hab' auch nie etwas gesagt.“ Eine retrospektiv-biographische Untersuchung zum sexuellen Mißbrauch an Jungen ("I Never Said Anything." – A Retrospective-Biographical Study About Sexual Abuse of Boys) 278
- LANFRANCHI, A.: „... wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“. Von der Stagnation zur Transformation familiärer Wirklichkeitskonstrukte ("... at least in my village it's a custom...". From Stagnation to Transformation in Immigrant Family 'Reality Constructs') 188
- LANGENFELDT, H.-P./LUYS, K.: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie (Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children – a Pilot Study) 36
- SARIMSKI, K.: Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie (Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology and Results of a Pilot Study) 2
- SCHEPKER, R.: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen (School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders) .. 8
- SUESSE, T./MEYER, H.: Die „Kinderfachabteilung“ in Lüneburg: Tötung behinderter Kinder zwischen 1941 und 1945 (The "Specialized Children's Department" in Lüneburg: The Killing of Handicapped Children between 1941 and 1945) 234
- WILKES, J./AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W.: Motorische Entwicklungsstörungen und psychiatrische Diagnosen bei Sonderschülern (Motor Function Disorder and Psychiatric Diagnoses of Educationally Subnormal Children) 198
- WINTER, S./KNÖLKER, U.: Zum Berufsverständnis der Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten Bundesländern (1990) (The Professional Concepts of Child and Adolescent Psychiatrists in Former West Germany) 208

Praxisberichte

- BARTH, R./WARREN, B.: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney (Fostering a Positive Relationship Between Parents and Child – A Counseling Service for Families with Infants in Sydney) 339
- HINRICHS, G./LANGKAMP, A.: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Socio-Pedagogic Oriented

Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry)	167	REITER-THEIL, S./EICH, H./REITER, L.: Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie (The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy)	14
KNOKE, H.: Teamsupervision in Kindertagesstätten (Team Supervision in Child Care Centers)	83	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach)	260
SARIMSKI, K.: Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener (Focused Counseling for Mothers of Discharged Preterm Babies)	363	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (II) There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings without Improvisation)	299
SCHORNSTHEIMER, G.: Artefakt als kreatives Geschehen – eine Falldarstellung (Dermatitis Artefacta as a Creative Attempt to Conflict Solving)	78	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee (The Role and the Task of Psychosocial Specialists in Pediatric Hospitals: (III) Resume)	326
STREHLOW, U./KIRCHMANN, H.M.A./SCHÄFER, H.: Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) (An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleepbound Bioelectric Seizures (ESES))	157	VOLL, R.: Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma (The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma)	331
WERNITZNIG, H.: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie (Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study)	160	WIESSE, J.: Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz (The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence)	171
Psychotherapie		Werkstattberichte	
WITTENBERGER, A.: Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie (Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy)	88	VERGHO, C./LOSSEN, H.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung im Amtsgericht: das Regensburger Modell	345
Übersichten		WAGNER, A./WEGENER, M.: Adoption – eine unwiderrufliche Entscheidung	55
BAETHGE, G.: Ängste und unbewußte Phantasien in Adoptionsfamilien (Fears and Unconscious Phantasies in Adoptive Families)	49	Tagungsberichte	
BAUERS, B.: Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (The Third Relationship: The Triangulating Functions in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	124	Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse – Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e. V. vom 20.–23. Mai 1993 in Göttingen	348
BERGER, M.: Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern (Psychological and Child Psychiatric Aspects of Child Development After Their Parents had Undergone Medical Treatment of the Reproductive System)	368	10 Jahre Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in Marburg	25
BRANIK, E.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie (Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics)	373	Buchbesprechungen	
FEGER, J./GERWERT, U.: Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Methodology of Qualitative Research and its Practical Use in the Child Psychiatric Study)	293	BASTINE, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2	224
HEEKERENS, H.-P.: Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntraining (The Efficacy of Parent Effectiveness Training)	20	BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch	312
HUMMEL, P./ASCHOFF, W./BLESSMANN, F./ANDERS, D.: Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome)	132	BRUNS, I.: „Ich hab die doch so lieb...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt	351
KUSCH, M./VETTER, C./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung (On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology: A Concept of Treatment-Accompanied Psychological Care)	316	BUNDSCHUH, K.: Heilpädagogische Psychologie	311
		CARDENAS, B.: Diagnostik mit Pfiffigunde	222
		CHILAND, E./YOUNG, E. (Eds.): New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence	222
		DE SHAZER, S.: Putting Difference to Work	218
		DOHMEN-BURK, R.: Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen	30
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 28	61
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 29	220

FABER, F. R./HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien	62	PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter	29
FINGER-TRESCHER, U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie	64	PETILLON, H.: Das Sozialleben des Schulanfängers. Die Schule aus der Sicht des Kindes	352
FORSCHUNGSGRUPPE JUGENDHILFE KLEIN-ZIMMERN: Familiengruppen in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Entwicklung und Differenzierung von Betreuungsmodellen	63	RAUCHFLEISCH, U.: Allgegenwart von Gewalt	308
GAEDT, C./BOTHE, S./HENNING, M. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert	383	RESCH, F.: Therapie der Adoleszentenpsychosen	29
GEHRING, T.-M.: Familiensystemtest (FAST)	355	ROSSMANN, P.: Depressionsdiagnostik im Kindesalter	28
GIRGENSOHN-MARCHAND, B.: Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen	382	RUBIN, J. A.: Kunsttherapie als Kindertherapie	382
HIRBLINGER, H.: Pubertät und Schülerrevolte. Gruppenphantasien und Ich-Entwicklung in einer Schulklasse – eine Falldarstellung	308	SARIMSKI, K.: Interaktive Frühförderung. Behinderte Kinder: Diagnostik und Beratung	383
JANSEN, F./STREIT, U.: Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen	221	SCHAFER, M. R.: ... und was geschieht mit den Kindern?	218
KOLIP, P.: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung	354	SCHARFWINKEL, U.: „Ich gehe jetzt in mein anderes Zuhause.“ Werden und Wachsen in einer Kinderklinik	351
Lieb, H./Lutz, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie	353	SOLNIT, J. A./NEUBAUER, P. B. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 46	92
LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis	219	STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen	311
MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie	225	STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie	30
MISCHNICK, H./ROSSBACH, M.: Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS	62	VAN DEN BROEK, J.: Verschwiegene Not: Sexueller Mißbrauch an Jungen	352
MOHR, P.: Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Das Selbstbild des Kindermörders in Briefen	31	WIESSE, J. (Hrsg.): Chaos und Regel. Die Psychoanalyse in ihren Institutionen	220
MORDIER, J. P.: Die Latenzzeit der französischen Psychoanalyse 1895–1926	351	WITTE, E. H./KESTEN, I./SIBBERT, J.: Trennungs- und Scheidungsberatung	309
MUSSEN, P. H./CONGER, I. J./KAGAN, I./HUSTON, A. C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Bd. 1	312	ZUSCHLAG, B.: Das Gutachten des Sachverständigen. Rechtsgrundlagen, Fragestellungen, Gliederung, Rationalisierung	64
MÜLLER, A.: Kommunikation und Schulversagen. Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule	28		
NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A.: Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien	59	Editorial 232, 273	
OTTO, H. U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention	311	Mitteilungen der Herausgeber 350	
		Autoren der Hefte 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		Diskussion/Leserbriefe 27	
		Zeitschriftenübersicht 58, 139, 216, 306, 380	
		Tagungskalender 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		Mitteilungen 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom¹

Peter Hummel, Wulf Aschoff, Frank Bleßmann und Dietrich Anders

Zusammenfassung

Am Beispiel eines durchschnittlich begabten 15jährigen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (KS), der sexuell aggressiv handelte, werden zunächst die Merkmale dieses Syndroms dargestellt. Im folgenden werden Persönlichkeitsentwicklung und familiärer Hintergrund einerseits mit drei bisher veröffentlichten Einzelfallbeschreibungen von Jugendlichen mit KS und ähnlicher Symptomatik, andererseits mit 40 anderen sexuell aggressiv handelnden Jugendlichen ohne KS verglichen. Schließlich wird die mögliche Bedeutung einer Testosteron-Substitution für die Behandlung erörtert.

1 Einleitung

In der Erstbeschreibung eines Syndroms durch KLINEFELTER (1942) – das später nach ihm benannt wurde – fanden sich bereits fast alle klinischen Merkmale des Klinefelter-Syndroms. Es sind dies, z.T. nur fakultativ vorhanden (fak.), folgende Merkmale:

- Hodenhypoplasie; erst während der späten Kindheit feststellbar (Hodenvolumen meist um 3 ml [BOISEN, 1979]), Nebenhoden- und Scrotumhypoplasie, damit einhergehend
- Infertilität bei mangelhafter oder fehlender Spermiogenese (Funktion der Leydigischen Zellen ist weitgehend normal, somit unauffällige Größe von Penis und Prostata sowie überwiegend männlicher Schambehaarungstyp);
- primärer hypergonadotroper Hypogonadismus (erhöhte Gonadotropin- und Östrogenausscheidung im Harn; Testosteronspiegel im Blut signifikant erniedrigt);
- Maleszensus testis (fak., 10%, MEISTER, 1984);
- eunuchoider Hochwuchs (lange Extremitäten mit kurzem Rumpf) (fak.);
- Osteoporose (fak.) (HOROWITZ et al., 1984);
- Neigung zu Fettleibigkeit (fak.);
- Gynäkomastie (ein- oder beidseitig, fak.)
- Chromosomenbefund: 47, XXY (20% Mosaikform; PROPPING, 1989).

Diagnoseleitend bei einer körperlichen Untersuchung sind letztlich häufig nur die zu kleinen Testes, eine Chromosomenbestimmung zur Befundssicherung ist stets erforderlich.

Noch immer wird das Klinefelter-Syndrom (KS) zu selten diagnostiziert. Angaben zur Häufigkeit schwanken zwischen 1:700 (BANCROFT, 1985) und 1:500 (PERWEIN, 1984). Der Anteil unter Männern mit Verzögerung der geistigen Entwicklung und KS liegt bei 1:250 (PERWEIN), derjenige von delinquent gewordenen geistig entwicklungsverzögerten Männern mit KS soll immerhin 1:50 betragen (FROSSMANN und HAMBERT, 1963).

Hinsichtlich der Begabung haben verschiedene Längsschnittstudien (z.B. RATCLIFFE, 1981, 1984; SØRENSEN et al., 1981) eine „Linksverschiebung“ nachgewiesen. D.h., die Begabung ist im Durchschnitt geringer als bei unbelasteten Kontrollprobanden, liegt aber noch im unteren Durchschnittsbereich. Die Zahl der Männer mit geistiger Entwicklungsverzögerung und KS ist entsprechend dieser Verschiebung größer als dies bei unauffälligen Kontrollprobanden zu erwarten wäre. SØRENSEN et al. (1981) und NIELSEN und SØRENSEN (1984) haben mit einer kontrollierten Kohortenuntersuchung (12 KS-Patienten, 10 Kontrollprobanden) auf Sprachentwicklungsverzögerung und Sprechstörungen bei Kindern bzw. Jugendlichen mit KS-Syndromen hingewiesen. Darüber hinaus schnitten diese insbesondere hinsichtlich sprachbezogener Aufgabenstellungen beim WECHSLER-Intelligenztest schlechter ab. Ausdauer, Aufmerksamkeit und Konzentration seien vermindert gewesen und hätten insgesamt zu einem geringeren schulischen Erfolg geführt. Die gleichen Autoren nannten zudem eine Vielzahl von Auffälligkeiten im Interaktionsverhalten, die Jugendliche mit KS von ihren Kontrollprobanden unterschied:

- Bevorzugung ruhiger Spiele,
- keine oder nur schwache Abwehrreaktionen,
- häufig scheu und zurückhaltend,
- größere Bindung an Eltern,
- geringe Aktivitäten,
- wenige Hobbys,
- größere Probleme bei der Geschlechtsrollenfindung und
- geringeres Selbstwertgefühl.

Hinsichtlich Erwachsener mit KS hat BANCROFT (1985) die bisherigen Erfahrungen dahingehend zusammengefaßt, daß die „Mehrzahl der Männer mit dieser Störung frei von Stigmata leben“ könne, da „das voll ausgeprägte

¹ Wir danken Herrn Prof. Dr. med. P. Stubbe, Universitätskinderklinik Göttingen, für seine Unterstützung bei der Erhebung und Bewertung der Hormonbefunde.

Syndrom (gemessen an der Häufigkeit) eher selten“ sei. Dies drücke sich in der relativen Häufigkeit aus, mit der diese Störung unter normalen Männern vorkomme, die sich einer Sterilitätsbehandlung unterziehen (etwa 5% dieser Männer hätten ein KS).

Insbesondere die Felduntersuchung von WITKIN et al. (1976) hatte eine früher vielfach nach Untersuchung von Inanspruchnahmepopulationen geäußerte Ansicht widerlegen können, daß Männer mit KS häufiger hinsichtlich krimineller Handlungen belastet seien. Ähnliche Ergebnisse berichteten auch NIELSEN und SØRENSEN (1984). Letztere nehmen an, daß möglicherweise kriminelle Handlungen bei KS-Männern eher erfaßt werden, da diese aufgrund ihrer Persönlichkeit (Passivität, Furchtsamkeit, Gefühle von Unsicherheit) rascher von der Polizei ermittelt werden können.

MONEY et al. (1974) beschrieben lediglich allgemeine Verhaltensprobleme beim KS. NIELSEN (1970) fand unter einer großen Stichprobe ($n = 61$) kriminelles Verhalten von Patienten mit KS, von denen eine höhere Anzahl sexuell-aggressiv handelte. Er hat dies auf die Unreife der Patienten, ihre fehlende sexuelle Libido und Potenz sowie mangelnde Möglichkeit zurückgeführt, Kontakte mit erwachsenen Frauen herzustellen. Dementsprechend seien Mißbrauchshandlungen gegenüber Kindern bis hin zur Tötung besonders verbreitet (29% von 28 Patienten). Der Altersmittelwert dieser Patienten habe bei 24;1 J. ($\pm 8;4$ J.) gelegen. Die insgesamt kriminell gewordenen Patienten mit KS hätten sich allerdings signifikant von diesbezüglich unauffälligen Patienten mit KS durch Belastungen infolge disharmonischer Familienbeziehungen unterschieden.

Bei Untersuchungen, die NIELSEN und HENRIKSEN (1972) an allen Inhaftierten eines Jugendgefängnisses durchgeführt hatten, konnten unter den Jugendlichen mit KS keine Sexualstraftäter festgestellt werden. Aus der Arbeit von MOSIER et al. (1960) wird bei den untersuchten KS-Patienten nicht deutlich, ob es sich um normal begabte Probanden handelte oder nicht, und in welchem Alter die Sexualstraftaten erfolgten.

Bisher liegen erst drei Einzelfallbeschreibungen von jugendlichen Sexualstraftätern mit KS und durchschnittlicher Begabung von Tsuboi (1970), LAHL et al. (1977) und WIEDEKING et al. (1981) vor.

NIELSEN et al. (1988) und RUVALCABA (1989) haben ermutigende Ergebnisse mit der frühzeitigen Behandlung von KS-Jugendlichen mit Testosteron berichtet. Übereinstimmend betonen die Autoren, daß die Behandlung beim Eintritt der Pubertät, etwa im Alter von 11 bis 12 Jahren, beginnen sollte. Dadurch würden Ausdauer, Stabilität, Arbeitsfähigkeit und Konzentration verbessert. Stimmungslage und Beziehungsfähigkeit würden sich günstiger entwickeln. Keine Ergebnisse liegen bisher über die medikamentöse Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter mit KS vor.

SOURIAL und FENTON (1988) berichteten über die erfolgreiche Behandlung eines lernbehinderten 27jährigen Mannes mit Testosteron, der zuvor mehrfach junge Frauen sexuell genötigt hatte. Vier Jahre nach Beginn der Behandlung hatte sich die körperliche und seelische Befind-

lichkeit sowie seine soziale Lage deutlich gebessert. Der genetische Befund zeigte mit 48,XXYY eine Variante des Klinefelter-Syndroms.

2 Kasuistik

2.1 Vorgeschichte

2.1.1 Familienanamnese

Kindesmutter (38 Jahre zum Zeitpunkt der Geburt) wegen einer unbekannten Erkrankung wiederholt in stationär-psychiatrischer Behandlung. Nach Angaben des Vaters (V), die aber von seiten des Jugendamtes bezweifelt werden, sei sie inzwischen gestorben. V. (32 J. zum Zeitpunkt der Geburt) Melker, lebt mittlerweile mit einer anderen Partnerin und deren Kind zusammen. Über seine eigene Entwicklung gibt er an, ab dem 14. Lebensjahr in einem Heim aufgewachsen zu sein. Deswegen habe er keine Verbindung mehr zu seinen Eltern. – Über beide Großeltern liegen ebenfalls keine näheren Angaben vor.

2.1.2 Eigenanamnese

Nach den (nicht immer zuverlässig wirkenden) Angaben des V. unauffälliger Schwangerschafts- und Geburtsverlauf. Kurz nach Geburt soll die Mutter (M) erneut in eine psychiatrische Klinik aufgenommen worden sein. Danach wuchs der Junge alleine bei seinem V. auf, der in der Erziehung von verschiedenen Frauen unterstützt wurde (u. a. von einer Schwester des Vaters).

Motorische und Sprachentwicklung nach Angaben des V. unauffällig. Im 3. Lj. erfolgreiche HCG-Kur bei Maldescensus testis. Sauberkeitsentwicklung zunächst unauffällig. Mit Beginn der Einschulung Auftreten einer sekundären Enuresis nocturna als Ausdruck zunehmender Spannungen mit dem Vater. Nach häufigen körperlichen Strafen (u. a. wegen fehlender Schularbeiten) Weglaufen von Zuhause. Dabei übernachtete der Junge zeitweilig in einer nahegelegenen Scheune. Seine Betreuung tagsüber in einer Pflegefamilie mißlang, möglicherweise weil er auch dort Geld entwendete.

Nachdem in der Schule eindeutige Mißhandlungszeichen sichtbar geworden waren, erfolgte mit Zustimmung des Vaters die Fremdplatzierung des mittlerweile 10jährigen in einer Pflegefamilie. In einem anschließenden Verfahren gegen den Vater wegen Kindesmißhandlung verweigerte der Junge die Aussage.

Bei Aufnahme in die Pflegefamilie fanden sich folgende Zeichen einer Deprivation:

- Enuresis nocturna;
- schreckhafte Abwehrbewegungen als Ausdruck ständiger Angst vor körperlichen Strafen;
- ungeschützt vorgenommene, ziellose Entwendungen;
- häufiges Lügen;
- Entweichen in Konfliktsituationen und
- schulvermeidendes Verhalten.

In den folgenden beiden Jahren sistieren die beschriebenen Auffälligkeiten allmählich. Allerdings brach der Vater den Kontakt zu seinem Sohn ab, worauf sich dieser enger an die Pflegemutter band. Deren eigene Kinder hatten bereits, altersbedingt, das Elternhaus verlassen. Die Pflegemutter selbst hatte sich vor der Aufnahme dieses und eines weiteren, etwa gleichaltrigen Jungen von ihrem Mann getrennt. Beide Kinder wurden innerhalb einer Woche aufgenommen.

Im Gegensatz zu den oben beschriebenen Auffälligkeiten bestanden weiterhin Leistungsprobleme in der Hauptschule. Ferner

wurde deutlich, daß ein beständiger Gleichaltrigenkontakt nicht zustandekam.

Nachdem beide Jungen etwa zwei Jahre bei ihrer Pflegemutter waren, wurde zusätzlich ein 10jähriges Mädchen aufgenommen. Zunächst von ihren beiden „Pflegebrüdern“ begrüßt, bemerkten diese bald deren Kontaktfreudigkeit und Redegewandtheit. Darunter litt besonders der von uns untersuchte Jugendliche, da seine „Pflegeschwester“ ihn in nahezu allen Konfliktsituationen überlegen war. Ähnliche, wenn auch nicht so ausgeprägte Erfahrungen machte er mit seiner Pflegemutter, von der er sich zeitweilig „bis zur Weißglut geärgert“ fühlte, da sie ihn nicht ausreden ließ. Nach derartig angespannten Situationen zog sich der Junge meist zurück.

Mit Beginn der Pubertät entwickelte sich bei ihm eine deutlich sichtbare Brust, so daß er z. B. während der Sommerferien vermied, sich mit freiem Oberkörper am Strand aufzuhalten. Dies hatte sein Pflegebruder wie folgt kommentiert: „Unser Alter, der braucht einen BH!“ Darüber hinaus hatte sich der von uns untersuchte Jugendliche vermutlich auch mit dem Vorhandensein seiner (zu) kleinen Hoden und dem bei ihm bis dahin ausgebliebenen Samenerguß auseinandersetzen müssen. – Zusätzlich erlebte er, daß es seinen Pflegeschwestern leichter fiel, gegengeschlechtliche Kontakte mit Gleichaltrigen herzustellen. Er wurde hingegen immer wieder von Mädchen zurückgewiesen. Besonders viel Spott hatte er von seiner Pflegeschwester erfahren, mit deren Freundinnen er sich gelegentlich zusammen im Schwimmbad aufhielt.

2.1.3 Dissoziale Entwicklung

Die bereits im Grundschulalter aufgetretenen Entwendungen setzten sich zunächst nach Aufnahme in die Pflegefamilie fort, so daß diese u. a. deswegen die Wohnung wechseln mußte. Aggressive Handlungen wurden nicht bekannt, bei körperlichen Auseinandersetzungen mit dem Pflegebruder war er stets unterlegen. Inzwischen 15jährig war er während der Sommerferien häufig zusammen mit seiner Pflegeschwester ins Schwimmbad gefahren. Während seine Kontakte dort eher zufällig zustandekamen, hatte seine Pflegeschwester stets einen festen Bekanntenkreis um sich herum. Dort versuchte er vergeblich Anschluß zu finden, insbesondere an die Freundinnen seiner Pflegeschwester. Wenige Stunden vor seiner Tat wurde er, wie bereits schon früher, von diesen verspottet und beschimpft. Da seine Pflegemutter ihm aufgetragen hatte, auf seine zwei Jahre jüngere Pflegeschwester auf dem Weg zum Schwimmbad und wieder zurück aufzupassen, begleitete er sie nach Hause. Diese hatte stets einen solchen „Schutz“ abgelehnt und war bereits vorweggefahren. Nachdem er sie eingeholt hatte, lockte er sie unter einem Vorwand unter eine Art Baumhöhle, die von zahlreichen, bis auf den Boden herabreichenden Zweigen gebildet wurde.

Mit einer sich zufällig dort befindenden leeren Flasche schlug er dem Mädchen mehrmals auf den Kopf, bis die Flasche zerbrach und er nur noch den Flaschenhals mit einer 17 cm langen, spitz zulaufenden Scherbe in der Hand hielt. Anschließend forderte er sie auf, sich zu entkleiden und ins Gras zu legen, was diese auch tat. Der Jugendliche entkleidete sich ebenfalls und versuchte, sein erigiertes Glied in ihre Scheide einzuführen. Dies mißlang jedoch. Daraufhin küßte er sie im Hals- und Brustbereich und forderte sie auf, sich auf den Bauch zu legen. Nachdem sie dies getan hatte, stach er plötzlich mit dem Flaschenhals in ihren Rücken und forderte sie auf, sich erneut auf den Rücken zu legen. Er würgte sie nun und stach ihr mit dem Flaschenhals in die Brust. Dann ließ er von ihr ab, reichte ihr zur Entfernung der Blutspuren sein T-Shirt und fuhr auf seinem Fahrrad davon. Das Mädchen wurde bald von zufällig vorbeikommenden Passanten

entdeckt und in ein Krankenhaus gebracht. Der Jugendliche selbst hatte mittlerweile unter Vorgabe falscher Zusammenhänge ebenfalls einen Arzt verständigt. – Das Opfer konnte nach 10 Tagen aus stationärer Behandlung entlassen werden, ohne daß körperliche Verletzungsfolgen fortbestanden.

Einen Tag nach seinen Handlungen wurde der Jugendliche von der Polizei vernommen, anschließend seine Aufnahme in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik veranlaßt. Hier wurde bei der Aufnahmeuntersuchung aufgrund der Hodenhyposplasie die Verdachtsdiagnose KS gestellt und anschließend durch eine Chromosomenanalyse bestätigt.

2.2 Verlauf

Nach zunächst unauffälligem Behandlungsverlauf stellten sich zunehmend Probleme zwischen dem Jugendlichen und weiblichen Mitpatienten ein, zu denen er näheren Kontakt herzustellen wünschte. Dieser kam aber aus unterschiedlichen Gründen für ihn nur sehr unbefriedigend zustande. Die daraus entstandenen Konflikte konnte der Jugendliche kaum bewältigen. Er drückte dies u. a. in selbst verfaßten Liedern aus: „Ich liebe Manuela seit Jahren, doch sie will nichts von mir wissen. Doch irgendwann werd' ich es ihr zeigen, daß auch ich ein Mann sein kann! Doch dann werden sich alle Mädchen um mich streiten. Dann wirst du weinen und ich bin ein Frauenheld!“

Schließlich wurde eine Medikation mit Pipamperon begonnen, die zu einer Stimmungsstabilisierung merklich beitrug. Andererseits dominierten bei ihm Abwehr und Verdrängung, sobald es im Gespräch um sein Delikt und die diesem zugrundeliegenden Selbstwertstörungen ging. Eine Dauermedikation mit Testosteron war zunächst zurückgestellt worden.

Aufgrund der für ihn zwischenzeitlich schwer ertragbaren Spannung verließ der Jugendliche zweimal demonstrativ die Klinik, wobei er sich dann bis in den späten Abend auf dem Klinikgelände versteckte und versuchte, wie ein mittelalterlicher Troubadour aus der Entfernung Kontakt zu den Mädchenzimmern herzustellen. Neben angekündigten Selbsttötungsabsichten („Ich mache immer alles falsch – ich hasse mich – ich renne durch die Straßen – ich denke, ich wäre besser nicht geboren – ich möchte über die nächste Brücke springen – Vogelscheuchen liebt man nicht!“) kam es einmalig zu Selbstverletzungen.

Nachdem eine Rückkehr in die Pflegefamilie ausgeschlossen worden war, wurde nach knapp 1jähriger stationärer Behandlung eine Übernahme in eine pädagogische Wohngruppe veranlaßt, da inzwischen für den Jugendlichen eine Ausbildungsperspektive gefunden war und er sich in seinem Sozialverhalten deutlich stabilisiert hatte. Diese Wohngruppe war gerade als nachstationäre Einrichtung auf dem Klinikgelände eröffnet worden, so daß eine tragfähige Struktur noch fehlte.

Kurze Zeit vor und nach der Aufnahme war es erneut zu Spannungssituationen mit gleichaltrigen Mädchen (die Sommerferien hatten mittlerweile begonnen) in einem Schwimmbad gekommen. Darüber hinaus konnte er sich gegenüber einem jüngeren Mitbewohner der Wohngruppe nicht durchsetzen, von dem er sich ständig geärgert fühlte. Selbst durch Gespräche mit Erziehern war er nicht in der Lage, sich Entlassung zu verschaffen. Es war also eine ähnliche Situation wie ein Jahr zuvor, wenn auch jetzt an einem anderen Ort, entstanden.

Eines Abends, kurz vor Mitternacht, suchte er die Nachtwache unter dem Vorwand auf, mit ihr reden zu wollen. Diese hatte sich bereits auf die Nachtruhe vorbereitet. Nachdem sie ihn eingeladen hatte, stieß er sie auf ihr Bett und hielt ihr dann ein Messer an ihren Körper. Er konnte oder wollte jedoch nicht äußern, was er damit erreichen wollte. Der Erzieherin gelang es schließlich,

den Jugendlichen von Gewalthandlungen abzubringen und ihn zu überreden, sein Messer beiseite zu legen. Später wurden noch zwei weitere Messer gefunden, die er an unterschiedlichen Orten deponiert hatte. – Wenige Tage darauf erfolgte die Verlegung in eine geschlossene Station einer anderen jugendpsychiatrischen Klinik.

3 Untersuchungsergebnisse

3.1 Allgemein-körperlicher Untersuchungsbefund

Körpergröße: 176 cm, Körpergewicht: 71 kg. Insgesamt muskulöser Körperbau. Ausgeprägte Pubertätsakne, insbesondere im Gesicht und über beiden Schulterblättern. Zahlreiche Narben besonders an beiden Ober- und Unterschenkeln.

Angedeutete Trichterbrust. Angedeutete Gynäkomastie bds. Dies imponiert insofern bei dem Jugendlichen, als die geschlechtstypische Brustbehaarung bds. im Mamillenbereich fehlt. – An Herz und Lungen kein pathologischer Befund. Nierenlager bds. klopfschmerzfrei, ebenso die Wirbelsäule. Abdomen weich, kein Druckschmerz, keine pathologischen Resistenzen.

Hoden bds. descendiert, etwa kirschgroß. Adulte Form des Penis, Pubes insgesamt altersentsprechend, Stadium V nach TANNER.

3.2 Neurologischer Untersuchungsbefund

Leicht li.-betonte Muskeleigen- und -fremdreflexe. Keine Pyramidenbahnzeichen. Leicht li.-betonte Störungen der Fein- und Grobmotorik, leichte Störung der Koordination.

3.3 Hirnelektrischer Untersuchungsbefund

Occipital gut ausgeprägter 9–10 Hz Alparhythmus. Frontal wiederholt typische Parenrhythmien aus dem Thetabereich als unspezifisch abnormes Zeichen. Keine Zeichen erhöhter cerebraler Erregbarkeit, keine Hinweise auf Herd- und Seitenbefunde.

3.4 Laboruntersuchungen

Bei der Chromosomenanalyse ergab sich in mehr als 30 ausgewerteten Metaphasenplatten ein numerisch auffälliger Karyotyp mit einem zusätzlichen Gonosom: 47,XXY (Klinefelter-Syndrom). (Labor für pränatale Diagnostik, Dr. Haas-Andela, Dr. Schmidt-Elmassry, H. Schudt, 6307 Linden).

Bei den in der Univ.-Kinderklinik Göttingen durchgeführten Laboruntersuchungen lagen Blutzucker, Cholesterin, Kreatinin, yGT, GPT, Thyrosin, TSH, Prolactin und Östradiol im Normbereich. Erhöht waren die Basalwerte von LH und FSH auf 21 bzw. 29 mE/ml. Das Testosteron war mit 2,0 ng/ml für das Alter zu niedrig und ist damit typisch für ein Klinefelter-Syndrom.

Erektionen sind bei dem angemessenen Testosteronwert als „sehr wahrscheinlich“ anzusehen. „... In der Regel werden geringe Mengen eines Ejakulates entleert, das aus Prostata- und Samenblasenflüssigkeit besteht.“ (Prof. Dr. med. Stubbe, Universitätskinderklinik Göttingen)

3.5 Psychologischer Untersuchungsbefund

3.5.1 Lern- und Leistungsmöglichkeiten

Nach dem *Hamburg-Wechsler-Intelligenz-Test für Kinder* (HAWIK-R) lagen die Lern- und Leistungsmöglichkeiten im unteren Durchschnittsbereich (Gesamt-IQ: 86, Handlungsaufgaben: 92,

sprachbezogene Aufgaben: 85). Die Ergebnisse aus der Untersuchung nach den Standard-Progressive-Matrices (SPM) konnten wegen erheblich schwankender Aufmerksamkeit während der Untersuchung nicht zur Beurteilung der Begabung des Schülers mit herangezogen werden.

Im *Diagnostikum für Cerebralschädigung* (DCS) wurde die vollständige Reproduktion in sechs Durchgängen nicht erreicht. Mit 32 formgerechten Wiedergaben erzielte der Jugendliche einen Prozentrang (PR) von 85,9, d. h., daß 14,1% der Gleichaltrigen ein schlechteres Ergebnis erreichen. Geht man bei der Interpretation dieses Verfahrens von einer 5%-Grenze aus, so ergab sich daraus noch kein Hinweis auf eine Hirnfunktionsstörung.

Im *Westermann-Rechtschreib-Test* (WRT 6+) erreichte der Jugendliche einen PR von 7 bezogen auf gleichaltrige Hauptschüler. Bei der Fehleranalyse zeigte sich jedoch ein überwiegender Anteil von Regelfehlern, so daß nicht von einer spezifischen Rechtschreibwäse ausgegangen werden konnte.

3.5.2 Persönlichkeitsuntersuchungen

Im *Freiburger-Persönlichkeits-Inventar* (FPI-R) (FAHRENBURG et al., 1984) stand der Jugendliche dem Fragebogen mit einer deutlich über seiner Altersgruppe liegenden Offenheit gegenüber (Stanine 8, d. h., nur 17% der Normpopulation beschreibt sich als ebenso offen). – Er beschrieb sich als wenig leistungsorientiert und energisch, als wenig ehrgeizig und konkurrierend („Leistungsorientierung“, Stanine 2) und erlebte sich deutlich gehemmt, unsicher und kontaktscheu („Gehemmtheit“, Stanine 8), ferner gab der Schüler auffällig viele körperliche Beschwerden an („körperliche Beschwerden“, Stanine 9) und beschrieb sich als deutlich emotional labilisiert, empfindlich und ängstlich („Emotionalität“, Stanine 8). Die übrigen Persönlichkeitsbereiche lagen im Schwankungsbereich seiner Altersgruppe („Lebenszufriedenheit“, „Erregbarkeit“, „Extraversion“, „Aggressivität“, und „Gesundheitsorgen“).

Den *Frankfurter-Selbstkonzept-Skalen* (FSKN) (DEUSINGER, 1985) liegt eine Beschreibung von Personen in 10 wesentlichen Selbstbildaspekten zugrunde. Diese Beschreibung basiert auf Selbstschilderungen der Probanden bzw. auf Stellungnahmen zu vorgegebenen Aussagen. In 8 von 10 Skalen fanden sich deutliche Hinweise für ein sehr negatives Selbstwertkonzept. Hierfür sprachen Einstellungen hinsichtlich „Wertschätzung durch andere“ (PR 5), „Problembewältigung“ (PR 3), „Selbstwertschätzung“ (PR 2), „Empfindlichkeit und Gestimmtheit“ (PR 2), „Verhaltens- und Entscheidungsunsicherheit“ (PR 1), „Irritierbarkeit durch andere“ (PR 1) sowie „Gefühle und Beziehungen zu anderen“ (PR 0). Nur hinsichtlich seiner „Sozialen Kontakte und Umgangsfähigkeit“ (PR 22) und seiner „Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen“ (PR 45) lag der Jugendliche mit seinen Selbstschilderungen im Schwankungsbereich seiner Bezugspopulation.

Der *Fragebogen zur Sexualität* nach GLÜCK et al. (1990), umschreibt sowohl eigene Einstellungen zur Partnerschaft und Sexualität als auch die Einstellung naher Bezugspersonen (meist Eltern) zu diesem Lebensbereich. In diesem Fragebogen werden eigene Erfahrungen mit Sexualität bzw. Partnerschaften am Rande, passives Wissen über diesen Bereich aber nicht erfragt. – Der Jugendliche gab an, persönlich wichtige Dinge über Sexualität in erster Linie durch Aufklärungsbücher, Jugendzeitschriften sowie von Lehrern und Gleichaltrigen erfahren zu haben. Hinsichtlich des Verhaltens von Vater und Mutter in bezug auf Sexualität äußerte er, ohne Vater und Mutter aufgewachsen zu sein. – Bezüglich der Situation in der Pflegefamilie gab er an, daß dort über sexuelle Themen nicht gesprochen worden sei. – Auffallend war, daß Aussagen zu Selbstbefriedigung von dem Schüler mit dem Hinweis ausgelassen wurden, er wisse nicht, was man darunter ver-

stehe. Sexuelle Phantasien beurteilte er ablehnend. Deutliche Hinweise auf eine negative Einstellung am eigenen Körper zeigten sich in seinen Aussagen zur Selbstzufriedenheit und zum Selbstbild.

3.6 Psychiatrischer Befund

Der Jugendliche wirkte äußerlich altersentsprechend entwickelt. Dies hatte in seinem Falle deswegen eine besondere Bedeutung, weil Menschen mit einem Klinefelter-Syndrom häufig hochwüchsig und adipös sind. Beides traf für diesen Jugendlichen nicht zu. Auffällig war seine ausgeprägte Pubertätsakne, die aber nicht über das alterstypische Maß hinausging. Frisur und Kleidung entsprachen dem Stil seiner Altersgruppe und waren ohne besondere Auffälligkeiten.

Bei den mit dem Jugendlichen geführten Gesprächen war dieser in allen Qualitäten orientiert. Sein Gedankengang war stets geordnet. Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen fanden sich nicht. Die Auffassungsgabe war unauffällig, bei Verständigungsschwierigkeiten fragte er nach.

Hinsichtlich Artikulation, Sprach- und Ausdrucksvermögen wirkte er meist ausreichend differenziert. Erinnerungsvermögen und Gedächtnis waren jedoch besonders in bezug auf den Tat Kern eingeschränkt. Mehrfach wurde der Schüler gebeten, seine Handlungen zu schildern. Dabei wirkte er dann sehr beunruhigt und äußerte relativ rasch, daß er sich an nichts mehr erinnern könne. Er würde aber nicht bestreiten, daß er seine Pflegeschwester verletzt habe. Ein steifes Glied habe er während seiner Handlungen nicht gehabt. Daran könne er sich erinnern. Insgesamt erschien der Jugendliche in dieser Situation sehr durch Schuld- und Schamgefühle blockiert. Ein ähnlicher Eindruck entstand bei der Frage nach autoerotischen Handlungen bzw. Erlebnissen. Ausgesprochen bedrückt wirkte er bei der Beschreibung seiner Kontaktversuche mit Mädchen und bei der Darstellung seiner Auseinandersetzungen mit seiner Pflegemutter. In beiden Situationen fühlte er sich unterlegen und hilflos.

3.7 Psychosexuelle Entwicklung

Der Jugendliche gab an, lediglich in der Orientierungsstufe während des Biologieunterrichtes etwas über Aufklärung erfahren zu haben. Er wußte jedoch, wie Kinder entstehen. Zuhause sei nicht darüber gesprochen worden. – Andererseits erklärte er aber auch: „Ich könnte mit niemanden darüber reden, obwohl (auf Nachfragen) ich mich damit beschäftige.“ Er unterhalte sich auch mit anderen Gleichaltrigen „nicht so gerne darüber“. Gleichwohl wisse er, daß dies andere Jugendliche täten. „Das war eigentlich schon immer so.“

Als er seine „Pflegeschwester“ überfallen habe, sei es das erste Mal gewesen, daß er ein Mädchen unbekleidet gesehen habe. Üblicherweise seien bei ihnen zu Hause Badezimmer- und Toiletten-tür verschlossen, wenn sich dort jemand aufhalte. – Andere Jungen habe er schon unbekleidet gesehen, wenn diese sich z. B. im Schwimmbad duschen würden.

Hinsichtlich autoerotischer Handlungen berichtete der Jugendliche folgendes: Selbstbefriedigung habe er noch nie gemacht, auch Pollutionen habe er noch nicht erlebt, „jedenfalls bis jetzt noch nicht“. Im Verlaufe der Exploration räumte er ein, daß er wohl schon einmal ein steifes Glied gehabt habe. Jedenfalls würde er nicht darauf achten, wenn sich seine Freunde über „steifes Glied o. ä.“ unterhalten würden. Im weiteren Verlauf der Exploration stellte sich ferner heraus, daß die Kenntnisse des Jugendlichen über Sexualität nicht sehr umfangreich zu sein schienen. Folgte man seinen Angaben, so hatte er weder eine konkrete Vor-

stellung über Selbstbefriedigung, noch schien er zu wissen, wie ein Orgasmus zustande kommen würde. Den dazu gegebenen Erklärungen folgte er dann auch aufmerksam.

Ausführlich äußerte er sich hinsichtlich seiner heterosexuellen Beziehungserfahrungen. Er habe bisher noch keine Freundin gehabt, das beschäftigte ihn sehr. Auch habe er bisher noch nicht am Tanzunterricht teilgenommen. Er könne auch nicht vor Mädchen tanzen, dann käme er sich „voll blöd vor“. Er tanze gegenwärtig in seinem Zimmer in der Klinik mit den beiden anderen Jungen. Dann würden die Mädchen in der Klinik sagen, er tanze gut, er glaube ihnen aber nicht.

Im Grunde genommen traue er sich nicht Mädchen anzusprechen. Das komme daher, daß er es „zimal versucht“ habe, „aber das hat nie geklappt. Ich habe doch immer nur Pech mit Mädchen. Die haben dann immer gesagt, daß sie nicht wollen, aber das habe ich mir schon vorher gedacht. – Die Mädchen haben mich auch gehänselt wegen der Pickel. Da war ich manchmal traurig und bin abgehauen: sowohl von der Schule als auch von Zuhause“. Seit drei Jahren ginge das schon so mit den Mädchen. Sein Pflegebruder hätte es da leichter. Warum wüßte er auch nicht. Auch dieser habe Pickel. Zunächst hatte der Schüler erklärt, daß es ihn gar nicht interessiere, ob seine Freunde mit Mädchen zusammen wären oder nicht, später bedauerte er jedoch, selbst keine Freundin zu haben. – „Wenn ich ein Mädchen ärgere, weiß ich nicht die Grenze. Entweder kriege ich eine geknallt oder sie sagt ‚hör endlich auf, ich habe die Schnauze voll‘.“

Während der stationären Behandlung habe er zum ersten Mal ein Mädchen geküßt. Damals sei er auch mit einem anderen 13 Jahre alten Jungen, welcher ebenfalls stationär behandelt würde, in eine Diskothek gegangen. Getanzt hätten sie dort jedoch nicht. – Er hätte sich während seines stationären Aufenthaltes auch in ein Mädchen verliebt, nähere Kontakte zu diesem seien ihm jedoch verboten worden. (Zur Erläuterung: Dieses Mädchen war wegen der Folgen sexuellen Mißbrauchs stationär aufgenommen worden.) Der Jugendliche berichtete ergänzend, daß er sich in Zeitschriften mehr Darstellungen über Zärtlichkeit zwischen Jungen und Mädchen wünsche, weniger die Darstellung sexueller Handlungen. Auf Nachfragen bestritt er, daß es bei ihm vorübergehend zu einer sehr ausgeprägten Gynäkomastie gekommen sei. Der Umstand seiner zu kleinen Hoden war ihm erklärt worden. Der Jugendliche vermied jedoch, darüber zu sprechen.

4 Diskussion

In der Kasuistik des Klinefelter-Syndroms von LAHL et al. (1977) werden ähnliche Auffälligkeiten im Vorschul- und Schulalter beschrieben, wie sie bei dem von uns untersuchten Jugendlichen festzustellen waren: geringes Selbstwertgefühl und, in Verbindung damit, mangelnder Gleichaltrigenkontakt. Dies hielt bei dem von LAHL untersuchten Jugendlichen in den folgenden Jahren an und führte zu wiederholten Demütigungen. Als 16jähriger fiel dieser bereits mehrfach wegen exhibierender Handlungen auf. Vier Jahre später, 20jährig, verlobte er sich mit einer drei Jahre jüngeren Frau. Beim Geschlechtsverkehr sei es dann nie zu einem Samenerguß gekommen. Wenige Monate nach der Verlobung kam es zu sexuell nötigen Handlungen an einem achtjährigen Mädchen. Dieses brachte der Heranwachsende dazu, ihn mit der Hand bis zum Samenerguß zu stimulieren. Weitere exhibierende Handlungen führten schließlich zur Inhaftierung und Begutachtung.

Der von Tsubui (1970) beschriebene Jugendliche wuchs in harmonischer familiärer Atmosphäre auf. Angaben zum Gleichaltrigenkontakt fehlen zwar, dennoch wurde dieser Jugendliche als durchsetzungsschwach und als verzögert in seiner Persönlichkeitsentwicklung beschrieben. Eine gewisse Ähnlichkeit mit unserem Patienten hinsichtlich familiärer Belastung (Psychose bei der Mutter?) fand sich insofern, als bei einem Bruder des Vaters eine endogene Depression festgestellt worden war. – Im Alter von 16 Jahren fiel dieser Jugendliche durch Entwendungen von Nahrungsmitteln und Tabak auf. Ein Jahr später versuchte er, ein 15jähriges Mädchen zu vergewaltigen. Anschließend wollte er sich strangulieren, wurde aber von Vorbeikommenden gestört.

Eine besonders eingehende Kasuistik liegt von WIEDEKING et al. (1981) vor, die über mehr als fünf Jahre einen bei Diagnosestellung bereits 32jährigen Mann behandelten. Dieser hatte als 18jähriger, völlig entwurzelt und nur noch auf Trebe, ein 11jähriges Mädchen vergewaltigt und anschließend getötet (um seine Tat zu verdecken). Nach 10jährigem Gefängnisaufenthalt wurde er im Maßregelvollzug weiter behandelt. Dort wurde erstmals festgestellt, daß seine Biographie während des Kindes- und Jugendalters ebenfalls durch mangelnden Gleichaltrigenbezug, geringes Selbstwertgefühl sowie erhebliche Durchsetzungsschwäche gekennzeichnet waren. Ähnlich wie bei dem von uns untersuchten Jugendlichen war auch dieser häufig von seinem Vater geschlagen worden und fiel durch Entwendungen geringwertiger Gegenstände auf. – Interessant war der Umstand, daß er zunächst (anlässlich der forensischen Begutachtung) in seiner Begabung als deutlich unter einem IQ von 80 liegend (Verfahren nicht angegeben) beurteilt wurde. Demgegenüber wurde bei der Nachuntersuchung (HAWIE, RAVEN) eine durchschnittliche Begabung festgestellt. Möglicherweise hatten bei der ersten Untersuchung emotionale Blockierungen zu dem ungünstigen Ergebnis beigetragen.

Die drei beschriebenen Jugendlichen mit KS waren mit einer Körperlänge von 181 cm bis 196 cm überdurchschnittlich groß; dies traf für den von uns untersuchten Jugendlichen ebenfalls zu (186 cm).

Soweit es den anamnestischen Angaben entnommen werden konnte, zeigten alle drei im Jugendalter diejenigen Auffälligkeiten im Interaktionsverhalten, die von NIELSEN und SØRENSEN (1984) beschrieben wurden.

Wir konnten darüber hinaus unseren Patienten mit 40 anderen Jugendlichen und Heranwachsenden aus der Stichprobe einer eigenen anderen Untersuchung vergleichen. Diese Jugendlichen und Heranwachsenden waren einer aggressiven Sexualstraftat an Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen beschuldigt worden. Dabei fand sich nur ein weiterer Jugendlicher mit ähnlich geringem Selbstkonzept wie jener Jugendliche mit dem Klinefelter-Syndrom. Dieser Befund wurde mit Hilfe der Frankfurter-Selbstkonzept-Skalen erhoben. Der hier vorgestellte Jugendliche unterschied sich in diesem Verfahren allerdings nicht *statistisch* von der Bezugsgruppe.

Die von NIELSEN und SØRENSEN (1984) beschriebenen Jugendlichen waren in ihrer Biographie überwiegend unter

wenig belastenden familiären Bedingungen aufgewachsen. Lediglich ein einziger entwickelte Verhaltensauffälligkeiten, wobei jedoch ungünstige familiäre Bedingungen und Persönlichkeitsstörungen auf Seiten der Mutter eine entscheidende Rolle spielten. Dieses Ergebnis läßt sich gut mit den vier hier beschriebenen Jugendlichen bzw. Heranwachsenden in Einklang bringen: Offenbar müssen erhebliche psychosoziale (z.B. Deprivation) und/oder genetische Belastungen (z.B. Psychosen in der nahen Verwandtschaft) hinzukommen, um eine dissoziale Entwicklung begünstigen zu können. Ähnliche Zusammenhänge hatte NIELSEN bereits 1970 an einer größeren Stichprobe von KS-Patienten beschrieben.

Von anscheinend gegensätzlichen Positionen gehen WIEDEKING et al. (1981) einerseits, SOURIAL und FENTON (1988) andererseits aus. Erstere hatten, wenn auch „widerstrebend“ ihren Patienten mit einem Antiandrogen behandelt. Diese Behandlung sei eher deswegen erfolgt, um die Zustimmung der Justizbehörden zu einer späteren ambulanten Behandlung zu erreichen. Diese Therapie sei dann auch nach drei Jahren beendet worden. Psychotherapie habe begleitend über insgesamt fünf Jahre stattgefunden.

Demgegenüber hatten die beiden kanadischen Autoren ihren Patienten erfolgreich mit Testosteron und begleitender Psychotherapie behandelt. Sie begründeten dies damit, daß sexuelle Unterlegenheitsgefühle aggressive Phantasien begünstigt und seine aggressiven Handlungen dem Beweis seiner Männlichkeit gedient hätten. Zudem nahmen sie an, daß die Entstehung „sekundärer sexueller Verhaltensweisen“ (gemeint ist vermutlich die Förderung von Durchsetzungsfähigkeit und Selbstwertgefühl) durch die Testosteron-Substitution unterstützt werden würde.

Generell wird man die Skepsis von WIEDEKING et al. teilen, KS-Patienten mit Antiandrogenen zu behandeln, da der Testosteron-Spiegel bei diesen Männern ohnehin sehr niedrig liegt. Während bei manchen (erwachsenen) Sexualstraftätern die Behandlung mit Antiandrogenen als ergänzende Therapie sinnvoll erscheint, ist offenbar die Bedeutung von Testosteron bei (sexuell) aggressiv handelnden Männern mit KS gegenwärtig noch nicht eindeutig zu bestimmen.

Die erwünschte Wirkung einer Testosteron-Substitution bei KS-Patienten liegt in einer günstigen Beeinflussung von Stimmung und Antrieb mit Auswirkung u. a. auf Lernbereitschaft und Beziehungsfähigkeit. Darüber hinaus wirkt sie auch einer Osteoporose entgegen, mit der bei langdauernden niedrigen Testosteron-Spiegeln zu rechnen ist.

Die Begründung von SOURIAL und FENTON für eine entsprechende Substitution erscheinen demnach plausibel. Die Autoren empfehlen zudem, mit Bezug auf NICHOLS und ANDERSON (1982) zu Beginn der Behandlung zunächst eine orale Gabe des Hormons. Dabei ist zwar die Resorption nicht so sicher gewährleistet wie bei der Injektion eines Testosterondepots. Andererseits erlaubt dies aber ein rasches Reagieren, falls es zu unerwünschten sexuellen und/oder aggressiven Stimulationen kommen sollte.

SOURIAL und FENTON sind angesichts bisher noch geringer Erfahrungen mit der Testosteron-Substitution bei der

oben beschriebenen Patientengruppe zu Recht vorsichtig hinsichtlich einer generellen Befürwortung dieser Behandlung. Anders lautende Überlegungen, wie sie kürzlich von NIESCHLAG (1992) dargelegt wurden, erscheinen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch verfrüht. Behandlungsversuche unter geschützten klinisch-stationären Bedingungen sind hingegen als sinnvoll anzusehen, vor allem auch wegen einer möglichen Rückfallgefährdung.

Der von uns untersuchte und behandelte Jugendliche hat bisher trotz ausführlicher Aufklärung eine Substitutionsbehandlung mit Testosteron abgelehnt.

Summary

Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome

Using the case of an averagely gifted 15 years old youth with Klinefelter-syndrome (ks), who acted in a sexually aggressive manner, first the characteristics of this syndrome are described. In the following personality development and family background are compared to three hitherto published case examples of youths with ks or similar symptomatics on the one hand, and forty other sexually aggressive acting youths without ks on the other hand. In closing the possible significance of a treatment with a testosterone substitute is discussed.

Literatur

- BANCROFT, J. (1985): Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität. Stuttgart. – BOISEN, E. (1979): Testicular Size and Shape of 47, XYY and 47, XXY Men in a Double-Blind, Double-Matched Population Survey. *American Journal of Human Genetics*, 31, 697–703. – DEUSINGER, I. M. (1985): Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN). Handanweisung. Göttingen. – FAHRENBURG, J./HAMPEL, R./SELG, H. (1984): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R). 4. Aufl. – revidierte Normen. Göttingen. – FORSSMAN, H./HAMBERT, G. (1963): Incidence of Klinefelter's syndrome among mental patients. *Lancet* 1327–1328. – GLÜCK, G./SCHOLTEN, A./STRÖTGES, G. (1990): Heiße Eisen in der Sexualerziehung. Wo sie stecken und wie man sie anfaßt. Weinheim. – HOROWITZ, M./NORDIN, B. E. C./AARON, J./STEURER, T./FRANCIS, R. M. et al. (1984): Osteoporosis and Klinefelter's Syndrome. In: BANDMANN, H.-J./BREIT, R. (Eds.): *Klinefelter's Syndrome*. Berlin, 51–61. – KLINEFELTER, H. F./REIFENSTEIN, E. C./ALBRIGHT, F. (1942): Syndrome Characterized by Gynecomastia, Aspermatogenesis without A-Leydigism, and Increased Excretion of Follicle-Stimulating Hormone. *The Journal of Clinical Endocrinology*, 11, 615–627. – LAHL, R./THOMAS, B./ZERNAHLE, K. (1977): Multiple sexuelle Triebabweichungen bei einem Patienten mit Klinefelter-Syndrom. *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*, 29, 152–163. – MEISTER, P. (1984): Klinefelter's Syndrome and Testicular Tumors. In: BANDMANN, H.-J./BREIT, R. (a. a. O.); 115–117. – MONEY, J./ANNICILLO, C./VAN ORMAN, B./BORGANONKAR, D. S. (1974): Cytogenetics, hormones and behavior disability: comparison of XYY and XXY syndromes. *Clinical Genetics*, 6, 370–382. – MOSIER, H. D./SCOTT, L. W./DINGMAN, H. F. (1960): Sexually deviant behavior in Klinefelter's syndrome. *The Journal of Pediatrics*, 57, 479–483. – NICHOLLS, D. P./ANDERSON, D. C. (1982): Clinical aspects of androgen deficiency in men. *Andrologia*, 14, 379–388. – NIELSEN, J. (1970): Criminality among Patients with Klinefelter's Syndrome and the XYY Syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 117, 365–369. – NIELSEN, J./HENRIKSEN, F. (1972): Incidence of Chromosome aberrations among males in a Danish youth prison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 48, 87–102. – NIELSEN, J./SØRENSEN, K. (1984): The Importance of Early Diagnosis of Klinefelter's Syndrome. In: BANDMANN, H.-J./BREIT, R. (a. a. O.); 170–187. – NIELSEN, J./PELSEN, B./SØRENSEN, K. (1988): Follow-up of 30 Klinefelter males treated with testosterone. *Clinical Genetics*, 33, 262–269. – NIESCHLAG, E. (1992): Testosteron, Anabolika und aggressives Verhalten bei Männern. *Deutsches Ärzteblatt*, 89, A, 2967–2972. – PERWEIN, E. (1984): Incidence of Klinefelter's Syndrome. In: BANDMANN, H.-J./BREIT, R. (a. a. O.); 8–11. – PROPPING, P. (1989): *Psychiatrische Genetik*. Berlin. – RATCLIFFE, S. G./TIERNEY, I./SMITH, L./CALLAN, S. (1981): Psychological and Educational Progress in Children with Sex Chromosome Abnormalities in the Edinburgh Longitudinal Study. In: SCHMID, W./NIELSEN, J. (Eds.): *Human Behavior and Genetics*. Amsterdam. – RATCLIFFE, S. G. (1984): Klinefelter's Syndrome in Children – A Longitudinal Study of 47, XXY Boys Identified bei Population Screening. In: BANDMANN, H.-J./BREIT, R. (a. a. O.); 38–47. – RUVALCABA, R. H. A. (1989): Testosterone Therapie in Klinefelter's Syndrome – A Prolonged Observation. *Andrologica*, 21, 535–541. – SØRENSEN, K./SØRENSEN, A. M./NIELSEN, J. (1981): Social and Psychological Development of Adolescents with Klinefelter's Syndrome. In: SCHMID, W./NIELSEN, J. (a. a. O.); 45–63. – SOURIAL, N./FENTON, F. (1988): Testosterone Treatment of an XYYY Male Presenting with Aggression. A case Report. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 846–850. – TSUBOI, T. (1970): Crimino-Biologic Study of Patients with the XYY-Syndrome and Klinefelter's Syndrome. *Humangenetik*, 10, 68–84. – WIEDEKING, C./MÜSKE, E./JÖRGENSEN, G. (1981): Therapy of Heavily Stigmatized XXY and XYY Males: Can we Deal with their Behavioral Disorders? Can they Cope? In: SCHMID, W./NIELSEN, J. (a. a. O.); 107–131. – WITKIN, H. A./MEDNICK, S. A./SCHULSINGER, F./BAKKESTROM, S./CHRISTIANSEN, K. O. et al. (1976): Criminality in XYY and XXY Men. *Science*, 193, 547–555.

Anschr. d. Verf.: Dr. Peter Hummel, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Göttingen, v.-Siebold-Straße 5, 3400 Göttingen.