

Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

Inhalt

2 Editorial

Themenschwerpunkt

- 5 Sichere und unsichere Bindungserfahrungen im Säuglingsalter und ihre Folgen für die Entwicklung der Persönlichkeit
Klaus E. Grossmann
- 14 Sexuelle Verhaltensweisen in Abhängigkeit vom Bindungsstil
Katja Brenk-Franz
- 24 Sexuelle Präferenzstörungen und Bindungsprobleme
Klaus M. Beier
- 32 Virtuelle Nähe in Netzgemeinschaften – Chancen und Risiken
Karl Leidlmair
- 38 Bindungsverhalten bei Männern mit bisexueller Praxis
Elisabeth Imhorst
- 45 Emotionale Kompetenz als Voraussetzung für sichere Bindungen und ihre Relevanz für psychiatrische Erkrankungen
Karsten Wolf

Originalarbeiten

- 51 Psychosomatische und psychosoziale Aspekte der heterologen Insemination
Kathrin Wohlfarth, Heribert Kentenich
- 59 Sexualität und Partnerschaft bei rheumatischen Erkrankungen
Eva Rothemund, Doreen Sharav, Christoph J. Ahlers, Klaus M. Beier

Fortbildung

- 63 Krebserkrankung und Sexualität
Gerhard Haselbacher

Historia

- 68 50 Jahre erlebte Andrologie
Carl Schirren

Aktuelles

- 73 Buchrezensionen, Programm und Abstracts der 34. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin

Anschrift der Redaktion

Redaktion der Sexuologie, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030 / 450 529 301 (Fax: -529 992), e-mail: sexuologie@sexualmedizin-akademie.de

Anzeigen: MediaService Marschall, AnzeigenMarketing, Tel. 030-7719959, 030-81877980, Fax: 030-7713432, www.mediamarschall.de, info@mediamarschall.de

Anzeigenpreise: Gültig ist die Preisliste vom 1. Januar 2010

Lieferkonditionen (2010): Volume 17 (1 Band mit 4 Heften, Auslieferung in zwei Doppelheften)

Abpreise* (2010): Deutschland, Österreich, Schweiz: Institutionelle Abnehmer 212,00 €; persönliche Abonnenten 156,00 €; Mitglieder der Akademie für Sexualmedizin beziehen die Sexuologie zum Sonderpreis, bitte anfragen.

* Die Preisangaben sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen müssen wir uns vorbehalten. Alle Preise verstehen sich inklusive Versandkosten und exklusive Umsatzsteuer. Bei der Rechnungsstellung wird Umsatzsteuer gemäß der zum Rechnungszeitraum geltenden Richtlinien erhoben. Versand per Luftpost ist möglich, Preise auf Anfrage. Kunden in den EU-Ländern werden gebeten ihre Umsatzsteuernummer anzugeben. Die Akademie behält sich das Recht vor, Zusatzbände im Abonnementzeitraum zu publizieren. Erscheinende Supplement-Bände zu einzelnen Zeitschriften sind in den genannten Preisen enthalten.

Abonnements: Redaktion der Sexuologie, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030 / 450 529 301 (Fax: -529 992), e-mail: sexuologie@sexualmedizin-akademie.de

Kündigung von Abonnements: Abonnements laufen jeweils für ein Kalenderjahr und werden unbefristet bis auf Widerruf verlängert, falls nicht bis zum 31. Oktober des Jahres gekündigt wird.

Bankverbindung: Deutsche Ärzte und Apothekerbank, Account No. 070 3829952 (BLZ 30060601); IBAN: DE04300606010703829952; BIC/SWIFT: DAAEDED

Bitte geben Sie bei der Zahlung Ihre vollständigen Daten an.

Copyright: Alle Artikel, die in dieser Zeitschrift veröffentlicht werden, sind urheberrechtlich geschützt, alle Rechte vorbehalten. Ohne schriftliche Erlaubnis der Akademie für Sexualmedizin ist es verboten, Teile der Zeitschrift in irgendeiner Form zu reproduzieren. Dies beinhaltet ebenso die Digitalisierung, als auch jede andere Form der elektronischen Weiterverarbeitung, wie Speichern, Kopieren, Drucken oder elektronische Weiterleitung des digitalisierten Materials aus dieser Zeitschrift (online oder offline). Für den allgemeinen Vertrieb von Kopien für Anzeigen- und Werbezwecke, für die Neuzusammensetzung von Sammelbänden, für den Wiederverkauf und andere Recherchen muss eine schriftliche Erlaubnis von der Akademie eingeholt werden.

Satz: Rainer Alisch, Taunusstraße 8, 12161 Berlin

Druckerei, Bindung: Gutenberg Druckerei GmbH Weimar · Postfach 2008 · 99401 Weimar (∞) Seit Band III, Heft 1 (1996) erfüllt das Papier, das für diese Zeitschrift genutzt wurde, die Anforderungen von ANSI/NISO Z39.48-1992 (Beständigkeit von Papier).

Hergestellt in Deutschland

Covergestaltung: Lothar Jänichen, Dornburg/Saale unter Verwendung eines Motives von Getty Images) ((Deutsche Fachpresse))

© Akademie für Sexualmedizin

Alle Rechte vorbehalten.



Abstracted/Indexed in BIOSIS --CAB Abstracts --Chemical Abstracts Service (CAS) --Chemical Abstracts (SEXUEX) --EMBASE/Excerpta --Medica --PSYINDEX --PsycINFO

Liebe LeserInnen der Sexuologie

Die Sexuologie geht mit diesem Heft in den 17. Jahrgang ihres Erscheinens. Dass dies möglich ist, verdanken wir nicht zuletzt der vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Kollegen vom Elsevier-Urban & Fischer-Verlag. Die Entscheidung, die Zusammenarbeit mit diesem Verlag einzustellen, ist uns nicht leicht gefallen – letztlich überwog der Zweifel, ob ein global orientiertes Unternehmen, wie der Elsevier-Verlag es ist, dem Profil der Zeitschrift und seiner Leserschaft langfristig entspricht. Was die Zukunft der Sexuologie anbelangt, gehen die momentanen Überlegungen davon aus, die Zeitschrift bis auf weiteres in eigener Verantwortung weiterzuführen.

Als Herausgeber der Sexuologie möchten wir stellvertretend für die Mitglieder der Akademie für Sexualmedizin dem Verlag für die jahrelange Zusammenarbeit und vor allem für die Unterstützung ganz herzlich danken.

Die Herausgeber:

Klaus M. Beier, Hartmut A.G. Bosinski, Birgit Delisle,
Frank-Michael Köhn, Dirk Rösing



Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin,
Tel. + 49 (0) 30/450 529 301, Fax +49 (0) 30/450 529 992
e-mail: klaus.beier@charite.de



Prof. Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (v.i.S.d.P.), Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel,
Tel. +49 (0) 431/5973650, Fax +49 (0)431/5973984
e-mail: hagbosi@sexmed.uni-kiel.de

*Sexuologie 17 (1–2) 2010 2–4 / Akademie für Sexualmedizin
<http://www.akademie-sexualmedizin.de/sexuologie>*



Dr. med. Birgit Delisle, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Fürstenrieder Straße 35, D-80686 München,
Tel. +49 (0)89 56 86 86, Fax +49 (0)89 580 68 16
e-mail: delisle@telemed.de



Prof. Dr. med. Frank-Michael Köhn, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Allergologie, Andrologie, Andrologicum München, Burgstraße 7
80331 München
Tel.: +49 (0)89/29160655, Fax: +49 (0)89/29160677
e-mail: info@andrologicum.com



Dr. med. Dirk Rösing, Facharzt für Urologie, Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Greifswald, Fleischmannstr. 42–44, D-17475 Greifswald,
Tel.: +49(0) 3834 865979, Fax: +49(0) 3834 865978,
e-mail: roesing@uni-greifswald.de

Die Adresse der Redaktion der Sexuologie lautet zukünftig wie folgt:

Redaktion der Sexuologie, Rainer Alisch, MA, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin,
Tel.: +49 (0) 450 529 301 (Fax: -529 992).

Für die e-mail-Kommunikation ist folgende Adresse eingerichtet:
sexuologie@akademie-sexualmedizin.de

Bindungstheorie und Sexualforschung

Reinhard Maß

Im Oktober 2009 wurde am Zentrum für Seelische Gesundheit Marienheide der 5. Marienheider Herbstkongress durchgeführt, und zwar zu dem Thema „Bindungstheorie und seelische Erkrankung“. Während dieser Veranstaltung entstand spontan die Idee, ausgewählte Kongressbeiträge und geeignete zusätzliche Arbeiten zu einem eigenen Sexuologie-Themenheft „Bindungstheorie“ zusammenzufassen, das zu editieren und zu präsentieren ich die Ehre habe.

Bowlby selbst (1969) merkte an, dass Bindung und Sexualität in einer komplexen, z.T. antagonistischen Wechselwirkung zueinander stehen. Das sexuelle Motivationssystem spricht stark auf Neuheit, Unvorhersehbarkeit und fehlende Familienähnlichkeit an, wobei nach Kernberg (1995) auch der Reiz des Verbotenen und des Illegalen dazukommen können. Diese Eigenarten stehen in Widerspruch zu vielem, was für das motivationale System von Bindung essentiell ist (Buchheim & Kächele, 2009). Dadurch entsteht ein besonderes Spannungsverhältnis zwischen Bindung und Sexualität über die gesamte Lebensspanne. Frühe negative Bindungserfahrungen können außerdem immense Bedeutung für die Entstehung von sexuellen Störungen haben. Folgerichtig ist die bindungsorientierte Dimension der Sexualität ein zentraler Ansatzpunkt der syndyastischen Paartherapie (Beier & Loewit, 2004). Auch in anderen Konzepten wie z.B. der Paartherapie nach dem Hamburger Modell (Hauch, 2006) ist die Berücksichtigung des Bindungsstils bei Paaren mit sexuellen Funktionsstörungen eine wesentliche Komponente.

In dem hier vorliegenden Themenheft gibt *Klaus E. Grossmann* zunächst eine systematische Übersicht über die Bindungserfahrungen im Säuglingsalter und ihre Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung. Es wird plastisch herausgearbeitet, welche mütterlichen und väterlichen Verhaltensweisen auf oft subtile Weise prägend für die Entstehung der typischen Bindungsmuster eines Individuums sind. Insbesondere der Desorganisation von Bindungsstrategien dürfte erhebliche Relevanz als Risikofaktor für Herausbildung klinischer Störungen zukommen.

In ihrer empirischen Untersuchung zeigt *Katja Brenk-Franz* konkrete Zusammenhänge zwischen Bindungstyp und Sexualverhalten auf. Sie beschreibt als ein wesentliches Ergebnis der Studie, dass Personen mit unsicher-vermeidender Bindung eher kurzfristige Partnerwahlstrategien verfolgen (quantitative Reproduktionsstrategie), während Personen mit sicherem Bindungsstil

langfristige Partnerwahlstrategien favorisieren (qualitative Reproduktionsstrategie). Hinter diesen differentiellen Strategien sind unschwer Anpassungsmechanismen zu erkennen; den unterschiedlichen Bindungsstilen kann auch ein adaptiver Wert hinsichtlich erfahrener spezifischer Umweltbedingungen zukommen. Somit wird mit diesem Artikel einmal mehr deutlich, dass ein Verständnis auch der menschlichen Sexualität ohne die evolution-psychologische Perspektive lückenhaft bleiben muss (vgl. Maß et al., 2008).

Klaus M. Beier geht in seinem Beitrag speziell auf die Störungen der sexuellen Präferenz bzw. die besonderen Präferenzstrukturen bei Paraphilien ein. Er führt aus, dass in vielen Fällen eine Bindung an den paraphilen Stimulus entwickelt wurde, die nicht nur sexuell erregende, sondern auch emotional stabilisierende Funktionen hat; diese können im Erleben des Betroffenen der Bindung an einen Menschen gleichwertig oder gar überlegen sein, was den (paar-)therapeutischen Zugang erheblich einschränkt. Die weiteren theoretischen Ausführungen sowie auch ein ausführliches Fallbeispiel veranschaulichen Rationale und praktisches Vorgehen der syndyastischen Paartherapie.

Eine an Bedeutung stetig zunehmende Form von Bindung, die jedoch vor allem für viele Menschen älteren Jahrgangs – auch Therapeutinnen und Therapeuten – gewöhnungsbedürftig ist, hat sich mit dem Internet entwickelt. In seinen Analysen gibt *Karl Leidlmaier* einen Einblick in die komplexen Kommunikations- und Beziehungsstrukturen von Chatrooms, Blogs und anderen Einrichtungen, wobei er sich teilweise der Methoden der Autoethnographie bedient. In mancherlei Hinsicht kann man davon ausgehen, dass Internet-Beziehungen nicht mit den traditionellen „Offline-Beziehungen“ vergleichbar sind, in denen immer noch der eigene Körper als Interface verwendet wird (z.B. der hyperpersonale Effekt in der Internetkommunikation; Walther, 1996). Gleichzeitig gibt es Interferenzen zwischen „Offline-Beziehungen“ und „Online-Beziehungen“, die auch für die Psychotherapie neue Probleme aufwerfen (vgl. Brandenburg, 2009).

Auf einen besonderen Aspekt von Beziehungen geht *Elisabeth Imhorst* in ihrer qualitativen Untersuchung an Männern ein, bei denen es zu einem Wechsel von hetero- zu homosexueller Orientierung zu kommen scheint. Eine spannende theoretische Frage ergibt sich dabei aus dem (scheinbaren) Widerspruch zwischen der Annahme der lebenslangen Unveränderlichkeit der Präferenzstrukturen (vgl. Beier et al., 2005) und dem lebensgeschichtlichen Wandel mancher Männer in ihrer gelebten Sexualität. Handelt es sich hierbei durchweg um „Selbstfindungen“ bei latent schon vorher vorhandener Homosexualität, oder kann sich die Orientierung als solche tatsächlich ändern? Die Studie von Elisabeth Imhorst verleiht der fachlichen Diskussion dieser Kontroverse weitere Impulse.

Die Emotionsforschung ist, ebenso wie die Bindungsforschung, seit vielen Jahrzehnten ein intensiv beforschtes Arbeitsfeld. Bindung und Emotion hängen eng miteinander zusammen, wie z.B. die Befunde zum mimischen Ausdruck von Grundgefühlen oder zu den sogenannten Synchronisierungsphänomenen nahelegen. Darüber hinaus scheinen Bindung und Emotion sich sogar einander wechselseitig zu bedingen. *Karsten Wolf* zeigt in seiner Literaturübersicht eine Reihe von aktuellen Befunden, aus denen deutlich wird, dass Emotions- und Bindungsforschung auch zum tieferen Verständnis psychischer Störungen wie Schizophrenie oder Borderline-Persönlichkeitsstörung beitragen können.

Ich hoffe, dass es uns mit diesen Beiträgen gelungen ist, ein für die Leserinnen und Leser der Sexuologie möglichst interessantes und anregendes Heft zusammenzustellen. Dabei freut mich besonders, dass das vorliegende Themenheft ein kleines Beispiel für eine gelungene Kooperation zwischen Mitgliedern der beiden wichtigsten deutschen sexualwissenschaftlichen Fachverbände – ASM und DGfS – darstellt, die bei aller Unterschiedlichkeit eben auch sehr viele gemeinsame Interessen haben. Vielleicht fördert dieses Heft sogar die Entstehung einer sicheren Bindung.

Literatur

- Beier, K.M., Bosinski, H., Loewit, K., 2005. Sexualmedizin. 2. Auflage. Urban & Fischer, München.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2004. Lust in Beziehungen. Einführung in die Syndyastische Paartherapie. Springer, Berlin.
- Bowlby, J., 1969. Attachment and loss. Vol I: Attachment. Basic Books, New York.
- Brandenburg, U., 2009. Wenn er virtuell fremdgeht. In: Becker, S., Hauch, M., Leiblein, H. (Hrsg.), Sex, Lügen und Internet. Sexualwissenschaftliche und psychotherapeutische Perspektiven. Psychosozial-Verlag, Gießen, 105–118.
- Buchheim, A., Kächele, H., 2009. Sexualität und Bindung. In: Dulz, B., Benecke, C., Richter-Appelt, H. (Hrsg.), Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie – Störungsbild – Therapie. Schattauer, Stuttgart, 69–77.
- Hauch, M. (Hrsg.), 2006. Paartherapie bei sexuellen Störungen. Das Hamburger Modell: Konzept und Technik. Thieme, Stuttgart.
- Kernberg, O.J., 1995. Love relations: Normality and pathology. Yale University Press, New Haven.
- Maß, R., Sommerlad, K., Weber, C., Bauer, R. Fischer, G., 2008. Zur evolutionspsychologischen Bedeutung sexualmoralischer Überzeugungen von Männern. Sexuologie 15, 104–112.
- Walther, J.B., 1996. Computer-mediated communication: In-personal, interpersonal and hyperpersonal interaction. Communication Research 23, 3–43.

Autor

Prof. Dr. Reinhard Maß, Zentrum für Seelische Gesundheit Marienheide, Leppestraße 65–67, D-51709 Marienheide und Institut für Sexualforschung und Sexualtherapie Oberberg,
e-mail: reinhard.mass@kkh-gummersbach.de

Sichere und unsichere Bindungserfahrungen im Säuglingsalter und ihre Folgen für die Entwicklung der Persönlichkeit

Klaus E. Grossmann

Reliable and unreliable bonding experiences of infants and the consequences for personality development

Abstract

The healthy development of infants is dependent on reliable bonding relationships. They lead to the organization of emotions, to positive expectations vis-à-vis others, and self-realization experiences. Language is developed in structures of mutual attentiveness between the infant and bonding person. The emotional and cultural significance of experiences, essential for healthy development, is learned through narrative interpretation. Sensitive reaction to the child's expression of its needs is important for the development of reliable bonding strategies.

Keywords: Reliable and unreliable bonding, sensitivity reaction, disorganisation, personalty development

Zusammenfassung

Die gesunde Entwicklung des Säuglings setzt sichere Bindungsbeziehungen voraus. Dies führt zu Organisation von Gefühlen, positiven Erwartungen an andere und Selbstwirksamkeitserleben. In Strukturen gemeinsamer Aufmerksamkeit zwischen dem Säugling und seiner Bindungsperson wird Sprache entwickelt, mit der durch narrative Interpretationen emotionale und kulturelle Bedeutungen von Erfahrungen gelernt werden, die für die gesunde Entwicklung unerlässlich sind. Feinfühliges Reagieren auf den Ausdruck kindlicher Bedürfnisse ist wichtig für die Herausbildung sicherer Bindungsstrategien.

Schlüsselwörter: sichere vs. unsichere Bindung, Feinfühligkeit, Desorganisation, Persönlichkeitsentwicklung

Bindungsverhalten gehört zur Grundausrüstung eines jeden physiologisch gesunden Säuglings. Seine Entwicklung ist nicht nur von Nahrung, Wärme, Hygiene und Schutz abhängig, sondern auch davon, ob sein angeborenes *Ausdrucksverhalten* von beständigen fürsorglichen Personen beantwortet wird oder nicht. Wichtige Bindungssignale des Säuglings sind Weinen, Rufen, Anklammern, Nachfolgen mit den Augen, Trennungsprotest. Kontaktlaute, Anbli-

cken, Veränderungen der Mimik (Blinzeln, Stirn furchen), der Körperspannung (Tonus), der Art des Einschmiegens, der Ansprechbarkeit, führen ebenfalls zu antwortenden Reaktionen bei Personen, die sich mit dem Säugling befassen und die dadurch zu Bindungspersonen werden können.

Die frühen Erfahrungen, die ein Säugling in seinen ersten Lebensmonaten macht, sind ihm später bewusst nicht zugänglich, er kann sich nicht daran erinnern und nicht darüber sprechen. Es braucht unbedingt den sprachlichen Zugang, um Erinnerungen mitteilbar zu machen. Der gedankliche Zugang zu frühen Gefühlen wird ausgebildet, wenn später, auf der Grundlage früher Bindungserfahrungen Erlebnisse und damit verbundene Gefühle in Diskursen mit vertrauten, stärkeren und weiseren Bindungspersonen sprachlich repräsentiert werden. Die sprachlichen Repräsentationen können, wie Bowlby (1988) überzeugend verdeutlicht, „wahr“ sein, oder falsch, oder sie können durch Schweigen verhindert werden.

Von Geburt an beeinflussen frühe Bindungserfahrungen die emotionale Organisation des Säuglings, und damit auch die Strategien seines Verhaltens gegenüber seinen Bindungspersonen beim Umgang mit Angst und Distress. Die naturgegebene Anpassungsfähigkeit des Neugeborenen an seine „natürliche Umwelt“, nämlich seine Mutter, kann mit der vom Bostoner Kinderarzt T. Berry Brazelton (1984) entwickelten Skala zur Erfassung des Verhaltens Neugeborener objektiv gemessen werden. Individuelle Unterschiede zwischen Neugeborenen treten dabei offen zutage. Sie können als Merkmale der Früherkennung adaptiver Störungen dienen. Sie kommen gelegentlich auch bei normalgeborenen Kindern vor. In unseren eigenen, bis zum 22. Lebensjahr andauernden längsschnittlichen Untersuchungen über die Auswirkungen unterschiedlicher Bindungserfahrungen im frühen und im mittleren Kindesalter haben wir die Testergebnisse der Neugeborenen dafür verwendet, um mögliche individuelle Unterschiede festzustellen, die zukünftige Bindungserfahrungen beeinflussen könnten und diese möglicherweise moderieren (Grossmann & Grossmann, 2004).

Große Unterschiede zwischen verschiedenen neugeborenen Kindern bestehen z. B. darin, ob sie sich leicht trösten lassen, wenn sie erregt weinen, oder wie gut sie auf liebevolle Zuwendung und Ansprache reagieren, wie gut sie einem Ge-

sicht folgen oder mit Kopfdrehen nach einer Geräuschquelle suchen und manches mehr. Im Hinblick auf die Einflüsse unterschiedlicher Bindungserfahrungen haben die in der ersten Lebenswoche gemessenen, in der Literatur oft „Temperament“ genannten unterschiedlichen Ausbildungen der Organisation der Orientierung nach außen, und der beruhigenden Selbstorganisation keinen nennenswerten Einfluss gehabt. Allerdings zeigten Neugeborene mit einer weniger stabilen Selbstorganisation später (statistisch signifikant) häufiger Merkmale von Desorganisation und Desorientierung. Das muss aber keine erbliche Anlage sein, sondern kann, wie von Untersuchungen an Rhesusaffen und anderen subhumanen Primaten bekannt ist, auf Distress der Mütter während der Schwangerschaft zurückgehen.

Das obige Beispiel macht auch deutlich: Genetische Erklärungen der simplen, direkten Art genügen nicht mehr, um die Auswirkungen komplexer Erfahrungen von Kindern im Zusammenspiel mit ihren Bindungspersonen zu charakterisieren. Die genetischen Informationen sind veränderbar und passen sich den Erfahrungen bei der Pflege an. Früher Distress im Zusammenhang mit unzureichender Bemutterung erzeugt bereits bei Mäusen und Ratten, und auch bei Primaten später im Leben eine vehemente Aktivierung des Hypophysen-Nebennierenrindensystems mit den bekannten Merkmalen physiologischer Stressreaktionen. Bei Aufzucht genetisch vergleichbarer Junger durch kompetentere Mütter ist das nicht der Fall (Polan & Hofer, 2008; Rüeegg, 2009; Suomi, 2008).

Feinfühligkeit (potentieller) Bindungspersonen

Ständig das Kind betreuende Erwachsene werden bald zu Bindungspersonen. Die Art des Miteinanders hat in der Forschung und in der Literatur sehr viel Aufmerksamkeit und manche unterschiedliche Bezeichnung gefunden. Daniel Stern spricht von einem „Tanz“, Colwyn Trevarthen von „Kommunikation auf vielen Kanälen“, Stephanie Field von „attunement“, und Mary Ainsworth von „Feinfühligkeit gegenüber den Kommunikationen oder Signalen des Kindes“. Wegen der individuellen Vielfalt der Art und Weise, wie Säuglinge signalisieren, und wie Eltern oder andere Erwachsene, die zu Bindungspersonen werden, darauf reagieren, ist es bislang noch immer nicht vollständig gelungen, eine für alle Forscher verbindliche Methode zur Erfassung der Feinfühligkeit zu schaffen. Tests der traditionellen Art, oder Listen, auf denen man vorgegebene Merkmale abhaken kann, haben sich als unzureichend erwiesen. Entsprechend vage fallen noch immer manche Untersuchungen aus, die so vorzugehen versuchen.

Die Bezugsgröße ist noch immer die Vorgehensweise von Mary Ainsworth (2003). Sie hat nach umfangreichen Feldbeobachtungen in Uganda Feinfühligkeit folgendermaßen definiert und in zeitaufwendigen Hausbeobachtungen in Baltimore erfasst. Um feinfühlig zu sein, muss man die Signale, vor allem subtile, z. B. kaum merkliche Vorläufer des Weinsens, überhaupt *wahrnehmen*. Wenn man in andere Dinge absorbiert ist, geht das nicht. Dann muss man sie richtig *interpretieren*. Was richtig ist, kann von Kind zu Kind verschieden sein, von seinem jeweiligen Zustand abhängen. Es kann sich auch von Zeit zu Zeit ändern. Deshalb ist das individuelle Kennenlernen eines Kindes durch seine Bindungspersonen grundlegend, ebenso wie für das Neugeborene das individuelle Kennenlernen seiner potentiellen Bindungspersonen. Feinfühligke Mütter probieren das aus und erkennen an den gewünschten Veränderungen im Ausdrucksverhalten des Säuglings, z. B. wenn das rhythmische Atmen, das Weinen ankündigt, aufhört, ob sie ihr Kind richtig verstanden haben. Sodann müssen die Antworten angemessen und prompt erfolgen. *Angemessen* sind die Antworten einer Bindungsperson dann, wenn das Kind durch sein verändertes Verhalten kundtut, dass die Antwort seinem Bedürfnis entsprach. Und *prompt* heißt, dass die Antwort innerhalb der Gedächtnisspanne erfolgen muss, die dem Kind zur Verfügung steht, um einen Zusammenhang zwischen Bedürfnis und Antwort zu stiften. Das sind weniger als 3 Sekunden. Feinfühligke Mütter reagieren meistens sofort, vor allem durch Stimmlaute, die ihnen, wenn wir danach fragen, gar nicht bewusst sind. Wegen der ausgeprägten Unterschiede bei der Beobachtung von Mutter-Kind Paaren müssen auch die Beobachter zunächst ein „Gespür“ für die jeweils besondere Art entwickeln. Erst dann ist Objektivität solcher Beobachtungen gegeben, und ihre Zuverlässigkeit kann geprüft und ihre Gültigkeit belegt werden. Mit hoher Feinfühligkeit (Ainsworth sprach auch von „tender loving care“, aber das eignet sich nicht für wissenschaftliche Veröffentlichungen!) werden verlässlich reagierende Personen zu sicheren Bindungspersonen.

Auch weniger feinfühligke Personen, die regelmäßig zugegen sind, werden Bindungspersonen, allerdings zu unsicheren. Das phylogenetische Programm Bindung funktioniert immer auch bei schlechter Fürsorge. Das kindliche Bindungssystem ist so programmiert, dass es unter allen möglichen Umständen nach Bindungen sucht und sich den Besonderheiten der individuellen Beziehungen anpasst. Auch dabei handelt es sich um eine externe Regulierung der Organisation der Gefühle und der Verhaltensorganisation des Säuglings. Unterschiede in der Qualität des Reagierens auf Signale kindlicher Bedürfnisse, vor allem nach *Fürsorge* und *Schutz*, und damit nach *Nähe*, beeinflussen die Entwicklung der Bereitschaft, sich später, bei psychischer Belastung, Hilfe suchend an bestimmte Personen wenden zu können, auch unter widrigen Bedingungen.

Für die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder, bis ins hohe Alter, haben solche unterschiedlichen Bindungserfahrungen gravierende Folgen. Die sichere oder unsichere erfolgte Organisation der Gefühle verfestigt sich und wird, wenn später keine Veränderungen durch neue sichere emotionale Beziehungen oder durch intellektuelle Einsicht in die emotionalen Zusammenhänge erfolgt, immer mehr zu einem festen Bestandteil der Persönlichkeit, losgelöst von der Beziehung, deren Bestandteil sie ursprünglich war. Das heißt auch, dass Säuglinge und Kinder unterschiedliche Bindungsbeziehungen mit verschiedenen Bindungspersonen haben können. Die Chancen, überhaupt sichere Bindungserfahrungen zu machen, sind dadurch natürlich größer als wenn, wie man früher einmal glaubte, die Mutter-Kind Beziehung ausschließlich prägend für alle weiteren Bindungen wäre.

Die sicheren und unsicheren Bindungsmuster sind inzwischen bekannt. An eine Bindungsperson sicher gebundene Kinder suchen bei Distress aktiv ihre Nähe, lassen sich beruhigen und gehen schnell und reibungslos wieder zu Spiel und Erkunden über. Unsicher-vermeidende Kinder haben viel Zurückweisung erlebt, wenn sie ihr Bedürfnis nach Nähe signalisierten, und sie vermeiden deshalb in solchen Zuständen, ihr Leid zu zeigen und Nähe zu suchen. Nicht selten wird dies von uneingeweihten Beobachtern als Unbekümmertheit missverstanden. Ängstlich-ambivalente Kinder klammern sich an die Mutter mit geringer beruhigender Wirkung, sie lassen sie kaum aus den Augen. Sie tun dies aus Unsicherheit darüber, *wann* die Bindungsperson zugänglich ist – auf Kosten unbekümmerten Explorierens.

Man nennt die genannten drei Bindungsstrategien strukturiert, weil die Kinder sich an die Gegebenheiten der Bindungserfahrungen gegenüber der jeweiligen Bindungsperson anpassen, um einer idealen Nähe und der damit verbundenen Beruhigung physiologischer Distressreaktionen und psychologischer Gefühle von Verunsicherung möglichst nahe zu kommen. Strukturierte Bindungsstrategien 12 Monate alter Kinder gegenüber Bindungspersonen können allerdings zusammenbrechen. Dann spricht die Bindungsforschung von Desorganisation und Desorientierung (Main, 1995, 2002). Zusammenbrechende, desorganisierte Bindungsstrategien kleiner Kinder haben sich inzwischen als äußerst bedeutsam für die klinische Bindungsforschung erwiesen, weil diese Kinder später besonders häufig psychologische Hilfe brauchen.

Desorganisation strukturierter sicherer und unsicherer Bindungsstrategien kleiner Kinder gegenüber Bindungspersonen

Besondere Veranlagungen und/oder für ein Kleinkind „unnatürliche“ Erfahrungen können zusätzlich zu den ‚klassischen‘ Bindungsmustern zu *Desorganisation und Desorientierung* in der Bindungsorganisation führen. Einerseits ließen sich desorganisierte Entwicklungen bereits bei Neugeborenen erkennen, die im Neugeborenentest von Brazelton eine bestimmte Verhaltensorganisation zeigten – sie waren irritierbarer und wechselten ihre Zustände zwischen Schlaf und erregtem Weinen häufiger als die übrigen Kinder. Andererseits, in Kinderhäusern in israelischen Kibbuzim, in denen die Kinder nachts ohne ihre Eltern schliefen (was es seit dem Golfkrieg nicht mehr gibt), kam es häufig vor. Auch bei jungen Scheidungskindern, bei zeitlicher Aufteilung der Versorgung durch die Eltern in zwei verschiedenen Haushalten, erhöhte sich die Zahl desorganisierter Kinder dramatisch, wie überhaupt bei häufigem oder gerade vollzogenem Pflegewechsel.

Bei Kindern psychisch kranker Mütter finden sich häufig Merkmale von Desorganisation, weil die Kommunikation gestört ist. Karlen Lyons-Ruth hat solche kommunikativen Störungen in 5 Dimensionen gebrochener affektiver Kommunikation von Eltern mit kleinen Kindern erfasst, die neben ängstlichen und ängstigenden Ausdrucksbewegungen von Eltern Desorganisation bei Kindern erzeugen können. Dazu gehören nicht unterstützende Aufdringlichkeit, z. B. das Kind ärgern, unklare Rollen wie Rückversicherung vom Kind verlangen, als ob es bereits erwachsen wäre, Rückzug, z. B. schweigend ausdruckslose Interaktion, affektive kommunikative Fehler wie etwa widersprüchliche oder ausbleibende Antworten, und auch deutliche Irritationen wie z. B. ungewöhnliche Wechsel in Tonhöhe und Intonation. Ausgeprägt sind Desorganisationen auch bei Heimkindern, die kaum verlässliche Bindungspersonen finden bei den häufigen Wechseln des Pflegepersonals, die sie erfahren müssen. Kinder können den stärksten aller Gefühlskonflikte nicht lösen, der entsteht, wenn durch Misshandlung und/oder extreme Vernachlässigung ihr Bindungssystem bis zum äußersten aktiviert ist, und es die misshandelnde Person ist, auf die sich die kindlichen Gefühle richten.

Die meisten Eltern verhalten sich sicherlich nicht absichtlich so, dass ihre Kinder unsichere Bindungen oder gar Merkmale von Desorganisation entwickeln. Oft sind es elterliche Bindungs-/Trennungstraumata, meist falsche oder fehlende sprachliche Repräsentationen ihrer Erfahrungen von Schutz- und Hilflosigkeit, die mit Desorganisation kindlicher Bindungsstrategien assoziiert sind. Dazu gehö-

ren z. B. unverarbeiteter Tod eines Elternteils in der Kindheit, unverarbeiteter Tod eines Geschwisters oder engen Vertrauten, Drogenabhängigkeit eines Elternteils, Miss-handlung als Kind, knapp überstandene tödliche Krankheit, gehäufte Verluste, z.B. Abort, Kindstod, Unfalltod in der Verwandtschaft. Die damit verbundenen emotionalen Konflikte sind tief ängstigend und werden von manchen Eltern unterdrückt, abgespalten, wie Kliniker sagen. Sie werden nicht mehr gefühlt. Trotzdem beeinflussen sie den Umgang mit den eigenen Kindern. Bowlby nannte sie „segregierte Systeme“, die mit Hilfe des Bindungsinterviews für Erwachsene (Adult Attachment Interview) von George und Main (Hesse, 2008), oder des Projektivtests für Erwachsene (Adult Attachment Projective, George & West, 2004) festgestellt werden können. Desorganisierte Kinder werden im Verlaufe ihrer Entwicklung oft verhaltensauffällig. Sie sind, wie gesagt, als Jugendliche und als Erwachsene am häufigsten unter den Menschen zu finden, die klinische Hilfe brauchen (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008).

Sprache und Bewusstsein

Gegen Ende des ersten Lebensjahres beginnt ein Kind, auf Dinge und Ereignisse in der Umwelt mit dem Finger zu zeigen und seine Aufmerksamkeit dorthin zu richten. Angeschaut hat es sie schon früher. Jetzt aber äußert es klare Intentionen. Das leitet die zweite Ebene der Bindungs-entwicklung ein: Sprache und die damit möglichen Mitteilungen von Bedeutungen, von Erfahrungen, vor allem im Zusammenhang mit dabei auftretenden Gefühlen, und welchen Stellenwert sie in Beziehungen haben. Michael Tomasello (2009) hat in überzeugenden Experimenten und brillanten Veröffentlichungen die Entwicklung von gemeinsamer Aufmerksamkeit und sprachlicher Repräsentanz vom etwa 9. Lebensmonat an, wo das imperative Zeigen als spezifisch menschlicher Ausdruck eines Bedürfnisses zum Helfen einsetzt, bekannt gemacht.

Mit 9 Monaten befinden sich die meisten Kinder auch auf dem Höhepunkt ihres Fremdelns. Man kann also davon ausgehen, dass die meisten Erlebnisse gemeinsamer Aufmerksamkeit im Rahmen von Bindungsbeziehungen stattfinden, und dass dabei die Grundlagen der Muttersprache gelegt werden. Dabei besteht eine Balance zwischen Bindungsbedürfnis, das im ersten Lebensjahr vorherrscht, und dem Bedürfnis nach neugierigem Explorieren und selbstvergessenem Spielen, das ab dem Krabbelalter im Leben des Kindes immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Das Explorieren – „Forschen“ – ist eine phylogenetisch programmierte Lebensnotwendigkeit, die allerdings ohne schützende Anteilnahme gefährlich sein kann. Das Kind hat evolutionsbiologisch die Fähigkeit zu *gemeinsamer*

Aufmerksamkeit und geteiltem Interesse mit Erwachsenen erworben. Das ausdrucksvolle Zeigen in Situationen von mit vertrauten Erwachsenen geteilter Aufmerksamkeit ist der nächste zentrale Schritt in der kindlichen Entwicklung. Schließlich kommt, mit etwa 12 Monaten, das Zeigen im Sinne des Anbietens hilfreicher Information dazu. Für Tomasello (2009) ist klar: Hier liegen die Wurzeln menschlicher Sprache im Dienste von Mitteilung und Zusammenarbeit, Kommunikation und Kooperation. Die rasante sprachliche Entwicklung begleitet das psychologische Erkennen von Personen außerhalb der Familie und bereitet auf die Welt vor, in der wir leben. Es schließt die *aus dem Ausdruckverhalten der Kinder erschlossenen Gefühle* ein, wenn sie in Diskursen erkannt und benannt werden und sprachlich mitteilbare kohärente Bedeutung erlangen.

Bei fehlender gemeinsamer Aufmerksamkeit und auch bei geringer Spielfeinfähigkeit gegenüber einem Kleinkind bleiben die Intentionen des Kindes dagegen unbeachtet. Die Konzentration auf die Ereignisse, auf die sich die Aufmerksamkeit richtet, bleibt unterentwickelt und das Erkennen und Erleben der Absichten der Spielpartner bleibt verschlossen.

Neugier und Exploration verlangen Unterstützung und sprachliche Begleitung, um den gemachten Erfahrungen Bedeutung zu verleihen und um natürliche Unsicherheiten vor allem Fremdartigen zu vermindern. Hier sind vor allem die Väter wichtig, die mehr oder weniger feinfühlig unterstützen und angemessen herausfordern. Die väterliche Feinfühligkeit bei den Herausforderungen hat – wie die mütterliche Feinfühligkeit – langfristige Folgen für den Umgang mit Gleichaltrigen, mit Erwachsenen und mit altersspezifischen Anforderungen. Sie heißen in der Entwicklungspsychologie „Entwicklungsaufgaben“. Der im Jugendalter (unbewusste) Versuch, sich den Herausforderungen der normativen und der darüber hinausgehenden Entwicklungsaufgaben zu entziehen, ist eine häufige Bedingung für Störungen, besonders moderne Essstörungen, bei der die belastende Reichhaltigkeit der Welt durch Ausschließlichkeit der Kontrolle von Nahrungseinnahme ersetzt wird (Liechti, 2007).

Wir haben in unseren eigenen Untersuchungen regelmäßig Unterschiede in den Akzenten und in den Auswirkungen mütterlichen und väterlichen feinfühligem Umgangs mit kindlichen Bedürfnissen gefunden. Meist haben beide Eltern mit ihren Kindern gespielt, aber bei Müttern fanden wir häufiger längerfristige Einflüsse ihrer Nähe mit Trost und Zuspruch und ihrer Feinfühligkeit gegenüber dem Ausdrucksverhalten ihrer Kinder. Bei Vätern dagegen gingen die längerfristigen Einflüsse stärker aus von ihrer Spielfeinfähigkeit und Unterstützung beim gemeinsamen Tun. Spielfeinfähigkeit bedeutet Kooperation im Interesse des Kindes. Spielfeinfähige Väter forderten ihre Kinder heraus, ohne sie zu überfordern, und sie stellten das

gemeinsame Tun sprachlich dar. Im Spiel unfeinfühligere Väter taten dies selten oder gar nicht. Die bestimmenden Kriterien waren: Bei Ängstlichkeit Zuversicht vermitteln („Du kannst es, und ich helfe dir, wenn es nicht gelingt“), Neugier in Interesse mit Handlung verwandeln, während der Kooperation neue, machbare Ideen einfügen, Werke des Kindes durch Benennungen aufwerten, loben, aber nur was wirklich neu gekonnt war, lehren und vormachen, was das Kind begreifen kann, erreichbare Ziele setzen und angemessene Verhaltensregeln erwarten und einfordern.

Psychische Sicherheit und Unsicherheit im Vorschulalter

Aus beiden Komponenten, der mütterlichen Bindungs-Feinfühligkeit und der väterlichen Spiel-Feinfühligkeit, die keineswegs ausschließlich waren und sich stark überlappten, entwickelte sich bei den Kindern unserer „normalen“, psychisch unauffälligen Familien psychische Sicherheit und Unsicherheit. Psychische Sicherheit und Unsicherheit entwickelt sich natürlich aus vielen Komponenten. Wesentlich, nach unseren eigenen Erkenntnissen, ist die Stimmigkeit zwischen den Bindungserfahrungen auf der Ebene von Gefühlen und Verhalten, und der Stimmigkeit der sprachlichen Bedeutungen, die Bindungspersonen solchen gefühlten Erfahrungen – Gefühlen der Sicherheit oder Unsicherheit, Gefühlskonflikten im Laufe der Entwicklung – verliehen haben. Dies geschieht auf mehr oder weniger sprachlich feinfühligere Weise. Stimmiges oder kohärentes Sprechen über emotionale Erfahrungen mit vertrauten Anderen in gemeinsamer Aufmerksamkeit ist der Prozess, der zu sicherer Mentalisierung psychischer Zustände führt. Sichere Mentalisierung heißt auch sprachlich kohärente Verfügbarkeit über sich selbst und seine Welt. Psychisch stimmige Sprache kann innere Arbeitsmodelle von sich und von bedeutsamen anderen mitteilen. Die Sicht und die Darstellung der Dinge und der eigenen Gefühle dabei wird mit vertrauten Anderen abgestimmt. Die Kohärenz der Kommunikation, die im Narrativ, der Erzählung in Rahmen des Bindungsinterviews für Erwachsene gemessen werden kann, ist das wichtigste Merkmal für eine sichere Bindungsrepräsentation und für psychische Sicherheit. Sie entwickelt sich erst nach dem ersten Lebensjahr.

Frühkindliche Bindungserfahrungen sind deshalb sprachlich nicht verfügbar, weil die Ebene der Mitteilung von Bedeutungen eigener Erfahrungen noch nicht besteht und sich erst langsam entwickelt. Sie wirken aber als fest gefügte Muster der Organisation von Gefühlen gegenüber bestimmten Bindungspersonen, die sich allmählich zusammenfügen und verselbständigen (Bretherton & Mun-

holland, 2008). Bindungserfahrungen können erst später neu – stimmig oder unstimmig – interpretiert werden, je nach Qualität der Diskurse mit bedeutsamen Anderen, die das Kind erfahren hat. Die Entwicklung psychischer Sicherheit und Unsicherheit, von sozialer Kompetenz und Autonomie in Verbundenheit hängt davon ab, ob Stimmigkeit (Übereinstimmung) emotionaler Bindungserfahrungen und sprachlicher Interpretation („Kohärenz“) erfahren wurde oder nicht.

Die Mentalisierung basiert auf der Fähigkeit zu Reflexionen über die eigene Sicht der Dinge und die der anderen. Sie sind in sprachlich stimmigen Beziehungen des Kindes Gegenstand von Diskursen. Mit etwa 4 bis 6 Jahren können Kinder sich in die Lage anderer versetzen, das zeigen experimentelle Untersuchungen zur Entwicklung so genannter „Theory of Mind“, der Erkenntnis, dass Andere eine eigene Psyche haben. Es ist die menschliche Fähigkeit, sich in die Lage Anderer versetzen zu können und Ereignisse aus deren Sicht betrachten zu können. Ein Schritt über die allgemeine artspezifisch menschliche Anlage dazu hinaus ist es, die Perspektiven Anderer, die man versteht, von eigenen klar zu unterscheiden und im alltäglichen Denken und Planen auch mehr oder weniger wohlwollend zu berücksichtigen. Dies wird deutlich, wenn sichere Kinder, etwa mit 6 Jahren, in sprachlichen Verhandlungen zunehmend die Motive der anderen in Rechnung stellen.

Ob ein Kind Anderen negative oder positive Motive unterstellt, hängt ebenfalls von unterschiedlichen Bindungserfahrungen ab. Beides bedarf der Einsicht, dass der Andere eigene Absichten verfolgt, sowie eines Interesses daran, welche das sein könnten. Zu welchen Ergebnissen die Wahrnehmung der Motive Anderer aber im Hinblick auf die eigene naturgegebene Empathie führt, hängt von der Bindungsqualität ab. Bindungssichere Kinder unterstellen z. B. Anderen kaum Zurückweisung und/oder böswillige Absichten. Bindungsunsichere Kinder unterstellen signifikant häufiger Zurückweisung und/oder böswillige und aggressive Absichten. Das konnten wir bereits mit 4-jährigen Kindern im Kindergarten feststellen (Grossmann & Grossmann, 2004, 276ff).

Bärbel, eines der Kinder unserer Längsschnittsuntersuchungen sagte als 6-Jährige als Reaktion auf ein Bild mit einem schlafenden Kind und auf die Frage, wie es ihr beim Einschlafen ginge, folgendes: „Also ich schlafe immer nachts sofort, dass ich nicht merke ob meine Eltern weg sind. Ich liege immer so kuschelig und ich schlafe“. Bindungsunsichere Kinder erzählen dagegen oft wirre und unrealistische Fantasien über Unfälle, Einbrecher, Partys vor dem Fernseher, Ängste und zeigen wenig Gewissensruhe. Bei einem Bild mit einer eher gravierenden Trennung, auf dem die Eltern gute Nacht sagen und für den Abend fortgehen wollen, fragt die Gesprächspartnerin: „Wenn die Eltern weggehen und das Mädchen alleine lassen, haben sie es dann noch lieb?“

Bärbel denkt länger nach und antwortet dann: „... (die) haben noch lieb, aber die Kinder, die denken ja immer, nein, die haben mich nicht mehr lieb, die bleiben weg. Das geht so von klein auf los. Das ist, je kleiner sie sind, am schlimmsten“.

Auf die Frage der Versuchsleiterin: „Was macht das Mädchen dann? Stell dir das mal vor. Was überlegt sie denn? Was kommen ihr denn für Gedanken?“ antwortet Bärbel: „Sie hat so Angst und dann denkt sie daran, ob die Eltern (vielleicht) gar nicht wiederkommen und dann, dann sagt sie auf einmal: ‚Nein, (ihr sollt nicht weggehen)‘. Aber dann sagen die Eltern: ‚Aber wir müssen weg. Wir wollen auch mal irgendwohin‘ – so wie meine Eltern – ‚tanzen oder so alleine in die Stadt‘“.

Man könnte amüsiert sein über die vermeintliche Altklugheit einer 6jährigen. Wichtig aber für die Bindungsentwicklung ist, was dahinter steckt, und welche mentalen Fähigkeiten über Bindungserfahrungen und Reflexionen darüber sie bereits beherrscht. Bärbels Geist ist befasst mit der sozialen Wirklichkeit ihrer Bindungspersonen, und sie kann dies klar mitteilen. Was kann Bärbel, wenn man ihre Bemerkung im Einzelnen analysiert?

Bärbel kann sich in die Lage ihrer Eltern versetzen, die auch gern mal ausgehen wollen, die also eigene positive Ziele verfolgen. Sie interpretiert das Weggehen nicht als Ablehnung – Nicht-mehr-lieb-haben – ihrer Person. Sie kann sich sogar vorstellen, dass viele Kinder – vielleicht sie selbst bis vor kurzem – das Weggehen der Eltern noch falsch interpretieren und darum Angst vor dem Verlassen-Werden haben. Sie weiß auch, dass kleinere Kinder in ihrer Unwissenheit noch eher das Weggehen als Ablehnung interpretieren, was für diese sehr schlimm ist. Bärbel zeigt mit ihren 6 Jahren bereits Verständnis für das Verhalten ihrer Eltern und Verständnis für die Angst anderer, besonders kleinerer Kinder. Beides hilft ihr, selbst keine Angst vor dem Verlassen-Werden haben zu müssen, was sie zunächst ja ausdrückte (Grossmann & Grossmann, 2004, 338ff).

Die vorgestellte Angst führte bei Bärbel nicht zur Lähmung ihrer Gedanken, sondern zu einem Nachdenken, wie wohl andere die Situation interpretieren würden. Diesen Zugang zur geistigen Analyse und zur Mitteilung der Situation und der damit verbundenen Gefühle lässt Bärbel ihre Angst überwinden und den Einklang von faktischen Gegebenheiten mit inneren Vorstellungen und Gefühlen herstellen. Ihr von John Bowlby so genanntes „inneres Arbeitsmodell“ ist offen gegenüber ständigen Veränderungen, die verstanden werden müssen. Durch Gespräche und Interpretationen des Verhaltens und der Bemerkungen wichtiger Anderer ist das innere Arbeitsmodell von sich und von Anderen in der Lage, ständig auf dem neuesten Stand zu sein und Ungereimtheiten in der Interpretation der wahrgenommenen Wirklichkeit mit ihrer Hilfe zu klären. Nachtragende Gefühle, die mit vergangenen ungelösten Zurückweisungen, Überbehütung, Rollenkehr,

Verletzungen, oder gebrochener affektiven Kommunikation zusammenhängen, oder gar mit Misshandlungen oder Vernachlässigungen, sind in sprachlichen Repräsentationen sicherer innerer Arbeitsmodelle nicht zu erkennen. Die 6-jährige Bärbel ist nicht behindert durch, wie Bowlby (1988) es nannte, „being a slave to old inner working models“, den alten gegenüber der gegenwärtigen Wirklichkeit verschlossenen inneren Arbeitsmodellen. Ihre Fähigkeit, ihre Ängste und die Motive ihrer Eltern zu kennen und darüber zu reflektieren, ist nach Peter Fonagy und anderen (2004) der größte Schutzfaktor gegenüber Belastungen und Überforderungen. Die Fähigkeit, zu reflektieren, stellt gleichzeitig die günstigste Voraussetzung dar für den Erfolg einer psychologischen Therapie, falls sie einmal wünschenswert werden sollte.

Psychische Sicherheit und Unsicherheit im Jugendalter: Soziale Kompetenz und Autonomie in Verbundenheit

Im Jugendalter ist emotionaler Umgang mit sozialen, kulturellen und „schulisch-wissenschaftlichen“ Anforderungen durch vertraute und neue Personen, z.B. gleichaltrige Freunde, Lehrer, das andere Geschlecht, eine der großen Herausforderungen des Lebens. Die Fähigkeit zu kompetenten Bewältigung emotionaler Konflikte wird, neben den bekannten Leistungsanforderungen schulisch und beruflich, gesellschaftlich verlangt und kennzeichnet in unseren heutigen Lebensformen eine reife Person. Vor allem bei den sozialen Anforderungen, Familie, Freunde, erotische Attraktivität spielt die „psychische Sicherheit“ eine zentrale Rolle: Sie wurde und wird in sicheren Bindungsbeziehungen gelernt. Bowlbys große Hoffnung bei der Formulierung der Bindungstheorie war, dass die dabei zutage geförderten Erkenntnisse für psychologische Therapeuten nützlich sein könnten, die als neue Bindungspersonen auf Zeit psychische Sicherheit vermitteln.

Psychische Sicherheit besteht aus konstruktivem („adaptivem“), der Wirklichkeit der äußeren Gegebenheiten entsprechendem Umgang mit Angst, Ärger und Belastung sowie einer realistischen Einschätzung der eigenen Ziele und Fähigkeiten und denen wichtiger Mitmenschen. In sicheren Bindungsbeziehungen entsteht das Gefüge von Autonomie in Verbundenheit und Kompetenz beim Umgang mit sich und der Welt. Autonomie in Verbundenheit heißt Vertrauen in die eigene Kompetenz, und dass man es wert ist, Hilfe zu erhalten, sich selbst helfen zu lassen und darum bitten zu können, und auch bereit ist, Anderen zu helfen. Gerade unsicher vermeidende Personen können das nicht, weil sie ihre Unabhängigkeit, die sie als Angst

vor Zurückweisung entwickelt haben, fälschlich als Stärke wahrnehmen, die sie jedoch ohne tiefgehende emotionale Konflikte nicht aufgeben können.

Innere Arbeitsmodelle steuern die Gefühle, das Verhalten, die Planung und die Nutzung des Wissens vor allem in belastenden Situationen. Auch im Jugendalter spielen die Beziehungen zu den Eltern (Annahme und Unterstützung) für psychische Sicherheit weiterhin eine tragende Rolle. Schwache Eltern verunsichern. Einschneidende Erfahrungen mit den Eltern – deren Ablehnungen, Indifferenz oder emotionale Labilität – drängen nach Erklärungen. Das Bindungsinterview für Erwachsene über die heutige Bewertung der Erfahrungen mit den Eltern dient dazu, die psychische Sicherheit und die Wertschätzung von Bindungen zu messen. Es ist allerdings in seiner Auswertung für klinische Zwecke zu aufwendig und Versuche, es zu reduzieren oder gar durch einen Fragebogen zu ersetzen, sind bislang gescheitert. Trotzdem kann es für den bindungspsychologisch informierten Therapeuten profunde Einsichten in die Art der Bindungsrepräsentation des Klienten bieten.

Bei einem klinischen Erstgespräch z. B. kann der Fragenkatalog, der dem Interview zugrunde liegt, sehr hilfreich sein, wenn der Therapeut über die Grundstrukturen unsicherer mentaler Bindungsrepräsentationen informiert ist (Gloger-Tippelt, im Druck; Slade, 2008; Steele & Steele, 2008).

Untersuchungen über die Rolle von Bindungen und Bindungsrepräsentationen in Liebesbeziehungen Erwachsener nehmen inzwischen großen Raum ein (Mikulincer & Shaver, 2007; Feeney, 2008; Johnson, 2008; Crowell, Frayley & Shaver, 2008). Das Partnerschaftsinterview über die bisher beste Partnerschaft von Judith A. Crowell ist ein häufig verwendetes Instrument, um die psychische Sicherheit und die Akzeptanz der Bindungsaspekte einer Partnerschaft zu erfassen. Die wichtigsten Merkmale von Sicherheit der Repräsentationen von Bindung und Partnerschaft dabei sind: Klare Antworten, gut organisiert, anschauliche Schilderungen von Ereignissen und Episoden, auch und vor allem negativen Erfahrungen und Gefühlen; glaubhaft, nachvollziehbar, keine Widersprüche in den Darstellungen über Eltern bzw. Partner („Kohärenz“); Wertschätzung von Bindung und klare Darstellung erfahrener oder vorgestellter vertrauter und verlässlicher Beziehungen; Verständnis für die Eltern bei mangelnder Zuwendung; Verfügbarkeit und Zuverlässigkeit beruhen auf Gegenseitigkeit; kaum unrealistische „Idealisierung“ von Eltern/Partnern/Partnerschaft.

Merkmale von unsicherer Verstrickung in Repräsentationen von Bindung und Partnerschaft sind: Verliert den Faden, vergisst, Fragen zu beantworten, kaum „metakognitive“ Selbstkontrolle der eigenen Antworten; hängt in negativen Erinnerungen fest, kann sie nicht objektiv be-

trachten; antwortet übermäßig detailliert über Bindungs- und Partnerschaftserfahrungen; der Leser (Zuhörer) hat Mühe, den Ausführungen zu folgen; stellt sich als passiv, hilflos, ausgeliefert und sehr unterstützungsbedürftig dar; hält aber Unterstützung und Hilfe für nutzlos. Auch hier nützen Fragebögen wenig, weil die hier genannten Kriterien nur dann zutage treten, wenn dem Probanden überraschende, so noch nie im Alltagsdiskurs gestellte Fragen gestellt werden, die sie oder er neu durchdenken und spontanen beantworten muss. Wichtig ist, was ihm/ihr zu den Fragen einfällt, ohne mögliche Antworten vorgegeben zu bekommen.

Einige unserer eigenen Untersuchungsergebnisse von wiederholten Untersuchungen von der Geburt bis zum 22. Lebensjahr sind: Sowohl Mütter als auch Väter, die ihr Kind feinfühlig unterstützten und es in seiner Individualität akzeptierten, jeder sowohl auf eigene Weise (mütterlich bzw. väterlich) als auch zusammen als Eltern, beeinflussten die Wertschätzung oder Geringschätzung enger Beziehungen und die Klarheit ihres Diskurses über Beziehungen ihrer Kinder als junge Erwachsene in starkem Maße (Grossmann & Grossmann, 2004).

Das Bindungsinterview für Erwachsene mit den Eltern hat ergeben: Die Wertschätzung oder Geringschätzung enger Beziehungen beeinflusst ihrerseits die Feinfühligkeit und Unterstützungsbereitschaft von Müttern und Vätern. *Sichere Bindungserfahrungen schränken das Leben weniger ein und machen es innerlich auch durch vielfältige Beziehungen reicher.* Menschen mit sicherer Bindungsrepräsentation sind kompetenter bei der Bewältigung belastender Erfahrungen, weil sie in emotional belastenden Situationen andere um Hilfe bitten können, wenn die eigenen Kräfte zur Bewältigung nicht ausreichen, weil sie über sie ihre Verletzlichkeit gegenüber unangenehmen Lebensereignissen oder Zurückweisungen leichter reden können, und weil das eigene „verbundene“ Lebensgefühl meistens erfreulich und emotional reich ist, anstatt als lästig oder als emotionale Leere empfunden zu werden, die zu ertragen ist (John Bowlby, 1988).

Veränderbarkeit früher unsicherer Bindungserfahrungen durch neue sichere Bindungsbeziehungen später im Leben sind möglich, aber es ist nach allen bisherigen Erfahrungen kein leichter Weg. Ein gewisses Handicap für die Erforschung solcher Zusammenhänge besteht vor allem darin, dass „Rückfälle“ auf alte, falsche, wenige adaptive innere Arbeitsmodelle vor allem bei gravierenden emotionalen Belastungen vorkommen. Diese darf man aber aus ethischen Gründen experimentell nicht herbeiführen, und man kann sie in ihren individuellen Ausprägungen auch nicht exakt messen. Wenn aber physiologischer Stress epigenetisch bei Erwachsenen mit frühen unsicheren Bindungserfahrungen schneller und bei geringeren Anlässen ausgelöst wird, dann ist auch bei ihnen eher mit „Rückfäl-

len“ auf die alten inneren Arbeitsmodelle zu rechnen, in denen die aktuelle Wirklichkeit ausgeblendet wird, und die dann nicht mehr an die Gegenwart angepasst sind.

Die ursprünglichen Vermutungen der Psychoanalyse und auch der Bindungstheorie gingen von den frühen Einflüssen aversiver emotionaler Erfahrungen in engen Beziehungen aus. Untersuchungen über das Schicksal von Kindern aus rumänischen Säuglingsheimen, die in englische oder US-amerikanische Familien adoptiert wurden und die inzwischen die Pubertät erreicht oder überschritten haben, lassen eine weniger günstige sozial-emotionale Entwicklung der Kinder erkennen, wenn sie länger im Heim waren (Howe, 2001). Sie halten u. a. weniger Kontakt mit ihren Adoptivfamilien und sie haben wenig beständige Freunde (Juffer, 2006). Karlen Lyons-Ruth berichtet aus ihrer groß angelegten Untersuchung an der Harvard Medical School Zusammenhänge mit Dissoziation und Borderline bzw. Verhaltensstörungen („Conduct Disorder“). Sie konnte zeigen, wie gestörte Kommunikation in Bindungsbeziehungen klinische Symptome bedingen. Sie sagt: Es sei nicht so, dass Angstgefühle dann nicht gefühlt und dann verdrängt werden können, sondern eher so, dass Angstgefühle deshalb „undenkbar“ sind, weil sie von den Bindungspersonen nicht erkannt worden sind¹. Es gibt keine verfügbaren Worte und keine Einbettung von Angstgefühlen in sprachlich verfügbare Bedeutungszusammenhänge durch Bindungspersonen. Stattdessen beherrschen Angstgefühle die Person ohne Möglichkeit, sie mit der aktuellen Wirklichkeit zu verbinden und adaptiv zu verändern. Die frühen Repräsentationen aversiver Bindungserfahrungen schlagen dann voll durch. Lyons-Ruth wies z. B. nach: Mangelnde mütterliche Feinfühligkeit im Säuglingsalter sagte Dissoziation besser vorher als Verhaltensprobleme im Kindesalter, obwohl diese selbst mit der frühen Feinfühligkeit statistisch hoch signifikant zusammenhängen. Ebenso war es mit der Vorhersage von „Borderline/Conduct features“: Frühe amtliche Intervention wegen Misshandlung und Herausnahme der Kinder aus den Familien sagten die Psychopathologie besser voraus als spätere Misshandlungen (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008).

Fazit

Bindungsqualität bewirkt physiologische Strukturierung des Gehirns und vieler somatischer Funktionen. Zusammenfassend darüber schreiben Allan Schore (2007) über Affektregulation, Johann Caspar Rüegg (2009) über die

Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie, James A. Coan (2008) über die Neurowissenschaft von Bindung, Jaak Panksepp (1998) über affektive Neurowissenschaft, H. Jonathan Polan & Myran A. Hofer (2008) über die psychobiologischen Ursprünge von Bindungen bei Kindern, Gottfried Spangler (2009) über bindungsbedingte Veränderungen auf verschiedenen Ebenen, Physiologie, Verhalten, mentale Arbeitsmodelle. Die neurophysiologischen Befunde sind nicht die Erklärung für Probleme zwischenmenschlicher Beziehung und des Umgangs mit Belastungen, sondern sie sind die Folge beobachtbarer Unterschiede in der Beantwortung kindlicher Gefühle, die sich im Ausdrucksverhalten von Kindern zeigen, und die auf Bindungen angewiesen sind. Solche grundlegenden kindlichen Gemütsbewegungen hat bereits Charles Darwin (1874) beschrieben.

Für die Entwicklung psychischer Sicherheit sind Bindungspersonen und vertraute Andere essentiell. Sie ermöglichen die lebensnotwendig frühe Bindungserfahrungen und ihre stimmige sprachliche Interpretation. Mit sprachlicher Stimmigkeit und erlebter Feinfühligkeit wird die Entwicklung zwischenmenschlicher Moral des Kindes Teil seiner psychologischen Struktur. Sie strukturiert auch die sprachliche Autobiographie (Grossmann & Grossmann, 2007). Auch unter psychischer Belastung ermöglicht psychische Sicherheit, sich mit Hilfe Vertrauter adaptiv zu verhalten und gegebene Herausforderungen nicht durch psychologische Abwehrmechanismen zu verfälschen. Psychische Sicherheit entwickelt sich im Miteinander auf verschiedenen Ebenen: angefangen von feinfühligem, kooperativen Interaktionen über stimmige vorsprachliche Dialoge bis hin zu realistischen Interpretationen in sprachlichen Diskursen und positiver Abwehr, z. B. durch selbstkritischen, nicht verletzenden Humor, durch geplante Vorbereitung auf Problemlösungen, generell durch Reflexion und Mentalisierung. Mangel an Klarheit über Zusammenhänge, Widersprüche zwischen Erfahrungen und Interpretationen und traumatische Erfahrungen ohne sinnvolle Integration in Diskursen führen zu Entwicklungspfaden, die Gefahr laufen, die Wirklichkeit der Absichten anderer zu verkennen. Dann stehen die alten Erfahrungen neuen Erkenntnissen durch tief verankerte Gefühle von Distress, Angst, Abwehr, also von psychischer Unsicherheit, im Wege. Sie überwinden zu helfen ist eine formidable Aufgabe für jeden Therapeuten. Die Bindungstheorie liefert dafür einen wertvollen Beitrag, den „added value“, den Bowlby gefunden hat, und der von zahlreichen Klinikern, die auch Bindungsforscher sind, inzwischen hoch geschätzt wird (Oppenheim, 2004).

¹ „Fearful affects may not be experienced and then defended against, but may be unthinkable, because they have gone unrecognized by central attachment figures“ (Lyons-Ruth et al., 2008).

Literatur

- Ainsworth, M.D.S., 2003. Skalen zur Erfassung mütterlichen Verhaltens: Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In: Grossmann, K.E. & Grossmann, K. (Hrsg.). *Bindung und menschliche Entwicklung*. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie und Forschung. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Bowlby, J., 1988. A secure base. *Clinical applications of attachment theory*. London (Tavistock/Routledge). Deutsch 2008. *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*. München: E. Reinhardt Verl.
- Brazelton, T.B., 1984. *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. London: Spastics International Medical Publications. Heinmann Medical Books Ltd. London.
- Bretherton, I. & Munholland, K. A., 2008. Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In: J. Cassidy & P. R. Shaver (Hrsg.). *Handbook of attachment theory, research, and clinical applications*. 2. Auflage, New York: Guilford Press, 102–127.
- Coan, J. A., 2008. Toward a neuroscience of attachment. In: J. Cassidy & P. R. Shaver (Hrsg.). *Handbook of attachment theory, research, and clinical applications*. 2. Auflage, New York: Guilford Press, 241–265.
- Crowell, J.A., Fraley, R.C., & Shaver, P.R., 2008. Measurement of Individual differences in adolescent and adult attachment. In: J. Cassidy & P.R. Shaver (Hrsg.). *Handbook of attachment theory, research, and clinical applications*. 2. Auflage, New York: Guilford Press, 599–634.
- Darwin, C., 1874. *Der Ausdruck der Gemütsbewegungen bei dem Menschen und den Tieren*. Stuttgart: E. Schweizerbart'sche Verlagsbuchhandlung (Orig. 1872).
- Feeney, J. A., 2008. Adult romantic attachment: developments in the study of couple relationships. In: Jude Cassidy & Phillip R. Shaver (Hrsg.). *Handbook of attachment theory, research, and clinical applications*, New York: Guilford Press, 355–377.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M., 2004. *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- George, C. und West, M., 2001. Das Erwachsenen-Bindungs-Projektiv (Adult Attachment Projektive): Ein neues Messverfahren für Bindung im Erwachsenenalter. In: G. Gloger-Tippelt (Hrsg.). *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis*. Bern: Huber, 295–321.
- Gloger-Tippelt, G. (Hg.), 2001. *Bindung im Erwachsenenalter*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Grossmann, K.E. & Grossmann, K., 2007. Die Entwicklung zwischenmenschlicher Moral in Bindungsbeziehungen. In: Ch. Hopf & G. Nunner-Winkler (Hrsg.). *Frühe Bindungen und moralische Entwicklung*. Weinheim: Juventa, 151–176.
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E., 2004. *Bindungen – Das Gefühl psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hesse, E., 2008. The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In: J. Cassidy & Ph. R. Shaver (Hrsg.). *Handbook of attachment theory, research, and clinical applications*. 2. Auflage, New York: Guilford Press, 552–598.
- Howe, D., 2001. Age at placement, adoption experience and adult adopted people's contact with their adoptive and birth mothers: An attachment perspective. *Attachment and Human Development*, 3, 222–237.
- Johnson, S. M., 2008. Couple and family therapy: An attachment perspective. In: J. Cassidy & Ph. R. Shaver (Hrsg.). *Handbook of attachment theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press, New York; London: Guilford Press, 811–829.
- Juffer, F., 2006. Children's awareness of adoption and their problem behavior in families with 7-year-old internationally adopted children. *Adoption Quarterly*, 9, 1–22.
- Lyons-Ruth, K., 2008. Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Mental Health Journal*, 29, 203–218.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D., 2008. Attachment Disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In: J. Cassidy & P.R. Shaver (Hrsg.). *Handbook of attachment, theory, research, and clinical applications*. 2. Auflage, New York: Guilford Press, 666–697.
- Main, M., 1995. Desorganisation im Bindungsverhalten. In: G. Spangler & P. Zimmermann, (Hrsg.). *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 120–139.
- Main, M., 2002. Die organisierten Bindungskategorien von Säugling, Kind und Erwachsenen: Flexible bzw. unflexible Aufmerksamkeit unter bindungsrelevantem Stress. In: Brisch, K.H., Grossmann, K., Grossmann, K.E. & Köhler, L. (Hrsg.). *Bindung und seelische Entwicklungswege. Vorbeugung, Interventionen und klinische Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta, 165–218.
- Mikulincer, M. & Shaver P.R., 2007. Attachment in adulthood. Structure, dynamics, and change. New York: Guilford Press.
- Oppenheim, D., 2004. The added value of attachment theory and research for clinical work: Introduction to the special issue. *Infant Mental Health Journal*. 25, 269–83.
- Panksepp, J., 1998. *Affective neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Polan, H.J. & Hofer, M.A., 2008. Psychobiological origins of infant attachment and its role in development. In: J. Cassidy & P.R. Shaver (Hrsg.). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 2. Auflage, New York: Guilford Press, 158–172.
- Rüegg, J.C., 2009. Frühkindliche Erfahrungen und Psychosomatik. In: Karl Heinz Brisch & Theodor Hellbrügge (Hrsg.). *Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta, 225–236.
- Schore, A. N., 2007. *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Slade, A., 2008. The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: Research and clinical perspectives. In: Cassidy, J., Shaver, P.R. (Hrsg.): *Handbook of attachment theory, research and clinical applications*, 2. Auflage, New York: Guilford Press, 762–781.
- Spangler, 2009) Attachment form a bio-psycho-social perspective: A multi-level approach. Vortrag International Attachment Conference. Barcelona, October 2–4.
- Steele, H. & Steele, M. (Hrsg.) 2008. *Clinical applications of the adult attachment interview*. New York: Guilford Press.
- Suomi, S.J., 2008. Attachment in Rhesus monkeys. In: Cassidy, J., Shaver, P.R. (Hrsg.): *Handbook of attachment theory, research and clinical applications*. 2. Auflage, New York: Guilford Press, 173–191.
- Tomasello, M., 2009. *Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation*. Frankfurt: Suhrkamp.

Autor

Prof. em. Dr. Klaus E. Grossmann, Burgunderstraße 9, 93053 Regensburg, Homepage: www.psychologie.uni-regensburg.de/Grossmann

Sexuelle Verhaltensweisen in Abhängigkeit vom Bindungsstil

Katja Brenk-Franz

Sexual behavior in relation to the attachment style

Abstract

Background: Attachment theory enables the study of different facets of human sexuality from a developmental perspective and offers approaches for explaining interindividual differences in sexual behavior and experience.

Purpose: The focus of the study was the question, whether different types of attachment are associated with interindividual differences in sexual behavior.

Methods: Sexual behavior, attitude and the types of attachment were measured by self-rating instruments. 261 women and men aged 16 to 68 were included in the study.

Results: The presented results are partial findings of the comprehensive study "Attachment and Sexuality" (Brenk, 2005). Significant differences, dependent on the type of attachment, were found in the sexual history and sexual behavior of those studied. A secure attachment was accompanied by a lesser preference for one-night-stands and sexual activities in extradyadic relationships. Persons with an insecure or dismissive attachment manifested the earliest sexual maturity and the earliest sexual intercourse. They also showed greater preference for one-night-stands and sexual activities in extradyadic relationships, but reported less sexual satisfaction than persons with a secure attachment. An interaction effect was found between attachment and gender in relation to sexual control behavior. Men reported a strong preference for sexual control behavior no matter what their attachment type, while women varied significantly, in keeping with their types of attachment, in regard to sexual control behavior. Dismissive attached women reported the most frequent tendencies toward sexual control, while ambivalent women manifested most seldom sexual control behavior.

Keywords: Attachment, sexuality, sexual behavior

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Bindungstheorie ermöglicht die Betrachtung verschiedener Facetten der menschlichen Sexualität aus

einer entwicklungspsychologischen Perspektive und bietet Erklärungsansätze für interindividuelle Unterschiede im sexuellen Verhalten und Erleben.

Fragestellung: Das Ziel der Untersuchung war die Betrachtung der Fragestellung, ob unterschiedliche Bindungsstile mit interindividuell verschiedenen sexuellen Verhaltensweisen zusammenhängen.

Methode: Im Rahmen einer querschnittlichen Beobachtungsstudie wurden sexuelle Einstellungs- und Verhaltensweisen sowie die Bindungsqualitäten mit Selbstbeschreibungsinstrumenten erfasst.

Ergebnisse: 261 Männer und Frauen im Alter von 16 bis 68 Jahren wurden in die Studie eingeschlossen. Die hier präsentierten Ergebnisse sind Teilergebnisse der umfassenden Studie „Bindung und Sexualität“ (Brenk, 2005). Es zeigten sich signifikante Unterschiede in den Bereichen der Sexualgeschichte und des Sexualverhaltens in Abhängigkeit von den Bindungsstilen. Eine sichere Bindung ging einher mit einer geringeren Präferenz für One-Night-Stands und Sex außerhalb der Beziehung. Personen mit unsicher-vermeidender Bindung berichteten die früheste Geschlechtsreife und das geringste Alter beim ersten Geschlechtsverkehr. Außerdem berichteten sie häufiger One-Night-Stands und sexuelle Aktivitäten außerhalb ihrer Partnerschaft als Personen mit einer sicheren Bindung. Hinsichtlich der sexuellen Kontrollverhaltensweisen zeigte sich ein Interaktionseffekt zwischen Bindung und Geschlecht. Männer berichteten über alle Bindungsmuster hinweg eine hohe Präferenz für sexuelles Kontrollverhalten, während sich bei den Frauen eine deutliche Unterscheidung hinsichtlich der Bindungsmuster ergab. Vermeidend gebundene Frauen berichteten die häufigsten und ambivalente Frauen die seltensten sexuellen Kontrolltendenzen.

Schlüsselwörter: Bindung, Sexualität, sexuelles Verhalten

Hintergrund

Die Bezüge zwischen Bindung und Sexualität sind bereits in frühen bindungstheoretischen Überlegungen zu finden (Bowlby, 1969). Diese stützen sich unter anderem auf ethologische Arbeiten, die gezeigt haben, dass

Affen, die von ihren Eltern isoliert wurden und ohne körperlich-emotionale Zuwendung aufwuchsen, starke emotionale Probleme mit anderen entwickelten und kein normales Sexualverhalten praktizieren konnten (Harlow, 1962; Harlow & Suomi, 1970). Spätere Arbeiten zur partnerschaftlichen Bindung sehen eine starke Verflechtung des Dreiersystems „Bindung“, „Sexualität“ und „Fürsorge“, wobei sich das Bindungssystem vor den Verhaltenssystemen der Fürsorge und Sexualität entwickelt und diese einflussreich mitbestimmt (Shaver et al. 1988). Erklärt wird dieser Einfluss über die mentalen Arbeitsmodelle von Bindung, die als Organisationsmuster der Vorstellung von sich Selbst, von Bindungspersonen und der Beziehung zu diesen aufzufassen sind und die individuell spezifische Herangehensweisen an zwischenmenschliche Beziehungen grundlegend mitbestimmen (Bowlby, 1969). Die in der Ursprungsfamilie gemachten Erfahrungen mit der Bindungsfigur beeinflussen wichtige Beziehungsaspekte späterer Partnerschaften wie zum Beispiel den Umgang mit Nähe und Distanz, Selbständigkeit und Abhängigkeit, Offenheit und Vertrauen, aber auch das gezeigte Verhaltensrepertoire im Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten und die typischen Facetten des späteren Sexuallebens (Berman et al. 1994; Levitt et al. 1994; Gentzler & Kerns, 2004; Stephan & Bachman, 1999; Davis et al. 2006). Ausgehend von den Untersuchungen, welche die interindividuellen Unterschiede von Personen mit verschiedenen Bindungsmustern betrachten, wonach Menschen mit sicherer Bindung als selbstsicher und vertrauensvoll bezüglich intimer Aspekte der Beziehung agieren und relativ leicht Verbundenheitsgefühle entwickeln, Menschen mit unsicher-vermeidender Bindung eher distanziert an zwischenmenschliche Beziehungen herantreten, wenig Vertrauen entwickeln und sich bei größerer Nähe eher unbehaglich fühlen und ängstlich-ambivalente Menschen Beziehungen voller Abhängigkeiten und Konflikte führen und oft ein scheinbar unstillbares Bedürfnis nach Nähe zum Partner entwickeln (Hazan & Shaver 1987; Simpson & Rholes, 1998), wird davon ausgegangen, dass sich auch spezifische sexuelle Erlebens- und Verhaltensweisen in Abhängigkeit der jeweiligen Bindungsrepräsentation herauskristallisieren müssten (Feeney & Raphael, 1992; Shaver et al. 1988). Ein Erklärungsmodell für den Zusammenhang zwischen Bindung und Sexualität kann über einen evolutionären Ansatz erfolgen (vgl. Abbildung 1). Die Modellannahmen gehen davon aus, dass Menschen in Abhängigkeit von ihren frühen Familienkontexten und ihren individuellen Bindungsstrategien eine für sie spezifische adaptive Sexualstrategie oder auch Reproduktionsstrategie entwickeln (Belsky et al. 1991; Draper & Harpeding, 1982). Kinder aus einem stressgeladenen Familienkontext, denen wenig Wärme und Feinfühligkeit entgegengebracht wird

und die im weiteren Entwicklungsprozess eine unsichere Bindung ausbilden, haben gelernt, dass interpersonale Interaktionen nicht wertvoll sind. Diese Kinder zeigen dann in der Pubertät im Gegensatz zu sicher gebundenen Jugendlichen eine frühere Geschlechtsreife und eine frühere sexuelle Aktivität. Die Autoren sprechen von einer *Typ I*- bzw. einer *quantitativen Reproduktionsstrategie*, bei welcher diese Jugendlichen oft kurzfristige und wenig stabile, aber sexuelle aktive Partnerschaften eingehen. Außerdem wird von ihnen weniger Wert auf das elterliche Investment gelegt, d.h. man wartet nicht bewusst mit der Nachwuchsplanung, um das Kind optimal umsorgen zu können, wie dies bei der *qualitativen Reproduktionsstrategie (Typ II)* sicher gebundener typischer zu sein scheint. Im Einklang dazu zeigte Steinberg (1988), dass ein hoher Anteil emotionaler Konflikte und mangelnde emotionale Nähe in der Familie eine stärkere pubertäre Entwicklung des Jugendlichen nach einem Jahr vorhersagen konnte.

Die empirischen Befunde zum Zusammenhang zwischen Bindung und Sexualität deuten an, dass die unterschiedlichen Bindungsmuster mit jeweils typischen sexu-

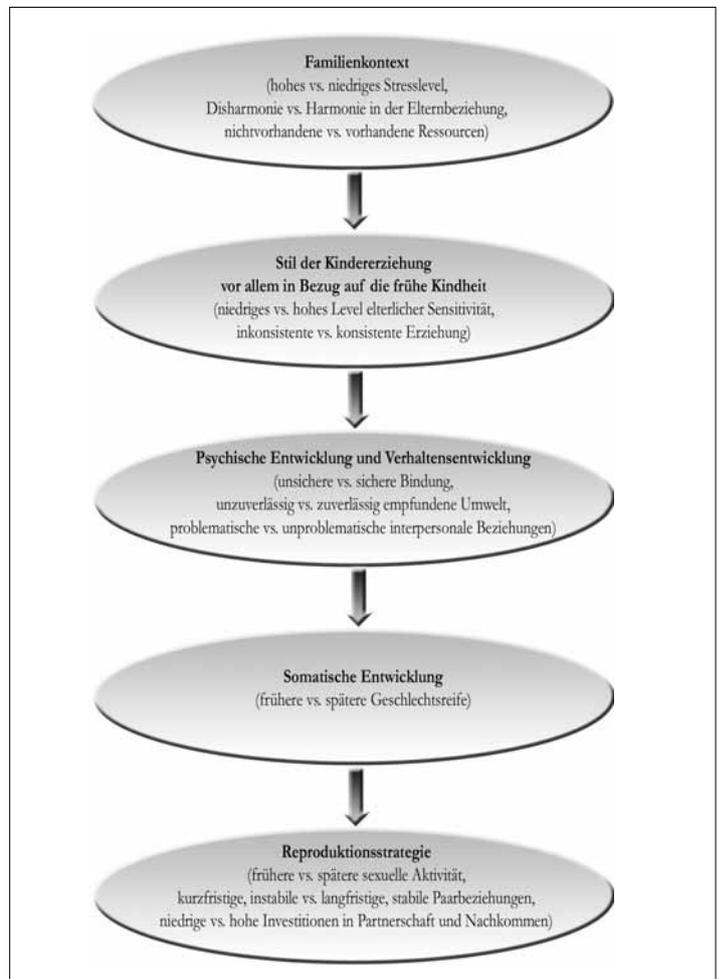


Abb. 1 Die Entwicklung verschiedener Reproduktionsstrategien (in Anlehnung an das evolutionstheoretische Sozialisationsmodell von Belsky et al., 1991)

ellen Verhaltens- und Erlebensweisen zusammenhängen und wichtig für deren Verständnis sind (vgl. Birnbaum et al., 2003; Hazan & Zeifman, 1994; Simpson & Gangestad, 1991). Sichere Bindung ist verbunden mit einem stärkeren Bedürfnis nach Wechselseitigkeit und körperlichen Kontakt in der Partnerschaft (Doll et al., 1995). Personen mit vermeidender Bindung hingegen zeigen wenig Verbundenheit mit dem Partner und lieben ihre Unabhängigkeit (Stephen & Bachmann, 1999). Sie bevorzugen eher kurze Liebesbeziehungen, in denen kein hoher Grad an Nähe erreicht wird und erhalten die höchsten Werte bei Einstellungsmessungen wie z.B. „sex without love is okay“ (Brennan & Shaver, 1995; Fraley et al., 1998; Hazan et al., 1994; Miller & Fishkin, 1997). Außerdem finden sich negative Zusammenhänge zwischen vermeidender Bindung und der Exklusivität der Partnerschaft (Schmitt & Buss, 2000; 2001). Ambivalent gebundene Personen hingegen benötigen starke Verbundenheit. Die Erfahrung von Zärtlichkeiten und des Gehaltenwerdens sind ihnen wichtiger als ausschweifende sexuelle Praktiken. Es sei denn, diese Praktiken sichern eine stärkere Zuwendung von Seitens des Partners. Des Weiteren zeigen sie höhere Eifersuchtswerte und tendieren dazu, den Partner

zu manipulieren (Birnbaum et al., 2003; Davis et al. 2000; Hazan et al., 1994). Hinsichtlich der Sexualorientierung verhalten sie sich eher partnerbezogen, in dem sie vorrangig den Lustgewinn des Partners betonen (Doll et al., 1995). Bogaert & Sadava (2002) untersuchten ebenfalls den Zusammenhang zwischen Bindung und Sexualität an einer sehr großen kanadischen Stichprobe (n= 792). Eine sichere Bindung war in dieser Studie verbunden mit einer höheren selbstberichteten Attraktivität, einer stabileren sexuellen Partnerorientierung (zumindest bei den Frauen) und einer geringeren Anzahl an bisherigen Sexualpartnern. Personen mit ambivalenter Bindung empfanden sich selbst als weniger attraktiv, begannen früher mit sexuellen Aktivitäten, hatten signifikant mehr Sexualpartner, sowohl im Bereich der primären Partnerschaftsbeziehungen als auch in Bezug auf außerpartnerschaftliche Affären und einen höheren Kondomgebrauch. Bezüglich der Masturbationsfrequenz zeigten sich negative Korrelationen mit sicherer Bindung. Zur Erklärung der grundlegenden Unterschiede in den sexuellen Einstellungs- und Verhaltensweisen dient das Regulationsmodell des Sexualverhaltenssystems (Mikulincer, 2006), welches in Anlehnung an das Regulationsmodell des Bindungsverhaltenssystem (Shaver & Mikulincer, 2004) entwickelt wurde. Dabei wird von primären und sekundären Verhaltensstrategien ausgegangen. Zu den primären Verhaltensstrategien zählen die Kontaktaufnahme zu einem potentiellen Sexualpartner, die Sensitivität bezüglich der Fertilitätssignale und die Strategien der Verführung. In Korrespondenz zum Bindungsverhaltenssystem werden auch sekundäre Strategien zur Erfüllung der Bedürfnisse des Sexualsystems postuliert. Diese sekundären Strategien stehen im Dienste der Hyper- oder Deaktivierung des sexuellen Verhaltenssystems. Die Hyperaktivierung des Systems geht einher mit erhöhter Aufmerksamkeit gegenüber sexuellen Signalen und Zurückweisungen. Sie führt zu einer Überbewertung der Sexualität und verstärkten Bemühungen den Partner zum Sexualkontakt zu überzeugen, wobei Ängste bezüglich der sexuellen Leistungsfähigkeit oder Attraktivität die Funktionsfähigkeit des Sexualsystems einschränken. Deaktivierende Strategien sind verbunden mit einer gehemmten Wahrnehmung sexueller Bedürfnisse oder einem oberflächlichem Zugang zu sexuellen Beziehungen, die durch mangelnde Intimität gekennzeichnet sind. Sehr deutlich wird schon in diesem Zusammenhang die starke Konkordanz hyper- und deaktivierender Strategien des Bindungs- und Sexualitätssystems. Das Modell zur Integration der sekundären Strategien beider Systeme (Mikulincer, 2006; Wendt, 2009) ist in Abbildung 2 dargestellt.

Durch hyper- bzw. deaktivierende Strategien im Bindungssystem werden auch hyper- bzw. deaktivierende sexuelle Strategien ausgelöst. Aufgrund eines chronisch

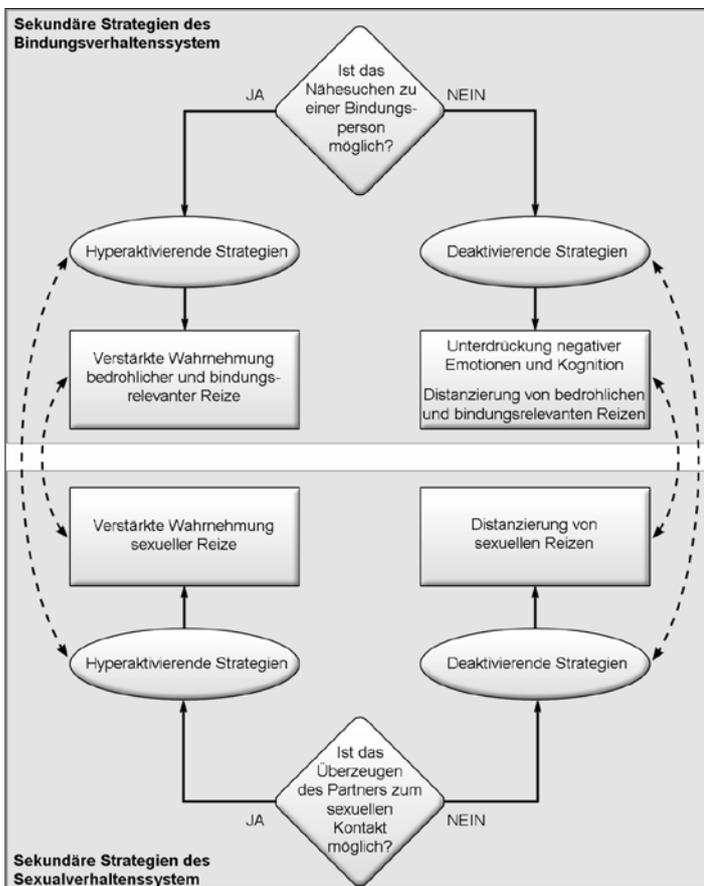


Abb. 2 Modell zur Integration der sekundären Strategien des Bindungs- und Sexualverhaltenssystems (in Anlehnung an Mikulincer, 2006, Wendt 2009)

aktivierten Bindungssystems nutzen beispielsweise ambivalente Personen drängende sexuelle Verhaltensweisen:

- ◆ um Nähe zu empfinden,
- ◆ um sich der Zuwendung von Seiten des Partners rückzuversichern,
- ◆ zur exzessiven Bestätigungssuche hinsichtlich der noch vorhandenen emotionalen Partnerschaft,
- ◆ zur Stressreduktion aufgrund des ständig aktivierten Bindungssystems,
- ◆ als manipulative Strategie,
- ◆ um sich selbst vor möglichen Aggressionen des Partners zu schützen oder
- ◆ um den Partner mittels Sex zu umsorgen (vgl. Crittenden, 1997; Davis & Lesbo, 2000).

Bei einem deaktivierten Bindungssystem führt die Deaktivierung des Sexualitätssystems zu einer gehemmten Wahrnehmung sexueller Bedürfnisse oder zu oberflächlichen sexuellen Beziehungen mit mangelnder emotionaler Involviertheit. Die sexuellen Verhaltensweisen werden somit direkt in den Dienst der Bindungsbedürfnisse gestellt. Währenddessen Personen mit ambivalenter Bindung Sex oft nutzen, um dem Partner zu gefallen, sich akzeptiert zu fühlen und Trennungen zu vermeiden, dient Sex bei vermeidend-gebundenen Personen eher der Selbstdefinition und der Selbstbestätigung (Tracy, et al. 2003).

Fragestellung

Das Kernziel der Untersuchung war die Betrachtung der Fragestellung, inwiefern Unterschiede in den Bindungsmustern mit interindividuell verschiedenen sexuellen Einstellungs- und Verhaltensweisen verbunden sind. Im Folgenden wurden Teilaspekte der Studie „Bindung und Sexualität“ ausgewählt, welche sich auf sexualgeschichtliche Aspekte und die sexuellen Verhaltensweisen beziehen. Es folgen die hier geprüften Hypothesen:

Bindung und Sexualgeschichte: Personen mit sicherer Bindung unterscheiden sich von Personen unsicherer Bindung hinsichtlich sexualgeschichtlichen Aspekte wie beispielsweise den Zeitpunkt der Geschlechtsreife bzw. den ersten Geschlechtsverkehr.

Bindung und spezifisches Sexualverhalten: Die Häufigkeit für One-Night-Stands, außerpartnerschaftliche Sexualkontakte und sexuelles Kontrollverhalten wird ebenfalls in Abhängigkeit vom Bindungsmuster variieren.

Methode

Im Rahmen der querschnittlich angelegten Beobachtungsstudie erhielten die untersuchten Personen verschiedene Selbstbeurteilungsinstrumente. Der erste wichtige Schritt der Arbeit lag in einer Zusammenstellung geeigneter Methoden zur Operationalisierung der zu untersuchenden sexuellen Themenbereiche. Durch die Übertragung und Modifizierung reliabler Instrumente aus dem englischen Sprachraum sowie deren Überprüfung im Rahmen einer Vorstudie entstand ein umfangreiches Fragebogenpaket, mit welchem verschiedene Facetten menschlicher Sexualität betrachtet werden konnten. Untersucht wurden sexuelle Einstellungen und Verhaltensweisen in Abhängigkeit von der Bindungsklassifikation anhand folgender Instrumente:

1. Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE; Höger & Buschkämper, 2002) zur Erhebung der Bindungsklassifikation.
2. Der Multidimensional Sexuality Questionnaire (MSQ; Snell, Fisher & Walters, 1993; deutsche Übersetzung: Multidimensionaler Fragebogen zur Sexualität, MFS; Brenk, 2005).
3. Die Attitudes Related to Sexual Concerns Scale (ASC; Cowden & Koch, 1995, deutsche Übersetzung: Fragebogen zu sexuellen Bedenken, FSB; Brenk, 2005).
4. Der Fragebogen zur Sexualgeschichte und zum Sexualverhalten enthält verschiedene Aspekte wie z.B. Zeitpunkt der Geschlechtsreife, des ersten Geschlechtsverkehrs, Anzahl der Sexualpartner, Koitushäufigkeit, Masturbation, Verhütung, sexuelle Orientierung, die Häufigkeit von One-Night-Stands, außerpartnerschaftlichen Sexualkontakten und sexuellen Kontrollverhaltensweisen.

Bei den ausgewählten Fragestellungen werden im Folgenden nur die Erhebungen des BFPE und des Fragebogens zur Sexualgeschichte und des Sexualverhaltens einbezogen.

Erhebung der Bindung mittels Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE)

Charakteristisch für den BFPE (Höger & Buschkämper, 2002) ist die Identifikation der Bindungsmuster über 3 Skalen und anhand von 5 Clustern. Die Skala „Akzeptanzprobleme“ drückt den Grad der Selbstzweifel einer Person aus, in dem sie vermutet, für den Partner unerträglich oder kaum akzeptabel zu sein. Die Skala „Öffnungsbereitschaft“ erfasst die Fähigkeit bzw. Neigung

einer Person, über eigene Gefühle und Bedürfnisse zu sprechen, während die Skala „Zuwendungsbedürfnis“ den selbst wahrgenommenen Wunsch nach Nähe im Sinne einer andauernden Anwesenheit und Zuwendung des Partners repräsentiert. Die Items aller Skalen werden anhand eines 5-stufigen Ratings erfasst. Die anschließende Clusteranalyse wurde anhand der Skalenwerte des BFPE durchgeführt. Die am besten geeignete Lösung ergab sich nach der Ward-Methode (Bestätigung auch durch die nicht-hierarchische k-means-Methode, vgl. Milligan, 1981), welche eine 5-Cluster-Lösung favorisierte:

- ◆ *Cluster 1: Das „vermeidend-verschlossene“ Bindungsmuster* ist gekennzeichnet durch niedrige Werte auf den Skalen „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“ und entspricht somit der verschlossenen Variante des unsicher-vermeidenden Bindungsmusters.
- ◆ *Cluster 2: Das „bedingt-sichere“ Bindungsmuster* wurde zuerst als „vermeidend-öffnungsbereit“ (im BFKE als „vermeidend-kooperativ“) bezeichnet und weist erhöhte Werte der „Öffnungsbereitschaft“, jedoch gleichzeitig ein geringes „Zuwendungsbedürfnis“ auf. Das Cluster erfasst damit Personen, die für bindungsrelevante Signale anderer zugänglich sind, ohne ihrerseits jedoch Forderung nach Zuwendung zu stellen, und die in anderen Instrumenten oft dem sicheren Klassifikationsmuster zugeordnet wurden.

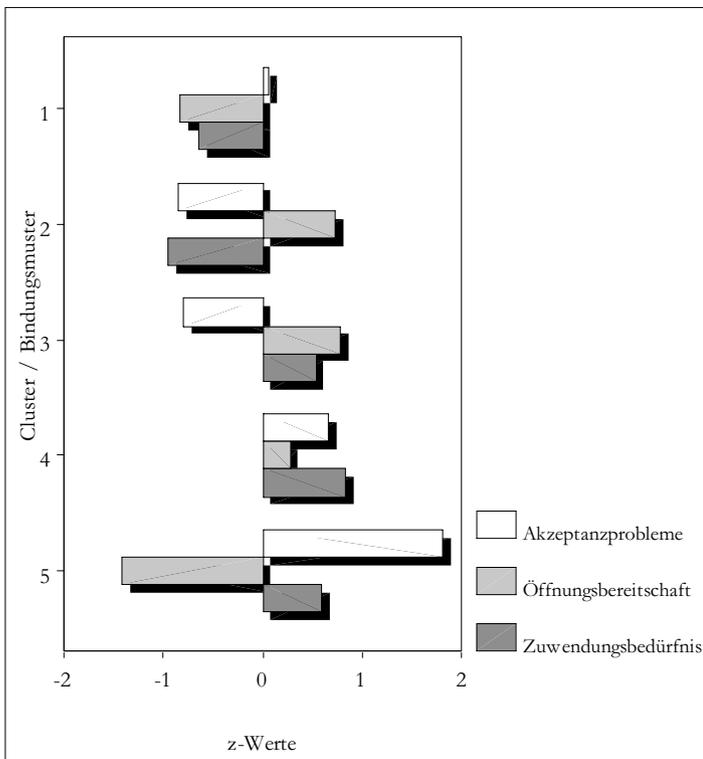


Abb. 3 Konfigurationen der mittleren Skalenwerte für die fünf Cluster des BFPE

- ◆ *Cluster 3: Das „sichere Bindungsmuster“* verbindet hohe „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“ mit geringen „Akzeptanzproblemen“.
- ◆ *Cluster 4: Das „ambivalent-anklammernde“ Bindungsmuster* ist hingegen charakterisiert durch eine hohe Ausprägung auf der Skala „Akzeptanzprobleme“ und einer gleichzeitig eher mittleren Ausprägung an „Öffnungsbereitschaft“ sowie einem sehr hohen „Zuwendungsbedürfnis“.
- ◆ *Cluster 5: Das „ambivalent-verschlossene“ Bindungsmuster* ist gekennzeichnet durch hohe „Akzeptanzprobleme“ und „Zuwendungsbedürfnis“ bei geringer „Öffnungsbereitschaft“.

Abbildung 3 zeigt die clusteranalytisch erhaltene Ausprägungsverteilung der 3 Skalen für den jeweiligen Bindungstyp.

Die Zuweisung zu den Bindungsmustern anhand der Skalenwerte des BFPE kann auf der Grundlage von Diskriminanzmodellen erfolgen. In der vorliegenden Arbeit wurden die zu klassifizierenden Fälle an eine geeignete Referenzstichprobe angefügt, in welcher die Zugehörigkeit zu den einzelnen Clustern bekannt war, um dann die Bindungsmuster der neueren Fälle über eine gemeinsame Diskriminanzanalyse zu klassifizieren.

Fragebogen zur Sexualgeschichte und zum sexuellen Verhalten

Der Fragebogen erfasst neben vielen anderen Aspekten das Alter, in dem die Probanden ihre erste Menstruation bzw. ihren ersten Samenerguss erlebten und das Alter des ersten Geschlechtsverkehrs (vgl. Bogaert & Sadava 2002). Der Vorteil gegenüber anderen Inventaren besteht in der Minimierung der Anzahl nicht beantworteter Items durch die Verwendung einer breiten Varianz der vorgegebenen Antwortkategorien. Ebenfalls erhoben wurden die Häufigkeit von One-Night-Stands, außerepartnerschaftlichen Sexualkontakten und sexuellem Kontrollverhalten mittels vierstufiger Ratingskalen.

Statistische Auswertung

Zur Prüfung der Hypothesen wurden bei den intervallskalierten Daten je nach Fragestellung uni- und multivariate Varianzanalysen durchgeführt. Bei den ordinalskalierten Angaben zum Kontrollverhalten beim Sex, den außerepartnerschaftlichen Sexualkontakten und One-Night-Stand-Erfahrungen erfolgte die Prüfung des Einflusses von Geschlecht und Partnerschaft mittels Mann-Whitney-U-Tests und hinsichtlich der Alterskategorien

mittels Kruskal-Wallis-H-Tests. Für alle Tests wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent festgelegt. Das Programmpaket SPSS wurde für die Berechnung verwendet. Zur Testung der Hypothesenspezifikationen wurden varianzanalytische a priori-Kontrastberechnungen durchgeführt. Der Vorteil gegenüber einfachen t-Tests besteht in der größeren Teststärke dieser Kontrastanalysen (vgl. Bortz, 1993). Die anschließenden Post-Hoc-Analysen (Scheffé-Tests) wirkten dabei dem Effekt der Alphafehler-Kumulierung entgegen, der durch gehäufte Einzelvergleiche entsteht. Bei den ordinalskalierten Daten wurden die Unterschiede zwischen den Bindungsstilen mittels Kruskal-Wallis-Testverfahren analysiert. Im Falle eines signifikanten Ergebnisses erfolgten die Post-Hoc-Einzelvergleiche mittels U-Tests nach Mann & Whitney, wobei eine Adjustierung des Alpha-Fehlerniveaus nach Bonferroni vorgenommen wurde, welche der Gefahr der Kumulierung des Alphafehlers sehr konservativ entgegenwirkte (vgl. Bortz, 1993). Die Prüfung des Interaktionseinflusses von Bindung und Geschlecht bzw. von Bindung und partnerschaftlichem Status wurde mittels zweifaktoriellen Varianzanalysen für die ausgewählten intervallskalierten Variablen durchgeführt. Bei den ordinalskalierten Daten wurden die entsprechenden nonparametrischen Verfahren verwendet.

Ergebnisse

Die Gesamtstichprobe der Studie umfasste 261 Personen. Der Altersdurchschnitt lag bei etwa 28 Jahren und die Altersspanne reichte von 16 bis 68 Jahren, wobei die mittleren Alterskategorien stärker vertreten waren. In den beiden Kategorien, welche die Altersbereiche von 20 bis 39 Jahren beinhalteten, befanden sich bereits 78 Prozent der Studienteilnehmer. Das Geschlechterverhältnis war mit etwa 55 Prozent Frauen und etwa 45 Prozent Männern als relativ ausgewogen anzusehen. Personen mit einem Realschulabschluss bzw. einem Abitur waren am häufigsten vertreten. Sie bildeten zusammen einen etwa 90prozentigen Anteil an der Gesamtstichprobe, wohingegen nur etwa 9 Prozent der Untersuchungsteilnehmer einen Hauptschulabschluss angaben und nur eine Person keinen Schulabschluss hatte. Ebenfalls unterrepräsentiert war die höchste Einkommensgruppe, der nur ca. 7 Prozent der Probanden angehörten. Der überwiegende Teil der Stichprobe (77 Prozent) lebte in einer Partnerschaft. Die soziodemographischen Variablen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Bindungsmusterverteilung

Die jeweils errechneten Mittelwerte und Standardabweichungen der drei BFPE-Skalen sowie die Häufigkeiten der fünf Bindungsmuster finden sich in Tabelle 2. Die prozentuale Verteilung verdeutlicht, dass Personen mit sicherer Bindung am häufigsten vertreten waren (etwa 29 Prozent), wohingegen das ambivalent-verschlossene Bindungsmuster am seltensten vorkam (5,8 Prozent). Nach Zusammenfassung der beiden Kategorien sicher und bedingt-sicher zeigte sich, dass fast die Hälfte der untersuchten Personen mindestens bedingt-sicher gebunden war, währenddessen die beiden ambivalenten Muster zusammen einen Anteil von etwa 28 Prozent ergaben.

Bindung und Sexualgeschichte

Das durchschnittliche Alter der Frauen, in der sie ihre erste Menstruation erlebten, lag bei 12,21 Jahren ($SD=1,78$). Die Männer hatten ihre erste Ejakulation mit durchschnittlich 12,92 Jahren ($SD=1,54$). Und der erste Koitus fand bei beiden Geschlechtern mit durchschnittlich 16,03 ($SD=2,29$) Jahren statt. Ein signifikanter Geschlechterunterschied ergab sich hierbei nicht. Hinsichtlich des Alters bei der ersten Menstruation zeigte sich für Frauen mit unsicherer Bindung ($M=11,79$; $SD=2,06$) eine signifikant frühere Geschlechtsreife ($T=2,228$; $df=141$; $p=0,027$) als

Tab. 1 Charakteristika der Stichprobe (N= 261)

Variable	Kategorien	Anzahl	Prozent
Alter in Jahren (M = 28,75; SD = 8,89)	<20	24	9,2
	20 – 29	148	56,7
	30 – 39	56	21,5
	40 – 49	24	9,2
	≥ 50	9	3,4
Geschlecht	weiblich	144	55,2
	männlich	117	44,8
Schulabschluss	ohne Abschluss	1	0,4
	Hauptschulabschluss	24	9,2
	Realschulabschluss	102	39,1
	Abitur	134	51,3
Einkommen in Euro	unter 500	69	26,4
	500 – 1000	88	33,7
	über 1000 – 2000	85	32,6
	über 2000	19	7,3
Partnerschaft	ja	201	77,0
	nein	60	23,0

Tab. 2 Mittelwerte und Standardabweichungen der BFPE-Skalen für die fünf Bindungsmuster (z-Werte) sowie deren Häufigkeiten

Bindungsmuster nach BFPE	Akzeptanzprobleme M (SD)	Öffnungsbereitschaft M (SD)	Zuwendungsbedürfnis M (SD)	Häufigkeiten n (%)
vermeidend-verschlossen	0,06 (0,60)	-1,13 (0,69)	-0,52 (0,83)	60 (23,0)
bedingt-sicher	-0,92 (0,51)	0,77 (0,51)	-0,94 (0,48)	53 (20,3)
sicher	-0,64 (0,41)	0,60 (0,55)	0,70 (0,67)	76 (29,1)
ambivalent-anklammernd	0,68 (0,50)	0,02 (0,64)	1,04 (0,70)	57 (21,8)
ambivalent-verschlossen	1,58 (0,60)	-1,33 (0,80)	1,24 (1,08)	15 (5,8)

Tab. 3 Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in Abhängigkeit vom Bindungsmuster

	vermeidend-verschlossen	bedingt-sicher	sicher	ambivalent-anklammernd	ambivalent-verschlossen	Gesamt
Geschlechtsverkehr	14,67	16,60	16,67	16,09	16,93	16,03
M (SD)	(2,10)	(1,82)	(1,95)	(2,15)	(2,05)	(2,29)
n	60	53	75	56	15	259

für Frauen mit sicherer Bindung ($M=12,67$; $SD=1,28$). Beim unsicheren Bindungsmuster der Männer ($M=12,46$; $SD=1,65$) zeigte sich ein tendenziell aber nicht signifikant früheres Alter beim ersten Samenerguss ($T=1,72$; $df=112$; $p=0,088$) im Vergleich zu Männern mit sicherer Bindung ($M=13,37$; $SD=1,30$). Die varianzanalytischen Vergleiche zwischen den Bindungsmustern bezüglich des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr ergaben mittels Kontrastberechnungen bei den unsicher gebundenen Probanden ($M=15,44$; $SD=2,50$) signifikant frühere Erfahrungen ($T=-2,74$; $df=254$; $p<0,001$) als bei den sicher gebundenen Probanden ($M=16,64$; $SD=1,89$). Dabei zeigte sich, dass Personen mit vermeidend-verschlossener Bindung signifikant früher ihre erste Menstruation bzw. ihren ersten Samenerguss erlebten als Personen mit sicherer und bedingt-sicherer Bindung. Außerdem berichteten Personen mit vermeidend-verschlossener Bindung signifikant früher ihren ersten Geschlechtsverkehr im Vergleich mit jedem einzelnen der anderen Bindungsmuster. Die Mittelwerte und Standardabweichungen bezüglich des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr sind in Tabelle 3 dargestellt. Ein signifikanter Geschlechtsunterschied ergab sich nicht.

Bindung und sexuelle Verhaltensweisen

Die Analysen ergaben signifikant häufigere außerpartnerschaftliche Sexualkontakte ($U=5060,00$; $z=-6,326$; $p<0,001$) und häufigere One-Night-Stands ($U=5537,50$; $z=-5,269$; $p<0,001$) bei den unsicher gebundenen Personen im Vergleich zu den sicher gebundenen Personen. Bei den anschließenden Einzelvergleichen zeigte sich, dass Personen mit vermeidend-verschlossener Bindung im Vergleich zu allen anderen Bindungsmustern außer dem ambivalent-verschlossenen Muster über signifikant ($p<0,001$) häufigere außerpartnerschaftliche Sexualerlebnisse sowie One-Night-Stands berichteten. Der partnerschaftliche Status hatte keinen signifikanten Einfluss auf die untersuchten sexuellen Verhaltensweisen. Allerdings ergab sich ein statistisch bedeutsamer Geschlechterunterschied bezüglich der Häufigkeit sexuellen Kontrollverhaltens. Bei Männern fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Bindungsmustern bezüglich der Variable „Kontrollübernahme beim Sex“ ($\chi^2=3,057$; $df=4$; $p=0,548$). Jedoch bei den Frauen deutete dieser Test auf eine signifikante Unterscheidung hinsichtlich der Bindungsgruppen hin ($\chi^2=27,835$; $df=4$; $p<0,001$). Die Einzelvergleiche ergaben, dass Frauen mit einem vermeidend-verschlossenen Muster signifikant häufiger sexuelles Kontrollverhalten angaben als Frauen mit einer sicheren oder ambivalenten Bindung, wohingegen ambivalente Frauen das seltenste sexuelle Kontrollverhalten berichteten.

Diskussion

Die Forschungsbemühungen zur Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Bindung und Sexualität sind in den letzten Jahren verstärkt worden. Die evolutionspsychologisch orientierten Forschergruppen um Steinberg und Draper konstatierten, dass eine unsichere Bindungsentwicklung im Gegensatz zu einer sicheren Bindungsentwicklung eher mit einer früheren Geschlechtsreife und anschließend früheren ersten sexuellen Erfahrungen einhergeht (Belsky et al., 1991; Steinberg, 1988). Diese Befunde konnten in der vorliegenden Studie bestätigt werden. Interessanter Weise stellte sich bei genauerer Unterscheidung der Bindungsmuster heraus, dass der gefundene Unterschied zwischen dem sicheren und unsicherem Bindungsmuster fast ausschließlich auf den frühen sexuellen Erfahrungen des vermeidend-verschlossenen Bindungstypen basierte, der ebenfalls die „early maturers“ beinhaltet. Erklärt werden kann dieser Unterschied über das geringere Intimitätsempfinden dieser vermeidend gebundenen Personen, welches gepaart mit einem geringeren Nähebedürfnis und ihrer früheren körperlichen Reife die Hemmschwelle für erste sexuelle Annäherungsversuche herabsenkt (Draper & Harpeding, 1982). Der bei Bogaert & Sadava (2002) berichtete Interaktionseinfluss von Bindung und Geschlecht, wonach bei Frauen eine ambivalente Bindung ebenfalls frühere sexuelle Erfahrungen voraussagen konnte, wurde in der vorliegenden Studie nicht bestätigt.

Des Weiteren galt es zu klären, ob sich Personen mit unterschiedlichen Bindungsmustern hinsichtlich ihrer typischen sexuellen Beziehungsverhaltensweisen unterscheiden, weshalb die Bereiche der außerpartnerschaftlichen Affären und der One-Night-Stand-Erfahrungen näher betrachtet wurden. Beide Aspekte wurden bereits mit den Bindungsstilen in Verbindung gebracht, wobei die Ergebnisse bisher nicht einheitlich zusammengefasst werden konnten. Daher bezog sich die Hypothese dieser Untersuchung zunächst auf die Unterscheidung der unsicheren versus der sicheren Bindungsmuster, wobei hypothesenverifizierend häufigere sexuelle Affären und One-Night-Stands bei unsicher gebundenen Personen gefunden wurden. Die genauere Betrachtung der einzelnen Bindungsmuster ergab, dass die sicher gebundenen Personen seltenere Erfahrungen in diesen Bereichen berichteten, wohingegen Personen mit vermeidend-verschlossener Bindung häufigere außerpartnerschaftliche Kontakte und One-Night-Stands angaben. Die Ergebnisse lassen sich gut in die Grundannahmen der Bindungstheorie einfügen, wonach unsicher vermeidende Personen ein geringes Bindungsbedürfnis, aber auch ein geringes Zuwendungsbedürfnis zeigen, distanziert an zwischen-

menschliche Beziehungen herantreten, wenig Vertrauen entwickeln und wenig emotionales Investment in eine Beziehung einbringen sowie sich bei größerer Nähe eher unbehaglich fühlen. Damit einhergehend entwickeln sie möglicherweise weniger Bedenken gegenüber sexuellen Affären sowie eine positivere Sicht gegenüber Gelegenheitssex (Feeney, et al., 1993; Hazan, et al., 1994; Miller & Fishkin, 1997). Außerdem dient das sexuelle Verhalten bei Ihnen mehr der Selbstdefinition und Selbstbestätigung. Die in einigen Studien berichtete ebenfalls hohe Affärenanzahl von ambivalent gebundenen Frauen (Gangestad & Thornhill, 1997; Sydow & Ullmeyer, 2001) konnte nicht bestätigt werden. Die Studienlänge in Bezug auf sexuelle Verhaltensweisen von Personen mit ambivalenter Bindung ist insgesamt gesehen sehr inhomogen. Die diskrepanten Ergebnisse lassen sich möglicherweise über die subjektiven Motive dieser ambivalent gebundenen Menschen erklären, wobei deren sexuelle Handlungen im Dienst ihrer starken Bindungsbedürfnisse stehen (Davis & Lesbo, 2000). Da besagte Motive für spezifische sexuelle Verhaltensweisen variieren können, sollten diese in künftigen Studien mit erhoben werden, da sie einen moderierenden Einfluss ausüben könnten, den es zu prüfen oder zumindest zu kontrollieren gilt.

Das sexuelle Kontrollverhalten wurde bisher noch nicht mit Bindungsmustern in Verbindung gebracht. Entsprechend der theoretischen Vorüberlegungen, nach denen unsicher-vermeidende Personen emotional distanziert und eher misstrauisch an Beziehungen herantreten werden, zeigte sich hypothesenbestätigend, dass diese Personen auch zu häufigen sexuellen Kontrollverhaltensweisen tendieren und sich selten sexuell hemmungsfrei dem Partner hingeben können. Dies entspricht den theoretischen Beschreibungen von Hazan & Shaver (1987), Miller & Fishkin (1997) sowie Pilkonis (1988), wonach vermeidend gebundene Personen oftmals zwischenmenschliche Beziehungen meiden bzw. sogar abbrechen, in welchen sie das Gefühl entwickeln, gegen ihren Willen zu etwas gedrängt zu werden, also ihre starke Autonomie möglicherweise bedroht sehen. Sie präferieren Beziehungen, in denen ihr Bedürfnis nach Selbstbestimmung, Kontrolle und Unabhängigkeit nicht gefährdet wird. Allerdings zeigte sich bei der genaueren Betrachtung unter Zuhilfenahme des zusätzlichen Faktors Geschlecht, dass der Unterschied zwischen den Bindungsmustern bezüglich der Häufigkeit der sexuellen Kontrollübernahme beim Sex nur für Frauen statistisch bedeutsam wurde. Vermeidend-verschlossene Frauen berichteten signifikant häufigere sexuelle Kontrollverhaltensweisen als Frauen mit sicherer oder ambivalenter Bindung. Die Männer zeigten hingegen über alle Bindungsmuster hinweg häufiges Kontrollverhalten. Dieser bedeutsame Einfluss durch die Geschlechtsvariable ist möglicherweise da-

durch zu erklären, dass die sexuelle Rollenverteilung der Geschlechter bezüglich des Aspekts der Kontrolle beim Sexualverhalten von einer evolutionären Perspektive grundlegend bestimmt wird, in der die Männer über alle Bindungsmuster hinweg vermutlich eher eine kontrollierende Rolle einnehmen und sich auch gesellschaftskonform in einer solchen Position sehen und dementsprechend agieren. Der somit identifizierte Einfluss durch die Geschlechtervariable relativiert die zuvor gefundenen allgemeinen Unterschiede zwischen den Bindungsmustern hinsichtlich des sexuellen Kontrollverhaltens.

Limitationen der Studie

Als Limitationen dieser Studie sind die eingeschränkte Repräsentativität und das querschnittliche Design anzuführen. Sowohl die mittleren Alterskategorien als auch die in einer Partnerschaft lebenden Personen waren überrepräsentiert.

Außerdem wurde das aktuelle Bindungsmuster mit den retrospektiv erhobenen Betrachtungen zur Sexualgeschichte in Verbindung gebracht. Zwar gelten Bindungsrepräsentationen als relativ stabil, aber sie sind im Laufe der Zeit durch bindungsrelevante Erfahrungen durchaus veränderbar. Das bedeutet, die heutige Bindungsrepräsentation muss nicht identisch mit der Bindungsrepräsentation zum Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs sein. Letztlich sollten für derartige Forschungsfragen Längsschnittstudien präferiert werden.

Literatur

- Belsky, J., Steinberg, L. & Draper, P., 1991. Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. *Child Development*, 62, 647–670.
- Berman, W. H., Marcus, L., & Berman, E. R., 1994. Attachment in marital relations. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Theory, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Birnbaum, G. E., Mikulincer, M., Gillath, O., Orpaz, A. & Reis, H. T., 2003. Sexuality and romantic relationship: The moderating role of attachment styles. Poster presented at the 4th annual meeting of the Society for Personality and Social Psychology, February 6th–8th, Los Angeles.
- Bogaert, A. F. & Sadava, S., 2002. Adult attachment and sexual behavior. *Personal Relationships*, 9, 191–204.
- Bortz, J., 1993. *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bowlby, J., 1969. *Attachment and loss*. Vol. 1: Attachment. London: Howarth Press.
- Brennan, K. A. & Shaver, P. R., 1995. Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 267–283.
- Brenk, K., 2005. *Bindung und Sexualität. Zum Zusammenhang zwischen Bindung im Erwachsenenalter und sexuellen Einstellungs- und Verhaltensweisen*. Marburg: Tectum.
- Cowden, C. R. & Koch, P. B., 1995. Attitudes related to sexual gender and orientation comparison. *Journal of Sex Education and Therapy*, 21, 78–87.
- Crittenden, P. M., 1997. Patterns of attachment and sexuality. Risk of dysfunction versus opportunity for creative integration. In L. Atkinson & K.J. Zuckerman (Eds.), *Attachment and psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Davis, D. & Lesbo, M., 2000. Gender, attachment and subjective motivations for sex. Presented at Annual Meeting of the Western Psychological Association, Portland, Oregon.
- Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L., 2000. Attachment style and subjective motivations for sex. Presented at Annual Meeting of the Western Psychological Association, Portland.
- Davis, D., Shaver, P. R., Widaman, K. E., Vernon, M. L., Beitz, K., & Follette, W. C., 2006. "I can't get no satisfaction:" Insecure attachment, inhibited sexual communication, and dissatisfaction. *Personal Relationships*, 13, 465–483.
- Doll, J., Mentz, M. & Witte, E., 1995. Zur Theorie der vier Bindungsstile: Messprobleme und Korrelate dreier integrierter Verhaltenssysteme. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 26, 148–159.
- Draper, P. & Harpending, H., 1982. Father absence and reproductive strategy. An evolutionary perspective. *Journal of Anthropological Research*, 38, 235–243.
- Feeney, J. A., Noller, P. & Patty, J., 1993. Adolescent's interactions with the opposite sex: influence of attachment style and gender. *Journal of Adolescence*, 16, 169–186.
- Feeney, J. A. & Raphael, B., 1992. Adult attachments and sexuality. Implications for understanding risk behaviours for HIV infection. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 399–407.
- Fraley, R. C., Davis, K. E., & Shaver, P. R., 1998. Dismissing-avoidance and the defensive organization of emotion, cognition, and behavior. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
- Gangestad, S. W. & Thornhill, R., 1997. The evolutionary psychology of extrapair sex. The role of fluctuating asymmetry. *Evolution and Human Behavior*, 18, 69–88.
- Gentzler, A. L., & Kerns, K. A., 2004. Associations between insecure attachment and sexual experiences. *Personal Relationships*, 11, 249–265.
- Harlow, H. E., 1962. The heterosexual affectional system in monkeys. *American Psychologist*, 17, 1–9.
- Harlow, H.F. & Suomi, S. J., 1970. Nature of love: Simplified. *American Psychologist*, 25, 161–168.
- Hazan, C. & Shaver, P. R., 1987. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524.
- Hazan, C. & Zeifman, D., 1994. Sex and the psychological tether. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships*. London: Jessica Kingsley.
- Hazan, C., Zeifman, D. & Middleton, K., 1994. Adult romantic attachment, affection, and sex. Paper presented at the 7th International Conference on Personal Relationships,

- Groningen, The Netherlands.
- Höger, D. & Buschkämper, S., 2002. Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen. Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, 83–98.
- Levitt, M. J., Coffman, S., Guacci-Franco, N., & Loveless, S. C., 1994. Attachment relations and life transitions: An expectancy model. In M. B. Sperling, & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., 2006. Attachment, Caregiving, and Sex within Romantic Relationships: A Behavioral System Perspective. In Mikulincer, M. & Goodman, G. S. (Eds.), *Dynamics of romantic love. Attachment, caregiving, and sex*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R., 2003. The Attachment behavioral system in adulthood: activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. P. Zanna (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 35, pp. 53–152). New York: Academic Press.
- Miller, L. C. & Fishkin, S. A., 1997. On the dynamics of human bonding and reproductive success: Seeling a window on the adapted-for human-environmental interface. In J. Simpson & D. Kendrick (Eds.), *Evolutionary Social Psychology*. Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Milligan, G. W., 1981. A review of Monte Carlo tests of cluster analysis. *Multivariate Behavior Research*, 16, 379–497.
- Pilkonis, P. A., 1988. Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders*, 2, 144–152.
- Schmitt, D. P. & Buss, D. M., 2000. Sexual dimensions of person description. Beyond or subsumed by the Big Five? *Journal of Research in Personality*, 34, 141–177.
- Schmitt, D. P. & Buss, D. M., 2001. Human mate poaching: Tactics and temptations for infiltrating existing mateships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 894–917.
- Shaver, P. R., Hazan, C. & Bradshaw, D., 1988. Love as attachment. The integration of three behavioral systems. In R.J. Sternberg & M. Barnes (Eds.), *The anatomy of love*. New Haven: Yale University Press.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M., 2004. What do self-report attachment measures assess? In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 17–54). New York: Guilford Press.
- Simpson, J. A. & Gangestad, S. W., 1991. Individual differences in sociosexuality. Evidence for convergent and discriminant validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 870–883.
- Simpson, J. A. & Rholes, W. S., 1998. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
- Snell, W. E., Fisher, T. D. & Walters, A.S., 1993. The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6, 27–53.
- Stephan, C. W. & Bachman, G. F., 1999. What's sex got to do with it? Attachment, love schemas, and sexuality. *Personal Relationships*, 6, 111–123.
- Steinberg, L., 1988. Reciprocal relation between parent-child distance and pubertal maturation. *Developmental Psychology*, 24, 122–128.
- Stephan, C. W. & Bachman, G. F., 1999. What's sex got to do with it? Attachment, love schemas, and sexuality. *Personal Relationships*, 6, 111–123.
- Sydow, K. v. & Ullmeyer, M. 2001. *Paarbeziehung und Bindung. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 51, T1–T15.
- Tracy, J. L., Shaver, P. R., Cooper, M. L., Albino, A. W., 2003. Attachment styles and adolescent sexuality. In P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romance and sexual behavior: Theory, research, and practical implications*. New York: Erlbaum.
- Wendt, E.V., 2009. *Sexualität und Bindung. Qualität und Motivation sexueller Partnerschaften im Jugend- und jungen Erwachsenenalter*. Weinheim: Juventa.

Autorin

Dipl.-Psych. Katja Brenk-Franz, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, Bachstrasse 18, D-07743 Jena, E-Mail: katja.brenk-franz@med.uni-jena.de
<http://www.allgemeinmedizin.uni-jena.de>

Sexuelle Präferenzstörungen und Bindungsprobleme

Klaus M. Beier

Disturbances in sexual preference and bonding

Abstract

Disturbances in sexual preference (ICD 10) or sexual deviation (DSM IV-TR) can negatively affect sexual and/or partner relationships and cause suffering. When weighing therapeutic options and their possible success a detailed diagnostic understanding of the sexual deviation within the three dimensions of sexuality (bonding, desire, reproduction) is of central importance.

The following factors should be clarified before undertaking therapeutic measures: the role of the deviant pattern in the structure of sexual preference (main or secondary current); its significance for the inner workings of those concerned; the presence of additional sexual disturbances; and the possibility of self-limitation within the relationship. In this way, it is also possible to assess the preconditions for a syndyastic sexual therapy, which may prove to be the proper therapy for disturbances in sexual choice and (as is often the case) for accompanying disturbances in sexual function and partnership.

Keywords: Sexual preference structure, bonding, therapie possibilities, syndyastic sexual therapy

Zusammenfassung

Sexuelle Präferenzstörungen (ICD 10) bzw. Paraphilien (DSM IV-TR) können prinzipiell und gravierend die sexuelle und/oder partnerschaftliche Beziehungszufriedenheit beeinträchtigen und somit Leidensdruck erzeugen. Bei der Wahl der therapeutischen Optionen und der Einschätzung von deren Erfolgchancen kommt einer detaillierten diagnostischen Erfassung der Paraphilie unter Berücksichtigung der drei Dimensionen von Sexualität (Bindung, Lust, Fortpflanzung) zentrale Bedeutung zu. Vor der Einleitung therapeutischer Maßnahmen sollte über folgende Faktoren Aufschluss bestehen: der Anteil des paraphilen Musters an der sexuellen Präferenzstruktur (Haupt- oder Nebenströmung), deren Wertigkeit im inneren Erleben der Betroffenen, das zusätzliche Auftreten von sexuellen Funktionsstörungen und die Fähigkeit zur Selbstrücknahme innerhalb der Beziehung. Auf diese Weise werden zugleich die Voraussetzungen

einer syndyastischen Sexualtherapie geprüft, die sich bei sexuellen Präferenzstörungen und (was häufig der Fall ist) bei zugleich bestehenden sexuellen Funktions- und Beziehungsstörungen als Therapie der Wahl erweisen kann.

Schlüsselworte: Sexuelle Präferenzstruktur, Bindung, Therapie-möglichkeiten, Syndyastische Sexualtherapie

Bindung und Sexualität

Im Kontext der Multifunktionalität von Sexualität ist die Bindungsdimension von zentraler Bedeutung und somit nicht nur ein theoretisches Kernelement der Sexualmedizin (Beier et al. 2005), sondern auch für die klinische Arbeit ein entscheidender Ansatzpunkt.

Beier und Loewit (2004) haben dies insofern begrifflich herausgearbeitet, als sie von einer *syndyastischen Dimension* der Sexualität sprechen und damit die Bedeutung der sexuellen Kommunikation in Beziehungen für die Befriedigung grundlegender biopsychosozialer Bedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe, Sicherheit und Geborgenheit durch zum Ausdruck bringen, – eine Dimension, die neben der *Lust-* und der *Fortpflanzungsdimension* gesondert zu beachten ist, auch wenn alle drei Dimensionen eng miteinander verwoben sind.

Die phylogenetisch älteste dieser drei Dimensionen der Sexualität ist die *Fortpflanzungsdimension*. Beim Menschen ist sie für die Frauen auf die Zeit der Fortpflanzungsfähigkeit von der Pubertät bis zur Menopause beschränkt und zudem von biographischen Entscheidungen abhängig, also fakultativ. Durch die Verfügbarkeit zuverlässiger Kontrazeptionsmethoden einerseits und durch die Entwicklung der Reproduktionsmedizin andererseits ist es möglich, die Fortpflanzungsdimension von der Beziehungsdimension und von der sexuellen Lustdimension weitgehend zu entkoppeln.

Die *Beziehungsdimension* tritt in der stammesgeschichtlichen Entwicklung des Menschen zwar später auf, ist aber für den heutigen Menschen ohne Zweifel ein integraler und wesentlicher Bestandteil der Sexualität. Ihre große Bedeutung resultiert aus der Tatsache, dass der Mensch ein Beziehungswesen ist: Seine von Beginn des Lebens an bestehenden Grundbedürfnisse nach Ak-

zeptanz, Sicherheit, Vertrauen, Geborgenheit und Nähe können nur in Beziehungen erfüllt werden (vgl. Bowlby, 1969–1980, Brisch, 1999). Dies geschieht im Kindesalter durch körperliche und emotionale Erfahrungen des Angenommenwerdens, zum Beispiel durch das schützende Halten des Säuglings beim Stillen. Durch diese elterliche Zuwendung wird der Modus, über Hautkontakt psychosoziale Grundbedürfnisse erfüllen zu können, bereits vom Säugling erlernt und dabei zugleich neuronal gebahnt, wie dies bei Lernprozessen elementarer Fertigkeiten allgemein geschieht (vgl. Rüegg, 2001).

Die durch Interaktion und Körpersprache vermittelten Gefühle bestimmen von Geburt an die menschliche Entwicklung und bleiben ein Kernmerkmal der Beziehungsgestaltung. Sie sind zunächst nicht auf die Genitalien angewiesen, ermöglichen aber trotzdem eine tiefe Zufriedenheit, die durch Haut- und Blickkontakt, überhaupt durch Sinneseindrücke realisiert wird. Sie sind darum die erste „sexuelle“ Erlebnisdimension, die später durch die Möglichkeiten der genitalsexuellen Kommunikation lediglich erweitert wird.

So konnte mittels bildgebender Verfahren gezeigt werden (vgl. Bartels & Zeki, 2004), dass die gleichen Gehirnregionen deaktiviert werden, wenn Müttern Bilder ihrer Kinder oder ihrer Partner vorgelegt wurden (im Vergleich zu entfernt Bekannten als Kontrollpersonen). Möglicherweise werden zeitgleich die Funktionen für Angst und Ablehnung, die funktionell-anatomisch in dem sog. „Mandelkern“ (Amygdala) angesiedelt sind, deaktiviert, d.h. es wird die Angst vor dem Partner (gleich ob Kind oder Erwachsener) ausgeschaltet, um eine nahe Interaktion zulassen zu können (vgl. das volkstümliche Sprichwort, „Liebe macht blind“). Dies würde auch die Annahmen früherer Autoren – die noch nicht auf bildgebende Verfahren zurückgreifen konnten – plausibel machen, wie etwa die Überlegung von M. Balint (1965) zu den „Ur-Formen der Liebe“ als dem Kern und der Basis der Erwachsenenintimität oder die Auffassung von A. Montagu (1987), der die sexuelle Interaktion zwischen Erwachsenen „in mancher Hinsicht als eine Reproduktion der zärtlichen Liebe zwischen Mutter und Kind“ bezeichnete.

Die *Lustdimension* gibt der Sexualität durch das einzigartige sinnliche Erleben von sexueller Erregung und Orgasmus eine Qualität, die sie von anderen menschlichen Erfahrungsmöglichkeiten abhebt. Die sexuelle Lust begründet die motivationale Eigenschaft der Sexualität und stellt gleichsam den Antrieb und die Belohnung sexuellen Verhaltens dar. Die Lustdimension kann im subjektiven Erleben, in der Autoerotik und in der Erfahrung von erotischer Anziehung, Leidenschaft und Ekstase ganz im Vordergrund stehen. Sie lässt sich dennoch schwer isoliert betrachten, weil sie mit den anderen Funktionen eng verbunden ist.

Gleichwohl berechtigen insbesondere die Daten aus der neurowissenschaftlichen Forschung zu der Annahme, dass für die Auslösung der eigentlichen, physiologisch nachweisbaren sexuellen Reaktion neben höheren Anteilen (wie dem limbischen System) basale, mittellinnennahe zerebrale Areale eine entscheidende Rolle spielen. Dabei scheint die Area praeoptica des Hypothalamus eine zentrale Bedeutung zu haben und während sexueller Aktivität lässt sich in Tierversuchen eine Aktivitätszunahme in diesem Kern, der seinerseits anatomisch mit anderen Kernen im Hypothalamus verbunden ist, nachweisen. Die Aktivität der Area praeoptica kann durch Steroidhormone moduliert werden; in Einzelzelleitungen zeigen sowohl männlich wie weibliche Tiere eine selektive Aktivierung in sexuell vielversprechenden oder koitusbezogenen Situationen (vgl. Pfaff, 1999). Dieses Kerngebiet ist offensichtlich auch beim Menschen derart verschaltet, dass beispielsweise nasal aufgenommene Androgen- oder Östrogenmetaboliten als Signale erkannt werden. Dabei sind Aktivierungsvorgänge abhängig von der sexuellen Orientierung (und nicht von dem Geschlecht): Androgenmetaboliten aktivieren Kerngebiete des Hypothalamus von Frauen, die auf Männer orientiert sind und von Männern, die auf Männer orientiert sind, während bei Männern, die auf Frauen orientiert sind, dies durch Östrogenmetaboliten bewirkt wird (vgl. Savic et al., 2005). Die Abhängigkeit zentraler sexueller Aktivierungsmuster von der sexuellen Orientierung (und nicht vom Geschlecht) konnten für visuelle Stimuli Ponseti und Mitarbeiter (2006) zeigen.

Sexuelle Präferenzstruktur und Lust

Die sexuelle Präferenzstruktur manifestiert sich bei jedem Menschen auf drei Achsen:

- ◆ hinsichtlich des präferierten Geschlechts des Sexualpartners (männlich und/oder weiblich),
- ◆ hinsichtlich des präferierten (körperlichen Entwicklungs-)Alters des Sexualpartners (Kinder, Pubertierende, Jugendliche, Erwachsene, Greise) und
- ◆ hinsichtlich der präferierten Art und Weise sexueller Betätigung mit und ohne Sexualpartner(n) (Typ, Objekt, Modus etc.).

Dabei gilt, dass die endgültige Konstituierung der Sexualstruktur im Jugendalter erfolgt und dann in ihren grundsätzlichen Merkmalen lebensüberdauernd bestehen bleibt und nicht mehr veränderbar ist. Dies schließt eine Unveränderbarkeit spezieller sexueller Neigungen ein, die sich ebenfalls im Jugendalter manifestieren und

die sexuelle Präferenzstruktur teilweise oder sogar vollkommen kennzeichnen können.

Genau jene individuellen Manifestationsformen auf den genannten drei Achsen entscheiden dann darüber, auf welche Reize jeder Einzelne sexuell ansprechbar ist, so dass sich schon hieraus das große Spektrum prinzipiell resultierender Möglichkeiten ergibt. Wichtig ist allerdings, dass mit dem individuellen Erregungsmuster die größte Intensität an Lustgewinn erreichbar ist, so dass sich hierdurch ganz wesentlich die Lustdimension von Sexualität bestimmt. Das bedeutet aber zugleich, dass die von dem individuellen Muster abweichenden sexuellen Reizsignale keine vergleichbare Lustintensität zu entfalten vermögen – auch wenn dies von den Betroffenen möglicherweise sehnlich gewünscht werden sollte. Ein Mann, der sexuell auf das weibliche Geschlecht orientiert ist (Achse 1), dabei auf die erwachsene Entwicklungsform (Achse 2) und auf die Füße der Frau (Achse 3, i.e. Fußfetischismus), wird durch koitale Intimität mit einer Frau bei weitem nicht den Lustgewinn erfahren wie in der Befassung mit ihren Füßen, was (erheblich) von den Vorstellungen der Partnerin abweichen kann, wobei diese wiederum mit deren sexueller Präferenzstruktur zusammenhängen.

Unter sexuellen Präferenzstörungen oder Paraphilien werden aus sexualmedizinischer Sicht allerdings nur jene Störungsbilder verstanden, bei denen die betroffenen Personen unter normabweichenden sexuellen Impulsen leiden. Demzufolge werden Personen, welche abweichende sexuelle Neigungen aufweisen, jedoch nicht unter diesen leiden, auch nicht als gestört krank oder behandlungsbedürftig angesehen, solange sie weder andere noch sich selbst durch ihre abweichenden sexuellen Bedürfnisse beeinträchtigen oder gefährden.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die wichtigsten Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilien) nach DSM-IV-TR (APA, 2000) / ICD-10 (WHO, 1993).

Ersten epidemiologischen Daten zufolge (vgl. Langström & Zucker, 2005, Ahlers et al., 2009) ist die Prävalenz paraphiler Neigungen höher als bisher angenommen wurde.

Für den deutschen Sprachraum ergibt sich dies aus den Ergebnissen einer Teilstichprobe der „Berliner Männer Studie“, welche zunächst eine repräsentative Auswahl von 6000 Männern im Alter zwischen 40 und 79 Jahren hinsichtlich des Vorliegens einer Erektionsstörung und der damit verbundenen Auswirkungen auf die Lebensqualität, die Gesundheit und die Partnerschaft untersuchte. An diesem ersten Teil der Erhebung nahmen 1915 Männer teil (vgl. Schäfer et al., 2003), welche hier nach eingeladen wurden, an einer ausführlichen sexualwissenschaftlichen Fragebogenerhebung unter Einbeziehung der (dann auch untersuchten) Partnerinnen teilzunehmen. Die auf diese Weise entstandene Stichprobe umfasste 373 Männer, von denen 63 alleinstehend und 310 partnerschaftlich gebunden waren (darüber hinaus war es möglich, auch 108 Partnerinnen persönlich zu erheben). Die Daten ermöglichen eine Vorstellung von der möglichen Prävalenz paraphiler Neigungen in der Allgemeinbevölkerung, denn es wurden diesbezüglich die häufigsten sexuellen Erregungsmuster hinsichtlich ihres Auftretens in den Sexualphantasien, bei der Masturbation (als Phantasieinhalte) und für das reale Sexualverhalten abgefragt (vgl. Ahlers et al., 2009).

57,6% der befragten Männer kannten eines dieser Erregungsmuster als Teil ihrer Phantasiewelt, 46,9% nutzten diese zur Erregungssteigerung bei der Selbstbefriedigung und 43,9% lebten sie auf der Verhaltensebene aus. Selbst wenn wegen der obligatorischen, nahezu unvermeidbaren Selektionseffekte eine Übertragung dieser Zahlen auf die Allgemeinbevölkerung unzulässig erscheint, ist doch eine Vorstellung über die mutmaßliche Verbreitung zu gewinnen, welche auch Umfang und Vielfalt entsprechender Angebote der pornographischen Industrie nachvollziehbarer macht (vgl. Tab. 2)

Dabei ist jedoch anzunehmen, dass die meisten „abweichenden“ Impulse in der „normalen“ sexuellen Ansprechbarkeit wurzeln und erst durch ihre Isolation und Generalisierung zur krankheitswerten Störung werden.

Dem wird im DSM-IV-TR (APA, 2000) insofern auch Rechnung getragen, als eine Diagnosestellung nur dann möglich ist, wenn die betreffende Person unter der paraphilen Neigung leidet oder diese zu Einschränkungen in wichtigen sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen geführt hat bzw. bei den mit potentieller Fremdgefährdung verbundenen Paraphilien (z. B. eine pädophile Neigung), wenn die betreffende Person entsprechend diesen

Tab. 1 Überblick über die Störungen der Sexualpräferenz/Paraphilien nach ICD-10/DSM-IV-TR

ICD-10: Störungen der Sexualpräferenz		DSM-IV: Paraphilien	
F65.0	Fetischismus	302.81	Fetischismus
F65.1	Fetischistischer Transvestitismus	302.3	Fetischistischer Transvestitismus
F65.2	Exhibitionismus	302.4	Exhibitionismus
F65.3	Voyeurismus	302.82	Voyeurismus
F65.4	Pädophilie	302.2	Pädophilie
F65.5	Sadomasochismus	302.83	Sexueller Masochismus
		302.84	Sexueller Sadismus
		302.89	Frotteurismus
F65.6	Multiple Störungen der Sexualpräferenz		
F65.8	Sonstige Störungen der Sexualpräferenz		
F65.9	nicht näher bezeichnete Störungen der Sexualpräferenz	302.9	nicht näher bezeichnete Paraphilie

Tab. 2 Prävalenz paraphilie-assoziiierter Erregungsmuster auf verschiedenen Erlebnisebenen bei Männern zwischen 40 und 79 Jahren (keine klinische Inanspruchnahme-population; Ergebnisse der „Berliner Männer Studie II“)

	Sexualphantasien		Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung		Sexualverhalten	
	n	%	n	%	n	%
nicht-menschliche Objekte (z.B. Stoffe oder Schuhe)	110	29,5	97	26,0	90	24,1
Tragen von Frauenkleidung	18	4,8	21	5,6	10	2,7
Gedemütigtwerden	58	15,5	50	13,4	45	12,1
Quälen anderer Personen	80	21,4	73	19,6	57	15,3
heimliches Beobachten von Intimsituationen	128	34,3	90	24,1	66	17,7
genitales Präsentieren gegenüber Fremden	13	3,5	12	3,2	8	2,1
Berühren fremder Personen in der Öffentlichkeit	49	13,1	26	7,0	24	6,4
kindliche Körper	35	9,4	22	5,9	17	3,8
sonstiges	23	6,2	23	6,2	17	4,6
sexuelle Ansprechbarkeit auf mind. ein Erregungsmuster/Stimuli	215	57,6	175	46,9	163	43,7

* Ansprechbarkeit für verschiedene Erregungsmuster wurden auf einer fünfstufigen Ratingskala erhoben, mit den Abstufungen: – gar nicht – wenig – mäßig – stark – sehr stark. Als Ansprechbarkeit auf ein sexuelles Erregungsmuster wurden alle Antworten von „wenig“ bis „sehr stark“ gewertet.

Impulsen gehandelt hat (unabhängig von möglicherweise vorhandenem Leidensdruck).

Vor diesem Hintergrund ist es allerdings bemerkenswert, dass ein nicht geringer Teil (fast ein Drittel) der in die BMS II einbezogenen Männer ggfs. vorhandene paraphilie-assoziierte Erregungsmuster als inadäquat für sich empfinden und darauf verzichten, sie ausleben zu wollen – selbst wenn diese nicht mit einer Fremdgefährdung einhergehen (z.B. fetischistische Neigungen). Gleichwohl weist ein ebenfalls beachtlicher Anteil der Befragten ein sexuell übergriffiges Potential auf (z.B. Exhibitionismus, Voyeurismus, Frotteurismus) oder hat bereits sexuelle Übergriffe (z.B. pädosexuelle) Handlungen begangen.

Nicht selten treten auch mehrere Paraphilien nebeneinander auf; es ist eine Vielzahl von speziellen Neigungen bekannt, die in den internationalen Klassifikationssystemen unter „nicht näher bezeichneten Paraphilien“ oder „sonstigen Störungen der Sexualpräferenz“ subsumiert werden (vgl. Tab. 1). Über Einzelheiten der Diagnostik und der Symptomatik dieser speziellen Neigungen, die ebenfalls im Jugendalter ihren Anfang nehmen, sei weiterführend auf Beier et al. (2005) und Beier (2007) verwiesen. Für die häufigen wie für die seltenen Formen paraphilen Erlebens gilt jedoch, dass sie nach allen empirischen Daten eine Domäne männlicher Sexualität sind und insbesondere in der Pubertät männlicher Jugendlicher relevant werden können.

Risiken für das syndyastische Funktionsniveau

Aufgrund der Manifestation paraphiler Impulsmuster in der Jugend und ihrer Unveränderbarkeit über das weitere Leben ist es erforderlich, dass die Betroffenen sich mit diesen inneren Erlebensanteilen „arrangieren“ müssen und dadurch mehr oder weniger stark mit Selbstzweifeln konfrontiert sein können. Diese resultieren nicht zuletzt aus der Frage, ob ein Partner/eine Partnerin sie wirklich vollkommen akzeptieren würde, wenn allein die Inhalte der sexuellen Phantasien bekannt wären – also selbst dann wenn deren Verwirklichung gar nicht intendiert wäre. Diese Verunsicherung tangiert so stark das syndyastische Erleben („Kann ich beim anderen wirklich Annahme finden?“), dass Beziehungen nur schwer geknüpft werden oder aber bestehende Partnerschaften besonders riskiert sind – zum einen aus Unkenntnis über den Verlauf einer paraphilen Neigung (geht diese zurück, bleibt sie so oder weitet sie sich noch aus?) oder aber durch ein jahrelanges Versteckspielen (Abschirmen der paraphilen Erlebnisanteile vor der Partnerin), welches dann zu umso größerem Vertrauensverlust führt, wenn die Neigung durch andere Umstände bekannt wird (zunehmend häufiger durch Aufdecken entsprechender Internetaktivitäten des Partners).

Sofern aber eine Beziehung besteht und beide Partner ein authentisches Interesse an einer gemeinsamen Perspektive haben, lässt sich mit der Syndyastischen Sexualtherapie auch hier die partnerschaftliche Zufriedenheit verbessern. Dabei sind vier Faktoren von ausschlaggebender Bedeutung für die Planung von Behandlungsmöglichkeiten:

Der Anteil des paraphilen Musters an der sexuellen Präferenzstruktur

Es macht einen großen Unterschied, ob das paraphile Erleben die gesamte sexuelle Präferenzstruktur kennzeichnet, oder neben den paraphilen auch nicht-paraphile Erlebensanteile bestehen, welche partnerbezogen realisierbar sind. Besteht beispielsweise eine ausschließliche masochistische Neigung, bei der der Betroffene ausschließlich in Verbindung mit phantasierten Szenarien des Verstümmeltwerdens durch die Partnerin (im Falle einer gynäphilen Orientierung) sexuell erregbar ist, dann besteht für diesen nicht die Möglichkeit, auf andere Weise mit der Partnerin vergleichbar intensive sexuelle Erregung aufzubauen, was wiederum mit hoher Wahrscheinlichkeit zu sexuellen Funktionsstörungen führt und die Partnerschaft dann erheblich belastet, wenn die Partnerin über die Hintergrundproblematik nicht informiert ist und die Schwierigkeiten der sexuellen Kommunikation für sie nicht erklärbar sind.

Das zusätzliche Auftreten sexueller Funktionsstörungen

Genauso wie jede sexuelle Funktionsstörung ein Symptom einer anderen Erkrankung sein kann (z.B. eine Orgasmusstörung bei multipler Sklerose) besteht immer die Möglichkeit, dass diese auch durch eine Paraphilie verursacht wird – gerade weil der Betroffene die sexuelle Interaktion nicht mit dem paraphilen Stimulus belasten möchte und infolgedessen in der Kontaktgestaltung verunsichert ist und Angst hat, dass ein Auftreten paraphiler Phantasieinhalte ihn von der eigentlich gewünschten Nähe mit einer Partnerin (im Falle einer gynäphilen Orientierung) entfernen könnte. Da wiederum die Funktionsstörung (z.B. eine Erektionsstörung) ein für die Partnerin unübersehbares Symptom darstellt und in der Regel von beiden diesbezüglich ein Änderungsbedarf mitgeteilt wird, ergibt sich hierdurch stets ein Anknüpfungspunkt für die therapeutische Arbeit, wobei die Darlegung des Zusammenhangs mit dem paraphilen Erleben für beide Partner bereits einen wichtigen Schritt

im Rahmen der Behandlung darstellt (s. Fallbeispiel zur syndyastischen Sexualtherapie).

Wertigkeit des paraphilen Stimulus im inneren Erleben

Da auch an den paraphilen Stimulus (z.B. bei einer fetischistischen Neigung) eine Bindung bestehen kann, die das syndyastische Erleben insofern mittangiert, als im Kontakt mit dem Stimulus nicht nur sexuell erregende, sondern auch psycho-emotional stabilisierende Erlebensanteile (vergleichbar denen der Bindung zu einem anderen Menschen) bestehen können, sind zugleich die Grenzen therapeutischer Interventionen beschrieben, sofern die Bindung zu dem paraphilen Stimulus (z.B. einem Fetisch) das gleiche oder sogar ein größeres Ausmaß in der inneren Wertigkeit des Betroffenen angenommen hat, wie die Bindung zu einem realen Partner. Ein besonders extremes Beispiel hierfür ist der Fall des sogenannten „Kannibalen von Rothenburg“, dessen Bindungserleben ganz und gar darauf eingeengt war, dass er die Bindung zum anderen nur erleben konnte, wenn dieser sich in ihm befand, wobei andere Formen zur sexuellen Befriedigung nicht zur Verfügung standen, jedenfalls nicht mit Blick auf das angestrebte Bindungserleben. Dabei bestand diagnostisch eine Sonderform der fetischistischen Ausrichtung (nämlich auf männliches Fleisch; DSM-IV-TR: 30281; ICD 10: F 65.0) ohne weitere psychopathologische Auffälligkeiten (insbesondere waren die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung nicht gegeben; vgl. Beier, 2007).

Indes zeigt die klinische Erfahrung, dass gerade bei fetischistischen Präferenzmustern (z.B. Windelfetischismus) eine so starke Bindung an den Fetisch bestehen kann, dass ein realer Partner/eine reale Partnerin im Gefüge der inneren Bedeutungserteilung abfällt und damit paarbezogenen Interventionen von vorneherein Grenzen gesetzt sind.

Fähigkeit zur Selbstrücknahme

Als therapeutisch limitierender Faktor ist nicht nur die Wertigkeit des paraphilen Stimulus im Selbsterleben, sondern – und damit keineswegs deckungsgleich – auch die Fähigkeit zur Selbstrücknahme mit Blick auf die Beziehung zum Partner anzusehen: So kann es auch bei einem ausschließlichem paraphilen Muster (z.B. einem Sadismus mit ausschließlich nicht-lebbar reizsteigernden Inhalten, die mit Verletzung oder Verstümmelung des Partners einhergehen)

für den Betroffenen bedeutsam sein, die partnerschaftliche Beziehungszufriedenheit zu verbessern, weil er sie als wichtige Ressource für Lebensqualität ansieht und deshalb in einer paarbezogenen Weise nutzen möchte. Aus klinischer Sicht ist auffällig, dass dieses Kriterium meist bei Frauen mit einer paraphilen Hauptströmung gegeben ist, die viel häufiger das syndyastische Funktionsniveau im Vergleich zur Lustdimension als subjektiv bedeutsam betonen (zweifelsohne gibt es auch Frauen mit Paraphilien, bei denen dies nicht so ist, aber dies ist seltener als bei Männern der Fall). Ein wichtiger motivationaler Faktor in diesem Zusammenhang ist allerdings darüber hinaus – auch für Männer – ein Verantwortungsgefühl für gegebenenfalls vorhandene (oder geplante) gemeinsame Kinder.

Syndyastische Sexualtherapie bei paraphiler Symptomatik und sekundärer situativer Erektionsstörung

Der 40jährige Prokurist Herr M. ist in einem mittelständischen Unternehmen tätig, wirkt im Auftreten souverän und vom Aussehen eher jugendlich. Seit 10 Jahren ist er mit einer 6 Jahre jüngeren Frau verheiratet, die einer Halbtagsbeschäftigung in der Verwaltung eines Sportvereins nachgeht. Herr M. weiß sich keinen Rat mehr, nachdem vor 4 Wochen herauskam, dass er „ein Doppelleben führe“ und annähernd wöchentlich Sexualkontakte mit besonders dicken Frauen, interessant erst ab einem Gewicht von 100 kg, habe – eine ihm unverständliche Neigung, die seit dem Jugendalter bestünde und der er sich seitdem nicht entziehen könne. Im Gegenteil habe er sehr viel Zeit aufgewendet, um entsprechende Kontakte zu knüpfen, wobei es sich meist um Frauen handele, mit denen er nur einmal Geschlechtsverkehr habe. In nur ganz wenigen Ausnahmen sei es zu mehrmaligen Sexualkontakten mit ein und derselben Frau gekommen. Nach dem Orgasmuserleben fände er das ganze widerlich, hasse sich selber dafür, insbesondere wegen der „Untreue gegenüber meiner Frau“, die nun alles heraus bekam und total schockiert sei. Seine Phantasiewelt bei der Selbstbefriedigung sei zu ca. 60% von diesen Vorstellungen eingenommen und er habe große Sorge um den Fortbestand seiner Ehe. Er könne jedenfalls gut verstehen, wenn seine Frau sich scheiden ließe, und er habe ernsthafte Selbstmordabsichten gehabt. Allerdings habe er es auch als Entlastung erlebt, dass seine Frau nun sein Geheimnis kenne, das er 25 Jahren lang vor anderen bewahrt habe. Er liebe seine Frau und wolle alles tun, um die Ehe zu retten.

Zu seiner sexuellen Biographie berichtet er, bis zu seiner Ehe mehrere Freundinnen gehabt zu haben, darunter einmal auch eine übergewichtige Frau, was aber alles sehr schnell gescheitert sei, wie er glaube, auch wegen immer wieder aufgetretener Erektionsstörungen. Diese seien auch bei seiner jetzigen normalgewichtigen Ehefrau von Beginn ihrer Beziehung an ein Problem gewesen, auch wenn sie sehr verständnisvoll damit umgegangen sei; dies konnte jedoch deren Chronifizierung nicht aufhalten, sodass er zwei Jahre nach Eheschließung und noch vor Markteinführung der Phosphodiesterasehemmer bei einem Urologen die Schwellkörperautoinjektionstherapie erlernt habe und seitdem nur noch auf diese Weise mit seiner Ehefrau Geschlechtsverkehr haben könne. Bei den parallel immer wieder gesuchten sexuellen Kontakten mit dicken Frauen sei er hingegen noch lange Zeit ohne Injektion gefäßaktiver Substanzen erektionsfähig gewesen – in den letzten Jahren dann aber auch nicht mehr. Während des Verkehrs mit seiner Ehefrau tauchen in der Phantasie ebenfalls dicke Frauen auf, was er als äußerst unangenehm empfinde und als Betrug an seiner Frau ansehe. Er vermute, dass er auch deshalb nur schwer erregt werden könne, denn er unterdrücke gewissermaßen die erregungsfördernden Phantasieinhalte. Dabei haben seine Phantasiebilder etwas Abstoßendes und Ekliges. Er empfinde diese dicken Frauen als behindert und gerade das erregt ihn sexuell. Wie sich später zeigen wird, hat Herr M. seit der Kindheit große Angst vor Ablehnung und bei einer dicken Frau seien diese Ängste in besonderer Weise besänftigt, denn er fühle sich diesen vollkommen überlegen.

Frau M. ist eine 34jährige, dunkelhaarige, normalgewichtige, attraktive Frau, die im Gesprächskontakt sehr gefasst wirkt und ihre Beziehung mit mühsam unterdrückter Wehmut rekonstruiert. Wegen der kurz nach dem Kennenlernen aufgetretener Erektionsstörung ihres Mannes sei es bei ihm zu einem Ausweichen vor Intimkontakten gekommen, die dann nur noch auf ihre Initiative hin zustande kamen. Sie habe darauf gedrängt, dass er einen Urologen aufsuche und sei mit der dann aufgenommenen Schwellkörperautoinjektionstherapie einverstanden gewesen, denn sie finde ihn auch körperlich sehr anziehend, wolle mit ihm Intimkontakte haben und dabei auch sein steifes Glied in sich spüren – Orgasmen, die sie dann erlebe, seien besonders intensiv. Es sei durch die Schwellkörperinjektionen daher zu einer Verbesserung ihrer sexuellen Beziehungssituation gekommen, auch wenn sie ihn während der intimen Interaktion immer als sehr „verkrampft“ erlebt hatte. Jetzt sei sie umso mehr bestürzt und „abgrundtief enttäuscht“, als sie vor 4 Wochen per Zufall in seinem Computer auf eine Fülle von Kontakten zu übergewichtigen Frauen stieß. Es sei eine

„regelrechte Liste“ gewesen und das alles sei für sie völlig unverständlich. Der Vertrauensverlust sei riesengroß, wie ein „Erdrutsch“. Sie frage sich, ob es zwischen ihnen überhaupt noch einmal eine Vertrauensbasis geben könne, d. h. ob er überhaupt in der Lage sei, ihr treu zu sein. Dabei sei es ihr Wunsch, mit ihm gemeinsam Kinder zu haben und eine vollständige Familie zu gründen.

Bei der Besprechung möglicher Therapieziele gaben beide an, dass zunächst die Vertrauensbasis wiederhergestellt werden müsse. Er: „Es soll wieder so werden wie früher...“; Sie: „Ich würde ihm gerne wieder vertrauen“. Ein wenig sei der Anfang gemacht: Seit den hier geführten Paargesprächen würden sie viel mehr miteinander reden („auch sonst“) als das früher der Fall war und mit einer Behandlung unter anderem die Hoffnung verbinden, dass sich dies so fortsetzen ließe; auch wünschten sie sich, dass zwischen ihnen wieder mehr Intimität möglich sei – und zwar bis hin zum Geschlechtsverkehr, der für sie eine besondere intensive Form der körperlichen Nähe bedeute. Hierzu erläutert sie, dass sie ihn „in sich spüren“ möchte und er, wie schön es sei, in sie einzudringen; beide bestätigen, dass sie hierfür „nun mal“ die Erektion benötigen und es sei dann eigentlich egal, ob diese durch Hilfsmittel herbei geführt worden sei oder nicht, wichtig sei, dass alles leicht und entspannt vor sich gehe und ohne Ängste. An diesem Punkt wendet sie dann ein, dass hinsichtlich seiner dysmorphophilen Neigung, besonders unförmige, übergewichtige Frauen als sexuellen Stimulus zu suchen, bei ihr Befürchtungen bestehen, dass er rückfällig werden könne oder auch, dass er beim Sex mit ihr gar nicht an sie, sondern an dicke Frauen denken würde.

Darauf wurde vor Therapiebeginn noch einmal verdeutlicht, dass sein paraphiles Muster ein lebenslang nicht veränderbarer Teil seiner Sexualstruktur sei, dieser Teil aber unabhängig von seiner Zuneigung zu ihr zu sehen ist – es handele sich um eine „Nebenströmung“, was heiße, dass es neben seinem auch sexuellen Interesse an ihr den paraphilen Stimulus gebe, der ihn selbst aber belaste und den er eigentlich nicht leben möchte. Entscheidend sei, wie sie das, was sie wirklich verbindet – nämlich die Zuneigung füreinander – wieder lebbar machen. Genau das sei durch die *Syndyastische Sexualtherapie* erreichbar. Dafür sei es eine gute Voraussetzung, dass jetzt Offenheit hinsichtlich seiner Neigung bei ihnen herrsche und so das Versteckspielen aufgehört habe. Auf diese Weise könnten sie später auch gemeinsam reagieren, falls die paraphilen Impulse an Intensität zunehmen sollten; in diesem Fall wäre auch der zusätzliche Einsatz von Medikamenten denkbar (s.u.), den sie jedoch – wegen der damit erzielten Reduzierung seiner sexuellen Impulsdynamik – auch gemeinsam entscheiden und mittragen müssten. Der sicherste Schutz vor einer erneuten Zerrüttung ihrer Beziehung sei jedoch, wenn sie diese selbst auf ein stabiles Fundament

stellen würden, indem sie sich jeweils des anderen sicherer werden würden – mithin die aufeinander gerichtete und bei ihm ja ebenso vorhandene, nichtparaphile oder „normophile“ Erlebnisseite so weit optimieren, dass sie beide Intimität miteinander genießen können. Dies führe zu einer Erhöhung der partnerschaftlichen und sexuellen Beziehungszufriedenheit und würde die Wahrscheinlichkeit eines „Rückfalles“ erheblich reduzieren.

Für beide Partner war die Beschreibung der *Syndyastischen Sexualtherapie* als Behandlungsangebot gut nachvollziehbar und erlebten schon nach den ersten „selbst verschriebenen“ neuen Intimerfahrungen wieder „viel mehr Nähe“ miteinander, wohl auch dadurch, dass sie ihm wieder traute, weil sie seine Offenheit spürte. So war auch früh seine paraphile Neigung Thema, zu der er bereitwillig Auskunft gab. Er berichtete, dass er zwangsläufig hin und wieder dicke Frauen sehe („die gibt es nun mal“) und ihm dann auch sexuelle Phantasien durch den Kopf gingen, aber das alles sei lange nicht mehr so drängend und intensiv wie früher; er meine auch, dies liege an der größeren Transparenz und dem jetzt entstandenen Vertrauen. Er sei „nicht mehr so alleine damit“, „muss nicht alles abschirmen“, „nicht dauernd lügen“ und das sei „eine große Entlastung“.

Die weiteren Therapiestunden zeigten durchgängig ein einander zugewandtes, für neue Erfahrungen aufgeschlossenes Paar. Überraschenderweise kam es jetzt auch nicht mehr zu Erektionsstörungen. Wie er meinte, liege das am Vertrauen, was jetzt entstanden ist, an der großen Nähe und dem Gefühl der Sicherheit mit ihr.

Die abschließende Entwicklung ging sehr rasant. Sowohl das Einführen des Penis als auch wenig später die sukzessiv vereinbarten Erweiterungen, mit Beckenbewegungen zu stimulieren und auch bei vaginaler Penetration bis zum Orgasmus zu gelangen (dabei klitorale Stimulation durch ihn) waren für beide ungemein positive Erlebnisse. Es kam jetzt vermehrt auch zu spontanen intimen Zusammenkünften, ohne dass dies immer zum Geschlechtsverkehr führen musste, wobei er meist vollständige Erektionen hatte. Beide waren dabei sehr genießend und konnten sich dem Anderen hingeben, was insbesondere bezogen auf ihn der Hervorhebung bedarf.

Therapeutische Interventionen beschränkten sich auf Hinweise, sich möglichst offen in die Intimsituationen zu begeben und diese nicht an vorher Erlebtem zu messen und die eigenen Regungen zu kommunizieren. Beide vertraten die Ansicht, dass sich die Kommunikation allgemein stark verbessert hätte und sich dies auch in der Intimkommunikation wiederfinde. Sie seien sehr glücklich und zufrieden mit dem Erreichten (vgl. die detaillierte Beschreibung der therapeutischen Vorgehensweise in diesem Fall in: Beier und Loewit, 2004).

Syndyastik und sexuelle Präferenz

In dem geschilderten Fallbeispiel könnte, äußerlich betrachtet von Art und Abfolge der Interventionen her der Eindruck entstehen, dass es sich bei der *Syndyastischen Sexualtherapie* um nichts „Neues“ handelt. Vom Bedeutungserleben und der Zielsetzung her gesehen liegt der Fokus jedoch auf der existenziell entscheidenden Ebene der unverzichtbaren psychosozialen Grundbedürfnisse und stellt somit die Sexualität in einen erweiterten Sinnzusammenhang. Damit kommt es – anders als in der klassischen Sexualtherapie – gerade nicht auf „Übungen“ an, die am Ende der Therapie zuvor beeinträchtigte Sexualfunktionen wieder verfügbar machen sollen, sondern auf die gegenseitige Erfüllung der Grundbedürfnisse (syndyastische Dimension) für beide Partner in ihrer ganzen Beziehung, das heißt einschließlich ihrer gemeinsamen Intimität, gegebenenfalls trotz beeinträchtigter Sexualfunktion (vgl. hierzu auch Kleinplatz & Ménard, 2007). Dies genau ist auch der Grund, warum bei einer Störung der sexuellen Präferenz bzw. Paraphilie die syndyastische Fokussierung eine sinnvolle therapeutische Strategie darstellt – sofern nämlich beiden Partnern an einer Verbesserung ihrer sexuellen und partnerschaftlichen Beziehungszufriedenheit gelegen ist und sich dies mit der dafür erforderlichen Selbstrücknahme innerhalb der Beziehung verbunden werden kann, was allerdings nur dann der Fall ist, wenn der paraphile Stimulus im inneren Erleben des Betroffenen nicht als bedeutsamer als die Bindung selbst angesehen wird. Dies zeigt zugleich, dass in der Diagnostik der Paraphilie die Exploration der drei Dimensionen von Sexualität (Bindung, Lust, Fortpflanzung) ein unverzichtbares Element darstellen sollte, weil dadurch die Auswahl der therapeutischen Möglichkeiten und damit verknüpfter Entwicklungschancen abschätzbar wird.

Literatur

- Ahlers, C.J., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Roll, S., Englert, H., Willich, S., Beier, K.M., 2009. How unusual are the Contents of Paraphilias – Prevalence of Paraphilia-Associated Sexual Arousal Patterns (PASAPs) in a Community-based Sample of Men. *J Sex Med.* doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01597.x.
- APA (American Psychiatric Association), 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition revised (DSM-IV-TR). Washington DC: APA-Press.
- Balint, M., 1965. *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Huber, Klett: Bern/Stuttgart .
- Bartels, A., Zeki, S., 2004. The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage* 21(3): 1155–66.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2004. *Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie*. Springer: Heidelberg.
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2005. *Sexualmedizin*. München, Jena: Elsevier, Urban & Fischer 2. Auflage.
- Beier, K.M., 2007. *Sexueller Kannibalismus*. München, Jena: Elsevier, Urban & Fischer.
- Bowlby, J., 1969, 1973, 1980. *Attachment and loss*. Vol. 1, 2, 3. New York: Basic Books.
- Brisch, K.H., 1999. *Bindungsstörungen: von der Bindungs-theorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kleinplatz, P.J., Ménard, A.D., 2007. Building Blocks Toward Optimal Sexuality: constructing a Conceptual Model. *The Family Journal: Counseling and therapy for couples and families* 15 (1): 72–78.
- Långström, N., Zucker, K.J., 2005. Transvestic fetishism in the general population: prevalence and correlates. *J Sex & Marital Ther* 31: 87–95.
- Montagu, A., 1987. *Körperkontakt*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Pfaff, D.W., 1999. *Drive: Neurobiological and molecular mechanisms of sexual motivation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Ponseti, J. et al., 2006. A functional endophenotype for sexual orientation in humans. *NeuroImage* 33, 825–833.
- Ruegg, J.C., 2001. *Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin*. Schattauer: Stuttgart.
- Savic, Ivanka et al. (2005) *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 102, 7356–7361.
- WHO, 1993. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.

Autor

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus. M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Universitätsklinikum Charité Campus Mitte, Freie und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin-Mitte, klaus.beier@charite.de

Virtuelle Nähe in Netzgemeinschaften – Chancen und Risiken

Karl Leidlmair)

Virtual intimacy in social networks – chances and risks

Abstract

Netsex is a controversial issue. It is stamped as a narcissistic withdrawal into a virtual reality on the one hand, and as sexual liberation on the other. In most cases these points of view remain merely theoretical and lack a practical understanding of the actual social interactions which take place in chatrooms. The present study is the result of qualitative research. It focuses on the often observed highly emotional relationships which develop between interlocutors in chatrooms. The intensity of such emotions is ordinarily investigated within the framework of quantitative research. My research instead investigates phenomena which can explain these strong emotional relationships. It is based on my own participation in the net.

Keywords: Netsex, research in chatrooms, reseach new media intimacy, cyber love.

Zusammenfassung

Sexualität im Netz ist ein kontroversiell diskutiertes Thema. Wird einerseits von einer narzisstischen Flucht in eine virtuelle Scheinwelt gesprochen, so wird andererseits erotische Kommunikation im Netz gelegentlich sogar als sexuelle Befreiung begrüßt. Bei diesen, zumeist nur theoretisch formulierten Standpunkten bleiben die tatsächlichen sozialen Interaktionsmöglichkeiten in Chatrooms wenig untersucht. Vorliegende Untersuchung ist das Ergebnis einer qualitativen Feldforschung. Besonderes Interesse weckte das mehrfach beobachtete potenzierte Beziehungserlebnis, das sich während eines Chats zu bestimmten Kommunikationspartnern einstellen kann. Die Intensität von Gefühlszuständen in Chatrooms wird in der Forschung zumeist quantitativ erfaßt. Im Rahmen dieser Untersuchung geht es um die Erforschung jener Phänomene, die zur Erklärung derart gesteigerter Emotionen beitragen und die unmittelbar aus der Teilnahme an einem Chat erschlossen werden können.

Schlüsselworte: Netsex, Chatforschung, Neue Medien, Intimität, Cyber-Love.

Spätestens seit Einführung des Web 2.0 sind Netzgemeinschaften – sogenannte social networks – ein wesentlicher Bestandteil der Internet-Community. Formal betrachtet handelt es sich hierbei um eine Gruppe von Internetbenutzern, die, zumeist fokussiert auf ein bestimmtes Thema, untereinander Informationen beruflicher oder auch privater Natur über verschiedenste Web-Anwendungen – seien dies Blogs, Newsgroups, Mailinglisten oder Chatrooms – austauschen.

Derartige Interessensgruppen bilden sich zu den verschiedensten Themen, die Palette reicht von Reiseberichten über Oldtimerclubs bis zu diversen Selbsthilfegruppen. Von all dem soll in meinem Vortrag allerdings nicht die Rede sein.

Mir geht es statt dessen um solche Netzgemeinschaften, bei denen die Suche nach sozialer Nähe und Partnerschaft, also sozial-expressives Verhalten im Vordergrund stehen. Selbst nach dieser Einschränkung dürfen wir jedoch nicht übersehen, dass wir es hier mit einem weiten Feld zu tun haben und dass Effekte, die möglicherweise in einer ganz bestimmten Anwendung zu beobachten sind, in einer ganz anderen dahingegen nur in abgeschwächter Form oder gar nicht vorkommen mögen.

So ist in letzter Zeit eine auffällige Vermehrung einschlägiger Plattformen zu beobachten, in denen gezielt unter Nutzung ganz bestimmter Auswahlkriterien nach einem Partner gesucht werden kann. Derartige Singlebörsen sind beispielsweise Parship.de, Elitepartner.de oder auch meetic.at. Daneben gibt es aber auch unzählige Kommunikationplattformen, in denen das Kennenlernen eher beiläufig, auf dem Wege einer Unterhaltung zustande kommt. Diese Unterhaltung kann entweder offline (beispielsweise über Gästebucheintragungen in die Seiten diverser sozialer Netzwerke wie etwa Facebook, StudiVZ, Myspace) oder auch online in Chatrooms erfolgen. Im Unterschied zu Gästebucheintragungen erfolgt die Kommunikation in Chatrooms synchron, sie setzt also die zeitgleiche Anwesenheit der Kommunikationspartner voraus.

Dies ist aber noch längst nicht alles. Die meisten Instant-Messenger – beispielsweise Skype, ICQ, Yahoo – bieten die Möglichkeit an, gezielt nach verschiedensten Kriterien einen Gesprächspartner (oder vielleicht sogar den Partner fürs Leben) zu finden.

In meinen eigenen Forschungen habe ich mich vor allem mit dem Phänomen des Chat beschäftigt. Welche speziellen Kennenlernprozesse sind in solchen Kommunikationsplattformen zu beobachten? Wie unterscheiden sie sich von den Erstkontakten im realen Leben? Ich bin dieser Frage in den Jahren 1997 bis ca 2000 in einigen Feldstudien nachgegangen, in denen ich als teilnehmender Beobachter in einem Erotikchatroom eigene Erfahrungen auf dem Channel sammeln konnte und durch den Aufbau eines privaten Kontakts zu den Chatmitgliedern auch einen Einblick auf das Geschehen hinter der Oberfläche gewinnen konnte. Schafft man nicht vorher eine solche Vertrauensbasis, wie es etwa in einer distanzierten Interviewersituation der Fall ist, so stößt man speziell in Erotikchats nur auf eine Mauer des Schweigens. Von Interesse waren für mich aber nicht nur die Erfahrungen mit anderen Chatmitgliedern, sondern insbesondere auch die Erfahrungen mit dem Medium als solches.

Was macht denn überhaupt den besonderen Reiz von Chatrooms aus? Was führt dazu, dass gerade Chatrooms immer wieder an prominenter Stelle in Zusammenhang mit Internetsucht erwähnt werden?

Aber fangen wir am besten ganz am Anfang an. Wie ist es mir bei meinen ersten Erkundungen des Chats ergangen?

In einer ersten Phase habe ich mich mit den technischen Möglichkeiten vertraut gemacht. Ich mußte zunächst einmal lernen, wie man beispielsweise ein eigenes Profil erstellt. Ein solches Profil dient zur Selbstdarstellung und ist gewissermaßen die Visitenkarte jedes Benutzers. Ich fand dann bald auch heraus, dass man nicht nur Nachrichten im öffentlichen Raum verschicken kann, die für alle lesbar sind. Daneben gibt es noch den sogenannten Flüstermodus, gemeint ist die Möglichkeit, Nachrichten privat an einen einzelnen Chatter zu versenden. Auch die im Chat verwendete Sprache war mehr als gewöhnungsbedürftig. Was bedeutet beispielsweise ein *sfg* usw.?

Mangels Identifikation war für mich der Chat daher am Anfang nichts anderes als eine Art Videospiele, in dem ich risikolos jeden Unsinn eintippen konnte. Man denke an virtuelle Motorradrennen, bei denen ein etwaiger Crash bei erhöhter Geschwindigkeit schlimmstenfalls zur Folge hat *game over*. Wollte ich jedoch einmal einen ernsthafteren Kontakt aufnehmen, so hatte ich den Eindruck, ich befände mich auf einer Gesellschaft, deren sprachliche Konventionen ich nicht kenne. Ständig war ich konfrontiert mit belanglosen Grußbotschaften oder unverständlichen Anspielungen, die ohne Wissen eines Insiders überhaupt nicht interpretiert werden konnten. Die Gruppe schien dem Neuling gegenüber zu mauern. Männliche Pseudonyme bekamen höchst selten eine Antwort, weibliche wurden dahingegen mit einer Fülle von sexuellen Anträgen überhäuft, auf die sie entweder gar

nicht reagierten oder sie aber im öffentlichen Raum mit Spott und Häme beantworteten. Bald hatte ich ernsthafte Zweifel, ob es sich hier denn überhaupt um einen Erotikchat handle.

Bestätigung fanden diese Zweifel, wenn man Selbstdarstellungen weiblicher Chatterinnen, wie beispielsweise die folgenden, liest:

Tine:

Chaotisch, vorlaut, unorientiert, unorganisiert, respektlos und viel zu frech. Und dies alles kompensiert sich in einer zwergenhaften Gestalt. Aber wie sagte schon einer der großen Dichter und Denker...oder wars ein Richter und Henker ...klein aber oho.

Das jetzt kurz und knapp zu mir und jetzt zu Dir. Eins schreibe Dir hinter Deine Löffel...ich bin hier, weil ich Spaß haben will und mit lieben netten Menschen chatten möchte. Anmachen auf der niedrigsten Stufe können bei mir heftige molekulare Reaktionen hervorrufen. Kurz gesagt...ich mag das nicht und reagiere allergisch auf so etwas. Und wenn Du Deine, wahrscheinlich durch zuviel freigewordene Hormone, entstandene Message, nicht öffentlich mit einer überaus fiesen Bemerkung wiederfinden möchtest...laß' es lieber direkt. Bist Du aber ein netter Mensch, der quatschen möchte, ist immer Platz für Deine Message auf meinem Bildschirm und ich werde mir immer die Zeit nehmen Dir zu antworten.

Ich bin jetzt seit über einem dreiviertel Jahr in diesem Chat und habe dabei Menschen kennengelernt, die unterschiedlicher nicht sein könnten.

Natürlich waren auch Enttäuschungen dabei, aber die waren schnell vergessen. Ich habe Freunde hier gefunden, die ich für nichts in der Welt eintauschen würde.

Ihr seht, der Chat macht mir Spaß und deshalb möchte ich Euch bitten mir diesen nicht zu verderben, sondern einfach daran teil zu haben.

Achso, falls Du gerade in Deinen Gedanken eine Frage nach meinen Vorlieben konstruierst... hier schon die Antwort – ich bin frigide, asexuell, verklemmt und vertrete immernoch die Bienchen und Blümchen Theorie. *fg*

Von Tine gibt es leider kein Bild

Weibchen:

Nachdem sich einige beschwert haben, daß ich hier keinen text habe, dacht ich, daß ich am besten den satz reinschreibe, über den einige schon

geschmunzelt haben:

LEUTE, BITTE NICHT PRIVAT – DANKE!

(((((-;

Von Weibchen gibt es auch kein Bild

Mein erster Eindruck war: Dies ist höchst langweilig. Rasch mußte ich feststellen, daß ich, um mich überhaupt in diesem Chat orientieren zu können, mich fürs erste mit der Gruppe vertraut machen sollte, um so deren – zumeist verdeckte – Anspielungen verstehen zu können. Somit entschied ich mich zunächst einmal an den Gesprächen im öffentlichen Raum teilzunehmen. Wegen der raschen Abfolge der Meldungen hatte ich jedoch eine ziemliche Mühe, den verschiedenen Gesprächssträngen, die sich kreuzten, zu folgen. Meine Antworten erfolgten daher ohne längeres Nachdenken, wurden ganz spontan, gewissermaßen aus dem „Bauch“ abgeschickt.

Nach dieser ersten Erkundungsphase stellte sich dann aber ein erstaunliches Phänomen ein. Statt mich noch länger auf die Tastatur, den Monitor und die verschiedenen Chatkommandos zu konzentrieren, fand ich mich plötzlich in einer direkten Gesprächssituation mit scheinbar realen Personen wieder. Ich fühlte mich in einen Zustand versetzt, in dem die technische Benutzeroberfläche, die Chatkommandos und die textbasierten Nachrichten aus dem Zentrum meiner Aufmerksamkeit verschwanden und vor deren transparenten Hintergrund erst einzelne Personen hervortreten konnten. Fast hatte ich den Eindruck, als ob die Buchstaben eine Stimme erhielten. Ein solches Verschmelzen mit den technischen Prothesen des Chat wird von Mihaly Csikszentmihalyi auch als Zustand des *Flow* bezeichnet. Dieser Zustand wird von einer besonderen *Sogwirkung* begünstigt, die von diesem Medium ausgeht.

Das ursprünglich als Smalltalk wahrgenommene Geplauder entpuppt sich dabei als gruppenspezifisches Geschehen, in dem Geschichten inszeniert werden: Sich entwickelnde Sympathien und Idiosynkrasien werden nicht beschrieben, sondern sprachlich konstruiert und auf diese Weise zugleich erfahren und ausgelebt. Natürlich spielt sich ein Großteil der Unterhaltung nach wie vor auf der Ebene des unverbindlichen Geplauders ab. Dies ist aber, wie ich nach einem längeren Aufenthalt im Chat beobachten konnte, nur die Anlaufstelle, vor deren Hintergrund sich intensive Bindungen zwischen den einzelnen Chattern, aber auch zur Gruppe entwickeln.

In Chats, in denen die von Teilnehmern eingerichteten Räume – sogenannte „Separees“ – öffentlich angezeigt werden, (vgl. Abb. 1) entsteht bei manchen Chattern sogar der optische Eindruck einer räumlichen (und sozialen) Nähe zwischen den in diesen „Separees“ anwesenden Teilnehmern. Und dies obwohl die in einem Separee anwesenden Chatter tatsächlich von verschiedenen, räumlich weit entfernten Computern aus miteinander kommunizieren. Gerüchte kommen auf, die hinter dieser scheinbaren Nähe sogar eine intimere Beziehung vermuten.

Erst viel später, als ich auch private Kontakte zu verschiedenen Chatmitgliedern aufbauen konnte, wurde mir dieser Eindruck von vielen Seiten bestätigt. Moni (35, verheiratet, zwei Kinder) vertraute mir einmal an, dass sie während des Chatters zuweilen glaubte, auch die Stimme ihres Chatpartners zu hören. Dies ist ein typisches Chatphänomen. Sie sagte, sie habe im Chat einen Gesprächspartner gefunden, der ihr wesentlich vertrauter sei als ihre real bestehenden Bindungen: Eltern, Ehepartner, Freundinnen und Kolleginnen. Moni fand ein prägnantes Bild für das Geschehen im Chatroom. Die Maustaste sei, wie sie meinte, ein „verlängerter Zeigefinger zur Seele einer anderen Person“. Bei dieser Beziehungsentwicklung können Gefühle entstehen, die von den Betroffenen als „Liebe“ oder „Verliebtheit“ beschrieben werden. Dieses Phänomen tritt selbst in Situationen auf, in denen die Chatpartner nicht einmal vorher Fotos ausgetauscht hatten. Dazu eine Beschreibung von „Chatterlove“, die ich im Forum eines Chats gefunden habe.

Hmm...also ich hab mit dem Chatten angefangen, weil ich dachte dass es ein netter Ausgleich zu meinem RL Leben sei. Ich dachte immer chatten ist sowas, was man nicht ganz ernst nehmen kann...aber da sollte ich mich noch gewaltig täuschen.

Tja...aber was ich mir nun wirklich niemals hätte erträumen lassen, daß man per Internet auch Menschen kennenlernen kann, die einem so viel bedeuten, dass man fast von Liebe reden kann...bei denen man nur anfängt zu zittern,

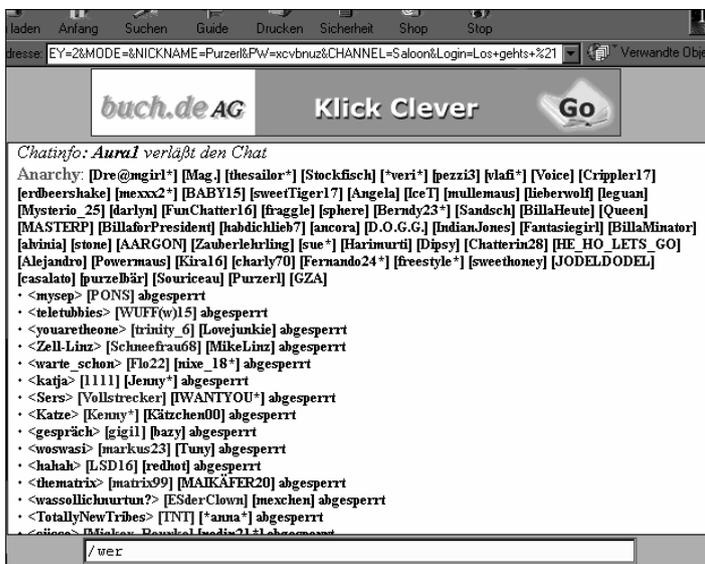


Abb. 1 Von Teilnehmern „abgetrennt“ eingerichtete Räume – sog. „Separees“

wenn man ihren Namen im Chat liest...wegen denen man Stunden vor dem Handy verbringt, nur weil man auf einen Anruf wartet...und wegen denen man sich ernsthaft überlegt so viele Tage wie möglich in einer fremden Stadt zu verbringen, nur um so lange wie möglich in der Nähe zu sein.

Tja...was macht man nun, wenn aber genau dieser Fall eintritt und man nicht weiß, wie der andere darüber denkt...jedenfalls nicht das, was er sagt, glauben kann, da man selbst weiß, dass er eine Art hat, die die Frauen eben begeistert und man weiß, dass er es weiß und es gnadenlos ausnutzt. Noch dazu wenn 600 km zwischen beiden liegen.

Ich weiß nicht, ob sowas wie Liebe durchs Internet möglich ist...aber ich weiß mittlerweile, dass es Dinge zwischen Menschen gibt, die man mit Worten nicht erklären kann und die ausserhalb unseres Wirkungskreises liegen.

Bis bald im Chat...*lächel*

Dodo

Diese starke Emotionalisierung in Online-Beziehungen hat Joseph Walter 1996 als *hyperpersonalen Effekt* in der Internetkommunikation bezeichnet. In einer vergleichenden Längsschnittstudie von Sophia McDowell, in der die Beziehungsentwicklung von 103 Online- und 103 Offline-Beziehungen hinsichtlich ihrer Entwicklungsgeschwindigkeit untersucht wurde, konnte dieser Effekt beobachtet werden, was auch die folgende Grafik (vgl. Abb. 2) deutlich zeigt.

Man sieht in dieser Grafik, dass die subjektiv empfundene Nähe zum Partner besonders stark am Anfang der Online-Beziehung ausgeprägt ist, um sich dann aber im Laufe der Zeit wiederum der Offline-Beziehung anzunähern.

Die spannende Frage war für mich: Wie kommt es zu dieser enormen Gefühlsintensität? Und wie ist die spezielle Sogwirkung von Chatrooms zu erklären?

Ich habe dazu fünf verschiedene Hypothesen aufgestellt, die allerdings nicht für sich allein stehen, sondern miteinander verzahnt sind:

Erste Hypothese: Geschwindigkeit des Nachrichtenflusses

Ein Grund für diese Sogwirkung ist die Geschwindigkeit des Nachrichtenflusses. Empirische Untersuchungen konnten belegen, dass bei Computerkonferenzen ab einer kritischen Teilnehmerzahl mehr Worte in einem bestimmten Zeitintervall ausgetauscht werden, als dies bei

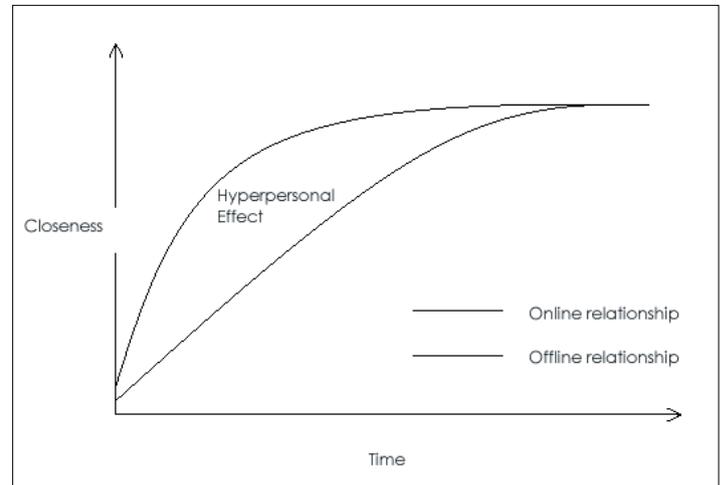


Abb. 2 Hyperpersonaler Effekt in der Internetkommunikation

mündlichen Diskussionsrunden der Fall ist. So werden bereits bei 12 Teilnehmern an einer Computerkonferenz doppelt so viele Worte ausgetauscht als vergleichsweise bei einer mündlichen Gruppendiskussion (Vgl. Jan Pelz, 46). Im Unterschied zur mündlichen Kommunikation, bei der immer nur einer in einer Gruppe reden kann, tippen in einem Chatroom alle gleichzeitig, was eine hohe Lesekonzentration bedingt und eine Sogwirkung fördert, der man sich schwer entziehen kann.

Zweite Hypothese: Fehlendes Ausagieren

Darüber hinaus haben wir im Chat nicht die Möglichkeit, Emotionen über Gestik und Mimik *ausagieren* zu können. Moni beschrieb diese Situation so, als fehle ihr der Körper als „Blitzableiter der Seele“. Sie sitze stundenlang – und zwar immer in der gleicheh Körperhaltung – vor dem PC und sei sozusagen „ungeschützt“ der textbasierten Kommunikation ausgeliefert. Ihre einzige Möglichkeit, ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen, sei der getippte Text.

Dritte Hypothese: Fehlendes Hörerrückmeldeverhalten

Weshalb Nachrichten bei den LeserInnen ungebremst ankommen, hängt auch mit dem fehlenden Hörerrückmeldeverhalten zusammen. Im Chat gibt es keine Rückmeldungen von den Zuhörenden, beispielsweise als emphatische Kommentare, finsterer Gesichtsausdruck und Ähnliches. Diese regulierende Funktion der gesprochenen Kommunikation fehlt in der Chat-Kommunikation. Der Sprecher hat somit keine Kontrolle darüber, wie seine Äußerungen bei seinem Kommunikationspartner ankommen.

Vierte Hypothese: Chatsprache

Das Fehlen der nonverbalen und stimmlichen Kommunikationsmittel führt dazu, dass man rezeptiver, aufmerksamer und empfindlicher wird für die textliche Botschaft. Eine besonders hohe emotionale Ladung bekommt die Chat-Sprache wegen ihres Bemühens, Momente der Körpersprache und der stimmlichen Verlautbarung durch entsprechende Sonderzeichen zu kompensieren und dergestalt das Schreiben möglichst einem Reden anzugleichen. Dies erfolgt durch Aktionswörter (*Bierflasche hol...plop...zisch*), durch eigene Kürzel für die Mimik (*grins*, *smile* usw.), durch Gestik und Gebärdensprache (*wink*, *handschüttel*) und schließlich durch Emotionsausdrücke (Smiley; zwinkernder Smiley; Frowny). In den angegebenen Beispielen werden Äußerungen nicht dazu verwendet, Tatsachen zu beschreiben, sondern etwas zu tun, indem man es tippt. Statt um Feststellung von Tatsachen geht es in der Chat-Sprache um performative Äußerungen, nicht Prosa, sondern Drama ist angesagt.

Fünfte Hypothese: Projektion und Anonymität

Häufig wird aus dem einfachen Grund gechattet, im Chatroom Beachtung und Anerkennung zu finden. Dabei werden Gefühle in die Chat-PartnerInnen projiziert, wie es in dieser ausgeprägten Form in der Face-to-Face Kommunikation nicht der Fall ist. Dass ein *Hallo* als unterkühlt, ein *wink* als warmherzig interpretiert wird, kann weder über die Stimmlage noch über Mimik und Gestik ermittelt werden.

Die Anonymität der beteiligten Personen begünstigt eine wechselseitige Idealisierung der Kommunikationspartner, die bei einer längeren Kommunikation sich sogar verstärken und hochschaukeln kann. Es ist also diese durch die Angabe eines Pseudonyms gewährleistete Anonymität, die mehr Offenheit, subjektiv empfundene Nähe, aber auch – die Kehrseite der Medaille – Aggressivität zulässt. Der Chat ähnelt hier der Begegnung zweier Fremder im Zug, die gerade über ihre Fremdheit zu einer Vertrautheit finden, wie sie selbst im eigenen Freundes- und Bekanntenkreis nicht möglich ist.

Was läßt sich daraus schließen?

Versucht man die Auswirkungen von Online-Beziehungen auf gesellschaftliche und partnerschaftliche Veränderungen abzuschätzen, so wird die gegenwärtige Diskussion von zwei miteinander konkurrierenden Theorien beherrscht.

Aus technikkritischer Sicht wird das Leben im Netz als virtueller Eskapismus gebrandmarkt, bei dem durch den risikolosen und raschen Konsum an menschlicher Nähe stärkere soziale Bindungen durch schwächere ersetzt werden (vgl. Kraut, 1998). Im Anschluß an Jean Baudrillards Simulationsbegriff ist sogar von einer Deformierung der Wirklichkeit, einer Auflösung realer Beziehungen in einer bloßen Scheinwelt die Rede.

Die Möglichkeit, in virtuellen Gemeinschaften ohne Risiko und tatsächlicher Verantwortung ‚Intimität‘ konsumieren zu können, führe zu einem Verlust an Authentizität, längerfristig zu fragmentarisch voneinander abgeschotteten Kommunikationsinseln (Habermas, 1995) und schließlich zu einer Vereinsamung des Netznutzers bis zum Unvermögen, überhaupt noch reale Beziehungen eingehen zu können. Erotische Kommunikation im Netz wird als narzisstische Triebbefriedigung angesehen.

In vielen Fällen ist die Anonymität jedoch nur der erste Schritt in einem komplexen Bindungsgeschehen – vom unverbindlichen Geplauder über private Mitteilungen bis zum Austausch von E-Mail-Adressen, Bildern und Telefonnummern –, das früher oder später in eine reale Begegnung umschlagen kann. Nicht zuletzt zeigt sich dies bei den mehrmals jährlich stattfindenden Treffen der ChatterInnen (wobei die Chatter beim ersten Treff Namensschilder mit ihren „nicknames“ tragen).

Auf diese Weise kommt es durchaus zu Verantwortungs- und Verpflichtungsgefühlen gegenüber den Chatpartnern und zunächst virtuell eingegangene Bindungen werden real erprobt und gegebenenfalls fortgesetzt – bis hin zu ehelichen Gemeinschaften.

All diese Befunde zusammen genommen bringen uns zu einer gänzlich anderen Interpretation des Chatgeschehens. In deutlicher Abgrenzung zum technikkritischen Ansatz wird das neue Leben im Netz als eine Möglichkeit betrachtet durch das Fehlen der körperlichen Präsenz frei agieren zu können.

Sind wir im realen Leben geprägt durch soziale Rollen, durch Kleidung und körperliche Erscheinung, so fallen dank Anonymisierung und textbasierter Kommunikation derartige Einschränkungen und mit ihnen verbundene Vorurteile weg. Damit stehen allein Einstellungsgemeinsamkeiten und Kommunikationskompetenz im Vordergrund der Netzkommunikation. So beschreibt beispielsweise Nicola Döring das Kennenlernen im Internet als ein Kennenlernen von „Innen nach Außen“ (vgl. Döring, 2003, 11). Die Chatkommunikation wäre nach dieser Interpretation nichts anderes als eine Erweiterung und Ergänzung realer Beziehungen unter Nutzung anderer kommunikativer Mittel.

Was ist also das Chatgeschehen: Eine Gefahr oder eher eine Chance?

Um diese Frage beantworten zu können, bräuchten wir allerdings objektive Daten. Feldstudien, wie ich sie anfänglich unternommen habe, zeichnen sich zwar durch eine hohe ökologische Validität aus und helfen dabei, einen ersten authentischen Zugang zum Phänomen der Intimkommunikation im Netz zu gewinnen. Für eine Objektivierung der zunächst anekdotisch erhobenen Befunde wären allerdings weitere systematische Online-Befragungen erforderlich, in denen gezielt die Partnersuche, das Kennenlernen und der Verlauf der Online-Beziehung untersucht werden. Gibt es dazu bereits erste Ergebnisse in Form von Querschnitts- bzw. Längsschnittstudien? Nicht wirklich. Ich bin in meinen Recherchen Verweisen auf derartige Studien nachgegangen. Leider mußte ich dabei feststellen, dass entweder die angegebenen Quellen fehlen oder dass es sich um Studien handelt, bei denen intime Online-Beziehungen gar nicht Gegenstand der Untersuchung waren. Dazu ein Beispiel.

Nicola Döring behauptet, dass Personen, die sich im Netz verlieben, sich in psychosozialer und soziodemographischer Hinsicht nicht von Personen unterscheiden würden, die keine entsprechenden Beziehungserfahrungen hätten. Sie bezieht sich dabei auf die Studie von Katz und Aspden aus dem Jahre 1995 „A Nation of Strangers?“. Bei einer genaueren Betrachtung dieser Studie ergibt sich allerdings ein etwas anderes Bild.

In einer repräsentativen Telefonumfrage konnten die Verfasser zwar feststellen, dass häufige Benutzer des Internet sich in ihren realen sozialen Kontakten – gefragt wurde hierbei nach der Zugehörigkeit zu religiösen, Freizeit und politischen Organisationen – kaum von Nichtbenutzern unterscheiden. In der Studie wurde auch noch berichtet, dass ca. 65% der Internetbenutzer, die über das Netz Freundschaften geschlossen hatten, diese auch real trafen. Von intimen Netzbeziehungen war aber in dieser Studie überhaupt nicht die Rede. Die Art der Freundschaft war nämlich, was von den Autoren auch ausdrücklich betont wurde, nicht Gegenstand der Befragung.

Online-Befragungen zur Cyberliebe dürften sich daher auch nicht undifferenziert auf den Internetgebrauch beziehen, sondern müßten gezielt die verschiedenen Intentionen der Benutzer befragen und dabei auch die verschiedenen medialen Randbedingungen miteinbeziehen.

Ein Internetbenutzer, der beispielsweise Skype verwendet, um sich mit seinem räumlich getrennten Partner zu unterhalten, befindet sich in einer vergleichsweise gänzlich anderen Situation als ein Teilnehmer eines Ero-

tikchats. So fehlt beispielsweise die von mir in Chatrooms beobachtete Geschwindigkeit des Nachrichtenflusses in einer One-to-One-Kommunikation, wie sie in einem Instant-Messenger stattfindet. Verschiedene Kontaktmedien lösen eben verschiedene Effekte aus.

Somit bleibt immer noch die Frage offen: Was sind denn das für Menschen, die intime Kontakte über das Netz knüpfen? Unterscheiden sie sich untereinander je nach gewähltem Kontaktmedium? Sind sie anders als Menschen, die keine Kontakte über das Netz knüpfen? Ändert sich ihr Verhalten im Laufe der Chatkommunikation und wenn auf welche Weise? Wie stabil verlaufen solche Beziehungen? Dazu fehlen genauere Informationen. Hier ist noch ein weites Feld für die zukünftige Forschung.

Literatur

- Csikszentmihalyi, M., Csikszentmihalyi, I.S. 1988. *Optimal Experience: Psychological studies of flow in consciousness*. New York: Cambridge University Press.
- Csikszentmihalyi, M. 1992. *Flow: das Geheimnis des Glücks*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Habermas, J., 1995. Aufgeklärte Ratlosigkeit. *Frankfurter Rundschau*, 30.12.1995.
- Döring, N., 2003. Internet-Liebe: Zur technischen Mediatisierung intimer Kommunikation. In: Joachim Höflich & Julian Gebhardt (Hrsg.), *Vermittlungskulturen im Wandel: Brief – E-Mail – SMS*, 233–264.
- McDowell, S. W., 2001. *The Development of Online and Offline Romantic Relationships*. A Turning Point Study. Zugriff am 15.11.2008. Verfügbar unter: <http://www.internetromance.org/thesis.htm>.
- Katz, J. & Aspden, P., 1997. A nation of Strangers? Friendship patterns and community involvement of Internet users. In: *Communications of the ACM*, 40 (12), 81–86.
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukophadhyay, T., Scherlis, W., 1998. Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? In: *American Psychologist*. 53 (9), 1017–1031.
- Pelz, J., 1995. Gruppenarbeit via Computer. Sozialpsychologische Aspekte eines Vergleichs zwischen direkter Kommunikation und Computerkonferenz. Frankfurt a. Main: Peter Lang.
- Walther, J.B., 1996. Computer-mediated Communication: Impersonal, Interpersonal and Hyperpersonal Interaction. In: *Communication Research* 23, 3–43.
- Zimmerl, H. D., 1998. „Internetsucht“ Eine Neumodische Krankheit? Versuch einer Antwort anhand einer Untersuchung der Applikation: Chatroom. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 21 (4), 19–34.

Autor

Prof. Dr. Karl Leidlmair, Institut für Psychologie, Universität Innsbruck, Bruno-Sander-Haus, Innrain 52, A – 6020 Innsbruck, Austria, karl.leidlmair@uibk.ac.at

Bindungsverhalten bei Männern mit bisexueller Praxis

Elisabeth Imhorst

Men who practice bisexuality

Abstract

Parts of a hypothesis generating psychoanalytic study are presented. Ten homosexual men married to women and older than fifty years from a non-clinical population were interviewed twice between 2006 and 2007. The sample was recruited from within and outside the homosexual scene. The aim was to learn more about the development and transformation of sexual identity after puberty. Of special interest were the factors that influence the spontaneous change of sexual preferences. Why is it so important to some men to remain in a heterosexual marriage and how is this related to bisexuality? The evaluation of the results was resource oriented.

All ten men had a primary homosexual orientation, but not all of them considered this to be an option for their lives by the end of puberty. Eight out of ten used their feminine aspects of personality, which at the same time created problems for their masculinity, to establish a relationship with a woman. The marriage gave them room for the development of their masculinity. As soon as their inner sense of masculinity had been sufficiently established, four of the eight men managed to live an outspoken homosexual and socially integrated life. Those two men who were afraid of being "just" homosexual, defined themselves as bisexual. Two other men, both of whom having lived bisexually for many years, did not manage to achieve a coherent self-concept and were not able to tell what their sexual identity was.

Keywords: Sexual orientation, sense of masculinity, bisexuality

Zusammenfassung

Es werden Teilergebnisse einer Hypothesen generierenden psychoanalytischen Studie vorgestellt. Zehn mit Frauen verheiratete homosexuelle Männer über 50 aus einer nicht-klinischen Population, die innerhalb und außerhalb der homosexuellen Szene rekrutiert wurden, wurden in den Jahren 2006 und 2007 je zwei Mal interviewt. Ziel war es, mehr über Entwicklung und Transformation sexueller Identität ab der Pubertät zu erfahren. Besonders interessierten die Fragen, wie und unter welchen inneren Voraussetzungen es zu dem kommt, was als spontaner Wechsel der sexuellen Präferenz imponiert, warum es einigen Männern so wichtig ist, (heterosexuell) verheiratet zu bleiben, und was das alles

mit Bisexualität zu tun hat. Die Auswertung erfolgte mit einem explizit Ressourcen orientierten Ansatz.

Die bevorzugte sexuelle Präferenz war bei allen zehn Probanden die homosexuelle. Dies war jedoch am Ende der Pubertät nicht für alle interviewten Männer eine lebbare Option. Acht der zehn Probanden nutzten ihre starke weibliche Seite, die ihnen zugleich Probleme hinsichtlich ihrer Maskulinität bereitete, um eine Ehe mit einer Frau einzugehen. Die Ehe fungierte dann als Entwicklungsraum für Männlichkeit. Sobald das Männlichkeitsgefühl innerlich sicher etabliert war, gelang es vier von acht Männern, ein offen homosexuelles und sozial integriertes Leben zu führen. Als bisexuell definierten sich in dieser Studie die beiden Männer, die Angst hatten, „nur“ homosexuell zu sein. Zwei weiteren Männern, beide mit jahrelang parallel gelebter bisexueller Praxis, gelingt es nicht, ein stimmiges Selbstkonzept zu entwickeln. Sie sagen, sie wüssten nicht, was sie sind.

Schlüsselworte: Sexuelle Orientierung, Männlichkeitsgefühl, Bisexualität

Einleitung

Wenn wir heute von Entwicklung als lebenslangem Prozess ausgehen (vgl. Peters, 2004) und die Freudsche Annahme von der menschlichen Bisexualität¹ ernst nehmen, so kann es weder verwundern, dass es bisexuell lebende Männer² gibt, noch dass bei einigen Männern im Laufe ihres Lebens ein Wechsel der sexuellen Präferenz beobachtbar ist, meistens von hetero- zu homosexuell. Da aber sexuelle Präferenzen im allgemeinen als stabil gelten, stellt sich die Frage, wie es zu verstehen ist, dass bei eini-

¹ Freud (1905, 44, Fußnote) schreibt in den *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*: „dass alle Menschen der bisexuellen Objektwahl fähig sind und dieselbe auch im Unbewussten vollzogen haben.“

² Natürlich gibt es auch Frauen mit bisexueller Praxis. In dieser Arbeit geht es jedoch ausschließlich um homosexuelle Männer. Eine Diskriminierung von Frauen ist damit nicht beabsichtigt.

gen Männern ein Umbau der Geschlechtsidentität³ (vgl. Mertens, 1992) statt zu finden scheint.

Welche individuellen psychischen Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit ein Mann von den gesellschaftlich gesehen neuen Möglichkeiten (vgl. Hergemöller, 1999), offen homosexuell zu leben, Gebrauch machen kann?⁴ Was befähigt verheiratete Männer mit oder ohne homosexuelle Praxis, ihre oft langjährige Ehe aufzugeben, um mit einem Mann zu leben, während anderen die Umsetzung dieses Wunsches von außen betrachtet zwar gelingt, aber ohne dass sie damit glücklicher wären als vorher? (vgl. Imhorst, 2005) Warum suchen nicht wenige Männer mit bisexueller Praxis nach Kompromissen mit ihrer Ehefrau, um an der Ehe festhalten und gleichzeitig homosexuell leben zu können?⁵ Wie sehen sich diese Männer selbst? Ändert sich ihr sexuelles Selbstverständnis im Laufe ihres Lebens und wenn ja wodurch?

Fragestellung und Methodik

Wie entwickelt sich sexuelle Identität ab der Pubertät? Welche Transformationen durchläuft sie? Welche Freiheitsgrade hat sie? Dieser Frage widmete sich meine Untersuchung an einer Untergruppe von älteren, vor 1960 geborenen, heterosexuell verheirateten homosexuellen Männern aus einer nicht-klinischen Population.

Ich führte während der Jahre 2006 und 2007 mit zehn Männern je zwei psychoanalytische Interviews, die ton-technisch aufgezeichnet und transkribiert wurden und zu denen die nonverbalen Mitteilungen und die Übertragungssituation jeweils in einem „Clinical Scan“ (Freedman et al., 2004) erfasst wurden. Es kamen noch das Protokoll der Forschungssupervision hinzu, die jeweils zwischen den beiden Interviews bei einem forschungserfahrenen Psychoanalytiker stattfand, sowie ein Papier mit meinen ersten Hypothesen. Das war der Rohdatensatz für jeden der zehn Probanden.

Die psychoanalytische Auswertung zielte auf ein explizit Ressourcen orientiertes Verständnis, wie jemand

³ Nach Stoller (1979) besteht die Geschlechtsidentität aus drei Komponenten: Kerngeschlechtsidentität, Geschlechtsrollenidentität und Geschlechtspartnerorientierung. Im heutigen Sprachgebrauch wird Geschlechtsidentität oft synonym mit Kerngeschlechtsidentität gebraucht.

⁴ In Koch-Burghardts (1997) glänzender sexualsoziologischer Studie zu sexuellen Handlungsstilen und Stigma-Management waren es vor allem jüngere Männer, die ein sozial integriertes Leben als homosexuelle Männer führten.

⁵ Hutter et al. (2000, 177, Fußnote) erwähnen die „auffällig häufige Verwendung des Konzepts der Bisexualität bei verheirateten Männern mit regelmäßiger homosexueller Praxis.“

seine in der Pubertät, über die Realisierung der Onaniephantasien, deutlich werdende sexuelle Orientierung wahrnahm und wie er mit ihr umging, welche Veränderungen es im Laufe der weiteren sexuellen Entwicklung gab, wie sich das sexuelle Selbstverständnis entwickelte und veränderte, welche Beziehungen oder sexuellen Kontakte diese Männer im Laufe ihres Lebens gehabt hatten und welche Bedeutung ihnen aus ihrer Sicht zukam.

Für jeden Probanden wurden zwei Fallgeschichten geschrieben. Das verdichtete „Narrativ“ erzählte, wie jemand sich selbst sah – unter Berücksichtigung der obliegenden nachträglichen Umarbeitungen von Erinnerungen, der Brüche und Widersprüche in der Erzählstruktur sowie der Art, wie jemand seine sexuelle Beziehungsgeschichte in Szene setzte, um nur einige Aspekte zu nennen. Die zweite Fallgeschichte beinhaltete die „Psychoanalyse der sexuellen Entwicklung“ jedes Mannes: den fremden, metapsychologisch geschulten Blick. In einem weiteren Schritt wurde dieses reichhaltige Material der Fallgeschichten auf entwicklungspsychologische Gemeinsamkeiten hin untersucht.

Ergebnisse

Alle interviewten Männer waren ab der Pubertät homosexuell orientiert. Acht Männer⁶, alle stark weiblich identifiziert und verunsichert wegen ihrer Männlichkeit (vgl. Diamond 2004a, 2004b; Dammasch et al., 2009), nutzten die Ehe mit einer Frau zur Weiterentwicklung ihres Männlichkeitsgefühls. Nachdem sie sich in der Ehe – mit unterschiedlichem Erfolg – ihrer Normalität (auf ihre eigene Art männlich zu sein und genauso normal zu sein wie andere, sprich heterosexuelle Männer) versichert hatten, stand die Frage, wie sie mit ihrer bevorzugten homosexuellen „Partnerwahlorientierung“ (vgl. Mertens, 1992, 24ff) umgehen sollten, erneut zur Entscheidung an – diesmal mit größerer Dringlichkeit.

Die Hypothese von der „Ehe als Entwicklungsraum für Männlichkeit“ soll im Folgenden detaillierter ausgeführt werden. Dabei verweisen die kursiv gedruckten Passagen auf Zitate aus den transkribierten Interviews. Die römischen Ziffern verweisen auf die Probanden I–X.

Die bevorzugte homosexuelle Objektwahl, wie sie in den Onaniephantasien auftaucht, ist zwar seit der Pubertät auch für die Probanden selbst erkennbar oder hätte es, ex post betrachtet, sein können, aber sie erscheint inakzeptabel, unmöglich, nicht lebbar. „Das war also mehr im

⁶ Zwei der zehn Männer hatten kein Problem mit ihrer Männlichkeit. Beide definieren sich später als schwul. Von ihnen soll in dieser Arbeit nicht die Rede sein.

Untergrund vorhanden, aber ich hab's nicht wahrgenommen, sagen wir mal so, ich wollte es nicht wahrhaben.“ (VII) „Sehr früh hab ich gemerkt, dass ich halt mehr auf Männer steh. Das hab ich natürlich nicht zugegeben. Das war immer so'n Kampf. Ich wollt ja nicht so sein.“ (X) Sie fühlen sich in ihrer Adoleszenz nicht stark genug zu akzeptieren, dass sie sich sexuell mehr zu Männern als zu Frauen hingezogen fühlen. „Ich habe mich nicht getraut.“ (VII) „Ich hab mit offenen Augen von ner Freundin geträumt, aber auf Männerphantasien onaniert.“ (VIII)

Sie sind bewusst oder unbewusst mit der Befürchtung befasst, zu sehr weiblich identifiziert und (deswegen) nicht männlich genug zu sein oder als unmännlich zu gelten und deswegen abgelehnt zu werden. Die Gleichaltrigen, „*das waren schon so richtige Männer*“ (X). Die eigene angstvolle Phantasie, nicht männlich genug zu sein, wird nur durch den Mund anderer, durch den Vater oder die Ehefrau, formuliert: „*Schwierigkeiten in unserer Ehe, die wir durchaus hatten, kamen meines Erachtens eher von einer anderen Seite, dass ich generell für meine Frau, wie sie sich auch mal ausgedrückt hat, nicht so der richtige Mann war.*“ (II) Der Vater „*hat versucht, weil ich irgendwie zu meiner Mutter einen besseren Draht hatte, weil die einfühlsamer war, mich immer wieder von ihr zu entfernen.*“ (VII) Ein richtiger Mann zu sein und homosexuell, das schien zunächst unvereinbar.

„*Wir haben dagegen an geheiratet*“ (I) – gegen die Zweifel an der eigenen Männlichkeit mehr als gegen die Homosexualität. Die Homosexualität sollte zugleich versteckt und erhalten, geleugnet und anerkannt werden. Im Unbewussten ist das kein Widerspruch. Dem entsprach die bewusste Strategie, nicht über sich als Homosexuelle nachzudenken: „*Dass ich an sich in die Schublade schwul gehöre, das ist mir erst vor 10 Jahren oder so bewusst geworden. Damals habe ich mir überhaupt keine Gedanken darüber gemacht.*“ (IX) Die jungen Männer stellen ihre homosexuellen Wünsche zunächst zurück bzw. begrenzen sie auf den Bereich der Onanie und des Voyeurismus (anderen Männern hinterher schauen, Wäscheseiten im OTTO-Katalog ansehen). Sie behandeln sie wie unrealistische Jugend-Träume, die sie glauben, aufgeben zu müssen, an denen sie aber heimlich weiter hängen. Ihre Frauen wissen, „*dass ich Interesse für Männer habe.*“ (VII) Sie sollen es auch wissen. Ihr Schweigen wird von den Männern als Zustimmung begrüßt, dass sie so (homosexuell), wie sie sind, geliebt werden.

Die Sexualität mit der Frau wird immer wieder als „*sehr erotisch*“ und „*sehr schön*“ (VII) beschrieben. Vor allem die „*wunderschöne Haut*“, (V) die „*unglaublich zarte Haut*“ (III) begeistert. *Es war „immer ein schönes Gefühl dabei.“ (III) „Das mit der Haut, wie wir in der Sonne im Bett lagen und ich ihre Haut gespürt habe, das war unbeschwert.“ (V) Sexuell eher „Spieler“ als „Potenz-*

sportler“ sehen sie den Geschlechtsakt eher als „erfreuliches Beiwerk“ an. „Nacktsein ist eine zentrale Sache.“ (III) Die teils jahrzehntelangen Gespräche mit ihrer Frau vertiefen das gegenseitige Verständnis, helfen bei der Bewältigung von Ehekrise und führen zu einer großen „Vertrautheit“ und „innigen“ Verbindung. Nicht selten ist es oder wird es Liebe, wie sie später auch bei einem Mann ersehnt, aber selten angetroffen wird.

Ist „ein gesundes, kohärentes Gefühl von Männlichkeit“ (vgl. Diamond 2004a, 2004b, 2006, 2009) – basierend auf einem positiv besetzten Körperbild und einer Integration von männlichen und weiblichen Identifizierungen – innerlich sicher etabliert, dann ist es leichter, sich vor sich selbst und vor anderen als homosexuell zu bekennen und die Chancen eines veränderten gesellschaftlichen Klimas zu nutzen, um ein offen homosexuelles, gesellschaftlich integriertes Leben zu führen.

Wie geschieht nun die Weiterentwicklung der Männlichkeit in der Ehe? Was hier aus didaktischen Gründen als Abfolge beschrieben wird, verläuft in Wirklichkeit nicht linear, sondern eher spiralförmig. Der Entwicklungsprozess weist auch keinen phasenhaften Verlauf auf, sondern er vollzieht sich eher in Form von miteinander verschränkten Entwicklungslinien.

Entlastung

In einem ersten Schritt wird die eigene Weiblichkeit oder Männlichkeit auf die Ehefrau projiziert, was eine enorme Entlastung bedeutet, da ein innerer Konflikt externalisiert wird (männliche und weibliche Identifizierungen in sich selbst nicht integrieren zu können zu einem Gefühl, als Mann richtig zu sein) und sich in einer interpersonellen, gesellschaftlich und vom Über-Ich akzeptierten Konstruktion, der Ehe, aufzulösen scheint: „*dann lief's normal ab.*“ (VI) Der verheiratete homosexuelle Mann lebt zu Anfang der Ehe in Übereinstimmung sowohl mit seinem eigenen Ich-Ideal als auch mit dem gesellschaftlichen Ideal und erlebt die narzisstische Gratifikation, sich als richtiger Mann fühlen zu können und wie alle anderen, sprich heterosexuellen Männer zu sein. Zugleich sind in der unbewussten oder vorbewussten Phantasie, vor sich selbst verborgen oder auch nicht, die inneren geschlechtlichen Positionen ganz anders verteilt, z. B. ein Mann, der eine Frau sein und als Frau von einem Mann penetriert werden will.

Homosexuelle Phantasien sind während der ersten Ehejahre wie eine Hintergrundmelodie. Ins Bewusstsein gelangen sie meistens nur als Sehnsuchtsbilder. Die Onanie ist ihr Ort. Es wird nicht weiter über sie nachgedacht. Im Vordergrund der bewussten Aufmerksamkeit steht zunächst das heterosexuelle Leben als Ehemann und Vater.

Eheliche Sexualität

Die Ehefrau bestätigt dem Mann seine Männlichkeit: *„toll, ist der groß! Und von da an war alles einfach und schön“ (X)*. Die Männer erleben, dass sie ihre Frau befriedigen können, dass sie sich als gute Liebhaber fühlen können und als Männer in Ordnung sind: *„man sagt ja den Männern nach, sie sind Egoisten, geht ihnen nur um's eigene Tribleben, aber was die Partnerin macht, ist wurscht, ne. Das war also nie das meine. Ich hab im Grunde immer Bestätigung bei Frauen gesucht, nicht weil ich Minderwertigkeitskomplexe hatte, sondern mit zunehmendem Alter ging's mir mehr um die Lust der Frau als um meine.“ (VI)*

Alle acht Männer können den ehelichen Sex und das Zusammensein mit ihren Frauen (zunächst) genießen. Dies ist aus zwei Gründen möglich, zum einen weil sie in der Lage sind, den weiblichen Körper (mindestens präödpal) erotisch zu besetzen und zum anderen weil sie passager identifikatorisch an der sexuellen Lust der Frau partizipieren. Sie machen sich ihre weibliche Identifizierung zunutze, um im Gegenzug in ihrer Männlichkeit bestätigt zu werden. Zum Geschlechtsverkehr fähig zu sein und ihre Frauen sexuell und materiell befriedigen zu können, bringt sie nicht nur ihrem männlichen Ich-Ideal näher. Es stärkt über viele Jahre hinweg die libidinöse Besetzung des Selbst, d. h. – da das Ich immer ein körperliches ist (vgl. Freud, 1923, 253) – des männlichen Körpers und seines Penis. Diese vielfach wiederholte Erfahrung ermöglicht im optimalen Fall die Verinnerlichung einer stabilen männlichen Selbstrepräsentanz (auch als homosexueller Mann bin ich männlich). Dass ihre Frauen sie sexuell begehren, wenn auch nicht zu sehr und zu häufig, stabilisiert ihren Narzissmus zusätzlich. Es sorgt aber auch für Schuldgefühle, denn sie selbst begehren ihre Frauen nicht in gleicher Weise.

Vaterschaft

Die generative Potenz ist eine weitere Quelle, aus der sich die narzisstisch-libidinöse Besetzung des männlichen Selbst speist, auch wenn dies nicht für jeden einzelnen Mann gilt. Ein Kind gezeugt zu haben, ist der Ausweis für Männlichkeit schlechthin. Die in der Existenz eigener Kinder sichtbare Zeugungsfähigkeit hilft neben dem Bewusstsein, „ein guter Ehemann“ bzw. Liebhaber (geworden) zu sein, den verheirateten homosexuellen Männern, sich in ihrer Männlichkeit zunehmend sicher und stimmig zu fühlen.

Auf der Basis einer qua generativer Potenz erwiesenen und von der Ehefrau (anders als von den Eltern) gewürdigten Männlichkeit kann die Aneignung weiblicher Identifizierungen leichter gelingen. Sie bedrohen

das Männlichkeitsgefühl dann weniger oder gar nicht mehr. Der pflegende und erzieherische Umgang mit den Kindern vermittelt die Erfahrung, dass hierdurch die Männlichkeit bereichert und nicht bedroht wird. Nicht zuletzt ist es die Konfrontation mit der ödipalen Liebe der Kinder, die den eigenen Ödipuskomplex wiederbelebt und auf der Basis der bis dahin erreichten, sichereren Männlichkeit eine zweite Lösungs-Chance eröffnet für die aus seinem Untergang resultierenden Trieb- und Identifizierungsschicksale.

Je mehr sich das Männlichkeitsgefühl entwickelt, desto mehr drängt das in den „Hintergrund“ geschobene homosexuelle Begehren von den Rändern des Bewusstseins in dessen Zentrum, lassen die heterosexuellen Aktivitäten bzw. lässt ihr sexuelles Interesse an ihren Frauen nach. Das geschieht zunächst unmerklich und wird nicht selten projektiv bei der Ehefrau untergebracht, die nach der Geburt der Kinder weniger Sex will als ihr Mann, was dieser bewusst akzeptiert. Dahinter kann der verstärkte erotische Besetzungsabzug von der Ehefrau unbemerkt bleiben. Dass der eheliche Sex nachlässt, wird als normal angesehen, sodass die sich gegenläufig verstärkenden homosexuellen Wünsche und Aktivitäten noch viele Jahre lang in ihrer Bedeutung vor sich selbst verleugnet werden können. Die homosexuellen Phantasien werden in jedem Fall über die Jahre zu drängenderen homosexuellen Wünschen. Sie machen Kompromissbildungen notwendig, denn eine Trennung ist für die meisten in den ersten zehn Ehejahren undenkbar, sei es weil sie an den Gratifikationen der Lebensform hängen, weil sie mit den Kindern leben wollen oder weil sie wider besseres Wissen (und oft auch Wollen) hoffen, das mit der Homosexualität werde sich noch „legen“, und sie blieben der Entscheidung enthoben, was sie mit ihr machen. Die bis in die 90er Jahre hinein begrenzte Akzeptanz gegenüber offen homosexuell lebenden Männern kam noch dazu.

Die Kompromissbildungen sind, entsprechend den individuellen Biographien, vielgestaltig. Am häufigsten sind vermehrt eingesetzte homosexuelle Phantasien beim Geschlechtsverkehr, aber auch familiäre FKK-Urlaube oder der Vorschlag von „Partnertausch und Gruppensex“ kommen vor. Zu den Kompromissbildungen gehören auch diverse Spaltungsvorgänge, etwa zärtlichen Sex mit den Frauen zu leben, wilden Sex mit den Männern, oder die Liebe bei der Ehefrau unterzubringen, die anonymen homosexuellen Kontakte dagegen als unwichtiges „Abreagieren“ zu disqualifizieren. All dies kann den schleichenden libidinösen Besetzungsabzug nicht aufhalten. Die erotische Besetzung der Ehefrau wird allmählich geringer und schließlich aufgegeben, wenn die eigenen weiblichen Identifizierungen nicht mehr projektiv identifikatorisch bei der Ehefrau untergebracht werden müssen, sondern in ein positiv besetztes, sicheres männliches

Selbstbild integriert werden können. Diese psychische, d. h. innere Integrationsleistung ist Voraussetzung für eine Selbstdefinition als Homosexueller, für eine Trennung von der Ehefrau und der heterosexuellen Lebensform und für ein offen homosexuelles Leben. Sie gelingt nicht allen.

Es sind auch keineswegs alle Männer erfreut, dass ihre Homosexualität sich in der Ehe intensiviert, statt dass sie sich erledigt hätte. Die magischen, teils durchaus **bewussten** Hoffnungen, die Ehe werde die Homosexualität heilen, erfüllen sich bei keinem der Männer. Sie haben gedacht, *„jetzt läuft mein Leben so als Heterosexueller, aber das war dann nicht der Fall.“* (X), *„Wir haben uns ja geliebt und sind einfach davon ausgegangen, dass das aufhört“* (I), *„dass es sich irgendwann legen würde.“* (V) Dieser Gedanke ist ein zwiespältiger: *„Ich wollte es nicht weg haben. Ich hab gedacht, es ginge weg.“* (V) Es handelt sich eher um die Wunschphantasie, nicht mit den inneren und äußeren Konflikten um die eigene Homosexualität konfrontiert zu sein (wenn sich die Homosexualität „legen“ würde, wäre alles normal und gut), als um den Wunsch, nicht homosexuell zu sein.

Bewusst soll sich die Homosexualität in der Ehe legen, so wollte es auch der Zeitgeist, und – von ihm sicher mit beeinflusst – so wollten es auch die Männer, aber **vor**bewusst haben sie den Wunsch, von der Ehefrau nicht nur als Ehemann, sondern auch mit ihrer homosexuellen Seite, als homosexueller Ehemann akzeptiert zu werden, quasi als Voraussetzung, um sich selbst als normalen, aber eben homosexuellen Mann akzeptieren zu können. Auch deshalb sorgt die Hälfte der Männer bewusst oder unbewusst dafür, dass ihre Frauen von der Homosexualität wissen können, und nehmen deren ausbleibende Kritik oder ihr Schweigen als Akzeptanz. Oder sie suchen sich Ehefrauen, die dann später ebenfalls ein homosexuelles Coming out erleben, die also – wie sie selbst – jemand Gleichgeschlechtliches begehren.

Die Hoffnung auf Festigung ihrer Männlichkeit, der unbewusste Grund für die Ehe, erfüllt sich tatsächlich – allerdings mit der ungeahnten Konsequenz, dass sich die Frage der homosexuellen Objektwahl danach erneut und mit noch größerer Dringlichkeit stellt. Sie wird unterschiedlich beantwortet.

Homosexuell, bisexuell oder „ich weiß es nicht“

Vier Männer sehen sich als homosexuell. Sie akzeptieren ihre Homosexualität, nachdem die Frage des Homosexuellseins nicht mehr mit der Unsicherheit über die eigene

Männlichkeit kontaminiert ist. Sie sagen sinngemäß, eigentlich war ich schon immer schwul, ich wollte es nur nicht wahrhaben. Sie arbeiten ihre Erinnerungen um, suchen und finden Erklärungen dafür, dass sie erst jetzt zu ihrer Homosexualität stehen können. Sie freuen sich, endlich sie selbst sein zu können und sind glücklich und stolz angesichts der bewältigten Schwierigkeiten, ob sie nun die ersehnte homosexuelle Partnerschaft erreicht haben oder (noch) nicht.

Zwei Männer nennen sich bisexuell. Sie sehen sich durch die stärker gewordenen homosexuellen Tendenzen in ihrer mühsam errungenen (heterosexuell definierten, normalen) Männlichkeit bedroht, finden jedoch ein Lösung für ihre Homophobie, indem sie sich als „klassisch“ oder „gesund“ bisexuell definieren.

Zwei Männer sind unsicher und verwirrt. Sie sagen, sie wissen nicht, was sie sind. Sie finden, anders als die Männer mit bisexuellem Selbstverständnis, keine tragfähige Lösung in Sinne einer Identitätskonstruktion bzw. eines integrierten Selbstkonzepts. Es sind tragische Entwicklungen.

Während es denen, die sich als homosexuell definieren, gelingt, sich auf der Basis eines im Laufe der Ehe entwickelten, innerlich sicher verankerten Männlichkeitsgefühls zu ihrer homosexuellen Objektwahl zu bekennen und als Homosexuelle (mehr oder weniger) sozial integriert zu leben, und während sich die vom Selbstverständnis her Bisexuellen eine äußere Integration schaffen, in der die Tatsache, dass sie homosexuelle Kontakte suchen, durch die Tatsache, dass sie auch Sexualität mit der Ehefrau haben oder hatten, im Gleichgewicht gehalten werden muss und wird, sodass von der Homosexualität keine Bedrohung mehr für ihr männliches Selbstbild ausgeht, so gelingt es den bezüglich ihres sexuellen Selbstverständnisses verwirrten Männern nicht, das narzisstische und das erotische Moment, die Selbstliebe und das Sexuelle (vgl. Dejours, 2004) zusammen zu bringen, weder innerlich noch äußerlich. Das narzisstisch-sexuelle Bedürfnis, sich als normaler Mann fühlen zu können, wird in der Ehe untergebracht, während das homosexuelle Begehren – räumlich davon getrennt – in der Szene gelebt wird. Wie beides – innerlich und äußerlich – zusammengebracht werden könnte, ist für diese Männer eine chronisch ungelöste und unlösbare Frage.

Bei den hier beschriebenen Prozessen handelt es sich um eine Art Durcharbeiten, um progressive und regressive Bewegungen gleichzeitig. Sie können weitgehend unbewusst ablaufen, meistens sind sie vorbewusst. Die Krise der Lebensmitte, verschärft durch die ödipale Phase bzw. Pubertät ihrer Kinder, ermöglicht es den in ihrer Männlichkeit inzwischen hinreichend konsolidierten Männern, die unbewusste Verknüpfung von (passivem) Penetrationswunsch und Weiblichkeit aufzulösen und sich be-

wusst zu ihren homosexuellen Wünschen zu bekennen, d. h. auch den Wunsch nach Penetration zu akzeptieren (vgl. Blass 2008, 101). Dann reicht es nicht mehr, nur in der Phantasie mit einem Mann Sex zu haben. Dann muss es ein realer Mann sein.

Diskussion

Es handelt sich um eine Hypothesen generierende Untersuchung, die Einzelfallstudien mit Konzeptforschung (Dreher, 1998) verbindet. Es wird deutlich, dass eine bisexuelle „Lebensweise“ (Sigusch, 2001, 35) nicht notwendigerweise mit einem bisexuellen Selbstverständnis verbunden sein muss – fast im Gegenteil: Bei allen Probanden war die primäre Objektwahl eine homosexuelle, und sie blieben ihr (mindestens in der Onanie) treu. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Annahme der Stabilität bzw. Invarianz der sexuellen Präferenz. Eine bevorzugte sexuelle Präferenz zu haben und sie sich mittels pubertärer sexueller Aktivitäten anzueignen, ist das eine. Das andere ist der weitere Umgang mit ihr aufgrund einer nicht nur bewussten Prüfung der eigenen Grenzen und Möglichkeiten, auch der familiären und gesellschaftlichen, der vorhandenen Fähigkeiten, aber auch der eventuell zu revidierenden Ich-Ideale – etwa hinsichtlich der Männlichkeitsvorstellungen. Hier Spielräume zu suchen und zu nutzen, ist eine typisch adoleszente Entwicklungsaufgabe, die die Probanden mit viel Einfallsreichtum und unter Nutzung der Ehe als Entwicklungsraum für Männlichkeit bewältigt haben. Die Voraussetzung dafür, in der beschriebenen Weise von der Ehe mit einer Frau profitieren zu können, bestand paradoxerweise in genau der starken weiblichen Identifizierung, die zu den Problemen hinsichtlich ihres Männlichkeitsgefühls beitrug. Erst in allerjüngster Zeit wird es selbstverständlicher, von „Maskulinitäten“ (Person, 2006) im Plural zu sprechen und davon, dass „Maskulinität *keine* Domäne [ist], die ausschließlich heterosexuellen Männern vorbehalten ist“ (Diamond, 2009, 170, kursiv im Original). Sehr lange war das Bild von Männlichkeit stereotyp und Abweichungen in Richtung von mehr Femininität führten regelmäßig zur Zuschreibung von Homosexualität. Dieses Denken wirkte bis in die Wissenschaft hinein. Man denke etwa an die Forschung zum „sissy boy syndrome“ (Green, 1987).

Die Fähigkeit, offen homosexuell zu leben und ein positiv besetztes Bild von sich selbst als homosexuellem Mann zu entwickeln, hing in dieser Untersuchung davon ab, wie gut den Probanden die Revision ihres homophoben Über-Ichs und die Etablierung eines individuellen männlichen Ich-Ideals auf der Basis der je individuellen Mischung von weiblichen und männlichen Identifizie-

rungen gelang. Das war bei vier der acht interviewten Männer der Fall. Homophobie (vgl. Wiesendanger, 2002) hat sich als Begriff für die Angst vor dem Homosexuellen wie vor den Homosexuellen durchgesetzt, aber im Kern handelt es sich um „Femiphobie“ (Ducat, 2004) insofern als der Selbstanteil, der als weiblich erlebt wird, Angst erzeugt. Es ist die Angst, nicht männlich genug zu sein. Diese Angst wird von Familie und Gesellschaft oft genug bestätigt (ein Mann Mitte dreißig erzählte mir jüngst erst, dass sein älterer Bruder, als er von seiner Homosexualität hörte, sagte: „ich wusste gar nicht, dass ich eine kleine Schwester habe“). Sie bedarf dieser expliziten Bestätigung aber nicht.

Das Konzept der Maskulinität ist ein Brückenbegriff, der weder in der Geschlechtsrollenidentität noch in der Kerngeschlechtsidentität aufgeht. Er basiert auf Phantasien und Vorstellungen, die Teil des Selbstbildes und des Ich-Ideals sind.

Dass zwei der acht Männer gar nicht sagen können, was sie sind, ob homo-, hetero- oder bisexuell, obwohl faktisch die ursprünglich bevorzugte homosexuelle Objektwahl im Laufe ihrer Ehe(n) immer drängender wurde, deckt sich mit den Theorien über schwere Persönlichkeitsstörungen (vgl. Clarkin et al., 2001), zu deren Merkmalen eine Identitätsdiffusion gehört mit der Unfähigkeit, von sich selbst und den anderen ein integriertes Bild zu entwickeln.

Die Selbstdefinition, bisexuell zu sein, die von zwei der acht Männer in Anspruch genommen wird, ist nicht Ausdruck dessen, dass sie Mann und Frau gleich stark begehren. Sie stellt vielmehr eine identitäre und lebenspraktische Lösung dar für die das narzisstische Gleichgewicht bedrohende Vorstellung, als „eindeutig“ Homosexueller für unmännlich gehalten werden zu können und vor allem vor ihrem eigenen Über-Ich als unmännlich zu gelten. Dieser Befund stimmt mit der Annahme von Reiche (2000) überein, dass Bisexuelle immer Abwehr-Bisexuelle seien.

Ob es also stimmt, „dass es zu allen Zeiten Menschen gegeben hat und noch gibt, die Personen des gleichen wie des anderen Geschlechts zu ihren Sexualobjekten nehmen können, ohne dass die eine Richtung die andere beeinträchtigt.“? (Freud, 1937, 89) Diese Frage muss offen bleiben. Um die Erscheinungsformen manifester Bisexualität psychodynamisch besser zu verstehen, sind weitere Untersuchungen notwendig,

Literatur

- Blass, H., 2008. Wann ist ein Mann ein Mann? Männliche Identität zwischen Narzissmus und Objektliebe, in: Schlesinger-Kipp, G., Warsitz, R.-P. (Hrsg.), 2008. „Die neuen Leiden der Seele“. Das (Un-)Behagen in der Kultur. Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung. Bad Homburg, 21.–24. November 2007. Congress-Organisation Geber + Reusch: Frankfurt/Main, S. 91–106.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (Hrsg.), 2001. Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Schattauer: Stuttgart.
- Dejours, Ch., 2004. Theorie der Liebe. Werkblatt. Psychoanalyse und Gesellschaftskritik. Festschrift zum 80. Geburtstag von Jean Laplanche. 21, 71–87.
- Dammasch, F., Metzger, H.-G., Teising, M. (Hrsg.), 2009. Männliche Identität. Psychoanalytische Erkundungen. Brandes & Apsel: Frankfurt am Main.
- Diamond, M. J., 2004a. Accessing the multitude within: A psychoanalytic perspective on the transformation of masculinity at midlife. *International Journal of Psychoanalysis*. 85, 45–64.
- Diamond, M. J., 2004b. The shaping of masculinity: Revisioning boys turning away from their mothers to construct male gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*. 85, 359–380.
- Diamond, M. J., 2006. Masculinity unraveled: The roots of male gender identity and the shifting of mal ego ideals throughout life. *Journal of the American Psychoanalytical Association*. 4, 1099–1130.
- Diamond, M. J., 2009. Das Unbehagen an der Männlichkeit. Die Internalisierung und Anerkennung der „Mutter“ im Mann – ein wesentlicher Schritt in der Entwicklung einer gesunden männlichen Geschlechtsidentität, in: Dammasch, F., Metzger, H.-G., Teising, M. (Hrsg.), Männliche Identität. Psychoanalytische Erkundungen. Brandes & Apsel: Frankfurt am Main, 161–199.
- Dreher, A. U., 1998. Empirie ohne Konzept? Einführung in die psychoanalytische Konzeptforschung. Verlag Internationale Psychoanalyse: Stuttgart.
- Ducat, S. J., 2004. The Wimp Factor: Gender Gaps, Holy Wars, and the Politics of Anxious Masculinity. Beacon Press: Boston.
- Freud, S., 1905. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *GW V*, 27–145.
- Freud, S., 1923. Das Ich und das Es. *GW XIII*, 235–290.
- Freud, S., 1937. Die endliche und die unendliche Analyse. *GW XVI*, 59–99.
- Freedman, N., Lasky, R., Hurvich, M., 2004. Zwei Erkenntniswege zum psychoanalytischen Prozeß, in: Leuzinger-Bohleber, M., Deserno, H., Hau, S. (Hrsg.), Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität. Kohlhammer, Stuttgart, 188–202.
- Green, R., 1987. The „sissy boy syndrome“ and the development of homosexuality. Yale University Press: New Haven.
- Hergemöller, B.-U., 1999. Einführung in die Historiographie der Homosexualitäten. edition diskord: Tübingen.
- Hutter, J., Koch-Burghardt, V., Lautmann, R., 2000. Ausgrenzung macht krank. Homosexuellen-Feindschaft und HIV-Infektionen. Westdeutscher Verlag: Wiesbaden.
- Koch-Burghardt, V., 1997. Identität und Intimität. Eine biographische Rekonstruktion männlich-homosexueller Handlungsstile. Verlag rosa Winkel: Berlin.
- Imhorst, E., 2005. Internalisierte Homophobie und Depression. Überlegungen zur psychoanalytischen Behandlung eines 68jährigen Mannes. *Psychotherapie im Alter*. 2, 95–108.
- Mertens, W., 1992. Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität, Bd 1. Kohlhammer: Stuttgart.
- Person, E., 2006. Masculinities, plural. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 4, 1165–1186.
- Peters, M., 2004. Klinische Entwicklungspsychologie des Alters. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- Reiche, R., 2000. Geschlechterspannung. Eine psychoanalytische Untersuchung. Psychosozial-Verlag, Giessen.
- Sigusch, V., 2001. Kultureller Wandel der Sexualität, in: Sigusch, V. (Hrsg.), Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Thieme: Stuttgart, 16–52.
- Stoller, R., 1979. Perversion. Die erotische Form von Hass. Rohwolt, Reinbek.
- Wiesendanger, K., 2002. Wo liegt das Problem? Heterosexismus, Homophobie und internalisierte Homophobie, in: Rauffleisch, U., Frossard, J., Waser, G., Wiesendanger, K., Roth, W., Gleich und doch anders: Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen. Klett-Cotta: Stuttgart, 53–69.

Autorin

Dipl.-Psych., Elisabeth Imhorst, Volksgartenstr. 18, 50677 Köln, elisabeth.imhorst@dpv-mail.de

Emotionale Kompetenz als Voraussetzung für sichere Bindung und ihre Relevanz für psychiatrische Erkrankungen

Karsten Wolf

Emotional competency as a prerequisite for reliable bonding and its relevance for psychiatric illnesses

Abstract

Bonding and emotional competence are strongly linked with each other. The three core factors of emotional competence (emotion perception, emotion expression, emotion experience) are pathologically changed in several psychiatric illnesses like schizophrenia, borderline, bipolar, anxiety, with correlating deficits in bonding and relationships.

Keywords: Emotions, emotional competence, bonding, schizophrenia, borderline, bipolar disorder, anxiety

Zusammenfassung

Die Phänomene Bindung und Emotionale Kompetenz hängen eng miteinander zusammen. Emotionale Kompetenz ist Voraussetzung für eine sichere Bindung, genauso wie eine sichere Bindung zum Beispiel zu einem Kind Voraussetzung ist, damit dieses Kind emotionale Kompetenz erwerben kann. Die drei Kernfaktoren emotionaler Kompetenz, nämlich das Erkennen von Emotionen beim Anderen, der Ausdruck eigener Emotionen und das Empfinden eigener Emotionen sind bei vielen psychiatrischen Erkrankungen – dargestellt am Beispiel von Schizophrenie, Borderline, Bipolar und Angst – in einem erheblichen Ausmaß verändert und korrelieren bei diesen Patienten mit Defiziten im Bereich Bindung und Beziehung.

Schlüsselworte: Emotionen, emotionale Kompetenz, Bindung, Schizophrenie, Borderline, Bipolare Störung, Angst

Einleitung

In den letzten ein bis zwei Jahrzehnten sind sowohl die Emotionsforschung mit ihren innovativen experimentellen Methoden, als auch die Bindungsforschung zunehmend in den Blickpunkt des wissenschaftlichen Interesses gerückt. Darüber hinaus ist deutlich geworden, dass die beiden Phänomene – Emotionen und Bindung – nicht

nur eng miteinander verknüpft sind, sondern das eine ist ohne das jeweils andere Phänomen gar nicht denkbar. Umso erstaunlicher ist es, dass die Erforschung der Verbindung zwischen Bindungsforschung einerseits und insbesondere experimenteller Emotionsforschung andererseits noch in den Kinderschuhen steckt. Die aktuellen Forschungsergebnisse und Forschungsentwicklungen allerdings lassen erahnen, welch großes Potential hierin für die Disziplinen der Psychiatrie und Psychotherapie steckt.

Im Folgenden werde ich versuchen, die für die Fragen für Bindungsforschung relevanten Aspekte der Emotionsforschung in Bezug auf gesunde Menschen darzustellen, um in einem weiteren Abschnitt die Relevanz für verschiedene psychiatrische Erkrankungen zu diskutieren.

Emotionen bei gesunden Menschen

Wenn man sich mit der isolierten Betrachtung und Erforschung von Emotionen beschäftigt, so ist es zunächst bedeutsam zu bedenken, dass Emotionen im aktuellen Lebensvollzug keineswegs isoliert sind, sondern in einem engen und immer währenden Wechselspiel mit Kognition und Perzeption stehen. Die Frage, ob Kognition oder Emotion bedeutsamer für das menschliche Dasein ist, kann aktuell als irrelevant angesehen werden, da Emotionen und Kognitionen untrennbar miteinander verknüpft sind. In den allgemeinen Wissenschaften allerdings wurde insbesondere in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts den Kognitionen die größere Bedeutung zugeschrieben, seit Beginn dieses Jahrhunderts allerdings scheint sich dies gewandelt zu haben, wie zuletzt ein Übersichtsartikel in Nature zeigt „The mind is a charioteer driving twin horses of reason and emotion. Except cognition is a smart pony, and emotion an elephant“ (Camerer & Loewenstein, in: Lehrer, 2006). Hier werden den Phänomenen Emotion und Intuition eine größere Rolle bei Alltagsentscheidungen zugeschrieben, als den höheren kognitiven Prozessen.

Darüber hinaus wird am Rande der Diskussionen um die Entwicklung des neuen Klassifikationssystems DSM-

V und ISD-11 die Zusammenhänge zwischen Emotionen, Persönlichkeit und Bindungserfahrungen diskutiert (vgl. Beach, 2006). Hier scheint sich zunehmend die Auffassung herauszukristallisieren, dass Bindungs-/Beziehungserfahrungen die Persönlichkeit modulieren und umkehrt, sowie dass Emotionen und die Kommunikation von Emotionen diese Dynamik regulieren.

Der Einfluss von Emotionen und Bindung auf Entscheidungen konnte sehr eindrücklich in der Bildgebungsstudie von Helmuth (2001) dargestellt werden, indem sich zeigte, dass moralische Entscheidungen unmittelbar von Bindungen und Emotionen abhängig sind und sich dies auch in der funktionellen Bildgebung widerspiegelt. Diese Zusammenhänge konnten 2007 durch einer Studie von Koenigs (2007) an Patienten mit einer Läsion im ventromedialen präfrontalen Kortex bestätigt werden.

Bindung und mimischer Gefühlsausdruck

Die Verknüpfung von Bindung und Emotionen im alltäglichen Leben findet wesentlich über mimische und gestische Emotionsausdrucksmuster statt. Eine Reihe von kulturübergreifenden Emotionsausdrucksmustern konnte bereits von Ekman (1978, 1992) identifiziert und repliziert werden. Darüber hinaus konnten deutliche Geschlechtsunterschiede in Bezug auf Art und Ausmaß des insbesondere mimischen Emotionsausdruckes identifiziert werden. So zeigten in experimentellen Paarinteraktionen insbesondere Frauen ein häufigeres Lächeln und darunter mehr „echtes Lächeln“ (felt smile) und eine negative Emotion maskierendes Lächeln (masking smile) als Männer, sowie konnte in verschiedenen Studien bei Frauen ein größerer Emotionswortschatz, lebhafteres und häufigeres Berichten über innere Gefühle sowie bessere emotionale Introspektionsfähigkeit nachgewiesen werden. Dagegen fand sich bei Männern im Gegensatz zu Frauen ein relatives Überwiegen von sozialem Lächeln (social smile) sowie eine stärkere Lächelreaktion (masking smile) auf Ekelreize (Bänninger-Huber, 1992, Wicki 1988, Ekman, 1992). Beachtenswert ist, dass in Studien von Steimer-Krause (1996) gezeigt werden konnte, dass Frauen das eigene „felt smile“ bewusster als Männer erleben, nicht aber das eigene „felt smile“. Darüber hinaus erleben Frauen den Einsatz von „masking smile“ bewusster als Versuch enthusiastisch zu wirken. Nicht lächelnde Frauen werden gegenüber nicht lächelnden Männern des weiteren als weniger freudig, weniger sorgenfrei und weniger entspannt wahrgenommen sowie empfinden Beobachter Frauen mit „masking smile“ signifikant barscher und schroffer, als Männer mit „masking smile“ gleicher Intensität.

In Bezug auf die Funktion von Emotionsausdrücken für Bindung ist eine Studie von Stettner (1986), der zeigen konnte, dass Amerikaner das sogenannte „American phoney smile“ (eine Sonderform des sozialen Lächelns, indem die Zähne deutlicher sichtbar werden) als subjektiv freundlich und warm einschätzen, wohingegen Schweizer Probanden dieselben Portraits mit „American phoney smile“ als tendenziell eher angespannt und unangenehm empfinden. Diese Studie zeigt noch einmal die hohe Bedeutung kulturspezifischer Emotionsausdrucksmuster in Bezug auf Bindung.

Bindungszeichen, Synchronisierung und Chiffren

Bindungszeichen sind eine besondere Art „mimischer Berührung“, die für einen Beobachter relativ direkt verständlich sind. Als Bindungszeichen funktionieren zum Beispiel subtiles Zuzwinkern, vermehrtes Anlächeln, verlängerter Lidschluss oder die über die Dialogebene laufende Strategie, den Partner zum Lachen zu bringen. Bindungszeichen treten häufig in Situationen der interaktiven Verunsicherung auf (Argyle, 1987, Morris, 1977, Bänninger-Huber, 1996).

Darüber hinaus können sogenannte „Synchronisierungsphänomene“ beobachtet werden. Zum einen finden sich zwei subtile mimische Phänomene, die dem Interaktionspartner signalisieren können, dass er verstanden wird und beispielsweise in seiner Rede fortfahren soll, so genannte „Go-on-Signale“, die durch meist auf Mikroebene stattfindende unilaterale Aktivierung des Musculus frontalis ablaufen. Als Gegenpart zu dem „Go-on-Signal“ existiert ein „Stop-Signal“, das durch eine unilaterale Aktivierung des Musculus corrugator supercilii ausgedrückt wird und dem Interaktionspartner signalisieren soll, dass etwas nicht verstanden wird bzw. hier Skepsis ausgedrückt wird. Außer diesen beiden interaktionsbasalen Signalen sind komplexe Körperhaltungsangleichungen und Bewegungssynchronisierungen als Ausdruck der Intensität affektiver Bindungen bekannt *„daraus, dass beide (Interaktionspartner) im selben Moment das gleiche Verhalten zeigen, wird dem Partner suggeriert, dass beide auch das Gleiche denken und fühlen. Aus diesen Momenten kann eine intensive Befriedigung und ein beglückendes Gefühl starker Affective relatedness resultieren. Nicht auszuschließen ist, dass Synchronisierungsprozesse auch eine defensive Funktion erfüllen können. Im Moment der Synchronisierung ist keine Regulierungsarbeit nötig, es ist damit auch kein Platz für ein Konflikt.“* (Bänninger-Huber, 1996)

Eine besondere Bedeutung für intensive und intensivierte Bindungen haben sogenannte Chiffren. Unter Chiffren werden paarspezifische subtile Ausdruckssequenzen verstanden, die für ein Paar eine besondere, aber

für Außenstehende nicht direkt durchschaubare Bedeutung haben. Chiffren könnten die Funktion haben, die Komplexität nonverbaler Kommunikation zu reduzieren, Bindungsgefühle zu generieren und die Bindung einzigartig zu machen, sowie emotionale Bindung (Affectiv relatedness) zu bestätigen. Man nimmt an, dass Chiffren sich zunächst in der Mutter-Kind-Bindung entwickeln und vermutlich in späteren partnerschaftlichen Beziehungen verändert/angepasst werden müssen. (Leisi, 1978, Bänninger-Huber, 1996)

Oxytocin

Als besonders bindungsrelevantes Hormon konnte Oxytocin identifiziert werden, diesbezüglich sind mittlerweile eine große Vielzahl an hochrelevanten Studien initiiert worden. Oxytocin ist ein Hormon, das aus der Geburtshilfe bekannt ist, da es als Mittel zur Weheneinleitung appliziert werden kann, es wird bei Frauen bei der Lactation vermehrt produziert und führt zu Uteruskontraktion. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass Oxytocin Angst und Schmerz reduzieren kann, es verbessert die Emotionserkennung und verstärkt Bindungsgefühle und Vertrauensgefühle. Die Fähigkeit von Oxytocin das Vertrauen eines Menschen in andere Menschen zu steigern ist in einer bahnbrechenden Studie von Kosfeld (2005) nachgewiesen worden. Erste Studien zur Funktion von Oxytocin bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa (Demitrack, 1990) und bei Autismus (Lerer, 2007) zeigen die große Bedeutung von Oxytocin als Bindungshormon im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen.

Gefühle und Bindung bei psychisch erkrankten Menschen:

Emotionale Kompetenz ist sowohl Voraussetzung für eine sichere Bindung, als auch ist eine sichere Bindung Voraussetzung für emotionale Kompetenz. Unter emotionaler Kompetenz sind im Wesentlichen drei Fähigkeiten/Fertigkeiten zu fassen (Wolf, 2006):

- ◆ Das Erkennen von Emotionen beim anderen.
- ◆ Der Ausdruck eigener Emotionen.
- ◆ Das Empfinden eigener Emotionen.

Einschränkungen von emotionaler Kompetenz schränken die Fähigkeit ein, zwischenmenschliche Bindungen einzugehen, zu spüren und zu halten. Eine eingeschränkte emotionale Kompetenz bei Eltern bei insbesondere klei-

nen Kindern können zudem zu einer unsicheren oder sogar desorganisierten Bindung zu den Kindern führen.

Unsichere oder desorganisierte Bindungserfahrungen in der Kindheit, eingeschränkte emotionale Kompetenz im Erwachsenenalter und eingeschränkte Fähigkeit im Erwachsenenalter, Bindungen einzugehen oder zu halten, finden sich in unterschiedlichster Art und Ausprägung bei vielen psychiatrischen Erkrankungen.

Schizophrenie

Emotionale Kompetenz und Bindungsfähigkeit sind bei schizophrenen Patienten mittlerweile sehr gut untersucht worden.

Unmedizierte schizophrene Patienten zeigen ein erhebliches Defizit darin, Emotionen in Gesichtern zu erkennen. Hingegen ist das Erkennen von Emotionen in Wörtern und das Erkennen von emotionsunabhängigen Informationen in Gesichtern (zum Beispiel Alter, Geschlecht usw.) bei schizophrenen Patienten ungestört. (Boroth, 1993, Heimberg, 1992, Danion, 2003, Schneider, 2006) Von dem Defizit der Emotionserkennung besonders betroffen sind die Emotionen Angst und Trauer, die zudem mit einer Amygdalahypoaktivierung korrelieren (Mandal, 1988, 1998, Gur, 2002). Die Korrelation verminderter emotionaler Kompetenz mit Auffälligkeit in der funktionellen Bildgebung konnten bereits Streit (2001) und Paradiso (2003) nachweisen, die zeigten, dass schizophrene Patientin eine verminderte Fähigkeit der Identifizierung von Angst in Gesichtern und dazu passend eine verminderte Aktivität diverse Hirnareale inklusive Amygdala unter dieser Aufgabe präsentierten. Neurostudien zeigen darüber hinaus eine signifikante positive Korrelation zwischen Emotionserkennung und Empathie mit dem sozialen Funktionieren, sowie konnte gezeigt werden, dass ein Defizit im Emotionserkennen die positive Wirkung neurokognitiven Funktionierens auch den „functional outcome“ vermindern (Kee, 2003, Brekke, 2005, Couture, 2006).

Neben dem Defizit der Emotionserkennung finden sich aber auch pathologische Veränderungen des Emotionsausdruckes bei schizophrenen Patienten. Neben allgemeiner unspezifischer Hypomimie (Mandal, 1998) zeigten sich bei unmedizierten schizophrenen Patienten in verschiedenen Studien ein besonders ausgeprägtes Defizit in der Fähigkeit, Freude auszudrücken. (Wolf, 2006, Kring, 1996)

Darüber hinaus findet sich eine schizophreniespezifische Aktivitätsteigerung des Musculus levator labii superioris, dessen Funktion im Zusammenhang mit schizophrenen Patienten nicht abschließend geklärt ist. Diesbezüglich ist zu diskutieren, ob es sich hierbei um

einen vermehrten Ausdruck von Ekel, einen vermehrten Ausdruck von Aggression oder einen unspezifischen Anteil einer sogenannten mimischen Desintegration (Heimann & Spörrie, 1957, 1966, Wolf, 2005) handelt. In einer Studie von Wolf (2005) konnte gezeigt werden, dass schizophrene Patienten auf Freudestimuli hin in 30% der Fälle mit undefinierten mimischen Reaktionen reagieren, sowie das bei Wiederholung identischer Freudestimuli in 50% der Fälle inkonstante mimische Reaktionen auftreten. Beides ist für den Beobachter nicht zuzuordnen und wird voraussichtlich zu einer deutlichen Störung und Verunsicherung des Gegenübers führen.

Die Veränderungen in der emotionalen Kompetenz haben Auswirkungen auf das „social functioning“ und den „Global functional Outcome“. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass Defizite in der Emotionserkennung auch die sonst positive Wirkung neurokognitiven Funktionierens auf den „Global functional Outcome“ vermindern (Kee, 2003, Brekke, 2005, Couture, 2006).

Bis ca. in die Mitte der 90er Jahre ist diese veränderte mimische Respons bei schizophrenen Patienten als Strategie der Intimitätsvermeidung von schizophrenen Patienten gegenüber anderen Menschen interpretiert worden, die zu sozialer Isolation führt. Diese Auffassung musste jedoch spätestens durch eine Studie von Steimer-Krause (1996) relativiert werden. Hier konnte gezeigt werden, dass schizophrene Patienten eine gesteigerte emotionale visuelle Aufmerksamkeit beim Zuhören sowie eine gesteigerte zugewendete Körperhaltung und Körperdynamik zum Gegenüber zeigen, was gegen die Hypothese der Intimitätsvermeidung spricht. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, dass schizophrene Patienten kein Defizit im „Conscious Awareness“ von eigenen Emotionen aufweisen, allerdings eine defizitäre „Conscious Awareness“ von Emotionen bei anderen in komplexen sozialen Situationen zeigen (Baslett, 2009). Darüber hinaus konnte Baslett (2009) zeigen, dass dieses Defizit in „Conscious Awareness“ von Emotionen bei anderen in komplexen Situationen letztlich zu einem Defizit in der Lebensqualität des schizophrenen Patienten führen.

Borderline-Erkrankung

Studien zur emotionaler Kompetenz bei Borderline-Patientinnen geben deutliche Hinweise darauf, dass die Emotionserkennung (Paradigma der zweideutigen Gesichtsausdrücke) von positiven Emotionen hin zu negativen Emotionen verschoben ist. So konnten Studien zeigen (Herpertz, 2003, 2005), dass bei Borderline-Patientinnen eine Verschiebung der emotionalen Tönung des Wahrgenommenen hin zu Ärger, Aggression und Bedrohung vorliegt. Dies hat unmittelbare Auswirkungen

auf die Bindung der Patientinnen zum Gegenüber, in dessen Gesicht sie subtile Emotionen von Ärger, Aggression oder Bedrohung unter einem z.B. eigentlich überwiegenden Freudeausdruck stärker wahrnimmt als die positiven Emotionen. Es ist leicht vorstellbar, wie es bei einer solchen Verschiebung der emotionalen Tönung des Wahrgenommenen zu erheblichen Missverständnissen in der Interaktion und Kommunikation von Borderline-Patientinnen mit ihrem Gegenüber kommen kann. Möglicherweise finden sich in diesen Veränderungen der Erkennungsfähigkeit zweideutiger Gesichtsausdrücke auch die Gründe für die bekannten Spaltungsphänomene, die durch Borderline-Patientinnen in zum Beispiel Teams initiiert werden. Geht man davon aus, dass tatsächlich ein überwiegender Anteil der Borderline-Patientinnen einem sexuellen Missbrauch und/oder unsicherer bis desorganisierter Bindungserfahrung in der Kindheit ausgesetzt waren, so erscheint es durchaus plausibel, dass sich das Gehirn von Borderline-Patientinnen eine besonders hohe Sensibilität gegenüber (auch mimischen) Anzeichen von Bedrohung angeeignet hat.

Bipolare affektive Störungen

Eine Reihe von Studien haben sich mit der „Perception of Emotion“ in Gesichtern bei Bipolaren Patienten beschäftigt und durchaus interessante Analogien zur anderen psychiatrischen Erkrankungen aufzeigen können. Eine eindrückliche Studie zu adoleszenten Bipolaren Patienten zeigte, dass diese Patienten eine schlechtere Erkennung von Emotionen in Kindergesichtern bei ungestörter Erkennung von Emotionen in Erwachsenengesichtern aufwiesen, sowie dass sich auch bei diesen Patienten analog zu den Borderline-Patientinnen eine Verschiebung der emotionalen Tönung des Wahrgenommenen hin zu Ärger/Aggression/Bedrohung fand. Darüber hinaus konnte eine Studie von Brotman (2008) zeigen, dass das globale Defizit im Erkennen von Emotionen in Gesichtern bei adoleszenten Bipolaren Patienten auch bei gesunden Geschwistern dieser Patienten vorhanden war.

In einer Studie von Lembke (2002) bei allerdings relativ kleiner Fallzahl wurde versucht, die Patienten mit einer Bipolaren I- von einer Bipolaren II-Störung zu differenzieren und weiter in einzelne Emotionen aufzudifferenzieren. Dabei konnten Hinweise darauf gefunden werden, dass manische Patienten mit einer Bipolar I-Erkrankung signifikante Defizite im Erkennen von Emotionen in Gesichtern insgesamt und insbesondere in Bezug auf Angst und Ekel aufwiesen. Bei euthymen Patienten mit Bipolar I-Erkrankung zeigten sich analoge Defizite (wenngleich auch nur als Tendenz und nicht statistisch signifikant).

Dahingegen zeigten euthyme Patienten mit einer Bipolar II-Erkrankung eine gesteigerte Fähigkeit des Erkennens von Angst in Gesichtern (analog noch am ehesten der Borderline-Erkrankung).

Möglicherweise finden sich unter diesen verschiedenen Paradigmen aus dem Bereich der Emotionsforschung Hinweise für biologische Überlappungen von Bipolar II mit der Borderline-Erkrankung einerseits und Bipolar I mit der Schizophrenie andererseits.

Diese Überlegung ist angesichts der geringen Studienanzahl und der geringen Fallzahl jedoch bis dato noch rein hypothetisch.

Angsterkrankungen

Nur wenige Studien zu emotionaler Kompetenz existieren zurzeit in Bezug auf das Depressions-Angst-Spektrum. Eine Bildgebungsstudie von Blair (2008), bei der Patienten mit einer Generalisierten Angststörung und Patienten mit einer Sozialen Phobie Gesichtern mit Angstausdruck und Ärgerausdruck präsentiert wurden, zeigt einen bedeutsamen Unterschied zwischen diesen beiden Erkrankungen. So fand sich bei Patienten mit Generalisierter Angststörung unter Präsentation von Angstgesichtern eine Hyperaktivierung der Amygdala, wohingegen sich bei Patienten mit einer Sozialen Phobie eine Hyperaktivierung der Amygdala unter dem selben Paradigma zeigte. Hinsichtlich dieses Paradigmas deutet sich damit eine Analogie der generalisierten Angststörung mit dem Unipolar Depressivem Spektrum an, wohingegen unter diesen Paradigmen die Soziale Phobie eher dem Borderline/Bipolar II-Spektrum zuzuordnen wäre.

Fazit

Emotionale Kompetenz ist die Voraussetzung für eine sichere Bindung, genauso wie eine sichere Bindung wiederum Voraussetzung für eine spätere emotionale Kompetenz ist. Bei der emotionalen Kompetenz handelt es sich um ein sehr komplexes Regulationssystem, das im wesentlichen drei Fähigkeiten/Fertigkeiten umfasst, nämlich:

- ◆ das Erkennen von Emotionen beim anderen,
- ◆ den Ausdruck eigener Emotionen,
- ◆ das Empfinden eigener Emotionen.

Veränderungen in der emotionalen Kompetenz haben unmittelbar Auswirkungen auf die zwischenmenschliche Bindung und führen in bezug auf Kinder ggf. zu einer unsicheren oder sogar desorganisierten Bindung, die wiederum

Folgen für die emotionale Kompetenz und die Bindungskompetenz dieser Kinder im späteren Leben hat.

Mittlerweile existieren eine Reihe von Studien zur emotionalen Kompetenz bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen. Schizophrene Patienten zeigen erhebliche Defizite, Emotionen – und insbesondere Angst – in Gesichtern zu erkennen. Auch der Emotionsausdruck schizophrener Patienten ist verändert und insbesondere in Bezug auf den Freudeausdruck defizitär. Zudem finden sich Aspekte mimischer Desintegration. Insgesamt führen diese Veränderungen in der emotionalen Kompetenz zu Störungen in der Interaktion und zu Störungen in Bindung und Bindungsgefühlen. Auch bei Borderline-Patientinnen konnten Veränderungen in der Emotionserkennung identifiziert werden, hier zeigen sich insbesondere Verschiebungen der emotionalen Tönung des Wahrgenommenen hin zu negativen Emotionen, insbesondere Ärger, Aggression und Bedrohung, was einerseits angesichts einer häufigen vorangegangenen sexuellen Missbrauchs und unsicherer Bindungserfahrung in der Kindheit plausibel erscheint, andererseits zu erheblichen Bindungs- und Beziehungsproblemen bei den Patientinnen führt. In Bezug auf bipolare affektive Störungen finden sich bislang nur wenige Studien mit kleiner Fallzahl, die allerdings dadurch besonders interessant werden, da sie unter den verschiedenen Paradigmen der Gesichtererkennung Hinweise auf eine Trennung von Bipolar I- und Bipolar II-Störung in unterschiedliche Cluster ergeben. Dasselbe gilt auch für Angsterkrankungen, bei denen unter diesen Paradigmen Unterschiede zwischen Patienten mit Generalisierter Angststörung und Patienten mit einer Sozialen Phobie identifiziert werden konnten.

Dass diese teils erheblichen Veränderungen in der emotionalen Kompetenz bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen einen unmittelbaren Einfluss auf die Bindungs-/Beziehungsfähigkeit dieser Patienten hat, ist nahe liegend und unmittelbar plausibel, wurde allerdings bislang noch nicht wissenschaftlich unmittelbar untersucht.

Ein anderer Aspekt der bezüglich Bindung und emotionaler Kompetenz von großer Bedeutung sein könnte, ist die Genetik. Diesbezüglich sind mittlerweile viele bahnbrechende Studien zum Zusammenhang von Genetik (Polymorphismen) und Bindungsstilen in der Kindheit im Zusammenhang mit dem „psychischen/psychiatrischen Outcome“ durchgeführt worden. Zur Klärung des Zusammenhangs von Genetik und emotionaler Kompetenz sind bereits Studien initiiert worden, erste Ergebnisse liegen aber bis dato noch nicht vor.

Letztlich kann gezeigt werden, dass sowohl Emotionale Kompetenz als auch Bindung und der Zusammenhang beider Phänomene von großer Bedeutung für ein weitergehendes Verständnis psychiatrischer Erkrankung darstellen und wir mit einer weiteren erheblichen Zunahme an Forschungsanstrengungen diesbezüglich rechnen dürfen.

Literatur

- Argyle, M., 1987. *Bodily communication*. London.
- Baenninger-Huber, E., 1996. *Mimik, Übertragung, Interaktion. Die Untersuchung affektiver Prozesse in der Psychotherapie*. Verlag Hans Huber: Bern.
- Baslet, G., et al., 2009. Deficits in Emotional Awareness in Schizophrenia and their Relationship with other Measures of Functioning. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 655–663.
- Beach, S.R.H., et al., 2006. *Relational Process and DSM-V*. American Psychiatric Publishing.
- Blair, K., et al., 2008. Response to Emotional Expression in Generalized Social Phobia and Generalized Anxiety Disorder: Evidence for Separate Disorders. *Am J Psychiatry*, 05:1-10.
- Borod, J.C., 1992. Interhemispheric and Intrahemispheric control of emotion: A Focus on unilateral brain damage. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 60: 339–348.
- Brekke, J., et al., 2005. Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 80: 213–225.
- Brotman, M.A., et al., 2008. Facial Emotion Labeling Deficits in Children and Adolescents at Risk for Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*, 165: 385–389.
- Couture, S.M., et al., 2006. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin*. 32: 44–63.
- Danion, J.M., et al., 2003. Do patients with Schizophrenia consciously recollect emotional events better than neutral events? *American Journal of Psychiatry*, 160: 1879–1881.
- Demitrack, M.A., et al., 1990. CSF Oxytocin in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Clinical and Pathophysiologic Considerations. *Am J Psychiatry* 147: 882–886.
- Ekman, P., Friesen, W.V., 1978. *The Facial Acting Coding System: A Technique for the measurement of facial movement*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Ekman, P., 1992. An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169–200.
- Gur, R.E., et al., 2002. An fMRI Study of Facial Emotion Processing in Patients with Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 159: 1992–1999.
- Heimann, H., Spoerri, T., 1957. Das Ausdruckssyndrom der mimischen Desintegration bei chronischen Schizophrenen. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 35/36: 1126–1132.
- Heimann, H., 1966. Die quantitative Analyse mimischer Bewegungen und ihre Anwendung in der Pharmako-Psychiatrie. *Arzneimittelforschung*, 16: 294–297.
- Heimberg, C., et al., 1992. Facial emotion discrimination: II: Behavioural findings in schizophrenia. *Psychiatry research*, 42: 253–265.
- Helmuth, L., 2001. *Cognitive Neuroscience. Moral reasoning relies on emotion*. *Sep 14.293: 1971–1972*.
- Herpertz, S.C., et al., 2005. Startle response in inpatients with borderline personality disorder vs. healthy controls. *J Neural Transm* 112 (8): 1097ff.
- Herpertz, S.C., 2003. Emotional processing in personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. May 5 (1): 23–7.
- Kee, K.S., et al., 2003. Is emotion processing a predictor of functional outcome in schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*. 29: 487–497.
- Koenigs, M., et al., 2007. Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgements. *Nature*, Vol 446: 908–912.
- Kosfeld, M., et al., 2005. Oxytocin increases trust in Humans. Vol 435, 673–676.
- Kring, A.M., et al., 1996. Do schizophrenic patients show a disjunctive relationship among expressive, experiential, and psychophysiological components of emotion? *Journal of abnormal Psychology*, 105: 249–257.
- Lehrer, J., 2006. Driven to Market, *Nature*, 443: 502–504.
- Leisi, E., 1978. *Paar und Sprache: Linguistische Aspekte der Zweierbeziehung*. Heidelberg.
- Lembke, A., et al., 2002. Impaired Recognition of Facial Emotion in Mania. *Am J Psychiatry* 159: 302–304.
- Lerer, E., et al., 2007. Association between oxytocin receptor (OXTR) gene and autism. *Molecular Psychiatry* 1–9.
- Mandal, M., et al., 1998. Facial Expressions of emotions and schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin*, 24: 399–411.
- Mandal, M.K., 1988. Affect related response in schizophrenia. *Pharmacopsychologia*, 28: 183–187.
- Morris, D., 1977. *Manwatching*. London.
- Paradiso, S., et al., 2003. Emotions in Unmedicated Patients with Schizophrenia during evaluation with Positron Emission Tomography. *Am J Psychiatry*. 160: 1775–1783.
- Schneider, F., et al., 2006. Impairment in the Specificity of Emotion Processing in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 163: 442–447.
- Steimer-Krause, E., 1996. *Übertragung, Affekt und Beziehung*. Bern.
- Stettner, L., et al., 1986. The human smile: Analysis of structural features and perceived meanings. Paper presented at the meeting of the international Society for Human Ethology. Tutzing.
- Streit, M., et al., 2001. Disturbed facial affect recognition in patients with schizophrenia associated with hypoactivity in distributed brain regions: A Magnetencephalographic study. *Am J Psychiatry*, 158: 1429–1436.
- Wicki, W., 1988. *Psychologie des Humors. Eine Übersicht*. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 51, 151–163.
- Wolf, K., et al., 2005. The facial Pattern of Disgust, Appetence, Excited Joy and Relaxed Joy – an improved Facial EMG study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46:403–409.
- Wolf, K., et al., 2005. Bestätigung des Heimann'schen Konzeptes zur mimischen Desintegration schizophrener Patienten mittels einer neuen Gesichts-EMG Methode. *Nervenarzt*, 76: 1103–1108.
- Wolf, K., et al., 2006. Characterization of the facial expression of emotions in schizophrenia: First results with a new EMG method. *Canadian Journal of Psychiatry*, 335–341.
- Wolf, K., et al., 2005. The Influence of Olanzapine vs. Risperidone on Facial Expression of Emotions in Schizophrenia – A Facial EMG Study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25: 278–281.
- Wolf, K., 2006. *Emotionen bei schizophrenen Patienten. CME Schizophrenie und bipolare Störungen*. Thieme-Verlag.

Autor

Dr. med. Karsten Wolf, Zentrum für Seelische Gesundheit Marienheide, Leppestraße 65–67, D-51709 Marienheide, karsten.wolf@kkg-gummersbach.de

Psychosomatische und psychosoziale Aspekte der heterologen Insemination

Kathrin Wohlfarth, Heribert Kentenich

Psychosomatic and psychosocial aspects of donor insemination

Abstract

Donor insemination is primarily used for the treatment of male infertility. The legal regulations in the Federal Republic of Germany include only heterosexual couples. There seems to be no difference as to the psychosocial development of children from donor insemination families compared to other family types. Psychosocial counselling prior to treatment and semen donation is recommended.

Keywords: Donogen insemination, sperm donation, paternal recognition, psychosocial development, psychological counselling

Zusammenfassung:

Die Behandlung mit Fremdsamen wird vor allem bei männlichen Fertilitätsstörungen angewandt. Der rechtliche Rahmen ist in der Bundesrepublik Deutschland nur für heterosexuelle Paare ausreichend geklärt. Hierbei ergeben sich vor allem Fragen der Vaterschaftsanerkennung. Die psychosoziale Entwicklung der Kinder und der Familien scheint mit anderen Familien vergleichbar zu sein. Eine psychosoziale Beratung vor der Behandlung durch eine Samenspende sowie vor Tötung einer Samenspende ist sinnvoll. Mögliche Inhalte einer Beratung werden im Artikel dargestellt.

Schlüsselwörter: Donogene Insemination, Samenspende, Vaterschaftsanerkennung, psychosoziale Entwicklung, psychologische Beratung

Heterologe Verfahren mit Hilfe von Fremdsamen stellen eine Behandlungsmöglichkeit der ungewollten Kinderlosigkeit bei männlichen Fertilitätsstörungen dar. Es entsteht dabei zwangsläufig eine Konstellation in die mindestens vier Menschen einbezogen sind: Das gezeugte Kind, die sozialen Eltern und der biologische Vater. Dabei stellt sich die Frage nach dem psychischen Wohlergehen dieser Gruppe von Menschen.

Die psychosomatische Betrachtung der Samenspende sollte deshalb neben psychischen und somatischen auch psychosoziale und juristische Aspekte umfassen.

Medizinische Aspekte der Samenspende

Die Zahl der Entbindungen nach donogenen Kinderwunschbehandlungen wird in der Bundesrepublik Deutschland auf ca. 1000 geschätzt (Katzorke 2008).

Indikationen zur Kinderwunschbehandlung mit Spendersamen sind schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen oder schwere genetische Erkrankungen in der Familie des Mannes.

Häufig ist bereits eine frustrane Kinderwunschbehandlung im homologen System erfolgt. Ein weiterer Grund für eine donogene Insemination kann vorliegen, wenn das kinderlose Paar bei ausgeprägter männlicher Subfertilität außerkörperliche Reproduktionstechniken ablehnt.

(In den Richtlinien des „Arbeitskreises donogene Insemination“ werden die möglichen Indikationen deutlich ausgeweitet. Sie erfassen in dieser Publikation auch: Alleinstehende Frauen mit Kinderwunsch, Frauen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften, Paare mit einer psychischen Mitverursachung des unerfüllten Kinderwunsches, die Ablehnung des Mannes ein genetisch gemeinsames Kind zu zeugen, obwohl dies medizinisch möglich wäre oder das Vorliegen einer unheilbaren sexuell übertragbaren Erkrankung des männlichen Partners. Hierbei ist zu beachten, dass dem die Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Durchführung der assistierten Reproduktion deutlich entgegenstehen: Die BÄK stuft eine psychogene Fertilitätsstörung als relative Kontraindikation zur Kinderwunschbehandlung an sich ein und lässt die heterologe Therapie nur bei heterosexuellen Paaren zu.)

Vorraussetzung für eine donogene Insemination sind funktionsfähige offene Eileiter, ansonsten muss die Therapie durch eine heterologe außerkörperliche Befruchtung erfolgen.

Alternative Möglichkeiten der Problemlösung beinhalten – wie bei jeder anderen Form der Kinderwunschbehandlung – das Leben ohne Kind, das Leben mit einem Pflegekind oder eine Adoption.

Die Schwangerschaftschancen bei einer donogenen Insemination sind abhängig vom Alter und von mög-

lichen Fertilitätseinschränkenden Erkrankungen der Mutter.

De Brucker et al (2009) untersuchten kumulative Entbindungsraten nach donogenen Inseminationen bei insgesamt 1654 Frauen mit regelmäßigem Zyklus. Die durchschnittliche Entbindungsrate pro Zyklus wurde mit 14% angegeben. Nach 6 Zyklen betrug die durchschnittliche kumulative Lebendgeburtenrate 51%, nach 12 Zyklen 56%. In der Gruppe der Frauen von 20–29 Jahren wurde die Lebendgeburtenrate pro Zyklus mit 25%, in der Gruppe der Frauen zwischen 40 und 45 Jahren mit 7% angegeben. Nach 12 Zyklen betrug die kumulative Geburtenrate in der Gruppe der Frauen zwischen 20 und 29 Jahren 71% und in der Gruppe der Frauen zwischen 38 und 39 Jahren 43%. Allerdings scheint nach fünf Zyklen eine gewisse Plateauphase erreicht zu sein, so dass danach über einen Wechsel der Therapie nachgedacht werden sollte.

Nach den Richtlinien der BÄK hat die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt sicherzustellen, dass kein Mischsperma und kein frisches Spendersperma verwendet werden. Sie/er muß eine serologische Untersuchung des Spenders auf Hepatitis B und C, *Treponema pallidum* und CMV veranlassen. Der Samenspender muß sich vor der ersten Samenprobe auf HIV 1 und 2 untersuchen lassen, zudem müssen weitere HIV-Kontrollen im Abstand von 6 Monaten erfolgen.

Kryokonservierter Spendersamen muß über eine Quarantänezeit von über 180 Tagen gelagert werden und darf nur verwendet werden, wenn der Spender in dieser Zeit HIV-negativ geblieben ist. Zur bestmöglichen Angleichung an die sozialen Eltern soll eine Dokumentation von Merkmalen wie Blutgruppe, Augenfarbe, Haarfarbe, Körpergröße und -statur und Ethnie erfolgen.

Außerdem wird der Ärztin/dem Arzt nahe gelegt, dafür Sorge zu tragen, dass mit den Spermien eines einzelnen Samenspenders nicht mehr als 10 Kinder gezeugt werden.

Juristische Aspekte der Samenspende

Das Gesetz zum Schutz von Embryonen von 1991 verbietet zwar ausdrücklich die Eizellspende; es enthält jedoch kein Verbot der Samenspende. Die berufsrechtlichen Belange der Verwendung von Fremdsamen regelt die Richtlinie der Bundesärztekammer in der Novellierung von 2006.

Für die sozialen Eltern und das gezeugte Kind ergeben sich vor allem die Fragen der Vaterschaft und der Vaterschaftsanerkennung.

In der ehelichen Partnerschaft ist der Ehemann der Mutter im Rechtssinne Vater des Kindes, bei nicht verheirateten Paaren gilt derjenige als Vater, der die Vaterschaft öffentlich (notariell) anerkennt. Dabei spielt die biologische Vaterschaft keine Rolle. Die Vaterschaft kann im Falle der heterologen Insemination nach BGB §1600, Abs. 5 durch die sozialen Eltern nicht angefochten werden, sofern diese in die künstliche Befruchtung mittels Samenspende eingewilligt haben. Allerdings verbleibt in diesem Fall das Recht des Kindes die Vaterschaft anzufechten.

Dies bedeutet für den Samenspender, dass die Feststellung seiner Vaterschaft mit allen Konsequenzen für Unterhalts-, Erb-, und Umgangsrecht prinzipiell möglich ist, wenn kein anderer Mann den Vaterstatus inne hat oder das Kind die Vaterschaft seines sozialen Vaters erfolgreich angefochten hat.

Das Persönlichkeitsrecht des Kindes erfasst auch das Recht auf Erlangung von Informationen zur genetischen Herkunft. Allerdings ist bisher nicht abschließend geklärt, gegen wen das Kind diese Ansprüche geltend machen kann. Die BÄK empfiehlt deshalb die Aufbewahrung der Daten des Samenspenders über mindestens 30 Jahre und lehnt die Verwendung von Mischsamen ab.

In der Beratung sollte eine notarielle Vereinbarung zur Anerkennung der Vaterschaft empfohlen werden. Zugleich muss das Paar darauf hingewiesen werden, dass zur Zeit keine gesetzliche Regelung besteht unter welchen Bedingungen ein mit Samenspende gezeugter Mensch das Recht hat, die Identität des Spenders zu erfahren.

Klare gesetzliche Regelungen zur heterologen Insemination bei unverheirateten Paaren, bei gleichgeschlechtlichen Paaren und alleinstehenden Frauen bestehen nicht. Die BÄK rät im Kommentar zu ihren Richtlinien zur Zurückhaltung bei der Behandlung von unverheirateten Paaren und erklärt eine Behandlung von Frauen die in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft oder alleinstehend leben aus juristischen Gründen für ausgeschlossen, da weder dem Kind noch dem Samenspender eine Rechtsicherheit gegeben werden kann.

Psychosoziale Aspekte

Entwicklung der Familien und der Kinder

In den Richtlinien der BÄK (2006) wird klar dargelegt, dass sich eine Kinderwunschbehandlung vor allen Dingen auf das Kindeswohl und auf die Entwicklung der zukünftigen Eltern-Kind-Beziehung hin orientieren sollte.

In der Literatur gibt es diesbezüglich eine Reihe von Untersuchungen. Die ausführlichsten Untersuchungen

Berliner Samenbank GMBH

- **Spendersamenproben für die künstliche Befruchtung**
- **Lagerung befruchteter Eizellen aus der Reagenzglasbefruchtung (IVF)**
- **Lagerung von Hoden- gewebsproben zur Spermiegewinnung für ICSI**

Für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch

- **durch absolut männliche Zeugungsfähigkeit**
- **nach Versagen anderer moderner Methoden wie IVF (Reagenzglasbefruchtung) oder ICSI (sog. Mikroinsemination)**
- **bei Ablehnung von IVF oder ICSI**
- **Ab 2010 lagert die Berliner Samenbank auch unbefruchtete Eizellen ein!**
 - vor Krebstherapie
 - als „Fertilitätsreserve“, sog. „social Freezing“



Weitere Informationen
erhalten Sie unter:

www.Berliner-Samenbank.de

Geschäftsführer
Dr. med. David J. Peet

FAMILIENGLÜCK

Der Weg zum Wunschkind

Jedes 7. Paar in Deutschland ist ungewollt kinderlos. Die Ursachen hierfür lassen sich zu je einem Viertel auf rein „weibliche“, rein „männliche“, auf „gemischte“ und „unbekannte“ Faktoren verteilen. Dank medizinischer Fortschritte kann heute vielen ungewollt kinderlosen Paaren geholfen werden. Bei erheblichen Fruchtbarkeitseinschränkungen hilft oft die IVF-Behandlung („Retortenbefruchtung“). Ist die Samenqualität aber sehr schlecht, lässt sich nur noch mittels ICSI (Mikroinsemination), eine Schwangerschaft erreichen.

Seit der Gesundheitsreform 2004 müssen pro Behandlungszyklus der Reagenzglasbefruchtung ca. 1.500 bis 2.000 Euro vom Ehepaar selbst getragen werden, und bei einer durchschnittlichen Schwangerschaftsrate von 30% können mehrere Versuche erforderlich werden. Was aber, wenn keine Samen produziert werden, die o. g. Verfahren versagt haben oder diese Methoden wegen bestehender Risiken abgelehnt werden?

Die Adoption ist in Deutschland ein schwieriges Unterfangen, warten doch pro Kind sieben bis acht adoptionswillige Ehepaare. Die Verwendung von Samenzellen (erwiesen fruchtbarer und gesunder Samenspender) ist eine einfache und sehr erfolgreiche Methode. Immerhin ist innerhalb von 6-8 Behandlungen die „Trefferquote“ mit 80 % sehr hoch. Die Behandlung ist für die Frau körperlich wenig belastend. Die Sicherheit vor Ansteckung mit Infektionskrankheiten wird durch engmaschige und penible Untersuchungen der Spender und des Samens erreicht.

Da Paare, die sich einer solchen Behandlung unterziehen, meist anonym bleiben möchten und eine weitgehende Ähnlichkeit des Kindes zu seinen Eltern erhoffen, kön-

nen sie sich den „Wunschspender“ anonym nach Katalog (ohne Foto) aussuchen. Eine entsprechende Dokumentation garantiert das im Grundgesetz verankerte Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung.

Natürlich sollte aus verständlichen Gründen der Kinderwunsch des zu behandelnden Paares besonders stark sein. Eine äußerst harmonische Paarbeziehung ist unabdingbare Voraussetzung. Die Entscheidung für diese Methode muss nach gründlicher Diskussion miteinander, mit dem behandelnden Arzt und einem Rechtsanwalt gefällt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass sich dieses Wunschkind später auch als solches fühlt. International durchgeführte Studien belegen, dass Kinder aus dieser Behandlung eher überversorgt werden und sich durch ein hohes Maß an persönlichem Lebensglück und Elternglück auszeichnen. Auch die Ehemänner oder Partner gehen aus dieser Behandlung als „Gewinner“ hervor. Nachdem sie unter dem eigenen „Versagen“ meist lange gelitten haben, erleben sie befriedigt eine lang ersehnte Schwangerschaft.

Rechtliche Regelungen

In Deutschland werden jährlich 1.000 – 1.500 Kinder nach einer solchen Behandlung geboren. Leider fehlt es hier noch an einer verbindlichen rechtlichen Regelung, die zum Abbau der Vorbehalte gegen diese Art der Kinderwunschbehandlung führen würde. Das sogenannte „Kinderrechteverbesserungsgesetz“ vom April 2004, wonach eine Anfechtung der Vaterschaft durch Mutter und Vater nicht mehr möglich ist, hat aber immerhin die Problematik der Unterhaltsfrage geklärt.

BERLINER SAMENBANK

Bleib dabei - komm bei uns! ;)

Info-Telefon: 030-30 18883
E-Mail: kommen@berliner-samenbank.de
Kronenstr. 55-58 · 10117 Berlin-Mitte

Tab. 1 "Comparisons of warmth between family types": Vergleich der emotionalen Wärme bei unterschiedlichen Familientypen (Golombok et al., Human Reprod 17, 830–840, 2002)

	IVF		DI		Adoption		Spontan- konzeption		F	P	P-Werte		
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD			AR vs. SK	AR vs. A	IVF vs. DI
Interview mit der Mutter													
Mütterliche Wärme	3,85	0,97	3,86	1,01	3,83	0,90	3,66	0,88	2,42	NS	-	-	-
Emotionale Einbindung der Mutter	2,64	0,72	2,75	0,67	2,41	0,65	2,43	0,75	3,35	<0,05	<0,01	<0,01	-
Emotionales feedback der Mutter	2,46	0,79	2,42	0,80	2,42	0,63	2,49	0,75	0,17	NS	-	-	-
Freude an der Mutterschaft	2,60	0,60	2,59	0,57	2,58	0,58	2,38	0,63	3,02	<0,05	<0,01	-	-
Interview mit dem Vater													
Väterliche Wärme	3,59	0,96	3,72	0,93	3,36	1,06	3,28	0,98	9,39	<0,001	<0,001	<0,001	-
Emotionale Einbindung des Vaters	2,43	0,84	2,42	0,91	2,11	0,65	2,15	0,71	4,36	<0,01	<0,01	<0,01	-
Freude an der Vaterschaft	2,47	0,57	2,58	0,61	2,51	0,61	2,31	0,61	3,46	<0,05	<0,05	-	-
Interview mit dem Kind													
Wärme von der Mutter	2,51	0,67	2,61	0,52	2,26	0,79	2,44	0,64	2,60	NS	-	-	-
Freude an der Zeit mit der Mutter	2,31	0,67	2,46	0,65	2,36	0,71	2,40	0,59	0,24	NS	-	-	-
Abhängigkeit von der Mutter	2,22	0,65	2,23	0,64	2,21	0,63	2,13	0,66	0,30	NS	-	-	-
Wärme vom Vater	2,24	0,79	2,37	0,73	2,08	0,77	2,24	0,64	2,75	<0,05	-	<0,01	-
Freude an der Zeit mit dem Vater	2,36	0,67	2,44	0,63	2,37	0,69	2,37	0,60	0,26	NS	-	-	-
Abhängigkeit vom Vater	2,13	0,69	2,15	0,68	2,19	0,69	2,04	0,73	0,35	NS	-	-	-
EAI Fragebogen- Scores (total affection score)													
Mütterlicher total affection score	53,73	15,88	52,39	19,01	51,88	13,77	52,53	12,67	0,11	NS	-	-	-
Väterlicher total affection score	44,82	16,11	46,73	15,80	40,02	14,18	40,22	17,79	2,20	NS	-	-	-
total affection score des Kindes in Bezug auf die Mutter	50,81	18,84	48,87	16,37	46,41	18,36	48,15	17,02	0,55	NS	-	-	-
total affection score des Kindes in Bezug auf den Vater	50,80	18,85	48,79	16,35	46,41	18,36	48,15	17,02	0,56	NS	-	-	-

DI= Donogene Insemination; AR= Assistierte Reproduktion; SK=Spontankonzeption; A= Adoption; NS= nicht signifikant; MW= Mittelwert; SD= Standardabweichung (standard deviation); EAI= Expression of Affection Inventory; total affection score (Score bezüglich der gesamten Zuneigung)

werden in den Arbeiten von Golombok et al. (2002) sowie von Casey et al. (2008) dargestellt.

Die Arbeit von Golombok gibt die Daten einer Europäischen Studie wieder, bei der 102 IVF-Familien, 94 Familien nach donogener Insemination, 102 Familien nach Adoption und 102 Familien nach natürlicher Zeugung beobachtet wurden. Die Untersuchungen wurden durchgeführt, als die Kinder ein Alter von 11-12 Jahren erreicht hatten (beginnende Adoleszenz).

Tabelle 1 gibt die Beobachtungen wieder in Bezug auf das emotionale Verhalten („Wärme“ bei den unterschiedlichen Familientypen). Tabelle 2 gibt das Verhalten wieder in Bezug auf innerfamiliäre Kontrollstrukturen.

Wie den Tabellen zu entnehmen ist, gibt es kaum Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Familientypen. Man kann sogar feststellen, dass insbesondere die Ergebnisse bezüglich der emotionalen Einbindung der Eltern („Interview mit dem Vater“, „Interview mit der Mutter“) eher zugunsten der Donor Insemination-Familien zu sehen sind. Auch geben die Kinder aus Donor Insemination-Familien („Interview mit dem Kind“) hinsichtlich der Kritik der Eltern niedrigere Werte an.

Die Arbeit von Casey et al. (2008) hat eine vergleichende Untersuchung im Alter der Kinder von 7 Jahren zum Inhalt. Hierbei wurden Familien verglichen, die durch Leihmutterschaft, Eizellspende oder Donor Insemination entstanden. Auch hier gab es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den drei Familientypen. Lediglich bei den Familien mit Leihmutterschaft wurde über mehr „parenting stress“ und mehr Probleme im Umgang mit den Kindern berichtet.

Aufklärung des Kindes über die Samenspende

In Studien zeigt sich, dass die Absicht, die Kinder später aufzuklären, größer ist, als die real durchgeführte Aufklärung. So lag in der Studie von Golombok et al. (2002) die Rate der tatsächlich durchgeführten Aufklärungen im Alter von 12 Jahren nur bei 8,6%.

Lycett (2004) untersuchte in einer vergleichenden Studie Familien mit einer Geheimhaltungspolitik und Familien, die eine offenere Strategie bezüglich der Aufklärung wählten. Es zeigten sich keine Unterschiede in der kindlichen Entwicklung zwischen den beiden Grup-

Tab. 2 "Comparisons of control between family types": Vergleich der Kontrolle bei unterschiedlichen Familientypen (Golombok et al., Human Reprod 17; 830–840, 2002)

	IVF		DI		Adoption		Spontankonzeption		P-Werte		AR vs. SK	AR vs. A	IVF vs. DI
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	F	P			
Interview mit der Mutter													
Häufigkeit von Streitigkeiten mit der Mutter	30,55	33,99	28,23	31,84	27,62	35,42	31,61	36,59	1,45	NS	-	-	-
Ausmaß der Streitigkeiten mit der Mutter	0,97	0,66	1,09	0,74	0,95	0,69	1,06	0,69	1,16	NS	-	-	-
Supervision	2,77	0,70	2,70	0,60	2,76	0,47	2,80	0,62	0,47	NS	-	-	-
Nachsicht bei disziplinarischen Maßnahmen	1,98	0,78	2,16	0,82	1,89	0,67	1,91	0,74	1,55	NS	-	-	-
Interview mit dem Vater													
Häufigkeit von Streitigkeiten mit dem Vater	14,90	18,96	18,55	25,93	17,24	26,06	19,46	29,34	0,60	NS	-	-	-
Ausmaß der Streitigkeiten mit dem Vater	0,89	0,73	0,82	0,69	0,88	0,75	0,94	0,70	1,12	NS	-	-	-
Interview mit dem Kind													
Qualität von mütterlichen Erziehungsmaßnahmen	1,73	0,55	1,69	0,55	1,66	0,58	1,70	0,56	0,96	NS	-	-	-
Kritik von der Mutter	0,58	0,63	0,41	0,60	0,67	0,76	0,71	0,72	3,51	<0,05	<0,01	<0,05	-
Qualität von väterlichen Erziehungsmaßnahmen	1,68	0,55	1,50	0,56	1,80	0,56	1,80	0,55	2,80	<0,05	<0,05	<0,05	-
Kritik vom Vater	0,51	0,62	0,38	0,52	0,70	0,74	0,68	0,65	9,51	<0,001	<0,001	<0,001	-
Monitoring	2,05	0,65	2,11	0,60	1,95	0,75	2,03	0,72	3,29	<0,05	-	-	-
CTS- Scores													
Mütterliche Argumentation	10,89	3,50	10,77	3,39	10,30	3,82	10,24	3,63	3,21	<0,05	-	-	-
Väterliche Argumentation	10,22	4,00	10,92	3,49	9,94	3,83	9,34	4,28	3,51	<0,05	<0,05	-	-
Argumentation des Kindes über die Mutter	9,26	4,19	9,56	4,05	8,10	4,05	9,43	4,00	1,05	NS	-	-	-
Argumentation des Kindes über den Vater	8,29	4,45	8,66	4,41	7,17	4,21	9,12	4,30	1,32	NS	-	-	-
Mütterliche symbolische Strategie	7,65	5,92	8,02	5,54	7,53	5,11	8,22	5,92	1,28	NS	-	-	-
Väterliche symbolische Strategie	6,21	5,41	6,06	4,30	6,34	5,21	6,14	5,02	0,04	NS	-	-	-
Symbolische Strategie des Kindes gegenüber der Mutter	8,42	5,58	9,90	7,37	8,50	5,84	9,07	6,58	0,82	NS	-	-	-
Symbolische Strategie des Kindes gegenüber dem Vater	6,82	5,84	9,55	6,93	7,52	5,88	7,52	6,40	2,27	NS	-	-	-
Mütterliche körperliche Strategie	2,23	3,57	2,21	2,82	2,45	2,84	2,23	2,77	0,08	NS	-	-	-
Väterliche körperliche Strategie	1,78	2,63	1,78	2,77	1,84	2,66	1,43	2,62	0,38	NS	-	-	-
Körperliche Strategie des Kindes gegenüber der Mutter	0,35	1,25	1,01	3,65	0,60	1,90	0,73	3,61	3,44	<0,05	-	-	-
Körperliche Strategie des Kindes gegenüber dem Vater	0,16	0,93	0,67	3,26	0,45	1,58	0,49	2,73	1,72	NS	-	-	-

DI= Donogene Insemination; AR= Assistierte Reproduktion; SK=Spontankonzeption; A= Adoption; NS= nicht signifikant; MW= Mittelwert; SD= Standardabweichung (standard deviation); CTS= Conflict Tactics Scale (Skala bezüglich Taktiken bei Konflikten)

pen. Allerdings wurden in den Familien, die sich zu einer offenen Haltung entschlossen hatten, die Eltern-Kind-Beziehung positiver dargestellt. Außerdem wurden weniger Konflikte zwischen Mutter und Kind berichtet.

In einer Untersuchung von Scheib et al. (2004) wurde nachgefragt, welche Haltung heranwachsende Kinder/Jugendliche im Alter von 12–17 Jahren zur Identität des Samenspenders haben. In diese Untersuchung wurden 29 Haushalte einbezogen (41% von lesbischen Paaren, 37% von alleinstehenden Frauen und 20% von heterosexuellen Paaren). Alle Kinder wussten, dass sie über Spendersamen gezeugt wurden. Im Ergebnis kommen Scheib und Mitarbeiter (2004) zu der Auffassung, dass die Mehrheit der Jugendlichen positiv mit der Besonderheit ihrer Zeugung umgehen können und früher oder später beabsichtigen, den Samenspender kennen zu lernen.

Freemann et al. (2009) befassten sich mit Eltern, die eine Zusammenkunft ihres Kindes mit seinem Spender und mit Halbgeschwistern förderten. Als Grund dafür wurde vor allem die Förderung der Identität des Kindes genannt. Ein Großteil der Eltern berichtete über positive Erfahrungen beim Zusammentreffen mit Spender und Halbgeschwistern.

Samenspender

In Bezug auf den Samenspender ist vor allem die Frage nach der Motivation zur Samenspende von Interesse.

Thorn und Mitarbeiter haben im Jahre 2008 eine Untersuchung vorgelegt, bei der sie die Motivation und Haltung von 63 Samenspendern in Deutschland darstellen.

Tab. 3 Motivation des Spenders zur Samenspende: (Thorn et al, Hum Reprod. 2008 Nov; 23 [11] 2415–204

Motivation zur Samenspende		Finanzielle Kompensation	Informationen über den eigenen Fertilitätsstatus	Hilfeleistung für infertile Paare
Sehr wichtig (n)	n	26	19	24
	%	42	31	42
Wichtig (n)	n	28	21	23
	%	45	34,5	40
Unwichtig (n)	n	8	21	10
	%	13	34,5	18

Mehrfachnennungen waren möglich, es wurden nicht alle Fragen von allen Befragten beantwortet

Tab. 4 Haltung des Spenders zur Offenheit (Thorn et al, Hum Reprod. 2008 Nov; 23 [11] 2415–20)

Haltung zur Offenheit über Samenspende		Ja	Unsicher	Nein
„Die Eltern sollten ihr Kind über die Samenspende informieren“ *	n	23	21	18
	%	37	34	29
„Die Kliniken sollten anonymisierte Informationen über mich an das Kind ausgeben“	n	25	16	22
	%	40	25	35
„Ich erkläre mich zu einer Kontaktaufnahme durch das Kind bereit“	n	27	14	22
	%	43	22	35

*Ein Befragter äußerte sich nicht

Tab. 5 Haltung des Spenders zur Samenspende für spezifische Gruppen (Thorn et al, Hum Reprod. 2008 Nov; 23 [11] 2415–20)

Einverständnis zur Spende für...		Ja	Unsicher	Nein
... verheiratete Paare	n	62	0	1
	%	98	0	2
... de facto Paare	n	57	5	1
	%	90	8	2
... lesbische Paare	n	42	7	13
	%	68	11	21
... Witwen	n	36	11	14
	%	59	18	23
... alleinstehende Frauen	n	34	9	18

Mehrfachnennungen waren möglich, es wurden nicht alle Fragen von allen Befragten beantwortet

Tabelle 3 zeigt die Antworten, die auf die Frage nach der Motivation zur Samenspende gegeben wurden.

Es lässt sich also sagen, dass in dieser Gruppe sowohl selbstbezogene Aspekte – wie die finanzielle Kompensati-

on – als auch altruistische Aspekte bei der Entscheidung zur Samenspende eine Rolle spielen.

Tabelle 4 zeigt die Haltung des Spenders zur offenen Information über die Samenspende sowohl an das entstehende Kind als auch an ihn selbst. Es konnte in dieser Gruppe gezeigt werden, dass jeweils über ein Drittel nicht nur gegenüber dem Kind eine offene Haltung wünschen, sondern auch selbst gerne über ein möglicherweise gezeugtes Kind informiert werden möchten. 43% der Befragten würden sich auch zu einer Kontaktaufnahme durch das gezeugte Kind bereit erklären.

Tabelle 5 zeigt die Haltung der Samenspender zur Verwendung der gespendeten Spermien. Nicht überraschend steht an der Spitze das verheiratete Paar, gefolgt vom heterosexuellen Paar ohne Trauschein.

Insgesamt zeigen die Spender eine relativ liberale Einstellung zur Verwendung ihrer Spermien. Eine Mehrheit der Samenspender ist mit dem Einsatz bei lesbischen Paaren, Witwen oder auch alleinstehenden Frauen einverstanden.

Nach der gesetzlichen Veränderung in Schweden 1984 und in Großbritannien in 2005, nach denen eine Samenspende nur noch möglich ist, wenn die Spenderidentität bekannt gegeben werden kann, war befürchtet worden, dass die Zahl der Samenspender stark zurückgeht. Dieses hat sich nicht bewahrheitet. Auch Erfahrungen aus Deutschland (speziell Berlin) zeigen, dass bei Samenbanken, die nur mit bekannter Spenderidentität arbeiten, weiterhin kein Mangel an Samenspendern zu verzeichnen ist.

Empfehlungen zur Beratung

Es gibt keine gesetzliche Regelung zur Beratung bei geplanter Kinderwunschbehandlung mit Fremdsamen. In den Richtlinien der BÄK wird eine psychologische Beratung vor einer Behandlung im heterologen System empfohlen.

Voraussetzung für eine eigenverantwortliche Entscheidung ist eine umfassende Information über die gesetzlichen Möglichkeiten einer Samenspende, über die berufsrechtlichen Regelungen, die Behandlungsabläufe und -erfolge und auch die Information über Selbsthilfegruppen. Im Folgenden beziehen wir uns wesentlich auf die „Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende“ (Thorn P, Wischmann T, 2008) des Beratungsnetzwerks „Kinderwunsch in Deutschland“ (BKID), die eine gute Grundlage für die Beratung der zukünftigen Eltern und des Samenspenders bieten.

Beratung der Wunschmutter und des Wunschvaters

Die Paare kommen vor dem Einsatz von heterologen Spermien meist an einen Punkt, bei dem sie die bisherige Kinderwunschbehandlung und auch mögliche andere Optionen reflektieren sollten. Dieses Umdenken beinhaltet immer zugleich auch einen Trauerprozess zur erfolglosen bisherigen Therapie – falls überhaupt eine durchgeführt worden ist. Dieser Trauerprozess kann auch die Überlegung zur Samenspende prägen.

Die Reflektion zur zukünftigen Familie durch Samenspende kann unterschiedliche emotionale Reaktionen hervorbringen: Es kann von einer intuitiven Ablehnung bis zur unreflektierten Akzeptanz kommen. Dabei sollte in der Beratung darauf geachtet werden, dass die Auseinandersetzung mit der Gametenspende ein dynamischer Prozess ist.

Die Reflektion sollte zukünftige Aspekte wie das Verhältnis zu Verwandten, Geschwisterkindern und Großeltern beinhalten. Es sollte geklärt werden, wie die zukünftige Familie zum Samenspender und zum möglichen Kennen lernen von Halbgeschwistern steht.

Auch sollten Fragen des täglichen Sprachgebrauchs diskutiert werden. So empfiehlt es sich, die Begriffe „Spender“, „Vater“ und „Zeugung“ zu verwenden.

Ob und wann das Kind über die Besonderheit der Zeugung aufgeklärt wird, ist eine wesentliche Frage. Im Allgemeinen empfiehlt sich eine prozesshafte Aufklärung ab dem Kindergartenalter. Eine frühe Aufklärung erscheint für die Kinder unbelastender als die Aufklärung im Erwachsenenalter. Allerdings ist zu vermerken, dass zu diesem Thema bisher Langzeituntersuchungen fehlen.

Man sollte unbedingt vermeiden, dass das Kind erst im Erwachsenenalter bei konflikthaften Situationen (z. B. Scheidung) aufgeklärt wird. Es ergibt sich manchmal eine Situation, dass die Umgebung („beste Freundin“) über die Besonderheit der Zeugung Bescheid weiß – das Kind jedoch nicht. Eine solche Konstellation sollte unbedingt vermieden werden.

Wie immer bei psychologischer Beratung ist das Zulassen von ambivalenten Gefühlen sinnvoll. Es ist wichtig, in der Beratung von vorne herein zu spiegeln, dass die Familienbildung und das Heranwachsen von Kindern immer dynamische Prozesse mit positiven und (normalen) negativen Aspekten und Gefahren darstellen.

Beratung des Samenspenders

Der Samenspender sollte über den allgemeinen Ablauf der Voruntersuchungen und die Erfordernisse der Samenspende aufgeklärt werden. Fragen der Aufwandsentschä-

digung müssen geregelt werden. Außerdem ist er über die juristischen Aspekte bei unterschiedlichen Gruppen (verheiratete Paare, nicht-verheiratete Paare, lesbische und alleinstehende Frauen), über die Dokumentationsdauer, sowie über das Recht des Kindes auf Einsicht seiner biologischen Herkunft aufzuklären. Es sollte geklärt werden, für welche Gruppe von Empfängerinnen die Samenspende für ihn in Frage kommt.

Er sollte in diesem Zusammenhang darüber aufgeklärt werden, dass theoretisch Vaterschaftspflichten auf ihn übergehen könnten, falls es keinen Mann gibt, der die Vaterschaft anerkennt oder auch falls die Vaterschaft eines sozialen Vaters angefochten wird.

Dem Samenspender muss empfohlen werden, seine zukünftige Situation im Auge zu haben. Er sollte sich damit auseinandersetzen, welche Bedeutung das zukünftige Kind für ihn selbst und auch innerhalb seiner zukünftigen Familie haben könnte. Hier ist vor allem zu bedenken, dass auch Halbgeschwister vorhanden sein können.

Der Samenspender sollte für sich reflektieren inwieweit er die Samenspende in seinem Umfeld und vor allem seiner Lebenspartnerin bekannt gibt.

Fazit für die Praxis

- ◆ Die donogene Kinderwunschbehandlung ist ein Verfahren, das vor allem bei männlichen Fertilitätsstörungen Anwendung findet.
- ◆ Schätzungen zufolge werden jährlich ca. 1000 Kinder nach einer Zeugung mit Hilfe von Spendersamen geboren. Die Lebendgeburtenrate liegt bei ca 14% pro Behandlungszyklus.
- ◆ Juristisch ist der Einsatz von Fremdsamen nur bei heterosexuellen Paaren klar geregelt.
- ◆ In Bezug auf die kindlichen Entwicklung scheint es keinen Unterschied zwischen Kindern, die durch Fremdsamen entstanden sind und Kindern, die durch Eigensamen gezeugt wurden, zu geben. Allerdings fehlen hierzu bisher Langzeituntersuchungen.
- ◆ Die Aufklärung der Kinder wird wesentlich seltener durchgeführt, als beabsichtigt, obwohl Kinder in den bisherigen Untersuchungen insgesamt eher positiv und offen auf eine Aufklärung reagierten. Allerdings fehlen auch hierzu bisher groß angelegte Langzeituntersuchungen.
- ◆ Insgesamt sollte bei Paaren die sich ihren Kinderwunsch durch eine Samenspende erfüllen wollen, eine psychosoziale Beratung erfolgen, auch wenn diese gesetzlich nicht vorgeschrieben ist.
- ◆ Auch der Samenspender sollte zumindest über die Möglichkeit einer Beratung informiert werden.

Literatur

- Bundesärztekammer, 2006. (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006, Deutsches Ärzteblatt 103, B 1188 –1199.
- Bürgerliches Gesetzbuch: § 1600 „Anfechtungsberechtigte“.
- Casey, P., Readings, J., Blake, L., Jadva, V., Golombok, S., 2008. Child development and parent-child relationships in surrogacy, egg donation and donor insemination families at age 7. Abstract of the 24th Annual Meeting of the ESHRE; Barcelona, Spain, 7–9 July 2008.
- de Brucker, M., Haentjes, P., Evenepoel, J., Devroey, P., Collins, J., Tournaye, H., 2009. Cumulative delivery rates in different age groups after artificial insemination with donor sperm. *Human Reprod* 24, 8: 1891–1899.
- Embryonenschutzgesetz vom 13.12.1990.
- Freeman, T., Jadva, V., Kramer, W., Golombok, S., 2009. Gamete donation: Parents' experience of searching for their child's donor siblings and donor. *Human Reprod* 24 (3), 505–416.
- Golombok, S., Brewaeys, A., Giavazzi, M.T., Guerra, D., Mac Callum, F., Rust, J., 2002. The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. *Human Reprod* 17, 830–840.
- Hammel, A., Bispink, G., Katzorke, T., Schreiber, G., Thorn, P., 2006. Richtlinien des Arbeitskreises für Donogene Insemination zur Qualitätssicherung der Behandlung mit Spendersamen in Deutschland, Fassung vom 8. Februar 2006, *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2006, 3: 166–74.
- Katzorke, T., 2008. Entstehung und Entwicklung der Spendersamenbehandlung in Deutschland, *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2008, 1: 14–20.
- Lycett, E., Daniels, K., Curson, R., Chir, B., Golombok, S., 2004. Offspring created as result of donor insemination: A study of family relationships, child adjustment, and disclosure. *Fertility and Sterility* 82, 172–79.
- Scheib, J.E., Riordan, M., Rubin, S., 2004. Adolescents with open-identity sperm donors: reports from 12–17 year olds. *Human Reprod* 20, 239–52.
- Thorn, P., Katzorke, T., Daniels, K., 2008. Semen donors in Germany: A study exploring motivations and attitudes. *Human Reprod* 23, 2415–2420.
- Thorn, P., Wischmann, T., 2008. Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. *J Reproduktionsmed. Endokrinol* 2008: 3, 147–152.

AutorInnen

Dr. med. Kathrin Wohlfarth, Prof. Dr. Heribert Kentenich, Frauenklinik, Fertility Center Berlin, DRK-Klinikum Berlin Westend, Spandauer Damm 130, 14050 Berlin, info@fertilitycenterberlin.de

Sexualität und Partnerschaft bei rheumatischen Erkrankungen

Eva Rothermund, Doreen Sharav, Christoph J. Ahlers, Klaus M. Beier

Sexuality, partnership and rheumatic diseases

Abstract

Sexuality is a complex area containing bodily function, mental processing as well as social interaction. It is a central aspect of quality of life.

The term rheumatism stands for more than 450 different diseases which characteristically impede the function of the musculoskeletal system without previous trauma or principal malformation. The impact of rheumatic diseases – in particular chronic inflammatory diseases like rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, systemic lupus erythematosus or systemic sclerosis – on sexuality is discussed by reviewing literature. Overall there is a considerable negative impact on sexuality while more common factors such as pain or severity of the disease also play an important role. One hypothesis for the diverse degrees of influence is that the quality of partnership has a major impact. The few studies done so far which queried both the rheumatically ill and their partners show evidence for this hypothesis.

Conclusion: As an integral determinant of the quality of life, sexuality is also an important area for the chronically ill. Rheumatic diseases can have a negative impact on sexuality. In addition to its physical function, sexuality has a social aspect, partnership. Over and beyond the somatic treatment of the basic disease and its consequences, bolstering communication between the partners can play a decisive role in minimalizing the influence of rheumatic diseases on a couple's sexuality

Keywords: Sexuality, partnership, rheumatic diseases

Zusammenfassung

Sexualität ist ein bio-psycho-sozialer Lebensbereich mit den Dimensionen von körperlicher Funktion, psychischer Verarbeitung und sozialer Interaktion. Dadurch ist ersichtlich, dass Sexualität ein zentraler Bestandteil der allgemeinen und gesundheitlichen Lebensqualität ist.

Hinter dem Begriff Rheuma verbergen sich rund 450 Erkrankungen, deren gemeinsames Merkmal die Beeinträchtigung des Bewegungssystems ohne vor-

ausgehendes Trauma oder primäre Fehlbildung ist. Der Einfluss von Rheuma – fokussiert auf die chronisch-entzündlichen Erkrankungen rheumatoide Arthritis, ankylosierende Spondylitis, systemischer Lupus erythematosus und Sklerodermie – auf die Sexualität wird anhand einer Literaturübersicht besprochen. Insgesamt besteht ein deutlich negativer Einfluss der jeweiligen Erkrankungen, wobei mehr allgemeine Faktoren, wie Schmerz, oder Schwere der Erkrankung eine Rolle spielen. Eine Hypothese für den unterschiedlichen Grad der Einschränkung ist, dass die Qualität einer Partnerschaft einen entscheidenden Einfluss hat. Die bisher geringe Anzahl an Studien zu Sexualität bei Rheuma, die eine Partnerbefragung einschließen, belegt dies mit ersten Befunden.

Schlussfolgerung: Sexualität ist als Teil der allgemeinen und gesundheitlichen Lebensqualität für chronisch kranke Menschen ein wichtiger Lebensbereich. Die Erkrankung beeinflusst die Sexualität der Betroffenen. Sexualität hat neben der körperlichen Funktion u. a. einen sozialen Aspekt, die Partnerschaft. Um den Einfluss von Rheuma auf die Sexualität eines Paares zu minimieren, spielt neben der somatischen Therapie der Grunderkrankung und deren Folgen eine Förderung der Kommunikation des Paares eine entscheidende Rolle.

Schlüsselworte: Sexualität, Partnerschaft, rheumatische Erkrankungen

Rheuma ist nicht gleich Rheuma

Der Begriff „Rheuma“ weckt bei vielen konkrete Assoziationen. Dahinter verbirgt sich jedoch eine Sammlung von etwa 450 verschiedenen Krankheiten des Bewegungssystems, die nicht durch Verletzungen oder primäre Fehlbildungen hervorgerufen wurden. Besondere Merkmale dieser Krankheiten der Gelenke, der Wirbelsäule, der Muskeln und Knochen sind Bewegungseinschränkungen und Schmerzen, häufig verbunden mit lokalen oder systemischen Entzündungsvorgängen. Vereinfachend lassen sich rheumatische Krankheiten in drei große Gruppen einteilen:

- ◆ entzündlich rheumatische Krankheiten (Arthritis, Spondyloarthritis, Kollagenosen)
- ◆ degenerative rheumatische Krankheiten (Arthrose, Spondylose, Osteoporose)
- ◆ weichteilrheumatische Krankheiten (Myopathien, Tendomyoperiostosen, Fibromyalgie)

Zu den rheumatischen Krankheiten im engeren Sinne zählen vor allem die entzündlichen Krankheiten des Bewegungssystems z.B. die rheumatoide Arthritis, die ankylosierende Spondylitis, der systemische Lupus erythematoses und die Sklerodermie (Kurzbeschreibung s. u.).

Entzündlich-rheumatische Krankheiten haben einen akuten oder schleichenden Beginn und verlaufen in aller Regel schubweise oder chronisch-progredient. Allgemeine Erkrankungsfaktoren betreffen den Einzelnen in unterschiedlicher Ausprägung: Schmerz, Müdigkeit und Abgeschlagenheit, Bewegungseinschränkungen, Depressivität, Ängstlichkeit, negatives Körperbild, verringertes sexuelles Verlangen, Störung des hormonellen Gleichgewichts und Belastungen durch unerwünschte Wirkungen von Medikamenten zur Behandlung der Grunderkrankung.

Ausgewählte Erkrankungsbilder

Die **rheumatoide Arthritis (RA)**, synonym chronische Polyarthritits,

ist eine Systemerkrankung des mesodermalen Gewebes, die vor allem die Synovia und damit die Gelenke in einem typischen, symmetrischen Muster mit Arthritis befällt. Das Leitsymptom sind über Wochen bestehende synovitische Gelenkschwellungen mit Überwärmung, begleitet von Morgensteifigkeit der Gelenke und wechselnd starken Schmerzen. Frauen sind dreimal häufiger betroffen als Männer.

Das Haupterkrankungsalter liegt zwischen 30 und 50 Jahren, die Prävalenz bei 1%. Die Erkrankung verläuft meist in chronisch rezidivierenden Schüben. Oft kommt es zu Gelenkdestruktionen mit Deformierung und erheblicher Einschränkung der Beweglichkeit.

Die **Ankylosierende Spondylitis (AS)**, synonym Morbus Bechterew,

ist eine systemische chronisch-entzündliche Erkrankung, die vorwiegend das Achsenskelett betrifft. Besonders typisch ist die Sakroiliitis, charakteristisch im Verlauf ist die Beugung des Oberkörpers nach vorne, ausgelöst durch Entzündung und nachfolgend überschießender Knochenbildung. Rückenschmerzen, Morgensteifigkeit der Gelenke und Bewegungseinschränkungen sind die

vorwiegend beklagten Symptome (Braun & Sieper 2000, Zink et al. 2000).

Beim systemischen Lupus erythematoses (SLE)

handelt es sich um eine mehrere Organsysteme betreffende, autoimmun vermittelte Erkrankung des Bindegewebes, mit sehr unterschiedlichen klinischen Symptomen. Diese reichen von Abgeschlagenheit, Hautrötungen (charakteristisch das Schmetterlingserythem im Gesicht) und Gelenkschmerzen über Befall des zentralen Nervensystems, Nephritis, Pneumonitis und Herzerkrankungen (Ermann & Bermas, 2007). Im Verhältnis 9:1 sind vor allem junge Frauen deutlich häufiger betroffen.

Die Sklerodermie

ist eine chronische Autoimmunerkrankung. Sie ist durch Vaskulopathien und Fibrose verschiedener Organe wie Haut, Lunge, Verdauungstrakt, Herz und Nieren charakterisiert. Der Körper bildet enorme Mengen an Kollagen, dadurch kommt es zu massiven Funktionseinschränkungen. Dieser Prozess lässt sich nicht rückgängig machen. Frauen erkranken viermal häufiger als Männer, der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr.

Sexualität

Sexualität ist ein Erlebensbereich, in dem der Mensch, um seine grundlegenden Bedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit zu erfüllen, auf eine intensive, unmittelbare und sinnlich einzigartige Weise mit anderen Menschen in Beziehung treten kann (Beier et al., 2005).

Nach Zusammenschau der vielfältigen Symptome erscheint es evident, dass durch allgemeine Erkrankungsfaktoren wie z.B. Schmerzen, Müdigkeit und Kraftlosigkeit eine Abnahme der Lust auf sexuelle Aktivitäten eintritt. Interessant ist, dass Ergebnisse wissenschaftlicher Studien die Beeinträchtigungen der Sexualität durch den rheumatischen Krankheitsprozess und seine körperlichen und seelischen Auswirkungen nicht eindeutig belegen: Auf die Frage, in welchem Ausmaß die rheumatische Erkrankung im allgemeinen Einfluss auf ihre Sexualität nimmt, antwortete:

- ◆ ein Drittel der Rheumakranken mit „fast nie“,
- ◆ ein Drittel gab an, dass die RA „manchmal“ Einfluss auf ihre Sexualität nehme,
- ◆ ein Drittel fühlte sich „fast immer“ durch die Erkrankung in der Sexualität beeinflusst (Kraaimaat et al., 1996).

Zu diesen Aussagen kontrastieren Studien, die zeigen, dass die Betroffenen seit Beginn ihrer rheumatischen Krankheit zunehmend seltener Geschlechtsverkehr haben.

Die erste Arbeit mit dieser Aussage – eine japanische Befragung (Yoshino & Uchida, 1981) – wurde weder im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, noch im Vergleich zum Status „vor der Erkrankung“ durchgeführt. Danach zeigten Blake und Kollegen (1987), dass die Häufigkeit, des Geschlechtsverkehrs bei Rheumatikern und nicht-Rheumatikern über den Zeitraum der Untersuchung abnimmt. Eine Untersuchung an 52 Frauen mit RA beschreibt, dass 2/3 der Betroffenen angaben, sexuell eingeschränkt zu sein, weniger Interesse an Sexualität zu haben und unter geringer sexueller Zufriedenheit zu leiden (Abdel-Nasser & Ali, 2006). Ein Zusammenhang zur Krankheitsaktivität konnte hergestellt werden, ein Zusammenhang zur Gelenkbeteiligung ergab sich lediglich bei einer Beteiligung der Hüfte. Berlo und Kollegen (2007) fanden darüber hinaus, dass Männer mit RA ebenso weniger Interesse an sexueller Aktivität zeigten.

Eine aktuelle Übersicht von Areskoug-Josefsson und Öberg (2009) fasst zusammen, dass die Beeinträchtigung bei Frauen mit RA zwischen 36% und 70% liegt.

Junge Menschen, die vor Eintritt in die Pubertät an juveniler chronischer Arthritis erkrankten und von dieser ins Erwachsenenleben begleitet wurden, unterscheiden sich dagegen in ihren sexuellen Aktivitäten (Masturbation / manuell-genitale Stimulation, oral-genitale Stimulation, Geschlechtsverkehr, Orgasmusfähigkeit) nicht von gesunden Menschen gleichen Alters (Herstein et al. 1977).

Zwei weitere Studien mit Kontrollgruppen belegen ebenfalls, dass Rheumakranke genauso häufig Geschlechtsverkehr hatten wie die Vergleichspersonen (Elst et al. 1984, Ostensen et al., 2000). Unterschiede scheint es nach diesen Studien jedoch in der Länge des „Vorspiels“ zu geben. Die Betroffenen gaben eine kürzere Zeitspanne dafür an, mit der Begründung, schneller zum Orgasmus kommen zu wollen, um weniger Schmerzen bei unbehaglichen Positionen oder körperlicher Aktivität zu haben (Elst et al., 1984).

Dass es sich beim Systemischen Lupus erythematodes anders verhält als bei der RA, zeigt eine Studie von Curry und Kollegen (1994): in der Gruppe mit SLE hatten sich mehr Frauen vollständig von allen Formen sexueller Aktivität zurückgezogen als bei den Frauen der Kontrollgruppe.

Nach der bereits eingangs zitierten japanischen Studie (Yoshino & Uchida, 1981) kommen nur 20% der befragten Rheumatikerinnen mit RA regelmäßig beim Geschlechtsverkehr zum Orgasmus. Diese, im Vergleich zur heutigen Zeit geringe Anzahl an Frauen, die durch penil-vaginale Penetration einen sexuellen Erregungs-

höhepunkt erleben können, ist, verglichen mit späteren Studien (vor allem solche mit Kontrollgruppendesign), wahrscheinlich eher das Ergebnis kultureller Einflüsse als krankheitsbedingt. Für die Feststellung einer tatsächlichen Orgasmusstörung fehlt in dieser japanischen Studie insbesondere die Erhebung, ob sich auch bei der Masturbation kein Orgasmus einstellt. Damit bleibt die Frage nach der Orgasmusfähigkeit weiterhin offen. Der Versuch einer Zuordnung spezieller Einschränkungen der einzelnen Krankheitsbilder auf spezielle Aspekte der Sexualität mit Therapieanschlüssen findet sich bei Tristano (2009).

Partnerschaft

Bei Rheumakranken liegen die Stressfaktoren, denen Paare ausgesetzt sind, wenn ein Partner an RA erkrankt ist, nach Foxall und Kollegen (1989) insbesondere darin, dass sich beide Partner große Sorgen machen, um den Einfluss, den die Erkrankung auf ihre Partnerschaft haben wird.

Für Frauen ist das zweitgrößte Problem, das die Arthritis im Bereich Sexualität verursacht, ebenfalls im partnerschaftlichen Bereich zu finden, nämlich sowohl in Konflikten in der bestehenden Partnerschaft als auch in der Sorge, überhaupt (wieder) einen Partner zu finden (Fergusson & Figley, 1979).

Die Frage, ob sich eine chronische rheumatische Krankheit negativ auf die Partnersuche auswirkt, wird von wissenschaftlichen Studien kontrovers beantwortet. Yoshino und Uchida (1981) beschreiben, dass eine Krankheitsdauer von mehr als 5 Jahren die Partnersuche erheblich erschwert. Packham und Kollegen (2002) berichten in ihrer Langzeit follow-up Studie eine Beeinträchtigung der Partnerschaft bei rund 30% der Befragten. Dagegen konnten Ostensen und Kollegen (2000) in ihrer Studie zum sexuellen Verhalten, der Paarbildung und Partnersuche von jungen Rheumatikerinnen keine Unterschiede zur Kontrollgruppe feststellen.

In dieselbe Richtung weisen die Studien von Blake und Kollegen (1987, 1988), bei denen zwischen der Qualität einer Partnerschaft und der RA oder der AS eines Partners kein Zusammenhang gefunden wurde. Bei den Rheumakranken wie auch bei den Kontrollpaaren zog eine wenig glückliche Partnerschaft gleichermaßen eine geringere sexuelle Zufriedenheit nach sich, verbunden mit häufigeren sexuellen Dysfunktionen.

Auch zeigte sich, dass stärker depressiv verstimmte Menschen häufiger unglücklich mit ihren Beziehungen waren. Dagegen erscheinen die rheumakranken Frauen in dieser Studie selbstbewusster in ihrer Rolle als Frau: sie machten sich deutlich seltener Sorgen als die gesunden

Frauen, ihr Partner könne das sexuelle Interesse an ihnen verlieren.

Majerovitz und Revenson (1994) konnten in einer Partnerbefragung zeigen, dass die männlichen Partner der Betroffenen in sexueller Hinsicht umso unzufriedener waren, je größer die Schmerzen seiner Partnerin waren. Dieser Befund zeigte sich auch dann, wenn die Partnerangaben, selbst sexuell zufrieden zu sein. Eine Befragung von über 250 Paaren ergab, dass die Qualität der Partnerschaft übereinstimmend eingeschätzt wurde, der Einfluss der Erkrankung auf die gemeinsame Sexualität schätzen die Betroffenen jedoch als ausgeprägter ein als ihre Partner (Rothermund 2006).

Sexualität ist als soziale Interaktion stark mit dem Partner verbunden. Bei Störung der Sexualität durch Rheuma kann Partnerschaft als Ressource dienen. Dazu ist es wichtig, die Kommunikation des Paares zu fördern. Dies ist wenigstens im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung notwendig. Darüber hinaus ist zu einer sexualmedizinischen Paarberatung/-therapie zu raten.

Literaturverzeichnis

- Abdel-Nasser, A.M, Ali, E.L., 2006. Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 255 (6): 822–30.
- Areskoug-Josefsson, K., Öberg, U., 2009. A literature review of the sexual health of women with rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal Care* Feb 25 [Epub ahead of print].
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit U. (Hrsg.) 2005. *Sexualmedizin, Grundlagen und Praxis*. 2. Auflage Elsevier, München.
- Berlo, v W.T, Wiel, v H.B., Taal, E., Rasker, J.J., Weijmar Schultz, W.C., Rijswijk, v M.H. 2007. Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: a multicenter study. *Clin Rheumatol* 26 (1): 30–38.
- Blake, D. J., Maisiak, R., Alarcon, G. S., Holley, H. L., Brown, S., 1987. Sexual quality-of-life of patients with arthritis compared to arthritis-free controls. *J.Rheumatol*. 14: 570–576.
- Blake, D. J., Maisiak, R., Koplan, A., Alarcon, G. S., Brown, S., 1988. Sexual dysfunction among patients with arthritis. *Clin. Rheumatol*. 7: 50–60.
- Braun, J., Sieper, J., 2000. Inception cohorts for spondyloarthropathies. *Z Rheumatol* 59: 117–121
- Curry, S. L., Levine, S. B., Corty, E., Jones, P. K., Kurit, D. M., 1994. The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. *J.Rheumatol*. 21: 2254–2260.
- Elst, P., Sybesma, T., van der Stadt, R.J., Prins, A. P., Muller, W. H., Butter A., 1984. Sexual problems in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 27: 217–220.
- Ermann, J., Bermas, B.L., 2007. The biology behind the new therapies for SLE. *Int J Clin Pract* 61 (12): 2113–2119.
- Ferguson, K., Figley, B., 1979. Sexuality and Rheumatic Disease: A Prospective Study. *Sexuality and Disability* 2 (2): 130–138.
- Foxall, M. J., Kollasch, C., McDermott, S., 1989. Family stress and coping in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 2: 114–121.
- Herstein, A., Hill, R. H., Walters, K. (1977): Adult sexuality and juvenile rheumatoid arthritis. *J.Rheumatol*. 4: 35–39.
- Kraaimaat, F. W., Bakker, A. H., Janssen, E., Bijlsma, J. W., 1996. Intrusiveness of rheumatoid arthritis on sexuality in male and female patients living with a spouse. *Arthritis Care Res*. 9: 120–125.
- Majerovitz, S. D., Revenson, T. A., 1994. Sexuality and rheumatic disease: the significance of gender. *Arthritis Care Res*. 7: 29–34.
- Ostensen, M., Almqvist, K., Koksvik, H. S., 2000. Sex, reproduction, and gynecological disease in young adults with a history of juvenile chronic arthritis. *J.Rheumatol*. 27: 1783–1787.
- Packham J.C., Hall, M.A., Pimm, T.J., 2002. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: predictive factors for mood and pain. *Rheumatology (Oxford)* 41 (12): 1444–1449.
- Rothermund, E., 2006. Partnerschaft und Sexualität bei Psoriatikern mit chronischen Gelenkbeschwerden: Ergebnisse einer empirischen Studie an Betroffenen und ihren Partnern. *Med. Diss. Med. Fak. Charité – Universitätsmedizin Berlin*.
- Tristano, A.G., 2009. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol Int*. Jan 20. [Epub ahead of print].
- Yoshino, S., Uchida, S., 1981. Sexual problems of women with rheumatoid arthritis. *Arch.Phys.Med.Rehabil*. 122–123.
- Zink, A., Braun, J., Listing, J., Wollenhaupt, J., 2000. Disability and handicap in rheumatoid arthritis and ankylosing-spondylitis results from the German rheumatological database. *J Rheumatol* 27: 613–622.

AutorInnen

Dr. med. Eva Rothermund, Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Am Hochsträß 8, 89081 Ulm, Email: eva.rothermund@uni-ulm.de
 Doreen Sharav, Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Christoph Joseph Ahlers, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Universitätsklinikum Charité Campus Mitte, Freie und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin-Mitte

Krebserkrankung und Sexualität

Gerhard Haselbacher

Cancer and sexuality

Abstract

The following paper deals with the connections between cancer illness and sexuality, in particular with cancer of the sexual organs. It focuses on the importance of communication, its impairment, and the overcoming of communication problems between the doctor and the patient and between patients and their partners.

Keywords: Cancer, sexuality, partnership, communication

Zusammenfassung

In dem folgenden Beitrag werden die Zusammenhänge von Krebserkrankung und Sexualität, insbesondere bei Krebserkrankungen der Sexualorgane, dargestellt. Im Mittelpunkt steht die Bedeutung der Kommunikation, deren Beeinträchtigung und die Überwindung der Schwierigkeiten, zum einen zwischen Arzt und Patient, sowie zwischen Patient und Partner.

Schlüsselworte: Krebserkrankung, Sexualität, Partnerschaft, Kommunikation

Was macht Krebs mit uns?

Krebs, diese furchtbare Erkrankung, diese widerliche Geißel, die uns im Kern unseres Selbstbewusstseins trifft. Ich bin verloren, in mir breitet sich der Feind aus, er bohrt sich in mein gesundes Gewebe, überschreitet jede Grenze, er ist chaotisch, unberechenbar, zerstörerisch. Er höhlt meinen Körper aus und greift die Seele an. Ich bin erschrocken, mutlos, ohne Hoffnung. Ich traue meinem Körper nichts mehr zu, fühle mich grundlos bestraft. Womit habe ich das verdient, und warum gerade ich, was habe ich getan? Siechtum und Tod warten auf mich, warum so früh, warum jetzt? Keine Freude wird mir mehr zuteil, ich werde eine Zumutung sein für uns und die Nächsten, ich will mich verkriechen, absondern, will es nicht wahr haben, es muss ein Irrtum sein. Nein, ich werde nicht an mir herum schneiden lassen, werde keine

gefährlichen Strahlen und Medikamente an mich herankommen lassen, ich will nicht verstümmelt werden. Ich habe keinen Krebs, ich bin gesund, ich will gesund sein, ich will, dass die Ärzte sich irren, ich ignoriere die Diagnose, sie darf nicht sein, was soll mein Partner von mir denken, die Nachbarn, die Kinder. Ich hasse die Wahrheit, ich verachte die Realität. Ich bin nichts mehr wert, als Frau, als Mann – ich zähle nicht mehr. Keine Freude mehr, kein Leben, keine Sexualität.

Diese Aussagen verschiedener Patienten lassen erahnen, wie schwierig es ist, aus dem Schock, aus dem Trauma heraus zu kommen und wieder Hoffnung zu gewinnen.

Krebs hat in unserer Zeit das schlechteste Krankheitsimage, er ist bedrohlich, unberechenbar, chaotisch, oft verbunden mit Schuldgefühlen, Bestrafungsgedanken, Kontinuitätsbruch, Sinnlosigkeit, Schutzlosigkeit, Bedrohung der körperlichen Identität.

Die Angst vor Siechtum und Leiden führt zu Verlust des Selbstverständlichen, zu gestörter Kommunikation (Arzt, Partner, Umfeld), zu einem gestörten Selbst.

Patienten gehen unterschiedlich mit dem Chaos in sich um, sie haben verschiedene Copingmechanismen. Unter Krankheitsbewältigung (Coping) versteht man den Versuch, die krankheitsbedingte Stresssituation durch gezieltes Handeln oder innerpsychische Prozesse (kognitiver oder emotionaler Art) zu verarbeiten oder deren Auswirkungen zu mindern. Dabei handelt es sich um einen adaptiven Prozess, bei dem eine Reihe von inneren und äußeren Einflussfaktoren eine Rolle spielen.

Allen Patienten gemeinsam ist, dass sie zu einer Zukunftsbearbeitung noch nicht fähig sind, da sie traumatisiert sind und sich in einer akuten Belastungssituation befinden. Deren Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von „Betäubung“, mit einer gewissen Bewusstseins-einengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion), vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten auf. Die Patienten sind den Erläuterungen des Arztes nicht zugänglich. Auch Zeichen einer späteren posttraumatischen Reaktion sind bekannt.

Für eine spätere gute Verarbeitung sprechen:

- ◆ Vertrauen in die Behandler (Ärzte usw),
- ◆ Vertrauen in sich (Kampfgeist, Mut),
- ◆ Erinnern an Erfolge (physiologisch, emotional, kognitiv, materiell),
- ◆ ein gutes psychosoziales Umfeld (Familie, Kinder),
- ◆ allgemeine Lebensfreude (Leben im Hier und Jetzt),
- ◆ Annahme von Hilfen (von allen Seiten).

Erst dann können weitere Schritte angenommen werden, aber wir sollten früh Stichworte mit einbringen, auf die wir später immer wieder zurückkommen können, dies kann die Hoffnung auf dauerhafte Gesundung sein, das kann gute Partnerschaft und Sexualität sein, das kann Rehabilitation und Krebs als Chance sein.

Die Patienten werden darauf nicht sofort reagieren, sie können es nicht, weil das Trauma zu groß ist. Erst nach erfolgter Behandlung sind die Patienten nach und nach wieder offener und werden sie sich der Hinweise erinnern. Dies gilt auch für den dramatischen Fall der Unheilbarkeit. Über das Sterben und den Tod zu reden, über die verbleibende Zeit, über das Füllen und die Erfüllung wird eher möglich sein, wenn es vorher eine Antizipation gegeben hat.

Diese Überlegungen gelten für alle Organe, es gilt aber besonders, wenn es um die sexuelle Funktion geht. Nicht nur im Falle von Krebserkrankungen der Sexualorgane, da ist es nur besonders naheliegend und evident.

Störungen der Sexualität

Warum wird die Sexualität so negativ beeinflusst? Patienten, die Krebs bekommen, fühlen sich von einem Mangel befallen, sie haben existentielle Ängste und sind voller Misstrauen ihrer Zukunft gegenüber. Sie befürchten nicht mehr geliebt zu werden oder gar abgelehnt zu werden. Eigene Wünsche oder Begierden lassen sie nicht zu. Ihr sozialer Rückzug wird im übrigen bestärkt durch das Verhalten der Freunde, der Kinder, des Partners selber, die verunsichert und beunruhigt die Kommunikation meiden, sie ziehen sich zurück und bestätigen die Ängste der Patienten. Die Partner werden ihre eigenen sexuellen Wünsche zurückhalten aus Vorsicht, Rücksichtnahme, Unsicherheit – die Patienten erleben dies als Ablehnung und Bestätigung ihrer Unattraktivität. Krebs wird so als doppelte Bestrafung angesehen. Dazu kommen die sexuellen körperlichen Probleme durch die Krebsbehandlung und deren Therapie. Operationen, Strahlentherapie und medikamentöse Therapie (Chemotherapie, antihormonelle Therapie) wirken immer körperlich einschrän-

kend, sind mit Schmerzen, Funktionsbeeinträchtigung und sichtbaren Stigmata verbunden. Oft genug sind diese auch noch chronisch quälend und schambesetzt, denken Sie nur an Ableitungen von Kot und Urin. Die intimsten Handlungen werden sichtbar, Gefühle von Scham, Erniedrigung, unerträgliche Zumutung und die Vorstellung bestialisch zu stinken, widerlich auszusehen, nur aus Mitleid geduldet zu sein, belasten die Patienten. Mattigkeit, Schmerzen und Depression verstärken die sexuelle Unlust. Haarausfall, Trockenheit im Scheidenbereich oder Erektionsprobleme, Nervenschmerzen, Herzprobleme, Müdigkeit durch die Anämie, Ausbleiben der Blutung, Ausbleiben des Haarwuchses, Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit können Folgen der medikamentösen Therapie sein. Wenn schon sexuelle Störungen Begleiterscheinungen allgemeiner Krebserkrankungen sind, wie sind dann erst die Karzinome der Geschlechtsorgane fatal wirksam.

Sexualkarzinome

Gleich ob die Sexualorgane des Mannes oder der Frau betroffen sind, die Sexualität wird immer beeinträchtigt sein. Organisch, seelisch, partnerschaftlich. Gleich ob Prostata, Hoden, Penis, gleich ob Vulva und Vagina, ob Cervix oder Corpus uteri, gleich ob Ovarien oder die Brust, kein Krebs der betreffenden Organe wird ohne Auswirkungen auf Partnerschaft und Sexualität bleiben. Das Tragische dabei ist, dass die meisten Wünsche der Patienten befriedigt werden könnten, gleich ob mit oder ohne medikamentöse Hilfe. Die Bedürfnisse der Menschen nach Nähe, Zärtlichkeit, nach Liebe, Liebkosung, Akzeptanz, Wärme, Trost, Geborgenheit, Respekt und Wohlwollen, nach Austausch der Zuneigung, des Verständnisses, der Toleranz, des Mitgefühls und der Hoffnung auf eine lange gemeinsame Zeit wären nicht beeinträchtigt durch die Erkrankung, im Gegenteil die Bedürfnisse könnten bestätigt werden, angenommen werden, ausgetauscht, neue Wege gesucht werden, die Liebe würde sich bewähren, abgesichert werden, befriedigt werden. Wenn, ja wenn die Patienten mit ihren Partnern selbstbewusst kommunizieren würden, wenn sie ihr Recht auf ihr Dasein mit veränderten körperlichen Möglichkeiten in Anspruch nehmen würden, wenn sie ihr Frausein, ihr Mannsein nicht in Frage stellen würden. Wenn sie Hilfe suchen würden, wenn sie lernen würden, zu fordern, wütend zu sein, sich nicht unterkriegen lassen.

Krebs soll eine Chance bedeuten, nicht nur eine Last. Dies gilt auch für die Hilfen und die Möglichkeiten der Industrie und unsere Möglichkeiten der psychosozialen Betreuung.

Wiedereingliederung und Hilfen

So gibt es eine Reihe von Hilfen, die sich im Wesentlichen auf die Erektion und die Empfindlichkeit der Scheide beziehen. Sildenafil oder ähnliche Präparate oder Gleitmittel, evtl. mit Östrogenbeimischung, um nur einige zu nennen (siehe im Internet nach den Broschüren „Krebs und Sexualität“, Marth, Innsbruck oder „Frauenselbsthilfe nach Krebs“, vgl. Tab 1)

Bevor diese Hilfen aber in Anspruch genommen werden können, müssen die Patienten wieder angedockt werden an die guten Seiten ihres Körpers, an Vertrauen, Kommunikation, Austausch mit dem Partner.

Fallbeispiel

Die 50jährige Patientin war sehr aufgebracht. Verständlich, denn sie hat herausgefunden, dass ihr Mann eine Freundin hat. Die Reaktion war wohlthuend aggressiv, denn das zeigte, dass sie ihren Mann noch liebt und dass sie ihre einseitige Mammaamputation gut verarbeitet hatte. Diese war fünf Jahre zuvor durchgeführt worden und die Patientin war eine vernünftige, disziplinierte Frau und Mutter zweier fast erwachsener Kinder und gewohnt ihre Bedürfnisse zurückzustellen. In der Sexualität kam es zu einem typischen Missverständnis und keiner konnte ausreichend sprechen. Die Kommunikationsstörung des Paares führte dazu, dass der Mann sich nicht traute, seine Frau zu berühren, sie zu streicheln, ja nicht einmal anzusehen, wo sie operiert worden ist. Die Frau glaubte, sie sei nicht mehr attraktiv für ihren Mann, meinte, sie ängstige ihn zu sehr und müsse ihm Zeit lassen. Schließlich kam es zu einer Affäre des viel im Ausland arbeitenden Managers mit seiner Sekretärin. In dem Wechselbad der Gefühle benahm er sich zum Glück so auffällig, dass seine Frau ihn zur Rede stellte. Nach der Beichte und der entsprechenden Konfusion, suchte die Patientin mich auf. Sie bat mich um Rat. Eigentlich wollte ich mit dem Paar sprechen, doch der Mann schämte sich offenbar zu sehr und fand keine Zeit zu kommen. Immerhin kam es zu dem von mir angeregten Gespräch zwischen den beiden. Sie sollten klären, ob sie sich noch lieben würden und auch noch begehren würden. Schnell klärte sich das Missverständnis auf. Beide konnten sich klar machen, wie sehr sie einander bräuchten und sich gerne nahe wären. Die Angst, nicht geliebt zu werden, Rücksicht nehmen zu müssen, und auf Bedürfnisse verzichten zu müssen, führte zu fehlender Klärung, Sprachlosigkeit und Rückzug. Doch auch die behandelnden Ärzte haben nie nach der Sexualität und der Partnerschaft gefragt, so musste ein Seitensprung helfen, die Kommunikation wieder in

Gang zu bringen. Nach fünf Jahren schlief das Paar erstmals wieder miteinander und die Narbe ist inzwischen im doppelten Sinn verheilt.

Kommunikation ist gefragt

Das entscheidende ist also die Kommunikation des Paares zu fördern, die Isolation zu durchbrechen helfen, den Grundbedürfnissen nach Zärtlichkeit, Nähe und gegenseitiger Achtung und Vertrauen Geltung zu verschaffen.

Und gerade hier machen wir Ärzte oft keine gute Figur. Wir sind selber ängstlich, vermeiden gerne das The-

Tab. 1 Übersicht möglicher Hilfen entsprechend der Beeinträchtigung

	Beeinträchtigung	Hilfen
Prostatacarcinom	Mögliche Folgen von Operation, Strahlen- und Hormontherapie <ul style="list-style-type: none"> ◆ Erektionsprobleme ◆ Harninkontinenz ◆ Lustlosigkeit ◆ Gewichtszunahme ◆ Trockener Orgasmus 	Sildenafil u.a. SKAT Penising Vacuum Eingehen auf den Mann und Unterstützung sexueller Aktivität
Hoden- und Peniscarcinom	Organische Folgen abhängig, ob einseitiger oder beidseitiger Hodenkrebs bzw. Teil- oder Totalamputation des Penis	Meist psychische Einschränkungen Wenn körperlich, meist Erektionshilfen nötig. Die sinnliche Erfahrung und die vaginoclitoreale Erregung sind unabhängig von der Penisgröße
Vaginal- und Vulvacarcinom	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Seltene Carcinome, die aber die Sexualität erheblich beeinträchtigen ◆ Coitus oft ausgeschlossen, wenn möglich Wiederaufnahme innerhalb von drei Monaten ◆ Pruritus, Fluor 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Zärtlich-liebevoller Austausch, Alternativen im Gespräch suchen, Offenheit für gegenseitige Bedürfnisse, Partner einbeziehen ◆ Gleitmittel (östrogenhaltige meist erlaubt) ◆ Frühzeitige Aufnahme sexueller Aktivität sinnvoll ◆ Alternative Stellungen und Praktiken

ma Sexualität, besonders, wenn die Grunderkrankung so schwerwiegend und belastend ist. Wir verstecken uns gerne hinter Fakten, überfordern die Patienten mit wissenschaftlichen Daten. Unsere Erklärungen sind oft belehrend oder bagatellisierend. Dabei erwarten die Patienten Hilfe und Unterstützung, aber sie trauen sich oft nicht, von sich aus nachzufragen. Das ist umso problematischer, weil eine Reihe von Unsicherheiten und Missverständnissen behutsamer Aufklärung harren. Antworten auf die Fragen, wie „darf ich die operierte Brust berühren“ oder „verletze ich die Scheide nicht, wenn ich eindringe“, „kann ich schlafende Hunde wecken“, „darf ich überhaupt noch Lust haben“, „bin ich nicht zu unansehnlich“, oder tut es „meinem Mann nicht weh, wenn ich ihn da unten berühre“ könnte jeder Arzt beantworten, wenn sie gestellt werden würden oder der Arzt daran denken würde, zu fragen. Auch Irrtümer wie „sende ich nicht Strahlen aus während der Radiotherapie“ oder „Krebs ist ansteckend“, „Chemotherapie schadet auch der Umgebung“ könnten leicht ausgeräumt werden.

Aber auch, wenn der Arzt daran denkt, wann soll er die Patienten denn ansprechen? Am besten wäre es noch vor der Operation, denn die Patienten werden wohl ausgiebig und detailliert aufgeklärt, ob sie aber verstanden haben, ob sie ihre Fragen stellen konnten und ob sie aufgeklärt genug waren, um eine Aufklärung, die sie bezüglich ihrer Sexualität gerne hätten, zu fordern, müssen wir dahingestellt sein lassen. Dabei sind eigentlich nur die Fragen, die die Patienten beantwortet haben möchten, wichtig. Aber diese wissen die Patienten in dieser schwierigen, belasteten Situation oft selber nicht oder sie fallen ihnen nicht zum richtigen Zeitpunkt ein. Deswegen sind die Fragen des Arztes auch immer eine Aufforderung, nachzudenken und eigene Fragen zu stellen: „Wie geht es Ihnen denn heute?“, „haben Sie denn irgendwelche Fragen mitgebracht?“, „wie geht es Ihnen denn zu Hause, in Ihrer Familie, in Ihrer Partnerschaft, wie ist denn Sexualität?“ sind ganz allgemeine, harmlose Fragen, die nur zum Teil gestellt werden, um darauf konkrete Antworten zu bekommen, sie sollen vielmehr anregen, in sich hinein zu horchen und zu fühlen und Mut zu entwickeln, über emotionale Aspekte zu sprechen. Beim Nachfragen und wieder Nachfragen bekommt man dann schon eher Antworten oder Fragen.: „Meine Frau kann damit gar nicht umgehen“ – „Meine Tochter hat nicht einmal nachgefragt, wie es mir geht“ – „Mein Mann ist so rücksichtslos oder mein Mann fasst mich nicht mehr an“. Oder: „Womit habe ich das verdient? Jetzt ist mein Leben doch aus, oder?“ Und nun kann der Arzt auf das eingehen, was die Patienten wirklich interessiert. Hierfür kann es auch gut sein, einmal das Paar einzubestellen, weil im Schutz des Arztes manche Sorgen und Nöte leichter angesprochen werden können und dies ist gut investierte Zeit.

Denn der Begriff „Krebs als Chance“ bezieht sich gerade darauf, Wünsche, Phantasien, Träume zuzulassen, die man bisher aus Disziplin, Alltagsstress, Rücksichtnahme nicht auszusprechen oder gar in die Tat umzusetzen gewagt hat, sie anzuschauen und möglicherweise Realität werden zu lassen. Dabei zeigt sich, dass viele dieser Überlegungen keineswegs utopisch, abwegig oder nicht umsetzbar seien. Eine Frau möchte vielleicht einmal allein ohne Familie in Urlaub fahren. Ein Mann möchte nicht jedes Wochenende zu den Kindern fahren, oder die Frau will die Begeisterung über das Hobby des Ehemannes nicht mehr spielen müssen. Und siehe da, der Mann verhungert nicht vorm vollen Eisschrank, die Frau war in der Lage, alleine zu den Kindern zu fahren, der Mann konnte sein Schiedsrichteramt auch ohne die zuschauende Ehefrau ausüben. Genau so gilt für die gemeinsamen Unternehmungen, dass nur über den Austausch klar wird, was der andere möchte, vielleicht nur einen gemeinsamen Spaziergang oder ein Wochenende auswärts oder nur einfach Zärtlichkeit und liebevolle Nähe, ohne miteinander schlafen zu müssen.

Hätte das Paar, von dem oben geschrieben wurde, mehr miteinander auf emotionaler Ebene gesprochen, wären sie eher angeregt worden, über ihr Verhältnis nachzudenken, statt jahrelang frustriert zu verharren.

Die Hilfe für die Patienten besteht darin, ihnen die Verantwortung für ihr Leben klar zu machen, sie zu ermutigen, einen neuen Sinn zu finden, mehr für sich zu wünschen und zu fordern, sich nicht mehr abspesen zu lassen mit dem, was sie vielleicht krank gemacht hat.

Die Patienten dabei zu unterstützen, neuen Mut und Hoffnung zu finden, ist unsere Aufgabe, die wir als Menschen auch ohne besondere Ausbildung erfüllen können. Die Grundbedürfnisse nach Nähe, Schutz, Geborgenheit und Sicherheit sollen wieder Gewicht bekommen, z.B. auch durch das partnerschaftliche Sprechen über den Körper und mit dem Körper, und so soll die Grundlage zu mehr Selbstbewusstsein (wieder) geschaffen werden.

Hoffnung und die Rolle des Arztes

Lassen Sie mich zum Abschluss noch auf das Prinzip Hoffnung kommen. Der Arzt soll Hoffnung vermitteln, Zuversicht auf Gesundung, er soll Rat und Hilfe anbieten. In unserem Kontext türmen sich dabei die Probleme. Zuerst sind die Patienten ja gar nicht zugänglich, sie sind gefangen in ihrem traumatischen Erleben und den unterschiedlichen Coping-Mechanismen. Dann können wir nur statistisch abgesicherte Hoffnung vermitteln, aber der Angst ist mit Statistik nicht beizukommen. Und was ist, wenn die Hoffnung trügt, wenn Metastasen auftauchen?

Über eine Reihe von Hilfen haben wir gesprochen, aber eine der wichtigsten Hilfen sind wir selber. Wir vermitteln den Patienten, dass wir sie ernst nehmen, dass wir sie schätzen, dass wir uns Zeit für sie nehmen. Wir haben es in der Hand, die Kommunikation zu fördern, wir können die Partnerschaft und die Sexualität ansprechen, wir können das Schweigen unterbrechen. Wir können den Patienten unser Wohlwollen und Zuneigung demonstrieren.

Die Liebe des Arztes (Philanthropie) ist der Schritt zu Selbstvertrauen, zu Selbstakzeptanz, zu Mut und Einlassen auf den Partner. Die Liebe des Arztes soll die gleiche Wirkung entfalten wie die Liebe der Mutter zu ihrem Kind, in der Phase der Neugeburt des Lebens steht der Arzt als sicherer Begleiter, er kann der Patientin den Mut zu neuem Anfang weisen.

Liebe Kollegen, ich höre schon Ihr innerliches Aufstöhnen, in Zeiten tiefster Kränkung durch Politiker, Krankenkassen, der eigenen KV und teilweise der Medien sollen Zeit und Empathie aufgebracht werden ohne finanzielle Belohnung, für Nichts und wieder Nichts. Für Nichts und wieder Nichts? Lassen Sie sich nicht durch die politische Situation davon abbringen ein guter, liebevoller Arzt zu sein.

Es bedeutet Ihre Energiequelle, Sie sind eben nicht Arzt geworden um ausschließlich ihre betriebswirtschaftlichen Fähigkeiten zu stärken. Ihre Stärken liegen in der Humanitas, der liebevollen Sorge um den Menschen. Die Liebe zum Patienten ist unser Gut und Vorbild für den Patienten, der Ihre Hilfe braucht. Er soll wieder Selbstvertrauen gewinnen und Selbstbewusstsein, genügend, um wieder Spaß am Leben zu haben.

Autor

Dr. med. Gerhard Haselbacher, Facharzt für Frauenheilkunde und Psychosomatische Medizin, Praxis Bäckerstr. 3, 81241 München, e-mail: praxis@drhaselbacher.de

50 Jahre erlebte Andrologie

Anlässlich der Wiederkehr des Geburtstages von Prof. Dr. med. Dr. phil. Joseph Kimmig vor 100 Jahren

Carl Schirren



Joseph Kimmig 1909–1976

Als ich 1951 an der Hamburger Universitäts-Hautklinik als Assistent anfang, gab es weder in Deutschland noch in Europa eine Andrologie. Bei meiner Vorstellung wurde ich von Joseph Kimmig danach gefragt, was ich wissenschaftlich arbeiten wollte. Darauf konnte ich nur antworten, dass ich momentan nicht in der Lage sei, diese Frage zu beantworten, weil ich mir erst einen Überblick der an der Klinik vorhandenen Aktivitäten machen müsste. Einige Tage später beantwortete ich die mir gestellte Frage mit folgenden Hinweisen: Ich hätte festgestellt, dass an der Hamburger Hautklinik Aktivitäten in Bakteriologie, Mykologie, Allergologie, Histologie, Strahlentherapie, Dermatopharmakotherapie und experimenteller Dermatologie vorhanden seien: Jedes dieser Gebiete könnte mich auch interessieren, allerdings müsste ich in jedem Falle besser sein als der gegenwärtige Stelleninhaber. Das würde zu Streitereien führen, was nicht im Interesse der Klinik sein könnte. Ein Spezialgebiet würde allerdings nicht an der Klinik praktiziert, das sei die Untersuchung des Mannes auf seine Zeugungsfähigkeit, woran ich aufgrund meiner früheren Tätigkeit bei Felix von Mikulicz-Radecki interessiert sei. Darauf reagierte Joseph Kimmig dann mit der Bemerkung „na dann fangen Sie endlich damit an.“ Das war für mich die Geburtsstunde der Andrologie in Hamburg.

Die Arbeitsmöglichkeiten musste ich mir selbst schaffen. Spezielle Untersuchungsräume gab es nicht. Also arrangierte ich mich mit dem Leiter der Allergieabteilung für die Nutzung seiner Räume an zwei Tagen der Woche morgens von 08.00 bis 10.00 Uhr. Die notwendigen Laborarbeiten führte ich selbst durch, da eine MTA nicht vorhanden war, welche dieselben übernehmen konnte. Für die Patientendaten führte ich einen besonderen Untersuchungsbogen ein, mit dessen Hilfe ich die Möglichkeit haben würde, meine Befunde auszuwerten. Auf dieses Verfahren legte ich großen Wert, um später einen Nachweis führen zu können. Ein weiterer wichtiger Aspekt war die Notwendigkeit von Informationen an die Ärzteschaft und die Medien, um auf meine Arbeit aufmerksam zu machen und damit eine Grundlage für Überweisungen an mich zu schaffen. Schließlich nahm ich Kontakt mit dem Institut für Sexualforschung von Hans Giese und mit der II. Med. Klinik für endokrine Störungen (H. Nowakowski) auf. Damit war zunächst organisatorisch eine Basis geschaffen.

Es kam jetzt ein Gesichtspunkt hinzu, der nicht hoch genug eingeschätzt werden konnte: die Berichterstattung an die überweisenden Kollegen. Hierin sah ich einen besonderen Schwerpunkt meiner andrologischen Tätigkeit. Deshalb übernahm ich selbst diese Berichte, d.h., ich schrieb sie selbst auf der Maschine einschließlich eventuell notwendiger Therapievorschlüsse. Diese Berichte wurden am folgenden Tage geschrieben und gingen dann per Post hinaus, was insofern als Besonderheit registriert wurde, da Klinikberichte auch heute noch in der Regel einige Wochen nach der Entlassung des Patienten abgesandt werden. Ich bin nach wie vor der Überzeugung, dass diese Art der andrologischen Praxis unter den niedergelassenen Kollegen ihre Aufmerksamkeit erregt und zum anderen mir in der Ärzteschaft eine feste Position geschaffen hat. Diese Art der Organisation hat sich bewährt, indem die Zahl der überwiesenen Patienten in den ersten Jahren zwar gleich geblieben ist, dann aber zu einem Anstieg auf 300 bis 500 Patienten pro Jahr führte. Wenn man bedenkt, dass diese Tätigkeit ohne eine eigentliche Hilfskraft vorgenommen werden musste, dann ist es bemerkenswert, denn neben dieser andrologischen Arbeit war auch die Leitung einer dermatologischen Station mit 25 Betten zu bewältigen.

Das änderte sich, nachdem ich meinen ersten Tätigkeitsbericht vorlegen konnte, aus welchem der Anstieg der andrologischen Patienten hervorging und mir als logische Konsequenz eine Halbtags-MTA bewilligt wurde. Darüber war ich sehr froh, auf diese Weise hatte ich die Möglichkeit, andrologische Patienten in noch größerer Zahl zu untersuchen.

Ich hatte es mir zur Regel gemacht, dass für meine andrologischen Patienten und deren Behandlung im Rahmen einer großen Universitätsklinik absolute Diskretion als *conditio sine qua non* zu gelten habe. Eine solche Forderung wird nicht von jedem Mitarbeiter verstanden. Die absolute Vertraulichkeit für alle erhobenen Daten gehört in diesen Bereich. Das bedeutete u.a. für das Sekretariat eine Sensibilität allerhöchsten Grades, da die zur Untersuchung kommenden Patienten mit besonderer Rücksicht behandelt werden mussten, was nicht immer einfach gewesen ist. Für das Sekretariat bedeutete diese Situation eine besondere Herausforderung und Feingefühligkeit, weil immer damit zu rechnen war, dass Patienten mit einem bekannten Namen

aus der Stadt oder von weiter her kamen, bei denen eine besondere Rücksicht geboten war. Für derartige Fälle bestand die Regel, sie nicht in das allgemeine Wartezimmer zu setzen, sondern sie in ein gesondertes Zimmer zu bringen und mich alsbald zu informieren, damit ich mich dann ihrer annehmen konnte. Wenn ich z. B. telephonisch unmittelbar über den Besuch eines solchen Patienten unterrichtet war, forderte ich ihn dazu auf, sich nicht im Sekretariat zu melden, sondern sich z.B. um 09.30 Uhr pünktlich im Raum A einzufinden. Diesen Raum hielt ich dann unbesetzt. Auf diese Weise war der Mann dem üblichen Durchgang entzogen und hatte keine Berührung mit den anderen Patienten. Dieses Vorgehen bewährte sich sehr und schuf zugleich eine besondere Atmosphäre für das Gespräch mit mir. Es steht für mich außer Frage, dass mit dieser Art von interner Organisation sehr hohe Anforderungen an das Personal gestellt wurden, die sich jedoch segensreich für den Beginn mit einer neuen wissenschaftlichen Einrichtung ausgewirkt haben. In der Moderne ist die klinische Untersuchung des Mannes sehr in den Hintergrund getreten zugunsten von Laboratoriumsuntersuchungen mit umfangreichen Hormonanalysen und Belastungen. Es steht außer Frage, dass diese Art von Diagnostik durchaus ihre Berechtigung hat, allerdings für ganz spezielle Fälle, in denen eine klinische Untersuchung vorausgegangen sein muß. Die im Labor ermittelten Daten sind ein Hilfsmittel für den Arzt – mehr aber auch nicht! Sie können also nicht etwa die klinische Untersuchung des Mannes einschließlich der Anamneseerhebung ersetzen. Leider hat es sich eingebürgert, dass manche Ärzte Laboruntersuchungen vor allem deswegen durchführen, weil sich über sie mehr Geld verdienen läßt und daraus dann die Schlüsse für das Urteil: „zeugungsfähig“ oder „nicht zeugungsfähig“ ableiten. Das ist zwar ein sehr hartes Urteil meinerseits, es ergibt sich aber aus der Situation, die ich selbst erlebt habe.

Eine Weiterbildung in Andrologie ist neuerdings in der Bundesrepublik Deutschland durch die Bundesärztekammer geregelt worden. Ich habe es allerdings auch erlebt, dass ein urologischer Oberarzt vor seiner Niederlassung telephonisch Kontakt mit mir aufnahm, um an meiner Abteilung eine Art von Auffrischung seiner andrologischen Kenntnisse erhalten zu können. Ich stand diesem Vorhaben sehr positiv gegenüber und fragte, welche Zeit er dafür aufwenden würde. Seine Antwort: „Ich habe in Hamburg drei Tage zu tun und könnte da einen halben Tag dafür aufwenden, um zu Ihnen zu kommen“. Damit war dieses Projekt aus meiner Sicht gestorben. Denn z. B. mussten an der Hamburger Hautklinik die Assistenten im Rahmen ihrer Weiterbildung drei Monate in die Abteilung für Andrologie integriert sein, um sowohl Patienten untersucht, als auch die einschlägigen Laboruntersuchungen (Spermiogramm) selbsttätig unter Aufsicht durchgeführt zu haben. Andrologie kann nicht bei einem Besuch in einer Spezialabteilung erfahren werden.

Die Laborarbeiten hatte ich in den ersten Jahren selbst durchgeführt. Lediglich für die Fruktosebestimmung konnte ich ein anderes Labor zur Hilfestellung heranziehen. Nachdem die Patientenzahlen anstiegen, war es notwendig, die Kapazität durch

zusätzliches Personal aufzustocken. Hier griff die Industrie insofern helfend ein, als eine MTA an mich ausgeliehen wurde. Auf diese Weise war es möglich, meinen biochemischen Interessen den angemessenen Raum zu geben. Das wurde zusätzlich auch deshalb möglich, weil ich ständig eine größere Zahl von Doktoranden einsetzen konnte, bei deren Betreuung ich mich der Hilfe von Dr. Renate Wehrmann versichern konnte, die mit J. Kimmig aus Heidelberg anlässlich seiner Berufung nach Hamburg gekommen war. Auf diese Weise ergaben sich Studien über Akrosin, Trypsininhibitor, Carnitin, Phosphatase, Inosit, Spermien, Spermidin, Phosphatase-Isomerase, Nucleinsäure und α -Glukosidase. Die Ergebnisse fanden in zahlreichen Publikationen und Dissertationen ihren Niederschlag.

Die Hodenbiopsie galt lange Zeit als eine notwendige Methode zur Klärung der Situation bei eingeschränkter Fertilität des Mannes. Das hat sich mit der Einführung der reproduktionsmedizinischen Manipulationen (ICSI etc.) grundlegend geändert, nachdem man nun auch ein einziges Spermatozoon zur Verfügung haben musste, das man mittels Injektion in die Eizelle bringen konnte. Bis dahin war die Indikation für diese Untersuchung ein schlechtes Spermiogramm mit vor allem unbeweglichen bzw. pathologisch veränderten Spermatozoen oder das völlige Fehlen bei Azoospermie. Um die Hodenbiopsie mit nur einem Assistenten durchführen zu können, entwickelte ich einen sog. Wundrandspreizer.

Als einen Schwerpunkt meiner andrologischen Tätigkeit habe ich es angesehen, bei Patienten mit Störungen der sexuellen Potenz – d.h., bei erektiler Dysfunktion – die Ehefrau/Partnerin mit dem Manne gemeinsam einzubestellen. Auf diese Weise war die Möglichkeit gegeben, auch die Meinung der Frau zu den Beschwerden des Mannes zu hören.

Dabei hat sich immer wieder herausgestellt, dass beide bisher niemals über diese Problematik miteinander gesprochen haben – ein sehr bemerkenswertes Kriterium, wenn man bedenkt, dass diese Paare unter Umständen 20–30 Jahre zusammen gelebt haben. So konnte es sich ergeben, dass bei einem „Gespräch zu Dritt“ beide Partner von meiner Frage nach dem Problem, das sie zu mir geführt hatte, überrascht waren und meinten, deshalb seien sie ja zu mir gekommen.

Im weiteren Verlauf des Gespräches erklärte die Frau dann u. a.: „Ich bin auch mit einem Mal zufrieden, aber er meint, es müsste mehr sein“. Es war nicht ganz einfach, den Mann dann zu überzeugen, dass er ja in einer Partnerschaft leben würde und demzufolge auf die Partnerin und ihre Wünsche bzw. Vorstellungen Rücksicht zu nehmen habe.

In einem anderen Falle erklärte die Frau in Gegenwart des Mannes: „Ich kann darauf durchaus verzichten. Mir wäre es viel lieber, er würde mich damit in Ruhe lassen“. Diese beiden Beispiele mögen zeigen, welche besondere Bedeutung das „Gespräch mit den Eheleuten“ haben kann und dass es durchaus nicht immer geraten ist, bei der Angabe des Mannes „Ich bin impotent“ oder „Ich habe sexuelle Probleme“ alsbald eines der modernen Sexualtherapeutica z.B. Vardenafil u. ä. zu verordnen.

Manche Männer kommen z.B. mit der Angabe „Ich habe eine erektile Dysfunktion“, wobei man sich fragen muß, woher dieser Patient eine derartige Formulierung wohl haben könnte. Oft hörte ich darauf die Antwort, „von meinem Hausarzt“. Auf diese Weise wird damit von ärztlicher Seite die Weiche gestellt für ein bestimmtes Medikament, dessen Bezeichnung aus der medizinischen Werbung in Fachzeitschriften stammt. Dabei hat ein solcher Patient oft keine Dysfunktion, sondern es kann sich auch um eine Ejakulation praecox handeln oder er kann nicht mehrmals hintereinander den Geschlechtsverkehr ausführen.

Da mit dem Eintritt einer Schwangerschaft in der Regel der Androloge das Feld dem Gynäkologen und Geburtshelfer überlassen muss, bleibt er weitgehend ohne Information über die Geburt. Ich hatte es mir daher zur Regel gemacht, jeden Patienten darauf hinzuweisen, dass ich am Resultat der eigenen Bemühungen sehr interessiert sei und daher von der Geburt eines Kindes gerne eine entsprechende Nachricht erhalten würde. Kam diese Geburtsanzeige, gratulierte ich und erbat gleichzeitig eine Spende für den „Verein zur Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Fortpflanzung“, um mit diesen Mitteln eine Forschungsaktivität einleiten bzw. fördern zu können, die bisher auf den üblichen Wegen wie z.B. der DFG nicht zu realisieren war, weil die zu beantragenden Forschungsmittel z.B. für einen Computer zu gering waren als dass sich ein solcher Antrag gelohnt hätte. Auf diese Weise wurde eine sog. Kleinförderung praktiziert, welche den Begünstigten eine wesentliche Hilfe war. Die auf diese Weise angesprochenen Patienten reagierten sehr positiv, so dass z.T. namhafte Beträge eingingen. Ein Bauer aus Schleswig-Holstein kam z.B. mit 1.000,- DM, die aus dem Verkauf einer Kuh stammten, um seine Dankbarkeit zu zeigen. Bis zum Juni 2008 konnte dieser Verein zahlreiche kleinere Forschungsvorhaben unterstützen, denn in den etwa 30 Jahren seines Bestehens ist durch Spenden ein Betrag von mehreren Hunderttausend DM gesammelt worden. Mit meinem Ausscheiden aus der Klinikarbeit wegen des Eintritts in das 66. Lebensjahr wurde die Arbeit des Vereins nicht mehr aktiv betrieben, weil keine entsprechenden Kontakte zu den Patienten der Abt. f. Andrologie gepflegt wurden und dementsprechend gingen auch keine Spendengelder mehr ein. Ich zog daraus die Konsequenz, der Mitgliederversammlung eine Auflösung des Vereins¹ zu empfehlen.

Meine akademische Laufbahn begann ich mit der Habilitation. Sie musste aus organisatorischen Gründen für das Fach Dermatologie erfolgen. Das kam daher, dass Andrologie allgemein noch nicht als Spezialgebiet von der Hamburgischen Universität anerkannt war, wiewohl ich meinen Probevortrag vor den Mit-

gliedern der Med. Fakultät auf deren Wunsch hin unvorbereitet über ein andrologisches Thema halten musste. Man war also offenbar daran interessiert, über Andrologie etwas zu hören. Einige Jahre später habe ich eine Erweiterung meiner *venia legendi* um Andrologie beantragt, was aufgrund meiner inzwischen nachgewiesenen wissenschaftlichen Tätigkeit auf diesem Gebiet anerkannt wurde, so dass die damit verbundene Lehrbefugnis jetzt auf „Dermatologie und Andrologie“ lautete. Es war mir durchaus klar, dass mit diesem Schritt eine Entscheidung für die Andrologie getroffen war und ich fortan in meiner Universitätskarriere als Androloge abgestempelt war und für eine dermatologische Universitätsposition nicht mehr in Betracht kommen konnte. Entsprechende Erfahrungen konnten nicht ausbleiben. Sie haben mich jedoch nicht davon abbringen können, den einmal beschrittenen Weg weiterzugehen; dass ich für einen dermatologischen Lehrstuhl „uninteressant“ sein sollte, wie mir gesagt wurde, habe ich insofern nicht verstanden, als ich auch weiterhin auf dem Gebiet der Dermatologie wissenschaftlich gearbeitet habe und z.B. im Jahre 1970 meine Publikationen zu 50% dermatologisch ausgerichtet waren. Ich habe meine andrologischen Kenntnisse und Erfahrungen darüber hinaus in zahlreichen Publikationen, Handbucharikeln und Monographien zum Thema Reproduktionsmedizin (in 3. Auflage „Unerfüllter Kinderwunsch“) zur Kenntnis gebracht und die Schriftenreihe „Fortschritte der Fertilitätsforschung“, „Grosse Scripta“ und „Folia Dermatologica“ herausgebracht. In ihnen kamen Themen zu Wort, die jeweils einem aktuellen Anlaß entsprangen bzw. speziell die Hamburger Medizingeschichte zum Gegenstand hatten.

Als äußeres Zeichen meiner andrologischen Tätigkeit gründete ich im Jahre 1975 die *Deutsche Gesellschaft für Andrologie*. Dieser Zeitpunkt war relativ spät gewählt; ich hatte zunächst daran gedacht, die Andrologie innerhalb der Dermatologie fest zu etablieren, stieß damit jedoch in der *Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* auf keine Gegenliebe; von dort erklang immer wieder der Ruf nach der „Einheit des Faches“; man wollte also keine Sonderstellung der Andrologie. Außerdem entwickelten sich Probleme mit der *Deutschen Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität*; in welcher die Andrologie quasi das dritte Standbein war. Dementsprechend regten sich auch hier Abwehrmaßnahmen, falls die Andrologen eine eigene Gesellschaft gründen würden. Ich habe mich allerdings nicht davon abbringen lassen, den Andrologen eine eigene Gesellschaft zu verschaffen, ohne dass wir uns aus den anderen Gesellschaften verabschieden müssten. Den entscheidenden Impuls gab die Nachricht, dass sich in den USA eine *International Society of Andrology* gegründet hatte, bei der die Deutschen nicht vertreten waren, weil sie ja Dermatologen wären. Der Schritt in eine eigene deutsche Gesellschaft war demnach in jedem Falle richtig, um den Kontakt zum Ausland nicht zu verbauen.

Im Jahre 1969 verabschiedete die Hamburgische Bürgerschaft ein Gesetz zur Universität, in welchem die wesentlichsten Kriterien der Mitbestimmung auch für den akademischen Nachwuchs, d.h., den sog. Mittelbau festgeschrieben wurden. Dadurch

¹ Die Gründung dieses Vereins geht auf den 1914 gegründeten Lupus-Verein zurück, der aufgrund fehlender finanzieller Mittel und vor allem wegen des Fehlens von Patienten mit einer Hauttuberkulose keine Existenzberechtigung mehr hatte, aber dennoch in dem neuen Namen „Verein zur Förderung der Forschung auf dem Gebiete der Fortpflanzung e.V.“ (früher Lupus-Verein) erinnert wird. Seit dem 17.06. 2008 ist der Verein im Vereinsregister des Amtsgerichtes Hamburg gelöscht worden.

bot sich für die Andrologie eine Möglichkeit, andere Räume zu erhalten und zugleich stationäre Patienten (Hodenbiopsie, Epididymitis, Orchitis etc.) in eigenen Räumen zu versorgen. Wir hatten damals an der Hamburger Hautklinik Spezialeinheiten für Allergologie, Strahlentherapie und Andrologie, die jeweils von einem Oberarzt und Professor geleitet wurden. Nach diesem Universitätsgesetz musste über entsprechende Anträge in einer Klinik der „Klinikrat“ entscheiden, in welchem neben dem Klinikdirektor die jeweiligen Oberärzte und ein Vertreter des Pflegepersonals vertreten waren. Um über entsprechende Anträge, die zu erwarten waren, zu entscheiden, musste der Klinikrat einberufen werden. Ich sagte mir damals, dass es angebracht sei, meine Vorstellungen hinsichtlich der Andrologie dort vorzulegen. Folglich entwarf ich zwei spezielle Pläne, bei denen ich zwei räumliche Areale vor Augen hatte, die in Betracht kommen könnten. Die jeweils notwendigen Umbauten besprach ich mit den Verantwortlichen der Verwaltung, holte mir deren Zustimmung ein auch betreffs der evtl. erforderlichen Kosten, und besprach alles mit dem Direktor der Klinik vor der entscheidenden Sitzung; dieser hörte sich alles an, beriet meinen Plan für den III. Stock, in welchem 8 Patientenbetten untergebracht waren und fragte mich dann, wie ich mir alles rein zeitlich vorstellen würde. Er war überrascht über meine Aktivitäten und fragte mich, wie meine Planungen aussehen würden, wenn er sein Plazet für eine Unterbringung der Andrologie im Anbau der Klinik geben würde. Daraufhin legte ich ihm meine entsprechende Planung vor einschl. einer räumlichen Skizze. Da lachte er und meinte, dann solle es der III. Stock werden, er würde meinen entsprechenden Plan im Klinikrat unterstützen. Der Beschluss wurde entsprechend gefasst und ich konnte nun mit der Realisierung im III. Stock beginnen. Bereits am folgenden Tage begannen die Arbeiten. Tischler rückten an, um einen Abschluss des ambulanten vom stationären Teil durch eine Tür herzustellen. Klempner legten Anschlüsse für Waschgelegenheiten und die Abflüsse im Labor; die vorab bestellten Möbel und Geräte wurden angeliefert und nach vier Wochen war alles so wie es geplant war und in den neuen Räumen konnte die Arbeit beginnen.

Neben dieser andrologischen Tätigkeit am Patienten waren es drei Bereiche, die mich beschäftigten und die auch etwas mit Andrologie zutun hatten:

Das war 1. die Publikation andrologischer Forschungsarbeiten auch aus dem eigenen Bereich, 2. die Darstellung der Andrologie im nationalen und internationalen Bereich und 3. der Besuch von nationalen und internationalen Tagungen, mit dem Ziele weitere persönliche Kontakte zu schaffen, für einen persönlichen Zusammenschluss.

Ich habe mich dafür von dem Gedanken leiten lassen, dass der Kontakt nach außen sowohl im In- als auch im Ausland von Anfang an von besonderem Wert sein musste und habe aus diesen Gründen den Besuch von andrologischen Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen sehr gepflegt bzw. dieselben auch selbst organisiert. Denn der Bedarf an entsprechenden Basisin-

formationen in der Ärzteschaft war groß, nachdem die Erkenntnis vermittelt worden war, welche Bedeutung der männliche Partner in einer Ehe besitzt und dass dazu auch seine sachgerechte Untersuchung gehören würde. Auf dieser Grundlage habe ich mit dem *Berufsverband der Urologen* in Gemeinschaft mit W. Knipper an vier Punkten in der Bundesrepublik Deutschland ein Basis-Weiterbildungsprogramm organisiert, in welchem das gleiche Programm absolviert wurde. Neben Kurzvorträgen wurde besonderer Wert auf praktische Übungen gelegt, bei denen jeder Teilnehmer nach entsprechender vorheriger Präsentation gefärbte Spermaausstriche zur Auswertung erhielt. Innerhalb einer bestimmten Zeit waren die mikroskopischen Untersuchungen durchzuführen; die Ergebnisse wurden sodann eingesammelt und einer gesonderten Besprechung im Plenum zugeführt. Auf diese Weise hatte jeder Teilnehmer die Möglichkeit, seine eigenen Kenntnisse zu überprüfen. Die Präparate konnte jeder mitnehmen, um daran in seinem eigenen Bereich weiter zu arbeiten. Gleichartige Fortbildungsseminare wurden auch für das technische Personal angeboten.

Einen breiten Raum in meiner andrologischen Tätigkeit nahm wie schon erwähnt der internationale Kontakt mit Andrologen ein. Hierzu bediente ich mich der Teilnahme an internationalen Kongressen. Zum anderen plante ich eine internationale wissenschaftliche Zeitschrift. Es dauerte etwa zwei Jahre, bis ich in der Lage war, für „androgia“ einen Verlag zu finden. Das war nicht ganz einfach, da die großen deutschen Verlage wie z.B. Springer und Thieme bereits im Vorwege abwinkten mit der Begründung, die Andrologie sei ein zu kleines Spezialgebiet. Der Grosse-Verlag in Berlin bot mir dann durch seinen damaligen Geschäftsführer M. Bolschakoff eine Publikationsmöglichkeit in begrenztem Umfang von vier Heften pro anno an, so dass im Jahre 1969 das erste Heft erscheinen konnte.

Meine Kongressbesuche habe ich dazu benutzt, um für „androgia“ Werbung zu machen, indem ich auf diesen Tagungen mit zwei der ersten Hefte unter dem Arm umherging; diese Hefte waren damit so positioniert, dass man von weitem sehen konnte, es würde sich um die „androgia“ handeln. Auf diese Weise hatte ich Interesse geweckt und einen Gesprächsfaden angeknüpft. Ich hatte einen Interessenten gefunden, mein Interesse an einer Publikation seines Vortrages in der „androgia“ zu erkennen gegeben und ein Vortragsmanuskript gewonnen. So war es mir vergönnt, Beiträge für ein anspruchsvolles und zugleich praxisorientiertes Journal zu gewinnen. Bei der Bearbeitung für den Druck sind mir zahlreiche in- und ausländische Kollegen eine große Hilfe gewesen, von denen ich an dieser Stelle vor allem Omer Steeno aus Leuven, sowie Jenö Molnar aus Budapest und Hans Niermann nennen möchte. Wenn ich bedenke, dass „androgia“ immer noch existiert, allerdings mehrfach den Verlag gewechselt hat und z. Zt. bei Blackwell erscheinen kann, dann sind es immerhin 41 Jahre des Bestehens; ein respektablem Zeitraum für das einmal als „zu klein“ eingestufte Spezialgebiet.

Im Zusammenhang mit meiner publikumswirksamen andrologischen Tätigkeit ist auch meine *Praktische Andrologie* zu nennen, die ich im Jahre 1970 auf Einladung der Firma Schering im Verlag Brüder Hartmann in Berlin herausgeben konnte. Dieses Buch war ausschließlich für den praktizierenden Andrologen gedacht. Es hat eine interessante Geschichte hierzu gegeben: Während ich an den Korrekturen für dieses Buch saß, erreichte mich ein Anruf aus dem Hause Springer mit der Anfrage, ob ich bereit sei, in ihrem Verlage ein Buch über Andrologie zu publizieren. Das war eine Situation, bei der ich alle meine Gedanken zusammennehmen musste, da das eine besondere Auszeichnung war, um welche mich mancher Kollege beneidet haben würde. Da ich während meiner Militärzeit im II. Weltkrieg ausreichend Schwierigkeiten erlebt hatte, nahm ich mir vor, vor allem die Ruhe zu bewahren und führte ein längeres Gespräch mit Dr. Götz senior, in dessen Verlauf ich auch nach der Auflagenhöhe fragte und als Antwort 500 Exemplare erhielt, da die Andrologie ja ein kleines Fach sei. Im weiteren Verlauf kamen wir dann auf 740 Exemplare. Ich habe dann die Karten auf den Tisch gelegt und von meiner gegenwärtigen Situation gesprochen und dass dieses Buch eine Auflage von 50.000 Exemplaren haben würde. Wenn ich von jedem Exemplar dann nur jeweils einen Patienten überwiesen bekomme würde, wäre ich nicht in der Lage, diese große Anzahl zu bewältigen. Ich sah mich also nicht in der Lage, das Angebot von Springer anzunehmen, sei aber dennoch sehr dankbar für diese Aufmerksamkeit. Als Antwort erhielt ich: „Da steckt wieder die Industrie dahinter“, was ich bestätigen musste.

Die *Praktische Andrologie* ist dann in vier Auflagen erschienen und hat insgesamt eine Auflage von 70.000 Exemplaren gehabt. Außerdem erschien die erste Auflage auch in englischer, französischer und spanischer Sprache.

Meine andrologische Tätigkeit im Universitätsklinikum Eppendorf ist nicht denkbar ohne die freundschaftliche Beziehung zu Prof. Dr. Adolf-Friedrich Holstein, damals Direktor des Anatomischen Institutes, der sehr interessiert war an Spermatogenese und ihren Störungen.

Mit ihm habe ich s. Zeit die Genese der Rundkopfspermatozoen klären können. Wir hatten viele Jahre jeweils nach Absprache gemeinsame Konferenzen vereinbart, in denen wir unsere klinischen Problemfälle und deren histologischen Hodenbiopsiepräparate miteinander diskutierten. Daraus entstand

z.B. meine Mitwirkung an dem Atlas von Holstein und Roosen-Runge *Illustrated Pathology of Human Spermatogenesis*.

„50 Jahre erlebte Andrologie“ wäre unvollständig ohne einen Hinweis auf die Berührung mit den Studenten der Universität Hamburg. So habe ich Vorlesungen über Andrologie gehalten und solche über dermatologische Veränderungen bei Inneren Erkrankungen, sowie über Grundzüge der Sexualpädagogik. Über letzteres Thema hielt ich auch öffentliche Vorträge in meiner Eigenschaft als Vorsitzender des Landeselternbeirates und des Landesschulbeirates. Ich gewann auf diese Weise das Interesse von Studenten, die über diese Thematik eine Dissertation unter meiner Anleitung anfertigen wollten. So habe ich ca. 260 Studenten zur Promotion geführt und hatte dabei den Eindruck, dass meine sehr bestimmte Art und ein abgegrenztes Thema gepaart mit meinem Anspruch, sich ständig bei mir über den Fortgang der Arbeit zu melden, stimulierend auf die Studenten gewirkt haben muss.

Am Ende meiner Überlegungen zu „50 Jahre erlebter Andrologie“ steht die Gründung eines Zentrums für Reproduktionsmedizin an der Universität Hamburg, des ersten derartigen Institutes in Europa. Ich habe diese Entwicklung als eine Art Schlußstein einer Entwicklung gesehen, bei welcher sich die Andrologie mit der Gynäkologie verbinden sollte. Diese Entscheidung wurde nicht von allen Andrologen verstanden. So erhielt ich Briefe mit dem Tenor: „Das ist ein Verrat an der Andrologie!“ u.v.a.m., aus denen allerdings deutlich wurde, dass die Opponenten den Sinn dieses Zusammengehens nicht verstanden hatten.

Heute kann man fast an jeder Straßenecke solche reproduktionsmedizinischen Institutionen antreffen, wobei deren Qualität sich weitestgehend auf den gynäkologischen Anteil erstreckt; die Männer werden im Labor abgefertigt. Mein altes Zentrum für Reproduktionsmedizin gibt es heute nicht mehr, da sich mit meinem Ausscheiden aus dem Universitätsklinikum kein Interesse mehr fand, es im bisherigen Stile fortzuführen.

„50 Jahre erlebte Andrologie“ bedeuten ein halbes Jahrhundert Einsatz für einen neuen Wissenschaftszweig in der Medizin. Sie bedeuten auch einen Schritt heraus aus der bisherigen Enge des eigenen Faches der Dermatologie und damit ein besonderes Wagnis. Aber dieses Wagnis hat sich gelohnt und ist heute national und international voll akzeptiert. Die Andrologie spielt im Konzert der verschiedenen Disziplinen der Medizin einen besonderen Part und ist deshalb nicht mehr wegzudenken.

Autor

Prof. Dr. med. Carl Schirren, ehemaliger Direktor der Abt. für Andrologie und des Zentrums für Reproduktionsmedizin der Universität Hamburg, Friedrich-Kirsten-Str. 25, 22391 Hamburg



Maximilian Schochow: **Die Ordnung der Hermaphroditen-Geschlechter. Eine Genealogie des Geschlechtsbegriffs**, Akademie-Verlag, Berlin 2009, 296 Seiten, ISBN 978-3050046303, Euro 49,80

Ulrike Klöppel: **XXOXY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität**, transcript-Verlag, Bielefeld 2010, 698 Seiten, ISBN 978-3-8376-1343-8, Euro 39,80

Es nimmt schon fast Wunder, dass im Abstand eines Jahres zwei auf den ersten Blick frappierend ähnliche gendertheoretische und medizinhistorische Abhandlungen in Druck gehen, die Intersexualität – oder althergebracht: das Phänomen der Hermaphroditen – zum Thema haben. Handelt es sich um reine Koinzidenz oder um ein Phänomen, das tiefer blicken lässt? Steckt die Gendertheorie angesichts von genetischem Halbwissen, das auch im Vital- und Ökodiskurs uns täglich ereilt, in einer Sackgasse? Hat sich der all ihren Ausformungen gemeinsame emanzipatorische Anspruch in Anbetracht scheinbar sinkenden Problemdrucks durch Gleichstellung der Geschlechter oder wachsende Akzeptanz von Homosexualität erfüllt?

Sexuologie 17 (1–2) 2010 73–76/ Akademie für Sexualmedizin
<http://www.akademie-sexualmedizin.de/sexuologie>

Keine Frage: Ulrike Klöppels Studie will – stärker noch als Maximilian Schochows Dissertation – den Finger in eine Wunde legen – auch in die der eigenen Disziplin, vor allem aber in die der Medizin. Diese sei der „gatekeeper“, eine mit Autorität ausgestattete Instanz eines komplexen Dispositivs, das ja bekanntlich die binäre Geschlechtsordnung und Heteronormativität reproduziert. Doch nicht wenigen Sozialwissenschaftlern gilt Geschlecht inzwischen wieder als unverzichtbar für die Identität der Subjekte.

Wie konnte es also soweit kommen, dass sich das Foucaultsche „Sexualitätsdispositiv“ als sedimentierte Macht-Wissensverketzung herausbilden konnte, in dem verschiedene Intentionen und Strategien kulminieren? Foucault ist der Übertäter beider Untersuchungen, der mit der Analyse der Aufzeichnungen der Herculine Barbin eine Schablone für das Vermessen der Bedeutung der Intersexualität mit Blick auf die Geschlechterordnung(en) angeboten hatte.

Beide Autoren teilen eine Abneigung gegenüber der Ein-Geschlecht-Theorie Laquers, die Spannungen in den Diskursen übersehe und essentialistisch argumentiert. Zudem sei sie falsch: Schochow schreibt diesen Irrtum einer transhistorischen Vorgehensweise, einem biologischen Blickwinkel zu, der zwar nahe liegt, sich aber als fatal erweist. Der Leipziger Politikwissenschaftler will den fundamentalen Bruch der Geschlechterordnung am Ende des 17. Jh. illustrieren, indem er sich an Foucaults Modell von Epistemen oder Wissensformationen orientiert: die spätmittelalterliche Renaissance (die in Analogien dachte), die frühneuzeitliche Klassik (in Repräsentationen denkend) und schließlich die Moderne, das moderne Zeitalter der Humanwissenschaften, mit dem 19. Jh. in dem der Mensch „erfunden“ wurde.

Diskontinuität und Bruch meinen hierbei aber nicht, dass neues Denken sich vom alten ablöst: Vielmehr orientiert Schochow sich an Aporien und ihren diskursiven Ereignissen, so genannten Krisenfiguren, die weiße Flecken auf der Karte des Wissens aufdecken und deren Füllung das alte Denken zwar verwindet, aber sich nur aus ihm heraus verstehen lässt.

Die erste Wissensformation, weist Schochow nach, dachte prinzipiell unendliche viele Geschlechter, der Begriff „Geschlecht“ beschränkte sich nicht auf „weiblich“ oder „männlich“, sondern besaß eine genealogische Bedeutung: der Mensch stellte neben Adeligen, Krankheiten oder Pflanzen nur eines dar, dem die jeweils bestimmten Wärme-Feuchte-Komplexion und Eigenschaften zuzuordnen waren. Eine Exegese äußerer, leiblicher, nicht körperlicher Zeichen bestimmte in drei Schritten das Geschlecht und die Korrespondenz mit Tier- oder Sternengeschlechtern: in der *Chirromantia* las man das Äußere in seinen Teilen, *Physiognomia* nannte man die das Gesicht

und *Substantia* die das Ganze der Leibgestalt lesende Technik. Wohl gab es Mann und Frau, beide jedoch markierten nur Endpunkte eines Kontinuums. Neben den Geschlechtern gab es Monstrositäten und Wundergeburten wie Kreuzungen von Mensch- und Pflanzengeschlechtern oder Doppelgeburten. Unter dem Begriff „Hermaphrodit“ firmierten aber viele Formen: von Meeresmenschen über Zeichenwechsler bis hin zu Mann-Frau-Vermischungen, wobei sich die entsprechenden Untersuchungen auf äußere Besichtigungen beschränkt habe. Die äußeren Erscheinungen wurden in einer Art Exegese gelesen und da Hermaphroditen der natürlichen Ordnung widersprachen, ein Zeichen darstellten, aus dem göttliche Warnungen abgeleitet wurden, konnten sie bei deren Deutung ihr Leben lassen.

Bestimmte schwer deutbare Hermaphroditen, Krisenfiguren, führten zum Bruch mit diesem Denken. Hervorstechend ist beispielsweise der Fall der jungen Französin Marie/Marin. Marie ändert ihren Namen in Marin und beginnt Männerkleidung zu tragen; schließlich möchte sie Jeanne heiraten, was von Seiten der Eltern aus finanziellen Gründen (!) abgelehnt wird; ihr Ansinnen zu heiraten als Mann und Frau wird von den Behörden mit dem Todesurteil für Marin und der Verbannung und Peinigung Jeanne quittiert, da Marin keinerlei Männlichkeit aufweise. In einer der Berufung (v. a. mit der Begründung, die männlichen Geschlechtsteile zögen sich schüchtern in den Körper zurück) folgenden Untersuchung wird das Urteil bestätigt, bis auf ein Sondervotum des Arztes Duval. Während die altherwürdigen Ärzte eine Exegese nach der Signaturlehre vollzogen, suchte Duval die Wahrheit, die er im Inneren, wo die Natur immer perfekter werde, zu finden wünschte. In einer Vivisektion betastet er den Bauch und dringt in die Vagina ein: In beiden Fällen ertastet er einen Penis. Diese Vivisektion ergänzt die Signaturenlehre. Des weiteren stehen für Duval folglich die Zeugungsapparate im Vordergrund und nicht der holistisch betrachtete Leib mit seinen Zeichen. Duval erkennt zwar die äußerliche Weiblichkeit an, jedoch unter Verweis auf die innere Männlichkeit sei es nötig, sie auf zweifache Weise anzurufen. Endlich entwirft er eine Art Tableau des Zeugungsapparates, das er in Verbindung mit den Geburtsgliedern setzt.

Der Signaturenlehre wurde in juristisch-medizinischen Verfahren somit nun die Vivisektion, die Körperchau, anheimgestellt, durch die nicht mehr Korrespondenzen, sondern die äußeren Geschlechtsmerkmale als Repräsentationen des Inneren gelesen wurden. Erfunden war die „Klinik der Sexualität“, in der die Wahrheit der geschlechtlichen Organisation gefunden werden sollte. Hermaphroditen wurden nicht mehr verbrannt, sondern individualisiert und diszipliniert. Dichotomes Geschlecht war noch unbekannt, chirurgische Eingriffe verpönt.

Das änderte sich mit dem Allianzdispositiv, in dem Zeugungsfähigkeit als eheliche Pflicht zentral wurde. Die Vivisektion setzte sich im 18. Jh. durch, statt kosmischer Korrespondenzen und göttlicher Ordnung traten nun interne Ähnlichkeiten und sexuelle Organisation in den Vordergrund, Theologen und andere Exegeten wurden von der Autorität der Mediziner verdrängt, an die Stelle von deutendem Lesen trat Ertasten: Die Mann-Frau-Dichotomie entstand als Effekt der Technik, nicht durch kulturelle Zuschreibung im Sinne Laqueurs. Tableaus der Hermaphroditen klassifizierten nach Taxonometrien, allerdings erfolgte ein Zwang zu einem Geschlecht zunächst nur nach juristischem Anstoß aufgrund Verletzung der Ehepflichten. Im Fortgang zur Disziplinargesellschaft und Biopolitik gerieten Zwitter ins Visier durch Meldepflicht und Überwachung der Neigungen und der Seele; in Prozessen sollten sie normalisiert und in die Gesellschaft integriert werden. In ihrer Verteidigung wurden sie zur Selbsterkenntnis angehalten, durch Sexualität subjektiviert.

Hermaphroditen galten nach weiteren Aporien als missgebildete Frauen, Klitoris und Uterus bildeten die Datengrundlage. Selbstempfinden behinderte nicht mehr den „befriedigenden Einschnitt“ chirurgischer Korrekturen an „Missbildungen“. Ein wahrer Hermaphrodit, der nicht Mann oder Frau zugeordnet werden konnte, schien nun ausgeschlossen. Bald sah die Medizin in Zwittern verkappte Männer. Da eine Obduktion zu Lebzeiten undenkbar war, traten Befragungen, Selbstbeobachtungen und Stimulationen an die Seite der täuschenden Vivisektion. Die Keimdrüsen mussten bald und nachwirkend bis heute als Sitz der Wahrheit erhalten. Im frühen 20. Jh. wurde Hermaphroditismus in einer teleologischen Denkform als Unreife behandelt, die auf einer Vorform der normalen sexuellen Ausdifferenzierung stehen geblieben sind. Ob heute ein neuer Bruch sich im Genzeitalter auftaut, stellt Schochow als Frage in den Raum.

Stärker politisch motiviert scheint hingegen Klöpplers Arbeit. Die psychiatriekritische Genderwissenschaftlerin reibt sich an dem Skandal, dass in einer Art Grauzone eine Genitalnormierung stattfindet und die für unabdingbar gehaltene Geschlechtsidentität neugeborenen Intersexuellen aufgezwungen wird – über ihr Recht auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit hinweg. Intersexualität wird ausgenutzt, um Wissenstransformationen und -stabilisierungen *innerhalb* der binären Geschlechterordnung durchzusetzen. Diese ist Effekt des Sexualitätsdispositivs, bei dem sich Recht und Medizin die Hand reichen und gegenseitig beeinflussen oder bedingen und den Gegensatz Mann/Frau in Prozeduren von Normierung und Normalisierung konservieren. Ähnlich wie Schochow ist sie also an der epistemologischen und sozialregulativen Problematisierungsweise uneindeutigen

Geschlechtes interessiert. Dabei verfolgt auch sie das Ziel, die Gender- und Queer-Studies zur Selbstreflexion zu zwingen. Die seltsame Genealogie des Begriffs „gender“ und überhaupt der Antagonismus eindeutig/uneindeutig sind ihr ein Dorn im Auge.

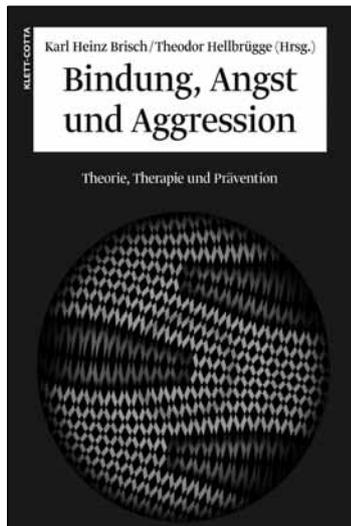
Analog zu Schochow betont sie einen Übergang vom hippokratisch-galenischen Modell eines Kontinuums mit zwei Geschlechtspolen zum aristotelischen Dimorphismus, der seit der Aufklärung im Versuch der Sanktionierung der weiblichen Unter- und binären Geschlechterordnung die Wahrheit des Geschlechts im Körper und bald in der Seele suchte. Pathologisierung und Kontrolle von „Perversionen“ wie Tribadie oder Transvestitismus ergänzten die Nutzung und Kontrolle von Zwittern als Erkenntnisobjekte. Obwohl die Medizin stets im Wissen ihrer Unkenntnisse um ihre Erkenntnisse stritt, forderte sie die Autorität ein, über Ehfähigkeit zu urteilen. Meldepflicht, Hebammenordnung und Medikalisierung lösten im 19. Jh. die kirchenrechtliche Erlaubnis zur Selbstbestimmung des Geschlechts ab. Hermaphroditen oder Transgression wurden zur Gefahr für Reproduktion und Ordnungserhalt. Die strenge Geschlechterdichotomie wurde um eine Art vertikales Kontinuum erweitert: Biologie wie Psychoanalytik waren auf das Modell einer zunehmenden geschlechtlichen Ausdifferenzierung fixiert. Hermaphroditen galten somit als unfertig, ebenso wie Homosexuelle oder andere „Abweichungen“. Die Neigungen – kurzzeitig wie das Empfinden als Bestimmung herangezogen – wurden biologisiert, Erziehung als kritischer Störfaktor erachtet. Die Psychosexualität rückte in den Mittelpunkt vor allem pädiatrischer Forschung. Frühe, für effektiver befundene Genitaloperationen wurden hierzulande zunächst mit Verweis auf die Pubertät und die Unabsehbarkeit der psychosexuellen Entwicklung zurückgewiesen, setzten sich aber aus gesellschaftlicher Konvention und elterlichem Leidensdruck bald durch, Zwitter nach Geburt zu Knaben. Der Psychologe John Money popularisierte schließlich das *gender*-Konzept: *Gender* löste *sex* ab, die Geschlechtsidentität sei anlagebedingt, die Geschlechtsrolle hingegen angelernt. Der Psychologe konnte in Anwendung (und damit einem Zirkelschluss) seine Theorie vermeintlich bestätigen, dass bis zum zweiten Lebensjahr die Psychosexualität planbar sei, der – zur Erleichterung der Erziehung – also via Genitalkorrekturen oder – für Nachkriegsdeutschland akzeptabler – mit Hormonbeigabe klinisch unter die Arme gegriffen werden könne. Die pädagogische Steuerbarkeitshybris schien nicht nur der Psychoanalyse oder kosmetischen Chirurgie, sondern auch dem Feminismus (z. B. Judith Butler) in die Hände zu spielen. Ungeachtet des Skandals um den von Money behandelten John/Joan, der 2000 Selbstmord begangen hat und der (wenngleich von ihr

nicht so benannt) eventuell einer Krisenfigur gleichkommen *könnte*, steht das Dispositiv wie eine Eins: Heilung und Sozialregulation gehen Hand in Hand, Erkenntnisinteresse, Streben nach Behandlungsoptimierung und auch kritische Studien instrumentalisieren Zwitter. Wo dieses Dispositiv an seine Grenzen gerät, werden Aporien politisch verdrängt, wie im Transsexuellengesetz von 1980.

Trotz Überschneidungen unterscheiden sich die Arbeiten vielerorts. Schochows Abhandlung blendet die heutige Lage weitgehend aus, seine Auswahl ist aber methodisch stringenter und er vollbringt eine ansehnliche Synthese der verschiedenen Foucaultschen Termini und Perspektiven. Zudem geht er über reine Diskursanalyse hinaus, rückt stärker die Bedeutung medizinischer Untersuchungstechniken in den Mittelpunkt; Exegese und Vivisektion blendet Klöppel aus. So sind Zwitter für Schochow auch stärker Ausgangspunkt als nur Stabilisierungsmasse für die binäre Geschlechterordnung. Plastischer als Klöppel betrachtet er die Verzahnung von Jurisprudenz und Medizin, in dessen Kreuzung sich auch für Klöppel juristische, biopolitische und epistemologische Diskurse treffen und überschneiden. Die Berliner Medizinhistorikerin verweilt viel stärker rein im medizinischen Diskurs, ihre Arbeit scheint dennoch trotz doppelter Länge weniger erhellend und aufschlussreich. Krisenfiguren und Brüche fallen bei ihr weniger dramatisch auf. Dafür fokussiert ihre Untersuchung vor allem die Zeit seit 1945, während sie die Vormoderne eher streift. Auch ihre Kritik an den Begriffen der Gendertheorie ist ausgesprochen aufschlussreich. Leider jedoch krankt ihre knapp 700 Seiten starke Arbeit an einem sehr additiven, deskriptiven und selten pointierten Duktus, der aus einer sehr breiten, teils unfokussierten und methodisch etwas zügelloseren Anlage herrührt. Ihr spannender Blick auf Psychosexualität erweist sich hingegen als wichtiges Bindeglied für die heutigen Geschlechtsdiskurse, bei denen vor allem sozialer Druck, Identität und Erziehung angeführt werden, die angeblich den Mann/Frau-Gegensatz erfordern.

So ist es aber vor allem Schochows stärker auf alte Wissensformationen bezogene Arbeit, die „eigene Historizitäten sich artikulieren“ lässt, wie das Foucault in Ablehnung der historistisch erzählenden Methode anstrebte. Klöppel zeigt, dass auch Intersexualität nicht subversiv ist, wie das viele Vorkämpfer sehen. Schon Foucault machte auf die Ironie des Sexualitätsdispositivs aufmerksam: „Es macht uns glauben, dass es darin um ‚Befreiung‘ geht“. Der nicht spottende, sondern aufgeschlossene Blick in die Vergangenheit zeigt letztlich, wie Klöppel anmerkt, dass auch das biologisch gerechtfertigte und juristisch geforderte Geschlecht keine ewige Wahrheit sein muss.

Markus Rackow (Berlin)



Brisch, Karl Heinz / Hellbrügge, Theodor (Hrsg.)

Bindung, Angst und Aggression. Theorie, Therapie und Prävention

1. Aufl. 2010, 297 S., gebunden mit Schutzumschlag, mit 25 Tabellen und Grafiken, ISBN: 978-3-608-94517-1, Preis EUR [D] 37.90 / SFr 60.00

Was geht in aggressiven und ängstlichen Kindern vor?

Aggressionen und Ängste entstehen oft früh im Laufe der kindlichen Entwicklung und können sich zu schwerwiegenden emotionalen und sozialen Störungen bis hin zur Kriminalität weiterentwickeln. International renommierte Experten zeigen, was in Prävention, Beratung und Psychotherapie getan werden kann. Es wird immer wichtiger, das Entstehen von feindseligen Vorurteilen und von aggressivem Verhalten bei jungen Menschen zu verstehen. Nur so ist es möglich, Aggressionen und die oft dahinterstehenden Ängste frühzeitig zu erkennen oder durch geeignete Präventionsmaßnahmen sogar zu verhindern.

Die Beiträge widmen sich z.B. den Fragen:

- Gewalt in Medien und ihre Wirkungen auf Jugendliche und Gesellschaft,
- Mobbing, Bullying unter Schülern,
- Auswirkung von Gewaltdarstellung in Film und Fernsehen auf die Gehirnentwicklung,
- Unruhig-aggressive Jungen,
- Kinderpornographie im Internet und ritueller Missbrauch.

Brisch, Karl Heinz

SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern. Sichere Bindung zwischen Eltern und Kind

1. Aufl. 2010, 176 S., gebunden ohne Schutzumschlag, ISBN: 978-3-608-94601-7

Preis EUR [D] 14.90 / SFr 23.90

SAFE® vermittelt Eltern die notwendige Sicherheit im Umgang mit ihrem Baby.

Mit SAFE® lernen Eltern bereits in der Schwangerschaft, feinfühlig, prompt und angemessen auf die Signale ihres Kindes zu reagieren. Dadurch entwickeln die Babys eine sichere Bindung als stabiles Fundament ihrer Persönlichkeit. SAFE® ist ein erfolgreiches, expandierendes Erziehungsprogramm - vom wichtigsten Autor im Bereich Bindungsforschung. SAFE® vermittelt Eltern die notwendige Sicherheit im Umgang mit ihrem Baby.

Mit SAFE® lernen Eltern bereits in der Schwangerschaft, feinfühlig, prompt und angemessen auf die Signale ihres Kindes zu reagieren. Dadurch entwickeln die Babys eine sichere Bindung als stabiles Fundament ihrer Persönlichkeit. SAFE® ist ein erfolgreiches, expandierendes Erziehungsprogramm - vom wichtigsten Autor im Bereich Bindungsforschung.

Ein Buch, das Eltern in den ersten Lebensjahren ihres Kindes begleiten wird. Es ist die beste Basis dafür, dass Kinder lebenslang selbstsicher, belastbar und sozial kompetent sind.

Hochschulambulanz für Sexualmedizin eröffnet

Das **Institut für Sexualmedizin an der Charité** hat seine Behandlungsmöglichkeiten ausgeweitet und eine neue, im Bundesgebiet bislang einmalige Hochschulambulanz für Sexualmedizin eröffnet. Mit dieser Verbesserung und Erweiterung des bisherigen Angebots ist auch eine Veränderung der erforderlichen Überweisungsmodalitäten verbunden. So kann eine Behandlung von GKV-Patienten jetzt auch auf Überweisung durch den Hausarzt erfolgen, zuvor übernahmen die Krankenkassen Diagnostik und Therapie nur für sexuelle Präferenzstörungen im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung des Institutsleiters und nur auf Überweisung durch Psychiater oder Psychotherapeuten.

Die Einrichtung bietet Diagnostik und Behandlung für Betroffene, deren sexuelles Erleben und Verhalten bei hohem Leidensdruck beeinträchtigt ist. Entsprechend den sexualmedizinischen Standards stehen (sofern möglich) paarbezogene Interventionen im Vordergrund. Zum Indikationsspektrum gehören alle Sexualstörungen, also Störungen der sexuellen Funktion (z.B. Erektionsstörungen, Vaginismus, etc.), der sexuellen Entwicklung (z.B. bei geistiger Behinderung), der geschlechtlichen Identität, der sexuellen Präferenz (auch jene, die mit einer potenziellen Fremdgefährdung verbunden sind, wie z.B. die Pädophilie) sowie Beeinträchtigungen der sexuellen Reproduktion aufgrund psychischer Ursachen.

Terminvereinbarungen sind Mo., Mi. und Fr. in der Zeit von 10 bis 12 Uhr sowie Mo. und Mi. von 13 bis 16 Uhr unter Tel. (030) 450-529 111 möglich. Außerhalb dieser Zeiten ist eine Kontaktaufnahme über Anrufbeantworter oder e-mail: >HSA-Sexualmedizin@charite.de< möglich.

Internet und neue Medien – Chancen und Risiken aus Sicht der Sexualmedizin

34. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin

Potsdam vom 12. Mai – 15. Mai 2010

Veranstalter

Akademie für Sexualmedizin, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin;
Gesellschaft für Informatik; Institut für Informatik der Universität Potsdam

Tagungsleitung

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier

Tagungsort und Mitveranstalter

Universität Potsdam Campus Griebnitzsee, Haus 6, August-Bebel-Straße 89, 14482 Potsdam, **UP Transfer GmbH**

Telefon: 0331 977-1117, Fax: 0331 977-1143, E-Mail: brunhilde.schulz@up-transfer.de, www.up-transfer.de



Bildnachweis: BMFSFJ/L. Chaperon

Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Frau Dr. Kristina Schröder

**anlässlich der 34. Jahrestagung für Sexualmedizin
vom 12. bis 15. Mai 2010 an der Universität Potsdam**

Die Selbstverständlichkeit, mit der Kinder und Jugendliche heutzutage das Internet nutzen, stellt die Politik beim Kinder- und Jugendschutz vor neue Herausforderungen. Denn mit der gleichen Selbstverständlichkeit nutzen auch Täter die Möglichkeiten der digitalen Kommunikationsnetze, um an ihre minderjährigen Opfer zu gelangen oder kinderpornographisches Material zu verbreiten.

Prävention ist der beste Weg, um Kinder und Jugendliche effektiv vor Gefährdungen zu schützen. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend setzt dabei in erster Linie auf Kompetenz – im Vertrauen darauf, dass Kinder und Jugendliche dann am besten geschützt sind, wenn wir ihnen helfen, sich selbst zu schützen. In den

letzten Jahren wurde dazu eine Vielzahl von Projekten und Programmen auf den Weg gebracht, die die Medienkompetenz von Kindern und die erzieherischen Kompetenzen vor allem der Eltern stärken.

In den Blick nehmen müssen wir aber auch das Verhalten (potentieller) Täter, die im Internet Kontakte mit Minderjährigen suchen und kinderpornographisches Material mit Gleichgesinnten austauschen. Hier kann die Sexualwissenschaft zur Entwicklung geeigneter Präventionsmaßnahmen einen wichtigen Beitrag leisten. Deshalb begrüße ich es sehr, dass das Internet bei der diesjährigen Jahrestagung für Sexualmedizin im Mittelpunkt der Fachdiskussion steht. Das Tagungsmotto „Internet und neue Medien – Chancen und Risiken aus Sicht der Sexualmedizin“ verspricht eine ebenso aufschlussreiche wie differenzierte Auseinandersetzung mit den Herausforderungen, vor die das Internet die Sexualmedizin stellt.

Fest steht schon jetzt: Einfache Lösungen zum Kinderschutz kann es in den unüberschaubaren Weiten der digitalen Welt nicht geben. Umso wichtiger ist der Austausch zwischen Politik und Wissenschaft. Die Jahrestagung für Sexualmedizin bietet dazu mit ihrem Schwerpunktthema eine gute Gelegenheit. Ich jedenfalls hoffe sehr, dass es mit der Unterstützung von Fachmedizinerinnen gelingt, wirksame Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, die – so wie die Projekte im Rahmen der Kampagne „Kein Täter werden“ der Berliner Charité – direkt bei den Neigungen pädophiler Männer ansetzen.

Dr. Kristina Schröder



Grußwort der Präsidentin der Universität Potsdam

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich heiße Sie herzlich willkommen zum 34. Jahreskongress für Sexualmedizin in Potsdam und freue mich sehr, dass Sie mit Ihrem Tagungsthema auf einen Dialog zwischen Sexualmedizin und Informatik setzen, um den neuen Herausforderungen für die Gesundheits- und Lebenswissenschaften gerecht zu werden.

Dafür sind das Institut für Informatik der Universität Potsdam und das Institut für Sexualmedizin der Charité eine nützliche Allianz eingegangen, indem sie Kompetenzen aus ihren Disziplinen bündeln und nicht nur zum Gegenstand von Kongressen, wie diesem, sondern auch gemeinsamen Projekten machen wollen, um

anwendungsbezogen ihre Forschungsergebnisse im Public Health bzw. Sexual Health-Bereich einzusetzen.

Die Universität Potsdam hat hier bereits einschlägige Erfahrungen, denn zu ihren Forschungsschwerpunkten gehört auch das Feld „Assisted living“, das federführend vom Institut für Informatik mit den Bereichen der Sportmedizin und Prävention und der Linguistik erforscht wird. Hier gilt es, intelligente Assistenzsysteme für ein gesundes und sicheres Leben zu entwickeln.

Aber auch Fragen der Informationsvermittlung mit einer Verwaltung und Analyse komplexer heterologer Daten und der maschinellen, nutzergerechten Verarbeitung dieses Wissens kennzeichnen Forschungsschwerpunkte des Instituts für Informatik. Ein wenig stolz sind wir deshalb auch, dass im vergangenen Jahr der „Google-Research-Award“ an einen Wissenschaftler unserer Universität ging

Es ist sehr begrüßenswert, dass Sie sich im interdisziplinären Austausch dem Internet mit seinen Chancen und Risiken aus Sicht der Sexualmedizin zuwenden wollen und ich bin sicher, dass unsere universitäre Infrastruktur am Campus Griebnitzsee eine Atmosphäre bereitstellt, die anregende Diskussionen ermöglicht, aus denen sich weitere Anknüpfungspunkte für die zukünftige Zusammenarbeit ergeben werden.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg!

Professor Dr.-Ing. Dr. Sabine Kunst

Die 34. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin wird unterstützt von:





Grußwort der Veranstalter

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr herzlich begrüßen wir Sie zur 34. Jahrestagung für Sexualmedizin in Potsdam. Diese ist aus mehreren Gründen dem Thema „Internet und neue Medien“ gewidmet: Zum einen nämlich liegen darin vielfältige Chancen für die Informationsgesellschaft und damit auch für das Gesundheitssystem bzw. für Patienten/innen, die unter sexuellen Störungen leiden, und auf ihrer Suche nach Hilfestellung auch auf internetbasierte Erkenntnisse zurückzugreifen. Dies ersetzt zwar niemals die persönliche Beziehung zu einem professionellen Helfer, gleichwohl muss dieser aber ebenfalls im Bilde sein über die fachrelevanten Wissensströme via Internet, schon um möglicherweise verbreitetes Fehlwissen korrigieren zu können.

Es gibt aber ganz andere Gefahren, die darin liegen, dass über neue Medien zunehmend soziale Interaktionsmöglichkeiten in Anspruch genommen werden, hinter denen sich der Wunsch nach interpersonaler Kommunikation – kurz gesagt nach Nähe – verbirgt, der sich nicht selten auch herleiten lässt aus einer fehlenden realen Beziehungszufriedenheit der Betroffenen, die virtuell ausgeglichen werden soll.

Hinzu kommen extensiv verfügbare bildliche oder filmische Darstellungen sexueller Handlungen, die in großem Umfang paraphile sexuelle Erregungsmuster widerspiegeln, d.h. sehr wahrscheinlich Ausdruck von sexuellen Präferenzstörungen derjenigen sind, die diese Bilder ins Netz gestellt haben, wo sie dann aber für jedermann zugänglich werden und damit auch für Kinder und Jugendliche, die gerade über einen sicheren Umgang mit den neuen Technologien verfügen. Sie wachsen gewissermaßen mit diesen auf und sind ihrer Elterngeneration diesbezüglich überlegen und damit durch Erziehungspersonen – die nicht denselben Kenntnisstand haben – nur begrenzt erreichbar. 30% der Jungen sind bei Erstkontakt mit Internetpornographie zwischen 8 und 13 Jahre alt, 15% haben bereits



strafrechtlich bewehrtes sexuelles Bildmaterial gesehen. Völlig ungeklärt ist auch, wie sich diese Bildmaterialien auf die Herausbildung der sexuellen Präferenzstruktur im Jugendalter auswirkt – bis hin zur Etablierung eines paraphilen Musters mit entsprechender lebensüberdauernder Unveränderbarkeit.

Vor diesem Hintergrund bekommt auch die Diskussion um die enorme Verbreitung von Missbrauchsabbildungen, die sexuelle Handlungen an Kindern und Jugendlichen zeigen, eine besondere Dimension. Diese Abbildungen verweisen ebenfalls auf eine signifikante Gruppe von Nutzern, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine sexuelle Präferenzstörung aufweisen (eine Pädophilie oder eine Hebephilie). Andererseits werden diese Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs auch Kindern und Jugendlichen selbst zugänglich, wenn nicht präventive Maßnahmen ergriffen werden, um diesen Zugriff zu erschweren. Dafür kann es gar keinen anderen Weg geben, als im Dialog zwischen Sexualmedizin und Informationstechnologie gemeinsame Lösungsstrategien zu entwickeln, die dafür sorgen, dass sexualmedizinische Erkenntnisse über die neuen Medien eine adäquate Verbreitung finden, um – zumindest perspektivisch – präventive, diagnostische und therapeutische Aufgaben in einem breiteren Umfang bewältigen zu können.

Der 34. Jahreskongress für Sexualmedizin ist daher als gemeinsame Veranstaltung der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Informatik konzipiert worden, die von dem Institut für Sexualmedizin der Charité und dem Institut für Informatik der Universität Potsdam umgesetzt wurde.

Die anlässlich der letzten Jahrestagung in Regensburg vorgenommene Gliederung in Plenarvorträge und Seminare sowie Workshops wurde beibehalten, um in ausreichendem Umfang Raum für vertiefte Diskussionen und neue Perspektiven zu eröffnen.

Wir wünschen allen ein erfolgreiches, kritisches und zugleich kollegiales Miteinander im disziplinenüberschreitenden Gedankenaustausch.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier
Prof. Dr. Ing. Klaus Rebusburg

Abstracts der Vorträge, Seminare und Workshops

Vorträge

Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers (Berlin)
Von Online zu Offline: Dating und Social Network Plattformen

In dem Vortrag werden sowohl die verschiedenen Arten von Sozialen Netzwerk Plattformen, als auch Verabredungs- und Partnerschaftsportale in ihrer Bedeutung für Sexualität und Partnerschaft im 21. Jh. behandelt. Hierbei sollen nicht nur die verschiedenen Angebote in ihren jeweiligen Besonderheiten und Zielgruppendefinitionen dargestellt werden, sondern vor allem ihre Funktion zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Identität (Gruppenidentifikation), Gemeinschaft, Anerkennung und Geltung. Diese Funktionen sollen vor dem Hintergrund der besonderen Bedeutung von dezentraler Vernetzung und uneingeschränkter Erreichbarkeit von Internetangeboten diskutiert werden.

RA Dr. jur. Malte Behrmann (Berlin)
Rechtliche Zulässigkeit von Computerspielen zur Behandlung von sexuellen Präferenzstörungen

Durch klinische Analysen und Erfahrungen rücken Menschen mit sexuellen Präferenzstörungen mehr und mehr in den Fokus der Wissenschaft. Um diese Neigungen wissenschaftlich zu erfassen und therapeutisch behandeln zu können, bedarf es umfangreicher wissenschaftlicher Analysen. Im Zeitalter des Internets stehen dabei nicht nur konventionelle Methoden im Vordergrund, vielmehr müssen auch neue Wege gegangen werden, wie beispielsweise Computerspiele zur Behandlung von Menschen mit sexuellen Präferenzstörungen in einer virtuellen Welt. Dies ist jedoch nur möglich, sofern keine rechtlichen Hindernisse bestehen. Der Vortrag untersucht im Kontext der Forderung nach Wissenschaftsfreiheit die rechtlichen Bedingungen, soweit sie sich v.a. aus den Bestimmungen des Straf-, Jugendschutz-, und Persönlichkeitsschutzrechts ergeben.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier (Berlin)
e-Health und „Assisted Living“: Perspektiven für die Sexualmedizin

Innerhalb der öffentlichen Wahrnehmung nimmt die Bedeutung von „applied games“ nicht nur zu, sondern diese wirken sich auch auf Einstellungen und Haltungen der Konsumenten aus, sodass es aus sexualmedizinischer Sicht nahe liegend ist, dieses Potential auch für präventive, diagnostische und therapeutische Zwecke zu nutzen. Der Vortrag entwickelt konzeptionelle Überlegungen hinsichtlich derartiger Anwendungen im e-Sexual Health Feld: So sind mit Blick auf die Prävention Applikationsformen denkbar, die spielerisch Merkmale egalitärer Beziehungen (z.B. gegenseitiger Respekt, Selbstrücknahme) vermitteln und mit Spielerfolg verknüpfen. Dies ließe sich in der Sexualpädagogik (auch für geistig Behinderte) frühzeitig einsetzen. Unter diagnostisch und therapeutischen Gesichtspunkten sind wiederum für verschiedene chronische Erkrankungen Anwendungsformen denkbar, in denen neben der Wissensvermittlung über mögliche Auswirkungen einer Krankheit oder ihre Behandlung auf die Ressourcen der Partnerschaft fokussiert wird. Für Betroffene mit sexuellen Präferenzstörungen ließe sich über (dem Betroffenen ähnliche) Avatare die sexuelle Phantasieebene spielerisch darstellen, was eine hohe diagnostische Aussagekraft hätte. Darüber hinaus ließen sich auf diesem Wege Risikofaktoren bei kognitiven Verzerrungen herausarbeiten bzw. im Sinne von therapeutischen Anwendungen Dilemmata konstruieren, die Verhaltensstörungen verdeutlichen und Lösungsansätze erkennbar machen.

Dr. med. Birgit Delisle (München) & Dr. med. Dirk Rösing (Greifswald)
Sexualmedizinische Behandlung der Appetenzstörung der Frau und des Mannes

Nach weltweiten Studien haben bis zu 30–40 % aller Frauen Probleme im Sexualbereich. Dabei sind Mangel an sexueller Lust bei Frauen die am häufigsten genannten Sexualprobleme in der ärztlichen Sprechstunde. Der Leidensdruck ist allerdings höchst unterschiedlich ausgeprägt. Circa 10% der Betroffenen leiden unter ihrer Appetenzstörung, mit einer deutlichen Minderung der Lebensqualität und nicht selten Konflikten in der Partnerschaft. Der Vortrag wird die gesamte Breite der Störungsbilder abstecken und mögliche Therapieoptionen vorstellen: angefangen von der Einzelberatung, über die Paartherapie bis hin zu den differenzierten Möglichkeiten der Pharmakotherapie.

Prof. Dr. Nicola Döring (Ilmenau)**Internet-Sexualität: Spektrum – Nutzen – Gefahren**

Mit „Internet-Sexualität“ (auch OSA: Online Sexual Activities) sind sämtliche sexualbezogenen Inhalte und Aktivitäten gemeint, die im Internet zu beobachten sind. Empirische Forschungsarbeiten zur Internet-Sexualität werden seit 1993 in stetig wachsender Zahl publiziert. Der Vortrag fasst den aktuellen Forschungsstand in seiner thematischen Breite zusammen und behandelt sechs Bereiche der Online-Sexualität: Pornografie, Sexshops, Sexarbeit, Sexualaufklärung, Sexkontakte und sexuelle Subkulturen im Internet. Zentrale Forschungsergebnisse zu Erscheinungsformen, Nutzergruppen sowie Chancen und Risiken werden berichtet.

Dipl.-Psych. Janina Neutze (Berlin)**Nutzer von Kinderpornografie im Dunkelfeld**

Das Herunterladen, Sammeln und/oder Verbreiten von sexuell expliziten Darstellungen oder sexuellem Missbrauch Minderjähriger hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Die Mehrzahl dieser sogenannten Kinderpornografiedelikte verbleibt von der Justiz unerfasst im *Dunkelfeld*. Studienergebnisse sehen einen engen Zusammenhang einer Nutzung von Missbrauchs-darstellungen Minderjähriger und der Pädophilie. Bislang ist wenig bekannt, welche therapeutisch beeinflussbaren Faktoren zu einer erstmaligen oder wiederholten Nutzung von Kinderpornografie bei bestehender Präferenzstörung beitragen. Präsentiert werden erste Ergebnisse aus den Berliner Präventionsprojekten *Dunkelfeld* (PPD) und *Kinderpornografie* (PPK) zu Nutzerverhalten und dessen Risikofaktoren.

Dr. med. Alfred Pauls (Berlin)**Neurobiologische Grundlagen und medikamentöse Dämpfung sexueller Impulse**

Die biologische Notwendigkeit eines zuverlässig ausreichenden sexuellen Impulses für die Sicherstellung der Reproduktion ist evident. Dazu ist im Laufe der evolutionären Entwicklung ein hoch differenziertes System mit neuronalen, sensorischen und hormonellen Komponenten entstanden. Einerseits kann die Störanfälligkeit der beteiligten Mechanismen zu klinischen Problemen führen, z.B. zur Einschränkung der Libido. Andererseits kann es notwendig werden, problematisches Sexualverhalten einzuschränken, z.B. Dämpfung pädophilen Verhaltens. Bezüglich der Therapie männlicher Täter stand geschichtlich in erster Linie die Kastration zur Verfügung, die in der Folge durch diverse pharmakologische Eingriffe zur Reduktion von Androgenität ergänzt wurde. Andere Ansätze mit sonstigen primär psychopharmakologischen Wirkungen

haben deutliche Nebeneffekte auf das Verhalten. Neue Ansätze zur Dämpfung des Erregungsaufbaus und zur Impulsdämpfung werden berichtet.

Ethel Quayle, PhD (Edingborough)**Only Pictures**

This paper presents the preliminary findings from a study of a police operation (Algebra) to illustrate the role of child pornography in technology-mediated crime against children. Of particular interest is the influence that offender involvement in online social relationships may have on the development of their offence behaviours, including progression to contact offences against children.

Prof. Dr. Ing. Klaus Rebensburg (Berlin/Potsdam)**Internet 2010 – Informationsgesellschaft 2020**

Internet 2010 - Informationsgesellschaft 2020! Der Titel dieses Vortrags klingt, als ob uns keine Wahl bliebe: Das Internet von heute ist prägende Kraft der kommenden Informationsgesellschaft 2020! Die Welt könnte ja auch einer anderen Gesellschaft, z.B. einer Dienste-Gesellschaft, Wohlstandsgesellschaft, einer Gesundheitsgesellschaft, einer Friedensgesellschaft oder gar dem Paradies zustreben, aber zunächst soll es wohl etwas anderes sein. Das 2010 bereits allgegenwärtige Internet ist von technischer Perfektion, beeindruckend weitreichend, dient den Mächtigen und den Schwachen, ist Chance der technisch erweiterten Information und Kommunikation sachlich, fachlich, kommerziell, emotional, sozial und politisch. Wir rechnen es inzwischen zu den Medien mit all den Wirkungen, die ihnen auch früher schon zugeschrieben waren zwischen Mund-zu-Mund Überlieferung, Schriften auf Stein oder Papyrus, mit dem Buchdruck, der Einführung des Telefons, Rundfunks, des Fernsehens, mit Kino und dem Internet. Ohne Medien gäbe es aus heutiger Sicht keine Religion, keine Gesundheit, keine Wirtschaft, keine Gesellschaft, keine großen Strukturen des Zusammenlebens. Macht und Ohnmacht des Einzelnen, von Gruppen, aber auch ganzer Gesellschaften werden gleichermaßen mit dem Internet transportiert. Mit dem Wort Informationsgesellschaft haben wir einen technischen Verursacher herausgehoben und schreiben Erlebtes, Vergangenes in die Zukunft weiter. Dabei haben wir so unsere Probleme: Dem Triumph, was alles heute verdatet werden kann steht oft die Frage gegenüber, welchen Gewinn „wir“ aus immer mehr Daten ziehen können. Und wenn Informationsmengen und -ströme so wichtig sind, dann sollen sie wenigstens sicher vor Missbrauch, ungewollter Machtausübung oder Verletzung sein. Wenn wir schon in vernetzten Informationsströmen operieren, dann möchten wir, wie bereits in früheren aufgeklärten Gesellschaften angestrebt, Individuum bleiben

und nicht gläsern erscheinen. Mit der Chance, dass uns weltweite Informationsverarbeitung personalisiert, also maßgeschneidert hilft, wollen wir aber ungern unsere mentalen und physischen Konfektionsgrößen offenlegen. Daten für einen guten Zweck zu verleihen, ist gut, aber wir möchten sie bitte exklusiv danach wieder zurück erhalten. Den einen macht das Internet schlau und wirksam, andere werden durch das Internet betrogen, süchtig und dumm gespielt. Internet macht gesund, krank, verführt und kann sogar helfen, zu töten. Wir sind bei den historisch belegten Wirkungen von Medien angekommen und versuchen zu orakeln, was Menschen aus dieser neuen technischen Variante der Information und Kommunikation wohl in den nächsten 10 Jahren machen könnten. Auf dieser Jahrestagung der Sexualmedizin, die den Titel hat „Internet und neue Medien“, versucht ein Informatiker medial, also mit Information und gesprochenen Worten, Chancen und Risiken der Informationsgesellschaft für die Sexualmedizin in die nächsten 10 Jahre fortzuschreiben.

Seminare

Seminar 1: Dr. med. Maren Dietrich (Ravensburg), Dr. med. Dirk Rösing (Greifswald) **Sexualmedizin in der Praxis**

Sexualität ist eine biologisch, psychisch, sozial und kulturell determinierte Erlebnisdimension des Menschen und nur in dieser Komplexität verstehbar. Daher entzieht sie sich einem einseitigen „Zugriff“. Zudem weist sie unterschiedliche Dimensionen auf (Multidimensionalität der Sexualität) und kann verschiedene Funktionen erfüllen (Multifunktionalität der Sexualität), die in enger Wechselwirkung stehen. Sexualität kann zur Belastung werden, Leiden auslösen, wenn basale, psychosoziale Bedürfnisse nach Wertschätzung, Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit frustriert werden. In der Sexualmedizin unterscheidet sich der „Patientenbegriff“ deutlich von dem sonst üblichen Konzept in der klinischen Medizin. Sexuelle Störungen sind vor allem vor dem Hintergrund der speziellen Paar-Situation zu verstehen, weshalb der gewohnte Blick auf das „kranke“ Individuum hier am Kern des Problems vorbeigeht. Das Seminar bietet einen Einblick in die sexualmedizinische Praxis. Es vermittelt an Hand von Fallbeispielen dem sexualmedizinisch wenig Erfahrenen Grundlagen der Diagnostik und Therapie bei sexuellen Störungen. Die Teilnehmer haben Gelegenheit aus der eigenen Praxis themenzentriert Fälle oder Begebenheiten vorzustellen. Rollenspiele sollen helfen, kommunikative Erfahrungen im Umgang mit Sexualität und deren Störungen zu sammeln, eigene Hemmungen zu erkennen und ggf. abzubauen.

Seminar 2: Dr. med. Gerhard Haselbacher (München) **Fallseminar zur Sexualtherapie**

Von (vorzugsweise von den Teilnehmern mitgebrachten) Fallbesprechungen ausgehend sollen diagnostische und behandlingstechnische Situationen exemplarisch reflektiert und diskutiert werden.

Seminar 3: Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers & Dr. med. David Goecker (Berlin) **Differentialdiagnostik und Therapie bei Störungen der sexuellen Präferenz**

In dem Seminar wird die Differenzierung zwischen „Störungen des sexuellen Präferenz (Paraphilien)“ auf der einen und „Störungen des sexuellen Verhaltens (Dissexualität)“ auf der anderen Seite dargelegt. Ein besonderer Fokus wird hierbei zum Beispiel auf die Unterscheidung zwischen Pädophilie und sexuellem Kindesmissbrauch gerichtet. Anhand von Fallbeispielen der Teilnehmer sollen die differentialdiagnostischen Kriterien bei Paraphilien herausgearbeitet und entsprechende Therapieoptionen entwickelt werden.

Seminar 4: Prof. Dr. med. Kurt Loewit (Innsbruck) **Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie (SST)**

Die Syndyastische Sexualtherapie fokussiert auf das Paar und die Erfüllung der biopsychosozialen Grundbedürfnisse in ihrer Beziehung. Sie erweitert bestehende Therapieformen, indem sie über vordergründige, rasche Beseitigung sexueller Störungs-Symptome hinausgeht und durch das Bewusstmachen der Bindungs- und Kommunikations-Funktion der Sexualität eine Verbesserung der Beziehungszufriedenheit insgesamt zum Ziel hat. Dadurch versucht sie das salutogene Potential der Sexualität (wieder) nachhaltig verfügbar zu machen und erschließt eine zusätzliche Verständnis- und Begegnungsebene.

Seminar 5: Dipl.-Psych. Janina Neutze (Berlin) **Paraphile Bildinhalte im Internet**

In der klinischen Arbeit mit Paaren, Patienten mit sexuellen Präferenzstörungen und Kindern und Jugendlichen spielt die Nutzung von Pornografie in den neuen Medien eine immer größere Rolle. Die Kenntnis der konkreten Zugangswege und Inhalte des konsumierten Bild- und Filmmaterials liefert dabei wichtige (differential)diagnostische Hinweise. Insbesondere die Arbeit mit paraphilen Bildinhalten bietet hier Chancen für eine erfolgreiche Prävention und Therapie, stellt aber zugleich eine besondere Herausforderung für Therapeuten dar. Das Seminar will Basiswissen zu pornografischen Angeboten im Internet und deren Anwendung für Diagnostik und Intervention anhand kon-

kreter Bildmaterialien und Fallbeispiele vermitteln. Das eigene Erleben in Normvorstellungen und Implikationen für die Arbeit sollen reflektiert werden.

Seminar 6: Dr. med. Alfred Pauls (Berlin) Sexuelle Eifersucht: Verhaltensbiologie und klinische Aspekte

Eifersucht, insbesondere sexuelle Eifersucht, ist eine wesentliche Determinante sowohl der Gefühlswelt als auch des Verhaltens. Im Verhältnis zu seiner Bedeutung im Alltag (Selbsterfahrung) und in kulturellen Ausdrucksformen wie Buch, Film, Oper, etc. ist die sexuelle Eifersucht in der sexualmedizinischen Ausbildung und Fachliteratur nicht stark repräsentiert. Das Seminar geht zunächst von den biologischen Voraussetzungen (Neuroanatomie, Neurophysiologie, Verhaltensphysiologie) aus, gefolgt von vergleichenden soziologischen Aspekten und realen sexualmedizinischen Situationen. Der Schwerpunkt liegt auf den formenden und destruktiven Auswirkungen auf Partnerschaften, die den Bereich des Strafrechts nicht erreichen, und der Bedeutung für die Therapie von Störungen. Die durch Eifersucht verursachte Gewaltkriminalität wird am Rande behandelt.

Seminar 7: Prof. Dr. ing. Klaus Reburg und Mitarbeiter (Berlin/Potsdam) Internet 2010 – Neue Dimensionen und Anwendungsformen

Zugriffsmöglichkeiten, Technik und Dienste im Internet. Kompetenzen, Anwendungsszenarien, Konflikte und Verantwortlichkeiten (mit Übungen am PC).

- Dimensionen und technische Grundlagen des heutigen Internets
- Web 2.0
- Datenpakete zu Medienströmen – technische und gesellschaftliche Folgen
- Geben, Nehmen, Finden von Information, Wissen, Werten, Unwerten
- Macht, Medium und Ohnmacht mit Internet – Informationsgesellschaft im Wandel
- Personalisiert, immer zu Diensten – wem gehören eigentlich unsere Daten? Sicher und unsichere Informationsströme – transparente Welt 2.0 oder der gläserne Mensch 2.0?
- Internet macht schlau? Internet macht gesund? Internet verführt? Internet macht krank? Internet tötet?

Seminar 8: Prof. Dr. Ing. Tiziana Margaria und Mitarbeiter (Berlin/Potsdam) e-Health und Assisted living – angewandte Informatik im Zeichen der Informationsgesellschaft

Das Seminar bietet eine Einführung in ausgewählte Grundlagen des Ambient Assisted Living und vertieft das Verständnis für deren Anwendungsszenarien und Komponenten aus verschiedenen Fachrichtungen der Informatik. Im Assisted Living Labor des Instituts für Informatik der Uni Potsdam werden die Seminarteilnehmer zu eigenen Aktivitäten angeregt. Außer einer gewissen Motivation für das Thema werden keine besonderen Vorkenntnisse vorausgesetzt. Wo immer möglich werden Bezüge zur Sexualwissenschaft deutlich gemacht.

Workshops

Workshop 1: Prof. Dr. phil. habil. Dipl.-Psych. Ada Borkenhagen (Leipzig) Perfekte Körper und kosmetische Genitalchirurgie

Anfang des neuen Jahrtausends entdeckten die Medien ein „neues“ Feld kosmetischer Chirurgie: die „Designervagina“. Seither nehmen die Medienberichte über kosmetische Genitalchirurgie beständig zu. Christina von Braun spricht von kosmetischer Genitalchirurgie als dem am „schnellsten wachsenden Einsatzfeld kosmetischer Chirurgie in den USA“. In den USA sind genitale Schönheitsoperationen bereits ein beliebtes Thema von Fernsehsendungen. Auch in Deutschland häufen sich Medienberichte über kosmetische Genitalkorrekturen. In einem Impulsreferat werden Informationen zur Häufigkeit dieser Eingriffe, zu den kulturellen Hintergründen, zum aktuellen Forschungsstand und zu den Motiven der Patientinnen kosmetischer Genitalchirurgie gegeben.

Workshop 2: Dr. med. Hermann J. Berberich (Frankfurt/M.) BDSM und Internet

Gibt man bei Google den Begriff BDSM (Bondage & Discipline, Dominance & Submission, Sadism & Masochism) ein, erhält man in 0,14 Sekunden 19.900.000 hits (Stand 12 März 2010). In den letzten Jahren ist mit Hilfe des Internets ein riesiger BDSM-Markt entstanden, mit Videos, Kontaktportalen, online Shops für SM-Artikel u.v.m. Für interneterfahrene Kinder und Jugendliche ist es kein Problem, pornographische Bilder oder Videos mit SM-Inhalten herunterzuladen. Laut einer repräsentativen Befragung gaben 35% der Jungen und 2% der Mädchen im Alter von 14-15 Jahren an, sich mehrmals monatlich pornographisches Bildmaterial anzusehen. Bislang ist ungeklärt,

ob pornographische Bilder und Videos, z.B. mit sadomasochistischem Inhalt, wenn sie während der Pubertät als Masturbationsvorlage benutzt werden, die Herausbildung von sexuellen Präferenzen beeinflussen können. Menschen mit den ausgefallensten sexuellen Präferenzen, die sich früher kaum begegnet wären, können heute mit Hilfe des Internets problemlos miteinander in Kontakt treten. Hierfür gibt es unzählige einschlägige Portale.

An Fallbeispielen und Videointerviews aus der sexualmedizinischen Praxis soll die Thematik ausführlich diskutiert werden.

Workshop 3: Prof. Dr. med. Frank-Michael Köhn (München) Andrologische Diagnostik und Therapie

Andrologische Diagnostik bei ungewollter Kinderlosigkeit ist interdisziplinär orientiert und erfordert eine enge Zusammenarbeit mit Gynäkologie, Humangenetik und Psychosomatik. Grundlagen sind Anamnese, körperliche Untersuchung, die Erhebung endokrinologischer Parameter und Laboruntersuchungen des Ejakulates. Die Sexualanamnese umfasst Fragen nach Erektions-, Ejakulations-, Orgasmus- und Appetenzstörungen des Mannes. Das direkte Nachfragen ist wichtig, da diese Sexualstörungen von Männern nicht immer spontan angesprochen werden und dann zu nicht indizierten reproduktionsmedizinischen Verfahren führen. Insgesamt sind diese Störungen aber selten ein Grund für Infertilität und nur für ca. 2% der Fertilitätsstörungen von Paaren ursächlich. Im Rahmen der Sexualanamnese können auch partnerschaftliche Konflikte offenbar werden, die den Fokus weniger auf reproduktionsmedizinische Maßnahmen als auf eine Paartherapie lenken sollten. In der überwiegenden Zahl der Fälle muss ungewollte Kinderlosigkeit bei Störungen der männlichen Fertilität durch Methoden der assistierten Reproduktion behandelt werden. Dies bedeutet, dass bei der u.U. gesunden Partnerin ein Großteil der medizinischen Verfahren zu erfolgen hat. Methoden der assistierten Reproduktion sind intrauterine Inseminationen, In-vitro-Fertilisation (IVF) und intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI).

Workshop 4: Ute Marjanov, M.A. (Düsseldorf), Franz Hausmann (Hünfelden)

Wie wirkt sich die Nutzung des Internets auf die sexuelle Entwicklung Jugendlicher aus?

Ausgehend davon, dass die leichte Zugänglichkeit sexuell expliziter Bilder und Filme im Internet eine tiefgreifende Veränderung der sexuellen Umwelt verursacht, wird die Fragestellung mittels einer Power-Point-Präsentation – unter anderem anhand eines Fachvortrags sowie auf der Basis mehrerer aktueller Studien – untersucht. Die

Studien kommen mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass ein gravierender geschlechtsspezifischer Unterschied bei der Nutzung von Pornographie besteht. Es wird deutlich, dass intrapsychische Bedingungsfaktoren Einfluss auf das Auswahlverfahren der pornographischen Inhalte haben und das interaktionelle Skripte durch den Pornographiekonsum offenbar erweitert werden können. Die Befunde weisen darauf hin, dass der Konsum pornographischer Inhalte bei den Jugendlichen eher zu Veralltäglichen statt zu Verwahrlosung und Verrohung führt. Ein Dokumentarfilm zeigt die geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Pornographiekonsum auf und thematisiert den Einfluss auf das Frauenbild der Jugendlichen. Aktuelles Informationsmaterial der BZgA wird bereitgestellt. Es gibt Gelegenheit für einen kollegialen Austausch, um Thesen und Ergebnisse der vorgestellten Inputs vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen mit Mädchen und Jungen aus der täglichen Praxis reflektieren und fachlich diskutieren zu können.

Workshop 5: Prof. Dr. phil. Uwe Hartmann, Dipl.-Psych. Julia Kobs (Hannover)

Sexsucht: Diagnose und Differenzialdiagnose

In der klinischen Praxis hat sich das theoretische Konstrukt „Sexsucht“ zur zusammenfassenden Beschreibung unterschiedlicher Formen exzessiven sexuellen Verhaltens bewährt. Jedoch besteht bis heute weder über die Begrifflichkeit, noch über eine genaue Definition Einigkeit. Zudem fehlen bislang diagnostische Leitlinien, auch hat die Problematik noch keinen Eingang in diagnostische Handbücher gefunden. Inzwischen stehen jedoch auch auf deutsch Screening-Verfahren zur Diagnose zur Verfügung. Da Untersuchungen eine deutliche Heterogenität der Gruppe von Betroffenen erkennen lassen, ist eine umfassende Diagnostik unumgänglich, um Unterschiede in der Persönlichkeit, den Verhaltensweisen und Motiven der Betroffenen berücksichtigen zu können. Die Bedeutsamkeit einer genauen Differentialdiagnostik, sowie die Darlegung häufiger komorbider Störungen werden anhand verschiedener Fallbeispiele im Workshop veranschaulicht.

Workshop 6: Prof. Dr. phil. Martin Dannecker (Frankfurt/Main)

Sexualität im Internet

Dipl.-Soz. Arne Dekker (Hamburg)

Raumkonstruktionen beim Cybersex

Dr. med. Ulrike Brandenburg (Aachen)

Wenn er virtuell fremd geht

Wen lässt es schon kalt, wenn der Partner oder die Partnerin in Sachen Sex im Internet unterwegs ist? „Es fühlt sich an, als ginge er fremd, auf der anderen Seite - sind ja keine

wirklichen Personen im Spiel, er guckt ja nur Bilder – und trotzdem – es tut so weh“, so Anne, 52, deren Mann pro Woche ein paar Stunden Pornographie im Internet konsumiert. Wie ist das mit dem „richtigen“ Sex-Konsum im Internet des eigenen Partners/der eigenen Partnerin? Wie viel Emotion, wie viel Entrüstung ist gerechtfertigt?

All das sind Fragen und Irritationen, denen sich betroffene Paare gegenüber ausgesetzt fühlen. Therapeutisch ist selbstverständlich zunächst zu klären, um welche Ausprägung von Internet-Sex-Konsum es sich handelt, um differenzialdiagnostisch zum Beispiel eine Sex-Sucht abzugrenzen. Besteht eine solide Partnerbeziehung, so ist es fast immer hilfreich, die Paarebene therapeutisch mit einzubeziehen, d.h. zumindest gelegentliche Paargespräche zu führen. Sie eröffnet nutzbare Ressourcen, schafft oft sehr viel mehr Möglichkeiten zum Perspektivwechsel als die Einzelberatung/Therapie, und berücksichtigt die Nöte beider Partner.

Workshop 7: Dr. med. Alexander Korte (Berlin) Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen der Diagnostik und Therapie unter besonderer Berücksichtigung entwicklungspsychia- trischer Aspekte

Geschlechtsidentitätsstörungen (GIS) manifestieren sich mit unterschiedlicher Ausprägung bereits ab dem späten Kindergartenalter. Die Betroffenen und ihre Eltern wünschen mitunter vor oder zu Beginn der Pubertät eine hormonelle und/oder operative Geschlechtsumwandlung. Bisher gibt es jedoch keine Parameter, um die Fortdauer einer Geschlechtsidentitätsstörung bis zum Erwachsenenalter im Sinne eines „Transsexualismus“ vorhersagen zu

können. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer sowie aus sexualmedizinischer Sicht sind körperverändernde Maßnahmen daher i.d.R. erst nach Abschluss der psychosexuellen Entwicklung indiziert. Es gibt jedoch gegenwärtig eine kontrovers geführte Diskussion zwischen Befürwortern und Gegnern einer Behandlung mit pubertätsaufhaltenden GnRH-Analoga sowie einem frühzeitigen Einsatz konträrgeschlechtlicher Hormone. Nach einer Einführung in die Thematik, einschließlich einer Erörterung der bislang bekannten wichtigsten nosologischen und epidemiologischen Aspekte, werden die Pro- und Contra-Argumente der unterschiedlichen Positionen vorgestellt.

Workshop 8: Stefan Faistbauer (Berlin) Die Berliner Dissexualitätstherapie – ein therapeutischer Ansatz zur Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch

Im Rahmen des Workshops werden sexualmedizinische Grundlagen der Diagnostik und der Behandlung sexueller Präferenzstörungen am Beispiel der Berliner Dissexualitätstherapie zur Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch vermittelt. Das vorgestellte Behandlungskonzept ist spezifisch auf die zugrunde liegende Problematik der pädophilen Sexualpräferenz abgestimmt. Neben psychotherapeutischen Methoden, die zu einem großen Teil der kognitiven Verhaltenstherapie entlehnt sind, spielt die pharmakologische Dämpfung sexueller Impulse durch Antiandrogene oder SSRI eine wichtige Rolle. Die Teilnehmer erhalten Einblick in das modular strukturierte Behandlungsprogramm. Die Arbeit innerhalb der einzelnen Therapiemodule wird anhand von Fallbeispielen anschaulich dargestellt.

Programm- und Raumübersicht Mittwoch 12. Mai 2010

Zeit	Foyer	Hörsaal 03
18.30		Grußworte der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, der Präsidentin der Universität Potsdam und der Veranstalter
19:00 – 20:00		Festvortrag Internet 2010 – Informationsgesellschaft 2020
20:00 – offen	Empfang	

Zum Gesellschaftsabend am 14. Mai wird es einen Empfang geben, mit Möglichkeit, die Sonderausstellung des *Hauses der Brandenburgisch-Preußischen Geschichte* im Rahmen des Themenjahres von Kulturland Brandenburg 2010 „Mut & Anmut. Frauen in Brandenburg-Preußen“ zu besichtigen. Thema der momentanen Ausstellung: Die Frauenzeitschrift SIBYLLE. Modefotografie und Frauenbilder in der DDR
Am Gesellschaftsabend wird Arnulf Rating, Mitbegründer der legendären Berliner Anarcho-Kabarett-Truppe *Die 3 Tornados* aus seinem Programm „Aufwärts“ vortragen.

Programm- und Raumübersicht Donnerstag 13. Mai 2010

Zeit	Foyer	Hörsaal 03	Raum S 20	Raum S 21	Raum S 22	Raum S 23
8:45 – 9:00		Begrüßung				
9:00 – 10:30		Sexualität und Internet I: Chancen				
10:30 – 11:00	Kaffeepause					
11:00 – 12:30			Seminar 1 Sexualmedizin in der Praxis	Seminar 2 Fallseminar zur Sexualtherapie	Seminar 3 Differenzialdiagnostik bei sexuellen Präferenzstörungen	Seminar 4 Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie
12:30 – 13:00	Mittagspause					
13:00 – 14:00		Sitzung der Fort- und Weiterbildungskommission der ASM				
14:00 – 15:30		Sexualität und Internet II: Risiken				
15:30 – 16:00	Kaffeepause					
16:00 – 17:30			Seminar 1 Sexualmedizin in der Praxis	Seminar 2 Fallseminar zur Sexualtherapie	Seminar 3 Differenzialdiagnostik bei sexuellen Präferenzstörungen	Seminar 4 Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie
18:00 – 19:00						

Programm- und Raumübersicht Freitag 14. Mai 2010

9:00 – 10:30		Sexuelle Impulse - zu stark oder zu schwach				
10:30 – 11:00	Kaffeepause					
11:00 – 12:30			Seminar 1 Sexualmedizin in der Praxis	Seminar 2 Fallseminar zur Sexualtherapie	Seminar 3 Differenzialdiagnostik bei sexuellen Präferenzstörungen	Seminar 4 Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie
12:30 – 14:00	Mittagspause					
14:00 – 15:30		Neue Technologien und Sexualmedizin				
15:30 – 16:00	Kaffeepause					
16:00 – 17:30			Seminar 1 Sexualmedizin in der Praxis	Seminar 2 Fallseminar zur Sexualtherapie	Seminar 3 Differenzialdiagnostik bei sexuellen Präferenzstörungen	Seminar 4 Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie

Programm- und Raumübersicht Sonnabend 15. Mai 2010

9:00 – 10:30			Seminar 1 Sexualmedizin in der Praxis	Seminar 2 Fallseminar zur Sexualtherapie	Seminar 3 Differenzialdiagnostik bei sexuellen Präferenzstörungen	Seminar 4 Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie
10:30 – 11:00	Pause					
11:00 – 12:30		Roundtable				
12:30 – offen	Verabschiedung und Ausblick auf die 35. Jahrestagung					

Programm- und Raumübersicht Donnerstag 13. Mai 2010					
Raum S 24	Raum S 25	Raum S 26	Raum S 27	Seminarraum im Haus 4	Seminarraum im Haus 4
Seminar 5 Paraphile Bildinhalte im Internet	Seminar 6 Sexuelle Eifersucht: Verhaltensbiologie und klinische Aspekte	Workshop 1 Perfekte Körper und kosmetische Behandlung	Workshop 2 BDSM und Internet	Seminar 7 Internet 2010 - Neue Dimensionen und Anwendungsformen	Seminar 8 eHealth und Assisted living
Seminar 5 Paraphile Bildinhalte im Internet	Seminar 6 Sexuelle Eifersucht: Verhaltensbiologie und klinische Aspekte	Workshop 3 Andrologische Diagnostik und Therapie	Workshop 4 Internet und Entwicklung von Jugendlichen	Seminar 7 Internet 2010 - Neue Dimensionen und Anwendungsformen	Seminar 8 eHealth und Assisted living
Mitgliederversammlung der ASM					
Programm- und Raumübersicht Freitag 14. Mai 2010					
Seminar 5 Paraphile Bildinhalte im Internet	Seminar 6 Sexuelle Eifersucht: Verhaltensbiologie und klinische Aspekte	Workshop 5 Sexsucht: Diagnose und Differenzialdiagnose		Seminar 7 Internet 2010 - Neue Dimensionen und Anwendungsformen	Seminar 8 eHealth und Assisted living
Seminar 5 Paraphile Bildinhalte im Internet	Seminar 6 Sexuelle Eifersucht: Verhaltensbiologie und klinische Aspekte	Workshop 6 Sexualität im Internet		Seminar 7 Internet 2010 - Neue Dimensionen und Anwendungsformen	Seminar 8 eHealth und Assisted living
Programm- und Raumübersicht Sonnabend 15. Mai 2010					
Seminar 5 Paraphile bildinhalte im Internet	Seminar 6 Sexuelle Eifersucht: Verhaltensbiologie und klinische Aspekte	Workshop 7 Geschlechtsidentitätsstörungen	Workshop 8 Die Berliner Dissexualitätstherapie	Seminar 7 Internet 2010 - Neue Dimensionen und Anwendungsformen	Seminar 8 eHealth und Assisted living

Die Beiträge für die Sexuologie gliedern sich in Originalarbeiten, Kasuistiken und Fallberichte, Historia, sowie Buchrezensionen. Eingerichtete Manuskripte werden anonymisiert beurteilt. Der Korrespondenzautor erhält einen Korrekturabzug (Fahnen). Die Redaktion bittet, folgende Hinweise zu beachten:

Manuskripte einschließlich Literaturverzeichnis, Abbildungen, Abbildungslegenden und Tabellen sind wie folgt einzureichen, per E-mail unter: sexuologie@akademie-sexualmedizin.de oder postalisch unter: **Redaktion Sexuologie, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin.**

Die Arbeiten sollten folgendem Aufbau entsprechen: Ein gesondertes Blatt enthält: 1. einen kurzen, klaren Titel der Arbeit, 2. die Namen, Vornamen aller Autoren, 3. die vollständige Anschrift mit Bezeichnung der Abteilung, Klinik bzw. Institut, 4. die Korrektur- und Korrespondenzadresse mit Telefonnummer und ggf. Faxnummer und e-mail Adresse.

Vor dem Text stehen: 1. der Titel in Deutsch und Englisch, 2. die Autorennamen, 3. eine deutsche und eine englische Zusammenfassung (jeweils ca. 250 Worte), die Hintergrund, Methodik und Ergebnisse der Arbeit darstellen. Unter den Zusammenfassungen stehen jeweils drei bis fünf „key words“ bzw. Schlüsselwörter, entsprechend dem Medical Subject Heading des Index Medicus. Der Beitrag ist zu gliedern, bei Originalarbeiten z.B. durch kurze, klare Zwischenüberschriften wie Methodik, Ergebnisse, Diskussion. Hervorhebungen sind kursiv möglich; die Wörter im Manuskript kursiv schreiben oder unterstreichen; Texte in Kleindruck (petit) bitte deutlich durch eine entsprechende Schriftgröße abheben.

Tabellen, Abbildungen sind zu nummerieren und mit einer Überschrift zu versehen. Die Einschaltstelle ist im Text zu kennzeichnen. Abbildungen – falls sie nicht als Grafikdatei vorhanden sind – sind als reproduktionsfertige Vorlagen zu liefern: etwa als Strichzeichnungen, Graphiken, Computerausdrucke oder als schwarz/weiß Fotos. Der Abdruck von Farbabbildungen erfordert eine Rücksprache mit der Redaktion. Falls Abbildungen von Patienten verwendet werden, dürfen diese nicht erkennbar und identifizierbar sein.

Für Maßeinheiten wird das SI-System verwendet. Gebräuchliche ältere Maßangaben können in Klammern ergänzt werden. Weitere Abkürzungen sollten nach Möglichkeit vermieden werden. In jedem Fall sollte der ersten Verwendung der Abkürzung die ausgeschriebene Vollform vorangestellt werden. Bei Medikamenten werden die Generika angegeben. Präparatennamen (Handelsnamen) können in Klammern ergänzt werden. Bei Geräten oder Instrumenten sollten generell die allgemeinen Bezeichnungen verwendet werden. Herstellerbezeichnungen können in Klammern ergänzt werden.

Für die Literaturangaben und die Zitierweise im Text sind nachfolgende Vorgaben unbedingt einzuhalten:

Im Text: 1. *Single author:* the author's name (without initials, unless there is ambiguity) and the year of publication;

2. *Two authors:* both authors' names and the year of publication;

3. *Three or more authors:* first author's name followed by 'et al.' and the year of publication.

Citations may be made directly (or parenthetically). Groups of references should be listed first alphabetically, then chronologically.

Examples:

“as demonstrated (Allan, 1996a, 1996b, 1999; Allan and Jones, 1995). Kramer et al. (2000) have recently shown ...”

Literaturliste: References should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters “a”, “b”, “c”, etc., placed after the year of publication.

Examples:

Reference to a journal publication:

Van der Geer, J., Hanraads, J.A.J., Lupton, R.A., 2000. The art of writing a scientific article. *J. Sci. Commun.* 163, 51–59.

Reference to a book:

Strunk Jr., W., White, E.B., 1979. *The Elements of Style*, third ed. Macmillan, New York.

Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G.R., Adams, L.B., 1999. How to prepare an electronic version of your article, in: Jones, B.S., Smith, R.Z. (Eds.), *Introduction to the Electronic Age*. E-Publishing Inc., New York, pp. 281–304.