

# Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

## Inhalt

- | Originalarbeiten   | Nachruf   |
|--|---|
| 131 <b>Physische Leistungsvariablen als Indikatoren für die Diagnose "Klimakterium Virile"</b><br><i>A. Degenhardt, H. Schmidt</i> | 172 <b>Professor Dr. med. Hans Molinski</b><br><i>R. Wille, W. Dmoch</i>  |
| 142 <b>Andrologie des sogenannten Klimakterium virile</b><br><i>H.-J. Vogt</i>   | Fortbildung   |
| 149 <b>Heterosexuelles Verhalten in Zeiten von AIDS</b><br><i>M. F. Kraus</i>  | 175 <b>Zur persönlichkeitsstabilisierenden Bedeutung von sexuellen Funktionsstörungen</b><br><i>K. M. Beier</i> |
| Zur Diskussion   | Aktuelles   |
| 159 <b>Die Sexuelsprache in Jugendbroschüren</b><br><i>N. Kluge</i>  | 182 <b>AIDS in der Bundesrepublik Deutschland</b>   |
| Historia   | 185 <b>Mitteilungen der Akademie für Sexualmedizin</b>  |
| 166 <b>Kurzer Überblick über einige sexualwissenschaftliche Zeitschriften 1905–1932 (Teil I)</b><br><i>A. Llorca Díaz</i>          | 186 <b>Veranstaltungskalender</b>   |
|  | 187 <b>Buchbesprechungen</b>  |

### Anschrift der Redaktion:

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel, Tel.: 04 31 / 5 97-36 50 (Fax: -36 12)

Bezugsbedingungen: Vier Hefte bilden einen Band. Bezugspreis pro Band inkl. Porto- und Versandkosten DM 138,- (Inland), DM 142,- (Ausland); ermäßigter Preis für persönliche Abonnements DM 79,- (zzgl. Porto- und Versandkosten), Einzelheft DM 39,- (zzgl. Porto- und Versandkosten).

Anzeigenpreise: Es gilt die Anzeigen-Preisliste Nr. 1 vom 1.3.1994.

Verlag: Gustav Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Wollgrasweg 49, D-70599 Stuttgart, Tel. 07 11 / 45 80 30.

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehendung, im Magnettonverfahren oder ähnlichem Wege bleiben vorbehalten. Fotokopien für den persönlichen oder sonstigen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopien hergestellt werden.

© Gustav Fischer Verlag · Stuttgart · Jena · New York · 1994

Satz: dtp-Satz Ralf Bogen, Stuttgart

Druck: Gulde-Druck GmbH, Tübingen; gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier.

Verarbeitung: F.W. Held, Rottenburg am Neckar

## Physische Leistungsvariablen als Indikatoren für die Diagnose „Klimakterium Virile“

### Changes in Physical Fitness as Indicators of Male Climacteric

A. Degenhardt, Frankfurt am Main; H. Schmidt, Wiesbaden

#### Zusammenfassung

Ein aus der Literatur abgeleitetes, auf klimakterische Beschwerden zielendes Inventar wurde nach Datenerhebung an 240 gesunden Männern im Alter zwischen 35 und 65 Jahren item- und faktorenanalysiert. Es ergaben sich zwei stichprobenunabhängige und relativ zeitstabile Dimensionen: „Psychischer Energieverlust“ und „Klimakterisches Syndrom“. Die auf drei Altersgruppen (34–45 Jahre, 46–55 Jahre und 56–65 Jahre) bezogene Analyse der Daten zeigt eine deutliche Ausprägung der Beschwerden des klimakterischen Syndromfaktors in der Gruppe der 56–65-Jährigen. Die Beschwerden des Faktor I, „Psychischer Energieverlust“, treten am deutlichsten bei den 46–55-Jährigen hervor. Die an einer Unterstichprobe erhobenen Daten über physische Leistungsfähigkeit (Vitalkapazität und Handdruckkraft) zeigen insbesondere für die mittlere Altersgruppe einen deutlichen Zusammenhang mit den Beschwerden des „Klimakterischen Syndroms“ (Faktor II). Die Daten werden u.a. im Zusammenhang mit solchen über die Veränderung des Hormonstatus im mittleren Lebensalter interpretiert.

*Schlüsselwörter:* Klimakterium virile, Altersprozeß, psychischer Energieverlust

#### Abstract

An inventory on climacteric complaints was applied to a sample of 240 healthy men in the age between 35–65 years. We found two factorial dimensions, which seem to be fairly stable in terms of time and different samples: „loss of mental energy“ and „climacteric syndrome“. The factor „climacteric syndrome“ has significantly higher values for the age group of 56–65 years as compared to younger samples (34–45 yrs and 46–55 yrs). Complaints concerning the factor „loss of mental energy“ are prominent in the sample of 46–55 years. The data on physical fitness (vital capacity and grip strength) is significantly correlated to complaints on the „climacteric syndrome“. The correlations reach a peak in the middle-aged group (46–55 yrs). The data suggest an interpretation in terms of hormonal changes in midlife.

*Key words:* Male Climacteric, Aging, Loss of Energy

Seit den dreißiger Jahren finden sich immer wieder Arbeiten, die sich mit der Frage beschäftigen, inwieweit die mit zunehmendem Alter des Mannes zu beobachtenden somatischen und hormonellen Veränderungen ein ähnliches Syndrom hervorrufen, wie es dasjenige darstellt, das mit dem Klimakterium der Frau beobachtet werden kann. Symptome ähnlicher Art werden vereinzelt beschrieben und das schon bei Männern im Alter von 40 Jahren. Als Hauptsymptome werden dabei häufig „Potenzschwäche“ und „nachlassendes Interesse an Sexualität“ genannt.

Die beiden letztgenannten Beschwerden sind der Grund dafür, warum einige Andrologen davon ausgehen, daß die Ursache beim Manne, ähnlich wie bei der Frau, in einer mit dem Alter abnehmenden Hormonproduktion zu suchen sei. Diese führe, je nach individuellem

Entwicklungsverlauf, früher oder später im Alter zwischen 45 und 55 zu einem endokrinen Ungleichgewicht mit vegetativen und psychischen Störungen, das dem der Menopause entsprechen soll.

Die erste, sehr beachtete Arbeit, die die endokrine Verursachung hervorhebt, stammt aus den USA von dem Andrologen August A. Werner, der 1939 erstmals den Begriff „männliches Klimakterium“ bzw. „Klimakterium virile“ prägte. Er hat einen bis heute in der Literatur benutzten Katalog von Beschwerden zusammengestellt, die er an seinen männlichen Patienten diagnostizierte.

Werner war auch der erste, der in diesem Zusammenhang Hormonbehandlungen an Männern durchführte und sehr eindrucksvoll über Erfolge berichtete.

Gegen den Begriff „Männliches Klimakterium“ gab es schon in den vierziger Jahren heftige Einwände. Sie wurden u.a. damit begründet, daß die Parallele zur Menopause der Frau schon deswegen gar nicht gegeben sein könne, weil die Hormonproduktion beim Manne zwar mit dem Alter abnehme, aber nicht soweit zurückginge, daß sie die Fortpflanzungsfunktion aufhebe. Hingegen sei die Einstellung der Funktion der Eierstöcke bei der Frau gleichbedeutend mit dem Ende der Fruchtbarkeit. Und dies müsse als deutliches Zeichen für eine grundlegende Veränderung im Hormonhaushalt gewertet werden, für das es beim Manne kein Pendant gebe.

Als weiteres Argument gegen eine parallele Entwicklung der Geschlechter wird angeführt, daß die Symptomliste an einer klinischen Patientengruppe gewonnen wurde, an Männern also mit extremen Beschwerden und offensichtlich krankhaften Hormonstörungen und nicht an einer normalen, gesunden Männerstichprobe. Ein Vergleich mit dem allgemeinen Klimakterium bei Frauen sei daher nicht zulässig. Bisweilen geklagte Beschwerden von Männern im entsprechenden Alter seien vorwiegend psychischer Natur und eindeutig auf erlebte familiäre Konflikte, auf Partnerbeziehungsstörungen, auf berufliche Bedingungen u.a.m. zurückzuführen.

Der aktuelle Diskussionsstand spiegelt diese frühe Debatte wieder. Analysen an klinisch auffälligen Gruppen unterstützen die Annahme einer Mitbeteiligung endokriner Faktoren an dem erwähnten Syndrom (vgl. Vermeulen 1990). Analysen an Probanden, die wegen psychischer Probleme Rat bei Psychotherapeuten oder Hausärzten suchen, weisen vornehmlich psychische, soziale und situative Einflußfaktoren als Ursache für die beklagten Symptome aus (Henker 1977). In diesem Zusammenhang wird dann das beschrieben, was heute unter dem Namen „Midlife crisis“ geführt wird.

### **Zur Empirie des „Klimakterium virile“**

Empirische Arbeiten, die eine endokrine Mitverursachung beklagter vegetativer und psychischer Störungen im mittleren Lebensabschnitt nahelegen, gibt es nur wenige. Zwei sorgfältig angelegte Doppelblindstudien aus den Jahren 1978 und 1980 seien hier kurz erwähnt. Beide überprüfen die Wirkung von Androgensubstitutionstherapien im Vergleich mit Placebothherapie bei Potenzstörungen ohne krankhafte Verursachung im Zusammenhang mit Beschwerden des klimakterischen Syndroms bei Männern im Alter zwischen 40 und 60 Jahren. In der Studie aus Wien (Lunglmayr 1980) bewirkte das Medikament (Mesterolon: Proviron) eine deutliche Verbesserung der Potenzstörungen und verschiedener anderer Beschwerden. Das Ergebnis der Studie von 1978, durchgeführt an der Deutschen

Klinik für Diagnostik (DKD) in Wiesbaden an einer Gruppe von Patienten mit unauffälligen Serum-Testosteron-Werten, ergab nach einer fünfwöchigen Behandlung mit Mesterolone im Vergleich zu der mit Placebo behandelten Gruppe nur leicht ausgeprägte Wirkungen von Mesterolone: Gesunkene Neurotizismuswerte, gesteigerte Extraversionswerte und ein männlicheres Selbstbild sowie beobachtbare Aktivitäts- und Leistungssteigerungen (Kaiser 1978).

Auch diese Studien basieren ausschließlich auf klinisch auffälligen Männerstichproben. Die klinische Auffälligkeit wurde dabei oft durch Einschätzung des Störungsgrades über die von Werner aufgestellte Liste subjektiv beklagter Beschwerden operationalisiert. Untersuchungen an gesunden Männern über die Veränderung im Hormonhaushalt liegen bisher nur vereinzelt, meist an geringen Stichproben vor (vgl. die Zusammenfassungen von Vermeulen 1990; Gray 1991). Größer angelegte Erhebungen, wie die von Dabbs (1990) an 4462 Berufssoldaten (military veterans) zeigen bereits einen signifikanten Abfall im freien Testosteron von 864 ng/dl im Alter von 32 Jahren auf 602 ng/dl im Alter von 44 Jahren. Erst die Befunde aus den als Längsschnittstudie angelegten Untersuchungen von McKinlay (1989) an einer Stichprobe von über 1700 gesunden Männern im Alter zwischen 40 und 70 Jahren lassen eine differenziertere Analyse des hier untersuchten Phänomens erwarten. Die bisherigen Ergebnisse weisen deutlich auf eine hormonelle Umstellung im mittleren Lebensalter des Mannes hin. Aufgrund dieser eindeutigen Ergebnisse in der Veränderung des Hormonstatus im mittleren Lebensalter wird z. Zt über eine erweiterte Indikation für Substitutionstherapien bei Männern ähnlich denen bei Frauen nachgedacht. Es stehen dabei nicht nur, wie bisher üblich, Potenzstörungen im Vordergrund, sondern auch vegetative Symptome des klimakterischen Syndroms (vgl. Szarvas 1992). Korrelate und Wechselwirkungen des Hormonstatus mit subjektiven Beschwerden und objektiven Kapazitätsparametern außer solchen im Bereich der Sexualität wurden allerdings bisher kaum untersucht.

### **Frageninventar zu klimakterischen Symptomen**

Mit der Entwicklung und Überprüfung eines Beschwerdeninventars zum klimakterischen Syndrom sind wir der Frage nachgegangen, ob normal gesunde Männer, also solche, die nicht wegen gravierender Potenzstörungen oder anderer Beschwerden einen Arzt oder die Klinik aufsuchen, im Alter zwischen 45 und 55 Jahren überhaupt Beschwerden des klimakterischen Symptomenkomplexes an sich beobachten.

Es wurden dazu verschiedenen männlichen Gruppen (Juristen, Lehrern, Ärzten und Managern) - bis jetzt insgesamt 240 klinisch unauffälligen Probanden im Alter zwischen 35 und 65 Jahren - ein Katalog mit 43 aus der Literatur entnommenen typischen klimakterischen Symptomen vorgelegt, mit der Bitte anzukreuzen, in welchem Ausmaß (4-stufig, von stark bis gar nicht) sie zur Zeit unter den entsprechenden Beschwerden leiden. Als Anlaß der Untersuchung wurde ein Hinweis auf Geschlechtsunterschiede in Krankheitsanfälligkeit für bestimmte Symptomkomplexe und in Bezug auf die unterschiedlichen Lebenserwartungen von Männern und Frauen gegeben. Dies hatte sich in Voruntersuchungen als motivierender Faktor für die Bearbeitung des Frageninventars herausgestellt (Bühler 1989; Rühl 1990).

Die Stichproben wurden für einen Vergleich nach Alter in 10-Jahres-Abständen eingeteilt, so daß eine Zeitspanne parallel zum Zeitabschnitt resultierte, in dem mit einer Wahrschein-

lichkeit von 95% der Eintritt der Menopause der Frauen liegt (zwischen 45 und 55 Jahren). Tabelle 1 zeigt die nach Itemanalyse resultierende Itemliste mit Prozentangaben

**Tab. 1:** Itemliste des KLV-Inventars

<u>Item</u>	<u>Zustimmung in %</u>
1 Übermäßiges Schlafbedürfnis	52,50
2 Gelenk- und Gliederschmerzen	50,83
3 Schwindelgefühl	23,33
4 Schwächegefühl	28,33
5 Nachlassendes Interesse an Sex	55,00
6 Starkes Schwitzen	49,17
7 Neigung zum Weinen	17,08
8 Übelkeit	12,92
9 Kloßgefühl oder Würgen im Hals	10,83
10 Rasche Erschöpfbarkeit	48,75
11 Schlafstörungen	54,17
12 Gleichgewichtsstörungen	13,75
13 Gefühle der Sinnlosigkeit	30,83
14 Müdigkeit	69,17
15 Aufsteigende Hitze und Hitzewallungen	22,50
16 Mattigkeit	54,58
17 Verlust der Lebensperspektive	20,83
18 Anfallsweise Herzbeschwerden	31,67
19 Potenzstörungen	28,33
20 Frösteln	21,67
21 Nachlassen des Gedächtnisses	64,17
22 Gesteigerte Reizbarkeit	63,75
23 Depressive Stimmung	34,58
24 Konzentrationsstörungen	62,50
25 Kreuzschmerzen	65,83
26 Minderwertigkeitsgefühle	30,83
27 Innere Unruhe und Nervosität	60,42
28 Häufiges Bedürfnis, allein zu sein	50,42
29 Pulsrasen	10,42
30 Juckreiz	26,61

Für die ursprüngliche Liste von 43 Items gab es bei einer Unterstichprobe von 14 Probanden einen Stabilitätskoeffizienten (Wiederholung nach 4 Wochen) hinsichtlich der Anzahl von bejahten Items von  $r=.85$  und hinsichtlich des Übereinstimmungsprozents bezogen auf die einzelnen Items (dichotomisiert als zutreffend/ nicht zutreffend) ein Übereinstimmungsprozent von 80% bis 100%.

Ein Vergleich der Anzahl der angekreuzten Beschwerden in den drei Altersgruppen zeigt keinen linearen Anstieg mit dem Alter, aber einen Trend zur höheren Anzahl von Beschwerden bei den 45 bis 55-Jährigen. Bei einer Unterstichprobe von 60 Juristen ist dieser Unterschied statistisch signifikant.

Unsere Hypothese bezüglich der Zielgruppe der 45- bis 55-Jährigen bezog sich insbesondere auf solche Items, die in der Literatur eindeutig dem klimakterischen Syndrom zugeordnet werden und eine vegetative Dysfunktion anzeigen. Daher haben wir den Itemkatalog einer hypothesenprüfenden Faktorenanalyse unterzogen. Erwartet wurden 2 über die Teilgruppen replizierbare Faktoren, die zum einen die psychischen und zum anderen die eher vegetativen Beschwerden als Dimensionen zusammenfassen sollten. Eingesetzt wurde die Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation der 2 Faktoren.

Die beiden resultierenden Faktoren erklären 38% der Gesamtvarianz. In Tabelle 2 finden sich die Itemgruppierungen der beiden, für alle Teilstichproben replizierbaren Faktoren.

Tab. 2: Beschreibung der Faktoren "Psychischer Energieverlust" (Faktor I) und "Klimakterisches Syndrom" (Faktor II)

Faktor I	Ladungen <sup>1</sup>	Faktor II	Ladungen <sup>1</sup>
Depressive Stimmung	.80	Hitzewallung	.68
Minderwertigkeitsgefühle	.77	Starkes Schwitzen	.62
Verlust der Lebensperspektive	.74	Neigung zum Weinen	.57
Gefühle der Sinnlosigkeit	.70	Übelkeit	.57
Gesteigerte Reizbarkeit	.65	Frösteln	.53
Mattigkeit <sup>2</sup>	.63	Kloßgefühl o. Würgen im Hals	.53
Innere Unruhe und Nervosität	.62	Gelenk- und Gliederschmerzen	.53
Konzentrationsstörungen	.59	Schwindelgefühl	.48
Müdigkeit	.59	Pulsrasen	.47
Bedürfnis, allein zu sein	.57	Übermäßiges Schlafbedürfnis	.46
Rasche Erschöpfbarkeit <sup>2</sup>	.51	Anfallsweise Herzbeschwerden	.46
Nachlassen des Gedächtnisses	.47	Nachlassendes Interesse an Sex	.41
Schwächegefühl <sup>2</sup>	.46	Juckreiz	.39
		Schlafstörungen	.38
		Kreuzschmerzen	.34
		Potenzstörungen	.32
		Gleichgewichtsstörungen	.32

<sup>1</sup> Faktorladungen > .30

<sup>2</sup> Items mit Ladungen > .40 auch auf Faktor II

Die Items des ersten Faktors, die etwa 70% der extrahierten Varianz erklären, lassen sich als psychische Beschwerden zusammenfassen. Wir bezeichnen diesen Faktor daher als *Psychischen Energieverlust-Faktor*.

Der zweite Faktor dagegen vereint vornehmlich vegetative, bei den hochladenden Items vorwiegend vasomotorische Beschwerden des in der Literatur beschriebenen klimakterischen Symptomenkomplexes auf sich. Diesen Faktor haben wir als *Klimakterischen Syndrom-Faktor* bezeichnet.

Faktorenspezifische Unterschiede zwischen den drei Altersgruppen sind nicht eindeutig nachzuweisen. Unsere Hypothese: Die Gruppe II, unsere Zielgruppe, sollte im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen signifikant höhere Ausprägungen zeigen. Diese Hypothese konnte nicht eindeutig bestätigt werden (Abbildung 1).

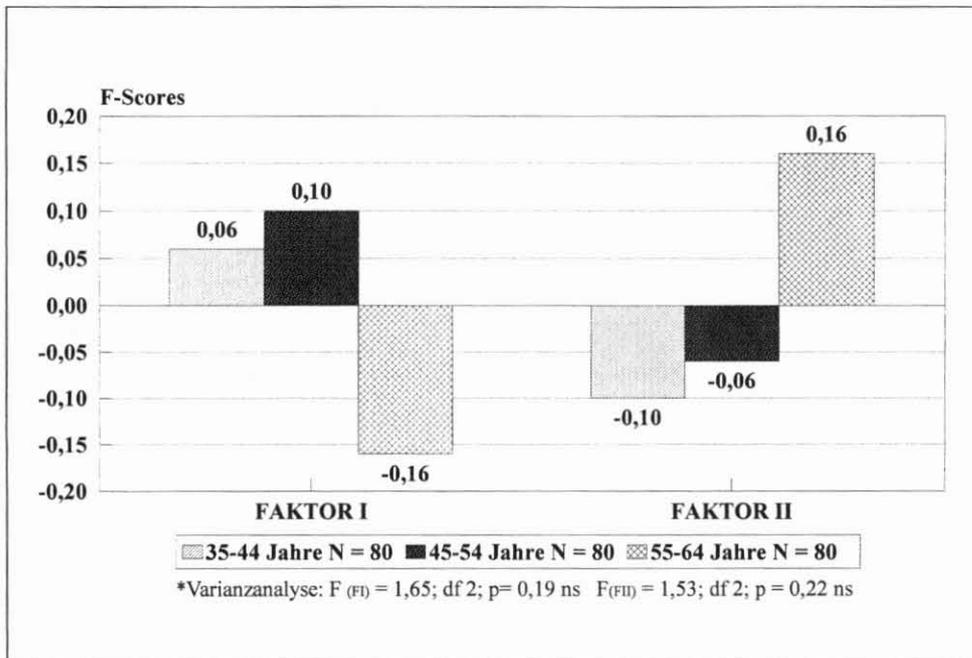


Abb. 1: Vergleich der Mittelwerte der Faktorscores (z-Werte) über die Altersgruppen

Auch wenn die Werte der Zielgruppe eine solche Unterscheidung wenigstens im Faktor I andeuten, die Unterschiede sind statistisch nicht bedeutsam.

Die Gruppe der 54 bis 65-Jährigen setzt sich dagegen von den anderen ab. Eine im Vergleich zu den anderen Gruppen stärkere Ausprägung auf dem II. Faktor der Gruppe der Älteren steht eine entsprechend geringere Ausprägung auf Faktor I gegenüber. Festzuhalten ist, daß in der Tat Beschwerden des klimakterischen Formenkreises von klinisch unauffälligen, gesunden Männern wahrgenommen werden.

Die Dimension „Klimakterisches Syndrom“ des Beschwerdeninventars, die vorwiegend vegetative und vasomotorische Beschwerden auf sich vereint, wirft die Frage auf, ob den

subjektiv empfundenen Störungen objektiv meßbare Verluste der körperlichen Leistungsfähigkeit zugrundeliegen. An einer Stichprobe von n=60 Probanden sind wir dieser Frage nachgegangen. Die Probanden, vorwiegend Männer in mittleren und gehobenen Führungspositionen, entstammen einer Gruppe von Firmenangehörigen, die sich in bestimmten Jahresabständen routinemäßig einer Gesundheitskontrolle in der DKD (Deutsche Klinik für Diagnostik in Wiesbaden) unterziehen. Die u. a. vom Co-Autor (H. Schmidt) 1992 in der DKD erhobene Stichprobe lag im Alter zwischen 33 und 65 Jahren. Keine der untersuchten Personen wies krankheitswertige Symptome auf.

### Physische Leistungsparameter

Als Indikatoren für die körperliche Leistungsfähigkeit standen aus den Gesundheits-Check-Ups (DKD-Grunduntersuchung: Umfassende Vorsorgeuntersuchung an anscheinend gesunden Personen) folgende Daten zur Verfügung:

1. Fahrradergometerbelastung zur Bestimmung der Wattzahl, die zum Erreichen einer alters-, größen- und gewichtsnormierten Zielfrequenz führt.
2. Mit dem Spirometer erfaßte Vitalkapazität: Das nach maximaler Inspiration bis zur maximalen Expiration ausgeatmete Volumen in Litern. Damit wird die Ausdehnungsfähigkeit von Lunge und Thorax gemessen.
3. Handdynamometrie zur Messung der Muskelkraft der Gebrauchshand bzw. der Unterarmmuskulatur in Kilogramm.

Für alle drei Indikatoren liegen Normwerte in der DKD vor, die ein deutliches Altersdekrement ab dem 40. Lebensjahr aufzeigen. Für die Fahrradergometrie und für die Vitalkapazität wurden sowohl die Statuswerte als auch die Differenzen zwischen Soll- und Statuswerten in die Korrelationsrechnungen einbezogen.

Zunächst wurden die Korrelationen zwischen den physischen Leistungsindikatoren ermittelt. Sie liegen mit Werten zwischen  $r=.21$  für Handdynamometer und Vitalkapazität und  $r=.29$  für Ergometrie und Vitalkapazität recht niedrig. Zwischen Handdynamometer und Ergometrie gibt es keine Zusammenhänge.

Tabelle 3 gibt die Korrelationen zwischen den physischen Leistungsindikatoren und den Dimensionen des Beschwerdeinventars über die gesamte Stichprobe und nach Altersgruppen getrennt wieder.

Die Werte weisen insgesamt signifikante Beziehungen der subjektiv erlebten Beschwerden des Faktor II (Klimakterisches Syndrom) mit den Variablen Muskelkraft und Vitalkapazität auf. Die Korrelationen sind für die Gesamtstichprobe zwar statistisch bedeutsam, aber insgesamt eher niedrig. Ein relativ hoher Zusammenhang zeigt sich jedoch in der Gruppe der 45- bis 54jährigen: Je ausgeprägter die Beschwerden auf dem Faktor „Klimakterisches Syndrom“ (Faktor II) umso niedriger sind die Werte für die Leistungsindikatoren „Vitalkapazität“ (VC;  $r=-.51$ ) und „Handdruckkraft“ (HD;  $r=-.54$ ). Diese Ergebnisse zeigen eindeutig, daß mit den erlebten subjektiven Beschwerden des klimakterischen Syndroms auch objektiv nachweisbare körperliche Leistungsverluste einhergehen.

Für die nach subjektivem Beschwerdegrad gebildeten Extremgruppen (oberes vs. unteres Drittel) ergeben sich noch eindeutigere Befunde (Tabelle 4).

Die Mittelwertsunterschiede zwischen den beiden Extremgruppen bezogen auf Vitalkapazität (VC) und Muskelkraft (HD) sind statistisch bedeutsam und unterstreichen die

**Tab. 3:** Korrelationen zwischen physischen Leistungsindikatoren und subjektiven Beschwerden

	Gesamtstichprobe			Altersgruppen								
	35-64 Jahre (N=60)			35-44 Jahre (N=20)			45-54 Jahre (N=20)			55-64 Jahre (N=20)		
	HD	VC	ERG	HD	VC	ERG	HD	VC	ERG	HD	VC	ERG
Faktor I „psychische Belastung“	0,01	-0,20	0,05	0,16	-0,49 *	-0,07	-0,30	-0,34	0,13	-0,24	0,11	0,15
Faktor II „Klimakterisches Syndrom“	-0,30 *	-0,35 **	-0,18	-0,48 *	-0,25	-0,29	-0,53 *	-0,51 *	0,05	0,23	0,00	-0,27

HD = Handdynamometer  
VC = Vitalkapazität  
ERG = Ergometrie

\* =  $p < 0,05$   
\*\* =  $p < 0,01$

**Tab. 4:** Mittelwerte, Streuungen und t-Tests der Leistungsparameter bei Männern mit hohen bzw. niedrigen physischen Belastungswerten

## Extremgruppen: Faktor II „Energieverlust“

	Handdynamometer		Vitalkapazität	
	Mittelwert	Streuung	Mittelwert	Streuung
oberes Drittel	48,8	5,2	4,2	0,5
unteres Drittel	53,0	8,1	4,9	0,7
<b>t-Werte</b>	<b>3,3</b>		<b>3,7</b>	
<b>p (zweiseitig)</b>	<b>0,002</b>		<b>0,001</b>	

Stichprobengröße pro Extremgruppe: N = 20

Bedeutung der Dimension „Klimakterisches Syndrom“ für die objektive Leistungsfähigkeit. Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, daß das Beschwerdeinventar „KLV“ zur Diagnose eines Energieverlust-Syndroms im Sinne altersbezogener Veränderungen beim Manne eingesetzt werden kann.

### Zur Bedeutung hormoneller Einflüsse

Inwieweit hormonelle Faktoren an dem erlebten Energieverlust beteiligt sind, ist eine Frage, die zukünftige Untersuchungen beantworten sollen. Die bisher vorliegenden Ergebnisse hinsichtlich hormoneller Veränderungen über das Alter zeigen einen deutlichen Abfall insbesondere des freien Testosteron beim Manne schon ab dem 30sten, deutlicher ab dem 40sten Lebensjahr (McKinlay 1989; Vermeulen 1990; Gray 1991).

1989 wurden die ersten Ergebnisse einer unter Leitung von John McKinlay (New England Research Institute, Watertown, Mass.) durchgeführten Längsschnittstudie über 1700 gesunde Männer im Alter von 40 bis 70 Jahren veröffentlicht, die eine Vielzahl von Hormonparametern mit einbezieht. Die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse zeigen eine Varianzaufklärung der Variable Alter mit einzelnen Hormonindikatoren von 50 bis 70%. Hinweisen auf den Zusammenhang zwischen Hormonindikatoren und physischen Leistungsparametern gingen Knussmann und Christiansen (1989) nach. Sie fanden keine gesicherten Zusammenhänge zwischen Handdruckkraft, Vitalkapazität und Umfangzunahme des Oberarms bei Anspannung der Beugemuskulatur mit dem Androgenspiegel (Blutserum). Diese Studie bezog sich allerdings auf Männer im Alter zwischen 20 und 30 Jahren. In diesem Altersbereich ist weder mit einem deutlichen Dekrement noch mit einer bedeutsamen Varianz des Testosteronspiegels zu rechnen. Im höheren Alter ist ein hormonell begründeter, objektiv erfassbarer und subjektiv erlebter Energieverlust beim Manne nicht auszuschließen. Unsere Ergebnisse lassen Untersuchungen über Hormonindikatoren als Einflußvariable auf erlebte körperliche und seelische Veränderungen im mittleren Lebensalter als vielversprechend erscheinen.

Die Überzeugung der Männer unserer Stichprobe ist zu diesen Überlegungen allerdings konträr. In Tabelle 5 sind die Antworten aufgelistet auf die Frage: „Auf welche der nachfolgend genannten Ursachen führen sie ihre Beschwerden zurück?“

Tab. 5: Von der Probanden vermutete Beschwerdeursachen

Gruppe	I	II	III	Gesamt	
Ich führe meine Beschwerden zurück auf:	Mehrfachnennungen von N = 161 (absolute Häufigkeiten)				
körperliche Ursachen	13	15	24	52	16,1%
seelische Ursachen	19	18	6	43	13,3%
hormonelle Ursachen	1	6	6	13	4,0%
das Alter	22	39	47	108	33,4%
beruflichen Streß	41	36	30	107	33,1%
Antworten insgesamt	96	114	113	323	100,0%

Hormonelle Veränderungen stehen dabei an letzter Stelle: Die genannten Beschwerden werden dem Alter und dem beruflichen Streß deutlich eher angelastet. Natürlich gehen auch wir bei unseren Überlegungen zur hormonellen Beteiligung an den subjektiv erlebten Beschwerden davon aus, daß hormonell bedingte Reaktionsverläufe, wenn sie aufgewiesen werden können, nicht ausreichen, um im Einzelfall Erleben und Verhalten zu erklären. Zentral für die individuelle Entwicklung ist die kognitive Verarbeitung wahrgenommener altersbedingter Veränderungen. Das gilt für Frauen genauso wie für Männer. Wie der Altersprozeß wahrgenommen und bewertet wird, hängt von Einstellungen und Werthaltungen, sozialen und ökonomischen Bedingungen ab. Sicher aber auch davon, wie weit der Betroffene über hormonelle und somatische Vorgänge in seinem Körper informiert ist. Falsche Interpretationen der wahrgenommenen Veränderungen können fatale Auswirkungen auf das Allgemeinbefinden haben. Einseitige Orientierung an Männlichkeitsidealen, die Überbewertung der jugendlichen Erscheinung, sexueller Potenz und körperlicher Attraktivität, das Festhalten am „psychischen Alter“ von 40 (Schoch 1990), all dieses kann eine emotionale Bewältigung der entwicklungsbedingten Veränderungen eher erschweren als erleichtern. So könnte eine wenig realitätsbezogene Verarbeitung des Alterns schon darin gesehen werden, daß statt von einem männlichen Klimakterium heute eher von „Midlife Crisis“ gesprochen wird. Die Tabuisierung des beginnenden Altersprozesses beim Manne haben wir bei unseren Erhebungen immer wieder sehr deutlich erfahren. Auch Ärzte und Psychologen sind davon nicht frei. Ein Psychologiekollege riet augenzwinkernd, die Bezeichnungen „Midlife-Crisis“ und „Klimakterium virile“ oder „Andropause“ ganz fallen zu lassen. Für Männer seien die Realitäten am besten dadurch wiedergegeben, daß man, unabhängig von zugrunde liegenden Faktoren, in bezug auf Frauen vom beginnenden „Altersprozeß“, in bezug auf Männer vom beginnenden „Reifungsprozeß“ spräche.

## Literatur

- Bauer, J.: The male climacteric - a misnomer. *Journal of the American Medical Association*. 1944;126:914.
- Bühler, M.: Klimakterium Virile oder Midlife Crisis? Eine Untersuchung zur Befindlichkeit des Mannes im mittleren Lebensalter. Unveröffentl. Diplomarbeit, vorgelegt am Institut für Psychologie der J.W. Goethe Universität, Frankfurt/M. 1989.
- Dabbs, J.M.: Age and seasonal variation in serum testosterone concentration among men. *Chronobiol. Int.* 1990;7:245-249.
- Gray, A., Berlin, J.A. McKinlay, J.B. & Longcope, C.: An examination of research design effects on the association of testosterone and male aging: results of a meta-analysis. *J. Clin. Epidemiol.* 1991;44:671-684.
- Henker, F.O.: A male climacteric syndrom. Sexual, psychic, and physical complaints in 50 middle-aged men. *Psychosomatica* 1977; :23-27.
- Kaiser, E., Kies, N., Maass, G. Schmidt, H., Beach, R.L., Bormacher, K., Herrmann, W.M. & Richter, E.: The measurement of the psychotropic effects of an androgen in the aging males with psychovegetative symptomatology: a controlled double-blind study, mesterolone versus placebo. *Prog. Neuro-Psychopharmacol.* 1978;2:505-515
- Knussmann, R.; Christiansen, K.: Männlichkeitsattribute und Androgenspiegel. *Homo* 1989;39:45-50.
- Lunglmayr, G., Stellamore, M. & Spona, J.: Androgenbehandlung der Impotentia coeundi alternder Männer. *Wien. Klin. Wochenschrift* 1980;92:243-247.
- McKinlay, J.B., Longcope, Ch.; Gray, A.: The questionable physiological and epidemiologic basis

- for a male climacteric syndrome: preliminary results from the Massachusetts Male Aging Study. *Maturitas* 1989;11:103-115.
- Read, G.F., Harper, W.B., Peeling, W.B.; Griffiths, K.: Changes in male salivary testosterone concentration with age. *International Journal of Andrology*. 1981;4:623-627.
- Rühl, S.: Vergleich der Ergebnisse eines Fragebogens über klimakterische Beschwerden von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter. Unveröffentl. Diplomarbeit, vorgelegt am Institut für Psychologie der J.W. Goethe Universität, Frankfurt/M. 1990.
- Schoch, A.N.: Altersspezifische Verhaltensweisen: Eine empirische Studie über Einstellungsveränderungen im mittleren Erwachsenenalter. Dissertation: München, Universität 1990.
- Szarvas, F.: Männliches Klimakterium aus praktischer Sicht. *Wien. Med. Wochenschr.* 1992;5/6:100-103.
- Vermeulen, A.: Androgens and male senescence. In: E. Nieschlag; H.M. Behre (Eds.), *Testosterone*. Berlin: Springer, 1990:261-276.
- Werner, A.A.: The male climacteric. *Journal of the American Medical Association* 1939;112:1441-1443
- Werner, A.A.: The male climacteric: report of 273 cases. *Journal of the American Medical Association* 1946;132:188-194

**Anschriften der Autoren**

Prof. Dr. Annette Degenhardt, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Institut für Psychologie,  
Kettenhofweg 128, D-60054 Frankfurt am Main  
Prof. Dr. Helmuth Schmidt, Deutsche Klinik für Diagnostik (DKD), Abteilung Endokrinologie,  
Aukamm Allee 33, D-65191 Wiesbaden

## **Andrologie des sogenannten Klimakterium virile**

### **Andrologic Sight of the So-called Climacterium Virile**

H.-J. Vogt, München

#### **Zusammenfassung**

„Klimakterische“ Beschwerden beim Mann sind real existent, treten jedoch an Zahl nicht so häufig auf wie bei Frauen. Diese Beschwerden sind Ausdruck einer existenziellen Krise des alternden Mannes durch Überforderung des Ich-Ideals. Bei einer ausführlichen Anamnese lassen sich die Zusammenhänge schnell aufdecken.

Durch eine gründliche körperliche Untersuchung und ein angepaßtes Labor-Screening lassen sich (seltene) somatische Ursachen abgrenzen. Die endokrinen Zusammenhänge werden ausführlich diskutiert.

Im Vordergrund der Therapie steht die Aufdeckung der Ursache(n), welche vorwiegend psychosozialen Ursprungs sind. Das häufig gebrauchte Synonym „Midlife crisis“ trifft in aller Regel die Problematik besser als der Begriff „männliches Klimakterium“.

*Schlüsselwörter:* Klimakterium virile, Midlife crisis, Endokrinologie, Somatogenese

#### **Summary**

„Climacteric“ disturbances in men do really exist but are less frequent than in women. These disturbances are the expression of an existential crisis of the aging man which is caused by a conflict with his ego ideal. These connections can be readily detected during an extended anamnesis. Careful physical examination and a specific laboratory screening help to exclude a (rare) somatic aetiology. The endocrinological causes will be discussed in detail. The emphasizing patient management is put on the detection of the cause(s), which is (are) predominantly of psychosocial origin. The problem is often better described by the synonym midlife crisis than by the term „climacterium virile“.

*Keywords:* climacterium virile, midlife crisis, endocrinology, somatogenesis

Der Bezeichnung „sogenanntes“ Klimakterium virile signalisiert das Problem, einen Begriff für einen definierten Symptomenkomplex in der Frauenheilkunde in die Männerheilkunde für ein ähnliches Symptombild übernehmen zu wollen.

Beim Klimakterium der Frau ist die Ursache der hormonellen Dysregulation allein im Nachlassen der Ovarialfunktion zu suchen. Fällt nach anfänglicher Gestagenminderung auch die Östrogensynthese unter einen gewissen Schwellenwert, ist eine ausreichende Proliferation für eine Menstruationsblutung nicht gewährleistet. Da die klimakterischen Beschwerden mit Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen und vegetativ-dystonen Beschwerden zeitlich mit der hormonellen Umstellung korrelieren, wird hier ein Zusammenhang postuliert.

Vergleichbare Symptome werden auch nicht selten von Männern angegeben. Sie klagen über eine Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und der körperlichen Leistungsfähig-

keit, über schnelle körperliche und geistige Ermüdbarkeit, ein Nachlassen des Kurzzeitgedächtnisses, über eine gesteigerte innere Unruhe und Reizbarkeit sowie unmotivierte Schweißausbrüche und Hitzewallungen. Konzentrationsschwäche, Schlafstörungen und Stuhlträgheit werden angegeben. Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Tachykardien oder pektanginöse Zustände sind ebenfalls nicht selten. Gleichzeitig oder als Folge dieser Beschwerden kommt es zu einer Minderung des sexuellen Verlangens und der sexuellen Potenz, wobei Störungen der Erektion im Vordergrund stehen. Im Gesamtablauf des Beschwerdebildes soll es eine gewisse Regelmäßigkeit geben (Borelli 1960): Stehen am Anfang Nervosität, Reizbarkeit und Ermüdbarkeit, so kommen im 2. Stadium zirkulatorische und psychische Symptome, im 3. das Bild einer Fixation kardialer, genitaler und psychischer Symptome hinzu.

Da im Gegensatz zu dem steilen Abfall der Ovarialhormonbildung eine derartige hormonelle Zäsur beim Mann nicht gegeben ist, konzentriert sich die endokrinologische Diagnostik bei sonst gesunden Männern auf die Frage, ob nicht doch subtilere Veränderungen in der hormonellen Regulation für die geklagten Beschwerden ursächlich sind. Eindeutig bei der Frau ist die Dissoziation zwischen der Alterung der Ovarien vor den Alterserscheinungen an anderen Organsystemen. Das auslösende Moment für den Rückgang der ovariellen Hormonsekretion ist wahrscheinlich das Absterben der Oozyten. Im Vergleich hierzu ist die Spermatogenese wesentlich stabiler und kann bis in das höchste Lebensalter erhalten sein. Der Rückgang des Hodengewichtes bei gleichzeitigem Anstieg der Zahl degenerierter Tubuli geht einher mit einer Minderung der Gesamtzahl der Spermatozoen – jedoch erst in höherem und hohem Lebensalter. Dieses Wissen ist wichtig für die Einschätzung der Alterssexualität, die mit dem Erreichen etwa des 70. Lebensjahres angesetzt werden kann.

### Hormonelle Änderungen

Ein Absinken des biologisch wirksamen freien Testosterons mit zunehmendem Alter des Mannes kann entweder auf eine funktionelle Störung der Leydig-Zellen, auf einen gestörten Feedback-Mechanismus der Hypophyse-Gonaden-Achse oder auf einer geänderten Bioverfügbarkeit der Hormone beruhen. Wenngleich die inkretorische Hodenfunktion erst jenseits des 60. Lebensjahres allmählich abnimmt, ist ein relevantes altersabhängiges Absinken der Testosteron-Konzentration erst nach dem 70. Lebensjahr statistisch zu sichern (Pirke 1973; 1975; Vermeulen 1988). Dieser eher geringfügige Abfall des Testosteron spiegelt aber nicht das volle Ausmaß der Einschränkung der Leydig-Zellfunktion wider und ergibt auch kein exaktes Bild, wieviel androgenes Hormon im Körper zur Verfügung steht. Es kommt nämlich im Alter zu einer Mehrproduktion des Testosteron-bindenden Globulins (TeBG). Dieses TeBG bindet den größten Teil des im Blut zirkulierenden Testosterons. Nur etwa 2% des Testosterons im Plasma liegen in freier Form vor und sind biologisch aktiv. Die Erhöhung dieses Sexualhormon-bindenden Globulins (SHBG) ist Folge einer Zunahme des freien Östradiol. Dies wiederum ist Folge einer verstärkten Aromatisierung der Androgene, vor allem im peripheren Fettgewebe, welche im Alter zunimmt. Eine weitere Folge des verminderten Testosterons ist die Verminderung seines aktiven Metaboliten, des Dihydrotestosteron (DHT).

Wenn man das freie Testosteron mißt, findet man bei der Hälfte der Männer über 60 Jahre Werte, die unter der unteren Normgrenze erwachsener Männer liegen (Pirke 1977). Im Alter

liegt also bei vielen Männern ein relativer Androgenmangel vor. Dies wird unterstrichen durch die Zunahme der Gonadotropin-Sekretion (LH). Das heißt, die Leydig-Zellen werden durch die Hypophysenaktivität hinreichend stimuliert. Auf die Stimulation durch LH scheinen die Leydig-Zellen jedoch weniger gut anzusprechen, was wohl nicht mit einer Abnahme von LH-Rezeptoren in den Leydig-Zellen zu begründen ist, sondern eher auf deren verminderten Testosteronreserven beruht (Harmann 1978). Der LH-Anstieg genügt jedoch nicht, um den Spiegel an freiem Testosteron aufrecht zu erhalten. Andererseits haben Stimulationsversuche im GnRH-Test belegt, daß hypophysär eine große sekretorische Reservekapazität für die Gonadotropine vorliegt (Wide 1985). Allerdings konnten Winters und Throen 1982 nachweisen, daß die Frequenz der LH-Pulse bei gleichbleibender Höhe der Amplitude im höheren Alter deutlich vermindert ist. Wenn trotz des erhöhten LH-Plasmaspiegels eine Abnahme der Testosteronproduktion nicht verhindert werden kann, kann hierin der Grund für eine Beeinträchtigung der Spermatogenese gesehen werden. Der Körper versucht, dies zu kompensieren durch erhöhte hypophysäre Ausschüttung von FSH. Die Ursache der eingeschränkten Leydig-Zellfunktion liegt also nicht auf der Ebene des Hypothalamus oder der Hypophyse, sie ist vielmehr in den Testes selbst zu suchen. Unsere Untersuchungen haben ergeben, daß es im Hodengewebe des alten Mannes zu einer vermehrten Bildung der Testosteron-Vorstufen des Delta-4-Biosyntheseweges kommt, nämlich von Progesteron, 17-alpha-Hydroxyprogesteron und Androstendion. Diese qualitativen Veränderungen in der Biosynthese und die daraus resultierende verminderte Testosteronproduktion gehen zurück auf eine Sauerstoff-Minderversorgung. (Pirke 1980; Vermeulen 1988).

### **Andropause - Midlife crisis**

In Angleichung an den Begriff „Menopause“ wurde der Ausdruck „Andropause“ geprägt. Hierunter werden sowohl die psychovegetativen Symptome als auch die Folgen einer verminderten Hormonproduktion verstanden (Featherstone 1985). Kein Zweifel besteht daran, daß akute Testosteron-Mangelsituationen, wie sie nach Kastration oder Hypophysenerkrankungen, bei chronischen Leberstoffwechselstörungen oder beim Klinefelter-Syndrom mit eher langsamer Auswirkung auftreten, den Begriff „Andropause“ im Sinne des Klimakterium virile rechtfertigen und eine hormonelle Substitution erfordern. Abgesehen von derartig somatisch gut faßbaren Situationen ist jedoch das Auftreten „klimakterischer“ Beschwerden des Mannes nicht korreliert mit krankhaften somatischen Zuständen. Wäre ein Hormonmangel die Ursache des klimakterischen Syndroms beim Mann, so müßte nach statistischer Wahrscheinlichkeit das Gros der Männer mit entsprechenden Klagen weitaus älter als 60 Jahre sein. Übereinstimmend mit der Literatur befinden sich jedoch die meisten unserer Patienten mit klimakterischen Beschwerden im Alter von 45 - 60 Jahren mit einer Häufung um das 50. Lebensjahr. Wenn in diesem Alter also mit einer hormonell bedingten Involution in einem relevantem Ausmaß nicht zu rechnen ist, ist zu fragen, ob andere Organerkrankungen und gegebenenfalls notwendig werdende Medikamente hierbei eine Rolle spielen können. Hier ist zu verweisen auf eine Studie von Barrett-Connor (1986), welche in einer repräsentativen Kohorte von 242 Männern, welche zu Beginn der Studie 50 - 59 Jahre alt waren, eine Korrelation der Serumspiegel von Dehydroepiandrosteron-Sulfat (DHEA-S) mit kardiovaskulären Erkrankungen fanden. DHEA-S repräsentiert vorwiegend

die Funktion der Nebennierenrinde. Bei niedrigen DHEA-S-Spiegeln war das relative Risiko, an einer kardiovaskulären Krankheit zu sterben, signifikant erhöht.

In diesem Zusammenhang ist auch die „Massachusetts-Male-Aging-Study“ zu erwähnen (Gray 1991). In dieser MMAS wurde an 1709 Männern der Zusammenhang zwischen Testosteron-Serumspiegeln und Alter bzw. Krankheit untersucht. In der vorläufigen Auswertung ergab sich ebenfalls altersabhängig ein verminderter mittlerer Spiegel von DHEA-S bei Männern mit koronarer Herzkrankheit. Im übrigen waren bei Männern mit einer chronischen Krankheit oder mit Adipositas die Werte für Gesamt-Testosteron um 14% und für freies Testosteron sowie für SHBG jeweils um 10% niedriger im Vergleich zur Altersgruppe. Der mittlere Testosteronspiegel war jährlich um etwa 1% niedriger zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr. Das freie Testosteron war jährlich um 1,2% niedriger, dagegen das SHBG um 1,2% pro Jahr höher. Die mittleren Serumspiegel für LH nahmen jährlich um 1,3%, für FSH um 1,9% zu. Gespannt sein darf man auf spätere Ergebnisse dieser Longitudinal-Studie. Die Autoren (McKinlay 1989) geben zu bedenken, daß bei einer derartig umfangreichen Querschnitts-Studie mit erheblichen interindividuellen Schwankungen gerechnet werden muß. Eine weitere Unsicherheit liegt darin, daß das Altern einer Vielzahl von soziodemographischen und psychologischen Variablen unterliegt.

Akute und chronische Krankheiten können nicht nur zur psychischen Demontage im Hinblick auf die Selbstsicherheit und die Erwartungen für das weitere Leben führen, sondern auch zur Medikation zwingen. Von einer Reihe von Medikamenten ist ein negativer Einfluß auf die Testosteronproduktion bekannt, andere hemmen z.B. das Reaktionsvermögen (z.B. Antidepressiva, Sedativa). Wenn darauf verwiesen wird, daß manche Männer den Zustand dauernder Überlastung und Müdigkeit mit Stimulanzien, Alkohol, Tabak, Kaffee oder Tabletten verschiedenster Art bekämpfen und aus therapeutischer Sicht all dieses unterlassen werden müßte, scheint das Rauchen in diesem Falle zu Unrecht angeschuldigt zu werden. So haben Raucher im Mittel einen höheren Testosteron-Spiegel als Nichtraucher (Vogt 1986). Auch der Umkehrschluß ist denkbar: Männer mit einem höheren Testosteron-Spiegel neigen zu risikoreicherem Leben, wozu auch das Rauchen gehört (Eysenck 1973). Unbestritten sind die „mittleren Lebensjahre“ der Zeitraum, in welchem am häufigsten psychosomatische Symptome auftreten, bedingt z. B. durch Abwehr aggressiver unbewußter Regungen aufgrund enttäuschter Wünsche nach Liebe – Erfolg – Anerkennung. Aggressive Regungen werden gegen das „Ich“ gerichtet und führen zu depressiven Symptomen bis hin zur existenziellen Krise des alternden Mannes durch Überforderung des Ich-Ideals. Die Vielzahl der eingangs aufgeführten Symptome finden hier ihre Erklärung. Somatische Symptome werden gegenüber dem Arzt thematisiert; daß diese häufig mit Sexualstörungen – vorwiegend Erektionsstörungen – verbunden sind, erfährt der Arzt erst nach gezielter Rückfrage (Kockott 1992). Dabei sind gerade Erektionsstörungen vorprogrammiert, wenn sich der Mann in Überprüfung seiner genitalen Fähigkeiten als Beweis dafür, daß er noch nicht „zum alten Eisen gehört“, dem Sexualakt nicht vorbehaltlos hingibt (Vogt 1980): Die „Midlife crisis“ manifestiert sich.

### **Pragmatisches Vorgehen**

Die Krise des Mannes in den mittleren Jahren mit der statistischen Häufung unserer Patienten um das 50. Lebensjahr - was sich heute noch deckt mit den Angaben von Borelli

(1960) mit „gewöhnlich um das 48.–52. Lebensjahr“ – wird wegen der vergleichbaren Symptomatik der Frau als Klimakterium virile (Werner 1939) bezeichnet. Da im Gegensatz zur Frau beim Mann eindeutig keine hormonelle Ursache für die geklagten Beschwerden dingfest gemacht werden kann, ist die wahrscheinliche Ursache hierfür die Situation, in der sich der Mann befindet, und die psychische Verarbeitung dieser Situation. Solstad und Garde (1992) folgern aufgrund ihrer Longitudinal-Studie, daß die „Midlife crisis“ eher soziologische als biologische Gründe hat. Veränderungen im Beruf, in der Familie, in der Sexualität in der Lebensmitte können leichter ertragen werden, wenn man hierfür einen Namen hat und sie mit dem Klimakterium der Frau vergleichen kann.

Das führende Symptom, welches einen Mann mit den geschilderten Beschwerden zu einem andrologisch tätigen Arzt führt, ist in aller Regel ein Nachlassen seiner sexuellen Wünsche bzw. ein Nachlassen seiner sexuellen Potenz. Bei näherer Exploration rundet sich schnell das Beschwerdebild. Im Vordergrund stehen Erektionsstörungen. Beim Libidoverlust handelt es sich meist um eine vorgeschobene Schutzbehauptung (Vogt 1974).

Zum Ausschluß somatischer Faktoren wird nach einer eingehenden körperlichen Untersuchung ein Labor-Screening angeschlossen, bei dem weniger Wert gelegt wird auf die Bestimmung von Testosteron bzw. von freiem Testosteron als auf die Bestimmung von LH. LH dient als Leitparameter: Anstieg von LH signalisiert einen körpereigenen Mangel an Testosteron. Da der Normbereich für Testosteron lediglich die statistische Breite der gefundenen Werte angibt, bedeutet ein Testosteron-Wert unterhalb der unteren Normgrenze nicht gleichzeitig einen Mangel an Testosteron (Salmimies 1982). Orientiert man sich an den statistischen Normwerten, wird ein Laborbefund zur Krankheit iatrogenisiert. Dem widerspricht auch nicht die Verbesserung subjektiver Beschwerden nach Gabe von Androgenen (Kaiser 1978), deren psychotrope Wirkungen man sich in Sonderfällen durchaus zu Nutzen machen kann. Unter bestimmten Umständen kann man hiervon auch bei Libidoverlust der Frau Erfolge erwarten (Eicher 1977).

Nach eigener Erfahrung ist ein bleibender Erfolg einer kurzzeitigen Androgen-Medikation nur dann zu erwarten, wenn es dem Arzt gelingt, dem Patienten die Problematik seiner Lebenskrise bewußt zu machen und ihm zu helfen, diese zu bearbeiten. Unterstützend wirken können Aphrodisiaka, unter denen das Yohimbin-Hydrochlorid im Vordergrund steht. Vom Yohimbin ist ebenfalls eine psychotrope Wirkung belegt.

Da die medikamentöse Therapie beim „Klimakterium virile“ aber nur wenig ausrichten kann, wenn nicht alles andere stimmt und die Frau nicht mitarbeitet, sollte dann eine Psychotherapie erwogen werden.

Der Arzt muß eine entsprechende Beziehung zum Patienten aufbauen und umgekehrt. Nur dann ist es möglich, daß der Arzt erkennt, was eigentlich hinter dem Symptom steckt, welches der Mann angibt. Erst dann kann er mit dem Patienten so sprechen, daß er ihm auch helfen kann.

**Liste „Klimakterischer“ Symptome**

Allgemeinbefinden beeinträchtigt  
 Leistungsfähigkeit herabgesetzt  
 Nervosität  
 Reizbarkeit  
 schnelle Ermüdung  
 Konzentrationschwäche  
 Stuhlträgheit  
 Schlafstörungen  
 Schweißausbrüche  
 Hitzewallungen  
 Schwindelanfälle  
 Kopfschmerzen  
 Tachykardien  
 pektanginöse Zustände  
 Sexualstörungen  
 Erektionsstörungen  
 Libidoverlust

**Liste von Pharmaka mit negativer Wirkung auf die Testosteron-Produktion**

Cyproteronacetat  
 Gestagene  
 Östrogene  
 Spironolacton  
 Cimetidin  
 Amiadaron

**Literatur**

- Barrett-Connor, E.; Khaw, K.T.; Yen, S. S.: A prospective study of dehydroepiandrosterone sulfate, mortality, and cardiovascular disease. *N.Engl.J.Med.* 1986;315:1519-1524.
- Borelli, S.: Die psychogenen Sexual- und Fertilitätsstörungen beim Mann. In: Marchionini, A. (Hg.) *Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten v. Jadassohn, J., Erg.-Werk VI/3.* Berlin - Göttingen - Heidelberg: Springer, 1960:641-736.
- Eicher, W.: Die sexuelle Erlebnisfähigkeit und die Sexualstörungen der Frau. 2. Auflage. Stuttgart - New York: Fischer, 1977.
- Eysenck, H. J.: Personality and the maintenance of the smoking habit. In: Dunn, W. L. Jr. (ed) *Smoking behavior: motives and incentives.* Washington DC: Winston, 1973:113-146.
- Featherstone, M.; Hepworth, M.: The male menopause: Lifestyle and sexuality. *Maturitas* 1985;7:235-246.
- Gray, A.; Feldman, H. A.; McKinlay, J. B.; Longcope, C.: Age, disease, and changing sex hormone levels in middle-aged men: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J.Clin.Endocrinol.Metab.* 1991;73:1016-25.
- Harmann, S. M.: Clinical aspects of aging of the male reproductive system. In: Schneider, E. L. (ed) *The aging reproductive system.* New York: Raven, 1978:29-58.
- Kaiser, F. E.; Kies, N.; Maas, G.; Schmid H.; Beach, R. C.; Bormacher, K.; Horrmann, W. M.; Richle, E.: The measurement of the psychotropic effects of an androgen in the aging male with psychovegetative symptomatology: a controlled double blind study mesterolone versus placebo. *Progr. Neurol. Psychopharmacol.* 1978;2:505-515.
- Kockott, G.: Sexualmedizinische Probleme im Alter. *ZFA* 1992;68:750-755.
- McKinlay, J.B.; Longcope, C.; Gray, A.: The questionable physiologic and epidemiologic basis for a male climacteric syndrome: preliminary results from the Massachusetts Male Aging Study. *Maturitas* 1989;11:103-15.
- Pirke, K. M.; Doerr, P.: Age related changes and interrelationships between plasma-testosterone, oestradiol and testosterone-binding globuline in normal adult males. *Acta endocr. (Kbh.)* 1973;74:792.

- Pirke, K. M.; Doerr, P.: Age related changes in free plasma testosterone, dihydrotestosterone and oestradiol. *Acta endocr. (Kbh.)* 1975;80:171-178.
- Pirke, K. M.; Doerr, P.; Sintermann, R.; Vogt, H. J.: Age dependence of testosterone precursors in plasma of normal adult males. *Acta endocr. (Kbh.)* 1977;86:415-429.
- Pirke, K. M.; Vogt, H. J.; Kleeberger, R.: Morphometrische und endokrinologische Untersuchungen am Hodengewebe beim alten Mann. *Fortschr. Fertilitätsforschung* 1980;8:194-197.
- Salmimies, P.; Kockott, G.; Pirke, K. M.; Vogt, H. J.; Schill, W. B.: Effect of testosterone replacement on sexual behaviour in hypogonadal men. *Arch. Sex. Behav.* 1982;11:345-353.
- Solstad, K.; Garde, K.: Middle-aged Danish men's ideas of a male climacteric and of the female climacteric. *Maturitas* 1992;15:716.
- Vermeulen, A.: Alteration of Leydig cell function and its mechanism in the aging male. In: Holstein, A. F.; Leidenberger, F.; Hölzer, K. H.; Bettendorf, G. (Hg) *Carl Schirren Symposium: Advances in Andrology*. Berlin: Diesbach 1988: 82-85.
- Vogt, H. J.: Ausflucht Libidomangel. *Sexualmed.* 1974;3:456-458.
- Vogt, H. J.: Andrologie. In: Eicher, W. (Hg) *Sexualmedizin - ein kurzgefaßtes Handbuch*. Stuttgart: Fischer, 1980:117-201.
- Vogt, H. J.; Heller, W. D.; Borelli, S.: Sperm quality of healthy smokers, ex-smokers, and never-smokers. *Fertil. Steril.* 1986; 106-110.
- Werner, A. A.: The male climacteric. In: *JAMA* 1939;112:1441-1443.
- Wide, L.: Median charge and charge heterogeneity of human pituitary FSH, LH and TSH: II: Relationship to sex and age. *Acta endocr. (Kbh.)* 1985: 109:190-197.
- Winters, S. J.; Troen, P.: Episodic luteinizing hormone (LH) secretion and the response of LH and follicle-stimulation hormone to LH-releasing hormone in aged men: Evidence for coexistent primary testicular insufficiency and an impairment in gonadotropin secretion. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1982; 55:560-565.

**Anschrift des Autors**

Prof. Dr. med. H.-J.Vogt, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität,  
Biedersteiner Str. 29, D-80802 München

## Heterosexuelles Verhalten in Zeiten von AIDS

### Heterosexual Behaviour in the Era of AIDS

M. F. Kraus, Berlin

#### Zusammenfassung

Jüngere Untersuchungen zum Sexualverhalten der Gesamtbevölkerung werden unter dem Aspekt präventionsrelevanter Verhaltensänderungen, bedingt durch AIDS, analysiert. Weder sexuelle Liberalisierung noch AIDS scheinen das Sexualverhalten der allgemeinen heterosexuellen Bevölkerung hinsichtlich der Partnerzahlen maßgeblich verändert zu haben. Nur für kleine Teilgruppen ist ein promiskuer Lebensstil anzunehmen, der durch AIDS bislang wenig tangiert wird.

*Schlüsselwörter:* AIDS, Sexualverhalten, Heterosexualität, Verhaltensänderung, Safer Sex

#### Abstract

Some recent studies on sexual behaviour of the general population are reviewed and changes of behaviour fostered by AIDS are analyzed. The number of sexual partners among the heterosexual population is independent of sexual liberalization and AIDS. A promiscuous lifestyle is reported only for small subgroups. This lifestyle seems not to be affected by AIDS.

*Key words:* AIDS, Sexual Behaviour, Heterosexuality, Behaviour Change, Safer Sex

In den Zeiten von AIDS ist das Sexualverhalten stärker als je zuvor in den Blickpunkt des wissenschaftlichen Interesses gerückt. Präventionsmaßnahmen zur Verhütung dieser sexuell übertragbaren Krankheit, für die noch immer keine Heilungschancen bestehen, benötigen unabdingbar gesicherte Informationen über das Sexualverhalten der jeweiligen Zielgruppen, um erfolgreich konzipiert und eingesetzt zu werden. Da Öffentlichkeit, Politiker und Gesundheitsexperten besonders über die Möglichkeit der Ausbreitung von AIDS in der Allgemeinbevölkerung besorgt sind, wurde verstärkt in den letzten Jahren neben den Hauptbetroffenengruppen (homosexuelle Männer und i.v. Drogenkonsumenten) auch versucht, das Sexualverhalten der heterosexuellen Bevölkerung zu untersuchen. 1993 waren dem Fachgebiet „Psychosoziale Forschung“ am AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes (BGA) 37 jüngere sexualwissenschaftliche Untersuchungen zugänglich, deren Datenmaterial und Datenqualität eine beträchtliche Varianz aufweisen, dabei allerdings auch sehr unterschiedliche sexualwissenschaftliche Fragestellungen bearbeiten. Im folgenden wird lediglich auf die Ergebnisse der Studien eingegangen, die heterosexuelles Verhalten in repräsentativen Bevölkerungsbefragungen untersuchen. Auf methodische Probleme sexualwissenschaftlicher Forschung soll hier nicht näher eingegangen werden, festzuhalten ist jedoch, daß „der soziale Kontext der Sexualität den objektivierenden Zugang“ (Clement 1990, S. 290) erschwert und für sämtliche im folgenden dargestellten Ergebnisse bei kritischer Betrachtung eine verzerrungsfreie Abbildung der Realität nicht mit zweifelsfreier Sicherheit angenommen werden kann.

### Untersuchungen zum Sexualverhalten und zu 'safer sex' von Heterosexuellen

Die folgenden Untersuchungen versuchen das Sexual- und Verhütungsverhalten der Gesamtbevölkerung zu beschreiben:

Basis Research (1991): *Repräsentative Untersuchung zum Sexualverhalten von Männern und Frauen in der Bundesrepublik Deutschland.*

BZgA (1992): *AIDS im öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik. Wiederholungsbefragung -1991-.*

M. Häder und W. Kiehl (1992): *Zum Sexualverhalten unter dem Eindruck von AIDS in der Allgemeinbevölkerung der ehemaligen DDR.*

K. Starke und K. Weller (1991): *Partner III. Sexualität und Partnerschaft der Ostdeutschen unter besonderer Berücksichtigung von Aids.*

Von den vier Arbeiten untersuchen zwei (Häder 1992; Starke 1992) das Sexualverhalten der Bevölkerung der ehemaligen DDR, die Erhebung von Basis Research erhebt den Anspruch, repräsentative Befragungen in der gesamten Bundesrepublik durchgeführt zu haben und die BZgA-Studie untersucht das Sexualverhalten in den alten Bundesländern. Jede Untersuchung erhob ihre Daten an Hand relativ großer Stichproben:

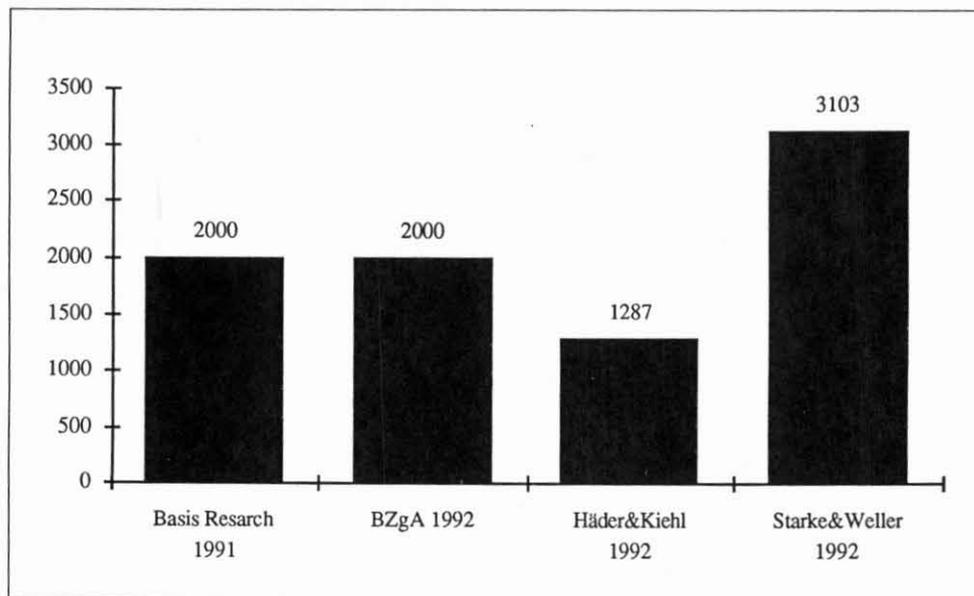


Abb. 1: Stichprobenumfang der Bevölkerungsbefragungen

Die Repräsentativität der Ergebnisse der vorliegenden Studien ist für die untersuchten Altersgruppen relativ hoch. Basis Research führte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine kombinierte mündliche und schriftliche Befragung einer repräsen-

tativen Quotenstichprobe durch. Quotenmerkmale sind Geschlecht, Alter, Berufstätigkeit, Familienstand, Bundesland und Ortsgröße. FORSA erhob im Auftrag der BZgA ihre Daten über Telefoninterviews an einer repräsentativen Zufallsstichprobe. Basis Research, BZgA sowie Starke und Weller beschränken ihre Stichproben im Alter nach oben, da sie für diese Altersgruppe nur eine geringe epidemiologische Relevanz annehmen, obwohl auch im höheren Alter sexuelle Aktivitäten üblich sind.

Aus dem sehr umfangreichen Datenmaterial wird hier nur auf die Bereiche des Sexualverhaltens eingegangen, die aus dem Blickwinkel der HIV-Prävention relevant sind: dies sind die durchschnittliche Zahl der Partner und die Angaben zur Kondombenutzung.

### Sexualpartner

Die meisten Untersuchungen erheben zur Einschätzung der Partnerzahlen die Anzahl der Sexualpartner in den letzten 12 Monaten, teilweise auch die Anzahl derjenigen, mit denen die Befragten überhaupt jemals Sexualverkehr hatten.

Dichotomisiert in Personen mit einem oder keinem Sexualpartner und mehr als einem Sexualpartner kommen die vier Studien zu folgender Verteilung:

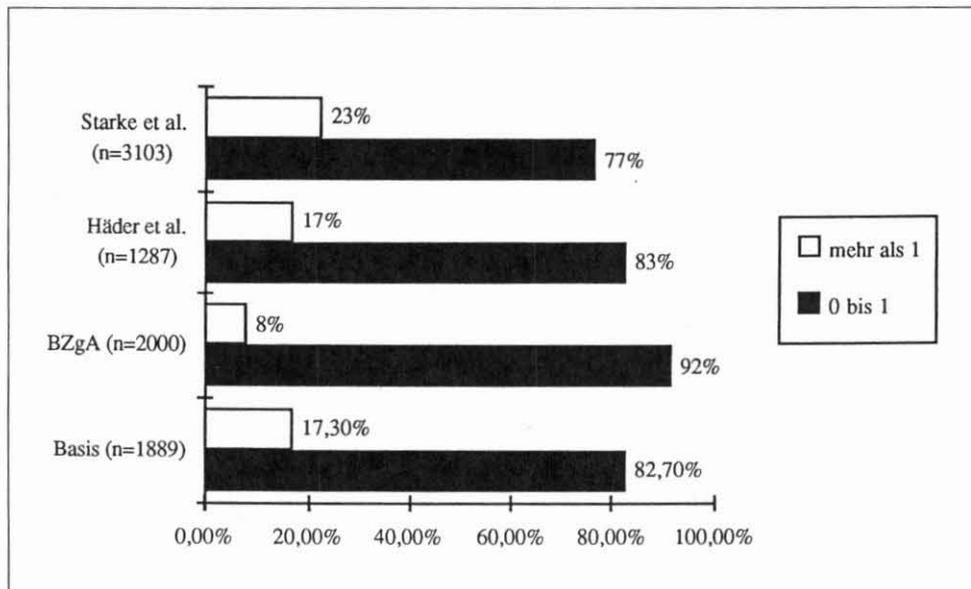


Abb. 2: Anzahl der Sexualpartner in % in den letzten 12 Monaten in den Gesamtstichproben

Differenziert nach Männern und Frauen ergibt sich folgendes Bild für den Anteil der Befragten, die zu mehr als einem Partner sexuelle Kontakte hatten (siehe Abb. 3 auf Seite 152):

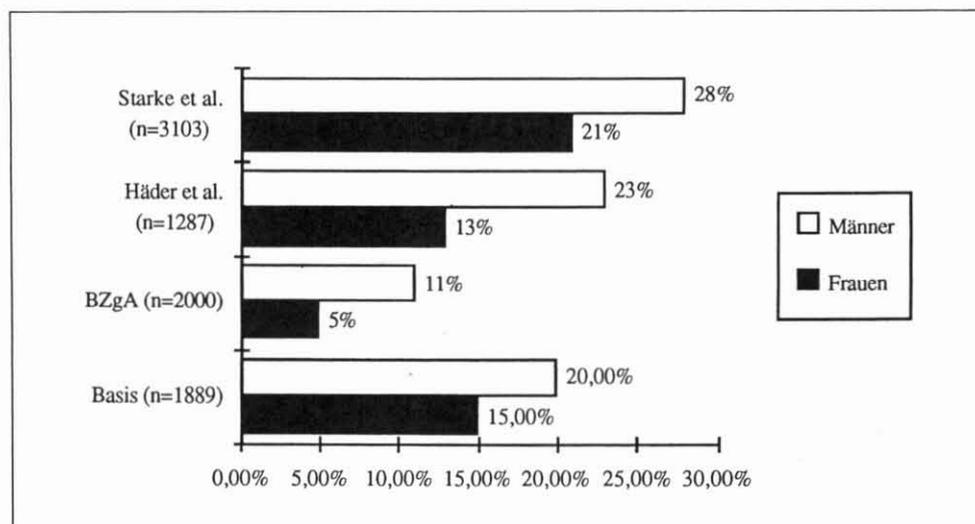


Abb. 3: Prozentualer Anteil derjenigen, die mehr als einen Partner in den vergangenen 12 Monaten hatten

Es zeigt sich, daß trotz sexueller Liberalisierung und emanzipatorischer Bemühungen die befragten männlichen Personen promiskuer leben als Frauen. Allerdings muß einschränkend gesagt werden, daß die meisten Angaben in der Kategorie „2 bis 4 Partner“ erfolgen. Ebenso besteht ein massiver Alterseffekt: In der Studie von Basis Research geben 30,7% der Gruppe der 16-19jährigen in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte zu 2 bis 4 Partnern an, gefolgt von 21,9% in der Gruppe der 20-29jährigen. Zwischen 30 und 39 Jahren sowie 40 und 49 Jahren liegen diese Angaben nur noch bei 11,7 und 10,2%. Von den 50 bis 59jährigen geben lediglich 4,3% an, zwischen 2 und 4 Sexualpartnern in diesem Zeitraum gehabt zu haben. Auch bei Starke und Weller sind es die 16 bis 20jährigen, von denen 34% angeben, mehrere sexuelle Partner gehabt zu haben. Unter den 21-29jährigen in dieser Untersuchung sind es noch 24%, in der Gruppe der 30 bis 44jährigen noch 16%.

Nach diesen Daten ist vor allem im Alter zwischen 16 und 30 der Anteil der Personen, die häufiger den Partner wechseln, am größten. Dazu muß allerdings betont werden, daß es sich in dieser Gruppe um 2 bis 4 Partner im vorangegangenen Jahr handelt. Der Anteil derjenigen, die mehr als vier Partner angeben, ist in den Studien sehr gering. Unter den Befragten der Basis-Research-Erhebung sind es insgesamt 1,6% der Gesamtstichprobe, in der bezüglich der Promiskuität im Bereich „5 bis 20 Partner“ die Altersgruppe der 40 bis 49jährigen mit einem Anteil von 2,3% am stärksten vertreten ist.

Die Angaben zu den Sexualpartnern insgesamt aus der Basis-Research Studie ergeben zusammengefaßt folgendes Bild:

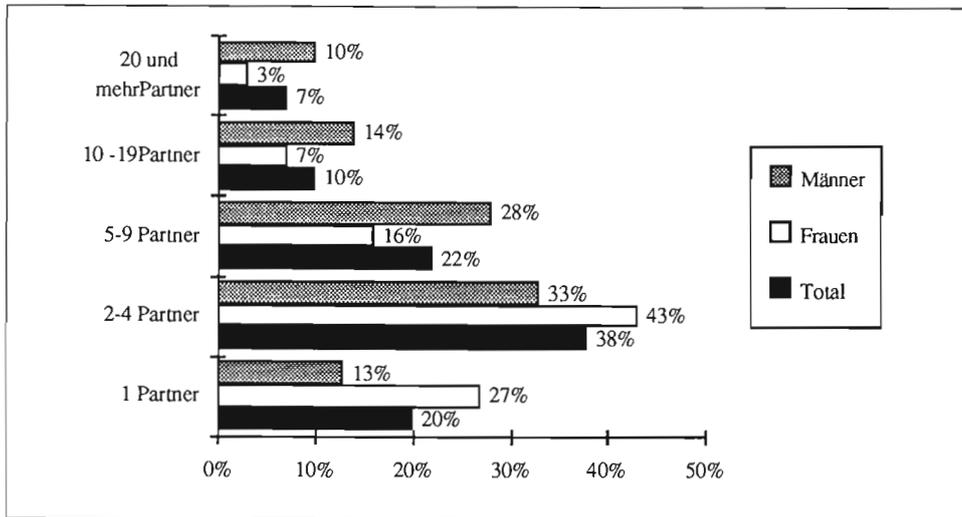


Abb. 4: Prozentuale Angaben zur Gesamtzahl der Sexualpartner im vergangenen Leben

Der Modalwert der Verteilung liegt sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die untersuchten Männer und Frauen in der Kategorie „2-4 Partner“, zu denen sie je im Leben sexuelle Kontakte unterhielten. Eine Aufschlüsselung nach Altersgruppen erscheint hier nicht sinnvoll, da mit zunehmenden Alter die Zahl der Partner kumulativ wächst.

Die Auswertungen der vorliegenden Untersuchungen liefern keine Hinweise dafür, daß sich das Sexualverhalten hinsichtlich der Zahl der Sexualpartner durch den Einfluß von AIDS in der Allgemeinbevölkerung geändert hat.

Die dargestellten Ergebnisse sprechen insgesamt keineswegs für einen promiskuen Lebensstil der Gesamtbevölkerung, durchaus aber für häufigeren Partnerwechsel in präventionsrelevanten Teilgruppen der jüngeren Erwachsenen. Die Ergebnisse sind durchaus vergleichbar mit den Resultaten der großen europäischen Studien zur Sexualität in England und Frankreich. So berichtet Johnson (1992), daß knapp 16% der untersuchten Männer in England im vergangenen Jahr mehr als einen Sexualpartner hatten, unter den Frauen sind dies lediglich knapp 7%. In Frankreich geben nach Spira (1993) lediglich 13% der Männer an, in den vergangenen 12 Monaten mehr als einen Sexualpartner gehabt zu haben, unter den Frauen sogar lediglich 6%. Hierzu deutlich abweichend werden aus den USA von Ehrhardt (1991) für die Altersgruppe der unter 20jährigen wesentlich höhere Zahlen berichtet: 49% der Frauen und 78% der Männer zwischen 18 und 19 Jahren hatten im vergangenen Jahr mehrere Sexualpartner. Möglicherweise liegen schon hier in unterschiedlichen sexuellen Lebensstilen Ursachen für unterschiedliche Ausbreitungen des HIV.

## Safer Sex

Wesentliche Hinweise auf den Erfolg von Maßnahmen zur HIV-Prävention bieten die Angaben zum Kondomgebrauch. Die diesbezüglichen detaillierten Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen an Repräsentativstichproben der Allgemeinbevölkerung können nicht völlig miteinander verglichen werden, da die Fragen zum Kondomgebrauch häufig in unterschiedlichen Kontexten erhoben werden. Um die Angaben zu vereinheitlichen, werden sie im folgenden unter den drei Kategorien „konsistent“, „inkonsistent“ und „nie“ subsummiert.

Die BZgA-Erhebung stellt beim Vergleich von jährlichen Befragungen seit 1988 fest, daß die Kondomverwendung in den untersuchten Stichproben mit geringen Schwankungen gleich bleibt. Seit 1988 geben 9-10% der Befragten an, daß sie in letzter Zeit konsistent Kondome benutzen, 23-26% benutzen Kondome nur inkonsistent und 65-67% nie. In der Gruppe der 16 bis 20jährigen zeigt sich allerdings ein Anstieg des Anteils der konsistenten Kondombenutzer von 20% auf 34% und ein Rückgang derjenigen, die angeben, nie ein Kondom zu benutzen von 42% auf 21%. Diese Ergebnisse stützen auch die Resultate der oben dargestellten Untersuchungen zur Jugendsexualität und belegen, daß Präventionsbemühungen im Jugendbereich durchaus Effekte erzeugen. Auch bei den Befragten mit mehreren Sexualpartnern zeigt sich dieser Trend: 1988 geben lediglich 12% dieser Teilgruppe an, konsistent ein Kondom zu benutzen und 47% benutzen es nie. Dieser Anteil sinkt 1991 auf 37% und der Anteil der konsistenten Kondombenutzer steigt auf 21%. Offensichtlich hat sich bei einem Teil dieser Gruppe, sicherlich mitbedingt durch Präventionsmaßnahmen, das Risikobewußtsein verändert, wodurch u.a. ein verantwortungsvollerer sexueller Handlungsstil entstanden ist. In diesem Zusammenhang ist auch die Frage in der Erhebung von Basis Research einzuordnen, ob Kondome beim Sexualverkehr mit noch nicht so lange bekannten Personen benutzt werden. Für die Untergruppe der Personen mit solchen Kontakten (n=659) ergibt sich folgende Verteilung:

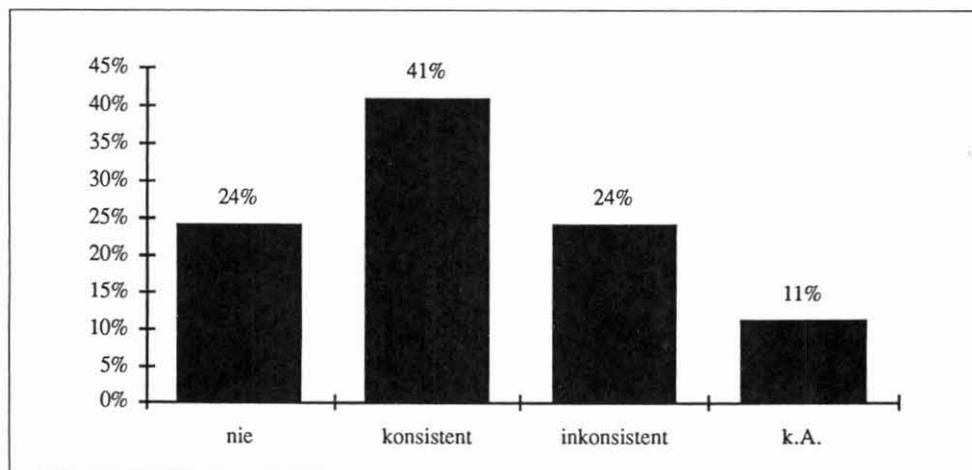


Abb. 5: Kondombenutzung in % beim Sexualverkehr mit noch nicht so lange bekannten Personen

Auch diese Ergebnisse belegen ein verbessertes Risikomanagement bei einem großen Teil der Befragten. In der Untersuchung von Häder (1992) antworten 41,5% der befragten Männer und 39,5% der Frauen, daß sie bei jedem neuen Partner ein Kondom benutzen würden.

Gerichtet an die Probanden, die in den letzten zwölf Monaten Geschlechtsverkehr hatten, ergibt sich für die Frage, ob sie in dieser Zeit überhaupt Kondome benutzt hätten, folgende Verteilung für die Untersuchten:

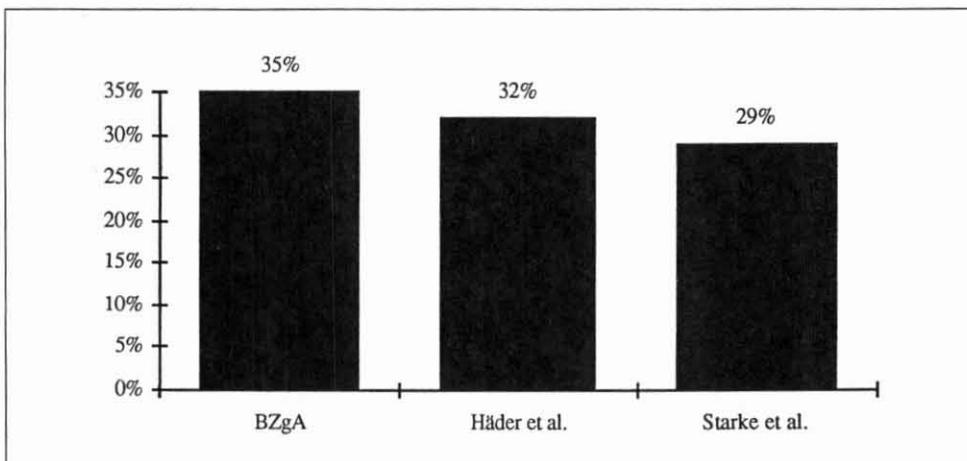


Abb. 6: Kondombenutzung in % in der letzten Zeit

Diese Angaben demonstrieren auch, daß ca. 70% der Befragten (in sämtlichen Untersuchungen) kein Kondom benutzt haben, wobei aber zu bedenken ist, daß nicht nur Personen mit wechselnden Partnern, sondern auch solche, die in festen monogamen Beziehungen leben, einbezogen wurden, so daß anzunehmen ist, daß die Präventionsbotschaften zumindest auch in Teilen der Allgemeinbevölkerung die Kondomakzeptanz sowie den Kondomgebrauch erhöht haben.

Im Hinblick auf die besonders wichtige Teilgruppe der at risk-Lebenden, jener Befragten, die in der Untersuchung von Basis Research mehrere oder häufig wechselnde Sexualpartner haben und beim Geschlechtsverkehr nicht immer Kondome benutzen, ist keineswegs Entwarnung angesagt. Erfreulich ist zwar, daß der Anteil der Gefährdeten innerhalb der Allgemeinbevölkerung sich zwischen 1988 und 1990 von 12% auf 6% Prozent halbierte. Anlaß zu Bedenken bietet jedoch die Tatsache, daß der Anteil der at risk-Lebenden zwischen 1990 und 1991 wieder von 6 % auf 8 % anstieg.

### Schlußfolgerungen

Natürlich sind die Angaben zum Sexualverhalten am einen oder anderen Punkt durch den immer unzulänglich bleibenden Charakter von Untersuchungen zur intimen Sexualität und

durch das tabuisierte Thema der Sexualität verzerrt, aber selbst Mega-Stichproben, wie sie in Frankreich und England realisiert wurden, sind nicht frei von bewußten oder unbewußten Falschaussagen der Befragten. Die Darstellung hier beschränkt sich ausschließlich auf die Aspekte des Sexualverhaltens, die unter präventiven Gesichtspunkten relevant sind. Vielmehr als diese sexuelle Verhaltensweisen wurden von den meisten Untersuchungen allerdings auch nicht erhoben. So fehlen in den Untersuchungen zum Sexualverhalten der Allgemeinbevölkerung Angaben zur Häufigkeit des Analverkehrs und des Geschlechtsverkehrs während der Menses unter den befragten Heterosexuellen. Beides sind sexuelle Praktiken, die beim Vorliegen einer HIV-Infektion das Übertragungsrisiko deutlich erhöhen. Die für die Prävention wesentlichen Aspekte sind jedoch die Zahl der sexuellen Partner und die Verwendung von Kondomen. Beide Bereiche sind vielfältig berücksichtigt.

Zusammengefaßt belegen die Daten der entsprechenden Studien, daß die Risikogruppe der Homosexuellen unter dem Einfluß von AIDS ihr Sexualverhalten drastisch verändert hat und safer sex zum großen Teil erfolgreich praktiziert (Übersicht bei Bochow 1993). Für die Risikogruppe der i.v. Drogenabhängigen zeigt sich im Sexualverhalten bislang keine Veränderungen im Sexualverhalten. Wenn auch die Datenbasis in diesem Bereich geringer ist, so weisen die Ergebnisse darauf hin, daß von den i.v. Drogenabhängigen die Präventionsbotschaften bezüglich des Nadeltauschs gut aufgenommen wurden, bezüglich des sexuellen Verhaltens aber nicht realisiert werden. Die Untersuchungen zur Jugend- und Studentensexualität zeichnen ebenso wie die Untersuchungen zum Sexualverhalten der Allgemeinbevölkerung ein geteiltes Bild: offensichtlich gibt es in diesen Bereichen große Gruppen, die unter dem Einfluß von AIDS ihr Verhalten verändert haben, aber ebenso solche, die unbeeindruckt von AIDS einen promiskuen Lebensstil weiterleben und überwiegend ungeschütztes Sexualverhalten praktizieren.

Ohne die Gefahr einer HIV-Infektion verharmlosen zu wollen, muß das Übertragungsrisiko für die Allgemeinbevölkerung und auch für die Subpopulation der Jugendlichen zum heutigen Zeitpunkt relativ gering eingeschätzt werden. Zum einen ist die Prävalenz in diesen Gruppen verglichen mit den Homosexuellen und i.v. Drogenabhängigen äußerst niedrig, zum anderen unterscheiden sie sich deutlich im Sexualverhalten. Wenn auch die Zahl der Sexualpartner von Homosexuellen unter dem Einfluß der AIDS-bedingten Präventionskampagnen zurückgegangen ist, so ist der Anteil der Personen, die angeben, mehr als einen Sexualpartner im vergangenen Jahr gehabt zu haben, deutlich höher, als in der Allgemeinbevölkerung und unter Jugendlichen (Abb. 7). Dies illustriert, daß trotz Rückgang der Partnerzahlen die Zahl wechselnder sexueller Partner in der Homosexuellenpopulation wesentlich höher ist als in den beiden anderen Gruppen, für die hier schon die Stichproben mit den höchsten Angaben ausgewählt wurden. Natürlich ist durch die verstärkten Präventionsbemühungen der Anteil konsistenter Kondombenutzung unter Homosexuellen erheblich höher als in der Allgemeinbevölkerung, aber auch dort ist die Bereitschaft, Kondome zu benutzen, gestiegen. Doch obwohl für die Mehrheit der Allgemeinbevölkerung sicherlich ein erheblich geringeres Risiko einer HIV-Infektion besteht, gibt es unter ihnen einen Teil, der ein deutlich erhöhtes Risiko hat. Dies sind zur Zeit sowohl Jugendliche als auch Erwachsene jeder Altersstufe mit häufig wechselnden Sexualpartnern, Personen, die sexuellen Kontakt zu i.v. Drogenabhängigen haben und Freier von i.v. drogenabhängigen Prostituierten sowie Sextouristen. Weitere sozialwissenschaftliche Forschungsvorhaben sind erforderlich, die psychosoziale Ursachen riskanten sexuellen Verhaltens verstärkt analysieren, um die Präventionsbemühungen zielgruppenspezifisch zu optimieren.

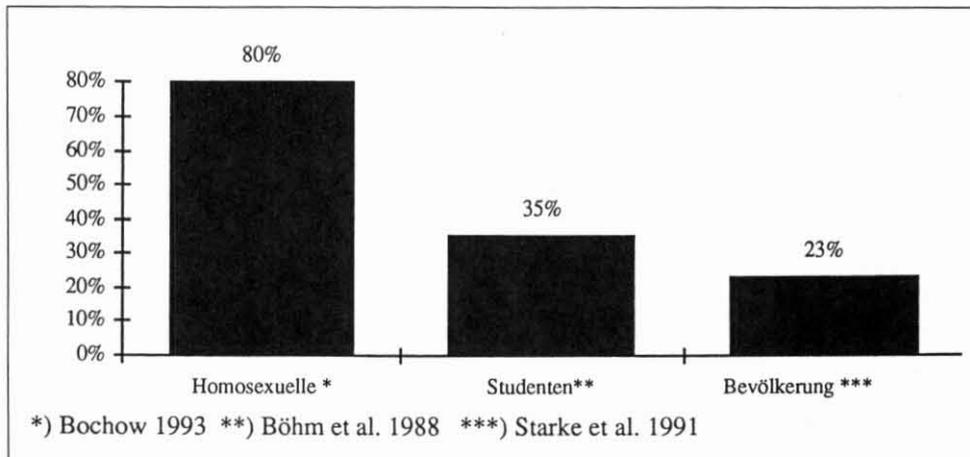


Abb. 7: Anteile einzelner Untersuchungsgruppen, die mehr als einen Sexualpartner in den letzten zwölf Monaten hatten

## Literatur

- Basis Research: Repräsentative Untersuchung zum Sexualverhalten von Männern und Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht. Frankfurt a. M. 1990.
- Basis Research: Repräsentative Untersuchung zum Sexualverhalten von Männern und Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Tabellenbände 1-2b. Frankfurt a. M. 1991.
- Bochow, M.: Die Reaktion homosexueller Männer auf AIDS in Ost- und Westdeutschland. Berlin: DAH 1993.
- Böhm, A.; Rohner, R.: Sexualverhalten von Studenten und Aids. Zeitschrift für Sexualforschung, 1989, 1, 3, 222-230.
- BZgA: AIDS im öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik. Wiederholungsbefragung -1991-. Endbericht. Köln 1992.
- Clement, U.: Empirische Studien zu heterosexuellem Verhalten. Zeitschrift für Sexualforschung, 1990, 3, 4, 289-319.
- Ehrhardt, A. A.; Yingling, S.; Warne, P.A.: Sexual behavior in the era of AIDS: What has changed in the United States? Annual Review of Sex Research, 1991, 2, 25-47.
- Häder, M.; Kiehl, W.: Zum Sexualverhalten unter dem Eindruck von AIDS in der Allgemeinbevölkerung der ehemaligen DDR. Unveröffentlichtes Manuskript. 1992.
- Johnson, A. M., Wadsworth, J., Welling, K. et al.: Sexual lifestyles and HIV risk. Nature, 1992, 360, 410-412.
- Spira, A., Bajos, N., Béjin, A. et al.: AIDS and sexual behaviour in France. Nature, 1992, 360, 407-409.
- Starke, K.; Weller, K.: Partner III. Sexualität und Partnerschaft der Ostdeutschen unter besonderer Berücksichtigung von Aids. Forschungsbericht. Leipzig 1991.

### Anschrift des Autors

Dr. Michael F. Kraus, AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt, Fachgebiet Psychosoziale Forschung, Reichpietschufer 74-76, D-10785 Berlin

## Sexualberatung durch den Hausarzt

Von Lykke ARESIN, Universität Leipzig  
1992. X, 208 S., 20 Abb., kt. DM 29,80

Es wird ein Überblick über sexuelle Funktionsstörungen und ihre Behandlung vermittelt sowie psychotherapeutische Verfahren erläutert. Fallbeispiele zeigen die Möglichkeiten und Grenzen allgemeinärztlicher Beratung und Behandlung auf. Der Band bietet Entscheidungshilfen für das therapeutische Vorgehen oder für eine Überweisung zum Psychotherapeuten.

## Weiblichkeit und Perversion

von der Reproduktion zur Reversion

Von Klaus M. BEIER, Universität Kiel  
1994. X, 127 S., kt. DM 54,-

Die reprove Symptombildung hängt eng mit der Reproduktion zusammen. Im Fall einer Reversion führt die innerpsychische konflikthafte Auseinandersetzung mit der Reproduktion zu krankhaft neurotischen (Schein-)Lösungen (z.B. Verdrängung einer Schwangerschaft, Kindstötung).

## Sexualität zwischen Medizin und Recht

Herausgegeben von Klaus M. BEIER, Universität, Kiel  
1991. X, 151 S., 28 Abb., 5 Tab., kt. DM 58,-

Es wird ein Überblick über thematische Schwerpunkte der forensischen Sexualmedizin gegeben, die sich aus den Überschneidungen zwischen Sexualität und Recht ergeben. Der Leser erhält eine Darstellung historischer, diagnostisch-typologischer, viktimologischer und therapeutischer Aspekte. Deutlich werden die Lücken in der Theoriebildung sowie die zukünftigen Aufgaben für die Forschung.

## HIV-Infektion und AIDS

### Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Betreuer

Von Berthold BLOCK, Medizinische Hochschule Hannover  
1993. X, 180 S., 21 Abb., kt. DM 24,80

Im Mittelpunkt stehen die körperlichen Beschwerden und Probleme mit ihren Ursachen, ihrer Beeinflussbarkeit und ihrer Bedeutung für die Betroffenen. Die einzelnen Abschnitte besitzen zum besseren Verständnis einen einheitlichen Aufbau. Dem Leser wird damit eine wertvolle Grundlage an die Hand gegeben.

## Transsexualismus

### Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung

Von Wolf EICHER, Diakonissenkrankenhaus, Mannheim  
2., bearb. Aufl. 1992. VIII, 195 S., 51 Abb., 8 Tab., geb. DM 124,-

Angesprochen wird sowohl die Psychosomatik und psychosoziale Problematik als auch die medizinisch-technische Seite. Anhand der Auswertung therapeutischer Ergebnisse wird eine wissenschaftliche Analyse der Hypothesen zur Ursache des Transsexualismus vermittelt.

## Sexuell übertragbare Krankheiten

Von Uwe-Frithjof HAUSTEIN, Universität Leipzig  
1990. 366 S., 91 Abb., 41 Tab., geb. DM 88,-  
Reihe: Für die medizinische Praxis

Die Monografie bespricht Epidemiologie, Ätiopathogenese, die Vielfalt der klinischen Befunde, Wertigkeit der modernen Diagnostik, Aktuelles der Therapie und Trends der klinischen Forschung. Die Prophylaxe, Organisation und Strategie der Bekämpfung sowie die Darstellung offener Probleme finden besondere Berücksichtigung.

## Die Sexuelsprache in Jugendbroschüren – Beobachtungen anhand zweier Neuerscheinungen

N. Kluge, Landau

Die menschliche Sprache gilt als das bedeutsamste Mittel der Kommunikation und Verständigung. Im Prinzip trifft diese anthropologische Grunderkenntnis auch auf die Sexuelsprache im allgemeinen und das Sprechen über sexuelle Fragen im besonderen zu. Allerdings ergeben sich bei dem Verhältnis von Sexualität und Sprache einige Besonderheiten, von denen im folgenden der eine oder andere Aspekt kurz angesprochen wird. Anlaß für die erneute Auseinandersetzung mit der sprachlichen Seite von Sexualität ist die nationale und internationale Diskussion über die Aufklärungsbroschüre „LET'S TALK ABOUT SEX“, die wegen einiger weniger umgangssprachlicher Ausdrücke von erzkonservativen Vertretern politischer Parteien und der Kirchen heftig kritisiert worden ist. Für einen aktuellen Vergleich wird eine andere Neuerscheinung „SEX OHNE ANGST“ herangezogen, die sich ebenfalls an jugendliche Leserinnen und Leser wendet mit dem Ziel einer zeitgerechten Information. Über die Sexuelsprache zu reflektieren heißt zugleich, sich mit den verschiedenen Niveaus ihrer Begriffe zu befassen. Hierbei sind zumindest fünf Sprachebenen zu berücksichtigen.

### Die unterschiedlichen Sprachebenen im sexuellen Bereich

Insgesamt verfügt die Sprache der Sexualität über auffallend wenig Ausdrücke, die von der Gesellschaft vorbehaltlos akzeptiert werden. Um so größer ist daher die Anzahl der Bezeichnungen, die zwar in entsprechenden Gruppen problemlos verwendet, aber von der Öffentlichkeit abgelehnt werden.

Die Lexeme der *Kindersprache* werden im Kindergartenalter größtenteils toleriert; auf späteren Altersstufen werden sie jedoch von Heranwachsenden und Erwachsenen unterschieden mißbilligt. Das weibliche Genitale kann beispielsweise bezeichnet werden als „Schnullichen“, „Muschi“, „Täschchen“, das männliche Geschlechtsteil als „Hansi“, „Würstchen“, „Schwänzchen“. Mögen diese Begriffe im Gespräch der Eltern mit ihren Kleinkindern auf wenig Verständnisschwierigkeiten stoßen, so bleiben sie einmal auf das Kindesalter beschränkt und zum anderen auf einzelne Regionen begrenzt.

Anders ist es bei der *Vulgärsprache*. Sie ist zwar nicht öffentlich akzeptiert, aber bei Heranwachsenden und Erwachsenen insbesondere des männlichen Geschlechts stark verbreitet. Gegenstand der Bezeichnungen sind bevorzugt die Frau als Objekt und ihre Genitalien. Pauschal wird das weibliche Geschlecht als „Ding“, „Sache“, beispielsweise als „Fickautomat“, gekennzeichnet. Die Geschlechtsorgane pervertieren zur „Dose“, „Pfanne“, „Bumskommode“, die „Vulva“ beispielsweise zur „Spritzdüse“, „Batterie“, „Melkmaschine“, und schließlich die Scheidenflüssigkeit wird mit Ausdrücken wie „Motoröl“, „Bremsflüssigkeit“ umschrieben. Aber auch das männliche Genitale erhält verdinglichte

Begriffe: „Brechstange“, „Bohrer“, „Fotzhobel“. Wie E. Borneman (1991) in seinen einschlägigen Untersuchungen zur Sexuelsprache nachweisen konnte, entstammen die meisten Vulgärausdrücke maskulinen Hirnen, die alle das Ziel verfolgen, die menschliche Sexualität zu entpersönlichen, zu verdinglichen und nicht selten auch zu mechanisieren. Von der Vulgärsprache ist noch die sogenannte *Umgangssprache* zu unterscheiden. Auch sie stößt generell auf gesellschaftliche Ablehnung und kompromittiert diejenigen, die sich dieser Ausdrücke bedienen. Sie ist häufig in Sub- oder Teilkulturen anzutreffen; bei nicht wenigen Jugendlichen gehören umgangssprachliche Ausdrücke zum selbstverständlichen Sexvokabular. Beispiele sind: „Möse“, „Schwanz“, „ficken“, „bumsen“, „vögeln“. Jugendlichen erscheint es geradezu schick oder provozierend, gerade diese Bezeichnungen im Gegensatz zu denen der Bürokraten- oder Hochsprache in der Peer-group zu verwenden. Die Ausdrücke der *Hochsprache* werden gemeinhin anerkannt. Sie entbehren häufig jedoch anschaulicher Bilder, wirken steril und verschleiern nicht selten den eigentlichen Bedeutungsaspekt. Im Sinne des seit den Griechen bekannten Euphemismus beschönigen sie einen tabuisierten Sachverhalt und sprechen ihn dann so allgemein wie möglich an. Solche Ausdrücke sind: „Liebesspiel“, „Liebe machen“, „Liebesakt“, „körperliche Vereinigung“, „Wasser lassen“, „miteinander schlafen“, „mit jemandem ins Bett gehen“, „Bedürfnisanstalt“.

Die gesellschaftliche Akzeptanz hochsprachlicher Begriffe (z.B. „Glied“, „Scheide“, „Geschlechtsverkehr“) versetzt Menschen in die Lage, im Alltag und in der Öffentlichkeit über sexuelle Fragen so sprechen zu können, ohne daß sie bei ihren Mitmenschen allein wegen der Wortwahl auf Ablehnung stoßen oder mit diesen Schwierigkeiten bekommen. Gegenüber allen anderen Sprachebenen haben die Termini der medizinischen *Fachsprache* den Vorteil, daß sie meistens als eindeutig und präzise gelten. Sie sind jedoch fast immer fremdsprachlicher, d.h. lateinischer, Herkunft und wirken daher insbesondere auf junge Gesprächsteilnehmer/-innen befremdlich und distanzierend (z.B. „Klitoris“, „Koitus“, „Pollution“). Andererseits nehmen einige von ihnen (z.B. „Penis“, „Menstruation“) innerhalb des allgemeinen sexuellen Sprachgebrauchs mittlerweile einen festen Platz ein. Auch unter den Fachausdrücken finden sich gelegentlich Begriffe, die den Bedeutungsgehalt unangemessen wiedergeben. So dürfte nicht von „Interruptio“, sondern es müßte eigentlich von „Abruptio graviditatis“ gesprochen werden. Denn bei der Abtreibung wird die Schwangerschaft abgebrochen, nicht unterbrochen.

Der kurze Überblick über die fünf Sprachebenen sexuellen Vokabulars verdeutlicht, daß die verbale Kommunikation im deutschsprachigen Bereich durch einige Probleme beeinträchtigt ist. So besteht eine allgemeine Unsicherheit, den gesellschaftlich erwünschten Ausdruck in einem vorgegebenen Kontext zu wählen. Mit der Wahl vulgärer oder umgangssprachlicher Begriffe sind Zeitgenossen leicht zu schockieren und zu provozieren. Aggressives Verhalten gehört dann zu den zu erwartenden Rückmeldungen. Das sexuelle Vokabular der Vulgär- und Umgangssprache wird von vielen Menschen als obszön empfunden und schon deshalb als Fäkal- und Gossensprache abqualifiziert.

Andere Ausdrücke, insbesondere die Bezeichnungen der Hochsprache, enthalten Wortbestandteile, die nur vage und sehr allgemein den gemeinten Sachverhalt wiedergeben (z.B. Liebesspiel). Einige Sexualwörter oder Teile eines Wortes werden heute wegen ihres nicht mehr zutreffenden Sinngehalts mit Recht kritisiert (z.B. Scham, Vulva, Schamlippen). Lexeme der Vulgär- und Umgangssprache entsprechen zum großen Teil der männlichen Mentalität. Daher ist die sexuelle Vulgärsprache in ihren negativen, insbesondere men-

schenverachtenden Erscheinungsformen vornehmlich als Männersprache zu charakterisieren.

Alle fünf Sprachebenen können jeweils dazu beitragen, sexuelle Sachverhalte zu verniedlichen (Kindersprache), Geschlechtsorgane zu verdinglichen (Vulgärsprache), Menschen zu kompromittieren (Umgangssprache), Tatbestände zu verschleiern (Hochsprache) oder Gesprächspartner zu distanzieren (Fachsprache). Wege aus dem sexuellen Sprachdilemma sind: über die Verbalisierungsprobleme offen zu sprechen, sie kritisch zu reflektieren und neue Vorschläge - häufiger als bisher - zu diskutieren.

Welch einer Sexuelsprache bedienen sich heute die Autorinnen und Autoren von sexuellen Aufklärungsbroschüren, deren Zielgruppe die Jugendlichen sind? Um eine erste Antwort zu geben und möglicherweise Tendenzen aufzuzeigen, werden im folgenden zwei Neuerscheinungen auf ihre sprachlichen Merkmale hin untersucht und miteinander verglichen.

## **Sexueller Sprachgebrauch in zwei Jugendbroschüren**

### **Zu den Veröffentlichungen**

Beide Neuerscheinungen, „LET'S TALK ABOUT SEX“ und „SEX OHNE ANGST“, sind innerhalb kurzer Zeit publiziert worden: November 1993 und März 1994. Erstere wurde von einem Sexualpädagogen (Frank Herrath) und letztere von einer Biologin (Annette Bopp) geschrieben. Als Herausgeber zeichnen einmal die Landeszentrale für Gesundheitsförderung (Mainz), zum anderen die Stiftung Warentest (Berlin) in Zusammenarbeit mit dem Konsumentinnenforum Schweiz (Zürich) verantwortlich. Der Umfang des Mainzer „Sex-Heftes für Jugendliche“ beträgt 32 Seiten, der der Berliner Informationsschrift 167 Seiten. In beiden Schriften wird einleitend betont: Man wolle nicht nur Wissen vermitteln, sondern die spezifischen Fragen der Jugendlichen bei den thematischen Schwerpunkten berücksichtigen. Daher wurden die Broschüren in engem Kontakt mit Mädchen und Jungen der Zielgruppe erarbeitet. Das soziale Umfeld und die Gefühlswelt der Jugendlichen sollen bei der Konzeption der beiden Hefte eine entscheidende Rolle gespielt haben. Die Stiftung Warentest und das Konsumentinnenforum begründen ihr Interesse an einem Aufklärungsbuch damit, daß sie bereits Kondom- und Schwangerschaftstests sowie Berichte über Kontrazeption (Antibabypille) und AIDS veröffentlicht hätten und nunmehr die umgreifenden Themenschwerpunkte, Liebe und Sexualität, darzustellen beabsichtigen.

Auch im Vorwort des Sex-Heftes intendiert man, den Jugendlichen den Gesamtzusammenhang von Sexualität und Liebe durch Statements von Altersgenossen eindringlich vor Augen zu führen, um schließlich am Ende der Broschüre das weniger erfreuliche, aber gewiß notwendige Thema „Sexualität und AIDS“ möglichst effektiv abhandeln zu können. Die Texte beider Publikationen enthalten Originalaussagen der Adressatengruppen und eigene Kapitel mit Fragen von Jugendlichen, die sachkundig beantwortet werden. Die äußere Gestaltung ist in Wort und Bild um Jugendnähe bemüht, wobei das Outfit des Mainzer Aufklärungsheftes besonders attraktiv ausgefallen ist.

Sexuelle Verhaltensweisen im Jugendalter werden als eine selbstverständliche Realität angenommen. Gegen alte Tabus der Sexualität, z.B. Homosexualität, Selbstbefriedigung, Lustaspekt menschlichen Sexualverhaltens, wird eine klare Position bezogen und den Leserinnen und Lesern Mut zu einem beglückenden Sexualleben zugesprochen. Vor allem

wird die Maxime vertreten, Sexualität als einen zwischenmenschlichen Bereich zu begreifen, der die lebendige Auseinandersetzung mit Werten und Sexualnormen voraussetzt.

### Zur Sexuelsprache

In beiden Broschüren wird die Funktion einer den Gefühlen, Empfindungen, Einstellungen und Sachverhalten angemessenen Sexuelsprache direkt angesprochen und reflektiert. Nach LET'S TALK ABOUT SEX sind die gesellschaftlich akzeptierten Sexualwörter zumeist „steif“, „steril“, und „unsinnlich“, ja nicht selten „lateinisch umständlich“ einzuschätzen. Die Tatsache, ob umgangssprachliche oder hochsprachliche Ausdrücke verwendet werden („Möse“, „Scheide“, „vögeln“, „zusammen schlafen“), ist zunächst einmal nicht entscheidend. Vielmehr kommt es darauf an, wer wo wie die Wörter gebraucht. Wichtig sei es, mit eigenen Worten zu sagen, was man fühlt und sich zu fragen zutraut. So kann die Sexuelsprache mithelfen, sich zu verstehen und „sexuell zu verstehen“. Ob die Bezeichnungen „Schamhaare“ und „Schamlippen“ heute noch in ihrer eigentlichen Bedeutung ernst zu nehmen sind, wird - wie bereits in anderen Aufklärungsschriften - angezweifelt. So wird gefragt, warum man sich wegen dieser Geschlechtsmerkmale schämen sollte.

Auch in SEX OHNE ANGST wird bedauert, daß die heutige Sexuelsprache kaum den Gefühlen, Empfindungen und Stimmungen im Umgang mit der Sexualität gerecht wird. Häufig wirken die Sexualwörter obszön oder vulgär, so daß sie offiziell gar nicht verwendet werden können, wenn man sich dadurch nicht gewisse Nachteile einhandeln möchte. Den jugendlichen Leserinnen und Lesern wird daher geraten, sich in der festen Freundschaft auf die selbstgewählten Bezeichnungen zu verständigen und diese dann fortan zu gebrauchen. Denn „das macht Spaß und schafft eine Vertrautheit, die euch ganz allein gehört“. Dieser Hinweis auf den Rückzug in die Privatheit mag in der Tat die jungen Leute zu mancherlei Wortschöpfungen veranlassen und ihnen eine optimale Verständigung zu zweit ermöglichen. Das zentrale Problem einer von der Gesellschaft und den Individuen akzeptierten Sexuelsprache wird jedoch mit einem solchen Vorschlag noch nicht gelöst.

Es stellt sich nun die konkrete Frage: Welcher Sexualwörter bedienen sich die beiden Neuerscheinungen? In einer kleinen Auswahl unterschiedlicher Ausdrücke soll dies bei jeder Schrift festgestellt und im anschließenden Vergleich erörtert werden.

Zu den ausgewählten Bezeichnungen gehören jeweils zwei weibliche und männliche Geschlechtsorgane. Die Klitoris wird bewußt hinzugenommen, weil sie für den Lustgewinn als *das* weibliche Geschlechtsorgan anzusehen ist. Als weitere geschlechtsspezifische Funktionsweisen treten „Menstruation“ und „Ejakulation“ hinzu und als sexuelle Verhaltensweisen für beide Geschlechter: „Onanie(ren)“ und „Koitus“. Die Begriffe „Schwangerschaftsabbruch“ und „Abtreibung“ wurden deshalb in die kleine Textanalyse mit einbezogen, um herauszufinden, ob sich bei den neuen Aufklärungsbroschüren Unterschiede in der Wortwahl feststellen lassen.

Das Ergebnis der quantitativen Textanalyse ist in der folgenden Übersicht zusammengefaßt. Es wird bei der jeweiligen Plazierung nur grob unterschieden zwischen vorgefundenen Ausdrücken, die „am häufigsten“ oder „weniger häufig“ in der jeweiligen Broschüre vorgefunden wurden (Tabelle 1).

Der Überblick über die am häufigsten verwendeten Ausdrücke zeigt, daß im großen und ganzen beide Broschüren das gleiche sexuelle Vokabular verwenden. Die Tendenz besteht

Tab. 1: Sexualsprache in Jugendbroschüren (Neuerscheinungen)

LET'S TALK ABOUT SEX		
Titel		
Bezeichnungen	vorgefunden am häufigsten	weniger häufig
<i>Vagina</i>	Scheide	Vagina, Muschi, Möse
<i>Klitoris</i>	Klitoris	Kitzler
<i>Labia (majora, minora) pudendi</i>	Schamlippen	
<i>Penis</i>	Penis	Pimmel, Godemichel, Schwanz
<i>Testes</i>	Hoden	
<i>Menstruation</i>	Menstruation	Zyklus, Monatsblutung, Blutung
<i>Ejakulation</i>	Samenerguß	Ejakulation
<i>Onanie</i>	Onanie(ren)	Selbstbefriedigung, Masturbation
<i>Koitus</i>	miteinander/ zusammen schlafen	Geschlechtsverkehr, vögeln, bumsen, Koitus, sexuelle Vereinigung
<i>Abruptio graviditatis</i>	Abtreibung	
SEX OHNE ANGST		
Titel		
Bezeichnungen	vorgefunden am häufigsten	weniger häufig
<i>Vagina</i>	Scheide	Vagina
<i>Klitoris</i>	Klitoris	Kitzler
<i>Labia (majora, minora) pudendi</i>	Schamlippen	Geschlechtslippen
<i>Penis</i>	Penis	Glied
<i>Testes</i>	Hoden	Hodenkugeln, Geschlechtsdrüsen
<i>Menstruation</i>	Menstruation, „die Tage“	Monatszyklus, Blutung, Periode, Regel, Zyklus
<i>Ejakulation</i>	Samenerguß Ejakulation	
<i>Onanie</i>	Onanie(ren)	Selbstbefriedigung
<i>Koitus</i>	miteinander schlafen, Geschlechtsverkehr	Liebesakt, Geschlechtsakt, ins Bett gehen
<i>Abruptio graviditatis</i>	Abtreibung Abbruch	Schwangerschaftsabbruch

darin, deutschsprachige Ausdrücke zu bevorzugen. Bei den weniger häufig vorkommenden Begriffen lassen sich deutliche Unterschiede konstatieren.

Während SEX OHNE ANGST durchweg die hochsprachlichen Bezeichnungen enthält, finden sich in LET'S TALK ABOUT SEX auch Sexualwörter, die vor allem der umgangssprachlichen Ebene zuzuordnen sind. Sie sind sowohl in den abgedruckten Statements der Jugendlichen als auch in den Ausführungen des Autors anzutreffen. Die Ausdrücke „Muschi“ und „Möse“ wurden jeweils zweimal verwendet, „Pimmel“ tritt ebenfalls zweimal in Erscheinung und „Schwanz“ nur einmal. Die Bezeichnungen „vögeln“ und „bumsen“ kommen insgesamt fünf- bzw. dreimal vor.

Sechs anstößige Wörter mit insgesamt 15 Nennungen enthält also der Text, wobei ein Wort die Kritiker am meisten empörte, das bei der vorgegebenen Wortauswahl nicht berücksichtigt werden konnte: „arschficken“. Obgleich es nur einmal vorkommt, provoziert es in doppelter Hinsicht. Dieses Unwort hat zwei Teile, die als obszön gelten, und beschreibt einen Sachverhalt, der zu der gesellschaftlich anerkannten Reproduktionsfunktion menschlicher Sexualität in deutlichem Widerspruch steht.

Die umgangssprachlichen Ausdrücke wurden nach Aussagen der Verantwortlichen in dieser Broschüre vor allem deswegen gewählt, um einen unmittelbaren Bezug zu einem Teil von Jugendlichen herzustellen, die über die Schulen nicht mehr erreicht werden und häufig gerade solche Begriffe verwenden. Für die Jugendlichen wäre es im Sinne der Lebenshilfe hilfreich gewesen, wenn die umgangssprachlichen Ausdrücke auf die Statements der Mädchen und Jungen beschränkt geblieben wären und der Autor selbst ausschließlich solche Begriffe verwendet hätte, die den jungen Leuten in der Öffentlichkeit keine neuen Probleme bereiten.

In beiden Veröffentlichungen wird der Versuch unternommen, eine neue Bezeichnung einzuführen. In SEX OHNE ANGST ist zweimal das Wort „Geschlechtslippen“ (statt „Schamlippen“) und in LET'S TALK ABOUT SEX ebensooft der früher einmal gebräuchliche Begriff „Godemichel“ (statt „Penis“) zu lesen. Wenn auch die gute Absicht erkennbar wird, die Sexuelsprache durch weitere, vielleicht positiv besetzte Ausdrücke zu ergänzen, so bleibt abzuwarten, ob sie sich künftig durchsetzen werden. Auf das Wort „Godemichel“ wird deswegen zurückgegriffen, weil dieser Ausdruck eine angenehme Botschaft enthält: „Erfreue mich“. Aber gerade eine solch lustvolle Kennzeichnung des Sexuellen ist für nicht wenige Zeitgenossen immer noch ein hinreichender Grund, Selbstverständliches schroff für sich und andere abzulehnen.

Die Broschüre der Stiftung Warentest verwendet demgegenüber insgesamt Bezeichnungen, die zwar gesellschaftlich anerkannt, aber durchaus als blumig einzustufen sind: „Liebesakt“, „mit jemandem ins Bett gehen“. Statt einer konkreten Kennzeichnung weicht man auf Ausdrücke aus, die in ihrer verallgemeinernden Bedeutung eher die Tendenz verfolgen, den Sachverhalt zu verschleiern und ihn bewußt nicht beim Namen zu nennen.

## Zusammenfassung

Ein erster Einblick in den Sprachgebrauch zweier aktueller Aufklärungsbroschüren hat vor allem folgendes sichtbar werden lassen:

- Bei den vorgestellten Veröffentlichungen ergab sich eine beeindruckende Übereinstimmung der für die Textanalyse ausgewählten und am häufigsten vorgefundenen Sexualwörter.
- Unter den weniger häufig festgestellten Begriffen weisen in beiden Broschüren die Ausdrücke „Menstruation“ und „Koitus“ die meisten Synonyma auf.
- In SEX OHNE ANGST findet man eher Bezeichnungen, die der hochsprachlichen Ebene zuzuordnen sind, aber auch solche mit verschleiender Tendenz.
- In LET'S TALK ABOUT SEX lassen sich demgegenüber Begriffe ausfindig machen, die der Sprachebene der Kinder- und Umgangssprache angehören.
- Beide Schriften bevorzugen den Ausdruck „Abtreibung“ gegenüber anderen synonymen Bezeichnungen. In SEX OHNE ANGST wird das Wort „Abbruch“ ebenso häufig verwendet.
- Es wird jeweils einmal der Versuch unternommen, einen unbekanntem Begriff in die Sexuelsprache einzuführen: „Geschlechtslippen“ und „Godemichel“.

Über die Einzelerkenntnisse hinausgehend machen diese Ausführungen deutlich, daß in Zukunft über die den gesellschaftlichen Bedingungen angemessene Sexuelsprache weiter geforscht, diskutiert und öffentlich gestritten werden muß. Im vorliegenden Beitrag konnte nur auf einzelne Probleme und vielleicht auf die eine oder andere Möglichkeit, Hypothesen für künftige Forschungsaufgaben zu gewinnen, aufmerksam gemacht werden. Das Ergebnis der gesamtgesellschaftlichen Diskussion wird sicherlich mit darüber entscheiden, *wie* über Sexualität weiterhin gesprochen wird: aggressiv, manipulativ oder diskursiv.

In beiden Schriften werden zudem die jugendlichen Leserinnen und Leser nicht primär als Objekt sexualpädagogischer Anweisungen und sexueller Zielsetzungen gesehen. Vielmehr wird ihnen eine lustbetonte Sexualität zugestanden, die im Kontext sozialer Normen wie Liebe, Vertrauen, Geborgenheit, Treue (auf Zeit) und Verantwortung aufgefaßt wird. Beide Broschüren machen den längst überfälligen Versuch, endlich damit zu beginnen, den Jugendlichen Möglichkeiten aufzuzeigen, über sexuelle Fragen und Probleme sprechen zu *lernen*. Ein erster Motivationsschub hierzu ist in den letzten Monaten von LET'S TALK ABOUT SEX ausgegangen. Die Broschüre ist daher ihrem Titel im hohen Maße gerecht geworden. Das zeigen nicht zuletzt das vielfältige Medienecho und die enorme Nachfrage, nachdem die erste Auflage (30.000 Exemplare) innerhalb kurzer Zeit vergriffen war.

## Literatur

Bornemann, E.: Sex im Volksmund. Der obszöne Wortschatz der Deutschen. Reinbek: Rowohlt 1991

### **Anschrift des Autors**

Prof. Dr. Norbert Kluge, Universität Koblenz-Landau, Abteilung Landau, Forschungsstelle für Sexualwissenschaft und Sexualpädagogik, Westring 10 a, 76829 Landau

## Kurzer Überblick über einige sexualwissenschaftliche Zeitschriften 1905–1932 (Teil I)

### A Brief Review of Some Sexological Journals 1905–1932 (Part I)

A. Llorca Díaz, Madrid

#### Zusammenfassung

Zu den aus sexualwissenschaftlicher Sicht bedeutendsten Zeitschriften, die sich Anfang des 20. Jahrhunderts in Deutschland mit dem Thema "Sexualität" beschäftigten, gehören *Mutterschutz* (1905–1907), das von Helene Stöcker gegründete und herausgegebene Organ des *Bundes für Mutterschutz*, und die *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* (1908), die unter der Leitung ihres Mitbegründers Magnus Hirschfeld stand.

*Schlüsselwörter:* Helene Stöcker, Magnus Hirschfeld, Geschichte der Sexualwissenschaft

#### Abstract

Two of the most important German journals at the beginning of the 20th century from the sexological point of view are *Mutterschutz* (1905–1907), the official publication of the *Bund für Mutterschutz*, founded and edited by Helene Stöcker, and the *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* (1908), the founder and editor of which was Magnus Hirschfeld.

*Key words:* Helene Stöcker, Magnus Hirschfeld, History of Sexology

Für die Erforschung der Anfänge der Sexualwissenschaft als Wissenschaft im heutigen Sinne zu Beginn dieses Jahrhunderts in Deutschland gewinnen die damaligen sexualwissenschaftlichen Zeitschriften eine besondere Bedeutung. Einige fungierten als offizielle Organe verschiedener Verbände, andere dienten als Diskussionsforen für Themen aus der Eugenik, Sexualreform oder Sexualethik und wieder andere wurden mit der erklärten Absicht gegründet, die wissenschaftlichen Grundlagen für die Sexualwissenschaft zu erarbeiten. In den Beiträgen läßt sich neben dem Ringen um die wissenschaftliche Konsolidierung der Sexualwissenschaft auch der Einfluß erkennen, den dabei die Forschungsergebnisse der gerade im Entstehen begriffenen Endokrinologie und die Anfänge der Psychoanalyse hatten. Darüberhinaus stellen diese Zeitschriften hervorragende Quellen dar, um die bedeutendsten Persönlichkeiten auf dem neuen Forschungsgebiet, die damals am meisten interessierenden Themen und theoretischen Diskussionen sowie die Verbände und Kongresse der jungen Disziplin kennenzulernen.

Im folgenden möchte ich einige Zeitschriften vorstellen, die m.E. für die neue Wissenschaft besonders wichtig waren und anhand derer man ihre Entstehungsgeschichte gut nachvollziehen kann (s. Tab. 1):

- die Zeitschrift *Mutterschutz*, 1905 von Helene Stöcker gegründet,
- die *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, die während des Jahres 1908 erschien und von Magnus Hirschfeld herausgegeben wurde,

- *Sexual-Probleme*, unter der Leitung von Max Marcuse Nachfolgezeitschrift der beiden zuvor genannten,
- das *Archiv für Sexualforschung*, Organ der Internationalen Gesellschaft für Sexualforschung,
- die *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, die 1914 bei ihrem zweiten Erscheinen von Albert Eulenburg und Iwan Bloch als Publikationsorgan der Ärztlichen Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Eugenik herausgegeben wurde und bei ihrem dritten und letzten (1919 - 1932) von Max Marcuse als Organ der Internationalen Gesellschaft für Sexualforschung.

Tab. 1: Sexualwissenschaftliche Zeitschriften 1908 - 1932

Name der Zeitschrift	Jahr der Veröffentlichung	Herausgeber	Verlag	Publikationsorgan für:
Mutterschutz	1905 - 1907	Helene Stöcker	J. D. Sauerländer (Frankfurt a.M.)	Bund für Mutterschutz
Zeitschrift für Sexualwissenschaft 1. Periode	1908	Magnus Hirschfeld	Georg H. Wigand (Leipzig)	
Sexual-Probleme	1908 - 1914	Max Marcuse	J. D. Sauerländer (Frankfurt a.M.)	
Archiv für Sexualforschung	1915 - 1916	Max Marcuse	Carl Winters Universitätsbuchhandlung	Internationale Gesellschaft für Sexualforschung
Zeitschrift für Sexualwissenschaft 2. Periode	1914 - 1919	Albert Eulenburg und Iwan Bloch	A. Marcus & Weber (Bonn)	Ärztliche Gesellschaft f. Sexualwissenschaft und Eugenik
Zeitschrift für Sexualwissenschaft 3. Periode	1919 - 1928	Max Marcuse	A. Marcus & Weber (Bonn)	Internationale Gesellschaft für Sexualforschung
Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik	1928 - 1932	Max Marcuse	A. Marcus & Weber (Berlin und Köln)	Internationale Gesellschaft für Sexualforschung

Selbstverständlich sind dies nicht die einzigen Zeitschriften, die damals in Deutschland zu sexualwissenschaftlichen Themen Stellung bezogen, es sind jedoch diejenigen, die für die Untersuchung der Geschichte der Sexualwissenschaft am interessantesten sein dürften, weil hier die theoretischen Grundsatzdiskussionen über die Gestaltung der neuen Wissenschaft ausgetragen wurden. Nicht berücksichtigt werden im folgenden so wichtige Zeitschriften wie z.B. das *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen*, dessen Herausgeber zwischen 1899 und 1919 Magnus Hirschfeld war und das als Organ des Wissenschaftlich-humanitären Komitees fungierte oder die Zeitschrift *Sexualhygiene*, die seit 1929 als Organ der Gesellschaft für Sexualreform (Gesex) von Felix A. Theilhaber herausgegeben wurde.

## Mutterschutz

Dr. phil. Helene Stöcker (1869 - 1943) gründete 1905 die Zeitschrift *Mutterschutz*, deren Herausgeberin sie bis zu ihrem letzten Heft im Dezember 1907 war. Das monatlich bei J. D. Sauerländer in Frankfurt a. M. erscheinende Periodikum (1906 lediglich 9 Hefte, um Heftnummern und Kalendermonate in Einklang zu bringen) war Organ des Bundes für Mutterschutz, der 1905 von Helene Stöcker, Max Marcuse und anderen Persönlichkeiten der damaligen Zeit ins Leben gerufen worden war und für die Rechte der unverheirateten Mutter und ihres Kindes, das Recht auf Abtreibung und eine neue Moral eintrat.

Im Heft 1 findet man auf den ersten beiden Seiten unter der Überschrift „An unsere Leser“ eine Mitteilung der Herausgeberin und des Verlags, in der die Ziele der neuen Zeitschrift vorgestellt werden. Sie stelle sich „die Aufgabe, die Probleme der Liebe, der Ehe, der Freundschaft, der Elternschaft, der Prostitution, sowie alle damit zusammenhängenden Fragen der Moral und des gesamten sexuellen Lebens nach der philosophischen, historischen, juristischen, medizinischen, sozialen und ethischen Seite zu erörtern“ und solle „Mittelpunkt werden für alle Bestrebungen, die eine Reform unserer heutigen konventionellen Anschauungen zum Ziel haben“ (Stöcker 1905a: 1).

Auch der darauffolgende erste Artikel, „Zur Reform der sexuellen Ethik“ (Stöcker 1905b), stammt von Helene Stöcker und in ihm erläutert sie noch einmal die Ziele der neuen Zeitschrift. Stöcker unterstreicht darin die schädlichen Auswirkungen der herrschenden Ethik und Moral und plädiert leidenschaftlich für deren Erneuerung. Sie spricht sich für eine Ethik aus, die anerkennt, daß „das Ziel der Menschheit nicht mehr im Jenseits, nicht in einer fernen Ewigkeit liegt“, es gehe vielmehr darum, „unser Leben so zu gestalten, daß es wert wäre, ewig gelebt zu werden“. Dafür erbittet sie die Mithilfe „sowohl der Geistes- wie Naturwissenschaften, der Philosophie und Kulturgeschichte, der Medizin und der Rechtswissenschaft, der Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaft, der Biologie wie der Ästhetik“. Die Autorin möchte sich jedoch nicht mit dem „Ausmalen vornehmer Ideale“ zufriedengeben, „wenn die brutale Wirklichkeit, die wirtschaftliche Not für die meisten Menschen, Männer wie Frauen, eine solche innere Kultur unmöglich machen“ und leitet von der Erkenntnis dieses „heute noch kulturhemmenden Zusammenhangs zwischen wirtschaftlicher und geistiger Entwicklung“ die Verpflichtung ab, „nicht nur hohe Idealisten, sondern ebenso energische Kämpfer und Sozialreformer zu sein“ (Stöcker 1905b: 4-10).

Der Aufbau der Zeitschrift unterlag während der drei Jahre ihres Erscheinens gewissen Änderungen, was wohl mit der Absicht der Herausgeberin zusammenhing, die größtmögliche Anzahl interessanter Beiträge aus den unterschiedlichsten Fachgebieten zu veröffentlichen. In den Jahrgangsbänden sind die Arbeiten unter folgenden Rubriken zusammengefaßt:

- Aufsätze
- Literarische Berichte
- Bibliographie
- Zeitungsschau
- Tagesgeschichte
- Aus der ärztlichen Praxis (lediglich in einem Heft des II. Jg.)
- Aus der juristischen Praxis (ebenfalls nur in einem Heft des II. Jg.)
- Mitteilungen des 'Bundes für Mutterschutz'

- Aphorismen (nur im III. Jg.)
- Sprechsaal

In Übereinstimmung mit den anfangs genannten Zielen der Zeitschrift sind die in den Originalbeiträgen am meisten vertretenen Themen die Liebe, die Ehe (unter rechtlichen und sexualhygienischen Gesichtspunkten), die Sexualethik, die Rechte der unverheirateten Mutter und ihres Kindes, die Rechte der Frau im allgemeinen, die Sexualhygiene und der Bund für Mutterschutz selbst.

*Mutterschutz* kann nicht als sexualwissenschaftliche Zeitschrift bezeichnet werden (sie befaßte sich nie explizit mit dieser Wissenschaft), und sie wollte dies auch gar nicht sein. Ihre Erwähnung in diesem Zusammenhang geschieht aus mehreren Gründen:

*Mutterschutz* war eine der ersten bedeutenden Zeitschriften, die Fragestellungen aufgriff, die mit dem Thema 'Sexualität' zusammenhingen, wobei sie ihren Schwerpunkt insbesondere auf die Ethik und die Sexualhygiene legte. Dabei gelang es, Originalbeiträge von führenden Autoren auf dem Gebiet der Sexualwissenschaft zu veröffentlichen, u.a. von Iwan Bloch, Havelock Ellis, Albert Eulenburg oder August Forel. Die Herausgeberin Helene Stöcker hielt engen Kontakt zu den Pionieren der Sexualwissenschaft und schrieb selbst Artikel für verschiedene Zeitschriften im Umfeld der neuen Wissenschaft. Darüberhinaus führte die Einstellung der Zeitschrift zur Gründung von *Sexual-Probleme*, einer Zeitschrift, die sich von Anfang an die wissenschaftliche Behandlung von Themen zur Aufgabe machte, die mit Sexualität zu tun hatten.

Im Dezember 1907 erschien die letzte Nummer von *Mutterschutz*. Die Zeitschrift, die der Verlag daraufhin, mit einem neuen Äußeren versehen, unter dem Titel *Sexual-Probleme*. *Der Zeitschrift 'Mutterschutz' neue Folge* publizierte, wurde von Max Marcuse herausgegeben. Sie war nicht mehr Organ des Bundes für Mutterschutz und verfolgte andere Ziele als ihre Vorgängerin. Gründe für diese Änderungen nennt der Verlag in einer Mitteilung "An unsere Leser" im letzten Heft von *Mutterschutz* (Verlag J. D. Sauerländer 1907), wo auf Meinungsverschiedenheiten mit Helene Stöcker in bezug auf die Gestaltung und den Inhalt der Zeitschrift verwiesen wird. Einen Abschiedsgruß oder gar eine Erklärung der Herausgeberin selbst sucht man allerdings vergebens.

Ebenfalls im letzten Heft von *Mutterschutz* abgedruckt ist das Vorwort von Max Marcuse für die erste Nummer von *Sexual-Probleme*, in der er die Ausrichtung der Zeitschrift vorstellt. Das neue Organ des Bundes für Mutterschutz hieß ab Januar 1908 *Die neue Generation* und Helene Stöcker war erneut seine Herausgeberin.

### **Zeitschrift für Sexualwissenschaft. Erste Periode (1908)**

Im Januar 1908 gründete Dr. med. Magnus Hirschfeld (1868 – 1935) zusammen mit dem Ethnologen Friedrich Salomon Krauss und dem Arzt Hermann Rohleder die *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, die erste Zeitschrift, die den Begriff „Sexualwissenschaft“ in ihrem Titel trug. Während Magnus Hirschfeld als Herausgeber der Zeitschrift firmierte, verwies ein Zusatz auf dem Deckblatt auf die beiden Mitbegründer („unter redaktioneller Mitwirkung von (...)“). Die Zeitschrift erschien während des Jahres 1908 monatlich bei Georg H. Wigand in Leipzig. Mit dem Dezemberheft stellte sie ihr Erscheinen ein, wahrscheinlich aus ökonomischen Gründen, und wurde mit *Sexual-Probleme* vereinigt. Die *Zeitschrift für*

*Sexualwissenschaft* wurde mit der erklärten Absicht ins Leben gerufen, einen Beitrag zur Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen der Sexualwissenschaft zu leisten. Dies wird bereits in dem Beitrag „Über Sexualwissenschaft“ (Hirschfeld 1908a) deutlich, mit dem Magnus Hirschfeld das erste Heft der Zeitschrift eröffnet. Hirschfelds Artikel hat vor allem drei Schwerpunkte: der wissenschaftliche Charakter der Sexualwissenschaft, die Notwendigkeit, die sexuellen Phänomene zu erforschen – Hirschfeld grenzt sich damit klar von denjenigen Auffassungen ab, die dies als gefährlich ansehen – und einige grundsätzliche Fragestellungen, die in Zukunft im Mittelpunkt des Forschungsinteresses der Zeitschrift stehen sollen:

- Familie und Ehe (denn „nicht nur die Erhaltung, sondern auch die Vervollkommnung des Menschengeschlechts hängt vom Geschlechtstrieb ab“),
- das Sexualleben der Pflanzen und Tiere (wo man „den Weg verfolgen“ könne „von der ungeschlechtlichen Einheit bis zur Trennung der Geschlechter“),
- die Gesetze der Vererbung, der Variabilität, der Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit, der Regeneration und Degeneration sowie der Rassenhygiene,
- die Frage, „wovon es abhängig ist, daß das Geschlecht sich das eine Mal nach der männlichen, das andere Mal nach der weiblichen Seite entwickelt“ und damit zusammenhängend „eine der schwierigsten Definitionen“ in der Sexualwissenschaft, „die Feststellung, was ist feminin, was ist viril?“, letztendlich also die Untersuchung der Ursachen der Homosexualität verbunden mit der Klärung der Begriffe „Norm“, „Abweichung“ und „Degeneration“. (Hirschfeld 1908a: 9-13)

Hirschfeld schließt seine Ausführungen mit der Forderung, daß man, der Forschungsmethode von Dr. P.J. Möbius folgend, das Verhältnis von „Geschlecht“ und „Kunst“, „Wissenschaft“, „Kultur“, „Gesundheit“, „Persönlichkeit“, „Sitte“, „Religion“ und „Recht“ behandeln müsse und „von Tendenzen (...) nur eine pflegen“ solle: „Die Erforschung der Wahrheit“ (Hirschfeld 1908a: 18-19). Der Aufbau der Zeitschrift für Sexualwissenschaft änderte sich während des ersten Jahres ihres Bestehens nicht. Im allgemeinen standen Originalartikel neben Buchbesprechungen und einer Rubrik Materialien; lediglich im Heft Nr. 6 gibt es eine Rubrik Kritiken und Mitteilungen und in den Nummern 8 und 9 eine mit dem Titel „Aus der Zeit“. Insgesamt 37 Autoren lieferten Originalbeiträge, von denen auf dem Gebiet der Sexualwissenschaft, außer Magnus Hirschfeld selbst, Iwan Bloch, Max Katte, Arthur Kronfeld, Cesare Lombroso, Paul Mantegazza und Hermann Rohleder hervorzuheben sind, seitens der Psychoanalyse Karl Abraham, Alfred Adler, Sigmund Freud und Wilhelm Stekel.

Wie schon der Titel der Zeitschrift besagt, stand die Sexualwissenschaft selbst im Mittelpunkt des Forschungsinteresses verschiedener Arbeiten. Einige können heute als programmatisch für die Konstituierung der Sexualwissenschaft als Wissenschaft angesehen werden (Haeberle 1983), insbesondere die drei Artikel von Magnus Hirschfeld „Über Sexualwissenschaft“ (Hirschfeld 1908a), „Einteilung der Sexualwissenschaft“ (Hirschfeld 1908b) und „Zur Methodik der Sexualwissenschaft“ (Hirschfeld 1908c) sowie die Beiträge „Über den Begriff der Abnormalität mit besonderer Berücksichtigung des sexuellen Gebietes“ von Max Katte (Katte 1908) und „Die Sexualwissenschaft in ihrer Bedeutung für die ärztliche Allgemeinpraxis“ von Hermann Rohleder (Rohleder 1908).

Im Dezember 1908 erschien mit der Nummer 12 das letzte Heft der *Zeitschrift für*

*Sexualwissenschaft*. Sie wurde von nun an mit der Zeitschrift *Sexual-Probleme* vereinigt, deren Herausgeber Max Marcuse war und der man den Untertitel *Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik* gab. Beide Zeitschriften waren zur gleichen Zeit ins Leben gerufen worden, trotz ähnlicher Themen hatte jedoch jede ihren eigenen Charakter. Während sich die *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* mehr der wissenschaftlichen Seite der Sexualwissenschaft widmete, standen bei *Sexual-Probleme* eher die sexualpolitischen Fragestellungen im Mittelpunkt. Mit dem Aufgehen der *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* in der Zeitschrift *Sexual-Probleme* sollte die spezifische Ausrichtung der ersteren verlorengehen.

Im erwähnten Dezemberheft des Jahres 1908 verabschiedet sich Magnus Hirschfeld in einer längeren Mitteilung mit der Überschrift „An unsere Leser“ (Hirschfeld, 1908d) als Herausgeber und verweist dabei auf die bevorstehende Vereinigung der beiden Zeitschriften trotz bestehender Unterschiede:

„Bei den ‘Sexual-Problemen’ überwog zwar der ethische, soziale und juristische, bei der Zeitschrift f. S. W. der medizinisch-naturwissenschaftliche Charakter, bei ersteren nahmen die rein normal-sexuellen Probleme, bei unsrer Zeitschrift die sexuellen Varietäten und Anomalien einen größeren Raum ein; doch waren beide Zeitschriften in der Hauptsache dem *publizistischen Eintreten für eine größere individuelle Sexualfreiheit auf Grund sexualwissenschaftlicher und sexualpolitischer Forschungsergebnisse einig*“ (Hirschfeld 1908d:735).

## Literatur

- Hirschfeld, M.: „Über Sexualwissenschaft“, in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, 1.Jg. Heft 1. 1908a, 1-19
- Hirschfeld, M.: „Einteilung der Sexualwissenschaft“, in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, 1.Jg. Heft 10. 1908b, 569-588
- Hirschfeld, M.: „Zur Methodik der Sexualwissenschaft“, in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, 1.Jg. Heft 12. 1908c, 735f.
- Hirschfeld, M.: „An unsere Leser“, in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, 1.Jg. Heft 12. 1908d, 681-705
- Katte, M.: „Über den Begriff der Abnormität mit besonderer Berücksichtigung des sexuellen Gebietes“ in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, 1.Jg. Heft 7. 1908, 385-404
- Rohleder, H.: „Die Sexualwissenschaft in ihrer Bedeutung für die ärztliche Allgemeinpraxis“ in: *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, 1.Jg. Heft 2. 1908, 65-74
- Stöcker, H.: „An unsere Leser“, in: *Mutterschutz*, 1.Jg. Heft 1. 1905a, 3-12
- Stöcker, H.: „Zur Reform der sexuellen Ethik“, in: *Mutterschutz*, 1.Jg. Heft 1. 1905b, 1
- Verlag J. D. Sauerländer. „An unsere Leser“, in: *Mutterschutz*, 3.Jg., Heft 12. 1907, 500

### Anschrift der Autorin

Angeles Llorca Díaz, Instituto de Sexología, Vinaroz 16, E-28002 Madrid

## Professor Dr. med. Hans Molinski (1923 - 1994)

R. Wille, Kiel; W. Dmoch, Düsseldorf



Ganz unerwartet, mitten aus einem arbeitsreichen und erfüllten Leben verstarb am 20.4.1994 Hans Molinski. Kurz zuvor war er von einem Vortrags- und Studienaufenthalt aus Rußland zurückgekehrt, zu dem ihn die Philosophische Fakultät der Universität Moskau eingeladen hatte. Seine letzten Gedanken beschäftigten sich mit dem „Frauenbild im Leninismus/Stalinismus“.

Wesentliche Impulse seiner Ausbildung als Psychotherapeut und Psychiater erhielt er während eines vierjährigen Aufenthaltes in den USA. Enge und freundschaftliche Kontakte verbanden ihn mit Fachkollegen aus Holland, Belgien und Israel.

Den fest verankerten Mittelpunkt seines privaten Lebens und beruflichen Schaffens hatte der geborene Berliner in

Nordrhein-Westfalen gefunden.

Unschwer nahm man seiner lebhaften Physiognomie und seinem zurückhaltenden Auftreten den „deutschen Professor“ ab; wer aber bei dem vielgefragten und vielgereisten Botschafter der deutschen Psychosomatik weltmännische Attitüden erwartete, sah sich getäuscht.

Hans Molinski verkörperte etwas ganz Unverwechselbares, etwas Suggestives, dem man sich kaum entziehen konnte. Stets hatte er ein volles und interessiertes Auditorium; wenn er in der Heidelberger Stadthalle an das Mikrofon trat, hörte jeder aufmerksam seinen Beiträgen zu. Sein rhetorischer Stil und seine mimische Zuwendung zum Gegenüber hatten etwas Verblüffendes an sich, etwas zugleich Provozierendes und Entwaffnendes: Scheinbar mühelos mit intuitiver Sicherheit fand er die Klammer, die auch unterschiedliche Positionen verbindet. Schmunzelnd bewunderten wir Hans Molinski, wie er auch bei heftigsten Diskussionen die Meinungsantipoden mit konzilianter Eigenständigkeit wieder zusammen brachte, wie er sich ein Detail herausgriff, eine überraschende Frage stellte, scheinbar naiv und doch zugleich tief sinnig verschmitzt.

Diesen Wesenszug hat Wittkower im Vorwort zu Molinskis Buch über die Psychosomatik der Frau mit „full of wisdom and common sense“ charakterisiert.

Das Bild eines so zutiefst undogmatischen und doch fest umrissenen Charakters, eines Mann mit so einprägsamen Eigenschaften wird in uns lebendig bleiben.

Hans Molinski war Gründungspräsident der Gesellschaft für praktische Sexualmedizin, auf den Heidelberger Tagungen für Sexualmedizin und Psychosomatik immer präsent, Promotor der Akademie für Sexualmedizin und Beiratsmitglied für die Zeitschrift *Sexuologie*. Wir werden ihn schmerzlich vermissen.

Hans Molinski wurde mit 17 Jahren zum Kriegsdienst in der Wehrmacht eingezogen und war an der Ostfront u.a. in Stalingrad, in Nordafrika und in Italien eingesetzt, wo er das Kriegsende erlebte. Von Italien schlug er sich allein über die Alpen nach Deutschland durch, bestand in Kiel eine Nachprüfung zum Hochschulzugang und begann das Studium der Biologie in Münster. Von dort erhielt er ein Stipendium für ein Auslandssemester in Schweden; hierbei zeigte sich das vielseitige und rege Interesse Molinskis am Menschen: Während er zusammen mit einem Hindi sprechenden Kommilitonen untergebracht war, befragte er diesen nach seinem Sprachgebrauch und schrieb eine Grammatik des Hindi. Während des weiteren Studiums in Münster schloß er das Studium der Botanik völlig, das Studium der Zoologie weitgehend ab. Gerne bezeichnete er sich als Schüler des großen Münsteraner Zoologen Rensch, der für ihn eine wissenschaftliche Assistenz-Stelle vorgesehen hatte und dem er seinen subtil beobachtenden Forschungsansatz verdankte. Aber wissenschaftliches Interesse am Lebendigen zog ihn aus dem Labor mehr zu den Menschen hin, so daß die Aufnahme des Medizinstudiums völlig folgerichtig war, das er 1951 just an seinem 29. Geburtstag mit dem Staatsexamen abschloß. Es folgten zweieinhalb Jahre Tätigkeit am Physiologisch-Chemischen Institut als Wissenschaftliche Hilfskraft und Stationen in der Inneren Medizin und der Pädiatrie. Sein erstes klinisches Interesse richtete sich auf die Pädiatrie; seine Ausbildung zum Psychiater und Psychotherapeuten begann er 1957, davon vier Jahre Ausbildung zum Psychiater und Psychoanalytiker an verschiedenen renommierten psychoanalytischen Instituten unterschiedlicher Schulen in New York.

1964 eröffnete ihm der Düsseldorfer Ordinarius Elert an der Universitäts-Frauenklinik ein neues Arbeitsfeld in Theorie und Praxis der Psychosomatik. Die Anregung hierzu war von Frau Melitta Mitscherlich gekommen, die sich konsequent gegen die Einrichtung zentraler Lehrstühle für Psychosomatik und für die Einrichtung dezentraler Abteilungen an den Lehrstühlen der verschiedenen medizinischen Fächer eingesetzt hatte.

Aus seinen unmittelbaren Studien an 1000 Gebärenden im Kreissaal gewann er die Erkenntnisse, mit denen er noch 1970 unter Professor Beck mit dem Thema: „Archaische Mütterlichkeit als Ursache gestörter Schwangerschaft und Geburt“ habilitierte. In dankenswerter akademischer Forschungsfreiheit - von ihm selbst mitunter ironisch als Narrenfreiheit bezeichnet - aber stets an die Empirie gebunden, konnte er sich seinen wissenschaftlichen Schwerpunkten widmen:

- Psychosomatische Erkrankungen infolge von Hemmungen der Lustphysiologie;
- Psychosomatische Erkrankungen während der Schwangerschaft und Geburt;
- Psychosomatische Störungen im Bereich der gynäkologischen Urologie;
- Psychosomatisch bedingte Störungen der Scheidenphysiologie;
- Pathogenetische Wege beim Zustandekommen verschiedener Formen von funktionellen Unterleibsschmerzen;
- Entwicklungsstufen der weiblichen Geschlechtsidentität sowie Bilder der Weiblichkeit;

Die Beschreibung der Lehre einer gleichzeitig biologisch, psychologisch und sozial orientierten Sprechstunde des Frauenarztes war ihm ein besonderes Anliegen, da es hier um den Import psychosomatischen Denkens in den Praxisalltag des Frauenarztes geht. Diese Art der Gestaltung der ärztlichen Tätigkeit hat er zusammen mit einigen Mitarbeitern in Kursen zwischen 1978 und 1993 mit großer Breitenwirkung gelehrt.

Von seinem unermüdlichen Engagement zeugen neben 136 wissenschaftlichen Publikationen insbesondere seine international bekannten Monographien:

- „Die unbewußte Angst vor dem Kind“ (1972);
- „Die Psychosomatik der Frau - Entwicklungsstufen der weiblichen Geschlechtsidentität in Gesundheit und Krankheit“ (1986) zusammen mit Dan Hertz;
- „Bilder der Weiblichkeit und Symptombildung“ (1990);
- „Der psychosomatische Aspekt in der Gynäkologie“ (1991).

Dabei war er getreu seinem Stil des Mit-Mensch-Seins stets bereit, auch neues Denken in seine Anschauungsweisen zu integrieren; derart ist er am psychoanalytischen Institut in Köln in seiner dialektischen Art des Denkens und Lehrens zum Praktiker der interpersonalen Psychiatrie, der sogenannten kulturellen Schule geworden; er hat stets auch fruchtbare Gedanken anderer als die der Freud'schen Schule vermittelt und erwies sich im Denken der Analytischen Psychologie von C.G. Jung ebenso zuhause, wie etwa in der Kommunikationstheorie oder im systemischen Denken. Gerade diese beiden zuletzt genannten Ansätze ermöglichten es ihm, der Sexualtherapie neue Impulse zu geben. Von seiner geistigen Flexibilität zeugt auch, daß er sich mit 54 Jahren entschloß, die russische Sprache zu erlernen, was ihn 10 Jahre später zu einer ersten Vortragsreise befähigte, auf der er sein Fach in Rußland vertrat, wie er es seither auf vielen weiteren Reisen auf Einladung korrespondierender Kliniken und Institutionen in Rußland getan hat. Hans Molinski hinterläßt ein gewichtiges wissenschaftliches Erbe. Wegen seiner Unnachahmlichkeit als Wissenschaftler und Arzt, als Mensch und väterlicher Freund können alle, die sich seinem Lebenswerk verpflichtet fühlen, in seinem Geiste fortfahren, um mit seinen Worten zu sprechen: mit „Lust und Liebe“ für die „Lust und Liebe“.

**Anschriften der Autoren**

Prof. Dr. med. Dr. jur. R. Wille, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel;  
Priv.-Doz. Dr. med. W. Dmoch, Bromberger Straße 22, 40599 Düsseldorf.

## Zur persönlichkeitsstabilisierenden Bedeutung von sexuellen Funktionsstörungen

### Personality Stabilising Aspects of Sexual Dysfunctions

K. M. Beier, Kiel

#### Zusammenfassung

Dargestellt werden Erstinterview, Biographie, neurosenpsychologische Einordnung des Störungsbildes sowie Verlauf der Psychotherapie eines 41jährigen Patienten mit primärer Erektionsstörung bei narzißtisch-depressiver Persönlichkeitsentwicklung. Die erektile Dysfunktion läßt sich vor diesem Hintergrund verstehen als Schutzmechanismus gegen übergroße Ängste, die sich aus einem nicht gelösten Autonomie/Abhängigkeitskonflikt speisen. Daraus ableitbare Gefahren einer somatischen Therapie ohne vorhergehende Abklärung einer möglichen psychischen Verursachung von Erektionsstörungen werden erörtert.

*Schlüsselworte:* Primäre Erektionsstörung, narzißtische Persönlichkeitsentwicklung, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

#### Abstract

This is a case study covering initial exploration, biography and psychoanalytical classification of the neurotic disorders involved. The psychotherapeutic process of a 41-year-old patient suffering from a primary erectile dysfunction accompanying a narcissistic-depressive personality development is also described in detail.

According to this casestudy, the erectile dysfunction can be understood as a defence mechanism against predominant anxieties constantly built up by an autonomy/dependency conflict.

Taking this into account, the danger of a somatic therapy without prior clarification concerning a possible psychic cause for erectile dysfunction is specifically pointed out.

*Key Words:* primary erectile dysfunction, narcissistic personality development, psychoanalytical psychotherapy

#### Das Erstgespräch

Der 41jährige Patient wurde von einem Internisten telefonisch angemeldet: Man wolle ihn nach einem 10tägigen stationären Aufenthalt jetzt zur weiteren (Psycho-)Diagnostik überweisen, da die hormonelle Abklärung (einschließlich verschiedener Provokationstests) seiner seit mindestens einem Jahr bestehenden Symptome „Libidomangel und Erektionsstörung“ keine auffälligen Befunde ergeben hatte; möglicherweise müsse ein Urologe hinzugezogen werden, aber auch der „gesamte psychische Bereich“ sei noch „gar nicht untersucht“.

Zum Erstinterview erschien ein schlanker großer Mann (190 cm), der eher wie Anfang 30 als Anfang 40 Jahre aussah und trotz seines großen Ernstes, den er ausstrahlte, insgesamt kindlich wirkte. Sein Haar war kurz und so akkurat geschnitten, daß es einen künstlichen Eindruck vermittelte, genauso wie die modische, aber farblose Kleidung, die wenig zu

passen schien zu seinen eckigen, maschinenähnlichen Bewegungen. Er schilderte sehr bedrückt, dabei sachlich und knapp, aber ungewöhnlich plastisch und zum Teil mit faszinierender Wortwahl, daß ihn etwa seit 4 Jahren die sexuelle Beziehung zu seiner Ehefrau „tief schmerze“. In der Intimsituation schwitze er sehr stark, er habe Angst keine Gliedversteifung zu bekommen, bzw. wenn sie eintrete, fürchte er, daß er sie während des Verkehrs nicht würde halten können, was schon oft der Fall gewesen ist, wenn nicht ohnehin durch einen frühzeitigen, matten Samenerguß „alles vereitelt“ worden sei.

Bis vor einem Jahr habe er durch verschiedene selbsterlernte Meditationstechniken diese (primären, weil bereits mit Beginn der Aufnahme von Intimbeziehungen einsetzenden und seitdem immer wieder auftretenden Funktionsstörungen) „weitgehend“ im Griff gehabt, mittlerweile aber wäre jeder Verkehr oder „besser jeder Versuch des Verkehrs“ von hochgradiger innerer Anspannung überschattet, worüber er sehr traurig sei, zumal die personale Beziehung zur Ehefrau seinen Vorstellungen völlig entsprechen würde.

Bisher habe er Arztkontakte strikt gemieden, die Untersuchung möglicher somatischer Ursachen seiner Erektionsstörung sei ihm aber schließlich zu wichtig gewesen und obschon es offensichtlich nicht an den Hormonen liegen könne, wisse er noch von anderen therapeutischen Möglichkeiten, etwa der Vakuumpumpe oder der Schwellkörperinjektionstherapie – vermutlich sei ihm aber gar nicht mehr zu helfen. Es schien, als erwartete er vor allem eine Antwort auf den letzten Teil seiner Frage: ob ihm noch zu helfen sei.

Die Schwere seiner Mitteilungen, vor allem aber die Art, wie er sie vortrug, war verstehbar als eine freundlich-verhaltene Aufforderung, ihm nahe zu kommen, ihn zu begreifen, ihn zu erforschen – der Wunsch des Patienten: seine ‘psychosexuelle Erweckung’, von der zu befürchten war, daß sie zu spät kam oder möglicherweise zu schwierig sein würde. Aber, als ob er diese Vorbehalte gegen eine Therapievereinbarung ahnen würde, versuchte er sie auszuräumen, indem er auf eine undramatische Weise (trotzdem) faszinierte; was er ausstrahlte, war die passive Naivität eines schwerkranken Kindes gemischt mit der depressiven Stimmung des Erwachsenen, der nicht wußte, was werden sollte.

## Die Biographie

Er sitzt in seinem Bett, es ist dunkel, er sieht eine Hand, die an den Lichtschalter faßt, es wird hell, ihm wird der Mund zugehalten; dies sei sein erstes erinnerbares Erlebnis. Das war im Haus der Großeltern, nachdem die Mutter seinen Vater und ihn verlassen hatte (der Patient ist 3 Jahre alt und Einzelkind). Beide Eltern stammen aus einfachsten Verhältnissen und seien sich nach der Trennung feindselig begegnet. Dazu habe auch beigetragen, daß die Mutter mit dem Bruder des Vaters ein Verhältnis eingegangen war, aus der ein 5 Jahre jüngerer Halbbruder hervorging. Aber auch diese Beziehung der Mutter habe nicht lange gehalten; sie sei eine „herzlose“ Frau, „selbstbezogen“ und „egoistisch“, ein späterer Partner von ihr habe Selbstmord begangen, „wegen ihr“. Bis zu seinem 7. Lebensjahr habe der Patient vor allem zum Vater eine sehr enge Bindung gehabt, „ihm sogar geschworen, in den Tod zu folgen, weil er ohne ihn nicht leben könne“. Das änderte sich aber abrupt, als der Vater erneut heiratete (der Patient war 7 Jahre alt), denn die Stiefmutter sei „böse und ungerecht“ gewesen, habe ihre Wut („Haß“) an ihm ausgelassen, täglich sei er (hart, zum Teil mit Tritten) verprügelt worden, die vornehmlich ihn als den nicht-leiblichen Sohn betrafen, während der 7 Jahre jüngere Stiefbruder (der von der Stiefmutter mit in die Ehe

gebracht worden war) geschont wurde. Dies führte sogar dazu, daß der jüngere Bruder sich mit ihm solidarisierte und grundsätzlich für alle Vorfälle die Schuld auf sich nahm, um zu verhindern, daß der Patient von der Mutter geschlagen wurde.

Nach Hauptschulabschluß mit 15 Jahren zog der Patient zu seinem Lehrherrn (Tischlerlehre), war „glücklich und erleichtert“ und heiratete mit 23 Jahren seine jetzige (fünf Jahre jüngere) Ehefrau. Sie haben einen 14jährigen Sohn und eine 12jährige Tochter. Nach Ausbildung zum Tischler und 2jähriger Tätigkeit in seinem Lehrberuf ist er seitdem als Verwaltungsbeamter in der mittleren Laufbahn beschäftigt.

Mit 30 Jahren sei er in eine „schwere Lebenskrise“ geraten, als er im Rahmen einer nebenberuflichen Tätigkeit mehrere Veruntreuungen und eine Fahrerflucht (nur Unfall mit Sachschaden) nicht mit seinem Gewissen vereinbaren konnte und Trost in der Religion suchte. Er habe einen „Pakt mit Gott“ geschlossen, der verhindern sollte, daß er jemals wieder Straftaten begehen würde. Damals habe er auch vorübergehenden Kontakt mit den Zeugen Jehovas gehabt, etwa zeitgleich mit dem Entstehen von Zwangsgedanken, die soweit gingen, daß er aus Angst, andere Lebewesen zu töten (z.B. herumkrabbelnde Ameisen) sich vorsichtig und unsicher bewegen mußte. Zwar habe er sich mittlerweile von den Zeugen Jehovas distanziert, aber seinen starken religiösen Glauben an einen „reaktionären Gott“ behalten. Sehe man einmal von seiner beruflichen Entwicklung ab, so habe er viel unternommen, um einen „inneren Frieden“ zu finden, aber alles habe sich als brüchig erwiesen.

Über seiner unglückseligen Biographie schien als Oberthema 'Tod und Verderben' zu schweben; der Vater hatte früher häufiger als letztes 'Argument' den 'erweiterten Selbstmord' angeführt („ich bringe mich um und Euch gleich mit“). Das Verhältnis des Patienten zu seinem Vater (und zur Stiefmutter) war auch gegenwärtig „unsäglich“ belastet; nur der Gedanke an eine Zusammenkunft ängstige ihn schon und dennoch komme es immer wieder dazu. Ganz passend zu ihrer „erstorbenen“ Beziehung würden sie (Patient und Familie des Patienten) bei Besuchen vom Vater regelmäßig Lebensmittel mit verfallenem Haltbarkeitsdatum angeboten bekommen, praktisch nichts sei frisch und genießbar - das alles ein Elend. So habe er zwar den starken Wunsch, von seinen Eltern loszukommen, aber er schaffe es einfach nicht.

Wie ließ sich das verstehen? Die empfindbare starke Identifizierung des Patienten mit seinem Vater nach dem Verlust der Mutter („wenn Du stirbst, will ich auch sterben, ohne Dich kann ich nicht leben“) war möglicherweise nach der zweiten Heirat des Vaters gewissermaßen heimatlos geworden. Die einzige Rettung bestand für ihn dann in einer narzißtischen Identifizierung mit dem Objekt als einem Ersatz der Liebesbesetzung, was dazu führte, daß die Liebesbeziehung trotz des Konfliktes mit der geliebten Person nicht aufgegeben werden muß (vgl. Freud 1917). Das Ich des Patienten war also dann zum Ersatzobjekt für den (einst) geliebten und (auch) gehaßten Vater geworden, und dies kulminierte in einer Lebensphase des Patienten, die er gerade aus der Identifizierung mit dem Vater heraus als Beginn seiner Problematik (als dieser ihn 'verließ' und die Stiefmutter heiratete, war er so alt wie der Patient jetzt) empfunden haben könnte. Mit diesem hypothetischen Rechenexempel war dann aber auch die günstige Prognose verbunden, daß der Patient vielleicht genau jetzt in einer Schwellensituation stand, seine innere Bindung an den Vater tatsächlich zu lösen, um in ein eigenes Leben einzutreten. Das hatte er selbst als Ziel formuliert.

## Konflikt, Struktur, Konfliktverarbeitung

Das Konfliktthema des Patienten betrifft das durchgängige Gefühl eigener Unzulänglichkeit: Einerseits denkt er über sich „ich taue nichts und bin schlecht“ (meine Lebensgestaltung erfolgte mit untauglichen Mitteln, meine Mutter hat mich verlassen, mein Vater bedenkt mich nur mit verfallenen 'Lebensmitteln'), „der andere (Beziehungspartner) ist viel besser“ sowie andererseits „Ich würde gern etwas daran ändern, aber wenn ich das täte, würde ich nicht nur die anderen sehr verletzen, sondern diese vernichten“ (Vater macht Selbstmord) - „und mich damit mit“ (Vater macht erweiterten Selbstmord). Demzufolge müßte immer im Zusammenhang mit Selbstbedürfnissen dieser Konflikt auftreten, während auf der strukturellen Ebene eine ganz labile narzißtische Homöostase dem wenig entgegenzusetzen hat: Die Konsolidierung des Selbstsystems ist bei dem Patienten eng an Autoritäten, äußere Objekte und Über-Ich-Instanzen (wie den „reaktionären Gott“) gebunden. Gerade aufgrund des strukturellen Mangels kann der Patient die Konflikte nicht bewältigen und mobilisiert vor allem den depressiven Modus der Konfliktverarbeitung mit den Symptomen einer ausgeprägten Ich-Hemmung, Gefühllosigkeit und Mattigkeit, was aber nur zu einer noch weiteren Herabsetzung der Selbstachtung führt, bzw. durch Unterdrückung von Selbstbedürfnissen wiederum Frustrationsaggressionen aufwirft, die durch das rigide Über-Ich auf das eigene Ich umgelagert werden.

Auf einen zweiten Modus der Konfliktverarbeitung verweist die Zwangssymptomatik, wobei als maßgebliche Abwehrmechanismen bei dem Patienten die Affektisolierung, Intellektualisierung und Rationalisierung imponieren. Sein Denken ist extrem präzise, geordnet und von emotionalen Vorgängen (wenigstens scheinbar) isoliert. Auch hier wird der Konflikt zwischen dem nach Autonomie strebendem Ich und dem rigiden Über-Ich erkennbar.

Die sexuelle Funktionsstörung kann man dann verstehen als Schutzmechanismus gegen übergroße Ängste, die sich aus dem nicht gelösten Autonomie/Abhängigkeitskonflikt speisen. Sexuelle Betätigung und Erregung erlebt er unbewußt als etwas 'Autonomieförderndes' und darum gefährlich, die Ehefrau hingegen als etwas 'Abhängkeitsförderndes' und darum ebenfalls bedrohlich. Die Angst vor diesen Gefahren wird abgewehrt durch einen Verzicht auf Funktion (vgl. Freud 1926) und einen Verzicht auf Lust. Das Symptom „Erektionsstörung“ hat eine stabilisierende Funktion und ermöglicht ein angstfreieres neurotisches Gleichgewicht: „... eine physische Veränderung, die aus einer Abwehrhandlung des Ich entsteht“ (Fenichel 1945/1980, S. 242). Der Patient ist auch in seinen späteren Beziehungen immer wieder mit der Sorge vor dem Verlassenwerden, der Selbstaufgabe, Selbstauflösung oder Abhängigkeit konfrontiert. Die daraus entstehende Verunsicherung im Zuwendungsbereich machte es dem Patienten schwer, Intimität und Nähe zu geben, und sich zu trauen, im Beisein des Partners die Kontrolle zu verlieren, weil dies sofort die Furcht mobilisieren würde, erneut verlassen zu werden. Gerade darum ist die narzißtische Identifizierung mit dem Vater für ihn eine Möglichkeit, um auch die feindseligen Regungen gegen diesen erlebbar zu machen - indem der Patient sie gegen sich selbst wendet. Diese (nur scheinbar für ihn günstige) Abwehr ist Ausdruck eines nie abgeschlossenen Trauerns. Erst die zunehmende Aufgabe der Identifizierung mit dem Vater und die Auflösung der hiermit verbundenen Schuldthematik konnten den Prozeß seiner Individuierung einleiten. Er wußte, daß er hierzu Hilfe brauchte, die er anzunehmen imstande war.

## Verlauf

Da in den ersten Stunden spürbar wurde, wie sehr der Patient mit einem 'dritten Ohr' herauszuhören versuchte, welches 'Material' geliefert werden müßte, um 'gemocht' zu werden, nicht zuletzt wohl, weil der Therapeut für ihn eine höchst bedrohliche und ängstigende Über-Ich-Instanz und Autorität verkörperte, wurden behandlungstechnisch vor allem supportive Therapiekomponenten (Zuhören, Raum geben, keine Deutungen) berücksichtigt (vgl. Luborsky 1988). Dies ermöglichte, daß er sich mit zunehmend mehr Selbstvertrauen und Selbstachtung seiner Biographie zuwandte und sogar daranging, einen lange gehegten Wunsch zu realisieren – das Fachabitur nachzuholen.

Etwa in der Mitte der Therapie (insgesamt 50 Stunden; Frequenz: wöchentlich) wandte er sich dann seinen eigenen Aggressionen bewußter zu; zunächst fielen sie ihm in seinen Träumen mehr auf, dann rekonstruierte er frühere, sehr frustrierende Lebenssituationen, vor allem die unerfüllten Sehnsüchte, eine 'gute' Mutter zu haben, zumal er wußte, daß der Halbbruder (also der 5 Jahre jüngere Sohn aus der Verbindung seiner leiblichen Mutter mit dem Bruder des Vaters) häufiger noch von der Mutter eingeladen wurde, obschon auch hier die eheliche Beziehung mittlerweile gescheitert war. Vor allem gegenüber seiner Mutter hat er die Aggressionen neutralisieren müssen, wie er sagt „vermutlich abgetötet“, um sich der Hoffnung hingeben zu können, es gäbe sie nicht (mehr). Ab der ersten intimen Begegnung mit Mädchen, bzw. später Frauen fanden sie sich jedoch in seinen wechselnd kombinierten (primären) Funktionsstörungen (Erektionsstörung und/oder Ejakulationsstörung) wieder. Überrascht entdeckte der Patient zunehmend, wieviel an feindseligen Handlungen oder Phantasien, aber auch wieviel Angst vor Abhängigkeit in der Beziehung zu seiner Ehefrau versteckt waren; wie er sie regelmäßig entwertet hatte, oder, als er sich ganz aktuell anlässlich eines operativen (Routine-)Eingriffes bei seiner Frau Gedanken darüber machte, was denn wäre, wenn sie sterben würde. Offenbar war der Patient durch dieses eingehendere Selbstverständnis in die Lage geraten, seine Beziehungsprobleme weniger einseitig zu betrachten: Er bemerkte nun auch „negative Aspekte in der Partnerschaft“, konnte wahrnehmen, wie es ihm schwerfalle, ihre Nähe zuzulassen, wie groß also seine Angst war, überwältigt zu werden und die Kontrolle zu verlieren. Dies ging einher mit einem bemerkenswerten Wandel der Symptomatik: In der sexuellen Beziehung zur Ehefrau *trat die Funktionsstörung jetzt nicht mehr auf*, wenn auch an dessen Stelle ein *gänzlichliches Fehlen von Lust- und Orgasmusgefühlen* getreten war; hierüber konnte er aber mit seiner Frau sprechen („Du siehst, jetzt geht es, aber ich spüre nichts“), voll der Tatsache bewußt, daß er sie hiermit kränken würde (was er also jetzt 'ohne Umwege' konnte), froh über diese Verbesserung – eine Intimität jetzt ohne den „tiefen Schmerz“, wenn auch starke Einbußen („kein Gefühl“) noch zu beklagen waren.

Offensichtlich schien dies für ihn das maximal Erreichbare. Er hatte einen Weg gefunden, (wenigstens) die Funktion zulassen zu können, auch wenn er es erkaufen mußte mit einem Verzicht auf Lustgefühle in der Intimität; es war eine Art 'Krücke', die er brauchte, um sich (weiterhin) zu stabilisieren. Beides – also die *Funktion und das Gefühl* – hätte ihn überfordert, wäre mit der Gefahr verbunden gewesen, die Kontrolle zu verlieren, die er aber stets behalten mußte, um sich zu schützen.

## Schlußfolgerungen

Bei dem sozial und beruflich bestens integrierten Patienten handelt es sich um einen schizoid-narzißtisch gestörten 41jährigen Mann mit einer primären Erektionsstörung und depressiver Symptomatik. Im Vordergrund standen die schweren Kontaktstörungen des Patienten, die mit dem frühen, nie betrauten Verlust der Mutter und des Vaters in Zusammenhang gebracht werden konnten. Über-Ich- und Ich-Idealentwicklung blieben auf frühen Stufen stehen. Daß nach einer 50stündigen tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie keine Erektionsstörungen mehr auftraten, *was auch noch bei einer Nachbefragung ein Jahr später der Fall war*, kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß der Geschlechtsverkehr ohne Lustgefühl und befriedigendes Orgasmuserleben erfolgt (ebenfalls auch im einjährigen Katamnesezeitraum). Von entscheidender Bedeutung aber ist, daß die wiedergewonnene Funktion vermutlich durch die korrigierende therapeutische Objektbeziehung eine Reduktion aggressiver Impulse und eigener Vernichtungsängste in der Beziehung zur Intimpartnerin ermöglicht hatte.

Es ist leicht vorstellbar, daß man den Patienten, mit einer auf technischem Wege hervorgerufenen Erektion (Vakuumpumpe oder Schwellkörperinjektionstherapie) sehr großen Ängsten ausgesetzt hätte. Er hatte sich selber nach diesem Verfahren erkundigt und wäre mit großer Wahrscheinlichkeit – so wie er sich aus seinem spezifischen Konflikt heraus bereitwillig der Autorität des Psychotherapeuten unterstellen wollte – gerne der Autorität eines Urologen gefolgt, wenn dieser ihm diese Verfahren angeboten hätte. Solcher Gefahren sollte man sich bewußt sein, wenn man ein somatisches Therapieverfahren bei Erektionsstörungen ohne Abklärung möglicher psychischer Ursachen anbietet: Diese Störungen können eben auch tiefer verwurzelt sein und – wie in diesem Falle – eine persönlichkeitsstabilisierende Funktion erfüllen. Im Gegensatz dazu werden in der klinischen Praxis doch relativ häufig sexuell funktionsgestörte Patienten gesehen, deren Problematik auf einer oberflächlichen Verursachungsebene angesiedelt ist und dementsprechend auch behandelt werden kann. Hier wird man eher von vegetativen (und neuroendokrinen) Regulationsstörungen ausgehen können: Belastende Lebensereignisse oder kritische Lebenssituationen, in denen keine oder zumindest nicht ausreichende Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen, führen unter anderem auch auf vegetativ-funktionellem Wege und im Sinne endokriner Alarmreaktionen zu einer Verminderung der kavernösen Myorelaxationsfähigkeit, was sich dann somatisch als Funktionsstörung manifestiert. Gerade im Sinne einer Interdisziplinarität ist es daher wichtig, durch eine stets zu verlangende psychodiagnostische Abklärung die therapeutischen Einsatzmöglichkeiten bei der Behandlung erektionsgestörter Patienten im Dialog mit den Urologen zu erörtern. Sofern die betreffende Störung Ausdruck eines tieferliegenden Konfliktes ist, wäre eine Anwendung somatischer Therapieverfahren mit schwer kalkulierbaren Risiken behaftet, während es viele Patienten gibt, bei denen Schwellkörperinjektionen sinnvoll und auch erfolgversprechend sein können: Prädiktoren für diese somatische Therapieoption im Sinne eines psychosomatischen (Kontra-)Indikationsmodells liegen bereits vor (vgl. Langer 1992; Hartmann 1994). Sexuelle Funktionsstörungen sind nicht immer Ausdruck einer intrapsychischen Konfliktlage, aber sie können es sein; ein Aspekt des (psychischen) Störungsbildes ist dabei unter Umständen sogar, eine (eigentlich kontraindizierte) somatische Behandlung intensiv zu wünschen. Selbst ein überzeugter Verfechter der Schwellkörperinjektionstherapie wie Virag (1991), beschreibt Männer mit 'psychogener' Impotenz, die von den Injektionen kaum noch zu entwöhnen sind

und empfiehlt Zurückhaltung bei diesen Patienten. Von ebenso großem Interesse wären aber die 'Therapieabbrecher': In der 1985 begonnenen Prospektivstudie (n=82) von Althof, Levine und Turner (zit. nach Langer 1992) nahm die 'Drop-out-Rate' bei der Schwellkörperinjektionstherapie kontinuierlich zu und lag schließlich über 50%; eine systematische Untersuchung gerade dieser Patientengruppe steht – auch aufgrund vieler methodischer Schwierigkeiten – bisher noch aus.

### Literatur

- Fenichel, O.: Psychoanalytische Neurosenlehre, Band I. Freiburg: Olten 1980 (Erstausgabe 1945)  
Freud, S.: Trauer und Melancholie. *Int. Z. ärztl. Psychoanal.* 1917; 4: 288-301  
Freud, S.: Hemmung, Symptom, Angst. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag 1926  
Hartmann, U.: Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion. Frankfurt a.M.: Lang 1994  
Langer, D., Hartmann, U.: Psychosomatik der Impotenz. Stuttgart: Enke 1992  
Luborsky, L.: Einführung in die analytische Psychotherapie. Berlin: Springer 1988  
Virag, R., Shourky, K., Floiresco, J., Nollet, F., Greco, E.: Intracavernous self-injection of vasoactive drugs in the treatment of impotence: 8-years experience with 615 cases. *J. Urol* 1991; 145: 287-293

#### Anschrift des Autors

PD Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am  
Klinikum der Universität Kiel, Arnold-Heller-Str.12, D-24105 Kiel

## Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

### AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

**Tab. 1:** Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Männern nach Infektionsrisiken und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30.6.94)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Juli 92 - Juni 93	Juli 93 - Juni 94	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	993 76,6 %	644 74,9 %	7859 75,5 %
i. v. Drogenabhängige	125 9,6 %	83 9,7 %	1087 10,4 %
Hämophile	36 2,6 %	24 2,8 %	423 4,1 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	9 0,7 %	13 1,5 %	117 1,1 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	49 3,8 %	38 4,4 %	281 2,7 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	11 0,8 %	17 2,0 %	67 0,6 %
Prä- oder perinatale Infektion	6 0,5 %	1 0,1 %	39 0,4 %
Keine Angaben	67 5,2 %	40 4,7 %	533 5,1 %
<b>Gesamt</b>	<b>1296</b> <b>100 %</b>	<b>860</b> <b>100 %</b>	<b>10406</b> <b>100 %</b>

\* Pattern-II-Ländern = Länder, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

Quelle: AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes, Quartalsbericht III / 94

**Tab. 2:** Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Frauen nach Infektionsrisiken und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30.6.94)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Juli 92 - Juni 93	Juli 93 - Juni 94	Gesamt
i. v. Drogenabhängige	79 44,4 %	56 45,2 %	522 47,8 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	19 10,7 %	17 13,7 %	121 11,1 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	53 29,8 %	30 24,2 %	295 27,0 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	12 6,7 %	13 10,5 %	46 4,2 %
Prä- oder perinatale Infektion	5 2,8 %	1 0,8 %	36 3,3 %
Keine Angaben	10 5,6 %	7 5,6 %	71 6,5 %
<b>Gesamt</b>	<b>178</b> 100 %	<b>124</b> 100 %	<b>1091</b> 100 %

\* Pattern-II-Ländern = Länder, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

Quelle: AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes, Quartalsbericht III / 94

**Tab. 3:** HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Doppelmeldungen nach Infektionsrisiken, Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Einsendung der Seren (Stand: 30.6.94)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	Juli 92 - Juni 93	Juli 93 - Juni 94	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	889 14,2 %	757 16,7 %	9237 14,4 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht männlich	297 4,7 %	208 4,6 %	3649 5,7 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht weiblich	120 1,9 %	120 2,6 %	1830 2,9 %

Fortsetzung nächste Seite

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	Juli 92 - Juni 93	Juli 93 - Juni 94	Gesamt
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht unbekannt	11 0,2 %	15 0,3 %	337 0,5 %
Hämophile	7 0,1 %	11 0,2 %	1851* 2,9 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht männlich	23 0,4 %	19 0,6 %	274 0,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten Geschlecht weiblich	24 0,4 %	17 0,4 %	203 0,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht unbekannt	2 0,0 %	1 0,0 %	21 0,0 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht männlich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	236 3,8 %	134 3,0 %	1122 1,7 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht weiblich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	169 2,7 %	125 2,8 %	1111 1,7 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht unbekannt (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	9 0,1 %	9 0,2 %	78 0,1 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern**	100 1,6 %	247 5,4 %	364 0,6 %
Prä- oder perinatale Infektion	85 1,4 %	76 1,7 %	656 1,0 %
Keine Angaben / Geschlecht männlich	2955 47,1 %	1874 41,3 %	28701 44,8 %
Keine Angaben / Geschlecht weiblich	697 11,1 %	514 11,3 %	6622 10,3 %
Keine Angaben / Geschlecht unbekannt	649 10,3 %	409 9,0 %	8068 12,6 %
<b>Gesamt</b>	<b>6273</b> 100 %	<b>4536</b> 100 %	<b>64124</b> 100 %

\* Nach Umfrageergebnissen einer anlässlich des Hamburger Hämophilie Symposium durchgeführten Studie beträgt die Zahl der HIV-positiven Hämophilen 1359. (Schramm: Umfrageergebnisse Hamburger Hämophilie Symposium 1993)

\*\*Pattern-II-Ländern = Länder, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

Quelle: AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes, Quartalsbericht III / 94

## Mitteilungen der Akademie für Sexualmedizin

Ein wichtiges Anliegen der Akademie für Sexualmedizin ist die Vermittlung präventiver, diagnostischer und therapeutischer Grundkenntnisse der Sexuologie in der Ärzteschaft, um hierdurch die medizinische Grundversorgung zu verbessern: mehr kompetente ärztliche Ansprechpartner stünden für die betreffenden Patienten zur Verfügung, so daß die adäquaten diagnostisch-therapeutischen Weichenstellungen rechtzeitig vorgenommen werden können. Dies verlangt nach Auffassung der Akademiemitglieder die Einführung einer Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“, wodurch ärztliche Kolleginnen und Kollegen ihr spezielles sexualmedizinisches Wissen für die Patienten erkennbar machen. Auf diese Weise kann ein Beitrag zu einer gezielten, patientengerechten und (durch Vermeiden häufiger Überweisungen) auch kostengünstigeren Krankenversorgung geleistet werden.

Zur Vorbereitung eines entsprechenden Antrages an die Bundesärztekammer ist unter Leitung von Professor H.-J. Vogt (München) eine Kommission von Vertretern der Fächer Sexualmedizin, Gynäkologie, Dermatologie, Andrologie, Urologie, Endokrinologie, Psychotherapie, Psychiatrie, Pädiatrie und Rechtsmedizin gebildet worden, um die erforderlichen Lerninhalte eines Qualifikations- und Anforderungskataloges für die Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ zusammenzustellen. Schwerpunkte werden dabei gelegt auf die Vermittlung besonderer Kenntnisse bzw. Erfahrungen in

- den theoretischen Grundlagen der Sexualmedizin (z.B. zum Verlauf der körperlichen Sexualentwicklung und der geschlechtstypischen psychosexuellen Entwicklung über die Lebensspanne, der Entwicklung der Geschlechtsidentität und der sexuellen Orientierung)
- der Explorationstechnik bei der sexualmedizinischen Anamneseerhebung im Einzel- und im Paargespräch
- Krankheitslehre und Differentialdiagnostik bei sexuellen Dysfunktionen, Störungen der Geschlechtsidentität sowie Störungen des soziosexuellen Verhaltens (Deviationen, Delinquenz)

- Indikationsstellung und Techniken sexualtherapeutischer Interventionen auch in Kombination mit medikamentösen und/oder operativen Behandlungsverfahren
- der Teilnahme an einer Balint- sowie einer Selbsterfahrungsgruppe (hierzu gehört eine Mindestzahl von Teilnahmestunden)
- der Sexualberatung, etwa bei ungewollter Kinderlosigkeit, zur reversiblen und irreversiblen Kontrazeption, bei Schwangerschaftskonflikten sowie zu Sexualität und Partnerschaft bei Behinderung und chronischer Krankheit.

Interessierte Ärztinnen und Ärzte können durch eine solche -berufsbegleitend zu erwerbende - sexualmedizinische Zusatzausbildung ein fundiertes Hintergrundwissen über Krankheitslehre, Differentialdiagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsmöglichkeiten erwerben, das ihnen erlaubt, sexuelle Symptombilder unter Einbeziehung der inhaltlichen und der interaktionalen Ebene zu diagnostizieren sowie selbstständig sexualtherapeutische Interventionen durchzuführen bzw. eine medizinisch kompetente Sexualberatung zu gewährleisten.

Der Akademie-Vorstand wird seine Empfehlungen zur Einführung der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ mit Bedarfsanalyse und ausführlich begründeten Inhalten der Weiterbildung demnächst in der Sexuologie veröffentlichen.

Bereits auf der zweiten Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin (zugleich 19. Fortbildungstage für Sexualmedizin und Psychosomatik) vom 15. bis 17. Juni 1995 in Kiel sollen Vorträge und Gruppenarbeit auf das empfohlene Curriculum ausgerichtet werden.

## Veranstaltungskalender

5. FACHTAGUNG DER ARBEITSGRUPPE SEXUALPÄDAGOGISCHE FORSCHUNG (ASF/DGG) am 10. und 11. Oktober 1994 an der Universität LANDAU/PFALZ. Auskunft: Prof. Dr. Norbert Kluge, Universität Koblenz-Landau, Abteilung Landau, Westring 10a, 76829 Landau.
2. BERLINER SYMPOSIUM FÜR KINDER- UND JUGENDGYNÄKOLOGIE vom 4. bis 6. November 1994 in BERLIN. Auskunft: Frau Dr. Marlene Heinz, Oskar-Ziethen-Krankenhaus, Frauenklinik, Fanningerstr. 32, 10365 Berlin, Tel.: (030) 5518-2413, Fax: (030) 5518-4004
- INFOSAD – (International Forum on Sexuality and Disability) INTERNATIONAL SEMINAR ON WOMEN AND DISABILITY vom 7. – 10. November 1994 in TEL AVIV, Israel. National Secretary Dr. E. Chigier, Israel Rehabilitation Society, 18 David Elazar St., Tel Aviv 61909.
1. SEXUALMEDIZINISCHER KONGRESS DER PSYCHIATRISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK UND PSYCHOSOMATISCHEN ABTEILUNG DER FRIEDRICH-ALEXANDER-UNIVERSITÄT ERLANGEN-NÜRNBERG am 11. und 12. November in ERLANGEN/NÜRNBERG. Auskunft: Dr. R. J. Witkowski, Dr. F. Erbguth, Psychiatrische bzw. Neurologische Universitätsklinik, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen.
5. DEUTSCHER AIDS-KONGRESS vom 24. – 25. November 1994 in HANNOVER. Informationen: 5. Deutscher AIDS-Kongreß, Postfach 830358, 89703 München.
- 3<sup>rd</sup> ASIAN CONFERENCE OF SEXOLOGY vom 27. November – 1. Dezember 1994 in NEW DELHI. Anmeldung: Prof. Dr. Prakash Kothari, 203 A, Sukhsagar, N.S. Patkar Marg, Bombay 400 007, India.4.
4. JOURNEES FRANCOPHONES DE SEXOLOGIE ET SOMATOTHERAPIES VOM 26. Dezember 1994 bis 1. Januar 1995 in FORT DE FRANCE (GUADELOUPE). Auskunft: Dr. Erick Dietrich, Centre de Sexologie Clinique et Institute de Somatothérapie, 77 rue Lakannal, F-37000 Tours, Frankreich, Tel.: (0033) 47 / 616 260, Fax: 47 / 245105.
2. JAHRESTAGUNG DER AKADEMIE FÜR SEXUALMEDIZIN UND 19. FORTBILDUNGSTAGE FÜR PSYCHOSOMATIK UND SEXUALMEDIZIN vom 15. bis 17. Juni 1995 in KIEL. Auskunft: Dr. H. A. G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel. Tel.: (0431) 597-3650, Fax: (0431) 597-3612.
- XI<sup>th</sup> ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY (ESHRE) vom 28. Juni – 1. Juli 1995 in HAMBURG. Kongreßsekretariat: ESHRE Central Office c/o Bruno Van den Eede, AZ-VUB, Laarbeeklaan 101, 1090 Brussels, Belgien. Tel.: (0032) 2477-5761, Fax: (0032) 2477-6727.
- 12<sup>th</sup> WORLD CONGRESS OF SEXOLOGY vom 12. – 16. August 1995. Sekretariat c/o Japan Convention Services, Inc. Nippon Press Center Bldg., 2-1, 2-chome, Uchisaiwai-Cho, Chiyoda-ku, TOKYO 100, Japan.

## Buchbesprechungen

Alayne Yates (Ed): **Sexual and Gender Identity Disorders**. Philadelphia/London/Toronto/Montreal/Sydney/Tokyo (W.B. Saunders) 1993. 262 Seiten. £ 22,50

In Anbetracht der vielfältigen, teils besorgten, teils erregten Diskussionen in Fachkreisen und Öffentlichkeit über Ausmaß und Verbreitung des sexuellen Kindesmißbrauchs, angesichts auch der häufig plakativen massenmedialen Präsenz des Themas Transsexualismus muß es verwundern, wie wenig Daten zumal die deutschsprachige Fachliteratur über die sexuellen und geschlechtlichen Verhältnissen im Kindesalter bereithält. Über jene Altersstufe also, in der doch Anzeichen und Ausdrücke sowohl erlebten Mißbrauchs als auch transponierter Geschlechtsidentität zu erwarten sind. Wer sich über das Normale und das Gestörte im Kindesalter informieren will und dabei nicht nur auf vereinzelte Kasuistiken oder retrospektiv eruierte und mehrfach gedeutete Angaben Erwachsener angewiesen sein will, hat einige Mühe, Adäquates zu finden. Das anglo-amerikanische Schrifttum bietet wenigstens ansatzweise empirische Befunde, die jedoch, verglichen mit den umfangreichen Erhebungen bei Erwachsenen, immer noch kärglich erscheinen. Dies mag der Tatsache geschuldet sein, daß nach wie vor die Sexualität des Kindes als nicht-existent und damit nicht untersuchbar tabuisiert wird. Es mag aber inzwischen auch darauf zurückzuführen sein, daß aufgrund der überbordenden Diskussionen zum Thema Kindesmißbrauch – das sicherlich viel zu lange unbeachtet blieb, was jetzige Überreaktionen mit erklären mag – ein wissenschaftliches Interesse für normale und gestörte sexuelle Entwicklungen im Kindesalter mittlerweile selbst schnell in Mißbrauchsverdacht gerät.

Diese Überreaktion wird mehrfach im vorliegenden Band problematisiert, der innerhalb der Reihe „*Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*“ erschienen ist und Beiträge von Autorinnen und Autoren verschiedener Fachrichtungen (Anthropologie, Soziologie, Psychologie, Sexuologie, Psychiatrie, Psychoanalyse)

vereint. Die Beiträge des multidisziplinär angelegten Bandes sind zu drei Sektionen zusammengefaßt: (a) Differenzierung zwischen normalem und pathologischen sexuellen Entwicklungsverläufen, (b) sexuelle Störungen und (c) Fragen der Entwicklung der Geschlechtsidentität

Wie stark die Bewertung sexuellen Verhaltens auch im Kindesalter von den jeweiligen Normen und Traditionen nicht nur einer Kultur, sondern innerhalb derselben auch von verschiedenen Sozialschichtungen abhängig ist, demonstrieren die ersten beiden Artikel des Bandes: Stevi Jackson als Historikerin und Suzanne G. Frayser als Kulturanthropologin legen die Zusammenhänge zwischen kultureller und sozioökonomischer Funktion der Familie im Wandel der Zeiten wie im interkulturellen Vergleich und deren Einfluß auf das „Bild vom Kind“ dar: War in vorbürgerlicher Zeit Kindheit einzig ein sozialer Status (der sich an der Unfähigkeit des Kindes zur Teilnahme an der häuslichen Produktion festmachte), so änderte sich dies mit dem Beginn der industriellen, außerhäusigen Warenproduktion: Kindern wurde mehr und mehr eine eigene (psychische) Entwicklung zugesprochen, Kindheit wurde zum psychologischen Zustand. Diese Umbewertung der Kindheit brachte auch eine andere Perspektive auf ihr Verhältnis zur Sexualität mit sich: Solange Kinder als „kleine Erwachsene“ ohne eigene Rechte oder Bedürfnisse galten, mußten sexuelle Interaktionen vor ihnen nicht verborgen werden. Wenn dies doch von einzelnen mittelalterlichen Autoren erwogen wurde, so einzig, um die „*unschuldigen Kinder vor der Sünde zu bewahren*“, nicht aber, um psychomentele oder körperliche Schäden von ihnen fernzuhalten. So muß auch vermutet werden, daß Kinder als Sexualobjekte benutzt wurden; dies galt zwar als „sündhaft“ – wie alles fleischliche Tun –, nicht aber als der Entwicklung schadend. Den von Foucault beschriebenen Vorgang der diskursiven Produktion eines Themas durch seine Tabuierung will Jackson auch beim Verständnis kindlicher Sexualität beobachten: Dies trug einerseits zur Ausformung einer Intimitätsschranke zwischen Erwachsenen und Kindern bei, die nun als

Sexualobjekte Tabu waren, was ja durchaus ein Kulturfortschritt war. Es zeigte sich jedoch zugleich die Kehrseite dieser Entwicklung in der Pathologisierung jeglicher entwicklungsgemäßer Sexualität. Insbesondere die Masturbation, aber auch schon das Reden über Sexuelles, war nun nicht mehr schlicht „sündhaft“, sondern „schädlich“. Deshalb setzten Mediziner wie Eltern alle Mittel daran, derartiges kindliches Tun zu unterdrücken. Erst die Rezeption der Theorien Freuds über die Bedeutung der kindlichen Sexualität – die im vorliegenden Band von Eleanor Galenson nochmals rekapituliert und mittels Fallbeispielen illustriert werden – und zumal die mit der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg einsetzende sexuelle Liberalisierung führte dazu, daß kindliche Sexualität als etwas Eigenständiges und in seiner freien Entfaltung für die Entwicklung erwachsener Sexualität Notwendiges erkannt wurde. Aber sowohl Jackson als auch Frayser weisen auf einen besorgniserregenden neuen Prozeß hin: Die Problematisierung sexuellen Kindesmißbrauchs im öffentlichen Bewußtsein hat in den USA offenbar mittlerweile ein solches Ausmaß erreicht, daß Sexualerziehung im Kindesalter vordergründig auf Mißbrauchsvermeidung orientiert ist (Stichwort „*bad touching*“). Kindern muß Sexualität, auf diese Weise thematisiert, nur noch als Bedrohung erscheinen.

Dem u.a. aus solchen „Abschreckungsprogrammen“ resultierenden Phänomen des sexuell hypoaktiven, gehemmten Kindes hat Alayne Yates ihren Beitrag gewidmet. Sie spricht in diesem Zusammenhang direkt von einer „*Sex-Manual-Mentality*“, weist aber auch darauf hin, daß extreme sexuelle Gehemmtheit – die sie für die Vorstufe problematischen Sexualverhaltens im Erwachsenenalter hält – durchaus noch weitere Wurzeln haben kann: Allgemein rigide, tabuisierende Erziehung, tatsächlich stattgehabter Mißbrauch, aber auch Depressionen und biologisch bedingte Hormonmangelzustände. Problematisch ist vor allem, daß Kinder mit derartigen hyposexuellen Störungen kaum auffallen und deshalb auch eine wie auch immer geartete Behandlung gar nicht erwogen wird.

Voraussetzung sowohl einer solchen Behandlung als auch der Beurteilung von, durch Mißbrauch bedingten, auffälligen Verhaltensweisen

wäre zunächst die Kenntnis des Normalen. Toni C. Johnson versucht, normales und problematisches Sexualverhalten bei Kindern gegenüberzustellen, wobei sehr deutlich gezeigt wird, daß die Übergänge hier – wie ja auch beim Erwachsenen – durchaus fließend sind. Johnson weist jedoch, wie die anderen Autoren auch, auf den Mangel valider Daten zu diesem Problemkreis hin.

Wieweit die Übergänge und eben auch Unterschiede zwischen Normalem und Gestörtem gehen, hat John Money, der Nestor der internationalen Sexuologie, in seinem Lebenswerk wohl am detailliertesten entwickelt. Der Band enthält einen von ihm gemeinsam mit Galdino Pranzarone verfaßten Artikel über die Entwicklung von Paraphilien im Kindes- und Jugendalter. Dieser Beitrag ist insofern ein außerordentlicher Gewinn, als zwar jede/r zumal sexualmedizinisch-forensisch Tätige weiß, daß sexuelle Deviationen zum Beispiel bei Straftätern sich fast immer bis zu ersten vagen Vorstufen in Jugend oder Kindheit zurückverfolgen lassen. Aber einerseits verhindern Deckerinnerungen, Umdeutungen und mangelnde fremdanamnestic Angaben eine tatsächliche Validierung solcher Vermutungen, und andererseits wäre eine frühzeitige und adäquate Diagnostik und Therapie derartiger Störungen sicher wünschenswerter als ihre post-hoc Feststellung im Rahmen eines Strafprozesses. Money kann jedoch auf prospektiv gewonnene Daten zurückgreifen, die Längsschnittentwicklungen nachvollziehbar machen.

Der Wunsch, therapeutisch und damit sowohl individuell helfend als auch allgemein präventiv einzugreifen, kommt besonders auf bei der von Judith Becker und John A. Hunter vorgenommenen Beschreibung jugendlicher aggressiver Sexualstraftäter. Zwar illustrieren Becker und Hunter mit Fallbeispielen ausführlich die einzelnen Tatabläufe und geben einen guten Literaturüberblick; kausale und therapeutische Überlegungen kommen in diesem deskriptiv angelegten Artikel jedoch leider zu kurz.

Der Abschnitt des Buches zur Entwicklung der Geschlechtsidentität und sexuellen Orientierung im Kindes- und Jugendalter wird durch zwei Artikel von Heino Meyer-Bahlburg eingeleitet. In gewohnt informierter und ausgewogener Weise, Befunde und Gegenbefunde sorgsam referie-

rend und gegeneinander abwägend, breitet der Autor ein Panorama des gegenwärtigen Standes der naturwissenschaftlich fundierten Sexualforschung aus, das zumal den deutschen Leser, der sich allzu häufig in ideologisierten Grabenk(r)ämpfen an der „Sex-Front“ verwickelt sieht, vor Neid schier erblassen lässt. Hier wird vorgeführt, wie Sexualwissenschaft eben auch betrieben werden kann (und sollte): Als eine Humanwissenschaft, die menschliche Sexualität und Geschlechtlichkeit als einen wesentlichen Bestandteil menschlicher Individualität im Schnittfeld von Natur und Kultur tatsächlich ernstnimmt. Der Autor zieht dann auch ganz konkrete Schlußfolgerungen für den praktischen Umgang mit problemhaften Entwicklungsverläufen bei Kindern mit Störungen der somatischen sexuellen Differenzierung. Der Beitrag von Zella Luria und Carol Nagy Jacklin stellt dem sehr pointiert eine explizit sozialwissenschaftliche Perspektive gegenüber.

Klinisch relevante Hinweise sind auch dem Beitrag von Kenneth Zucker und Richard Green zu entnehmen. Beide Autoren sind in den vergangenen Jahren immer wieder mit Arbeiten zu einem Phänomen hervorgetreten, das, folgt man dem Stand der Veröffentlichungen, im deutschsprachigen Raum schlechthin inexistent ist: Störungen der Entwicklung der Geschlechtsidentität im Kindesalter. Nun weiß jede/r mit Transsexuellen Befasste, daß diese Patienten auch in unseren Breiten Entwicklungsverläufe berichten, die auf eine irgendwie transponierte Geschlechtsidentität schon im Kindesalter hinweisen. Nur scheint dies bislang weder die Aufmerksamkeit von Therapeuten noch von Wissenschaftlern erregt zu haben. Zucker und Green beschreiben die psychischen und familiären Bedingungen solcher gestörten Entwicklungen bei Kindern in Canada und den USA. In Kenntnis der diesbezüglich doch teilweise erheblich differenzierenden Bedingungen im europäischen Kulturraum verbietet sich die lineare Übertragung solcher Forschungsergebnisse.

Nicht nur an dieser Stelle werden forschersiche Desiderate deutlich – der ganze Band ist eine Aufforderung zur interdisziplinär orientierten Zusammenarbeit der verschiedenen Wissenschaften vom *ganzen* Menschen. Und der läßt sich

nicht aufteilen zwischen Geistes- und Naturwissenschaften, „harten“ und „weichen“ Daten.

Hartmut A.G. Bosinski, Kiel

Preben Hertoft: **Sexologisches Wörterbuch**. Köln (Deutscher Ärzte-Verlag) 1993. 218 Seiten. Gebunden DM 55.–

Siegfried Rudolf Dunde (Hrsg.): **Handbuch Sexualität**. Weinheim (Deutscher Studien Verlag) 1992. 400 Seiten. Gebunden DM 76.–

Ernest Borneman: **Ullstein Enzyklopädie der Sexualität**. Frankfurt/M. - Berlin (Ullstein) 1990. 890 Seiten. Gebunden DM 98.–

Wenn es, wie der Herausgeber der deutschen Ausgabe von Preben Hertofts Wörterbuch, Rüdiger Lautmann, in seinem Vorwort schreibt, in diesem Lexikon um den „Bedeutungsgehalt der Fachwörter, nicht um eine Darstellung des Fachwissens zur Sexualität“ geht, dann wird damit zugleich ein Signal an den Benutzer gegeben, der für dieses Buch wohl nicht allzu anspruchsvoll sein darf.

Das Buch weist äußerst heterogene Einträge auf: So findet sich z.B. unter „*Mollusken, Molluscum contagiosum*“ ein Sachartikel, während z.B. die Stichwörter Papillomaviren oder Feigwarzen fehlen. Der Artikel „*Hepatitis*“ ist kaum länger als die unter Mollusken gebotene Information; die Wichtigkeit des sexuellen Übertragungsweges der Hepatitis B wird nicht entsprechend hervorgehoben. Bei AIDS fehlt jeder Hinweis auf (die als Stichwörter vorhandenen) Kondome oder Safer Sex. Die Information bei diesen beiden Stichwörtern ist unübersichtlich, nicht immer vollständig und hilft in dieser Form kaum weiter. Die Erklärungen von Fachwörtern sind ebenfalls nicht selten nur wenig hilfreich: Uxor und Mulier werden mit Frau bzw. Ehefrau erklärt, aber man fragt sich, was diese Einträge in einem sexologischen Wörterbuch suchen. Eine Stichwortauswahl, bei der beispielsweise Phallitis, Phallograph, Phallokrot und Phallokrypsis, nicht aber Phallometrie oder Phallussymbolik berücksichtigt sind, wirkt zufällig. Dieser Eindruck setzt sich auch bei den alltagssprachlichen Einträgen wie z.B. Eier, handficken oder Kitzler fort, die aufgenommen wurden, während man z.B.

nach Handentspannung, Möpsen, Ständer und zahllosen anderen, kaum weniger gebräuchlichen Ausdrücken vergeblich sucht.

Diese Suche wird zwar auch in dem von S. R. Dunde herausgegebenen Handbuch Sexualität vergeblich sein, aber im Unterschied zu Hertofts Sexologischem Wörterbuch hat dieses Handbuch den Vorteil, daß in Übersichtsartikeln wichtige Grundbegriffe im Zusammenhang dargestellt werden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem nichtbiologischen Wissen über Sexualität. So finden sich beispielsweise Artikel zu „*Bindungsmodelle/Sexuelle Lebensformen*“ „*Patriarchat/Matriarchat*“ oder „*Sexualpolitik*“. Die Sexualmedizin wird im Spannungsfeld Sexualwissenschaft und Medizin dargestellt, konkrete Hinweise auf Beratungsstellen und Hilfsangebote runden den Eintrag ab. Ein „*Kleines Lexikon fremdsprachiger Begriffe der Sexualität*“ im Anhang erfüllt obendrein in weiten Teilen bestens den Anspruch, den Lautmann für Hertofts Wörterbuch formuliert hatte.

Auch wenn vielleicht der eine oder andere Beitrag der fast 50 Fachautoren in Dundes Handbuch nicht immer allen Ansprüchen gerecht wird, so ist es mit diesem Handbuch insgesamt dennoch gelungen, eine handliche und zugängliche Übersicht über das große Gebiet Sexualität zu geben. Dies versucht auch Ernest Borneman mit seiner völlig neu bearbeiteten Ausgabe des „*Lexikon der Liebe*“, das 1961 begonnen wurde. Dieses Buch wendet sich in erster Linie an den Laien und versucht, wie Borneman im Vorwort ausführt („*Ich veröffentliche alle mir bekannten Sexualbegriffe...*“), sowohl die aktuelle Terminologie, als auch die historischen Begriffe der Sexualwissenschaft umfassend abzudecken. Und in der Tat findet sich dann von Abactio partus über Ehebruch, Kinepimastie, Nachtopfklave bis hin zu Zweitwohnungen und Zwischenstufen, sexuelle ein breites Spektrum von Begriffen. Nicht zuletzt die fehlende Auswahl dürfte auch für den Nachteil mitverantwortlich sein, der dem Buch dadurch mitunter entsteht: Die Hierarchisierung und Strukturierung von Informationen geht verloren, wo wichtige Sachinformationen ebenso wie nebensächliche Synonyma präsentiert werden. So finden sich zahllose, meist nur historisch bedeutsame deutsche, englische, französische

und italienische Synonyma für Prostituierte/r, aber der Begriff sex worker, der mittlerweile schon längst Eingang in die sozialwissenschaftliche Sexualforschung gefunden hat, fehlt.

Medizinische Begriffe werden keineswegs vollständig aufgeführt: Unter Abortus finden sich endlos viele medizinisch-lateinische Fachausdrücke für verschiedenste Abortformen, während die Stichwörter Gravidität oder Schwangerschaft gänzlich fehlen. Die Aussagen bei einzelnen Einträgen sind mitunter von fraglichem Informationsgehalt, wie z.B. bei AIDS: „*Alles an dieser Krankheit ist rätselhaft, sowohl ihr Ursprung wie ihre Wirkungsweise*“.

Die Berücksichtigung von Stichwörtern aus den Gebieten Psychologie, Anthropologie/Ethnologie und Soziologie führt nicht selten zu so kauzigen Einträgen wie dem zu „*Zweitwohnungen*“, die laut Borneman als „*Produkte des bürgerlichen Wohlstandes*“ in ihrer überwiegenden Mehrzahl „*weder dem Ferienaufenthalt noch der Untervermietung, sondern dem Geschlechtsverkehr*“ dienen. Charakteristisch für den Duktus des Werks übrigens die Bemerkung, daß hier „*ein verheirateter Mann seine Freundin(nen) empfangen kann*“ – ganz so, als ob verheiratete Frauen weder Freund(e) noch Zweitwohnung hätten.

Auch ein „*Dildo*“ oder „*Tröster*“ dient nach Borneman nur zur Selbstbefriedigung der Frau oder zum Geschlechtsverkehr zwischen Lesbierinnen. Aus „*anatomischen wie aus psychologischen Gründen*“ gibt es bei „*Selbstbefriedigungsinstrumenten*“ nur „*sehr wenige Varianten der männlichen S., und diese werden selten benutzt*.“ Worauf diese Einschätzung beruht, bleibt unklar. Mitunter ufern die Texte, wie bei „*Zuhälter*“, in's Sentimentale aus und die Sachinformation kommt zu kurz.

Wiewohl die zahlreichen Stichwörter auf vielfältigen Kenntnissen des Autors in diversen Fachgebieten aufbauen, ist diese Enzyklopädie mit ihren oft stark privatphilosophisch geprägten Einträgen nur bedingt zu empfehlen.

*Stephan Dressler, Berlin*

Schmidt, G. (Hrsg.): **Jugendsexualität – Sozialer Wandel, Gruppenunterschiede, Konfliktfelder**. Stuttgart (Enke) 1993. 205 Seiten, 126 Tabellen, 11 Abbildungen. Kartoniert DM 32,00

Im Sommer und Herbst 1990, kurz vor der Vereinigung der beiden ehemals getrennten deutschen Staaten, wurden 687 16- und 17jährige Jugendliche aus Hamburg, Frankfurt/M. und Leipzig zum Thema Liebe, Sexualität und Partnerschaft interviewt. Das Ergebnis der Zusammenarbeit des damals noch bestehenden Zentralinstituts für Jugendforschung (ZIJ) in Leipzig und der Abteilung für Sexualforschung der Universität Hamburg wurde 1993 in dem von Gunter Schmidt herausgegebenen Buch „Jugendsexualität“ von elf Autorinnen und Autoren im Enke-Verlag vorgestellt.

Mit dieser Studie liegt eine der ersten (offiziellen) gemeinsam von ost- und westdeutschen WissenschaftlerInnen durchgeführten Jugendstudien zum Thema Sexualverhalten vor. Doch nicht nur der Ost-West-Vergleich steht im Mittelpunkt der Betrachtung, sondern es geht auch um die Darstellung von Veränderungen im Sexualverhalten Jugendlicher, die seit den 70er Jahren hüben und drüben stattgefunden haben. Volkmar Sigusch und Gunter Schmidt führten mit ihren MitarbeiterInnen eine Teilreplikation ihrer 1973 veröffentlichten Studie an westdeutschen Jugendlichen durch, Kurt Starke und Konrad Weller verglichen die Befunde der 90er Jahre mit früheren Studien, die am ehemaligen ZIJ in Leipzig Anfang der siebziger und Anfang der achtziger Jahre durchgeführt wurden. Dritte Besonderheit der vorliegenden Studie ist die spezielle Berücksichtigung der Frage, inwieweit heute HIV/AIDS eine Rolle für das Sexualverhalten Jugendlicher spielt.

Die 13 Kapitel des Buches sind in vier Hauptabschnitte geordnet: (a) „Zeitvergleiche“, (b) „Gruppenvergleiche“, die sich auf Ost/West-, Geschlechts- und Schichtunterschiede beziehen, (c) „Konfliktfelder“, in dem der Umgang der Jugendlichen mit Trennungen, Verhütung und Schwangerschaft, sexueller Belästigung und Gewalt, Bedrohung durch HIV/AIDS angesprochen wird und (d) „Methodik“, ein Abschnitt, in dem die Stichproben, ihre Gewinnung und die

Vergleichbarkeit der Teilstichproben problematisiert werden.

Für den eiligen Leser/die eilige Leserin faßt eine Synopse am Anfang des Buches, von Gunter Schmidt verfaßt, die zentralen Ergebnisse zusammen, die später sehr übersichtlich und ausführlich mit Tabellen dokumentiert in den einzelnen Kapiteln dargestellt werden. Eilige Leser sollten aber auch nicht versäumen, das Nachwort von Carmen Lange, Christine Gaenslen-Jordan und Marina Knopf zu lesen, in dem die männlich geprägte Sicht der Studie auf das Sexualverhalten der Jugendlichen kritisch beleuchtet wird.

Wie stellt sich nun das Sexualverhalten Jugendlicher in Ost- und Westdeutschland Anfang der 90er Jahre dar? Im Gegensatz zu den 70er Jahren ist die Sexualität Jugendlicher im Familienkontext so gut wie nicht mehr tabuisiert. Eltern, vor allem die Mütter, sind über die gegengeschlechtlichen Kontakte ihrer Töchter und Söhne informiert und haben häufig auch nichts mehr dagegen, wenn intime Kontakte unter ihrem Dach stattfinden. Der Beginn und das Ausmaß sexueller Erfahrungen hat sich in den letzten zwanzig Jahren nicht mehr wesentlich verändert. Während früher sexuelles Verlangen ein starkes Motiv für den Geschlechtsverkehr war, sind heute Liebe und Vertrautheit die Voraussetzung für die Sexualität. Jungen haben sich den Mädchen angenähert, indem auch sie nun vermehrt Liebe und Sexualität verbinden und Treue für wichtig erachten. Die Annäherung der Jungen an Mädchen in bezug auf die Offenheit, etwa Ängste zu äußern, ist ein Phänomen, das sich beispielsweise auch im Erleben der Pubertät beobachten läßt. Mit dem Thema Verhütung gehen die Jugendlichen von heute offenbar sehr verantwortlich um. Rund 80% der Jugendlichen verhüten mit Pille oder Kondom. Die Verwendung von Kondomen geschieht nicht in erster Linie wegen HIV/AIDS. Auch Treue in der Zweierbeziehung scheint nicht vor allem wegen AIDS einen sehr hohen Stellenwert zu haben. Insgesamt zeigt sich die Mehrzahl der Jugendlichen gut über die Ansteckungswege bei HIV informiert, etwa 25% von ihnen meinen, daß die Furcht vor einer HIV/AIDS-Infektion das Sexualverhalten von Jugendlichen stark beeinflussen würde. Mädchen übernehmen heute häufiger als früher die Kontrolle in heterosexuellen

Beziehungen. Sie meinen, sehr viel seltener aufgrund von äußeren Einflüssen, wie Druck von Gleichaltrigen oder Protest gegen die Eltern, eine intime Beziehung mit einem Jungen zu beginnen. Im Ost-West-Vergleich dominieren die Ähnlichkeiten, wie zum großen Erstaunen vieler auch andere Jugendstudien gezeigt haben. Allerdings zeigen sich auch einige Unterschiede, die offenbar auf die unterschiedlichen Sozialisationserfahrungen zurückzuführen sind. So verbinden ostdeutsche Jungen in geringerem Ausmaß als westdeutsche Sexualität mit Liebe. Letztere sind etwas enthaltsamer, wenn es um die Häufigkeit intimer Kontakte geht. Bei den Mädchen zeigt sich, daß die Leipzigerinnen den Geschlechtsverkehr als befriedigender und lustvoller beschreiben als die westdeutschen Altersgenossinnen. Dieser Befund wird vor dem Hintergrund der größeren Sensibilität der westdeutschen Jugendlichen gegenüber der sozialen Ungleichheit der Geschlechter diskutiert. Demnach würde der „Geschlechterkampf“ von den Jugendlichen (auch) auf der Ebene der Sexualität ausgetragen. Diese Annahme wird durch eine Zusammenhangsanalyse unterstützt, die zeigt, daß westdeutsche Mädchen, die ihr Geschlecht und sich selbst als diskriminierter wahrnehmen, auch den Geschlechtsverkehr als weniger lustvoll und befriedigend erleben. Dieser Zusammenhang zeigt sich nicht bei den Leipziger Mädchen. Hier muß allerdings beachtet werden, daß die von den AutorInnen beschriebene größere Selektivität der Weststichprobe, in der nur ca. 50% der angesprochenen Jugendlichen an der Untersuchung teilnahmen (gegenüber nahezu 100% im Osten), für diesen Unterschied verantwortlich sein könnte. Unter Umständen haben im Westen eher solche Mädchen mitgemacht, die eine sehr reflektierte Einstellung zu ihrer Sexualität haben. Im oben bereits zitierten Nachwort von Lange, Gaenslen-Jordan und Knopf wird noch auf eine andere mögliche Erklärung für dieses Phänomen verwiesen: Für 16- bis 17jährige Mädchen aus Westdeutschland könnte der Geschlechtsverkehr deshalb weniger lustvoll und befriedigend sein, weil sie Angst davor haben, schwanger zu werden. In unserer Gesellschaft, in der für junge Mädchen ein Kind quasi das Aus für die weitere schulische und berufliche Karriere

bedeutet, mag dieser Grund wirklich beeinträchtigend für das Lustempfinden sein. Es wäre daher sehr wichtig, in einiger Zeit eine Ost-West-Vergleichsstudie zu wiederholen, um zu überprüfen, ob die sich auch in Ostdeutschland drastisch gewandelten sozialen Verhältnisse auf das Lustempfinden der Mädchen und das Verhältnis der Geschlechter zueinander niederschlagen. Soweit ein grober Überblick über die zentralen Ergebnisse, die es sich genauer in den einzelnen gut lesbar geschriebenen Kapiteln nachzulesen empfiehlt.

Da die vorliegende Studie eines der ersten Produkte der Zusammenarbeit ost- und westdeutscher Forschungsgruppen ist, ist interessant zu sehen, wie sich dies in der Darstellung der Ergebnisse niederschlägt. So konnten sich offenbar die beiden Forschungsgruppen bei der Interpretation der Ost-West-Unterschiede aufgrund ihrer unterschiedlichen theoretischen Hintergründe auf keine gemeinsame Aussage einigen und stellten ihre Interpretationen nebeneinander. Ein Vorgehen, daß auch anderen Projekten zur Nachahmung empfohlen werden könnte.

Insgesamt dürfte die Studie sehr informativ für alle sein, die mit Jugendlichen arbeiten. Für weitere Untersuchungen zur Jugendsexualität könnte sie ein wertvoller Ansatzpunkt für eine eingehendere qualitative Analyse beispielsweise der Geschlechtsunterschiede zum Lustempfinden sein. Hier sollten dann auch die Einwände von Lange et al. berücksichtigt werden, Petting als gleichberechtigte reife sexuelle Aktivität einzuschätzen und das Lustempfinden und die Befriedigung dabei zu erfragen. Unter methodischen Gesichtspunkten sei auch noch einmal auf die Möglichkeit verwiesen, mit den bereitstehenden Daten, die doch eher epidemiologisch betrachtet wurden, stärker hypothesentestend zu arbeiten, was die oft recht weitreichenden Interpretationen der Ergebnisse empirisch absichern würde.

*Bärbel Kracke, Mannheim*

Von Sydow, K.: **Lebenslust. Weibliche Sexualität von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter.** Bern/Göttingen/Toronto/Seattle (Hans Huber Verlag) 1993. 191 Seiten. DM 34,80

Der Anspruch des Bandes besteht darin, die „weibliche Sexualität von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter“ zu beschreiben. Ausgehend von der Konstatierung eines „tiefgründigen gesellschaftlichen Desinteresses“ an der weiblichen Sexualität soll versucht werden, eine „ganzheitliche Betrachtungsweise entgegenzusetzen, die sexuelle mit emotionalen und sozialen Entwicklungsaspekten integriert sowie diese in einen kulturhistorischen Kontext stellt“. Eine obligatorische Übung scheint es dabei zu sein, auch das Sexualverhalten unserer engsten evolutionären Nachbarn zu beleuchten. Eine solche Betrachtungsweise, die sicherlich sehr dazu beitragen könnte, die sozialen und emotionalen Dimensionen weiblicher und natürlich auch männlicher Sexualität zu verstehen, bleibt jedoch leider auf der anekdotisch-erzählerischen Ebene stehen.

Der historische Teil des Bandes informiert stichprobenartig über Meilensteine an Publikationen zum Sexualverhalten. Allerdings werden auch aus dieser skizzenhaften Betrachtung historische Zusammenhänge oder gar Entwicklungsmuster nicht deutlich.

Sehr gelungen ist die Darstellung des psychoanalytischen Theorieansatzes, der sowohl allgemeinverständlich als auch differenziert vorgestellt wird und von verschiedenen kritischen Sichtweisen her gewürdigt wird.

„Der wissenschaftliche Blick auf die weibliche Sexualität“ führt dazu, daß ein interaktives lebensspannenbezogenes Entwicklungskonzept thematisiert wird, daß zu einem normativen Verständnis eines weiblichen sexuellen Lebenszyklus führen soll. Ausgehend von Annahmen über stereotype Vorstellungen über männliche und weibliche Sexualität (Frauen eher an Sexualität desinteressiert; Männer stärkerer „Sexualtrieb“) wird dann in Kapitel 4 zunächst die Unterschiedlichkeit in der sexuellen Selbstkenntnis und Selbstbestimmung diskutiert. Obwohl die Sexualphysiologie Frauen die ausgedehnteren Möglichkeiten zum Erleben sexueller Lust erlaubt,

wird dies in den entsprechenden Verhaltensweisen oder doch zumindest in den Angaben darüber nicht abgebildet. „Frauen leben – trotz ihrer größeren sexuellen ‘Potenz’ – meistens sexuell enhaltsamer als Männer“ (S. 45). Die Hypothese unterschiedlicher Interessenslagen an Sexualität kann auch bei differentieller Berücksichtigung der Altersvariablen nicht eindeutig beantwortet werden. Damit verknüpft ist der Befund der stärkeren Bevorzugung nicht-koitaler Formen sexuellen Kontaktes von Frauen. Dazu werden drei weitere Hypothesen diskutiert, nämlich daß Frauen weniger über ihren Körper und über ihre Sexualität wissen als Männer, sexuell stärker fremdbestimmt werden und größere Risiken für sexuelle Aktivitäten in Kauf nehmen müssen. Die immer wiederkehrende Betonung der Bedeutung der weiblichen Klitoris zur Erfahrung sexueller Lust wirkt dabei etwas redundant. Es wäre wünschenswert, wenn die offensichtlich vorherrschende Fremdbestimmung sexuellen Verhaltens von Frauen (eigene Bedürfnisse nicht artikulieren, unerwünschte Handlungen mitmachen) einer substantiellen Motivanalyse unterzogen würde, die nicht in der Konstatierung herrschender patriarchalischer Gesellschaftsstrukturen halt machen sollte.

In Kapitel 5 wird dann die lebenslaufüberspannende sexuelle Entwicklung von Frauen ausgehend von der pränatalen Zeit bis ins hohe Alter aufgewiesen. Dabei werden in den verschiedenen Lebensabschnitten jeweils entwicklungsrelevante Kontexte hervorgehoben wie zum Beispiel Familienbeziehungen und Geschlechtsrollen-Lernen in der Kindheit, Jugendalter (mit besonderem Schwergewicht auf der körperlich-sexuellen Entwicklung, aber auch Moral), Erwachsenenalter (Beziehung und Partnerschaft, generatives Verhalten). Mittleres und höheres Erwachsenenalter (Menopause, Beziehungsformen im höheren Alter, Scheidung und Verwitwung, Frauen ohne Männer). Leider entstammen die Befunde häufig sehr alten Publikationen, was auch an nicht-vorhandenen empirischen Untersuchungen liegt. Ein Hinweis auf zum Teil fehlende Aktualität wäre jedoch hilfreich. Viele Informationsbereiche werden allerdings auch durch wenige Publikationen abgedeckt, wo durchaus weitere Arbeiten veröffentlicht sind.

Das Kapitel 6 befaßt sich mit Variationen der weiblichen sexuellen Entwicklung. Der kursorische Überblick über die kulturellen Variationen ist wieder, im Stil des Buches, auf eine Quelle bezogen, die eine sehr einseitige Sichtweise vermittelt. Gerade in der evolutionsbiologischen Literatur gibt es eine Vielzahl von Veröffentlichungen, die sich mit Sexualität in verschiedenen Kulturen unter geschlechtsdifferenzierenden (differentielle Investitionen) und generativen Aspekten befassen. Schön ist, daß die Autorin das von Shostak 1981 beschriebene Beispiel der Kung-San-Frau ausführlich würdigt. Religion, historische Zeit, Kohorten und sozioökonomische Einflüsse bilden weitere Aspekte dieses Kapitels. Auch hier wäre es mir lieber gewesen, einzelne Bereiche differenzierter darzustellen, als den Versuch zu unternehmen, einen umfassenden Überblick zu geben.

In dem abschließenden Abschnitt zur sexuellen Orientierung wird dann noch einmal auf gleichgeschlechtliche Orientierung eingegangen. Es gefällt mir, daß eine Falldarstellung integriert wird.

Im 7. Kapitel wird ein Überblick über traumatische sexuelle Erfahrungen gegeben, der aber

auch nicht über das Alltagswissen hinausreicht. Im abschließenden Ausblick (Kapitel 8) wird wenig mehr geboten als das, was einleitend als Anspruch des Bandes formuliert wurde, nämlich daß Sexualität für Frauen mehr ist als Geschlechtsverkehr, daß für sie der Beziehungskontext wichtig ist und daß sie weitgehend sexuell fremdbestimmt werden.

Insgesamt erging es mir so, daß die grundsätzliche Neugier auf und das Interesse an diesem Buch, im Laufe der Lektüre weitgehend verlorengegangen ist. Die gleichen Argumentationsfiguren tauchen immer wieder auf. Die Darstellungsweise geht über Deskriptionen nicht hinaus. Konzeptionelle Überlegungen, Motivanalysen oder theoretische Einbindungen fehlen weitgehend. Häufig fragte ich mich nach dem Erkenntnisgewinn.

Die Lektüre dieses Buches ist für mich enttäuschend gewesen. Selbst der Aspekt, der mir anfangs auch sehr gut gefallen hat, nämlich die Aufmachung des Buches mit großer Schrift und mit vielen schön gewählten Abbildungen ist am Ende mehr eine lose Blattsammlung als ein Buch.

*Heidi Keller, Osnabrück*



