

Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin
und der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin

Inhalt

- | | | | |
|-----|--|-----|---|
| | Originalarbeiten | | Zur Diskussion |
| 177 | Einfluß von Schwangerschaft und Geburt auf das Sexualleben der Frau
<i>J. Seiwald</i> | 223 | Nachuntersuchungen von kastrierten Sexualstraftätern
<i>R. Wille</i> |
| 193 | Sexualität und Partnerschaft bei Multipler Sklerose
<i>D. Goecker, S. Babinsky, K. Beier</i> | | Aktuelles |
| | Fortbildung | 231 | Veranstaltungskalender |
| 203 | Psychosomatik männlicher Sexualität
<i>G. Fröhlich</i> | 232 | Buchbesprechung |
| | | 234 | AIDS in der Bundesrepublik Deutschland |
| 212 | Amputophilie bei narzißtischer Persönlichkeitsstörung
<i>T. Moesler, S. Poppek, A. Rose, U. Brandenburg</i> | | Titel und Inhalt zu Band V |

Anschrift der Redaktion:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Beier; MA Rainer Alisch, Inst. f. Sexualwissenschaft und Sexualmedizin Humboldt Universität, Tucholskystraße 2, D-10117 Berlin, Tel.: 030/28 02-63 51 (Fax: -6455), e-mail: beier@rz.charite.hu-berlin.de

IMPRESSUM

Verlag: Gustav Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, PF 100 537 D-07705 Jena, Telefon (03641) 626-3; Fax (03641) 62 65 00; e-mail: office.j@gfischer.de

Anzeigenannahme und -verwaltung: Gustav Fischer Verlag GmbH & Co.KG, Niederlassung Jena, Anzeigenleitung: Sabine Schröter, PF 100 537, D-07705 Jena
Telefon (03641) 62 64 28, Fax (03641) 62 64 21

Zur Zeit gilt die Anzeigen-Preisliste vom 01.02.1997

Abonnementsverwaltung und Vertrieb: SFG-Servicecenter Fachverlage GmbH, Zeitschriftenvertrieb: Barbara Dressler, Villengang 2, 07745 Jena, Telefon (03641) 62 64 44, Fax: (03641) 62 64 43

Bezugshinweise: Das Abonnement gilt bis auf Widerruf oder wird auf Wunsch befristet.

Die Lieferung der Zeitschrift läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 31.10. eines Jahres abbestellt wird.

Erscheinungsweise: Zwanglos, 1 Band mit 4 Heften.

Abo-Preise 1998: 168,- DM*; Einzelheftpreis 50,- DM*; Alle Preise zzgl. Versandkosten.

Vorzugspreis für persönliche Abonnenten 86,- DM. *Unverbindlich empfohlene Preise. Preisänderungen vorbehalten.

Folgende Kreditkarten werden zur Zahlung akzeptiert: Visa/Eurocard/Mastercard/American Express (bitte Kartennummer und Gültigkeitsdauer angeben).

Bankverbindung:

Deutsche Bank AG Jena, Konto-Nr. 6 284 707, BLZ 820 700 00;

Copyright: Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages.

Satz, Druck, Bindung:

Gutenberg Druckerei GmbH Weimar, Marienstraße 14, D-99423 Weimar

Diese Zeitschrift wird ab Band III, Heft 1 (1996) auf elementar chlorfreiem, pH-Wert neutralem, alterungsbeständigem Papier gedruckt.

Printed in Germany

© 1998 Gustav Fischer Verlag

Abstracted/Indexed in:

BIOSIS · CAB Abstracts · Chemical Abstracts Service (CAS) · Chemical Abstracts (SEXUEX)



Einfluß von Schwangerschaft und Geburt auf das Sexuelleben der Frau

Influence of pregnancy and childbirth on sexuality of woman

Jakob Seiwald

Zusammenfassung

Untersuchungen zu Einflüssen von Schwangerschaft und Geburt auf die Lebens- und „Liebes“-situation der Frau in einer Partnerschaft beschränken sich meist auf die faktische Deskription von Koitus- und Orgasmusfrequenz, Orgasmusintensität oder sexuelle Stimulationstechniken. Diese quantitativen sexuellen Veränderungen können nur in direktem Kontext mit den qualitativen subjektiven sexuellen Empfindungen und Bedeutungszuteilungen zur Beschreibung von partnerschaftlicher Lebensqualität herangezogen werden. Im ersten Teil der Untersuchung wurden von 51 Frauen mit Hilfe eines Fragebogens retrospektiv die letzten vier präpartalen Wochen zu den fünf Bereichen „Körpergefühl“, „Zärtlichkeit“, „Lust und Befriedigung“, „Liebe und Geborgenheit“ und „Kommunikation“ erfaßt. Zusätzlich wurden in Interviews das Verhältnis zu Sexualität, Schwangerschaft und weiblichem Selbstverständnis erhoben. Im zweiten Teil wurden nach sechs Monaten dieselben Fragebogen neuerlich an die Teilnehmerinnen verschickt. Das Bedürfnis nach Zärtlichkeit nimmt während der Schwangerschaft deutlich zu und sinkt postpartal – bedingt u.a. durch die Zusatzbelastung der Kindesbetreuung – ab. Für den Bereich „Lust und Befriedigung“ zeigt sich eine insgesamt gegenläufige Entwicklung, ohne daß dasselbe Niveau wie vor Beginn der Schwangerschaft erreicht wird. Die Position zur Sexualität ist für 67% mit Unsicherheit und Ambivalenz behaftet. Sexualität wird oft nur auf Genitalität reduziert und nicht als Verleiblichung der Beziehung betrachtet. Ebenso wenig wird die sexuelle Begegnung nicht als besonders intensive Form von Zärtlichkeit gesehen.

Bei Mehrfachgebärenden zeigt sich zum ersten Zeitpunkt eine gegenüber den Erstgebärenden signifikant geringere Zufriedenheit über das ihren sexuellen Wünschen und Bedürfnissen entgegengebrachte partnerschaftliche Verständnis. Postpartal kommt es in beiden Gruppen u.a. durch die Konzentration auf die Mutterrolle zu einer Verschlechterung in der partnerschaftlichen Kommunikation.

Schlüsselwörter: Sexualität, Schwangerschaft, Geburt, Kommunikation, Partnerschaft

Abstract

Studies to the effect of pregnancy and childbirth on life- and „love“-situation of women in partnership are often reduced to the description of frequency of coitus and orgasm, intensity of orgasm or sexual techniques. To describe quality of life in partnership these quantitative sexual changes have to be connected with the individual qualitative sexual sensations and meanings. In the first part of the study 51 women answered a questionnaire about the last four prepartal weeks to the aspects of „body-feeling“, „tenderness“, „pleasure and satisfaction“, „love and safety“ and „communication“. In „face-to-face“-interviews the personal relation to sexuality, pregnancy and the way the woman sees herself were collected. In the second part of the study (six months later) the women answered the questionnaire a second time.

The desire for tenderness markedly increases during pregnancy and decreases postpartal due to

the efforts of child care and education. Sexual pleasure and satisfaction show a contrary development during that period without reaching the same level before pregnancy.

For 67 % the position to sexuality is ambivalent. Sexuality is often reduced to genitality and not seen as physical expression of partnership or as remarkable intensive form of tenderness. Multiparae are significantly less contented with their partners understanding for her sexual desires and needs than primiparae. In both groups the quality of communication decreases due to concentration on maternity.

Key words: Sexuality, pregnancy, childbirth, communication, partnership

1. Einleitung

Schwangerschaft und Geburt können im Leben der Frau eine wichtige Zäsur darstellen. Die morphologischen und funktionellen Veränderungen des Körpers (Bancroft 1985; Künzel & Wulf 1986; Martius et.al. 1994) einerseits, sowie die Umstrukturierungen im intrapsychischen Bereich vom Bild als Tochter zum Bild als Mutter bzw. der interpersonale Wechsel von Partnerschaft zu Elternschaft (Davies-Osterkamp 1994) sind Entwicklungsprozesse, die unmittelbare Auswirkungen auf die Partnerschaft und die in ihr gelebte Sexualität nach sich ziehen. Da die Sexualität auf Grund historisch gewachsener Tabuierung, Geringschätzung, Verachtung (Denzler 1991) bzw. Normen, Erwartungen oder Forderungen (Schmid 1993) ein immer noch belasteter Lebensbereich ist, stellt sich die Frage, mit welchen „Anpassungsstrategien“ die Frau bzw. die Partner in diese Entwicklungs herausforderung gehen und welche Neuordnungen sich nach einer gewissen Zeit durch das Kind ergeben.

Der Großteil der Studien über prä- und postpartale Veränderungen im Sexualleben der Frau beschäftigt sich v.a. mit Fragen nach sexueller Lust, Koitus- und Orgasmusfrequenz, Orgasmusintensität, oder sexuelle Stimulationstechniken (Landis et.al. 1950; Falicov 1973; Kenny 1973; Solberg et.al. 1973; Lukesch 1976; Robson et.al. 1981; Ryding 1984; Reamy et.al. 1987). Mehrheitlich wird dabei von einer deutlichen Abnahme sexueller Lust und einer damit einhergehenden Abnahme der Koitus- und Orgasmusfrequenz sowie der Intensität des Orgasmus berichtet, wobei diese Veränderungen v.a. im letzten Schwangerschaftsdrittel auftreten.

Postpartal hingegen setzt die Mehrheit der Frauen ihr sexuelles Interesse mit jenem vor der Schwangerschaft gleich (Kenny 1973; Tolor & DiGrazia 1976; Ryding 1984; Alder & Bancroft 1988) oder empfindet es als reduziert (Falicov 1973; Robson et.al. 1981). Gleichsinnige Veränderungen lassen sich in Bezug auf Koitus- und Orgasmusfrequenz finden (Falicov 1973; Kenny 1973; Tolor & DiGrazia 1976; Robson et.al. 1981). Dafür werden v.a. körperliche Beschwerden nach einer Episiotomie oder Sectio verantwortlich gemacht (Narben, vaginaler Ausfluß/Blutungen, Schmerzen oder Entzündungen des Urogenitaltraktes/Brust, Müdigkeit, physische Erschöpfung) (Jacobson et.al. 1967; Falicov 1973; Kenny 1973; Robson et.al. 1981; Ryding 1984). Teilweise veranlassen auch Angst vor Verletzungen oder vor Fehl- bzw. Frühgeburten Frauen zur Veränderung ihres Sexuallebens. Diesen Ängsten stehen Ergebnisse großangelegter Studien entgegen, die zu dem Schluß kommen, daß der Geschlechtsverkehr und Orgasmus (normalerweise) keinen negativen Einfluß auf die Entwicklung des Feten oder die Geburt haben (Mills et.al. 1981; Klebanoff et.al. 1984). Psychische Anspannung, Depressionen sowie intra- und interpsychische Umstrukturierungen können ebenfalls zu einer Verstärkung der oben ange-

fürten Veränderungen führen (Chalmers & Chalmers 1986; Garel et.al. 1987; Davies-Osterkamp 1991). Wesentlich ist dabei der Hinweis, daß sich bei den Studien insgesamt eine große interindividuelle Bandbreite an sexuellen Erfahrungen, Erlebnissen und Bedeutungszerteilungen findet, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

Diese Arbeit zielt nicht primär auf die Deskription der Veränderungen des Sexuallebens im faktischen Sinn ab (Koitus- und Orgasmusfrequenz, Orgasmusintensität, sexuelle Stimulationstechniken etc.). Zwar ist die Koitusfrequenz ein relativ unkompliziert faßbarer Parameter, der jedoch nur sehr beschränkt als ein Qualitätsmaßstab für eine lustvolle sexuelle Begegnung gelten kann.

Vielmehr sollen quantitative sexuelle Veränderungen in der Partnerschaft in direkten Kontext mit den qualitativen subjektiven sexuellen Empfindungen und Bedeutungszerteilungen gestellt werden, um mögliche positive oder negative Einflüsse auf die Lebensqualität in einer Beziehung zu beschreiben, aus denen sich für die medizinische Betreuung und Begleitung bzw. für Sexualberatung und -therapie der werdenden Mutter und ihres Partners wertvolle Anregungen und Hilfestellungen ergeben. Dadurch soll die Abspaltung der menschlichen Sexualität als eines vorwiegend körperlichen Aspektes und das damit einhergehende Ignorieren der psycho-physischen Einheit des Menschen vermieden werden.

Um die vielfältigen Umstrukturierungen und Neuorganisationen in Partnerschaft/ Ehe und Sexualität vor und nach der Geburt eines Kindes darzustellen, stehen folgende Aspekte im Vordergrund der Untersuchung:

Wie verändern sich aus der Sicht der Frau verschiedene Bereiche des Sexuallebens /der Partnerschaft in der Spätschwangerschaft und in der frühen Periode der Elternschaft?

Welche Bereiche sind besonders deutlichen Veränderungen unterworfen?

Gibt es zwischen Primiparae und Multiparae Unterschiede in der Bewertung und Bedeutung? Welche Auswirkungen haben diese Veränderungen auf die Partnerschaft?

Welche Faktoren können für die Veränderungen verantwortlich gemacht werden?

2. Methodik

Die Untersuchung gliederte sich in zwei Teile. Im ersten wurden mit Hilfe eines Fragebogens retrospektiv die letzten vier präpartalen Wochen erfaßt. Zusätzlich wurde in „face-to-face“-Interviews das Verhältnis der jungen Mütter zu Sexualität, zur eigenen Position als Frau und zu Schwangerschaft erhoben. Im zweiten Teil wurden nach sechs Monaten die gleichen Fragebogen neuerlich an die Teilnehmerinnen verschickt, um Veränderungen in der frühen Periode der Elternschaft zu erfassen.

Fragebogen

Der zweiseitige Fragebogen (vgl. nachfolgend) mit dem Titel „Lebensqualität, Sexualität und Partnerschaft“ wurde von Klingler und Loewit im Jahr 1993 entwickelt. Er umfaßt neben den üblichen soziodemographische Daten insgesamt 25 Fragen in gemischter Folge mit jeweils fünf Fragen zu den Items „Körpergefühl“, „Zärtlichkeit“, „Lust und Befriedigung“, „Liebe und Geborgenheit“ sowie „Kommunikation“. Die Bewertung der Fragen erfolgt durch Ankreuzen einer fünfteiligen verbal verankerten Ratingskala von „sehr häufig“ (= 1) bis „sehr selten“ (= 5).

Das Item „Körpergefühl“ bezieht sich sowohl auf das individuelle Verhältnis zum eigenen Körper als auch auf die Wirkung auf den Partner bzw. die Umgebung und die Reaktionen derselben auf das äußere Erscheinungsbild.

Die Fragen zum Bereich „Zärtlichkeit“ lassen einen großen Spielraum für die Interpretation des Begriffes zu. Die Begegnung der Partner in einer Atmosphäre, die keine unmittelbare Triebbefriedigung zum Ziel hat oder unter einem solchen Zwang steht, scheint diesen Bereich am besten zu umschreiben (Loewit 1992). Dabei ist der Übergang von verspielter Zärtlichkeit zu lustvoller sexueller Begegnung als intensivster Form der Zärtlichkeit fließend.

Der Fragenkomplex „Lust und Befriedigung“ bezieht sich auf das Sexualleben im engeren Sinn, d. h. auf sexuelle Erlebnisse und sexuelle Erlebnisfähigkeit in einer Partnerschaft. Aktiv und passiv erlebte Lust, ausgelebte sexuelle Phantasien, sexuelle Befriedigung und Orgasmus können als Maß für die Qualität einer Beziehung interpretiert werden, wenn sie als intimste Möglichkeiten partnerschaftlicher, gleichwertiger Kommunikation gesehen werden.

Die Fragen zu „Liebe und Geborgenheit“ beinhalten Aspekte wie Verlässlichkeit, Akzeptanz, Anteilnahme oder das gemeinsame Teilen von Sorgen sowie die Forderung nach Stabilität, Berechenbarkeit, Vertraulichkeit und Vertrauen, die die Bereitschaft der Partner, sich auf die Beziehung einzulassen ermöglicht. Dabei steht im Mittelpunkt, wie die Veränderungen im alltäglichen Zusammenleben und in der gemeinsamen Bewältigung des Alltags neue Grenzen und Freiräume in der Partnerschaft schaffen.

Inwieweit die intradyadischen kommunikativen Ressourcen entwickelt sind und während des untersuchten Zeitraums genutzt werden, wird mit dem Fragenkomplex „Kommunikation“ beleuchtet. Kommunikationsbereitschaft über sexuelle Wünsche, Bedürfnisse oder sexuelle Probleme stellen für die Partnerschaft oft eine Herausforderung dar. Die Angst der Partnerin, den Partner zu verletzen, zu verunsichern oder zu überfordern (und vice versa), die Angst vor Ablehnung oder die eigenen Bedenken, manche Wünsche oder Bedürfnisse zu äußern oder zuzulassen, behindern und erschweren die vielleicht als notwendig empfundene Auseinandersetzung mit der eigenen und der innerhalb der Partnerschaft gelebten Sexualität.

Interview

Das Interview ist als halbstrukturiertes Gespräch angelegt, in dem die Teilnehmerin ein Bild ihres Umgangs und ihres Verständnisses von Sexualität/Erotik und Generativität zeichnet, aus dem sich in der Zusammenschau mit dem Fragebogen Rückschlüsse auf die Auswirkungen auf Sexualität, Partnerschaft und Lebensqualität ergeben.

Teilnehmerinnen

Die auf der geburtshilflichen Station des BKH Hall i.T. betreuten Frauen wurden im Rahmen der Morgenvisite über die Möglichkeit zur Teilnahme an der Studie informiert und zur Mitarbeit eingeladen. Voraussetzungen dafür waren die Geburt eines klinisch gesunden Kindes, die physische und psychische Gesundheit der Mutter sowie Deutsch als Muttersprache. Von den insgesamt 67 Frauen lehnten lediglich sechs die Teilnahme ab. Als Motive der Ablehnung wurden Desinteresse und die aus ihrer Sicht zu intime Fragestel-

Fragebogen Seite 1:

Lebensqualität, Sexualität und Partnerschaft
Klingler & Loewit
Universität Innsbruck 1993

Datum:

Nr:

Alter in Jahren:

Geschlecht:

Schulabschluß:

- (1) Pflichtschule
- (2) Berufsschule/ Berufsbild. Schule
- (3) Höhere Schule (Matura/ Abitur)
- (4) Abgeschlossenes Universitätsstudium

Familienstand:

- (1) ledig
- (2) verheiratet
- (3) geschieden
- (4) verwitwet
- (5) in Lebensgemeinschaft mit einem Partner/in
- (6) derzeit ohne Partner/in
– Mehrfachnennungen möglich

Kinder:

- (1) keine
- (2) 1 Kind
- (3) 2 Kinder
- (4) 3 Kinder
- (5) mehr als 3

Haushaltsform:

- (1) alleine wohnend
- (2) mit einem/er Partner/in wohnend
- (3) bei den Eltern
- (4) in Wohngemeinschaft mit anderen Personen

Welcher Gruppe würden Sie sich in materieller und wirtschaftlicher Hinsicht zurechnen?

- (1) unterdurchschnittliches Einkommen
- (2) durchschnittliches Einkommen
- (3) überdurchschnittliches Einkommen

Halten Sie sich für religiös?

- (1) sehr religiös
- (2) religiös
- (3) nicht religiös

Fühlen Sie sich einer Kirche oder Religionsgemeinschaft verbunden?

- (1) ja
- (2) nein

Fragebogen Seite 2:

Datum:	(1) sehr häufig
	(2) häufig
	(3) manchmal
	(4) selten
	(5) sehr selten
<p>Liebe, Lust und Zärtlichkeit können eine wichtige Quelle der Freude sein.</p> <p>Wie häufig konnten Sie sich während der vergangenen vier Wochen darüber freuen,</p>	
(1) körperlich begehrenswert zu sein?	(1) (2) (3) (4) (5)
(2) daß Sie ein naher Mensch gerne liebkost?	(1) (2) (3) (4) (5)
(3) sexuelle Lust zu erleben?	(1) (2) (3) (4) (5)
(4) daß jemand verlässlich zu Ihnen steht?	(1) (2) (3) (4) (5)
(5) daß Sie über Ihre sexuellen Bedürfnisse sprechen können?	(1) (2) (3) (4) (5)
(6) daß Sie verstanden und akzeptiert werden?	(1) (2) (3) (4) (5)
(7) einen sexuellen Höhepunkt zu genießen?	(1) (2) (3) (4) (5)
(8) Zärtlichkeiten genießen zu können?	(1) (2) (3) (4) (5)
(9) auf das andere Geschlecht anziehend zu wirken?	(1) (2) (3) (4) (5)
(10) daß Sie die Haut eines vertrauten Menschen fühlen können?	(1) (2) (3) (4) (5)
(11) sexuellen Phantasien ausleben zu können?	(1) (2) (3) (4) (5)
(12) daß Sie jemandem Freude bereiten können?	(1) (2) (3) (4) (5)
(13) sexuelle Befriedigung zu finden?	(1) (2) (3) (4) (5)
(14) liebevoll in den Arm genommen zu werden?	(1) (2) (3) (4) (5)
(15) sexuelle Lust zu bereiten?	(1) (2) (3) (4) (5)
(16) daß Sie sexuelle Wünsche äußern dürfen?	(1) (2) (3) (4) (5)
(17) sich zufrieden im Spiegel betrachten zu können?	(1) (2) (3) (4) (5)
(18) daß jemand Ihre sexuellen Bedürfnisse versteht?	(1) (2) (3) (4) (5)
(19) daß jemand an Ihnen Anteil nimmt?	(1) (2) (3) (4) (5)
(20) auf Ihren Körper stolz sein zu können?	(1) (2) (3) (4) (5)
(21) daß sich jemand bemüht, Ihre sexuellen Bedürfnisse zu verstehen?	(1) (2) (3) (4) (5)
(22) Komplimente für Ihr Aussehen zu bekommen?	(1) (2) (3) (4) (5)
(23) die Wärme eines anderen Menschen spüren zu können?	(1) (2) (3) (4) (5)
(24) daß jemand Ihre Sorgen mit Ihnen teilt?	(1) (2) (3) (4) (5)
(25) daß Sie, wenn erforderlich, sexuelle Probleme offen ansprechen könnten?	(1) (2) (3) (4) (5)

lung der Untersuchung angeführt. Weitere 10 konnten aus Zeitgründen (Besuch, klinische Untersuchung, Entlassung...) den Termin letztendlich nicht wahrnehmen. Die Befragung erfolgte in Form von Einzelgesprächen, die durchschnittlich 40–60 Minuten dauerten. Die 51 Teilnehmerinnen wurden in zwei Untergruppen zu 26 Primiparae (Gruppe 1) und 25 Multiparae (Gruppe 2) geteilt. Das durchschnittliche Lebensalter in Gruppe 1 lag bei 24,7 Jahren (+/-3,05a), in Gruppe 2 bei 29,5 Jahren (+/-3,36a). Die Kinderanzahl betrug in Gruppe 2 im Mittel 2,3 (+/-0,54; Streuung von 2-4 Kindern – s.Tab. 1).

Aus den fünf Fragen zum entsprechenden Item wurde pro Teilnehmerin für beide Befragungszeitpunkte jeweils getrennt der Mittelwert und die Standardabweichung errechnet. (Mittelwertzuordnung: 1-1,4 sehr häufig; 1,5–2,4 häufig; 2,5–3,4 manchmal; 3,5–4,4 selten; 4,5–5 sehr selten – s.Tab. 2).

Differenzen zwischen den Gruppen in der Bewertung für beide Zeitpunkt wurden mit dem Mann-Whitney-U-Test ermittelt ($p < 0,05$). Zur Verlaufsbeurteilung wurde in Hinblick auf die relativ geringe Fallzahl der Wilcoxon-Test für Paarvergleiche für abhängige Stichproben gewählt ($p < 0,05$). Das Ausmaß des Zusammenhangs zwischen den einzelnen Items wurde mittels Korrelationskoeffizienten nach Spearman ermittelt.

Tab. 1: Soziodemographische Daten

	Primiparae n = 26	Multiparae n = 25
Lebensalter	24,7a (+/- 3,1a)	29,5a (+/- 3,4a)
Familienstand		
1 – ledig u. in Lebensgemeinschaft	1 – 50,0%	1 – 8,0%
2 – verheiratet	2 – 46,2%	2 – 88,0%
3 – geschieden u. in Lebensgem.	3 – 4,0%	
4 – derzeit ohne Partner	4 – 3,8%	
Kinder	1	2,3 (+/-0,5); (2–4)
Ausbildung		
1 – Pflichtschule	1 – 19,2%	1 – 8,0%
2 – Berufsbildende Schule	2 – 61,5%	2 – 68,0%
3 – Matura/ Universität	3 – 19,2%	3 – 24,0%
Einkommen		
1 – unterdurchschnittlich		2 – 100,0%
2 – mittel	2 – 92,3%	
3 – überdurchschnittlich	3 – 7,7%	
Partnerschaftsdauer	4,5a (+/-2,6a)	10,3a (+/-4,1a)
Religiosität		
1 – sehr religiös	1 – 7,7%	
2 – religiös	2 – 76,9%	2 – 96,0%
3 – nicht religiös	3 – 11,5%	3 – 4,0%
4 – keine Angabe	4 – 3,8%	
Religionsverbundenheit		
1 – ja	1 – 61,5%	1 – 80,0%
2 – nein	2 – 23,1%	2 – 12,0%
3 – keine Angabe	3 – 15,4%	3 – 8,0%

3. Ergebnisse

Fragebogen

Item 1: Körpergefühl

Bei der Beantwortung der Frage 1: „...körperlich begehrenswert zu sein?“ fühlt sich die Gruppe der Mehrfachgebärenden signifikant ($p < 0,05$) weniger begehrenswert als die Teilnehmerinnen aus Gruppe 1. 50 % der Mehrfachgebärenden fühlen sich nur manchmal, 33,4 % häufig begehrenswert. Im Gegensatz dazu finden sich bei den Erstgebärenden 30,8 % manchmal und 46,2 % häufig begehrenswert. Insgesamt gesehen kommt es für die Mehrheit der Teilnehmerinnen zu einer tendenziell negativeren Bewertung des Körpergefühles während des Beobachtungszeitraumes ohne weitere statistisch signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen (s. Abb. 1).

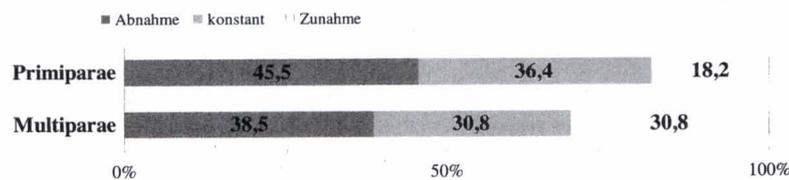


Abb. 1: Qualitative Veränderungen: Körpergefühl (von Zeitpunkt I zu Zeitpunkt II)

Item 2: Zärtlichkeit

Eine relevante Differenz ($p < 0,05$) zwischen den Gruppen kann nur für den zweiten Zeitpunkt für die Frage 10: „... die Haut eines vertrauten Menschen fühlen zu können?“ beschrieben werden. Die Mehrfachgebärenden schneiden hier deutlich schlechter ab, als die Teilnehmerinnen aus Gruppe 1. Bemerkenswert ist eine deutliche Verminderung der Zufriedenheit für den Bereich Zärtlichkeit ($p < 0,05$) während der sechs postpartalen Monate. 54,5% der Primiparae und 50% der Multiparae konstatieren eine Abnahme der Zärtlichkeit, deren Bewertung insgesamt (Stufe 1 und 2) aber noch relativ hoch ist (s. Abb. 2).

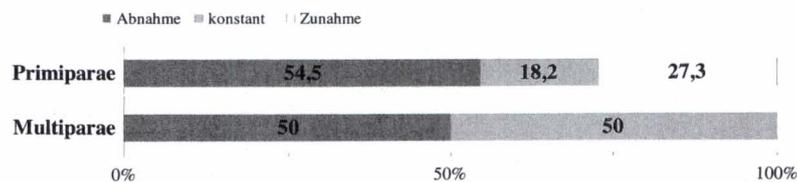


Abb. 2: Qualitative Veränderungen: Zärtlichkeit (von Zeitpunkt I zu Zeitpunkt II)

Item 3: Lust und Befriedigung

Die letzten vier präpartalen Wochen sind durch eine zahlenmäßig geringe bis mäßige sexuelle Erlebnisbereitschaft und -fähigkeit gekennzeichnet. Sechs Monate nach der Geburt des Kindes kommt es zu einer deutlich positiveren Bewertung dieses Bereiches

($p < 0,05$) um mindestens eine Stufe (v.a. in Skalierungsstufe 2 oder 3), ohne daß sich in beiden Fällen ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen zeigt (s. Abb. 3).

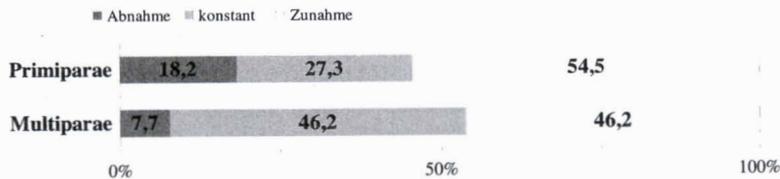


Abb. 3: Qualitative Veränderungen: Lust und Befriedigung (von Zeitpunkt I zu Zeitpunkt II)

Item 4: Liebe und Geborgenheit

Die Wochen vor der Geburt sind von einem stark ausgeprägten Gefühl der Geborgenheit und Liebe gekennzeichnet. 69,2 % der Primiparae und immerhin noch 48 % der Multiparae fühlen sich zu diesem Zeitpunkt sehr geborgen, verstanden und akzeptiert. Dieses Resultat kann im wesentlichen auch für den zweiten Zeitpunkt festgestellt werden, ohne statistisch bedeutsame Veränderungen in beiden Gruppen (s. Abb. 4).

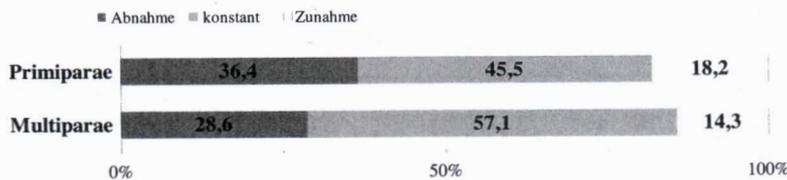
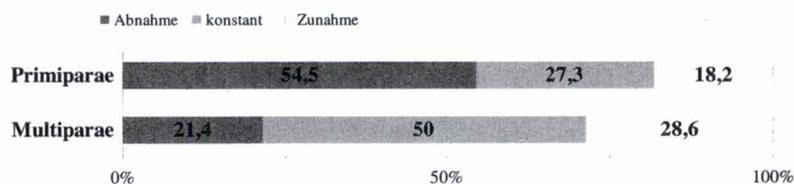


Abb. 4: Qualitative Veränderungen: Liebe und Geborgenheit (von Zeitpunkt I zu Zeitpunkt II)

Item 5: Kommunikation

Die Kommunikationsfähigkeit und -bereitschaft ist in beiden Gruppen relativ hoch. Dabei besteht zum ersten Zeitpunkt eine signifikante Differenz ($p < 0,05$) zwischen Primiparae und Multiparae.

Bei der Auswertung manifestiert sich diese Differenz bei Frage 5 und 21. Bei beiden kommen die Mehrfachgebärenden zu deutlich schlechteren Ergebnissen als die Teilnehmerinnen aus Gruppe 1. 53,8 % bzw. 23,1% der Erstgebärenden besprechen sehr häufig bzw. häufig sexuelle partnerschaftliche Probleme (Frage 5), während bei den Mehrfachgebärenden diese Anteile nur bei 20,8 % bzw. 37,5 % liegen. Bei Frage 21 bemerken 56 % aus Gruppe 1 sehr häufig und 32 % häufig das Bemühen des Partners, sexuelle Bedürfnisse zu verstehen. Nur 29,2 % (sehr häufig) bzw. 33,3 % (häufig) der Gruppe 2 kommen zum selben Ergebnis. Die Resultate der zweiten Befragung zeigen keine relevanten Differenzen zwischen den Gruppen. Die Veränderungen vom ersten zum zweiten Zeitpunkt zeigen eine tendenzielle Annäherung der Situation der Erstgebärenden an jene der Mehrfachgebärenden (s. Abb. 5; s. a. Tab. 2).

Abb. 5: Qualitative Veränderungen *Kommunikation* (von Zeitpunkt I zu Zeitpunkt II)

Tab. 2: Ergebnisse der beiden Fragebogenserien

Zeitpunkt	BW	Primiparae		Multiparae	
		1 n=26 (=100%)	2 n=11 (=100%)	1 n=25 (=100%)	2 n=14 (=100%)
Item 1	1	3 (11,5%)	(0,0%)	1 (4,2%)	1 (7,1%)
	2	12 (46,2%)	4 (36,4%)	8 (33,4%)	4 (28,6%)
	3	8 (30,8%)	5 (45,5%)	12 (50%)	4 (28,6%)
	4	3 (11,4%)	2 (18,2%)	2 (8,3%)	4 (28,6%)
	5	(0,0%)	(0,0%)	1 (4,2%)	1 (7,1%)
Item 2	1	15 (57,7%)	3 (27,3%)	13 (52,0%)	2 (14,2%)
	2	9 (34,6%)	6 (54,6%)	9 (36,0%)	7 (49,9%)
	3	1 (3,8%)	1 (9,1%)	2 (8,0%)	3 (21,4%)
	4	(0,0%)	1 (9,1%)	1 (4,0%)	2 (14,2%)
	5	1 (3,8%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,0%)
Item 3	1	3 (11,5%)	1 (9,1%)	(0,0%)	1 (7,1%)
	2	2 (7,7%)	3 (27,3%)	5 (20,8%)	4 (28,5%)
	3	7 (26,8%)	3 (27,3%)	7 (29,1%)	6 (42,7%)
	4	10 (38,4%)	2 (18,2%)	5 (20,9%)	2 (14,2%)
	5	4 (15,4%)	2 (18,2%)	7 (29,1%)	1 (7,1%)
Item 4	1	18 (69,2%)	6 (54,5%)	12 (48%)	4 (28,6%)
	2	7 (26,9%)	3 (27,3%)	11 (44,0%)	6 (42,8%)
	3	(0,0%)	1 (9,1%)	1 (4,0%)	4 (28,5%)
	4	(0,0%)	(0,0%)	1 (4,0%)	(0,0%)
	5	1 (3,8%)	1 (9,1%)	(0,0%)	(0,0%)
Item 5	1	13 (50,0%)	3 (27,3%)	4 (16,7%)	4 (28,6%)
	2	7 (26,9%)	4 (36,4%)	11 (45,8%)	5 (35,6%)
	3	5 (19,2%)	2 (18,2%)	7 (29,1%)	4 (28,6%)
	4	(0,0%)	(0,0%)	2 (8,4%)	1 (7,1%)
	5	1 (3,8%)	2 (18,2%)	(0,0%)	(0,0%)

Item 1: Körpergefühl

Item 2: Zärtlichkeit

Item 3: Lust und Befriedigung

Item 4: Liebe und Geborgenheit

Item 5: Kommunikation

Zeitpunkt 1: 1 bis 8 Tage postpartal

Zeitpunkt 2: 6 Monate postpartal

BW = Bewertung durch Teilnehmerin

1 = sehr häufig

2 = häufig

3 = manchmal

4 = selten

5 = sehr selten

Interview

Beziehung

Die Beziehung wird von 40 % als intensiver beschrieben. Die Partner nehmen mehr Rücksicht aufeinander, und es wird die Verantwortung, die mit der Geburt des Kindes verbunden wird, immer deutlicher wahrgenommen und bestärkt die Eltern in ihrer partnerschaftlichen Verbindung. Die Erweiterung der Dyade bzw. der Familie führt einerseits zu einer intensiven Auseinandersetzung mit der derzeitigen Situation innerhalb der Partnerschaft, andererseits werden Schwangerschaft und Geburt auch als Initiator eines Neubeginns bzw. Erneuerungsprozesses empfunden. Als negativ werden v.a. die mit der Erziehung eines Kindes verbundenen Belastungen und die steigende Verantwortung (körperlich, beruflich, finanziell) erlebt. Die Erlebnisse während Schwangerschaft und Geburt und die Zukunftsaussichten insgesamt werden aber als positiv beschrieben.

Das Sexualleben hingegen spielt für 67 % der Frauen während dieser Periode keine oder nur eine untergeordnete bzw. ambivalente Rolle. Stattdessen markieren Zärtlichkeit, Kuscheln und das gemeinsame Erleben der körperlichen Umstellungen oder der Kindsbewegungen Momente des Glücks, die den sexuellen Kontakt in den Hintergrund stellen und die partnerschaftliche Kommunikation wieder in den Vordergrund treten lassen. Die Ausrichtung auf die Zukunft wird zu einem bestimmenden Faktor in der partnerschaftlichen Lebensführung und -planung.

Selbstverständnis als Frau

Die Gravidität wird als Zeichen der eigenen Weiblichkeit empfunden. Einige Teilnehmerinnen sind auf ihren „Bauch“ sehr stolz und fühlen sich ausgesprochen wohl, während für andere (v.a. für Mehrfachgebärende) die stattfindenden psychischen und physischen Entwicklungen an Bedeutung verlieren bzw. nicht oder nicht mehr in dieser Intensität wahrgenommen werden. Das Erlebnis der Geburt und deren erfolgreiche Bewältigung stärken das Bewußtsein als Frau. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Position scheint aber oft erst mit der Geburt in Gang gesetzt zu werden. Der „plötzliche“ Übergang von der derzeitigen Rolle als Partnerin zu jener als Mutter bewirkt eine Unsicherheit, die v.a. in den ersten postpartalen Tagen empfunden wird. Die erforderlichen Neuordnungen werden jedoch als durchaus bewältigbar angesehen.

Die deutlichste Veränderung zeigt sich in einer markanten Betonung der Mutterrolle und der darin implizierten Aufgaben (s. Abb. 6). Die Verantwortung für das Kind, für dessen Betreuung und das „Management“ der Familie stehen für 37 % der Frauen an erster Stelle. Die Tatsache, daß die Partnerschaft dadurch in den Hintergrund tritt und sich dar-

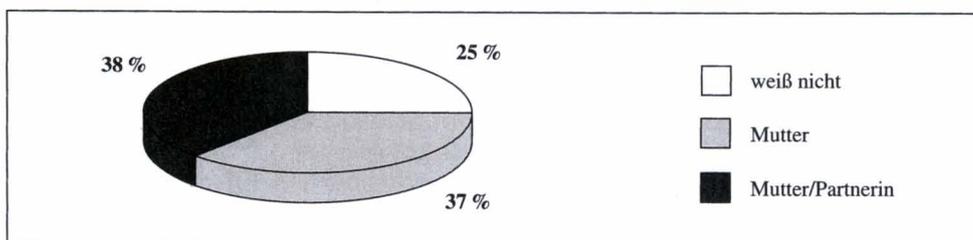


Abb. 6: Überwiegendes Selbstverständnis

aus Probleme ergeben könnten wird als natürliche Konsequenz gesehen. Immerhin 38 % der Frauen versuchen, Mutterschaft und Partnerschaft so gut wie möglich miteinander zu verbinden.

Mutter: Für 37 % der Frauen hat die Mutterrolle eindeutig Vorrang gegenüber der Partnerschaft.

Mutter/Partnerin: Für 38 % steht die Verbindung Partner- und Mutterschaft im Vordergrund.

weiß nicht: 25 % sind über die eigene derzeitige bzw. zukünftige Position als Frau im Zweifel.

Partner

Für die Partner ist die Schwangerschaft häufig mit Adaptionsschwierigkeiten verbunden. Die stärkere Einbindung in den Haushaltsbereich oder in die Betreuung der Kinder stellt sie vor oft neue, ungewohnte und belastende Situationen. Sie sind jedoch bestrebt, die Partnerin während dieser Zeit so gut wie möglich zu unterstützen. Die Geburt ist für die meisten ein überaus beeindruckendes Erlebnis, wobei die Frauen die Anwesenheit ihres Partners durchwegs als große Hilfe empfinden.

Sexualität

Die Sexualität wird von 33 % der Frauen als wichtige Komponente einer Beziehung gesehen, deren „Funktionieren“ oder „Pfleger“ als wesentlich gelten. Gleichzeitig wird dabei von 67 % der Befragten aber die Vorrangigkeit anderer Lebensbereiche betont. Zärtlichkeit, Geborgenheit, Gespräche oder die gemeinsame Freizeitgestaltung haben oft einen deutlich höheren Stellenwert und werden nicht als integrale Beziehungsaspekte gesehen, die ihr psycho-physisches Korrelat in der Sexualität wiederfinden (s. Abb. 7). Die interindividuelle Streuung erklärt sich aus der Tatsache, daß sich einige Teilnehmerinnen ihr Leben durchaus auch ohne gemeinsam ausgelebte Sexualität vorstellen können, während sie andere als unabdingbar für das Zusammenleben erachten. Die Mehrheit der Frauen geht davon aus, daß der Stellenwert der Sexualität für die Partner von gleicher bzw. ähnlicher Wertigkeit ist wie für sie selbst. Generell berichten die Frauen, daß sich die Männer ihren geänderten Bedürfnissen anpassen. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß sich die Partner aus eigenem Antrieb heraus in ihrer sexuellen Aktivität zurücknehmen. Die Männer fühlen sich durch den „Bauch“ der Partnerin d.h. das Kind irritiert, wodurch die sexuelle Begegnung mit der Partnerin oft nicht mehr entspannt erlebt wird, sondern als Einmischung in die intime Mutter-Kind-Beziehung.

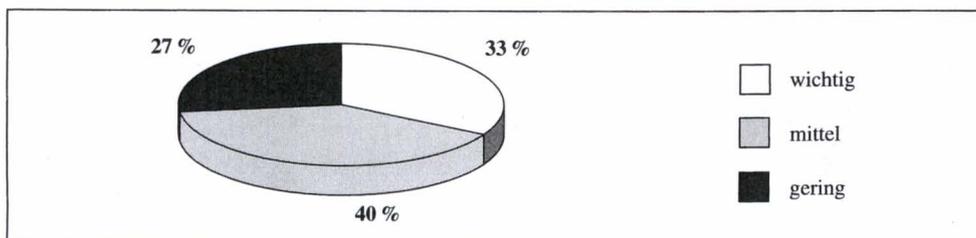


Abb. 7: Bedeutung der Sexualität

wichtig: Für 33 % spielt Sexualität eine große Rolle.

mittel: 40 % sehen Sexualität zwar als wesentlichen Faktor innerhalb einer Beziehung an, doch scheint die persönliche Position zur Sexualität ambivalent.

gering: Für 27 % hat die Sexualität nur eine geringe Bedeutung. Aspekte wie Zärtlichkeit, geistige Verbundenheit etc. werden als wichtiger eingestuft.

Perspektiven

Die Betreuung des Kindes, die erst oder wieder erlernt werden muß, das Stillen und Füttern des Säuglings zu bestimmten Tages- und Nachtzeiten sowie die Haushaltsarbeit sind nur einige Aspekte, die diese Zeit zu einer physisch und psychisch anstrengenden Periode werden lassen können. Diese Belastungen trüben aber kaum die Freude über die erfolgreiche Geburt und die Gesundheit des Kindes. Der momentane Streß wird als Übergang in eine ruhigere Phase betrachtet, in der die Familie sozusagen wieder in einen geregelteren Tagesrhythmus findet. Die Verbindung von Mutterschaft und Partnerschaft ist auch hier ein zentrales Anliegen. Gerade im Bewußtsein um die zeitlich begrenzten Möglichkeiten, sich mit dem Partner auseinanderzusetzen und sich ihm zu widmen, wird das Bedürfnis verstärkt, diese Momente auch zu nützen.

Für die Wiederaufnahme des Sexuallebens spielen mehrere Faktoren eine wichtige Rolle, insbesondere die Beanspruchung durch den Geburtsverlauf (vaginal, Episiotomie, Sectio), Stillen, postpartale Komplikationen und der Zeitaufwand für die Betreuung der Familie. Das Stillen führt den Partnern die Gleichzeitigkeit von Generativität und Erotik unmittelbar vor Augen. Die Integration dieser beiden Aspekte sowohl durch die Frau als auch durch den Mann, sind für einen damit ungewungenen Umgang notwendig. Wie schon weiter oben bemerkt, kann sich der Partner auch hier – in der Situation des Stillens – aus der Gemeinschaft ausgeschlossen fühlen bzw. durch den Säugling in der Beziehung zur Partnerin konkurrenziert. Die meisten Teilnehmerinnen rechnen daher mit einer etwas längeren Zeit zur Regeneration und Rückkehr zum sexuellen „Alltag“.

4. Zusammenfassung und Diskussion

Die Zärtlichkeit spielt in der Spätschwangerschaft eine besonders wichtige Rolle. Sechs Monate nach der Geburt des Kindes kommt es zu einer deutlichen Verschlechterung in diesem Bereich. Die Ursachen dafür liegen wahrscheinlich in den Aufgaben und Belastungen der Elternschaft, einem Abklingen romantischer Gefühle und einer mit der Zeit zunehmenden Ernüchterung innerhalb der Partnerschaft (Engfer et.al. 1988). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, daß die Veränderungen in den Bereichen „Zärtlichkeit“ und „Lust und Befriedigung“ über den Beobachtungszeitraum eine diametral entgegengesetzte Entwicklung zeigen. Sexuelle Lust und Befriedigung treten für die Frauen in der Schwangerschaft immer mehr in den Hintergrund, während die Zärtlichkeit an Bedeutung gewinnt (postpartal lassen sich gegenläufige Ergebnisse finden).

Im kommunikativen Sinn stellt die Zärtlichkeit die Verleiblichung einer Beziehung dar (Loewit 1992) d.h. der partnerschaftlichen Liebe wird durch gegenseitige Zuwendung und Hingabe physischer Ausdruck verliehen. Aber gerade im Bereich der Zärtlichkeit kommt es zu einer Abspaltung dieser Aspekte. Die Zuordnung erfolgt nach dem Schema: „Lust = Körper“ und „Zärtlichkeit = Gefühl“. Die hohe Signifikanz der positiven Korrelation zwischen Liebe und Zärtlichkeit bzw. die nicht bestehende Korrelation zwischen

Lust und Zärtlichkeit zum ersten Befragungszeitpunkt können als Bestätigung dieser Annahme interpretiert werden. Auch im Interview besteht für einen großen Teil der Frauen (67 %) Unsicherheit und Zweifel gegenüber der persönlichen Stellung und Bewertung von Sexualität. Man könnte es mit dem Satz „Die Sexualität ist zwar wichtig, aber nicht das wichtigste“ charakterisieren. Neben Geborgenheit, Gesprächen oder Freizeitgestaltung wird der Zärtlichkeit oft ein wesentlich höherer Stellenwert eingeräumt als es für die Sexualität der Fall ist. Für 27 % der Frauen hat die Sexualität eindeutig geringere Bedeutung als geistige Verbundenheit, die gemeinsamen Kinder oder wiederum die Zärtlichkeit.

In diesen Aussagen spiegelt sich die Abspaltung der Sexualität wider. Sie wird weder als direkte körpersprachliche Form partnerschaftlicher Kommunikation noch als besonders intensive Form von Zärtlichkeit betrachtet. Leider scheint die Reduktion von Sexualität auf Genitalität noch immer weit verbreitet. Offensichtlich kann kein direkter Zusammenhang zwischen Zärtlichkeit und Lust gesehen werden bzw. kann genitale Geschlechtslust nicht zugleich auch als Beziehungslust verstanden werden.

Insgesamt ist das gegenseitige Verständnis, d. h. im speziellen die Kommunikationsfähigkeit über sexuelle Bedürfnisse und Probleme relativ gut entwickelt. Bei Mehrfachgebärenden ist die Zufriedenheit über das ihren sexuellen Wünschen und Bedürfnissen entgegengebrachte Verständnis jedoch signifikant geringer ausgeprägt. Während des Beobachtungszeitraumes zeigt sich eine tendenzielle Angleichung der Situation der erstgebärenden an jene der mehrfachgebärenden Frauen, d. h. eine Verschlechterung der partnerschaftlichen Kommunikation. Wiederum kommt es bei den mehrfachgebärenden Frauen durch die stärkere Belastung durch ein oder mehrere Kinder zu einer qualitativen Verschlechterung in kommunikativer Hinsicht. Die Auseinandersetzung mit den körperlichen Veränderungen steht auch nicht mehr so im Zentrum des Interesses, wie es bei der ersten Schwangerschaft noch gewesen sein mag. Der Euphorie über die erste Gravidität bzw. das erste Kind ist von der Realität etwas an Energie genommen worden. Ökonomische Belastungen durch die Kinder, Hausbau oder berufliche Veränderungen können zusätzlich negativen Einfluß ausüben. Zahlreiche Teilnehmerinnen bemerken, daß die Partnerschaft unter diesen Belastungen zu leiden hat. Die Konzentration auf das „Unternehmen“ Familie bzw. Elternschaft arrodiert in zunehmenden Ausmaß die Fähigkeit, miteinander zu sprechen und das Gegenüber dabei wahrzunehmen (Riehl-Emde 1994). Als praktische (oder beraterische) Konsequenz ergibt sich daraus, daß das Augenmerk der Partner auf diese möglichen Veränderungen gelenkt werden muß, damit die intradyadische Attraktion nicht durch die Notwendigkeiten der Kinderbetreuung – vorerst vielleicht unbemerkt – verdrängt wird.

Zudem kann eine Neudefinition und neue Bedeutungszuteilung des Begriffes „Sexualität“ als partnerschaftliche Kommunikation neue Erlebnisbereiche für die Partnerschaft eröffnen. Im Rahmen von Schwangerschaftsberatung oder Geburtsvorbereitung müßte man dem verstärkt Rechnung tragen. Die Partner müssen auf die Veränderungen (z. B. erhöhter Wunsch nach Zärtlichkeit der Partnerin), die sich während einer Schwangerschaft im Sexualleben ergeben können, hingewiesen werden. Das abnehmende sexuelle Interesse der Frau und die teilweise vorhandenen Schwierigkeiten der Partner damit umzugehen, müssen integraler Bestandteil der Beratung sein. Der Hinweis auf die postpartale Normalisierung der Situation über einen meist längeren Zeitraum entlastet sowohl die Frau als auch den Mann. Die Untersuchung belegt, daß es nach der Geburt eines Kindes eher zu

Verschlechterungen als zu Verbesserungen in der Partnerschaft kommt. Landläufige Meinungen, wonach ein Kind als „Heilmittel“ für die Beziehung/Ehe angesehen wird, werden dadurch (zum wiederholten mal) widerlegt.

Die Schwangerschaft kann als Ausgangspunkt für eine Erneuerung in der partnerschaftlichen Interaktion genützt werden. Durch die Intensivierung vieler Gefühlsbereiche werden Energien freigesetzt, die zur qualitativen Verbesserung in der Kommunikation genützt werden können, wenn die dafür notwendigen Bemühungen nicht gescheut werden. Nicht zuletzt ist mit der Geburt des ersten oder weiterer Kinder die Qualität der elterlichen Beziehung nicht mehr nur Privatsache zwischen Liebenden, sondern bestimmt auch wesentlich die Lebensqualität des Kindes (Loewit 1998).

Literatur

- Alder, E.; Bancroft, J. (1988): The relationship between breast feeding persistence, sexuality and mood in postpartum women. *Psychol Med* 18: 389-396.
- Bancroft, J. (1985): Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität. Stuttgart: Enke.
- Chalmers, B.E.; Chalmers, B.M. (1986): Post-partum depression: a revised perspective. *J Psychosom Obstet Gynecol* 5: 93-105.
- Davies-Osterkamp, S. (1991): Psychologie der Schwangerschaft. In: Davies-Osterkamp, S. (Hrsg.) *Psychologie und Gynäkologie*. New York: Edition Medizin: 91-94.
- Denzler, G. (1991): Die verbotene Lust - 2000 Jahre christliche Sexualmoral. München: Piper.
- Engfer, A.; Gavranidou, M.; Heinig, L. (1988): Veränderungen in Ehe und Partnerschaft nach der Geburt von Kindern; Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Verhaltensmodifikation Verhaltensmedizin*: 297-311.
- Falicov, C.J. (1973): Sexual adjustment during first pregnancy and postpartum. *Am J Obstet Gynecol*, Dec 1: 991-1000.
- Garel, M.; Lelong, N.; Kaminski, M. (1987): Psychological consequences of caesarean childbirth in primiparas. *J Psychosom Obstet Gynecol* 6: 197-209.
- Jacobson, L.; Kaija, L.; Nilsson, A. (1967): The course and outcome of the post-partum period from a gynaecological and general somatic standpoint. *Acta Obstet Gynecol Scand* 46: 183-203.
- Kenny, J.A. (1973): Sexuality of pregnant and breastfeeding women. *Arch Sex Behav* Vol. 2, Nr 3: 215-223.
- Klebanoff, M.A.; Nuget, R.P.; Rhoads, G.G. (1984): Coitus during pregnancy: is it safe? *Lancet*, Oct 20: 914-917.
- Künzel, W.; Wulf, K.H. (1986): Die normale Schwangerschaft. *Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe*. Bd.IV. München: Urban-Schwarzenberg.
- Landis, J.T.; Poffenberger, T.; Poffenberger, S. (1950): The Effects of first pregnancy upon the sexual adjustment of 212 couples. *Am Soc Rev* 15: 766-772.
- Loewit, K. (1992): Die Sprache der Sexualität. Frankfurt: Fischer.
- Loewit, K. (1998): Damit Beziehung gelingt. Eine realistische Sexualerziehung. Graz, Wien, Köln: Styria.
- Lukesch, H. (1976): Sexualverhalten während der Schwangerschaft. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 36: 1081-1090.
- Martius, G.; Breckwoldt, M.; Pfleiderer, A. (1994): Lehrbuch der Gynäkologie und Geburtshilfe. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Mills, J.L.; Harlap, S.; Harley, E.E. (1981): Should coitus late in pregnancy be discouraged? *Lancet*, July 18: 136-138.
- Reamy, J.K.; White, S.E. (1987): Sexuality in the puerperium: a review. *Arch Sex Behav* Vol 16, Nr 2: 165-186.
- Riehl-Emde, A.; Hanny, G.; Willi, J. (1994): Was Paare zusammenhält. *Psychotherapeut* 39: 17-24.

- Robson, K.M.; Brant, H.A.; Kumar, R. (1981): Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* Vol 88: 882-889.
- Ryding, E.L. (1984): Sexuality during and after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 63: 679-682.
- Schmid, G. (1993): *Das große Der Die Das. Über das Sexuelle*. Reinbeck/Hamburg: Rowohlt
- Solberg, D.A.; Butler, B.A.J.; Wagner, N.N. (1973): Sexual behaviour in pregnancy. *N Engl J Med*. May 24: 1098-1103.
- Tolor, A.; DiGrazia, P.V. (1976): Sexual attitudes and behaviour patterns during and following pregnancy. *Arch Sex Behav* 5: 539-551.

Anschrift des Autors

Dr. Jakob Seiwald, Steinbruchstr. 8, A-6020 Innsbruck

Sexualität und Partnerschaft bei Multipler Sklerose

Sexual Relations with Multiple Sclerosis Patients

Goecker, D., Babinsky, S., Beier, K.

Zusammenfassung

In einer retrospektiven, nicht randomisierten Querschnittsuntersuchung werden die Auswirkungen der Multiplen Sklerose auf Sexualität und Partnerschaft untersucht. Die Hauptstudie mit (n = 6500) ist im Juli 1998 begonnen worden. Hier wird über die Vorstudie mit 43 weiblichen und 23 männliche MS-Patienten berichtet.

Eine verminderte Libido gaben 49 % und eine verminderte sexuelle Aktivität mit dem Partner 57 % der Probanden im Vergleich zu dem Zeitpunkt vor Auftreten der Erstsymptome an; damals bestanden bei 25 % der Frauen und 19 % der Männer sexuelle Dysfunktionen. Eine größere Anzahl von Männern (61 %) als von Frauen (47 %) berichteten über sexuelle Probleme während des letzten Jahres. Bei Männern (53 %) stehen Erektionsprobleme im Vordergrund, während bei Frauen keine spezifische sexuelle Dysfunktion dominiert. Erektionsstörungen korrelieren mit Blasenstörungen ($p = 0,002$), Krankheitsdauer ($p = 0,011$) und der Einteilung nach Kurtzke ($p = 0,001$). Erregungsstörungen bei Frauen korrelieren mit diesen Parametern nicht. Sexuelle Zufriedenheit korreliert bei Frauen mit der partnerschaftlichen Zufriedenheit ($p = 0,001$) und bei Männern mit Erektionsstörungen ($p = 0,001$) und bei beiden Geschlechtern nicht mit dem Alter, der Krankheitsdauer und der Einteilung nach Kurtzke. Die Partner zeigen eine höhere Zufriedenheit mit der Partnerschaft und der Sexualität als die Patienten. Nur 20 % der Probanden, deren Krankheit medikamentös behandelt wird, sehen einen Zusammenhang zwischen Medikamenteneinnahme und körperlichen oder sexuellen Symptomen. Die Mehrheit der Probanden (86 %) wünscht mehr Informationsmaterial und eine Verbesserung der sexualmedizinischen Betreuung hinsichtlich sexueller Probleme im Rahmen der Multiplen Sklerose.

Schlüsselworte: Multiple Sklerose, Sexualität, Sexuelle Funktionsstörungen, Partnerschaft

Abstract

A retrospective nonrandomized cross-sectional study investigate the effects of MS on sexuality and partnership. The main study is in progress since July 98. This is a description of the pre-study with 43 female and 23 male MS patients.

49 % of the probands perceive reduced libido and 57 % reduced sexual activity with their partner in comparison to the situation before onset of the first symptoms. 25 % of the females showed sexual disorders and 18,6 % of the males. A larger number of males (61 %) than females (46,5 %) sexual problems during the past year. In males (53 %) erection problems prevail, whereas in females no kind of sexual disorders show up at all. Erectile dysfunction correlates with vesical disturbances ($p = 0,002$), duration of disease ($p = 0,011$) and the classification by Kurtzke ($p = 0,001$).

Disturbances of sexual arousal in females do not correlate with these parameters. Sexual satisfaction in females correlates with contentedness within the partnership ($P = 0,001$) and in males with erectile dysfunction ($P = 0,001$) and in both males and females in no way with age,

duration of disease or the classification by Kurtzke. The partners reveal a greater amount of satisfaction within their partnership and their sexuality than the patients. Only 20 % of the probands whose disease is treated by pharmacological therapy see any connection between medication and their physical or sexual symptoms. Most of the probands (86 %) require more information and an improvement of the sexological counseling concerning sexual matters in the course of MS affliction.

Key words: Multiple sclerosis, sexuality, sexual dysfunktions, partnership

Bisheriger Forschungsstand

Die Multiple Sklerose (MS) gehört zu den Entmarkungsenzephalomyelitiden und ist eine der häufigsten und zugleich schwersten organischen Erkrankungen des zentralen Nervensystems. In Deutschland sind schätzungsweise 120 000 Menschen an MS erkrankt. Sie äußert sich unter einer Vielzahl von motorischen, sensorischen und kognitiven Symptomen. Ihre genauen Ursachen sind bis heute nicht geklärt. Die Krankheit verläuft meist progressiv und die unvorhersehbare Entwicklung kann zu einem hohen Unsicherheitsfaktor für die Patienten und deren Familien werden. Das Verhältnis von betroffenen Frauen zu Männern beträgt 2 : 1. Der Beginn der Krankheit liegt zwischen 20 und 40 Jahren. Dies ist ein wichtiger Zeitpunkt im Leben für die Bildung einer Partnerschaft, der Gründung einer Familie und eventuell für die berufliche Karriere. Dennoch finden diesbezügliche Fragestellungen bisher nur sehr begrenzt Eingang in die Forschung bzw. die vorliegenden Daten sind widersprüchlich.

Bei der Durchsicht der vorhandenen Literatur (Mattson et al. 1995; McCabe et al. 1996; Szasz et al. 1989 ; Stenager et al. 1992) fällt eine sehr variable Inzidenz sexueller Dysfunktionen auf: Bei Frauen 5–52 %, bei Männern 23–80 %. Es gibt zum Teil widersprüchliche Aussagen zu sexuellen Problemen im Zusammenhang mit Alter, Zeitpunkt der Erstsymptome und Diagnose, Grad der körperlichen Beeinträchtigung, Partnerschaft, sozialem Umfeld und körperlichen Symptomen. Bisheriger Forschungsschwerpunkt war die erektile Dysfunktion des Mannes, während sexuelle Funktionsstörungen bei der Frau kaum eine Rolle spielten. Nur in ganz wenigen Studien wurde der Partner berücksichtigt. Die Zahl der Probanden liegt bei den meisten Studien unter $n = 150$. Es liegt überdies wenig Kenntnis hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen Medikamenteneinnahme und sexuellen Dysfunktionen bei der Multiplen Sklerose vor.

Methode

Instrument

Für die Studie wurde ein eigener Fragebogen entworfen um die Prävalenz sexueller Dysfunktionen nach DSM-IV (APA 1994) bei Frauen und Männern in zwei Zeitebenen zu erfassen: Erstens vor Auftreten der Erstsymptome und zweitens für den Zeitraum während der letzten 12 Monate. Der Einfluß verschiedener Faktoren auf das Sexualleben wie Alter, Krankheitsdauer, Grad der Beeinträchtigung, Krankheitssymptome, Medikamenteneinnahme, Partnerschaft und sozialem Umfeld sollte untersucht werden. Ein weiterer Bogen war für den Partner bestimmt, um die partnerschaftliche Dimension der Sexualität genauer untersuchen zu können. Der Partnerschaftsfragebogen nach Hahlweg (1996) wurde in beide Bögen integriert. Er liefert Aussagen zu Zärtlichkeiten, zu Ge-

meinsamkeiten und zum Streitverhalten in der Partnerschaft. Die Angaben zur Krankheit ermöglichen eine grobe Einteilung nach der Kurtzke-Skala. Die Kurtzke-Skala (Kurtzke 1983) wird in der Neurologie verwendet, um die psychische und physische Beeinträchtigung bei Patienten mit MS beurteilen und den Krankheitsverlauf untersuchen zu können. Eine Einteilung nach Kurtzke setzt u.a. eine neurologische Untersuchung voraus. Für die vorliegende Studie wurde folgende Einteilung übernommen: 0 = beschwerdefrei, 1–3 = leichte Gangstörungen (laufen von mindestens 500 m ohne Rast und ohne Gehhilfe möglich), 4–6 = schwere Gangstörungen (laufen von mindestens 20 m bis maximal 500 m möglich, z.T. mit Gehhilfe), 7–8 = benötigen eines Rollstuhls, 9 = bettlägerig. Es wurden ferner Daten zur medizinisch-psychologischen Betreuung und zum Informationsstand und -bedarf von Patienten und Partnern erhoben.

Datenerhebung

Die Verteilung der Fragebögen erfolgte über die Selbsthilfegruppen des Landesverbandes Schleswig-Holstein der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG). Im August 1997 wurden die Gruppenleiter bei einem Zusammentreffen über die Studie informiert. Die Gruppenleiter informierten ihre Gruppenmitglieder und übergaben diesen die Fragebögen im Winter 1997/98.

Teilnehmer

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Vorstudie (n = 66) präsentiert. Es sind 43 Frauen (davon 23 mit Partnerbogen) und 23 Männer (davon 12 mit Partnerbogen) ausgewertet worden. Die Hauptstudie mit n = 6500 hat im Juli 1998 begonnen. Diese hohe Anzahl an Probanden wurde durch die Zusammenarbeit mit den Landesverbänden Schleswig-Holstein, Hamburg und Niedersachsen möglich.

Ergebnisse

Krankheitssymptome und -verlauf

Wie aus Tab.1 ersichtlich, lag bei den Männern das Durchschnittsalter, die Symptombdauer und die Zeit seit der Diagnose über derjenigen der Frauen. Männer lebten weniger häufig in einer Partnerschaft als Frauen. Signifikant mehr Frauen (51 %) als Männer (17 %) gaben eine schubförmig-remittierende Form der MS an. Bei den Männern ist die prognostisch ungünstigere chronisch-progrediente Form (39 %) vorherrschend. Das Durchschnittsalter lag bei der chronisch-progredienten Form bei 53 Jahren und die durchschnittliche Krankheitsdauer bei 14,5 Jahren. Das Durchschnittsalter bei der schubförmig-remittierenden Form lag dagegen bei 38,2 Jahren und die durchschnittliche Krankheitsdauer bei 6,8 Jahren. Sexuelle Funktionsstörungen und Krankheitssymptome waren bei der chronisch-progredienten Form deutlich häufiger. Aufgrund der Unterschiede hinsichtlich Alter, Krankheitsdauer und Geschlechtsverteilung sind diese Gruppen nur bedingt vergleichbar.

Männer sind nach der Kurtzke-Skala stärker betroffen und fühlen sich häufiger in der normalen Lebensweise beeinträchtigt als Frauen. Nur ungefähr 21 % der Frauen und Männer sind erwerbstätig, die meisten sind erwerbsunfähig, krank geschrieben oder Rentner bzw. Frührentner. Mehr Männer als Frauen leiden unter körperlichen Symptomen wie Lähmungen, Bewegungsstörungen und Spastik und benötigen häufiger einen Rollstuhl (s. Abb.1).

Tab. 1: Symptomdauer und Verlaufsformen der MS (n = 66)

	Frauen n = 43	Männer n = 23
Alter, J	42,2 (23–66)	45,2 (26–76)
Symptomdauer, J	14,3 (3–44)	16,3 (2–28)
Zeit s. Diagnose, J (Krankheitsdauer)	9,2 (1–26)	11,4 (2–28)
mit Partner	92,7 %	77,3 %
Verlaufsformen		
schubförmig-remittierend	51,2 %	17,4 %
chron.-progredient	16,3 %	39,9 %
teils schubförmig, teils chron.-progredient	18,6 %	26,1 %
sonst. o. Kombinat.	9,3 %	8,3 %
stabil	4,7%	8,3 %
Einteil. n. Kurtzke		
0	14 %	0 %
1–3	39,3 %	17,4 %
4–6	18,6 %	60,9 %
7–8	25,6 %	21,7 %
9	2,3 %	0 %
norm. Lebensweise beeinträchtigt	62,8 %	91,3 %
erwerbstätig	21 %	21,7 %

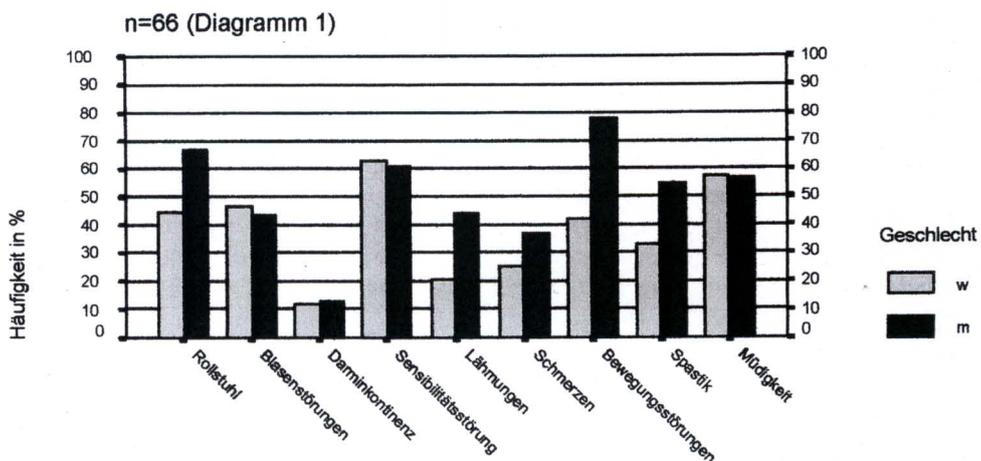


Abb. 1: Körperliche Symptome der MS (n = 66)

Sexualität

Eine verminderte Libido geben 49 % und eine verminderte sexuelle Aktivität mit dem Partner geben 57 % der Probanden im Vergleich zu dem Zeitpunkt vor Auftreten der Erstsymptome an. Die Häufigkeit sexueller Aktivität mit dem Partner korreliert bei Frauen mit der sexuellen Appetenz ($r = 0,615$; $p = 0,000$), bei Männer jedoch nicht. Die sexuelle Appetenz und die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs korrelieren bei Frauen mit Gemeinsamkeiten und Zärtlichkeiten in der Partnerschaft. Bei den Männern zeigen diese Faktoren nur einen Einfluß auf die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs. Bei Frauen deutet sich ein Einfluß von Krankheitsdauer, Grad der Beeinträchtigung, Müdigkeit und Alter auf die Sexualität nicht an.

Sexuelle Dysfunktionen bestanden bei 25 % der Frauen und 19% der Männer vor den Erstsymptomen, obwohl alle Männer die Frage, ob sexuelle Probleme vor der Erkrankung bestanden, verneinten. Eine größere Anzahl von Männern (61 %) als von Frauen (47 %) berichten über sexuelle Probleme während der letzten 12 Monate. 9 % der Frauen und 26 % der Männer leiden unter drei oder mehr sexuellen Dysfunktionen. Mehr Männer (57 %) als Frauen (51 %) sehen eine Beeinflussung ihrer Sexualität durch die MS. Es geben 5 % der Frauen und 14 % der Männer an, die Krankheit habe die Partnerschaft in sexueller Weise positiv beeinflusst (z. B. mehr Zärtlichkeiten; als lustvoller empfundener Geschlechtsverkehr). In diesen Fällen weisen hohe Werte für Zärtlichkeiten und Gemeinsamkeiten auf eine intakte Partnerschaft hin. Mehr Männer (44 %) als Frauen (32 %) geben an, ihre sexuellen Praktiken wegen der Krankheit geändert zu haben.

Die Häufigkeit sexueller Dysfunktionen bei Frauen und Männern vor Auftreten der Erstsymptome und während der letzten 12 Monate sind in den Abbildungen 2 und 3 dargestellt. Es wurden nur Störungen berücksichtigt, die oft oder immer auftraten. Erektionsstörungen bzw. Erregungsstörungen und Orgasmusstörungen wurden nach ihrem Auftreten bei Selbstbefriedigung und/oder Geschlechtsverkehr unterschieden. Bei Männern (53 %) stehen Erektionsprobleme im Vordergrund, während bei Frauen keine spezifische sexuelle Dysfunktion dominiert. Auffallend ist auch das Fehlen eines Vaginismus (Abb. 2).

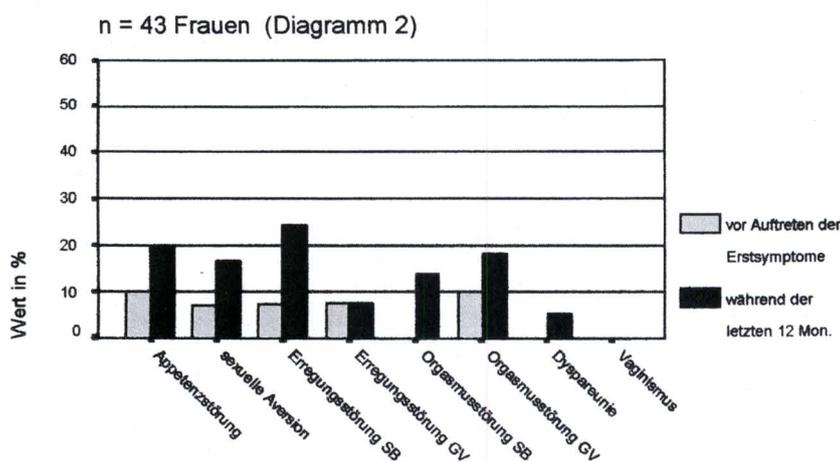
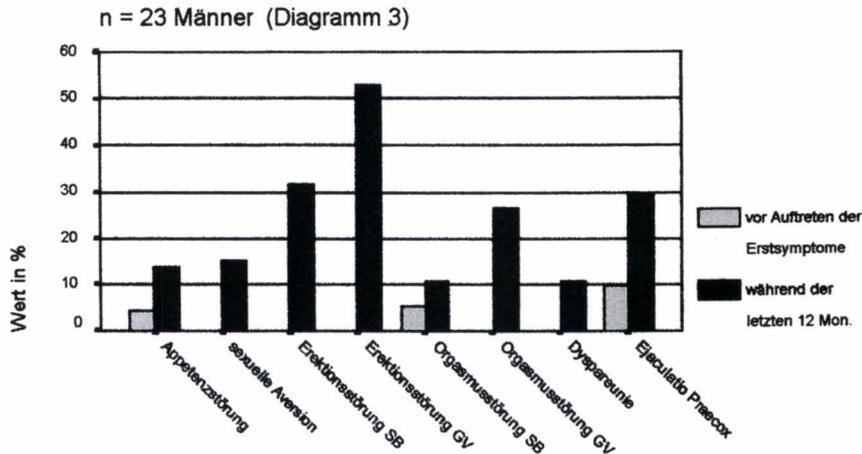


Abb. 2: Häufigkeit sexueller Dysfunktionen bei Frauen (n = 43)



GV = Geschlechtsverkehr, SB = Selbstbefriedigung

Abb. 3: Häufigkeit sexueller Dysfunktionen bei Männern (n = 23)

Frauen leiden eher unter Erregungsstörungen bei der Selbstbefriedigung, Männer dagegen haben vermehrt Erektionsstörungen beim Geschlechtsverkehr. Sexuelle Aversion und Appetenzstörungen wurden von Frauen und Männern etwa gleichhäufig angegeben, aber mehr Männer (27 %) als Frauen (18 %) gaben an, unter Orgasmusstörungen beim Geschlechtsverkehr zu leiden. Weiterhin fällt eine starke Zunahme des Orgasmus Praecox bei Männern (30 %) auf (Abb. 3).

Die Ursachen männlicher Erektionsstörungen bei MS werden in der Literatur immer wieder kontrovers diskutiert. Die in dieser Studie erhobenen Daten zeigten keinen Zusammenhang mit partnerschaftlichen Parametern wie Zärtlichkeit, Gemeinsamkeiten, Zufriedenheit mit der Partnerschaft und Streitverhalten. Dies gilt auch für die Erregungsstörungen der Frau.

Es besteht keine Korrelation von Erektionsstörungen bei der Selbstbefriedigung und Geschlechtsverkehr. Nur Erektionsstörungen beim Geschlechtsverkehr korrelieren mit dem Grad der Beeinträchtigung nach Kurtzke ($r = 0,724$; $p = 0,001$), Sensibilitätsstörungen ($r = 0,707$; $p = 0,041$), Blasenstörungen ($r = 0,648$; $p = 0,002$), Krankheitsdauer ($r = 0,615$; $p = 0,01$) und Spastik ($r = 0,515$; $p = 0,041$). Diese Ergebnisse stimmen mit anderen Studien überein und deuten auf suprasacrale spinale Läsionen als Ursache der Erektionsstörungen hin. Unklar ist in diesem Zusammenhang, warum Erektionsstörungen bei der Selbstbefriedigung nicht mit diesen Parametern korrelieren. Die Angst vor Urinverlust bei Männern mit Blasenstörungen scheint als Ursache für Erektionsstörungen eine untergeordnete Rolle zu spielen. Von 23 Männern verlieren 6 (23 %) sehr selten oder manchmal Urin beim Geschlechtsverkehr, nur 3 (13 %) haben manchmal Angst davor.

Lediglich wenige Frauen (5 %) und keiner der Männer gaben an, vor den Erstsymptomen unzufrieden mit ihrer Sexualität gewesen zu sein. Für den Zeitraum des letzten Jahres hingegen, waren 33 % der Frauen und 44 % der Männer unglücklich mit ihrer Sexualität. Aus der Tabelle 2 geht hervor, daß sich für beide Geschlechter kein Zusammenhang zwi-

schen sexueller Zufriedenheit und dem Alter, der Symptom- und Krankheitsdauer und der Kurtzke-Skala erkennen läßt.

Bei Frauen korreliert sexuelle Zufriedenheit mit Zärtlichkeiten, Gemeinsamkeiten und allgemeiner Zufriedenheit in der Partnerschaft. Bei Männern scheint sich vermehrtes Streitverhalten in der Partnerschaft negativ auf die sexuelle Zufriedenheit auszuwirken.

Tab. 2: Faktoren für sexuelle Zufriedenheit (n = 66)

Faktor	Frauen r (p)	Männer r (p)
Alter	n. s.	n. s.
Symptombdauer	n. s.	n. s.
Krankheitsdauer	n. s.	n. s.
Kurtzke-Skala	n. s.	n. s.
Streitverhalten	n. s.	-0,585 (0,022)
Zärtlichkeiten	0,567 (0,001)	n. s.
Gemeinsamkeiten	0,533 (0,002)	n. s.
Glücl. m. d. Partnerschaft	0,581 (0,001)	n. s.
Erregungsstörungen GV	n. s.	-
Erektionsstörungen GV	-	-0,728 (0,001)
Orgasmusstörungen GV	n. s.	-0,509 (0,044)
Häufigkeit GV	0,591 (0,000)	0,478 (0,033)
Anzahl sexueller Störungen	-0,453 (0,003)	-0,601 (0,02)

n. s. = nicht signifikant ($p > 0,05$)

Überraschenderweise gaben die Partner der MS-Patienten/innen an, zufriedener mit ihrer Sexualität zu sein. Sie sind eher mit der Partnerschaft glücklich, fühlen sich eher sexuell befriedigt und wünschen sich seltener mehr sexuelle Kontakte als die Patienten. Partner und Patienten schätzen die Zufriedenheit des jeweils anderen jedoch etwa gleich ein. Die Partner beschäftigen sich signifikant ($p = 0,021$) seltener mit ihrer sexuellen Beziehung als die Patienten. Patienten ohne Partner sind häufiger unzufrieden mit ihrer Sexualität (57 %) als Patienten mit Partner (34 %). Alle Patienten ohne Partner benötigen einen Rollstuhl und sind nach Kurtzke stärker beeinträchtigt als Patienten mit Partner.

Medikamenteneinnahme

20 % der Patienten, die ein Medikament einnehmen, sehen eine Beeinflussung sexueller oder körperlicher Probleme. In diesem Zusammenhang wurden viermal Glukokortikoide, dreimal Interferone, zweimal Antidepressiva und einmal ein Antispastikum genannt. Es

läßt sich keine bevorzugte Verbesserung oder Verschlechterung den einzelnen Medikamenten zuordnen, nicht zuletzt auch wegen der geringen Anzahl der genannten Medikamente.

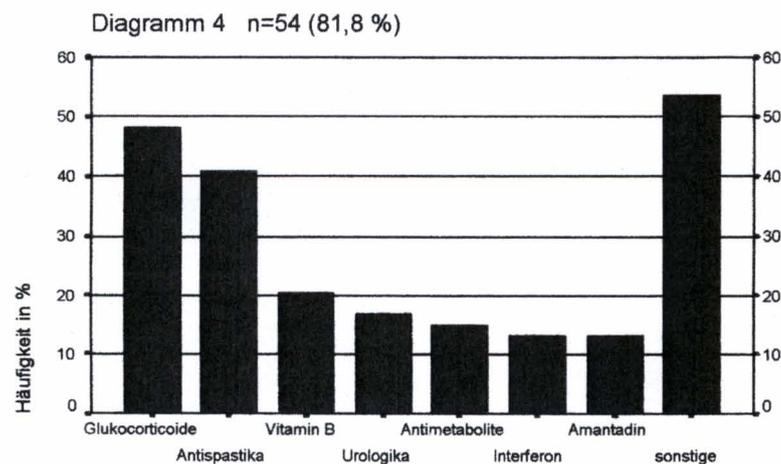


Abb. 4: Medikamenteneinnahme (n = 54)

48 % der Patienten deren MS medikamentös behandelt wird, nehmen Glukokortikoide ein. Fast alle Patienten (88 %), die Glukokortikoide einnehmen, leiden unter einer schubförmigen Form der MS. Patienten mit Glukokortikoidbehandlung leiden deutlich seltener unter körperlichen Symptomen und sexuellen Funktionsstörungen als Patienten ohne diese Behandlung. Diese beiden Gruppen sind allerdings aufgrund der großen Unterschiede hinsichtlich Alter (35,5 J. u. 48,5 J.), Krankheitsdauer (6,3 J. u. 12,4 J.), Symptombdauer (9,5 J. u. 18,7 J.) und der Geschlechtsverteilung, nicht vergleichbar.

Betreuung/Information

Mehr Männer (86 %) als Frauen (62 %) und Partner (62 %) haben Informationen erhalten über möglicherweise auftretende sexuelle Probleme im Rahmen der MS. Die häufigste Informationsquelle für alle drei Gruppen stellten Bücher, Zeitschriften und Informationsbroschüren dar, an zweiter Stelle stehen Selbsthilfegruppen. Nur 7 % der Frauen und 3 % der Partner haben Informationen zu diesem Thema von ärztlicher Seite bekommen, hingegen jedoch 37 % der Männer. Doppelt so viele Frauen (79 %) wie Männer (41 %) sind noch nie von ihrem Arzt auf sexuelle Probleme angesprochen worden. Entsprechend fühlen sich 81 % der Frauen und 73 % der Männer nie oder sehr selten ausreichend über sexuelle Probleme von ihrem behandelnden Arzt informiert. 85 % der Frauen und 87 % der Männer, aber nur 56 % der Partner wünschen besser informiert zu werden. An erster Stelle wird Informationsmaterial gewünscht. Mehr Männer (59 %) als Frauen (40 %) und Partner (31 %) wünschen sich Partnergespräche. Einzelgespräche werden an dritter Stelle genannt.

Schlußfolgerungen

Eine Vielzahl sowohl körperlicher als auch psychischer Erkrankungen bzw. deren Behandlung können direkt oder indirekt die Sexualität der Betroffenen beeinflussen. Grundsätzlich gilt, daß einschneidende Erkrankungen je nach Persönlichkeitsstruktur und lebensgeschichtlichen Vorerfahrungen Befürchtungen und Ängste mobilisieren, die sich um den Verlust der körperlich-seelischen – und damit immer auch geschlechtlichen – Integrität drehen. Dies kann mit einer mehr oder weniger starken Verunsicherung der bisherigen Lebensbalance und einer Irritation bestehender Beziehungsgefüge verbunden sein.

Dabei ist davon auszugehen, daß die psychosozialen Grundbedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit nicht nur weiterhin bestehenbleiben, sondern im Zustand größerer Hilfsbedürftigkeit wesentlich größere Bedeutung erlangen und noch sensibler auf deren (drohende oder definitive) Nichterfüllung reagiert wird. Sexuelle Kommunikation kann besonders intensiv diese psychosozialen Grundbedürfnisse erfüllen, was um so wichtiger wird, wenn andere Möglichkeiten, Anerkennung und Geborgenheit zu erfahren (z. B. durch Beruf, Karriere, Kindererziehung etc.) an Bedeutung verloren haben (vgl. Loewit & Beier 1998).

In der vorliegenden Studie wurde ein starker Anstieg sexueller Funktionsstörungen bei Männern und Frauen mit MS im Vergleich zu dem Zeitpunkt vor dem Auftreten der Erstsymptome und im Verlauf des letzten Jahres festgestellt. Bei Männern stehen Erektionsstörungen beim Geschlechtsverkehr mit 53 % im Vordergrund und stellen zugleich einen wichtigen Faktor für sexuelle Zufriedenheit dar. Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen körperlichen Symptomen und Erektionsstörungen bei partnerbezogener sexueller Aktivität, nicht jedoch bei der Selbstbefriedigung. Bei Frauen steht keine bestimmte sexuelle Funktionsstörung im Vordergrund; die sexuelle Zufriedenheit ist bei ihnen offensichtlich auch stärker von partnerschaftlichen Faktoren abhängig als bei Männern. Sehr interessant ist auch, daß die Partner der Betroffenen oftmals zufriedener sind mit der gemeinsamen Sexualität und tendenziell auch mit der Partnerschaft insgesamt glücklicher zu sein scheinen. Dies ließe auf wichtig Ressourcen innerhalb der Beziehung schließen, die nicht ungenutzt bleiben sollten. Bei 86 % der Patienten besteht ein Informations- und Aufklärungsbedarf hinsichtlich sexueller Funktionsstörungen im Rahmen der MS – aber nur ein Drittel der Männer und lediglich ein Zehntel der Frauen haben von ärztlicher Seite diesbezüglich Unterstützung erfahren.

Ganz verfehlt ist daher offensichtlich die weit verbreitete Vorstellung, Sexualität sei nur etwas für Gesunde, Kranke hätten andere Sorgen und sollten sich nicht noch zusätzlich hiermit belasten. Für die Multiple Sklerose liegen allerdings derzeit noch nicht genügend Daten vor, um den Einfluß der verschiedenen Faktoren (Krankheit, Medikamente, Partnerschaft) auf die sexuelle und partnerschaftliche Zufriedenheit genau genug einschätzen zu können.

Die Daten der Hauptstudie werden deshalb die klinische Arbeit, d. h. die sexualmedizinische Beratung und Behandlung empirisch fundieren helfen; insbesondere Erkenntnisse über Nebenwirkungen erkrankungstypischer Medikamente, aber auch mehr Einsicht in die Bedeutung partnerschaftliche Faktoren auf das sexuelle Erleben und Verhalten der Patienten und ihrer jeweiliger Partner werden dazu beitragen, die Betreuung von Menschen mit Multipler Sklerose zu verbessern.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington:APA press 1994.
- Hahlweg, K. (1996): Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik. Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Kurtzke, J.K. (1961): On the evaluation of disability in multiple sclerosis. *J. Neurology* 11: 868-694.
- Loewit, K.; Beier, K.M. (1998): Standortbestimmung der Sexualmedizin. *Sexuologie* 5 (2): 49-64.
- Mattson, D.; Petrie, M.; Srivastava, D.K.; McDermott, M. (1995): Sexual dysfunction and its response to medication. *Arch. Neurol.* 52: 862-868.
- McCabe, M.P.; McDonald, E.; Deeks A.A.; Vowels, L.M.; Cobian M.J. (1996): The Impact of Multiple Sclerosis on Sexuality and Relationships. *J. of sex Res.* Vol 33, No.3.: 241-248.
- Szasz, G.; Paty, D.; Maurice, W.L. (1984): Sexual Dysfunktionen in Multiple Sclerosis. *Annals N.Y. Academy of Sciences* 436: 443-452.
- Stenager, E.; Stenager, E.L.; Jensen, K. (1992): Sexual Aspects Multiple Sclerosis. *Seminars in Neurology* 12: 120-124.

Anschrift der Autoren

David Goecker, Silke Babinsky, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Humboldt-Universität zu Berlin, Tucholskystr. 2, D-10117 Berlin

Psychosomatik männlicher Sexualität

Psychosomatics of Male Sexuality

G. Fröhlich

Der Phallus ‚repräsentiert‘ nicht nur männliche Sexualität, sondern Männlichkeit schlechthin. Das war schon vor 1000 Jahren so und daran hat sich bis heute nichts geändert. Jahrzehntelange öffentliche Diskussionen über Sexualität haben in unserer leistungs- und erfolgsorientierten Industriegesellschaft zwar eine Liberalisierung bewirkt, aber auch neue Normen geschaffen, die meist im krassen Gegensatz zur Wirklichkeit stehen.

Männer phantasieren und praktizieren Sexualität nach einem ‚Phantasiemodell vom Sex‘, welches B. Zilbergeld (1996) mit einer drastischen Überschrift („Er ist einen halben Meter lang, hart wie Stahl und haut dich aus den Socken“) und 12 Mythen beschreibt, denen aber noch ein 13. Mythos hinzugefügt werden müßte:

Tab. 1: Mythen über männliche Sexualität

Mythos 1	Wir sind aufgeklärte Leute und fühlen uns wohl beim Sex
Mythos 2	Ein wirklicher Mann mag keinen „Weiberkram“ wie Gefühle und dauernd redend
Mythos 3	Jede Berührung ist sexuell und sollte zum Sex führen
Mythos 4	Männer können und wollen jederzeit
Mythos 5	Beim Sex zeigt ein wirklicher Mann, was er kann
Mythos 6	Beim Sex geht es nur um einen steifen Penis
Mythos 7	Sex ist gleich Geschlechtsverkehr
Mythos 8	Ein Mann muß seine Partnerin ein Erdbeben erleben lassen
Mythos 9	Zum guten Sex gehört ein Orgasmus
Mythos 10	Beim Sex sollten Männer nicht auf Frauen hören
Mythos 11	Guter Sex ist spontan, da gibt es nichts zu planen oder zu reden
Mythos 12	Echte Männer haben keine sexuellen Probleme
Mythos 13	In unserer aufgeklärten Zeit haben die 12 Mythen von Zilbergeld keine Bedeutung mehr

Dabei wird geradezu „automatisches sexuelles Funktionieren als ganz natürlich und typisch männlich“ (Hartmann) angesehen und eine Störung dieser Funktion nicht nur als eine „Beeinträchtigung der sexuellen Fähigkeiten, sondern als ein Angriff auf das Selbst“ (Tiefer 1993) erlebt. Ein Mann „hat also keine erektile Dysfunktion“, sondern er fühlt sich „impotent“ (Langer & Hartmann 1992: 7), also unfähig, entwertet und sagt beispielsweise:

„Zuerst kam die vorzeitige Pensionierung, dann der Herzinfarkt und nun auch das noch – jetzt bin ich gar nichts mehr“

„Das ist schlimmer als jede Krankheit“

„Das bringt mich total in Panik“

„Ich bin so deprimiert – weil ich doch nur noch ein halber Mann bin“

„Ich bin maßlos enttäuscht, das steigert sich bis ins Unerträgliche“.

„Da muß Abhilfe geschaffen werden, wie auch immer!“ (Zitate eigener Patienten)

Fast jeder zweite auch jüngere Mann erlebt Erektionsstörungen. Die ein solches Ereignis beeinflussenden Variablen liegen dabei im psychosozialen und besonders im partnerschaftlichen Bereich und sind vor allem mit Angst verbunden. Bis Anfang der 80er Jahre hatte die somatische Medizin bei Erektionsstörungen wenig zu bieten. Sie waren eine Domäne der Psychotherapie. 1982 hat Virag in Paris nachgewiesen, daß eine Erektion durch Injektion muskelrelaxierender Substanzen hervorruft. Seitdem hat weltweite Forschung die Physiologie und Pathophysiologie der Erektion weitgehend aufgeklärt. Man versteht sie heute als eine Relaxation der glattmuskulären Elemente im Gliederschwellkörper bei erhöhtem arteriellen Bluteinstrom und gedrosseltem venösen Abfluß, ausgelöst durch eine komplizierte neurophysiologisch-chemische Kaskade.

Inzwischen können durch eine Reihe von Untersuchungen pathologisch-anatomische und pathologisch-physiologische Veränderungen im Gliederschwellkörper nachgewiesen werden, welche erwartungsgemäß mit steigendem Lebensalter zunehmen. Die erektile Dysfunktion wird daher aus andrologisch-urologischer Sicht meist dualistisch als organogen oder psychogen verursacht verstanden. Jeder eine Erektion auslösende neurophysiologisch-chemische Reaktionsablauf wird aber entweder durch eine erotische Phantasie oder durch eine real erlebte erotische Situation ausgelöst. Eine erlebte Erektion ist somit ein komplexes psycho-physiologisches Geschehen, welches für den Betroffenen frustriert bleibt, wenn es sich nicht in einer erotischen Situation ereignet und wenn es von der Partnerin nicht akzeptiert wird.

Bei einer „erektile Dysfunktion“, die im Folgenden „erektile Impotenz“ genannt werden soll, weil das einer ganzheitlichen Sichtweise besser gerecht wird, stehen der somatischen Medizin heute eine Reihe von Therapieoptionen offen. Sie reichen von oraler Medikation über die Lokalanwendung muskelrelaxierender Substanzen bis hin zu mechanischen Erektionshilfen und Elektrostimulation und operativen Behandlungsmaßnahmen (siehe Tabelle 2).

Diese Medikalisierung männlicher Sexualität wird beklagt und Leonore Tiefer hat sicher recht, wenn sie sagt:

„Da das medizinische Modell der Sexualität auf biologischen Normen und Standards basiert, beinhaltet es keine Vorstellung davon, daß Ereignisse wie Erektion und Orgasmus keine biologischen Grundprinzipien sind, sondern ihre Bedeutung durch die Persönlichkeit, sexuelle Beziehung, bestimmte sexuelle Gewohnheiten und Erwartungen, Lebenserfahrung, Subkultur oder Zeitgeschichte erhalten“. (Tiefer 1993)

Der Mann mit einem „gebrochenen Phallus“ lebt heute nun aber in einer erfolgs- und leistungsorientierten globalen Industriegesellschaft und in einer rücksichtslosen Medienwelt, in der alles als machbar dargestellt und auch erwartet wird. Er kommt „medienvorbildet“ in die Praxis und erwartet möglichst rasch und von der Partnerin unbemerkt

Tab. 2: Therapeutische Optionen bei erektiler Impotenz

I. Orale Medikation	1. Aphrodisiaca 2. Yohimbin (α -Rezeptorenblocker) 3. Trazodon (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) 4. Testosteron 5. Sildenafil – Viagra (USA 4/98, Europa 10/98) Phosphodiesterase-V-Hemmer
II. lokale Medikation	1. perkutan: a) Anaesthetica, b) Nitroglycerinspray 2. Intracavernös: = SKAT a) Alprostadil = PGE ₁ (5–40 μ g) 9/97 b) Papaverin, c) Phentolamin 3. Intraurethral = MUSE (medicated urethral System for erection) Alprostatil (PEG1 125 μ n, 250 μ n, 500 μ g, 1000 μ g)
III. mechanische Erektionshilfen	1. Vakuumpumpe 2. Erektionsringe (Ecox-System)
IV. Elektrostimulation	FEMCC = funktionelle Elektrostimulation des Carpuscavernosum penis
V. Operation	1) penile Venenchirurgie („Venöses Leck“) 2) chirurg.-rekonstruktive penile Revaskularisation (a-v oder a-s-shunt) 3) Implantate flexibel-Subrini, halbstar-Jonas, hydraulisch-Scott 4) Penisvergrößerung

eine Reparatur dieses kleinen aber so wichtigen Organes, am liebsten durch „eine Tablette“.

Da ist der Phosphodiesterase-V-Hemmer Sildenafil (Viagra) neuerdings ein verlockendes Angebot. Es liegt seit seiner Zulassung in den USA im April 1998 mit 94 % an der Spitze aller diesbezüglichen Rezepturen und hat bei Männern geradezu eine Massenhysterie ausgelöst, wenn man den Medien glauben darf.

Große sexualmedizinisch-sexualtherapeutische, meist universitäre Institute bieten dem impotenten Mann kompetente Ansprechpartner und alle apparativen Ausrüstungen. Es wurden inzwischen „interdisziplinäre, multimodale, integrative Diagnostik – und Therapiekonzepte“ entwickelt, an denen Urologen, Psychologen, Psychiater und Andrologen beteiligt sind und die in einem vielstündigen Programm möglichst an einem Tage absolviert werden, um „nach eindeutig geklärter Ätiologie“ eine „maßgeschneiderte Therapie“ (Stief 1997: 97) anzubieten. Diese Angebote stehen in einer Praxis personell und apparativ nicht zur Verfügung und nach meiner Erfahrung ist ein „phallisch gebrochener Mann“ für ein so geballtes Vorgehen meist der falsche Ansprechpartner. Um falsch negative Befunde zu vermeiden, ist es vielmehr notwendig, daß die meist invasiven erektionsphysiologischen Untersuchungen in „entspannt – vertrauensvoller Atmosphäre“ erfolgen, was wiederum daraufhin deutet, daß es sich hier eben nicht nur um Physiologie, sondern um Psychophysiologie handelt.

Die Prävalenz der „erektilen Impotenz“ ist beim alternden Mann groß und mit einer erheblichen Dunkelziffer belastet. Nach der bekannten Massachusetts Male Aging Study von Feldmann et. al. (1994) haben 52 % aller befragten Männer zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr minimale (17 %), mäßige (25 %) oder vollständige (10%) erektile Impotenz, wobei der Schweregrad mit ansteigendem Lebensalter zunimmt. Was aber von dem

einen als minimale Störung empfunden wird, kann für einen anderen schon eine Katastrophe sein und die Bewertung durch die Partnerin wäre in diesem Zusammenhang von großem Interesse.

Wie kompetent sind nun Ärzte, an die sich ein Patient meist nach langem Zögern und unter großem intrapsychischen Druck und auf vermeintliches oder wirkliches Drängen der Partnerin hin wendet, wenn der Penis nicht mehr so „funktioniert“, wie er es ein Leben lang gewöhnt war. Nach einer vom Autor durchgeführten Umfrage bei der Bezirksärztekammer Oldenburg vom Januar bis März 1998 antworteten von 348 befragten Ärzten 186 – also 53 % –, wobei Urologen und Gynäkologen das größte und Internisten das geringste Interesse zeigten. Für jeden zweiten Arzt scheint also Sexualität kein praxisrelevantes Thema zu sein. Mehr als die Hälfte aller Ärzte, die geantwortet haben, sprechen in ihrer Praxis häufig über Sexualität, ein Drittel immerhin mit mehr als 10 % ihrer Patienten. 34 % der Patienten müssen das Thema Sexualität allerdings selbst zur Sprache bringen und es ist die große Ausnahme, wenn es vom Arzt alleine thematisiert wird. 43 % aller Ärzte fühlen sich fachlich und 46 % emotional nicht kompetent, ein sexualmedizinisches Gespräch zu führen. 62 % glauben, daß Literaturstudium kompetenzvermittelnde Priorität hat, was zu bezweifeln ist. Fast 70 % aller befragten Ärzte würden an einem sexualmedizinischen Weiterbildungs-Curriculum teilnehmen, was die Wichtigkeit und die Berechtigung der diesbezüglichen Bemühungen der „Akademie für Sexualmedizin“ (vgl. Vogt et al 1995) nachhaltig unterstreicht.

Tab. 3: Ergebnisse einer Umfrage bei niedergelassenen Ärzten/innen (n = 186), Bezirksärztekammer Oldenburg

Wird Sexualität in Ihrer Praxis thematisiert?		Wie oft wird Sexualität thematisiert?	
selten	40 %	< 5 %	33 %
häufig	60 %	> 5 %	33 %
		>10 %	34 %
Wer thematisiert in der Sprechstunde?		Fühlen Sie sich kompetent, ein sexualmed. Gespräch zu führen?	
nur der Arzt	4 %	<i>fachlich</i>	
nur der Patient	34 %	ja	58 %
beide	62 %	nein	42 %
		<i>emotional</i>	
		ja	54 %
		nein	46 %
Wie haben Sie Ihre Kompetenz erworben?		Würden Sie an einem sexualmed./sexualtherap. Weiterbildungscurriculum teilnehmen?	
Studium	34 %	ja	67 %
Seminare	45 %	nein	32 %
Fachliteratur	62 %		
öffentliche Medien	19 %		

Da sich nun jeder Patient seinen Therapeuten sucht und davon auszugehen ist, daß die Klientel eines nicht-ärztlichen Sexualtherapeuten oder die eines Psychiaters sich von der eines Urologen unterscheidet, sollen nun die Daten der Patienten vorgestellt werden, die vom September 1997 bis März 1998 in der urologisch-sexualmedizinischen Sprechstunde am St.-Franziskus-Hospital in Lohne beraten und behandelt wurden.

Es waren 86 überwiegend 40–79jährige Männer mit einem Altersgipfel zwischen dem 60. und dem 69. Lebensjahr. Bei einer Serie von 86 Patienten kann es sich im Folgenden natürlich nicht um statistisch gesicherte, harte Daten handeln und Prozentangaben sind daher in Anführungszeichen zu verstehen. 11 % der Patienten gaben Appetenzmangel an, verteilt über alle Altersgruppen. Für 7 % der Patienten war ein Orgasmus praecox das Hauptproblem, wobei es sich meist um 40–49jährige Männer handelte. Primäre erektile Impotenz betraf nur die wenigen jungen Männer, während mit zunehmenden Alter die sekundäre erektile Impotenz im Vordergrund stand. Dyspareunie, Penisdeviation und Induratio penis plastica wurden selten angegeben, die Induratio penis plastica erwartungsgemäß im höheren Lebensalter.

Tab. 4: Beklagte Symptome von Patienten einer sexualmedizinisch-urologischen Sprechstunde (September 97 bis März 98)

Alter	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	%
Appetenzmangel	1	1	1	5	1	1	11,6 %
Orgasmus praecox		1	5				7,0 %
primäre erektile Impotenz	4	1					5,8 %
sekundäre erektile Impotenz		1	12	15	25	15	79,1 %
Dyspareunie			2	1			3,5 %
Penisdeviation		1					1,2 %
Induratio Penis Plastica				1	2	1	4,7 %
n = 86							

Die Zielgruppe in der urologisch-sexualmedizinischen Sprechstunde sind also in fast 90 % 40–79jährige Männer, deren Hauptproblem die sekundäre erektile Impotenz ist. Bei den 60–79jährigen, – das ist immerhin jeder zweite – steht diese Störung praktisch immer im Zentrum der Beratungsgespräche und Therapiemaßnahmen. 80 % aller 40–79jährigen Männer mit einer erektilen Impotenz geben Krankheiten an, haben Operationen erlebt oder nehmen Medikamente ein, bei denen eine organisch verursachte Erektionsstörung erwartet werden kann. Aber – und ganz besonders hervorgehoben – jeder zweite Mann bekennt spontan Ängste, befürchtet oder erlebt Partnerschaftskonflikte oder beklagt eine Kollusion mit „phallischen Mythen“, die er mit seiner Erektionstörung nicht mehr in Einklang bringen kann.

Die Bedeutung des Serum-Testosteronspiegels für das Gelingen oder Mißlingen einer Erektion wird in der Literatur kontrovers beurteilt. Immerhin wurde im Februar 1998 auf dem ersten Weltkongreß „über den alternden Mann“ ein „Hormontief des alternden Mannes“ (Lunenfeld) festgestellt, welches von 7 % bei 40jährigen auf 35 % bei 80jährigen ansteigt (Vermeulen 1995).

Das ‚Klimakterium des Mannes‘ – bislang bestritten – erweckt langsam wissenschaftliches Interesse, wobei nach neuester Forschung das Augenmerk nicht nur auf das Testosteron, sondern auch auf seine Interaktion mit anderen Sexualhormonen, insbesondere dem Östrogen, gerichtet ist. Dabei wird möglicherweise das 17-alpha-Östradiol, welches keine feminisierenden Eigenschaften hat, zukünftig bei der Hormontherapie des alternen Mannes Bedeutung erlangen (Oettel 1998).

In der o.g. Stichprobe ergab sich im Gegensatz zur Literatur eine gehäufte Serum-Testosteronverminderung bei 40–49jährigen Männern. Eine so kleine Zahl von nur 60 Probanden erlaubt natürlich keine wissenschaftlich zulässigen Schlußfolgerungen, vielleicht aber die vermessene Phantasie, daß es sich bei dieser Altersgruppe um Männer im sogenannten „besten Alter“ handelt, die auf dem Höhepunkt ihres erträumten und oft doch nicht ganz erreichten Karrierezieles mit hohem Kraftaufwand gegen hart nachdrängende jüngere Konkurrenz ankämpfen und Existenzängste entwickeln, drohenden Arbeitsplatzverlust durch Vorruhestandregelung befürchten, eine erste lebensbedrohende Krankheit zu bewältigen haben oder den Verlust eines geliebten Menschen betrauern. Könnte es sich somit um einen „psycho-pathophysiologischen Hormonsturz“ handeln?

In der urologisch-sexualmedizinischen Sprechstunde hat sich mir ein diagnostisch-therapeutischer Stufenplan als praxisrelevant bewährt, der sich an das PLISSIT-Modell nach Annon (1983) anlehnt und mit dem nach meiner Erfahrung für über 90 % aller Männer mit einer Erektionsstörung eine hinreichende Lösung ihres Problems gefunden werden kann.

Tab. 5: Diagnostisch-therapeutischer Stufenplan bei erektiler Impotenz (in Anlehnung an das PLISSIT-Modell; vgl. Annon 1983)

1. Anamnese (allgemeine A., Sexual-A, Sozial-A.) 2. Körperliche Untersuchung 3. Relevante Laborparameter	P
Zeitnehmen und klären: Was bedeutet die erektile Impotenz für mich, meine Partnerin? Partnerin einbeziehen!! Begrenzte Sexualberatung	LI
SKIT u. Farbduplexsonografie (evtl. Piss-Test n. Lue – BQE) evtl. ausführliche sexualmedizinische Beratung	SS
Neurolog. Status, (CC-EMG, NPT, BKR, SSEP) psycholog. Abklärung	
Pharmako-Cavernosometrie, Pharmako-Cavernosografie, Becken- u. Penis-Angiografie	IT
Sexualmedizinische Behandlung, Gefäßoperationen, Implantate (Penisvergrößerungsplastiken)	

Eine detaillierte Anamnese und einfühlsame Sexualberatung in Verbindung mit einer eingehenden körperlichen Untersuchung, bei der alle Normalbefunde besonders deutlich herausgestellt und auch ausgesprochen werden sollten, kann schon eine bedeutsame sexualmedizinische Intervention sein. Bis das Ergebnis relevanter Laborbefunde vorliegt, bleibt genügend Zeit, um in meist mehreren Gesprächen ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und schwerpunktmäßig Themen zu bearbeiten, wie z. B.:

1. Akzeptieren von Verlusten.
2. Männlichkeitsmythen.
3. Erklären der normalen Alterungsvorgänge am männlichen Glied und der normalen Altersveränderungen im männlichen sexuellen Reaktionszyklus.
4. Moralvorstellungen und Tabus.
5. Schuldgefühle.
6. Änderung des Sexmodells.
7. Überwindung des Zeitgeistes
8. Ressourcenaktivierung (Männlichkeit ist nicht nur Sex, Verlust kann auch Gewinn sein) (Strauß 1998).

Dadurch wird Introspektion darüber ermöglicht, was bedeutet dieses Organsymptom für mich als Patient, was bedeutet es für meine Partnerin und was bedeutet es für unsere Partnerschaft? Deshalb versuche ich möglichst bald die Partnerin im Paargespräch mit einzu beziehen, in jedem Falle jedoch bevor eine „Medikalisierung“ geplant ist.

Ein voreiliges Komplott zwischen Patient und Arzt mit einem durch SKAT oder zukünftig wohl auch Sildenafil (Viagra) „hervorgezauberten Phallus“ ist gegen die Partnerin gerichtet und ein wichtiger Grund für den beklagten häufigen Abbruch solcher Behandlungen.

Eingebettet in ein geduldiges sexualmedizinisches Gesamtkonzept kann beim heutigen Wissensstand auf somatische Optionen nicht mehr verzichtet werden, wenn sie mit dem ganz persönlichen sexuellen Script eines Paares „kompatibel“ (Bräutigam) sind.

Nicht die Medikalisierung an sich ist kritikwürdig, sondern ihr unkritischer und rigoroser Einsatz. Viagra heißt jetzt das Zauberwort. Es handelt sich um Sildenafil, einen Phosphodiesterase-V-Hemmer, der in Zukunft in begründeten Fällen sicher eine Therapieoption sein wird, zur Zeit aber durch geradezu hysterische Medienmache zur Wunderdroge hochgehjubelt wird, obschon Indikationen und Kontraindikationen noch nicht genau abzuschätzen sind.

Die SKAT-Behandlung ist heute bei der erektilen Impotenz – und besonders beim alternenden Mann eine nicht mehr wegzudiskutierende Option. Zumindest ist sie insbesondere in Verbindung mit der Farbduplex-sonographie ein sehr sicheres und wenig invasives Verfahren zum Nachweis oder Ausschluß vaskulärer und cavernöser Ursachen einer erektilen Impotenz, welches aufwendige, invasive, Spezialeinrichtungen vorbehaltene Untersuchungen fast immer überflüssig gemacht hat. SKAT wird somit trotz des „Viagrafiebers“ seinen Stellenwert wohl behalten. Potenzverbessernde Operationen sind dagegen weitgehend verlassen und nur noch in Ausnahmefällen indiziert. Nichtoperative mechanische Erektionshilfen finden nur eine geringe Akzeptanz und Elektrostimulationsversuche sind über experimentelle Stadien nicht hinaus gekommen. Zudem gibt es auch psychische Störungen, die u. a. mit dem Symptom „Erektionsstörung“ verbunden sein können und dann einer Psychotherapie im engeren Sinne zugeführt werden müßten. In vielen Fällen aber ist dies nicht erforderlich, sondern im Rahmen einer sexualmedizinischen Beratung, unter Einbeziehung der Partnerin ausreichend zu intervenieren. Was heißt dies für die Praxis?

36 % aller Patienten mit einer sekundären erektilen Impotenz und sogar jeder zweite der 60–79jährigen Männer wünschen nach einer Sexualberatung und meist mehreren Einzel- oder Paargesprächen keine Therapie. Es gelingt ein Nachdenken über neue Horizonte in einer alternden Sexualbeziehung, wobei gefühlvolles Einbeziehen der Partnerin hier eben

von ganz entscheidender Bedeutung ist. 34 % der Männer bevorzugen eine Tablettenbehandlung, wobei in der hier vorgestellten Serie Yohimbin und bei nachgewiesenem Testosteronmangel Testosteron gemeint sind. Sicher wird Sildenafil hier zukünftig für eine Reihe von Patienten Bedeutung erlangen. Jungen Männern wurde bei primärer Erektionsstörung nach Ausschluß organischer Ursachen eine Psychotherapie empfohlen und zum Teil von ihnen auch wahrgenommen. Nur ganz wenige bestanden auf einer zusätzlichen SKAT-Behandlung, während bei den älteren Männern mit sekundärer erektiler Impotenz in 13–20 %, mit zunehmendem Alter häufiger, SKAT in Anspruch genommen wurde. Die meisten Paare waren mit dieser Therapie zufrieden, besonders weil sie die Versagensangst und Hektik während der sexuellen Interaktion genommen hatte.

Dualistische Denkmodelle, wie das eingangs erwähnte, welche psychogene von organogenen Erektionsstörungen trennen und unterschiedlich therapieren wollen, werden dem praktischen Alltag nicht gerecht. Hilfreicher erscheint mir da ein „Aphorismus der Psychosomatik männlicher Sexualität“, der sie als ein hochkompliziertes vielschichtiges, störungsanfälliges psycho-somato-soziokulturelles Partnerproblem zu verstehen versucht. Sexualität wird immer nur im Du beglückend erlebt oder schmerzlich erlitten. Jeder der hier helfend eingreifen will, sollte berücksichtigen, daß er sich auf „ein weites Feld“ (Th. Fontane) begibt, welches ich im Sinne des „Dreiecksmodells der Liebe“ von Sternberg darzustellen versuche: Auf einem Spannungsbogen zwischen „kalter Verbindlichkeit“ und „heißem Verlangen“ – was Gunter Schmidt den „Zustand geiler Verliebtheit“ nennt – hat sich ein Paar auf einen mehr oder weniger langen Weg mit Höhen und Tiefen begeben. Jürg Willi meint, daß dieser Weg „immer auf der Basis des neuesten Irrtums von einander“ begangen wird. Ein gelungenes Ziel könnte auf diesem Wege „warme“ Vertrautheit und innige, liebevolle Partnerschaft heißen.

Auf diesem Weg kann nicht alles verstanden werden und auch der Therapeut wird Fehler machen. Wenn nun auf diesem Wege eine der Fußangeln „erektiler Impotenz“ heißt, dann ist das meines Erachtens nicht in erster Linie ein „gebrochener Phallus“, der repariert werden muß, sondern eine Angelegenheit des Herzens. Vielleicht ist deshalb ein Gedicht von Kristiane Allert-Wybranietz (1990: 42) ein passender Schluß. Es heißt:

Liebevolle Gedanken an Dich

In Deinen Armen liegen
und wissen,
nicht bleiben zu können.

In Deinen Augen versinken
und wissen,
wieder auftauchen zu müssen.

In Deiner Nähe ertrinken
und wissen,
doch nicht daran zu sterben.

Sich Dir öffnen können
und wissen
nicht ausgeraubt zu werden.

Das mag wohl Liebe sein

Literatur

- Allert-Wybranietz, K. (1990): Liebe Grüße, Lucy Korner-Verlag.
- Annon, J.S. (1983): PLISSIT-Modell. In: Corsini, R.J. (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie. Band II, Weinheim/Basel: Beltz, 880-900.
- Bräutigam, W. (1989): Sexualmedizin im Grundriß. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Feldmann, H.A.; Goldstein, J.; Hatzchristian, D.G.; Krone, R.J., Mc Kinley, J.B. (1994): Impotenz and its Medical and Psychosocial Correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *Jurolog.* 151: 54-61.
- Forrest, K.A.; Swanson J.M. (1987): Die Sexualität des Mannes. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Langer, D.; Hartmann, U. (1992): Psychosomatik der Impotenz. Stuttgart: Enke.
- Lunenfeld, B. (1998): Hormonsubstitution beim alternden Mann. Pressemitteilung anlässlich des 1. Weltkongress „The Aging Male“, Genf, 6. Februar.
- Manning, M.; Jünemann, K.P. (1998): Hoyer NBP. Sonderausgabe.
- Oettel, M. (1998): Jenaer androl Symposium „Über den alternden Mann“ (5).
- Schmidt, G. (1996): Vom Verschwinden der Sexualmoral. Hamburg: I. Klein Verlag.
- Sternberg, R.J. (1986): A Triangular Story of Love. *Psychological Review* 93: 119-135.
- Stief, C.G.; Hartmann U.; Höffner, K.; Jonas U. (1997): Erektile Dysfunktion. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Strauß, B. (1998): Jenaer androl. Symposium „Über den alternden Mann“ (5).
- Tiefer, L. (1993): Über die fortschreitende Medikalisierung männlicher Sexualität. *Zeitschrift für Sexualforschung* 6: 119-131.
- Vogt, H.J. et al (1995): Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ – Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. In: *Sexuologie* 2 (2): 65-89.
- Willi, J. (1994): Was hält Paare zusammen? Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Zilbergeld, B. (1996): Die neue Sexualität der Männer. Dgvt Verlag.

Anschrift des Autors

Dr. med. G. Fröhlich, Urologische Abteilung, St. Franziskus-Hospital, Postfach 1180,
49393 Lohne

Amputophilie bei narzißtischer Persönlichkeitsstörung

Narcissist Personal Disorder and Amputophilic Behavior

T. Moesler, S. Poppek, A. Rose, U. Brandenburg

Die Amputophilie, auch Amelotatismus genannt, ist keine reine Erscheinung der Neuzeit. Man kann eine passive Amputophilie, bei der sich die oder der Betreffende einen sexuellen Partner mit einem oder mehreren amputierten Gliedern wünscht, von einer aktiven Amputophilie bzw. Autoamputophilie, bei der der oder die Betreffende sich selbst eine Amputation eines oder mehrerer Glieder wünscht, unterscheiden.

Der menschliche Wunsch nach Verformung und Verstümmelung des Körpers oder einzelner Körperteile war und ist in fast allen Kulturen bekannt. Bestimmte Verunstaltungen des menschlichen Körpers können subjektiv nicht nur eine Verschönerung, sondern zuweilen auch den sexuellen Reiz darstellen und verstärken. Dabei existiert eine große Variabilität des Ausmaßes und der Gestalt einer solchen Deformation. Es sei hier vor allem an die Verstümmelungen der Füße bei den chinesischen Frauen erinnert. Die Abb. 1 zeigt das Einschnüren eines solchen chinesischen Frauenfußes mit der dazugehörigen Röntgenaufnahme. Der chinesische Frauenfuß wurde „goldene Lilie“ genannt, und alle namhaften Dichter haben die „goldenen Lilien“ unzählige Male besungen. Zweifellos stellt diese in der chinesischen Kultur als ästhetisch empfundene Deformation praktisch ein körperliches Gebrechen dar, das die Betroffene in ihrer Mobilität stark einschränkt. Weitere, wenn auch weniger bekannte Beispiele für Körperteilverformungen sind das Spitzfeilen und Schwarzfärben der Zähne, wie man es auf den Philippinen findet (Abb. 2) und die Verunstaltung der Köpfe in Melanesien (Abb. 3). Padaungfrauen führen durch das Tragen mit schweren Messingringen eine Streckung des Halses und der Beine herbei (Abb. 4). Von hier aus sind die Übergänge fließend zu dem, was wir selber eher als Schmuck, denn als Deformation betrachten. Auch das Durchstechen von Vorhaut, Bauchnabel, Brustwarzen, etc., welches beispielsweise durch das Piercing als moderne Form der körperlichen Selbstschädigung immer häufigere Verbreitung findet, fällt in diesen Grenzbereich. Von den Hottentottenfrauen in Südafrika wiederum weiß man, daß sie von frühester Jugend an beginnen, ihre kleinen Schamlippen zu ziehen und zu zerren, bis sie eine Hypertrophie erreicht haben, die auch als „Hottentottenschürze“ bezeichnet wird. Es gibt unzählige weitere Beispiele von Körperteildeformierungen aus anderen Kulturen. Doch ist der Wunsch nach Deformation oder einem körperlichen Gebrechen auch in der abendländischen Kultur bekannt. Hierzu gehört auch der bekannte Fall des französischen Philosophen, Mathematikers und Naturwissenschaftlers René Descartes (1596-1670), der nur schielende Frauen lieben konnte, weil das Objekt seiner ersten Liebe diesen „Schönheitsfehler“ hatte. Über den französischen Dichter Charles Baudelaire (1821-1867) berichtet von Krafft-Ebing, daß er Liebesverhältnisse mit „häßlichen, widerwärtigen Personen, (...) Zwerginnen, Riesinnen“ (vgl. von Krafft Ebing 1918) hatte. Tatsächlich ist seine

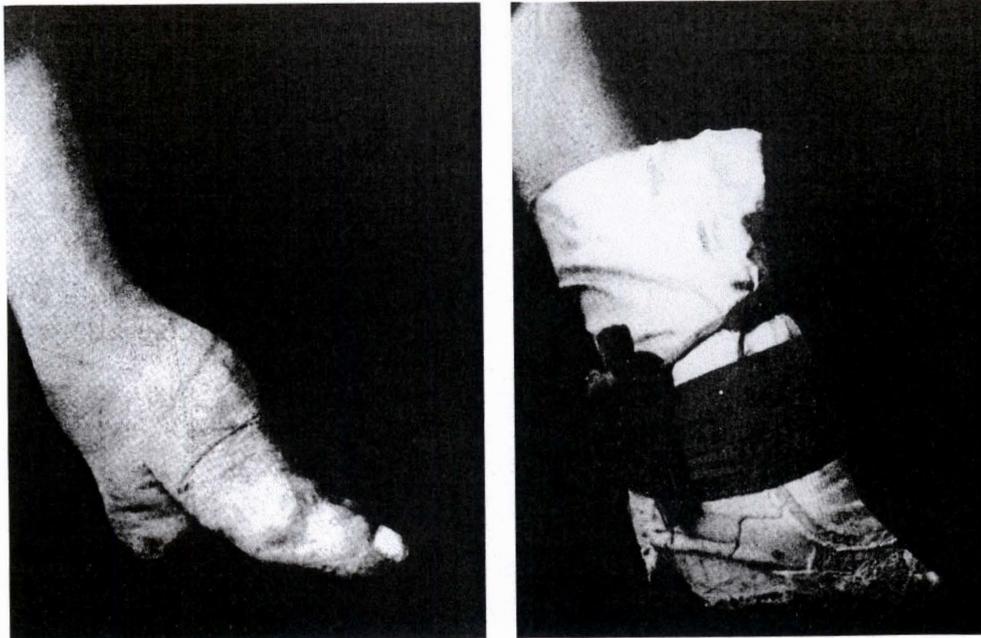


Abb. 1 zeigt einen chinesischen Frauenfuß (entnommen BUSCHAM, etwa um die Jahrhundertwende).



Dichtung dadurch geprägt, daß er u.a. die Faszination des Bösen, Häßlichen, Abnormen und Kranken in Worte kleidete. Henry Miller erwähnt das Phänomen des Amelotatismus bzw. der Amputophilie in seinem Roman „Wendekreis des Krebses“, der erstmals 1934 erschien. Es wird u.a. „die Hure mit dem Holzbein“ erwähnt. Ferner schreibt Miller: „Was die Vielfalt an sexuellem Angebot betrifft, habe ich noch nie einen Ort wie Paris gesehen. Sobald eine Frau einen Vorderzahn oder ein Auge oder ein Bein verliert, geht sie auf den Strich. In Amerika würde sie verhungern, wenn sie keine andere Empfehlung auf-



Abb. 2 (links) zeigt eine Bugobofrau von der Insel Mindanao mit spitzgefeilten und geschwärzten Zähnen (entnommen BUSCHAM, etwa um die Jahrhundertwende).

Abb. 3 (unten): Durch Pressen wird den Schädeln der Kinder eine hohe, spitze Form gegeben (entnommen BUSCHAM, etwa um die Jahrhundertwende).

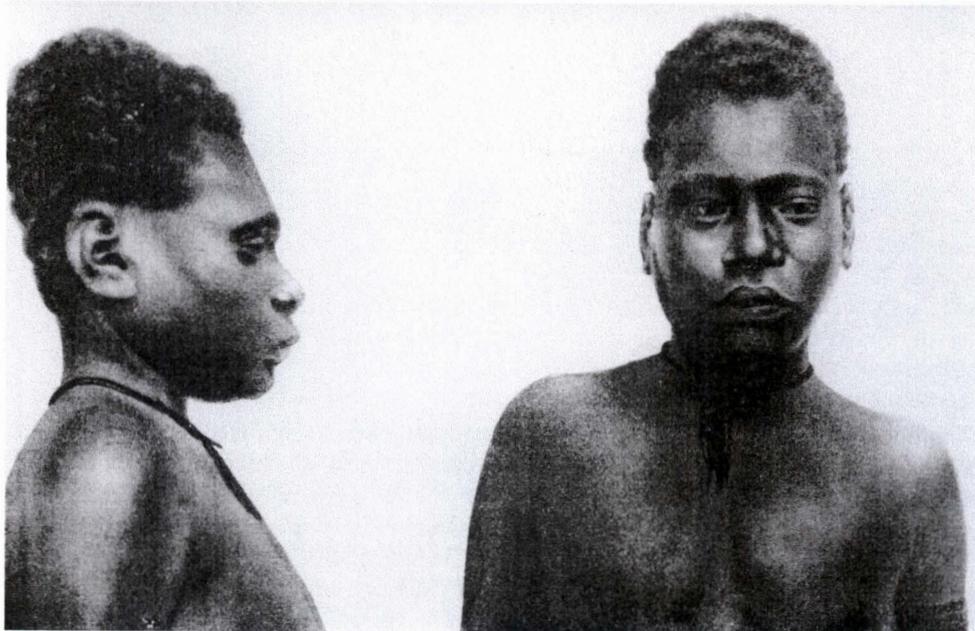




Abb. 4 zeigt Padaungfrauen, die zum Zwecke der Streckung der Halsmuskulatur schwere Messingringe um den Hals tragen gegeben (entnommen BUSCHAM, etwa um die Jahrhundertwende).

zuweisen hätte als eine Verstümmelung. Hier ist das anders. Ein fehlender Zahn oder eine weggefressene Nase oder eine Gebärmutterensenkung, jedes Unglück, das die natürliche Schlichtheit des Weibes betont, scheint als weitere Würze, als Anreiz für die erschöpften Sinne des Männchens angesehen zu werden.“ (Miller 1995) Ein weiteres Beispiel aus dem Bereich der Belletristik liefert Edgar Hilsenrath, der in seinem Roman „Der Nazi und der Friseur“ (1996) die Ursache des Amelotatismus in einem „Minderwertigkeitskomplex“ vermutet. Der deutsche Liedermacher Konstantin Wecker leitet seine 1972 erschienenen „Sadopoetische Gesänge“, eine literarische Sammlung sexualpsychopathologischer Störungen, mit dem Liebeslied eines Amputophilen ein (vgl. Wecker 1994).

Doch wenden wir uns erneut der sexualwissenschaftlichen Literatur zu: Anfang der 70er Jahre existierte in medizinischen Wörterbüchern noch keine Bezeichnung für den zwanghaften Drang nach Amputation. Die Prävalenz des Phänomens der aktiven Amputophilie wurde nicht etwa durch die Medizin und die Naturwissenschaft, sondern durch die Kunst und die Medien bekannt. Money (1989) definierte die Begriffe der Apotemnophilie und der Acrotomophilie wie folgt: Apotemnophilie bezeichnet eine Paraphilie, die durch die wiederkehrende sexuelle Phantasie oder das sexuell dranghafte Bedürfnis, selbst ein Amputierter zu sein, gekennzeichnet ist (aus dem Griechischen, apo, von + temnein, schneiden + -philie). Ein Apotemnophiler ist darauf fixiert, eine Amputation vorzutauschen oder eine Amputation in einer Klinik zu erwirken. Acrotomophilie hingegen ist definiert als eine Paraphilie, die durch die wiederkehrende sexuelle Phantasie oder das sexuell dranghafte Bedürfnis, einen Partner mit einer Amputation zu haben, gekennzeichnet ist (aus dem Griechischen, akron, Extremität + tome, Schnitt + -philie). Ein Acrotomophiler wird sexuell erregt durch die Stümpfe eines amputierten Partners. Nach Money ist die Wissenschaft bisher nicht in der Lage, eine kausale Erklärung der über vierzig bestehenden Paraphilien zu liefern. Die Sexuologie begnügt sich bislang mit einer rein deskriptiven Phänomenologie. Wie Money betont, empfinden viele Amputophile keinen Leidensdruck und konsultieren daher nur selten eine Klinik.

Nach Riddle äußerte sich der amerikanische Sexuologe Dwight Dixon auf dem Sixth World Congress of Sexuology in Washington D. C. wie folgt: „Among all of the paraphilias, one of the most puzzling from the etiological standpoint and at the same time one of the least studied is the erotic attraction to amputees ...“ (Riddle 1989)

Der Begriff der Amputophilie wird von manchen Autoren mit dem Begriff des Amputationsfetischismus gleichgesetzt und stellt für sie somit einen Unterbegriff des Deformationsfetischismus dar. Hirschfeld berichtet von einem Fall eines Krückenfetischisten, den er unter die Gruppe der Körperfehler-Fetischisten subsummiert. Durch von Krafft-Ebing ist ein Fall eines Körperfehler-Fetischisten mit therapeutischem Erfolg bekannt. (vgl. Hirschfeld 1994) Nach der neueren sexualwissenschaftlichen Literatur können fünf Verhaltensweisen des Amputationsfetischismus unterschieden werden:

1. Die sexuelle Begierde bezieht sich auf einen Menschen mit einem amputierten Körperteil. Dabei wird ein Erklärungsmodell herangezogen, das davon ausgeht, daß in der Kindheit ein formendes Sexualerlebnis stattgefunden hat, in dem ein Mensch mit einer Amputation eine Schlüsselrolle gespielt hat oder eine Bezugsperson vorhanden gewesen sei, die dem Kind die Illusion der Deformation bzw. Amputation vermittelt hat. Stets sollen masochistische Elemente enthalten sein, oft homosexuelle und pädophile Komponenten.

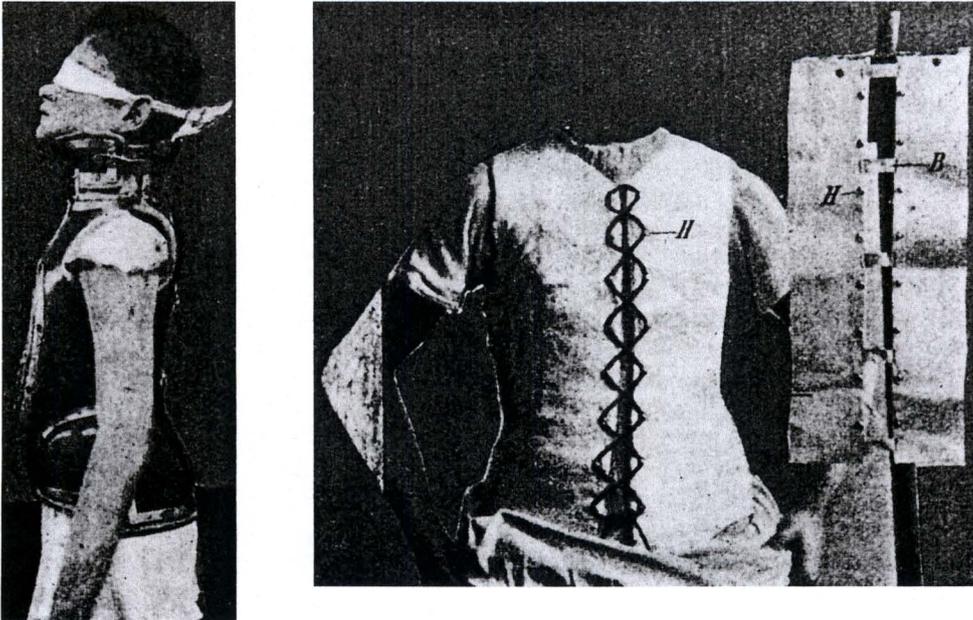


Abb. 5: (entnommen STEKEL 1923)

2. Die sexuelle Erregung kann mit amputationsfetischistischen Vorstellungen verbunden sein. Der Wunsch muß in der Realität nicht gelebt werden, unterliegt jedoch in der Fantasie einer fortwährenden Weiterentwicklung. Nicht selten werden Bilder, Fotos oder Filme gesammelt, deren Betrachtung zur Masturbation eingesetzt wird. Ein derartiges Beispiel zeigt die Abb. 5. Sie ist dem Buch „Der Fetischismus“ von Wilhelm Stekel entnommen, der 1923 eine der sicherlich originellsten Monographien zum Fetischismus einschließlich des Phänomens der Amputophilie veröffentlicht hat. Es handelt sich hierbei um einen „Fall von orthopädischem Fetischismus“. Derartige Bilder wurden von einem Patienten aus medizinischen Lehrbüchern und Zeitschriften gesammelt und dienten als Objekte seiner sexuellen Fantasien. In dem beschriebenen Fall zeigte Stekel im Rahmen einer tiefenpsychologischen Analyse, daß die Ursache für diese Paraphilie in dem Irrglauben bestand, die Schuld an dem Tod der Schwester, die durch eine Maserninfektion verstarb, zu tragen. Hinzu kamen zufällige Beobachtungen von beschädigten Jungen während der Kindheit und Pubertät, die in die sexuellen Fantasien während der Ipsation einbezogen wurden.

3. Eine weitere Verhaltensweise des Amputationsfetischismus bzw. der Amputophilie besteht in dem Wunsch, selbst amputiert zu sein. Die Variationsbreite ist hier sehr groß. Nicht selten übermalen die Betroffenen eigene Fotos, nehmen von sich selbst Bilder auf, die sie mit abgebandenen Gliedern zeigen. Für das Abbinden der Brüste und der Genitalien, der Arme, der Beine, die Strangulation des Penis und die Selbstkastration werden stark ausgeprägte masochistische Tendenzen angenommen.

4. Es bestehen von dieser Verhaltensweise fließende Übergänge zu dem Wunsch, sich der Illusion hinzugeben, selbst amputiert zu sein. Ein Beispiel dafür ist, daß Gesunde auf Krücken gehen.

5. Eine weitere Verhaltensweise der Amputophilie kann in dem Wunsch bestehen, andere Menschen durch die Exhibition einer (künstlichen) Deformierung zu erschrecken. Von manchen Wissenschaftlern wurde dieses Phänomen mit dem Begriff des Deformations-exhibitionismus bezeichnet. (vgl. IFIS ohne Erscheinungsjahr)

Nicht selten kommt es zu einem Abstrahieren der Amputation. So weiß man von Amputationsfetischisten, die nur durch Frauen oder Männer mit beispielsweise einem linken abgetrennten Bein (oder eben einem rechten) sexuell stimuliert werden. Wunschzeichnungen stellen oft den Verkehr von zwei Totalamputierten oder aber den cunnilingus zweier Frauen dar, die ausschließlich aus Kopf und Rumpf bestehen. Seit einigen Jahren können bei Sex-Versandhäusern auch entsprechende menschengroße Puppen ohne Glieder käuflich erworben werden. Schon Hirschfeld (1994) schrieb, daß der Körperfehler-Fetischismus Prostituierten wohl bekannt ist: „Manchmal flüstern sie sich untereinander zu, daß ein dieser Perversion verfallener Mann auf dem Wege zu ihnen ist, und einige Mädchen beginnen zu hinken, um seine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen.“ Der Wunsch nach Amputation eines eigenen Gliedes führt bei Betroffenen nicht selten zu dem zwanghaften wiederholten Aufsuchen eines Chirurgen, dem Beschwerden vorgespielt werden, die eine Amputation angezeigt erscheinen lassen. Oftmals brillieren die Betroffenen durch ein erstaunliches chirurgisches Fachwissen, das nicht nur den Psychiater beeindruckt. In England gibt es eine Amelotatisten-Gruppe Namens „Over Ground“, in der sich Amputophile unter den Bezeichnungen „Wannabes“, „Amp-Fans“, „Pretenders“, etc. zusammengefunden haben. Eine derartige Selbsthilfegruppe ist uns in der Bundesrepublik bisher nicht bekannt.

Differentialdiagnostisch müssen sexuell motivierte autoaggressive Handlungen bei aktiver Amputophilie durch die Erhebung einer Sexualanamnese mit Exploration der sexuellen Phantasien abgegrenzt werden von in der Regel nicht sexuell motivierten autoaggressiven Handlungen im Rahmen einer Psychose oder im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen, wie beispielsweise der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3).

Kasuistik

Der 46-jährige Patient stellte sich erstmals im Mai 1994 in der Sexualmedizinischen Sprechstunde der Psychiatrischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg mit einem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung und Amputation beider Beine vor. Die Beine sollten noch vor der operativen Geschlechtsumwandlung kurz über dem Knie vom Chirurgen amputiert werden. Der Pat. konnte sich vorstellen, seine Sexualität erst zu leben, wenn er mit amputierten Beinen ohne Prothesen geschlechtsumgewandelt im Rollstuhl sitzt. Er äußerte die Fantasie, als behinderte Frau in einer behindertengerechten Wohnung zu leben. Auch könne er sich ein Zusammenleben mit einem Mann vorstellen, habe jedoch Angst, daß der männliche Partner nur die Stümpfe an ihm bzw. „ihr“ lieben würde. Fantasien, sich „unter einen Zug zu legen“ und so selbst eine Beinamputation hervorzurufen oder die Fantasie einer illegalen Beinamputation im Ausland würden sich ihm beständig aufdrängen.

Der Pat. gab an, in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik geboren zu sein. Er sei mit seiner zwei Jahre älteren Schwester aufgewachsen. Einschneidend für den damals 7 Jahre alten Patienten sei der Tod der Mutter im Jahre 1960 gewesen. Sie wurde als sehr liebevolle Frau im Gegensatz zu dem oft alkoholisierten und prügelnden Vater empfunden. Der Tod der Mutter sei durch folgende Umstände eingetreten: Die Mutter habe den Pat. in einer Wanne gebadet. Der Vater sei hinzugekommen und habe wütend das Fenster geöffnet. Die Mutter habe daraufhin schützend den eigenen Mantel um den Pat. gelegt. In der Folge sei sie selbst einer Lungenentzündung erlegen. Nach dem Tod der Mutter seien eine Lehrerin, die nur eine Hand gehabt habe, und eine einbeinige Patentante, die ihn umsorgt habe, seine engsten Bezugspersonen gewesen. Der Vater habe 1965 wieder geheiratet und sich insgesamt wenig um seine Kinder gekümmert. Im Alter von 11 Jahren habe der Patient eine Kammer im Dachgeschoß des Hauses bezogen, in die er sich vom Familiengeschehen zurückgezogen habe. Die Schulzeit sei mit der 7. Klasse beendet worden. Es sei eine Lehre zum Textilfacharbeiter gefolgt. Anschließend sei er wechselnden Tätigkeiten nachgegangen. Vorwiegend habe er sein Geld als Kellner im Gasthof seiner Tante verdient. 1982 habe er erstmals wegen seiner, wie er es selbst nannte, „transsexuellen Problematik“ einen Arzt aufgesucht. Eine Weiterbehandlung in der Charité in Berlin habe er jedoch abgelehnt. Nach Aberkennung der Staatsbürgerschaft der DDR sei er 1984 in die BRD übersiedelt. Nach wechselnden Aufenthalten bei Freunden sei er 1986 in Nürnberg in eine eigene Wohnung gezogen. Er habe sich mit einer Entrümpelungsfirma selbständig gemacht. Derzeitig sei er Sozialhilfeempfänger.

Als 10-Jähriger habe er „an Doktorspielen“ mit Kameraden teilgenommen. Der Beginn der Masturbation fällt in das 12./13. Lebensjahr. Vom 15. bis zum 26. Lebensjahr habe er wechselnde sexuelle Beziehungen zu Frauen gehabt, wobei er eigenen Angaben zufolge niemals verliebt gewesen sei. Meist habe er sich, um zum Höhepunkt zu gelangen, beim Geschlechtsverkehr mit der Frau selbstbefriedigt. Im Jahre 1988 habe er einmalig sexuellen Kontakt mit einer einbeinigen Frau erlebt, bei der er während des Sexualverkehrs zum Höhepunkt gelangt sei. Bei der Selbstbefriedigung habe er die Vorstellung, selbst eine amputierte Frau zu sein. Eine sexuelle Beziehung zu einer amputierten Frau könne er sich darüber hinaus jedoch auch als sehr erfüllend vorstellen.

In der psychologischen Testung wurde bei dem Pat. in der Leistungsuntersuchung ein durchschnittliches Intelligenzniveau ermittelt (HAWIE: 103). Es ergaben sich keine sicheren Hinweise auf eine Beeinträchtigung des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit. Eine Persönlichkeitsuntersuchung wurde von dem Patienten abgelehnt.

Der Pat. war bei jeder Vorstellung wach und allseits orientiert. Hinweise auf eine hirnorganische Beeinträchtigung ließen sich nicht finden. Eine endogene Psychose konnte durch die Exploration ausgeschlossen werden. Es lagen keine Störungen des Urteilens im Sinne eines Wahns vor. Der Antrieb war zumeist gemindert, die Stimmung diskret zum depressiven Pol hin verschoben bei weitgehend erhaltener Schwingungsfähigkeit. Das Denken war bei jeder Vorstellung inhaltlich fixiert auf eine Amputation der beiden Beine. Drohungen im Sinne der Herbeiführung einer Amputation im Ausland auch ohne unsere nervenärztliche gutachterliche Zustimmung wurden beständig vorgetragen. So äußerte der Pat. beispielsweise sein Vorhaben, einem US-amerikanischen Verein von Amputophilen beizutreten, der eigens zum Zwecke der Amputation „Jagdunfälle“ inszeniere. Bestrebungen, „die gemeinsame Sache“ mit anderen Gleichgesinnten „groß aufzuziehen“ und für das gemeinsame Ziel einer Legalisierung von Amputationen bei aktiven Ampu-

tophilen auch den Vorsitzenden der Paralympics zu gewinnen, imponierten als Größenphantasien. Mehrere suizidale Krisen, in denen der Patient Selbstmutilationen ankündigte, führten u.a. zu einer Unterbringung auf unserer geschlossenen psychiatrischen Abteilung als kurzfristige Krisenintervention.

Trotz mehrfacher ambulanter Gespräche ist es bisher nicht gelungen, den in völliger sozialer Isolation lebenden Patienten vom Nutzen einer stationären psychotherapeutischen Behandlung zu überzeugen, da der Patient fürchtet, durch eine Psychotherapie von seinem Wunsch nach Geschlechtswechsel, insbesondere aber von seinem Wunsch nach einer Beinamputation, abgebracht zu werden. Die weitere Prognose unseres Falles ist derzeit ungewiß.

Diskussion

Die geschilderte Patientengeschichte gibt den Verlauf eines Falles mit aktiver und passiver Amputophilie und Selbstverletzungstendenzen sowie dem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung bei narzißtischer Persönlichkeitsstörung wieder. Der Patient wünscht sich einerseits selbst amputiert zu sein, andererseits eine amputierte Sexualpartnerin zu haben. Die Amputophilie ist im ICD-10 nicht gesondert aufgeführt, sondern fällt unter die „anderen Störungen der Sexualpräferenz“ (ICD-10: F65.8). Der Patient erfüllt insgesamt sechs der neun im Anhang I des ICD-10 enthaltenen, für die Diagnosestellung einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung in Frage kommenden Merkmale: Größengefühl in Bezug auf die eigene Bedeutung, Beschäftigung mit Phantasien über unbegrenzten Erfolg und über Schönheit, Überzeugung, „besonders“ zu sein und nur von anderen besonderen Menschen verstanden zu werden, Bedürfnis nach übermäßiger Bewunderung, Mangel an Empathie, hochmütige Verhaltensweisen. Die „narzißtische Persönlichkeitsstörung“ wird nach ICD-10 unter „F60.8 sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen“ subsumiert. Differentialdiagnostisch können bei unserem Patienten eine schizoide und eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung ausgeschlossen werden. Ein echter Transsexualismus konnte u. a. aufgrund der mangelnden sexuellen Phantasien einer vaginalen Penetration durch einen Mann, wie sie beim Mann-zu-Frau-Transsexualismus typischerweise zu erwarten wäre, ausgeschlossen werden.

In einem Forschungsbericht des Instituts für Interdisziplinäre Sexualforschung in Hamburg zum Thema Amputophilie/Amelotatismus wird die These vertreten, daß verschiedene Erfahrungen eines Kindes zu der Konstruktion führen können, daß die Beschädigung eines Menschen zur Erlangung von vermehrter Liebe und emotionaler Zuwendung führt. Daraus leitet das Kind den Schluß ab, daß es selbst nur geliebt wird, wenn es beschädigt ist. In der Pubertät und frühen Adoleszenz wird es sodann diesen Mechanismus auf den möglichen Partner übertragen. „Liegt eine Beschädigung nicht vor, wird zumindest durch eine erotisch-sexuelle Phantasie, daß die Partnerin beschädigt sein möge, diese Konstruktion ausgedrückt.“ (IFIS ohne Erscheinungsjahr)

Nach Green (1968) stellen Abweichungen in der Geschlechtsrolle eine falsche Prägung dar. Der Prozeß der Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil und die Komplementierung durch den andersgeschlechtlichen Elternteil spielt hierbei eine entscheidende Rolle. Bei unserem Patienten mag sowohl die Identifikation mit dem prügeln Vater als auch die Komplementierung durch die Mutter aufgrund ihres frühen Todes nicht gelungen sein. Allein durch dieses Erklärungsmodell wird man diesem Fall

wohl aber nicht gerecht. Wichtig erscheint uns für das Verständnis des Ausmaßes der Sexualisierung die Tatsache, daß in dem Bewußtsein des Pat. einerseits ein Elternteil den Tod des anderen Elternteils verursacht hat. Der Pat. sieht sich selbst andererseits als gebadetes Kind in der Rolle des Opfers und Täters gleichzeitig, ohne daß ihm objektiv jegliche Schuld zuzuweisen wäre. Für ihn wurde der zärtliche Akt des Nackt-Gebadet-Werdens mit dem Tod der Mutter bestraft. Der Wunsch nach Amputation beider Beine und der Geschlechtsteile im Rahmen einer Geschlechtsumwandlung mag daher einer Selbstbestrafung gleichkommen und vor dem Hintergrund unserer Überlegungen vielleicht einfühlbarer sein.

Stekel, der die Amputophilie nicht zum Fetischismus zählt, erklärt das Verhalten von Männern, die Frauen suchen, welche eine Krücke tragen oder ein Bein amputiert haben, damit, daß „die meisten dieser Fälle (...) außer der bekannten naheliegenden infantilen Wurzel (Erinnerung an ein Sexualobjekt der Jugend) noch eine andere Motivierung haben. Diesen entstellten Frauen gegenüber empfindet man Mitleid. Sie werden nicht als vollwertig genommen. Sie sind vom Schicksal gezeichnet und schon entwertet. (...) Das Persönlichkeitsgefühl des Mannes, das bei der sexuellen Werbung und Eroberung eine so große Rolle spielt, kommt diesen Krüppeln gegenüber eher zur Geltung. Solchen halben Frauen gegenüber kann sich der Mann eben als ganzer Mann fühlen.“ (Stekel 1923: 16) Nach Stekel trete bei allen Fällen der Amputophilie die aktive Sexualität des Mannes in den Hintergrund. Aus diesem Grund spricht Stekel im Zusammenhang mit der passiven Amputophilie von einem maskierten Sadismus. Bereits Stekel ging davon aus, daß sich meist biographisch, wie auch bei unserem Patienten, eine Urszene der Fixierung feststellen läßt. Erinnert sei hier nochmals an die beiden körperlich behinderten Bezugspersonen des Patienten. Der Wunsch unseres Patienten, selbst amputiert zu sein, enthält eine stark masochistische Komponente.

Autoaggressive Handlungen, Selbstverstümmelungen und Suizidalität sind bei Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen verstärkt zu beobachten, jedoch mit dem Impetus, dem erstrebten Geschlecht möglichst perfekt zu entsprechen. Eicher (1992) berichtet beispielsweise von einem Anteil von 40 % der Frau-zu-Mann-Transsexuellen und einem Anteil von 60 % der Mann-zu-Frau-Transsexuellen, die ihre Brüste abschnüren, Hoden in die Leisten hochdrücken und den Penis wegdrücken. Zu Selbstverstümmelungen an Hodensack oder Penis kam es in einer Untersuchung von Eicher bei 6 % der Mann-zu-Frau-Transsexuellen. Auch Fälle vollständiger Selbstkastration wurden beobachtet. Die Suizidalität lag in seinem Patientengut bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen bei 15 %. Bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen waren in 2 % Mutilationsspuren zu finden in Form von Schnittnarben an den Brüsten. Die Suizidalität lag bei 10 %.

Zur Suizidalität bei Amputophilie liegen keine Evaluationsstudien vor. Daher muß bei diesem selten diagnostizierten Krankheitsbild, wie bei anderen autoaggressiven Handlungen, in jedem einzelnen Fall eine Gefährdung in dieser Richtung abgeklärt werden.

Literatur

- Die Sitten der Völker. Band Nr. 1 (Ohne Erscheinungsjahr, etwa um die Jahrhundertwende): Stuttgart, Berlin, Leipzig: Union Deutsche Verlagsgesellschaft.
Eicher, W. (1992): Transsexualismus. Stuttgart: Fischer.
Green, R. (1968): Childhood cross-gender identification. *J Nerv Ment Dis* 147: 500-9.

- Hilsenrath, E. (1996): *Der Nazi und der Friseur*. 5. Aufl. München: Piper.
- Hirschfeld, M. (1994): *Geschlechtsverirrungen*. 13. Aufl. Flensburg: Carl Stephenson Verlag.
- IFIS (Institut für interdisziplinäre Sexualforschung in Hamburg): *Bericht über das Forschungsvorhaben Amputophilie / Amelotatismus unter Einbeziehung einer Kritik der Klassifizierung der Modelle des Triebes und der Perversion*. Ohne Erscheinungsjahr.
- Krafft-Ebing, R. v. (1918): *Psychopathia Sexualis mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung. Eine medizinisch-gerichtliche Studie für Ärzte und Juristen*. 15. Aufl., hrsgg. von A. Fuchs. Stuttgart: Enke.
- Miller, H. (1995): *Wendekreis des Krebses*. Hamburg: Rowoldt.
- Money, J. W. (1989): Introduction. In: Riddle, G. C. (1989).
- Riddle, G. C. (1989): *Amputees & Devotees*. Ashley Falls: The Bramble Company.
- Stekel, W. (1923): *Der Fetischismus. Störungen des Trieb- und Affektlebens. (Die parapathischen Erkrankungen)*. Bd. 7. Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Wecker, K. (1994): *Schon Schweigen ist Betrug: Die kompletten Liedtexte*. Heidelberg: Palmyra.

Anschrift der Autoren

Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Moesler und Sandra Poppek, Psychiatrische Universitätsklinik mit Poliklinik, Schwabachanlage 6-10, 91054 Erlangen
Dipl.-Psych. Dr. phil. Andreas Rose, Rudolf-Breitscheid-Straße 39, 90762 Fürth
Dr. med. Ulrike Brandenburg, Klinik für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52057 Aachen

Nachuntersuchungen von kastrierten Sexualstraftätern

Follow Up Care of Castrated Sex Offenders

Vorbemerkung der Redaktion (K. Loewit)

Dem besseren Verständnis der folgenden Gegendarstellung von N. Heim und ihrer Erwiderung durch R. Wille und K.M. Beier sollen folgende Hinweise dienen:

Die operative Entfernung der Hoden mit ihren vielfältigen Folgen berührt eine für jedermann heikle Thematik; in Deutschland kommt noch die kollektive Traumatisierung durch die von 1934 bis 1945 in großem Umfang praktizierte Zwangskastration von Sexualstraftätern gemäß § 42 k RStGB hinzu. Den Anstoß zu der von Heim kritisierten Kastrationsstudie gab eine Kritik des Frankfurter Sexualwissenschaftlers Volkmar Sigusch, der mit der ihm eigenen Sprache und Vehemenz 1978 das „schandbare Niveau der Kastrationsforschung“ beklagte. Es empfiehlt sich schon, die entsprechenden Passagen in der Zeitschrift „Sexualmedizin“ nachzulesen; hier nur Stichworte seiner Methodenkritik: „Keine katamnestic Studien (...) heterogene Stichproben (...) die Lehre von der Statistik wie Phrasenlehre behandelt (...) es wurde gemogelt (...) unterschlagen, fahrlässig behauptet, nicht nachgedacht“ (vgl. Sigusch in Sexualmedizin 1978, 7: 984-993).

Wille hat mehr als 7 Jahre und die Unterstützung mehrerer Doktoranden benötigt, um unter Vermeidung dieser Methodenfehler sämtliche Antragsteller (N = 104) zweier Kastrationsausschüsse zu erfassen; er hat mehrfach Zwischenergebnisse publiziert. Beier hat die empirische Untersuchung komplettiert, so daß beide 1989 eine repräsentative (Responsequote nahezu 94%) und insbesondere kontrollierte (53 nicht-operierte Antragsteller) Studie mit fundierten Aussagen zur Sozial- und Legalbewährung nach fast 10jähriger „wahrer Katamnesezeit“ vorlegen konnten, die etwa 20% aller zwischen 1970 und 1980 kastrierten Sexualdelinquenten in der BRD umfaßt (vgl. Wille und Beier 1989 in den *Annals of Sex Research* 2:103-133; sowie 1997 in der *Sexuologie* 1:1-26).

Vordergründig geht es bei den folgenden kontroversen Beiträgen um wissenschaftliche Methodik. Ließe sich aber über diese Frage Einigkeit erzielen, dann könnten – ‘sine ira et studio’ soweit möglich - offen und vorurteilsfrei die Ergebnisse erörtert werden. In einem Merkmal decken sich nahezu die ansonsten differenten Untersuchungsergebnisse: Für Heim gehen von den männlichen Sexualhormonen nur „kapriziöse Effekte“ aus; Wille und Beier haben exemplarisch vier Kastrierte mit erloschener und vier mit erhaltener Sexualität auf ihren Androgenstatus untersucht. Es ergab sich kein Zusammenhang zwischen Hormonspiegeln und sexuellen Aktivitäten. Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen über die postoperative Sexualität bei Männern, die wegen eines Prostata-Carcinoms orchiectomiert wurden, jährlich immerhin mehrere hundert Patienten. Sie machen ebenso deutlich, daß sich die Auswirkungen der Kastration auf die Sexualität nicht monokausal aus dem Abfall der Androgene erklären lassen, sondern – wie in der Sexualmedizin üblich – ein bio-psycho-soziales Verständnis von Sexualität zu Grunde gelegt werden muß. Im Gegensatz zu Heim bestätigt die in der *Sexuologie* 1997 publizierte

Kieler Arbeit die große kriminalprophylaktische Effektivität der Kastration bei Sexualstraftätern: Die postoperative Rückfallquote (Anteil der Rückfalltäter am Gesamtkollektiv) der Sexualstraftäter lag bei den kastrierten Probanden bis maximal 3%, verglichen mit 46% bei den nicht-kastrierten Antragstellern; darüber hinaus zeigten die kastrierten Sexualstraftäter auch eine deutlich bessere soziale Adaption, abzulesen unter anderem an der Verminderung auch der nicht-sexuellen Delinquenz.

1997 erreichte die Redaktion der Zeitschrift *Sexuologie* die folgende Gegendarstellung von Priv.-Doz. Dr. Nikolaus Heim (Berlin) mit der Bitte um Abdruck. Sie wird im folgenden ungekürzt wiedergegeben:

Im o. a. Artikel wird u. a. auf die „methodische Fragwürdigkeit“ meiner Studie (1980) hingewiesen und darüber hinaus in, wie ich finde, unredlicher Weise meine kognitive Erinnerungsfähigkeit und wissenschaftliche Seriosität in Frage gestellt. Diese mehrfache Entwertung findet sich bereits auch in dem Beitrag „Castration in Germany“ des genannten Autorengespans (*Annals of Sex Research* 1989, 2, 103–133). Obwohl ich seit Jahren mit diesem Forschungsfeld nichts mehr zu tun habe, möchte ich folgendes klarstellen:

Die Zweifel, die hartnäckig von dem Autorenpaar an meiner Datenanalyse gesät werden, machen dessen Ausführungen keineswegs richtiger. Aus meiner Sicht wäre eine angemessene Rezeption der Autoren gewesen, wenn sie erwähnt hätten, daß meine Ergebnisse zur Legalbewährung 1. auf der Analyse von Führungszeugnissen beruhen und 2. auf der – in der Kriminologie üblichen – Fragebogenmethode selbstberichteter Delinquenz (vgl. S. 52 und S. 163 ff. meines Buches, insbesondere Tab. 51 hinsichtlich der Rückfälligen). Die Kombination unterschiedlicher Verfahren ist weder sozialwissenschaftlich noch methodisch fragwürdig und in diesem Falle auch von der Fragestellung her opportun. Maßstab hierfür kann jedenfalls nicht das empirizistische Erkenntnisinteresse der *Sexuologie* sein, wie es die Autoren in ihrer Vergleichsstudie praktizieren.

Die Verfasser orientieren sich offensichtlich an dem – wissenschaftshistorisch gesehen – trivialen Prinzip, fremde empirische Ergebnisse, die nicht in das eigene Paradigma bzw. in die subjektive Vorurteilsstruktur passen, zu eliminieren, statt diese durch innovative Interpretationsleistung in die bestehenden Wissensbestände zu integrieren. Da die Autoren sexualpolitisch und messerscharf schließen, daß hinsichtlich der von mir belegten, allzu hohen Rückfallquote kastrierter Sexualstraftäter nicht sein kann, was nicht sein darf, sind hierzu noch einige beweisfähige Hinweise erforderlich.

Datenanalysen, gerade sog. „hard facts“, stehen immer in einem sozialen Kontext. In dem den Autoren sicherlich bekannten, wenn auch nicht erwähnten Tagungsbericht „Maßnahmen zur Behandlung von Sexualtätern. überregionale Fortbildungstagung des Justizministeriums Baden-Württemberg, 12. – 16. September 1977“ (hg. vom Justizministerium Bad.-Württ.) habe ich u. a. die vom damaligen Ärztlichen Direktor des Vollzugskrankenhauses Hohenasperg, Herrn Dr. med. Gerhard Mauch, angeforderten und mir freundlicherweise überlassenen Führungszeugnisse kastrierter Sexualstraftäter analysiert. Von diesem unwidersprochen, weil als objektiv richtig anerkannt, konnte ich zum damaligen Stand meiner Erhebungen im o. a. Tagungsbericht publizieren: „Wegen sexueller Delikte rezidierten also 4 Kastraten. Da nur in 40 Fällen Erhebungen über die Rückfälligkeit aufgrund der Führungszeugnisse angestellt werden konnten, ergibt sich, bezogen auf diese Zahl, Rückfallquote von 10 v. H.“ (S. 107). Nichts anderes nimmt im entsprechen-

den Kapitel meiner Dissertationsschrift (1980, S. 163 ff.) seinen Ausgangspunkt für die weitere Datenanalyse bzw. Berechnung.

Bezüglich dieser von mir aufgezeigten Rückfallquote von 10 v. H. handelt es sich also um eine verifizierte, externer Kontrolle untergezogene Tatsache. Sofern dem Autorenpaar offenbar vorschwebt, in der Kastrationsforschung hinsichtlich der Rückfälligkeit eine Art „Eurokriterium“ einzuführen, läßt sich einem solchen sexualideologischen Anliegen empirisch fundiert widersprechen. Wie der Seniorautor in den von ihm so bezeichneten „Gesprächen“ mit mir – die sich im nachhinein als anmaßende Kontrolleurstätigkeit entlarven – einen anderen Eindruck gewinnen konnte, muß sein Geheimnis bleiben. Es wäre billig, zurückzufragen, wer kontrolliert eigentlich die Kontrolleure in diesem Forschungsfeld?“

Anschrift: PD Dr. phil. Nicolaus Heim, Fachbereich Humanmedizin, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Institut für Soziale Medizin und Medizinische Psychologie, Thielallee 47, 14195 Berlin

Erwiderung auf die Gendarstellung von Nikolaus Heim

R. Wille, K.M. Beier

Liest man in der 1980 als Monographie veröffentlichten Promotionsarbeit von N. Heim nach, so hält der Autor dort die Ergebnisse anderer Untersucher - in erster Linie die der Mediziner Stürup (DK), Cornu (CH) und Langelüddeke (D) - für „äußerst fragwürdig“, ja sogar für „wertlos“, „so lange nicht evident gemacht werden kann, daß diese (gemeint ist die postkastrative, d. Autoren) Abschwächung von Libido und Potenz“ schneller als beim normalen Alterungsprozeß vonstatten geht (1980: 35, 36), ein Einwand, der vielleicht bei den älteren kastrierten Sexualdelinquenten eine gewisse Plausibilität besitzen mag, kaum aber bei den zwei Dritteln der bis 45 Jahre alten Kastrierten.

Wer fremdkritisch bei bestenfalls mäßiger Begründung derartige Urteilsprädikate für angemessen erachtet, wird eine Kritik seiner eigenen Arbeit als „methodisch fragwürdig“ eher als milde ansehen dürfen, zumal es mehrere Aspekte sind, die Anlaß zu dieser Bewertung geben. Nachfolgend soll die Untersuchung von Heim, die den meisten Lesern nicht bekannt sein dürfte, nochmals kurz skizziert werden.

1. Studiendesign

Heims Studie ist eine kombinierte Fragebogen- und Interviewuntersuchung bei einem heterogenen Ausgangs-Sample von insgesamt 142 Probanden mit einem Drittel stark intelligenzgeminderter (schwachsinniger) Untersuchungspersonen. Entsprechend groß sind die Response-Ausfälle:

Sowohl bei dem einen Sub-Sample, insgesamt 46 Patienten vom Vollzugs Krankenhaus Hohenasperg (von denen letztlich 19 den Fragebogen in verwertbarer Vollständigkeit beantworteten) als auch bei dem anderen Sub-Sample, den 96 bundesweit erhaltenen Entlassungsadressen von kastrierten Sexualdelinquenten (von 62 Angeschriebenen antworteten 39; 30 davon waren bereit zum Interview, das mit 16, davon 13 voll verwertbar,

durchgeführt wurde), waren die Non-responder-Quoten so groß, daß beide Sampels nicht als repräsentativ angesehen werden können. Hinzu kommt, daß nach der Selbsteinschätzung von Heim der Rückfälligkeit „im empirischen Teil keine zentrale Bedeutung“ zuzumessen sei (Heim 1980: 49). Zu Recht ordnet der Autor seine Untersuchung daher als „deskriptiv orientierte Erkundungsstudie“ (ebd.: 53) ein, die somit keine Veri- oder Falsifizierungen erlaubt, sondern wie die Herausgeber der Arbeit schreiben, zu „weiteren Untersuchungen“ anregen soll (ebd.: Herausgeber-Vorwort). Schaffstein und Schüler-Springorum, beide Professoren für Strafrecht und Kriminologie, verweisen gleichfalls auf die kleine Zahl der Untersuchungspersonen und fügen feinsinnig den Zweifel hinzu, ob die vom Autor offensichtlich favorisierten „psychotherapeutischen Methoden“ von Sexualdelinquenten denn „schon erprobt genug sind“ (ebd.).

2. Auswertung

Unorthodox und im Ergebnis verblüffend scheint Heims methodischer Umgang mit den „kastrierten Ersttättern“: Aus 6 Rückfälligen von 60 kastrierten Sexualdelinquenten resultieren bei ihm nicht 10% Rezidive sondern 11%. Im Original liest sich das folgendermaßen: „Insgesamt lagen also Daten von 60 Kastraten vor. Schließt man Ersttäter (6 Upn) aus, da bei ihnen das Rückfallrisiko für Sexualdelikte ohnehin sehr klein ist (vgl. Stürup, 1977, S. 44), so zeigt sich, bezogen auf diese Restgröße (N = 54), daß sechs Kastraten (11%) auf sexuellem Gebiete rückfällig wurden. Auf sexuellem Gebiet sind 6 von 54 Kastraten (11%) rückfällig geworden, gegenüber Langelüddeke (1963) ist die Zahl der sexuell Rückfälligen damit signifikant größer. Ob angesichts dieser hohen Rückfallquote im Bereich sexueller Kriminalität von einem großen ‘kriminall-biologischem’ Erfolg der Kastration gesprochen werden kann, ist zu bezweifeln“. (Heim 1980: 164, 167f.)

3. Schlußfolgerung

Bedenkt man diese Rechenakrobatik, dann ruft Heims Behauptung aus seiner Gegendarstellung einer „von mir aufgezeigten Rückfallquote von 10%“, bei der es sich obendrein noch „um eine verifizierte, externer Kontrolle unterzogene Tatsache“ (vgl. seine Gegendarstellung, s.o.) handeln solle, – Verwunderung hervor, vor allem, wenn noch die erwähnten Responsequoten mitgedacht werden. Diese hätten bei einer „deskriptiv orientierten Erkundungsstudie“ zur interpretativen Zurückhaltung mahnen sollen. Doch ungeachtet dessen spricht Heim davon, daß die Rückfallquote gegenüber Langelüddeke „signifikant größer“ sei (s. o.). Dies vor folgendem Hintergrund: Langelüddeke hat alle 24 Rückfalltäter - wenn auch kurz - kasuistisch dargestellt; Heim bringt hingegen von seinen 6 Rückfällen nur einen, den Fall 13 (vgl. Heim 1980: 125, 149, 155, 157, 177), bei dem 1 Jahr postkastrativ ein Rückfall eintrat. Dieser Homosexuelle war erstaunt über das Ausbleiben des erwarteten Libido- und Potenzverlustes und versicherte sich noch 12 Monate seiner erhaltenen Sexualität durch Onanie, bis er nach dem Rückfall (leider bei Heim keine Details über Tatverhalten und Strafhöhe) durch Antiandrogene sexuell ‘inaktiviert’ wurde und danach berichtete, daß „ein ganz anderes Lebensbild in Erscheinung getreten“ sei: „Eine normale Lebensführung, wie es sein soll und wie’s schon jahrelang hätte sein sollen“ (zit.n. ebd.: 149). Dem Alter nach dürfte dieser Patient vor dem 1.9.1969 (ab dann Strafflosigkeit homosexueller Handlungen mit Partnern über 21 Jahren) und vor Inkrafttreten des Kastrationsgesetzes rückfällig geworden sein.

Die fünf fehlenden Kasuistiken war auch der Grund für die beiden schriftlichen Anfragen und für das Gespräch des Senior-Autors in Berlin, bei dem Herr Heim sich an keinen der von ihm berichteten Rückfälle erinnern konnte. Die schriftlichen Unterlagen seien auf dem Umzug von Konstanz nach Berlin verlorengegangen. Dies ist nun besonders mißlich, weil gerade die Rückfälligkeit nachträglich ein wichtiger Baustein bei der versuchten Widerlegung der bis dahin herrschenden Meinung von der kriminalpräventiven Effizienz der Kastration war, sowohl bei den meisten Vor-Autoren als auch insbesondere bei Langelüddeke.

4. Einordnung der Befunde

Keineswegs ist die von Heim publizierte Rückfallquote von 10 oder 11% eine „allzu hohe“. Hackfield (vgl. Langelüddeke 1963: 108) fand in seiner Schweizer Studie 12% (3 von 25), Kolle (1934) 9,7% bei 3 von 31 und auch Mauch (1971: 70) kam mit 3 Rückfälligen bei 30 Sexualdelinquenten auf eine 10%ige Rückfallquote. Keiner dieser Autoren hat jedoch seine – unrepräsentativen – Resultate verallgemeinert und damit gegen die durchschnittliche Rückfallquote aus mehreren Meta-Analysen mit um ein Vielfaches höheren Kastrationsfällen argumentiert. Falls die 1971 erwähnten 3 Rückfälle in dem von G. und R. Mauch an Heim überlassenen Material enthalten sein sollten – leider fehlt eine Mitteilung zum Zeitpunkt der Auskunftserteilung für die Strafregisterauszüge –, dann wäre es denkbar, daß zwischen 1971 und 1976 nur ein kastrierter Sexualdelinquent hinzugekommen ist. Während in dem Referat der Fortbildungstagung von Eppingen (12.-16.9.1977) bei Heim noch methodenkritische Vorbehalte zu finden sind – „Es ist festzuhalten, daß Schlußfolgerungen aus den berichteten Ergebnissen auf die 20 Upn dieser Stichprobe beschränkt bleiben müssen. Geht man nämlich dem Problem der Antwortverweigerung nach, so gibt es klare Hinweise darauf, daß sich Antwortende und Nicht-Antwortende (Upn) deutlich voneinander unterscheiden“ (Heim 1977: 108) – fehlt diese (angebrachte) Selbstbeschränkung in der Monographie völlig.

Seinem Korreferenten und Kollegen G. Streitberg genügte offensichtlich dieser damals von Heim gemachte Vorbehalt nicht, so daß er sich deutlich von dessen Beurteilung distanzierte: „Selbst wenn man kein ausgesprochener Anhänger der Kastration ist, wird man die Methode vielfach als Ultimo ratio anerkennen und letztlich zu einer etwas anderen Beurteilung kommen müssen als mein Korreferent, indem man sie an der Alternative einer lebenslangen Haft (Sicherungsverwahrung, Einweisung in Heil- und Pflegeanstalt) mißt. Abgesehen von der relativ kleinen (zu kleinen?) Stichprobe, aus der mein Vorredner seine Aussagen ableitet, was notwendigerweise die Frage der Allgemeingültigkeit aufwirft, meine ich, daß die erhobenen Befunde nicht den Schluß rechtfertigen, zu dem der Untersucher kommt, nämlich daß die Kastration ein ‘malum in se’ sei“. (Streitberg 1977: 111) In seinem Schlußbericht zu dieser Tagung des Justizministeriums Baden-Württemberg erwähnt Petri (vgl. 1977, 209) zum Unterthema Kastration weder den Autor Heim, noch dessen Ergebnisse und Schlußfolgerungen.

Erörterungswert ist somit nicht – wie Heim 1997 in seiner Gegendarstellung schreibt – die „allzu hohe Rückfallquote“ von 10 oder 11%, sondern das unkritische Überschreiten der 1977 noch selbstkritisch anerkannten interpretativen Grenzen. Methodisch fragwürdig ist auch nicht die Kombination von Interview und Führungszeugnissen und schriftlicher Befragung per Fragebogen, obwohl letztere wegen der Intelligenzminderung der

Untersuchungspersonen nicht gerade opportun sein dürfte. Generell ist auch die Einstellung, die Kastration als inhumane Barbarei abzulehnen, weder 1977 noch 1980 und auch heute in der Bundesrepublik und weltweit keineswegs unseriös oder gar ehrenrührig. Im Gegenteil, auch wir teilen die Auffassung, daß die Kastration ein einschneidender und kein therapeutischer Eingriff ist, der fatal an mittelalterliche Körperstrafen erinnert. Doch nicht Überzeugungen und Meinungen sind Kriterien für Wissenschaftlichkeit, sondern methodisch anerkanntes Bemühen um Wirklichkeit und um Annäherung an die Wahrheit. Und diesbezüglich sprechen die Daten für den bislang anderweitig nicht erreichten kriminalpräventiven Effekt der Kastration.

5. Auswirkungen der Untersuchung von Heim

Die Studie von Heim mit der berichteten Rückfallquote von 11 % wird regelmäßig von Autoren zitiert, denen es darum geht, die Ineffektivität der Kastration zu 'belegen'. Beispielhaft dafür steht die jüngste Buchveröffentlichung von Sigusch (1996). Als rigider Methodenkritiker aller Studien, die eine geringe Rückfallquote nahelegen (vgl. Sigusch 1978) und als jemand, der weit mehr als Heim mit großer Freizügigkeit abwertende Beschreibungen wissenschaftlicher Bemühungen anderer gibt, sieht Sigusch keinen Anlaß dafür, die Studien, deren Ergebnisse seinen Vorstellungen weitaus mehr entsprechen, ebenfalls einer methodenkritischen Betrachtung zu unterziehen. Mehrere der von ihm oben aufgezählten Methodenfehler finden sich bei Heim, offenbar aber nicht erkennbar für Sigusch, der ja im übrigen vor bewußt verfälschenden Darstellungen bis hin zu Textmontagen (vgl. Sigusch 1996: 302) nicht zurückschreckt, um den Eindruck zu erwecken, daß in Deutschland „wieder Loblieder“ (Sigusch 1996: Vorwort) auf die Kastration gesungen werden. Allerdings wird man Sigusch zugute halten müssen, daß er über die Behandlung von Sexualstraftätern einschließlich der von ihm stets favorisierten Psychotherapie aus eigener Anschauung kaum etwas wissen kann. Es ist nur allzu klar, daß sich dann schnell gravierende Fehleinschätzungen ergeben können, die eben mehr auf Bekennnissen als auf Erkenntnissen beruhen, - 'gewonnen' fernab jeder praktischen Erfahrung (vgl. hierzu das Selbstbekenntnis zum 'Ausstieg' aus der sexualmedizinischen Praxis; in Sigusch 1992: 126).

Heute äußern sich in den Medien völlig undifferenzierte, an die unselige Zeit des „Dutzendjährigen Reiches“ anknüpfende Kastrationsfanatiker („Kopf und andere Körperteile ab“), oder aber bekennende Kastrationsgegner, wie der zumeist hervorragend informierte und daher allgemein respektierte Gerhard Mauz, dem gerade bei dieser Thematik auf wenigen Zeilen mehrere Informationsfehler unterlaufen sind, die bei vorurteilsfreier Einarbeitung in die Materie vermeidbar gewesen wären. Er schreibt: „(...) Kastration ist wieder im Gespräch, sogar die operative. Die wenigen Anhänger, die sie hat, operieren mit Zahlen aus der NS-Zeit, in der man etwa Homosexuelle kastrierte“ (Mauz 1996: 35).

Richtig dagegen ist: Medikamentöse Kastration wird seit gut 2 Jahrzehnten bundesweit praktiziert; die operative hingegen ist mit 6 Fällen pro Jahr schon seit geraumer Zeit nicht mehr ernsthaft „im Gespräch“. Nicht nur die Untersuchungen von Heim, sondern auch unsere Studie beruhen auf bundesdeutschen Zahlen. Im NS-Kastrationsgesetz (§ 42k RStGB) waren – im Gegensatz zum bundesdeutschen Kastrationsgesetz von 1970 – die Homosexuellen gerade ausgespart.

6. Abschließende Beurteilung der Gegendarstellung von Heim

Vor diesem Hintergrund gewinnt noch einmal an Gewicht, auf welcher methodisch anfechtbarer Basis Heim seine Studienergebnisse erlangt und interpretiert hat, insbesondere der Sachverhalt, daß die von ihm angegebene 10 oder gar 11% Rückfallquote eben gerade nicht eine „verifizierte, externer Kontrolle unterzogene Tatsache“ ist, sondern daß es sich um eine nach Wissenschaftskriterien nicht belegte Behauptung handelt.

In der Forschung erregt in jüngster Zeit das neue Phänomen des ‘wissenschaftlichen Fehlverhaltens’ Aufmerksamkeit. Dazu ist sicher nicht ein einseitiges Überengagement eines jungen Nachwuchsforschers zu zählen, obwohl es für Heim in dem zurückliegenden Zeitraum mehr als ein Warnsignal gab (Streitberg, Petri, Schaffstein und Schüler-Springorum). Unverständlich erscheint jedoch die pikante rechthaberische Reaktion von Heim gegenüber unserer Kritik an seiner Untersuchung. Wissenschaft ist stets nur der jeweilige Stand des Irrtums.

Wenn Heim in seiner Monographie nicht mit pejorativen Konnotationen wie „praktizierende[n] Kastratoren“ spart, von einer „Irreführung im Ornat der Wissenschaftlichkeit“ spricht, oder die „Geschichte der Kastration“ zur „Geschichte einer völlig awissenschaftlichen Fundierung ärztlichen Handelns“ reduziert (1980: 65, 191, 197), so kann das vielleicht noch als narzißtische Stil-Attitude eines Psychologen mit Aversionen gegen die Medizin stirnrundelnd durchgehen. Doch Formulierungen wie die im oben abgedruckten Leserbrief – „empirizistische Erkenntnisinteresse der Sexuologie“, „triviales Prinzip“, subjektive Vorurteilsstruktur“, „sexualideologisches Anliegen“, oder seine ‘Entlarvung’ einer „anmaßenden Kontrolleurtätigkeit“ – verweisen auf eine rigide Selbstgerechtigkeit und fordern zu einer deutlichen Stellungnahme heraus, und zwar nicht nur in deutschen Fachzeitschriften, in denen er zustimmend und ausführlich zitiert wird (vgl. Füllgrabe 1996: 773), sondern auch in US-amerikanischen Fachzeitschriften, in denen Heim publiziert hat.

Wir könnten mit seinen Worten replizieren und ihn um „angemessene Rezeption“ unserer Forschungsergebnisse bitten. Sigusch schließt 1978 seine Philippika über die Kastrationsstudien mit den Worten: „Lehrstücke über die Qualität jener medizinischen Untersuchungen, die sich wissenschaftlich nennen und die wir vollständig verwerfen könnten, wenn es genügend bessere gäbe“ (Sigusch 1978: 984). Wir dürfen Sigusch fragen, ob er nunmehr die Arbeit von Heim verwerfen will oder es nicht kann, weil dessen Ergebnisse nur zu gut in sein Weltbild passen.

Literatur

- Füllgrabe, U. (1996): Pädophile Sexualtäter. Kriminalistik 12.
 Heim, N. (1977): Vollzugsrankenhaus Hohenasperg: Kastration bei Sexualstraf Tätern – Ergebnisse einer Erkundungsstudie. In: Justizministerium Bad.-Württ. Maßnahmen zur Behandlung von Sexualstraf Tätern. Tagungsbericht. Stuttgart: 97-110.
 Heim, N. (1980): Die Kastration und ihre Folgen bei Sexualstraf Tätern. Göttingen: Schwartz.
 Kollé, K. (1934): Sexualpathologie: Kastration. Fortschr Neurol Psychiatr 6: 223-242.
 Langelüddeke, A. (1963): Die Entmannung von Sittlichkeitsverbrechern, Berlin: de Gruyter.
 Mauch, G.; Mauch R. (1971): Sozialtherapie und die sozialtherapeutische Anstalt. Stuttgart: Enke.
 Mauz, G. (1996): „Ich mache mir keinen Vorwurf“. Der Spiegel 40: 34-37.
 Petri, H. (1977): Zusammenfassende Ergebnisse der Tagung. In: Justizministerium Bad.-Württ. Maßnahmen zur Behandlung von Sexualstraf Tätern. Tagungsbericht. Stuttgart, 209-217.

- Sigusch, V. (1978): Die Kastration des Mannes. *Sexualmedizin* 1978, 7: 984-993.
- Sigusch, V. (1980): *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Sigusch, V. (1992): *Geschlechtswechsel*. Hamburg: Klein Verlag.
- Sigusch, V. (1996): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Streitberg, G. (1977): Behandlung von Sexualstraftätern durch Kastration. In: Justizministerium Bad.-Württ. Maßnahmen zur Behandlung von Sexualstraftätern. Tagungsbericht. Stuttgart, 111-115.
- Wille, R.; Beier, K.M. (1989): Castration in Germany. *Ann. Sex Res.* 2: 103-133.
- Wille, R.; Beier, K.M. (1997): Nachuntersuchungen von kastrierten Sexualstraftätern. *Sexuologie* 1: 1-26.

Anschrift der Autoren

Prof. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Wille, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel;
Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Medizinischen Fakultät (Charité), Humboldt-Universität zu Berlin, Tucholskystraße 2, D-10117 Berlin

Veranstaltungskalender

2nd East-West Conference: „Child Sexual Abuse and Sexual Violence & Posttraumatic Stress Syndrome“. Prague, 21-24 April 1999. Information: K+A Conference Service, East-West Conference, Susická 21, 166 35 Praha, Czech Republic, Tel: +420-2-24 90 45 68, Fax: +420-2-24 34 31 19, Email: eastwest@bsdi.infima.cz, Website: <http://www.infima.cs/eastwest>.

Eighth Annual Meeting of the International Association for Forensic Psychotherapy. Call for Papers: „Forensic Psychotherapy and the Public Sphere“. Sheffield, UK, 7-9 May 1999. Information: Jane Allen-Brown, Centre for Psychotherapeutic Studies, 16 Claremont Crescent, Sheffield, South Yorkshire S10 2TA, UK, Tel: 0114 222 2973, Fax: 0114 270 0619, Email: j.allen-brown@sheffield.ac.uk.

7. Deutscher AIDS-Kongreß. Essen, 2.-6. Juni 1999. Information: Organisationskomitee, Dermatologische Klinik der Ruhr-Universität Bochum – AIDS'99 – Gudrunstraße 56, D-44791 Bochum, Tel: +49 234 509-3440/-3471, Fax: +49 234 509-3445, Email an Dr. K. Hoffmann: k.hoffmann@derma.de.

25th Anniversary Meeting of the International Academy of Sex Research. Stony Brook, New York, USA, 23-26 Juni 1999. Information: Kenneth J. Zucker, IASR Secretary/Treasurer Child and Family Studies Centre, Clarke Institute of Psychiatry, 250 College St., Toronto, Ontario M5T 1R8, Canada, Tel: 416-979-4747, ext. 2271, Fax: 416-979-4668, Email: zuckerk@cs.clarke-inst.on.ca.

XVI International Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, London, UK, 17-22 August 1999. Information: Bean Robinson, Executive Director, HBGDA, 1300 S. 2nd St. Ste. 180, Minneapolis, MN, USA, Tel: 1-612-625-1500, Fax: 1-612-626 8311, Email: robin009@gold.tc.umn.edu,

14th World Congress of Sexology, Hong Kong, China, 23-27 August 1999. Information: Emil Ng, President of the 14th World Congress of Sexology, c/o Hong Kong Sex Ed. Assoc., PO Box 50419, Sai Ying Pun, Hong Kong, Tel: 852-819-2486, Fax: 852-2855-1345, Email: hr-mcnml@hkucc.hku.hk.

Buchbesprechung

S. Zettl, J. Hartlapp: Sexualstörungen durch Krankheit und Therapie. Ein Kompendium für die ärztliche Praxis. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1997, 189 Seiten, Preis: DM 68,-.

Aus sexualmedizinischer Sicht besteht nach wie vor ein schwerwiegendes Defizit an selbstverständlicher Mit-Berücksichtigung der menschlichen Geschlechtlichkeit und genitalen Sexualität innerhalb der Medizin. Es betrifft den Stellenwert der Sexualität für die je individuelle Lebensqualität im allgemeinen, sowie die subjektive Bedeutung konkreter Probleme, welche sich sowohl aus unmittelbaren wie aus sekundären sexuellen Funktionsstörungen ergeben können. Dieses Defizit scheint – allgemein gesprochen – im klinischen Bereich noch weiter verbreitet als bei niedergelassenen Ärzten. Umso erfreulicher ist es, wenn gerade aus der Erfahrung zweier klinischer Zentren (Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung und Heidelberger Seminar für Psychosoziale Onkologie, Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg; Klinik für Onkologie, Hämatologie und Immunologie Städtische Kliniken Osnabrück) ein Buch mit dem Anliegen entstanden ist, diesem Defizit abzuhelpfen. Dabei hat die Zusammenarbeit eines Diplompsychologen und -biologen sowie eines Onkologen einen umfassenden biopsychosozialen Zugang zur Thematik ermöglicht, der sich deutlich von (immer noch gängigen) „Entweder-Oder“-Positionen unterscheidet: „Häufig handelt es sich jedoch um ein multifaktorielles Problem, bei dem Organogenese und Psychogenese in einem Ursachenbündel ineinandergreifen und miteinander verwoben sind“ (S23). Wenn der Rezensent auch statt „häufig“ lieber „praktisch immer“ sagen möchte, so wird doch ein zukunftsweisendes Gesamtverständnis angeregt und auch dem „Organomediziner“ plausibel vermittelt. Dementsprechend breit wird die Bedeutung der Sexualität gesehen, wengleich ihre kommunikative Dimension noch konkreter bewußt gemacht werden könnte. Mit der Empfehlung, „den Partner so früh wie möglich in die Beratungsgespräche mit einzubeziehen, wenn der Patient dem zustimmt“

(S96) wird ein zentrales sexualmedizinisches Postulat vertreten. Das Buch befasst sich schwerpunktmäßig mit denjenigen Störungen der Sexualität, die als Folge anderer Grunderkrankungen bzw. deren Therapie auftreten und insgesamt weniger Aufmerksamkeit erhalten. Damit schließt es eine echte Lücke. Zu recht versteht es sich als „Kompendium für die ärztliche Praxis“ und wird diesem Anspruch bei aller fallweise notwendigen Kürze auch gerecht. Es bemüht sich in m.W. bisher einmaliger Vollständigkeit um die Darstellung relevanter Zusammenhänge zwischen Onkologie und Sexualität und ist thematisch umfassend angelegt: ein weiter Bogen spannt sich von den Grundlagen der Sexualität und dem ärztlichen Gespräch über Sexuelles zu den Erscheinungsformen sexueller Funktionsstörungen bei Frau und Mann und zu den Auswirkungen von Kreislauf-, Stoffwechsel- und Krebserkrankungen bzw. ihrer Behandlung. Gerade die Ausführungen über die Karzinome des Urogenitaltraktes, jeweils gegliedert in eine allgemeine Übersicht und die entsprechenden Auswirkungen auf die Sexualität werden für nicht primär onkologisch tätige Kollegen sehr instruktiv und hilfreich sein. Dasselbe gilt für die Besprechung der Probleme von Stomatragern (Ileo-, Kolo- und Urostoma), jeweils aus der Praxis illustriert durch Aussagen Betroffener. Es folgen ausführliche Auflistungen von Nebenwirkungen durch verschiedenartigste Medikamente, Chemo- und Strahlentherapie. In all diesen Themen ist das Buch tatsächlich ein Nachschlagewerk. Ein weiterer Abschnitt befaßt sich mit Kontrazeption und Schwangerschaft bei Tumorerkrankungen einschließlich der Möglichkeiten von Sperma-Kryokonservierung und Methoden der künstlichen Befruchtung (ICSI, IVF). Es folgt ein sehr praxisbezogen gestaltetes Kapitel über Sexualberatung, welches zunächst allgemeine Fragen, etwa nach Wahl der Sprache, Rahmenbedingungen, Geschlecht des Therapeuten etc. anspricht, auf konkrete Kommunikationsprobleme und mögliche psychische Hintergründe eingeht, die Erhebung der Sexualanamnese skizziert und die Klassifizierung der Befunde nach ICD-10 und DSM-IV diskutiert. Die Ausführungen sind insgesamt darauf gerichtet, auch dem

Nicht-Spezialisten Mut zu machen, sich auf Sexual-Beratung einzulassen und zu erkennen, daß schon das diagnostische Gespräch Therapie ist. Es spricht für den umfassenden und praxisnahen Zugang, daß dieses Kapitel mit Überlegungen zum Umgang mit erotischen Empfindungen in der Arzt-Patient-Beziehung abgeschlossen wird: Introspektion (in die eigene momentane Lage), Konsultation (eines vertrauten Kollegen/in) und die Teilnahme an einer Balintgruppe werden als mögliche Hilfen in solchen Situationen angegeben. Ein eigenes Kapitel ist somatischen Behandlungsansätzen einschließlich chirurgischer und prothetischer Möglichkeiten, unter anderem zur Rekonstruktion der weiblichen Brust, gewidmet. Dabei wird gleichzeitig auf die Bedeutung psychosozialer und partnerschaftlicher Aspekte und ihrer Berücksichtigung schon im präoperativen Aufklärungsgespräch hingewiesen. Ausführlich wird eine hierzulande immer noch vergleichsweise wenig eingesetzte Erektionshilfe auf Vakuumbasis (Erec-Aid-System) erläutert, in ihrer praktischen Handhabung beschrieben und bebildert. Auch über die Schwellkörper-Autoinjektionstherapie (SKAT) informiert das Buch übersichtlich, ebenso über die als ultima ratio in Frage kommenden Penisprothesen. Schließlich werden exemplarisch noch psychotherapeutische Verfahren bei sexuellen Störungen sowie die Grundzüge der eigentlichen Sexualtherapie anhand von Fallvignetten dargestellt, für eine ausführlichere Darstellung aber auf die Literatur verwiesen. Allerdings ziehen sich sexualthera-

apeutische Prinzipien quasi als roter Faden durch das ganze Buch. Von der Konzeption her begrüßenswert und hilfreich sind Hinweise auf Selbsthilfegruppen, auf Möglichkeiten zur sexualmedizinischen Weiterbildung sowie die Angabe von Kontaktadressen. Leider wird hier ein sehr unvollständiger Eindruck vermittelt. Z. B. bleiben die Gesellschaft für praktische Sexualmedizin, die Akademie für Sexualmedizin, die Sexualberatungsstelle an der Universität Kiel, das Institut für Sexualwissenschaft/Sexualmedizin an der Charité in Berlin, die seit über 20 Jahren bestehenden jährlichen Heidelberger Fortbildungstage für Sexualmedizin und Psychosomatik bzw. ihre Nachfolge-Kongresse, das bereits 1995 veröffentlichte Weiterbildungscurriculum der Akademie und andere mehr unerwähnt – eine „Einäugigkeit“, die im Widerspruch zum sonstigen Bemühen des Buches um Vollständigkeit und Ausgewogenheit steht und sich sicherlich in einer Neuauflage korrigieren läßt.

Alles in allem liegt hier m.E. ein sehr gelungenes, auch vom Layout her ansprechendes und gut lesbares Buch vor. Es vermittelt ein im besten Sinn biopsychosoziales Verständnis von Sexualmedizin, informiert umfassend und hilfreich für die Praxis über den heutigen Wissensstand und sollte überall greifbar sein, wo es in der Medizin um eine ganzheitliche Begegnung mit dem Menschen in seiner Geschlechtlichkeit geht – und wo wäre das nicht der Fall?

K. Loewit (Innsbruck)

Sexuologie

Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

(Quelle: 131. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht III/98)

Tab. 1: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Kindern (<13 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30. 9. 98)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 96 -Sep. 97	Okt. 97 -Sep. 98	Gesamt
Hämophile	0 0,0%	0 0,0%	9 7,8%
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	0 0,0%	0 0,0%	13 11,3%
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	2 100%	3 100%	91 79,1%
Keine Angaben	0 0,0%	0 0,0%	2 1,7%
Gesamt	2 100%	3 100%	115 100%

Tab. 2: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30. 9. 98)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 96 -Sep. 97	Okt. 97 -Sep. 98	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	468 64,4%	202 58,0%	1154 74,0%
i. v. Drogenabhängige	86 11,8%	38 10,9%	1727 11,10%
Hämophile	14 1,9%	0 0,0%	533 3,4%
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	1 0,1%	1 0,3%	122 0,8%
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	34 4,7%	18 5,2%	463 3,0%

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 96 -Sep. 97	Okt. 97 -Sep. 98	Gesamt
Patienten aus Pattern-II-Ländern	36 5,0%	26 7,5%	237 1,5%
Keine Angaben	88 12,1%	63 18,1%	970 6,2%
Gesamt	727 100%	348 100%	15606 100%

Tab. 3: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30.9.98)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 96 -Sep. 97	Okt. 97 -Sep. 98	Gesamt
i. v. Drogenabhängige	55 33,5%	12 17,9%	919 46,4%
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	2 1,2%	1 1,5%	142 7,2%
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	52 31,76%	31 46,3%	594 30,0%
Patienten aus Pattern-II-Ländern	35 21,3%	18 26,9%	187 9,4%
Keine Angaben	20 12,2%	5 7,5%	139 7,0%
Gesamt	164 100%	67 100%	1981 100%

Tab. 4: HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Mehrfachmeldungen nach Infektionsrisiko, Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Einsendung der Seren (Stand: 30.9.98)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	Okt. 96 -Sep. 97	Okt. 97 -Sep. 98	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	911 18,6%	801 19,3%	13049 15,2%

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	Okt. 96 -Sep. 97	Okt. 97 -Sep. 98	Gesamt
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht männlich	233 4,8%	220 5,3%	4727 5,5%
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht weiblich	100 2,0%	80 1,9%	2266 2,6%
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht unbekannt	7 0,1%	14 0,3%	391 0,5%
Hämophile	7 0,1%	1 0,0%	1864* 2,2%
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht männlich	4 0,1%	5 0,1%	309 0,4%
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht weiblich	2 0,0%	4 0,1%	223 0,3%
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht unbekannt	0 0,0%	0 0,0%	21 0,0%
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht männlich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	141 2,9%	173 4,2%	1789 2,1%
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht weiblich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	131 2,7%	159 3,8%	1720 2,0%
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht unbekannt (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	3 0,1%	8 0,2%	100 0,1%
Patienten aus Pattern-II-Ländern	458 9,4%	415 10,0%	2306 2,7%
Prä- oder perinatale Infektion	56 1,1%	35 0,8%	937 1,1%
Keine Angaben / Geschlecht männlich	1962 40,1%	1450 35,0%	37255 43,5%
Keine Angaben / Geschlecht weiblich	556 11,4%	487 11,7%	9092 10,6%
Keine Angaben / Geschlecht unbekannt	318 6,5%	296 7,1%	9667 11,3%
Gesamt	4889 100%	4148 100%	85716 100%

* Nach Umfrageergebnissen einer anlässlich des Hamburger Hämophilie Symposium durchgeführten Studie beträgt die Zahl der HIV-positiven Hämophilen 1355. (Schramm: Umfrageergebnisse Hamburger Hämophilie Symposium 1995)