Sexuologie

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

Inhalt

Originalarbeiten

65 Sexualität im Alter S. Zank

88 Das prämenstruelle Syndrom als affektive Erkrankung?
0. Jürgensen

Fortbildung

99 Transsexualität: Über einen Fall von Rückumwandlung *P. Diederichs* Diskussion

106 Tendenzen der Einweisungspraxis von Sexualstraftätern im Maßregelvollzug des Bezirkskrankenhauses Haar H. Steinhöck

Anderungen bei der Inhaftierung und Unterbringung von Sexualstraftätern - Vorläufer einer Gesetzesänderung oder ihre Folge? N. Nedopil

Aktuelles

123 Buchbesprechungen

Anschrift der Redaktion:

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

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

Anzeigenannahme und -verwaltung: Urban & Fischer Verlag GmbH & Co.KG, Niederlassung Jena, Anzeigenleitung: Sabine Schröter, PF 100 537, D-07705 Jena

Telefon (03641) 62 64 65 Fax (03641) 62 66 21

Telefon (03641) 62 64 45, Fax (03641) 62 64 21

Zur Zeit gilt die Anzeigen-Preisliste vom 01.01.1999

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 1999: 198,- DM*; Einzelheftpreis 60,- DM*; Alle Preise zzgl. Versandkosten.

Vorzugspreis für persönliche Abonnenten 118,- 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 und Postbank Stuttgart, Konto-Nr. 923 727 04, BLZ 600 100 70 **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: Rainer Alisch, Hanseatenweg 6, 10557 Berlin

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

© 1999 Urban & Fischer Verlag

Abstracted/Indexed in: BIOSIS · CAB Abstracts · Chemical Abstracts Service (CAS) · Chemical Abstracts (SEXUEX)

Mehr Informationen zur "Sexuologie" und anderen Zeitschriften finden Sie im Internet: http://www.urbanfischer.de/journals



Sexuologie

Sexualität im Alter*

Sexuality and Aging

S. Zank

Zusammenfassung

Dieser Beitrag umfaßt zwei Teile. Im ersten Abschnitt werden epidemiologische Studien zur Sexualität im Alter vorgestellt und ihre Befunde zu sexuellen Verhaltensweisen referiert. Anschließend werden methodische und theoretische Probleme bisheriger Forschungsarbeiten diskutiert. Im zweiten Abschnitt werden Befunde über physiologische Veränderungen und psychologische Aspekte bei gesunden Älteren dargestellt. Darüber hinaus werden die wichtigsten chronischen Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf die sexuelle Funktionstüchtigkeit beschrieben, da die Prävalenz chronischer Krankheiten mit dem Alter zunimmt. Schließlich werden Hinweise zur Behandlung spezifischer Probleme älterer Menschen gegeben.

Schlüsselwörter: Alte, Epidemiologie, Gesundheit, Sexualität, Therapie

Summary

This contribution consists of two parts. In part one, results of epidemiological studies about sexual behavior of elderly people are presented. Thereafter, methodological and theoretical problems of these studies are discussed. In the second part, age-related physiological changes and psychological aspects of healthy elderly are described. In addition, the main chronic diseases of advanced age and their effects on sexuality are presented. Finally, treatment of specific problems of elderly patients are described.

Keywords: Elderly, Epidemiology, Health, Sexuality, Therapy

Einführung

Die Verlängerung individueller Lebenszeiten und den daraus resultierenden großen demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen führten zur zunehmenden Bedeutung der Gerontologie. Diese junge, interdisziplinäre Wissenschaft "beschäftigt sich mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und des Alters, einschließlich der Analyse von alternsrelevanten und alternskonstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen" (Baltes & Baltes 1994: 8). Umfangreiche gerontologische Forschungsergebnisse widerlegen viele gesellschaftliche Stereotype, die das Altern eindimensional als Abbauprozeß beschreiben. So konnten zum einen große interindividuelle Unterschiede in den Entwicklungsverläufen gezeigt werden, d.h. konträr zu einem weitverbreiteten Vorurteil werden sich alte Menschen nicht zunehmend ähnlicher. Dieser Befund wird auch dadurch bestärkt, daß verschiedenartige Entwicklungen in unterschiedlichen Lebensbereichen einer Person möglich sind, z.B. ein Abbau physischer Gesundheit bei guter kognitiver Funktionstüchtigkeit. Darüber hinaus wurde die entscheidende Bedeutung der Biographie für individuelle Alternsprozesse und Entwicklungsmöglichkeiten - auch im hohen Alter - nachgewiesen. (Baltes & Baltes 1990; Birren & Schaie 1985; Kruse 1989; Lehr & Thomae 1987; Mayer & Baltes, 1996).

Da die gerontologische Forschung nahezu alle Lebensbereiche alter Menschen fokus-

Sexuologie 6 (2) 1999: 65 – 87 / © Urban & Fischer Verlag

sierte, ist der Mangel an soliden Untersuchungen zur Sexualität umso auffälliger. Die Beschäftigung mit diesem Thema gilt in der wissenschaftlichen Gemeinschaft als unseriös und häufig wird behauptet, daß die älteren Menschen darüber keine Auskunft erteilen möchten. Diese Auffassung spiegelt neben rationalen Argumenten möglicherweise auch unbewußte Widerstände der Wissenschaftler wider, den sexuellen Geheimnissen ihrer Eltern nachzuspüren. Der Komödiant Sam Levinson brachte dieses Problem folgendermaßen auf den Punkt: "'When I first found out how babies were born, I couldn't believe it. To think that my mother and father could do such a thing.' Then, after a moment's reflection: 'My father-maybe: but my mother-never!'" (O'Donohue 1987: 69).

Dieses Anekdote weist auch auf die Verleugnung weiblicher Sexualität hin, die besonders in bezug auf ältere Frauen stattfindet: Gerontologische Studien haben sich bisher nahezu ausschließlich mit Männern beschäftigt, obwohl die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen fast sieben Jahre größer als die der Männer ist. Susan Sontag (1972) spricht vom gesellschaftlichen "double standard of aging", der Frauen in viel jüngeren Jahren als Männern Unattraktivität und Asexualität zuschreibt. Dieser doppelte Standard scheint auch für die Wissenschaft zu gelten.

In manchen Übersichtsartikeln wird eine von vielen Autoren als Mythos bezeichnete Vorstellung der Sexualität alter Menschen referiert, die besagt, daß Ältere weder begehrenswert noch fähig zur Ausübung sexueller Aktivitäten sind (O'Donohue 1987; Spence 1992). Dieser Mythos und verwandte gesellschaftliche Stereotype können negative Konsequenzen für die Betroffenen haben, indem beispielsweise leichte Funktionsveränderungen als Zeichen endgültigen Verlusts von Sexualität mißinterpretiert werden und zu schweren Performanzängsten führen. Andere alte Menschen erleben Schuld- und Schamgefühle aufgrund sexueller Wünsche, die zur völligen Unterdrückung sexueller Gefühle führen können (Renshaw 1983).

Empirische Daten zeigen, daß die vermeintliche Asexualität alter Menschen wirklich ein Mythos ist. Die meisten alten Menschen haben bis ins hohe Alter sexuelle Interessen und sind auch fähig, sexuelle Aktivitäten auszuüben. Bedauerlicherweise hat die Bekämpfung dieses Mythos zu einem ebenso unbrauchbaren Gegenmythos geführt (Gatz 1987). Dieser Gegenmythos leugnet jegliche Veränderung sexueller Wünsche und Performanz mit zunehmenden Alter und projiziert die Vorstellungen des mittleren Erwachsenenalters ins hohe Alter, was ebenso schädliche Auswirkungen für die Betroffenen haben kann (Thomas 1982). Rappoport (1977) beschreibt dieses Problem mit dem Satz "All we want from gerontology is eternal youth" (S. 207). Unglücklicherweise finden sowohl die Vertreter des Mythos als auch des Gegenmythos empirische Belege für ihre Ansichten in der Literatur, die auf einer völlig unzureichenden Datenbasis beruhen.

I. Zur Epidemiologie sexueller Verhaltensweisen im Alter

Die Datenbasis

Die Überblicksarbeiten zum Thema Sexualität und Alter scheinen mitunter zahlreicher als die empirischen Originalarbeiten (z.B. Byers 1983; Capuzzi 1982; Corby & Zarit 1983; Datan & Rodeheaver 1983; Garza & Dressel 1983; Genavay 1982; Hermanova 1983; Hodson & Skeen 1994; Kay & Nelley 1982; Kellett 1993; Kirkpatrick 1980; Laws 1980; Libman 1989; Ludeman 1981; Luria & Meade 1984; O`Dohnohue 1987; Renshaw

1983; Robinson 1983; Starr 1985; Sviland 1981; Von Sydow 1992a; Traupmann 1984; Turner & Adams 1983; Weg 1983; Weiler 1981; White 1982). Diese Autoren berichten überwiegend Befunde aus den wichtigsten Studien, die in den U.S.A. durchgeführt wurden und deren Untersuchungsgrundlagen im folgenden kurz vorgestellt werden sollen, um daran anschließend die Befunde zusammenzufassen.

Alfred C. Kinsey und Kollegen interviewten 17.500 Frauen und Männer (Institute for Sex Research 1953; Kinsey, Pomeroy & Martin 1948). Obwohl ihre Stichprobe nicht repräsentativ war, stellten ihre Arbeiten den bedeutenden ersten Versuch dar, menschliche Sexualität von der Kindheit bis ins Alter zu beschreiben. Es handelte sich um Querschnitterhebungen, in denen strukturierte und standardisierte Interviews durchgeführt wurden. Bedauerlicherweise waren unter den Befragten nur 126 Männer und 65 Frauen älter als 60 Jahre, davon 10 Frauen älter als 70 Jahre. Vor einigen Jahren wurde eine weitere Studie des Kinsey Instituts publiziert, in der 3000 Männer und Frauen intensiv befragt wurden (Klassen, Williams & Levitt 1989). Diese Untersuchung beschäftigte sich mit Einstellungen zur Sexualität und enthielt keine Daten über sexuelle Verhaltensweisen.

Eine wichtige Informationsquelle sind die Befunde zweier Studien der Duke Universität. Diese Daten sind relativ alt, aber sie resultieren aus den einzigen echten Längsschnittuntersuchungen und sind insofern zur Beurteilung der Entwicklung menschlicher Sexualität besonders wichtig (George & Weiler 1981; Pfeiffer, Verwoerdt & Wang 1968; Verwoerdt, Pfeiffer & Wang 1969a; 1969b). In der ersten Studie wurden die Daten im Rahmen einer medizinischen Untersuchung erhoben, in der zweiten Untersuchung wurden Fragebögen an die Probanden verteilt. Die Stichproben waren jeweils nicht repräsentativ (Weiler 1981). Im Verlauf der drei Erhebungszeitpunkte der ersten "Duke Longitudinal Study" sank der Anteil der Probanden über 60 Jahre von 254 auf 126, d.h. die Ausfallrate von Untersuchungsteilnehmern war beträchtlich (Verwoerdt et al. 1969a; 1969b). In der zweiten "Duke Longitudinal Study" wurde eine Stichprobe von 502 Männer und Frauen im Alter zwischen 46 und 71 Jahren gezogen. 348 Probanden absolvierten alle vier Erhebungszeitpunkte, aber die berichteten Daten bezogen sich lediglich auf die 278 Probanden, die während des sechsjährigen Erhebungszeitraumes verheiratet blieben. 58 Teilnehmer waren älter als 66 Jahre zu Beginn der Studie (George & Weiler 1981).

Viele der oben genannten Übersichtsarbeiten konnten noch nicht über die Ergebnisse der jüngeren Forschungsarbeiten berichten (Brecher 1984; Janus & Janus 1993; Laumann, Gagnon, Michael & Michels 1994; Starr & Weiner 1981). Starr & Weiner (1981) untersuchten 800 Probanden über 60 Jahre, die in Seniorenzentren Vorträge zum Thema Sexualität und Alter besuchten. Brecher (1984) befragte im "Consumer Union Survey" 4246 Probanden, von denen 2622 älter als 60 Jahre waren. Bei dieser Stichprobe handelte es sich um Leser des "Consumer Report" (Brecher, 1984). Janus & Janus (1993) untersuchten in einer Querschnittstudie 2765 Probanden mit Hilfe von Fragebögen, die zwischen 1988 und 1992 an nicht näher bezeichneten Plätze verteilt wurden. 441 der Befragten waren älter als 65 Jahre.

Die Stichproben dieser drei Studien waren nicht repräsentativ. In einer sorgfältig angelegten Studie mit einer repräsentativen Stichprobe von Laumann, Gagnon, Michael & Michaels (1994) wurden 3432 Fragebögen zu sexuellen Verhaltensweisen in den U.S.A. verteilt. Bedauerlicherweise wurden in dieser Untersuchung lediglich Probanden im Alter zwischen 18 und 59 Jahren befragt.

Da europäische Studien selten auf Englisch publiziert wurden, gibt es bisher keine Diskussion der teilweise erheblichen Unterschiede der Befunde (Von Sydow, 1992a). Folgende nichtamerikanische Studien wurden auf Englisch veröffentlicht. Persson (1980) untersuchte eine repräsentative Stichprobe von 70 jährigen in Göteburg, Schweden. 166 Männer und 266 Frauen wurden interviewt. Bergström-Walan & Nielsen (1990) befragten postalisch eine Zufallsstichprobe von 509 Einwohnern Stockholms, Schweden, im Alter zwischen 60 und 80 Jahren. Antonovsky, Sadowsky & Maoz (1990) interviewten 177 Männer und 121 Frauen aus einer nichtrepräsentativen Stichprobe in Israel. Die Datenerhebung umfaßte derzeitige sexuelle Aktivitäten sowie retrospektive Befragungen

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß das epidemiologische Wissen über Sexualität und Alter auf sehr wenigen Studien beruht. Die Datenbasis für Männer ist besser, da sich einige Studien ausschließlich mit männlicher Sexualität beschäftigen (Mulligan & Moss 1991; Schiavi 1990; Weizman & Hart 1987). Im folgenden Abschnitt werden kurz die Hauptergebnissse zur Epidemiologie sexueller Verhaltensweisen im Alter dargestellt. Die Daten sind sehr heterogen und demzufolge kaum interpretierbar. Deshalb werden anschließend wissenschaftliche Einwände gegen eine unvorsichtige Generalisierung der vorliegenden Befunde diskutiert.

Sexuelle Verhaltensweisen älterer Frauen

früherer sexueller Erfahrungen.

Amerikanischen Befunden zufolge waren 70% bis 90% der befragten Frauen zwischen 60 und 90 Jahren **sexuell aktiv** (Adams & Turner 1985; Brecher 1984; Starr & Weiner 1981). Sexuelle Aktivität bezog sich hierbei auf Masturbation und Geschlechtsverkehr. Nach Daten deutscher Studien hingegen waren 45% bis 55% der 50 bis 60jährigen und nur 3% der über 70jährigen Frauen sexuell aktiv (Tümmers 1976; Weissbach-Rieger & Franke 1987a; 1987b; Wickert 1983).

Befunde zur Ausübung von **Geschlechtsverkehr** variierten zwischen 15% und 90% für Frauen im Alter zwischen 50 und 59 Jahren sowie zwischen 0% und 66% für Frauen über 70 Jahren. Die Häufigkeit wurde zwischen einmal pro Woche bis einmal pro Monat angegeben, wobei die Häufigkeit mit zunehmenden Alter sank (Bergström-Walan & Nielsen 1990; Brecher 1984; Christenson & Johnson 1973; George & Weiler 1981; Janus & Janus 1993; Institute for Sex Research 1953; Pfeiffer, Verwoerdt & Davis 1972; Starr & Weiner 1981). Bretschneider & McCoy (1988) untersuchten sehr alte Probanden im Alter zwischen 80 und 102 Jahren. 70% der befragten Frauen hatten kein Geschlechtsverkehr mehr.

10% bis 50% der Frauen über 50 Jahren berichteten über **Masturbation** und 0% bis 49% der befragten über 70jährigen. Masturbation wurde in amerikanischen Studien sehr viel häufiger als in europäischen Untersuchungen angegeben (Adams & Turner 1985; Aresin 1980; Bergström-Walan & Nielsen 1990; Brecher 1984; Bretschneider & McCoy 1988; Institute for Sex Research 1953; Schneider 1980; Starr & Weiner 1981).

In wenigen Studien wurde nach sexuellem Vergnügen oder **Orgasmen** bei Frauen gefragt. Neun bis 26% der Frauen aller Altersgruppen berichteten, daß sie niemals einen Orgasmus bekommen (Hite 1976; Institute for Sex Research 1953; Janus & Janus 1993; Laumann et al. 1994). Diese Rate scheint mit dem Alter zuzunehmen (Bergström-Walan 1990; Brecher 1984). Befunde aus amerikanischen Studien zu älteren Frauen zeigten, daß

70% der Probandinnen über sexuelles Vergnügen berichteten, aber lediglich 20% der über 80jährigen (Brecher 1984; Starr & Weiner 1981). 43% der Frauen einer israelischen Stichprobe von über 65jährigen berichteten, daß sie ihr Sexualleben als unbefriedigend erlebten. Etwa die Hälfte dieser Frauen gab an, daß sie in jüngeren Jahren zufriedener waren (Antonovsky, Sadowsky & Maoz 1990).

Vier bis 19% der Probanden berichteten, mindestens einmal im Leben **homosexuelle** Kontakte gehabt zu haben. Ein bis fünf Prozent gaben eine anhaltende Partnerschaft an (Adams & Turner 1985; Brecher 1984; Hagstad & Janson 1984). Daten einer repräsentativen Studie zeigten, daß 4% aller Probanden zwischen 18 und 59 Jahren jemals homosexuelle Kontakte hatten, davon 1.3% im letzten Jahr (Laumann et al. 1994).

Sexuelle Verhaltensweisen älterer Männer

Zwischen 60% und 90% der Männer über 60 Jahre und 48% bis 79% über 70 Jahre berichteten **sexuell aktiv** zu sein. Über 80% der 60jährigen und 75% der 70jährigen berichteten ein starkes oder moderates Interesse an Sex (Brecher 1984; Pfeiffer, Verwoerdt & Wang 1968; Verwoerdt et al. 1969 a; 1969b).

Geschlechtsverkehr. Zwischen 64% und 89% der Männer über 60 Jahre berichteten Geschlechtsverkehr, wobei 24% bis 69% angaben, diesen einmal pro Woche auszuüben (Antonovsky, Sadowsky & Maoz 1990; Bergström-Walan & Nielsen 1990; Brecher 1984; Janus & Janus 1993; Weizmann & Hart 1987). Bei den über 70jährigen berichteten 46% bis 62% über Geschlechtsverkehr (Brecher 1984; Bretschneider & McCoy 1988; Persson 1980).

Masturbation. 45% bis 59% der älteren Männer gaben an, niemals zu masturbieren und 28% bis 44% masturbierten mindestens einmal wöchentlich (Bergström-Walan 1990; Brecher 1984; Janus & Janus 1993; Weizmann & Hart 1987).

Orgasmus. Orgasmen scheinen mit zunehmenden Alter abzunehmen. Janus & Janus (1993) berichteten, daß 77% der Männer zwischen 51 und 64 Jahren immer einen Orgasmus haben, aber nur noch 55% der über 65jährigen. Mulligan & Moss (1991) fanden in ihrer Studie heraus, daß die Orgasmusrate von 61% im Alter zwischen 60 und 69 Jahren auf 21% der über 90jährigen sinkt. Brecher (1984) hingegen zeigte, daß 85% der Männer zwischen 60 und 69 Jahren und 70% der 70 bis 79jährigen immer einen Orgasmus bekommen. Im Vergleich, im Alter zwischen 18 und 59 Jahren berichteten 8% der Männer, keinen Orgasmus zu bekommen (Laumann et al. 1994).

Kritik der epidemiologischen Studien

Methodische Probleme

Die Stichproben. Es gibt sehr wenige repräsentative Stichproben und die Stichprobengrößen sind häufig sehr klein. Zusammenfassend geschätzt, basiert das Wissen über Sexualität im Alter auf etwa 7000 Befragten. Unterschiede in den Befunden europäischer und amerikanischer Untersuchungen sind aufgrund der kleinen Stichproben nicht interpretierbar. Darüber hinaus beträgt das Alter der Untersuchten zwischen 60 und 100 Jahren, d.h. eine Altersspanne von 40 Jahren. Dies bedeutet, daß die Stichprobengrößen für die einzelnen Altersgruppen (z.B. 60jährige versus 80jährige) extrem klein sind. Aus ge-

rontologischer Perspektive gibt es gravierende Unterschiede zwischen diesen Altersgruppen, so daß undifferenzierte verallgemeinernde Zusammenfassungen der Befunde strikt abzulehnen sind.

Epidemiologische Daten aus nichtrepräsentativen Stichproben können sehr irreführend sein. So verglich Greeley (1994) Befunde der nichtrepräsentativen Studie von Janus & Janus (1993) mit Daten des "General Social Survey" (GSS), der auf einer repräsentativen Stichprobe aller amerikanischen Haushalte beruht. Verglichen wurde die prozentuale Anzahl der Befragten, die angaben, mindestens einmal pro Woche sexuell aktiv zu sein. Janus & Janus (1993) berichteten, daß 81% der Männer zwischen 51 und 64 Jahren und 69% der Männer über 65 Jahren mindestens einmal pro Woche sexuell aktiv waren. Die GSS Daten hingegen zeigten dies nur bei 43% der Männer zwischen 51 und 64 Jahren und 17% der über 65jährigen. Für Frauen berichteten Janus & Janus (1993), daß 65% zwischen 51 und 64 Jahren und 74% der über 65jährigen mindestens einmal pro Woche sexuell aktiv waren. Die GSS Befunde zeigten dies lediglich für 25% der Frauen zwischen 51 und 64 sowie 6% der über 65jährigen (Greeley 1994, zitiert nach Laumann et al., 1994).

Untersuchungsdesign. Die meisten Studien beruhen auf Querschnittdesigns, deren Daten mitunter unzulässigerweise längsschnittlich interpretiert werden (z.B. Institute for Sex Research 1953; Kinsey et al. 1948). Zur Bestimmung intraindividueller Veränderungen sind Längsschnittuntersuchungen dringend erforderlich, wie sich auch anhand der Daten einer Längsschnittstudie zeigen läßt. So berichteten George und Weiler (1981), daß sexuelle Verhaltensweisen bemerkenswert stabil über ihren sechsjährigen Untersuchungszeitraum blieben. Ihre Ergebnisse legen die Interpretation nahe, daß Altersgruppenunterschiede auch auf Kohorteneffekte und nicht nur auf altersbedingte Veränderungen im Sexualverhalten zurückzuführen sind. Gesellschaftlicher Wandel wie die Liberalisierung sexueller Moralvorstellungen seit Ende der 60er Jahre oder mögliche Veränderungen altersbezogener Stereotype könnten diese Kohorteneffekte in Zukunft noch vergrößern.

Datenerhebungen. In den bisherigen Untersuchungen wurden überwiegend Fragebögen oder standardisierte Interviews verwendet. Diese Methoden setzen voraus, daß die Probanden und die sie untersuchenden Wissenschaftler das gleiche semantische Verständnis der Fragen haben. Daß diese Voraussetzung nicht immer gegeben ist, zeigt eindrucksvoll eine Untersuchung von von Sydow (1992 b). Sie befragte 91 Frauen in offenen Interviews zu ihrer Sexualität. Es stellte sich heraus, daß sieben dieser Frauen den Ausdruck Orgasmus nicht kannten. Fünf andere Frauen äußerten die Ansicht, daß sie einen Orgasmus gehabt haben müßten, denn sie seien ja schwanger geworden.

Ein weiteres Problem der Datenerhebung liegt im Kontext der Datensammlung. Die wichtige "Duke Longitudinal Study" beispielsweise wurde im Rahmen einer Erhebung allgemeiner medizinischer Probleme durchgeführt (George & Weiler 1981; Pfeiffer et. al. 1968; Verwoerdt et al. 1969a; 1969b). Eine medizinische Untersuchung hat bei den vielen Probanden mit chronischen Krankheiten dieser Stichprobe offene Antworten zu sexuellen Verhaltensweisen möglicherweise behindert. Darüber hinaus wurden die strukturierten Interviews der ersten Studie ausschließlich von Männern durchgeführt. Dieses Vorgehen hat es den weiblichen Probanden vermutlich erschwert, intime Auskünfte zu geben, zumal die Studie in den 50er Jahren durchgeführt wurde (Pfeiffer & Davis 1972; Starr 1985; Verwoerdt et al. 1969a; 1969b).

Theoretische Probleme

Nahezu alle Studien zur menschlichen Sexualität zeigen, daß Männer sexuell aktiver als Frauen sind. Dies gilt für alle Altersgruppen bezüglich Geschlechtsverkehr und insbesondere Masturbation (Brecher 1984; Institute for Sex Research 1953; Janus & Janus 1993; Kinsey et al. 1948; Klassen et al. 1989; Laumann et al. 1994). Obwohl Ergebnisse physiologischer Untersuchungen darauf hinweisen, daß Frauen im Vergleich zu Männern das höhere Potential in bezug auf Intensität und Häufigkeit orgiastischer Reaktionen haben, nutzen Frauen dieses Potential nicht (Master & Johnson 1966; 1981). Dies scheint insbesondere für ältere Frauen zu gelten und gibt Anlaß zur Frage, ob bisherige Forschungsbemühungen der sexuellen, sozialen und psychologischen Realität alter Frauen gerecht werden.

Geschlechtsverkehr. Es gibt etwa fünfmal mehr Witwen als Witwer, so daß in einer überwiegend monogamen Gesellschaft die Gelegenheit zum Geschlechtsverkehr für ältere Frauen selten gegeben ist (Malatesta, Chambless, Pollack & Cantor 1988). Dies bedeutet, daß höhere Koitusfrequenzen älterer Männer keineswegs belegen, daß es altersbedingte Unterschiede zwischen Männern und Frauen im sexuellen Interesse gibt. Pfeiffer & Davis (1972) zeigten, daß früherer sexueller Genuß, Familienstand und Alter signifikante Prädiktoren weiblichen Sexualverhaltens sind. Antonovsky, Sadowsky und Maoz (1990) berichteten, daß der Familienstand allein 25% der Varianz sexuellen Verhaltens von Frauen erklärten. Eine deutsche Untersuchung mit einer repräsentative Stichprobe von 460 Probanden über 60 Jahren zeigte, daß keine Geschlechtsunterschiede sexueller Aktivitäten mehr nachweisbar waren, wenn die Variable "Vorhandenseins eines Partners" statistisch kontrolliert wurde (Brähler & Unger 1994). Untersuchungen mit Paaren ergaben, daß beide Partner übereinstimmend die Gründe für die Aufgabe des Geschlechtsverkehrs beim Mann lokalisierten (Persson 1980; Pfeiffer et al. 1968; Von Sydow 1993).

Die berichteten Unterschiede in der Koitusfrequenz jüngerer Altersgruppen ist insofern erstaunlich, da theoretisch Frauen und Männer insgesamt dieselbe Rate angeben müßten. Eine mögliche Erklärung wären Über- bzw. Unterschätzungen der tatsächlichen Geschlechtsverkehrshäufigkeit bei Männern resp. Frauen. Eine andere Erklärung der höheren Angaben von Männern könnten Besuche bei Prostituierten sein.

Orgasmus. Die Erhebung von Koitusfrequenzen gibt keine Informationen über individuelles Erleben oder die Qualität der Begegnung. Sowohl Männer als auch Frauen können ohne Genuß oder Orgasmen Geschlechtsverkehr haben, dies wird in der Literatur für Frauen jedoch sehr viel häufiger berichtet (Laumann et al. 1994; Leiblum & Rosen 1989; McConaghy 1993). Daß die wichtigsten Studien zur Sexualität im Alter lediglich Geschlechtsverkehrsfrequenzen und keine Daten zum Genuß oder Orgasmus erhoben haben (z.B. Pfeiffer et al. 1969; Verwoerdt et al. 1969a; 1969b; George & Weiler 1981), scheint darauf hinzuweisen, daß das männliche Erleben stärker im Blickpunkt der Wissenschaftler war. Die Erhebung von Orgasmusprävalenzen wäre ein klarer Indikator für befriedigende Sexualkontakte und würde eine gute Grundlage zur Prädiktion zukünftigen sexuellen Interesses bieten (Laws 1980).

Interesse an sexuellen Aktivitäten. Viele (männliche) Wissenschaftler haben das Interesse an Geschlechtsverkehr erhoben und interpretierten ihre Resultate als Interesse an sexuellen Aktivitäten. Dies hat vermutlich zu wenig validen Aussagen geführt, da eine

Reihe von Studien gezeigt haben, daß Frauen andere sexuellen Aktivitäten wie manuelle oder orale Stimulation bevorzugen, die bei vielen leichter als der Koitus zum Orgasmus führen (Denney, Field & Quadagno 1984; Mc Conaghy 1993; Masters & Johnson 1966; Von Sydow 1993). Sollte es valide Geschlechtsunterschiede in bezug auf Interesse an sexuellen Aktivitäten geben, dann sind diese vermutlich auf lebenslang unterschiedliche Genuß- und Orgasmuserfahrungen der Geschlechter zurückzuführen (Laws 1980; Zank & Baltes).

Sexuelle Erfahrungen und Beziehung. Bisherige Forschungsbemühungen konzentrierten sich überwiegend auf sexuelle Performanz und vernachlässigten phänomenologische Aspekte wie die subjektive Bedeutsamkeit oder Beziehungsdimension sexueller Erlebnisse. Starr (1985) berichtete, daß 75% seiner über 60 jährigen Probanden ihr sexuelles Erleben im Alter gleichwertig oder besser als in früheren Jahren bewerteten. Sie betonten die Qualität und interessierten sich weniger für die Quantität der Erlebnisse. Dies gilt insbesondere für Frauen, die den emotionalen Aspekten sexueller Begegnungen mehr Bedeutung zusprechen als viele Männer (Luria & Meade 1984).

Zusammenfassend ist zu konstatieren, daß das Wissen über sexuelles Verhalten und Erleben im Alter unzureichend ist. Die meisten Studien haben gravierende methodologische und konzeptuelle Schwächen. Dennoch werden die Ergebnisse oft zitiert und generalisiert, um die Mythen insbesondere über ältere Frauen zu propagieren. Viele Studien haben keine theoretische Fundierung und eine entwicklungsorientierte Perspektive alternder Personen oder Paare fehlt fast vollständig.

II. Altersbezogene Veränderungen sexueller Funktionen

Die meisten epidemiologischen Daten weisen auf eine Verringerung sexueller Interessen und Aktivitäten mit dem Alter hin, die häufig mit biologischen Veränderungen sexueller Reaktionsfähigkeit begründet werden. Diese biologischen Veränderungen sind jedoch nicht eindeutig bestimmbar, da sie konfundiert sind mit Auswirkungen von Erkrankungen und Medikamenten sowie kulturellen Erwartungen. Im folgenden werden Forschungsergebnisse zu physiologischen Veränderungen kurz referiert. Einen ausführlichen Überblick bieten McConaghy (1993), Morley (1991), Sarrel (1990), Schiavi (1990), und Schiavi & Segraves (1995).

Physiologische Veränderungen

Physiologische Veränderungen bei Frauen

Die Menopause ist mit einschneidenden hormonellen Veränderungen verbunden, insbesondere mit einer Verringerung der Östrogenproduktion der Ovarien. Die Auswirkungen dieser Veränderung werden kontrovers diskutiert (für einen methodologischen Überblick und Metaanalyse der Befunde vgl. Myers 1995). Ursprünglich wurde ein direkter Effekt der Produktionsreduktion sexueller Hormone auf sexuelle Reaktionsweisen angenommen, der sich bei Laboruntersuchungen jedoch nicht bestätigte (Roughan, Kaiser & Morley 1993). Östrogenmangel verursacht jedoch u.a. verringerte Elastizität der Scheidenwände, reduzierte Lubrikation und erhöhte Verletzbarkeit der vaginalen Haut älterer Frauen (Goldstein & Teng 1991; Leiblum 1990; Masters & Johnson 1966; 1981; Morley

1991; Morley & Kaiser 1989; Roughan, Kaiser & Morley 1993; Schiavi & Segraves 1995; Wolf 1997; Wise 1989). Diese vaginalen Veränderungen sind vermutlich die Ursache für Koitusschmerzen, die bei postmenstruellen Frauen häufiger vorkommen. Sie können durch Östrogenverordnungen erfolgreich behandelt werden.

Obwohl Masters & Johnson (1966; 1981) lediglich 11 Frauen über 60 Jahren untersuchten, haben sich ihre Beschreibungen gesunder älterer Frauen in weiteren Studien bestätigt (Bachman & Leiblum 1991; Dennerstein, Smith, Morse & Burger 1994; Hagstad 1988; Lauritzen 1997; McCoy & Davidson 1985; Morley 1991; Wolf 1997). Physiologische Veränderungen umfassen u.a. eine Verminderung der Labientrophik, Verkleinerung der Klitoris, verminderte Lubrikationsfähigkeit sowie mitunter schmerzhafte Kontraktionen des Uterus. Masters & Johnson (1981) berichteten, daß ältere Frauen mehr Zeit und Stimulation benötigen bevor eine ausreichende Lubrikation gebildet wird. Dauer und Intensität des Orgasmus können reduziert werden, aber die Fähigkeit zu multiplen Orgasmen bleibt erhalten.

Dennerstein et al. (1994) berichteten von einer Studie mit einer Zufallsstichprobe von 2000 australischen Frauen im Alter zwischen 45 und 55 Jahren. Nach ihren Ergebnissen korrelierte die Menopause mit vermindertem sexuellen Interesse, weniger Geschlechtsverkehr und vermehrten Schmerzen beim Koitus. McCoy & Davidson (1985) führten eine Längsschnittstudie durch und berichteten über eine Verringerung der Koitusfrequenz und sexuellen Phantasien von der prä- zur postmenstruellen Phase der Frauen. Die Verringerung der Koitusfrequenz korrelierte stärker mit der Höhe des Testosteron- als des Östrogenspiegels der Frauen.

Die Auswirkungen von Hysterektomie auf die sexuelle Funktionstüchtigkeit werden kontrovers diskutiert. Bernhard (1986) analysierte 18 Studien und beschreibt vielfältige methodologische Probleme dieser Untersuchungen. Eicher (1994a; 1994b) zeigte in seiner Zusammenfassung der Forschungsergebnisse, daß ältere Untersuchungen eher negative und neuere Studien keine bzw. positive Veränderungen der sexuellen Erlebnisfähigkeit beschreiben. Nach seiner Auffassung sind die Ergebnisse der neueren Studien auf verbesserte Informationen über den Eingriff, sexuelle Verhaltensempfehlungen und veränderte Einstellungen zur Sexualität zurückzuführen. Ergebnisse einer neuer Längsschnittstudie mit 104 Frauen belegten, daß die Hälfte der Frauen einer Verbesserung und 20% eine Verschlechterung ihrer sexuellen Erlebnisfähigkeit berichteten. Der beste Prädiktor postoperativer Sexualität war die präoperative Sexualität der Frauen (Helström, Lundberg, Sörbom & Bäckström 1993).

Die zusammengefaßten Forschungsergebnisse unterstützen deutlich die Annahme eines Abbaus sexueller Funktionstüchtigkeit von Frauen mit zunehmenden Alter. Im Widerspruch zu diesen Daten kommt der bekannte Starr-Weiner Bericht zu folgender Schlußfolgerung: "the Starr-Weiner data indicate that women over 60 are more orgasmic than when they were younger" und daß "most investigators report that sexual response remains the same or improves after menopause" (Starr 1985: 102). Dieses Resultat ist vermutlich darauf zurückzuführen, daß im Starr-Weiner-Bericht eine hochselektive Stichprobe älterer Menschen befragt wurde, nämlich Besucher von Vorträgen zum Thema Sexualität und Alter (Starr & Weiner 1981).

Physiologische Veränderungen bei Männern

Der männliche Hormonhaushalt verändert sich mit zunehmendem Alter durch eine deutlich verringerte Produktion von Testosteron, allerdings ist dieser Wechsel nicht mit einem so sichtbarem äußeren Zeichen wie die Menopause der Frauen verbunden (Morley & Kaiser 1989). Diese Abnahme der Testosteronproduktion wurde als Ursache verminderter sexueller Interessen und Aktivitäten vermutet (Schiavi, 1990). Bemerkenswerterweise gibt es jedoch nur sehr wenige Studien, die sich mit den Auswirkungen der Sexualhormone auf altersbezogene Veränderungen beschäftigen.

Schiavi und Kollegen untersuchten 77 gesunde Männer im Alter zwischen 45 und 74 Jahren und ihre Partnerinnen. Die Paare wurden sowohl gemeinsam als auch getrennt befragt, wobei psychosexuelle, psychiatrische und psychologische Variablen erhoben wurden. Die männlichen Probanden wurden zusätzlich vier Nächte in einem Schlaflabor untersucht, dort wurden EEG, Augenbewegungen, Muskeltonus und Penistumeszenzen aufgezeichnet. Die Daten zeigten zum einen eine signifikante, negative Korrelation des Alters mit der Höhe des Testosteronspiegels. Zum anderen konnten signifikante Zusammenhänge des Testosteronsspiegels mit sexuellen Bedürfnissen, Erektion und Aktivitätsniveau belegt werden. Darüber hinaus wurden alterskorrelierte Veränderungen nächtlicher Penistumeszenzen gefunden. Häufigkeit, Dauer und Intensität nahmen mit zunehmendem Alter ab. Schließlich konnte gezeigt werden, daß höheres Alter zwar signifikant negativ mit sexuellen Wünschen, Erregbarkeit und sexuellen Aktivitäten und signifikant positiv mit Erektions- und Ejakulationsschwierigkeiten korrelierte, aber es gab keine Zusammenhänge bzgl. des Genusses der partnerschaftlichen Sexualität (Schiavi 1990; Schiavi, Mandeli & Schreiner-Engel 1994; Schiavi, Mandeli, Schreiner-Engel & Chambers 1991; Schiavi, Schreiner-Engel, White & Mandeli 1991).

Masters & Johnson (1981) beschrieben folgende Veränderungen der Sexualphysiologie bei Männern nach dem 55. Lebensjahr. Längere und direktere Stimulationsbedürfnisse zur Erlangung einer vollständigen Erektion, Verringerung oder Ausbleiben des Ejakulationsdrucks und eine Reduktion im Volumen des Samenergusses. Diese Veränderungen können einzeln oder zusammen auftreten. Weiss & Mellinger (1990) stellten fest, daß sich die Kontraktionen der Harnröhre von vier bei jungen auf zwei bei älteren Männern reduziert. Durch den verringerten Ejakulationsdruck vermindert sich die Empfindungsintensität der Samenpassage durch die Harnröhre. Nach der Ejakulation verlängert sich die Refraktärzeit mit zunehmendem Alter. Viele Männer benötigen mindestens 24 Stunden bis zur nächsten Erektion (Weiss & Mellinger, 1990).

Gesundheitsbezogene Veränderungen

Das Hauptproblem der Bestimmung altersbezogener Veränderungen sexuellen Verhaltens ist, daß die Unterscheidung zwischen altersbedingten und gesundheitsbedingten Veränderungen nicht möglich ist. Chronische Krankheiten nehmen mit zunehmendem Alter deutlich zu und viele dieser Erkrankungen haben direkte oder indirekte Effekte auf die menschliche Sexualität. Dies bedeutet, daß nicht das Altern per se, sondern Komorbidität mit entsprechenden medikamentösen Behandlungen der Grund zunehmender sexueller Funktionsstörungen sein könnte (Schover 1989; 1992; Spence 1992). Manche Autoren sind hingegen der Ansicht, daß gesundheitliche Aspekte überbewertet werden (Fooken 1994). Die wichtigsten chronischen Erkrankungen mit Auswirkungen auf sexuelle Funk-

tionen werden im folgenden kurz vorgestellt. Einen sehr guten Überblick über die Sexualität Älterer und chronische Erkrankungen gibt Morradian (1991). Weitere wichtige Informationen finden sich bei Burgener & Logan (1989), Gupta (1990), Kaiser (1991), Liptzin (1984), Majerovitz & Revenson (1994) und Sjögren, Damber & Lilequist (1983). Kardiovaskuläre Erkrankungen. Die Prävalenz dieser Erkrankungen steigt mit dem Alter, sie verursacht etwa 50% der Todesfälle bei Menschen über 64 Jahren (Wise 1989). Die Sexualität der Erkrankten wird sowohl aus organischen als auch aus psychologischen Gründen beeinträchtigt und kann zu Orgasmusschwierigkeiten bei Frauen sowie Erektionsproblemen und vorzeitiger Ejakulation beim Mann führen (Wise, Epstein & Ross 1992). Bypass-Operationen können bei Frauen eine Verminderung sexueller Appetenz und bei Männer die Erhöhung von Performanzängsten verursachen. Herzinfarktpatienten erleben häufig Depressionen und Ängste, insbesondere die Angst vor einem plötzlichen Tod beim Koitus führt zu Impotenz bei Männern. Den Patienten wird ärztlicherseits häufig versichert, daß sie gefahrlos Geschlechtsverkehr haben können, wenn sie in der Lage sind, zwei Treppen ohne Brustschmerzen zu steigen (Morradian 1991; Relf 1991; Wise, 1989). Diese pauschale Empfehlung ignoriert interindividuelle Unterschiede der Patienten und stellt sie darüber hinaus vor ein psychologisches Dilemma. Einerseits dürfen sie sexuell aktiv sein, andererseits sollen sie genaustens auf alle Zeichen einer erneuten Angina pectoris achten. Diese ängstliche Selbstbeobachtung ist für eine erfolgreiche sexuelle Begegnung, deren Voraussetzung zumindest ein teilweise "Sich-Gehen-Lassen" ist, kontraproduktiv (Thienhaus, 1988).

Diabetes Mellitus. In der Berliner Altersstudie wurde eine repräsentative Stichprobe von 516 Männern und Frauen im Alter zwischen 70 und 104 Jahren interdisziplinär befragt (Mayer & Baltes 1996). Die Erhebungen umfaßten u.a. psychiatrische und internistische Untersuchungen durch Fachärzte. Die Studie ergab eine Prävalenz für Diabetes von knapp 22% der Probanden (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996). Aus anderen Studien ist bekannt, daß Diabetes eine wichtige Ursache sexueller Funktionsstörungen ist. 18% bis 35% der Frauen berichteten Orgasmusstörungen nach Beginn der Erkrankung. Bei Männern wurden Impotenz und Ejakulationsschwierigkeiten beobachtet. Im Alter von 65 Jahren sind bis zu 75% aller männlichen Diabetiker impotent (Newman & Bertelson 1986; Morradian 1991; Zemel 1988).

Cancer. Für die Betroffenen dieser gefürchteten Krankheit stellt sich zunächst unmittelbar die Überlebensfrage, häufig werden Depressionen und schwere Ängste ausgelöst. Cancer stellt eine intensive narzißtische Bedrohung dar, die alle Bereiche individueller Identität bedroht. Sie kann bei Männern und Frauen zu Störungen aller Aspekte sexuellen Erlebens führen (Gendel 1986; Kaiser 1992; Schover, Evans & Von Eschenbach, 1987; Schover 1988a; 1988b; Schover, Schain & Montague 1989; Shell & Smith 1994). Bei Frauen haben insbesondere Brust- und Gebärmutterkrebs gravierende Auswirkungen auf ihr Körperselbstbild und ihr sexuelles Erleben (Kaplan 1992; Zank & Baltes 1997). Demenz. Die Prävalenz dementieller Erkrankungen beträgt etwa 5% bei den über 65jährigen und 20% bei den über 80jährigen (Helmchen et al. 1996; Henderson 1986). Der Abbau kognitiver Fähigkeiten, der von Persönlichkeitsveränderungen begleitet sein kann, führt zu gravierenden Konflikten und Belastungen der Partnerschaft. Bei manchen Patienten werden libidinöse Bedürfnisse stärker, die sich häufig in unangemessenen Verhaltensweisen äußern wie z.B. öffentliche Masturbation oder sexuelle Belästigung von Pflegepersonen (Morradian 1991). Litz, Zeiss & Davies (1990) beschreiben eine Psy-

chotherapie mit einem Mann, der unter Erektionsstörungen litt, die durch massive Veränderungen des Sexualverhaltens seiner unter der Alzheimerschen Krankheit leidenden Frau verursacht wurden. Fedoroff, Peyser, Franz & Folstein (1994) berichteten über die hohe Rate von sexuellen Funktionsstörungen bei Huntington Patienten.

Depression. Depressionen sind nach den Demenzen die zweithäufigste psychische Störung im Alter (Helmchen et al. 1996; Henderson 1986), die sehr häufig mit Libidoverlust einhergeht. Bei Männern können primär sexuelle Funktionsstörungen sekundär Depressionen auslösen, deren Symptome bei erfolgreicher Behandlung der sexuellen Problematik verschwinden. Unglücklicherweise wird die Sexualität Älterer von Psychiatern häufig nicht exploriert (Liptzin 1984).

Medikamenteneinnahme. Die medikamentöse Behandlung ist bei chronischen Erkrankungen fast durchgängig unabwendbar, die häufig erhebliche Nebenwirkungen auf die Sexualität der Patienten hat. Antihypertensiva, Tranquilizer, Antidepressiva und viele andere Substanzen beeinflussen sexuelle Funktionsabläufe. Die meisten Störungen werden vermutlich durch Antihypertensiva verursacht, die zu Impotenz, Anorgasmie und Ejakulationsproblemen führen können (Segraves & Segraves 1992).

Institutionalisierung. Alten- und Pflegeheimbewohner sind ganz überwiegend chronisch krank und mehr oder minder auf ihre Pflegepersonen angewiesen (Baltes 1996). In diesen Institutionen sind sexuelle Verhaltensweisen durch drei Faktoren stark eingeschränkt: a) krankheitsbedingte Funktionsstörungen, b) Sanktionen durch das Pflegepersonal c) Mangel an Privatheit (Hodson & Skeen 1994; McCartney, Izemna, Rogers & Cohen 1987; Mulligan & Modigh 1991; White 1982). Dennoch haben institutionalisierte alte Menschen sexuelle Bedürfnisse, deren legitime Existenz durch verbesserte Aus- und Fortbildung den Pflegekräften zunehmend bewußter wird (Commons, Bohn, Godon, Hauser & Gutheil 1992; Hillman & Stricker 1994; White 1982).

Psychologische Aspekte

Die moderne Entwicklungspsychologie betont, daß sich Entwicklung nicht nur auf Kindheit und Jugend beschränkt, sondern über den gesamten Lebensverlauf stattfindet. Diese Lebensspannenperspektive konzeptualisiert Entwicklung als Zusammenwirken biologischer, kultureller und psychologischer Komponenten, indem das Individuum kontinuierlich über den Lebensverlauf mit seiner jeweiligen Umwelt interagiert. (Baltes 1990; Baltes, Reese & Lipsitt 1980).

Winn & Newton (1982) dokumentierten Beispiele von Einflüssen kultureller Erwartungen auf die Sexualität Älterer. Sie analysierten Daten des "Human Relations Area Files" über 106 präindustrielle und traditionelle Gesellschaften. Für 28 dieser Kulturen gab es Daten über die sexuellen Aktivitäten von Männern, die zu 70% keine Veränderungen sexuellen Verhaltens bis zum 75. Lebensjahr belegten. Befunde zur weiblichen Sexualität waren für 26 der 106 Gesellschaften dokumentiert. 84% dieser Daten zeigten kontinuierliche sexuelle Interessen und Aktivitäten alter Frauen, u.a. auch Geschlechtsverkehr mit jüngeren Männern. Diese Studie bietet erste Hinweise darauf, daß biologische Veränderungen nicht notwendigerweise zu einer Verringerung sexueller Interessen und Verhaltensweisen führen.

Kulturelle Einflüsse können sich während des Lebensverlaufs eines Menschen erheblich verändern. Die sich wandelnden gesellschaftlichen Normen in bezug auf sexuelle Ver-

haltensweisen soll anhand von 80 jährigen Probanden, die beispielsweise 1990 untersucht wurden, erläutert werden. Die Eltern dieser 1910 Geborenen wurden im Viktorianischen Zeitalter erzogen, was vermuten läßt, daß den Probanden in ihrer Kindheit und Jugend strenge gesellschaftliche Normvorstellungen hinsichtlich sexueller Verhaltensweisen vermittelt wurden. Masturbation wurde als schädlich angesehen und für anständige Frauen waren sexuelle Gefühle insgesamt tabuisiert. So verursachten Freuds Entdeckungen und Theorien insbesondere zur Sexualität von Kindern zu Beginn des Jahrhunderts in Wien einen Skandal (Freud 1964). Zwar gab es Perioden mit weniger restriktiven sexuellen Moralvorstellungen (z.B. im Berlin der 20er Jahre), aber insgesamt blieb das Thema Sexualität tabuisiert und schuld- und schambeladen. Beachtliche gesellschaftliche Veränderungen begannen mit den Pionierarbeiten von Kinsey und Kollegen (Institute for Sex Research 1953; Kinsey et al. 1948), gefolgt von Masters & Johnson (1966), die erstmals seriöse Informationen über sexuelle Reaktionen veröffentlichten. Ihre Arbeiten waren insbesondere für die Anerkennung weiblicher Sexualität außerordentlich bedeutsam. In den 60er Jahren wurde die Antibabypille auf den Markt gebracht, die ebenso wie Hippiebewegung und Studentenrevolte zu einer weiteren Liberalisierung der Sexualmoral führten. Die Bedrohung durch AIDS schränkte in den 80er Jahren die sexuellen Freiheiten wieder ein. Die erwähnten 80 jährigen Probanden wurden in ihrem Lebenslauf mit allen diesen unterschiedlichen Vorstellungen konfrontiert. Die Viktorianischen Moralvorstellungen werden für sie trotz aller Liberalisierung vermutlich ausschlaggebende Bedeutung haben, da diese zum Zeitpunkt ihrer sexuellen Identitätsentwicklung vorherrschten. Demzufolge könnten die heutigen Untersuchungsergebnissen zum Nachlassen sexueller Wünsche und Verhaltensweisen mit zunehmendem Alter auch ein Produkt früher Sozialisationserfahrungen und nicht nur biologischer Veränderungen sein (Traupmann 1984).

Kulturelle Einflüsse sind entscheidend für altersbezogene gesellschaftliche Erwartungen und Normen. Die moderne, westliche Welt ist durch Jugendzentrismus gekennzeichnet, der wesentlich mit sexuellen Vorstellungen gekoppelt ist. So werden Attribute wie attraktive, schlanke Körper, weiche Haut, Gesundheit, Energie, Karriereorientierung, Geld und Luxus hochgeschätzt, die alle direkt oder indirekt mit Jugend, sexueller Attraktivität und Potenz verbunden sind. Ältere Menschen sind mit der schwierigen Aufgabe konfrontiert, die Bedrohung ihres Selbstwerts durch diese gesellschaftlichen Wertschätzungen abzuwehren.

Ältere Homosexuelle leiden unter multiplen Vorurteilen und Stereotype. Diese Stereotype beinhalten beispielsweise, daß Homosexuelle hypersexuell, beziehungsunfähig oder extrem jugendorientiert seien (Pope & Schulz 1990). McDougall (1993) beschrieb diese Vorstellungen, aber auch Kohortenunterschiede zwischen jungen und alten Homosexuellen. So haben ältere Homosexuelle ihre Neigungen überwiegend verbergen müssen, während die Jüngeren von der gesellschaftlichen Liberalisierung durch die Schwulenund Lesbenbewegung profitierten. Cruikshank (1990) sichtete die gerontologische Literatur über Homosexuelle und kam zu der Schlußfolgerung, daß es überraschend viele gute Entwicklungsverläufe alternder Homosexueller gibt. Friend (1990) entwickelte eine Theorie "erfolgreichen Alterns" bei Homosexuellen. Er stellte die Hypothese auf, daß die vielfältigen Diskriminierungserfahrungen Homosexueller zu einem starken Ich führen würden, das den Anforderungen und Demütigungen des Alterns besser gewachsen wäre als das Ich von Heterosexuellen.

Für Frauen sind die kulturellen Einflüsse besonders bedrohlich, da alte Frauen den erotischen Standards der westlichen Gesellschaft zufolge als abstoßend gelten (Sontag 1972). Während Falten und graue Haare beim Mann als Zeichen von Erfahrung und Attraktivität gedeutet werden, sind sie für Frauen Symbole der vergehenden Jugend und Weiblichkeit. Die Heirat eines älteren Mannes mit einer jungen Frau gilt als selbstverständlich und zeigt seine Vitalität und Potenz, der umgekehrte Fall wird leicht als geschmacklos bis pathologisch beurteilt. Eine Beschreibung dieser kränkenden Realität für Frauen kann bei Thomas Mann nachgelesen werden. Er war über 70 Jahre alt als er die Geschichte einer 50jährigen Frau schrieb, die sich in einen jungen Mann verliebte. Mit seinem tiefen Verständnis für menschliche Konflikte beschrieb er Begehren, Restriktionen und schließlich den "Betrug durch die Natur", den diese Frau durchlebte (Mann 1953).

Männer sind ebenfalls mit kulturellen Pressionen konfrontiert. Männliche Identität und Maskulinität werden direkt mit sexueller Performanz verbunden. Bücher, Filme und Fernsehen transportieren ein "fantasy model of sex: It's two feet long, hard as steel, and can go all night" (Zilbergeld 1992: 30). Es wird erwartet, daß der Penis unabhängig von äußeren und inneren Umständen automatisch funktioniert. Ältere Männer, die stärkere Stimulation benötigen oder Erektionsschwächen verspüren, fühlen sich dadurch mitunter massiv in ihrer Identität bedroht. Ein 51jähriger formulierte es so: "You want to know how I feel, I'll tell you. I feel like an absolute nothing. I know I can satisfy her in other ways and I do, but that's not the point. I feel like shit, like the center has been taken out of me" (Zilbergeld, 1992: 36).

Da diese Phantasie männlicher Sexualität kulturell vermittelt wird, sind Frauen davon ebenso beeinflußt. Erektionsschwächen werden von Frauen deshalb häufig als Zurückweisung oder Beweis ihrer Unattraktivität mißinterpretiert. Da Frauen keine vergleichbaren Erfahrungen haben, wird die immense Bedrohung, die Erektionsschwächen für Männer bedeuten können, häufig nicht verstanden. Weibliche Identität wird durch sexuelle Funktionsstörungen nicht bedroht, da sie kulturell nicht an sexuelle Performanz gebunden ist. Darüber hinaus können Frauen sexuelle Gefühle vortäuschen und Geschlechtsverkehr ohne Erregung ausüben, Erektionsschwächen bei Männern sind hingegen immer offensichtlich.

Diese gemeinsamen und geschlechtsspezifischen kulturellen Erfahrungen haben erheblichen Einfluß auf die psychosexuelle Entwicklung und das Wohlbefinden Älterer (Rosenmayr 1995). Sowohl alternde Individuen als auch Paare haben verschiedene Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Peck (1956) beschrieb drei Phasen für das späte Erwachsenenalter a) Ich-Differenzierung versus Verhaftetbleiben in der Berufsrolle; b) Transzendenz des Körperlichen versus Verhaftetsein in körperlichen Beschwerden; c) Ich-Transzendenz versus Ich-Befangenheit. Die erste Phase bezieht sich auf die Bewältigung des Ausscheidens aus dem Berufsleben und besteht hauptsächlich aus der Aufgabe, andere Quellen als die Arbeit zur Erhaltung des Selbstwerts zu erschließen. Die zweite Phase bezieht sich auf die Bewältigung von Gesundheitsproblemen und körperlichem Abbau. Die letzte Phase ist der Konzeption von Erikson (1957) sehr ähnlich, der Ich-Integrität versus Verzweiflung als Ergebnisse der letzten psychosozialen Krise des Lebenslaufs beschrieb. Die Akzeptanz des eigenen, nunmehr unveränderbaren Lebens und des Todes sind die wichtigsten Herausforderungen dieser letzten Phase. Diese schwierigen Entwicklungsaufgaben sind eine Bedrohung des normalen Narzißmus und können zum psychischen Zusammenbruch führen (Eckert 1984; Kernberg 1977; Liptzin 1984). Erfreulicherweise belegen empirische Ergebnisse, daß die meisten alten Menschen diese Herausforderungen bewältigen und ein positives Selbstwertgefühl aufrecht erhalten können (Bengtson, Reedy & Gordon 1985; Costa et al. 1987; Staudinger, Freund, Linden & Maas 1996).

Intimität und vertrauensvolle Beziehungen sind besonders wichtig, um die Entwicklungsaufgaben des Alterns erfolgreich zu bewältigen (Weiss 1983, Lang & Carstensen 1998). Intrapsychische Veränderungen und Rollentransitionen sind zusätzliche Herausforderungen für alternde Partnerschaften wie beispielsweise das Eheleben ohne im Haushalt lebende Kinder oder die Berentung. Den Streß, den eine Pensionierung auch auf den Partner haben kann, kommentierte eine Frau folgendermaßen: "I married my husband for better or for worse, but not for lunch" (Leiblum & Segraves 1989: 377).

Die Lebensspannenperspektive menschlicher Entwicklung umfaßt auch die geschlechtsbezogene Identität sowie das Konzept zunehmender Androgynität, welches wichtige Implikationen sowohl für das Individuum als auch für die Dynamik von Paaren hat (Livson 1983). Jung (1933) argumentierte, daß die Rollenanforderungen des jungen Erwachsenenalters die Entwicklung unterschiedlicher Bereiche bei Männern und Frauen begünstige. Mit zunehmendem Alter können jedoch die jeweils unterdrückten weiblichen bzw. männlichen Anteile des Selbst in den Vordergrund treten.

Colarusso und Nemiroff (1981) vermuteten, daß durch Krankheit und Tod der Eltern ödipale Themen bei Älteren reaktiviert werden. Internalisierte Repräsentationen würden demnach zu einer Veränderung des Selbstkonzepts führen. Diese Persönlichkeitsveränderungen könnten die Sexualität dahingehend verändern, daß langfristige Beziehungen wichtiger als kurzfristige sexuelle Befriedigungen werden (Nadelson 1984).

Schließlich sind alternde Paare und Individuen durch chronische Krankheiten und Tod bedroht. Die Bewältigung der zunehmenden Verluste signifikanter Objektbeziehungen ist eine der schwierigsten Aufgaben des hohen Erwachsenenalters.

Besonderheiten der Therapie bei älteren Patienten

Grundsätzlich gibt es keine Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Patienten bei der Behandlung sexueller Funktionsstörungen. Allerdings sollten einige Faktoren bei alten Menschen besonders berücksichtigt werden. So müssen zunächst mögliche biologische und krankheitsbedingte Veränderungen sorgfältig abgeklärt werden. Weiterhin ist die Exploration der allgemeinen Lebensumstände unter Berücksichtigung kritischer Lebensereignisse wichtig. Schließlich ist die Reflexion von Erfahrungshintergründen und Wertvorstellungen verschiedener Kohorten außerordentlich bedeutsam, insbesondere wenn ein(e) jüngere(r) Therapeut(in) ein älteres Paar berät oder behandelt (Leiblum & Segraves 1989; LoPiccolo 1991). Dabei ist zu berücksichtigen, daß sich das Erleben sexueller Lust von einem gesellschaftlichen Tabu beinahe in eine permanente Anforderung verwandelt hat (Vandereycken 1987). Die Etablierung und Einhaltung neuer Verhaltensnormen kann keinesfalls Ziel einer Behandlung sein, sondern die Erfüllung individueller bzw. paarbezogener Wünsche und Bedürfnisse sollten im Zentrum des Bemühens stehen. Kaplan (1990) bilanzierte ihre Erfahrungen mit vielen älteren Paaren dahingehend, daß diese physiologische und krankheitsbedingte Veränderungen erfolgreich bewältigen können. Voraussetzung ist jedoch eine gute und vertrauensvolle Partnerschaft, sexuelle Offenheit und die Abwesenheit schwerwiegender innerer Konflikte. Sie beschrieb für häufig auftretende Probleme folgende Bewältigungsstrategien, die sich als hilfreich erwiesen haben:

Verringerte Appetenz. Dieses Problem, das in einem oder beiden Partnern auftreten kann, ist mit Phantasien oder Anregungen durch Erotika lösbar. In begründeten Fällen hilft die Gabe von Testosteron. Mögliche zugrundeliegende Depressionen oder Substanzmißbrauch (Alkohol, Medikamente) müssen diagnostiziert und gegebenenfalls behandelt werden.

Erregungsschwäche/verzögerte Lubrikation. Diese Schwierigkeiten können mit verlängerter Stimulation, gegebenenfalls unter Zuhilfenahme von Phantasien oder Erotika, bewältigt werden. Es wird empfohlen, sexuelle Aktivitäten morgens zu entfalten, da sich das morgendliche, höhere Testosteronniveau bei Männern positiv auswirkt.

Vaginale Austrocknung und Atrophie; Dyspareunia. Die Verwendung von Gleitflüssigkeit vor dem Koitus, mitunter in Kombination mit Estrogengabe hat sich bewährt. Regelmäßiger Geschlechtsverkehr und unter Umständen die Verwendung von Dilatatoren vermindern diese Schwierigkeiten.

Schwache männliche Erektionen. Es werden Koituspositionen, die die Penetration erleichtern, sowie manuelle und orale Praktiken geraten.

Verlängerte männliche Refraktärzeit. Die Paare sollten darüber informiert werden, daß dies eine normale biologische Veränderung ist, die zu einer Verringerung der Koitushäufigkeit führt. Die Bedeutung von Qualität versus Quantität der sexuellen Begegnungen sollte mit dem Paar erörtert werden.

Mobilitätseinschränkungen und Schmerzen. Die Einnahme von Schmerztabletten oder ein heißes Bad kann Schmerzen und Spannungen beeinflussen. Seitenpositionen beim Koitus sind für die Betroffenen häufig bequemer und deshalb zu bevorzugen.

Grundsätzlich sollte die Beratung und Behandlung sexueller Störungen vorsichtig und taktvoll sein. Häufig genügt Informationsvermittlung über altersbedingte Veränderungen oder die "Erlaubnis" für neue Erfahrungen, z.B. neue Positionen, manuelle oder orale Stimulation, gemeinsames Phantasieren. Kohortenunterschiede bedenkend, sollte der/die Therapeut(in) zunächst das Wertesystem und Schamgefühle explorieren, bevor Ratschläge gegeben werden, die die Klienten möglicherweise verletzen. So können Masturbation, oraler Sex oder die Verwendung eines Vibrators vertraute Praktiken für Therapeuten sein, jedoch nicht unbedingt für ältere Klienten.

Mitunter liegen auch bei älteren Patienten sexuellen Funktionsstörungen tiefere Konflikte zugrunde. So kann beispielsweise die letzte große psychosoziale Krise sensu Erikson zu sexuellen Problemen führen (Fagan, Meyer & Schmidt 1986). In diesen Fällen sollte eine Psychotherapie erwogen werden, denn entgegen vielfältiger Vorurteile von Psychotherapeuten aller Schulen kann Psychotherapie auch bei alten Menschen sehr erfolgreich sein. Hierzu ist es allerdings notwendig, daß die Psychotherapeuten über historisches und gerontologisches Wissen verfügen und sich vor allem der besonderen Übertragungs- Gegenübertragungsproblematik bewußt sind (Apfel, Fox, Isberg & Levine 1984; Radebold 1992; Smyer, Zarit & Qualls 1990; Zank & Niemann-Mirmehdi 1998; Zank in press).

Abschließende Bemerkungen

Eine Zusammenfassung und kritische Würdigung aller bisherigen Befunde zur Sexualität im Alter ergibt, daß sich altersbezogene Veränderungen nachweisen lassen. Sexuelles Interesse und Verhalten sind jedoch durch eine komplexe Interaktion von biologischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Faktoren verursacht, wobei die individuelle Biographie mit ihren einzigartigen Erfahrungen eine besondere Rolle spielt. Die Daten zeigen einerseits, daß gesunde Menschen bis ins hohe Alter befriedigende Sexualität erleben können. Andererseits nehmen sexuelle Funktionsstörungen insbesondere durch chronische Erkrankungen und ihre Behandlung zu.

Abschließend soll nochmals darauf hingewiesen werden, daß sich die bisherige Forschung selten mit den sexuellen Lebenswelten von Frauen beschäftigt hat (eine Ausnahme sind die Arbeiten von Kirsten von Sydow (1992a, 1992b, 1993). Starr (1985) erwartet Veränderungen dieser Lebenswelten und spricht von einer neuen Sexualität, die Frauen (und Männer) vom Diktat des Geschlechtsverkehrs und den damit verbundenen Erektionsanforderungen erlösen soll. Masturbation, Affären mit jüngeren Partnern und homosexuelle Kontakte könnten die sexuellen Möglichkeiten alter Frauen erweitern, deren Hauptproblem in der mangelnden Verfügbarkeit von Partnern liegt. Daß diese Vorstellungen nicht völlig utopisch sind, belegen erste Einzelfallbeschreibungen (Daimler 1991)

Anmerkungen

* Teile dieses Artikels wurden aus einer englischsprachigen Publikation (Zank 1998) übernommen und neu bearbeitet

Literatur

- Adams, C. G.; Turner, B. F.: Reported change in sexuality from young adulthood to old age. The Journal of Sex Research. 1985; 21: 126-141.
- Antonovsky, H.; Sadowsky, M.; Maoz, B: Sexual activity of aging men and women: An Israeli study. Behavior, Health, and Aging. 1990; 1: 151-161.
- Apfel, R. J.; Fox, M.; Isberg, R. S.; Levine, A. R.: Countertransference and transference in couple therapy: Treating sexual dysfunction in older couples. Journal of Geriatric Psychiatry. 1984; 17: 203-214.
- Aresin, L.: Sexualverhalten nach dem 60. Lebensjahr. Zeitschrift für Alternsforschung. 1980; 35: 55ff. Bachmann, G. A.; Leiblum, S. R.: Sexuality in sexagenarian women. Maturitas. 1991; 13: 43-50.
- Baltes, M. M.: The many faces of dependency in old age. Cambridge: Cambridge University Press 1996.
- Baltes, P.B.: Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. Psychologische Rundschau. 1990; 41: 1-24.
- Baltes, P. B.; Baltes, M. M. (eds): Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge, MA: Cambridge University Press 1990.
- Baltes, P.B.; Baltes, M.M.: Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: P.B. Baltes, J. Mittelstrass & U. Staudinger (Hg) Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin: de Gruyter, 1994: 1-34.
- Baltes, P. B.; Reese, H. W.; Lipsitt, L. P.: Life-span developmental psychology. Annual Review of Psychology. 1980, 31: 65-110.
- Bengston, V. L.; Reedy, M. N.; Gordon, C.: Aging and self-conceptions: Personality processes and social contents. In: Birren, J.E.; Schaie, K.W. (eds) Handbook of the psychology of aging. New York: Van Nostrand Reinhold, 1985: 544-593.

- Bergström-Walan, M.-B.; Nielsen, H. H.: Sexual expression among 60-80-year-old men and women: A sample from Stockholm, Sweden. The Journal of Sex Research. 1990; 27: 289-295.
- Bernhard, L.: Methodology issues in studies of sexuality and hysterectomy. The Journal of Sex Research. 1986; 22: 108-128.
- Birren, J. E.; Schaie, K. W. (eds) Handbook of the psychology of aging. New York: Van Nostrand Reinhold 1985.
- Brähler, E.; Unger, U.: Sexuelle Aktivität im höheren Lebensalter im Kontext von Geschlecht, Familienstand und Persönlichkeitsaspekten- Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. Zeitschrift für Gerontologie. 1994; 27: 110-115.
- Brecher, E. M.: Love, sex and aging: A Consumer Union Report. Boston: Little Brown & Comp. 1984. Bretschneider, J. G.; McCoy, N. L.: Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. Archives of Sexual Behavior. 1988; 7: 109-129.
- Burgener, S.; Logan, G.: Sexuality concerns of the post-stroke patient. Rehabilitation Nursing. 1989; 14: 178-181.
- Byers, J. P.: Sexuality and the elderly. Geriatric Nursing. 1983, 4: 293-297.
- Capuzzi, D.: Sexuality and aging: An overview for counselors. Personnel and Guidance Journal: 1982; 61: 31-35.
- Christenson, C.; Johnson, A. B.: Sexual patterns in a group of older never married women. Journal of Geriatric Psychiatry. 1973; 6: 80-98.
- Colarusso, C.; Nemiroff, R.: Adult Development: A new dimension in psychodynamic theory and practice. New York: Plenum 1981.
- Commons, M. L.: Bohn, J. T.; Godon, L. T.; Hauser; M. J.; Gutheil, T. G.: Professional's attitudes towards sex between institutionalized patients. American Journal of Psychotherapy. 1992; 46: 571f.
- Corby, N.; Zarit, J. M.: Old and alone: The unmarried in later life. In: Weg, R.B. (ed) Sexuality in the later years. Roles and behavior. New York: Academic Press, 1983: 131-145.
- Costa, P. T., Jr.; Zondermann, A. B.; McCrae, R. R.; Cornoni-Huntley, J.; Locke, B. Z.; Barbano, H. E.: Longitudinal analyses of psychological well-being in a national sample: Stability of mean levels. Journal of Gerontology. 1987; 42: 50-55.
- Cruikshank, M.: Lavender and gray: A brief survey of lesbian and gay aging studies. Journal of Homosexuality. 1990; 20: 77-87.
- Daimler, R.: Verschwiegene Lust. Frauen über 60 erzählen von Liebe und Sexualität. Köln: Kiepenheuer & Witsch 1991.
- Dennerstein, L.; Smith, A. M. A.; Morse, C. A.; Burger, H. G.: Sexuality and the menopause. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. 1994; 15: 59-66.
- Denney, N. W.; Field, J. K.; Quadagno, D.: Sex differences in sexual needs and desires. Archives of Sexual Behavior. 1984; 13: 233-245.
- Eckert, J. W.: "Clinical perspectives on sexuality in older patients": Discussion. Journal of Geriatric Psychiatry. 1984; 17: 183-188.
- Eicher W.: Hysterektomie und Sexualität (I). Eine Standortbestimmung. Sexualmedizin, 1994a; 5: 144-148.
- Eicher W.: Hysterektomie und Sexualität (II). Eine Standortbestimmung. Sexualmedizin, 1994b; 6: 176-180
- Erikson, E. H.: Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Klett-Cotta 1957.
- Fagan, P. J.: Meyer, J. K.; Schmidt, C. W.: Sexual dysfunction within an adult developmental perspective. Journal of Sex and Marital Therapy. 1986; 12: 243-257.
- Fedoroff, J. P.; Peyser, C.; Franz, M. L.; Folstein, S. E.: Sexual disorders in Huntington's disease. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. 1994; 6: 147-153.
- Fooken, I.: Sexuality in later years: The impact of health and body image in a sample of older women. Patient Education and Counseling. 1994; 23: 227-233.
- Freud, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Gesammelte Werke. Band V. Frankfurt /M.: Fischer. 1964: 27-145 (Erstpublikation 1905).
- Friend, R. A.: Older lesbian and gay people: A theory of successful aging. Journal of Homosexuality. 1990; 20: 99-118.

- Garza, J. M.; Dressel, P. L.: Sexuality and later-life marriages. In: T. H. Brubaker (ed) Family relationships in later life. Beverly Hills: Sage, 1983: 91-108.
- Gatz, M.: Adult development and aging: Growing older in a contingent and noncontingent world. Presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy annual convention. Boston, Mass. 1987.
- Gendel, E. S.: Self esteem and sexuality in older patients with cancer. Frontiers of radiation therapy and oncology. 1986; 20: 166-172.
- Genevay, B.: In praise of older women. In: Kirkpatrick, M. (ed) Women's sexual experience. Explorations of the dark continent. New York: Plenum, 1982: 87-101.
- George, L. K.; Weiler, S. J.: Sexuality in middle and late life: The effects of age, cohort and gender. Archives of General Psychiatry: 1981; 38: 919-923.
- Goldstein, M. K.; Teng, N. N. H.: Gynecological factors in sexual dysfunction of the older women, Clinics in Geriatric Medicine. 1991; 7: 41-61.
- Greeley, A. M.: Janus report. Contemporary Sociology. Forthcoming 1994.
- Gupta, K.: Sexual dysfunction in elderly women. Clinics in Geriatric Medicine. 1990; 6: 197-203.
- Hagstad, A.: Gynecology and sexuality in middle-aged women. Women and Health, 1988; 13: 57-80. Hagstad, A.; Janson, P. O.: Sexuality among Swedish women around forty: An epidemiological sur-
- vey. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. 1984; 3: 191-203.

 Helmchen, H.; Baltes, M. M.; Geiselmann, B.; Kanowski, S.; Linden, M.; Reischies, F. M.; Wagner,
- M.; Wilms, H.-U.: Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer, K.U.; Baltes, P.B. (Hg) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 1996: 185-219.

 Helmström, L.: Lundberg, P.O.: Sörbom, D.: Bäckstrom, T.: Sexuality after hysterectomy: A factor
- Helmström, L.; Lundberg, P. O.; Sörbom, D.; Bäckstrom, T.: Sexuality after hysterectomy: A factor analysis of women's sexual lives before and after subtotal hysterectomy. Obstetrics and Gynecology. 1993; 81: 357-362.
- Henderson, A. S.: Epidemiology of Mental Illness. In: Häfner, H.; Moschel, G.; Sartorius, N. (eds) Mental Health in the Elderly. A Review of the Present State of Research. Berlin: Springer-Verlag, 1986: 29-34.
- Hermanova, H. M.: Human sexuality and aging. In: Bergener, M.; Lehr, U.; Lang, E.; Schmitz- Scherzer, R. (eds) Aging in the eighties and beyond. New York: Springer, 1983: 324-332.
- Hillman, J. L.; Stricker, G.: A linkage of knowledge and attitudes toward elderly sexuality: Not necessarily a uniform relationship. The Gerontologist. 1994; 34: 256-260.
- Hite, S.: The Hite report. New York: Dell 1976.
- Hodson, D. S.; Skeen, P.: Sexuality and aging: The hammerlock of myths. Journal of Applied Gerontology. 1994; 13: 219-235.
- Institute for Sex Research: Sexual behavior in the human female. Philadelphia: W. B. Saunders 1953. Janus, S. S.; Janus, C. L.: TheJanus report on sexual behavior. New York: John Wiley & Sons, Inc. 1993
- Jung, C. G.: Modern Man in Search of a Soul. New York: Harcourt, Brace 1933.
- Kaplan, H.S.: Sex, intimacy, and the aging process. Journal of the American Academy of Psychoanalysis. 1990; 18: 185-205.
- Kaplan, H. S.: A neglected issue: The sexual side effects of current treatments for breast cancer. Journal of Sex and Marital Therapy. 1992; 18: 3-19.
- Kay, B.; Neelley, J. N.: Sexuality and aging: A review of current literature. Sexuality and Disability. 1982; 5: 38-46.
- Kellett, J. M.: Sexuality in later life. Reviews in Clinical Gerontology. 1993; 3: 309-314.
- Kernberg, O. F.: Normal psychology of the aging process revisited-II. Discussion. Journal of Geriatric Psychiatry. 1977; 10: 27-45.
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. R.: Sexual behavior in the human male. Philadelphia: W. B. Saunders 1948.
- Kirkpatrick, M.: Women's sexual development: Explorations of inner space. New York: Plenum 1980. Klassen, A. D.; Williams, C. J.; Levitt, E. E.: Sex and morality in the U. S. An empirical inquiry un-
- der the auspices of the Kinsey institute. Middletown, Connecticut: Wesleyan Univ. Press 1989. Kruse, A.: Psychologie des Alters. In: Kisker, K.-P.; Lauter, H.; Meyer, J.E.; Müller, C.; Strömgren,

E. (eds) Psychiatrie der Gegenwart 8, Alterspsychiatrie. Berlin: Springer-Verlag, 1989: 1-58.

Lang, F.R.; Carstensen, L.L. Social relationships in late life. In: Bellack, A.S., Hersen, M. (eds) Comprehensive Clinical Psychology (Vol. 7). Oxford: Pergamon, 1998: 55-72.

Laumann, E. O.; Gagnon, J. H.; Michael, R. T.; Michels, S.: The social organization of sexuality. Sexual practices in the United States. Chicago: The University of Chicago Press 1994.

Lauritzen, C. (Hg): Altersgynäkologie. Die ältere Frau in der gynäkologischen Sprechstunde: Prävention, Therapie und Beratung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag 1997.

Laws, J. L.: Female sexuality through the life- span. In: Baltes, P.B.; Brim, O.G. (eds) Life-span development and behavior. New York: Academic Press, 1980: 207-252.

Lehr, U.; Thomae, H. (Hg): Formen seelischen Alterns: Ergebnisse der Bonner Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Enke 1987.

Leiblum, S. R.: Sexuality and the mid-life woman. Special issue: Women at midlife and beyond. Psychology of Women Quarterly. 1990; 14: 495-508.

Leiblum, S. R.; Rosen, R. C. (eds): Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990s. New York: The Guilford Press 1989.

Leiblum, S. R.; Segraves, R. T.: Sex therapy with aging adults. In: Leiblum, S.R.; Rosen, R.C. (eds) Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990s. New York: The Guilford Press, 1989: 352-381.

Libman, E.: Sociocultural and cognitive factors in aging and sexual expression: Conceptual and research issues. Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne. 1989; 30: 560-567.

Liptzin, B.: Clinical perspectives on sexuality in older patients. Journal of Geriatric Psychiatry; 1984, 17: 167-188.

Litz, B. T.; Zeiss, A. M.; Davies, H. D.: Sexual concerns of male spouses of female Alzheimer's disease patients. The Gerontologist. 1990; 30: 113- 116.

Livson, F. B.; Gender Identity: A life-span view of sex-role development. In: Weg, R.B. (ed) Sexuality in the later years: Roles and Behavior. New York: Academic Press, 1983: 105-127.

LoPiccolo, J.: Counseling and therapy for sexual problems in the elderly. Clinics in Geriatric Medicine. 1991; 7: 161-179.

Ludeman, K.: The sexuality of the older person: Review of the literature. The Gerontologist. 1981; 21: 203-208.

Luria, Z.; Meade, R. G.: Sexuality in the middle-aged woman. In: Baruch, G.; Brooks-Gunn (eds) Women in mid-life. New York: Plenum, 1984: 371-397.

Majerovitz, S. D.; Revenson, T. A.. Sexuality and rheumatic disease: The significance of gender. Arthritis- Care Research. 1994; 7: 29-34.

Malatesta, V. J.; Chambless, D. L.; Pollack, M; Cantor, A.: Widowhood, sexuality and aging: A life span analysis. Journal of Sex and Marital Therapy. 1988, 14: 49-62.

Mann, T.: Die Betrogene. In: Mann, T. Gesammelte Werke. Bd. 8. Frankfurt/M.: S. Fischer 1953.

Masters, W. H.; Johnson, V. E.: Human sexual response. Boston: Little, Brown 1966.

Masters, W. H.; Johnson, V. E.: Sex and the aging process. Journal of the American Geriatrics Society. 1981; 19: 385-390.

Mayer, K. U.; Baltes, P. B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag 1996.

McCartney, J. R.; Izeman, H.; Rogers, D.; Cohen, N.: Sexuality and the institutionalized elderly. Journal of the American Geriatric Society. 1987; 35: 331-333.

McConaghy, N.: Sexual behavior: Problems and management. New York: Plenum Press 1993.

McCoy, N. L.; Davidson, J. M.: A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality. Maturitus. 1985; 7: 203-210.

McDougall, G. J.: Therapeutic issues with gay and lesbian elders. Special issue: The forgotten aged: Ethnic, psychiatric and societal minorities. Clinical Gerontologist. 1993; 14: 45-57.

Mooradian, A. D.: Geriatric sexuality and chronic diseases. Clinics in Geriatric Medicine. 1991; 7: 113-131.

Morley, J. E.. Endocrine factors in geriatric sexuality. Clinics in Geriatric Medicine. 1991; 7: 85-93.

Morley, J. E.; Kaiser, F. E.: Sexual function with advancing age. Medical Clinics of North America. 1989; 73: 1483-1495.

- Mulligan, T.; Modigh, A.: Sexuality in dependent living situations. Clinics in Geriatric Medicine. 1991; 7: 153-160.
- Mulligan, T.; Moss, C. R.: Sexuality and aging in male veterans: A cross- sectional study of interest, ability, and activity. Archives of Sexual Behavior. 1991; 20: 17-25.
- Myers, L. S.: Methodological review and meta-analysis of sexuality and menopause research. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 1995; 19: 331-341.
- Nadelson, C. C.: Geriatric Sex Problems: Discussion. Journal of Geriatric Psychiatry. 1984; 17: 139-148.
- Newman, A. S.; Bertelson, A. D. Sexual Dysfunction in Diabetic Women. Journal of Behavioral Medicine. 1986; 9: 261-270.
- O' Donohue, W. T.: The sexual behavior and problems of the elderly. In: Carstensen, L.; Edelstein, B. (eds.) Handbook of clinical gerontology. New York, Oxford: Pergamon, 1987: 66-75.
- Peck, R. C.: Psychological developments in the second half of life. In: Neugarten, B.L. (ed) Middle age and aging. Chicago: University of Chicago Press, 1956: 88-92.
- Persson, G.: Sexuality in a 70- year -old urban population. Journal of Psychosomatic Research. 1980; 24: 335-342.
- Pfeiffer, E.; Davis, G. C.: Determinants of sexual behavior in middle and old age. Journal of the American Geriatrics Society. 1972; 20: 151-158.
- Pfeiffer, E.; Verwoerdt, A.; Davis, G. C.: Sexual behavior in middle life. American Journal of Psychiatry. 1972; 128: 1262-1267.
- Pfeiffer, E.; Verwoerdt, A.; Wang, H. S.: Sexual behavior in aged men and women. Observations on 254 community volunteers. Archives of General Psychiatry. 1968; 19: 753-758.
- Pfeiffer, E.; Verwoerdt, A.; Wang, H. S.: The natural history of sexual behavior in a biologically advantaged group of aged individuals. Journal of Gerontology. 1969; 24: 193-198.
- Pope, M.; Schulz, R.: Sexual attitudes and behavior in mid-life and aging homosexual males. Journal of Homosexuality. 1990; 20: 169-177.
- Radebold, H.: Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Berlin: Springer-Verlag 1992.
- Rappoport, L.: Aging as oppression. Human Development. 1977; 20: 204-209.
- Relf, M. V.: Sexuality and the older bypass patient. Geriatric Nursing. 1991; 12: 294-296.
- Renshaw, D. C.: Sex, intimacy, and the older woman. Women and Health. 1983; 8: 43-54.
- Robinson, P. K.: The sociological perspective. In: Weg, R.B. (ed) Sexuality in the later years. New York, London: Academic Press, 1983: 81-103.
- Rosenmayr, L.: Eros und Liebe im Alter. In: Baltes, M.M.; Montada, L. (Hg) Produktives Leben im Alter. Campus: Frankfurt, 1995: 258-289.
- Roughan, P. A.; Kaiser, F. E.; Morley, J. E.: Sexuality and the older women. Clinics in Geriatric Medicine. 1993; 9: 87-106.
- Sarrel, P. M.: Sexuality and menopause. Obstetrics and Gynecology. 1990; 75: 26S-35S.
- Schiavi, R. C.: Sexuality and aging in men. Annual Review of Sexual Research. 1990; 1: 227-249.
- Schiavi, R. C.; Mandeli, J.; Schreiner- Engel, P.: Sexual satisfaction in healthy aging men. Journal of Sex & Marital Therapy. 1994; 20: 3-13.
- Schiavi, R. C.; Mandeli, J.; Schreiner Engel, P.; Chambers, A.: Aging, sleep disorders, and male sexual function. Biological Psychiatry. 1991; 30: 15-24.
- Schiavi, R. C.; Schreiner Engel, P.; White, D.; Mandeli, J.: The relationship between pituitary gonadal function and sexual behavior in healthy aging men. Psychosomatic Medicine. 1991; 53: 363-374
- Schiavi, R. C.; Segraves, R. T.: The biology of sexual function. Psychiatric Clinics of North America: Clinical Sexuality. 1995; 18: 7-23.
- Schneider, H. D.: Sexualverhalten in der zweiten Lebenshälfte: Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Forschung. Stuttgart: Kohlhammer 1980.
- Schover, L.: Sexuality and cancer: For the man who has cancer and his partner. New York: American Cancer Society 1988a.
- Schover, L.: Sexuality and cancer: For the woman who has cancer and her partner. New York: American Cancer Society 1988b.

- Schover, L. R.: Sexual problems in chronic illness. In: Leiblum, S.R.; Rosen, R.C. (eds) Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990s. New York: The Guilford Press, 1989: 319-351.
- Schover, L. R: Erectile failure and chronic illness. In: Rosen, R.C.; Leiblum, S.R. (eds) Erectile disorders: Assessment and treatment. New York: The Guilford Press, 1992: 341-367.
- Schover, L. R.; Evans, R. B.; Von Eschenbach, A. C.: Sexual rehabilitation in a cancer center: Diagnosis and outcome in 384 consultations. Archives of Sexual Behavior. 1987; 16: 445-461.
- Schover, L. R.; Schain, W. S.; Montague, D. K.: Sexual problems of patients with cancer. In: DeVita, V.T.; Hellman, S., Rosenberg, S.A. (eds) Cancer: principles and practice of oncology. Philadelphia: Lippincott, 1989: 2206-2225.
- Segraves, R. T.; Segraves, K. B.: Aging and drug effects on male sexuality. In Rosen, R.C.; Leiblum, S.R. (eds) Erectile disorders: Assessment and treatment. New York: The Guilford Press, 1992: 96-138.
- Shell, J. A.; Smith, C. K.: Sexuality and the older person with cancer. Oncology Nursing Forum. 1994; 21: 553-558.
- Sjögren, K.; Damber, J.-E.; Liliequist, B.: Sexuality after stroke with hemiplegia. I: Aspects of sexual dysfunction. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine. 1983; 15: 55-61.
- Smyer, M. A.; Zarit, S. H.; Qualls, S. H.: Psychological intervention with the aging individual. In: Birren, J.E.; Schaie, K.W. (eds) Handbook of the Psychology of Aging. San Diego: Academic Press, 1990: 375-403.
- Sontag, S.: The double standard of aging. Saturday review. 1972; 55: 29-38.
- Speckens, A. E. M.; Hengeveld, M. W.; Lycklama à Nijeholt, G.; van Hemert, A. M.; Hawton, K. E.: Psychosexual functioning of partners of men with presumed non- organic erectile dysfunction: Cause or consequence of the disorder? Archives of Sexual Behavior. 1995; 24: 157-172.
- Spence, S. H.: Psychosexual dysfunction in the elderly. Behaviour Change. 1992; 9: 55-64.
- Starr, B. D.: Sexuality and aging. Annual Review of Gerontology and Geriatrics. 1985; 5: 97-126.
- Starr, B. D.; Weiner, M. B.: The Starr- Weiner report on sex and sexuality in the mature years. New York: McGraw-Hill 1981.
- Staudinger, U. M.; Freund, A. M.; Linden, M.; Maas, I.: Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In: Mayer, K.U.; Baltes, P.B. (Hg) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 1996: 321-350.
- Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M.: Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer, K.U.; Baltes, P.B. (Hg) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 1996: 151-183.
- Sviland, M.: Sexuality and intimacy in later life. In: Kastenbaum, R. (ed) Old age in the new scene. New York: Springer, 1981: 15-26.
- Von Sydow, K.: Weibliche Sexualität im mittleren und höheren Erwachsenenalter: Übersicht über vorliegende Forschungsarbeiten. Zeitschrift für Gerontologie. 1992a; 25: 113-127.
- Von Sydow, K.: Eine Untersuchung zur weiblichen Sexualität im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Zeitschrift für Gerontologie. 1992b; 25: 105-112.
- Von Sydow, K.: Lebenslust: Weibliche Sexualit\u00e4t von der fr\u00fchen Kindheit bis ins hohe Alter. Huber, Bern 1993.
- Thienhaus, O. J.: Practical overview of sexual function and advancing age. Geriatrics. 1988; 43: 63-
- Thomas, L. E.: Sexuality and aging: Essential vitamin or popcorn? The Gerontologist. 1982; 22: 240-
- Traupmann, J.: Does sexuality fade over time? A look at the question and the answer. Journal of Geriatric Psychiatry. 1984; 17: 149-159.
- Tümmers, H.: Sozialpsychologische Aspekte der Sexualität im Alter. Köln: Bühlau 1976.
- Turner, B. F.; Adams, C. G.: The sexuality of older women. In: Markson, E.W. (ed) Older women-Issues and perspectives. Lexington: Lexington, 1983: 55-72.
- Verwoerdt, A.; Pfeiffer, F.; Wang, H. S.: Sexual behavior in senescence. I. Changes in sexual activity and interest of aging men and women. Journal of Geriatric Psychiatry. 1969a; 2: 163-180.
- Verwoerdt, A.; Pfeiffer, F.; Wang, H. S.: Sexual behavior in senescence. II. Patterns of sexual activity and interest. Geriatrics. 1969b; 24: 137-154.

- Weg, R. B. (ed): Sexuality in the later years: Roles and behavior. New York: Academic Press 1983.
- Weiler, S. J.: Aging and sexuality and the myth of decline. In: Fogel, R.W.; Hatfield, E.; Kiesler, S.B.; Shanas, E. (eds) Aging: Stability and change in the family. New York: Academic Press, 1981: 317-327.
- Weiss, L. J.: Intimacy and Adaptation. In: Weg, R.B. (ed) Sexuality in the later years: Roles and behavior. New York: Academic Press, 1983: 147-166.
- Weiss, J. N., & Mellinger, B. C.: Sexual dysfunction in elderly men. Clinics in Geriatric Medicine. 1990; 6: 185-196.
- Weissbach- Rieger, A., ; Franke, B.: Partnerbeziehung, Sexualität und Sexualverhalten bei älteren Frauen und Männern nach dem 55. Lebensjahr (1.+2. Mitteilung). Zeitschrift für Alternsforschung. 1987a: 42: 203-209.
- Weissbach- Rieger, A.; Franke, B.: Partnerbeziehung, Sexualität und Sexualverhalten bei älteren Frauen und Männern nach dem 55. Lebensjahr (3. Mitteilung). Zeitschrift für Alternsforschung. 1987b; 42: 211-213.
- Weizmann, R.; Hart, J.: Sexual behavior in healthy married elderly men. Archives of Sexual Behavior. 1987; 16: 39-44.
- White, C. B.: Sexual interest, attitudes, knowledge, and sexual history in relation to sexual behavior in the institutionalized aged. Archives of Sexual Behavior. 1982, 11; 11-21.
- Wickert, J.: Partnerschaft im Alter. Auswertung der Ergebnisse einer Längsschnittstudie (Berichte aus dem Institut für Psychologie). Köln: Universität Köln, Erziehungswissenschaftliche Fakultät 1983.
- Winn, R. L.,; Newton, N.: Sexuality in aging: A study of 106 cultures. Archives of Sexual Behavior. 1982; 11: 283-298.
- Wise, T. N.: Sexuality in the aging individual: A biopsychosocial perspective. Issues in the Geriatric Psychiatry. 1989, 19: 53-66.
- Wise, T. N.; Epstein, S.; Ross, R.: Sexual issues in the medically ill and aging. Psychiatric Medicine. 1992; 10: 169-180.
- Wolf, A.: Beschwerden der Wechseljahre und Altersveränderungen an Urogenitale und Mammae. In: Lauritzen, C. (Hg) Altersgynäkologie. Die ältere Frau in der gynäkologischen Sprechstunde: Prävention, Therapie und Beratung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1997: 89-101.
- Zank, S.: Sexuality. In: Bellack, A.S., Hersen, M. (eds) Comprehensive Clinical Psychology (Vol. 7). Oxford: Pergamon, 1998: 73-93.
- Zank, S.: Psychotherapy and aging: Results of two empirical studies between psychotherapists and elderly people. Psychotherapy: in press.
- Zank, S.; Baltes: Sexualität. In: Lauritzen, C. (Hg) Altersgynäkologie. Die ältere Frau in der gynäkologischen Sprechstunde: Prävention, Therapie und Beratung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1997: 103-111.
- Zank, S.; Niemann-Mirmehdi, M.: Psychotherapie im Alter: Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten. Zeitschrift für klinische Psychologie. 1998; 27: 125-129.
- Zemel, P: Sexual dysfunction in the diabetic patient with hypertension. The American Journal of Cardiology. 1988, 61: 27-33.
- Zilbergeld, B.: The man behind the broken penis: Social and psychological determinants of erectile failure. In: Rosen, R.C.; Leiblum, S.R. (eds) Erectile disorders: Assessment and treatment. New York: The Guilford Press, 1992: 27-51.

Anschrift der Autorin

Dr. Susanne Zank, Freie Universität Berlin, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Psychiatrische Klinik und Poliklinik. Abteilung für Gerontopsychiatrie, Forschungsgruppe für Psychologische Gerontologie, Nußbaumallee 38, 14050 Berlin; e-mail: fu03c2bh@zedat.fu-berlin.de

Das prämenstruelle Syndrom als affektive Erkrankung?

Can Premenstrual Distress (PMD) be an Affective Disorder?

O. Jürgensen

Zusammenfassung:

Unter Berücksichtigung vorwiegend amerikanischer Literatur der achtziger und neunziger Jahre wird das bisherige Verständnis des PMS als eines diffusen psychosomatischen Syndroms hinterfragt. Endokrine und psychiatrische Befunde scheinen darauf hinzuweisen, daß das PMS in den Formenkreis affektiver Störungen gehören könnte. Die klinische Abgrenzung schwerer Formen von manifesten Psychosen ist weiter schwierig. Jedoch gibt es Hinweise auf gemeinsame biochemische Nenner besonders bei der serotonergen Neurotransmission, welche die fließenden Übergänge beider Krankheitsbilder erklären könnten. Schlüsselwörter: Prämenstruelles Syndrom (PMS), affektive Störungen, Depression, Psychose, Antidepressiva, Serotoninhypothese, Endorphinhypothese

Summary:

According to the American literature of the eighties and especially the nineties premenstrual distress (PMD) can no longer be considered a merely functional psychosomatic condition. There is increasing evidence that PMD might represent an affective disorder. In some cases it seems difficult to distinguish between severe PMD and psychosis. There is evidence of common biochemical pathways within cerebral serotonergic transmission which might explain the similarity between those two conditions.

Keywords: Premenstrual distress (PMD), Premenstrual depression, Psychosis, Major depression, Affective disorder, ß-endorphin, Serotonin, Antidepressants

Auch fast 70 Jahre nach der Erstbeschreibung durch Frank 1931 erscheint die nosologische Zuordnung des prämenstruellen Syndroms (PMS) schwierig: Leichte und mittelschwere Fälle gehören zum gynäkologischen Praxisalltag: Frauen im Reproduktionsalter klagen über Völlegefühl, Gewichtszunahme, Ödeme, Reizbarkeit, Migräne, Leistungsabfall, Libidoverlust etc. in der zweiten Zyklushälfte. Mit Einsetzen der Regel verschwinden die Symptome innerhalb weniger Stunden oder Tage. Viele Frauen erleben diese quälende Symptomatik jeden Monat = Zyklus für Zyklus ab der Menarche über viele Jahre. Andere leiden phasenweise in irgendeinem Lebensabschnitt daran. Während in USA definierte Kriterien für die Diagnose eines prämenstruellen Syndrom gelten, zu denen auch gehört, daß die Symptome in mindestens 6 aufeinanderfolgenden Zyklen auftreten (s.u.), gibt es in Deutschland keinen Konsens über die diagnostischen Kriterien. Die schwereren Fälle machen den Gynäkologen ratlos oder kommen primär zum Psychiater, der zwar die psychiatrischen Symptome richtig, den endokrinologischen Aspekt aber oft nicht einschätzen kann. So wird verständlich, daß sich sowohl sozial- wie psychowissenschaftlich- und biomedizinisch orientierte Forscher des Syndroms bemächtigt haben, ohne daß es je zwischen ihnen zu einem Konsens gekommen wäre. In Bezug auf

Sexuologie 6 (2) 1999: 88 – 98 / © Urban & Fischer Verlag

den psychosomatischen Aspekt läßt sich pauschal sagen, daß bei fast allen PMS-Patientinnen Hinweise auf neurotische – einer Psychotherapie zugängliche Konflikte – zu finden sind, daß aber ein PMS so gut wie nie durch Psychotherapie heilbar ist.

Während die Wege der naturwissenschaftlichen Forschung zunehmend in die neuroendokrinologische Richtung gehen, besteht unter den Sozial und Psychowissenschaften Konsens, das PMS als uneinheitliches diffuses, wenig erforschtes Syndrom zu klassifizieren, dessen psychosoziale Relevanz viel zu wenig berücksichtigt sei. Die endokrinen Forschungen werden als 'biologistisch' niedergemacht, weil sie nicht verstanden werden. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß auf wenigen Gebieten derart intensiv und aufwendig geforscht wird. Daß die vielen Detailergebnisse schwer unter ein einziges Konzept zu subsumieren sind, liegt nicht an der Unfähigkeit, Hypothesen zu bilden, sondern an der Komplexität des Gegenstandes, der, da im Zwischenbereich von noch nicht krank und nicht mehr gesund angesiedelt, wie kaum ein anderer die Verwirrbarkeit psychosomatischer Forschung wiederspiegelt.

Klinik und Verbreitung

Wie die Übersicht in Tabelle 1 zeigt, variieren die Ansichten über das Vorkommen von PMS bereits zwischen 25 und 85% mit einer mittleren Häufigkeit von 30%. Noch mehr Variationen, mindestens 30, gibt es bei der Symptombeschreibung. Die wichtigsten psychischen sind: Reizbarkeit, Aggressivität, ungewöhnliche Eßgelüste, Depressivität und Schlafstörungen. Das amerikanische diagnostische Manual für psychiatrische Krankheiten, das DMS IV, verlangt gegenwärtig die Erfüllung von mindestens 5 von 11 möglichen psychischen Symptomen für die Diagnose eines PMS (Am. Psych. Ass. 1994).

Tab. 1: Klinisches Profil des PMS

Häufigkeit Bevorzugtes Alter Anzahl der Symptome	25 – 85% 2. bis 4. Dezennium 30 bis über 100
Ätiologie	unklar
Therapie	polypragmatisch

Während sich Schwellungen und Gewichtszunahme, die gelegentlich bis zu 10 Kg betragen kann, objektiv registrieren lassen, ist man bei der Zuordnung psychischer Symptome ausschließlich auf das sog. "Self-Rating" der Patientinnen angewiesen. Dieses beinhaltet das Führen sog. "Befindlichkeitstagebücher", deren bekanntestes das amerikanische Menstrual Distress Questionnaire darstellt. Inzwischen wurde es um eine Vielzahl neuerer Modifikationen erweitert.

Verwirrend wird es, wenn Expertinnen wie Catherine Dalton, die ein Leben lang über PMS publiziert hat (1985), schwere Asthmaanfälle, Selbstmorde, den Ausbruch von Psychosen oder im Prämenstruum begangene Kapitalverbrechen als Ausdruck dieses Syndroms sieht und im letzteren Fall Strafminderung fordert (1961). Dazu Statements aus neuerer Zeit: 1988 schildert Allen Spiegel den historischen Fall der Mary Harris, die 1865 Herrn A. J. Burroughs erschoß und freigesprochen wurde. Denn sie hatte zur Tatzeit ein PMS, eine Dysmenorrhoe und litt an temporärem Wahnsinn.

Endokrinologische Befunde

Tabelle 2 listet punktuell die Wege und Irrwege der endokrinen PMS- Forschung der letzten Jahre auf.

Tab. 2: Hypothesen über endokrine Ursachen des PMS

Die Ovulation als unabdingbare Voraussetzung für ein PMS Überschuß von Prolaktin und/oder Prostaglandinen Mangel von Glukose und Vitamin B Schilddrüsendysfunktion Einfluß von zirkadianen Rhythmen und Melatonin Bedeutung endogener Opiate Serotoninmangel

Untersucht wurden fast alle verfügbaren endokrinen Regelkreise. Als Unabdingbar galt die Ovulation. In der Frühphase der Prolaktin- und Prostaglandinära wurde ein Überschuß beider Substanzen als auslösend für ein PMS angenommen und entsprechend mit dopaminergen Substanzen therapiert. Auch die Mangelhypothesen bezüglich Glukose und Vitamin B blieben unbewiesen. Eine Schilddrüsen-dys (eher unter) funktion ließ sich ebenfalls nicht konstant nachweisen. Auf Veränderungen zirkadianer Rhythmen und Melatonin wird unten hingewiesen, ebenso auf die endogene Opiat- und Serotonintheorie. Für Endokrinologen war in der Genese des PMS die Voraussetzung immer die Ovulation. Daß es ein PMS auch nach Hysterektomie gibt, (Metcalf et al. 1988; Osborne u. Gath 1990; Silber et al. 1989) steht nicht unbedingt im Widerspruch dazu, falls die Ovarien belassen wurden. Völlig neu ist allerdings, daß ein PMS auch nach Unterdrückung der Lutealphase mit dem Progesteronantagonisten Mifepreston vorkommt (Schmidt und Rubinow 1991). Alle klassischen Therapien des PMS basieren auf der Unterdrückung der Ovulation. Folglich ranken sich alle Hypothesen über die Ursachen in früherer Zeit um die Wirkung von Progesteron und Ostrogenen, in den letzten 15 Jahren um die Interaktion von Sexualsteroiden mit zerebralen Neurotransmittern. Diese Interaktionen sind außerordentlich komplex. An ihnen jedoch macht sich das Verständnis der unabdinglich depressiven Begleitsymptome beim PMS fest. Während seit den achtziger Jahren die endogene Opiattheorie bestechende Hypothesen lieferte, konzentriert sich in den neunziger Jahren die Aufmerksamkeit auf Interaktionen im serotoninergen System. Damit wird scheinbar das Bindeglied zwischen PMS- und biologischer Depressionsforschung etabliert. D.h. es geht darum, ob das PMS so etwas wie eine "kleine endogene Depression" darstellt. In beiden Bereichen gibt es eine Fülle von Detailbefunden, aber nirgends die schlüssige Erklärung.

Die endogene Opiattheorie

Im Folgenden soll kurz auf die endogene Opiattheorie eingegangen werden, die, weil bestechend, seit den Arbeiten von Reid und Yen 1981 führend war: Endogene Opiate wie Endorphine und Enkephaline, also Neuropeptide, unterdrücken in der 2. Zyklushälfte die pulsatile LH-Sekretion, wie man durch Versuche mit dem Opiatantagonisten Naloxon zeigen konnte (Reid u. Yen 1981). Ovarialsteroide beeinflussen andererseits die Opiatak-

tivität. Die gesteigerte endogene Opiataktivität kann zur Aktivierung von Opiatrezeptoren führen, die in Noradrenalin und Dopamin enthaltenden Neuronen vorhanden sind. Daraus können Müdigkeit und Depression resultieren. Prämenstruell fallen die endogenen Opiate ab. Es wird eine Rebound-Hyperaktivität dopaminerger Neurotransmitter postuliert, die zu Spannung, Reizbarkeit, Aggression bis hin zur Psychose führen könnte. D.h. in jedem Zyklus entstünde so etwas wie ein kleines Drogen-Entzugssyndrom. 1996 griffen Rapkin et al. diese Theorie noch einmal auf und zeigte ganz andere Befunde: Bei PMS-Patientinnen reagierte LH auf den Opiatantagonisten Naloxon in der Lutealphase mit keinem signifikanten Anstieg. Daraus wurde indirekt auf einen verminderten Opiattonus in der mittleren Lutealphase geschlossen.

Serotoninhypothesen

Aus den neunziger Jahren gibt es zahlreiche Studien (Pearlstein 1995), die Veränderungen im Serotoninstoffwechsel bei Frauen mit PMS im Vergleich mit gesunden Kontrollen belegen (Tab. 3) So war Serotonin im Serum verändert, ebenso die Thrombocyten-Serotonin-Aufnahme und die Bindung von Imipramin an Thrombocyten. Die Monoaminooxydase-Aktivität in Thrombocyten wird als Modell für zentrale serotonergische Neuronen verstanden.

Tab. 3: Serotonin-Mangelhypothesen beim PMS

Serotonin bei PMS im Serum erniedrigt Monoaminooxydase in Thrombocyten erniedrigt kein Anstieg von STH nach Tryptophan kein Anstieg von Cortisol nach Tryptophan kein Anstieg von Prolaktin nach Fenfluramin

Hypothese: Hyposensitivität der 5-OH-Trytophan-Rezeptoren vom Subtyp α-1 beim PMS

Ashby et al. zeigten 1988 einen erniedrigten Monoaminooxydasegehalt in den Thrombocyten von 8 PMS-Patientinnen. Weiter waren indirekte Tests serotoninerger Funktionen bei Frauen mit PMS verändert: Tryptophan erzeugte keinen Anstieg von Wachstumshormon oder Cortisol. Fenfluramin, eine psychotrope Substanz wie Amphetamin, führte bei PMS-Frauen zu keinem Prolaktinanstieg. Unter Buspiron, einem Tranquilizer, fehlte der Prolaktin-Anstieg in der Follikelphase, woraus auf eine Hyposensitivität der 5-OH-Tryptophan-Rezeptoren des Subtyps alpha-1 geschlossen wurde.

Die serotoninerge Dysfunktion bei Frauen mit PMS, welche ähnliche Mechanismen zu zeigen scheint, wie bei endogener Depression, wurde eher als trait- denn als state-Abnormalität interpretiert. Auch neuere Untersuchungen weisen in die gleiche Richtung: So wird von Arpels 1996 hypothetisiert, daß, wenn der Östradiol-Liquorspiegel unter eine bestimmte Schwelle sinkt, klinische Syndrome wie PMS, Post Partum-Depression oder menopausale Depression entstehen. Dazu lieferten Fink et al. 1996 tierexperimentelle Daten: Bisher war bekannt, daß Östradiol im Striatum Dopamin-Rezeptoren aktiviert. Erstmalig jedoch gelang es den Autoren zu zeigen, daß Östradiol einen signifikanten Anstieg von 5-OH-Tryptophan-2-alpha Rezeptoren im vorderen Stirnhirn bei Ratten be-

wirkt, d. h. in Arealen, die für Affekt und Verhalten zuständig sind. Eine gleichsinnige wichtige klinische Beobachtung stammt von Su et al. (1997): Der Serotonin-Agonist Metachlorphenylpiperazin führte bei 10 Frauen mit PMS zu einer dramatischen Besserung. Die klinische Gegenprobe zeigten Fitzgerald et al. (1997), in dem sie bestätigten, was in Tab. 3, Zeile 5 angeführt ist: Fenfluramin führte bei PMS-Kranken – verglichen mit Kontrollen – zu einem signifikant verminderten Serotonin-Anstieg, wobei der Prolaktin-Anstieg als indirekter Parameter für Serotonin gilt.

Die inkonstanten Veränderungen im adrenergen System, sowie den derzeitigen Stand der Schlaf- und Melatoninforschung beim PMS sind andernorts dargestellt (Jürgensen 1997).

Psychiatrische Befunde: PMS und Depression

Im Sinne wissenschaftlich verstandener Psychosomatik stellt sich natürlich immer wieder die Frage, ob das PMS in den Formenkreis affektiver Erkrankungen gehört und insbesondere, ob Patientinnen mit PMS eher gefährdet sind, an einer affektiven Psychose zu erkranken. Dieser Frage wird seit knapp 10 Jahren mit testpsychologischen, endokrinen oder einer Kombination von beiden Methoden nachgegangen. Die Ergebnisse sind auch hier widersprüchlich. In neuerer Zeit beanspruchen die oft mit Depression einhergehenden oder als sich verselbständigendes Krankheitsbild auftretenden Panik-Attacken bei Patientinnen immer mehr Aufmerksamkeit. Mehrere Untersucher fanden 1990 bei Gruppen von 10 bis 40 Patientinnen einen prämenstruellen Angstanstieg (Cameron et al. 1988; Chisholm et al. 1990; Cook et al. 1990). 1990 untersuchten Graze et al. 36 Frauen mit testpsychologischen Methoden unter dem extrem wichtigen Gesichtspunkt, ob prämenstruelle Depressionen beim PMS ein Indikator für den späteren Ausbruch einer *endogenen Depression* seien. Die depressive Subskala korrelierte positiv mit dieser Fragestellung und schien der Eigen- und Familienanamnese bezüglich depressiver Erkrankungen überlegen.

16 Patientinnen von Mc Millan hatten sowohl ein PMS als auch eine afffektive Psychose. Nur die Hälfte bekam in prospektiven Studien ein PMS, obwohl sie prä- und postmenstruell dysphorisch war. In einer neuen Übersichtsarbeit von Pearlstein 1995 wird der Zusammenhang zwischen PMS und Depression in verblüffender Einfachheit beantwortet: PMS-Patientinnen zeigen als einzige konstante klinische Variable in mindestens 5 analysierten Studien in 40% eine Vorgeschichte von endogenerDepression, vermutlich auch eine prämorbide Häufung von postpartum Psychosen.

Gleichsinnig publizierten Sugawara et al. (1997) eine Befragung von 1329 Japanerinnen. Er bestätigte, daß Frauen mit PMS signifikant häufiger eine postpartum Depression hatten. Bancroft u. Rennie fanden 1995 bei 210 Frauen einer PMS Sprechstunde keine subjektive Korrelation zwischen Stärke des PMS und früherer Depression. Chaturverdi et al. fragten 1995 bei 296 PMS-Patientinnen nach Todesphantasien und fanden sie bei 10 % der Stichprobe. Dabei handelte es sich vorwiegend um College-Studentinnen mit besonders schweren affektiven Symptomen und erheblicher Flüssigkeitsretention. Golding u. Taylor führten 1996 zwei interessante demografische Studien in USA über Vergewaltigung bei Frauen der Unterschicht und unteren Mittelschicht durch. In zwei Gruppen fand er bei Vergewaltigungsopfern ein überdurchschnittlich hohes Vorkommen von PMS, besonders bei Mehrfachopfern des gleichen Täters. Dagegen hätte eine erhöhte Depressionsneigung keine Rolle gespielt.

Eine biochemische Studie stammt von Halbreich et al. 1996, die bei PMS Patientinnen GABA, also Gamma-Amino-Buttersäure vermindert fanden und diesen Parameter als gemeinsames biochemisches Bindeglied zwischen PMS und Depression postulieren. In meinem Verständnis gehören die biochemischen Parallelen zur endogenen Depression zu den wichtigsten neueren Markern der PMS-Forschung.

Therapie mit Antidepressiva

Die Ausrichtung auf die Parallelen zwischen PMS und Depression hat entscheidende Neuerungen für die Therapie des PMS gebracht: So stellt heute bei schweren Formen die antidepressive Therapie mit Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern die Therapie der ersten Wahl dar. Daneben besteht weiter das Konzept der Ovulationsunterdrückung mit entweder Ovulationshemmern (OH) oder Gestagenen und neuerdings auch LH-RH-Analoga. Folgende Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer sind heute im Gespräch: Paroxiten, Maprotilin (Erikson et al. 1995), Sertralin (Freeman et al. 1996), Clomipramin (Sundblad et al. 1993) und Fluoxetin (Elks 1993; Pearlstein et al. 1994; Steiner et al. 1995; Stone et al. 1991; Wood et al. 1992). Daneben werden jedoch auch die klassischen trizyklischen Antidepressiva erfolgreich verwendet. Die Dosis aller Antidepressiva ist vegleichsweise geringer als bei der psychiatrischen Therapie der Depression. Wichtig ist, die Therapie in der Follikelphase zu beginnen und mindestens 3 – 6 Monate fortzuführen.

Korrelation von PMS mit nicht psychiatrischen Symptomen

Von Interesse sind auch einige neuere Arbeiten, die bestimmte, teilweise seltene Zusammenhänge mit dem PMS beschreiben:

So wurde schon früher berichtet, daß PMS-artige Beschwerden auch nach Hysterektomie und Ovarektomie vorkommen. In einer neuen Studie untersuchen Braiden und Metcalf 1995 dreihundertundsiebzehn Frauen nach Hysterektomie. Die Hälfte hatte ein PMS. Von dieser Hälfte hatte postoperativ noch 23% ein PMS. Ein nicht unproblematisches Experiment veranstalteten Henshaw et al. (1996): Sie gaben 9 hysterektomierten und ovarektomierten Frauen, die alle präoperativ ein schweres PMS gehabt hatten, Östradiol und Progesteron als Sequenztherapie, um zu sehen, ob sich ein PMS induzieren läßt. Die Er- gebnisse waren inkonsistent.

Eine möglicherweise äußerst wichtige Studie stammt von Lefler & Lefler (1994). Sie untersuchten 108 Frauen nach einer Ablatio des Endometriums. 73 hatten ein PMS. Wenn die Amenorrhoe nach der Ablatio anhielt, blieben die Frauen symptomfrei. Wenn der Zyklus jedoch nach einigen Jahren wiederkam, trat erneut ein PMS auf.

Die Untersucher postulieren zu Recht einen bisher unbekannten Endometriumsfaktor. Weiter wurden von einzelnen Autoren folgende wichtige klinische Korrelationen beim PMS beschrieben: Raucherinnen rauchen prämenstruell mehr (Allen et al. 1996) und Alkoholikerinnen trinken mehr (Allen 1996). EEG-Veränderungen bei der Kombination PMS und Alkohol beschrieben Ehlers et al. (1996). Ein neurotisches Symptom, nämlich das Haareausreißen, die Trichotillomanie, verstärkte sich bei 59 PMS-Patientinnen prämenstruell beträchtlich (Keuthen et al. 1997), dagegen nicht in der Schwangerschaft. Beachtenswert ist auch eine Kasuistik, welche die regelmäßige prämenstruelle Exazerbation einer multiplen Sklerose bei 2 Frauen beschreibt (Sandyk 1995). Weitere Kasui-

stiken berichten über lebensbedrohliche Asthmaanfälle im Prämenstruum (Edwards et al.1996), die mit GNRH behandelt wurden und einen Todesfall an Asthma im Prämenstruum (Gotthardt et al. 1996). Alle diese klinischen Beobachtungen, die nicht nur einen Zusammenhang mit psychischen- bzw. spannungsinduzierten Symptomen wie Rauchen und Trinken zeigen, weisen auf weit mehr Abhängigkeit von zyklisch zerebralen Funktionen, als wir bisher vermutet haben.

Das PMS im psychoanalytischen Verständnis

Das Beste, was hierüber geschrieben wurde, stammt von Viola Frick Bruder (1987). Sie geht weit in historische- und mythologische Bereiche zurück und stellt – ausgehend von Fruchtbarkeitsmythen und Muttergöttinnen – die These auf, daß das Patriarchat lediglich eine sekundäre Entwicklung der abendländischen Kultur ist, *davor* aber die Frau verehrt und gefürchtet worden war. Das PMS versteht sie als moderne Erkrankung an der Weiblichkeit: Frauen lernen ihre weibliche Potenz niemals zu leben, sondern flüchten sich in masochistische Entwertung des spezifisch Weiblichen wie Zyklus und Fruchtbarkeit. An dieser Stelle sei noch einmal auf Arbeiten hingeweisen, die in der gesamten PMS- Literatur zitiert werden, so die wichtigste von Kantero und Widholm (1971). Bei 5485 Mädchen wird in 73% der Mütter ein PMS gefunden. Zu ähnlichen Ergebnissen kam Wilson (1991), also 20 Jahre später.

Interpretiert man diese Befunde psychoanalytisch, beweisen sie einen hohen Grad negativer Identifikation zwischen Müttern und erkrankten Töchtern, interpretiert man sie aber genetisch, so entsteht der Eindruck einer vererbbaren genetischen Disposition, an deren Existenz heute bezüglich der endogenen Depression z.B. niemand mehr zweifelt. Auch bei eineigen Zwillingen wurde eine hohe Konkordanz von PMS gefunden (Dalton 1987).

Das PMS im psychosozialen Verständnis

Aus dem psychosozialen Bereich scheint es in letzter Zeit keine tiefschürfenden Erkenntnisse über das PMS zu geben: Freeman, Schweizer und Rickels fanden 1997 bei 157 PMS-Patientinnen mit und ohne schwere Begleitdepression, daß die Vermeidung von negativen Erfahrungen bei PMS größer ist als bei Gesunden und kleiner als bei Depressiven. Riechers fand 1995 bei 40 mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar untersuchten PMS- Patientinnen keine Persönlichkeitsunterschiede im Vergleich zu Gesunden. Eine originelle Studie stammt von van Goozen et al. (1996): Er untersuchte 20 PMS Patientinnen und 30 Gesunde mit Ärger stimulierenden Reizen unter Laborbedingungen. Die PMS- Patientinnen zeigten einen höheren Blutdruck und Cortisolanstieg sowie eine größere Intensität der reaktiven Wut auf entsprechende Reize. Die Ergebnisse werden als eine höhere Anfälligkeit für life-events gedeutet. Markens untersuchte 1996 Frauenmagazine und Selbsthilfeliteratur auf PMS-Akzeptanz und resumiert: Der Fall PMS illustriert die Notwendigkeit für Feministinnen, biologische und soziale Erfahrungen zu problematisieren.

9. Erlebnis versus Krankheit beim PMS

Das physiologische Funktionieren des Hypothalamus und dessen Sistieren nach der Menopause ist das psychoendokrine Merkmal des Weiblichen schlechthin, bereits bei Sub-

primaten. Das Erleben dieser Zyklizität ist integrativer Bestandteil des Weiblichen, mag man es nun als Geschenk, Schicksal oder Krankheit erleben. 1988 wurde von der Autorin eine Arbeit in der sicheren Überzeugung geschlossen, das PMS müsse den psychosomatischen Erkrankungen zuzurechnen sein in dem Sinn, daß verschiedene Individuen auf konstante biologisch präformierte zyklische Veränderungen inkonstant reagieren. D.h., daß für einige der Zyklus als Krankheit erlebt wird (Jürgensen 1988).

Diese Feststellung hat sicher weiter Gültigkeit. Aber sie ist wohl dahingehend zu relativieren, daß das PMS nicht als Krankheit erlebt wird, sondern tatsächlich eine Krankheit ist. Wir können an den neueren Befunden der Psychoneuroendokrinologie und der klinischen Überschneidung mit depressiven und sogar psychotischen Bildern nicht mehr vorbeigehen. Auch wenn die neueren Erkenntnisse im Bereich der serotonergen und adrenergen Neurotransmission noch keine Synopse des Geschehens erlauben, ist die Parallele zu Ergebnisssen der biologischen Depressionsforschung unübersehbar. Nicht nur sind die neuroendokrinen Befunde ähnlich oder identisch, sondern auch das Ansprechen auf Antidepressiva weist in diese Richtung. So ließe sich vorerst das PMS als eine Art zyklischer und zyklusabhängiger affektiver Erkrankung definieren.

Wichtig scheint auch die gehäufte Koinzidenz mit Depressionen und Wochenbettpsychosen in der Vorgeschichte, wogegen die Anfälligkeit hinsichtlich der Entwicklung einer späteren psychotischen Depression bis heute nicht klärbar erscheint.

Die Autorin sah im Rahmen psychiatrischer Konsultationen viele jüngere Frauen mit prämenstrueller Exazerbation endogener Psychosen. Darunter fand sich in letzter Zeit eine ca. 35 jährige Pat., die jahrelang mit schwersten Schüben einer psychotischen Depression prämenstruell stationär behandelt werden mußte. Die übliche antidepressive Therapie konnte die Rezidive nicht verhindern. Ohne große Hoffnung auf Erfolg wurde versucht, die Pat. mit der klassischen Gestagentherapie ovulationsunterdrückend zu behandeln. Darunter kam es unerwartet zu einer 5 Jahre anhaltenden Vollremission. Im 6. Jahr trat ein sehr schweres Rezidiv auf, als die Pat. sich mit dem Scheitern ihrer Ehe konfrontiert sah. In einer ambulanten psychiatrischen Therapie konnte ihr desolater Zustand mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern und Gesprächen gebessert werden. Das frühere Niveau von Wohlbefinden wurde jedoch in der Beobachtungszeit nie mehr erreicht.

Solche Grenzfälle bestätigen die Beobachtungen von Catherine Dalton: Die prämenstruelle Exazerbation psychiatrischer Krankheiten bei Frauen scheint kein Zufall in dem Sinne, daß jedes Geschehen bei jüngeren Frauen immer in irgendeine Zyklusphase eingebunden sein muß. Vielmehr muß man heute akzeptieren, daß die endokrinen Veränderungen der zweiten Zyklusphase bei entsprechender Prädisposition, deren gesetzmäßige Voraussetzungen wir noch nicht kennen, zu einer katastrophalen Verschlimmerung psychiatrischer – und wie oben gezeigt – nicht nur psychiatrischer Krankheitsbilder führen können. Da es im männlichen Endokrinium nichts Vergleichbares gibt, ist es an dieser Stelle vielleicht doch erlaubt, nicht vom Zyklus, aber von Weiblichkeit als Schicksal zu sprechen.

Literatur

Allen, D. (1996): Are alcoholic women more likely to drink premenstrually ? Alcohol and Alcoholism 31(2): 145 - 157.

Allen, SS.; Hatsukami D.; Christianson, D.; Nelson D. (1996): Symptomatology and energy intake during the menstrual cycle in smoking women. J. Subst. Abuse 8(3): 303 – 319.

- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 4th edition, Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arpels, JC. (1996): The female brain hypoestrogenic continuum from the premenstrual syndrome to menopause. A hypothesis and review of supporting data. J. Reprod. Med. 41(9): 633 639.
- Ashby, Ch.R.; Carr, L.; Cook, Ch.; Streptoe, M. M. et al. (1988): Alteration of platelet serotonergic mechanisms and monoamine oxidase activity in premenstrual syndrome. Biol. Psychiatry 24(2): 225 233.
- Bancroft, J.; Rennie, D. (1995): Perimenstrual depression: Its relationship to pain, bleeding, and previous history of depression. Psychosom. Med. 57(5): 445 452.
- Benedek, E.P. (1988): Premenstrual Syndrome: a view from the bench. J. Clin. Psychiatry, 49(12): 498 502.
- Braiden, V.; Metcalf, G. (1995): Premenstrual tension among hysterectomized women. J. Psychosom. Obst. Gynecol. 16(3): 145 151.
- Cameron O.G.; Kuttesch D.; Mc Phee K.; Curtis G.C. (1988): Menstrual fluctuation in the symptoms of panic anxiety J. Affective Disord. 15(2): 169 174.
- Chaturverdi, SK.; Chandra, PS.; Gururaj, G.; Pandian, RD.; Beena, MB. (1995): Suicidal ideas during premenstrual phase. J. Affect. Disord. 34(3): 193 199.
- Chisholm, G.; Jung, S.O.; Cumming, C.E.; Fox, E.; Cumming, D.C. (1990): Premenstrual anxiety and depression. Comparison of objective psychological tests with a retrospective questionnaire. Acta Psychiatr. Scand. 81(1): 52 57.
- Cook, B.L.; Noyes, R.Jr.; Garvey, M.J. et al. (1990): Anxiety and the menstrual cycle in panic disorder. J. Affective Disord. 19(3): 221 226.
- Dalton, K. (1961): Menstruation and crime. Brit.Med. J.2: 1752f.
- Dalton, K. (1985): Diagnosis and clinical features of premenstrual syndrome. In: Premenstrual Syndrome and Dysmenorrhea. Dawood, M.Y.; Mc Curie, G.L.; Denners, L.M. (eds.), Baltimore: Urban & Schwarzenberg 17f.
- Dalton, K.; Dalton, M.; Guthrie, K.(1987): Incidence of the premenstrual syndrome in twins. Brit. Med. J. (295): 1027f.
- Edwards, AL.; Rose, MS.; Donovan, LE.; Ford, GT. (1996): Premenstrual exacerbation of life-threatening asthma: Effect of gonadotrophin releasing hormone analogue therapy. Can. Resp. J. 3: 203 206.
- Ehlers, CL.; Phillips, E.; Parry, BL. (1996): Electrophysiological findings during the menstrual cycle in women with and without late luteal phase dysphoric disorder: Relationship to risk for alcoholism? Biol. Psych. 39(8): 720 732.
- Elks M.L. (1993): Open trial of fluoxetine therapy for premenstrual syndrome. South Med. J. (86): 503 507.
- Eriksson, E.; Hedberg MA.; Andersch, B.; Sundblad, Ch. (1995): The serotonin reuptake inhibitor paroxetin is superior to the noradrenaline reuptake inhibitor maprotiline in the treatment of premenstrual syndrome. Neuropsychopharmacology 12 (2): 167 176.
- Fink, G.; Summer, BE.; Rosie, R.; Grace, O.; Quinn, J.P. (1996): Estrogen control of central neurotransmission: Effect on mood, mental state, and memory. Cellular and Molecular Neurobiology 16(3): 325 344.
- Fitzgerald, M.; Malone, KM.; Li, S.; Harrison, WM. et al. (1997): Blunted serotonine response to fenfluramine challenge in premenstrual dysphoric disorder. Am. J. Psychiatr. 154(4): 556 – 558.
- Frank R.T. (1931): Hormonal causes of premenstrual tension. Arch. Neurol Psychiatry. (26): 1053f.
- Freeman, EW.; Rickels, K.; Sondheimer, SJ.; Wittmaack, FM. (1996): Sertraline versus desipramine in the treatment of premenstrual syndrome: an open label trial. J. Clin. Psych. 57(1):7 11.
- Frick-Bruder, V. (1988): Das prämenstruelle Syndrom- eine weibliche Erlebnisform? In: Prill H.J.; Stauber M.; Teichmann, A. (Hrsg.) Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin: Springer, 196 204.
- Freeman, EW.; Schweizer, E.; Rickels, K. (1995): Personality factors in women with premenstrual syndrome. Psychosom. Med. 57(5): 453 459.

- Golding, JM.; Taylor, DL. (1996): Sexual assault history and premenstrual distress in two general population samples. J. Women's Health 5: 143 152.
- Gotthardt, M.; Clark, JD.; Roy, TM. (1996): "Ovarian asthma" act or fancy? J. Kentucky Med. Ass. 94(3): 105-108.
- Graze K.K.; Nee J.; Endicott J. (1990): Premenstrual depression predicts future major depressive disorder. Acta Psychiatr. Scand. 81(2): 201 205.
- Halbreich, U.; Petty, F.; Yonkers, K.; Kramer, GL. et al. (1996): Low plasma gamma- aminobutyric acid levels during the late luteal phase of women with premenstrual dysphoric disorder. Am. J. Psychiatr. 153(5): 718 720.
- Henshaw, C.; Foreman, D; Belcher, J.; Cox, J.; O'Brien, S. (1996): Can one induce premenstrual symptomatology in women with prior hysterctomy and bilateral oophorectomy? J. Psychosom. Obst. & Gynecol. 17(1): 21 28.
- Jürgensen O. (1988) Das prämenstruelle Syndrom. Neuroendokrinologische Aspekte. In: Prill; Stauber; Teichmann (Hrsg.) Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin, Heidelbg.: Springer, 189 196.
- Jürgensen, O. (1997): Das PMS im Grenzbereich zwischen Psychiatrie und Endokrrinologie. Psychiatrie für die Praxis 26: 33 43.
- Kantero L.M.; Widholm O. (1971): Correlations of menstrual traits between adolescent girls and their mothers. Acta Obstet. Gynecol.Scand. 14 (Suppl.14): 30f.
- Keuthen, NJ.; O'Sullivan, RL.; Hayday, CF.; Peets, KE. et al. (1997): The relationship of menstrual cycle and pregnancy to compulsive hairpulling. Psychoth. & Psychosom. 66(1): 33 37.
- Lefler Jr. HT.; Lefler, CF. (1994): Origine of premenstrual syndrome: Assessment by endometrial ablation. J. Am. Ass. of Gyn. Laparoscopists 1(3): 207 212.
- Lewis, J.W. (1990): Premenstrual syndrome as a criminal defense. Arch. Sex. Behav. 19(5): 425 441.
- Markens, S. (1996): The problematique of "Experience". A political and cultural critique of PMS. Gender & Society 10(1): 42 58.
- Mc Millan M.J.; Ghadirian A.M.; Pihl R.O. (1989): Premenstrual depression in women with a history of affective disorder: Mood and attentional processes. Can. J. Psychiatry 34(8): 791 795.
- Metcalf M.G.; Livesey J.H.; Hudson S.,M. (1988): The premenstrual syndrome befor and after hysterectomy. J. of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 9(1): 43 50.
- Osborn M.F.; Gath D.H. (1990): Psychological and physical determinants of premenstrual syndrome before and after hysterectomy. Psychol.Med. 20(3): 565 572.
- Ozeren, S.; Corakzi, A.; Yukesoy, I.; Mercan, R.; Erhan, G. (1997): Fluoxetine in the treatment of premenstrual syndrome. Euro. J. Obst. Gynecol. & Reprod. Biol. 73: 167 170.
- Pearlstein, T.B. (1995): Hormones and depression. What are the facts about premenstrual syndrome, menopause and hormone replacement therapy? Am. J. Obstet. Gynecol. 173(2): 646 653.
- Pearlstein T.B.; Stone A.B. (1994): Long term fluoxetine treatment of late luteal phase dysphoric disorder. J.Clin. Psychiatry (50): 332 335.
- Rapkin, AJ.; Shoupe, D.; Reading, A.; Daneshgar, K.K. et al. (1996): Decreased central opioid activity in premenstrual syndrome:luteinizing hormone response to naloxone. J. Soc. Gyn. Invest. 3(2): 93 98.
- Riechers, G. (1995): Coping beim prämenstruellen Syndrom und der primären Dysmenorrhoe. Eine empirische Studie über angewandte Bewältigungsstrategien. Universität. Fakultät, Philosophie, Psychologie und Erziehungswissenschaften. Mannheim, 310.
- Reid R.L.; Yen S.S.C. (1981): Premenstrual syndrome. Am J. Obstetr. Gynecol. 139: 85 104.
- Sandyk, R. (1995): Premenstrual exacerbation of symptoms in multiple sclerosis is attenuated by treatment with weak electromagnetic fields. Int. J. Neuroscience 83: 187 198.
- Silber M.; Carlstroem K.; Larsson B. (1989): Premenstrual syndrome in a group of hysterctomized women of reproductive age with intact ovaries. Adv. Contracept. 5(3): 163 171.
- Schmidt P.J.; Rubinow D.R. (1991): Menopause related affective disorders, a justification for further study. Am. J. Psychiatry 148: 844 882.

- Spiegel A.D. (1988): Temporary insanity and premenstrual syndrome. Medical testimony in an 1865 murder trial. New York State Journal of Medicine 88(9): 482 492.
- Steiner M.; Steinberg S.; Stewart D. et al. (1995): Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. New Engl. J. Med. (332): 1529 1534.
- Stone A.B.; Pearlstein T.B.; Brown W.A. (1991): Fluoxetine in the treatment of late luteal phase dysphoric disorder. J. Clin. Psychiatry (52): 290 293.
- Su, TP.; Schmidt, PJ.; Danaceau, M.; Murphy DL., Rubinow DR. (1997): Effect of menstrual cycle phase on neuroendocrine and behavioral responses to the serotonin agonist m- chlorophenylpiperazine in women with premenstrual syndrome and controls. J. Clin. End. & Metab. 82(4): 1220 – 1228.
- Sugawara, M.; Toda, MA.; Shima, S.; Mukai, T. et al. (1997): Premenstrual mood changes and maternal mental health in pregnancy and the postpartum period. J. Clin. Psychol. 53(3): 225 232.
- Sundblad Ch.; Hedberg M. A.; Eriksson EL. (1993): Clomipramine administered during the luteal phase reduces the symptoms of premenstrual syndrome: A placebo controlled trial. Neuropsychopharmacology 9: 133 145.
- Van Goozen, SH.; Frijda, NH.; Wiegant, VM.; Endert, E.; Van de Poll, NE. (1996): The premenstrual phase and reactions to adversive events: A study of hormonal influences on emotionality. Psychoneuroendocrinology 21(5): 479 497.
- Wilson C.A.; Turner C.W.; Key W.R. Jr. (1991): First born adolescent daughters and mothers with and without premenstrual syndrome. A comparison. J. Adolescent Health (12): 130 137.
- Wood, S.H.; Mortola J.F.; Chan Y.F.; Moossazadeh F.; Yen S.S.C. (1992): Treatment of premenstrual syndrome with fluoxetine: A double blind placebo controlled cross over study Obstet. Gynecol. (80): 339 344.

Anschrift der Autorin

Dr. med. Ortrun Jürgensen, Akad. Oberrätin i. R. (Universitätsfrauenklinik Frankfurt) Roßdörferstr. 21, 64287 Darmstadt

Transsexualität: Über einen Fall von Rückumwandlung*

A Case about a Reversal of Transsexualism

P. Diederichs

Obwohl in den letzten 20 Jahren die Forschung mit entsprechenden Publikationen über das "transsexuelle Phänomen" rapide zugenommen hat, liegen die Ursachen der Transsexualität oder Transidentität immer noch im Dunkeln. Man kann drei unterschiedliche theoretische Richtungen benennen, die sich mit den Ursachen dieser Identitätsstörung befassen: Eine biologische (Einfluß der Hormone auf den Fötus), eine lerntheoretische und die psychoanalytische Theorie. Als Psychoanalytiker bin ich natürlich in der Versuchung, die Ursachen in frühen Traumatisierungen der Kindheit zu suchen. Ich möchte hier gleich hervorheben, daß die bisher entwickelten psychoanalytischen Konzepte nicht ausreichen, die Ätiopathogenese dieser spezifischen Identitätsstörung immer zu verstehen, geschweige denn zu therapieren. Nach insgesamt 20 Jahren Erfahrung mit Transsexuellen, die sich auf die Diagnostik, Beratung (von etwa 100 Betroffenen) und einzelne psychotherapeutische Behandlungen bezieht, teile ich die Einschätzung von Langer (1995), daß der transsexuelle Wunsch und der Drang nach einer Geschlechtsumwandlung nur die gemeinsame Endstrecke unterschiedlicher psychopathologischer Verläufe beinhaltet. Seit 1981 ist das Transsexuellengesetz in Kraft getreten. Es definiert Transsexualität als Krankheit. Hier zeigt sich schon die erste "Zwickmühle" für den Behandelnden und Begutachter. Die Betroffenen erleben sich meist nicht als krank, sondern verstehen ihre Probleme und Konflikte als Folge eines "biologischen Irrtums" und des Unverständnisses des sozialen Umfelds. Sie werden hierin inzwischen von prominenter sexualmedizinischer Seite (Sigusch 1991) unterstützt. Sigusch kritisiert den "nosomorphen Blick" der mit der Transidentität befaßten Fachleute und propagiert die Entpathologisierung der Betroffenen. Bei Becker und Hartmann (1994) findet sich eine kritische Auseinandersetzung mit dieser Entwicklung.

Kasuistik

Im folgenden möchte ich die Geschichte eines inzwischen 56jährigen Mannes in den Mittelpunkt stellen, der sich 1980 hormonell und chirurgisch zur Frau hat umwandeln lassen und inzwischen wieder ein Mann geworden ist. Eines der Gutachten für das Rückumwandlungsbegehren habe ich vor zwei Jahren erstellt. Es handelt sich hier um einen Sonderfall, zumal noch eine unglückliche Verschränkung von transsexuellem Begehren und Straffälligkeit vorlag. Dennoch lassen sich – leider erst retrospektiv – einige typische den Frei- bzw. Handlungsspielraum des Arztes einengende Probleme in der Behandlung und Begutachtung transsexueller Patienten aufzeigen. Da ich auf die früheren Gutachten und verschiedene andere medizinische, juristische und psychiatrische Aussa-

gen über diesen Patienten zurückgreifen konnte, ist für mich im nachhinein seine widersprüchliche transsexuelle oder transidentische Entwicklung psychoanalytisch gesehentransparenter geworden:

Er wurde 1943 in Stuttgart als Sohn einer in Deutschland arbeitenden ledigen Französin geboren. Er soll relativ früh in ein Heim gekommen sein, da die Mutter als Jüdin nach Frankreich flüchten mußte und die deutschen Verwandten, insbesondere der leibliche Vater, ihr keine Hilfe angeboten hatten. Erst im dritten Lebensjahr hätten ihn Pflegeeltern aus dem Kinderheim geholt. Bei der Pflegemutter soll es sich um die kinderlose Schwester des Vaters gehandelt haben.

Zu seiner psychosexuellen Entwicklung gab er an, mit 12 oder 13 Jahren erstmalig transsexuelle Wünsche gespürt zu haben. Außerdem hätten ihm die Pflegeeltern Hausarbeiten wie Kochen und Handarbeiten übertragen. Vom Turnunterricht hat er sich befreien lassen. Das Studium der Unterlagen ergab, daß er etwa ab dem 13. Lebensjahr homosexuelle Beziehungen zu Gleichaltrigen aufnahm, mit 14 Jahren zum ersten Mal zu einem älteren Mann (einem Theologen!). Diese Beziehung soll vier Jahre gedauert haben. Später nahm er auch sexuelle Kontakte zu Frauen auf und heiratete 1965 (22jähr.). In dieser vier Jahre später geschiedenen Ehe wurden zwei Kinder geboren. Nach der Scheidung scheint er zwei Jahre lang auf den Strich gegangen zu sein. Er habe ein "Hurenleben geführt", wie er selbst formulierte. Kurz danach, Anfang der 70er (Pat. inzwischen 28jähr.), entwickelte sich die Beziehung zu seinem wesentlich jüngeren jugoslawischen Freund. Dieser lebte in Deutschland als Asylant mit der ständigen Bedrohung, ausgewiesen zu werden. In den Gutachterunterlagen findet sich der Hinweis, daß der Freund wegen seiner Homosexualität in Jugoslawien verfolgt wurde. Mir gegenüber äußerte der Patient, daß sein Freund Exilkroate sei und für die Ustascha gearbeitet hätte (faschistoide paramilitärische Institution in Jugoslawien). Er sollte eine Brücke in die Luft sprengen, über die Tito gefahren wäre.

1972 begann der Patient - von Beruf übrigends Friseur - von sich aus mit der Einnahme weiblicher Hormone. 1975 erreichte er bei einem schwäbischen Landratsamt die Genehmigung zum Führen des geschlechtsneutralen Namens Pijera (sein ursprünglicher Name war Peter). 1976 wurde ihm erstmalig von einem Assistenten der Universitätsfrauenklinik in Berlin die Diagnose "Transsexualität" bescheinigt. 1977 wurde in einem psychologischen Gutachten diese Diagnose bestätigt, 1978 auch in Form eines Kurzgutachtens durch einen Professor in Berlin, der in der damaligen Zeit als forensischer Sachverständiger für Transidentität galt. Beide Gutachten sind auffällig kurz und wenig differenziert. Zwischen 1977 und 1980 hatte der Patient mit dem Ziel einer Geschlechtsumwandlung Kontakte zu Kliniken in Giessen, Freiburg, Hamburg und Berlin aufgenommen. In Hamburg war er von zwei erfahrenen Fachkollegen beraten worden. Er berichtete ihnen, mit seinem Freund ein no- tarielles Eheversprechen abgeschlossen zu haben und dieses nur einlösen zu können, wenn er erfolgreich operiert würde. Dem Freund drohte damals die Ausweisung, da sein Asyl nicht verlängert werden konnte. Die Fachkollegen haben (1979) folgerichtig abgelehnt, die Geschlechtsumwandlung gutachterlich positiv zu befürworten. Sie wurden aber zwei Jahre später erneut mit dem inzwischen operierten Patienten konfrontiert, weil er ein Gutachten für die Personenstandsänderung brauchte. Er hatte sich im Sommer 1980 (37jährig) von einem bekannten Urologen in einer Universitätsklinik operativ zur Frau umwandeln lassen (Kastration und Anlegen einer künstlichen Scheide). Den Gutachtern blieb nichts anderes übrig, als die Personenstandsänderung zu befürworten. Der Patient wollte heiraten. Er hieß jetzt Petra und wirkte in seiner äusserlichen Erscheinung durchaus weiblich.

Auf dem Hintergrund einer sadomasochistischen Partnerbeziehung gestaltete sich aber die Ehe für den Patienten immer schwieriger, so daß er sich 1982 scheiden ließ. Eine innere Ablösung von diesem Mann erfolgte jedoch nicht, so daß es 1985 zu einer Wiederheirat kam.

Zu einer wirklichen Trennung kam es erst 1986, als der Patient wegen Wirtschaftskriminalität verhaftet wurde und 1986 für zwei Jahre eine Gefängnisstrafe antreten mußte. Während der Haft muß es 1987 zu einem seelischen Zusammenbruch gekommen sein. Danach lehnte er seine weibliche Rolle ab und wünschte wieder ein Mann zu werden. 1987 beantragte er erneut den geschlechtsneutralen Namen Pijera, was jedoch abgelehnt wurde. Er bereute jetzt die Geschlechtsumwandlung gründlich, hob hervor, sich in der Rolle als Frau nie wohl und sicher gefühlt zu haben. Seit der Krise 1987 hatte er alle Perücken und Frauenkleider weggeworfen und trägt seitdem nur noch Männerkleidung. Seit dieser Zeit nimmt er männliche Hormone ein. Nach der Haftzeit ließ er sich in einer Privatklinik die noch vorhandenen Samenleiter wieder öffnen. Die Prostata soll ebenfalls noch vorhanden gewesen sein. Ein ärztlicher Befund über diesen Eingriff lag nicht vor! Von 1992 bis 1994 kam er wegen eines erneuten wirtschaftskriminellen Deliktes wieder in Haft. Da er juristisch noch eine Frau war, mußte er seine Strafe in der Frauenvollzugsanstalt absitzen. Da er sich als Mann von den dortigen Frauen diskriminiert und attackiert fühlte, drängte er vermehrt auf eine erneute Geschlechtsumwandlung. In diesem Zusammenhang wurde er von der Gefängnisärztin zur Beratung und Begutachtung an mich überwiesen. Er setzte mich dann sehr unter Druck, schnell das Gutachten anzufertigen. Im August 1994 ließ er sich von dem Oberarzt einer Chirurgischen Klinik und Poliklinik für Plastische Chirurgie einen Begutachtungs- und Behandlungsvorschlag ausarbeiten. Dabei wurde eine gute Penoidbildung mit eigener Penishaut in Aussicht gestellt. Im September 1994 rief er mich aus einer Privatklinik an, in der er sich seine Brüste entfernen ließ. Inzwischen heißt er wieder Peter und lebt mit einer lesbischen Frau zusammen, die er in der Haftzeit (ehemalige Prostituierte und Drogenabhängige) kennengelernt hatte. Im selben Jahr (1994) war es ihm gelungen, für erwerbsunfähig erklärt zu werden.

Zur Psychodynamik der transsexuellen Entwicklung

Die körperliche Krankengeschichte des Patienten seit der Geschlechtsumwandlungsoperation 1980 ist ein "tragisches Lehrstück" für die negativen Folgen einer retrospektiv gesehen falsch gestellten Indikation für diesen massiven Eingriff. Die unbewußte autoaggressive Dynamik des Patienten, wie sie übrigens nicht ganz selten bei operierten Transsexuellen beobachtet werden kann, wurde nicht gesehen. Im Rahmen seiner sich bald verschlechternden Paarbeziehung hat der Patient den Operationserfolg angezweifelt und juristisch Schadensersatz gefordert. Er hat damit vor Gericht auch gegen den Operateur gewonnen, weil die operative Geschlechtsumwandlung offensichtlich schlecht ausgeführt worden war (z.B. war die Scheide zu kurz). Der Patient hat als Folge der mißglückten Operation 70% Schwerbeschädigung bekommen. Von internistischer Seite wurde dann noch eine Osteoporose, Hyperlipidämie, Varikosis und der Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung gestellt, was dann wohl für die Erwerbsunfähigkeit ausreichte.

Zusammenfassend läßt sich für seine Psychosexualität festhalten, daß hier mehr eine effeminiert homosexuelle oder auch bisexuelle als sogenannte typische transsexuelle Entwicklung vorgelegen hat. Sein transsexueller Wunsch und seine operative Realisierung sind letztlich auf dem Hintergrund eines ausgeprägten strukturellen Ich-Defizits (Ich-Schwäche) und einer sadomasochistischen Paarbeziehung zu verstehen. Er hatte sich den Interessen und Bedürfnissen des Freundes völlig unterworfen. Als Beispiel für die sadistischen Tendenzen seines Freundes nennt er, daß dieser einmal seinen Wellensittich lebend in den Ofen gesteckt oder seine Schallplatten zerstört habe. Die Ich-Schwäche und die damit zusammenhängende Identitätsdiffusion hat ihn so manipulierbar gemacht. Andererseits versuchte er mit seiner charmanten und gefügigen Haltung, andere für seine Interessen "einzuspannen". In diesen Zusammenhang kann nicht übersehen werden, daß der Patient mit seiner Transsexualität und den entsprechenden körperlichen Komplikationen für seinen Gefängnisaufenthalt einen deutlichen sekundären Krankheitsgewinn (z.B. Haftverschonung und dann Berentung) erzielte.

Um nicht mißverstanden zu werden: Ich halte den Patienten nicht für einen Simulanten, sondern verstehe sein Erleben und Verhalten sowie seinen Umgang mit anderen Menschen auf dem Hintergrund einer narzißtisch akzentuierten Borderline-Persönlichkeit, die für ihr seelisches Überleben früh gelernt hat, sich seismographisch auf andere Menschen einzustellen. In der Lebensgeschichte des Patienten ist die frühe Traumatisierung durch den Verlust der Mutter und den Heimaufenthalt nicht zu übersehen. Weiterhin soll ab dem 7. Lebensjahr ein sexueller Mißbrauch durch den Pflegevater erfolgt sein. Letzterer wird in den Unterlagen übereinstimmend genannt. Sicherlich könnte man seinen Lebenslauf unter psychoanalytischen Aspekten auch so verstehen, daß er einem unbewußten Wiederholungszwang folgt, immer wieder traumatisiert zu werden, beispielsweise durch den jugoslawischen Freund.

Bei Küchenhoff (1990) findet sich eine differenzierte Diskussion über die Rolle des Traumas. Die traumatische Erfahrung wird total assimiliert. Sie geht in den psychischen Apparat ein und wird zu einem Teil von ihm. Das Trauma kann so total sein, daß es mittels Inkorporation oder Introjektion identitätsbildend wird und gleichsam zur "traumatischen Identität" wird. Sich auf Freud beziehend betont Küchenhoff, daß das Subjekt immer wieder versucht, das frühe Trauma mittels Wiederholungszwang in eine Objektbeziehung einzubinden und so zu personifizieren. Diese Reaktion auf das Trauma erschafft gewissermaßen ein allgegenwärtiges "traumatisches Objekt", das die traumatische Erfahrung reinszeniert auf der Ebene des Körpers, der Phantasie oder allgemeiner Objektbeziehungen. Dabei handelt es sich nicht einfach um eine statische oder reale Wiederholung des Traumas, sondern um einen konstruktiven Lösungsversuch unter dem Einfluß von Abwehrvorgängen, bei diesem Patienten leider um den Preis der beschädigten körperlichen Integrität.

Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme

Obwohl es sich hier um einen Sonderfall handelt und Rückumwandlungsbegehren nach Pfäfflin und Junge (1992) selten sein sollen (in meiner Klientel sind es vier), lassen sich einige typische Interaktionen zwischen Arzt, Therapeut oder Gutachter und Patient aufzeigen, die ihren Frei- oder besser Handlungsspielraum einengen:

1. Die Diagnosestellung (1976) erfolgte durch einen mit transsexuellen Patienten uner-

fahrenen Kollegen. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß eine Reihe von Transsexuellen, besonders Mann-zu-Frau-Transsexuelle, fraglose Anerkennung fordern (Diederichs 1993). Durch ihre Haltung zwingen sie den Arzt zur Akzeptanz ihrer gewünschten Geschlechtsidentität. Sie ziehen sich schnell gekränkt zurück oder entwerten den Behandler, wenn er ihrem Wunsch nicht nachgibt. Hinzu kommt, daß es zur damaligen Zeit in Berlin kaum kompetente Fachleute für Transsexualität gab.

- 2. Durch geschaffene Fakten wird der Gutachter unter Druck gesetzt. Trotz der kompetent begründeten Ablehnung des transsexuellen Wunsches durch die norddeutschen Gutachter fand der Patient einen Operateur. Den Gutachtern blieb dann nichts anderes übrig, als die Personenstandsänderung zu befürworten. Auch ich hatte keine Wahl, sein Rückumwandlungsbegehren zu problematisieren. Er hatte sich ja schon vorher die Samenleiter wieder öffnen und die Brüste abnehmen lassen. Allerdings hatte ich keine Schwierigkeiten, ihn wieder als Mann (in Stimme, Haartracht und Haltung) zu akzeptieren.
- 3. Die meisten mich wegen Transidentität aufsuchenden Patienten sind hormonell schon vorbehandelt, entweder durch Eigenmedikation (Schwarzmarkt), durch einen Arzt, der sich diesem Druck nach fragloser Anerkennung nicht entziehen konnte oder durch einen Gynäkologen, der mit dieser Klientel gutes Geld verdient. Ich habe also als behandelnder Arzt, Psychotherapeut oder Gutachter nicht mehr die Chance, mich mit der ursprünglichen seelischen und körperlichen Verfassung des Betroffenen auseinanderzusetzen.
- 4. Die anamnestischen Daten sind nicht immer valide, wie am Beispiel seines jugoslawischen Freundes bzw. der Ursache seines Asylbegehrens beobachtet werden konnte. Auch die Pflegeeltern werden in den Gutachten sehr unterschiedlich charakterisiert: von "schon wegen jeder Kleinigkeit geprügelt" worden zu sein (mit einer 9schwänzigen Rute) bis zur "Pflegemutter ein gutes Verhältnis" gehabt zu haben. Den anamnestischen Hinweis, daß seine Mutter Jüdin war, hat er nur mir gegenüber geäußert. Hinzu kommt, daß in den letzten Jahren Betroffene mit transsexuellem Begehren von den Selbsthilfeorganisationen beraten werden, was sie dem Gutachter erzählen müssen. Insofern verwundert es nicht, daß sich manche Krankengeschichten oder Anamnesen sehr gleichförmig anhören. Ausführlicher geht Becker (1998) auf die Diagnostik und Behandlung ("Standards of Care") bei Transsexualität ein.

Schlußfolgerungen

Ich versuche mir meinen relativen Freiraum dadurch zu erhalten, indem ich nur diejenigen Patienten zur Begutachtung annehme, die bereit sind, sich und mir mindestens ein Jahr Zeit zu geben, die transsexuelle Problematik genauer anzuschauen. Die meisten der von mir begutachteten transsexuellen Patienten kannte ich über 2 – 3 Jahre. Ich nutze hierfür die ohne größeren organisatorischen Aufwand zu beantragende Kurzzeittherapie mit 25 Sitzungen. Diese reichen über ein Jahr verteilt meist aus, um zu einer tieferreichenden Diagnostik, Beratung und psychotherapeutischem Umgang mit der Transsexualität zu kommen. Dabei geht es nicht darum, die Patienten von ihrem transsexuellen Wunsch abzubringen, sondern gemeinsam mit ihnen diese Entwicklung nachzuvollziehen. Die meisten stehen doch unter einem erheblichen Leidensdruck und müssen sich infolge ihrer Identitätsstörung mit vielfältigen Komplikationen im sozialen Umfeld auseinandersetzen. Ich muß aber auch meine Gefühlsreaktion auf die Patienten reflektieren. Ich bin immer wieder irritiert und fasziniert zugleich, wenn sich z.B. ein Mann meines Ge-

schlechts im falschen Körper fühlt und mir als Frau gegenüber tritt. Transsexuelle Patienten können sowohl grandios-exhibitionistische und voyeuristische Impulse beim Untersucher als auch seine androgyne Latenz mobilisieren. Natürlich spüre ich auch einen Identitätswiderstand (Pfäfflin 1994) bei mir, wenn ein Mann mein Geschlecht verlassen will. Diese Gegenübertragungsreaktion erklärt, warum sich Mann-zu-Frau-Transsexuelle bei Ärztinnen oder Therapeutinnen sicherer fühlen.

Weiterhin ist mir bewußt, daß der hier vorgestellte Patient wegen seiner Autodestruktivität und des sekundären Krankheitsgewinns besonders intensiv meine Gegenübertragungsgefühle beanspruchte. Hinzu kam, daß er nicht nur "Opfer", sondern auch "Täter" war. Er hat andere wirtschaftlich geschädigt.

In der Beratung oder im psychotherapeutischen Prozeß sollte die Spaltung in total "männlich" oder "weiblich" bearbeitet werden. Bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen ist es nur eine Untergruppe, die darauf drängt, beispielsweise kosmetisch eine perfekte Frau zu werden. Bei längerer klinischer Erfahrung ist zu beobachten, daß viele Transsexuelle innerlich und äußerlich auf der langen Palette von typisch "weiblich" bis typisch "männlich" eine ihnen gemäße Position des "dazwischen" gefunden haben. Die Operation (Geschlechtsanpassung) kann nur das letzte Mittel der Wahl sein. Die katamnestischen Untersuchungen zeigen übereinstimmend, daß der Geschlechtsrollenwechsel zu einer verbesserten psychosozialen Anpassung führt, wobei allerdings die Geschlechtsumwandlungsoperation als Wirkfaktor bisher überschätzt wurde (Essers und Diederichs 1994). Auch wenn der Katamnesezeitraum der meisten empirischen Untersuchungen unter 10 Jahren liegt, erstelle ich Gutachten für die Betroffenen, entlaste aber mein Über-Ich oder versuche etwas von meinem "Freiraum" durch einen letzten Standardsatz in meinen Gutachten zu erhalten, der lautet, daß der Betroffene darüber aufgeklärt wurde, daß über die langfristigen körperlichen und seelischen Auswirkungen der Geschlechtsumwandlungsoperation, also nach 10, 20 oder 30 Jahren noch keine gesicherten wissenschaftlichen Daten vorliegen.

Anmerkungen

* Gekürzte und überarbeitete Fassung eines Vortrages über "Zwänge und Freiräume in der Behandlung und Begutachtung transsexueller Patienten" auf dem IX. Symposium der Gesellschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe (GPGG) 1997 in Meisdorf (Harz)

Literatur

Becker, S. (1998): Psychotherapie bei Transsexualität. In: Strauß, B. (Hrsg.): Psychotherapie der Sexualstörungen. Stuttgart: Thieme.

Becker, H., Hartmann, U. (1994): Geschlechtsidentitätsstörungen und die Notwendigkeit der klinischen Perspektive. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 62: 290 – 305.

Diederichs, P. (1993): Der eigene Körper als "Fremder". Psychoanalytische Aspekte der Transsexualität. In: U. Streeck (Hrsg.): Das Fremde in der Psychoanalyse. München: Pfeiffer.

Essers, M.; Diederichs, P. (1996): Katamnestische Untersuchung operierter und nicht operierter Transsexueller. In: H. Kentenich und M. Rauchfuß (Hrsg.): Mythos der Geburt. Heidelberg: Psychosozial.

Küchenhoff, J. (1990): Die Repräsentation früher Traumata in der Übertragung. Forum Psychoanal. 6:15 – 31.

Langer, D. (1995): Psychiatrische Gedanken zur Verselbständigung des Prozesses der Geschlechtsumwandlung und zur Rolle der Begutachtung. Sexuologie 3: 263-275.

Pfäfflin, F., Junge, A. (1992): Nachuntersuchungen nach Geschlechtsumwandlung. Eine kommentierte Literaturübersicht 1961 – 1991. In: Pfäfflin, F., Junge A. (Hrsg.): Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität. Stuttgart: Schattauer.

Pfäfflin, F. (1994): Zur transsexuellen Abwehr. Psyche, 48: 904 – 931.

Sigusch, V. (1991): Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick. Z. Sexualforsch. 4: 225 – 256.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Peter Diederichs, Corneliusstr. 12c, 10787 Berlin

Tendenzen der Einweisungspraxis von Sexualstraftätern im Maßregelvollzug des Bezirkskrankenhauses Haar

New Trends in Committing Sex Offenders to the Mental State Hospital of Haar/ Munich

H. Steinböck

Hintergrund der Arbeit und Fragestellung

Anläßlich der Veränderungen, die im bundesdeutschen Strafrecht seit Januar 1998 in Kraft sind (Dencker et al. 1998), erscheint es nun, nach Ablauf eines Jahres, angebracht, eine erste Zwischenbilanz zu ziehen. Zu diesem Zweck sollen als Beispiel die jüngeren Entwicklungen im Fachbereich Forensik I des Bezirkskrankenhauses Haar betrachtet werden.

Der Fachbereich ist die größte Abteilung Bayerns, die für die Unterbringung psychisch kranker Rechtsbrecher gemäß § 63 StGB zuständig ist, und versorgt einen erheblichen Teil Oberbayerns, vor allem aber – zu rund 80 % – den Großraum München, aus dem die überwiegende Mehrheit der Patienten des Fachbereichs stammt. Insgesamt umfaßt das Einzugsgebiet etwa 2 Millionen Einwohner. Der § 63-Bereich hält 135 Planbetten vor, tatsächlich belegt sind allerdings derzeit etwa 160 Betten.

Seit April 1994 ist die Forensische Abteilung im Bezirkskrankenhaus Haar aufgetrennt in zwei selbständige Fachbereiche: Forensik I ist für die nach § 63 StGB, Forensik II für die nach § 64 StGB Untergebrachten zuständig (Steinböck 1999).

Entwicklung der Zugangszahlen der im BKH Haar untergebrachten Sexualstraftäter

Die Zugangszahlen der gemäß § 63 StGB Untergebrachten (bzw. § 126 a StPO, soweit es sich dabei um prospektive § 63-Patienten handelt) werden entsprechend den Grundsätzen der Bundeseinheitlichen Vollzugsstatistik erfaßt. Verfolgt man diese Zugangszahlen für den Fachbereich Forensik I des Bezirkskrankenhauses Haar, so zeigt sich folgender Trend: Die Zahl der in den Fachbereich gerichtlich eingewiesenen Patienten steigt seit 1993 kontinuierlich an. 1997 trat zu diesem kontinuierlichen Anstieg ein zusätzlicher Sprung nach oben. 1998 setzte sich dann der vorangegangene Trend fort. (Abb. 1):

140-130 120-111 99 100-87 74 80-70 60 40. 20-1994 1995 1996 1997 1998 1993

Abb. 1: Zugänge pro Jahr im FB Forensik I gemäß Vollzugsstatistik

Die Entlassungszahlen stagnierten über die letzten 5 Jahre gesehen bzw. zeigen in den letzten 3 Jahren sogar eine Abwärtsentwicklung (Abb. 2).

Als Folge ergibt sich ein stetes Anwachsen des Bedarfs an Forensik I-Betten im BKH Haar.

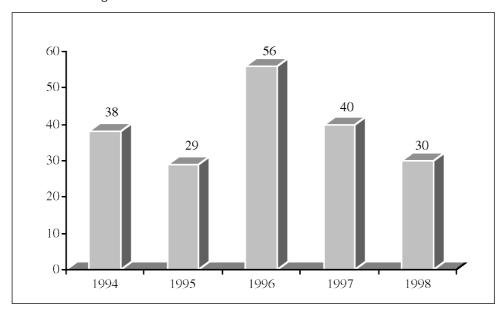


Abb. 2: Entlassungen aus dem FB Forensik I 1994 - 1998

0-

1993

Die Planbetten entwickelten sich in dem Fachbereich wie folgt (Abb. 3):

160-140-120-100-80-60-40-20-

Abb. 3: Entwicklung der Planbetten im FB Forensik I

Aus den angeführten Daten ergibt sich innerhalb von 5 Jahren ein Anstieg sowohl der gerichtlichen Einweisungen als auch des Planbettenbedarfs von ca. 50 %. Verlängert man diese Daten in die Zukunft, so ergibt sich im Fachbereich Forensik I – vorausgesetzt, der bisherige Trend setzt sich fort – für das Jahr 2003 ein Planbettenbedarf von ca. 160 + 50% = 240 Betten.

1996

1997

1998

1999

Betrachtet man die Aufnahmezahlen unter dem Gesichtspunkt der Einweisungsdelikte, ergibt sich ein überproportionales Anwachsen der Patienten, die aufgrund einer Sexualstraftat eingewiesen wurden (Tab. 1).

Tab. 1: Anstieg der im FB Forensik I untergebrachten Sexualstraftäter

1995

Jan. 1996:	19 Pat.
Jan. 1997:	28 Pat.
Jan. 1998:	41 Pat.
Jan. 1999:	54 Pat.

1994

Betrug der Anteil der Sexualstraftäter an der Gesamtzahl aufgenommener Patienten im Jahr 1995 noch 21,8 % (19 von 87 Pat.), stieg dieser Anteil im Jahr 1997 auf 31,5 % (41 von 130 Pat.). Zum Stichtag 31.12.1998 befanden sich im BKH Haar 156 Patienten gemäß § 63 StGB bzw. § 126 a StPO (davon 12 Patienten aus Platzgründen außerhalb der Forensik in zivilrechtlichen Stationen), außerdem 3 öffentlich-rechtlich untergebrachte Patienten (s. u.) in der Forensik. Von diesen 159 Patienten waren nun 54 Patienten aufgrund einer Sexualstraftat in der Klinik untergebracht, also 33 % der Gesamtpopulation der § 63-Patienten in Haar.

Tab. 2: Erst-Diagnosen der Sexualstraftäter

	Jan.	1996	Dez.	1998
ICD-10	Pat.	%	Pat.	%
F0 (organ., einschl. symptomatischer psych. Störungen)	0	0	3	5,6
F1 (psych. u. Verhaltensstör. durch psychotrope Substanz.)	2	10,5	4	7,4
F2 (Schizophrenie, schizotype u. wahnhafte Störungen)	5	26,3	17	32,1
F3 (Affektive Störungen)	0	0	1	1,9
F4 (Neurotische,- Belastungs,- u. somatoforme Störungen)	0	0	0	0,0
F5 (Verhaltensauffälligk. mit körpl. Störung. od. Faktoren)	0	0	0	0,0
F6 (Persönlichkeits- u. Verhaltsstörungen, enthält die	11	57,9	27	50,0
Störungen der Sexualpräferenz = F 65)				
F7 (Intelligenzminderung)	1	5,3	2	3,7
Summe	19	100	54	100,0

Vergleicht man die diagnostische Zuordnung der untergebrachten Sexualstraftäter im 3-Jahres-Abstand (Tab. 2), ergibt sich keine nennenswerte Verschiebung. Sowohl bei den 1996 als auch bei den 1998 aufgenommenen Sexualstraftätern waren Persönlichkeitsstörungen mit 50 bis 58 % die häufigste Diagnose, gefolgt von Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen mit über einem Viertel der Untergebrachten. Die dritthäufigste Diagnose lautete psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und lag bei einem Anteil zwischen 7 und 10 %. Die beiden übrigen Diagnosegruppen – organische Störungen und Intelligenzminderung – bewegten sich zwischen 2 und 6 %.

Tab. 3: Einweisungs-Delikte der Sexualstraftäter

	Jan. 96	Jan. 98	Dez. 98
sex. Mißbr.von Kindern	5 Pat.	10 Pat.	18 Pat.
Vergewaltigung	9 Pat.	18 Pat.	17 Pat.
sex. Nötigung	4 Pat.	5 Pat.	7 Pat.
Mord	0 Pat.	0 Pat.	3 Pat.
Totschlag	1 Pat.	4 Pat.	3 Pat.
Bedrohung	0 Pat.	1 Pat.	2 Pat.
Diebstahl	0 Pat.	1 Pat.	2 Pat.
Tierquälerei	0 Pat.	1 Pat.	1 Pat.
Banküberfall	0 Pat.	1 Pat.	1 Pat.
Summe	19 Pat.	41 Pat.	54 Pat.
		1	I

Schlüsselt man die Einweisungsdelikte der untergebrachten Sexualstraftäter näher auf, so stellen sich die Veränderungen zwischen Januar 1996 und Dezember 1998 wie folgt dar (Tab. 3): Noch vor 3 Jahren befand sich lediglich 1 Sexualstraftäter mit einem Tötungs-

delikt im BKH Haar, während es im Dezember 1998 6 Patienten sind. Lag die Zahl der Patienten mit Vergewaltigung und / oder sexueller Nötigung vor 3 Jahren noch bei 13 Patienten, verdoppelte sich diese Zahl Ende 1998 fast auf 24 Patienten. Den deutlichsten Zuwachs zeigen die Patienten, die wegen sexuellen Mißbrauchs von Kindern untergebracht sind; ihre Zahl stieg im gleichen Zeitraum von 5 auf 18 Patienten.

Während die Aufnahmezahlen der Sexualstraftäter im BKH Haar zwischen 1996 und 98 fast auf das Dreifache zunahmen, stagniert zugleich die Zahl der pro Jahr entlassenen Sexualstraftäter auf niedrigem Niveau (Tab. 4).

	Rechts- grund	nach Hause	in nichtforens. Einrichtung	Abschiebg.	andere Klinik / JVA	Summe
1996	§ 126a	0	0	0	0	0
	§ 63	2	2	0	2	6
	gesamt	2	2	0	2	6
1997	§ 126a	0	0	0	2	2
	§ 63	1	0	2	3	6
	gesamt	1	0	2	5	8
1998	§ 126a	3	0	0	1	4
	§ 63	0	1	1	4	6
	gesamt	3	1	1	5	10

Tab. 4: Entlassungen von Sexualstraftätern aus dem Fachbereich Forensik I des BKH Haar

Dabei gibt besonders zu denken, daß die Zahl derjenigen Sexualstraftäter, die tatsächlich aus der Maßregel des § 63 StGB – nach Hause oder in eine nichtforensische Einrichtung (z. B. Heim) – entlassen wurden, über den Beobachtungszeitraum sogar gesunken ist: Konnten 1996 immerhin noch 4 dieser Patienten real entlassen werden, sank ihre Zahl 1997 auf einen Patienten, der nach Hause entlassen werden konnte. 1998 erschöpfte sich die Entlassungszahl bezüglich der gemäß § 63 StGB untergebrachten Sexualstraftäter ebenfalls in einem einzigen Patienten. Bei diesem handelte es sich um einen geistig behinderten jungen Mann, der wegen pädophiler Tendenzen aufgenommen und für den nun eine geschlossen geführte heilpädagogische Einrichtung gefunden worden war. Die drei anderen 1998 nach Hause entlassenen Patienten waren jeweils gemäß § 126 a StPO untergebracht und aufgrund der Hauptverhandlung entlassen worden.

Zivilrechtliche "Fehllieger" auf forensischen Stationen

Wie bereits angeklungen, befinden sich unter den 54 auf forensischen Stationen untergebrachten Sexualstraftätern 3 Patienten, die in der üblichen Verwaltungsterminologie als "Fehllieger" zu bezeichnen wären, weil sie trotz des Ortes ihrer Unterbringung nicht straf-, sondern öffentlich-rechtlich untergebracht sind. Die 3 Patienten sollen, aus Gründen der Anonymisierung mit etwas abgewandelten Daten, im folgenden kurz vorgestellt werden:

Fall A

Der jetzt 54 jährige Herr A wuchs nach dem frühen Tod des Vaters bei der Mutter auf, die bald wieder heiratete. Mit dem Stiefvater kam es immer wieder zu heftigen Auseinandersetzungen. Wegen Erziehungsschwierigkeiten wurde er in ein Heim eingewiesen, besuchte dann das Gymnasium, welches er aber ebenso wie eine anschließende Kochlehre vorzeitig abbrach. Seither lebte er teils von Sozialhilfe, teils von illegalen Einkünften und verbrachte, bei ca. 20 Vorstrafen wegen Einbrüchen, Waffenbesitz, Unzucht mit Abhängigen, Vergewaltigung etc., 15 Jahre in Haft. Er war 3 mal verheiratet und hat aus einer dieser Ehen einen 1989 geborenen Sohn, zu dem aber keinerlei Kontakte mehr bestehen. Dasselbe gilt für seine früheren Ehefrauen. 1976 bis 82 hielt er sich in Spanien auf und erlernte dort die Landessprache so gut, daß er sich als Spanischlehrer durchschlagen konnte. Wahrscheinlich infizierte er sich damals (1982?) bei i.v.-Konsum von Heroin mit dem HI-Virus, das seit 1993 als AIDS-Encephalopathie neuroradiologisch nachweisbar war, allerdings psychopathologisch stumm blieb. 1989 sperrte er während eines Hafturlaubs eine 19 jährige Studentin mehrere Tage in eine Wohnung, wo er sie wiederholt vergewaltigte. Kurz darauf, noch während dieses Hafturlaubs, wurde seine 41 jährige alkoholkranke Freundin gewaltsam getötet. Die Tat konnte nicht aufgeklärt werden, Herr A floh nach Spanien, wo er erneut eine Vergewaltigung beging. 1990 bis 91 befand er sich in Untersuchungshaft, floh erneut nach Spanien, wurde wieder verhaftet und nach einer psychiatrischen Begutachtung, die keinerlei Einschränkung der Schuldfähigkeit zu finden vermochte, zu 4 Jahren Haft verurteilt. Diese 4 Jahre saß er bis zum letzten Tag ab und wurde dann im Juni 1997 entlassen. Nachdem mehrere mit Herrn A professionell befaßte Personen wenige Wochen vor der Haftentlassung die Landesregierung auf die weiterbestehende Gefährlichkeit des Herrn A hingewiesen hatten und entsprechende Informationen auch an die Presse durchgedrungen waren, die prompt darüber berichtete, wurde er noch am Tag der Haftentlassung über das Bayerische Unterbringungsgesetz (BayerUG) aufgrund eines vorläufigen Unterbringungsbeschlusses des zuständigen Vormundschaftsgerichts ins Bezirkskrankenhaus Haar eingewiesen. Zur Begründung wurde juristischerseits ausgeführt, es bestünden dringende Gründe für die Annahme, daß Herr A zumindest psychisch gestört sei und aufgrund der gestellten Gefährlichkeitsprognose in erheblichem Maße die öffentliche Sicherheit gefährden würde. Diese Annahme stützte sich auf eine im BKH Haar durch einen renommierten externen Psychiater durchgeführte Begutachtung, die folgende Diagnosen ergab: subakute AIDS-Encephalopathie, dissoziale Persönlichkeit sowie Polytoxikomanie. Therapiefähigkeit wurde gutachterlicherseits verneint. Die Gefährlichkeit des Herrn A wurde bejaht und hauptsächlich mit dessen Persönlichkeitsstörung begründet. Die AIDS-Encephalopathie sei als ungünstige Zusatzbedingung zu werten, weil dadurch möglicherweise eine Zunahme der Impulsivität eintreten könne. Tatsächlich ließ sich jedoch eine hirnorganisch bedingte Auswirkung der Encephalopathie nicht objektivieren. Allerdings war die Begutachtung erheblich erschwert, weil sich Herr A weigerte, in die Begutachtung einzuwilligen und bei ihr zu kooperieren. Trotz der Schlußfolgerungen des Gutachters blieb die definitive vormundschaftsrechtliche Unterbringung nach der richterlichen Anhörung aus, da Herr A auf Anraten seines Anwalts seinen freiwilligen Verbleib in der Klinik erklärte und somit keine weitere Unterbringungsentscheidung mehr erfolgen konnte. Inzwischen war Herr A allerdings aufgrund einer Entscheidung der Klinikleitung, der das Risiko des Verbleibs auf einer gemischtgeschlechtlich und offen geführten allgemeinpsychiatrischen Station zu hoch erschien, in den Fachbereich Forensik I verlegt worden, wo er sich bis heute befindet.

Fall B

Im Falle von Herrn B handelt es sich um einen jungenhaft wirkenden 28 jährigen Mann, dessen Eltern sich scheiden ließen, als er 1 Jahr alt war. An die Mutter hat er keine Erinnerung mehr, der Vater hatte bald wieder geheiratet und sich ebensowenig wie seine neue Frau um Herrn B gekümmert. Dieser wuchs dann bei der Großmutter väterlicherseits auf, die ihn stets sehr vewöhnt und immer versucht hatte, ihm alle Hindernisse aus seinem Lebensweg zu räumen. Dieses Bemühen hält sie bis heute aufrecht. In der Hauptschule war Herr B ein schlechter Schüler, mußte eine Klasse wiederholen, schwänzte den Unterricht und verließ die Schule nach der 8. Klasse ohne Abschluß. Eine anschließende Lehre als Stahlbetonbauer brach er nach 2 Jahren vorzeitig ab, er begann verschiedene ungelernte Tätigkeiten – auf dem Bau, als Lagerist und als Maler – brach aber jeweils nach kurzer Zeit wieder ab, war arbeitslos und finanzierte sich schließlich von der Sozialhilfe und Zuwendungen der Großmutter. Er lebte in den Tag hinein, trank gelegentlich Wein, konsumierte unregelmäßig Haschisch. Zwischen dem 16. und 21. Lebensjahr beging er zahlreiche gemeinschaftliche Einbruchsdiebstähle, wurde wiederholt inhaftiert und lebte zeitweilig in einem Heim für Strafentlassene. Nach eigenen Angaben kam er erst spät, mit ca. 16 oder 17 Jahren, in die Pubertät, hatte dann aber zwischen dem 18. und 20. Lebensjahr seine erste, 2 Jahre jüngere Freundin, bis die Beziehung unter vielen Streitigkeiten wieder auseinandergegangen sei. Es folgte, mit 20 Jahren, als er in einem Hotel als Spüler arbeitete, eine Beziehung zu einer ebenfalls dort als Auszubildende beschäftigten 1 Jahr jüngeren Freundin, die aber nur 6 Monate hielt, nämlich bis zu seinem Ausscheiden aus dem Hotel. Seither unterhielt er keine festen Beziehungen mehr. Im Jahr 1990 lernte er zusammen mit einem Freund 2 Mädchen kennen, die nach seinen Angaben tablettenabhängig gewesen und aus einem Mädchenwohnheim ausgerissen waren. Obwohl er sie wenigstens für 15 oder 16 Jahre alt geschätzt habe, waren sie tatsächlich erst 13 gewesen. In seinem von der Großmutter finanzierten Appartement wurde dann Haschisch sowie Alkohol konsumiert, anschließend kam es zum Geschlechtsverkehr zwischen Herrn B und einem der Mädchen. Wegen sexuellen Mißbrauchs einer Widerstandsunfähigen wurde er in Untersuchungshaft genommen, wo erstmals eine HIV-Infektion festgestellt wurde. Während Herr B anfangs stets homosexuelle Kontakte leugnete, räumte er später ein, er habe sich während seines Heimaufenthalts durch Prostitution ein Zubrot verdient. Aufgrund eines Haftverschonungsbeschlusses wurde er 1992 mit Auflagen aus der Untersuchungshaft entlassen. Schon wenige Wochen später lernte er, wiederum zusammen mit einem Freund, zwei 13 jährige Mädchen kennen, die ihn um Heroin gebeten hätten. Sie nahmen die Mädchen mit in die Wohnung, es kam sowohl dort als auch noch später mehrmals zum ungeschützten Geschlechtsverkehr, obwohl Herr B nun um seine HIV-Infektion wußte. Er wurde zu 5 Jahren Haft verurteilt und entwickelte in dieser Zeit für einige Wochen ein paranoid-halluzinatorisches Syndrom. Gleichzeitig wurde ein massives Absinken der Helferzellen und ein ausgeprägter körperlicher Verfall festgestellt. Unter kombinierter Behandlung mit Retrovir und Haldol besserten sich Blutbild und Allgemeinzustand, und die psychotische Symptomatik bildete sich vollständig zurück. Anträge

auf vorzeitige Haftentlassung wurden mit Hinweis auf seine hohe Gefährlichkeit abgelehnt. Diese wurde vor allem mit einer Äußerung von Fluchtabsichten und der Einschätzung begründet, daß sein letztes Delikt ein schweres Bewährungsversagen gewesen sei. Abgesehen von einigen in Begleitung der örtlichen AIDS-Hilfe durchgeführten Ausgängen wurden Lockerungen versagt, Herr B mußte die Haft voll verbüßen. Unmittelbar nach der Haftentlassung wurde er unter ähnlichen administrativ-politischen Begleitumständen wie bei Fall A auf Antrag des zuständigen Kreisverwaltungsreferats ins BKH Haar eingewiesen. Vom Gutachter wurde zu diesem Zeitpunkt die Wiederholungsgefahr bezüglich der Begehung erneuter Sexualdelikte aufgrund der dissozialen Persönlichkeitsstörung zwar bejaht, eine Auswirkung der neuroradiologisch bestätigten HIV-Encephalopathie konnte aber lediglich spekulativ als mögliche Verschärfung einer künftigen Impulskontrollstörung, nicht aber als aktuell akutes Problem beschrieben werden. Eine Entscheidung des Vormundschaftsgerichts unterblieb dann entsprechend dem Fall A, weil auch Herr B auf Anraten seines Anwalts sich zunächst bereit erklärte, "freiwillig" zu bleiben. Auch Herr B wurde wegen des zu hohen Gefährdungspotentials in der Forensik fehlplaziert. Aufgrund des Fortschreitens der AIDS-Erkrankung, die sich – im Gegensatz zur Situation in den ersten Monaten seines Klinikaufenthalts – nun auch psychopathologisch niederschlug, sowohl als vorübergehende paranoide Symptomatik als auch als beginnendes dementielles Syndrom, wurde inzwischen die Unterbringung gemäß BayerUG ausgesprochen. Herr B befindet sich nach wie vor auf einer stark gesicherten Forensik-Station.

Fall C

Herr C wuchs als mittleres von 3 Kindern in einem kleinen Dorf auf, die Mutter wird als eher kühl-distanziert, der Vater als brutal und gewalttätig geschildert. Der 2 Jahre ältere Bruder sei stets der Überlegene gewesen, habe Herrn C fast täglich geschlagen. Auch in der Schule sei Herr C der Prügelknabe gewesen. In der Schul- und Lehrzeit sei es wiederholt zu kleineren Geld-Diebstählen gekommen. Nachdem er die Lehrstelle ohne Abschluß verlassen und einige Zeit im väterlichen Polsterei-Betrieb gearbeitet hatte, eskalierten dort die Reibereien mit seinem Vater so, daß er dessen Betrieb wieder verließ und sich nach einigen Monaten der Arbeitslosigkeit bei der Bundeswehr um eine Verpflichtung als Zeitsoldat bemühte. Dort brachte er es bis zum Unteroffizier, wodurch sich sein Verhältnis zum Vater etwas entspannte. Etwas über 3 Jahre lang war er mit einer 2 Jahre jüngeren Frau verlobt, sowohl von ihr als auch von anderen Zeuginnen wurde bestätigt, daß er in seinen zahlreichen sexuellen Beziehungen ein zärtlicher Liebhaber ohne Gewaltanwendung gewesen war. Allerdings wird in unterschiedlichen Zusammenhängen berichtet, daß Herr C eine auffällige Freude am Töten von Tieren gezeigt habe. 1983 beging Herr C im Abstand von wenigen Wochen, kurz nach dem überraschend eingetretenen Tod seines Vaters, 2 stereotyp gestaltete, planvoll vorbereitete sadistische Vergewaltigungen, die letzte der beiden Taten schloß er mit der Tötung des Opfers ab. Ein Jahr zuvor war es zu einem Vorfall gekommen, der zumindest im nachhinein den starken Verdacht erweckt, er habe bereits damals eine ähnliche Tat geplant, wegen frühzeitigen Widerstands des dafür ausgewählten Opfers jedoch davon abgelassen. Dem Erst-Gutachter gegenüber gab er 1983 an, seit der Pubertät im Rahmen seiner Onanie-Praktiken Vergewaltigungs- und Tötungsphantasien nachzuhängen. Zur Hauptverhandlung wurden zwei

sehr angesehene forensische Psychiater als Gutachter gehört, ein weiterer gab eine schriftliche Stellungnahme. Zwar wollte einer der 3 Gutachter eingeschränkte Schuldfähigkeit nicht ausschließen, keiner von ihnen stellte aber die Voraussetzungen der §§ 20. 21 StGB positiv fest. Herr C, der die Taten noch vor seinem 20. Geburtstag begangen hatte, wurde zu 15 Jahren Haft verurteilt. Diese war einerseits durch eine hartnäckige Zurückweisung mehrerer Therapie-Angebote gekennzeichnet, die ihm in der Justizvollzugsanstalt gemacht wurden, andererseits durch ein hohes Maß an Anpassungsleistungen, die ihn zu einem allseits beliebten, allerdings stets als Einzelgänger beschriebenen Häftling machten. Nachdem wiederholt psychiatrische und psychologische Gutachten und gutachterliche Stellungnahmen zur Frage der vorzeitigen Haftentlassung eingeholt worden waren, die durchwegs eine sehr hohe Gefährlichkeit attestierten, wurde im Vorfeld der nach Vollverbüßung anstehenden Haftentlassung seitens der JVA Kontakt mit zuständigen ministeriellen Stellen hergestellt und nach Alternativen gesucht. Diese wurde dann vermeintlich in einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung gefunden. Der beauftragte psychiatrische Gutachter kam jedoch zu dem Schluß, die Unterbringungsvoraussetzungen lägen nicht vor, weil zwar eine dissoziale Persönlichkeitsstörung und möglicherweise auch eine sadistische Perversion vorlägen, was auch möglicherweise eine langfristig bestehende Gefährdung bedeute. Eine solche Gefährlichkeitsprognose stütze sich aber nur auf die Vorgeschichte. Es gebe keine Hinweise auf eine aktuell bestehende psychische Störung vom erforderlichen Schweregrad. Dennoch wurde Herr C am Tag der Haftentlassung durch die Polizei nach BayerUG in das örtlich zuständige Bezirkskrankenhaus gebracht. Der dort diensthabende Psychiater hatte als Beurteilungsgrundlage das vorangegangene Gutachten und die persönliche Untersuchung des Herrn C. Wiederum ergaben sich keine Anhaltspunkte für ein Festhalten des Betroffenen, was auch der Vormundschaftsrichter bei der Anhörung bestätigte. Deshalb mußte er wieder entlassen werden. Er bezog in München eine betreutes Wohnheim für Strafentlassene, das jedoch sofort von einer großen Zahl von Medienvertretern belagert wurde, die dort die nächsten Tage ausharrten und in der Lokalpresse minutiös Bericht erstatteten. Inzwischen war über die Landesregierung die nun zuständige Kreisverwaltungsbehörde angewiesen worden, sich um eine erneute Einweisung, nun ins hiesige Bezirkskrankenhaus, zu bemühen. Hierzu war zunächst ein neues psychiatrisches Gutachten erforderlich, das entgegen dem bisher vorliegenden die Unterbringungsvoraussetzungen bejahen würde. Nachdem die verschiedensten Gutachter abgelehnt hatten, den Auftrag anzunehmen, wurden zwei Ärzte der Gesundheitsbehörde beauftragt, die nun die Unterbringungsvoraussetzungen bejahten. Zur Begründung wurde auf die bereits genannten Diagnosen verwiesen, die als Krankheiten im Sinne des Unterbringungsgesetzes aufgefaßt wurden, und auf die daraus abzuleitende Gefahr für die öffentliche Sicherheit. Daraufhin wurde eine sofortige vorläufige Unterbringung gemäß BayerUG angeordnet. Ein weiteres ausführliches Gutachten wurde in Auftrag gegeben, das vor dem Hintergrund der vorhandenen Aktenunterlagen und der stationären Untersuchung und Beobachtung ebenfalls die bisher bereits gestellten Diagnosen und die hohe Gefährlichkeit bezüglich der erneuten Begehung einschlägiger Taten bejahte. Bezüglich der Frage, inwieweit damit die Voraussetzungen des BayerUG erfüllt seien, wurde auf die weiter unten angeführten Fragen verwiesen, die letztlich nicht einer psychiatrischen, sondern einer juristischen Entscheidung bedürfen. Entsprechend dieser gutachterlichen Argumentation erfolgt z. Z. die weitere Klärung über die gerichtlichen Instanzen.

Diskussion

Faßt man die bisherigen Ausführungen zusammen, so lassen sich folgende Feststellungen treffen:

Die Zahl der in den Maßregelvollzug eingewiesenen Patienten hat in den letzten Jahren kontinuierlich, die Zahl der eingewiesenen Sexualstraftäter überproportional zugenommen. Offenbar handelt es sich dabei um ein komplex determiniertes Geschehen.

Noch viel zu wenig wissen wir Gesichertes über die Einflüsse der Gesellschaft auf Ausmaß und Art der Kriminalität psychisch kranker Menschen: Auswirkungen des generellen gesellschaftlichen Trends zu mehr Gewalt (Heitmeyer 1994), der auch um die psychisch Kranken keinen Bogen machen dürfte und im Anstieg gerade der schweren Gewaltdelikte seinen Widerschein finden mag (Wessely 1998); Auswirkungen des sexuellen Selbstverständnisses der Gesellschaft (Buddeberg 1997); Auswirkungen der immer tiefer gehenden Durchdringung der Gesellschaft mit marktförmigen Kategorien bis hinein in die persönlichen Beziehungen, die es immer näherliegend erscheinen lassen, den jeweils anderen nur als Objekt von Partial-Interessen zu betrachten (Schmidt u. Strauß 1998); Auswirkungen der rasanten Veränderungen der technischen Basis der Arbeits- und Distributionssphären, von Individualisierung und Globalisierung (Haug 1997), Tendenzen, die ihren Niederschlag etwa im Umgang der Medien mit dem Thema Gewalt und in deren Rückwirkung auf die Individuen besonders pointiert finden (Löpscher 1998).

Da sich empirisch kein realer Anstieg der Häufigkeit von Sexualstraftaten nachweisen läßt (z. B. Göppinger 1997), ist zu vermuten, daß sich der überproportionale Anstieg der gemäß § 63 StGB untergebrachten Sexualstraftäter auf zwei Faktoren zurückführen läßt: Ein Faktor dürfte in der stärkeren Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Fragen des sexuellen Mißbrauchs, insbesondere gegenüber kindlichen Opfern, zu finden sein, die zu einem verstärkten Anzeigeverhalten führt. Ein anderer Faktor mag auch in der ebenfalls auf diese erhöhte Sensibilisierung zurückgehende Tendenz der Gerichte bestehen, Prozesse gegen Sexualstraftäter nicht mehr ohne Beiziehung eines psychiatrischen Sachverständigen zu führen. Daß die Sensibilisierung der Öffentlichkeit - man könnte auch sagen: die sozialen Zuschreibungs- und Definitionsprozesse - hierfür tatsächlich eine wesentliche Rolle spielen, läßt sich unseres Erachtens anhand der den kontinuierlichen Aufwärtstrend überlagernden Einweisungsspitze im Jahr 1997 ablesen, eines Jahres, dessen medienvermittelte Diskussion über das Thema Sexualtäter, nach den Vorgängen um belgische Kinderhändlerringe, Kinderschänderprozesse in der BRD und einigen spektakulären sexuell motivierten Kindstötungen in verschiedenen Bundesländern, u. a. auch in Bayern, emotional besonders aufgeheizt war ("Fall Natalie Astner"; Der Spiegel 1997). Anschaulich zeigt sich die Selektivität der gesellschaftlichen Wahrnehmung an der gegenläufigen Entwicklung des exponentiell wachsenden Umfangs von Presseberichterstattungen zum Thema Kindsmißbrauch und der abnehmenden Häufigkeit von Sexualmorden in den letzten 5 Jahrzehnten (Rüther 1998).

Aus demselben Grund erhöhten sich im gleichen Zeitraum die Hürden, die gesellschaftlich als akzeptabel für die Erprobung von Lockerungsrisiken, welche von Sexualstraftätern ausgehen, angesehen werden. Gleichzeitig wurde die Entlassungsschwelle aber durch die Änderung des Sexualstrafrechts (§ 67 d StGB) nicht nur für Sexualstraftäter, sondern für alle Forensikpatienten erhöht. Das bedeutet, daß einerseits mehr Patienten in die Forensik eingewiesen werden, zugleich aber weniger entlassen werden können,

zwangsläufig also die Aufenthaltsdauern steigen müssen. Diese liegen derzeit im Fachbereich für § 63-Patienten (noch) bei 3,9 Jahren, also etwa im Bundesdurchschnitt (Seyfert u. Leygraf 1997). Aus der Schere, die sich jedoch zunehmend zwischen anwachsenden Einweisungszahlen und Stagnieren bzw. Sinken der Entlassungszahlen auftut, erwächst ein steigender Bettenbedarf. Die juristische Fixierung der größeren Entlassungshürden erfolgte zwar erst über die Änderung des § 67 d StGB zum Januar 1998, die Atmosphäre des öffentlichen Empfangsraums der Patienten machte die Restriktionen aber schon zuvor - während der teils von, teils in den Medien geführten politischen Debatte - deutlich und wirkte sich insofern bereits 1997 entsprechend aus.

In der Gemeinde Haar ist die veränderte Stimmungslage sowohl in persönlichen Gesprächen als auch in der lokalen Presse spürbar, wo zunehmend skeptisch auf die mit der Zunahme der Einweisungen einhergehende Kapazitätsausweitung forensischer Betten reagiert wird. Seitens des Fachbereichs wird deshalb versucht, dieser Stimmungslage durch verstärkte, auf Aufklärung setzende Öffentlichkeitsarbeit, vor allem im sozialen Nahbereich der Klinik, zu begegnen.

Schließlich gehören auch die 3 geschilderten Einzelfälle hierher. Sie weisen zwar jeweils individuelle Besonderheiten auf und lassen sich auch nicht einfach als Fehlplazierungen - die sie zweifellos sind - abtun, weil ihre Situation jeweils durchaus schwierig ist. So erscheint es zwar fragwürdig, diese Patienten überhaupt auf forensischen Stationen unterzubringen. Andererseits verfügen die zivilrechtlichen Stationen zunehmend weniger über wirklich geschlossene Plätze und obendrein über wenig Erfahrung mit der Betreuung von Menschen mit Persönlichkeits- bzw. Sexualstörungen

Weiter ist zwar klar, daß es sich in allen 3 Fällen primär, d. h. von der Intention her, die zu den Begutachtungen geführt hatte, um eine Funktionalisierung der Psychiatrie zum Zweck der in allen 3 Fällen juristisch nicht möglichen Sicherungsverwahrung gehandelt hat. Besonders problematisch erscheint dabei auch, daß diese Intention politisch-administrativ getragen war.

Andererseits läßt sich seitens der Psychiatrie nicht ohne weiteres das Vorhandensein psychischer Störungen von der Hand weisen, sofern das ureigene Diagnosesystem der Psychiatrie, etwa das ICD-10 o. ä., ernst genommen wird, demzufolge sowohl Persönlichkeitsstörungen als auch Paraphilien als psychische Störungen bzw. Krankheiten firmieren, also durchaus in den Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie gehören. Eine ganz andere Frage ist aber, ob diese Diagnosen auch zum Anwendungsbereich der öffentlichrechtlichen Unterbringung gehören. Zumindest bei Bezugnahme auf die Rechtssprechung des Europäischen Gerichtshofs wäre dies eindeutig zu verneinen (Dougin 1998). Weitere Fragen wären zu klären, etwa inwieweit, wie in Fall C, ein Verdacht auf eine Erkrankung (hier: Paraphilie) bereits als Unterbringungsvoraussetzung genügen kann, was dem Grundsatz "in dubio pro libertate" widersprechen würde (Bundesverfassungsgericht 1983), ob eine (hier nicht vorhandene) Einschränkung der Willensfreiheit Unterbringungsvoraussetzung ist (Zimmermann 1994), ob der Schweregrad einer psychischen Störung bei der öffentlich-rechtlichen Unterbringung – als Analogiebildung – nicht mindestens die Schwere erreichen muß, die für die Bejahung der §§ 20, 21 StGB gefordert ist (Saage et al. 1994), und schließlich ob der Gefahrbegriff des BayerUG von den vorliegenden Fällen erfüllt wird. Denn in der Regel wird im Kontext der öffentlich-rechtlichen Unterbringung eine konkrete und unmittelbare Gefahr gefordert, die auf einen zeitlich mehr oder weniger abgrenzbaren Krankheitszustand bezogen ist, nicht aber als jahreoder evtl. lebenslang bestehen bleibende Gefährlichkeit. Aus demselben Grund ist auch gutachterlich die gerichtlich gestellte Frage nach der voraussichtlichen Zeitdauer einer Unterbringungsnotwendigkeit unbeantwortbar. Auch Fragen der Behandlungsfähigkeit bei Therapieverweigerung müssen in diesem Zusammenhang gestellt werden. Bei all diesen Fragen handelt es sich zwar um solche, zu deren Beantwortung Psychiater Substanzielles beizutragen vermögen, deren Beantwortung selbst aber in den Zuständigkeitsbereich der Justiz gehört. Auch wenn derartige Wertungsentscheidungen nie frei von (gesellschafts-) politischen Zusammenhängen sind oder auch sein können, wäre es fatal, daraus eine unmittelbar politisch-administrative Angelegenheit zu machen. Denn dies würde zwangsläufig in kurzsichtige populistische Fahrrinnen führen, besonders in Wahlkampfzeiten.

Zusammenfassend müssen sowohl aufgrund unseres Zahlenmaterials als auch anhand der 3 geschilderten Fälle folgende Schlußfolgerungen gezogen werden:

Die seit Januar 1998 in Kraft getretenen Änderungen zum Sexualstrafrecht – einschließlich der das Maßregelrecht betreffenden Umwandlung der Erprobungs- in eine Erwartungsklausel - waren in der kurzen Zeit ihrer Ausarbeitung und politisch-legislativen Durchsetzung von reichlich dissonanten Stimmen begleitet worden: Der Wahlkampf klirrte, und während man durch das Medienfenster lärmend der Öffentlichkeit zurief, größere Sicherheit werde einkehren, zwinkerte man, ins Zimmer gewandt, den skeptischen Experten zu, man strebe vor allem sprachliche Veränderungen an, um Mißverständnisse wie das von den "BürgerInnen als Versuchskaninchen für die Legalbewährung forensisch Untergebrachter" zu zerstreuen. Es sollte also zugleich sicherer werden und alles beim alten bleiben, und beidem wurde von Juristen und forensischen Psychiatern gleichermaßen die Prognose entgegengehalten, die neue Gesetzeslage werde zur Überfüllung und damit zur Qualitäts- wie Sicherheitseinbuße im Maßregelvollzug führen und auf diese Weise dessen eben erst angehobenen Aufbruch blockieren (Nedopil 1998). Zumindest die Zwischenbilanz, die nach nunmehr 1 Jahr am Beispiel des Fachbereichs Forensik I am Bezirkskrankenhaus Haar gezogen werden kann, muß leider als vorläufige Verifizierung der Expertenprognose interpretiert werden.

Literatur

Buddeberg, C. (1997): Der Sex – das Sexuelle – die Sexualtherapie, In: Buchheim, P.; Cierpka M.; Seifert, Th. (Hrsg.) Sexualität – zwischen Phantasie und Realität. Lindauer Texte. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 19 – 27.

Bundesverfassungsgericht (1983): BVerfG NJW, 2627.

Dencker, F.; Struensee, E.; Nelles, U.; Stein, U. (1998): Einführung in das 6. Strafrechtsreformgesetz 1998. München: C. H. Beck Verlag.

Der Spiegel (1997) 11: 60 – 69.

Dougin, A. M. (1998): Legal protection in psychiatry. The jurisprudence of the organs of the European Convention of Human Rights. Eur. Psychiatry, 13, Suppl. 3: 101s – 6s.

Göppinger, H. (1997): Kriminologie. 5. Auflage. München: Verlag C. H. Beck, 600.

Haug, F. (1997): Zur Dialektik von Sexualpolitik. In: Haug, F.; Wittich-Neven, S. (Hrsg.) Lustmolche und Köderfrauen. Politik um sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz. Berlin, Hamburg: Argument Verlag, 172 – 184.

Heitmeyer, W. (1994): Entsicherungen. Desintegrationsprozesse und Gewalt. In: Beck, U.; Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.) Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag, 376 – 401.

- Löpscher, G. (1998): Gewalt und Medien. Krim. Journal, 30(4): 242 261.
- Nedopil, N. (1998): Folgen der Änderung des § 67 d II StGB für den Maßregelvollzug und die Begutachtung. Mschr. Krim. 81(1): 44 49.
- Rüther, W. (1998): Internationale Erfahrungen bei der Behandlung von Sexualstraftätern. Mschr. Krim., 81(4): 246 262.
- Saage, E.; Göppinger, H.; Marschner, R.; Volckart, B.; Wagner, B. (1994): Freiheitsentziehung und Unterbringung: Materielles Recht und Verfahrensrecht. Beck'sche Kurz-Kommentare. 3. Auflage. München: Verlag C. H. Beck, 39.
- Schmidt, G.; Strauß, B. (1998): Sexualität und Spätmoderne. Über den kulturellen Wandel der Sexualität. Beiträge zur Sexualforschung, Band 76, Stuttgart: Enke Verlag.
- Seifert, D.; Leygraf, N. (1997): Die Entwicklung des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. Psychiat. Prax. 24: 237 244.
- Steinböck, H. (1999): Veränderungen der forensisch-psychiatrischen Versorgung in Oberbayern. Recht & Psychiatrie, 17(1): 16 27.
- Wessely, S. (1998): The Camberwell Study of Crime and Schizophrenia. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 33: 24 28.
- Zimmermann, W. (1994): Bayerisches Unterbringungsgesetz. Praxiskommentar, R. Stuttgart: Boorberg Verlag, 118.

Anschrift des Autors

Dr. med. H. Steinböck, Fachbereich Forensik I, Bezirkskrankenhaus Haar, Postfach 1111, 85529 Haar

Änderungen bei der Inhaftierung und Unterbringung von Sexualstraftätern – Vorläufer einer Gesetzesänderung oder ihre Folge?

Change in Imprisonment and Hospitalisation of Sex Offenders – Precursor or Consequence of a Law-Reform?

N. Nedopil

Die Änderung der Gesetze zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten hat eine Verlängerung von Haftstrafen für gewisse Delikte, vor allem aber eine Verschärfung der Entlassungsbedingungen aus der Haft und aus den Maßregeln der Besserung und Sicherung, sowie eine Erweiterung der Anordnungsmöglichkeiten für Sicherungsverwahrung und Führungsaufsicht mit sich gebracht. Die im Bundesministerium der Justiz zuständigen Sachbearbeiter (Hammerschlag & Schwarz 1998) haben die Ziele der Gesetzesnovellierung folgendermaßen zusammengefaßt:

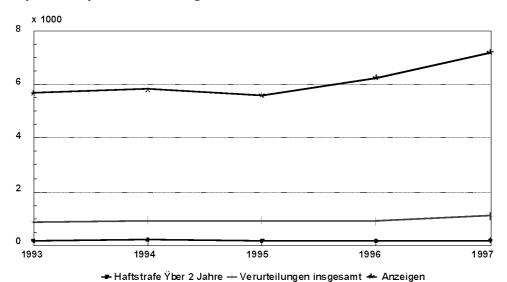
- 1. eine Verschärfung der Vorschriften über die Sicherungsverwahrung
- 2. eine Verschärfung der Voraussetzung für die Strafaussetzung zur Bewährung (zusätzliche Begutachtung)
- 3. eine restriktivere Handhabung der bedingten Entlassung aus dem Maßregelvollzug (Erwartungsklausel statt Verantwortungsklausel)
- 4. Therapieweisungen gegen den Willen des Verurteilten
- 5. Unbefristete Führungsaufsicht bei Therapieverweigerung
- 6. Daneben die Absichtserklärung zur Behandlung von Sexualstraftätern in sozialtherapeutischen Anstalten

Bei der 13. Münchner Herbsttagung für Forensische Psychiatrie am 23. 10. 1998 sollte in ersten Analysen geprüft werden, wie sich die Gesetzesänderung auf den Maßregelvollzug auswirkt. Um die Auswirkungen richtig erfassen zu können, war es erforderlich, die bisherige Entwicklung über einen längeren Zeitraum vor der Gesetzesänderung zu analysieren, um nicht kurzfristige Änderungen und Verschiebungen dort zu sehen, wo sich möglicherweise langfristige Trends auswirken. Zu diesem Zweck wurden die verschiedenen Daten aus Bayern über mehrere Jahre hinweg auf längerfristige Trends überprüft.

Betrachtet man die bayerische Kriminalstatistik, so kann ab 1996 eine Zunahme der Anzeigen bezüglich aller Sexualdelikte festgestellt werden (Abb.1). Die Zahl der Verurteilungen hat etwas verzögert, 1997, und weit weniger ausgeprägt zugenommen. Längerdauernde Haftstrafen, also Haftstrafen wegen schwerwiegenderer Sexualdelikte, haben überhaupt nicht zugenommen. Sie blieben – zumindest bis 1997 – relativ konstant bei 160 bis 200 Verurteilungen pro Jahr. Aus diesen Zahlen ist abzuleiten, daß eine Zunahme von schwerwiegenden Sexualdelikten in Bayern nicht belegt werden kann.

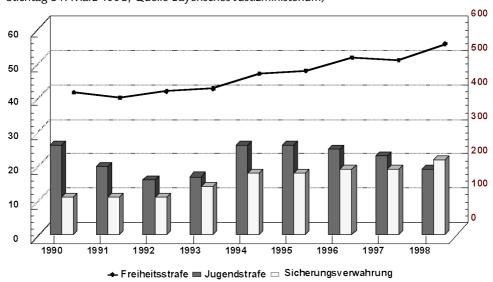
Sexuologie 6 (2) 1999: 119 – 122 / © Urban & Fischer Verlag

Abb. 1: Anzeigen und Verurteilungen auf Grund von Sexualdelikten in Bayern (Quelle: PKS Bayern und Bayerischer Staatsanzeiger)



Vergleichbare Schlußfolgerungen werden auch von Jehle (1997) für die Bundesrepublik Deutschland insgesamt gezogen. Demgegenüber hat die Zahl der wegen Sexualdelikten in Haftanstalten Bayerns Einsitzenden bereits seit 1972 kontinuierlich zugenommen und von 1997 auf 1998 noch einmal einen merklichen Sprung getan (Abb. 2).

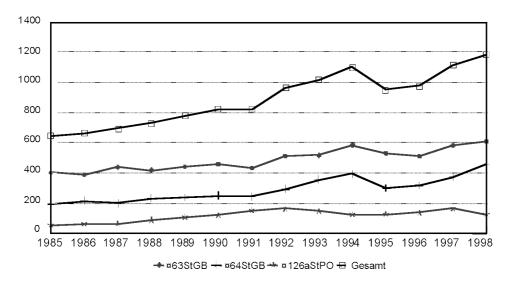
Abb. 2: Inhaftierte in bayerischen Haftanstalten auf Grund von Sexualdelikten (1990 bis 1998; Stichtag 31. März 1998; Quelle Bayerisches Justizministerium)



Die Zahl der wegen einer Jugendstrafe Einsitzenden ist demgegenüber relativ gleich geblieben und hatte in den Jahren 1994, 1995 einen Höchststand, sie ist 1998 auf ein Niveau zurückgegangen, welches bereits 1991 bestand. Demgegenüber hat sich aber die Zahl der sicherungsverwahrten Sexualstraftäter 1990 auf 1998 von 11 auf 22 verdoppelt. Setzt man die Zunahme der Inhaftierten und der Sicherungsverwahrten in Beziehung zu der Zahl der Verurteilten, so wird erkennbar, daß nicht mehr Delikte, sondern eine veränderte Entlassungspraxis für diese Zunahme verantwortlich ist.

Gleichfalls zugenommen hat die Zahl der im Maßregelvollzug untergebrachten psychisch kranken Rechtsberecher in Bayern (Abb.3).

Abb. 3: Patienten im Maßregelvollzug (Bayern 1985 bis 1998; Quelle: Verband der Bayerischen Bezirke)



Der Anstieg der nach § 64 untergebrachten Abhängigkeitskranken ist mit einer kurzen Unterbrechung seit den späten 80er Jahren zu registrieren. Auch die Zahl der nach § 63 in psychiatrischen Krankenhäusern untergebrachten Rechtsbrechern ist kontinuierlich angestiegen, wenn man von einer kurzfristigen Abnahme in den Jahren 1995 und 1996 absieht. Sie hat im Jahr 1998 einen bislang nicht erreichten Höhepunkt von 606 Patienten erreicht. Inwieweit diese Entwicklung auf eine vermehrte Unterbringung von Sexualstraftäter zurückgeht, kann aus den Zahlen nicht abgelesen werden. Berichten aus den einzelnen Maßregelvollzugseinrichtungen zufolge hat diese Tätergruppe jedoch einen großen Anteil an dem Anwachsen der Zahl der nach § 63 untergebrachten Maßregelvollzugspatienten.

Aus den Zahlen läßt sich ablesen, daß die Entwicklung zu restriktiverem Umgang mit Sexualstraftätern einerseits und mit Maßregelvollzugspatienten andererseits nicht erst mit der Novellierung des Gesetzes im Januar 1998 begann, sondern sich bereits seit Ende der 80er und Beginn der 90er Jahre abzeichnet.

Beim Vergleich der Zahl der Verurteilungen und der Zahl der Inhaftierten wird - wie dar-

gestellt – erkennbar, daß die Entwicklung weniger auf die Zunahme der Straftaten und Verurteilung zurückzuführen ist, als vielmehr auf eine wesentlich restriktivere Entlassungspraxis aus den Haftanstalten. Vergleichbare Entwicklungen wurden bei der Münchner Herbsttagung 1998 auch aus den Maßregelvollzugseinrichtungen verschiedener Bundesländer berichtet.

So berichtete Herr Jokusch aus Baden-Württemberg, daß die Berechnungstage im Maßregelvollzug von 1990 bis 1997 um 21% von 1996 auf 1997 allein um 8% angestiegen sind. Herr Gliemann teilte aus Rheinland-Pfalz mit, daß das Nettegut derzeit zu 37% überbelegt ist und daß der Anstieg der Überbelegungen kontinuierlich erfolgte. Herr Steinböck (vgl. in diesem Heft) aus dem BKH Haar berichtete, daß die 135 Planbetten nicht mehr für die 160 Untergebrachten ausreichten und daß seit 1996 die Neueinweisungen die Entlassungen erheblich überstiegen.

Änderungen von Gefängnisbelegungen mit Sexualdeliquenten und von Unterbringungen im Maßregelvollzug (Psychiatrisches Krankenhaus und Sicherungsverwahrung) erfolgten somit schon wesentlich früher als die neue Gesetzesregelung. Nicht erst das Gesetz hat den Umgang mit Sexualstraftaten verändert. Die Verwaltungen der Haftanstalten und die Rechtssprechung, insbesondere jene der Strafvollstreckungskammern, reagierten schon wesentlich früher. Darüber, auf welche Vorkommnisse oder gesellschaftliche Strömungen reagiert wurde, kann nur spekuliert werden. Die Kräfte, welche die Entlassungspraxis veränderten, könnten jedoch die gleichen gewesen sein wie jene, die die Gesetzesänderung bewirkten.

Ob das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten nur eine Reaktion des Gesetzgebers auf eine zu diesem Zeitpunkt schon bestehende Praxis war, oder ob es zu einem weiteren Anstieg von inhaftierten und untergebrachten Sexualstraftätern führt, wird man erst in einigen Jahren feststellen können und ebenso, ob es zu einem Rückgang von Sexualdelikten beiträgt.

Literatur

Hammerschlag, H.; Schwarz O. (1998): Das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten. Neue Zeitschrift für Strafrecht (18): 321-326.

Jehle, J.-M. (1997): Strafrechtspflege in Deutschland – Fakten und Zahlen. Forum: Bad Godesberg.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. N. Nedopil, Abt. f. Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Klinik – Klinikum Innenstadt – Forensische Psychiatrie, Nußbaumstraße 7, D – 80336 München

Buchbesprechungen

M. H. Wiegand, G. Kockott (Hrsg.): **Partnerschaft und Sexualität im höheren Lebensalter.** Wien New York: Springer-Verlag 1997 113 Seiten, 9 Abb., br., Preis: DM 39,- ISBN 3-211-83034-0

Das Buch beruht auf zwölf Beiträgen einer Arbeitstagung im November 1996 in München. Die Autoren kommen aus den Fachbereichen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, Sexualmedizin, Urologie und Andrologie. Sie vertreten eine integrativpsychosomatische bzw. bio-psycho-soziale Sicht- und Denkweise und gehen davon aus, daß - entgegen einem weit verbreiteten Vorurteil - intakte Partnerschaft und befriedigende Sexualität auch für ältere Menschen wichtigste Determinanten von Lebensqualität sind. Dies ist trotz positiver Veränderungen seit der Tagung auch heute - vor allem in der Praxis – noch keineswegs überall so selbstverständlich, wie es sein sollte. Die Beiträge thematisieren die normalen altersbedingten Veränderungen im körperlichen, seelischen und sozialen Bereich ebenso, wie Abweichungen und krankhafte Störungen. Marianne Springer-Kremser und Katharina Leithner geben einen knappen, aber (stichwortartig) umfassenden Überblick über "Die Sexualität der älteren Frau": Verhalten, Sexuelle Reaktion, somatische und psychosoziale Einflüsse im Alter. "Um der Verleugnung sexueller Bedürfnisse älterer Leute entgegenzuarbeiten" erscheint es den Autorinnen wesentlich: "die Koppelung von Sexualität und Reproduktion nicht als gegeben hinzunehmen", sich und dem Partner auch andere als koitale Befriedigungsmöglichkeiten zu 'gestatten' und mit dem Thema Masturbation (als oft einziger Möglichkeit sexuelle Wünsche zu befriedigen) menschenwürdig umzugehen, was zugleich als Appell an das Verständnis des Pflegepersonals gedacht ist. Das Literaturverzeichnis beschränkt sich zur Hauptsache auf basale Arbeiten aus den 60er und 70er Jahren. Leider geht nicht deutlich hervor ob ev. vorhandene Partner in die Beratung/Behandlung an der psychosomatischen Frauenambulanz miteinbezogen werden, auch wird die Befriedigung der sexuellen Bedürfnisse und der Bedürfnisse nach Nähe, Intimität und Zärtlichkeit getrennt angesprochen und nicht auf die gerade im Alter bedeutsame Möglichkeit ihrer Integration durch eine kommunikativ verstandene Sexualität hingewiesen.

G. Kockott belegt in "Die Sexualität des älteren Mannes" die Zusammenhänge zwischen bisheriger sexueller Aktivität und dem Sexualverhalten im Alter in Abhängigkeit vom Familienstand. Er geht auf physiologische (stärkerer Stimulationsbedarf, abgeschwächte Erektionen, längere Refraktärzeit) und psychische Veränderungen ein (geringeres Bedürfnis einen Samenerguss zu erreichen, Zärtlichkeit und Zufriedenheit werden vergleichsweise wichtiger als der Geschlechtsverkehr), sowie auf körperlich/ psychische Ursachen von Störungen der sexuellen Funktion im Alter (Diabetes mellitus, Hochdruck, koronare Herzkrankheit bzw. Zustand nach Herzinfarkt, Auswirkungen entsprechender Medikation und deren psychische Auswirkungen, depressive Verstimmungen, Pensionsschock usw.). Abschließend wird auf die (prophylaktische und therapeutische) Bedeutung ausführlicher Sexualberatung und die häufig notwendige Kombination körperlicher und psychologischer Behandlungsverfahren hingewiesen. Im Selbstverständnis der Sexualmedizin ist diese Kombination prinzipiell gege-

Kirsten von Sydow befaßt sich mit "Partnerschaften älterer Menschen" in einer Verknüpfung von statistischen Ergebnissen und

Sexuologie 6 (2) 1999: 123–126 / © Gustav Fischer Verlag, Jena

illustrativen Originalzitaten betroffener Frauen. Sie beschreibt die - ungebrochen - hohe Bedeutung von Liebesbeziehungen im Alter (einschließlich nicht-genitaler und genitaler 'sexueller Aktivität'), deren verschiedene Formen (Ehe, Zusammenleben, Partnerschaften mit getrennten Wohnungen, Geliebte bzw. anderweitig verheiratete Männer), die Gründe gegen und für eine Heirat (wobei der Wunsch nicht alleine zu sein bei beiden Geschlechtern dominiert), die widersprüchlichen Befunde über die emotionale Zufriedenheit in alten Ehen (über nichteheliche Partnerschaften gibt es nur wenig Befunde) und referiert Studien über homosexuelle (schwule und lesbische) Beziehungen im Alter. Sätze wie "Sexualmedizinische Interventionen können nur sinnvoll wirken, wenn der emotionale und Beziehungs-Kontext berücksichtigt wird" verdeutlichen zentrale Anliegen von Sexualmedizin. Allerdings findet sich auch in diesem Beitrag die - leider übliche - Unterscheidung zwischen hie 'Sexualität' und dort 'Zärtlichkeit' - ihre Integration durch die 'Sprache der Sexualität' steht noch aus. Ein ausführliches und aktuelles Literaturverzeichnis rundet den Beitrag ab.

Christine Landerer-Hock thematisiert das Tabu 'Sexualität in Altenheimen' in einem sehr einfühlsamen Plädoyer für ein Maximum an Privatheit und Intimität, in Summe für bessere Lebens- bzw. Arbeitsbedingungen für Heimbewohner und Pflegepersonal. Erst die ins Detail gehende konkrete Beschreibung macht die Tiefendimension scheinbarer 'organisatorischer Notwendigkeiten' bewußt - besonders eindrücklich eben am Beispiel der Ausgrenzung der Sexualität, die allerdings so nicht möglich wäre, hätte sie nicht ihre Verankerung auch in der Welt außerhalb der Heime. Hinter dem Engagement der Autorin steht auch ihre psychotherapeutische Erfahrung mit alten Menschen, über die sie in einem zweiten Beitrag 'Verhaltenstherapie bei älteren Paaren' berichtet. Dabei wendet sie sich gegen das weit verbreitete Vorurteil, das Altern sei ein beständiger und irreversibler Verfallsprozess und psychotherapeutische Interventionen dementsprechend nicht sinnvoll. Die Verhaltenstherapie scheint ihr zur Unterstützung älterer Menschen in ihren spezifischen Lebenskrisen gut geeignet.

Jürgen R. Schmitz befaßt sich mit der Lebensgestaltung und mit verhaltenstherapeutischen Aspekten bei älteren Alleinstehenden: 'Im Alter als Single?' 1994 waren 52% aller Münchner Haushalte Einpersonenhaushalte, in ganz Bayern standen (April 1995) in den Einpersonenhaushalten ab dem 55. Lebensjahr 200.000 Männern 700.000 Frauen gegenüber, welche praktisch zum Alleinleben im Alter gezwungen sind. "Angesichts dieser Zahlen [...] erstaunt es, wie wenig in der Medizin, der Psychologie und der Psychotherapieforschung Alleinlebende eine ihnen gerecht werdende Betrachtung erfahren".

Johannes C. Kemper: 'Sexuelle Störungen im Alter: Erstgespräch und dreizehn Jahre danach' berichtet über die Behandlung von 111 Patienten die an Sexualstörungen litten, 20 davon waren über 50 Jahre alt. Hinsichtlich sexueller Entwicklung und Einstellung zur Sexualität, Bewältigungsstrategien, Beziehungsproblematik im Hintergrund und Bedeutungsgehalt der sexuellen Störungen fanden sich in den meisten Bereichen keine signifikanten Unterschiede zwischen den unter- und über- 50jährigen. Die - nur subjektiv durch den Behandler beurteilten -Therapieergebnisse nach 1 bis 4jähriger Behandlung unterschieden sich nicht bei den als 'gebessert', wohl aber bei den als 'geheilt' Eingestuften: die Erfolge waren bei den Jüngeren besser. Es handelt sich hier offensichtlich um die Behandlung einzelner Patienten, zumindest ist von Paaren nicht die Rede, im Rahmen langdauernder Psychotherapien. Auf den Unterschied zur Sexualtherapie im engeren Sinn soll abschließend noch zurückgekommen werden. Monika Bullinger u. Ma. berichten über die Ergebnisse einer Studie zur 'Erfassung der Lebensqualität von Patienten mit erektiler Dysfunktion und deren Partnerinnen': Die Studie versucht mittels eines eigens ausgearbeiteten und validierten Fragebogens als Meßinstrument die Bedeutung der ED für das sexuelle Leben des Paares insgesamt zu erfassen und sieht das vorrangige Ziel nicht nur (wie bisher meist) in der (individuellfunktionalen) Wiedergewinnung der Potenz, da sexuelle Probleme nicht notwendigerweise in allen Bereichen und von allen Personen beeinträchtigend erlebt werden: "Dies deutet darauf hin, daß bei der Therapiezielformulierung [...] auf die jeweils vorhandenen Zielorientierungen, Wertvorstellungen und Lebenszusammenhänge der Patienten gesondert einzugehen ist". Dieser (bio-psycho-soziale und interdisziplinäre) sexualmedizinische Ansatz war zur Zeit der Durchführung der Befragung 1993/94 an einer andrologischen Ambulanz durchaus nicht selbstverständlich und ist es (teilweise oder überwiegend?) heute noch nicht, wenn auch die Entwicklung in diese Richtung zu gehen scheint. Die Beeinträchtigung der Lebensqualität in sexueller und in nicht-sexueller Hinsicht war bei den Patienten höher als bei ihren Partnerinnen, "die sexuelle Lebensqualität korrelierte stark mit Partnerschaftszufriedenheit und organischer Krankheitsattribution, weniger aber mit Indikatoren sexueller Funktionsstörungen". Ein ausführliches Literaturverzeichnis kann dem interessierten Leser weitere Hinweise ge-

Hermann-J. Vogt berichtet über die 'Pharmakologische Behandlung sexueller Störungen beim alten Mann'. Dabei wird sehr differenziert und kritisch die psychosomatische Genese sexueller Störungen und der Partnerbezug berücksichtigt und über hormonelle Substitution, vasoaktive Substanzen (SKIT und SKAT), Aphrodisiaka bzw.

Sexualtonika (Yohimbin-HCl), aber auch die Vakuumpumpe und den Einsatz von Placebos referiert, immer unter dem Leitsatz des 'primum nil nocere' – es war in mehrfacher Hinsicht die Zeit vor Viagra.

J. Ullrich Schwarzer beleuchtet in einer profunden Darstellung 'Urologische Aspekte bei Erektionsstörungen'. Nichtinvasive und invasive diagnostische und therapeutische Verfahren werden erschöpfend und übersichtlich behandelt. Der - wiederum: zur damaligen Zeit und innerhalb der Urologie ungewohnte und fortschrittliche - psychosomatische Ansatz führt zum Postulat, daß "zumindest all die Patienten, bei denen aufgrund der Anamnese und der nichtinvasiven Untersuchungsverfahren ein Hinweis auf eine psychogene Komponente besteht, dem Psychiater vorgestellt werden". Das kommt auch in einem 'Flußdiagramm für rationelle Diagnostik und Therapie der ED' zum Ausdruck: ergibt sich kein somatisch-pathologischer Befund oder besteht Verdacht auf Psychogenie führt der Pfeil direkt zur (fettgedruckt) Psychiatrie. Hier kommen wohl, sozusagen historisch bedingt, die (Anfangs-) Schwierigkeiten in der Umsetzung ungewohnten psychosomatischen Denkens zum Ausdruck: das alte 'Entweder - Oder' ist noch nicht zum jedenfalls 'Sowohl - Als auch' geworden. Der Rezensent geht davon aus, daß der Autor heute auch in diesem Sinne formulieren würde. Auch der Verweis auf die Psychiatrie dürfte sich aus den örtlichen Gegebenheiten der konkreten Zusammenarbeit mit der Psychiatrie erklären. Nur: der in Rede stehende Psychiater ist auch Sexualmediziner. Sexuelle Funktionsstörungen sind nicht genuine Domäne der Psychiatrie an sich, an ihnen Leidende, in der Regel psychisch mehr oder weniger 'Gesunde', jedenfalls keine 'Fälle für die Psychiatrie'! Es geht um die Unterscheidung, ob bei psychisch Kranken auch sexuelle Störungen (mit-)behandelt werden oder ob primär sexualmedizinische Probleme vorliegen, die vom ausgebildeten Sexualmediziner zu diagnostizieren und zu therapieren sind.

Diese Ansicht bestätigt sich im folgenden Beitrag von Kristina Heiser: 'Integrative Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion'. Hier heißt es einleitend, daß sich in der erwähnten andrologischen Sprechstunde "Urologe und Psychologe/Sexualmediziner in Kooperation der erektionsgestörten Patienten annehmen, nach heutigem Erkenntnisstand die einzige Vorgehensweise, die dem Störungsbild wirklich gerecht wird." Im folgenden wird sehr klar und umfassend die psychosomatische und somatopsychische Ganzheit des Patienten im partnerschaftlichen Kontext gesehen, an die "Berücksichtigung der Bedürfnisse der Frau" erinnert und die auf den Konzepten von Masters & Johnson, Kaplan und anderen beruhende "Psychosexualtherapie" als die heute effektivste psychologische Behandlungsmethode für sexuelle Funktionsstörungen beschrieben. Anmerkung des Rezensenten: Daraus dürfte nun nicht der Eindruck entstehen, daß Sexualtherapie sich im "psychosexuellen" erschöpft, schon Masters & Johnson legten gleichgroßen Wert auf die somatische Abklärung und Behandlung.

Dieses Spannungsfeld wird im letzten Beitrag von Dorette Poland nochmals aufgegriffen: 'Behandlung von Erektionsstörungen mit vasoaktiven Substanzen aus psychotherapeutischer Sicht': "Als Psychiaterin und Sexualmedizinerin [..] arbeite ich nicht nur psychosexual-therapeutisch, sondern auch psychosomatisch und mit organischen Behandlungsmethoden". Nach umfassender Diskussion der psychosomatischen Gesamtsituation rund um die SKAT-Therapie bringt sie das Dilemma in welches Patienten und Behandler geraten, auf den Punkt: "Einerseits soll die Psychosexualtherapie [...] von der Zentriertheit auf den Penis wegführen. Anderseits fixieren sich die Patienten jedoch durch die SKAT-Methode gerade auf die Funktion des Penis und kontrollieren ihn". Diese Diskussion hat durch 'Viagra' neue Aktualität erhalten, die hier vorgetragenen Überlegungen gelten auch dort

Abschließend soll der bereits erwähnte Unterschied zwischen der psychotherapeutischen Behandlung sexueller Störungen im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen oder allgemeiner psychotherapeutischer Indikationen - und der sexualmedizinischen Behandlung als eines Zuganges sui generis noch kurz verdeutlicht werden: Sexualmedizin geht von einem primären 'Sozialtrieb' des Menschen und einem bio-psycho-sozialen Verständnis seiner Geschlechtlichkeit aus. Sie fokussiert dementsprechend nicht in erster Linie auf das Individuum, noch weniger auf die isolierte Wiederherstellung dessen sexueller Funktionen, sondern auf die Beziehungs-/Paar-Dimension (Paargespräch als Regelfall), verbindet wo nötig psychologische und somatische Therapieoptionen und versucht durch die Berücksichtigung der sozial-kommunikativen Aspekte von Sexualität als Körpersprache den Betroffenen neue Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen: es sollen die ubiquitären Grundbedürfnisse nach z.B. Annahme, Nähe und Geborgenheit durch die 'Sprache der (neugestalteten) Sexualität' für beide Partner wieder befriedigt werden können. Nachdem gerade die letztgenannte Zielsetzung in den Referaten des Buches noch nicht (explizit) zu finden ist, seien dem Rezensenten diese Hinweise gestattet. Das hindert jedoch nicht, dem Buch zum Wohle nicht nur der älteren Patienten weite Verbreitung und eine wiss- und lernbegierige Leserschaft zu wünschen.

K. Loewit (Innsbruck)

Sexuologie

H. Julius; U. Boehme: Sexuelle Gewalt gegen Jungen. Eine kritische Analyse des Forschungsstandes. Göttingen: Hogrefe 1997 (2. überarb. und erw. Aufl.) 302 Seiten, br., Preis: 49,80 DM, ISBN 3-8017-1004-1

Die 2. Auflage des Buches bietet eine fundierte Übersicht, vor allem zur kaum mehr überschaubaren englischsprachigen Literatur. Im Vergleich zur 1. Ausgabe sind proportional relativ wenige Titel neu aufgenommen und im Text referiert worden. Dennoch findet der Leser hier ein Buch vor, das an Übersichtlichkeit und Informationsvielfalt seinesgleichen sucht.

In seinem Vorwort schreibt Prof. Siegfried Grubitzsch, dass es für den Charakter des Textes prägend sei, stets einen Bogen zwischen Theorie und Praxis zu spannen. Theoretisch beginnen die Autoren mit der Erörterung der Definitionsprobleme von "sexuellem Mißbrauch".

Das 2. Kapitel nähert sich ebenfalls mit nüchternen wissenschaftlichen Kriterien der Debatte um die Häufigkeit und macht schon durch die Gliederung klar, dass Häufigkeitsangaben aus Felduntersuchungen von Daten aus klinischen Subpopulationen unterschieden werden müssen. Diese Gliederung wird beibehalten, wenn die Autoren dann die Literatur vor allem bis 1994 zu den Umständen sexuellen Mißbrauchs an Jungen sichten. Hier werden Variablen wie Opfer-Täter-Beziehung, Geschlecht, Alter der Täter und der Betroffenen, Häufigkeit und Dauer, sowie die Art der Handlungen etc. berücksichtigt.

Den größten Raum geben die Autoren der Literaturübersicht und der Diskussion über die Folgen des sexuellen Mißbrauchs. Erfreulich ist dabei ihre kritische methodische Einleitung zum Kausalitätsbegriff. Die einzelnen Befunde werden dann in Initialfolgen und Langzeitfolgen getrennt. Leider haben es die Autoren versäumt, bei der Diskussion traumatogener Faktoren und insbesondere bei der Darstellung von Theorien und Modellen zur psychischen Verarbeitung des sexuellen Mißbrauchs auf verschiedene biologische Forschungsansätze zur Traumaverarbeitung aus den letzten 5 Jahren einzugehen. Gerade weil die Autoren Albert Einsteins Diktum, "The absence of the proof is not the proof of the absence", ihrem Text voranstellen, hätten hier einige biologische Forschungsbelege manchen Zweifler beeindrucken können.

Sicher ist den Autoren zuzustimmen, dass zum Verständnis der psychischen Verarbeitungsprozesse sexuellen Mißbrauchs ein Integrationsversuch kognitiver Bewältigungsstrategien und psychoanalytischer Abwehrstrategien erfolgversprechend ist, allerdings gehört in solche Modelle auch unser Wissen über die biologischen Reaktionsmöglichkeiten auf überwältigende Stressereignisse integriert. Sehr hilfreich ist die knappe Zusammenfassung, die die Autoren auf den letzten Seiten des Buches (S. 272 – 276) geben. Hier findet auch der Kliniker und therapeutisch tätige Praktiker eine Liste von Bedingungen und Lebensereignissen, auf die er bei der Anamneseerhebung bei sexuell mißbrauchten Jungen achten muß.

Insgesamt ist das aktualisierte Buch Medizinern, Psychologen, Kinder- und Jugendlichentherapeuten, aber auch Juristen, Sozialpädagogen und anderen an der Thematik interessierten Lesern auf der Suche nach Grundlageninformation nachhaltig zu empfehlen.

J. M. Fegert (Rostock)