Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

Inhalt

Originalarbeiten

305 **Die Ausbreitung von HIV in Deutschland**
K.M. Wittkowski

313 **Masochism: A Multiple Case Study**
K. Freund, M.C. Seto, M. Kuban

325 **Anthropometrische Befunde bei Frau-zu-Mann Transsexuellen**
H.A.G. Bosinski, I. Schröder, R. Arndt, M. Heidenreich, R. Wille

Historia

336 **"Wie groß die Welt ist und wie klein das Dingchen, das dir so wichtig vorkommt." Georg Groddecks Ansichten zur Sexualität**
H. Will

Fortbildung

346 **Kurzzeitpsychotherapie eines chronischen Fluor genitalis**
D. Gustson

Zur Diskussion

349 **Verführung im Mutterleib?**
K. Meyer

Aktuelles

355 **AIDS in der Bundesrepublik Deutschland**
358 **Veranstaltungskalender**
359 **Buchbesprechungen**

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

CAB Abstracts • Chemical Abstracts Service (CAS) • Chemical Abstracts (SEXUEX)
Bezugsbedingungen: Vier Hefte bilden einen Band. Bezugspreis pro Band inkl. Porto- und Versandkosten DM 136,– (Inland), DM 144,– (Ausland); ermäßigter Preis für persönliche Abonnements DM 79,– (zzgl. Porto- und Versandkosten), Einzelheft DM 39,– (zzgl. Porto- und Versandkosten). Folgende Kreditkarten werden zur Zahlung akzeptiert: Visa/Eurocard/Mastercard/American Express (bitte Kartennummer und Gültigkeitsdauer angeben). Anzeigenpreise: Es gilt die Anzeigen-Preisliste Nr. 1 vom 1.10.1994.
Verlag: Gustav Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Wollgrasweg 49, D-70599 Stuttgart, Tel. 07 11 / 45 80 30.
Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendung, im Magnettonverfahren oder ähnlichem Wege bleiben vorbehalten. Fotokopien für den persönlichen oder sonstigen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopien hergestellt werden.

© Gustav Fischer Verlag · Stuttgart · Jena · New York · 1995
Satz: dtp-Satz Ralf Bogen, Stuttgart
Druck: Gulde-Druck GmbH, Tübingen; gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier.
Verarbeitung: F.W. Held, Rottenburg am Neckar

Sexuologie 4 (2) 1995: 305–312 / © Gustav Fischer Verlag, Stuttgart

Originalarbeiten

Die Ausbreitung von HIV in Deutschland anhand der Zahlen des AIDS-Fall-Registers, Stand: 31.12.1994

The HIV Epidemic in Germany, Based on Data from the AIDS Case Register by December 31st, 1994

K. M. Wittkowski, Tübingen

Zusammenfassung

Mit geeigneten mathematischen Modellen kann man aus den Zahlen des AIDS-Fall-Registers beim Robert-Koch-Institut abschätzen, wieviele Personen sich zwischen 1980 und 1991 pro Jahr mit HIV infiziert haben. Es zeigt sich, daß die Zahl der Neuinfektionen in den Hauptbetroffenengruppen seit 1985 und bei deren heterosexuellen Partnern seit 1989 wieder rückläufig ist. Neuinfektionen bei den übrigen Heterosexuellen sind erst vereinzelt aufgetreten. In den nächsten fünf Jahren wird die Zahl der in Deutschland lebenden Infizierten von ca. 25.000 auf ca. 20.000 fallen, die Zahl infizierter heterosexueller Partner wird nicht über 2500 und die Zahl der übrigen infizierten Heterosexuellen möglicherweise auf ca. 500 ansteigen. Die Zahl von ca. 3000 infizierten Frauen (überwiegend injizierende Drogengebraucherinnen) wird nicht weiter steigen. Wenn es gelänge, Drogen zu legalisieren und die Benutzung von Kondomen und/oder Spermiziden in den ersten drei Monaten einer sexuellen Beziehung erfolgreich zu empfehlen, könnte sich HIV in Deutschland unter Heterosexuellen nicht ausbreiten.

Schlüsselwörter: HIV, AIDS, Deutschland, Heterosexuelle, Epidemiologie

Abstract

With appropriate mathematical models, AIDS-cases reported to the national Robert-Koch-Institute can be used to estimate yearly HIV incidence between 1980 and 1991 in Germany. This figure has declined in the major risk groups since 1985 and among their heterosexual partners since 1989. Only few other heterosexuals have become infected. Within the next five years, HIV prevalence will decline from 25.000 to 20.000 (approx.), the number of infected heterosexual partners will not increase above 2500 and the number of infected other heterosexuals may be rising to 500 (approx.). The number of infected women will not increase above the current 3000 (most of them injecting drug users). If drugs are legalized and condoms and/or spermicides are commonly used within the first three months of a sexual relationship, HIV cannot become endemic among heterosexuals in Germany.

Key Words: HIV, AIDS, Germany, Heterosexuals, Epidemiology

Die aufgrund der *Laborberichtspflicht* erhobenen Daten (vgl. Tab. 1) sind zur Schätzung der Zahl neuer HIV-Infektionen (HIV-Inzidenz) wenig aussagekräftig, weil unbekannt ist, wieviele der Infizierten sich wielange nach der Infektion testen lassen, weil ca. 50 Prozent der Mehrfachmeldungen nicht erkannt werden (Wittkowski 1995b) und weil bei mehr als der Hälfte aller Meldungen Angaben zu Infektionsrisiko oder Geschlecht fehlen.

Tab. 1: Anzahl Berichte positiver HIV-Antikörper-Tests[1)] nach Jahr des Tests bzw. der Meldung (AIDS-Zentrum im RKI, 1995)

Zeitpunkt	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
des Tests	8445	6826	6346	6596	6526	5884	
der Meldung		9994	6516	6268	6284	6152	5536

[1)] Incl. ca. 50 Prozent unerkannte Mehrfachmeldungen, 10 Prozent außereuropäische Ausländer, 1 Prozent Kinder mit mütterlichen Antikörpern (Wittkowski 1995b)

Das *Fallregister beim AIDS-Zentrum* ist aussagekräftiger, weil alle Betroffenengruppen eingeschlossen und (weitestgehend) identifizierbar sind, weil die namensbezogene Kodierung die Gefahr von Mehrfachmeldungen reduziert und weil Kranke durch verschiedene Ärzte und Krankenhäuser (d.h. "vollständiger") gemeldet werden. Wegen der langen, sehr variablen Inkubationszeit (zwischen HIV-Infektion und Ausbruch des Vollbilds AIDS) und der ebenfalls variablen Zeit zwischen Diagnose und Meldung von AIDS (bis zu fünf Jahren) geben die Zahlen des Fall-Registers den Verlauf der HIV-Epidemie nur verzerrt und verzögert wieder. Um die Entwicklung der HIV-Inzidenz trotzdem anhand dieser Zahlen abschätzen zu können, muß man zusätzliche Informationen sowie geeignete mathematische Modelle verwendet (Wittkowski 1995b).

Methoden

Aus den Fall-Berichten (Tab. 2) berechnet man (unter Berücksichtigung der Erweiterung der Falldefinition von 1987; die aus der Erweiterung zum Juli 1993 resultierende Überschätzung wird hier inkaufgenommen) anhand des bisherigen Meldeverhaltens die Inzidenz von AIDS-Diagnosen.

Anhand gruppenspezifischer Inkubationszeitverteilungen (Anteil der Infizierten, die im n-ten Jahr der Infektion erkranken) für die ersten 10–12 Jahre läßt sich aus dieser (um zu erwartende Nachmeldungen korrigierten) Verteilung von Diagnosen (Abb. 1) zurückrechnen, wann sich wieviele Personen infiziert haben müssen: Man wählt diejenige Verteilung der HIV-Inzidenz aus, bei der die (unter Berücksichtigung von Therapieerfolgen und Todesfällen vor Ausbruch von AIDS) anhand der Inkubationszeitverteilung prognostizierte AIDS-Inzidenz am besten zu den diagnostizierten Fällen ‚paßt'.

Ergebnisse

Abb. 1 zeigt die Fall-Zahlen, Abb. 2 den Verlauf der Epidemie insgesamt. Da (Abb. 3) die HIV-Inzidenz bei denjenigen, die keine Angaben gemacht haben, bereits 1984 ein Maximum erreichte, d.h. zum selben Zeitpunkt wie bei der HB/ID-Gruppe und deutlich früher als bei (HRP) Heterosexuellen, wurden diese Fälle der HB/ID-Gruppe zugeschlagen (Tab. 2). Abb. 4 zeigt, wie sich die prognostizierten AIDS-Fälle (vgl. Abb. 1) auf die Betroffenengruppen verteilen.

Tab. 2: Anzahl gemeldeter Neuerkrankungen nach Jahr der Meldung (AIDS-Zentrum im RKI, 1995; 1993: 17 Fälle nach neuer Definition, "AIDS-Panik" im Herbst; 1994: gezielte Nachforschungen des RKI). Letzte Spalte: prognostizierte Anzahl von Neuerkrankungen nach Jahr der Diagnose, s.u. (Im Gleichgewicht entspricht die Zahl der Diagnosen der Zahl der Meldungen. Die Inzidenz bei nicht-europäischen Ausländern hängt u.a. vom Asylverfahren, die Inzidenz bei Neugeborenen von Schwangerschaftsabbrüchen ab.)

Betroffenengruppe	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	(1995)
Hämophile (HEM)	43	68	42	44	50	44	49	41
Andere Empfänger von Bluttransfusionen und -produkten (TRA)	29	19	19	35	28	36	28	37
Homo-/bisexuelle Männer, injizierende Drogenbenutzer, ohne Angabe zum Infektionsrisiko (HB/ID/???)	876	1200	1030	1452	1362	1532	1514	1511
Heterosexuelle mit (bzw. ohne Angaben zu) 'high-risk'-Kontakten (HRP)	9	23	30	47	70	47	64	114
Heterosexuelle ohne Angaben zu 'high-risk'-Kontakten (URP)	13	19	25	43	28	49	59	
Heterosexuelle ohne 'high-risk'-Kontakte (LRP)	0	1	0	2	6	4	3	
männlich	897	1228	1037	1498	1350	1538	1518	1512
weiblich	73	102	109	125	194	174	199	191
Sub-Total	970	1330	1146	1623	1544	1712	1717	1704
Personen aus Pattern-II Ländern	1	9	7	18	18	35	57	
Andere nicht-europäische Länder	57	71	58	106	84	109	102	
Prä-/perinatale infizierte Europäer	6	2	7	5	16	8	6	
Total	1034	1412	1218	1752	1662	1864	1882	

[1] Kontakte zu Personen aus den Hauptbetroffenengruppen (HEM, TRA, HB, ID) oder aus Pattern-II-Ländern (Länder in denen HIV endemisch ist, z.B. Karibik, Zentral- und Westafrika). Obwohl es mehr infizierte Männer gibt und sich Frauen leichter infizieren, besteht sowohl URP- als auch die LRP-Gruppe überwiegend aus Männern. Diese Zahlen müssen deshalb – neben einigen injizierenden Drogenbenutzer(inne)n – einen nicht unerheblichen Anteil homo- oder bisexueller Männer enthalten. Die Gruppe der "Heterosexuellen" besteht demnach ganz überwiegend aus Heterosexuellen, die mit Personen aus den Hauptbetroffenengruppen Kontakt haben (und dies in der Regel auch wissen) und deshalb werden im folgenden auch so bezeichnet.

Diskussion

Entgegen den z.T. noch bis in jüngste Zeit publizierten "Horrorscenarien" (...) war bereits 1988 zu erkennen, daß die AIDS-Inzidenz in ein Plateau übergeht (Wittkowski 1988a). Ende 1989 konnte man bereits abschätzen, daß die HIV-Inzidenz in den Hauptbetroffenen-

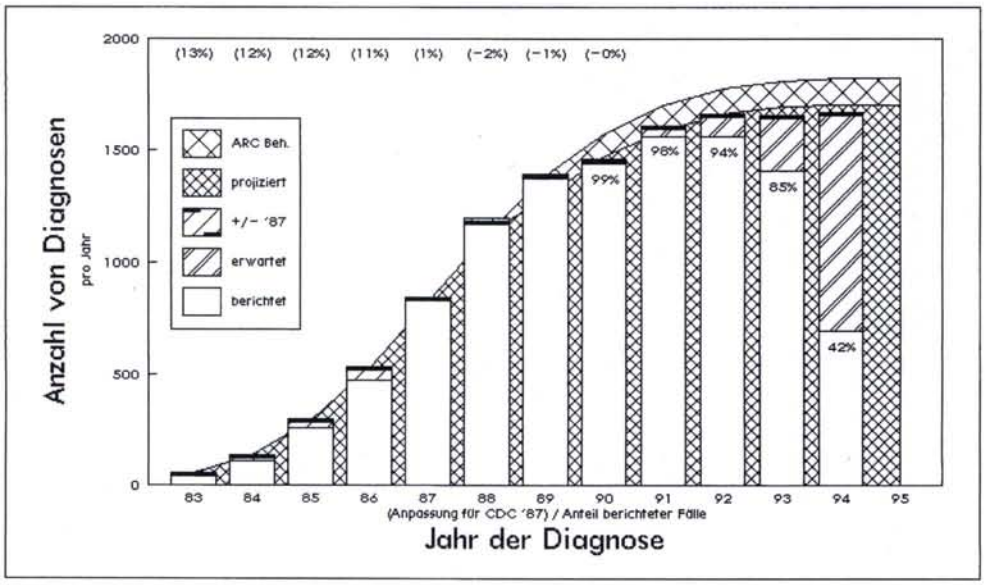

Abb. 1 AIDS-Inzidenz unter erwachsenen Europäern in Deutschland (Diagnosen und Berichte bis 30.09.1994 mit Korrekturen bis zum 31.12.) zuzüglich erwarteter Nachmeldungen. Im Hintergrund der durch Zurückrechnung prognostizierte Verlauf zuzüglich der aufgrund der Therapie im ARC-Stadium noch nicht eingetretenen Erkrankungen.
Wegen der Erweiterung der Fall-Definition vor 1987 um 11–13 Prozent zugeschlagen und 1988–90 bis zu 2 Prozent abgezogen. Da sich das Meldeverhalten (je nach Betroffenengruppe) mit der Zeit ändert und es Monate mit besonders vielen (Nach-)Meldungen gibt, werden Nachmeldungen nicht mit dem vom AIDS-Zentrum verwendeten simplen Dreisatz ("ein Programm des European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS [...], welches den von Heisterkamp et al. entwickelten Algorithmus verwendet, AIDS-Zentrum im RKI, 1995), sondern mit einem Algorithmus mit gleitender gewichteter Basis berechnet (Seydel et al. 1993).

gruppen (aufgrund von Sättigungseffekten und Verhaltensänderungen sowie des Testens von Blut und Blutprodukten) nach 1985 zurückgegangen sein mußte, daß die AIDS-Inzidenz nicht über 2500 und die HIV-Prävalenz nicht über 35.000 ansteigen würde (Wittkowski 1990). Heute zeigt sich, daß auch die HIV-Inzidenz unter HRP Heterosexuellen nach 1988 bereits wieder zurückgegangen ist (Abb. 3).
Sogar wenn man annimmt, daß 20 Prozent aller Fälle nie (d.h. auch nicht mit einer Verzögerung von fünf Jahren) gemeldet werden, läßt sich die Ausbreitung von HIV in den alten Bundesländern zusammenfassend wie folgt beurteilen:

- In den *Hauptbetroffenengruppen* ist die HIV-Inzidenz zwischen 1985 und 1988 erheblich zurückgegangen. Auch wenn sie inzwischen aufgrund nachlassender Prävention wieder etwas angestiegen sein sollte, liegt die Prävalenz bei ca. 20.000–25.000 (Tendenz leicht fallend).
- Bei *Heterosexuellen mit ‚high-risk' Kontakten* verläuft die Kurve (sekundärer) Infektionen flacher und zeitlich versetzt. Im Gegensatz zu häufig vertretenen Befürchtungen

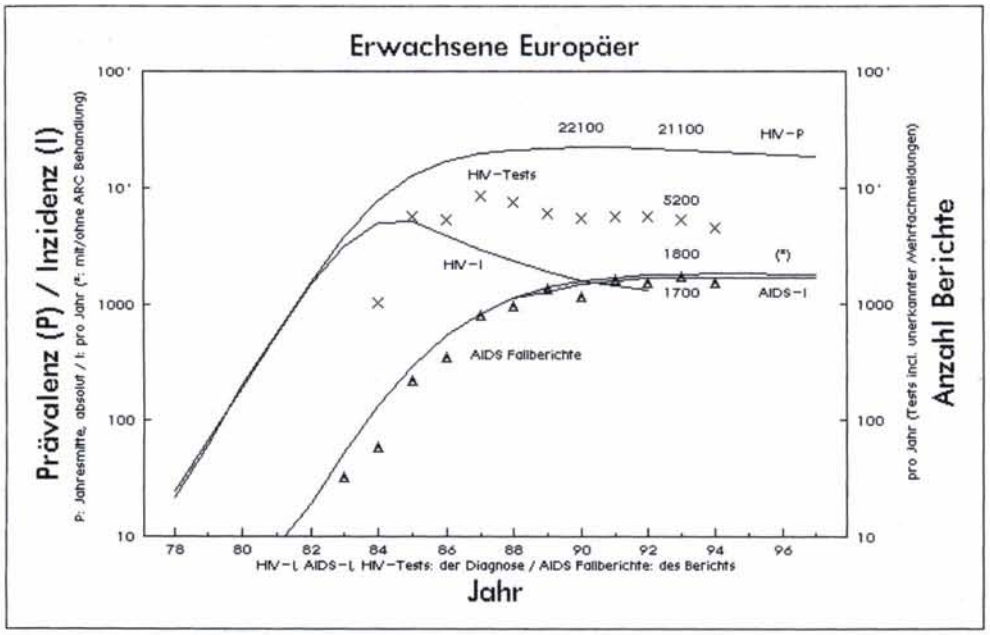

Abb. 2: Zurückrechnung der HIV-Inzidenz und Vorwärtsprojektion der HIV-Prävalenz und AIDS-Inzidenz auf der Grundlage der erwarteten AIDS-Inzidenz bis 1994 (Abb. 1).
Sobald es keinen weiteren (ARC) Behandlungsfortschritt mehr gibt, wird die AIDS-Inzidenz wieder auf das höhere Niveau ansteigen. Wenn ein konstanter Anteil von Fällen (z. B. 10–20 Prozent) nie gemeldet wird, ändert sich die Skalierung, nicht jedoch die Form der Kurven.

(Hamouda *et al.* 1994:50) ist sie seit 1989 ebenfalls bereits wieder leicht rückläufig. Die Prävalenz könnte in den nächsten Jahren trotzdem noch auf etwas über 2500 ansteigen.

- Über (tertiäre) Infektionen bei den *übrigen Heterosexuellen* läßt sich erst wenig aussagen. Die Annahme von 500 tertiär Infizierten wären mit den Beobachtungen verträglich.

Insgesamt haben wir in Deutschland zur Zeit nicht die in den Medien häufig genannten 70.000 Infizierten bzw. die vom AIDS-Zentrum "geschätzten" 40.000-60.000 Infizierten (Hamouda *et al.* 1994:27,50, "kumulierte HIV-Inzidenz 1993" von 50.000–70.000, zuzüglich 2000–4000 Neuinfektionen 1994 abzüglich einer "kumulierten HIV/AIDS-Mortalität" von ca. 13.000), sondern ca. 25.000 Infizierte sowie ca. 2500 Kranke. Falls sich die neuen Bundesländer an die alten Bundesländer angleichen sollten, würde die Zahl der Infizierten insgesamt um 25 Prozent auf mittelfristig höchstens 35.000 (incl. aller ‚Dunkelziffern') ansteigen.

Anderslautende Zahlen basieren meist auf Verwechslungen oder Fehlinterpretationen:

- So werden häufig die sogenannten *"kumulierten" Inzidenzen* (ca. 12000 Erkrankungen seit 1980) mit Angaben zur Prävalenz (zur Zeit ca. 2500 Kranke) oder Laborberichte (ca. 6000 Befunde pro Jahr einschließlich eines unbekannten Anteils unerkannter Mehrfachmeldungen) mit Neuinfektionen (vermutlich ca. 1000–2000 pro Jahr) verwechselt. Im

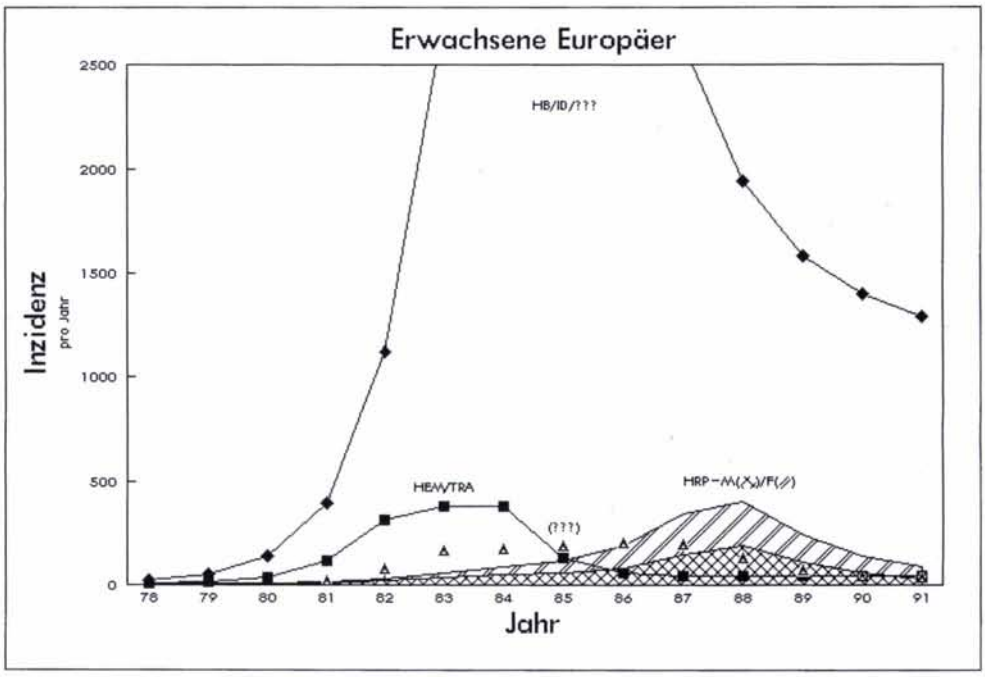

Abb.3: 'Zurückgerechnete' HIV-Inzidenz für Bluter und Transfusionsempfänger (HEM/TRA), Fixer und Homo-/Bisexuelle Männer (HB/ID/???), (männliche und weibliche) Partner dieser Hauptbetroffenengruppen (HRP-MF; die übrigen Heterosexuellen können noch vernachlässigt werden) sowie Personen ohne Angaben über den vermutlichen Infektionsweg (???).

Spiegel (1994/32:148–150) wurde von dem "AIDS-Experten" Michael G. Koch sogar die kumulierte Zahl aller Erkrankungen mit der aktuellen Zahl aller Infizierten verwechselt, um eine (nicht stattfindende) "lautlose Explosion" zu suggerieren.

- Eine weitere Quelle für Mißverständnisse stellen die *unterschiedlichen Betroffenengruppen* dar. So werden häufig (HRP) Heterosexuelle mit direkten Kontakten zu Personen aus den Hauptbetroffenengruppen nicht von (LRP) Heterosexuellen unterschieden, die keine solchen Kontakte haben.
- *Prozentzahlen* berechnet als Anteil an der Gesamtzahl von Fällen (Hamouda *et al.* 1994:16ff) können wegen der *unterschiedlichen Dynamik* in den Betroffenengruppen ebenfalls zu Mißverständnissen führen (Wittkowski 1988a). Wenn der Anteil "Heterosexueller" unter den AIDS-Fällen ansteigt, dann muß das nicht bedeuten, daß die AIDS-Inzidenz unter Heterosexuellen ansteigt. (Der Rückgang des Anteils Schwangerer unter den Frauen in den letzten hundert Jahren bedeutet nicht, daß der Anteil der Frauen unter den Schwangeren zurückgegangen wäre.) Dieser Effekt ist darauf zurückzuführen, daß die Zahl der Neuinfektionen bei den Heterosexuellen später angestiegen ist und langsamer zurückgeht.
- Schließlich erschwert die *lange Inkubationszeit* die Interpretation. Da das Maximum der HIV-Inzidenz bei den Heterosexuellen vier Jahre später aufgetreten ist, kann die Anzahl

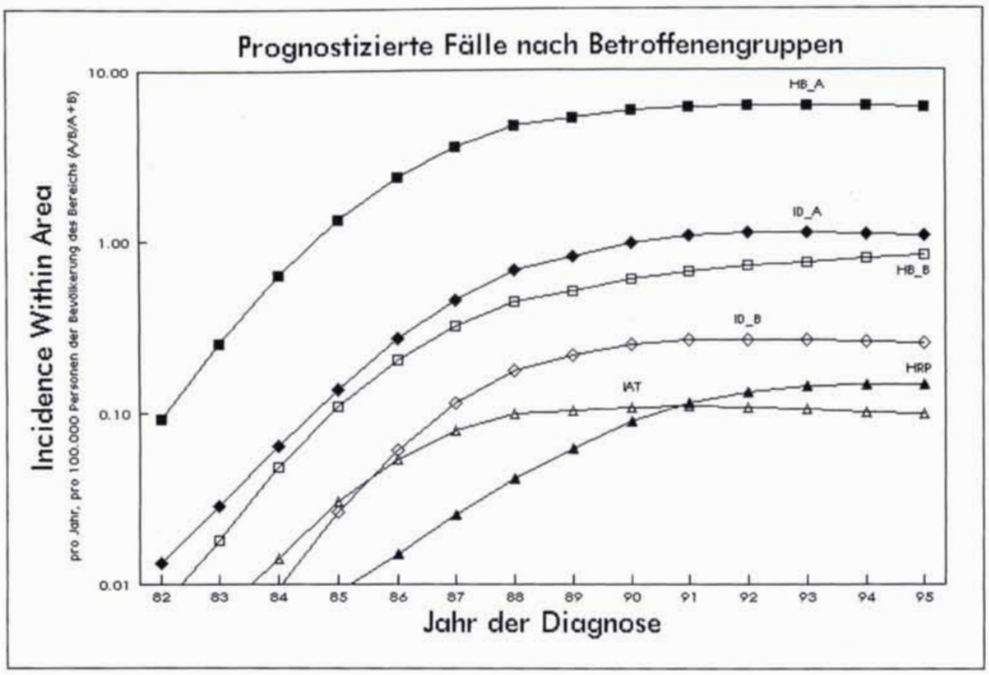

Abb. 4: Anhand der Daten von Abb. 3 prognostizierte AIDS-Inzidenz für die Gruppen der Bluter und Transfusionsempfänger (IAT), der Fixer (ID, Bereich A=B/HH/K/D/F/M bzw. B=sonst.) und Homo-/Bisexuellen Männer (HB, Bereich A bzw. B) sowie der Partner dieser Hauptbetroffenengruppen (HRP).

der AIDS-Fälle bei den Heterosexuellen sogar noch ansteigen, während die Zahl der HIV-Infektionen bereits zurückgeht.

Falls sich HIV auch in Europa unter Heterosexuellen etablieren könnte (was noch nicht geklärt ist), könnte es wegen der großen Zahl Heterosexueller trotz dieser mittelfristig günstigen Prognose (als "worst case") langfristig (d.h. im Laufe von mehreren Jahrzehnten bis Jahrhunderten) in Deutschland mehrere hunderttausend Infizierte geben, falls es nicht zu Verhaltensänderungen kommt. Wenn jedoch alle Heterosexuellen in den ersten drei Monaten neuer Partnerschaften Kondome oder Spermizide verwenden würden (vor allem wenn das soziale Umfeld des Partners nicht genau bekannt ist) und anschließend gegebenenfalls (d.h. bei konkreten Hinweisen auf frühere ‚high-risk' Kontakte des Partners) einen *Test* durchführen ließen, könnte sich HIV unter Heterosexuellen nicht ausbreiten (Wittkowski 1995a). Um die Zahl der über (männliche und weibliche) Beschaffungsprostituierte importierten Fälle zu reduzieren, sollte man eine *Legalisierung von Drogen* in Betracht ziehen (Wittkowski 1988b). Abgesehen davon erfordert AIDS bei Heterosexuellen in Deutschland neben der bei allen Infektionskrankheiten üblichen Suche nach Impfstoffen und Therapieformen sowie Qualitätssicherung bei der Herstellung von Blutprodukten keine weiteren Maßnahmen.

Literatur

AIDS-Zentrum im RKI: Quartalsbericht IV/94. Bericht über aktuelle epidemiologische Daten zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland 1995, 116

Hamouda, O. et al.: AIDS/HIV 1993. AZ-Hefte 20, 1994

Seydel, J.; Krämer, A.; Rosenberg, P.S.; Wittkowski, K.M.; Gail, M.H.: Backcalculation of the number infected with human immunodeficiency virus in Germany. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 1993; 7:74–78

Wittkowski, K.M.: How to lie with AIDS-statistics: Bemerkungen zur Beeinflussung politischer Entscheidungen durch irreführende Darstellung von Daten. Arbeit und Sozialpolitik 1988a; 42: 306-312

Wittkowski, K.M.: Über die Bedeutung von Detergentien für die HIV-Prophylaxe unter Heterosexuellen. AIDS-Forschung 1988b; 3: 401–404

Wittkowski, K.M.: Aufklärung über AIDS an Schulen: Bemerkungen zu einer Vortragsreihe von M.G. Koch. AIDS-Telegramm 1990; 10: 26–36

Wittkowski, K.M.: The potential of nonoxinol 9 for the prevention of HIV infection reconsidered. AIDS1995a; 9:310–311

Wittkowski, K.M.: Epidemiologie von HIV in Deutschland. Das Gesundheitswesen 1995; 57: 291-298

Anschriften des Autors

Priv.-Doz. Dr. Knut M. Wittkowski, Institut für Medizinische Biometrie, Eberhard-Karls-Universität, Westbahnhofstr. 55, D-72070 Tübingen

Sexuologie 4 (2) 1995: 313–324 / © Gustav Fischer Verlag, Stuttgart

Masochism: A Multiple Case Study

Masochismus: Fallstudien und empirische Ergebnisse

K. Freund, M. C. Seto, M. Kuban, Toronto

Zusammenfassung

Die Symptomatologie bei einer Gruppe von 54 masochistischen Männern, deren erotische Präferenz Frauen betrifft, kann hierarchisch geordnet werden, wobei grundlegend von folgenden sechs Komponenten ausgegangen wird: 1. die Art der gewünschten Unterlegenheitsgefühle; 2. die Identität des Quälenden bzw. desjenigen, der die Demütigung oder das Leiden verursacht; 3. die Gestaltung der masochistischen Inszenierung; 4. eine Steigerbarkeit des masoschistischen Erlebnisses durch fetischistische Praktiken; 5. eine Überschneidung mit anderen Paraphilien; 6. das Alter des Beginns und der Entwicklungsverlauf der masochistischen Symptomatologie. Die erste Komponente wurde sodann unterteilt in die Dimensionen Unterlegenheit- und Leiden-Spüren, welche wiederum weiter differenziert werden konnten. Die exakte Aufgliederung des masochistischen Geschehens enthielt: erotisches Interesse an Schmerzen oder Gefühlen der Angst oder der Vorstellung lebensbedrohlicher Situationen; die Einbeziehung von Männern oder Kindern als dominante Figuren in den masochistischen Inszenierungen; die Identifizierung mit dem Kind oder einem jungen Adoleszenten in den Inszenierungen; transvestitischer Fetischismus (dabei weibliche Ausstattung und Kleidung) sowie ein fetischistisches Interesse des Patienten an der eigenen analen/rektalen Region und ein fetischistisches Interesse an Urin und Fäzes. Masochistische Phantasien erschienen zum Teil bereits in der frühen Kindheit und ließen einen sehr frühen Beginn der Paraphilie vermuten.
Schlüsselwörter: Paraphilie, Masochismus, Sexuelle Phantasien

Abstract

It was demonstrated that the symptomatology of a group of 54 primarily masochistic male patients who erotically preferred women (gynephiles) could be organized in a hierarchical fashion. The most general level consisted of six components: (1) submission-suffering; (2) the identity of the executor, i.e., the figure who causes the submission or suffering; (3) the figure in masochistic scenarios with whom the patient identified; (4) fetishistic enhancers of the masochistic experience; (5) associations with other paraphilias; and (6) the age of onset and the developmental course of masochistic symptomatology. The first component was further divided into dimensions of submission or suffering, which in turn were divided into subcomponents. The more idiosyncratic masochistic features included: erotic interests in intense pain (algolagnia) or frightening or life-threatening situations; the inclusion of males or children as the dominant figures in masochistic scenarios; self-identification with a child or young adolescent in these scenarios; transvestic fetishism for female attire, a fetishistic interest in the patient's anal/rectal region, and a fetishistic interest in urine and feces. Masochistic fantasies sometimes appeared in early childhood, suggesting the potential of a very early onset for this paraphilia.
Keywords: Paraphilias, masochism, sexual fantasies, descriptive features

There is a sizable body of psychoanalytic, mostly etiological discussions of sadomasochism in the clinical literature, in the sense of masochistic personality disorder as described by Kass (1987), Schad-Somers (1982), and Simons (1987). Breslow (1989) reviewed this literature and found that these articles tended to describe different clinical presentations as sadomasochism, and tended to describe these presentations in insufficient detail to be useful. The same critique was made regarding the extant behaviorally-oriented papers on masochism. In contrast to the abundance of speculative papers on masochism and sadomasochism, there is a dearth of empirically-based studies. Exceptions include a sociological questionnaire study by Spengler (1977) and an analysis of anonymous letters written to sex-oriented magazines by Baumeister (1988).

This paper focuses on masochism as a paraphilia described in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV: American Psychiatric Association 1994, p.529). The paraphilias can be divided into two broad categories: (1) pathological target preferences, where the targets of erotic cognitions and/or activities are not primarily (other) physically mature persons; and (2) pathological activity preferences, where the erotic preferences are for sexual activities that are highly atypical of individuals who erotically prefer physically mature persons. Without ignoring that both may occur in the same individual, the distinction between paraphilic target and activity preferences may have certain advantages for analyzing the connections between paraphilias. Masochism is a pathological activity preference.

Krafft-Ebing (1886/1978), who coined the term masochism, characterized it as a condition in which sexual interest and arousal is connected with being subjugated or abused by another person. Schrenck-Notzing (1899) combined the clinical pictures of sadism and masochism under the term algolagnia, an erotic preference for inflicting and/or suffering pain. Hirschfeld (cited in Hair 1952) and the DSM-IV combined a sexual interest in being subjugated and abused by another person and a sexual interest in suffering pain under the common concept of masochism, and also included autoerotic asphyxiation (an erotic interest in enhancing sexual arousal and orgasm from partially obstructing breathing and inducing hypoxia).

The following study tested the hypothesis that masochistic symptoms can be organized in a hierarchical fashion. A systematic review of the clinical features of a sample of masochistic patients was conducted. This sample was considered to be too small for formal statistical techniques such as cluster analysis or multidimensional scaling, so only descriptive results are presented here.

Subjects

Over the past 20 years, 124 men diagnosed as masochistic were seen at the sexology clinic of a large metropolitan psychiatric hospital in Toronto, Canada. The large majority of these men was self-referred; another earlier study showed that 76% of 91 masochists tic patients were self-referred (Freund in press). Clinical records were unavailable for 20 of these patients, while the records of another 50 individuals indicated that their masochistic tendencies were secondary to a primary paraphilia (45) or that the individual was a predominantly sadistic sadomasochist (5). The remaining 54 masochists were heterosexual (according to their self-report and our clinical judgment), with an average age of 35 years (SD = 11 years) and a median education of Grade 12.

Results

Hierarchical Organization

A coding scheme was created by the first and second authors in order to organize the masochistic features culled from the clinical notes of the 54 patients; this scheme was then independently used by each of these two authors. Kappa, a coefficient of agreement that corrects for chance, was used to measure interrater agreement (Cohen 1960). Interrater agreement was generally good, with the large majority of kappas being greater than .70. For the submission/suffering component, kappas ranged from .61 (algolagnic activity) to 1.00 (being gagged), with a mean kappa of .81 and the other features having coefficients greater than .70. For the executor component, kappas ranged from .30 (female child or pubescent) to .84 (adult female). The kappa value of .30 reflected the fact that very few subjects had this feature, because the two authors actually disagreed on only four cases. Kappa was .88 for the two types of alloidentification. For the fetishistic enhancers component, kappas were very good, ranging from .81 (for leather, rubber, or fur clothing) to 1.00 (for undinism). The variants were very reliably identified, with kappas of 1.00 (triolism), .91 (exhibitionism/voyeurism), and .85 (reciprocity). Finally, for the development component, kappas ranged from .49 (for the later addition of a masochistic fantasy or practice) to .82 (for the presence of fantasies or practices in childhood or incorporating childhood memories). Kappas were, on average, lowest for the development component, probably reflecting the difficulty in accurately detailing the history of masochistic fantasies and practices. Disagreements were discussed and resolved between the two raters.

In our descriptive scheme, masochistic features can be organized into six components: (1) an erotic interest in suffering or submission to another being; (2) the identity of the executor, i.e., the person (or animal) involved in the masochist's sexual practices or fantasies; (3) the identification of the patient in his masochistic fantasies in some cases there is alloidentification, where the patient identifies with a woman or a child (see also Freund 1993); (4) fetishistic enhancers of the masochistic experience; (5) associations with other paraphilias; and (6) the age of onset and developmental course of the masochistic symptomatology. Each of these basic components was further differentiated as shown in Table 1.

Submission-Suffering

The first component can be divided into two masochistic dimensions, one representing submission (A) and the other representing suffering (B). The dimension of submission has the following subcomponents: (a) an erotic interest in being interpersonally powerless (i.e., dominated and controlled as a slave or servant by a powerful figure); (b) an erotic interest in being physically powerless (e.g., tied down or gagged), and; (c) an erotic interest in being humiliated through mockery, derision, and so forth. The second dimension, suffering, can be divided into the following subcomponents: (d) an erotic interest in moderate pain (being whipping, spanked, beaten, burned by cigarettes, etc.); (e) an erotic interest in being frightened or feeling as if one's life is threatened, including autoerotic asphyxiation; and (f) an erotic interest in severe levels of pain-algolagnia (e.g., one patient cut himself and made "pouches" in his skin into which he would insert objects; other patients inserted very large objects into their rectums). Table 2 lists each patient's symptomatology, organized in terms of the components, dimensions, subcomponents and elements of our descriptive scheme. The dimensions, subcomponents and elements are not mutually exclusive, so patients could

Table 1: Hierarchical organization of masochistic symptoms.

Component	Dimension	Subcomp	Element
Submit/Suffer			
1	A	a	rendering "sexual services"
2	A	a	being a slave/servant, fully controlled or owned
3	B	e	severe airway obstruction
4	A	b	being gagged
5	B	d	being slapped, beaten, spanked or scratched
6	B	d	being whipped
7	A	b	being tied, strapped down, or partially bound
8	B	d	pricked with pins/needles, burned by a cigarette
9	A	c	enduring shame or humiliation
10	B	e	having life threatened
11	B	f	algolagnic acivity
Executor			
1			adult female
2			female child or pubescent
3			involvement of a man or male animal
4			parient himself is executor (i.e., self-inflicted)
Identification			
1			with female child or adult
2			with male (or sexless) child or pubescent
Fetishistic enhancers			
1			transvestic fetishism for female attire
2			leather, rubber or fur clothing
3			boots, high heels, or foot fetishism
4			anal-rectal region
5			urination or defecation involved
6			undinism (a fetishistic interest in water)

Table 1 continues...

Component	Dimension	Subcomp	Element
Variants			
1			triolism
2			exhibitionism (one case of voyeurism)
3			reciprocity (sadomasochism)
Development			
1			practices or fantasies present in childhood or involving childhood memories
2			fantasy since reaching puberty or at earliest age 9
3			Another fantasy added at puberty or at age 9, or in early teen age
4			Adding another fantasy (or practice) later
5			fantasy appearing relatively late

Note: **Dimensions:** A = Submission; B = Suffering. **Subcomp** (subcomponents), an erotic interest in: a = being interpersonally powerless; b = being physically powerless; c = being humiliated through mockery, derision, and so forth; d = moderate pain (being whipping, spanked, burned by cigarettes, etc.); e = being frightened or feeling as if one's life is threatened, including autoerotic asphyxiation; and f = severe levels of pain-algolagnia.

be represented more than once in each component. The following cross-tabulation illustrates the relationship between exhibiting an interest in suffering and/or submission. Seventeen (31%) were only interested in submission, 12 (22%) were only interested in suffering, and 39 (72%) were interested in both. This suggests that the majority of masochists are interested in both submission and suffering.

Three of the submission-suffering subcomponents were quite common: Thirty patients (56%) exhibited an erotic interest in moderate pain, 26 patients (48%) were erotically interested in being physically powerless, and 23 patients (43%) were erotically interested in being dominated or controlled. Among the 39 patients interested in powerlessness, 29 (74%) were interested in only one form while 10 (26%) were interested in both forms. The other three subcomponents were relatively uncommon. For example, only seven patients were interested in being humiliated by mockery or derision; however, some less obvious forms of humiliation may also be included in this subcomponent, such as the involvement of male executors or co-executors in masochistic scenarios (see below).

Approximately one-quarter of the masochistic patients were erotically interested in scenarios which could seriously affect their health or even cost them their lives. Ten patients (19%) were interested in experiencing severe levels of pain, and 8 patients (15%) were interested in frightening or life-threatening situations, including airway obstruction (i.e., autoerotic asphyxiation). Individuals interested in autoerotic asphyxiation typically hang themselves

Table 2: Listing of patient symptomatology

Subj.	Submit/Suffer	Executor	Ident	Fetish	Var	Devel
AA	2,5,9	2	1	5	-	1,3
AB	1,6	1	-	2,3,4,5	-	2
AC	6,7	1	-	1	3	2
AD	5	1	-	-	-	2
AE	1,2,5,7,8,11	1	-	1,3,5	-	1,3
AF	5	1	-	1,3,5	-	1,3
AG	6	1	-	1	2	2
AH	5	1	1,2	-	-	1
AI	2,4,5,6	1	-	2,3	-	2
AJ	5,9	1	1	-	2,3	1
AK	6,7	1	-	4,5	-	2
AL	6,7,11	4	-	-	3	2
AM	7,8	1,2	-	2,5	-	1,3
AN	1,7	1	-	-	1	2,4,5
AO	1	1,3	-	4	-	1,3
AP	3,8,11	4	-	-	-	4
AQ	3,6,7	1,4	-	2,4	-	2
AR	4,7,8	1	-	1	-	2
AS	5,10	1	-	-	-	2
AT	1,2,10,11	1,3,4	-	-	2	2
AU	7,11	1,3,4	-	1,4	-	2
AV	2,5,6,7,11	1,3,4	-	1,4	-	2
AW	2,5	1	-	3,5	-	2
AX	2,7	1	-	-	3	1
AY	1,25	1	-	1,2,3,5	-	5
AZ	2,7,10	3	-	4,5	-	1,3
BA	7,10	1	-	-	3	2
BB	10	3	-	4,6	-	1,2,4
BC	7	1	-	-	-	1,3
BD	11	1,3,4	-	1,4	-	2
BE	5,7,8	1	-	5	-	1
BF	2	1	-	-	1	2
BG	5,7	1,3	-	-	-	5
BH	9	1	1	1,5	-	1,4
BI	4,7,11	1	-	1	-	2
BJ	7,11	4	-	1	-	2,4
BK	2,5	1	-	3,4	-	2
BL	5	1	2	5	-	2
BM	1,9	1	-	3,4,5	-	1
BN	1,9	1	2	1,4,5	-	2
BO	2,9	1	-	-	1,2,3	2
BP	5	1	-	4	2	2,4
BQ	2,7	1	-	-	3	2
BR	1,2,7,8	1,2	-	1,4,5	-	5
BS	3,11	4	-	1	-	1,3
BT	4,7	1	2	1,5	-	1,3
BU	2,5	1,3	-	1	-	2
BV	1	1	-	1	-	5
BW	2,7	1	-	1	-	5

Subj.	Submit/Suffer	Executor	Ident	Fetish	Var	Devel
BX	7	1	-	1	-	1,3
BY	5,7	1	-	1	-	5
BZ	2,5,7	1	2	1,5	-	2
CA	6,9	1	-	-	3	2
CB	5,11	4	-	-	-	2

Note: Coding from Table 1. **Submit/suffer** = submission-suffering; **Executor** = figure who causes submission or suffering; **Ident** = self-identification in erotic fantasy/activity; **Var** = association of masochism with other paraphilias; **Devel** = age of onset and developmental course of masochistic features.

using elaborate contraptions that will allow them to escape. However, these contraptions sometimes fail and the patients die. Individuals who die from autoerotic asphyxiation are often found wearing pieces of female clothing or surrounded by other indications of fetishistic transvestism (Hucker 1985).

Executors of the Masochistic Scenarios

The executor was a woman for 47 patients (87%); for 37 of these patients the woman was the sole executor in their masochistic scenarios. Among the remaining 10 patients, 2 had children, 7 had males (a male dog in 2 cases), and 5 had the patient himself as co-executors. In two patients masculine and feminine executor roles were combined into a domineering male transvestite (Money 1984; Blanchard 1993; Blanchard 1994). The sole executor was a female child for one patient, a man for another patient, and the patient himself for five others. A total of 10 patients (18%) were sole executors or co-executors in their masochistic scenarios.

Of particular interest were patients whose masochistic scenarios involve male executors or co-executors. Brief case studies of these patients are presented in the following vignettes:

Vignettes. Patient A.O. was in his late 30s. He fantasized about hiring prostitutes who would sit on his face and command him to carry out cunnilingus. They would also bring out a second woman and have her sit on him. This part of his fantasy had already been acted out. However, another part of his fantasies involved a man who was brought out by the prostitute and anally penetrated the patient. This had not yet been acted out.

Patient A.T. was in his mid-30s when he was seen. He reported going to prostitutes who had to have very long fingernails. These women were supposed to tell him again and again that they owned him, that he was their sex slave, that they would destroy him, and that he must give them all his money. The women also had to scratch him all over his face so that he bled, and they would have to punch him in the eyes. One of his lenses had already been removed and he had developed a cataract in the other eye because of these activities. His masturbation fantasies included being a sex slave to a man. A.T. had once fellated a dog and at another time had a dog anally penetrate him. He had also put various large objects up his rectum.

Patient A.U. was in his early 20s when seen. He reported tying himself up while masturbating in front of a mirror, putting bottles up his rectum, smearing his feces all over his face, and surreptitiously watching women defecate. He felt particularly satisfied performing fellatio on male dogs.

Patient A.V. was in his mid-20s. He fantasized about being a slave or a maid to a woman who had absolute control over him. In his fantasies the woman tied him down and then hit or whipped him; he had a similar but less frequent fantasy with a male executor who dominated him. He sometimes put large objects up his rectum.

Patient B.D. was also in his mid-20s. He started putting objects up his rectum during masturbation at the age of 11. He recalled seeing a transvestite in a magazine two years before he was seen at the clinic. This woman with a penis impressed him, and since that time he had fantasized while masturbating about being owned by a dominant transvestite.

Patient B.G. was in his late 40s. He said that his erotic preference for pre-operative transsexual males began five years before he was seen, and that his masochistic fantasies had only begun in the past year. These fantasies were about being subjected to discipline by being tied up, spanked by men as well as women, and ejaculated upon by a man.

Patient B.U., seen in his late 20s, was tranvestic but did not request sex-reassignment surgery. He said that women attracted him only when they were wearing clothes; he was only mildly aroused by nude women and uninterested in men. He began putting on his older sister's tights from the age of 7. His masochistic fantasies began at age 11; he fantasized that his female partner was domineering, treated him like a servant, and was totally in control of him. He imagined that this partner would give him to a male for vaginal intercourse.

Patient A.Z. was one of two patients whose masochistic fantasies involved males only. He indicated that he came to the clinic for help because of his bad conscience regarding his wife and his masochistic fantasies. These fantasies had never been acted out. A.Z. fantasized about being in a sadomasochistic club wearing handcuffs and wristchains, a hood, and a collar with a leash. In these fantasies he would meet a black master who would insert his penis in the patient's mouth and then in the patient's rectum. This sexual encounter would be brief and would not result in the master ejaculating.

Patient B.B., in his late 50s, was the other individual whose masochistic fantasies involved a male executor only. He recalled becoming sexually aroused at the age of 13 or 14 while listening to his mother taking a bath and splashing around in the water. At that time he began masturbating about a male stranger drowning his mother. At age 50 this fantasy changed to the patient himself being anally penetrated by a man who then drowned him. In this case masochism was associated with undinism (an erotic interest in water).

With the exception of patients B.G. and B.U., patients who fantasized about male executors also fantasized about being anally penetrated. Bullough (1976) believed that a heterosexual man who acquiesced to anal penetration was engaging in an act of submission. The two patients who did not fantasize about being anally penetrated were atypical in other respects. Patient B.U. was clearly more gender dysphoric because no one else fantasized about having a vagina. The other patient was atypical because he reported a very late onset of masochistic fantasies.

Identification

Eight (15%) of the 54 patients demonstrated alloidentification (i.e., identification with someone other than themselves in the masochistic scenarios, usually a child or adolescent). Three patients identified with a female child or female adolescent, four identified with a male child or male adolescent, and one patient alternated between males and females.

Fetishistic Enhancers

Twenty (37%) of the 54 patients were fetishistic transvestites. The sample may be biased because the sexology clinic collaborates with a gender identity clinic in the same institution. On the other hand, in the anonymous letters written by male masochists and examined by Baumeister (1988), nearly 40% involved some form of feminization, usually wearing lingerie (p. 483).

Other relatively common fetishistic enhancers involved a preoccupation with their own anal/rectal region in 14 patients (26%) or with urination and defecation in 18 patients (33%). Other fetishes identified in this masochistic sample were atypical.

Associations With Other Paraphilias

There was a relatively low rate of associations with other paraphilias. Seven patients demonstrated reciprocity, where the patient sometimes exchanged roles with the executor in his fantasies. This may represent sadomasochism; the small proportion of masochistic patients demonstrating reciprocity suggests there is a valid distinction between sadomasochism and masochism proper. Similarly, the small proportion of patients who demonstrated exhibitionism or triolism (an interest in watching one's partner having sex with another person) indicates a sharp demarcation between masochism and courtship disorder (Freund, 1990).

Onset and Developmental Course

Thirty patients (56%) reported that their masochistic fantasies or practices began around the age of puberty (10-13 years). Sixteen patients (30%) dated the onset of their masochistic fantasies to their childhood, or indicated that their present masochistic scenarios included elements from their childhood experiences. Twelve of the 16 patients with a childhood onset or with childhood content in their masochistic fantasies developed elaborations to their initial masochistic scenarios. This usually occurred during the early teens but occasionally occurred much later in life. Six patients indicated a late age of onset (in adulthood), which may suggest that the etiology of masochism in these patients is different from the remaining patients, or that these individuals were distorting their self-reports. The brief vignettes given below illustrate the different developmental courses of masochism in this sample.

Vignettes

Patient A.A. said that since the age of 5 he had masturbated while fantasizing about being a prisoner. In these fantasies a girl would lure him into another room, saying they would have fun there; instead, the girl and another girl in the room would beat him up. This fantasy expanded in his early teens to include being urinated and defecated upon by these girls.

Patient A.E. started fantasizing at age 7 about being the slave of a princess who falls in love with him. In his early teens this fantasy expanded to include being tied up, humiliated, and physically hurt by the princess.

Patient A.F. began masturbating at age 5 with the fantasy of defecating in his pants. This had previously occurred accidentally, and he remembered feeling good when his mother put her hand in his pants to feel if he had defecated. The patient began intentionally defecating in his pants when masturbating from the age of 7 or 8.

Patient A.J. exposed his bare buttocks from the age of 5 or 6 to women with the intention of being spanked for it. Beginning at age 10 his most arousing fantasy was of being taken

by his mother to a neighbour's home and there being beaten by his mother with a hair brush, while the neighbour's daughters watched and laughed.
Patient A.M. fantasized from age 7 about being tied down to a table and tortured by one of his female teachers. Another fantasy, beginning around the same time, involved a classmate that he liked a lot pricking him with needles.
Patient A.X., at age 7 or 8, remembered seeing magazines his father bought that contained pictures of women in bondage. At age 10 he would become sexually aroused when his sisters tied him down while playing cops-and-robbers.
Patient A.Z. reported that his first masochistic fantasies began when he was 3 or 4, sitting under the bed covers and imagining that he was being put in an oven. At age 7 or 8 he began masturbating while holding his feces in his hands.
As previously mentioned, patient B.B. was masochistic and undinistic. He accidentally banged his testicles on a sofa at the age of 6. This caused him to experience sexual arousal for the first time in his life. Around the same time he recalled seeing a picture in the newspaper of a woman writing underwater. Later, drowning fantasies involving his mother and then himself developed.
Patient B.C. remembered being placed in the garden when he was a preschooler, tied to a leash and consequently unable to avoid defecating in his pants. This childhood memory was incorporated into his masochistic fantasies as late as age 25.
Patient B.H. wore diapers under his pants from the age of 5 on, but only began intentionally defecating and urinating in them at the age of 13.
Since the age of 7, patient B.S. indicated that he had achieved sexual arousal by substantially inhibiting his breathing.
Patient B.X. recalled tying his hands and feet several times without getting sexually aroused in his early childhood, but this activity reappeared when he was 13 accompanied by masturbation.

Discussion

This paper presented the idea that masochistic symptomatology could be organized in a hierarchical fashion. Towards this purpose a systematic assessment of the clinical features of 54 masochistic patients was conducted and a rational approach was used to relate these features. In general, the reliability of this organizational scheme was good. It appears that, similar to the symptomatology of courtship disorder (Freund 1993; Freund 1989; Freund in press), the symptomatology of masochism is an expression of a single or a small number of anomalies from which more idiosyncratic aspects of masochism are derived. The most general theme is one of suffering and submission. There is a relatively close relationship between masochism and transvestism and between masochism and fetishism for urine and feces. Fetishism for urine and feces appears to be uniquely related to masochism and sadism (Krafft-Ebing 1886/1978). The affinity between masochism and transvestism may be a sign of feminization as suggested by Baumeister (1988). In contrast, the affinity between transvestic and nontransvestic fetishism and courtship disorder (Freund 1991) appears to be more easily explained as an error of target location (Blanchard 1991); this error would be due to the partial loss of object specification in courtship disorder. The rarer subcomponents of the component of submission-suffering are more idiosyncratic aspects of masochism, i.e.,

algolagnia (an erotic interest in intense pain), an erotic interest in frightening or life-threatening situations, and an interest in experiencing derision and mockery. Other idiosyncratic aspects are the inclusion of males and children as executors or co-executors of the masochistic scenarios, and alloidentification (identification with a child or person of the opposite sex).

It should be noted that this paper is based on retrospective self-report. Generally, self-report is unreliable among paraphilic individuals because they do not come to clinical attention of their own volition, despite some of their claims to the contrary. These men are usually in legal trouble and/or an unhappy spouse or girlfriend has threatened to end their relationship. Our predominantly self-referred masochistic patients rarely get into legal trouble because of their paraphilia, and there is less pressure from spouses or girlfriends to seek clinical help. That said, there are always concerns about retrospective and other biases in self-report, e.g., in terms of the reports about the age of onset of masochistic fantasies.

The small size of this sample precluded formal statistical analysis of the posited relationships between masochistic features. Masochistic patients appear to be relatively rarely seen at a sexology clinic. Formal statistical analysis may be possible if a large sample of masochists is identified through contacts with sadomasochistic clubs, sex-oriented publications with a masochistic readership, and other meeting places. Nonetheless, the descriptive data presented here suggest that there is a latent structure underlying the manifest symptoms of masochism. Another important finding is the observation that masochism can appear very early in life. A similar observation was made in regards to the onset of pedophilia (Freund 1993). Does this mean that the paraphilias are already present early in life, even if they are not yet actualized?

References

American Psychological Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: APA 1994.

Baumeister, R.: Gender differences in masochistic scripts. J. Sex Res. 1988; 25: 478-499.

Blanchard, R.: Clinical observations and systematic studies of autogynephilia. J Sex Marital Ther. 191; 17: 235-251.

Blanchard, R.: Partial versus complete autogynephilia and gender dysphoria. J Sex Marital Ther. 1994; 19: 301-307.

Blanchard, R.; Collins, P.: Men with sexual interest in transvestites, transsexuals, and shemales. J. Nerv. Ment. Dis. 1993; 181: 570-575.

Breslow, N.: Sources of confusion in the study and treatment of sadomasochism. Journal of Social Behaviour and Personality 1989; 4: 263-274.

Bullough, V.: Sex, Society, and History. New York: Science History Publications 1976.

Cohen, J.: A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement 1960; 20: 37-46.

Freund, K.: Courtship disorder. In: Marshall, W. L.; Laws, D. R.; Barbaree, H. E. (eds.): Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender. New York: Guilford 1990, 195-207.

Freund, K.; Blanchard, R.: Erotic target location errors in male gender dysphorics, paedophiles, and fetishists. Br. J. Psychiatry 1993; 162: 558-563.

Freund, K.: Kuban, M.: Toward a testable developmental model of pedophilia: The development of erotic age preference. Child Abuse Negl. 1993; 17: 315-323.

Freund, K.; Seto, M. C.; Kuban, M.: Frotteurism: Theory and Psychopathology. In: Laws, D. R.; O'Donohue, W. (eds.): Handbook of Sexual Deviance: Theory and Application. New York: Guilford (in press).

Freund, K.; Watson, R.: Gender identity disorder and courtship disorder. Arch. Sex. Behav. 1993; 22: 13-21.

Freund, K.; Watson, R.: Mapping the boundaries of courtship disorder. J. Sex Res. 1990; 27: 589-606.

Haire, N.: Sexual Anomalies and Perversions. London: Sidder & Sons 1952.

Hucker, S.: Self-harmful sexual behaviour. Psychiatr. Clin. North America 1985; 8: 323-337.

Kass, F.: Self-defeating personality disorder: An empirical study. Journal of Personality Disorders 1987; 1: 168-173.

Krafft-Ebing, R.: Psychopathia Sexualis. New York: Stein & Day 1886/1978.

Money, J.; Lamacz, M.: Gynemimesis and gynemimetophilia: Individual and crosscultural manifestations of a gender-coping strategy hitherto unnamed. Compr. Psychiatry 1984; 25: 392-403.

Schad-Somers, S.: Sadomasochism: Etiology and Treatment. New York: Human Sciences Press 1982.

SchrenkNotzing, A. Zur suggestiven Behandlung des kondtraren Geschlechtstriebes und der Masturbation. Zentralblatt fur Nervenheukunde und Psychiatrie 1899; 12: 257-260.

Simons, R.: Self-defeating and sadistic personality disorders: Needed additions to the diagnostic nomenclature. Journal of Personality Disorders 1987; 1: 161-167

Spengler, A.: Manifest sadomasochism of males: Results of an empirical study. Arch. Sex. Behav. 1977; 6: 441-456.

Anschriften der Autoren

Prof. Dr. Kurt Freund, Clinical Sexology Programme,
Michael Seto, M.A., Impulse Control Disorders Programme,
Michael Kuban, M.A., Department of Behavioural Sexology,
Clarke Institute of Psychiatry, 250 College Street, Toronto, Ontario, Canada, M5T 1R8.

Sexuologie 4 (2) 1995: 325–335 / © Gustav Fischer Verlag, Stuttgart

Anthropometrische Befunde bei Frau-zu-Mann Transsexuellen

Anthropometrical Findings in Female-to-Male Transsexuals

H.A.G. Bosinski, I. Schröder, R. Arndt, M. Heidenreich, R. Wille, Kiel

Zusammenfassung

Zur Klärung der Frage, ob der klinische Eindruck eines eher maskulinen Somato-Typus bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen (FMTS) empirisch nachweisbar ist, wurden eine Reihe geschlechtstypischer Körpermaße bei 15 hormonell unbehandelten FMTS im Alter von 19 Jahren, 7 Monaten (19;7) bis 44;8 (Mittelwert M: 27;11) erhoben (Körpergewicht, Körperhöhe; Breitenmaße: biakromiales Schultermaß, biiliakale Beckenbreite, Taille, Hüfte, Radioulnarbreite; Längenmaße: Oberarm, Unterarm; Umfänge: Taille, Hüfte, Oberarm, Unterarm). Als Kontrollgruppe ohne Geschlechtsidentitätsstörungen fungierten 19 gesunde Frauen (KFM) (Alter: 19;3 – 33;11 / M: 24;7) sowie 21 gesunde Männer (KMF) (Alter: 20;2 – 32;8 / M: 23;11). Kein Proband war hormonell behandelt (einschließlich Kontrazeptiva).

Während die absoluten Maße der FMTS sich in gleicher Weise von den KMF unterschieden wie die der KFM, somit dem biologischen Geschlecht entsprachen, zeigten die FMTS in den anhand von Indices berechneten geschlechtstypischen Körpermaßrelationen mehrheitlich maskuline Proportionen. Die Befunde werden sowohl als mögliche Konsequenz wie auch im Zusammenhang mit der Ätiologie des Transsexualismus diskutiert.

Schlüsselwörter: Transsexualismus, Sexualdimorphismus, Anthropometrie

Abstract

In effort to elucidate the relationship between body build and transsexual gender identity 15 hormonally untreated female-to-male-transsexuals (FMTS), mean age (M): 27 years, 11 months (27;11), range 19;7 to 44;8, were enrolled into an anthropometric investigation, covering sex dimorphic measurements (body weight, body height; breadth biacromial, bi-iliacal, waist, hip, distal radioulnar; length: upper arm, forearm; circumference: waist, hip, upper arm, forearm). Measurements were compared to reference data in general population and to measurements in 19 healthy female controls (CFM), age 19;3 to 33;11 (M: 24;7) and 21 healthy male controls (CFM), age 20;2 to 32;8 (M: 23;11). None of the controls was under hormonal medication (including contraceptives) and none had symptoms of a gender identity disorder. While absolute measurements contained no differences between FMTS and CFM and the sex differences to CMF were in the same direction for FMTS and CFM, assessment of body proportions in terms of indices revealed a masculine pattern of body shape in FMTS. FMTS and CMF showed no differences in most proportions known to be sex dimorphic, but FMTS and CFM present some differences in this regard. Data are discussed as possible consequence of gender identity disorder as well as with regard to etiology of transsexualism.

Key words: Female-to-Male Transsexulism, Body build, Anthropometrics, Sex Dimorphism

Seit 1963 werden im Klinikum der Kieler Christian-Albrechts Universität transsexuelle Patienten beiderlei Geschlechts ärztlich behandelt. Seit 1970 konnte diese Betreuung an der hier gegründeten Sexualmedizinischen Forschungs- und Beratungsstelle unter der Leitung von R. Wille wesentlich umfassender gestaltet werden. In diesem Zeitraum von über 30 Jahren des Kontaktes mit Frau-zu-Mann Transsexuellen ist immer wieder aufgefallen, wie sehr diese Patienten schon vor Beginn einer konträrgeschlechtlichen (hormonellen und/oder chirurgischen) „Umwandlungsbehandlung" in Habitus, Gestik, aber auch im körperlichen Erscheinungsbild (dem „Somato-Typus") dem (männlichen) Identitätsgeschlecht ähneln. Angesichts der Tatsache, daß dies bereits von Hirschfeld (1923) in seiner Beschreibung „psychisch transsexueller" Frauen kursorisch erwähnt wurde, ist es erstaunlich, daß empirische anthropometrische Untersuchungen hierzu bislang fehlen. Perkins (1981) untersuchte 241 lesbische Frauen und ordnete die Probandinnen entsprechend den in Tiefeninterviews erhobenen Daten sieben psychosexuellen Verhaltenskategorien zu. Die Gruppe „dominant/male" umfaßte 26 Individuen, die von der Autorin als „quasi transsexuell" bezeichnet wurden, d.h. diese Frauen würden sich selbst eher als Männer sehen, nur Männerkleidung tragen, ihren weiblichen Körper nicht als Quelle der Lust akzeptieren und ihre Beziehungen zu Frauen eher als „heterosexuell" einordnen. Perkins erhob zugleich eine Reihe anthropometrischer Maße (Schulterbreite, Beckenbreite, Arm- und Beinlängen und -umfänge, Körperhöhe, Körpergewicht, Hautfaltendicke) und fand heraus, daß sich zwar das gesamte Sample in den Körpermaßen nicht von der Normalpopulation unterschied, wohl aber die einzelnen Subkategorien. Die „dominante Gruppe" war durchschnittlich größer, breitschultriger, hatte schmalere Hüften, weniger Fett- und mehr Muskelgewebe und erzielte auf dem von Tanner (1951) beschriebenen Androgynie-Score (s.u.) durchschnittlich männliche Werte. Dies galt sowohl im Vergleich zur Normalpopulation als auch verglichen zu der „passiven" Gruppe. Zwei weitere anthropometrische Studien (Griffiths, 1974; Kenyon, 1968) mit homosexuellen Frauen fanden keine bedeutsamen Unterschiede zur Normalpopulation, unterschieden jedoch auch nicht nach psychosexuellen Kriterien. Die nach unseren Recherchen bislang einzige Arbeit über anthropometrische Befunde bei Transsexuellen stammt von Rajchel und Mitarbeitern (1985). Die Autoren ordneten vier Frau-zu-Mann Transsexuelle auf zwei Skalen zur Bestimmung des Somato-Typus nach Kretschmer (leptosom, pyknisch, athletisch) ein und kamen zu dem Ergebnis, daß ihre Probanden mehr den Werten des gewünschten männlichen Geschlechtes entsprechen würden. Die kleine Zahl und die Unschärfe der verwendeten Trennkriterien lassen jedoch eine Replikation dieser Daten angezeigt erscheinen.

Die Ausgangsfragen unserer hier vorgestellten Studie waren:
(a) Gibt es Unterschiede zwischen nicht-geschlechtsidentitätsgestörten Frauen und Frau-zu-Mann Transsexuellen (FMTS) bezüglich einiger als geschlechtstypisch verteilt bekannter Körpermaße bzw. Körperproportionen?
(b) Zeigen diese Unterschiede eine einheitliche Tendenz z.B. in der Weise, daß die FMTS eher den Werten des männlichen Identitätsgeschlechtes entsprechen?
(c) Wenn (a) und (b) positiv zu beantworten sind – kann dies einen Beitrag zum Verständnis der noch immer ungeklärten Ätiologie des Transsexualismus leisten?

Probanden und Methoden

15 FMTS im Alter von 19 Jahren, 7 Monaten (19;7) bis 44;8 (Mittelwert: 27;11) nahmen an der Untersuchung teil. Als Kontrollgruppe fungierten 19 gesunde Frauen (KFM) ohne Geschlechtsidentitätskonflikt im Alter von 19;3 bis 33;11 (Mittelwert: 24;7) sowie 21 gesunde Männer (KMF) im Alter von 20;2 bis 32;8 (Mittelwert: 23;11). Sowohl die Patienten als auch die Kontrollpersonen waren ohne hormonelle Medikation (einschließlich Kontrazeptiva). Alle Probanden unterzeichneten nach ausführlicher Aufklärung eine Teilnahmebereitschaftserklärung. Die Teilnahme der Patienten an der Untersuchung war unabhängig von einer eventuellen Begutachtung gemäß dem Transsexuellengesetz. Die Kontrollprobanden waren Studenten (12 KFM, 14 KMF), Angestellte (5 KFM, 5 KMF) und Arbeiter (2 KFM, 2 KMF). Unter den FMTS waren ein Gymnasiast, vier Studenten, drei Angestellte, ein Selbständiger und sechs Arbeiter.

Alle Probanden füllten einen umfangreichen standardisierten Fragebogen zur psychosexuellen und somatosexuellen Entwicklung in Kindheit und Jugend, zur sexuellen Orientierung, zur Geschlechtsidentität und zum gegenwärtigen Sexualverhalten aus. Alle FMTS waren sexuell auf Frauen orientiert (gynäphil), ebenso alle KMF. Alle KFM bezeichneten sich als heterosexuell, 12 von ihnen waren androphil in Phantasie und Verhalten (Kinsey score /K= 0; Kinsey 1948), zwei berichteten über seltene (K=1) bis gelegentliche (K=2) homosexuelle Phantasien bei der Masturbation, eine Kontrollprobandin gab bisexuelle Masturbationsphantasien (K=3) und einige homosexuelle Erlebnisse im Jahr vor der Untersuchung (K=2) an. Keine der Kontrollpersonen machte Angaben, die auf einen Geschlechtsidentitätskonflikt schließen lassen.

Mittels üblicher anthropometrischer Geräte (Stangenzirkel, großer und kleiner Taster, Maßband, Anthropometer, Personenwaage) wurden die in Tabelle 1 aufgeführten Körpermaße erhoben. Alle Messungen wurden in aufrecht stehender Position, gegebenenfalls an der rechten Körperhälfte, nach den von Martin und Saller (Knussmann 1988) beschriebenen Methoden, vorgenommen (die Ziffern in Klammern nach der jeweiligen Maßbezeichnung in Tabelle 1 entsprechen den Numerierungen bei Knussmann 1988). Als Referenzwerte für die Normalbevölkerung werden die von Flügel und Mitarbeitern (1986) mitgeteilten Daten der jeweils gleichen Altersgruppe benutzt. Einzig für die Radioulnarbreite existieren dort keine Vergleichswerte.

Zum statistischen Gruppenvergleich wurde der parameterfreie U-Test nach Mann-Whitney verwandt. Unterschiede werden nur berichtet, wenn ein Signifikanzniveau von mindestens 5% ($p < 0{,}05$) erreicht wird, anderenfalls werden Trends mit dem entsprechenden p-Wert angegeben.

Ergebnisse

(a) Bezug zur Normalpopulation

Die bei den Kontroll-Frauen erhobenen Absolutwerte der Körpermaße (s. Tabelle 1) lagen im wesentlichen im Normbereich der Normalbevölkerung, d.h. innerhalb der 5. bis 95. Perzentile (P_5 bis P_{95}) der von Flügel und Mitarbeitern mitgeteilten Werte. Bei der Körperhöhe gab es eine geringfügige Abweichung nach oben vom Normal-Median, da eine Probandin (hochwüchsig, 1879 mm) P_{95} (1745 mm) erheblich überschritt. Deutlicher war

die Abweichung bei der Oberarmlänge: Hier lag der Median der Kontroll-Frauen 19 mm über dem Normal-Median und beinahe die Hälfte (8 KFM) überschritt P_{95}. Der Oberarmumfang der weiblichen Kontrollpersonen lag dagegen tendenziell unter den entsprechenden Normalwerten.

Die Kontroll-Männer waren größer als die deutsche Normalbevölkerung, ihr Median lag 66 mm über normal, was durch die Erhebung in Norddeutschland bedingt ist. In der Hüftbreite wichen die KMF ebenfalls nach oben von den Normalwerten ab, vier von ihnen überschritten P_{95} und der Median lag 10 mm über normal. Ähnlich wie die KFM überschritten auch die KMF in der Oberarmlänge die Normalwerte, d.h. vier wiesen größere Werte als P_{95} auf und der Median lag 20 mm über normal. Die anderen erhobenen Körpermaße entsprachen der Normalbevölkerung.

Die FMTS wichen in folgenden Maßen von den Referenzwerten der weiblichen Normalbevölekrung ab: Beim Maß der Taillenbreite wurde der Mittelwert um 10 mm überschritten, nicht aber der Median. Zwei FMTS erreichten hier Werte geringfügig über P_{95}. Ein ähnliches Bild ergab sich bei den Werten der Hüftbreite, wobei hier sowohl Median als auch Durchschnittswert jeweils ca. 10 mm über normal lagen. Der Taillenumfang überstieg die normalen Maße beträchtlich: Vier FMTS lagen über P_{95} und sowohl Durchschnittswert als auch Median lagen deutlich über der Norm (86 mm bzw. 42 mm). Die anderen Absolut-Werte entsprachen der Normalbevölkerung.

(b) Gruppenvergleich der Absolutmaße

Beim Vergleich der absoluten Körpermaßwerte der KFM mit den KMF zeigten sich die aus der Literatur bekannten Unterschiede (s. Tab. 1):

Tab. 1: Körpermaße (Mittelwert,Median, Minimum, Maximum) bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen (FMTS, n= 15), Kontroll-Frauen (KFM; n=19) und Kontroll-Männern (KMF; n=21). Angaben in mm und kg. Die Nummern nach den Maßbezeichnungen beziehen sich auf Martin und Saller (Knussmann 1988).

	FMTS			KFM			KMF		
	Mean	Median	Range	Mean	Median	Range	Mean	Median	Range
Gewicht	**69,4**[c]	64,5	46,9-94,6	**63,6**[a]	62,5	52,8-77,2	80,9	77,0	62,9-117,3
Körperhöhe (1)	**1678**[c]	1695	1518-1790	**1692**[a]	1689	1584-1879	1829	1831	1706-1970
Schulterbreite (35)	**368,5**[c]	367	337-394	**362,0**[a]	360	338-392	408,6	410	390-430
Beckenbreite (40)	296,7	300	267-344	**281,7**[b]	280	256-315	290,9	285	265-316
Taillenbreite (39)	**264,7**[c]	254	222-324	**246,3**[a]	247	218-294	281,4	278	253-330
Hüftbreite (42a)	358,5	352	315-417	357,5	352	305-397	347,6	346	312-406
Taillenumfang (62)	799,9	742	645-1005	**715,3**[ab]	715	630-878	831,8	800	768-1015
Hüftumfang (64.1)	983,5	960	870-1120	983,8	974	910-1140	977,5	970	855-1180
Radioulnarbreite(52.4)	**52,0**[c]	52	47-60	**50,2**[a]	50	44-58	57,1	57	50-63
Unterarmlänge (48)	**234,1**[c]	234	221-253	**237,6**[a]	235	225-270	262,5	263	243-286
Oberarmlänge (47)	**327,6**[c]	322	299-361	**325,6**[a]	323	293-376	352,2	352	316-371
Unterarmumfang (66)	**251,5**[c]	242	221-294	**240,1**[a]	239	210-263	278,0	279	250-310
Oberarmumfang (65)	292,6	285	225-345	**271,6**[ab]	272	235-314	310,5	305	268-395

[a] KFM < KMF ($p < 0,05$)
[b] KFM < FMTS ($p < 0,05$)
[c] FMTS < KMF ($p < 0,05$)

Die Kontroll-Frauen waren leichter und kleiner und hatten schmalere Schultern, eine schmalere Taille, kürzere und dünnere Oberarme, Unterarme und Radioulnardurchmesser als die Kontroll-Männer. Bezüglich der Beckenbreite, der Hüftbreite und des Hüftumfangs zeigte sich zwischen KFM und KMF kein Unterschied. Die FMTS zeigten im Gruppenvergleich im wesentlichen die gleichen Unterschiede zu den KMF wie die KFM, entsprachen also diesbezüglich ihrem biologischen Geschlecht. Einzig in der Beckenbreite, im Taillenumfang und im Oberarmumfang wiesen sie signifikant größere Maße als die Kontroll-Frauen auf, wodurch auch beim Taillenumfang und beim Oberarmumfang der Unterschied zu den KMF ausblieb. Bei der Taillenbreite und beim Unterarmumfang hatten die FMTS tendenziell ($p = 0{,}053$ bzw. $p = 0{,}086$) größere Werte als die KFM, der „weibliche" Unterschied zu den KMF blieb jedoch unverändert. Die überdurchschnittliche Oberarmlänge der KFM fällt insofern nicht ins Gewicht, als sich in diesem Maß kein Unterschied zwischen den KFM und FMTS ergab und diese Länge auch in keinen der gebildeten Indices (s.u.) einfloß.

(c) Gruppenvergleich der Körperproportionen

Für die Erfassung eines geschlechtsdifferenten Somato-Typus leistet die Betrachtung der absoluten Körpermaße relativ wenig. Vielmehr kommt es darauf an, die Relationen der einzelnen Stamm- und Extremitätenabschnitte zueinander, damit also die Körperproportionen, zu erfassen. Zu diesem Zweck wurden in der Literatur (Stegemann 1984; Knussmann 1965, 1992a) Indices aus verschiedenen Absolutmaßen gebildet, die sich in Diskriminanzanalysen als Trennkriterien zwischen mehr weiblichen bzw. mehr männlichen Körperbautypen erwiesen haben. Tabelle 2 zeigt die aus den Einzelmaßen gebildeten Indices, die einigen der von Stegemann und Knussmann (1984) beschriebenen entsprechen. Weiterhin ermittelten wir den von Tanner (1951) eingeführten Androgynie-Score, der zwischen Männern und Frauen trennen soll. Zur Erfassung der Körperfülle errechneten wir den Body Mass Index (BMI) und den Rohrer-Index.

Die Kontroll-Frauen weisen die geschlechtstypischen Proportionsunterschiede zu den Kontroll-Männern auf (s. S. 330, Tab. 2): Ihre Hüftschweifung ist ausgeprägter, ebenso das Verhältnis von Beckenbreite zu Schulterbreite, Hüftumfang zu Körperhöhe und Taillenbreite zu Hüftumfang. Schulterbreite, Taillenbreite und Taillenumfang sind, bezogen auf die Körperhöhe, bei ihnen kleiner als bei den Männern, was insgesamt zur typisch weiblichen Körpersilhouette führt. Der Tanner'sche Androgynie-Score ist dann auch bei ihnen hochsignifikant kleiner als bei den Männern, wenngleich sieben KFM den von Tanner mit 82 angegeben Trennwert zwischen den Geschlechtern überschreiten (s. Abb. 1). Der radioulnare Diameter, also die Stärke des distalen Unterarmendes, ist bei den KFM relativ kleiner, und zwar sowohl in Bezug auf die Länge des Unterarms als auch auf die Körperhöhe. Während der in der Medizin häufig als Maß der Körperfülle benutzte Rohrer-Index keinen Unterschied zwischen den Männern und den Frauen zeigt, haben die KFM einen mit durchschnittlich 21,7 kleineren BMI als die Männer (24,1).

Der Vergleich der FMTS mit den KFM und den KMF erbringt nun ein interessantes Ergebnis: Eigentlich kann erwartet werden, daß die FMTS kaum Unterschiede zu den Angehörigen ihres biologischen Geschlechtes und gleichsinnige Unterschiede wie diese zu den Angehörigen des anderen Geschlechtes aufweisen. In der Tat stellen sich die Verhältnisse aber bei beinahe der Hälfte der Index-Vergleiche gerade umgekehrt dar: In sieben von 16 Vergleichen (= 43,8%) zeigen die KFM zu den FMTS den gleichen Unterschied wie zu

Tab. 2: Übersicht über den Gruppenvergleich in geschlechtstypischen Körpermaß-Indices und Indices der Körperfülle. Verglichen werden Frau-zu-Mann-Transsexuelle (FMTS; n=15), Kontroll-Frauen (KFM; n=19) und Kontroll-Männern (KMF; n=21) jeweils miteinander.

	KFM vs.KMF	KFM vs.FMTS	FMTS vs.KMF
Indices des Sexualdimorphismus			
Hüftschweifungsindex[a]	>	>	n.s.
Radioulnarbreite/Unterarmlänge	<	<	n.s.
Radioulnarbreite/Körperhöhe	<	<	n.s.
Taillenbreite/Hüftbreite	<	<	<
Beckenbreite/Schulterbreite	>	<	>
Beckenbreite/Körperhöhe	[>]	<	>
Schulterbreite/Körperhöhe	<	n.s.	n.s.
Taillenbreite/Körperhöhe	<	<	n.s.
Taillenumfang/Körperhöhe	<	<	n.s.
Hüftumfang/Körperhöhe	>	n.s.	>
Oberarmumfg./Körperhöhe	n.s	<	n.s.
Unterarmumfg./Körperhöhe	<	[<]	n.s.
Taillenbreite/Schulterbreite	n.s.	<	n.s.
Taillenbreite/Beckenbreite	<	n.s.	<
Taillenbreite/Hüftumfang	>	<	>
Androgynie-Score [Tanner][b]	<<	n.s.	<
Körperfülle-Indices			
Rohrer-Index[c]	n.s.	n.s.	n.s.
Body Mass Index [BMI][d]	<	[<]	n.s.

[a] (Hüftumfang – Taillenumfang) : Taillenumfang
[b] (3 x Schulterbreite) – Beckenbreite
[c] (Gewicht x 100.000) : (Körperhöhe^3)
[d] Gewicht [kg] : Körperhöhe^2 [m^2]
< bzw. >: Die erstgenannte Gruppe weist signifikant kleinere bzw. größere Werte auf ($p < 0{,}05$)
<< Der Unterschied ist hochsignifikant ($p < 0{,}01$)
[<] bzw. [>]: Es besteht nur ein tendenzieller Unterschied [$p < 0{,}1$)
n.s.: nicht signifikant

den KMF. Der zwischen KFM und KMF gefundene Unterschied besteht in fünf der Fälle im Vergleich FMTS versus KMF nicht. Das bedeutet, daß die entsprechenden Proportionen bei den FMTS „männlich" bzw. „männlicher" ausgebildet sind. Dies gilt sowohl für Indices, welche die Körpersilhouette mitbestimmen, insbesondere den sog. Index der Hüftschweifung (s. Abb. 2) und das Verhältnis von Taillenbreite zu Hüftbreite (s. Abb. 3), als auch für einen Quotienten, der Aufschluß über die Robustheit der Extremitätenknochen gibt, nämlich den Radioulnarbreiten/Unterarmlängen- und den Radioulnarbreiten/Körperhöhen-Index (s. Abb. 4).

Es finden sich jedoch auch Proportionen, bei denen die FMTS sich in gleicher Weise von den Männern unterscheiden wie die Kontroll-Frauen oder sogar „weiblichere" Proportionen

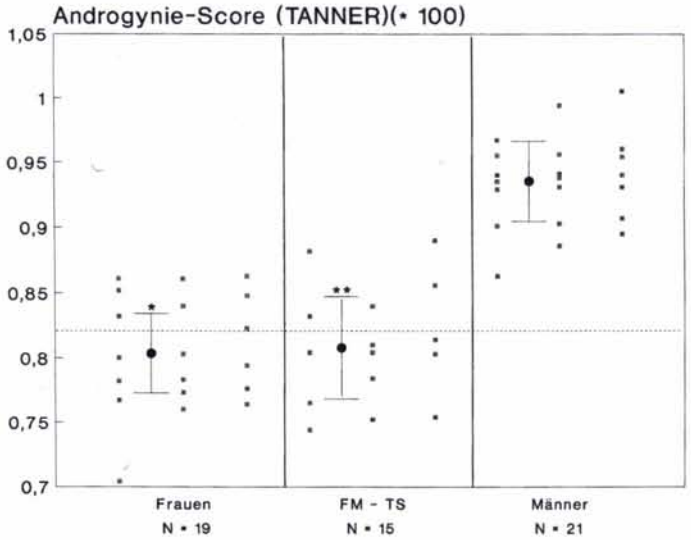

Abb. 1: Androgynie-Score nach Tanner ([3 x Schulterbreite] – Beckenbreite). Die gestrichelte Linie markiert den von Tanner angegebenen cut-off Punkt zur Trennung der Geschlechter (82,0).
* : KFM < KMF ($p < 0,05$) ** : FMTS < KMF ($p < 0,05$)

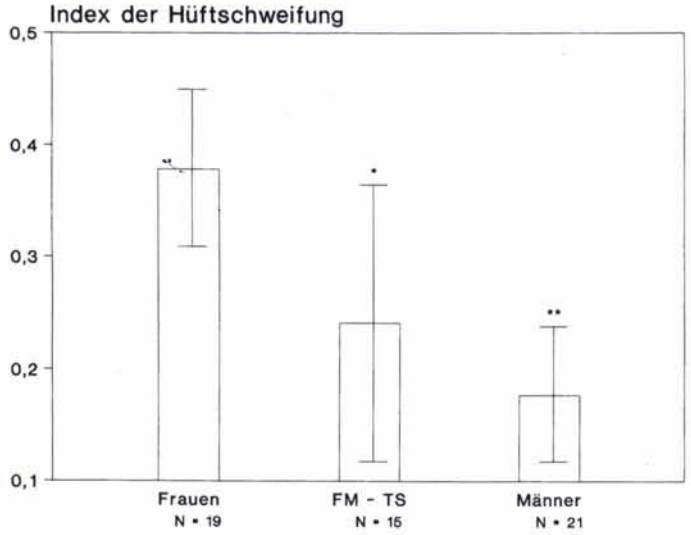

Abb. 2: Index der Hüftschweifung ([Hüftumfang – Taillenumfang] : Taillenumfang)
* : FMTS < KFM ($p < 0,05$) ** : KMF < KFM ($p < 0,05$)
Der Unterschied zwischen FMTS und KMF ist statistisch nicht relevant.

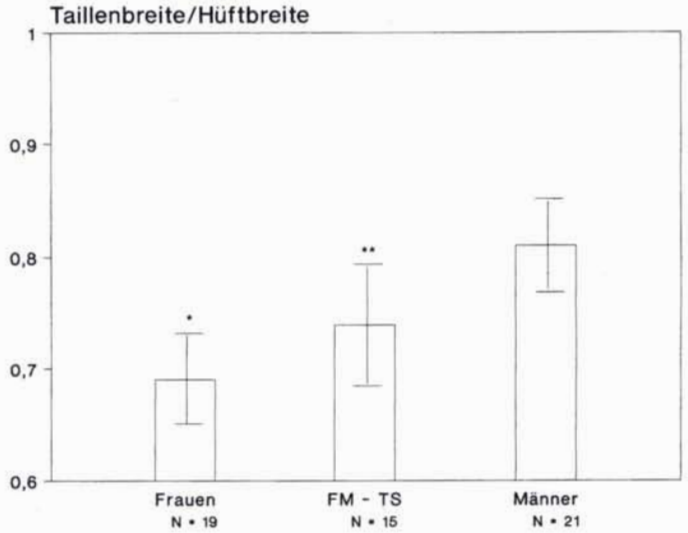

Abb. 3: Index aus Taillenbreite zu Hüftbreite
* : KFM < FMTS ($p < 0,05$) sowie KFM < KMF ($p < 0,05$)
** : FMTS < KMF ($p < 0,05$)

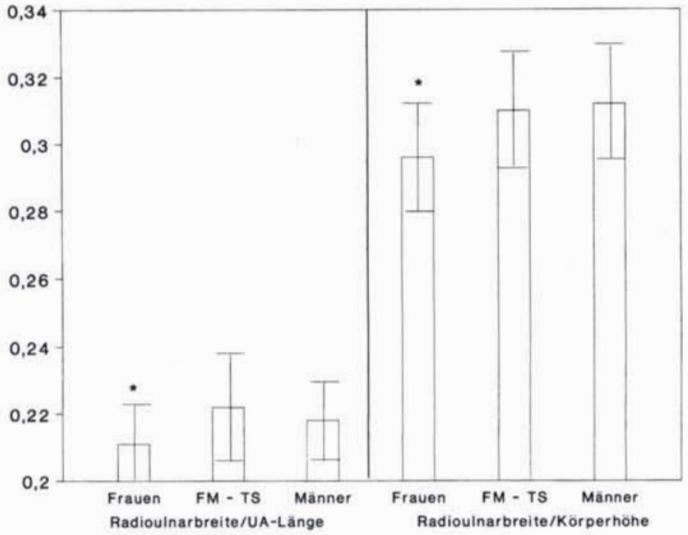

Abb. 4: Verhältnis der Radioulnarbreite zur Unterarmlänge (linke Hälfte der Abb.) bzw. zur Körperhöhe (rechte Hälfte). Die Probandenzahlen entsprechen denen der anderen Graphiken.
* : KFM < FMTS ($p < 0,05$)
Der Unterschied zwischen FMTS und KMF ist statistisch nicht relevant.

aufweisen als diese. So zeigt sich im Androgynie-Score kein Unterschied zwischen KFM und FMTS, die sich beide von den KMF unterscheiden (s. Abb.1). Der zumindest im Alltag häufig als geschlechtstypische Proportion „par excellence" betrachtete Schulter-Becken-Index zeigt bei den KFM signifikant höhere Werte als bei den KMF, die FMTS übersteigen jedoch noch das diesbezügliche Maßverhältnis der Frauen (s. Abb. 5).

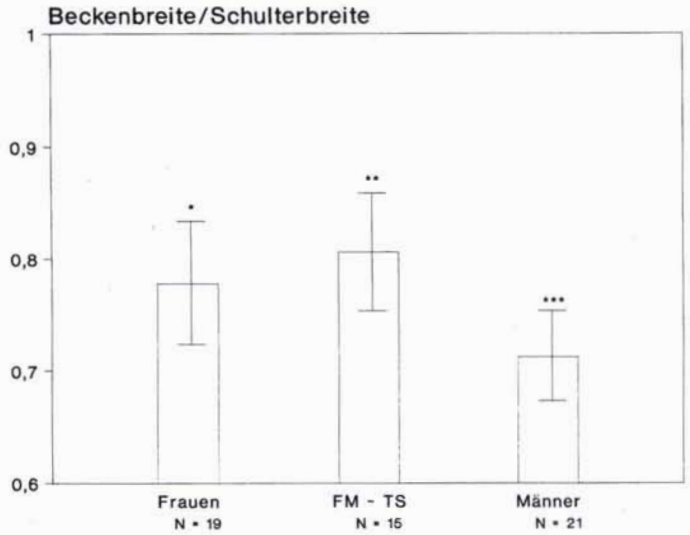

Abb. 5: Index aus Beckenbreite zu Schulterbreite
* : KFM > KMF ($p < 0,05$) ** : FMTS > KFM ($p < 0,05$) ***: KMF < KFM < FMTS (jeweils $p < 0,05$)

Diskussion

Während wir in den absoluten Körpermaßen keine Unterschiede zwischen KFM und FMTS fanden und die typischen Unterschiede zwischen Frauen und Männern im wesentlichen auch zwischen FMTS und KMF bestanden, ergab der Vergleich der Körperproportionen, ausgedrückt durch Körpermaßindices, ein teilweise widersprüchliches Bild, das jedoch insgesamt den Eindruck entstehen läßt, daß die von uns untersuchten FMTS auf einer (von Knussmann 1965 beschriebenen) anthropometrischen „Maskulinitäts-Femininitäts-Skala" intermediär oder mehr auf Seiten des maskulinen Pols stehen. Um dies mittels einer Diskriminanzanalyse (Knussmann 1992b, Stegemann 1984) zu untersuchen, bedarf es jedoch zum einen einer größeren Probandenzahl, die dann auch – bei den Kontrollpersonen – noch stärker der Normalpopulation entsprechen müßte. Zum zweiten müßten hierfür eine Reihe weiterer Maße erhoben werden, insbesondere an der unteren Extremität und im Bereich der Fett-/Muskelverteilung mittels Hautfaltendickenmessung.
Die eingangs gestellten Fragen (a) und (b) können jedoch insgesamt mit gewisser Zurückhaltung bejaht werden, auch wenn eine durchweg einheitliche Tendenz der Geschlechts-

unterschiede nicht nachzuweisen ist. Wie ließe sich diese intermediäre Stellung der FMTS im anthropometrischen Geschlechter-Vergleich erklären und welchen Beitrag können diese Befunde zum Verständnis der Ätiologie des TS leisten?

Zunächst muß darauf hingewiesen werden, daß es sich bei den gefundenen Unterschieden zwischen KFM und FMTS mehrheitlich um Maße handelt, die in gewisser Weise von der Ernährung, aber auch vom Hormonhaushalt abhängen (Taillenumfang, Hüftumfang, zum Teil auch Taillenbreite und Hüftbreite) bzw. von Arbeitsbelastung und Trainingszustand (Oberarmumfang, Unterarmumfang). Die FMTS haben als Gruppe eine relativ gedrungene, massige Statur, was sich auch in ihrem im Vergleich zu den Frauen tendenziell höheren BMI (24,6) ausdrückt. In der Tat ist die soziale Herkunft bzw. die berufliche Beschäftigung unserer FMTS verschieden von den Kontrollpersonen. Mit der sozial niedrigeren Schichtung gehen sowohl andere (kalorienreichere) Ernährungsgewohnheiten als auch größere körperliche Arbeitsbelastungen einher. Auch kann nicht ausgeschlossen werden, daß die transsexuellen Patienten entsprechend ihrer Neigung zu „männlichen Beschäftigungen" ein stärkeres körperliches Training seit der Jugend absolvierten. Wir wissen aus unseren endokrinologischen und gynäkologisch-sonographischen Untersuchungen (Bosinski, i. Vorbereitung) aber auch, daß adrenoovarielle Dysfunktionen, die teilweise dem Syndrom der polyzystischen Ovarien und teilweise dem des nicht-klassischen Adrenogenitalen Syndroms ähneln, bei unseren FMTS häufiger sind als bei den KFM und die Androgene in ihrer Gesamtheit mehrheitlich erhöht sind. Die untersuchten Hormonspiegel zeigten jedoch keine systematische Korrelation mit den Körpermaßen und -indices (deshalb hier nicht berichtet). Für die Frage nach der Ätiologie des TS wäre es zudem erforderlich zu wissen, ob eine derartige Abweichung vom weiblichen Somato-Typus bereits in der Pubertät – die von allen Patienten als eindeutiger „point of no return" in der transsexuellen Entwicklung geschildert wurde – bestand. Das relativ „harte" (d.h. ernährungs- und trainingsunabhängige) Knochenmaß der Radioulnarbreite im Verhältnis zu Körperhöhe und Unterarmlänge legt eine solche Vermutung nahe, reicht aber für deren Begründung nicht aus (Knussmann 1992a).

Es kann somit nicht sicher ausgeschlossen werden, daß die beschriebenen körperlichen Auffälligkeiten mehrheitlich sekundär (Training, Ernährung) sind, ja, daß sie – ähnlich wie die alles Weibliche peinlichst versteckende Kleidung – „unbewußt" herbeigeführt wurden, um die zutiefst abgelehnte weibliche Silhouette „verstreichen", damit also geschlechtsneutraler oder auch männlicher erscheinen zu lassen. Es bleibt aber unklar, warum die Verteilung des (insgesamt bei den FMTS ausgeprägteren) Fettgewebes einem eher männlichen Verteilungsmuster folgt. Zur Klärung dieser Frage wären weitere Untersuchungen unter Einbeziehung größerer Stichproben und weiterer Messwerte erforderlich.

Literatur

Flügel B.; Greil H.; Sommer K. (Hrsg): Anthropologischer Atlas. Fankfurt/M: Edition Wötzel, 1986

Griffiths, P.D.; Merry, J.; Browning, M.C.K.; Eisinger, A.J.; Huntsman, R.G.; Lord, E.J.A.; Polani, P.E.; Tanner, J.M.; Whitehouse, R.H.: Homosexual women: An endocrine and psychological study. J Endocr 1974; 63: 549-556

Hirschfeld M: Die intersexuelle Konstitution. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen 1923; 23: 14

Kenyon, F.E.: Studies in female homosexuality. Br J Psychiat 1968; 114: 1337-1350

Knussmann, R.: Konstitution und Geschlecht. Anthrop Anz 1965; 29: 146-162

Knussmann, R.: Somatometrie. In: Knussmann, R. (Hrsg.) Anthropologie. Handbuch der vergleichenden Biologie des Menschen. Bd.I/1. Stuttgart: Fischer Verlag, 1988: 232-285

Knussmann, R.: Zusammenhänge zwischen Sexualhormonspiegel und geschlechtsdifferenten morphologischen und physiologischen Merkmalen. In: Wessel, KF, Bosinski, HAG. (Hrsg) Interdisziplinäre Aspekte der Geschlechterverhältnisse in einer sich wandelnden Zeit. Bielefeld: Kleine Verlag, 1992a: 62-82

Knussmann, R.: Biostatistik. In: Knussmann, R. (Hrsg.) Anthropologie. Handbuch der vergleichenden Biologie des Menschen. Bd.I/2. Stuttgart: Fischer Verlag, 1992b: 619-797

Perkins, M.W.: Female homosexuality and body build. Arch Sex Behav 1981; 10: 337-345

Rajchel, Z.; Medras, M.; Gruszka, S.; Winowski, J.: Analiza cech antropometrycznych osób transseksualnych. Polski Tygodnik Lekarski T. XL, 1985; No. 49: 1363-1364

Stegemann, C.; Knussmann, R.: Empirische Untersuchung zur Parungssiebung geschlechtsspezifischer Körpermerkmale. Homo 1984; 35: 273-285

Tanner, J. M.: Photogrammetric anthropology and an androgyny scale. Lancet 1951; 10 : 574-579

Kinsey A.C.; Pomeroy, W.B.; Martin, C.E.: Sexual behavior in the human male. Philadelphia: Saunders 1948

Anschriften der Autoren

Dr.med. Hartmut A.G. Bosinski, Dr.med. Dipl.-Psych. Reinhard Arndt, Prof. Dr.med. Dr.jur. Reinhard Wille, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle im Klinikum der Christian-Albrechts-Universität, Arnold-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel

Dr.rer.nat. Inge Schröder, Anthropologisches Institut der Christian-Albrechts-Universität, Am Botanischen Garten 92, D-24098 Kiel

Cand. Psychol. Maren Heidenreich, Gerhardstr. 61, D-24105 Kiel

Sexuologie 4 (2) 1995: 336–345 / *© Gustav Fischer Verlag, Stuttgart*

Historia

"Wie groß die Welt ist und wie klein das Dingchen, das dir so wichtig vorkommt." Georg Groddecks Ansichten zur Sexualität

"How Big the World is and How Small the Thing, that seems to be so Important." Georg Groddeck's View on Sexuality

H. Will, München

Zusammenfassung

Der Arzt und Psychoanalytiker Georg Groddeck (1866-1934) war der meisterhafteste Vertreter jenes Pansexualismus, der Freuds Psychoanalyse so gerne vorgeworfen wurde. In seinen Vorträgen und Schriften untersuchte er die Auswirkungen psychosexueller Phantasien. Diese bestimmten seiner Ansicht nach weitgehend das menschliche Beziehungs- und Kulturleben: in bewußtseinsfähigen Vorstellungen und Verhaltensweisen und in verdrängten Konflikten und Wünschen, aus denen somatische Krankheitssymptome ebenso wie Kulturleistungen geschöpft werden. Unvoreingenommen und mit genialem klinischem Blick entwickelte er seine Ansichten zur kindlichen Sexualität, zu Onanie, Homosexualität und Bisexualität und zu den Spezifika der weiblich-mütterlichen Sexualität. Groddecks methodische Grenzen und seine aktuelle Bedeutung werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Georg Groddeck, Sexualität, Geschichte der Psychoanalyse

Abstract

The physician and psycho-analyst Georg Groddeck (1866-1934) was a brilliant representative of the so-called pan-sexualism which was used to discredit Freud's psycho-analytic theory. In lectures and in his writings, Groddeck analysed the consequences of psycho-sexual phantasies. According to Groddeck's opinion, these phantasies determine the human relationships and cultural life through conscious imaginations and patterns of behavior and in repressed conflicts and desires which are the basis for physical symptoms as well as cultural achievements. Groddeck's perspective on child sexuality, masturbation, homosexuality and bisexuality as well to specific aspects of female-maternal sexuality are not biased and are based on the clinical perspective. Methodological limits of Groddeck's approach and Groddecks meaning today are discussed.

Key words: Georg Groddeck, Sexuality, History of Psychoanalysis

An den Anfang meines Überblicks über Groddecks Ansichten zur Sexualität möchte ich eine kurze Geschichte setzen, die er in seiner Zeitschrift *Die Arche* wiedergegeben hat:

„Kastrationsideen eines zweijährigen Mädchens. Die Mutter erzählt: Das Kind sieht mir beim Waschen zu und sagt: 'Mama unten etwas. Else nichts. Brüderchen hat Schnippel. Else auch haben! Kauft Schnippel. Else dem Hans (das ist der Nachbarssohn und Spielgefährte) Schnippel abschneiden und selbst ankleben'." (Groddeck 1926, Heft 8: 11).

Was Groddeck zur Sexualität sagte, ist hier in nuce versammelt: die Bedeutung früh-

kindlicher Phantasien und Welterkenntnisse, die Erhebung von Wunsch und Vorstellung über die Einschränkungen der Realität (Else holt sich in ihrer Phantasie vom Nachbarsjungen das, was ihr Bruder „mehr" hat) und die fundamentale Rolle der Bisexualität (die Mama hat in Elses Wahrnehmung nicht nur oben, sondern auch unten „etwas"). Was in diesem Zitat fehlt und für Groddeck mindestens ebenso bedeutsam ist, sind seine Ansichten über die Spezifität der weiblichen und mütterlichen Sexualität, die er keineswegs wie viele Psychoanalytiker der ersten Generation als defizienten Modus der männlichen Sexualität angesehen hat, im Gegenteil: Die Frau mit ihrer Psychosexualität war für ihn der Nabel der Welt. Und außerdem hielt er die Konzentration vieler Psychoanalytiker und Sexualwissenschaftler auf das Genitale und die genitale Sexualität für äußerst reduziert. Er machte sich lustig über die weltabgewandten Genitalbetrachter, die dazu neigten, alles Geschlechtliche aus dem Weltgeschehen herauszunehmen, um es mit der Lupe zu vergrößern – aus heimlicher Freude und lüsterner Gewohnheit, oder aus wissenschaftlicher Korrektheit. Ihm ging es im Gegensatz darum, die Sexualität überall in seine Weltbetrachtung hineinzunehmen. Polymorph und pervers, auf den ganzen Körper, seine Organe, Funktionen und Krankheitserscheinungen und auf die gesamte äußere und innere Welt bezogen, sah Groddeck die menschliche Sexualität am Werk.

Abb. 1: Georg Groddeck etwa 60jährig (1926)

Georg Groddeck (1866-1934) war Arzt, Psychoanalytiker, Schriftsteller und Philosoph, von dem gesagt wurde, er sei ungefähr vom Kaliber Schopenhauers, wisse es aber selbst nicht (Keyserling in Siefert et al. 1986: 175). Er ist bekannt geworden als Pionier der psychoanalytischen Psychosomatik, als Autor des psychoanalytischen Romans *Der Seelensucher* (1921) und als Schöpfer des psychoanalytischen Begriffs vom Es, dem er in seinem berühmten *Buch vom Es* (1923) ein Denkmal gesetzt hat und den Freud in veränderter Form von ihm übernommen hat. Aus der Sekundärliteratur über Groddeck empfehle ich Chemouni (1984), Siefert et al. (1986), Will (1987, 1994) und Lewinter (1990).

Groddeck vertrat eine subjektive Art der Wissenschaft. Er versuchte, aus den Phantasien, Imaginationen und Handlungen der Menschen, aus ihren Krankheitssymptomen und Symbolbildungen Erkenntnisse über ihre subjektive Welt zu gewinnen. Dabei ging es ihm um das Finden von Verbindungen und Zusammenhängen, nicht um die exakte Untersuchung isolierter Phänomene. Hiermit sind seine Vorzüge und Grenzen benannt. Im Gegensatz zu Freud versagte er sich einem rationalen wissenschaftlichen Diskurs und deshalb wird man ihn keinen Wissenschaftler im geläufigen Sinn nennen können. Doch war er ein unglaublich kreativer klinisch-empirischer Forscher, der mit der Lebendigkeit, Entdeckerfreude und Beobachtungsgabe seiner Arbeiten noch heute überzeugt. Er war ein

Abb. 2: Der Seelensucher. Scherenschnitt zu Groddecks Roman von 1921. „Nicht Freud hat den Menschen mit dem Hinterteil auf die Welt gesetzt, er saß schon darauf, ehe Freud geboren ward; nicht Freud gab dem Menschen Figürchen und Vergrößerungsglas in die Hand, er nimmt ihm Beides als gültiger Lehrer fort und dreht ihn mit sanfter Hand der Welt zu: Sieh, wie groß die Erde ist und wie klein das Dingchen, das dir so wichtig vorkommt; schau dich um, das bißchen Freude, das die Sexualität macht, kannst du überall finden. Die Welt ist durchtränkt davon." (Groddeck, Die Arche 1926, Heft 21: 23)

Kliniker par excellence und nahm sich in seinem Baden-Badener Sanatorium überwiegend chronisch Kranker an, an denen andere Ärzte gescheitert waren. Wegen seiner Behandlungserfolge und seiner persönlichen Ausstrahlung (vermutlich hing das eine mit dem anderen zusammen) wurde er als Arzt international bekannt. In der psychoanalytischen Gemeinschaft war er umstritten: wegen seiner Intuition und seiner Hingabe an das Es gefeiert als „Selbstdarstellung des Unbewußten" und wegen seiner mangelnden wissenschaftlichen und behandlungstechnischen Seriosität von manchen kaum geduldet (Bos 1994).

Groddecks Ansichten zur Sexualität sind bis heute wegweisend in ihrer Offenheit und Unvoreingenommenheit (*jenseits aller Moral* wollte er sein, mit Nietzsche), in ihrer klinischen Relevanz, und in ihrem persönlichen Charakter, der keinen Leser kalt läßt. Weil sein Stil so bedeutsam für den Dialog mit dem Leser ist, will ich im weiteren immer wieder Zitate Groddecks einstreuen.

Die kindliche Sexualität

Für Groddeck bildet sich aus den sexuellen Erfahrungen und Vorstellungen des Kindes die Matrix aller späteren psychosexuellen Möglichkeiten. Die kindliche Sexualität bleibt lebenslang lebendig; die genitalen Ausprägungen der weiblichen und männlichen Sexualität sind vorübergehende Überformungen des Kindlichen im Menschen. Je älter der Mensch wird, desto stärker kehrt er zurück in das sexuelle Erleben und Verhalten seiner Kindheit. Doch was bezeichnet Groddeck als kindliche Sexualität? Wie in der Psychoanalyse üblich, weitet er sie aus auf die Erotik aller sinnlichen Wahrnehmungen, Erlebnisse und Verhaltensweisen und auf die damit sich verbindenden Phantasien.

„Ja, aber warum wird einem die Arbeit leichter, sobald sie im Rhythmus ist? Weil sich im Rhythmus das tiefste Wesen des Menschen ausspricht, weil das Kind in ihm lebendig wird, das alles zum Spiel gestalten muß, weil der mechanische Ernst unerträglich ist, und man ihn phantastisch umgestalten muß. ... Alles, mag es so unregelmäßig vor sich gehen wie nur denkbar, wird vom Menschen melodisch gemacht, in Regeln der

rhythmischen Folge gebracht. Warum? ... Neun Monate lang liegt das Kind im Mutterleibe und den größten Teil dieser Zeit hat es als einzige Beschäftigung den Herzschlag. Das einzige, was es wahrnimmt, was ihm deutlich sein muß, ist der regelmäßige Takt des Pulses. Längst vor jedem Einfluß auf irgend einen der Sinne, längst vor der Geburt, längst ehe das Kind von der Welt auch nur das geringste erfährt, wird es an den Rhythmus gewöhnt, an ein Auf und Ab, ein Hin und Her. Und diesem Auf und Ab, diesem Hin und Her begegnen Sie nun überall. Am stärksten, eindringlich und unvergeßlich ist aber das Hin und Her des Mannes im Weibe". (Groddeck 1921: 237f.)

Die Lust am Geschlechtsverkehr liegt – zum Teil – in der Lust am Rhythmus und ist so eine Projektion kindlicher Erotik auf den sexuellen Akt. Nach Groddeck steht für das Kind das Erlebnis des Körpers im Vordergrund, des eigenen Körpers und jenes der Mutter. Die frühkindlichen psychosexuellen Erfahrungen sind somit vorzüglich psychosomatische: Körpererlebnisse und damit zusammenhängende psychische Repräsentationen und Phantasien. Dieser betont psychosomatische Blickwinkel ist spezifisch für Groddeck und hebt ihn heraus unter den Psychoanalytikern seiner Zeit. So ist für ihn die Onanie eine natürliche Folge davon, daß die Mutter den Säugling, männlich wie weiblich, beim Reinigen mit besonderer Zartheit zwischen den Beinen und an den Genitalien pflegt und unvermeidlicherweise reizt – es sei denn, sie verzichtet wegen ihrer eigenen Verdrängungen auf diese Freuden und behandelt ihr Kind grob. Das Kind beginnt bald selbst damit, sich die erfahrenen Freuden erneut zu bereiten. Und die weibliche Homosexualität, die Groddeck ebenfalls als natürlich und ubiquitär ansieht, ist unter anderem begründet in dem Akt des Stillens, in dem der weibliche Säugling lernt, daß die Mutterbrust und sein Mund sich gemeinsame Lust verschaffen können. Die Brustwarze übrigens, im Zustand der Erektion, wird von der weiblichen Psyche nach Groddeck umstandslos als Phallus angesehen; und dies ist ein Hinweis auf die natürliche Bisexualität jeder Frau. So ist für Groddeck mit allem Schauen und Riechen, Schmecken und Fühlen eine unbewußte oder bewußte Erotik verbunden, die das Kind wahrnimmt und die das Selbst- und Weltverständnis auch des Erwachsenen bestimmt. Nur daß die Erwachsenen dazu neigen, die Freuden ihrer multipel perversen Sexualität zu verdrängen oder zumindest zu verheimlichen und damit ihr eigenes Kindsein verleugnen. Diese betreffen alle Körperfunktionen und Organe, so auch die eigenen Ausscheidungen.

„Also, ... was würde wohl aus der Welt geworden sein, wenn die Mütter den Kindern nicht beibrächten, das Aa sei dreckig, stänke, sei ekelhaft. Das ist doch eine grobe Lüge. Denn in Wahrheit finden wir unseren eigenen Dreck nicht dreckig, können es gar nicht, da wir ihn in unserem Bauch herumtragen, da wir die verwandelten Kuhfladen als Brot essen, ... er stinkt uns auch nicht, oder kriechen Sie etwa nicht unter die Bettdecke, um recht intensiv im Geist zu genießen, was aus Ihnen herausblies; er ist uns auch nicht ekelhaft, denn ein jeder besieht es und freut sich an seiner rundlichen Wurst. Aber – ". (Groddeck 1921: 200f.)

Doch, gut psychoanalytisch gedacht, kehrt das Verdrängte beim Erwachsenen wieder. Und Groddecks Werke sind voll von Hinweisen auf die Symbolisierungen oder, im ungünstigeren Fall, Krankheitssymptome, in denen sich die Verdrängungen ausdrücken: in der Liebe zum Geld etwa, oder zur Ordnung, im Sandkastenspielen und im Brotbacken, oder in Verstopfung und Wurmerkrankungen, mit dazugehörigen oralen Zeugungs- und analen Geburtsphantasien. Die Rätsel der Sexualität, des Unterschiedes zwischen Mann und Frau, des Kinderkriegens, der Zeugung und Geburt, der Beziehung zwischen Vater und Mutter, der Körperfunktionen, der damit zusammenhängenden Wünsche, Lüste und Verbote, darum kreisen die Gedanken der Kinder und der Erwachsenen. Im *Buch vom Es*, einem fingierten

Briefwechsel, erläutert Groddeck seine Position:

„'Um Ihnen Glauben zu schenken,' schreiben Sie, 'müßte man die Überzeugung aufgeben, daß es unnatürliche Laster gibt und daß, was wir Perversionen zu nennen gewöhnt sind, Selbstbefriedigung, Homosexualität, Sadismus, Sodomie und wie diese Dinge alle heißen mögen, selbstverständliche Neigungen des Menschen, Allgemeingut unsrer Seele sind.' ... Haben Sie schon einmal irgend etwas gesehen, was außerhalb der Natur liegt? ... Nein, ... was ist, ist natürlich, wenn es Ihnen auch noch so regelwidrig vorkommt, noch so sehr gegen die Naturgesetze verstößt. Diese Naturgesetze sind Schöpfungen des Menschen, das sollte man nicht vergessen. ... Ein von mir hochverehrter Forscher hat nachgewiesen, daß das Kind alle nur denkbaren perversen Neigungen hat; er sagt, das Kind ist multipel pervers. Gehen Sie einen Schritt weiter und sagen Sie, jeder Mensch ist multipel pervers, jeder Mensch hat jede perverse Neigung in sich, so haben Sie meine Ansicht. Aber dann ist es unnötig und unpraktisch, den Ausdruck pervers weiter zu gebrauchen, weil dadurch der Eindruck geweckt wird, als ob diese jedem Menschen eigentümlichen, unveräußerlichen und lebenslänglichen Neigungen etwas Ausnahmsweises, Sonderbares, Auffallendes wären. Wenn Sie durchaus schimpfen wollen, brauchen Sie doch das Wort Laster oder Schweinerei, oder was Ihnen sonst zur Verfügung steht. Netter wäre es schon, Sie strebten dem Satz nach: Nichts Menschliches sei uns fremd, ein Ideal, das wir freilich nie erreichen, das aber berechtigt ist und dem unsereiner als Arzt mit Haut und Haaren sich verpflichtet fühlt." (Groddeck 1923: 72f.)

Groddeck nimmt einen für die Sexualwissenschaft sehr modernen Standpunkt ein, wenn er sagt: alles was ist, ist natürlich. Es gelang ihm tatsächlich weitgehend, die Sexualität ohne Wertungen und ohne Moral zu betrachten. Den Geschlechtsverkehr sah er beispielsweise nicht als das „Eigentliche" der menschlichen Sexualität an. Für die Phantasie spiele er eine enorme Rolle, doch realiter sei die Onanie in ihren vielfältigen Spielarten die infantile Grundlage allen Sexualverhaltens. Sie sei nicht Ersatz für die genitale Sexualität, sondern umgekehrt: vorübergehend im Leben des Erwachsenen werde die Onanie durch den Geschlechtsverkehr ersetzt. Groddeck war hierin anderer Ansicht als Freud, der, entgegen aller Empirie, das Genitalprimat höher bewertete als die polymorph perversen Sexualäußerungen.

Ähnlich hielt Groddeck es mit der Homosexualität. Sie war für ihn ebenfalls ein ubiquitäres Phänomen, denn sie entspringt dem Narzißmus, der Selbstliebe und der Selbstbefriedigung des kleinen Kindes. Da alle Menschen homosexuell sind (in ihrem Seelenleben, nicht unbedingt in ihrem manifesten Verhalten), stellt sich für Groddeck nicht die Frage: Warum gibt es Homosexualität? Sondern: Warum ist es so schwer, unvoreingenommen darüber zu reden? Und: Wie kommt es, daß der Mensch trotz seiner homosexuellen Anlage für das entgegengesetzte Geschlecht Neigung empfindet? Männliche wie weibliche Homosexualität sind ihm beide selbstverständlich, wobei er meint, aufgrund gesellschaftlicher Konventionen sei die Homosexualität der Frau derzeit viel weniger verdrängt als beim Mann – beim Kind lägen beide offen. Denn es kennt noch kein moralisches Urteil und lebt seiner Natur nach, der Junge mit seiner Liebe zu sich selbst, seinem Vater und seinen Brüdern/Freunden, das Mädchen entsprechend.

Die weibliche Sexualität

Wo haben die Kinder ihren Kopf, wenn sie stehen? fragt Groddeck. In Höhe des Unterleibes der Erwachsenen. So bekommen sie vieles mit, zu sehen, zu spüren, zu riechen, unter anderem die Gerüche der Frau, wenn sie ihre Monatsblutung hat. Groddeck kommt immer

wieder darauf, welche erotische Bedeutung die weibliche Periode habe, die rhythmisch wiederkehrende Zeit des weiblichen Rausches. Die vielfältigen sexuellen Reize, die von ihr ausgingen und die insbesondere mit den Wahrnehmungen und Phantasien der Blutung zusammenhingen, beträfen Frauen wie Männer. Entsprechende psychosexuelle Bedeutung hätten Zeugung und Geburt. Dieses Zentrum der weiblichen Sexualität werde gerne verdrängt: wegen ihrer Verbindung mit dem weiblichen Kastrationskomplex, und weil es seit dem 19. Jahrhundert Mode geworden sei, den Frauen einen Seelenadel anzudichten, der sich im Abscheu vor aller Erotik äußere, diese als schmutzig empfinde und besonders die „unreine" Zeit des Weibes, worunter man die Periode versteht, als beschämendes Geheimnis behandle. Doch genausowenig wie das Kind ist die Frau ein „reines" und „unschuldiges" Wesen; es ist nur die Heuchelei der Zeit, die der Frau ihre Sinnlichkeit abspricht. Und diese ist wiederum mit ihren Körperfunktionen und -erleben verbunden. So meint Groddeck, daß es keine frigiden Frauen gibt, sondern nur welche, die ihre vielfältigen sexuellen Freuden verleugnen und dadurch ihre Erlebnisfähigkeit herabsetzen.

„Ich will Ihnen sagen, warum Sie gereizt sind und mich schelten. Die Erwähnung von Evas Popo erinnert Sie daran, daß der Geliebte Sie zuweilen von hinten nahm, während Sie knieten oder auf seinem Schoße saßen; und dessen schämen Sie sich, genau so, als ob Sie selber die deutsche Wissenschaft wären, die prüde diese Lust mit dem Ausdruck more ferarum benennt: nach Art der Tiere, und sich nicht schämt, ihren Verkündern damit eine Ohrfeige zu geben. Denn sie weiß ganz gut, daß all diese Jünger more ferarum geliebt haben oder wenigstens Lust dazu gehabt haben. ...
Hören Sie doch nicht auf das Geschwätz der Pharisäer und Heuchler. Die Liebe ist nicht des Kinderkriegens wegen da und die Ehe ist keine Moralanstalt. Der Geschlechtsverkehr soll Lust bringen und in allen Ehen, bei den keuschesten Männern und reinsten Frauen, wird er in allen Formen ausgeübt, die sich ausdenken lassen, als gegenseitige Onanie, als Schaustellung, als sadistischer Scherz, als Verführung und Notzucht, als Küssen und Saugen an den Stellen der Wollust, als Päderastie, als Vertauschen der Rollen, so daß das Weib über dem Manne liegt, im Stehen, Liegen, Sitzen und auch 'more ferarum'. Und nur bestimmte Leute haben nicht den Mut dazu und träumen statt dessen davon. Aber ich habe nicht bemerkt, daß sie besser sind als die, die ihre Kindlichkeit vor dem Geliebten nicht verleugnen". (Groddeck 1923: 166f.)

Kalte, sogenannte frigide Frauen seien zudem eine Erfindung der Männer, die ihre Ungeschicklichkeit damit entschuldigten. Groddeck gibt den Männern einige Verantwortung dafür, wenn ihre Frauen die Lust nicht entdeckten. Er schlägt die Einführung von Liebesschulen vor und meint, ein Mann könne viel lernen über die sexuellen Reaktionen seiner Geliebten, und es gehöre zu seinen Aufgaben, Erregung und sexuelle Befriedigung in ihr zu wecken. Doch Groddecks Aussagen über die weibliche Sexualität gehen über diese sexuellen Freuden im engeren Sinn weit hinaus. Er sieht die Frau als Symbol des Lebens und ihren Körper als Urbild der menschlichen Kultur. Die Frau sei die Mutter aller Dinge. Ein Beispiel:

„Nie wäre die Menschheit ... auf den Gedanken gekommen, ein Haus zu bauen, wenn sie nicht gesehen hätte, wie sicher das Kind im Mutterleibe ist. Nicht zum Schutz vor Regen und Schnee, vor Tier und Feind wurde das Haus erfunden, sondern der Eros zwang die Menschen dazu. Es ist eine einfache Nachbildung der Zeugungsorgane des Weibes, ... zwangsweise entstanden, etwa wie die photographische Kammer als Nachbildung des Auges, oder die Eisenbahnbrücke als Nachbildung der Knochenstruktur. Die Sprache bewahrt es ja noch auf, diese Entstehung. Atrium,Vestibulum, so nannten die Römer den Hauseingang und wir den Eingang zum Weibe und ein Impluvium ist hier wie da. Die Kirche ist in ihrem Bau noch nicht einmal so klar wie der jüdische Tempel, da haben Sie zwischen Tempel und Allerheiligstem den Vorhang, durch den nur der Hohe Priester treten darf ..." (Groddeck 1921: 174f.)

Die männliche Sexualität

Natürlich sieht Groddeck die männliche Sexualität beherrscht vom Kastrationskomplex. Doch stellt er dabei nicht, wie in der Psychoanalyse seiner Zeit üblich, die Konkurrenz und die Angst gegenüber dem Vater in den Vordergrund, sondern die Beziehung zur Frau als phantasierter Mutter. Jede Erektion ist Begierde nach der Mutter; und jede Erschlaffung wird erlebt als eine Entmannung durch die Mutter. Groddeck beschreibt dies als präödipale Kastrationsangst, die er als gleich bedeutsam neben die ödipale stellt, und deren Verdrängung verantwortlich ist für die Welteroberungs-Allüren vieler Männer. Diese müßten symbolisch eine Dauererektion darstellen, ausgedrückt in einseitig „männlichem" Gehabe, um dadurch ihre Angst vor „Entmannung" durch die Mütter abzuwehren. Groddeck verbindet jedoch mit der Erschlaffung auch einen positiven Zustand, der mit dem Genuß der präödipalen Situation zu tun hat. Der Mann ist in den Armen seiner Geliebten wieder Kind geworden, er ist für einen Moment zurückgekehrt in die Arme seiner Mutter. Als Bild dafür verwendet Groddeck jenseits aller Blasphemie gerne die Pietà: Jesus in den Armen Marias, nachdem er vom Kreuz abgenommen ist, und sie seinen Kopf in ihren Schoß gebettet hat; so wie jeder Orgasmus einen kleinen Tod darstelle. Die Beziehung zur Mutter wird für ihn zu einem wesentlichen Moment der männlichen Erotik. Über dieses Erleben des sexuellen Aktes hinausgehend, gibt Groddeck jedoch auch der männlichen Sexualität eine symbolische Kraft für die unterschiedlichsten Lebensbereiche. Ich möchte nur ein Beispiel zitieren:

„'Wissenschaft, Wissen und Schaft,' nahm Thomas in seiner Weise die Entgegnung auf. 'Dieser Schaft da,' er klopfte sich gegen die Nase, 'ist ein ausgezeichneter Beweis dafür, daß der innere Mensch den äußeren schafft, und wer von diesem Schaffen weiß, gehört gewiß zur Zunft der Wissenschaft. ... Sehen Sie, der gebildete Sterbliche nennt so ein Ding Nase, noch dazu die Nase, während der Franzose wenigstens le nez sagt, mit Recht, denn solch ein Schaft ist männlich, absolut männlich. Das Weib entbehrt des ragenden Gliedes. Diese phallische Natur der Nase nun (die Nase bei der Frau ist für Groddeck natürlich ein Zeichen ihrer Bisexualität – H.W.) bedingt es, daß in ihrer Form sich die Triebe und innersten Seelenregungen des Menschen kenntlich machen. Die lange Nase verkündet die starke, erwachsene Seele, während die Stumpfnasigen auf dem Alter von 15 bis 17 Jahren stehen bleiben, an den Lüsten der Übergangszeit Gefallen finden und selbst die Liebe spielerig betreiben. Die Kartoffelnase ist eine Flucht ins Weibliche aus innerer Angst vor der eigenen Kraft. Und nun bei mir. Mein Naser – es widerstrebt mir, die weibliche Form zu brauchen – ist rot, steht also unter dem Zeichen der Liebe, aber damit ich nicht zu oft zum Herkules der Omphale werde, erheben sich ringsum gelbe Pickel, bestimmt, die Weiber fort zu scheuchen. Denn letzten Endes brauche ich das Weib nicht, bin selbst Weib genug,' – er schlug sich stolz auf den Bauch – 'bin schwanger und überschwanger. Aber die Versuchung ist groß und – mögen Sie es glauben oder nicht – jedesmal wenn ich der Eva begegne, sprießt meinem Adam am Naser ein neuer Pickel. Ich möchte doch wissen -' er holte einen Taschenspiegel hervor und betrachtete sich -. 'Wahrhaftig, Helenchen hat mir einen neuen verschafft. So soll er denn auch spritzen, auf daß der Zauber gelöst, die Erregung abreagiert wird'. Er drückte den Pickel auf." (Groddeck 1921: 195f.)

Die Bisexualität

Groddecks Betonung der menschlichen Bisexualität hat viel mit seinem philosophischen Bild vom Menschen zu tun. Die Vollkommenheit des Menschen und seine Gottähnlichkeit drücke sich in seiner bisexuellen Natur aus; Groddeck denkt hier ganz platonisch. Doch begründet er die Bisexualität physiologisch und meint, jede Frau trage viele männlichen

Aspekte an sich, wie die oben erwähnte erigierte Brustwarze, die als phallische Körpererscheinung aufgefaßt werden könne.
Auch der Mann trage weibliche Elemente, beispielsweise die Vorhaut, welche die Eichel birgt und schützt. Die Beschneidung der Vorhaut sei in dieser Hinsicht ein symbolischer Versuch, ein Weibliches am Mann wegzuschneiden, zu verdrängen, ihn männlicher zu machen, als er von Natur aus ist. Es geht also wiederum um die symbolische Verarbeitung von Körperwahrnehmungen, die nach Groddeck ubiquitär ist. Im übrigen behauptet Groddeck nie, daß sein jeweiliges symbolisches Verständnis das maßgebliche sei, im Gegenteil. Er lädt den Leser immer wieder ein zu phantasieren, selbst seine Bilder zu finden und damit zu spielen. Denn jedes Unbewußte habe sein eigenes Körperbild, seine eigenen Assoziationen und Symbolisierungen.
Der weibliche Neid auf den Mann, zusammengefaßt und symbolisiert im Penisneid, und der männliche Neid auf die Frau, zusammengefaßt im Gebärneid, sind nur eine Seite der Geschlechterbeziehungen. Die andere ist, daß jedes Geschlecht das andere in sich selbst finden kann.

„Einzelne Organe wie das Ohr machen zunächst den Eindruck, als ob sie Weib und nur Weib seien, aber der Schall befruchtet wohl das Trommelfell, das in Verbindung mit dem Gehörgang Weib ist – in dem Mythus von der Emprängnis Mariä tritt das klar hervor – dieses Weib aber weckt sofort im Mittelohr den Hammer, den Amboß, den Steigbügel, den Mann im Ohr, und gar das innere Ohr ist schon der Schneckengestalt nach zwiegeschlechtig. Es ist eben ein Irrtum, die Sinnesorgane als empfangend zu denken, sie sind in demselben Grade Befruchter, Erzeuger." (Groddeck 1931: 171)

Zu dieser breiten psychologischen (symbolischen) Auffassung der Bisexualität gehört, daß nach Groddecks Ansicht jeder Mensch dem anderen Geschlecht in sich selbst Raum und Entwicklungsmöglichkeiten geben sollte. Er kommt damit zu einem analogen Schluß wie C. G. Jung mit seinem Bild von anima und animus, die in jedem Menschen repräsentiert seien; doch ist Groddecks Argumentation im Gegensatz zu Jungs eine psychosexuelle. Das heißt nun nicht, daß die innere Bisexualität der Erwachsenen zu einer bisexuellen Objektwahl führen müsse. Die Bisexualität der Objektwahl sei für die Kinder allgemeingültig. Eine doppelte Einstellung beim Erwachsenen jedoch zeige ein Persistieren des Kindlichen in ihm, die der Aufmerksamkeit wert sei und die vermutlich mit vielfältigen Verdrängungen zusammenhänge und mit einem Weiterleben kindlicher Allmachtsphantasien: der Erwachsene habe noch nicht den geheimen Wunsch aufgegeben, alles zu sein, Mann und Frau gleichzeitig. Doch jenseits des sexuellen Verhaltens die männlichen und weiblichen Eigenarten in sich zu entwickeln, gehöre zu den Aufgaben jedes Menschen. Dies implizierte die Kritik an einer ausgeprägten Geschlechtsrollendualität Mann/Frau und an dem militaristischen Männlichkeitswahn seiner Zeit, mit der Groddeck weit in die Zukunft wies.

Diskussion

Groddecks Werk ist äußerst vielfältig, assoziativ und unsystematisch geschrieben. Seine Funde und Ansichten zur Sexualität sind überall verstreut; hier konnte ich nur Ausschnitte davon darstellen. Sekundärliteratur zu diesem Aspekt von Groddecks Werk gibt es kaum (zur Bisexualität vgl. Chemouni 1984, Lewinter 1990, Will 1995), was verwundert, da die meisten Leser Groddeck vor allem deswegen so gerne lesen, weil er so frei und ungezwun-

gen mit sexuellen Fragen umgehen kann. Seine Arbeiten haben meiner Ansicht nach eine große heuristische und klinische Bedeutung, auch heute; wissenschaftlich im engeren Sinn einer rationalen Überprüfung seiner Aussagen sind sie nicht (was Groddeck auch nicht beanspruchte). Ich möchte zusammenfassend diskutieren, was mir zentral an Groddecks Ansichten zur Sexualität erscheint:

1. Groddeck legt alles Gewicht auf die *subjektiven Bedeutungen*, welche die Menschen mit der Sexualität verbinden. Insofern denkt er konsequent psychoanalytisch, als er den subjektiven Verarbeitungen von sexuellen Erregungen, Bildern und Phantasien allen Raum gibt und meint, durch sie werde wiederum das sexuelle Erleben und Verhalten geprägt. Er vertritt eine Allmacht der Gedanken im psychosexuellen Leben, die aus dem infantilen Unbewußten gespeist wird. (Ich sage bewußt: Allmacht der *Gedanken*, denn auch wenn Groddeck eine Allmacht des *Es* behauptet, das psychisch und körperlich umfasse, also monistisch, ganzheitlich, und nicht dualistisch sein soll, kann er diesen Anspruch nur klinisch, aber nicht theoretisch erfüllen. Er kann nicht anders, als oftmals Gedanken, Symbolisierungen und Phantasien anzusprechen, die definitionsgemäß zum psychischen Gebiet gehören und dem somatischen, biologischen gegenüberstehen. Groddeck neigt dazu, das Biologische zu psychologisieren, ohne sich darüber Rechenschaft zu geben). Dabei ist gleichwohl bemerkenswert seine Betonung *psychosomatischer Perspektiven*. Denn er leitet vollkommen zurecht das psychosexuelle Phantasieleben aus dem Wahrnehmen, Beobachten und Erfahren des Körpers ab – des eigenen (kindlichen) Körpers und jenes der anderen, vor allem der Mutter. Die sexuellen Phantasien sind – genetisch gesehen – Phantasien über den Körper. Er stellt die *Psychosexualität des Kindes* ins Zentrum, die umfassend und prägend für die Sexualität des gesamten Lebenslaufes sei, und meint, die moderne Sexualwissenschaft, besonders die Psychoanalyse, leide an der Überschätzung des Geschlechtsaktes. So stellt er dem ödipalen Menschen Freuds den polymorph perversen der präödipalen Erfahrungswelt gegenüber.

2. Es gelingt Groddeck weitgehend, das Sexuelle *jenseits aller Moral*, ohne Verurteilungen und Wertungen zu betrachten. Für ihn gibt es nichts Unnatürliches – „was ist, ist natürlich" – und nichts Perverses im Sexualleben. So ist er den meisten Psychoanalytikern seiner Zeit weit voraus, wenn er Spezifika der *weiblichen Sexualität* herausarbeitet, die Bedeutung der *Onanie* (im erweiterten Sinn) hervorhebt und die meist unbewußte *Homosexualität* aller Menschen diskutiert. Das Gewicht, das er der *Bisexualität* gibt, hat philosophisch-weltanschauliche Wurzeln; er begründet sie jedoch von der Gestalt des Körpers und seinen Funktionen her. Hier bricht seine Neigung zu bio-psychologischen Spekulationen durch, die ihm schon von Freud den Vorwurf des Mystizismus eingetragen hat – meiner Ansicht nach zurecht, wenn man mit Mystizismus ein Verfahren meint, subjektive Bedeutungen herzustellen und diese für objektiv auszugeben.

3. Von größter Bedeutung für Groddecks gesamten Ansatz ist seine *klinische Orientierung*. Er bezeichnete seine Hypothesen und Interpretationen als Vermutungen, bei denen nicht entscheidend sei, ob sie richtig, sondern ob sie in der Behandlung brauchbar wären. „Wahr ist, was wirksam ist". Die Nähe zu konstruktivistischen Ansätzen ist offensichtlich, wobei Groddeck Psychoanalytiker bleibt, da es ihm um das Aufdecken von Verdrängtem, um die Arbeit an dynamisch wirksamen unbewußten Inhalten geht. Worauf ich kaum eingehen konnte, ist die Fülle seiner klinischen Vignetten und Krankengeschichten aus dem Bereich der Sexualität, oft auch seines eigenen psychosexuellen Lebens, die plastisch und überzeugend sind. Sie machen die Lektüre von Groddecks Werken zu einem großen Vergnügen.

Und sie regen zur Selbstbeobachtung und Selbstreflexion an und können selbst auf den wissenschaftlich gebildeten Leser von heute eine freie und befreiende Wirkung haben, zumal nichts ihn verpflichtet, Groddeck alles unkritisch abzunehmen.

Literatur

Bos, J. C.: Die „Seelensucher"-Diskussion in den Rundbriefen des Geheimen Komitees. Mit einem Brief von Freud und Rank. Psyche 1994,48; 396-424.

Chemouni, J.: Georg Groddeck. Psychanalyste de l'imaginaire. Paris: Payot 1984.

Groddeck, G.: Vorträge 1916-1919. Hrsg. von F. Kern und B. Schuh. 3 Bände. Basel, Frankfurt/M.: Stroemfeld/Roter Stern 1987-1989.

Groddeck, G.: Der Seelensucher. Ein psychoanalytischer Roman. Leipzig, Wien, Zürich: Internationaler psychoanalytischer Verlag 1921.

Groddeck, G.: Das Buch vom Es. Psychoanalytische Briefe an eine Freundin. Leipzig, Wien, Zürich: Internationaler psychoanalytischer Verlag 1923.

Groddeck, G. (Hrsg.): Die Arche. Halbmonatsschrift im Selbstverlag. Jahrgang 1-3; 1925-1927. Hrsg. von O. Jägersberg. Basel, Frankfurt/M.: Stroemfeld/Roter Stern: im Druck.

Groddeck, G.: Das Zwiegeschlecht des Menschen. Psychoanalytische Bewegung 1931,3; 166-172.

Lewinter, R.: Georg Groddeck. Studien zu Leben und Werk. Frankfurt/M.: Fischer 1990.

Siefert, H.; Kern, F.; Schuh, B.; Grosch, H.: Groddeck-Almanach. Basel, Frankfurt/M.: Stroemfeld/Roter Stern 1986.

Will, H.: Georg Groddeck. Die Geburt der Psychosomatik. München: dtv 1987.

Will, H.: Ferenczi und Groddeck. Eine Freundschaft. Psyche 1994,48; 720-737.

Will, H.: War Groddeck ein Nazi? Ein Beitrag zum Verhältnis von Psychoanalyse und Politik. Luzifer-Amor 1995 (im Druck).

Anschrift des Autors

Dr. med. Herbert Will, Knöbelstr. 4a, D-80538 München

Sexuologie 4 (2) 1995: 346–348 / © Gustav Fischer Verlag, Stuttgart

Fortbildung

Kurzzeitpsychotherapie eines chronischen Fluor genitalis

Short-time Psychotherapy of a Case of Chronic Genital Discharge

D. Gustson, Bad Neustadt

Zusammenfassung
Fluor genitalis ist in der gynäkologischen Praxis ein häufiges und ein häufig frustrierendes Thema – für Patientinnen und für Ärzte. Dabei werden neben mikrobiologischen Ursachen häufig auch psychische Störungen deutlich. Hier wird der Fall einer 25jährigen Frau mit seit drei Jahren bestehendem somatisch therapieresistentem genitalen Ausfluß beschrieben, die 25 Stunden psychotherapeutisch behandelt wurde, wobei der tiefenpsychologische Ansatz so genutzt wurde, daß eine Fokussierung auf die hinter den Beschwerden stehenden Beziehungskonflikte stattfand. Am Ende der Behandlung hatte die Patientin Veränderungen in ihrer Partnerschaft vorgenommen, die genitale Sekretion wurde anders bewertet und nicht mehr symptomatisch behandelt. Kurzzeitpsychotherapeutische Ansätze bieten sich bei psychosomatischen Symptomen oder Beziehungsstörungen aus Effektivitäts- wie aus Kostengründen an.
Schlüsselwörter: Fluor genitalis, Gynäkologische Psychosomatik, Kurzzeit-Psychotherapie

Summary
Chronic genital discharge is a particular challenge in gynecological treatment. A medical approach which is limited to medical concepts only often ignores that a somatic symptom can be a way for the individual to communicate a psychosomatic disorder. Consequently a medical approach is not the appropriate answer. Here the gynecological psychosomatic treatment of a case of chronic genital fluor in a 25 year old woman is demonstrated. Psychotherapy was focussed upon the interrelation problems and conflicts. After 25 sessions of psychotherapy the patient had made substantial changes in her partnership, she estimated her genital discharge differently and did no longer go for symptomatic treatment only. In order to gain good effects and low cost short-time psychotherapy is a favour in the treatment of psychosomatic disorders.
Key Words: Chronic Genital Discharge, Psychosomatic Gynecology, Shorttime Psychotherapy

Der chronische Fluor genitalis stellt eine besondere Herausforderung in der gynäkologischen Behandlung dar (Hoyme 1988). Ausschließlich infektiologische Konzepte, so differenziert sie in ihren ätiologischen, diagnostischen und therapeutischen Ansätzen sind (Jenny 1985; Weissenbacher 1993), übersehen häufig den Kommunikationscharakter, den körperliche Symptome auch haben können, und antworten in der ärztlichen Praxis nicht immer angemessen (Herz 1979; Lohs 1986; Rechenberger 1993; Schulze 1990). Die folgende Falldarstellung beschreibt die gynäkologisch-psychosomatische Behandlung eines Falles von chronischem Fluor genitalis:

Frau F. ist 25 Jahre alt und studiert Kunstgeschichte und Vor- und Frühgeschichte. Sie wird von ihrem frustrierten Frauenarzt in die gynäkologische Sprechstunde unserer psychosoma-

tischen Klinik geschickt, nachdem seit drei Jahren alle Versuche, ihren „schlimmen Ausfluß" zu behandeln, scheitern. Frau F. zieht beim Erstgespräch einen Briefbogen aus ihrer Handtasche, auf dem sie alle bisher verordneten lokalen und systemischen Therapeutika aufgelistet hat, und den sie mit einer Hand in Brusthöhe hochhaltend sowohl resigniert wie auch triumphierend präsentiert. Neben diesen Behandlungen war die Patientin zweimal stationär im Krankenhaus: einmal seien Metronidazol – Infusionen, einmal Laserbehandlungen gemacht worden, jeweils erfolglos. Bestehen bleibt „nur der schlimme Ausfluß", die „Entzündung der Scheide", „ein ständiges Brennen". Den Symptombeginn bringt die Patientin mit dem Beginn einer oralen Kontrazeption in Zusammenhang; nach ihrem Partner befragt wird zum ersten Mal deutlich, daß es da „ein Geheimnis" gibt: Sie hatte 6 Monate vorher eine Beziehung zu einem verheirateten Mann aufgenommen, Freund des Vaters und der Familie, die wiederum nichts von der Beziehung wußte und wissen durfte. Effekt des Symptoms: „Wegen der Beschwerden" ist der Sexualverkehr schmerzhaft, wird eher vermieden oder geduldet. Zur Lebensgeschichte: zum Vater, Oberstudienrat, habe wenig emotionale Beziehung bestanden, „er hatte nie Zeit", ist kommunalpolitisch engagiert. Mutter, früher Sekretärin jetzt Hausfrau, mit starker Bindung an die Tochter, „beste Freundin". Ein älterer und ein jüngerer Bruder. Die Mutter scheint der Tochter wenig Anlaß zur Identifikation mit einer lustvoll erlebten weiblichen Rolle gegeben zu haben; der eher gefühlsarm erlebte, leistungsorientierte Vater stand nicht ausreichend für die Lösung der ödipalen Problematik zur Verfügung. Mit ihm bleiben Phantasien und Wünsche verbunden, die die Patientin in die Affäre mit dem verheirateten Freund der Familie einbringt.

Für die geplanten 25 Psychotherapiesitzungen wird zu Anfang vereinbart, daß es unter den Bedingungen einer vereinbarten zeitlichen Einschränkung (horizontale Einschränkung) um eine Zentrierung auf den aktuellen Konfliktbereich gehen wird, und daß Mitteilungen, Einfälle, Assoziationen bezüglich Beziehungserfahrungen und -Gewohnheiten uneingeschränkt (ohne vertikale Einschränkung) mit tiefenpsychologischen Mitteln beleuchtet werden sollen, womit der 'Sinn' des Symptoms in der Beziehung der Patientin besondere Aufmerksamkeit erfährt.

Frau F. sagt dem Therapeuten bald, daß sie gern in die Stunden kommt, sich entlastet fühlt, da sie ihr Geheimnis mit-"teilen" könne. Sie entdeckt Wünsche, vor allem an den Vater, von dem sie sich trotz aller eigenen Mühe nie ausreichend gewertet gefühlt habe, sie habe „anders sein sollen als die Brüder, aber ich wußte nie wie". Sie stellt fest, die Mutter habe sie „eigentlich irgendwie als Verbündete gegen den Vater" gebraucht. Die Beziehung mit dem Freund der Familie verschafft ihr „irgendwie einen Triumph", aber es entsteht auch „Angst", sie „kann es eigentlich nicht genießen". Frau F. beginnt ihr Symptom Ausfluß so zu bewerten, daß sie – „eigentlich macht Sex so keinen Spaß" – sich trennt von ihrem Freund, ohne die Familie in die Intimität der Beziehung einzuweihen. Sie sucht sich einen Studienplatz in einer anderen Stadt. Am Ende der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung hat erstmals seit drei Jahren über mehr als sechs Monate keine Fluorbehandlung mehr stattgefunden, was Frau F. selbst überrascht und erfreut registriert. Sie habe mit Hilfe der Psychotherapie zunächst „in Gedanken ausprobiert", dann Entscheidungen vollzogen. Die Patientin möchte am neuen Studienort weiter Psychotherapie machen; Übertragungswünsche (auch mit dem „Ausprobieren" gemeint) tauchten während der Kurzzeitpsychotherapie auf, konnten aber nicht weiter bearbeitet werden.

Diese Fallgeschichte einer konfliktzentrierten Kurzzeitpsychotherapie bei einer motivierten, introspektionsfähigen und gut verbalisierungsfähigen Patientin zeigt eine Möglichkeit,

mit Hilfe eines strukturierten und thematisch fokussierten psychotherapeutischen Angebotes eine Grundlage für Problemlösungen zu eröffnen (Lachauer 1986; Leibowich 1987; Leuzinger-Bohleber 1988; de Shazer 1990). Frau F. kann sich mit Hilfe der Therapie in ihren familiären Beziehungen etwas anders einordnen, sie entwickelt eigenständige Lebensperspektiven, das Symptom verliert seinen (Abwehr-)'Sinn', es werden keine somatischen Lösungen mehr gesucht.

Literatur

Herz, D. G.; Molinski, H.: Psychosomatik der Frau. Berlin: Springer 1979: 58-63.

Hoyme, U. B.; Hirsch, H. A.: Entzündungen der Vulva, der Vagina, des Uterus und der Adnexe. In: Käser, O.; Friedberg, V.; Ober, K. G.; Thomsen, K.; Zander, J.: Gynäkologie und Geburtshilfe. Band III, Teil 2, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 1988: 11.8-11.31.

Jenny, J.: Diagnostische und therapeutische Probleme bei genitalem Fluor. Deutsches Ärzteblatt. 1985; 25/26: 1933-1942.

Lachauer, R.: Entstehung und Funktion des Fokus in der stationären Psychotherapie. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik. 1986; 31: 197-207.

Leibowich, B. A.: Kurzzeitpsychotherapie bei Patienten mit psychosomatischen Störungen. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik. 1987; 30: 128-135.

Leuzinger-Bohleber, M.: Psychoanalytische Fokaltherapie. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik. 1988; 33: 59-69.

Lohs, M.: Fluor genitalis der Frau – Wie Ärzte und Betroffene mit einem Körpersymptom umgehen. In: E. Brähler (Hrsg): Körpererleben. Berlin: Springer 1986: 147-160. Rechenberger, I.: Psychosomatische Aspekte von Vulvabeschwerden. Der Gynäkologe. 1993. 26: 287-292.

Schulze, C.; Böhm, N.; Brockhausen, B.; Kowalcek, I.: Gynäkologische Beschwerden und Befindlichkeit. In: Schulze, C. (Hrsg): Gynäko-Psychologie. Tübingen: Forum 17, DGT. 1990: 67-74.

de Shazer, S.: Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta 1990.

Weissenbacher, E. R.: Fluorpraktikum. Landsberg: Medifact 1993

Anschriften des Autors

Dirk Gustson, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, Salzburger Leite 1, D-97616 Bad Neustadt

Sexuologie 4 (2) 1995: 349–354 / © Gustav Fischer Verlag, Stuttgart

Zur Diskussion

Verführung im Mutterleib?

Die Auswirkungen der pränatalen Forschung auf Freuds Theorie der frühkindlichen Sexualität

K. Meyer, Bremen

Fast ein Jahrhundert liegt es nun zurück, daß Sigmund Freud mit seiner damals revolutionären Theorie über eine frühkindliche Sexualität der Welt den Atem verschlug. Sexualität könne nicht plötzlich vorstufenlos in der Pubertät in Erscheinung treten, sondern müsse schon im Kind angelegt sein und im Laufe verschiedener Entwicklungsphasen zu einer genitalen, erwachsenen Sexualität reifen, die ihre Erfüllung in einer heterosexuellen Paarbeziehung finde. So umstritten diese Theorie geblieben ist und nach wie vor aus nichtanalytischen Kreisen auf Ablehnung rechnen muß – an Brisanz hat sie inzwischen verloren. Seit kurzer Zeit gibt es allerdings Beweise für eine frühkindliche Sexualität, auf die nicht einmal Freud zu hoffen gewagt hätte und selbst Psychoanalytiker in ungläubiges Staunen versetzen: In der pränatalen Forschung konnte inzwischen mit Sicherheit beobachtet werden, daß männliche Föten ab der 26. Woche Erektionen haben (Chamberlain 1990, S. 96f). Was die Forscher gar nicht gesucht hatten, offenbarte sich ihnen ganz unvorhergesehen bei Ultraschalluntersuchungen, nämlich das Vorhandensein sexueller Gefühle im Mutterleib. Selbstverständlich lassen sich die Gefühle des Fötus bei einer Erektion nicht direkt nachweisen, dennoch spricht vieles dafür und wird von den Forschern auch entsprechend bewertet. Bei Chamberlain ist diese Entdeckung mit folgenden Worten ergänzt: „Sind Sie durch die sexuellen Erlebnisse im Mutterleib schockiert? Vor fast hundert Jahren schockierte der Wiener Sigmund Freud seine Kollegen (und die Eltern auf der ganzen Welt) durch seine These, Babys und Kinder hätten sexuelle Empfindungen. Er war deshalb schweren Beschimpfungen ausgesetzt. Die Sexualität unserer Kinder offenbart sich immer wieder, bevor wir soweit sind, ungezwungen damit umgehen zu können" (Chamberlain 1990, S. 97). Andere Erklärungsmöglichkeiten dürfen bei dem sich noch in der Entwicklung befindenden fötalen Nervensystem keineswegs außer acht gelassen werden, da reflexartige Erektionen beispielsweise bei Querschnittsgelähmten durchaus bekannt sind. Von Higgins wird in diesbezüglichen Fällen eine Unterscheidung getroffen zwischen psychogenen Erektionen, die durch Phantasien und Vorstellungen hervorgerufen werden, und reflektorischen, die nur durch direkte Stimulation am Genital hervorgerufen werden (Higgins 1979). Daß wir beim Fötus keine psychogene Erektion erwarten können, bedarf keiner gesonderten Erwähnung, bei der hier vorliegenden Definition handelt es sich aber in beiden Fällen um eine sexuelle Erregung, die, wenn nicht durch die eigene Vorstellungskraft, durch Berührung ausgelöst wird. Alexander, Sipski und Findley (1993) berichten dagegen auch von spontan einsetzenden reflektorischen Erektionen, die in Einzelfällen bis zu einer Stunde andauern können. Solche Reaktionen, wie sie an einem gestörten Nervensystem beobachtet werden konnten, sind an einem unausgereiften nicht von vornherein auszuschließen. Trotzdem bleibt der Vergleich zwischen einem dysfunktionalen und einem sich in der Entwicklung befindenden gesunden Nervensystem fraglich. Immerhin hat das fötale Nervensystem zu dem Zeitpunkt

der festgestellten Erektionen seine Funktion schon größtenteils, wenn nicht vollständig aufgenommen; man sollte nicht vergessen, daß Frühgeborene im siebten Schwangerschaftsmonat durchaus lebensfähig sind.

Verschiedene Beobachtungen deuten jedenfalls tatsächlich darauf hin, daß wir hier nicht über einen gefühllosen Reflex sprechen (Schreien und Lächeln von Babys wurde einst ebenso für einen Reflex gehalten), sondern über eine sexuelle Empfindung. Z. B. konnte während der Erektionen ein begleitendes Daumenlutschen beobachtet werden, das ja seinerseits mit (oraler) Sexualität in Verbindung gebracht wird. Unumstritten ist, daß Hodensack und Penis beim männlichen Fötus ca. mit der 16. Woche ausgebildet sind und die Funktionen der entsprechenden Nervenbahnen spätestens ab der 26. Woche. Eine Empfindsamkeit der Genitalregion zeigte sich in speziellen Untersuchungen sogar schon ab der 10. Fötalwoche (Chamberlain 1990, S. 34f).

Darüber hinaus sollte man sich die komplexe kognitive Ausstattung vor Augen halten, mit der Babys – wie sich inzwischen erwiesen hat – zur Welt kommen und wie zeitig zahlreiche Funktionen bereits in der Fötalzeit ausgebildet sind: „Eine der aufregendsten Erkenntnisse dieser neuen Forschungen ist darin zu sehen, daß viele kindliche Fähigkeiten für immer frühere Altersstufen nachgewiesen werden konnten. Entwicklungspläne mit Angaben darüber, in welchem Alter mit dem Auftreten bestimmter Fähigkeiten zu rechnen ist, mußten immer näher an die Geburt herangerückt werden. ... Eine Grundregel der Entwicklungspsychologie – daß jedes komplexe Verhalten als einfache Struktur beginnen und sich allmählich entwickeln müsse – ist heute veraltet. Es überrascht, wie viele Verhaltensweisen von Anfang an komplex sind" (Chamberlain 1990, S. 11). Die Dendriten und Dendritenfortsätze des Gehirns sind zwischen der 20. und 28. Woche an Ort und Stelle – ein sicherer Hinweis für höhere Gehirnfunktionen (Chamberlain 1990).

Da das neugeborene Baby alle anderen Fähigkeiten bereits im Mutterleib ausgebildet hat, erscheint es mir sehr unwahrscheinlich, daß eine Erektion beim Fötus unabhängig von Sexualität stattfinden könnte. Wie schwer sich mit dieser Vorstellung (nicht nur) Mütter noch bei geborenen Kindern tun, können wir einer Studie entnehmen, die 903 Mütter u. a. zu der Wahrnehmung von Erektionen bei ihren Söhnen befragte (Amendt 1993): Die Erektionen wurden zwar vom Großteil der Frauen berichtet, jedoch häufig mit Zitaten von Kinderärzten versehen wie „aber das ist alles harmlos", „das hat nichts zu bedeuten" und „machen Sie sich da keine Ängste". Eine Frau schrieb: „Aus verschiedenen Büchern weiß ich, daß Gliedversteifungen bei Säuglingen und Kleinkindern völlig normal sind und nichts mit sexuellen Reaktionen zu tun haben" (Amendt 1993, S. 158). Es gibt demnach weiterhin eine verbreitete Abwehr beim Umgang mit Kindersexualität, die die Sicht auf deren frühzeitige Entwicklung verstellt. Wenn wir uns offen mit diesem Thema beschäftigen wollen, müssen wir nach den heutigen Erkenntnissen annehmen, daß die Sexualität mit allen anderen Fähigkeiten bei der Geburt mitgebracht wird und somit während der Fötalzeit entwickelt wurde.

Wenn wir nun mit diesem neuen Wissen Freuds Theorie zu Ende denken, bleibt uns m.E. gar kein anderer Schluß als der, daß ein Sexualleben bereits vor der Geburt existieren muß. Schließen wir uns der Vorstellung an, Sexualität könne nicht auf einmal mit der Geschlechtsreife da sein und muß stattdessen in einer infantilen Form schon beim neugeborenen Kind existieren, ist es nur noch eine logische Schlußfolgerung, daß sich die Sexualität in der Fötalzeit mit allen anderen menschlichen Funktionen und Empfindungen ausbildet. Ihr Nachweis bereits in der 26. Fötalwoche bleibt trotzdem eine Überraschung. Dies

bekräftigt dafür einmal mehr, daß Sexualität ein wichtiger Teil des Menschen ist und ein natürliches Bedürfnis wie das nach Nahrungsaufnahme, aber auch nach emotionaler Fürsorge, bei deren Ausbleiben Säuglinge bekanntlich sterben können („emotional starvation" -Spitz). Sexualität läßt sich mit diesem Wissensstand nicht mehr von der Reihe der übrigen Körperfunktionen und -bedürfnisse trennen, die wir schon lange als zum Menschen gehörig betrachten, ohne sie als moralisch bedenklich oder gar verwerflich zu erachten. Es scheint, als könnten wir dem Kind seine Sexualität ebenso wenig verweigern wie seine Nahrungsaufnahme und sein Begehren ebenso wenig unterdrücken wie seinen Hunger.

Dies erlaubt einen neuen Blick auf die Verführungstheorie, die anfangs von Freud entwickelt und – unter anderen – in modifizierter Form von Laplanche aufgegriffen wurde. Obwohl Freud das sexuelle Geschehen seiner ursprünglichen Verführungstheorie (1896) schon nach kurzer Zeit als sexuelle Phantasie des Kindes identifizierte (1897), konnte er sich nie ganz vom Verführungsgedanken lösen. Immer wieder suchte er nach einer realen Grundlage für die infantilen Phantasievorstellungen, sei es das Beobachten der Urszene, eine zu späterem Zeitpunkt stattfindende und in die Kindheit zurückverlegte Verführung durch ein gleichaltriges oder älteres Kind oder die Körperpflege der Mutter, die entsprechende Gefühle hervorruft. Zu letzterem schreibt Freud: „Hier aber berührt die Phantasie den Boden der Wirklichkeit, denn es war wirklich die Mutter, die bei den Verrichtungen der Körperpflege Lustempfindungen am Genitale hervorrufen, vielleicht sogar *erst erwecken mußte*" (Freud 1991, S.118, Hervorhebung K. M.). Die besonders von Laplanche vertretene Auffassung, daß das Kind passiv verführt werde, impliziert die Entstehung eines Traumas aufgrund des Nichtverarbeitenkönnens von sexuellen Gefühlen, derer das Kind noch nicht fähig sei. Das Trauma kann demnach nun nicht mehr in erster Linie in einer Reizüberflutung gesucht werden, als vorwiegend in der Beziehungsqualität, die Erwachsene und Kinder Unterschiedliches erwarten läßt (Finkelhor 1979) und in dem Schuldkonflikt des Kindes, der mit dem Begehren des einen Elternteils den anderen zwangsläufig auszuschalten versucht.

Auch die Entdeckung der infantilen Sexualität hat demnach nicht die Vorstellung überwunden, daß es für das Kind erst einer erwachsenen Verführung bedarf, um sexuelle Gefühle zu haben. Offensichtlich sind wir in diesem Punkt nicht viel weiter als zu Freuds Zeiten; wir können uns immer noch nicht ganz von dem Gedanken der „Unschuld des Kindes" und einer „schmutzigen Sexualität" lösen, die in dieser angeblichen Unschuld keinen Platz findet. Die Erektionen im Mutterleib sind nun ein eindeutiger Beweis, daß es einer Verführung nicht bedarf. Das Kind lernt die sexuelle Betätigung (wie auch immer man sich diese im Mutterleib vorzustellen hat) genauso ohne Anleitung wie die Nahrungsaufnahme aus dem Fruchtwasser. Als von vornherein sexuelles Wesen ist es ebenfalls in der Lage zu verführen wie ein Erwachsener. Daher muß der Umgang mit dem Begriff der Verführung gänzlich neu durchdacht werden. Die sexuellen Gefühle, die durch die Mutterbeziehung beim Kind ausgelöst werden, treffen nicht auf ein „unbeschriebenes Kind", das erst zu den Gefühlen als solchen verführt werden muß. Immer verfolgt das Kind auch seine Interessen an seinem körperlichen Wohlbefinden. Der ganze Komplex der Verführung zwischen Mutter und Kleinkind muß also von Berührungsängsten und unnötiger Gedankenscheu entlastet werden, wenn ihre Bedeutung verstanden werden soll. Die lebensnotwendige Mutter-Kind-Sexualität ist nicht gleichzusetzen mit jener Verführung, die dem Kind Gewalt antut und im Extremfall zum Orgasmus des Erwachsenen durch ein genötigtes Kind führt. Schließlich dient der enge, symbiotische Kontakt zwischen Mutter und Kind auch der sexuellen

Befriedigung des Kindes, wie es z. B. im Akt des Stillens der Fall ist, der umgekehrt ebenfalls für die Mutter sehr befriedigend sein kein. Viele Probleme beim Stillen entstehen aufgrund einer unbewußten Zurückweisung des Kindes von der Brust. Die Brust muß dem Kind also durchaus einladend angeboten werden, um ihm die Nahrungsaufnahme zu ermöglichen. Fällt einer Mutter dies schwer, deutet das eher auf die Schwierigkeit der Mutter hin, ihre Sexualität mit dem Baby zu teilen. Von einigen Frauen ist darüber hinaus bekannt, daß sie nicht in der Lage sind, in der Phase des Stillens die sexuelle Beziehung zu ihrem Partner aufrechtzuerhalten – es ist ihnen nicht möglich, gleichzeitig eine „sexuelle Beziehung" zu ihrem Mann und ihrem Nachwuchs zu haben. Dabei sollte jedoch erwähnt werden, daß die Regression auf die Entwicklungsstufe des Kindes, in die sich die Mutter bei der Säuglingspflege vorübergehend begibt, eine nicht unerhebliche Rolle beim Vermeiden einer erwachsenen Genitalbeziehung spielt.

Erst die ödipale Phase dient schließlich der endgültigen Aufrichtung des Inzesttabus. Nachdem die infantile Sexualität ihren Höhepunkt in dem Begehren des gegengeschlechtlichen Elternteils findet, muß das Kind diesen Wunsch und mit ihm seine bis dahin mit den Eltern geteilte Sexualität aufgeben. Das Inzesttabu setzt somit nicht zufällig in der ödipalen Phase ein. Es forciert das Beenden aller, in der Lebensfrühe aber gerade existenziell notwendigen, sexuellen Kontakte zwischen Mutter bzw. Eltern und Kind. In dem Moment, in dem das Kind im Begriff ist, unter Aufhebung der prägenitalen eine umfassend genitale Sexualität zu entwickeln, muß das Tabu in Kraft treten, um die Generationsgrenzen zu fixieren, die sonst zwangsläufig verwischen würden.

Die Latenzphase, die Zwischenphase nach den prägenitalen Stufen und der nachfolgenden Pubertät, erscheint jetzt in etwas verändertem Licht. Wurde schon von mehreren Analytikern daraufhingewiesen, daß die Sexualität in dieser Zeit nicht wirklich verschwinden kann, sondern nur durch Verdrängung in den Hintergrund tritt, bis sie in der Pubertät auf komplexe Weise wieder hervortritt, ergibt sich jetzt ein neuer Aspekt: Die Latenzphase ist der Abschnitt, in dem lediglich die Sexualität mit einer anderen Person ruht. Die mit den Eltern geteilte (infantile) Sexualität ist mit der Aufrichtung des Inzesttabus endgültig beendet, aber die Reife für eine genitale Partnerbeziehung noch nicht erreicht. Das Tabu steht für die Ablösung von der prägenitalen Sexualität, die wirklich mit den Eltern gelebt wurde, da nun die genitale Sexualität potentiell schon erreicht ist und nur auf die gesamte psychische, emotionale und natürlich auch physische Entwicklung wartet, die dann den Weg zu einer partnerschaftlichen Beziehung auf einer erwachsenen, genitalen Stufe mit einem in der Regel gleichaltrigen, selbstgewählten Partner frei macht. In der von Kestenberg nach der analen Phase angesetzten „innergenitalen Phase" (Kestenberg 1975) beginnt diese Ablösung, indem sich das Kind jetzt auf seine eigenen inneren Sexualempfindungen konzentriert. Konkrete Handlungen treten in den Hintergrund. Die Beobachtung sexueller Gefühle beim Fötus läßt darauf schließen, daß besagte „innergenitale" Wahrnehmungen schon zu diesem Zeitpunkt vorhanden sind, aber möglicherweise erst später in das reflexive Bewußtsein des Kindes rücken, wenn es sich auf seine eigene (im Sinne einer nicht mit den Eltern geteilten) Sexualität zurückziehen muß.

Ich bin bislang recht frei mit dem Begriff einer „gemeinsamen Sexualität" von Mutter und Kind umgegangen. Dies hat seinen Grund darin, daß die als sogenannte „Mutter-Kind-Sexualität" bezeichnete Beziehung eindeutig auf einer infantilen Stufe der Sexualität anzusiedeln ist. Zwar teilt die Mutter die Sexualität ihres Kindes, umgekehrt gilt dies aber nur sehr eingeschränkt. Wir haben gesehen, daß das Kind bereits zu genitalen Sexual-

empfindungen fähig ist und diese auch sucht, dennoch dürfen wir dabei nicht vergessen, daß diese Form der Sexualität nicht mit erwachsener Genitalität gleichzusetzen ist. Die Mutter ist in der Lage, auf die Entwicklungsstufe ihres Kindes zu regredieren, aber dem Kind wird es nicht möglich sein, die noch fehlenden Entwicklungsphasen zu überspringen und auf die Stufe der Mutter zu gelangen. Spitz nennt dies in Begriffen von Objektbeziehungen treffend eine „diatrophische" (unterstützende) Haltung.

Überhaupt war es Spitz, der in einem oft übersehenen Aufsatz über Autoerotismus auf die Bedeutung der Mutter-Kind-Beziehung für die sexuelle Entwicklung des Menschen hingewiesen hat (Spitz 1964). Er konnte zeigen, daß die Säuglingsmasturbation ein wichtiger Indikator für eine gelungene Objektbeziehung zwischen Mutter und Kind ist, denn nur bei Säuglingen mit einer guten Mutter-Kind-Beziehung wurde eine häufige autoerotische Betätigung festgestellt. Bei Kindern, die im Findelhaus aufwuchsen, fehlte diese völlig. Hier zeigt sich sehr deutlich, daß die diatrophische Haltung der Mutter die sexuelle Entwicklung entscheidend unterstützt, ja im Endeffekt erst ermöglicht. Die vor Spitz fast selbstverständlich immer für traumatisch gehaltene „Verführung" erweist sich in diesem Befund als notwendig, um im späteren Leben eine „normale" Sexualbeziehung eingehen zu können. Dies bestätigt sich in den (an Menschen nicht möglichen) Experimenten, die Harlow an Rhesusaffen durchführte (Harlow 1960/62, zitiert nach Spitz 1964). Rhesusaffen, die statt bei einer lebendigen Mutter nur an einer Attrappe aufgezogenen wurden, zeigten sich nach Erlangen der Geschlechtsreife in einer sechs Jahre beobachteten Zeitspanne als paarungsunfähig. Die Weibchen reagierten geradezu bestürzt auf die Annäherungsversuche von Zuchtmännchen; offensichtlich wußten sie nicht, wie sie reagieren sollten. In Anlehnung an diese und seine eigenen Versuche folgert Spitz, daß sich in der normalen Objektbeziehung etwas abspielen muß, was ermöglicht, „daß der libidinöse Trieb in der Form des Sexualverhaltens in Funktion tritt" (S. 247). Eine seiner Hauptschlußfolgerungen lautet, „daß Nahrung und das Verlangen nach Wohlbehagen Bedürfnisse sind, die befriedigt werden *müssen*" (S. 249) – und nach dem hier entwickelten Verständnis muß die Sexualität in das „Verlangen nach Wohlbehagen" eingeschlossen werden. Der libidinöse Austausch zwischen Mutter und Kind scheint den bedeutenden Faktor zu liefern, den das Kind in seinem Heranwachsen benötigt. Allerdings ist dies ein ungleicher Austausch, in welchem die Entwicklung von der Mutter gefördert und vorangetrieben, also wiederum unterstützt wird. Spitz stellt einen entfernten Vergleich zwischen dem „Lausen" der Affen und dem Streicheln, Liebkosen, Baden etc. beim menschlichen Kind her, der unterstreicht, daß an dieser Stelle nicht unbedingt folgenschwerer Mißbrauch lauert, sondern lebensnotwendige, zum Liebesleben befähigende Fürsorge.

Die Unterscheidung zwischen schädigender, mißbräuchlicher Verführung und einfühlender, entwicklungsfördernder „Verführung" wird sich trotzdem nicht immer leicht treffen lassen und neue Probleme in der Mißbrauchsdebatte aufwerfen. Die Anerkennung einer Sexualität zwischen Mutter und Kind führt umgekehrt jedoch gerade zur Einhaltung des umso bedeutsamer gewordenen Inzesttabus, wenn das Kind ein Alter erreicht hat, in dem es sich um seine Intimpflege selbst kümmern kann.

Allemal prekär wirkt sich aus, wenn das Kind nicht mehr als menschliches Wesen Teil einer Mutter-Kind-Beziehung ist, sondern als fetischartiges Objekt von der Mutter benutzt wird. Wenn sexuelle Kontakte sich nicht auf eine zwischenmenschliche Beziehung gründen, erhalten sie perverse Züge, die auf die Ausnutzung eines Menschen als vergegenständlichtes Objekt hinweisen (Kaplan 1991). Hier läge in jedem Fall ein Mißbrauch des Kindes immer

dann vor, wenn die Mutter ihre eigene Bestätigung und Befriedigung im Kind sucht und nicht, wie es normalerweise der Fall wäre, umgekehrt. Auch die für die psychische Entwicklung so wichtige Reziprozität ginge bei einer Fetischisierung verloren.
Wichtig bleibt anzuerkennen, daß ein Begriff der Verführung in der Bedeutung des sexuellen Mißbrauchs von der sozusagen symbiotischen „Mutter-Kind-Sexualität", wie ich sie hier beschrieben habe, klar unterschieden werden muß.
Außerdem regt die Auswertung zahlreicher Untersuchungen von sexuell mißbrauchten Kindern zum Nachdenken an: Gut ein Drittel der untersuchten Kinder wiesen später keine Symptome auf, wobei sich diese Zahl allerdings in Nachuntersuchungen bereits wieder um ein Drittel verringert hatte (Kendall-Tackett 1993, S. 168 ff). Vermutlich kann diese Zahl nicht allzu optimistisch betrachtet werden, könnte aber zum Ansatz für eine neue Traumaanalyse mitherangezogen werden.

Literatur

Alexander, C. J.; Sipski, M. L.; Findley, T. W.: Sexual Activities, Desire, and Satisfaction in Males, Pre- and Post-Spinal Cord Injury. Archives of Sexual Behaviour 1993, 22: 217-228.
Amendt, G.: Wie Mütter ihre Söhne sehen. Bremen: Ikaru 1993.
Chamberlain, D.: Woran Babys sich erinnern. Die Anfänge unseres Bewußtseins im Mutterleib. München: Kösel 1990.
Finkelhor, D.: What´s wrong about sex between parents and children? American Journal of Orthopsychiatry 1979, 49: 692-697.
Freud, S.: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Fischer 1991.
Higgins, G. E.: Sexual Response in Spinal Cord Injured Adults: A Review of the Literature. Archives of Sexual Behaviour 1979, 8: 173-196.
Kaplan, L. J.: Weibliche Perversionen. Von befleckter Unschuld und verweigerter Unterwerfung. Hamburg: Goldmann 1991.
Kendall-Tacket, K. A.; Meyer Williams, L.; Finkelhor, D.: Impact of sexual abuse on children: A Review and synthesis of recent empirical studies. Psychological Bulletin 1993, 113: 164-180.
Kestenberg, J.: Children and parents. New York: Aronson, 1975.
Laplanche, J.: Die allgemeine Verführungstheorie. Tübingen: Edition Discord, 1988.
Spitz, R. A.: Ein Nachtrag zum Problem des Autoerotismus. Psyche 1964, 13: 241-272.

Anschrift der Autorin
Dipl.-Sozpäd. Kerstin Meyer, H.-H.-Meier-Allee 76, D-28213 Bremen

Sexuologie 4 (2) 1995: 355–357 / © Gustav Fischer Verlag, Stuttgart

Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

(Quelle: 119. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht III / 95)

Tab. 1: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Kindern (<13 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30.9.95)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 93 – Sept. 94	Okt. 94 – Sept. 95	Gesamt
Hämophile	0 0,0 %	0 0,0 %	8 8,1 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	0 0,0 %	0 0,0 %	12 12,1 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	2 100 %	3 100 %	78 78,8 %
Keine Angaben	0 0,0 %	0 0,0 %	1 1,0 %
Gesamt	2 100 %	3 100 %	99 100 %

Tab. 2: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30.9.95)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 93 – Sept. 94	Okt. 94 – Sept. 95	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	1043 73,8 %	626 73,7 %	9253 75,7 %
i. v. Drogenabhängige	150 10,6 %	86 10,1 %	1302 10,7 %
Hämophile	42 3,0 %	28 3,3 %	467 3,8 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	14 1,0 %	5 0,6 %	119 1,0 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	54 3,8 %	35 4,1 %	331 2,7 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 93 – Sept. 94	Okt. 94 – Sept. 95	Gesamt
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	31 2,2 %	17 2,0 %	112 0,9 %
Keine Angaben	80 5,7 %	52 6,1 %	637 5,2 %
Gesamt	1414 100 %	849 100 %	12221 100 %

Tab. 3: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30.9.95)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 93 – Sept. 94	Okt. 94 – Sept. 95	Gesamt
i. v. Drogenabhängige	85 42,1 %	53 42,7 %	659 49,0 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	11 5,4 %	5 4,0 %	126 9,4 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	72 35,6 %	40 32,3 %	395 29,4 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	23 11,4 %	12 9,7 %	78 5,8 %
Keine Angaben	11 5,4 %	14 11,3 %	87 6,5 %
Gesamt	202 100 %	124 100 %	1345 100 %

Tab. 4: HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Doppelmeldungen nach Infektionsrisiken, Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Einsendung der Seren (Stand: 30.9.95)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 93 – Sept. 94	Okt. 94 – Sept. 95	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	884 16,6%	655 16,6 %	10260 14,6 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 93 – Sept. 94	Okt. 94 – Sept. 95	Gesamt
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht männlich	267 16,6 %	208 5,3 %	3977 5,7 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht weiblich	136 2,6 %	78 2,0 %	1955 2,8 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht unbekannt	20 0,4 %	16 0,4 %	361 0,5 %
Hämophile	10 0,2 %	0 0,0 %	1853** 2,6 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht männlich	21 0,4 %	9 0,2 %	289 0,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht weiblich	15 0,3 %	2 0,1 %	211 0,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht unbekannt	1 0,0 %	0 0,0 %	21 0,0 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht männlich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	155 2,9 %	107 2,7 %	1288 1,8 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht weiblich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	150 2,8 %	101 2,6 %	1280 1,8 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht unbekannt (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	11 0,2 %	5 0,1 %	85 0,1 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	333 6,3 %	360 9,1 %	877 1,2 %
Prä- oder perinatale Infektion	91 1,7 %	46 1,2 %	742 1,1 %
Keine Angaben / Geschlecht männlich	2214 41,7 %	1577 39,9 %	31248 44,4 %
Keine Angaben / Geschlecht weiblich	586 11,0 %	452 11,4 %	7316 10,4 %
Keine Angaben / Geschlecht unbekannt	416 7,8 %	337 8,5 %	8553 12,2 %
Gesamt	5310 100 %	3953 100 %	70316 100 %

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

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

Veranstaltungskalender

INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON PENILE DISORDERS (Englisch/Deutsch) – Hypospadia, Deviations, Penile Cancer, Priapism, Dermatologic Diseases, Erectile Dysfunction, Peyronie's Disease – vom 26. bis 27. Januar 1996, Hamburg, Elysée Hotel. Auskunft: Prof. Porst / Fr. E. Meier, Neuer Jungfernstieg 6A, 20354 Hamburg. Tel.: (040) 346184; Fax.: (040) 3511117.

5. MÜNCHNER AIDS-TAGE 1996: Somatische und Psychosoziale Aspekte bei HIV-Infektionen und AIDS. 26. bis 28. Januar 1996 im Sheraton München Hotel, Arabellastr. 6, 81925 München. Auskunft: ecomed Kongreß-Service, Rudolf-Diesel-Str. 3, 86899 Landsberg. Tel.: (08191) 125-201 oder -425.

4TH INTERNATIONAL BISEXUAL SYMPOSIUM. Diversity: The Many Faces of Bisexuality. Berlin, Mai 1996. Information: BINE e.V., Postfach 61 02 14, D – 10923 Berlin. Tel.: (030) 6944651. Fax: (030) 2117405.

THE FIRST MEDITERRANEAN CONGRESS OF PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION vom 12. bis 16. Mai 1996, Herzlia, Israel. Congress Secretariat: Ortra Ltd. P.O.Box 50432, Tel Aviv 61500, Israel. Tel: 972-3-5177888; Fax: 972-3-5174433.

3. JAHRESTAGUNG DER AKADEMIE FÜR SEXUALMEDIZIN UND 20. FORTBILDUNGSTAGE FÜR SEXUALMEDIZIN UND PSYCHOSOMATIK vom 6. bis 8. Juni 1996 in Bad Reichenhall. Auskunft: Prof. Dr. med. H.-J. Vogt, Dermatolgische Klinik und Poliklinik der Universität München, Biedersteiner Str. 29, 80802 München, Tel. (089) 3849-3177; Fax: (089) 3849-3127.

XI INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS. Vancouver, Canada, 7. bis 12. Juli 1996. Auskunft: Conference Secretary XI International Conference on AIDS, Postbox 48740, 595 Burard Street, Vancouver, British Columbia, Canada V7X1T8.

Mitteilungen der Akademie für Sexualmedizin

Der Vorstand der Akademie für Sexualmedizin begrüßt als neues Mitglied Herrn Dr.med. W. Weig (Nervenarzt/Psychotherapie), Ärztlicher Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück. Herr Dr. Weig wurde am 15. Juni 1995 von der Mitgliederversammlung der Akademie für Sexualmedizin zum 2. Stellvertreter des Vorsitzenden vorgeschlagen und einstimmig gewählt. Er übernimmt damit die Aufgaben von Herrn Professor Dr.med. W. Eicher (Mannheim), der für dieses Amt nicht mehr zur Verfügung steht. Herr Dr. Weig möchte sich mit Nachdruck für die Einführung der Zusatzbezeichnung *"Sexualmedizin"* in die ärztliche Weiterbildungsordnung einsetzen und wird auch im Hinblick auf die Etablierung von entsprechenden Weiterbildungskursen die Kooperation mit psychiatrischen Fachgesellschafen aufzubauen versuchen.

Herr Privatdozent Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier hat einen Ruf auf die "Professur für Sexualwissenschaften" an der Medizinischen Fakultät (Charité) der Humboldt Universität zu Berlin erhalten.

Sexuologie 4 (2) 1995: 359–366 / © Gustav Fischer Verlag, Stuttgart

Buchbesprechungen

Irina Pollard (1994): **A Guide to Reproduction. Social Issues and Human Concerns.** Cambridge: Cambridge University Press. 410 Seiten, Preis: 69,95 US$

Das Buch stellt den Versuch dar, einen umfassenden Überblick zur Fortpflanzungsbiologie zu vermitteln. Angesichts der Multidisziplinarität des Faches ist dies zweifellos ein ebenso wichtiges wie schwieriges Unterfangen. Das Buch ist in 20 Kapitel eingeteilt, u. a. über Pubertät, Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Laktation, Menopause, Fruchtbarkeit, Kontrazeption, Pheromone, Verhaltensbiologie, Geschlechterdifferenzierung, AIDS, Ethik und Artenschutz. Pathologische Aspekte der Fortpflanzungsbiologie kommen nur am Rande zur Sprache.

Ein Großteil der Kapitel vermittelt etabliertes Lehrbuchwissen. Für ein Lehrbuch der Fortpflanzungsbiologie für Medizinstudenten und andere, die sich für Fortpflanzungsbiologie interessieren, ist der Versuch, auch verhaltensbiologische Aspekte zur Sprache zu bringen, neu, unter anderem der Hinweis darauf, daß es stammesgeschichtlich vorprogrammierte psychische Geschlechtsunterschiede gibt. Durch das Buch wird aber leider eine viel zu enge und verkürzte soziobiologische Sicht mit vielen unhaltbaren Behauptungen vermittelt. Meine Einwände zu den verhaltensbiologischen Aspekten sind a) methodische, b) inhaltliche und beziehen sich c) auf wesentliche unberücksichtigt gebliebene Erkenntnisse der Humanethologie. Zunächst (a) die methodischen Einwände zum Arten- und Kulturvergleich: Der Umgang mit Ergebnissen aus der Tierforschung erfolgt beliebig, also ohne die Problematik des Artenvergleichs bzw. des Tier-Mensch-Vergleichs theoretisch zu erläutern: Wenn etwa verhaltensendokrinologische Daten von Ratten (z.B. S. 36) erwähnt werden, dann ist es unerläßlich zu erwähnen, daß diese Daten nicht immer auch für Primaten zutreffen müssen. Die Autorin äußert sich auch zum Kulturenvergleich, anscheinend ohne Arbeiten von verhaltensbiologischen Feldforschern zu kennen, denn sie meint (S. 37), es gäbe Inzest, Pädophilie, Exhibitionismus und Fetischismus in allen Kulturen. Eibl-Eibesfeldt und Schiefenhövel kommen auf Grund ihrer Feldforschungen bei steinzeitlichen Kulturen zu anderen Ergebnissen.

(b) Inhaltliche Einwände: Als Beispiele für Aussagen, zu denen inhaltliche Einwände angebracht sind, werden hier (1) die Themen sperm competition und (2) psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Stillen zur Sprache gebracht.

1) Dem Konzept von *»Sperm Competition«*, d. h. von einer Rivalität zwischen Spermien verschiedener Männer wird in dem Buch im Verhältnis zu seinem wirklichen Gewicht viel zu viel Raum gewidmet. Die Begründungsversuche sind entsprechend fragwürdig: Um die Bedeutung dieses Konzeptes beim Menschen zu untermauern, erwähnt die Autorin Formen des Sexualverhaltens wie z.B. (S. 117) die voreheliche, z.T. ungebundenere Sexualität, Vergewaltigung, Gruppensex, Prostitution und fakultative Polyandrie, so als hätten diese Formen den Zweck, Rivalität zwischen den Spermien zu ermöglichen. Aber stammesgeschichtlich betrachtet waren nicht alle diese Verhaltensmöglichkeiten Bedingungen der Selektion. Es dürfen deshalb nicht alle als Ursachen für unsere heutige biopsychische Ausstattung betrachtet werden. Prostitution etwa gibt es nicht in steinzeitlichen Kulturen, und sexuelle Handlungen in Gruppen kommen nur kulturell ritualisiert bei extrem wenigen Kulturen vor.

Die Autorin versucht ferner die Bedeutung von sperm competition mit Beispielen von zweieiigen Zwillingen zu untermauern, die verschiedene Väter haben (S. 121). Meines Wissens gibt es bisher aber noch keine Studie darüber, wieviel Promille der zweieiigen Zwillinge tatsächlich verschiedene Väter haben. Nur wenn der Prozentsatz von Zwillingen mit verschiedenen Vätern entsprechend hoch wäre, dürfte man entsprechende Hypothesen zur menschlichen sperm competition ableiten.

Der Mittelschmerz (S. 122) soll für die Frau Signalfunktion haben, den besten Zeitpunkt für einen Seitensprung zu erkennen, um sperm competition zu ermöglichen. Die Autorin berück-

sichtigt jedoch nicht, daß die Bedeutung des Mittelschmerzes als Hinweis auf die Ovulation bis in allerjüngste Zeit unbekannt war und nicht den (biologischen) Zweck hat, Seitensprünge auszulösen.

Als einen möglichen Vorteil von sperm competition diskutiert die Autorin die Hypothese, daß gute Gene auch mit besseren Spermien korrelieren könnten und meint in der Zusammenfassung, daß Spermien eines charmanten Mannes auch besondere Eigenschaften beim Wettstreit um die Eier haben könnten (S. 120): *"'Charming' sperm may also be exceptional in egg contests"*. Einzuschätzen, ob auch ihre Aussage *"recreational sex also became the glue of society"* (S. 95) in einem Zusammenhang mit ihren Vorstellungen von sperm competition gesehen werden darf, bleibe dem Leser überlassen.

Frau Pollard diskutiert ferner eine reflektorische Ovulation als vorteilhaft für die Frau, da sie dadurch u.U. gutes genetisches Material bekommen könnte und meint, daß damit auch die Spermien eines Vergewaltigers eine bessere Chance bekommen würden (S. 118). Ich halte es für unmöglich, daß ein stammesgeschichtlich vorprogrammierter weiblicher Altruismus (für die Gene des Vergewaltigers) so weit gehen kann, zumal Vergewaltiger fast nie einen Beitrag zur Brutpflege leisten. Bei der Argumentation der Autorin müssen wieder steinzeitliche Jäger und Sammler herhalten, wo Vergewaltigung eine wichtige Rolle gespielt haben soll (S. 118). Auch wenn es zweifellos Fälle von Vergewaltigungen in steinzeitlichen Kulturen gibt, läuft die Gewichtung der Autorin auf eine Diffamierung vieler traditionaler Gesellschaften hinaus. Bekanntlich kann im allgemeinen eine Frau "gutes genetisches Material" sehr leicht, auch ohne vergewaltigt zu werden, bekommen. Schließlich wird nicht erwähnt, daß es zweifelhaft ist, ob es beim Menschen überhaupt eine reflektorische Ovulation gibt.

2) Schwangerschaft und Geburt: Die Feststellung, daß Schwangerschaft und Stillen mit einer erhöhten psychiatrischen Erkrankungsrate bis 80% (S. 200) der betroffenen Frauen verbunden ist, bedarf theoretischer Analysen und weiterer Untersuchungen zur Pathogenese, u.a. im Rahmen des Kulturenvergleiches. Schiefenhövel vermutet bei unserer Gesellschaft Umweltfaktoren, die für den hohen Prozentsatz der postpartalen Depressionen verantwortlich sein dürften und begründet seine Sicht mit dem Hinweis darauf, daß angesichts so wichtiger Ereignisse, wie es Geburt und Stillen sind, Mütter mit einer zu hohen Erkrankungswahrscheinlichkeit durch die Selektion benachteiligt worden wären. Das bedeutet, daß dadurch weitaus niedrigere Prozentsätze zu erwarten wären. Und tatsächlich ist die psychische Erkrankungsrate in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt in traditionalen Kulturen weitaus niedriger als in unserer Kultur.

(C) Folgende wesentliche Aspekte bleiben im Buch unberücksichtigt: Die Autorin meint, daß die versteckte Ovulation (S. 121) sperm competition erleichtern soll, sie erwähnt aber nicht, daß es auch andere und wahrscheinlich wichtigere Vorteile für eine versteckte Ovulation für die Frau gibt: Bei einer Spezies, bei der im allgemeinen längere Bindungen zwischen Mann und Frau eingegangen werden, könnte eine zyklusabhängige Attraktivität (wie bei vielen Affen) unter Umständen (z.B. in der Werbephase) zum "falschen" Zeitpunkt auftreten. Da die versteckte Ovulation beim Menschen mit einer zyklusunabhängigen permanenten Attraktivität verbunden ist, erleichtert sie der Frau die Partnerwahl. Aus männlicher Sicht wird ferner eine Befruchtung ohne erkennbare Ovulation dann wahrscheinlicher, wenn der Versuch unternommen wird, die Frau längerfristig sexuell zu monopolisieren. Eine Verhaltenstendenz, die mit der Evolution männlicher Beiträge zur Brutpflege in verstärktem Maße verbunden gewesen sein dürfte, damit ein Vater nicht in fremde Kinder (biologisch betrachtet) fehlinvestiert. Die versteckte Ovulation hat also für eine Mutter auch durch väterliche Beiträge bei der Brutpflege einen Vorteil, da sein Beitrag über das gemeinsame Kind auch ihren Genen zugutekommt.

Im Kapitel zum Sexualverhalten, zur Partnerwahl und zum Werbeverhalten fehlen darüber hinaus viele wichtige und für Ärzte und Psychotherapeuten wertvolle Erkenntnisse der Humanethologie, der psychoendokrinologischen Forschung und der Soziobiologie, zum Beispiel: Hinweise darauf, welche psychosexuellen Leistungen durch Erziehung und kulturell mehr oder

minder schwer beeinflußbar sind; detailliertere Hinweise auf die vielen Geschlechtsunterschiede, die für den Sexual- und Familientherapeuten wichtig wären; warum forensisch relevante Sexualdelikte fast nur von Männern begangen werden oder Pornogaphie fast nur von Männern gekauft wird.

Von schlecht begründeten Schlagworten abgesehen, fehlt ferner eine Darstellung, durch welche Merkmale sich der Mensch bezüglich seines Fortpflanzungsverhaltens vom Tierreich abhebt. Es fehlt außerdem die Unterscheidung zwischen Sexualität und Bindung: Die Erkenntnisse von Eibl-Eibesfeldt, daß das Mutter-Kind-Band eine phylogenetische Vorbedingung von Liebe und anderen sozialen Bindungen war und damit Verhaltensweisen der Brutpflege auch zu einem Teil des Sozial- und Sexualverhaltens Adulter wurden (z.B. soziale Hautpflege, Kuß), bleiben unerwähnt.

Zweifelsohne sind verhaltensbiologische Aspekte bei dem Thema des Buches wichtig, zumal der Bereich »biologische Grundlagen der Psychotherapie« als eine gemeinsame Basis für die Schulen und Methoden der Psychotherapie im deutschen Sprachraum institutionell noch nicht existiert, jedoch notwendig für die Arbeit in der Medizin, Psychotherapie und anderen anthropologischen Anwendungswissenschaften wäre. "A Guide to Reproduction" ist aber leider nicht geeignet, dieses wichtige Anliegen überzeugend voranzutreiben.

Gerhard Medicus, Hall i. Tirol

Kurt Starke (1994): **Schwuler Osten. Homosexuelle Männer in der DDR.** Mit einer Einleitung von Bert Thinius und einem Interview mit Eduard Stapel. Berlin: Ch. Links Verlag. 415 Seiten (broschiert); Preis: 29.80 DM

Ein recht dickes Buch über unsere gleichgeschlechtlichen Brüder in der alten DDR – was, außer Nostalgie, kann das bringen? Die meisten mir bekanntgewordenen Reaktionen beschränken sich auf ein Achselzucken: So war es, und nun ist das alles vorbei. Die Fehleinschätzung könnte größer nicht sein.

Kurt Starke vertritt, im Gefolge von Kinsey, einen Typus von Sexualforschung, der in der alten Bundesrepublik zuletzt kaum gepflegt wurde (Ausnahmen: Ulrich Clement und Gunter Schmidt). Diese Forschungsstrategie will nicht so sehr Zusammenhänge erklären, sondern zuerst einmal die gültigen Tatsachen dokumentieren. Das führt immer wieder zu Einsichten in durchaus nicht Selbstverständliches, regt Spekulationen und Kausalhypothesen an. Schnell gelangt das Nachdenken über bloße Zahlen hinaus – der Anregungswert dieser Art von Sexualforschung ist einfach nicht zu bestreiten.

Doch galt die quantifizierende Beschreibung der soziosexuellen Wirklichkeit vielen als zu unsensibel gegenüber der Vielschichtigkeit und Konflikthaftigkeit des Geschlechtslebens. Auch ließen sich psychoanalytische Annahmen schwer mit Tabellen vermitteln. Nun ist es aber so, daß sich Trends besser in Zeitreihen abbilden und faktorielle Zusammenhänge schlagkräftiger an einer Matrix demonstrieren lassen. Jede Kausalinterpretation muß letztlich auch hier aus einer Theorie hergeleitet werden.

Deswegen besitzen die Partnerstudien von Starke, Weller u.a. einen hohen Seltenheitswert. Sie schließen eine spürbare Lücke in der deutschen Sexualforschung, und der Autor wird sie hoffentlich fortsetzen können. Auch in diesem Buch leuchtet er in soviele Winkel der Männerliebe hinein, wie es lange keine andere Studie getan hat. Selbst westdeutsche Augen lesen hier mit einem Interesse, welches durch die ostdeutsche Herkunft der Daten nicht getrübt wird: Das meiste war ohnehin stets ideell gesamtdeutsch, und die Unterschiede ermöglichen einen fruchtbaren Vergleich.

Die sexualpolitische Seite beleuchten zwei Vorspänne, in denen zwei der wichtigsten Köpfe aus der DDR-Schwulenbewegung zu Wort kommen. Bert Thinius, ihr Vordenker, schildert ausführlich den Aufbruch der homosexuellen Männer in der DDR seit den Anfängen: die seltsam unsicheren Reaktionen der Staatsführung, die Prägung einzelner Biographien, die allmähliche Entstehung einer schwullesbischen Bereichsöffentlichkeit. Eduard Stapel, der Vorkämpfer, zeichnet im Interview mit Starke nach, wie eine schwule Selbstorganisation durch wenige Akti-

visten aufgebaut wurde. Thinius und Stapel sind sich einig darin, daß die neue gesamtdeutsche Wirklichkeit auf dem Hintergrund der DDR-Erfahrungen reflektiert werden kann und muß.

Starke führte seine Erhebung wenige Monate nach der deutschen Vereinigung durch. Das Datum lag ausgesprochen günstig: Die berichteten Erfahrungen spielen zur DDR-Zeit und konnten nach der Wende unbedenklich ausgesprochen werden. (Vorher wäre das eine Zumutung für die Befragten gewesen, und deswegen gibt es auch keine frühere Erhebung.)

Die Stichprobe mit 546 auswertbaren Fragebögen bei ausreichender Rücklaufquote, bei prinzipiell unüberprüfbarer Repräsentativität und den hier üblichen Verzerrungen (die Antwortenden sind zu gebildet, zu urban und bewegt) gestattet differenzierte Beschreibungen und interessante Korrelationen. Der Autor nutzt diese Chance mit gut lesbaren Tabellen und Auszügen aus den ausformulierten Antworten. Auf Vergleiche mit westdeutschen Befragungen wird verzichtet – Starke möchte seine Ergebnisse „aus sich selbst erklären". Immerhin vergleicht er öfters mit den Resultaten seiner umfangreichen (und sogar repräsentativen) Partnerstudien – zu Recht, denn die Gegenüberstellung ist eines der wichtigsten sozialwissenschaftlichen Erkenntnismittel.

Die Studie vermittelt noch einmal einen Anflug der DDR-typischen Einstellung zur Sexualität: eine naturalistische Haltung, die im Geschlechtlichen ein gewissermaßen unpolitisches Lebensmittel sah. Diese Spielart des materialistischen Denkens hielt alle Dämonen unter Verschluß, bereitete aber auch keinen Boden für exzentrische und exotische Weiterentwicklungen. Wie hat nun diese Nüchternheit den mann-männlichen Teil des ostdeutschen Geschlechtslebens geprägt?

Ich zähle einige der mir als interessant erscheinenden Resultate auf (in der Reihenfolge der Lektüre – andere Leser würden wahrscheinlich andere Punkte hervorheben). Homosexuelle Männer sind nicht von vornherein triebstärker oder sexuell aktiver als heterosexuelle Männer (S. 171). Sie erweisen sich als hochbelastet durch die allgemeine Erniedrigung des gleichgeschlechtlichen Liebeslebens. Ein Drittel hat *„wegen solcher Diskriminierungen daran gedacht, ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen"* (S. 208). Homosexuelle Männer sind zwar früher geschlechtsreif – aber viel später sexuell aktiv, verglichen mit heterosexuellen Männern. Starke nennt diese erzwungene Wartezeit *„grausam"* (S. 238). Der homosexuelle Erstkontakt geschieht am häufigsten mit einer bis dahin unbekannten Person. Oft empfindet der Anfänger nicht einmal Sympathie. Das anonyme erste Mal konditioniert eher eine promiske Haltung, meint der Verfasser, auch wenn er die Effekte des ersten Mals nicht überschätzt wissen will.

Starke betont die Dimension von Zufriedenheit und Glück. Wer das altbacken oder allzu ddr-gemütlich findet, der übersähe, wie sehr die bei uns boomende Therapieszene vom Unglück der Klienten lebt. Bei den hier Befragten tragen nonsexuelle Zärtlichkeiten (Schmusen, nicht aber Petting) mit dem Partner zum Lebensglück bei (S. 252, 318). Die sich selbst als 'sehr glücklich' bezeichnen haben dreimal so oft Sex wie die 'Unglücklichen' (S. 257, 274). Auf diesen Zusammenhang darf heute wieder einmal hingewiesen werden!

Die geringere 'sexuelle Zufriedenheit', verglichen mit der heterosexuellen Welt, resultiert hier nicht aus verschiedenen Anspruchsniveaus, sondern daraus, daß weniger Homosexuelle ihren Sex innerhalb einer Liebesbeziehung erleben können (S. 266). Ansonsten standen die Schwulen in der DDR in den Einstellungen und Lebensweisen ihren Heterolandsleuten näher als den Homosexuellen irgendeines anderen Landes (S. 300).

Lieben-und-Geliebtwerden setzt sich mit Abstand an die Spitze derjenigen Faktoren, die das Lebensglück auszumachen scheinen (S. 300f.) – eine Renaissance der romantischen Liebe, getragen von der jungen Generation (S. 302). Hingegen gilt das Sexualleben selten als Wert an sich (S. 303f.). In der Liebe sehr enttäuscht worden zu sein berichten mehr Homo- als Heterosexuelle (S. 306).

In den vorhandenen Beziehungen waltet ein hohes Maß wechselseitiger Liebe – bei Dreivierteln (S. 311)! In den Partnerschaften wird keine traditionelle Aufgabenteilung praktiziert (S. 313). Sexuelle Gegenseitigkeit in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften (er geht auf meine Wün-

sche ein, ich auf seine) übertrifft die Verhältnisse in zwischengeschlechtlichen Partnerschaften, wo die Männer nicht alles Gewünschte von der Partnerin kriegen (S. 321).

Zur Zahl der bisherigen Sexualpartner einen Mittelwert anzugeben, wird angesichts der großen Streuung als ziemlich sinnlos angesehen. Unterschiede nach Bildung oder Beruf finden sich nicht, wohl aber hinsichtlich der Ortsgröße. Ältere und Jüngere unterscheiden sich nicht in der Häufigkeit von Sexualkontakten etwa des letzten Jahres (S. 343). Für die Hälfte dieser homosexuellen Männer gehört anonymer Sex zum Lebensstil – also für weit mehr als bei heterosexuellen Männern (S. 345).

Ohne leiblichen Vater aufgewachsen sind 28% (gegenüber 14% bei den Heterosexuellen). Die alte Abwesenheitstheorie findet also noch einen Rückhalt – aber nur für einen kleinen Teil. Und selbst das geht noch auf die Überrepräsentanz von Großstädtern zurück (S. 377f., 388). Daß eine Scheidung der Elternehe die sexuelle Neigung beeinflussen könnte, wird zurückgewiesen (S. 378).

Die Teilnehmer dieser Befragung unterscheiden sich in ihrem sozialen Kontext und in ihrer Persönlichkeit zunächst überhaupt nicht von Teilnehmern anderer Befragungen Starkes bei der Gesamtbevölkerung in den Jahren 1980 und 1990. Das stützt Starkes Interpretationsgrundsatz, *„die Befragten in erster Linie als individuelle Persönlichkeiten mit einer differenzierten, ihre Homosexualität einschließenden Struktur und nicht in erster Linie (oder nur, wo angezeigt) als Homosexuelle mit einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur zu betrachten"* (S. 407).

Soweit meine subjektiv getroffene Auswahl an bedenkenswerten Resultaten dieser Untersuchung. Das Buch ist insgesamt weit reicher an mitteilenswerten Beschreibungen und diskutierfähigen Interpretationen.

Wie ließe sich mit den Daten einer solchen Erhebung weiterarbeiten? Eine Clusteranalyse wäre in der Lage, die homosexuellen Existenzformen und Liebesstile herauszupräparieren. Die Korrelation von jeweils wenigen Variablen kann das noch nicht leisten. Nachdrücklich zu empfehlen wäre der Versuch, auf der Grundlage der vorhandenen Daten nunmehr Typen zu bilden. Bei einer solchen Forschungsstrategie würde der Mangel an Repräsentativität in den Hintergrund rücken (außer man wollte wissen, wie häufig die einzelnen Typen denn nun vorkommen). Die Verstecktlebenden, in der Stichprobe viel zu gering vertreten, kämen eher zu ihrem Recht, statt nur als eine statistische Randgruppe aufzutreten.

Manchmal wirken die im Buch geschilderten Verhältnisse geradezu idyllisch, etwa die Stimmung in den Partnerschaften (so besonders deutlich in Tabelle 76, S. 320). Bevor man deswegen die DDR verklärt (Starke tut das nicht), wäre nüchtern zu bedenken: Ähnliche Abstufungen findet man immer schon im Verhältnis zwischen einer Provinz und ihrer Metropole. Die Behaglichkeit, wenn es denn wirklich eine war, verdankt sich der Kleinheit der Distanzen und der Enge sozialer Kontrollen in der DDR.

So zeichnet Starke ein überraschend einnehmendes Bild vom schwulen Osten, manchmal vielleicht über die günstigen Antwortverteilungen hinaus. Wo das mit dem Allgemein-Menschlichen begründet wird, also mit dem Inhalt der zwischengeschlechtlichen Partnerschaften (beispielsweise S. 321), kann die normalisierende Interpretation nur begrüßt werden. Ansonsten scheint es, als seien mit der Verwestlichung inzwischen kühlere Verhältnisse auf den Osten zugekommen. Diesen Preis zahlen die DDR-Entlassenen sicher gern, oder?

Rüdiger Lautmann, Bremen

The Scent of Eros. Mysteries of Odor in Human Sexuality. J.V. Kohl & R.T. Francoeur, New York: Continuum Publishers, ISBN 0-8264-0677-7, 1995, 275 Seiten, Preis 24,95 US $.

Von vielen verschiedenen Tierarten ist bekannt, daß die sexuelle Entwicklung und das Sexualverhalten über die Geruchswahrnehmung beeinflußt werden können. Die Duftstoffe, die Verhalten steuern und regulieren, werden Pheromone genannt und können bei männlichen und weiblichen Tieren in Abhängigkeit vom sexuellen Status produziert werden. Ob Pheromone auch beim Menschen Verhalten beeinflussen können, wird derzeit in der wissenschaftlichen Literatur noch kontrovers diskutiert.

Kohl und Francoeur wollen mit ihren Darstellungen aufzeigen, daß Gerüche auch für das Verständnis des menschlichen Verhaltens (wie z.B. soziale Interaktion, sexuelle Attraktion, sexuelles Arousal, elterliches und Partnerwahl-Verhalten) eine entscheidende Rolle spielen. Sie postulieren, daß der hormonelle Status das Sexualverhalten in großem Ausmaß determiniere und insbesondere, daß die zentrale GnRH-Ausschüttung über perzeptierte Pheromone beeinflussbar sei. Die Autoren haben den Anspruch, die wissenschaftliche Kenntnis über humane Pheromone allgemeinverständlich darzustellen. Der Text wird durch eine große Anzahl von Fußnoten und Literaturverweisen abgerundet.

Im ersten Kapitel, „The mystery of odor", erhält der Leser mittels provokanter Thesen einen Überblick über die im Buch behandelten Themen. Es soll u.a. geklärt werden, warum Männer sich zu großbusigen, blonden Frauen hingezogen fühlen, warum Frauen den braungebrannten „Macho" so sexy finden und warum die Popularität von Oral-Sex zunimmt. Im Anschluß wird dargestellt, daß menschliches und tierisches Verhalten sich strukturell nicht voneinander unterscheide. Schließlich wird in die Psychoneuroendokrinologie eingeführt, die die vermittelnden Mechanismen zwischen Geruchswahrnehmung und Verhaltensbeeinflussung klären könne. So wird z.B. dargestellt, daß der MHC (Major Histocompatibility Complex) die individuenspezifische Geruchsexpression bei Nagetieren und wahrscheinlich auch beim Menschen beeinflusst und daß die MHC-vermittelte, geruchliche Individualerkennung die biologische Basis der Inzuchtvermeidung darstellen könnte.

In den nächsten beiden Kapiteln („On the darkest night", „A ball of string") wird die Bedeutung der Chemosensorik im allgemeinen und der Pheromone im besonderen für verschiedene Tierarten aufgelistet. Die Darstellungen beinhalten die chemosensorische Differenzierung von Nahrungs- und Schadstoffen bei Bakterien, Hefen und Pilzen, die chemosensorische Kommunikation bei Insekten, bishin zu dem bekanntermaßen guten Geruchssinn bei Hunden. Am Beispiel der Parfümeure wird aufgeführt, daß auch Menschen zwischen einer großen Anzahl von Duftstoffen differenzieren können. Über den humanen Körpergeruch wird berichtet, daß jeder Mensch einen eigenen, individuentypischen Geruch besitzt, daß dieser Geruch an unterschiedlichen Körperregionen spezifische Charakteristika aufweist und daß verschiedene Rassen unterschiedlich riechen. Während die Beschreibungen von geruchsgesteuertem Verhalten im Tierreich auf wissenschaftlich gut fundierten Erkenntnissen beruhen, finden sich auch Behauptungen, die, für den Laien nicht nachvollziehbar, spekulativer Natur sind: So wird behauptet, daß Pheromone peripheres und zentrales GnRH direkt beeinflussen würden – die dazugehörigen Fußnoten sind jedoch entweder beschreibender Art (Fußnote, FN, Nr.8, Seite 39) oder beziehen sich auf inhaltsfremde Literatur (FN Nr.9, Seite 39).

Im vierten Kapitel, „The anatomy of smelling", wird in die drei peripheren Geruchsverarbeitungswege (Nervus olfactorius, Nervus trigeminus, Vomeronasales Organ) eingeführt. Neben der wiederum nicht belegten Behauptung, daß chemosensorische Signale die GnRH-Produktion beeinflussen könnten, finden sich auch nachweislich falsche Darstellungen in diesem Kapitel: Obwohl die adäquate Literatur zitiert wird (FN Nr. 11, Seite 60), sind die zeitlichen Verhältnisse der peripheren Signaltransduktion falsch wiedergegeben.

In den folgenden beiden Kapiteln („Love apples and the noble perfume of venery", „Friends, strangers and lovers") wird erstmals explizit auf menschliches Verhalten Bezug genommen. Zu

Beginn wird behauptet, daß Androstenon und Androstenol signifikante humane Pheromone seien, die in Körperhaar-reichen Zonen von Bakterien produziert würden. Diese zentrale Hypothese der Autoren wird durch unpassende (FN Nr. 4, Seite 67) Sekundär- und populärwissenschaftliche Literatur „belegt" (FN Nr. 6, Seite 68). Tatsächlich ist es mehr als zweifelhaft, ob die genannten Androgene als Pheromone interpretiert werden können: Androstenon wird von etwa einem Drittel der Bevölkerung der USA und Kanada auch in hoher Konzentration nicht wahrgenommen. Darüber hinaus wird Androstenon und Androstenol von der Hälfte der Personen, die diese Duftstoffe wahrnehmen können, als extrem unangenehm beschreiben. Es bleibt also zu fragen, warum diese „verhaltensrelevanten" Geruchsstoffe nur von einem kleinen Teil der Bevölkerung wahrgenommen und als angenehm beschrieben werden. Als zentraler Beleg für die Verhaltensrelevanz humaner Pheromone werden von den Autoren wiederholt Studien aus den 70er Jahren zitiert: Diese Studien legten damals nahe, daß sich der Menstruationszyklus zusammenlebender Frauen synchronisiert und das der Achselgeruch fremder Frauen ausreichend ist, um eine solche Synchronisation zu initiieren. Aufgrund mehrerer methodischer Mängel sind die Ergebnisse dieser frühen Studien heute jedoch nur mit Vorbehalt interpretierbar. Zudem erschienen in der Folge zahlreiche Studien, die Synchronisationseffekte nicht bestätigen konnten. Von den Autoren wird jedoch keine dieser Studien erwähnt. In den nachfolgenden Berichten über geruchsgesteuertes Verhalten werden humane Körpergerüche meist synonym mit Pheromonen beschrieben. Die Darstellungen gesicherter Erkenntnisse vermischen sich dabei, für den Leser unmerkbar, mit ungesicherten, bzw. falsch abgeleiteten Kenntnissen. Während die bekannten Wahrnehmungsphänomene, daß Babies ihre Mütter geruchlich wiedererkennen können und daß die Geschlechter über ihren Geruch unterschieden werden können, sachlich richtig beschrieben werden, entbehren die Beschreibungen, daß Frauen sensitiver riechen könnten als Männer, wissenschaftlicher Ergebnisse. Die Autoren unterlegen die Feststellung, daß Frauen besser riechen können mit einer Studie aus den 50er Jahren, die heute jedoch mehrfach widerlegt wurde. Ebenso wird suggeriert, daß sich die geruchliche Sensitivität von Frauen während der Ovulation verbessere: Auch dieser Effekt konnte in mehreren Studien nicht bestätigt werden. Die Berichte über geruchsgesteuertes Verhalten beim Menschen werden ergänzt durch anekdotische Berichte, daß Vaginal- und Menstruationsflüssigkeit als Beigabe zu Getränken und Essen die Bindung von Männern an Frauen verstärken soll. Auch in diesen Kapiteln wird mehrfach inadäquate Literatur zitiert bzw. falsch wiedergegeben (z.B. FN Nr.6, Seite 68, FN Nr.15 und 16, Seite 80, FN Nr.48, Seite 86, FN Nr.50, Seite 87). In den Kapiteln 7 („Deep in the womb") und 8 („From genes to behavior and back") wird die Bedeutung von Sexualhormonen für die sexuelle Entwicklung und das sexuelle Verhalten ausführlich dargestellt. Es ist fraglich, ob die z.T. sehr detaillierten Darstellungen über die relative Bedeutsamkeit von Hormonen und Enzymen (GnRH, LH, Testosteron, Östrogenen, Monoamino- Oxidase, Phenylethylamin, 5-alpha-Reduktase, Dihydrotestosteron u.a.) für den wissenschaftlichen Laien verständlich sind. Da in diesen Kapiteln der Bezug zur Geruchswahrnehmung weitgehend fehlt, erscheint die Detailtreue an dieser Stelle als unangemessen.

Auch in den nächsten beiden Kapiteln („The emotional mind", „Natural opiates, infatuations, and bonding") wird die Geruchswahrnehmung nur am Rande erwähnt. Die Bedeutung von Emotionen für das Verhalten wird über eine Einführung in das limbische System und die Funktion von Endorphinen dargestellt. Nur teilweise werden spekulative Behauptungen, z.B. daß Gerüche die Gedächtnisfunktion beeinflussen, durch die entsprechenden Fußnoten-Verweise von den Autoren selbst relativiert (FN Nr.35, Seite 126). über Endorphine erfährt der Leser, daß sie für langfristige partnerschaftliche Bindungen verantwortlich seien, wohingegen Phenylethylamin mit dem kurzfristigen „Falling in love" in Zusammenhang gebracht wird. Die Autoren empfehlen daher Monoamino-Oxidase-Hemmer für Menschen, die sich zu oft verlieben.

Nachdem der Leser nun auf 52 Seiten über Neuroanatomie und Physiologie informiert wurde, wird mit dem 11. („Making human pheromo-

25 JAHRE FÜR EINE SACHE

UTB
FÜR WISSEN
SCHAFT

1970 gründeten elf wissenschaftliche Verlage die Uni-Taschenbücher GmbH. Die Gesellschaft versteht sich seit ihrem Bestehen als Kooperation gleichberechtigter Mitglieder mit dem Ziel, Texte für Studenten und Dozenten, für Wissenschaftler in der akademischen Praxis unter dem Zeichen UTB FÜR WISSENSCHAFT zu veröffentlichen. 1995 sind Gesellschafter: W. Fink, München, Gustav Fischer, Jena und Stuttgart, Francke, Tübingen, Paul Haupt, Bern, Hüthig, Heidelberg, Leske+Budrich, Opladen, J.C.B. Mohr, Tübingen, Quelle & Meyer, Wiesbaden, Ernst Reinhardt, München, Schäffer-Poeschel, Stuttgart, Ferdinand Schöningh, Paderborn, Eugen Ulmer, Stuttgart, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Seit Gründung sind etwa 1700 Uni-Taschenbücher und Bände der UTB-GROSSEN REIHE aus Geisteswissenschaften, Naturwissenschaften und Medizin, Wirtschafts-, Sozial- und Rechtswissenschaft erschienen. Über 90% aller UTB-Titel sind Originalausgaben (Lehr- und Arbeitsbücher, kommentierte Standardtexte, Klassiker der Wissenschaft und Wörterbücher). Als Autoren konnten in der überwiegenden Mehrzahl Hochschuldozenten im In- und Ausland gewonnen werden. Die verkaufte Auflage ihrer Uni-Taschenbücher beträgt insgesamt über 9.7 Millionen Bände. 25 Jahre Verlagsarbeit für die Wissenschaft bekommen mit dem Jubiläumsband *UTB 2000 Karl Popper Lesebuch einen besonderen Akzent.

Wissenschaft ist nach Popper ›Vermutungswissen‹ und seine ständige Verbesserung. Damit wird der Wissenschaft hoher Rang und hohe Verantwortung zugesprochen: die freie Korrektur der eigenen Irrtümer und zugleich die Einsicht in Grenzen der Erkenntnis. Wenn UTB FÜR WISSENSCHAFT dieser Aufgabe dient, dann hat sie einen Beitrag für die Wissenschaft geleistet und ihr Programm für die Zukunft definiert.

Das UTB-Gesamtverzeichnis 1995 erhalten Sie beim Buchhändler oder direkt von UTB FÜR WISSENSCHAFT Postf. 801124 D-70511 Stuttgart.

*Jubiläumsband
DM/sFr. 10.–, öS 74.–

Karl Popper
Lesebuch

25 Jahre
UTB
Jubiläumsband
bis 31.12.1995
DM/sFr 10,– öS 74,–
danach
DM/sFr 19,80 öS 147,–

UTB
FÜR WISSEN
SCHAFT

J.C.B. Mohr
(Paul Siebeck)

BUCHTIPS • BUCHTIPS • BUCHTIPS

Haeberle/Gindorf
Bisexualitäten
Ideologie und Praxis der Sexualkontakte mit beiden Geschlechtern
1994. XVIII, 359 S., 39 Abb., 19 Tab., kt. DM 98,-

Haustein
Sexuell übertragbare Krankheiten
1990. 365 S., 91 Abb., 41 Tab., geb. DM 88,-

Eicher
Transsexualismus
Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung
2., bearb. Aufl. 1992. VIII, 195 S., 51 Abb., 8 Tab., geb. DM 148,-

Raab
Sexualfibel
Sexualität • Kontrazeption • Geschlechtskrankheiten - AIDS
2., neubearb. Aufl. 1995. XVI, 184 S., 14 Abb., 18 Tab., kt. DM 26,80

Aresin
Sexualberatung durch den Hausarzt
1992. X, 208 S., 20 Abb., kt. DM 29,80

Cyran/Halhuber
Erotik und Sexualität im Alter
1992. X, 103 S., kt. DM 22,80

Beier
Weiblichkeit und Perversion
Von der Reproduktion zur Reproversion
1994. X, 127 S., 4 Abb., kt. DM 58,-

Struben
Psychogene Sexualstörungen der Frau - Probleme für Arzt und Patientin
Ein psychosomatischer Ratgeber, insbesondere für Gynäkologen
2. Aufl. 1990. XII, 171 S., kt. DM 44,-

Eicher
Die sexuelle Erlebnisfähigkeit und die Sexualstörungen der Frau
Leitfaden für die Praxis
2., neubearb. u. erw. Aufl. 1977. X, 200 S., 10 Abb., 4 Tab., kt. DM 49,-

Preisänderungen vorbehalten.

SEMPER BONIS ARTIBUS
GUSTAV FISCHER