

# Sexuologie

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

## Inhalt

- | Originalarbeiten |  | Zur Diskussion |  |
|------------------|--|----------------|--|
| 1                | Männer als Patienten in der Sexualtherapie<br><i>U. Hartmann</i>   | 40             | Die Pille für den Mann aus andrologischer<br>Sicht<br><i>C. Schirren</i> |
| 11               | Zur Bedeutung der Sexualität im Erleben<br>schizophrener Menschen - Copingfaktor<br>oder Stressor?<br><i>S. Kowohl, W. Weig</i>              | 45             | Aktuelles<br>Veranstaltungskalender                                      |
| 30               | Einstellungen Transsexueller gegenüber<br>der Begutachtung in Verfahren zur Vor-<br>namensänderung<br><i>D. Luther, S. Osburg, C. Weitze</i> | 46             | AIDS in der Bundesrepublik Deutschland                                   |

### Anschrift der Redaktion:

Priv.-Doz. Dr. med. H. A. G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel, Tel.: 0431/5 97-36 50 (Fax: -3612)

### IMPRESSUM

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

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

Zur Zeit gilt die Anzeigen-Preisliste vom 01.02.1997

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

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

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

**Erscheinungsweise:** Zwanglos, 1 Band mit 4 Heften.

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

Vorzugspreis für persönliche Abonnenten 86,- DM. \*Unverbindlich empfohlene Preise. Preisänderungen vorbehalten. Folgende Kreditkarten werden zur Zahlung akzeptiert: Visa/Eurocard/Mastercard/American Express (bitte Kartenummer und Gültigkeitsdauer angeben).

### Bankverbindung:

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

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

### Satz, Druck, Bindung:

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

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

Printed in Germany

© 1998 Gustav Fischer Verlag

Abstracted/Indexed in:

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



## Männer als Patienten in der Sexualtherapie<sup>1</sup>

U. Hartmann

### Zusammenfassung

Unter drei verschiedenen Aspekten werden Besonderheiten und Probleme der sexualtherapeutischen Arbeit mit Männern dargestellt. Im ersten Abschnitt werden Entwicklungslinien männlicher Sexualität nachgezeichnet, die von Relevanz für die klinische Arbeit sind. Dazu gehören die Diskussion über die von Männern ausgehende sexuelle Gewalt, über Veränderungen im Geschlechterverhältnis und die Implikationen der Tendenzen zu einer neuartigen Spaltung im Gepräge einer „sexual correctness“, die zunehmend den Umgang vieler Männer mit ihrer Sexualität zu bestimmen scheint. Abschnitt zwei identifiziert und diskutiert unter einer klinischen Perspektive drei Kernprobleme männlicher Sexualität: (1) Die blockierte Innenwahrnehmung, (2) den Verlust erotischer Welten und (3) den Komplex der Kastrationsangst. Im letzten Abschnitt werden Konsequenzen für die konkrete sexualtherapeutische Arbeit gezogen. Dabei wird eine stärkere Berücksichtigung neuerer somatischer Therapieoptionen gefordert und die Notwendigkeit integrativer Ansätze betont. Es wird dafür plädiert, das sexualtherapeutische Vorgehen patientenorientierter zu gestalten und die psychotherapeutischen Grundprinzipien des „Joining“ sowie des „Verändern durch Verstehen“ stärker zu berücksichtigen. Besondere Beachtung sollte der Imagination als Werkzeug zur Dechiffrierung verschütteter Bedürfnisse und verzerrter sexueller Vorstellungen geschenkt werden.

*Schlüsselwörter:* Sexualtherapie, männliche Sexualität, erotische Imagination

### Abstract

Characteristic features and problems of sex therapy with male patients are presented under three different aspects. First, developments of male sexuality with special relevance for clinical practice are outlined such as sexual violence inflicted by men, changes in gender relations, and the implications of tendencies towards a new splitting in shape of a „sexual correctness“ that seems to increasingly determine the way many men deal with their sexual thoughts and impulses. Adopting a clinical perspective, section 2 identifies and discusses three core problems of male sexuality: (1) A blocked perception of intrapsychic processes and feelings, (2) the impoverishment of private ‚erotic worlds‘, and (3) the complex of castration anxiety. In section 3 consequences for the practice of sex therapy with male patients are drawn. The new therapeutic options developed by somatic medicine should be given more consideration and innovative approaches integrating psycho- and somatotherapy are urgently required. Therapeutic concepts and strategies should be more ‚patient's-goal-oriented‘ and basic principles of psychotherapy like ‚joining‘ and ‚change by understanding‘ have to be taken into account for sex therapy with men. Finally, special attention should be paid to erotic imagery as a tool for decoding buried sexual desires and distorted sexual scripts.

*Keywords:* Sex therapy, male sexuality, erotic imagery.

Betrachtet man die aktuellen Werbekampagnen der Pharmaindustrie zum Thema „erektiler Dysfunktion“, dann hat der Mann der Zukunft seine sexuelle Erregung und Potenz je-

<sup>1</sup> Modifizierte und erweiterte Fassung eines auf der 4. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin (Berlin, Mai 1997) gehaltenen Vortrags.

derzeit und gut portionierbar zur Verfügung, ein Produkt, selbstverständlich wie andere auch, angesiedelt zwischen Hygiene und Körperpflege. „Man hat sein Lüstchen für den Tag und sein Lüstchen für die Nacht – aber man ehrt die Gesundheit“ heißt es bei Nietzsche und diese Sentenz spiegelt wohl vieles von der Zeitgestalt der Sexualität und gerade auch der männlichen Sexualität wider. Ohne Berücksichtigung dieser Entwicklungen und des Umfelds aus zeitgeistgetönten Analysen und medienwirksam propagierten Trends kann das Thema dieser Arbeit nicht behandelt werden. Ein Thema, das hier begriffen wurde als Aufforderung zur Konzentration auf die Spezifika und Probleme der sexualtherapeutischen Arbeit mit Männern und ihrer Art, mit Sexualität umzugehen und sie zu erleben. Die folgenden Ausführungen sind in drei Teile untergliedert. Teil 1 wird sich zunächst kurz mit der schon angesprochenen Zeitgestalt männlicher Sexualität beschäftigen. Im zweiten Teil sollen die Gesichtspunkte untersucht werden, die sich aus den einführnden Betrachtungen für die klinische Praxis und das Erscheinungsbild männlicher Sexualstörungen ergeben, und Teil 3 wird einigen Schlußfolgerungen für die konkrete sexualtherapeutische Arbeit gehören.

## **1. Ansichten der Zeitgestalt männlicher Sexualität**

Demjenigen, der nur einen flüchtigen Blick auf die Zeitgestalt männlicher Sexualität wirft, müssen schwere Sorgenfalten ins Gesicht treten. Männliche Sexualität steht im Brennpunkt und scheint definiert zu werden über ihre Extreme. Auf der einen Seite imponiert das Defizitäre in Gestalt von Impotenz, Lustlosigkeit, mangelnder Initiative und einer anscheinend generellen Bedeutungsabnahme des Sexuellen. Sexualität scheint vielfach eher als Last denn als Lust, als komplizierte, unwägbare, Aktivität erfordernde Aktion, zu der man sich „aufraffen“ muß und die – zumindest im partnerbezogenen Kontext – nicht einfach konsumiert werden kann.

Dieser vermeintlichen „Triebsschwäche“ steht die entgrenzte, aus dem Ruder gelaufene Triebseite gegenüber: der Kinderschänder, sexuelle Belästiger und Vergewaltiger, der Pornokonsument und Sextourist. Dazwischen scheint es keine Mitte mehr zu geben. Die von Männern ausgeübte sexuelle Gewalt ist neben der Geschlechterfrage zum beherrschenden Verständniszugang, zur Ikone der aktuellen Sexualwissenschaft geworden, deren Perspektive im wesentlichen von soziologischen Analytikern geprägt wurde. Den Arbeiten von Simon und von britischen Soziologen wie Giddens, Baumann, Weeks oder Plummer verdanken wir eine Reihe wichtiger Überlegungen, die kritisch zu sichten mehr als einen Vortrag erfordern würden. Schon mit Blick auf den klinischen Schwerpunkt dieser Arbeit ist eine Beschränkung auf einige wenige Leitlinien notwendig.

Die nachhaltigen Veränderungen im Verhältnis der Geschlechter wurden maßgeblich bewirkt und vorangetrieben durch Frauen. Die Männer haben die Definitionsmacht darüber verloren, wie Frauen und Männer sind. Aus männlicher Sicht ist das Verhältnis zu Frauen schwieriger geworden, gespickt mit Fallstricken und Risiken. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, daß das Verschwinden der „gefälligen Frauen“ (Cramer 1991) gerade auch jüngere Männer verunsichert und Frauen zu einer diffusen Quelle des Unbehagens werden läßt. In anderem Zusammenhang hat Simon (1990) darauf hingewiesen, daß es in sexuellen Interaktionen kaum noch Ungedeutetes, Uninterpretiertes mehr zu geben scheint, sondern ständig die Angemessenheit des Miteinander-Tuns überprüft wird. Die Auswirkungen des sich wandelnden Geschlechterverhältnisses auf die Sexualität sind

ebenso vielschichtig wie der Grundprozeß selbst und lassen sich immer nur als Momentaufnahmen festhalten. Es gibt verschiedene Anzeichen, die darauf hindeuten, daß Quantität und Qualität der Sexualität in Paarbeziehungen stärker von Frauen als von Männern reguliert wird, ein Zustand, der sich interessanterweise bei einer sexuellen Dysfunktion des Mannes umkehrt. Die negative Konnotation männlicher Sexualität macht diese – mehr oder minder auch in der Selbstwahrnehmung der Männer – zum Problem, wenn nicht gar zur Gefahr. Zusammen mit dem viel stärker gewordenen Anspruch der Frauen auf sexuelle Selbstbestimmung, Initiative und der Bereitschaft, Wünsche und Abneigungen deutlich zu äußern, hat dies viele Männer in eine defensive Haltung geführt, ihr Selbstverständnis nachhaltig gestört. Schon vor Jahren hat Schorsch (1989) das problematische Doppelgesicht der oberflächlichen Pazifizierung der männlichen Sexualität mit der Ausgrenzung aggressiver Anteile aufgezeigt. Inzwischen sind derartige Spaltungstendenzen im Sinne einer zwischen den Sexualpartnern „ausgehandelten“, einvernehmlich geregelten, „sauberen“ Sexualität einerseits und der ab- und triebgründigen Nachtseite andererseits eher stärker geworden. Es hat den Anschein, als ob viele Männer ein sexuelles Doppelleben neuer Prägung führen mit einem gleichsam politisch korrekten, eher vorsichtig-verzagtem offenen Verhalten, aus dem die unerwünschten Anteile ausgefiltert sind, die allenfalls „unter Männern“, ganz überwiegend aber in der Masturbation zum Zuge kommen. Die Selbstbefriedigung ist dabei immer weniger Ersatz für nicht verfügbare Partnersexualität, sondern Ausdrucksmöglichkeit für eine einfachere, weniger anstrengende und reglementierte Sexualität. Diese veränderte Spaltung der männlichen Sexualität, die nicht mehr primär – wie von Freud (1910) aufgezeigt – zwischen Liebe und Begehren verläuft, sondern zwischen einer verunsicherten, „sauberen“ und politisch korrekten offenen (Partner-) Sexualität und den „unpassenden“, archaischen inneren Bedürfnissen schafft neue Probleme, die ebenfalls schon in der Arbeit von Schorsch (1989) angeklungen sind. Der stärkere Druck, die in dem skizzierten Sinn unerwünschte und abweichende innere erotische Welt zu verbergen, kann diese Bedürfnisse und Impulse den steuernden und modulierenden Ich-Funktionen entziehen und auf diese Weise weiter „aufladen“. Unter bestimmten Voraussetzungen kann die so abgespaltene sexuelle Innenwelt zu einem Sprengstück in der Psyche werden, eine Konstellation, die den Nährboden sexueller Delinquenz bilden kann. Gerade diese Tendenzen zum Verbergen der inneren erotischen Welt werden mich im zweiten Teil meiner Ausführungen beschäftigen.

Zuvor erscheint für unser Thema als kleiner Exkurs eine Anmerkung zu den momentan so populären Trend- und Zeiteistanalysen in der Sexualwissenschaft notwendig. Meines Erachtens werden hier allzu oft modisch aufgepeppte Trends, die sich mit dem inflationär verwendeten Beiwort „neu“ im Grunde schon selbst entlarven, zu wirklichen Veränderungen deklariert. Da auch der Wissenschaftsbetrieb vom Zwang zur neuen Meldung geprägt ist, wird der breite Strom der Kontinuität, der die in einem durchaus positiven Sinne antiquierte menschliche Sexualität m. E. prägt, ausgeblendet. Wer aus den verdienstvollen neueren Studien zum Sexualverhalten (Lauman et al. 1994, Johnson et al. 1994) primär eine weitgehende „Inaktivität der heterosexuellen Welt“ (Gagnon 1994, zit. nach Schmidt 1996) oder eine „Entsexualisierung der real existierenden Mann-Frau-Beziehung“ (Schmidt 1996) herausliest, sieht wohl in erster Linie das, was er sehen will und bleibt letztlich in den quantitativen und qualitativen Kategorien des Kinsey'schen „sexual outlet“ stecken. Besonders bezeichnend ist der Umstand, daß der (heterosexuelle) Geschlechtsverkehr in derartigen Analysen gern mit den Attributen „klassisch“ oder „tradi-

tionell“ belegt wird, so als handle es sich dabei um eine Art Auslaufmodell, eine aussterbende Verhaltensform oder ein Schlichtprodukt, das uns von der Werbebranche ja auch gern als „Classic“ verkauft wird. Hier tut sich eine fürwahr bedenkliche Diskrepanz zur klinischen Realität auf, der ich mich jetzt zuwenden möchte.

## 2. Männliche Sexualität in der klinischen Perspektive

Männer als Patienten in der Sexualtherapie gelten gemeinhin als schwieriger und unangenehmer als Frauen. Die Frage, ob dies auch daran liegt, daß die Sexualtherapie eine „weibliche Therapieform“ ist wie es einmal behauptet wurde, möchte ich hier zunächst außer acht lassen und eine Suchhaltung nach den Charakteristika männlicher Sexualität einnehmen, die nach meiner Praxiserfahrung dafür verantwortlich sein können. Dabei führe ich verschiedene Gedanken weiter, die ich vor einiger Zeit in einem Beitrag zur Bedeutung von Imagination und Begehren als Determinanten männlicher Sexualität begonnen habe (Hartmann 1994).

Für mich zeigen sich die folgenden drei Kernprobleme der männlichen Sexualität:

1. Die blockierte Innenwahrnehmung;
2. Der Verlust erotischer Welten;
3. Der Komplex der Kastrationsangst.

### 2.1 Die blockierte Innenwahrnehmung:

Die therapeutische Arbeit mit sexuell gestörten Männern ist oft schwierig und mühsam, da der Umgang der Männer mit ihrer Sexualität geprägt wird durch eine Von-Sich-Selbst-Entfertheit, die ihrerseits Ausdruck einer blockierten Innenwahrnehmung ist. Die bei vielen Patienten vorfindbaren Tendenzen zur Externalisierung erklären auch die Attraktivität medizinisch-technischer Erklärungs- und Behandlungsansätze, die von den meisten Männern einer psychologischen Verursachungshypothese und einer Psychotherapie vorgezogen werden. Es ist immer wieder beeindruckend, wenn in Erstgesprächen in unserer Sprechstunde deutlich wird, welche seelischen Belastungen oder einschneidenden Lebensereignisse Patienten in direktem zeitlichen Zusammenhang mit ihrer Funktionsstörung erfahren haben, die Männer zwischen beiden aber keineswegs einen Zusammenhang herstellen, sondern fest davon überzeugt sind, daß organische Faktoren vorliegen müßten. Neben dem Mythos des unbeeindruckbaren Automatismus männlicher Sexualität manifestiert sich hier eine Abwehr eigener Verletzlichkeiten und Bedürftigkeiten, ja letztlich eine mangelnde Anerkennung der eigenen Subjektivität. Die eigenen Bedingungen für eine befriedigende Sexualität sind nur undeutlich erkennbar, eine Geschichte sexuellen Selbst-Bewußtseins ist allenfalls rudimentär vorhanden. Schmauch (1996) hat in der Entwicklung von Jungen eine Verleugnung der ‚inneren Genitalität‘ konstatiert und sieht darin ein Ergebnis einer Männlichkeitserziehung, die im wesentlichen in einem Abhärtungsprozeß und einem Bekämpfen körperlich-seelischer Weichheit besteht und sich in der Adoleszenz in den rigiden Anpassungszwängen der Peer-Groups fortsetzt. Das Verschwinden der Pubertät als zweiter Chance einer Autonomie-Erlangung auch im sexuellen Bereich konfrontiert die Heranwachsenden ohne Übergangsraum mit den erwachsenen männlichen Rollenerwartungen und erschwert die Entwicklung der Innenwahrnehmung.

## 2.2 Der Verlust erotischer Welten:

Der Verlust erotischer Welten ist m.E. neben dem Komplex der Kastrationsangst das für die klinische Praxis bedeutsamste Grundproblem männlicher Sexualität. Die in der hier gebrauchten Verwendung auf den Soziologen Davis (1983) zurückgehende Unterscheidung von Alltagswelt und erotischer Welt ist für mich ein für das Verstehen und für die Therapie sexueller Probleme von Männern ungemein nützliches Beschreibungs- und Analyseinstrument. Sie zielt auf den Sachverhalt, daß Menschen, die sich sexuell verhalten oder sexuelle Phantasien haben, die Welt in einer Weise erleben, die sich deutlich von der unterscheidet, die Menschen haben, wenn sie ihrer gewöhnlichen Alltagsbeschäftigung nachgehen. Sexuelle Erregung verändert unser Bewußtsein und unsere Wahrnehmung der Welt und ist so betrachtet eine realitätsgenerierende Aktivität. Nimmt man diese Unterscheidung, dann führen die meisten Menschen ein aufgeteiltes Leben und erfahren Alltagswelt und erotische Welt als klar voneinander abgegrenzte Bereiche. Die beiden Welten durchmischen sich aber: bei einer langweiligen Alltagsbeschäftigung oder unter Anspannung können plötzlich erotische Vorstellungen auftauchen, auf der anderen Seite kann es vorkommen, daß man ungewollt aus der erotischen Welt herausfällt und sich in Gedanken an Alltagsprobleme wiederfindet. Für viele Menschen ist der Grenzgang zwischen beiden Welten problematisch, der Übertritt in die erotische Welt kann als gefährlich oder riskant empfunden werden und wird deshalb nicht zugelassen. Andere halten sich am liebsten in der erotischen Welt auf und suchen diese – ob in der Phantasie oder real – wann immer sie können.

Nutzt man dieses Konzept nun zur Analyse der Probleme männlicher Sexualität, dann wird deutlich, daß unsere Patienten mit der Beziehung von Alltags- und erotischer Welt Schwierigkeiten haben. Grundsätzlich wollen sich viele Männer – vor allem in länger andauernden Beziehungen – den Übertritt in die erotische Welt am liebsten ersparen. Sexualität wird in der Alltagswelt gleichsam „miterledigt“, der Aufbau einer erotischen Atmosphäre, der Grenzgang zwischen den Welten als überflüssig oder mühselig angesehen. Doch reicht dieses Phänomen – über eine reine Bequemlichkeit hinaus – in tiefere Problemschichten. Bei einem Teil der Patienten scheint es, als ob die erotische Innenwelt verarmt ist, nichts mehr hergibt für die sexuelle Erregung. Der Kopf ist leer, alles muß extern zugeführt werden. Die Zunahme sexueller Appetenzstörungen und Erregungsstörungen bei Männern – bedenken wir, daß auch erektile Dysfunktionen Störungen der sexuellen Erregung sind – ist in dieser Betrachtungsweise darin begründet, daß keine erotische Kodifizierung von Reizen und Interaktionen mehr gelingt. Eigentlich wäre alles möglich, aber nichts geht, kein Funke springt. Sexualität scheint keinen besonderen Kick mehr zu bringen, irgendwie fehlt die Intensität, die die Flamme entfachen könnte. Gewiß hat die naturalistische Modernisierung der Sexualität, oft einseitig als sexuelle Befreiung beschrieben, hieran ihren Anteil, da ihre Botschaft, nach der Sexualität kein „big deal“ mehr ist, sondern ein Lustchen wie andere auch, zusammen mit dem sexuellen Aktivitätsgebot die sexuelle Motivation wohl eher geschwächt als gestärkt. Sicher üben auch andere Entwicklungen wie die immer stärkeren Zerstreuungen, die Informationsflut, der Freizeitstreß und die entsinnlichende Wirkung der steten Beschleunigung unseres Lebens entsprechende Wirkungen aus. Doch ich glaube, daß uns bei diesem Problem der Verfügbarkeit und des Zugangs zu erotischen Welten auch die oben skizzierte negative Konnotation männlicher Sexualität wiederbegegnet. Die Identifizierung männlicher Sexualität als Problem, als Bedrohung macht den Grenzgang, den Identitätswechsel, die

Doppel-Helix des Sexuellen wie Davis sie nennt, der so zentral für das erotische Erleben ist, für viele Männer zum Risiko, das – ob bewußt oder unbewußt gesteuert – nicht eingegangen werden kann. Kein „Walk on the wild side“ mehr, sondern erstarrende Harmonie- und Symmetrie-Ideale, Versuche, das Aggressive aus der Sexualität auszutreiben, was nach Schorsch (1989) zu einer „Strangulation“ des Sexuellen führt, zu einer Aushöhlung der Sexualität und Abtrennung von der Lebendigkeit. Da im Primärprozeßhaften Sexuelles und Aggressives nicht auseinander zu dividieren sind, resultieren die vorhin angesprochenen neuen Spaltungen, durch die die subjektive erotische Welt in Gefahr ist, zu verkümmern, nicht mehr – zumindest nicht mehr für die partnerschaftliche Sexualität – zugänglich zu sein.

### 2.3 *Der Komplex der Kastrationsangst*

Das letzte der oben benannten Kernprobleme, die Kastrationsangst, soll hier nur kurz gestreift werden, was angesichts der hinlänglichen Bekanntheit derselben aber vertretbar erscheint. Hinzuweisen bleibt auf die durch das Verschwinden traditioneller Rollenbilder und Identitätsentwürfe sowie die hier bereits angesprochenen Prozesse eher größer gewordene männliche Verletzlichkeit. Für die Beschreibung des Ungesicherten der männlichen Identität und Sexualität ist der Begriff Kastrationsangst, dessen Gegenstand die phallisch-narzißtische Integrität ist, nach wie vor passend. Wer mit sexuell gestörten Männern arbeitet, kennt die vielgestaltigen Verkleidungen dieser Ängste – und ihre Kompensationen. Die Basis männlicher Sexualität ist demnach häufig prekär, gefährdet und instabil und bedarf umfänglicher Sicherungsmaßnahmen. Eine der wichtigsten dieser Sicherungen ist die sexuelle Potenz. Mit dem funktionierenden Phallus können Angst und Bedrohung gebannt und eine Art Sicherheitsabstand zur Frau hergestellt werden. Dem sexuell gestörten Mann geht dieses Distanz- oder Regulationsmittel verloren, aber auch die Selbst-Erneuerung, die Wieder-Auffüllung der Männlichkeit, die durch eine gelingende Sexualität ermöglicht wird. Die seelische Bilanz gerät so grundlegend aus dem Gleichgewicht, was die oftmals weitreichenden psychosozialen Konsequenzen sexueller Störungen erklärt.

## 3. Implikationen für die sexualtherapeutische Arbeit mit Männern

Das bringt mich zum letzten Teil meiner Ausführungen, den Implikationen für die konkrete sexualtherapeutische Arbeit mit Männern. Die Blickrichtung in dieser Weise zu wechseln, fällt nicht so leicht, da ein analytisch-kontemplativer Zugang gegenüber einem klinisch-praktischen oft attraktiver anmutet. Wenn Sexualtherapie aber angewandte klinische Sexualwissenschaft sein soll – wofür ich nachdrücklich plädieren möchte – müssen wir uns immer wieder dazu aufrufen, Konsequenzen aus unseren theoretischen und empirischen Forschungsergebnissen für die konkrete klinische Arbeit zu ziehen. Ein „Schweigen der Kliniker“ ist gerade für unser Arbeitsfeld sehr ungünstig. Was also folgt für die Arbeit mit Männern als Patienten in der Sexualtherapie?

Mit der modernen, Nach-Masters-und-Johnson'schen Sexualtherapie verfügen wir über eine etablierte, effektive und wissenschaftlich überprüfte Behandlungsmethode für sexuelle Funktionsstörungen, über deren Vorzüge ich mich an dieser Stelle nicht ein weiteres Mal auslassen muß. In ihrer bewährten Kombination aus verhaltensmodifizierenden und

aufdeckenden, konfliktorientierten Elementen ist sie von ihrem Grundansatz symptomzentriert, erfahrungs- und zielorientiert und zeitbegrenzt. Setting und Basisvorgehen geben Raum für eine Fülle von Möglichkeiten, um einzelne Interventionen flexibel an die spezifische Problematik von Patient oder Paar anzupassen. Mit ihrer Berücksichtigung von sowohl motivationalen als auch Fertigungsaspekten und ihrer Klärungs- Bewältigungs- und Beziehungsperspektive erfüllt sie alle Anforderungen, die Grawe et al. (1994) als Kriterien für eine „allgemeine Psychotherapie“ der Zukunft formuliert haben. Schließlich verfügt sie mit den bekannten Übungen über einen der bedeutendsten Wirkfaktor der Psychotherapie überhaupt, da die Problematik in einem Setting behandelt werden kann, in dem die Schwierigkeiten unmittelbar aktualisiert werden.

Und doch: viele Männer erreichen wir mit dem üblichen sexualtherapeutischen Angebot gar nicht erst, anderen können wir damit nicht ausreichend helfen. Sexualtherapie mit Männern sieht sich veränderten Anforderungen gegenüber, denen sie sich bisher erst zögerlich stellt.

So haben wir es viel häufiger mit älteren Männern zu tun, deren sexuelle Störungen durch somatische Faktoren in unterschiedlichem Maße mitbedingt sind. Im psychologischen Bereich bestehen die Hauptprobleme bei jüngeren Männern eher in einer Hemmung sexueller Reaktionen, bedingt durch Ängste und Konflikte im Zusammenhang mit Sexualität, Bindung etc. Für diese Konstellation sind die sexualtherapeutischen Übungen oft maßgeschneidert, da sie Ängste abbauen oder zumindest für die Therapie verfügbar machen und durch Minderung der blockierenden Faktoren der sexuellen Reaktion gemäß der traditionellen sexualtherapeutischen Sichtweise wieder ihren Weg bahnen können. Bei älteren Männern ist das Hauptproblem dagegen viel eher ein Nachlassen der zentralen und peripheren sexuellen Erregbarkeit (Bancroft 1994), das – zusammen mit vaskulären und anderen somatischen Faktoren – zu einer Dekompensation der sexuellen Funktionsfähigkeit führt. Für diese Patienten können die sexualtherapeutischen Übungen sogar kontraproduktiv sein und zu einer frustrierenden Erfahrung mit verstärktem Versagensgefühl werden, wenn sich trotz günstiger Bedingungen und Entspanntheit doch keine Erektion einstellt. Bei diesen Männern geht es nicht primär um den Wegfall hemmender Faktoren bzw. von Leistungs- oder Versagensängsten, sondern um die Maximierung sexueller Erregung, um gezielte und direkte Stimulation und neue Verhaltensweisen und Arrangements, die die Minderung der Erregbarkeit kompensieren können. Gerade in dieser Gruppe kann eine überlegte und gut begleitete Anwendung somatischer Therapieoptionen einen wirkungsvollen und unverzichtbaren Beitrag zur Sexualtherapie leisten.

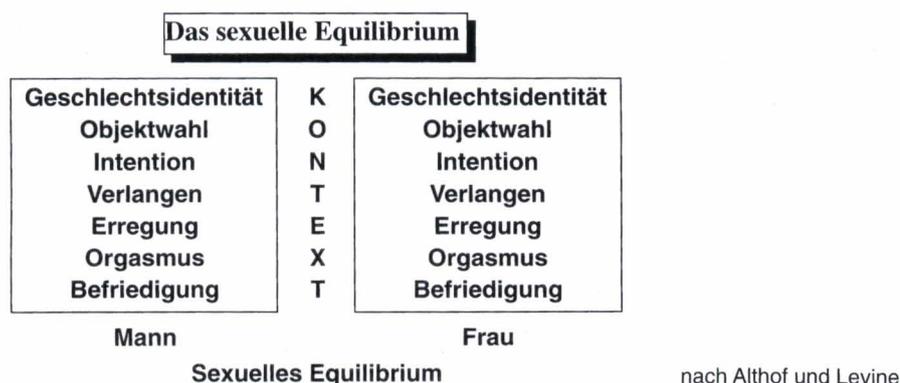
Eine zweite entscheidende Veränderung, die die Sexualtherapie von Männern prägt, ist die Medikalisierung männlicher Sexualität, die die männlichen Funktionsstörungen innerhalb kurzer Zeit im wesentlichen zu einer Subspezialität der Urologie hat werden lassen. In unserem Zentrum kommen inzwischen 95 % der männlichen Patienten über unsere gemeinsam mit der Urologie in der Urologie durchgeführte andrologische Ambulanz zu uns, d. h. sie werden vom Haus- oder Facharzt an eine medizinische Einrichtung überwiesen und erwarten eine entsprechende Behandlung. In den letzten 10 Jahren sind eine Reihe mehr oder weniger tauglicher somatischer Untersuchungs- und Behandlungsoptionen für männliche Funktionsstörungen entwickelt worden, die im einzelnen zu bewerten hier nicht meine Aufgabe ist (siehe dazu Stief et al. 1997). Festzuhalten bleibt, daß die Medikalisierung die Neigung vieler Patienten, sich mit den seelischen und paarbezogenen Bedingungen ihrer Problematik auseinanderzusetzen, nicht eben erhöht hat.

Aus den genannten Veränderungen und Rahmenbedingungen sollen zum Schluß einige zugegebenermaßen unsortierte und unausgelegene Prinzipien oder Desiderate der sexualtherapeutischen Arbeit mit Männern abgeleitet werden.

1. Die Sexualtherapie mit Männern muß in gewisser Weise „kundenorientierter“ werden und sich an den vorhandenen Erwartungen und Bedürfnissen orientieren. Unter den veränderten Bedingungen können die Patienten nicht in ein Prokustesbett von Therapieschemata gepreßt werden, sondern wir brauchen neue Konzepte für die Integration somatischer Methoden. Auch sollte sich die Sexualtherapie nicht scheuen, ein komplementäres Angebot für eine primär somatische Behandlung bereit zu halten.

2. Das Prinzip des „Joining“ (Kanfer et al. 1996) steht mit dem ersten in enger Beziehung. Es bezeichnet das psychotherapeutische Grundprinzip, nach dem man nur mit anwesenden Patienten therapeutisch arbeiten kann, man die Patienten also zunächst da „abholen“ muß, wo sie momentan stehen. Da man Psychotherapie bekanntlich nicht von außen zuführen kann wie ein Medikament, ist die Bildung eines initialen Arbeitsbündnisses von entscheidender Bedeutung. Dies geschieht in unserer Praxis oftmals über die Ernstnahme somatischer Verursachungshypothesen des Patienten, über das gemeinsame Ausloten medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsoptionen, die dann häufig den Weg ebnen zur Bearbeitung psychischer Probleme und das bewährte sexualtherapeutische Methodeninventar anwendbar machen.

3. Nach unseren Erfahrungen benötigt die Sexualtherapie mit Männern sowohl stärkere einzeltherapeutische Elemente als auch verbesserte paartherapeutische Komponenten. Für uns stellt sich dafür das Konzept des sexuellen Equilibriums der Clevelander Arbeitsgruppe um Althof und Levine (Althof 1989, Levine 1992a, b) als sehr nützlich dar. Das in diesem Konzept gekennzeichnete komplexe Wechselspiel der verschiedenen Dimensionen der Sexualitäten beider Partner determiniert in seinen bewußten wie unbewußten Anteilen und Interaktionen jede sexuelle Störung und ihre Therapie (s. Abbildung 1). Dieses sexuelle Equilibrium ist mehr oder minder fragil und störbar und kann über verschiedene Mechanismen mit der sexuellen Störung verknüpft sein, die für die Prognose der Behandlung von großer Bedeutung sind.



4. Das letzte und für mich in diesem Kontext wichtigste Prinzip bringt mich ein letztes Mal zurück zu den im zweiten Teil genannten Punkten und zur Metapher der erotischen Welt. Verändern durch Verstehen, ein Grundprinzip der Gesprächspsychotherapie (Bier-

mann-Ratjen et al. 1979) und Wirkmechanismus jeder Psychotherapie ist in der sexualtherapeutischen Arbeit mit Männern in einem doppelten Sinn von großer Bedeutung. Zum einen aus der Sicht des Therapeuten oder Arztes, der den individuellen Bezugsrahmen und die funktionale Bedeutung der sexuellen Störung verstehen muß, bevor er sinnvoll therapeutisch handeln kann. Der gerade in der Therapie mit Männern beobachtbare Sog zur therapeutischen Umtriebigkeit entsteht durch eine zumeist unreflektierte Koalition zwischen Patient und Behandler, die sich darin einig sind, daß die Störung so rasch wie möglich beseitigt werden muß. Dieser Handlungszwang, der durch die somatischen Therapiemethoden gewiß noch zugenommen hat, beraubt beide der Chance, den Unterbau und die Botschaft der Störung zu verstehen. Durch die Mißachtung der funktionalen Symtombedeutung, der „Haltekäfte“ der Störung, kommt es zu überraschenden Auswirkungen vermeintlich simpler Interventionen und die hohe Rate von Behandlungsabbrüchen dürfte hier ebenfalls mitbegründet sein.

Der zweite Aspekt des Veränderns durch Verstehen zielt darauf, daß der Mann sich selbst besser verstehen muß, was ihm freilich nur gelingen kann, wenn der Therapeut ihn versteht. Männer mit sexuellen Störungen verstehen sich in der Regel selbst nicht, ihr sexuelles Versagen erscheint ihnen wie ein Mysterium, die Kränkung und die Angst stehen ganz im Vordergrund, blockieren die ja ohnehin schwierige Innenwahrnehmung noch weiter. In dieser Situation verheißen die körpermedizinischen Methoden eine permanente Befreiung von den verborgenen Ängsten und Bedrohungen, die aber fast immer trügerisch ist. Das Sich-Selbst-Verstehen bedeutet auch, Zugang zur eigenen erotischen Welt zu finden und der Schlüssel zu dieser ist die Imagination. Die Imagination hat für die Arbeit mit sexuell gestörten Männern eine immense Bedeutung, in technischer wie inhaltlicher Hinsicht. Sie ist maßgeblicher Bestandteil der Dechiffrierung der verborgenen, im Symptom entstellten Bedürfnisse und Wünsche und zentrales Agens in der Eroberung von verschütteten und noch unentdeckten Möglichkeitsräumen. Die Imagination kann so zum Schlüssel werden, der den Zugang zu den inneren Räumen und erotischen Welten ermöglicht und damit auch größere Handlungsspielräume erschafft. Der Analytiker Pohlen (Pohlen und Wittmann 1980, Pohlen und Bauth-Holz Herr 1992) hat mehrfach auf die Bedeutung dieses Phantasieschlüssels hingewiesen und darauf, daß der Therapeut zum Grenzgänger, zum „Lehrmeister der Wahrnehmung“ werden muß. In der Sexualtherapie mit sexuell gestörten Männern heißt das konkret, daß in der therapeutischen Beziehung die Eröffnung neuer spielerisch-sexueller Räume im Sinne von Winnicott und neuer bzw. erweiterter Erlebnis zonen angestrebt werden sollte, ohne die Ambivalenz der erotischen Wunscherfüllung aus den Augen zu verlieren. Dabei ist es notwendig, das individuelle sexuelle Weltmodell des Patienten und die für ihn charakteristischen sexuellen Regulationsprozesse zu verstehen, um Veränderungen möglich zu machen. In ähnlicher Weise weist Clement (1994) darauf hin, daß therapeutische Interventionen „skriptkompatibel“ sein müssen, da es sonst – etwa durch eine nicht skriptkompatible Anwendung der Schwellkörperinjektionen – z. B. zu „sinnlosen Erektionen“ kommen kann. Gerade in der Betrachtung von Skripts, Imaginationen oder erotischen Welten wird der Mangel an einer umfassenden Theorie sexueller Erregung in der Sexualwissenschaft und Sexualtherapie besonders deutlich. Ähnlich wie Simon (1990) sind wir der Auffassung, daß der Frage nach den Entstehungsbedingungen, Varianten und anderen Spezifika sexueller Erregung viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. So gilt es etwa, gängige Ansichten wie die, daß eine Inkompatibilität besteht zwischen sexueller Erregung und symbioti-

scher Nähe oder langfristiger Beziehungsharmonie, neu zu hinterfragen, da solche Annahmen zwar von klinischen Erfahrungen unterstützt werden, wir aber kaum etwas darüber wissen, wie es sich in nicht-klinischen Stichproben verhält. Bei unseren Patienten geht es in der Tat oft um die auch von Clement (1994) betonte Gratwanderung zwischen emotionaler Sicherheit und Vorhersagbarkeit einerseits und Langeweile und Lustlosigkeit andererseits. Wenn der Grenzgang zwischen den Welten aber gelingt und sich der Patient in die Zonen der verschütteten Wünsche und überwucherten Phantasien führen läßt, hat das „Lüstchen für Nacht“ vielleicht doch noch eine Überlebenschance.

### Literatur:

- Althof, S. E. (1989): Psychogenic impotence: treatment of men and couples. In: Leiblum, S. R. & Rosen, R. C. (eds): Principles and Practice of Sex Therapy: Update for the 1990's. New York: Guilford.
- Bancroft, J. (1994): What is psychogenic erectile dysfunction? Paper presented at the 2nd Conference of the European Federation of Sexology, Copenhagen.
- Biermann-Ratjen, E. M.; Eckert, J.; Schwartz, H. J. (1979): Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Clement, U. (1994): Sexuelle Skripte. Familiendynamik 19: 252–265.
- Cramer, P. (1991): Phantasien männlicher Collegestudenten: Früher und Heute. In: Friedman, R. M.; Lerner, L. (Hrsg.) Zur Psychoanalyse des Mannes. Berlin: Springer.
- Davis, M. S. (1983): Smut. Erotic Reality/Obscene Ideology. Chicago: University of Chicago Press.
- Freud, S. (1910): Über die allgemeinste Erniedrigung des Liebeslebens. GW VIII. Frankfurt: S. Fischer 1964.
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Hogrefe, Göttingen.
- Hartmann, U. (1994): Imagination und Begehren: Überlegungen zu den Determinanten männlicher Sexualität. Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie 44: 403–410.
- Johnson, A. M.; Wadsworth, J.; Wellings, K.; Field, J. (1994): Sexual attitudes and lifestyles. Oxford: Blackwell.
- Kanfer, F. H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D. (1996): Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer, 2. Aufl.
- Laumann, E. O.; Gagnon, J. H.; Michael, R. T.; Michaels, S. (1994): The social organization of sexuality. Chicago: The University of Chicago Press.
- Levine, S. B. (1992a): Sexual life. A clinician's guide. Plenum Press, New York.
- Levine, S. B. (1992b): Intrapsychic and interpersonal aspects of impotence: psychogenic erectile dysfunction. In: Rosen, R. C., Leiblum, S. R. (eds.): Erectile Disorders. Assessment and Treatment. New York: Guilford.
- Pohlen, M.; Wittmann, L. (1980): Die Unterwelt bewegen. Versuch über Wahrnehmung und Phantasie in der Psychoanalyse. Frankfurt: Syndikat.
- Pohlen, M.; Bautz-Holzger, M. (1992): Eine andere Aufklärung. Das Freudsche Subjekt in der Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schmauch, U. (1996): Probleme der männlichen sexuellen Entwicklung. In: Sigusch, V. (Hrsg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart: Thieme.
- Schmidt, G. (1996): Das Verschwinden der Sexualmoral. Hamburg: Klein.
- Schorsch, E. (1989): Versuch über Sexualität und Aggression. Zeitschrift für Sexualforschung 2: 14–28.
- Simon, W. (1990): Die Postmodernisierung der Sexualität. Zeitschrift für Sexualforschung 3: 99–114.
- Stief, C. G.; Hartmann, U.; Höfner, K.; Jonas, U. (1997): Erektile Dysfunktion. Diagnostik und Therapie. Berlin: Springer.

#### Anschrift des Autors

Prof. Dr. Uwe Hartmann, Arbeitsbereich Klinische Psychologie, Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, 30623 Hannover

## Zur Bedeutung der Sexualität im Erleben schizophrener Menschen – Copingfaktor oder Stressor?

The meaning of sexuality in the experience of schizophrenics – coping factor or stressor?

S. Kowohl, W. Weig

### Zusammenfassung:

Die Bedeutung von Sexualität/Partnerschaft bei akuten Exazerbationen schizophrener Psychosen und im Verlauf der Erkrankung wird kontrovers diskutiert und ist bislang wenig empirisch untersucht worden. Der von Brenner, Ciompi, Scharfetter und anderen geäußerten Vermutung, daß sexuelle Aktivitäten als typischer Stressor (im Sinne des Vulnerabilitäts-Streß-Coping-Modells) eine akute psychotische Episode auslösen oder den Verlauf der Störung verschlimmern könne, steht die von Weig vertretene Annahme gegenüber, daß befriedigende Sexualität eine positive Wirkung auf die Lebensführung und die subjektive Zufriedenheit schizophrener Menschen hat und damit einen Copingmechanismus darstelle.

In einer Befragung von 50 nichthospitalisierten schizophrenen Probanden wurden mittels eines halbstrukturierten Interviews die subjektiv erlebten Wechselwirkungen zwischen Psychose und Sexualität/Partnerschaft untersucht. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund vergleichbarer Untersuchungen diskutiert.

*Schlüsselwörter:* Schizophrenie, Sexualität, Partnerschaft, Bewältigung

### Summary:

The significance of sexuality/partnership in acute exacerbation of schizophrenic psychoses and in the course of the disease is discussed controversially and it has been little investigated up to now. Brenner's, Ciompi's and Scharfetter's assumption that sexual activities (in the sense of the vulnerability-stress-coping-model) trigger an acute psychotic episode is opposed to Weig's hypothesis that satisfying sexuality has a positive effect on the style of living and the subjective contentedness of schizophrenic people and that it represents a coping-mechanism. In an examination of 50 non-hospitalized schizophrenic probands the subjective experienced interactions between psychosis and sexuality/partnership were analysed with a semi-structured interview. The results are discussed with regard to comparable studies.

*Keywords:* Schizophrenia, sexuality, partnership, coping

## 1. Einleitung

Bisher sind Zusammenhänge zwischen Sexualität und Schizophrenie nur wenig empirisch untersucht worden. In der Literatur, insbesondere in den älteren Beiträgen wird das Thema Sexualität überwiegend tabuisiert, und wenn darüber berichtet wird, dann werden häufig Fallbeispiele von extremen und bizarr anmutenden sexuellen Verhaltensweisen

beschrieben, wie sie in der Zeit vor der Neuroleptikaära in der alten verwahrenden Anstaltspsychiatrie zu beobachten waren (Kankeleit 1928, Kraepelin 1913, Lomer 1907). Von vielerlei mythischen Vorstellungen über Sexualität behaftet, bestand lange Zeit die Ansicht, daß schizophrene Erkrankte, besonders bei chronifizierten Verläufen, keine sexuellen Interessen hätten und wenn doch, damit nicht angemessen umgehen könnten. Allenfalls bei der Entstehung einer schizophrenen Psychose wurde der Sexualität eine ursächliche Bedeutung beigemessen (Löwenfeld 1914). Dabei wurden zum einen sexuelle Ausschweifung, vor allem exzessive Onanie, zum anderen sexuelle Frustration, insbesondere unfreiwillige sexuelle Enthaltbarkeit als kausale Faktoren vermutet (Krafft-Ebing 1903).

In jüngeren empirischen Untersuchungen konnte dieses abstruse und verzerrte Bild widerlegt und auf eine in vielen Anteilen mit psychisch Gesunden vergleichbare Sexualität aufmerksam gemacht werden (Buddeberg 1988, Furrer 1986). Besondere Bedeutung hat das Sexualleben psychiatrischer Patienten mit den im Zuge der Psychiatriereform verbesserten Lebensbedingungen in Psychiatrischen Kliniken gewonnen, wo durch Einführung geschlechtsgemischter Stationen und Reduktion stationärer Aufenthalte zu Gunsten ambulanter Betreuung sowohl die Möglichkeit sexueller Kontakte größer wurde als auch bereits vor der Erkrankung bestehende sexuelle Beziehungen fortgesetzt werden konnten (Weig, 1988). In diesem Setting moderner psychiatrischer Therapie taucht neben der Frage nach dem Umgang mit der „neugewonnenen“ Sexualität psychisch Kranker auch die Frage nach spezifischen Zusammenhängen zwischen Sexualität und Psychose auf. Dies insbesondere vor dem Hintergrund multikausaler Betrachtung im Sinne des Vulnerabilitäts-Streß-Coping-Modells.

Aus der Literatur sind dazu unterschiedliche Hinweise bekannt. Zum einen wird vermutet, daß sexuelle Aktivitäten einen der typischen Stressoren darstellen, die bei bestehender Disposition eine akute psychotische Episode auslösen oder den akuten Verlauf der Störung verschlimmern können (Brenner et al. 1983, Ciompi 1982, Scharfetter 1990), zum anderen wird angenommen, daß befriedigende Sexualität eine positive Wirkung auf die Lebensführung und die subjektive Zufriedenheit schizophrener Menschen hat, sie stellt damit einen stabilisierenden Faktor – ein Copingmechanismus – dar (Weig 1988).

Des weiteren belegen die insgesamt spärlichen empirischen Untersuchungen, daß:

- Bei schizophrenen Menschen die sexuelle Entwicklung gegenüber Gesunden verzögert ist (Raboch 1984, 1986).
- Das prämorbid Sexualverhalten und die sexuelle Aktivität im Krankheitsverlauf gegenüber Gesunden verringert, die autoerotische Aktivität zum Teil gesteigert ist (Nestoros 1980).
- Die bessere prämorbid soziosexuelle Anpassung korreliert mit günstigerem Krankheitsverlauf (u. a. Harrow 1986, Keefe 1989).

Ferner wird über gehäuften sexuellen Mißbrauch von schizophrenen Menschen gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt, vor allem von Frauen, berichtet (Friedmann u. Harrison 1984).

In vielen Untersuchungen werden häufig sexuelle Dysfunktionen beschrieben, wobei ein Zusammenhang mit der Medikation angenommen wird (Nestoros 1981, 1983, Friedmann und Harrison 1984, Strauss 1985, Furrer 1986).

## 2. Hypothesen

Es wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

- I Sexuelle Aktivitäten stellen einen der typischen Stressoren dar, die bei bestehender Disposition eine akute psychotische Episode auslösen oder den akuten Verlauf der Störung verschlimmern können (Brenner et al. 1983, Ciompi 1982, Scharfetter 1990, Arieti 1975, Federn 1978).
- II Befriedigende Sexualität hat eine positive Wirkung auf die Lebensführung und die subjektive Zufriedenheit schizophrener Menschen. Sie stellt damit einen stabilisierenden Faktor – einen Copingmechanismus – dar (Weig 1988).
- III Bei schizophrenen Menschen ist oft die sexuelle Entwicklung gegenüber Gesunden verzögert (Raboch 1984, 1986, Klug 1981).
- IV Der Anteil von sexuellen Mißbrauch von schizophrenen Menschen ist gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt erhöht (vor allem von Frauen) (Friedmann und Harrison 1984).
- V Schizophrene Menschen klagen mehr als Gesunde über sexuelle Dysfunktionen (Nestoros 1980/81, Friedmann und Harrison 1984, Strauss 1985, Furrer 1986).
- VI Medikamente sind Ursachen für sexuelle Dysfunktionen (gleiche Quellen wie unter zuletzt genannter Hypothese).

## 3. Material und Methoden

### 3.1 Stichprobe

Es wurden 50 nichthospitalisierte zwischen 20 und 50 Jahre alte Patientinnen und Patienten mit ICD 10 gesicherter Diagnose Schizophrenie im Alter von 20 bis 50 Jahren untersucht, gefordert wurde eine Krankheitsdauer von mindestens 2 Jahren sowie die Erfüllung der Auswahlkriterien der Nichthospitalisierung (Kipp und Goldack 1991).

Einige soziodemografische Charakteristika sind in den Tabellen 1 und 2 zusammengefaßt. Die Verteilung der Probanden auf Bildungsabschlüsse unterscheidet sich nicht wesentlich vom durchschnittlichen Niveau psychiatrischer Patienten, so daß insoweit Repräsentativität angenommen werden kann.

Tab. 1: Soziodemografische Daten

Anzahl	Schulische Ausbildung der Probanden		
	n	Frauen	Männer
ohne jeden	1	–	1
Hauptschule	11	6	5
Realschule	17	9	8
Abitur (einschl. Fachabitur)	18	8	10
abgeschlossenes Studium	3	–	3
Summe	(= 50)	(n = 23)	(n = 27)

n = Anzahl der untersuchten Personen

**Tab. 2:** Wohnsituation der Probanden

Anzahl	n	Frauen	Männer
alleine lebend	18	9	9
WG	13	5	8
mit Eltern	10	5	5
mit Partner	6	3	3
mit Schwiegereltern oder Verwandtschaft	–	–	–
mit Kindern	1	1	–
keine Wohnung / bzw. Andere	2	–	2
Summe	(= 50)	(n = 23)	(n = 27)

n = Anzahl der untersuchten Personen

### 3.2 Untersuchungsinstrumente

Unter Berücksichtigung der bisherigen empirisch gewonnenen Ergebnisse wurde ein neues Untersuchungsinstrument in Form eines halbstandardisierten Interviews entwickelt. Dazu wurden u. a. Elemente aus anderen Untersuchungsinstrumenten in zum Teil verkürzter Form verwendet (Friedmann und Harrison 1984, Habermehl 1993, Melan 1980 u. a.).

Der Interviewleitfaden befaßt sich mit folgenden Fragen bzw. Themenbereichen:

- Medizinische Daten (z. B. Diagnose, somatische Erkrankungen, aktuelle medizinische Behandlung)
- Allgemeine Fragen zur Person (z. B. Schule, Beruf, Wohnsituation)
- Lebensgeschichte (z. B. Elternhaus, Erziehungsstil, Life-events)
- Sexuelle Entwicklung (z. B. Aufklärung, „Sexuelle Premieren“, sexueller Mißbrauch, Masturbation)
- Momentanes Erleben von Sexualität und Partnerschaft (z. B. Zufriedenheit, Frequenz sexueller Kontakte, Wechselwirkung mit der seelischen Krankheit)
- Sexuelle Funktionsstörungen

Zusätzlich wurden erfaßt der aktuelle psychopathologische Status nach BPRS, medikamentöse Behandlung mit Art der Substanz und Größenordnung der Dosierung sowie das Auftreten sexueller Störung nach dem multiaxialen Diagnosesystem von Hertoff.

Der BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ist eine 7 stufige Fremdbeurteilungsskala zu 12 ausgewählten psychopathologischen Symptomen, die mögliche Punktzahl reicht von 12 (unauffällig) bis 84 (schwere Symptomatik).

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Zu Hypothese 1 und 2: Der Einfluß von Sexualität bzw. Partnerschaft auf den Verlauf der Psychose

32 der Probanden lebten ohne Partner(in). 18 der Befragten hatten eine(n) festen Sexualpartner(in). Frauen hatten häufiger eine sexuelle Beziehung als Männer. Nur 5 Interviewteilnehmer, d. h. 10 % lebten mit ihren/ihrer Partner(in) zusammen. Die durchschnittliche

Dauer des Zusammenlebens betrug 11,5 Jahre. Die Spannweite reichte von 24 bis 312 Monate. Männer wohnten tendenziell länger mit ihrer Partnerin zusammen als Frauen. Auf Grund der geringen Zellenbesetzung ließ sich jedoch keine statistisch zuverlässige Aussage treffen.

Vergleich man die Teilstichproben „Probanden mit Partnerschaft“ und „Probanden ohne Partnerschaft“, so stellt man fest, daß bei Fragen zu dem Bereich „Partnerschaft und Zufriedenheit mit Partnerschaftssituation“ von den Befragten mit aktueller Partnerschaft eine höhere Zufriedenheit angegeben wurde als bei Probanden ohne Partnerschaft. Der Effekt war bei beiden Geschlechtern deutlich (Männer:  $t = 2,249^*$  ( $df = 25$ ), Frauen:  $t = 4,035^{***}$  ( $df = 21$ ), Gesamt:  $t = 4,867^{***}$  ( $df = 48$ )). Die sexuelle Zufriedenheit in Abhängigkeit zur Partnerschaftssituation drückte sich in der Form aus, daß Befragte mit aktueller Partnerschaft mit ihrer sexuellen Zufriedenheit denen ohne Partnerschaft überlegen waren. Der Effekt fand sich bei Männern und Frauen (Männer:  $t = 2,511^{**}$  ( $df = 25$ ), Frauen:  $t = 1,762^*$  ( $df = 19$ ), Gesamt:  $t = 3,383^{**}$  ( $df = 46$ )).

Insgesamt wurde die Frage nach der Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation in Bezug auf Partnerschaft oder die Situation des Alleinseins von über der Hälfte der Befragten mit „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ beantwortet (30 Probanden). Frauen gaben eine deutlich höhere Zufriedenheit an als Männer (im 4-Felder-Test mit  $\chi = 2,77$  ( $df = 48$ ) statistisch signifikant).

Der Zufriedenheitsgrad bezüglich der Qualität von aktuell bestehender Partnerschaft wurde überwiegend als „zufrieden“ (18 Probanden) oder „sehr zufrieden“ (9 Probanden) eingeordnet. Frauen gaben eine höhere Zufriedenheit mit Sexualität an als Männer.

Die Auswirkungen von sexuellen Aktivitäten bzw. der Partnerschaft auf die seelische Erkrankung wurden von der Hälfte der Befragten neutral oder ambivalent gesehen. 14 Probanden, d. h. 28 % vermuteten einen positiven Zusammenhang. 11 Interviewteilnehmer, d. h. 22 % nahmen an, daß die Sexualität bzw. Partnerschaft ihre seelische Verfassung verschlechtert hätte. Diese Verteilung ermöglicht keine statistisch signifikante Aussage. Vom Aspekt der Geschlechtsverteilung betrachtet ergab sich, daß der Einfluß von Sexualität bzw. Partnerschaft auf die Psychose von Männern tendenziell positiver beurteilt wurde als von Frauen. Bei einseitiger Hypothese wurde im t-Test mit  $t = 1,782^*$  ( $df = 48$ ) ein statistisch signifikanter Wert festgestellt. Insbesondere nahmen Männer, die zufrieden mit der Partnerschaft waren, einen positiven Einfluß von Sexualität auf die Psychose an. Statistisch wurde dieses Ergebnis unter einseitiger Hypothese signifikant ( $r = 0,359^*$ ;  $df = 25$ ). Von 2 jungen männlichen Probanden wurde sogar direkte sexuelle Aktivität (Petting, Masturbation) als Mittel zur Unterdrückung akuter Psychosezeichen (akustische Halluzinationen, formale Denkstörungen) beschrieben. Zu den eher negativen Auswirkungen wurde von einigen Patienten die Phase „akuter Verliebtheit“ als gefährdendes Moment für die Exazerbation psychotischer Episoden hervorgehoben. Ein Teilnehmer vertrat die Auffassung, daß zu häufiges Masturbieren das psychische Befinden verschlechterte. Einige Probanden, die durch eine katholische Erziehung geprägt waren, berichteten, daß sie häufig durch erotische Erlebnisse mit Schuldgefühlen belastet waren, dadurch aus dem „inneren Gleichgewicht“ gekommen und dann akut krank geworden seien. Darüber hinaus wollten einige Patienten wissen, warum nicht nach Liebe gefragt worden sei. Liebe, Sexualität und Partnerschaft gehörten thematisch zusammen.

Der Einfluß der Psychose, einschließlich Behandlung insbesondere Medikamente, auf Sexualität bzw. Partnerschaft wurde von 31 Probanden negativ beurteilt. Die übrigen 19

der Befragten, d. h. die restlichen 38 %, standen dem Sachverhalt neutral oder ambivalent gegenüber. Keiner der Interviewteilnehmer konnte einen positiven Einfluß für sich erkennen (n.s.). Die Geschlechter unterschieden sich in ihrer Einschätzung nicht. In der Darstellung im individuellen Einzelfall wurden vor allem die Nebenwirkungen von Psychopharmaka als Ursache für sexuelle Funktionsstörungen benannt. Ein Proband meinte, durch die Psychose homosexuell geworden zu sein. Ein anderer Interviewteilnehmer beschrieb sehr differenziert, daß er durch die schizophrene Erkrankung nicht mehr so kontaktfähig sei, nur noch wenig Selbstwertgefühl habe und demzufolge auch kaum noch in der Lage sei, eine Partnerin zu finden bzw. eine Beziehung aufrecht zu erhalten.

#### 4.2 Zu Hypothese 3: Sexuelle Entwicklung

Das Alter bei der sexuellen Aufklärung (5 bis 18 Jahre, Mittelwert  $12,9 \pm 2,3$  Jahre, kein signifikanter Geschlechtsunterschied) korreliert mit der sexuellen Zufriedenheit: der Zufriedenheitsindex (ZI) war für frühaufgeklärte Männer signifikant höher als für spätaufgeklärte ( $r = 0,421^*$ ;  $df = 24$ , einseitiger Fragestellung). Auch ein Nacktheitstabu in der Erziehung hatte Einfluß auf die Zufriedenheit: 29 der Befragten hatten diese Erfahrungen und waren weniger zufrieden, allerdings bezieht sich auch dieser Zusammenhang ausschließlich auf Männer ( $t = 4,2933^*$ ,  $df = 25$ ;  $d = 1,711$ ).

Die erste Kußerfahrung wurde mit 10 bis 26 Jahren (Mittelwert 15,5) gemacht, das erste Petting zwischen 10 und 26 Jahren (Mittelwert  $17,6 \pm 3,9$  Jahre, kein Geschlechtsunterschied). Der erste Koitus ereignete sich im Alter von 15 bis 36 Jahren (Mittelwert  $20,2 \pm 4,1$  Jahre, Männer im Mittel 2 Jahre später), je drei männliche und weibliche Probanden hatten bisher keine Koituserfahrung.

Für das Alter von  $13,47 \pm 5,6$  Jahren wurden erste Masturbationserfahrungen in etwas weniger als die Hälfte der Befragten assoziiert dabei Schuldgefühle, der größte Teil der Interviewteilnehmer, nämlich 47, hatte schon mindestens einmal einen Orgasmus erlebt durchschnittlich erstmals in einem Alter von  $15,7 \pm 5,7$  Jahren, bei einer Spannweite von 5 bis 33 Jahren und einem tendenziell höheren Alter für Frauen.

5 der 27 Männer und 3 der 23 Frauen haben homosexuelle Erfahrungen, 23 der Männer und 21 der Frauen heterosexuelle.

Die sexuelle Aufklärung datieren die Patienten in die Lebenszeit zwischen 5 und 18 Jahren (Männer und Frauen ungefähr gleich), der Mittelwert liegt bei  $12,9 \pm 2,3$  Jahre. Nur ein männlicher Proband konnte keine Angaben machen. In Korrelation zum Zufriedenheitsindex (ZI) wurde deutlich, daß frühaufgeklärte Männer signifikant zufriedener waren als spätaufgeklärte Männer ( $r = 0,421^*$ ;  $df = 24$ , einseitige Fragestellung). Der Zufriedenheitsindex errechnet sich aus der Zufriedenheit mit der Partnerschaft und aus der Zufriedenheit mit der Sexualität. Beide Items gehen gleichberechtigt in die Berechnung ein. Dem Ausprägungsgrad wird eine bestimmte Punktzahl zugeordnet. Die Punktzahlen aus beiden Zufriedenheitsbereichen werden anschließend addiert. Die Reliabilität des ZI betrug für Männer 0,805, bei Frauen 0,865 und für alle 0,837.

Das Erleben erster sexueller Gefühle wird für das Alter von 3 bis 27 Jahren angegeben (Männer häufiger zwischen 12 und 14 Jahren, Frauen häufiger mit 15 Jahren oder später). 29 der 50 Befragten hatten Nacktheit als tabuisiert erlebt. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern war nicht signifikant. In Bezug auf Zufriedenheit im Sinne des ZI ergab

sich, daß diejenigen, die Nacktheit als tabuisiert erlebt haben, weniger zufrieden waren. Dieser Effekt ging allerdings allein auf Männer zurück, wo er sehr groß war ( $t = 4,293$  \*\*\*;  $df = 25$ ;  $d = 1,711$ ). Zwischen 10 und 26 Jahren sei es, wie die Patienten berichteten, zum ersten Kuß gekommen (Mittelwert 15,5 Jahre). Ein Proband hatte noch nie einen Kuß erlebt. Das erste Petting wurde nach Angaben der Patienten ebenfalls zwischen 10 und 26 Jahren erlebt (Männer und Frauen ungefähr gleich); der Mittelwert liegt bei  $17,64 + 3,9$  Jahre. 9 Probanden hatten keine Erfahrungen mit sexuellen Kontakten ohne Koitus/5 Männer, 4 Frauen). Der erste Koitus wurde im Alter von 15 bis 36 Jahren erlebt. Der Mittelwert beträgt  $20,2 \pm 4,1$  Jahre. Von Männern wurde der erste Koitus etwas später als von Frauen erlebt (Frauen 19,5 Jahre, Männer 21,22 Jahre). Die Differenz von 2 Jahren war im T-Test bei einseitiger Hypothese signifikant. 3 weibliche und 3 männliche Probanden hatten keine Koituserfahrungen. Aus den für die sexuelle Entwicklung relevanten Parametern, wie erster Kuß, erstes Petting, erster Koitus wurde ein Entwicklungsindex, EI konstruiert, d. h. dem Alter zum Zeitpunkt des jeweiligen Ereignisses wurden Punkte zugeordnet und anschließend addiert. Mit den daraus errechneten Punktwerten konnte der Zusammenhang von „sexuellen Premieren“ und Alter verdeutlicht werden. Alle EI-Items waren sowohl für Männer als auch für Frauen trennscharf, sie interkorrelierten bei beiden Geschlechtern positiv. Die interne Konsistenz war für Männer tendenziell höher als für Frauen, was vermutlich ein Effekt der größeren Streuung war. Die Reliabilität war mit  $REL = 0,73$  für die gesamte Stichprobe befriedigend. Die Auswahl der Ereignisse „erster Kuß“, „erstes Petting“ und „erster Koitus“ wurde getroffen, weil diese ersten sexuellen Erfahrungen speziell etwas über die Entwicklung partnerbezogener Sexualität aussagen. Männer wiesen in der Tendenz einen höheren Punktwert auf, was auf eine verzögerte sexuelle Entwicklung hindeutete. Statistische Signifikanz erreichte dieser Unterschied nicht.

Durchschnittlich für das Alter von  $13,47 + 1-5,6$  Jahren wurden -von Frauen und Männern gleichermaßen- erste Masturbationserfahrungen erinnert. Emotional wurden diese Erlebnisse überwiegend, d. h. von 30 Probanden, positiv bewertet. Etwas weniger als die Hälfte assoziierte Schuldgefühle, Männer wie Frauen gleichermaßen. Als Gründe wurden häufig Verbote der Eltern benannt. Ein Proband berichtete, daß ihm seine Eltern gesagt hätten, daß durch zu häufigen Masturbation die Gehirnzellen absterben würden. Der überwiegende Teil der Interviewteilnehmer, d. h. 47, hatten schon einmal einen Orgasmus erlebt. Das durchschnittliche Alter betrug  $15,7$  Jahre  $\pm 5,7$  Jahre, Spannweite 5 bis 33 Jahre. Frauen erlebten ihren ersten Orgasmus tendenziell später, was durch einige spät erlebende Frauen bedingt war.

Bezüglich gleich- und andersgeschlechtliche Partner unterschieden sich die Geschlechter nicht. 85 % der Männer, d. h. 23 von 27 Probanden und 91 % der Frauen, d. h. 21 von 23 Probanden gaben heterosexuelle Erfahrungen an. 5 der 27 Männer und 3 der 23 Frauen waren homosexuell erfahren (der Unterschied war nicht signifikant). Über die statistisch erfaßbaren Daten hinaus wurden aus den Gesprächen mit den Probanden die Folgen des häufig früh gestörten Beziehungs- und Kommunikationsverhaltens deutlich. Einige Teilnehmer konnten dies retrospektiv recht konkret beschreiben. So wurden zum Beispiel Kontaktängste und Insuffizienzgefühle genannt, wörtlich: „Ich war immer ein Mauerblümchen.“ oder „Ich habe schon immer Angst vor Frauen gehabt.“ oder „Ich hatte Angst, nicht leistungsstark zu sein.“ etc. Auch frustrane Versuche, sexuellen Kontakt aufzunehmen, wurden zum Teil drastisch geschildert.

#### 4.3 Zu Hypothese 4: Sexueller Mißbrauch

Zum Themenbereich sexueller Mißbrauch gaben 16 der Befragten (32 %) an, betroffen zu sein. Frauen behaupteten zu sexuellen Kontakten gezwungen worden zu sein (11 Frauen, 5 Männer). Bei einseitiger Hypothese ergab sich im Vierfelder-Test mit  $\chi^2 = 3,648$  ein signifikantes Ergebnis. Das Alter betrug in beiden Gruppen etwa 18 Jahre, bezogen auf den lebensgeschichtlich frühesten erinnerten Mißbrauch. Die Streuung betrug  $\pm 8,3$  Jahre, die Spannweite 5 bis 33 Jahre. Der sexuelle Mißbrauch wurde überwiegend durch Fremde ausgeübt (9 Probanden). Danach folgte die Rubrik „andere bekannte Personen“ (5 Probanden). Der weitaus größte Teil der Befragten (14 Probanden) gab an, daß dieses Erlebnis Auswirkungen auf ihre Sexualität gehabt habe. Dabei wurden diese meistens für die Zeit unmittelbar nach dem Ereignis und auch durchaus noch für Monate oder Jahre danach angegeben. Die aktuelle sexuelle Situation blieb davon in der Regel unberührt. Aus den Schilderungen der Probanden wurde in vielen Fällen die krankheitsbedingt eingeschränkte Fähigkeit sich abzugrenzen und auch Unsicherheit in der sexuellen Orientierung bzw. Identität besonders deutlich. So beschrieb ein Patient, daß er immer wieder sexuellen Belästigungen von Männern ausgesetzt war und sich mehr oder weniger gegen seinen Willen prostituiert habe. Einige Frauen, aber auch ein Mann, berichteten, daß sie vom Partner bzw. Partnerin zum Koitus gezwungen worden seien.

Ein anderer Patient erzählte, daß zu viele Menschen, Männer und Frauen, „Lust auf ihn gehabt hätten“ und er sich nicht habe dagegen wehren können. Anzumerken ist, daß die Aussagen der Patienten häufig durch paranoide Umdeutungen verzerrt und deshalb nicht immer eindeutig zuzuordnen waren.

#### 4.4 Zu Hypothese 5 und 6: Sexuelle Störungen

40 Befragte (80 %) berichteten von Sexualstörungen (20 Männer, 20 Frauen) und zwar in durchschnittlich in 3,4 Bereichen. Die Streuung betrug  $\pm 1,2$ . „Low sexual desire“ kam in 27 Fällen vor, davon in 19 Fällen ohne Aversion, in 7 Fällen mit Aversion, ein Proband n.n.b. („keine Lust“).

Erregungsstörungen erschienen bei 33 Personen. Ebenfalls 33 Probanden litten unter Orgasmusproblemen, davon entschieden sich 22 für die Kategorie, „verzögert/ausbleibend“ 4 für den Bereich „vorzeitig“ und 7 n.n.b. (nicht näher bezeichnet). Über Schmerzen bei sexuellen Aktivitäten berichteten 14 Befragte. 20 Interviewteilnehmer klagten über Probleme mit der Aktivität; wobei 18 Probanden den Wunsch nach mehr sexueller Betätigung äußerten, einer den Wunsch nach weniger. Einer der Befragten konnte seine Schwierigkeiten nicht eindeutig benennen. Diskrepanzen in der emotionalen Befriedigung erlebten 10 der Befragten, 4 davon waren sexuell befriedigter als allgemein emotional, bei 5 Personen war es umgekehrt, bei einer Person galt n.n.b. (Abb. 1).

Die statistische Überprüfung von möglichen Kausalzusammenhängen der einzelnen Funktionsvariablen untereinander erbrachte folgende Ergebnisse:

Für den Bereich Libido-, Erregungs- und Orgasmusstörung zeigte sich, daß Patienten(innen) ohne eine dieser Störungen statistisch überrepräsentiert waren. Störungen kamen also bevorzugt als Paar oder Tripel vor. LSD hing mit Erregungsstörungen und Orgasmusstörungen einzeln nicht deutlich zusammen, wohl aber mit der Summe der beiden. Befragte ohne Funktionsstörungen gaben selten LSD an. Die Erregungs- und Orgasmusstörungen kamen gewöhnlich gepaart vor. Zwischen LSD und Schmerzen fand sich kein statistisch relevanter Zusammenhang.

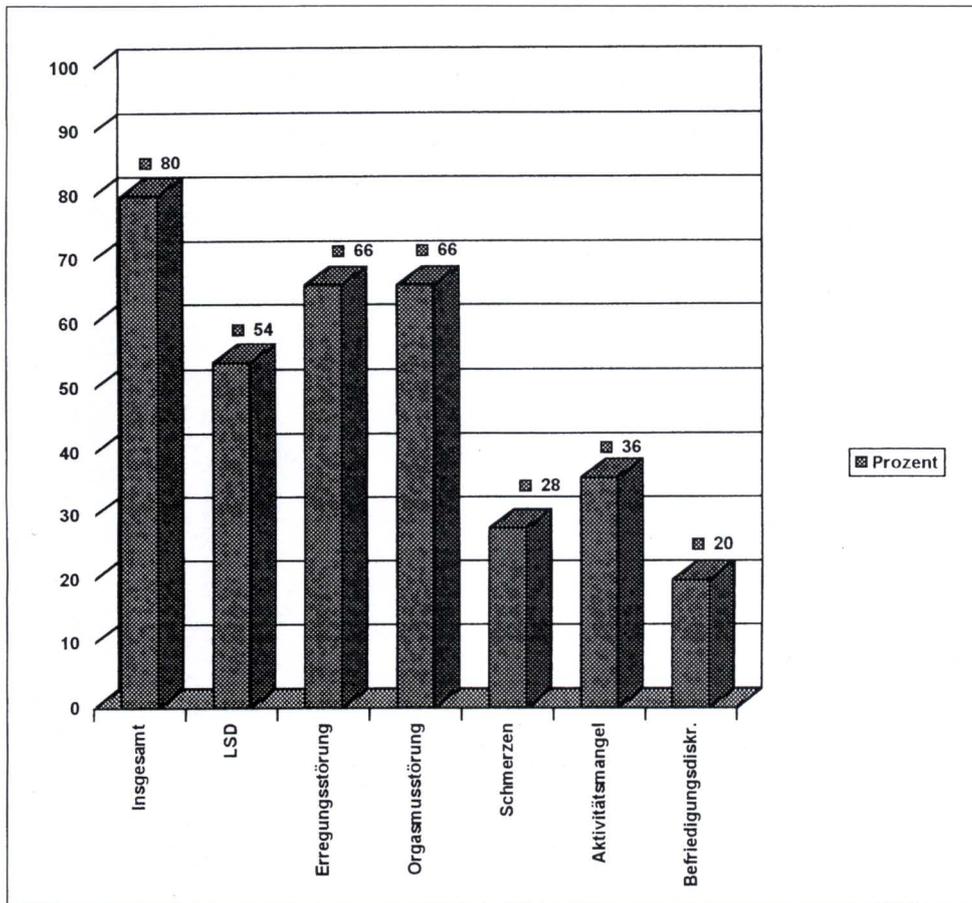


Abb. 1: Häufigkeit sexueller Störungen

Um das Ausmaß sexueller Störungen genauer quantifizieren zu können, wurde aus den einzelnen Variablen analog zum Entwicklungsindex (EI) ein Störungsindex (SI) ermittelt, d. h. den jeweiligen Störungsbildern wurden Punkte zugeordnet und daraus die Summe der meist kombiniert auftretenden sexuellen Störungen gebildet.

Das rechnerische Ergebnis zeigte, daß die verschiedenen Störungen jeweils mit der Summe aller übrigen Störungen korrelierten (signifikante Trennschärfen). Die Summe aller 6 Variablen hatte mit  $REL(SI) = 0,721$  eine ausreichende Zuverlässigkeit.

Die Korrelation von Störungsindex (SI) und anderen Variablen machte folgende Zusammenhänge deutlich:

Frauen und Männer unterschieden sich hinsichtlich des Ausmaßes sexueller Störungen nicht. Mit dem aktuellen psychopathologischen Zustandsbild (BPRS) hingen Sexualstörungen nicht nachweislich zusammen; bei Frauen fand sich jedoch ein Wert nahe der-Signifikanzgrenze.

**Tab. 3:** Medikamentöse Behandlung

Anzahl	Verteilung der verabreichten Psychopharmaka		
	n	Frauen	Männer
Neuroleptika	50	–	–
Antidepressiva	6	2	4
Tranquilizer	9	4	5
Antiparkinsonmittel	24	–	–
Lithium	–	4	–
Carbamazepin	7	–	–
Summe	(= 50)	(n = 23)	(n = 27)

**Tab. 4:** Differenzierung der neuroleptischen Behandlung nach neuroleptischer Potenz

Anzahl	n	niedrig		hoch			
		F	M	F	M	F	M
hochpotente Neuroleptika	46	1	4	3	3	18	17
niederpotente Neuroleptika	37	11	9	5	6	3	3

F = Frauen, M = Männer

Der geprüfte Zusammenhang zwischen Neuroleptikadosis und SI zeigte, daß Medikamente keinen erkennbaren Einfluß auf das Ausmaß sexueller Störungen hatten. Es ergab sich nur bei Frauen mit niederpotenten Neuroleptika unter einseitiger Hypothese ein signifikanter Wert (Produkt-Moment-Korrelation:  $r = 0,412^*$ ;  $df = 21$ ). Bei hochpotenten Neuroleptika war das Vorzeichen für beide Geschlechter kontraintuitiv (Tabelle 3).

Der Zufriedenheitsindex (ZI) hing tendenziell mit dem Geschlecht, nicht jedoch mit Funktionsstörungen zusammen. Frauen ohne Funktionsstörungen imponierten als zufriedenste Gruppe. Im Vierfelder-Test ließ sich im Bezug auf sexuelle Dysfunktion und Zufriedenheit für die Gesamtgruppe mit  $t = 1,9756^*$  ( $df = 48$ ) ein signifikanter Wert er rechnen (einseitige Hypothesentestung).

Die Beziehung SI und sexueller Mißbrauch ergab bei Frauen einen nachweisbaren Zusammenhang ( $t = 1,945^*$ ;  $df = 21$ ), bei Männern nicht. In der Gesamtgruppe war eine Tendenz knapp unter der Signifikanzgrenze erkennbar.

In der Betrachtung von Einzelfallschilderungen fällt auf, daß sexuellen Störungen besonders von Männern ein hoher Stellenwert beigemessen wurde. Ein Proband äußerte sogar die Ansicht, daß bei Männern auf Grund der naturgemäß sichtbaren Funktionsstörungen ein größeres Suizidrisiko bestehe. Frauen berichteten weniger spontan von sexuellen Schwierigkeiten. Auf Nachfragen wurde jedoch eine Reihe von Störungen benannt, die häufig erst in einem längeren Gespräch gemäß dem Hertoft-Schema differenziert zugeordnet werden konnte.

## 5. Diskussion

Die grundsätzliche Problematik empirischer Sexualforschung soll hier nicht weiter vertieft werden, interessant ist der Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit bekannten Untersuchungen zum Sexualverhalten der nicht psychiatrisch erkrankten Bevölkerung (z. B. Clement 1986). Dieser Vergleich kann allerdings nur vorsichtig erfolgen, da die demografischen Charakteristika nicht völlig deckungsgleich sind, insbesondere ist bei den schizophren erkrankten Probanden der Anteil derer wesentlich geringer als in der Durchschnittsbevölkerung, die mit einem Sexualpartner zusammen wohnen.

Hinsichtlich der sexuellen Entwicklung finden sich keine wesentlichen Unterschiede zu den für die Normalbevölkerung berichteten Werten (z. B. Clement 1986), wie schon von Lukianowicz 1963 festgestellt wurde.

In der vorliegenden Arbeit wurde der Versuch unternommen, Sexualität nichthospitalisierter schizophrener Menschen näher zu untersuchen. Dabei galt das besondere Augenmerk dem Einfluß von Sexualität bzw. Partnerschaft auf Verlauf und Bewältigung der seelischen Erkrankung. Zur besseren Operationalisierung wurden die zum Teil divergierenden Ergebnisse aus der Literatur über negative bzw. positive Auswirkungen von Sexualität auf die Schizophrenie, wie sie von Brenner, Ciompi, Scharfetter und Weig beschrieben worden sind, als Hypothesen formuliert.

Wiederum Ergebnisse aus der zu diesem Thema insgesamt spärlichen Literatur aufgreifend wurde auf die Untersuchungen von Raboch aus dem Jahre 1984 und 1986 Bezug genommen und das von ihm festgestellte Ergebnis, daß schizophrene Menschen, in diesem Fall Frauen, gegenüber Gesunden eine verzögerte sexuelle Entwicklung aufweisen, als zu überprüfende Hypothese aufgestellt.

Einen weiteren relevanten Diskussionspunkt bei der Zusammenstellung der Hypothesen stellte der besonders ausführlich von Friedmann u. Harrison (1984) dargestellte hohe Anteil von sexuellem Mißbrauch von schizophrenen Menschen dar. Außerdem befaßte sich die Untersuchung mit dem, unter anderem von Nestoros (1980/81), Friedmann und Harrison (1984), Strauß (1985), beschriebenen Ergebnis, daß schizophrene Menschen mehr als Gesunde über sexuelle Dysfunktionen klagen. Auch dies wurde, wie auch der aus den gleichen Untersuchungen entstandene Hinweis, daß Medikamente ursächlich an den sexuellen Funktionsstörungen beteiligt sind, als Hypothese postuliert.

Als Schwerpunkte in der methodischen Gestaltung der Untersuchung sind u. a. die gezielte Auswahl nichthospitalisierter schizophrener Menschen (im Sinne von Kipp, Goldack 1990) mit relativ ausgewogener Geschlechterverteilung und die besondere Berücksichtigung der subjektiven Sichtweise der Probanden, wie sie in der Form des halbstandardisierten Interviews deutlich gemacht werden kann, zu nennen.

Der gewählte Umfang der Stichprobe ist mit 50 Probanden als ausreichend anzusehen, um Aussagen zu den eingangs formulierten und zu überprüfenden Hypothesen treffen zu können. Eine Kontrollgruppe „Gesunde“ wurde nicht gebildet. Die Ergebnisse beziehen sich auf aus der Literatur bekannte Vergleichswerte für die Normalbevölkerung (z. B. repräsentative Untersuchung zum Sexualverhalten, wie sie Clement 1986 publiziert hat).

Ein solcher Vergleich kann nur eingeschränkt erfolgen, da die Untersuchungsstichprobe nur annähernd die gleichen demografischen Charakteristika wie die Vergleichsstichproben hat. Aufgrund der besonderen Lebenssituation schizophrener Menschen, ist eine Parallelisierung der Stichproben nicht praktikabel. Zusätzlich wird die Vergleichbarkeit der

Ergebnisse durch das speziell auf schizophrene Patienten abgestimmte Vorgehen im Interview eingeschränkt. In den Vergleichsuntersuchungen wurde ein anderes methodisches Vorgehen gewählt. Als auffälliges Merkmal der Stichprobe mit Auswirkungen auf die Beurteilbarkeit der partnerbezogenen Sexualität ist der geringe Anteil der Probanden, die mit einem festen Sexualpartner zusammen wohnten (5), zu erwähnen. Weiterhin ist zu bedenken, daß sich aufgrund der Stichprobenzusammensetzung die Ergebnisse nur auf eine Subgruppe von Schizophrenen übertragen lassen (nichthospitalisierte, relativ junge Schizophrene).

Hinsichtlich der Durchführung der Interviews ist auf die bereits im Methodenteil benannte Problematik in bezug auf den sogenannten Wahrheitsgehalt der Probandenaussagen hinzuweisen. In den Gesprächssituationen entstand wiederholt der Eindruck, daß besonders emotional belastende Erlebnisse aus der Vergangenheit, z.B. sexueller Mißbrauch, wahnhaft umgedeutet wurden. Ein weiteres methodisches Problem stellte der Versuch einer getrennten Erfassung spezifisch schizophrenie- bzw. medikamenteninduzierter sexueller Störungen dar. Diese Frage konnte nur in ausgewählten Fällen von den Probanden differenziert beantwortet werden, z.B. wenn retrospektiv längere Phasen ohne medikamentöse Behandlung nachweisbar waren. Während der laufenden Untersuchungen wurde die besondere Bedeutung aktueller autoerotischer Aktivitäten deutlich, konnte jedoch wegen damit verbundenen „technischen“ Problemen nicht mehr als Ergänzung in den Fragenkatalog eingebracht werden (u.a. konnte ein Teil der bereits untersuchten Patienten nicht erneut rekrutiert werden).

Die Befunde zur sexuellen Entwicklung weisen daraufhin, daß die in der Regel vor der Erstmanifestation stattfindende sexuelle Entwicklung vielfältige Parallelen mit Daten aus der gesunden Bevölkerung aufweist. Dies bezieht sich auf die Bereiche „sexuelle Aufklärung“, „erstes sexuelles Interesse“ bzw. „erste sexuelle Gefühle“, „Anzahl gleich- bzw. andersgeschlechtliche Partner“ und für Frauen auch auf die Entwicklung partnerbezogener sexueller Kontakte, die sogenannten „sexuellen Premieren“. Die Zuordnung gründet sich auf die Ergebnisse einer formal und inhaltlich vergleichbaren Studie von Spichala (1992) und auf die Untersuchung von Clement (1986). Sie decken sich zumindest indirekt auch mit dem von Lukianowicz (1963) festgestellten Befund, daß die prämorbid sexuelle Aktivität schizophrener Patienten mit der von gesunden annähernd identisch sei. Auffällig hingegen sind vor allem die hochgradige Tabuisierung von Nacktheit, das früh einsetzende Masturbations- bzw. Orgasmuserleben, der hohe Anteil schuldhaft erlebter Selbstbefriedigung und das Späterleben des ersten Koitus bei Männern. Auch einige statistisch relevante Korrelationen deuten auf geschlechts- bzw. krankheitsbedingte Abweichung hin. Dazu gehört der statistisch signifikante Befund, daß früh aufgeklärte Männer zufriedener sind (im Sinne des ZI) als spätaufgeklärte Männer. Mangels vergleichbarer Literatur kann dieses Ergebnis nicht in Beziehung zur gesunden Bevölkerung gesetzt werden.

Eine Interpretation könnte (vielleicht auch unabhängig von der schizophrenen Erkrankung) dahingehen, daß ein früher Zeitpunkt in der sexuellen Aufklärung ein breiteres Spektrum sexueller Lernmöglichkeiten eröffnet und damit die Voraussetzungen zum Erwerb sexueller bzw. soziosexueller Kompetenz verbessert werden, die im entscheidenden Maße zur Realisierbarkeit sexueller Wünsche und dadurch zur sexuellen Zufriedenheit beiträgt. Daß dieser Zusammenhang nur für Männer nachweisbar ist, hat möglicherweise mit Theorien aus der empirischen Sexualforschung zu tun, nach denen die sexuelle Ent-

wicklung und damit auch die Entwicklung sexueller Präferenzen - vermutlich stärker als bei Frauen - durch ein kompliziertes Zusammenspiel von organischen Determinanten, wie genetische Faktoren bzw. hormonelle Einflüsse, mit sozialen bzw. sexuellen Lernprozessen geprägt ist (Bancroft 1985).

Möglicherweise ist es für Männer, besonders im Hinblick auf die schizophrene Erkrankung für die spätere sexuelle Zufriedenheit von Bedeutung, daß dieser Entwicklungsprozeß, z. B. durch frühe Aufklärung gefördert wird. Befunde über die sexuelle Entwicklung bei Frauen sind noch spärlicher als bei Männern, so daß sich weitere Interpretationsversuche an dieser Stelle erübrigen.

Die ersten Masturbationserfahrungen sind im Vergleich zu empirischen Sexualstudien von Clement (1986) und Le Viseur (1985) bei den schizophrenen Probanden der vorliegenden Studie früher zu datieren.

Auch der Anteil der masturbationserfahrenen schizophrenen Probanden ist insgesamt größer, es finden sich keine relevanten Geschlechtsunterschiede. Außerdem werden die Masturbationserlebnisse häufiger schuldhaft als bei gesunden Probanden erlebt. Trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit sind diese Befunde als Hinweise darauf zu deuten, daß schizophrene Menschen möglicherweise mehr als gesunde bereits in frühen Entwicklungsabschnitten, also vor der ersten Manifestation der seelischen Erkrankung, eine stärkere Tendenz zur autoerotischen Aktivitäten aufzeigen. Dies ist möglicherweise Ausdruck einer klinisch ansonsten inapparenten frühen Ich-Störung bzw. Kommunikationsstörung. Daß sich hier keine Geschlechtsdifferenz findet, könnte die These einer krankheitsbedingten Verhaltensvariante stützen.

Die Daten zur Entwicklung partnerbezogener Sexualität lassen sich sowohl im Vergleich mit gesunden Probanden als auch im Vergleich zu Studien an psychisch kranken Menschen aufgrund der zum Teil erheblichen methodischen Unterschiede nur sehr eingeschränkt vergleichen. Einige Anhaltspunkte lassen sich z. B. zum Petting aus der Studie zur Jugendsexualität von Schmidt 1993 gewinnen. Dort gaben 57 % der 16 - 17jährigen Jungen und 67 % der gleichaltrigen Mädchen Petting-Erfahrungen an. Zum Koitus liegen national wie international wesentlich umfangreichere Daten vor, so z. B. aus Skandinavien, wo das Durchschnittsalter für den ersten Koitus auf 17 Jahre datiert wird. Eine in Habermehl 1993 zitierte Untersuchung des Hamburger GEVIS-Institutes benennt als bundesdeutsches Durchschnittsalter für den ersten Koitus 16,7 Jahre. Studien, die sich mit der partnerbezogenen sexuellen Entwicklung bei psychisch Kranken auseinandersetzen, sind sehr selten. Eine relativ aktuelle Untersuchung von Spichala aus dem Jahre 1992 ist eine davon. In ihrer Untersuchung, die die partnerbezogene sexuelle Entwicklung bei schizophrenen und auch gesunden Probanden sehr differenziert über insgesamt 20 Items erfaßt, finden sich zu den Unterpunkten „Erster Kuß“, „Erstes Petting“ und „Erster Koitus“, die von Strauß treffenderweise als „sexuelle Premieren“ bezeichnet werden, Ergebnisse, die im wesentlichen mit den oben genannten empirischen Studien an psychisch gesunden Probanden übereinstimmen. Die Befunden der eigenen Untersuchung lassen sich ebenfalls im wesentlichen dem zeitlichen Ablauf in der gesunden Bevölkerung zuordnen. Lediglich der Koitus wird von Männern mit ca. 21 Jahren deutlich später als in der Normalbevölkerung erlebt. Bei der genaueren Betrachtung der Geschlechtsunterschiede der eigenen Untersuchung fällt allerdings auf, daß die „sexuellen Premieren“ als Einzelfaktoren nur geringfügige Auffälligkeiten zeigen, jedoch als daraus errechneter Entwicklungsindex (EI) eine tendenziell für Männer verzögerte Entwicklung aufweisen.

Dieses Ergebnis findet in der Literatur, u. a. in der 1964 von Schneider et al. veröffentlichten Studie, sein indirektes Korrelat. Dort wurden je 72 männliche und weibliche hospitalisierte endogen-psychotische (überwiegend schizophrene) Patienten untersucht. Unter den weiblichen Patienten fanden sich häufiger Frühentwickler, unter den männlichen Patienten häufiger Spätentwickler.

Die früher berichtete verzögerte sexuelle Entwicklung schizophrener Frauen (Raboch 1984/86) ließ sich in der vorliegenden Untersuchung nicht aufzeigen, vielmehr fand sich für Männer für die erste Masturbation und das erste Orgasmuserleben sogar eine im Vergleich zur Normalbevölkerung früher einsetzende Entwicklung.

Daß die prämorbid sexuelle Aktivität vieler Patienten, wie Lukianowicz 1963 bereits festgestellt hat, mit der von Gesunden annähernd identisch zu sein scheint, könnte für die hier vorliegende Studie darin begründet sein, daß die Probanden ausschließlich nach den Kriterien der Nichthospitalisierung ausgewählt worden sind und dadurch der Teil der schizophrenen Erkrankung erfaßt wurde, der einen prognostisch günstigeren Verlauf aufweist, und, besonders für die Intimsphäre von Bedeutung, weniger durch Hospitalisierungsfolgen beeinträchtigt worden ist. Die Teilnehmer der Studien sind, soweit aus den methodischen Darstellungen erkennbar, meistens nicht nach diesen Kriterien differenziert worden. Die dort erhobenen Befunde sind u. a. durch vielfältige Hospitalisierungsfolgen verzerrt. Hinzu kommt, daß die länger und häufiger hospitalisierten schizophrenen Probanden meistens durch einen schwereren Verlauf der Erkrankung gekennzeichnet sind, infolgedessen auch mehr Defizite in der sexuellen Entwicklung aufweisen.

Das Ergebnis der vorliegenden Befragung zu sexuellem Mißbrauch für Frauen zeigt mit einem Anteil von 47,8 % einen im oberen Bereich der bislang ermittelten Vergleichszahlen liegenden Wert (11 bis 31 % zitiert nach Christmann 1988).

Die Befunde zu Partnerschaft, Sexualität und deren Einfluß auf die Psychose lassen sich wie folgt darstellen:

Die Tatsache, daß in der vorliegenden Befragung nur 10 % der untersuchten Probanden mit einem Sexualpartner zusammenleben, fügt sich nahtlos in die 1964 von Schneider et al. ermittelten Ergebnisse (76,2 % der männlichen bzw. 54,8 % der weiblichen schizophrenen Patienten waren ledig) und decken sich auch mit einer aus 1983 stammenden Untersuchung von Lyketsos (80 % der schizophrenen Patienten waren ledig). Im Vergleich dazu belegen Untersuchungen, wie der Playboy-Report (Le Viseur 1985), daß in der Normalbevölkerung 75,6 % aller Befragten einen Partner haben (85 % der Frauen, 74,3 % der Männer). Bemerkenswert scheint jedoch die in der vorliegenden Untersuchung ermittelte relativ lange durchschnittliche Dauer der Partnerschaften von 138 Monaten zu sein, was indirekt Rückschlüsse auf die relative Stabilität der Beziehungen zuläßt. Möglicherweise besteht auch hier ein Zusammenhang mit der Nichthospitalisierung. Insgesamt gesehen ist jedoch der hohe Anteil der Probanden, der ohne Sexualpartner lebt, wie auch schon im anderen Zusammenhang erörtert, als Ausdruck sowohl schizophrene- als auch hospitalisierungsbedingter Beeinträchtigungen in der Wahrnehmungs- und Erlebnisfähigkeit bzw. im gestörten Kommunikationsverhalten zu sehen. Die Tatsache, daß diejenigen Probanden, die in einer Partnerschaft lebten, hinsichtlich der Zufriedenheit sowohl im Hinblick auf die Partnerschaft als auch in sexueller Hinsicht, den Probanden überlegen waren, die ohne Partner lebten, deckt sich am ehesten mit dem von Raboch (1984 al.) ermittelten Befund, daß schizophrene Patientinnen, die in guter Part-

nerbeziehungen lebten, „normale“ sexuelle Aktivität und Erregbarkeit zeigten. Für Raboch interferierte die häufig beobachtete soziale Isolation negativ (sekundär) mit dem Sexualleben der Patientinnen (Maßmann 1991). Auch Buddeberg (1988) fand in seiner Fragebogenuntersuchung an je 20 männlichen und weiblichen schizophrenen Patienten, daß Patienten mit Geschlechtsverkehr mit ihrem Sexualleben zufriedener sind als diejenigen, die keinen Geschlechtsverkehr haben. Andere Autoren, wie Lyketsos (1983), Schneider et al. (1964), Skopec (1967), Rozan et al. (1971) stellen krankheitsbedingte Veränderungen in der sexuellen Aktivität (im Vergleich zum prämorbidem Verhalten) einschließlich sexuellem Interesse, Koitusfrequenz, Zahl der Koituspartner und sexueller Befriedigung im Sinne von Anhedonie in den Vordergrund.

Betrachtet man in der vorliegenden Untersuchung die Gesamtheit der befragten Probanden hinsichtlich Zufriedenheit mit der Partnerschaftssituation bzw. mit dem Alleinsein und auch bezüglich sexueller Zufriedenheit, so zeigt sich, daß Frauen in beiden Teilbereichen zufriedener sind als Männer. Dieser Geschlechtsunterschied läßt sich nicht sicher einordnen, deutet aber möglicherweise auf Zusammenhänge mit den von Angermeyer erhobenen Befunde (1989) hin, nachdem Frauen einen günstigeren Verlauf der Erkrankung erleben und damit auch über mehr Möglichkeiten verfügen, die Voraussetzungen für die oben genannte Zufriedenheit zu realisieren. Die signifikant ausgeprägtere Zufriedenheit von Frauen mit der Partnerschaft oder im überwiegenden Teil (knapp über die Hälfte) mit der Situation des Alleinseins und auch die tendenziell größere sexuelle Zufriedenheit scheinen auf ein gelungeneres Coping der Erkrankung hinzudeuten.

Der Einfluß von Sexualität bzw. Partnerschaft auf die Psychose ist, besonders vor dem Hintergrund der eingangs formulierten Hypothesen, nicht global zu beantworten. Insbesondere die statistisch ermittelten Daten spiegeln die komplexen Zusammenhänge nur unvollständig wieder. Ergänzt durch die Betrachtung von individuellen Einzelfällen entsteht der Eindruck, daß sexuelle Erlebnisse und auch streßreich erlebte Partnerschaften (auch positiv im Sinne von Verliebtsein) direkt mitauslösend für eine akute Exazerbation wirken können. Auf der anderen Seite kann Sexualität im Rahmen einer stabilen und als harmonisch erlebten Partnerschaft wesentlich zur seelischen Stabilisierung beitragen (Raboch 1984 a, b und Weig 1988). In Einzelfällen scheint sogar durch direkte sexuelle Aktivität, wie z.B. durch Petting oder Selbstbefriedigung, die Kompensation akuter Psychosezeichen möglich zu sein. Aus der Literatur gibt es zu dieser sehr speziellen Fragestellung kaum Hinweise und kann deshalb hier nicht entsprechend diskutiert werden.

Das von den Probanden berichtete Ausmaß sexueller Störungen liegt mit 80 % sowohl deutlich über den bekannten Durchschnittswert aus der psychisch gesunden Normalbevölkerung als auch an der Obergrenze bisher ermittelter Dysfunktionen aus vergleichbaren Studien an schizophrenen Erkrankten. Vergleichswerte aus amerikanischen und skandinavischen Untersuchungen an primär psychischen gesunden Probanden belegen, daß ca. 32 - 40 % der Männer bzw. 21 - 34 % der Frauen unter sexuellen Dysfunktionen leiden (Uddenberg 1974, Nettelblatt und Uddenberg 1979). Dabei handelt es sich bei den Männern überwiegend um Erektions- und Ejakulationsstörungen, bei den Frauen um Erregungs- und Orgasmusstörungen. In einer der bekanntesten und repräsentativen Studie von Masters und Johnson (1984) machten Erektions- und Ejakulationsstörungen etwa jeweils zur Hälfte das Störungsbild der von Männern beklagten Dysfunktionen aus. Bei Frauen fand sich ein ähnliches Verteilungsverhältnis bezogen auf primäre und sekundäre

Orgasmusstörungen. Hinzu kam ein Anteil von 10% Vaginismusstörung. Die 1985 von Bancroft publizierte Studie stellt das hohe Ausmaß der -besonders von Frauen- beklagten sogenannten mangelnden Libido bzw. fehlende sexuelle Befriedigung in den Vordergrund.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen weisen für alle nach den Kategorien des Hertoft-Schemas untersuchten Störungsbereiche im Vergleich zur gesunden Normalbevölkerung deutlich erhöhte Prozentwerte auf (vergleiche Abb. 1). Die Tatsache, daß sich hier keine ausgeprägten Geschlechtsdifferenzen gefunden haben, deutet auf die Mitbeteiligung des morbogenen Faktors hin. Auf das Problem der differenzierten Erfassung krankheitsbedingter, medikamentös induzierter Störungen wurde bereits mehrfach hingewiesen. In der rückblickenden Betrachtung aller Einzelaussagen entsteht der Eindruck, daß die Probanden dazu tendierten, Medikamente für die geklagten Dysfunktionen verantwortlich zu machen.

Bemerkenswert ist jedoch in diesem Zusammenhang, daß es sich bei der Korrelation von Neuroleptikadosis und Störungsindex (SI) herausstellte, daß die Neuroleptikadosis nicht nur keinen erkennbaren Einfluß auf das Ausmaß sexueller Störung hat, sondern sogar ein kontraintuitiver Effekt deutlich wurde. Diese Diskrepanz bezieht sich jedoch auf die sogenannten hochpotenten Neuroleptika, für die niederpotenten Neuroleptika wurde für Frauen, unter einseitiger Hypothese, eine statistisch signifikante positive Korrelation gefunden. Dieser Zusammenhang bzw. der fehlende Zusammenhang zwischen Neuroleptikadosis und sexueller Störung wird (allerdings ohne Differenzierung in hoch- bzw. niederpotente Neuroleptika) in ähnlicher Weise von Nestoros (1980/81) und Raboch (1985) berichtet. Beide fanden ebenfalls keine Korrelation zwischen Neuroleptikadosis und Qualität des Sexuallebens. Eine naheliegende Erklärung für den kontraintuitiven Effekt der hochpotenten Neuroleptika könnte sein, daß durch ihre antipsychotische Wirkung eine Wiederannäherung an die Realität erreicht wird und damit Sexualität wieder ungestört erlebt werden kann. Für die sexuellen Funktionsstörungen durch niederpotente Neuroleptika sind die anticholinergen bzw. antialphadrenergen Wirkungen als Ursache anzunehmen. In Einzelberichten werden die erlebten Beeinträchtigungen zum Teil recht charakteristisch beschrieben und lassen den Schluß zu, daß vermutlich sowohl Krankheitsfaktoren (vor allem im Sinne von Anhedonie) als auch Krankheitsfolgen (z. B. verminderte soziale Kompetenz) und medikamentöse Einflüsse in einer letztlich nicht immer exakt aufschlüsselnden Konstellation an den vielfältigen und komplexen Störungen in den Bereichen Sexualität und Partnerschaft maßgebend beteiligt sind.

In einschlägigen Arbeiten, die sich mit sexuellen Funktionsstörungen bei schizophrenen Erkrankten befassen, finden sich zum Teil ähnlich hohe Prozentzahlen. So hat z. B. Guo-Gy (1989) festgestellt, daß 82,3 % der 51 untersuchten chronisch schizophrenen Patienten sexuelle Dysfunktionen äußerten, besonders häufig Inappetenz und Anorgasmie. Lukoff (1986) nimmt einen Anteil von 68 % sexueller Störungen (Erektions-, Ejakulations- und Orgasmusstörung) bei 16 männlichen akut schizophrenen Erkrankten an. Insgesamt bewegen sich die Angaben zur Häufigkeit sexueller Nebenwirkungen zwischen 5 und 60 %. Bei beiden Geschlechtern fanden sich gehäuft Erregungsstörungen und verminderte sexuelle Appetenz (Maßmann 1991). Furrer (1986) hebt den im Vergleich zu Frauen größeren Anteil an sexuellen Dysfunktionen bei Männern hervor. Dazu ist allerdings anzumerken, daß Frauen vermutlich nicht weniger, sondern eher andere sexuelle Störungen haben, die häufig nur durch gezielte Fragen exploriert werden können.

Außerdem ist das Geschlecht des Interviewers und auch die möglicherweise geschlechtsspezifische Wahrnehmung von Sexualität zu berücksichtigen. In der Arbeit von Spichala leiden schizophrene Frauen sogar signifikant häufiger unter sexuellen Dysfunktionen als schizophrene Männer. Insgesamt existieren nach Maßmann (1991) weniger Angaben über sexuelle Schwierigkeiten bei weiblichen Patienten als entsprechende Mitteilungen zur männlichen Sexualität. Nach Ansicht von Maßmann liege dies unter anderem daran, daß gezielte Untersuchungen an Stichproben mit weiblichen Probanden bislang immer noch selten durchgeführt worden sind. In der vorhandenen wenig ergiebigen Literatur werden unterschiedliche Thesen zur sexuellen Dysfunktion bei Frauen aufgestellt. So gehen Buddeberg et al. (1988) aufgrund ihrer Daten davon aus, daß weibliche Patienten sexuell weniger aktiv seien und sexuelle Störungen daher seltener wahrgenommen werden. Andere Forscher, wie Collins et al. (1986) oder Eschmann-Mehl & Teusch (1988) nehmen an, daß weibliche Patienten weniger bereit seien, sexuelle Dysfunktion einzugestehen (Maßmann 1991). Aus den Ergebnissen der eigenen Untersuchung kann weder die eine noch die andere Theorie bestätigt werden. Die von Furrer erwähnte, zum Teil positive erlebte, hemmende Wirkung der Neuroleptika wird in Einzelfällen auch für die vorliegende Untersuchung gefunden. Die blockierende Wirkung wurde dabei häufig als Schutz vor „risikoreichen“ und potentiell streßbesetzten sexuellen Situationen erlebt.

### Literaturverzeichnis

- Arieti, S. (1975): Sexual problems of the schizophrenic and pre-schizophrenics. In: Sandler, M.; Gessa, G.L. (Hrsg.) *Sexual behavior: pharmacology and biochemistry*. New York: Raven Press (277–282).
- Bancroft, J. (1985): *Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität*. Stuttgart: Enke.
- Brenner, H.-D.; Rey, E.-R.; Stramke, W. G. (1983): *Empirische Schizophrenieforschung*. Bern Stuttgart Wien: Hans Huber.
- Buddeberg, C.; Furrer, H.; Limacher, B. (1988): Sexuelle Schwierigkeiten ambulant behandelter Schizophrener. *Psychiatrische Praxis* 15: 187–191.
- Christmann, F. (1988): *Psychologische Grundlagen*. In: F. Christmann (Hrsg.) *Heterosexualität*. Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo: Springer.
- Ciampi, L. (1982): *Affektlogik: über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Clement, U. (1986): *Sexualität im sozialen Wandel*. Stuttgart: Enke
- Collins, A. C.; Kellner, R. (1986): Neuroleptics and sexual functioning. *Integrative Psychiatry* 4: 96–108.
- Coons, P. M.; Bowman, E. S.; Pellow, T. A.; Schneider, P. (1989): Post-traumatic aspects of the treatment of victims of sexual abuse and incest. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 12: 25–335.
- Crain, L. S.; Henson, C. E.; Colliver, J.; MacLean, D. G. (1988): Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state Hospital system. *Hosp. Community Psychiatry* 39: 300–304.
- Eschmann-Mehl, G.; Teusch, L. (1988): Medikamenten- und krankheitsbedingte Sexualstörungen bei Patienten mit Schizophrenie - Schlußfolgerungen für die Rehabilitation? In: Böcker, F.; Weig, W. (Hrsg.) *Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie*. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer (233–239)
- Federn, P. (1978): *Ichpsychologie und die Psychosen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Finkelhor, D. (1984): *Child sexual abuse. New Theory and research*. New York: Free Press.
- Friedman, S.; Harrison, G. (1984): Sexual histories, attitudes and behavior of schizophrenic and „normal“ woman. *Archives of Sexual Behavior* 13: 555–567.

- Furrer, H. (1986): Sexuelle Probleme von ambulant behandelten Schizophrenen (medizinische Dissertation). Zürich.
- Guo-Gy (1989): A pilot study of sexual problems in chronic schizophrenia: a report on cases. *Chung Hua Shen Ching Shen Ko Tsa Chih*. 22: 282–284, 318 (In Chinese)
- Habermehl, W. (1978): Ralf-Report.
- Habermehl, W. (1993): Sexualverhalten der Deutschen. München: Heyne.
- Harrow, M.; Westermeyer, J.; Silverstein, M.; Strauss, B. S.; Cohler, B. J. (1986): Predictors of outcome in schizophrenia: the process reactive dimension. *Schizophrenic Bulletin* 12: 195–207.
- Kankeleit, D. (1928): über Selbstbeschädigungen und Selbstverstümmelungen der Geschlechtsorgane. In: Marcuse, M. (Hrsg.) *Verhandlungen des 1. Int. Kongresses für Sexuallforschung*. Bd. 2, Marcus und Weber, Berlin.
- Keefe, R.; Mohs, R. C.; Losonczy, M. F.; Davidson, M.; Silverman, J. M.; Horvarth, T. B.; Davis, K. I. (1989): Premorbid sociosexual functioning and long-term outcome in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 146: 206–211.
- Kipp, J.; Goldack, R. (1991): Längerfristige Klinikbehandlung in psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde* 20: 7–12.
- Klug, G. (1981): Über den Zusammenhang von sexueller Partnerschaft und Krankheitsverlauf bei 40 endogen depressiven Frauen. Med. Dissertation, Universität München.
- Kraepelin, E. (1909, 1913, 1915): *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Bd. 1–4, 8. Aufl., Leipzig: J. Barth.
- Krafft-Ebing, R. v. (1903): *Über gesunde und kranke Nerven*. Verlag von Laupp'schen Buchhandlung, Tübingen.
- Le Viseur, R. (1985): *So treiben die Deutschen. Der Playboy Report*. Frankfurt/M.: Eichborn.
- Löwenfeld, L. (1914): *Sexualleben und Nervenleiden*. Wiesbaden: Bergmann.
- Lomer, G. (1907): *Liebe und Psychose*. Wiesbaden: Bergmann.
- Lukianowicz, N. (1963): Sexual drive and its gratification in schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry* 9: 250–258.
- Lukoff, D.; Gioia-Hasick, D.; Sullivan, G.; Golden, J. S.; Nuechterlein, K. H. (1986): Sex education and rehabilitation with schizophrenic male outpatients. *Schizophrenic Bulletin* 12: 669–677.
- Lyketos, G. C.; Sakka, P.; Mailis, A. (1983): The Sexual adjustment of chronic schizophrenics: a preliminary study. *British Journal of Psychiatry* 143: 376–382.
- Maßmann, A. (1991): *Konzepte sexueller Gesundheit bei Patienten mit endogener Psychose: eine Literaturübersicht*. Diplomarbeit im Fach Psychologie an der Universität Osnabrück.
- Masters, W.; Johnson, V. (1984): *Die sexuelle Reaktion*. Reinbeck: Rowohlt.
- Mellan, J. (1980): Fragebogen zur Untersuchung der Heterosexuellen Entwicklung der Frauen. *Cas Lek. Ces.* 119: 507–509.
- Nestoros, J. N.; Lehmann, H. E.; Ban, T. A. (1980): Neuroleptics drugs and sexual functioning in schizophrenia. *Mod. Probl. Pharmacopsychiatry* 15: 111–130.
- Nestoros, J. N.; Lehmann, H. E.; Ban, T. A. (1981): Sexual behavior of male schizophrenic: the impact of illness and medications. *Archives of Sexual Behavior* 10: 421–422.
- Nettelbladt, P.; Uddenberg, N. (1979): Sexual Dysfunction and sexual Satisfaction in 58 Married Swedish Men. *J. Psychosom. Res.* 23: 14–147.
- Raboch, J. (1984a): Zyklaphrenie-Schizophrenie: endogen Psychosen und die weibliche Sexualität. *Sexualmedizin* 13: 698–702.
- Raboch, J. (1984b): The sexual development and life of female schizophrenic patients. *Archives of Sexual Behavior* 13: 341–349.
- Raboch, J. (1986): Sexual development and life of psychiatric female patients. *Archives of Sexual Behavior* 15: 341–353.
- Rozan, G. H.; Tuchin, T.; Kurland, M. L. (1971): Some implications of sexual activity for mental illness. *Mental Hygiene* 55: 318–323.
- Scharfetter, C. (1990): *Schizophrene Menschen: Bewußtseinsbereiche und Psychopathologie. Ich-Psychopathologie des Schizophrenen Syndroms. – Forschungsansätze und Deutungen. Therapiegrundsätze*. München Weinheim: Psychologie Verlags Union (Urban & Schwarzenberg).

- Schmidt, G. (1993): Jugendsexualität. Stuttgart: Enke.
- Schneider, P. B., Abraham, G.; Panayotopoulos (1964): Quelques aspects de la vie sexuelle des psychotiques. *Evol. Psychiat.* 29: 45–73.
- Skopec, H. M.; Rosenberg, S. D.; Tucker, G. J. (1976): Sexual behavior in schizophrenia. *Medical Aspects of Human Sexuality* 10: 32–47.
- Spichala, H. (1991): Sexuelle Sozialisation. Eine empirische Studie an schizophrenen und psychiatrisch unauffälligen Menschen. Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück.
- Strauß, B. (1985): Psychische Erkrankung und Sexualität. In BPD (Hrsg.). *Psychologische Hilfen für Behinderte*. Weisenhof, Weinsberg.
- Strauß, B. (1985): Beeinflussung der Sexualität durch Psychopharmaka. *Recht Psychiat.* 4: 129–131.
- Uddenberg, N. (1974): Psychological Aspects of Sexual Inadequacy in Women. *J. Sex. Marit. Ther.* 9: 204–209.
- Verhulst, J.; Schneidman, B. (1981): Schizophrenia and sexual functioning. *Hosp. Community Psychiatry* 32: 259–262.
- Weig, W. (1988): Sexualwissenschaftliche Aspekte in der Psychiatrie, In: F. Christmann (Hrsg.) *Heterosexualität: Ein Leitfaden für Therapeuten*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong: Springer (46–78).

**Anschriften der Autoren**

Dr. med. Susanne Kowohl, Waldkrankenhaus Köppern, Emil-Sioli-Weg 1-3, 61381 Friedrichsdorf; Dr. med. Wolfgang Weig, Äztl. Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses. Pf 2080, 49010 Osnabrück

## Einstellungen Transsexueller gegenüber der Begutachtung in Verfahren zur Vornamensänderung

Transsexuals' attitudes towards expertising procedure in trials according to the German Transsexuality Act

D. Luther, S. Osburg, C. Weitze

### Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird durch die Befragung von 40 Transsexuellen, die zwischen 1985 und 1994 zur Vornamensänderung nach dem Transsexuellengesetz begutachtet wurden, deren Einstellung zum Begutachtungsprozeß nachgegangen. Nach Angaben der Betroffenen betrug die Untersuchungszeiträume der Mehrzahl der Sachverständigen weniger als ein halbes Jahr, zu einem Drittel nur vier Wochen und weniger. 91% der Vornamensänderungsgutachten wurden dabei auch für eine OP-Indikation verwendet. Zwei Drittel der Transsexuellen bewerteten eine Begutachtung von über sechs Monaten als negativ, jedoch zeigte sich gerade bei den länger begutachteten Probanden eine positivere Einschätzung der Beziehungsaspekte zum Gutachter. Bei den Kriterien für die Auswahl des Gutachters dominierte der Wunsch nach Erfahrung und Gründlichkeit. Die doppelte Begutachtung wurde von nahezu der Hälfte der Probanden mit den Hauptargumenten einer dadurch gründlicheren und objektiveren Beurteilung als positiv bewertet. Die Befunde stehen damit im Kontrast zu den von einigen Transsexuellen und ihren Interessenvertretern vorgebrachten Polemiken gegen eine ausführliche und um genaue Klärung bemühte Begutachtung.

*Schlüsselwörter:* Transsexuelle, Transsexuellengesetz, Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz

### Summary

Up to now there exist no empirical investigations concerning expertising in trials relating to the German Act. This subject was investigated by the authors by means of a survey among 40 former clients who had gone through the expertising procedure for changing forenames between 1985 and 1994. According to the information given by the transsexuals, the time most experts took for assessment was less than six months and in one third of cases even less than four weeks. 91% of the expertises recommending a change of forenames were also used by the clients as a proof for the indication of surgical sex reassignment. Two thirds of the transsexuals considered examination lasting more than six months to be negative, but transsexuals who completed this procedure, rated the relationship between them and the expert more positively. Among the criteria for the choice of an expert, the transsexuals wish for experience and thoroughness were predominant. The double expertise according to the German Transsexuality Act was considered as consistent with the main argument for a more thorough and objective judgement. These findings stand in contrast to the polemic given by some transsexuals or their representatives against an extensive and thorough process of expertising in the context of applications for forename change.

*Key Words:* Transsexuals, expertises in cases of sex reassignment, transsexuals' opinion about the expert's assessment.

Von Transsexuellen und deren Interessenvertretern wird in den Medien wiederholt eine negative Einschätzung der vom Gesetz geforderten Begutachtung in TSG-Verfahren geäußert, von Medizinern und Psychologen hingegen überwiegend deren Bedeutung hervorgehoben. (Übersichten bei Becker, Bosinski, Clement et al. 1996, Becker & Hartmann 1995, Langer 1995). Untersuchungen zu Einstellungen transsexueller Probanden gegenüber der Begutachtung liegen bisher jedoch nicht vor. Es wiederholt sich hier der immer wieder beklagte Umstand (Foerster 1986, Littmann 1993, Nedopil 1989) der Notwendigkeit von Untersuchungen der forensischen Begutachtungssituation bei deren gleichzeitigem Mangel. Es soll daher in der vorliegenden Untersuchung überprüft werden, ob die in der Öffentlichkeit vertretene ungünstige Bewertung der Begutachtung sich durch Befragung von Betroffenen verifizieren läßt und wie sie sich in Bezug auf Teilaspekte der Begutachtung darstellt, wie in der Auswahl des Sachverständigen, der Dauer der Begutachtung oder der Beziehung zum Gutachter.

## 1. Methodik

Anfang 1995 wurden an 60 Probanden Fragebogen<sup>1</sup> versandt, die im Zeitraum 1985 bis 1994 nach dem Transsexuellengesetz von den Autorinnen persönlich begutachtet worden waren und auch die zweite Begutachtung abgeschlossen hatten. Die Ergebnisse der Gutachten waren ihnen bekannt. Alle 60 Probanden, die von den Autorinnen untersucht worden waren, hatten ein befürwortendes Gutachten erhalten, da in Fällen, in denen nach Ansicht der begutachtenden Autorinnen keine Transsexualität bestand, den Probanden geraten worden war, vom Verfahren Abstand zu nehmen, bzw. ein solches aufgrund entsprechender Vorgespräche nicht zustande gekommen war. Drei Probanden, die unter einer schweren Persönlichkeitsstörung mit zumindest zeitweise paranoid-psychotischer Dekompensation litten, wurden aufgrund des ihnen unterstellten Belastungserlebens einer solchen Datenerhebung nicht angeschrieben.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurde nur auf die eigene Klientel Bezug genommen. Durch die zweifache Begutachtung war jedoch gewährleistet, daß jeweils ein institutsfremder Gutachter am Verfahren beteiligt war. Die Namen dieser externen Gutachter wurden nicht abgefragt, weswegen sich auch deren Zahl nicht ermitteln ließ.

Der Fragebogen bestand aus drei Teilen: Der erste umfaßte allgemeine Angaben zu Person und Begutachtung, der zweite Teil bezog sich auf Informationen zu den Gutachtern und das Verhältnis zwischen Proband und Sachverständigen. Im letzten Teil wurden Einstellungen zum TSG-Verfahren generell erfragt. Wir bezeichneten den Gutachter, mit dem der Antragsteller den ersten Kontakt hatte, als Erstgutachter, den nachfolgenden als Zweitgutachter. Die Antworten waren überwiegend vorgegeben und anzukreuzen; teilweise bestand die Möglichkeit zur Antwort mit freiem Text.

<sup>1</sup> Herrn Prof. Dr. F. Pfäfflin danken wir für seine Anregungen und die kritische Durchsicht des Fragebogens

Bei 60 verschickten Fragebogen konnten 49 Adressaten erreicht werden. Von diesen erhielten wir 40 Fragebogen (82%) zurück, 39 davon konnten ausgewertet werden.

## **2. Ergebnisse**

### *2.1 Allgemeine Angaben*

Bei 72 % der Befragten handelte es sich um Mann-zu-Frau- und bei 28 % um Frau-zu-Mann-Transsexuelle. Die jeweiligen Vornamensänderungen erfolgten in dem Zeitraum von 1985 bis 1995, bei acht Probanden dauerte das Verfahren noch an. Im Durchschnitt betrug das gesamte Verfahren von der Antragstellung bis zur rechtskräftigen Erteilung des Vornamens 67 Wochen (Median: 56 Wochen, Range: 15 bis 194 Wochen). 6,3 % der Befragten hatten das Verfahren nach Erstellung des Gutachtens nicht weiter verfolgt, bzw. den Antrag zurückgezogen. 74 % der Probanden erhielten für das Verfahren Prozeßkostenhilfe.

88 % der Befragten benutzten das Gutachten gleichzeitig zur Beantragung der geschlechtsangleichenden Operation bei der Krankenkasse. Bei 91% diente es der Befürwortung gegenüber den die Operation durchführenden Ärzten. Drei Probanden (9 %) gaben an, daß keine geschlechtsangleichende Operation durchgeführt wurde.

### *2.2 Dauer der Begutachtung*

Durchschnittlich fanden beim Erstgutachter 7 Sitzungen (Median 5 Sitzungen, Range 1–60) mit einer Sitzungsdauer von im Mittel einer Stunde (Median: 60 Minuten, Range: 20 Minuten bis 4 Stunden) statt; beim Zweitgutachter fanden durchschnittlich 5,8 Sitzungen statt (Median 5, Range 1 bis 20mal), die Dauer der Sitzungen wurde im Mittel mit 1¼Std. (Median 60 Minuten, Range 15 Minuten bis 6 Stunden) angegeben. Insgesamt erstreckten sich die Begutachtungen sowohl beim Erstgutachter als auch beim Zweitgutachter über einen Gesamtzeitraum von durchschnittlich 16 Wochen (Median 12 Wochen, Range 1 bis 52 Wochen). Ebenso fanden über 85 % der Begutachtungen innerhalb von 6 Monaten statt, wobei sich ein Häufigkeitsgipfel (29 % beim Erst- bzw. 28 % Zweitgutachter) während der ersten vier Wochen zeigte und ein zweiter Gipfel von der 12. bis 24. Woche (45 % Erst- bzw. bzw. 32 % Zweitgutachter).

### *2.3 Auswahl des Gutachters*

Bei den Erstgutachtern handelte es sich je zur Hälfte um Männer und Frauen, beim Zweitgutachter überweg leicht der Anteil der Frauen. Die Mehrheit der Probanden hatte den Gutachter (64 % Erst- bzw. 63 % Zweitgutachter) selbst gewählt. 18 % bzw. 16 % hatten die Wahl ausdrücklich dem Richter überlassen. Bei 5 % bzw. 10 % wurde der Sachverständige vom Gericht bestimmt, wobei der Gutachternvorschlag des Probanden nicht akzeptiert worden war. In 13 % bzw. 10 % war der Sachverständige ohne Einflußnahme des Probanden vom Gericht bestimmt, d. h. der Proband dazu nicht befragt worden.

Von den Probanden, die den Erstgutachter selbst bestimmt hatten, kannten ihn 44 % durch vorherige Beratung, Psychotherapie oder andere Kontakte. Die Mehrzahl (56 %) kannte ihren Erstgutachter (67 % ihren Zweitgutachter) vorher jedoch nicht persönlich: Er war in 40 % (bzw. 37%) durch andere Transsexuelle, in 30% (bzw. 25%) durch einen Fachmann, Arzt oder Psychologe, in 11 % (bzw. 4%) durch andere Personen empfohlen worden. 18% (bzw. 20%) wählten den Gutachter aus anderen Gründen.

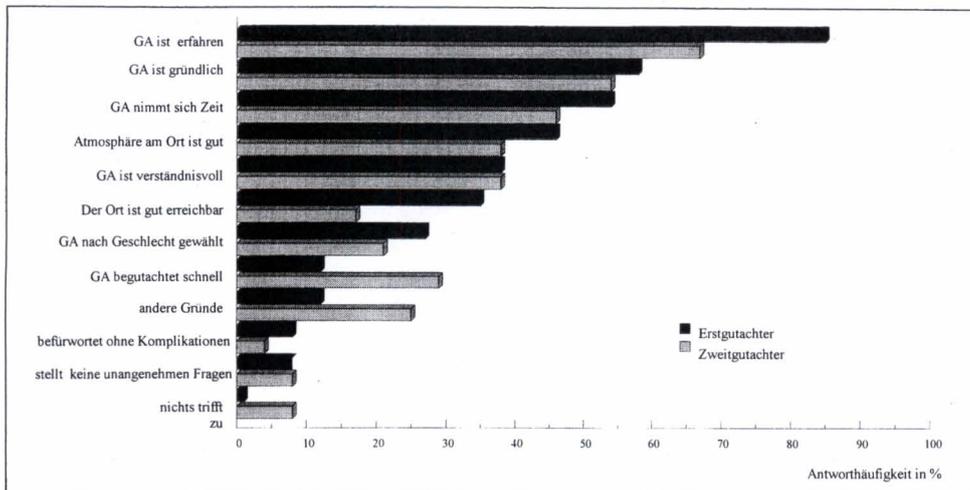


Abb. 1: Auswahlkriterien für den Erst- und Zweitgutachter

Für die Mehrheit der Probanden war Erfahrung das ausschlaggebende Argument zur Auswahl des ersten Gutachters, gefolgt von der Erwartung, daß die Begutachtung gründlich durchgeführt werde und der Gutachter sich Zeit lasse. Die Vorgabe, der Sachverständige stelle keine unangenehmen Fragen und befürworte komplikationslos den Antrag, gehörte zu den am wenigsten ausschlaggebenden Gründen für die Wahl. Die genaue Verteilung aller Antworten stellt Abbildung 1 dar. Darin zeigt sich eine leichte Differenz der Auswahlkriterien für die beiden Sachverständigen. So wurde zum Beispiel das Argument, daß die Begutachtung schnell verlaufe für den Zweitgutachter mehr als doppelt so häufig genannt.

#### 2.4 Verhältnis zum Sachverständigen

85 % bzw. 79 % der Probanden schätzten ihren Kontakt zum Erst- bzw. Zweitgutachter als positiv ein. Das Vertrauen zum Gutachter wurde in ähnlich hoher Weise (79 % Erst- bzw. 71 % Zweitgutachter) als sehr gut oder eher gut eingeschätzt. Die Bewertung, über Intimes mit dem Gutachter zu sprechen, verteilt sich nahezu gleich in Positiv- und Negativantworten. Auch in der zweiten Begutachtung wurden Kontakt und Vertrauen wiederum von mehr als der Hälfte der Befragten als sehr gut oder eher gut beschrieben. Die genaue Verteilung zeigt Tabelle 1.

Tab. 1: Einschätzung der Beziehung zum Sachverständigen

	sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht
Wie war der Kontakt zum Erst(Zweit)-Gutachter?	34 % (30 %)	51 % (49 %)	13 % (16 %)	2 % (5 %)
Konnten sie dem Erst(Zweit)-Gutachter vertrauen?	47 % (32 %)	32 % (39 %)	18 % (17 %)	3 % (11 %)
Wie war es, mit dem Erst(Zweit)-Gutachter über intime Dinge zu sprechen?	28 % (17 %)	23 % (35 %)	43 % (35 %)	5 % (14 %)

Die Frage, ob der Auswahlmodus des Gutachters von Einfluß auf die Beziehung zwischen Gutachter und Proband war, wurde an den drei Items Kontakt, Vertrauen und Empfinden, über Intimes zu sprechen, überprüft. Die statistische Auswertung ergab, daß sowohl der Kontakt, als auch die Möglichkeit, über Intimes zu sprechen, von der Gruppe, die den Erstgutachter selbst gewählt hatte, hochsignifikant positiver bewertet wurde. Auch das Vertrauen wurde als deutlich besser eingeschätzt (letzteres jedoch lediglich signifikant auf dem 10% Niveau). Rechnerisch konnten diese Unterschiede beim Auswahlmodus des Zweitgutachters nicht mehr verifiziert werden, tendenziell zeigte sich aber auch hier, daß die Gruppe, die ihren Gutachter selbst gewählt hatte, die drei Items positiver einschätzte.

Differenziert man die Punkte Kontakt, Vertrauen und Empfinden, über Intimes zu reden nach Geschlecht, sowohl der Probanden als auch der Gutachter, zeigt sich, daß Gleichgeschlechtlichkeit oder Gegengeschlechtlichkeit zwischen Gutachter und Proband weniger eine Rolle zu spielen scheinen, als das Geschlecht des Gutachters an sich: Alle drei Beziehungsqualitäten wurden von den Probanden in bezug zu einem weiblichen Gutachter positiver bewertet.

Die überdurchschnittlich lange begutachteten Probanden (länger als sechs Monate) bewerteten im Vergleich die Variablen Kontakt und Vertrauen günstiger.

### *2.5 Die doppelte Begutachtung*

Zwei Drittel der Befragten konnten keine erheblichen Unterschiede hinsichtlich der von den Gutachtern erfragten Inhalte feststellen.

Im Gegensatz zu der häufig geäußerten Meinung, daß die doppelte Begutachtung von den Transsexuellen durchweg als negativ empfunden werde, bewerteten 48% die doppelte Begutachtung als positiv (22% sehr gut, 26% eher gut, 26% eher schlecht, 26% sehr schlecht).

Tabelle 2 zeigt die Einschätzung der Probanden zu häufig genannten Standpunkten hinsichtlich einer doppelten Begutachtung:

Die Mehrzahl der Probanden zeigte dabei kein eindeutig ablehnendes oder befürwortendes Antwortverhalten:

In der Rubrik „Kontra“ wurde am häufigsten das Argument bejaht, die doppelte Begutachtung sei zu teuer, zu lange und ein zu starker Eingriff in die Intimsphäre. Ähnlich häufig wurden jedoch die „Pro“-Argumente als zutreffend bezeichnet, daß durch die zweimalige Begutachtung diese insgesamt objektiver und gründlicher erscheine. Frau-zu-Mann-Transsexuelle bejahten die „Pro“ Argumente deutlich häufiger als die Mann-zu-Frau-Transsexuellen.

Die faktorenanalytische Überprüfung ergab, daß nicht so sehr zwischen einzelnen Bereichen differenziert wurde, sondern daß ein Generalfaktor das Antwortverhalten zu beeinflussen scheint, und zwar ob grundsätzlich eine eher positive, negative oder zwiespältig Einstellung zur Begutachtung besteht.

### *2.6 Spezielle Aspekte der TSG-Begutachtung*

Für mehr als die Hälfte (54%) der Befragten war das Geschlecht des Gutachters nicht von Bedeutung (20% sehr wichtig, 27% eher wichtig, jeweils 27% eher nicht oder gar nicht wichtig). Dies gilt sowohl für Frau-zu-Mann- als auch Mann-zu-Frau-Transsexuelle.

Tab. 2: Bewertung vorgegebener der doppelten Begutachtung

Vorgegebene Standpunkte	trifft völlig zu in %	trifft eher zu in %	trifft weniger zu in %	trifft nicht zu in %
<b>KONTRA</b>				
Durch eine doppelte Begutachtung wird das Verfahren unnötig teuer	<b>43</b> (48) [30]	<b>24</b> (22) [30]	<b>13</b> (8) [30]	<b>19</b> (22) [10]
Die doppelte Begutachtung dauert zu lange	<b>37</b> (37) [36]	<b>22</b> (22) [18]	<b>14</b> (26) [18]	<b>27</b> (15) [27]
Die Begutachtung empfinde ich als Eingriff in meine Intimsphäre, ich möchte mich darüber nicht auch noch zwei Personen mitteilen	<b>32</b> (37) [18]	<b>24</b> (36) [31]	<b>15</b> (14) [18]	<b>29</b> (30) [20]
Es ist schwierig, sich gleichzeitig auf zwei verschiedene Gutachter einzustellen	<b>27</b> (30) [20]	<b>16</b> (19) [10]	<b>19</b> (18) [20]	<b>38</b> (33) [50]
Durch Gespräche mit zwei Gutachtern wurden meine Antworten oberflächlich und automatisiert	<b>11</b> (11) [11]	<b>14</b> (15) [11]	<b>31</b> (30) [34]	<b>44</b> (44) [44]
Mit nur einem Gutachter wäre ein intensiveres Gespräch zustande gekommen	<b>14</b> (15) [10]	<b>22</b> (15) [40]	<b>25</b> (31) [10]	<b>39</b> (39) [40]
<b>PRO</b>				
Durch zwei Gutachter werde ich objektiver beurteilt als durch nur einen	<b>38</b> (30) [60]	<b>22</b> (26) [10]	<b>13</b> (18) [1]	<b>27</b> (26) [30]
Durch das Gespräch mit zwei verschiedenen Gutachtern fand insgesamt eine gründlichere Untersuchung statt	<b>25</b> (18) [40]	<b>27</b> (30) [20]	<b>24</b> (22) [30]	<b>24</b> (30) [10]
Durch unterschiedliche Fachkompetenz der Gutachter konnte mit jeder auf seine Weise helfen	<b>14</b> (8) [30]	<b>32</b> (37) [20]	<b>24</b> (22) [30]	<b>30</b> (33) [20]
Dadurch, daß ich zu zwei Gutachtern kam, konnte ich viele Fragen stellen und Dinge in Erfahrung bringen, die mir mein behandelnder Arzt bisher nicht gesagt hatte	<b>19</b> (11) [40]	<b>16</b> (15) [20]	<b>35</b> (37) [30]	<b>30</b> (37) [10]
Die Bestätigung meines Wunsches durch zwei Gutachter hat mir größere innere Sicherheit gegeben	<b>19</b> (15) [30]	<b>14</b> (15) [10]	<b>21</b> (15) [40]	<b>46</b> (56) [20]
Die zweifache Begutachtung hat den Vorteil, daß man sich darüber Gutachter verschiedenen Geschlechts aussuchen kann	<b>18</b> (15) [27]	<b>13</b> (18) [1]	<b>24</b> (30) [9]	<b>45</b> (37) [64]

Transsexuelle insgesamt, ( ) = weibliche Transsexuelle, Geburtsgeschlecht männlich; [ ] = männliche Transsexuelle, Geburtsgeschlecht weiblich

Einer längeren Begutachtungsdauer von sechs Monaten und mehr standen zwei Drittel der Probanden eher oder ganz ablehnend gegenüber. Im Einzelnen konnten 11 % einer längeren Begutachtungsdauer durchaus positive Aspekte abgewinnen, 26 % eher positive Aspekte, 34 % konnten dem eher nichts und 30 % gar nichts Positives abgewinnen. Die letzte Kategorie wurde ausschließlich von Mann-zu-Frau-Transsexuellen angekreuzt. Bei Dichotomisierung der Einschätzung in positiv/negativ zeigten sich jedoch keine Geschlechtsunterschiede. Die Analyse der freien Antworten zu den positiven Aspekten einer längeren Begutachtungszeit ergab, daß dadurch die Probanden die Möglichkeit hatten, sich über einen größeren Zeitraum mit ihrem Wunsch nach Geschlechtswechsel und der daraus resultierenden Situation auseinanderzusetzen, bzw. ihren Weg anderen gegenüber zu vertreten. In einem Fall wurde explizit der Aufbau eines besseren Vertrauensverhältnisses bei einem längeren Begutachtungszeitraum genannt.

Die Möglichkeit, abschließend die Wirkung der Begutachtung in persönlichen Worten zu beschreiben, nutzten 85 % aller Fragebogenteilnehmer. Die Reaktionen auf die Begutachtung lassen sich grob unter vier verschiedene Qualitäten subsumieren: Zu jeweils einem Drittel wurde die Wirkung der Begutachtung als positiv oder negativ bewertet, ca. 10 % standen der Begutachtung ambivalent gegenüber und weniger als 5 % gaben ausdrücklich an, daß die Begutachtung keinerlei Auswirkung gehabt habe. Bei Betrachtung der Positivantworten kristallisieren sich vor allem zwei Gesichtspunkte heraus: Ein Teil der Transsexuellen beschrieb, durch den Prozeß der Begutachtung einen Zugewinn an Selbstbewußtsein, sozialer Kompetenz und Information erhalten zu haben. Der andere Hauptaspekt betraf die Bestärkung des subjektiven Empfindens durch das gutachterliche Urteil, das exemplarisch im folgenden Satz wiedergegeben wird: „Die Gutachter gaben mir die Sicherheit, mich richtig entschieden zu haben.“

Die Hauptargumente, warum die Begutachtung als negativ empfunden wurde, waren das Gefühl des Rechtfertigungszwanges und eines ungerechtfertigten Eingriffes in die Persönlichkeit. Zum Teil wurde die Begutachtung nicht pauschal bewertet, sondern bestimmte Teilaspekte kritisiert. Eine sehr konkrete Kritik lautete zum Beispiel, „daß Gefühle besprochen werden müssen, mit denen man zum Zeitpunkt der Begutachtung schon längst abgeschlossen hat. Eine Begutachtung dieses Umfangs sollte vor der Hormonbehandlung stattfinden. Was nützt es, noch jemanden zu begutachten, wenn ein schon nicht mehr rückgängig zu machender Weg eingeschlagen ist. Wer will einem Patienten von einer Vornamensänderung abraten, der schon zwei Jahre in Hormonbehandlung ist?“

### **3. Diskussion**

Empirische Untersuchungen zum Ablauf der Begutachtung in Transsexuellenverfahren und deren Erleben durch Betroffene sind bisher nicht erfolgt. Die Bedeutung einer sorgfältigen Begutachtung, die sicher allgemein als selbstverständlich gilt, wird im Falle der Transsexualität besonders unter dem Aspekt betont (Becker, Bosinski, Clement et al. 1996, Becker und Hartmann 1994, Langer 1995), daß hier dem rechtlichen Eingriff in vielen Fällen ein irreversibler körperlicher Eingriff folgt. Das klassische Dilemma des Gutachters zwischen dem Interesse des Probanden einerseits und dem Wohl der Öffentlichkeit andererseits (Nedopil 1989) dürfte in TSG-Verfahren eher zu vernachlässigen

sein. Die Folgen dieser Begutachtung trägt hauptsächlich der Betroffene selbst. Im Vergleich zu anderen gutachterlich zu untersuchenden gerichtlichen Fragestellungen ist dabei auch das aus dem Kastrationsgesetz abgeleiteten *Procedere* einer doppelten Begutachtung einmalig.

Nach sexualwissenschaftlichen Standards sollten Patienten mit dem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung mindestens ein halbes Jahr (Standards of Care: Walker et al. 1990), eher ein Jahr (Becker, Bosinski, Clement et al. 1996) von einem psychiatrisch bzw. psychologisch in der Thematik geschulten Experten betreut werden, ehe die Indikation zu einer geschlechtsumwandelnden Intervention gestellt wird. In der vorliegenden Arbeit wurde ein derartiger Untersuchungszeitraum nur von 28 % der Erstgutachter und 25 % der Zweitgutachter eingehalten. Die Mehrzahl der Probanden (56 % bzw. 67 %) kannte ihren Erst- bzw. Zweitgutachter nicht, so daß man nicht darauf vertrauen kann, daß die kurzen Begutachtungen durch einen bereits vorangegangenen längeren Kontakt erklärbar sind. In nahezu einem Drittel beider Begutachtungen dauerte diese lediglich maximal vier Wochen. Dies ist um so schwerwiegender als, wie von Gutachtern immer wieder vermutet, 91 % der Befragten ihr Gutachten beim Chirurgen zur Bestätigung der Indikation für die geschlechtsangleichende OP verwandten.

Bekannt ist die Erfahrung, daß Transsexuelle häufig auf einen möglichst schnellen Verlauf des Verfahrens drängen, zum Teil verbunden mit Androhungen der Selbstverstümmelung und des Suizids, da der derzeit bestehende Zustand für sie unerträglich geworden sei. In den Medien wird durch manche „Interessenvertreter“ häufig gegen eine längere Begutachtung als unzumutbare Grausamkeit polemisiert. Dabei zeigen Katamnesestudien (zusammenfassend siehe Pfäfflin und Junge 1992), daß eine positive Korrelation zwischen Dauer und Sorgfalt der Untersuchung und der Zufriedenheit nach geschlechtsumwandelnden Maßnahmen besteht.

In der vorliegenden Untersuchung scheint sich eine negative Bewertung der Begutachtungsdauer von sechs oder mehr Monaten abzubilden, da nur rund ein Drittel die längere Begutachtungsdauer als positiv bewertete. Bemerkenswerterweise gab es aber einen positiven Zusammenhang zwischen tatsächlich erlebter längerer Begutachtungsdauer und deren positiver Einschätzung: Die überdurchschnittlich lange begutachteten Probanden bewerteten im Vergleich die Variablen Kontakt und Vertrauen günstiger. Hiermit ist sicher eine offener Selbstdarstellung des Probanden verbunden, was für beide Seiten zur differentialdiagnostischen Klärung der Problematik konstruktiv beitragen dürfte. Bemerkenswert ist die deutlich positivere Einschätzung einer längeren Begutachtungsdauer durch F-zu-M-Transsexuelle, die vielleicht aufgrund ihrer geringeren Auffälligkeit bei gegengeschlechtlichem Rollenverhalten und der empirisch belegten besseren sozialen Eingliederung, den Spannungsbogen einer längeren Begutachtung mit genauerem Hinterfragen ihres Wunsches besser zu ertragen vermögen.

Bezüglich der Auswahlkriterien für den Gutachter dominierte bei der Mehrheit der Transsexuellen, die sich diesen selbst wählen konnten, nicht der Wunsch nach einer möglichst schnellen und komplikationslosen Begutachtung, sondern nach Erfahrung, Gründlichkeit und gerade dem Aspekt, daß der Gutachter sich Zeit lasse. Es scheint also auf Seiten der Betroffenen bei allem Drängen doch letztlich der Wunsch nach einer fundierten gutachterlichen Klärung vorrangig zu sein.

Die von den Autorinnen zunächst aufgestellte Hypothese, daß die auf dem Kastrationsgesetz beruhende und im Vergleich zu allen anderen rechtlichen Verfahren ungewöhnli-

che Prozedur der doppelten Begutachtung automatisch die Qualität der Begutachtung durch eine innere Abwehr der Betroffenen und eine Schematisierung ihres Antwortverhaltens negativ beeinflusst, bildet sich hier nicht hinreichend ab: Nur ein Viertel der Befragten gab an, daß sich durch die doppelte Begutachtung ihr Antwortverhalten automatisieren würde. Insgesamt wurde die doppelte Begutachtung weniger schlecht bewertet, als die Autorinnen erwartet hatten, immerhin sahen sogar 48 % eher Vorteile, vor allem aufgrund objektiverer Beurteilung, gründlicherer Untersuchung und der unterschiedlichen Fachkompetenz zweier Sachverständiger. Die Tatsache, daß der Wunsch nach einer gründlichen, erfahrenen Begutachtung bei der Wahl des Zweitgutachters teilweise zugunsten einer schnellen Begutachtung zurücktritt, deutet auf die wichtige Rolle gerade des Erstgutachters hin.

Trotz dieser zusätzlichen positiven Argumente für eine doppelte Begutachtung mit ihrem Zuwachs an Sicherheit, muß an dieser Stelle aber gesagt werden, daß die äußere Bestärkung des subjektiven Wunsches nach Geschlechtsumwandlung auch zum Problem werden kann. Unsere bereits an anderer Stelle geäußerte Sorge (Osburg und Weitze 1993), daß dies möglicherweise zu einer iatrogenen Fixierung führen mag, sehen wir in dem Zitat eines Probanden exemplarisch widergespiegelt: „Mich hat es sehr gestärkt, eine für mich wichtige Entscheidung zu treffen, denn wenn zwei Gutachter zu dem gleichen positiven Ergebnis kommen, gibt einem das innere Sicherheit, sich richtig zu entscheiden in Bezug auf die OP.“

Bei Untersuchung der Frage, welche Variablen von Einfluß auf die Beziehung zwischen Begutachteten und Gutachter sein könnten, scheint sich eine Bevorzugung weiblicher Gutachter durch Probanden beiderlei Geschlechts abzuzeichnen, wobei hier methodisch anzumerken ist, daß zumindest eine der Gutachterinnen immer einer der Autorinnen entsprach. Einen positiven Einfluß auf die Beziehung scheint die eigenständige Wahl des Gutachters durch die Probanden zu haben.

Eine Einschränkung der Ergebnisse dürfte darin bestehen, daß keine ablehnenden Gutachten erstellt wurden. In einer Untersuchung zum Erleben der Begutachtung durch Zeugen, die zur Frage der Glaubhaftigkeit ihrer Aussagen untersucht wurden (Wegener 1989), zeigte sich, daß nur 6% der Probanden, deren Aussagen als glaubhaft bewertet wurden, die Begutachtung retrospektiv als belastend bewerteten, während bei negativem Begutachtungsergebnis erwartungsgemäß die überwiegende Mehrheit zu einer Negativ-einschätzung kam.

Es bleibt nach der vorliegenden Untersuchung bei aller Vorsicht der Interpretation der Ergebnisse festzustellen, daß nicht nur von seiten der Experten Argumente für eine ausführliche und gründliche Begutachtung in TSG-Verfahren vorliegen, sondern diese Einstellung auch von vielen geteilt wird, die dieses Verfahren auf der Seite der Untersuchten durchleben. Es zeigt sich insbesondere, daß mit zunehmender Begutachtungsdauer der immer wieder hervorgehobene Beziehungsaspekt zwischen Gutachter und Proband an Bedeutung gewinnt (Pfäfflin 1988, Beck-Managetta und Böhle 1989). Die Ergebnisse sollen daher neben den bereits vorliegenden kofamnestischen Untersuchungen und differentialdiagnostischen Warnungen auf Expertenseite zusätzlich dazu beitragen, Gutachter zu ermutigen, sich selbst und den Betroffenen eine gründliche und längere Untersuchung zuzumuten.

## Literatur

- Becker, H., Hartmann, U. (1994): Geschlechtsidentitätsstörungen und die Notwendigkeit der klinischen Praxis. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 62: 290–305
- Beck-Mannagetta, H., Böhle, A. (1989): Die Beziehung zwischen Sachverständigem und Begutachtetem als Kriterium für die Gültigkeit psychiatrischer Erkenntnis. In: Beck-Mannagetta, H., Reinhardt, K. (Hrsg.) *Psychiatrische Begutachtung im Strafverfahren unter besonderer Berücksichtigung der Psychodynamik*. Neuwied, Frankfurt/M: Metzner Verlag (251–266).
- Becker, S.; Bosinski, H. A. G.; Clement, U. S. Becker; Eicher, W.; Goerlich, T.; Hartmann, U.; Kockott, G.; Langer, D.; Preuss, W.; Schmidt, G.; Springer, A.; Wille, R. (1997) Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. *Sexuologie* 4: 130–138.
- Foerster, K. (1986) : Die Bedeutung von Lehre und Forschung für die forensische Psychiatrie. In: Pohlmeier, H.; Deutsch, E.; Schreiber, H.-L. (Hrsg.) *Forensische Psychiatrie heute*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag (25–33)
- Langer, D. (1995): Psychiatrische Gedanken zur Verselbstständigung des Prozesses der Geschlechtsumwandlung und zur Rolle der Begutachtung. *Sexologie* 2: 263–275
- Littmann, E. (1993): Die forensische Begutachtungsuntersuchung im Erleben der Betroffenen. In: Leygraf, N., Volbert, R., Horstkotte, H., Fried, S. (Hrsg.) *Die Sprache des Verbrechens-Wege zu einer klinischen Kriminologie*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag (84–92)
- Nedopil, N. (1989): Begutachtung als Chance. *M Schr. Krim.* 72: 109–114
- Osburg, S., Weitze, C. (1993): Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz. *Recht & Psychiatrie* 11: 94–107
- Pfäfflin, F. (1988): Psychiatrische Gutachten. Behandlung und Beratung in jugendpsychiatrischen Strafverfahren. *Recht & Psychiatrie* 3: 19–26.
- Pfäfflin, F., Junge, A. (1992): Nachuntersuchungen nach Geschlechtsumwandlung. In: Pfäfflin, F., Junge, A. (1992): *Geschlechtsumwandlung*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag (149–457).
- Walker, P. A.; Berger, J. C.; Green, R.; Laub, D. R.; Reynolds, C. L.; Wollmann, L. (1990): The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standard of Care. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Inc. 1990 P.O. Box 1718, Sonoma, Ca 95476.
- Wegener, H. (1989): The Present State of Statement Analysis. In: Yuille, J. C. (Ed.) *Credibility Assessment*. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers (121–133).

### **Anschrift der Autorinnen**

Dr. med. Dagny Luther, Dr. med. Cordula Weitze, Institut für Forensische Psychiatrie der FU Berlin, Limonenstraße 27, 12203 Berlin; Dr. med. Susanne Osburg, Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin, Invalidenstraße 52, 10557 Berlin

## Die Pille für den Mann aus andrologischer Sicht

### The pill for the male in andrological view

C. Schirren

Aussagen über eine „Pille für den Mann“ geistern von Zeit zu Zeit durch die Medien und die Literatur (vgl. zuletzt Bohne 1996), machen vorübergehend Patienten und Ärzte unsicher, um sodann für einige Jahre wieder in der Versenkung zu verschwinden, aus welcher sie dann allerdings mit einer gewissen Konstanz wieder auftauchen. Warum ist das so? Sollte man nicht annehmen, daß dieses Thema sich von selbst erschöpft bzw. einmal mit konkreten Daten unterfüttert das Licht der Welt erblickt? Offensichtlich ist das jedoch nicht möglich. Wenn man nach den dafür maßgebenden Gründen fragt, dann dürfte eine wesentliche Voraussetzung darin liegen, daß eine bestimmte Gruppe von Wissenschaftsvertretern daran interessiert ist, immer wieder mit derartigen Meldungen in den Medien aufzutreten, um auf sich aufmerksam zu machen, da es Ärzten untersagt ist, auf anderem Wege Propaganda für sich zu machen. Bei den Meldungen handelt es sich niemals um einwandfreie Ergebnisse, vielmehr um Hinweise, daß an diesem Problem in Experimenten an Affen gearbeitet würde und daß eine Anwendung beim Menschen auf breiter Basis bevorstehe. Eine Ausnahme hiervon machen die *Informationen* der WHO; diese stützen sich auf entsprechende Studien an Menschen vornehmlich in den Entwicklungsländern.

In dem jüngsten Beitrag von Bohne (1996) „Geschichtlicher Abriss der Erforschung einer ‘Pille für den Mann’“ findet insbesondere die klinisch-andrologische Sicht kaum Berücksichtigung, da der Autor sich mehr mit Fragen der Endokrinologie auseinandergesetzt hat. Es erscheint daher angebracht, aus Sicht des Klinikers zu diesem Problem ergänzend Stellung zu nehmen.

Bei einer Diskussion um die Pille für den Mann wird nämlich leider übersehen, daß es nicht darum gehen kann, ein wirksames Hormon o. ä. zu entwickeln bzw. einzusetzen, sondern daß folgende Aspekte Berücksichtigung finden müssen:

#### Sicherheit der Methode

Ausschluß von Nebenwirkungen jeder Art und  
Akzeptanz durch den Mann, der diese Pille anwenden soll.

*Die Sicherheit der Methode* muß gewährleistet sein, um beiden Partnern das notwendige Vertrauen zu vermitteln. Das bedeutet allerdings, daß der Mann, welcher diese Pille zur Familienplanung einnimmt, sich durch entsprechende, regelmäßige Spermaanaysen bei seinem Andrologen nachweisen läßt, daß tatsächlich eine Azoospermie vorhanden ist. Daran ändert sich auch dadurch nichts, daß die WHO für ihre Studien in dieser Sache eine hochgradige Oligozoospermie (< 3 Mill. Sp./ml) für ausreichend bzw. für akzeptabel hält

(Waites – 1994). Denn man muß bedenken, daß in der Regel nur ein Spermatozoon zur Befruchtung gelangt. Andererseits dürfte bei einer Schwangerschaft, die unter einer hochgradigen Oligozoospermie im vorbezeichneten Sinne eintritt, der verordnende Arzt haftbar gemacht werden kann. Darüber hinaus muß bedacht werden, daß ganz offensichtlich erhebliche ethnische Unterschiede hinsichtlich des Eintritts einer Azoospermie bestehen, wie auch Waites (1994) betont. Schließlich ist zu beachten, daß jeder Mann individuell auf die Zufuhr von Hormonen mit dem Ziele einer Azoospermie reagieren wird. Ich habe das vor 40 Jahren bei einer Überprüfung der von Heckel (1951) sowie Heller und Nelson (1948) inaugurierten hochdosierten Testosterondepottherapie zur Behandlung einer Oligozoospermie mit einer Spermatozoenkonzentration 20 Mill. Sp./ml nachweisen können, indem bei einer Spermaqualität unterhalb dieser Werte mit einer bleibenden Azoospermie gerechnet werden muß. Daraus resultiert, daß das sog. 'rebound-phenomenon' (man versteht darunter die vollständige Unterdrückung der Spermatogenese bis zur Azoospermie, um nach Absetzen der Therapie dem Organismus Gelegenheit zu einer 'überschießenden Produktion' von Spermatozoen über den Ausgangswert hinaus zu geben, was unter sog. Normalbedingungen ohne weiteres der Fall ist) u. U. mit einem erheblichen Risiko für den Patienten verbunden sein kann. Da etwa 30–40 % aller Männer – diese Zahlen ergeben sich aus dem von mir untersuchten Patientengut von etwa 100 000 Männern der früher von mir geleiteten Abteilung für Andrologie an der Universität Hamburg – eine Oligozoospermie aufweisen, ist bei derartigen Eingriffen in die hormongesteuerte Spermatogenese beim Menschen besondere Vorsicht am Platze. Darüber hinaus muß bedacht werden, daß das rebound-phenomenon bei einem sog. gesunden Mann mit einer Normozoospermie eine durchaus realistische Angelegenheit sein kann. Liegt dagegen ein von den Normbegriffen abweichender Befund vor (z. B. reduzierte Hodengröße, Varikozele, Zustand nach Herniotomie, nach Orchitis, nach schwerer Allgemeinerkrankung u. v. a. m.), dann muß vor Anwendung einer Hormontherapie aus Gründen der Familienplanung durch eine andrologische Untersuchung geklärt werden, inwieweit eine Indikation gegeben ist. Es ist also nicht jeder Mann geeignet. Ich muß daher der Auffassung von Waites (1994) widersprechen, der ausführte „suppression of spermatogenesis by hormonal means has been shown to be fully reversible“.

*Der Ausschluß von Nebenwirkungen* dürfte eine Selbstverständlichkeit sein. Die seitens der Patienten am meisten gefürchtete Nebenwirkung ist eine Beeinträchtigung ihrer sexuellen Potenz. Daher ist es für einen Arzt besonders schwer, seine Patienten davon zu überzeugen, daß ein solcher negativer Effekt nicht zu erwarten ist. Reicht das aber aus, um die Bedenken auszuräumen? Besteht nicht auch die Möglichkeit einer Beeinträchtigung der Libido bzw. der Erektion allein durch die Tatsache, daß ein die Fertilität beeinflussendes Medikament eingenommen wird? Ich sehe hier eine Hürde für den breiten Einsatz einer Pille für den Mann. Es genügt auch nicht, eine Änderung im Verhalten des Patienten herbeiführen zu wollen. Vielmehr muß diese Änderung auch die Ärzteschaft einschließen, da sie die entsprechenden Informationen weitergeben muß. Wenn ich daran denke, wie selten Hypertonie-Patienten darüber informiert wurden, daß eine medikamentöse Behandlung ihres Hochdruckes auch mit einer Beeinträchtigung ihrer sexuellen Potenz einhergehen kann!

Der wichtigste Punkt bei den Nebenwirkungen ist die absolute Unschädlichkeit für den Organismus des Mannes, worunter negative Einflußmöglichkeiten auf Herz, Kreislauf,

Nieren, Lungen und die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit verstanden werden. Wenn man bedenkt, daß unter Gossypol eine Hypokaliämie und cytotoxische Effekte auf die Hoden beobachtet worden sind, dann erinnert man sich der euphorischen Mitteilungen in der wissenschaftlichen Literatur aus der Anfangsphase. Danach sahen die Autoren nur das Spermogramm als entscheidenden Parameter an, ohne jedoch Allgemeinwirkungen in ihre Studien einzubeziehen.

*Die Akzeptanz der Pille für den Mann* muß gewährleistet sein, wenn ihre Wirkung zuverlässig eingesetzt werden soll. Im Zusammenhang mit den Anmerkungen zu den störenden, unerwünschten Nebenwirkungen ist dabei die Nebenwirkungsfreiheit von besonderer Bedeutung. Darüber hinaus habe ich immer wieder in Beratungsgesprächen mit Ehepaaren vor einer operativen Unfruchtbarmachung auch die Frage der Pille für den Mann diskutiert und regelmäßig die Bemerkung zu hören bekommen, daß mit der Einnahme eines Medikamentes doch sicher auch ein Einfluß auf die sexuelle Potenz verbunden sein könnte, weswegen eine derartige Möglichkeit einer Antikonzeption dann abgelehnt wurde.

Die Ergebnisse der von Bohne zitierten Allensbach-Umfrage (1977) und der Angaben von Barth und Strauß (1986) dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, daß es sich dabei um Momentaufnahmen handelt, die immer einen Unsicherheitsfaktor bedingen können, der jeder derartigen Befragung anhaftet. Meine persönlichen Erfahrungen aus Gesprächen mit andrologischen Patienten sind jedenfalls grundsätzlich anders; zwar betonten diese Männer ihre Bereitschaft zur Verantwortung für die Familienplanung, lehnten eine Pille für den Mann zum damaligen Zeitpunkt jedoch wegen der befürchteten Beeinträchtigung ihrer sexuellen Potenz ab. Diese Frage bewegte die Patienten ebenso bei Gesprächen über die Vasektomie. Um dieses Grundmuster männlichen Verhaltens, das durch Jahrtausende Bestand gewesen ist, zu verändern, bedarf es eines sehr langen Zeitraumes; das kann nicht in wenigen Jahren in das Gegenteil verkehrt werden. Der negative Einfluß der Gestagene auf die sexuelle Potenz wird in den neuesten Präparationen durch eine zusätzliche Gabe von Androgenen übrigens umgangen.

Für die Akzeptanz ist weiterhin wichtig, daß der Mann über die Notwendigkeit von Spermogrammuntersuchungen zu festen Terminen informiert ist; denn die Sicherheit der Methode kann nur gewährleistet sein, wenn diese Kontrolluntersuchungen eingehalten werden, mit denen überprüft werden muß, ob die Azoospermie fortbesteht. Auch dieser Faktor ist wesentlich und mit einem nicht geringen Risiko behaftet, wenn man die Unzuverlässigkeit von Männern mit Kinderwunsch berücksichtigt, denen bestimmte Vorschriften auf den Weg gegeben wurden, wie ein bestimmtes Medikament eingenommen werden sollte. Das gleiche gilt für Männer, die für homologe Inseminationen quasi „auf Kommando“ Sperma gewinnen sollten, dazu jedoch entweder nicht erschienen oder nicht dazu in der Lage waren; nach meiner klinischen Erfahrung ist der psychische Hintergrund hier sehr ähnlich, denn dem Mann wird die Einhaltung bestimmter ärztlicher Vorschriften vorgegeben, deren Realisierung ihm im Grunde genommen aber in der Regel ferne liegt, da er zwar ein Kind will, das gesamte Drumherum jedoch ablehnt. Wenn Nieschlag (1991) meint, daß die Pille für den Mann deshalb in ihrer Entwicklung nicht vorankommt, weil zu wenige Forscher sich mit dieser Problematik beschäftigen, so kann ich dieser Argumentation nicht folgen. Denn es dürfte weniger an der Anzahl von Forschungseinrichtungen liegen, sondern vielmehr an der Schwierigkeit der Problematik, da

es vielfältige Faktoren sind, die Berücksichtigung finden müssen: Absolute Sicherheit, keine Nebenwirkungen und Garantie für eine jederzeit wieder abrufbare Zeugungsfähigkeit. Jeder einzelne dieser Faktoren stellt schon eine Besonderheit dar. So ist unter Normalbedingungen die Spermato-genese von mehreren Hormonen abhängig; ständig werden neue Wirkungseinflüsse entdeckt, so daß eine häufige Neuorientierung während eines festen Forschungsprogrammes erforderlich ist. Ich denke mir, daß hier in auch einige Schwierigkeiten einer Entwicklung der „Pille für den Mann“ ihren Grund haben. Die Forderung „... letztlich müßte sich die pharmazeutische Industrie der männlichen Kontrazeption annehmen ...“ (Nieschlag – 1991) geht insofern ins Leere, als ein derartiges Vorhaben nicht Sache der Industrie sein kann. Vielmehr ist die Kontrazeption beim Mann ein gesellschaftliches Problem, für dessen praktische Realisierung zunächst einmal der Boden in der Bevölkerung bereitet werden muß. Die pharmazeutische Industrie wird sich sicher erst dann einem solchen Projekt anschließen, wenn sich dafür auch ein wirtschaftlicher Gewinn ergeben kann; das haben wir bei der Entwicklung der Ovulationshemmer erlebt. Andererseits soll nicht vergessen werden, daß in vielen Bereichen der Industrie Impulse für die Forschung entstehen und diese Forschungen dann auch von ihr finanziert werden.

## Resumée

Die „Pille für den Mann“ mag eine in ihrer Anwendung einfache Methode der Antikonzeption sein. In ihrer praktischen Konsequenz stellt sie jedoch bei der psychischen Situation des Mannes unserer Tage (der ständig mit neuen Ansprüchen aus seiner Umgebung konfrontiert wird, allerdings auch sich selbst mit derartigen Ansprüchen unter Druck setzt und in vielerlei Hinsicht damit überfordert sein dürfte) eine Methode dar, die erhebliche Risiken in sich birgt, welche in den vorliegenden Literaturmitteilungen, wie sie auch in der Übersichtsarbeit von Bohne (1996) gebracht werden, keinerlei Berücksichtigung gefunden haben. Vor allen Dingen muß jede Entwicklung zu beachten haben, daß nach Absetzen der Pille für den Mann der Erhalt einer vollen Zeugungsfähigkeit garantiert ist. Solange diese Voraussetzung nicht gegeben ist, wird kein verantwortungsbewußter Arzt einem Mann zur Familienplanung diese Art der Antikonzeption empfehlen können. Insofern ist es verständlich, wenn Bedenken angemeldet werden müssen und an das Wort erinnert wird „Quidquid agis, prudenter agas et respice finem“.

## Literatur

- Bohne, M. (1996): Geschichtlicher Abriß der Erforschung einer „Pille für den Mann“. *Sexuologie* 3: 166–175
- Heckel, N. J.; McDonald, J. H. (1952): The effects of testosterone propionate on the spermatogenic function of the human testis. *Ann. New York Acad. Sci.* 55: 725
- Heller, C. G. and W. O. Nelson (1948): Classification of male hypogonadism and a discussion of the pathologic physiology, diagnosis and treatment. *J. clin. Endocrinol.* 8: 345
- Kimmig, J. (1955): Die Biochemie des menschlichen Spermas. In: Nowakowski (Hrsg.) *Zentrale Steuerung der Sexualfunktionen, die Keimdrüsen des Mannes*. Berlin: Springer

- Nieschlag, E. (1991): Stand der Entwicklung der hormonellen Kontrazeption beim Mann. *Speculum* 2: 16–22
- Sieve, B. F. (1952): A new antifertility factor. *Scienc* 116: 337–385
- Waites, G. M. H. (1994): WHO activities in male fertility regulation and andrology. VI. Nat. Congress and III. Internat. Symposium of Indonesian Society of Andrology 19. – 24.09.1994, Manado/Indonesia

**Anschrift des Verfassers**

Prof. Dr. med. Carl Schirren, Friedrich-Kirsten-Str. 25, 22391 Hamburg

## Veranstaltungskalender

46. LANGE O O G E R P S Y C H O T H E R A P I E W O C H E. 18. 5.-23. 5.1998; Information: Akademie für Ärztliche Fortbildung der ÄK Niedersachsen; Berliner Allee 20; 30175 Hannover, Tel. 05 11/3 80 24 92; Fax: 05 11/3 80 24 99.
24. ANNUAL MEETING OF THE INTERNATIONAL ACADEMY OF SEX RESEARCH (IASR). Sirmione (Italien), 3. 6.-6. 6. 1998. Information: Prof. K. J. Zucker, Child & Family Studies Center, Clarke Institute of Psychiatry, 250 College Str., Toronto, Ont. M5T 1R8; Fax: 001/416/9794668.
5. JAHRESTAGUNG DER AKADEMIE FÜR SEXUALMEDIZIN (zugleich 22. Fortbildungstage für Sexualmedizin und Psychosomatik). Thema: „Sexualität in Gesundheit und Krankheit“. Osnabrück, 11. 6.-13. 6. 1998. Information: Dr. W. Weig, Niedersächsisches Landeskrankenhaus, Knollstr. 31; 49088 Osnabrück; Tel: 05 41/31 31 06; Fax: 05 41/31 32 09.

## Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

### AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

(Quelle: 128. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht IV/97)

**Tab. 1:** Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Kindern (<13 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31. 12. 97)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 96 -Dez. 96	Jan. 97 -Dez. 97	Gesamt
Hämophile	0 0,0%	0 0,0%	9 7,9%
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	0 0,0%	0 0,0%	13 11,4%
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	0 0,0%	4 100%	90 78,9%
Keine Angaben	0 0,0%	0 0,0%	2 1,8%
Gesamt	0 100%	4 100%	114 100%

**Tab. 2:** Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31. 12. 97)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 96 -Dez. 96	Jan. 97 -Dez. 97	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	716 66,5%	239 59,3%	11194 74,39%
i. v. Drogenabhängige	126 11,7%	46 11,4%	1667 11,1%
Hämophile	36 3,3%	4 1,0%	532 3,5%
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	1 0,1%	1 0,2%	122 0,8%
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	41 3,8%	17 4,2%	431 2,9%

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 96 -Dez. 96	Jan. 97 -Dez. 97	Gesamt
Patienten aus Pattern-II-Ländern	41 3,8 %	19 4,7 %	203 1,3 %
Keine Angaben	116 10,8 %	77 19,1 %	917 6,1 %
Gesamt	1077 100 %	403 100 %	15066 100 %

**Tab. 3:** Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31. 12. 97)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 96 -Dez. 96	Jan. 97 -Dez. 97	Gesamt
i. v. Drogenabhängige	75 35,4 %	34 36,2 %	891 47,7 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	4 1,9 %	1 1,1 %	141 7,5 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	73 34,4 %	29 30,9 %	547 29,3 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern	44 20,8 %	14 14,9 %	155 8,3 %
Keine Angaben	16 7,5 %	16 17,0 %	134 7,2 %
Gesamt	212 100 %	94 100 %	1868 100 %

**Tab. 4:** HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Mehrfachmeldungen nach Infektionsrisiko, Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Einsendung der Seren (Stand: 31. 12. 97)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	Jan. 96 -Dez. 96	Jan. 97 -Dez. 97	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	867 17,5 %	715 18,6 %	12270 15,0 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	Jan. 96 -Dez. 96	Jan. 97 -Dez. 97	Gesamt
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht männlich	218 4,4%	181 4,7%	4513 5,5%
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht weiblich	106 2,1%	78 2,0%	2187 2,7%
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht unbekannt	8 0,2%	5 0,1%	377 0,5%
Hämophile	4 0,1%	6 0,2%	1863* 2,3%
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht männlich	5 0,1%	4 0,1%	304 0,4%
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht weiblich	3 0,1%	2 0,1%	219 0,3%
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht unbekannt	0 0,0%	0 0,0%	21 0,0%
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht männlich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	141 2,8%	119 3,1%	1624 2,0%
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht weiblich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	113 2,3%	106 2,8%	1566 1,9%
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht unbekannt (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	1 0,0%	1 0,0%	90 0,1%
Patienten aus Pattern-II-Ländern	466 9,4%	384 10,0%	1934 2,4%
Prä- oder perinatale Infektion	77 1,6%	37 1,0%	899 1,1%
Keine Angaben / Geschlecht männlich	1996 40,3%	1542 40,1%	35884 43,9%
Keine Angaben / Geschlecht weiblich	571 11,5%	423 11,0%	8625 10,5%
Keine Angaben / Geschlecht unbekannt	373 7,5%	246 6,4%	9381 11,5%
Gesamt	4949 100%	3849 100%	81757 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 Symposium durchgeführten Studie beträgt die Zahl der HIV-positiven Hämophilen 1355. (Schramm: Umfrageergebnisse Hamburger Hämophilie Symposium 1995)