

Sexuologie

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

Inhalt

- Originalarbeiten**
- 66 Schwangerschaftsneugier als reproduktive Dysfunktion: Ein Vorschlag für die internationalen Klassifikationssysteme
Jens Wessel, Reinhard Wille, Klaus M. Beier
- 78 Spermaallergie – Spekulation oder Realität?
Erwin Günther, Heidi Fritzsche
- 86 Zusammenhang zwischen Testosteronproduktion und sexueller Aktivität bei Frauen
Sari M. van Anders, Lisa Dawn Hamilton, Nicole Schmidt, Neil V. Watson
- 95 Determinanten der Sexualfunktion bei Frauen in der Lebensmitte
D. Tomic, L. Gallicchio, M.K. Whiteman, L.M. Lewis, P. Langenberg, J.A. Flaws
- Fortbildung**
- 109 Sexuelle Lustlosigkeit – Vorkommen und Behandlung in der gynäkologischen Sprechstunde
Gerhard Haselbacher
- 115 Ein Fall von nichtorganischem, sekundären Vaginismus
David Goecker
- Historia**
- 117 Die „Glücks-Ehe“ des Carl Buttenstedt. Vom Stillen des Ehemanns als Geheimlehre um 1900
Roland Schöbl
- Humboldt-Dialog**
- 124 Verleihung des Stiftungspreises der Wilhelm-von-Humboldt-Stiftung 2007
Aktuelles
- 140 Buchbesprechung, Tagungsankündigung, Jahresinhaltsverzeichnis

Anschrift der Redaktion

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier (V.i.S.P.), Rainer Alisch MA, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030/ 450 529 301 (Fax: -529 992), e-mail: klaus.beier@charite.de

Verlag: Elsevier GmbH, Niederlassung Jena, Postfach 100537, 07705 Jena, Deutschland.

Tel: +49(0)3641/62 63, Fax: +49(0)3641/62 65 00, e-mail: journals@elsevier.com

Anzeigenverkauf und -verwaltung: Media Service Marschall, Frau Ursula Marschall, Teltowkanalstraße 1, D-12247 Berlin, Tel. 030-7719959, Fax 030-7713432, E-mail: marschmed@aol.com, www.mediamarschall.de

Anzeigenleitung: Elsevier GmbH, Niederlassung Jena, Deutschland, Ansprechpartner: Cora Grotzke, Löbdergraben 14a, 07743 Jena. Tel: +49(0)3641/62 64 45, Fax: +49(0)3641/62 64 21; E-mail: c.grotzke@elsevier.com

Anzeigenpreise: Gültig ist die Preisliste vom 1. Januar 2007.

Lieferkonditionen (2007): Volume 14 (1 Band mit 4 Heften)

Abopreise* (2007): Deutschland, Österreich, Schweiz: Vollarbeitspreis 156,00 €;

Persönliche Abonnenten 75,00 €; **Einzelheftpreis** 47,00 €;

* Die Preisangaben sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen müssen wir uns vorbehalten. Alle Preise verstehen sich inklusive Versandkosten und exklusive Umsatzsteuer. Bei der Rechnungsstellung wird Umsatzsteuer gemäß der zum Rechnungszeitraum geltenden Richtlinien erhoben. Versand per Luftpost ist möglich, Preise auf Anfrage. Kunden in den EU-Ländern werden gebeten ihre Umsatzsteuernummer anzugeben.

Persönliche Abonnements zum Vorzugspreis sind mit Namen und Adresse des Empfängers direkt an den Verlag zu richten. Sie sind mit „Persönliche Abonnements“ zu kennzeichnen. Besteller, Rechnungsempfänger und Rechnungszahler müssen Privatpersonen sein. Die Zahlung kann per Kreditkarte (Eurocard/Mastercard, VISA oder American Express; bitte Kartennummer und Ablaufdatum angeben) oder Vorauskasse erfolgen. Die Angabe einer Instituts- oder Geschäftsadresse ist nur zulässig, wenn das Institut oder Unternehmen ebenfalls ein Abonnement hat.

Der Verlag behält sich das Recht vor, Zusatzbände im Abonnementzeitraum zu publizieren. Erscheinende Supplement-Bände zu einzelnen Zeitschriften sind in den genannten Preisen enthalten.

Kündigung von Abonnements: Abonnements laufen jeweils für ein Kalenderjahr und werden unbefristet bis auf Widerruf verlängert, falls nicht bis zum 31. Oktober des Jahres gekündigt wird.

Abonnements: Bitte richten Sie ihre Bestellung an Elsevier GmbH, Niederlassung Jena, AboService/ Vertrieb, Postfach 100537, 07705 Jena, Deutschland.

Tel: +49(0)3641/62 64 47, Fax: +49(0)3641/62 64 43, E-mail: kernst@elsevier.com

Bankverbindung:

Deutsche Bank AG Reutlingen, Account No. 159 9950 (BLZ 64070085);

IBAN: DE54 6407 0085 0159 9950 00; BIC/SWIFT: DEUTDE33

Postbank Stuttgart, Account No. 6930-706 (BLZ 600 100 70);

IBAN: DE80 6001 0070 0006 9307 06; BIC/SWIFT: PBNKDE33

Bitte geben Sie bei der Zahlung ihre vollständigen Daten an.

Copyright: Alle Artikel, die in dieser Zeitschrift veröffentlicht werden, sind urheberrechtlich geschützt, alle Rechte vorbehalten. Ohne schriftliche Erlaubnis des Verlages ist es verboten, Teile der Zeitschrift in irgendeiner Form zu reproduzieren. Dies beinhaltet ebenso die Digitalisierung, als auch jede andere Form der elektronischen Weiterverarbeitung, wie Speichern, Kopieren, Drucken oder elektronische Weiterleitung des digitalisierten Materials aus dieser Zeitschrift (online oder offline).

Für den allgemeinen Vertrieb von Kopien für Anzeigen- und Werbezwecke, für die Neuzusammenstellung von Sammelbänden, für den Wiederverkauf und andere Recherchen muss eine schriftliche Erlaubnis vom Verlag eingeholt werden.

Satz: Rainer Alisch, Hanseatenweg 6, 10557 Berlin

Druckerei, Bindung: Gutenberg Druckerei GmbH Weimar, Marienstraße 14, 99423 Weimar (∞) Seit Band III, Heft 1 (1996) erfüllt das Papier, das für diese Zeitschrift genutzt wurde, die Anforderungen von ANSI/NISO Z39.48-1992 (Beständigkeit von Papier).

Hergestellt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten.

Covergestaltung: Lothar Jänichen, Dornburg/Saale
unter Verwendung einer Fotografie von Nils Kinder (Berlin)
(Deutsche Fachpresse)

© Elsevier GmbH



Abstracted/Indexed in BIOSIS --CAB Abstracts --Chemical Abstracts Service (CAS) --Chemical Abstracts (SEXU) --EMBASE/Excerpta --Medica --PSYINDEX --PsycINFO

Mehr Informationen zur „Sexuologie“ und anderen Zeitschriften finden Sie im Internet: <http://www.elsevier.de/journals>. Das jeweils neueste **Inhaltsverzeichnis** können Sie jetzt auch kostenlos per e-mail (**ToC Alert Service**) erhalten. Melden Sie sich an: <http://www.elsevier.de/sexuologie>

Schwangerschaftsnegierung als reproduktive Dysfunktion: Ein Vorschlag für die internationalen Klassifikationssysteme*

Jens Wessel, Reinhard Wille, Klaus M. Beier

Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems

Abstract

Objective: To propose a new Diagnostic and Statistical Manual (DSM) and International Classification of Diseases (ICD) category concerning reproductive dysfunctions not caused by organic disorder.

Methods: Forensic (n=93) and obstetrical cases (n=78) of denied and concealed pregnancies are compared and discussed.

Results: Denied pregnancies occur with a ratio of 1 : 475 births. An overwhelming phenomenological agreement is demonstrated between obstetrical and forensic cases. The findings were similar for denial and concealment of pregnancy, probably representing two different types of reproductive dysfunction that can be classified psychosocially together under the heading „negated pregnancy“.

Conclusions: Analogous to the phenomenology of „sexual dysfunctions“, „reproductive dysfunctions“ could be distinguished by the extraordinariness of both reproductive experience and behavior (as part of human sexuality) and psycho-physiological changes, which characterize the reproductive course of events and cause obvious suffering and interpersonal complications. It is therefore suggested to include these entities as categories in their own right under the appropriate existing headings in DSM and ICD.

* Dankenswerterweise wurde die klinische Studie durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft in Form eines Habilitandenstipendiums (We 1706/1-3) finanziert. Titel des englischsprachigen Originals: Beier, K.M.; Wille, R.; Wessel, J. (2006): Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. *J Psychosom Res* 61: 723–730.

Keywords: Denial of pregnancy; DSM/ICD; New category; Reproductive dysfunctions

Zusammenfassung

Ziel: Vorschlag einer neuen Kategorie „reproduktive Dysfunktionen nicht verursacht durch eine organische Erkrankung“ für das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM) und die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD).

Methodik: Forensische (n = 93) und geburtshilfliche Fälle (n = 78) von verdrängten und verheimlichten Schwangerschaften werden miteinander verglichen und diskutiert.

Ergebnisse: Verdrängte Schwangerschaften treten mit einer Frequenz von 1 : 475 auf. Zwischen klinischen und forensischen Fällen wird eine beträchtliche phänomenologische Übereinstimmung deutlich. Für verdrängte und verheimlichte Schwangerschaften wurden sehr ähnliche Ergebnisse gefunden; am ehesten handelt es sich um zwei unterschiedliche Ausprägungen von reproduktiver Dysfunktion, die sich unter psychosozialen Aspekten gemeinsam unter dem Oberbegriff „negierte Schwangerschaft“ klassifizieren lassen.

Schlussfolgerungen: Analog zur Phänomenologie der „sexuellen Dysfunktionen“ sind die „reproduktiven Dysfunktionen“ gekennzeichnet durch Auffälligkeiten sowohl im reproduktiven Erleben und Verhalten (als Bestandteil menschlicher Geschlechtlichkeit) sowie durch psycho-physiologische Änderungen im Ablauf reproduktiven Verhaltens, und sie verursachen deutliches Leiden und zwischenmenschliche Schwierigkeiten. Es wird daher vorgeschlagen, diese Entitäten als eigenständige Kategorien in DSM und ICD unter dort bereits vorhandenen Oberbegriffe aufzunehmen.

Schlüsselwörter: Schwangerschaftsverdrängung; DSM/ ICD; neue Kategorie; reproduktive Dysfunktionen

Einleitung

Das Kapitel „Sexual and Gender Identity Disorders“ (Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen) im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) stellt die Störungen menschlicher Geschlechtlichkeit in den Mittelpunkt und ermöglicht eine Klassifikation der sexuellen Funktionsstörungen, der Geschlechtsidentitätsstörungen und der Paraphilien. Zum einen fällt bei all diesen Störungsbildern auf, dass eine Komorbidität mit psychiatrischen Erkrankungen eher selten auftritt (am ehesten noch bei den Geschlechtsidentitätsstörungen), Sexualstörungen also meist eine eigene Entität mit unterschiedlichen Ätiologien darstellen. Zum anderen bedeutet dieses aber, dass Störungen der reproduktiven Anteile von Geschlechtlichkeit nicht aufgenommen worden sind, was im übrigen auch zutrifft für die ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (Internationale Klassifikation psychischer Störungen). Dieses verwundert umso mehr, als reproduktive Dysfunktionen kein seltenes Ereignis darstellen und auch hier eine Komorbidität mit psychiatrischen Erkrankungen in der Regel nicht vorliegt. Gleichwohl handelt es sich überwiegend um äußerst ernstzunehmende Störungen des reproduktiven Erlebens und Verhaltens, da sie sowohl für die Mutter als auch für das Kind mit großen Gefahren verbunden sein können. Das gilt insbesondere für die verdrängte Schwangerschaft. Bei der Schwangerschaftsverdrängung wird die Gravidität auf der bewussten Ebene von der Schwangeren nicht wahrgenommen. Im Unterschied dazu weiß sie bei der Schwangerschaftsverheimlichung sehr genau von ihrer Schwangerschaft, meist bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt. Diese wird allerdings unter allen Umständen versucht zu verbergen – niemand sonst darf davon wissen. Für beide Formen der verdrängten und auch der verheimlichten Schwangerschaft wird in dieser Arbeit als Oberbegriff ein neuer Terminus „negierte“ Schwangerschaft vorgeschlagen.

In den letzten Jahren sind zunehmend Berichte über verdrängte Schwangerschaften erschienen. Meist jedoch wurden nur Einzelkasuistiken oder wenige Fälle beschrieben (Kaplan & Grotowski 1981; Slayton & Soloff 1981; Finnegan et al. 1982; Milstein & Milstein 1983). Nur sehr wenige Studien enthalten größere Fallzahlen (Milden et al. 1985; Brych 1994), mit einem Maximum von 27 (Brezinka et al. 1994) oder 28 Patientinnen (Wessel & Rau 1997) an einer einzelnen Geburtsklinik. Diesen Studien kommt

jedoch kaum eine epidemiologische Bedeutung zu. Anhand der ersten, 2002 publizierten bevölkerungsbezogenen Häufigkeitsangaben (Wessel & Buscher 2002) ergab sich eine Rate von einem Fall einer verdrängten Schwangerschaft auf 475 Geburten (95%-Konfidenzintervall 370–625) für Frauen, die ihre bestehende Schwangerschaft nicht bewusst wahrgenommen hatten und bei denen die erste ärztliche Schwangerschaftsdiagnose erst in der 20. Schwangerschaftswoche oder später erfolgte. Für die Frauen, bei denen die Schwangerschaft tatsächlich erst mit der Geburt offenkundig wurde, wurde eine Rate von 1 : 2455 (95%-Konfidenzintervall 1429–5000) bestimmt. Interessanterweise ist die generelle Häufigkeitsrate von 1 : 475 vergleichbar mit den Häufigkeitsangaben der nicht-epidemiologischer Studien mit größeren Patientenzahlen, was darauf hindeuten kann, dass die Schwangerschaftsverdrängung in unterschiedlichen soziodemographischen Regionen in vergleichbarer Häufigkeit auftritt. Die herkömmliche Ansicht, die verdrängte Schwangerschaft sei ein seltenes und exotisches Ereignis, ist angesichts dieser statistischen Zahlen nicht länger haltbar. Nur etwas häufiger als die Schwangerschaftsverdrängung insgesamt tritt das HELLP-Syndrom¹ mit einer Inzidenz von rund 1 : 280 auf. Die Inzidenz der Eklampsie in Europa mit ca. 1 : 2500 Graviditäten entspricht recht genau der Häufigkeit der bis zur Geburt verdrängten Schwangerschaft, die, anders ausgedrückt, etwa dreimal häufiger als Drillinge auftritt (Wessel & Buscher 2002; Wessel et al. 2002).

Neben der primär klinisch-geburtshilflich relevanten Form ist auf die zweite, seltenere Gruppe hinzuweisen, bei der eine forensische Bedeutung nicht wahrgenommener Schwangerschaften besteht, welche im Extremfall für das Kind tödlich enden (meist durch Nichtversorgung nach der Geburt; vgl. Thomsen et al. 1992) und für die Mutter mit Strafverfolgung verbunden sein kann. Auch hier liegen mittlerweile empirische Daten für größere Fallzahlen vor (Wille & Beier 1994; Spinelli 2001). Danach ist der Neonatizid zwar insgesamt ein seltenes Ereignis (mit unklarer Dunkelziffer), aber ebenfalls meist nicht mit maternaler psychiatrischer Symptomatik assoziiert und wohl eher die Folge extremer Endstrecken einer abnormen Schwangerschaftsverarbeitung – etwa im Sinne einer schwangerschaftsüberdauernden und vollständigen negierten Schwangerschaft (verdrängt oder

¹ Hochrisikovariante der Präeklampsie bzw. des schwangerschaftsinduzierten Hypertonus mit gleichzeitiger Hämolyse (**H**), erhöhten Leberenzymwerten (elevated liver enzymes = **EL**) und Thrombozytopenie (low platelet count = **LP**)

verheimlicht). Dies lässt sich aber erst im Vergleich einer klinischen und einer forensischen Stichprobe herausarbeiten, der im folgenden anhand eigener Daten unternommen wird.

Material und Methode

Im folgenden werden Methoden zu zwei Studien mit unterschiedlichen Stichproben beschrieben: 1. **einer geburtsmedizinische Stichprobe** sowie 2. einer **forensischen Stichprobe**.

Geburtshilfliche Stichprobe

Im Zeitraum 1. Juli 1995 bis 30. Juni 1996 wurde in Berlin eine prospektive Studie durchgeführt, um alle Fälle mit verdrängter Schwangerschaften zu erfassen. Alle 19 geburtshilflichen Kliniken wurden gebeten, Fälle von Frauen zu melden, bei denen die ärztliche Diagnose der bestehenden Schwangerschaft erst ab 20. Schwangerschaftswoche erfolgte (später Beginn oder völliges Fehlen einer Schwangerschaftsvorsorge). Ein weiteres Kriterium war das Fehlen einer subjektiven Wahrnehmung über die bestehende Gravidität auf Seiten der Schwangeren bis zur 20. Schwangerschaftswoche oder darüber hinaus. Nach erfolgter Einwilligung zur Teilnahme an der Studie wurden die rekrutierten Frauen interviewt. Ferner wurden alle Informationen der Krankengeschichte ausgewertet.

Das tatsächliche Vorhandensein einer verdrängten Schwangerschaft wurde festgestellt anhand der Ergebnisse von mindestens einem semistrukturierten Interviews zwischen dem Autor (JW) und der jeweiligen Frau, welches i.a. 1 bis 3 Tage nach der Geburt durchgeführt wurde.

Im Verlaufe des Interviews wurde das Vorhandensein anderer Gründe für einen späten Beginn oder ein völliges Fehlen einer Schwangerschaftsvorsorge, die nichts mit einer Verdrängung zu tun hatten, ausgeschlossen. Frauen ohne verdrängungsbedingte Gründe, bei denen sich eine Schwangerschaftsverheimlichung ergab, wurden in einer anderen Gruppe getrennt erfasst.

Für die vorliegende Publikation wurden die Frauen nicht berücksichtigt, bei denen aufgrund der Interviews völlig andere Gründe offenkundig wurden, etwa „ich mag keine Gynäkologen“, das Fehlen einer Krankenversicherung oder (meist von ausländischen Frauen angegeben) bestimmte kulturelle Besonderheiten, Sprachprobleme und ökonomische Gründe.

Anhand der Krankengeschichten und Interviews wurden ferner psychiatrische Vorgeschichte und Substanzmittelabusus ermittelt.

Forensische Stichprobe

Für das Jahrzehnt von 1980 bis 1989 wurde eine Verbundstudie aller Institute für Rechtsmedizin in den alten Bundesländern durchgeführt (Thomsen et al. 1992): Dabei ergaben sich unter 213 Autopsiefällen von Neugeborenen, die unter dem Verdacht einer Kindstötung durchgeführt wurden, insgesamt 98 auswertbare tatsächliche Fälle von Tötungen nach der Geburt (Wille & Beier 1994). Zusätzlich konnten weitere Information über die Täterinnen und über die Art und Weise der Schwangerschaftsverarbeitung ausgewertet werden (etwa handschriftliche Aufzeichnungen der die Obduktion durchführenden Ärzte und/oder polizeiliche Ermittlungen).

Dabei würden die folgenden Kriterien dazu berechnen, von einer Schwangerschaftsverdrängung auszugehen (Wille & Beier 1994):

1. Subjektive Gewissheit der Schwangeren, nicht schwanger zu sein.
2. Fehlen von Schwangerschaftszeichen oder – falls vorhanden – subjektiv hinreichende Umdeutungen.
3. Unbefangener Arztbesuch bei schwangerschaftstypischen Beschwerden, wie z.B. Rückenschmerzen.
4. Unbefangenheit in sozialen Situationen, die zu einer Aufdeckung führen könnten (z.B. Schwimmbadbesuche, Sport, Kleideranproben).
5. Bei bestehender Partnerschaft unverändertes Sexualverhalten, wie etwa Kohabitationen in gewohnter Art und Häufigkeit mit praktizierter Empfängnisverhütung, sofern kein Kinderwunsch vorhanden ist.
6. Zu keinem Zeitpunkt Gedanken an Schwangerschaftsabbruch.
7. Jegliches Fehlen von Geburtsvorbereitungen.
8. Verkennung der einsetzenden Wehen und Überraschtwerden von der Geburt.

Von der Verbundstudie wurde mittels schriftlicher und fernmündlicher Recherchen ein Subfundus von genau 50 Fällen gebildet, in dem nahezu vollständige Informationen zu Schwangerschaft, Geburt, Tatumstände und Schriftsätze von Anklage und Verteidigung, medizinische und psychologische Gutachten sowie zum Urteil und Strafverbüßung vorlagen. Mit dieser Studie konnten nicht nur Vorurteile widerlegt, sondern auch strafprozessuale und gutachterliche Ungereimtheiten

aufgezeigt werden (Steckeler 2003). Diese Informationen gaben außerdem auch Aufschluss über möglicherweise vorliegende psychiatrische Erkrankungen einschließlich Substanzmittelabusus.

Ergebnisse

Geburtshilfliche Stichprobe

Insgesamt wurden 94 Frauen während der einjährigen prospektiven klinischen Studie entsprechend der

Kriterien rekrutiert. Bei 66 Frauen (einschließlich des einzigen Neonaticid-Falles) lag eine verdrängte Schwangerschaft vor, und bei 12 Frauen wurde eine verheimlichte Schwangerschaft festgestellt. Sechzehn Frauen, bei denen weder eine Verdrängung noch eine Verheimlichung vorlag, wurden ausgeschlossen.

Der Vergleich der Mütter mit verdrängter und verheimlichter Gravidität im Blick auf die in Tabelle 1 aufgeführten Parameter ergab gewisse Unterschiede. Während über 80% der Frauen mit einer nicht wahrgenommenen Schwangerschaft älter als 21 Jahre waren, ist das Kollektiv der Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlicht haben, deutlich jünger (42% unter 20 Jahren), wohnte entsprechend häufiger noch bei den

Tabelle 1: Ergebnisse der klinischen und der forensischen Studie: Vergleich zwischen verdrängter und verheimlichter Schwangerschaft

	Klinische Studie		Forensische Studie!	
	Schwangerschaft verdrängt n = 66	Schwangerschaft verheimlicht n = 12	Schwangerschaft verdrängt n = 42	Schwangerschaft verheimlicht n = 51
Alter				
15-20 Jahre	15%	42%	53%	60%
21-30 Jahre	44%	50%	38%	26%
älter als 30 Jahre	41%	8%	9%	14%
Wohnsituation				
mit Eltern	11%!	50%!	57%	56%
mit Ehemann/Partner	65%!	25%!	30%	26%
alleinlebend	21%!	8%!	13%	18%
Anderes	3%!	17%!	-	-
Ausbildung/Beruf				
Sonderschülerin	-	-	6%	3%
Schülerin/Auszubildende	9%	33%	29%	26%
Angestellte	27%	8%	35%	42%
Arbeiterin/Hausfrau	55%	58%	24%	23%
Anderes	9%	-	6%	6%
Familienstand				
ledig	75%	58%	73%	72%
verheiratet	17%	33%	24%	25%
geschieden/getrennt	8%	9%	3%	3%
Beziehung zum Kindesvater				
aktuelle Partnerschaft	74%	58%	68%	63%
ehemalige Partnerschaft	8%	-	9%	23%
flüchtige Bekanntschaft	8%	17%!	18%	10%
Anderes	11%	25%!	5%!	4%
Anzahl der Schwangerschaften				
erste	44%	75%	66%	63%
zweite	21%	8%	22%	21%
dritte oder mehr	35%	17%	12%	16%
Psychotische Erkrankung	5%	-	-	2%
Substanzmittelabusus	8%	8%!	-	-

Eltern und war in schulischer oder beruflicher Ausbildung begriffen. Ein größerer Teil der Frauen mit nicht wahrgenommener Schwangerschaft war wiederum unverheiratet (75%), lebte aber in einer aktuellen Partnerschaft (74%).

Bei drei Frauen mit verdrängter Schwangerschaft war in der Vorgeschichte eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis bekannt (nur in einem Fall mit akuter Exazerbation). Bei fünf Frauen bestand eine positive Suchtmittelanamnese: einmal ein akuter Analgetika- und Tranquilizermissbrauch, viermal eine frühere Abhängigkeit (je einmal Cannabis, Analgetika, Ecstasy bzw. Alkohol). Bei den Frauen mit verheimlichter Schwangerschaft bestand keine Psychose, und es gab nur eine Patientin mit einem akuten Suchtmittelabusus (Polytoxikomanie mit Heroin/Codein).

Zusätzlich zu diesen mütterlichen Parametern sollen im folgenden weitere geburtsmedizinische Ergebnisse für beide Subgruppen dargestellt werden.

Verdrängte Schwangerschaften: N = 66 Frauen, incl. des einzigen Falles einer Kindstötung in der klinischen Stichprobe.

Vorherige Schwangerschaften: 37 Frauen hatten zuvor mindestens eine Geburt; acht Erstgebärende hatten zuvor mindestens einen Abbruch und/oder eine Fehlgeburt. Nur bei 21 Frauen (32%) bestanden keinerlei vorherige Schwangerschaftserfahrungen.

Diagnose der verdrängten Schwangerschaft: Bei 25 Frauen erfolgte die Diagnose intrapartal aufgrund einsetzender Wehentätigkeit. Vier Frauen wurden dabei zu Hause von der Geburt überrascht, ohne dass sie von der bestehenden Schwangerschaft wussten; diese plötzlichen und gänzlich unerwarteten Geburten erfolgten ohne Anwesenheit eines Arztes oder einer Hebamme. Bei den verbleibenden 41 Frauen wurde die Diagnose präpartal im Verlaufe der Schwangerschaft gestellt: bei 23 Frauen bis zur 28. Schwangerschaftswoche, bei 16 Frauen zwischen 29. und 37. sowie bei zwei Frauen zu Beginn der 38. Woche.

Geburten/Neugeborene: Insgesamt wurden 70 Kinder geboren, 62 Einlinge und viermal Zwillinge; zwölfmal kam es zu Frühgeburten (Reifezeichen \leq 36 abgeschlossener Schwangerschaftswochen) und in 54 Fällen zu Reifgeburten (einschliesslich einer Totgeburt und eines Neonaticides). Drei Frühgeburten betrafen nicht-lebensfähige Feten: ein spontaner Spätabort in der 21. Schwangerschaftswoche und zwei Spätabbrüche bei Frauen unmittelbar nach Diagnose der Schwangerschaft in der 21. bzw. 23. Woche. Bei 42 Frauen erfolgte die Geburt spontan (64%), zweimal

kam es zu einer vaginalen Beckenendlagegeburt, und in je elf Fällen (17%) wurde die Geburt entweder vaginal operativ durchgeführt (Vakuumextraktion, Zange) oder per Kaiserschnitt. Das Geburtsgewicht der lebensfähigen Neugeborenen lag zwischen 995g und 4920g. Im weiteren verblieben 51 Kinder bei den eigenen Eltern (Kindsmutter alleinlebend oder verheiratet), 13 wurden zur Adoption freigegeben und ein Kind kam in eine Pflegefamilie. Im Vergleich zur Normalbevölkerung (Perinatalstatistik) zeigte sich nach verdrängter Schwangerschaft signifikant eine erhöhte fetale Risikosituation sowie ein schlechteres Outcome der Neugeborenen (Wessel 1998; Wessel et al. 2003a).

Verheimlichte Schwangerschaften: Im Gegensatz zur Schwangerschaftsverdrängung besaßen alle 12 Frauen die subjektive Gewissheit schwanger zu sein, und zwar bereits zu einem frühen Schwangerschaftszeitpunkt (spätestens ab Mitte/Ende des ersten Trimenon). Unter ihnen waren einige jüngere Frauen/Teenager, die angaben, dass sie versucht hatten, dieses Wissen zu „vergessen“ – eine Vorgehensweise, die als typisch für unreife Heranwachsende beschrieben wurde (Blum & Goldhagen 1981; Pete & DeSantis 1990; Bluestein & Rutledge 1992; Spielvogel & Hohener 1995).

Vorherige Schwangerschaften: Drei Frauen hatten zuvor mindestens eine Geburt; eine Erstgebärende hatte zuvor eine Interruptio. Acht Frauen (75%) waren zuvor nicht schwanger gewesen.

Geburten/Neugeborene: Dreizehn Kinder wurden geboren, elf Einlinge und einmal Zwillinge. Es kam nur zu einer Frühgeburt. Zehn Geburten erfolgten spontan (eine davon zu Hause bei einer Drogenabhängigen), neben zwei Kaiserschnitten. Das Geburtsgewicht lag zwischen 1560g bis 4380g. Es traten keine kindlichen Todesfälle auf. Im Vergleich zu den verdrängten Schwangerschaften gab es bei den Neugeborenen keine vergleichbare erhöhte Risikosituation (bei allerdings wesentlich kleinerer Zahl). Acht Kinder verblieben bei den Kindseltern (alleinlebende Mutter oder beide Eltern), drei wurden zur Adoption freigegeben und zwei Kinder kamen in eine Pflegefamilie.

Forensische Stichprobe

In 42 von den 98 Fällen der Verbundstudie lagen die oben beschriebenen Kriterien einer von der Mutter nicht wahrgenommenen Schwangerschaft vor. Dabei hatten zehn Frauen kurz vor der Geburt Ärzte aufgesucht oder zu Besuch gebeten (in 23 Fällen wurde eine Fortbestehen der monatlichen Periodenblutungen angegeben).

Innerhalb der letzten 2 Wochen vor der Geburt gaben weitere zehn Frauen Intimkontakte mit ihren Sexualpartnern an, aber auch diesen blieb die Schwangerschaft gänzlich verborgen.

In 51 Fällen war der werdenden Mutter ihr Zustand bewusst, es konnte aber dem persönlichen Umfeld gegenüber die Schwangerschaft verborgen werden, etwa gegenüber Arbeitskollegen, Partner oder Eltern. In 5 Fällen gaben die Frauen das Weiterbestehen ihrer Regelblutungen an.

Ein Vergleich der Faktoren in Tabelle 1 zeigt zwischen den Müttern mit verdrängter und verheimlichter Schwangerschaft keine auffälligen Unterschiede. Somit lässt sich folgendes sowohl für die klinische als auch für die forensische Stichprobe ausführen:

Mehr als die Hälfte der Frauen war jünger als 20 Jahre. Ein vergleichbarer Anteil der Frauen wohnte bei ihren Eltern, und nur ein Viertel lebte mit dem Ehemann oder Partner zusammen. Nur sehr wenige Frauen hatten einen eigenen Haushalt. Mehrheitlich waren die Frauen Schülerinnen, Auszubildende oder in einem festen Arbeitsverhältnis. Dies verdeutlicht, dass die forensische Stichprobe keineswegs allein minderbegabte, hinsichtlich Schule und Beruf unterqualifizierte Frauen umfasste. Zwar waren drei Viertel der Frauen unverheiratet, aber zwei Drittel lebten in einer festen Beziehung (vgl. Tab. 1). Wie in der klinischen Gruppe waren die Mütter zu einem Drittel Mehrgebärende und widerlegten deutlich den ‚Gretchenmythos‘ von der sexuell unerfahrenen und vom Liebhaber verlassenen Jungfrau.

Die Aktenauswertung ergab nur in einem Fall das Vorliegen einer Psychose und dies in der Gruppe der Frauen mit verheimlichter Schwangerschaft sowie in keinem Fall einen Substanzmittelabusus.

Berücksichtigt man alle im Rahmen der Verbundstudie 1980–1989 einbezogenen Kindestötungsfälle (Thomson et al. 1992), also auch jene, bei denen die Mutter unbekannt geblieben ist, aber die Säuglingsleichen rechtsmedizinisch untersucht werden konnten (n=211), dann war bei 163 Kindern der Leichnam noch nicht wesentlich durch Fäulnis bzw. Autolyse oder postmortale äußere Einwirkungen stärkergradig verändert. Insgesamt fanden sich folgende Befunde:

Reifegrad der Neugeborenen (n=163). 86% waren reif, 7% unreif, 7% „fast reif“.

Körpergewichte der Neugeborenen (n=48). Ganz überwiegend lagen die Neugeborenenengewichte innerhalb der Normgrenzen.

Überlebenszeit der Neugeborenen (n=163). Entsprechend des Luftfüllungszustandes im Magen-Darm-Trakt war davon auszugehen, dass die Überlebenszeit

in den meisten Fällen nur sehr kurz war und bis höchstens 30 Minuten betrug.

Todesursachen (n=163). In den meisten Fällen war eine eindeutige Todesursache nicht feststellbar, und als Möglichkeiten des Todeseintrittes wurden beschrieben „Nichtversorgung des Neugeborenen“, „Liegenlassen des Neugeborenen“, „Unterkühlung“, „Verschließen der Atemwege mit weicher Bedeckung“, „Nichtversorgung“, „pathologisch nicht eindeutig nachweisbar“ (Thomson et al. 1992).

Diskussion

Verdrängte und verheimlichte Graviditäten stellen ohne Frage eine ernste Bedrohung für die Mutter (fehlende Geburtsvorbereitung) sowie das Kind (im Extremfall Tod durch Nichtversorgung nach der Geburt) dar. Die Daten aus der klinischen Stichprobe belegen nicht nur die Häufigkeit des Phänomens mit einem Fall auf 475 Geburten, sondern verweisen auf eine enge Beziehung zu den Frauen aus der forensischen Stichprobe, bei denen die Geburt mit dem Tod des Kindes endete. Diese Ähnlichkeit zwischen beiden Gruppen im Blick auf die in Tabelle 1 aufgeführten Variablen belegt, dass es sich bei der Verdrängung oder Verheimlichung von Schwangerschaft nicht um getrennte „Entitäten“ handelt; vielmehr stellen sie nur unterschiedliche Intensitätsabstufungen einer innerpsychischen Fehlverarbeitung der Schwangerschaft dar, die ganz verschiedene Gründe haben kann.

Da in der klinischen Studie die Vollständigkeit der rekrutierten Fälle nicht sicher bestimmbar war, kann die tatsächliche Rate des Auftretens sogar noch höher als 1 : 475 sein. Bei der Beschäftigung mit der Schwangerschaftsverdrängung besteht allerdings ein grundsätzliches Dilemma: Selbst wenn das Rekrutieren betroffener Frauen mittels einer prospektiven Studie erfolgt, impliziert der Untersuchungsgegenstand als solcher aber eine retrospektive Beobachtungs- und Beurteilungsweise für den vorherigen Schwangerschaftsverlauf: Nach Diagnose einer Gravidität zu einem bereits fortgeschrittenen Zeitpunkt kann anhand der von der Schwangeren gemachten Angaben eine Einschätzung nur über die zurückliegende Zeit des nicht wahrgenommenen Schwangerseins erfolgen. Dieses trifft in vergleichbarer Weise auch für die verheimlichte Schwangerschaft zu (Wessel & Buscher 2002; Wessel et al. 2002).

Die forensische Stichprobe war nach den Arbeiten von Gerchow 1954 mit eine der ersten empirischen Untersuchungen zur Kindestötung unmittelbar nach

der Geburt, deren Fragestellung auch darauf gerichtet war, ob die Mütter tatsächlich mit dem „klassischen“, in der Literatur häufig beschriebenen Täterinnentyp übereinstimmen, nämlich dem Bild von der minderbegabten, unreif-infantilen, meist sozial desintegrierten junge Frau, die ihre Schwangerschaft vor sich selbst durchaus registriert, diese aber aus Angst vor Schande und Sorge vor materieller Not gegenüber der Umwelt geschickt zu verbergen weiß (Hirschmann & Schmitz 1958; Trube-Becker 1975; Rodegra 1981; Püschel et al. 1988).

Unsere Ergebnisse stimmen nicht überein mit dem, auch in der jüngeren Literatur weit verbreitetem Bild von der Frau, die, verstoßen von ihrem Liebhaber, ihr Neugeborenes sehr wohl akzeptiert hätte, wenn der Kindsvater bei ihr geblieben wäre. Ohnehin spricht schon das Resultat, dass mehr als ein Drittel der Frauen Mehrgebärende waren, gegen die herkömmliche Auffassung, dass die Täterinnen sexuell und partnerschaftlich unerfahren seien.

Gleiches gilt für die Ergebnisse der geburtsmedizinischen Stichprobe, welche ebenfalls belegen, dass psychotische Erkrankungen oder Substanzmittelabusus nur bei ganz wenigen der betroffenen Frauen vorkommen. Im übrigen verweist der hohe Prozentsatz der Frauen, die über sexuelle und partnerschaftliche Erfahrungen verfügen, gegen die Erklärung des Phänomens allein aus psychomentaler Unreife im Rahmen der Adoleszenzentwicklung – auch wenn dies in Einzelfällen eine wichtige Rolle spielen mag. Schließlich sind die sog. Teenagerschwangerschaften ein häufiges Phänomen, das Jugendliche in der Regel bewältigen, ohne ihre Schwangerschaft zu verheimlichen oder zu negieren (Blum & Goldhagen 1981; Pete & DeSantis 1990; Bluestein & Rutledge 1992; Wessel 1998; Wessel et al. 2002).

25 Frauen (38%) der klinischen Gruppe waren während der Schwangerschaft bei einem Arzt, ohne dass eine Schwangerschaftsdiagnose erfolgte. Diese höchst verwunderliche Eigentümlichkeit wird bei verdrängten Schwangerschaften häufig beschrieben. Zum einen mag eine gewisse Inkompetenz für geburtshilfliche Belange bei den beteiligten Ärzten (in der Regel Nicht-Gynäkologen) ausschlaggebend sein. Bei Frauen in der fertilen Phase sollte somit öfters ein Schwangerschaftstest erwogen werden. Darüber hinaus ist erörtert worden, ob bei der Nichtdiagnose auch der Mechanismus der projektiven Identifikation in der Interaktion Schwangere – Arzt beteiligt sein kann (Sandler 1987; Wessel et al. 2003b).

Zur Aufrechterhaltung der Schwangerschaftsverdrängung kann zweifellos das Andauern eines regelmäßigen Blutungsmusters während der Schwanger-

schaft beitragen (von 30 Frauen, 46%, der klinischen Studie angegeben; bei 15 bis mens VIII oder länger) oder aber das Fortbestehen gewohnt unregelmäßiger Blutungen (8 Frauen, 12%). Eine endokrinologisch fundierte Erklärung dieses häufig beschriebenen „Mysteriums“ (26) steht bis heute aus. Auch die fortgesetzte Einnahme oraler Kontrazeptiva in Unkenntnis der Schwangerschaft (wie bei 10 Frauen, 15%, der klinischen Stichprobe) vermag das Auftreten zyklischer Abbruchblutungen wie bei der Menstruation nicht zu erklären. Obgleich von Kaplan & Grotowski 1981 behauptet, erscheint es endokrinologisch eigentlich nicht möglich, dass die vergleichsweise nur geringe Menge synthetischer Hormone der ‚Pille‘ angesichts der von der fetoplazentaren Einheit synthetisierten Steroidhormonmengen (vor allem im fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium) eine rhythmische Blutung auslösen kann. Unklar ist auch das Blutungssubstrat. Sogar aber eine eingetretene Amenorrhoe kann als Zeichen beginnender Wechseljahre rationalisiert werden: Anstelle eines Hinweises für eine Schwangerschaft vermag sie zur Aufrechterhaltung der Verdrängung beizutragen (Wessel 1987).

Sowohl die forensische als auch die klinische Stichprobe umfassen die bisher größte Anzahl an verdrängten Schwangerschaften und veranschaulichen nachdrücklich die Heterogenität der betroffenen Frauen. Schon früher wurde beschrieben (Milden et al. 1985; Brezinka et al. 1994), dass es nicht *den* einen „Typus“ der Schwangerschaftsverdrängerin gibt. Vielmehr kann jedes fertile Alter betroffen sein, alle Ausbildungs- und Berufsgruppen, jeder Familienstand und soziale Hintergrund. Hervorzuheben ist, dass früher vermutete prädisponierende Risikofaktoren wie soziale Isolierung, niedrige Intelligenz, geringer sozialer Status, junges Alter, voreheliche Konzeption und Unwissenheit über Fortpflanzungsabläufe (Slayton & Soloff 1981; Finnegan et al. 1982) sich als nicht haltbar erwiesen haben. Bestimmte Belastungsfaktoren wie etwa Trennung vom Partner und zwischenmenschliche Probleme können eine bedeutsame auslösende Rolle bei der Ausbildung einer Schwangerschaftsverdrängung spielen. Erstgebärende sind, im Gegensatz zur weit verbreiteten Annahme, nicht alleine betroffen. Von Frauen, die ihre bestehende Schwangerschaft erst mit der Geburt wahrnehmen, wird angenommen, sie würden lügen oder seien ernsthaft psychotisch (Brezinka et al. 1994). Demgegenüber wies die ganz überwiegende Mehrheit der 66 Frauen aus der klinischen Stichprobe keine psychiatrische Besonderheiten auf; nur bei dreien (5%) bestand eine psychiatrische Vorerkrankung (Schizophrenie, davon einmal mit akuter Exazerbation).

Sehr viel leichter zu verstehen ist dagegen auf dem Hintergrund einer gestörten Realitätswahrnehmung die Schwangerschaftsverdrängung im Falle einer bestehenden Psychose. Bei Auftreten von Schizophrenien, schizoaffektiven Psychosen und manisch-depressiven Erkrankungen weisen diese Frauen schwerwiegende Bewusstseinsstörungen auf, die einher gehen mit Verwirrung, Desorganisation, Wahnvorstellungen, Halluzinationen und unangemessenem Verhalten (Spielvogel & Hohener 1995). Kennzeichnend für Frauen mit einer psychotischen Schwangerschaftsverdrängung ist ihr Hin- und Herwechseln zwischen kategorischer Verdrängung und Anerkennung der Schwangerschaft, manchmal innerhalb eines Tages oder sogar während eines Gespräches. Dieser Widerspruch löst überhaupt keine Unstimmigkeit bei ihnen aus. Üblicherweise werden auch keinerlei Anstrengungen unternommen, die Schwangerschaft vor anderen zu verbergen. Familienmitglieder oder andere Angehörige werden somit nicht in die Verdrängung mit einbezogen (Slayton & Soloff 1981; Miller 1990; Spielvogel & Hohener 1995).

Allein die Tatsache, dass in allen empirischen Untersuchungen über Fälle von verdrängten Schwangerschaften Frauen mit psychotischen Erkrankungen die Ausnahme darstellen, belegt, dass hierdurch nur ein kleiner Teil ätiologisch herleitbar ist. Daher erscheint es sinnvoll, die Verdrängung (denial) oder Verheimlichung (conceal) einer Schwangerschaft als nurmehr eine Endstrecke verschiedener Ätiologien anzusehen, die auf eine *Negierung* des Schwangerseins hinauslaufen (nach innen: Verdrängung, oder nach außen: Verheimlichung). Übergeordnet lässt sich also von „negierten“ Schwangerschaften („negated“ pregnancy) sprechen.²

Als psychischer Mechanismus, der die nicht-psychotische Verdrängung der Schwangerschaft am besten erklären kann, kommt nach Ansicht von Kaplan & Grotowski 1981 am ehesten die Konversion in Betracht. Dieses ist insofern bemerkenswert, da Kon-

versionserkrankungen allgemein als im Rückgang befindlich gelten. Die Verdrängung der Schwangerschaft kann aber auch als Mittel zur unbewussten Abwehr von Gewaltphantasien gegenüber dem Ungeborenen eingesetzt werden, möglicherweise auf dem Hintergrund früher erlittener psychischer oder sexueller Kindheitstraumata (Bonnet 1993).

Brezinka et al. 1994 weisen auf einen fließenden Übergang hin zwischen bewussten Bewältigungsstrategien und unbewussten Abwehrmechanismen, ein Punkt, der sich sehr ähnlich auch bei Green & Manohar findet 1990: Sie betonen, dass die Grenze zwischen bewusster und unbewusster Verdrängung keine feste ist. Eine uniforme, allen verdrängten Schwangerschaften zugrunde liegende Dynamik gibt es nicht. Jede Erklärung dieses Phänomens verweigert sich einer einfachen Deutung und lässt sich nicht durch den Bezug auf ein spezifisches psychologisches Modell klären. Jeder Einzelfall ist auf seinem jeweiligen Hintergrund zu sehen (Kaplan & Grotowski 1981).

Nach unserer Ansicht hat es sich als lohnenswert erwiesen, dem Fragenkomplex nachzugehen, warum *diese* Frau mit *diesem* Partner zu *diesem* Zeitpunkt *diese* Schwangerschaft verdrängt hat. Mit Hilfe eines solchen Ansatzes kann versucht werden, die zugrunde liegenden Ursachen und Hintergründe im Einzelfall herauszufinden.

Anhand von Einzelfallanalysen konnte aufgezeigt werden, dass sich eine negierte Schwangerschaft (verdrängt oder verheimlicht) auf eine psychoneurotische Verschiebung von Konflikten in die reproduktive Dimension der Geschlechtlichkeit gründen kann. Dieser neuere Erklärungsversuch (Beier 1994a; Beier 1994b; Beier 2000) zielt dabei auf die biologischen Geschlechtsunterschiede und die Tatsache, dass im Rahmen der Geschlechtsidentitätsentwicklung die Geschlechtsorgane und ihre Funktionen auch psychisch integriert werden müssen. Weitergehend liegt es nahe, von einer weibliche Analogie zu den männlichen Perversionen auszugehen. Es ließe sich etwa ein vergleichbarer spezifischer Konfliktlösungsmechanismus annehmen, der dem gleichen Mechanismus unterliegt, aber einen anderen Schwerpunkt hat: sexuelle Triebimpulse bei Männern und reproduktive Impulse bei Frauen. Daher erging der Vorschlag, hier anstelle des Terminus Perversion unter Verwendung einer linguistischen Analogie von Reproversion zu sprechen (Beier 1994a; Beier 1994b; Beier 2000).

² Für den deutschen Begriff „Schwangerschaftsverdrängung“ wird zumeist der englische Terminus „denial of pregnancy“ verwendet. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass „denial“ aber auch für den deutschen Begriff „Verleugnung“ benutzt wird. Auf die Unterschiede dieser beiden Abwehrmechanismen in psychodynamischer / psychoanalytischer Sicht kann hier nicht eingegangen werden, vgl. dazu Wessel J. (1998): Die nicht wahrgenommene (verdrängte) Schwangerschaft. Eine prospektive Untersuchung aus geburtsmedizinischer Sicht unter Berücksichtigung endokrinologischer, psychosomatischer und epidemiologischer Aspekte [Habilitation]. Berlin; Charité, Humboldt-Universität. Diese Habilitationsschrift ist unlängst (ergänzt um eine Nachbemerkung und mit aktualisierter Literaturliste) neu erschienen: Wessel, J. (2007): Die verdrängte Schwangerschaft. Hamburg; akademos Wissenschaftsverlag.

Zur Notwendigkeit neuer Kategorien in DSM UND ICD

Ähnlich wie bei den postpartalen Depressionen (Brockington 2004) ist auch das Konzept der Schwangerschaftsverdrängung kontrovers. Überhaupt vorhanden ist es weder in der 10. Revision von ICD noch im DSM-IV. Eine der Herausforderungen für ICD-11 und DSM-V besteht darin, eine geeignete Stelle für diese Störungsbilder zu finden, damit sie auch vom Praktiker erkannt und an geeignete Spezialambulanzen weitergeleitet werden können.

Verdrängung oder Verleugnung³ einer körperlichen Erkrankung ist ein häufig anzutreffendes Problem in der psychiatrischen Konsultationspraxis. So kann es im Anschluss an die Diagnose von Krebs oder einer schweren Herzerkrankung durch deren Verdrängung zu einem maladaptiven Verhalten kommen, etwa das Nichtbeachten eines Therapieplanes, was zur Verschlechterung des körperlichen Krankheitszustandes führen kann. Da diese Sichtweise von Verdrängung oder Verleugnung immer schon eine Anpassung an Stress mit einschloss, bietet es sich konzeptionell an, diese speziellen Verarbeitungsweisen einer physischen Erkrankung als Subtypus einer Anpassungsstörung aufzufassen. 1990 wurde von Strauss und Mitarbeitern vorgeschlagen, in den DSM-IV eine neue Form einer Anpassungsstörung aufzunehmen: „(maladaptive) Verdrängung oder Verleugnung einer körperlichen Erkrankung“. Diese Ergänzung sollte die klinische Versorgung verbessern, indem Kriterien für ein solches Konzept einer maladaptiven Verdrängung/Verleugnung bereitgestellt werden, und um eine genauere Beurteilung der Hintergründe von Nichtcompliance und Behandlungsverweigerung zu fördern (Strauss et al. 1990).

Verdrängung ist definiert als unbewusster psychischer Prozess, bei dem eine Wahrnehmung oder eine bestehende Tatsache ignoriert oder nicht anerkannt wird, um Angst oder Leiden zu vermeiden. Das Nichtwahrnehmen einer bestehenden Schwangerschaft und die mangelnde Anpassung der Lebensweise ist eine subtilere Erscheinungsform von Verdrängung. Mehrere Autoren (Slayton & Soloff 1981; Finnegan et al. 1982; Milstein & Milstein 1983; Miller 1990) haben sich auf die Definition der Verdrängung von Vaillant bezogen als primitiver Abwehrmechanismus, der nicht nur bei psychotischen Patienten vorkommt,

sondern auch bei Gesunden unter ungewöhnlich hohen Stressbedingungen (Vaillant 1971). Spinelli meint: „Um eine Tatsache zu verdrängen, muss zuvor ein Wissen von dieser Realität bestanden haben“ (Spinelli 2001: 812).

Der Vorschlag, innerhalb der DSM-Klassifizierung der Anpassungsstörungen (adjustment disorder) eine neue Sub-Gruppe „mit Verdrängung einer körperlichen Erkrankung“ einzuführen, wurde von Kinzl & Biebl 1991 und Miller 1991 unterstützt, und zwar speziell im Blick auf die Schwangerschaftsverdrängung angesichts der hohen Risiken für Mutter und Kind aufgrund des Fehlens einer adäquaten Schwangerschaftsvorsorge. Für Kinzl & Biebl 1991 stellt das Nichtwahrnehmen bzw. die Verdrängung einer Schwangerschaft eine Anpassungsstörung dar, mit für das Individuum adaptiven Funktionen, indem etwa unangenehme Auswirkungen vermindert werden. Da aber eine Schwangerschaft keine Krankheit ist, empfahl Miller 1991, den Wortlaut im Vorschlag von Strauss zu ändern, und zwar zu „nicht-adaptiver Verdrängung eines körperlichen Zustandes“, mit besonderer Betonung, dass die Verdrängung einer Schwangerschaft als ernsthaftes psychisches Krankheitsbild mit gemeint ist, um gerade diesen Aspekt zu unterstreichen und weitere Konfusion zu vermeiden. Wie bei den anderen Krankheitsbildern in dieser Klassifizierung müsste auch bei der Schwangerschaftsverdrängung eine Abgrenzung von der psychotischen Form erfolgen. Weiterhin wären auch diejenigen Schwangerschaften aufzugreifen, die „vor anderen geheim gehalten“ (verborgen), aber von der Patientin nicht eigentlich verdrängt werden (Miller 1991).

In diesem Zusammenhang ist aus sexualmedizinischer Sicht darauf hinzuweisen, dass das reproduktive Erleben und Verhalten Teil der menschlichen Geschlechtlichkeit ist. Das im DSM-IV vorgehaltene Kapitel über „Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen“ nimmt Bezug auf die Geschlechtsidentität und das sexuelle Erleben und Verhalten, welche ebenfalls (wie die Schwangerschaft) wohl nicht als „Krankheit“ angesehen werden können – gleichwohl aber aus unterschiedlichen Gründen Gegenstand von Störungsbildern sein können, unter denen Menschen leiden oder die zu einer Belastung zwischenmenschlicher Beziehungen führen.

Es wäre daher viel naheliegender, eine Integration der verdrängten oder verheimlichten Schwangerschaften in die „Sexuellen und Geschlechtsidentitätsstörungen“ und nicht in die „Anpassungsstörungen“ vorzunehmen. Schließlich ist das Hauptmerkmal einer Anpassungsstörung die Entwicklung von klinisch bedeutsamen emotionalen oder Verhaltenssymptomen

³ Hinweis zur begrifflichen Verwendung im deutschen und englischen siehe oben.

als Reaktion auf einen oder mehrere identifizierbare psychosoziale Belastungsfaktoren. Zusätzlich muss sie innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung der Belastung überwunden worden sein, womit es sich nicht um eine für Schwangerschaften passende Kategorie handelt. Offensichtlich aber tritt die Nichtwahrnehmung der Schwangerschaft als Reaktion auf körpereigene schwangerschaftsassozierte psychosomatische Umstellungsprozesse ein und ist hinsichtlich der psychosozialen Belastung gerade nicht identifizierbar. Häufig können Familienangehörige der Schwangeren beteiligt sein, geradewegs so, als ob es einen unausgesprochenen Pakt gäbe, die Schwangerschaft nicht anzuerkennen (Brozovsky & Falit 1971). Freunde, Lehrer, Arbeitgeber und Ärzte können ebenso involviert sein. Darüber hinaus können manchmal sogar die Partner der Frauen nichts von der Schwangerschaft bemerken, selbst im Falle von stattgehabtem Geschlechtsverkehr kurz vor der unerwarteten Geburt. Kindstötungen unmittelbar nach der Geburt treten selten auf; sie können sich im Anschluss an eine verdrängte Schwangerschaft ereignen, wenn die von Panik erfasste Kindsmutter im Zuge einer unter der Geburt auftretenden Phase von Desorganisation oder Dissoziation das Neugeborene tötet, welches für sie als körperlicher Ausdruck ihrer unterdrückten Ängste erscheinen mag (Resnick 1970; Brozovsky & Falit 1971; Condon 1986; Saunders 1989; Green & Manohar 1990). Für eine Gruppe von 16 Frauen, die einen Neonaticid begangen hatten, wurde derartige von Spinelli 2001 beschrieben. Die Nichtwahrnehmung der Schwangerschaft im persönlichen Umfeld führt wiederum zu einer Bestätigung im Verdrängen von Anzeichen und Symptomen einer Schwangerschaft – in gleichem Maße, wie diese Frauen ihre inneren Signale interpretieren, nehmen sie auch äußere Signale (nicht) wahr.

Ganz umstandslos ließe sich hingegen im Kapitel „Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen“ eine Integration der „Reproduktiven Dysfunktionen“ vornehmen: Analog zu der Phänomenologie der „sexuellen Dysfunktionen“ wären die „reproduktiven Dysfunktionen“ gekennzeichnet durch eine Auffälligkeit des reproduktiven Erlebens und Verhaltens sowie der psychophysiologischen Veränderungen, die den reproduktiven Ablauf charakterisieren und die deutliches Leiden und zwischenmenschliche Schwierigkeiten verursachen. Ferner macht es auch für den ICD wenig Sinn, negierte Schwangerschaften im Abschnitt „Anpassungsstörungen“ aufzunehmen, vielmehr sollte eine Einordnung in „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F60–69) erfolgen, als eigenes Kapitel mit der Überschrift „Psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Reproduktion“. Eine

gut geeignete Stelle wäre beispielsweise direkt im Anschluss an das bereits vorhandene Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Fortentwicklung und Orientierung“ (F66.0–F66.9)

Darüber hinaus würde eine solche neue Kategorie die Möglichkeit eröffnen, eine Vielzahl von reproduktiven Dysfunktionen – die in der klinischen Arbeit eine große Rolle spielen – mit zu klassifizieren: etwa der überwertige Kinderwunsch, die eingebildete Schwangerschaft, die rätselhaften Häufungen von (zum Teil mehr als 10) Schwangerschaftsabbrüchen bei intelligenten Frauen trotz vorhandener Verhütungsmethoden sowie hochpathologisches Erziehungsverhalten von Müttern, für die ihre Kinder (Selbst-)Objektcharakter haben (Beier 2000). Interessanterweise kann die eingebildete Schwangerschaft (grossesse nerveuse, Scheinschwangerschaft) als Gegenstück zur verdrängten Schwangerschaft gelten. Während die eingebildete Schwangere nahezu alle Schwangerschaftsmerkmale produziert, können bei der Schwangerschaftsverdrängung (oder analog auch grossesse occultée) Schwangerschaftszeichen wie etwa morgendliche Übelkeit, Gewichtszunahme oder Kindsbewegungen entweder gänzlich fehlen oder nicht wahrgenommen oder aber auch rationalisiert und umgedeutet werden (Übelkeit als verdorbener Magen, Gewichtszunahme infolge Appetitsteigerung, Kindsbewegungen als Darmbeschwerden).

Auch wäre die Bildung von Subtypen innerhalb dieser neuen DSM- bzw. ICD-Kategorie ohne weiteres möglich: Eine negierte Schwangerschaft ließe sich entweder klassifizieren als kompletter Typ (Verdrängung) oder inkompletter Typ (Verheimlichung); weitergehend könnte angegeben werden, zu welchem Zeitpunkt in der Schwangerschaft die Negierung aufgehoben wurde. Das Kapitel über „Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen“ erlaubt bereits schon jetzt solche Differenzierungen, da es ausschließliche und nicht-ausschließliche Formen der Pädophilie aufführt.

Die Aufnahme einer neuen Kategorie in DSM und ICD speziell für reproduktive Dysfunktionen (die nicht durch organische Störungen oder Erkrankungen verursacht werden) kann durch internationales Zusammenwirken von Arbeitsgruppen erreicht werden, und wäre außerordentlich wünschenswert, um ihr Auftreten genauer zu erfassen und dadurch unsere Kenntnisse über Störungen der reproduktiven Dimension von Sexualität zu vertiefen. Darüber hinaus würde die Forschung in diesem bedeutsamen Gebiet der medizinischen Versorgung verstärkt werden. Hinzuweisen sei darauf, dass etwa im Bereich der pränatalen Ultra-

schalluntersuchung alle fetalen Fehlbildungen zu diagnostizieren sind, die mit einer Häufigkeit von mehr als 1 Fall in 3000 Geburten auftreten⁴. Ärzte und Hebammen sollten zudem in ihrer Ausbildung über geburtsmedizinische und forensische Aspekte bei verdrängten Schwangerschaften genau so viel erfahren und lernen wie über viele andere risikobehaftete und lebensbedrohliche Umstände während Schwangerschaft und Geburt. Manchmal scheint es so, als gäbe es kaum ein anderes Phänomen von vergleichbarer Bedrohlichkeit und potentieller Letalität für Mutter und Kind, dem in der medizinischen Literatur über geburtshilfliche Komplikationen und Notfälle bisher so wenig Beachtung zukommt.

Literatur

- Beier KM. Weiblichkeit und Perversion – Von der Reproduktion zur Reproversion. Stuttgart: Gustav Fischer, 1994a.
- Beier KM. Gibt es eine weibliche Analogie zur Perversion? *Psychother Psychosom Med Psychol* 1994b;44:137–143.
- Beier KM. Female analogies to perversion. *J Sex Marital Ther* 2000;26:79–93.
- Bluestein D, Rutledge CM. Determinants of delayed pregnancy testing among adolescents. *J Fam Pract* 1992;35:406–410.
- Blum RW, Goldhagen J. Teenage pregnancy: in perspective. *Clin Pediatr (Phila)* 1981;20:335–340.
- Bonnet C. Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse Neglect* 1993;17:501–513.
- Brezinka C, Huter O, Biebl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1994;15:1–8.
- Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004;363:303–310.
- Brozovsky M, Falit H. Neonaticide – clinical and psychodynamic considerations. *J Am Acad Child Psychiatry* 1979;10:673–683.
- Brych Ch. Verdrängte Schwangerschaft – Eine Analyse von Beobachtungen der Jahrgänge 1990 und 1991. Medizinische Dissertation, Hannover: Medizinische Hochschule, 1994.
- Condon JT. (1986): The spectrum of fetal abuse in pregnant women. *J Nerv Ment Dis* 174: 509–516.
- Finnegan P, McKinsty E, Robinson GE. Denial of pregnancy and childbirth. *Can J Psychiatry* 1986;27:672–674.
- Gerchow J. Die Bedeutung der reaktiven Abnormisierung für die Beurteilung von Kindesmörderinnen. Untersuchungen über die psychosomatischen Grundlagen des Sondertatbestandes zum § 271 StGB; zugleich ein Beitrag zum Problem der abartigen Erlebnisreaktion. Medizinische Habilitation, Kiel, 1954.
- Green MC, Manohar SV. Neonaticide and hysterical denial of pregnancy. *Br J Psychiatry* 1990;156:121–123.
- Hirschmann J, Schmitz E. Strukturanalyse der Kindesmörderin. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1958;8:1–20.
- Kaplan R, Grotowski T. Denied pregnancy. *Aust N Z J Psychiatry* 1981;30:861–863.
- Kinzl J, Biebl W. Disavowal of pregnancy: an adjustment disorder. *Am J Psychiatry* 1991;148:1620–1621 [letter].
- Milden R, Rosenthal M, Winegardner J, Smith D. Denial of pregnancy: an exploratory investigation. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1985;4:255–261.
- Miller LJ. Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:1233–1237.
- Miller LJ. Maladaptive denial of pregnancy. *Am J Psychiatry* 1991;148:1108 [letter].
- Milstein KK, Milstein PS. Psychophysiological aspects of denial in pregnancy: case report. *J Clin Psychiatry* 1983;44:189–190.
- Pete JM, DeSantis L. Sexual decision making in black young adolescent females. *Adolescence* 1990;25:145–154.
- Püschel K., Hasselblatt G, Labes H. Kindermörderinnen: meist geistig unreif. Eine Analyse unter kriminologischen Aspekten. *Kriminalistik* 1988;10:525–528.
- Resnick PJ. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. *Am J Psychiatry* 1970;126:1414–1420.
- Rodegra H. Kindestötung und Verheimlichung der Schwangerschaft. Eine sozialgeschichtliche und medizinsoziologische Untersuchung mit Einzelfallanalysen. Herzogenrath; Murken-Altroge, 1981.
- Sandler J (Hrsg.). Projection, identification and projective identification. Madison (Conn.); International Universities Press, 1987.
- Sato H, Yamane K. Menstruation during pregnancy. *Lancet* 1971;I:79 [letter].
- Saunders E. Neonaticide following „secret“ pregnancies: seven case reports. *Public Health Rep* 1989;104:368–372.
- Slayton RI, Soloff PH. Psychotic denial of third-trimester pregnancy. *J Clin Psychiatry* 1981;42:471–473.
- Spielvogel AM, Hohener HC. Denial of pregnancy: a review and case reports. *Birth* 1995;22:220–226.
- Spinelli MS. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *Am J Psychiatry* 2001;158:811–813.
- Steckeler U. Die Tötung unter der Geburt (vormals § 217 StGB) im Strafrecht und in der forensischen Medizin im Spiegel einer letztmaligen empirischen repräsentativen Untersuchung. Medizinische Dissertation, Kiel, 2003.
- Strauss DH, Spitzer RL, Muskin PR. Maladaptive denial of physical illness: a proposal for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 1990;147:1168–1172.
- Thomsen H, Bauermeister M, Wille R. Zur Kindestötung unter der Geburt. Eine Verbundstudie über die Jahre 1980–1989. *Rechtsmedizin* 1992;2:135–142.
- Trube-Becker E. Zur Kindestötung nach § 217 StGB. *Ärztin* 1975;10:3–14.
- Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 1971;24:107–118.
- Wessel J. Geburten bei vorher nicht bekannter Schwangerschaft – Schwangerschaftsverdrängung und menstruationsähnliche Blutungen in graviditate. *Geburtshilfe Frauenheilkd*

⁴ wie von der in London ansässigen Fetal Medicine Foundation und dem deutschen Pendant DEGUM (Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin) empfohlen.

- 1987;47:850–853.
- Wessel J. Die nicht wahrgenommene (verdrängte) Schwangerschaft. Eine prospektive Untersuchung aus geburtsmedizinischer Sicht unter Berücksichtigung endokrinologischer, psychosomatischer und epidemiologischer Aspekte. Medizinische Habilitation, Berlin, Charité, Humboldt-Universität, 1998.
- Wessel J, Buscher U. Denial of pregnancy, population based study. *BMJ* 2002;324:458.
- Wessel J, Rau G. Zur Schwangerschaftsverdrängung – Darstellung eines Phänomens anhand einiger Ergebnisse von 28 Fällen und Vorstellung einer prospektiven regionalen Verbundstudie für Berlin. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1997;57:116–123.
- Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy – results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:1021–1027.
- Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy: results of a one-year prospective study compared with control groups, *J Perinat Med* 2003a;31:29–35.
- J Wessel, Endrikat J, Kästner R. Projektive Identifizierung und Schwangerschaftsverdrängung – Überlegungen zu Ursachen und Hintergründen der auch ärztlicherseits nicht erkannten Schwangerschaft. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2003b;207:48–53.
- Wille R, Beier KM. ‚Verdrängte‘ Schwangerschaft und Kindstötung: Theorie – Forensik – Klinik. *Sexuologie* 1994;2:75–100.

Adressen der Autoren

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, www.sexualwissenschaft-berlin.de

Prof. Dr. med. Dr. jur. R. Wille (emerit.) Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Campus Kiel Christian-Albrechts-Universität Kiel, www.uni-kiel.de/sexmed

Spermaallergie – Spekulation oder Realität?

Erwin Günther, Heidi Fritzsche

Allergy to sperm – speculation or reality?

Abstract

Allergy to sperm occurs more frequently than known, because affected women keep this secret and gynecologists misjudge the symptoms quite often. Not every case is published. Abstinence as well as the use of condoms leads to the release of the complaints quickly.

Immediately after unprotected sexual intercourse, symptoms of sperm allergy begin in the female genital region such as itching, swelling, redness of the skin and pain. After a few weeks or months postcoital urticaria exanthemas appear and angioneurotic oedemas. Stridor and asthmatic dyspnoe may also occur as well as nausea, colics and pelvic pains including the anaphylactic shock.

In the patients history it can be ascertained atopy to be a disposing factor, – therefore sperm allergy may already appear at the first sexual intercourse. The liberation from symptoms after the use of condoms can be considered as the first „ultimate criterion“ (Bernstein) to differ pseudo-sperm allergy and various postcoital genital affections from the sperm allergy.

Allergy to sperm is caused by an allergy to glycoproteins in the seminal fluid and it is not an allergy to the spermatozoa. The existence of antibodies to spermatozoa is called „sperm immunity“. The sperm allergy is a type I allergy, – and the diagnostic confirmation is performed by Prick-, scratch, and intracutaneous tests.

Antihistaminics are less helpful, and the use of glucocorticoids is only indicated for shock prevention. For that reason the hyposensibilisation method, published by Matloff should be recommended. By the liberation of allergic symptoms this method enables to experience the own sexuality free of conflicts and facilitates the realization of child desire.

Keywords: Sperm allergy, postcoital complains, anaphylactic shock after sex

Zusammenfassung

Spermaallergie kommt häufiger vor als bekannt ist, weil das betroffene Frauen verheimlichen und Gynäkologen die Symptome häufig verkennen. Nicht jeder Fall wird publiziert; – Abstinenz und Kondomanwendung führen ja schnell zur Beschwerdefreiheit.

Die Symptome der Spermaallergie beginnen nach einem ungeschützten Koitus als lokale Reaktionen im Genitalbereich der Frau, als Juckreiz, Schwellung, Rötung und Schmerz. Nach Wochen bis Monaten entstehen postkoital auch urtikarielle Exantheme und angioneurotische Oedeme. Stridor und asthmatische Dyspnoe treten auf oder Übelkeit, Koliken, auch Unterleibkrämpfe bis zum anaphylaktischen Schock.

Atopie wird häufig als disponierender Faktor in der Familienanamnese und eigenen Vorgeschichte ermittelt, – daher kann Spermaallergie bereits beim ersten Geschlechtsverkehr auftreten. Als erstes „ultimatives Kriterium“ zur Abgrenzung diverser postkoital auftretender Genitalerkrankungen und der Pseudo-Spermaallergie gilt nach Bernstein die Symptommfreiheit nach Kondomanwendung.

Spermaallergie beruht auf einer Allergie gegen Glykoproteine des Seminalplasmas und nicht auf einer Allergie gegen die Spermien. Von „Spermaimmunität“ spricht man, wenn Antikörper gegen Spermien vorliegen. Da Spermaallergie eine Typ I-Allergie ist, wird der diagnostische Nachweis vorrangig mit Prick-, Scratch- und Intrakutantests geführt.

Antihistaminika sind wenig hilfreich und Glukokortikoide nur zur Schockprävention indiziert. Empfohlen wird das Hyposensibilisierungsverfahren nach Matloff. Durch Symptommfreiheit ermöglicht es ein konfliktfreies Erleben der eigenen Sexualität und erleichtert die Realisierung des Kinderwunsches.

Schlüsselwörter: Spermaallergie, postkoitale Beschwerden, anaphylaktischer Schock nach Sex

Einleitung

Das Phänomen einer Allergie auf Sperma scheint imaginär zu sein, weil es offenbar extrem selten auftritt. Die weitaus meisten Gynäkologen erleben während ihrer jahrzehntelangen beruflichen Tätigkeit nie einen solchen Fall.

Frauen mit postkoitalen Vulvabeschwerden genieren sich, den Frauenarzt deshalb zu konsultieren. Vielleicht haben sie bei ihm sogar Unverständnis erlebt. Sie suchen Rat. Im InterNet fragen Frauen in dem so genannten User(innen)-Forum gezielt, ob sie eine Spermaallergie haben. Manche Frauen glauben auf Grund ihrer postkoitalen Beschwerden, unbedingt an dieser, so seltenen Störung zu leiden (Harth 2000). Den Angaben der meisten im InterNet ratsuchenden Frauen kann man entnehmen, dass Vulvovaginitis, Vulvaekzem etc. vorliegen dürften, – aber manche Selbstbeschreibung ist doch sehr suspekt für das Vorliegen einer echten Spermaallergie. Frankland und Parish war schon 1974 aufgefallen, dass ein solcher Verdacht öfters von den betroffenen Frauen selbst geäußert wird als von Ärzten. Auch der Fall von Prandini war eine Selbstdiagnose (1999).

Das wirft die Frage nach der **Häufigkeit** einer Allergie auf Sperma auf. Ist sie vielleicht doch nicht so selten, wie einer Presseerklärung des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen zu entnehmen ist? Danach sollen bis zum Jahr 2000 weltweit nur 60 Fälle diagnostiziert worden sein¹. Die Dunkelziffer ist sicher um ein Vielfaches höher, weil aus Scham verschwie-

gen wird, viele Ärzte unwissend sind, nicht jeder Fall publiziert wird und Selbstbehandlung mit Kondomanwendung oder Abstinenz schnell Abhilfe schafft. Schon 1996 hatte das Bernstein-Team der Universität Cincinnati per Fragebogen unter 1073 Frauen aus den USA und Kanada 266 Frauen mit dem Verdacht einer Spermaallergie ermittelt, – Beschwerdefreiheit durch Kondomgebrauch galt dabei als erstes „ultimatives Kriterium“. Doch konnte schließlich bei 130 Frauen eine Spermaallergie im engeren Sinne diagnostiziert werden.

Die vermutlich älteste Veröffentlichung einer Spermaallergie stammt von James (1945), – eine 18jährige Atopikerin erlebte morgendliches Erbrechen in der Frühschwangerschaft nach ungeschütztem Koitus, was sehr wenig besagt, da es hormonell, psychisch oder durch Prostaglandine bedingt sein kann. In den Karentests (Coitus interruptus und Kondomverkehr) blieben Übelkeit und Erbrechen aus. Der passive Transfer-Test nach Prausnitz-Küstner fiel bei mehreren Testpersonen positiv aus und wurde als Beweis einer Spermaallergie angesehen. Zu den ersten Publikationen gehören auch die Kasuistiken von Specken (1958) aus den Niederlanden und von Halpern et al. (1964) aus Frankreich. Spermaallergie wird ausschließlich bei **Frauen** diagnostiziert. Zumeist sind es junge Frauen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren, – die jüngste war bei der Erstmanifestation erst 16 Jahre alt (Wüthrich und Somazzi 1993), die älteste bereits 55 Jahre (Kroon 1980). Da die allergischen Symptome häufig (Tabelle 1) schon beim Erstkontakt mit Sperma auftreten, werden sie noch weniger verstanden, noch eher verschwiegen und erst später genannt. Andererseits traten die ersten Symptome in einem Falle erst in der 5. Schwangerschaft auf (Blair et al. 1985).

¹ Den Autoren sind über 200 Publikationen zur Spermaallergie bekannt, aber mancher Casus wurde mehrfach publiziert.

Tab. 1 Manifestation und Auftreten der Spermaallergiesymptome (n = 194 Frauen)

	vorhanden	nicht vorhanden	keine Angaben
bei Kohabitarche	22 %	53 %	25 %
dgl. Bernstein-Team*	28 %	72 %	–
nur lokale Reaktionen	47 %	1 %	52 %
dgl. Bernstein-Team*	35 %	65 %	–
auch systemische Reaktionen	66 %	7 %	27 %
dgl. Bernstein-Team*	65 %	35 %	–

* Erhebungen der Bernstein-Arbeitsgruppe: In einer Fragebogen-Aktion wurden 1079 suspekta Frauen Nordamerikas ermittelt, unter denen eine Spermaallergie bei 130 Frauen sehr wahrscheinlich war (Ann.Allergy Asthma Immunol. 78 1997: 54–58).

Für Frauen stellt Humansperma immerhin eine körperfremde Substanz dar, so dass allergene Potenzen naheliegend sind. Humansperma müsste gerade bei atopisch disponierten Frauen noch viel häufiger zur Sensibilisierung führen, – wenn es keine Immuntoleranz gäbe. Aber ohne Immuntoleranz wäre die Spezies *homo sapiens* längst im Evolutionsprozess der Primaten verschwunden.

Bei einem **Manne** müsste fremdes Humansperma auch zu einer Sensibilisierung führen können. Eigenartiger Weise wurde über Spermaallergie bei homosexuellen Männern bisher nie berichtet, obwohl wiederholter gleichgeschlechtlicher Sex auch zum Kontakt mit fremdem Sperma an der Mund- oder Rektumschleimhaut führt. Perianale Ekzeme und Kontaktproktitis bei zwei homosexuellen Männern konnten von Fisher (1889) als Kontaktallergie auf Kondomgummi entlarvt werden. Immunologische Störungen, die man nach Analverkehr bei 19 von 26 homosexuellen Männern und einer Frau fand, waren nicht typisch für eine allergische Genese (Magvilit et al.), eher die Folge einer Schädigung durch humane Immundefizienz – Viren (HIV), was aber seinerzeit noch nicht exakt verifiziert werden konnte (1984).

Die **Symptome** der Spermaallergie treten entweder lokalisiert in der Genitalregion der Frauen oder/und systemisch auf. Die *lokalisierten* Beschwerden kommen als „Vulvovaginitis“ vor, als postkoitaler Juckreiz mit Rötung, Brennen, Schwellung der Vulva und Schmerzen. Das betraf auch die 22jährige Frau in Jena, die in die gynäkologische Sprechstunde (H.F.) kam. Sie erlebte jeweils nach der Kohabitation juckende Quaddeln an der Vulva. Nach Kondomanwendung blieben diese Reaktionen aus, – so wurde die Diagnose per exclusionem gestellt.

Die allergischen Reaktionen können anfangs streng auf die Spermakontaktstellen begrenzt sein und lange Zeit im Sinne einer Kontakt-Urtikaria persistieren (Gruschwitz & Seipp 1993, Hjort 1987). Sogar Blasenbildung im Sinne eines fixen Exanthems wurde nach Spermakontakt beschrieben (Best et al. 1988).

Später entwickeln sich fast immer generalisierte Stigmen der Allergie, die recht mannigfaltig sind: Juckreiz, Erytheme, urtikarielle Exantheme, angioödemartige Schwellungen am Hals, im Gesicht, an der Zunge, mit Stridor und asthmoider Dyspnoe.

Oder es treten äußerst schmerzhaftes Uterusspasmen, Abdominalkoliken, mit Erbrechen oder Diarrhoe auf. Extrem heftige Reaktionen bewirken Hypotension, Kreislaufkollaps, Bewusstseinsverlust, also den kompletten anaphylaktischen Schock, der eine Notarztintervention erfordert. Ein Todesfall durch Spermaallergie wäre nicht ausgeschlossen, aber darüber

wurde in dem uns bekannten Schrifttum bisher nicht berichtet.

Ausgelöst wird die allergische Reaktion durch vaginalen Spermakontakt. Die Allergene des Ejakulates werden sofort resorbiert und führen prompt, d.h. innerhalb weniger Minuten (selten erst nach über einer Stunde) zur allergischen Lokalreaktionen oder/und Fernreaktionen (Tabelle 1). Ohne Therapie bleiben sie zumeist einige Stunden bestehen, sie können im Einzelfall auch länger als 24–36 Stunden andauern (Levy et al 1973).

Neben dem vaginalen Spermakontakt wurden auch abweichende Auslösemechanismen für Spermaallergie bekannt:

Eine 20jährige Frau mit Beugenekzem und Rhinitis wegen Tierhaarallergie erlebte schon vor dem ersten vaginalen Koitus sofort nach dem ersten Spermakontakt an der Haut heftigen Juckreiz und danach periorbitale angioneurotische Ödeme, was sich später nach jeder vaginalen Ejakulation wiederholte (Ohman et al. 1990)..

Eine 30jährige Frau erlitt seit dem ersten Koitus vor 12 Jahren nach jedem Koitus Vulvaödeme und generalisierten Pruritus. Ein Intrauterinpeessar bewirkte verständlicherweise keine Linderung. Sie mied daraufhin vaginale Ejakulationen durch Kondomanwendung oder Fellatio, – das verschluckte Sperma verschiedener Männer hatte interessanter Weise keine nachteilige Wirkung. Der Intrakutantest fiel auf Seminalplasma stark positiv aus (Mikkelsen et al. 1975).

Eine 42jährige Frau, die früher 16 Jahre verheiratet war, erkrankte während der Schwangerschaft erstmals an allergischen Reaktionen, obwohl sie schon seit Monaten allein und vom Partner getrennt lebte. Sie hatte ihren Hund zum vaginalen Koitus abgerichtet. Vor 10 und 5 Monaten war dabei nichts passiert. Nach dem 3. Koitus mit dem Hund traten Hitzegefühl, Unterleibspasmen, Erbrechen und Kreislaufkollaps auf. Der Intrakutan- und der Prausnitz-Küstner-Test mit Hundesperma fielen positiv aus (Holden und Sherline 1973)

Disposition

Allergische Reaktionen auf Sperma treten bevorzugt bei Frauen auf, die selbst und durch ihre Familie mit Erkrankungen des atopischen Formenkreises genotypisch autosomal dominant belastet sind (Tabelle 2). Wenn sie bereits beim ersten Koitus auf Sperma allergisch reagierten, wurden sie entweder vorher durch nichtvaginalen Kontakt sensibilisiert oder es liegen kreuzreagierende Allergene vor (Kint et al. 1994).

Differentialdiagnose und Pseudo-Spermaallergie

Erkrankungen im Genialbereich geben allzu häufig Anlass zu Spekulationen nach ihrer Herkunft. Es können Fluor vaginalis, venerische Infektionen, Vulvovaginitis, Vulvamykose, Vulvaekzem, Lichen sclerosus et atrophicus (Kraurosis vulvae) vorliegen, auch Aversionen gegen den Partner, Konzeptionsangst oder andere Phobien. Als Ursache ist auch eine Kontaktdermatitis auf Arzneimittel in Ovula und Inhaltsstoffe in Intimkosmetika (Fisher 1973, 79, 87), Enthaarungspaste, Gleitmittel / Lubrikantien oder Heilsalben möglich. Wenn solche Substanzen in zeitlichem Zusammenhang mit Kohabitationen angewendet werden, wird auch der Sex angeschuldigt. Chemische Kontrazeptiva waren früher nicht immer ungefährlich. Auch Kondomgummi enthält eine Reihe bekannter Allergene wie Latex, Stabilisatoren und Alterungsschutzmittel, die Kontaktallergien am Genitale der Frau schon allein oder zusätzlich bei Spermaallergie hervorrufen können (Fisher 1989, Kint 1994, Wüthrich 1993, Yocum et al 1996). Eine Pseudo-Spermaallergie liegt auch vor, wenn das Ejakulat solche Allergene wie Nahrungs- bzw. Arzneimittelspuren enthält. So wurden Allergien auf Coca-Cola (Pichler et al. 1989), Walnüsse (Haddad 1978), Penicillin (Green & Green 1985), Vinblastin (Paladine et al. 1975) und Thioridazin (Sell 1985) im Sperma durch akribische Diagnostik entdeckt.

Die **Allergendiagnostik** basiert nicht allein auf dem „ultimativen Kriterium“, das Bernstein 1997 als Symptomfreiheit nach Meidung des Spermakontaktes durch Kondomanwendung definierte.

Die Spermaallergie geht mit Reaktionen vom **Soforttyp I** einher. Daher werden zur Diagnostik solche

Tests angewendet, die IgE-Antikörper vom anaphylaktischen Typ nachweisen, also kutane Tests wie Scratch-, Prick- und Intrakutantest. Letzterer kann bis zu Spermaplasmaverdünnungen 1 : 10 Mill. positiv ausfallen (Siragamiam et al. 1975, Halpern et al. 1967). Sperma vom Intimpartner birgt als Testsubstanz keine neue Gefahr einer Infektübertragung in sich, – aber Tests mit fremdem Sperma (Blair et al.) bleiben riskant.

Sowohl Vollsperma als auch spermienfreies Spermaplasma enthalten die **Allergene**, – beide Substrate sind für die Diagnostik geeignet. Damit liegt es nahe, dass Spermien nicht das eigentliche Allergen sein können, – anders gesagt: ‚gewaschene‘ Spermien sind für die Hauttests ungeeignet (Gall et al. 1991). Man spricht beim Vorliegen von Antikörpern gegen Spermien auch nicht von Spermaallergie² sondern von Spermaimmunität³.

Spermaallergie kann daher nicht durch Vasektomie vermieden werden, was die Ehemänner einiger an Spermaallergie leidende Frauen, die sich sterilisieren

² Die Diagnose beruht auf dem Nachweis einer Allergie gegen Seminalplasma und dem postkoitalen Vorkommen klinischer Symptome, die anfangs nur am Genitale der Frau und später als systemische allergische Reaktionen bis zum anaphylaktischen Schock auftreten. Nachgewiesen werden Antikörper vom IgE-Typ mit Sofortreaktionen im Prick-, Scratch- und Intrakutantest vor allem bei Frauen mit atopischer Disposition. Spermaallergie ist keine Sterilitätsursache; sie kann durch Hyposensibilisierung beseitigt werden.

³ Diese Diagnose setzt den Nachweis von Antikörpern gegen Spermien voraus. Sie können als Isoantikörper bei der Frau aber auch als Autoantikörper beim Manne vorkommen. Es gibt Antikörper, die auf Spermien agglutinierend, immobilisierend oder zytotoxisch wirken. Spermaimmunität wird als Ursache für etwa 10% der ungeklärten Fälle von Sterilität angesehen. ‚Ungeklärt‘ bleibt die Ursache, wenn keine speziellen serologischen Untersuchungen erfolgen; denn bei Spermaimmunität treten keine (!) klinischen Symptome auf.

Tab. 2 Häufigkeit der atopischen Disposition bei Frauen mit Spermaallergie (n = 194 Frauen)

	positiv	negativ	unbekannt
Familienanamnese	41 %	42 %	17 %
dgl. Bernstein-Team*	48 %	52 %	–
Eigene Anamnese	48 %	39 %	12 %
dgl. Bernstein-Team*	51 %	49 %	–

* Erhebungen des Bernstein -Teams mittels Fragebogen: Unter 1079 suspekten Frauen Nordamerikas befanden sich 130 Frauen mit sehr wahrscheinlicher Spermaallergie (Ann. Allergy Asthma Immunol. 78 1997: 54–58).

ließen, nicht wussten (Blair et al.1985, Friedman et al.1984, Levine et al.1973).

Die Allergene stammen nicht aus dem Hoden oder Nebenhoden sondern aus der Prostata. Der Glykoproteincharakter wurde frühzeitig erkannt. Yunginger et al.1991 fanden mit dem direkten Radio-Allergo-Sorbent-Test (RAST) in den Seren von 4 spermaallergischen Frauen eine kallikreinartige Serinprotease, die an der Liquefaktion des Ejakulatkoagulums beteiligt ist. Es handelt sich um ein Glykoprotein, das weitgehend mit dem **Prostata-spezifischen Antigen (PSA)** identisch ist (Weidinger et al. 2006). Mit einem Molekulargewicht von 30...34 kDa dürfte PSA das Majorantigen der Spermaallergie sein. Levine et al. (1974) sahen positive Hautreaktionen auch auf Extrakte von Prostatagewebe bei spermaallergischen Frauen.

Da PSA bei allen Männern vorkommt, erklärt das, **einmal** warum Spermaallergie nur selten personenspezifisch (Ehemann – spezifisch) diagnostiziert wurde (Berger 1975, Frankland et al. 1974) und **zum anderen** warum (homosexuelle) Männer keine Spermaallergie entwickeln. PSA ist ja noch im Nanogrammbereich nachweisbar und bewährter Indikator von Prostataerkrankungen insb. Prostatakarzinom.

Die **Antikörper** sind Immunglobuline vom IgE-Typ (Reunala et al. 1977, Weidinger et al. 2005). Das wird durch Hauttests vom Soforttyp bewiesen. Auch der früher praktizierte passive Antigentransfer (Prausnitz-Küstner-Test) spricht dafür, ebenso der Nachweis von häufig, aber nicht immer erhöhtem spezifischem IgE im RAST-Verfahren und die Histaminliberation von Leukozyten (Köhn 2001, Wüthrich 1993, Kint 1994 u.a.). Der alleinige Nachweis spezifischer IgE-Antikörper gegen Seminalplasma hat nach Voigt noch keinen diagnostischen Wert; denn von 44 symptomfreien Frauen hatten 14 einen positiven IgE-RAST (1996).

Neben heftigen IgE-Sofortreaktionen waren vereinzelt auch allergische Spätreaktionen nachweisbar (Blair et al. 1985, Boit et al. 2004, Kint 1994, Marcus et al.1977, Typ III-Reaktionen Mike et al.1990 und positiver Lymphozytentransformationstest Schimkat et al. 1993), allerdings schwächer und nur in wenigen Fällen. Ob es sich um eine Nebenreaktion von Begleitallergenen handelt, blieb ungeklärt.

Wenn man die Frage nach einer möglichen **Therapie** stellt, bezieht sich das erstens auf die allergischen Reaktionen und zweitens auf die Realisierung des Kinderwunsches.

Kinderwunsch kann bekanntlich bei Meidung von Spermakontakt nicht realisiert werden. Genauer gesagt dreht es sich ja nur um die Spermien, gegen die gar keine Antikörper vorliegen. So lag es nahe, vom Semi-

nalplasma befreite, so genannte ‚gewaschene‘ Spermien für die instrumentelle intrauterine Insemination zu verwenden. Die von Iwahasi et al. behandelte 29-jährige Japanerin wurde nach 6 Inseminationen schwanger. Saphiro et al. erreichten eine Zwillingschwangerschaft im 7. Therapiezyklus. Auch Blair, Kint u.a. haben so den Kinderwunsch ihrer Patientinnen realisiert. Noch risikoärmer ist die In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (de Cuyper et al. 1996). Trotzdem sind Spontanheilungen nicht ausgeschlossen. Nach langfristiger Kondomanwendung trat bei der Patientin von Pevny et al. (1978) eine Verminderung der allergischen Reaktionen mit Spontankonzeption ein. Drei der sechs dänischen Spermaallergikerinnen verloren die Spermaallergie nach mehrmonatiger Anwendung von Kondomen, – auch der Pricktest fiel wieder negativ aus (Kroon 1980).

Die **Lebensqualität** wird durch die lokalen und erst recht durch die systemischen allergischen Reaktionen gemindert. Lebensbedrohliche Zwischenfälle nach der Kohabitation belasten die Partnerkontakte so erheblich, dass dringende Abhilfe ersehnt wird oder die Partnerschaft zerbricht. Antihistaminika bewirken prophylaktisch nur wenig (de Cruyter et al. 1996, Mathias CGT et al.1980). Cromoglicicum, das gegen allergische Rhinitis und Konjunktivitis wirksam ist, konnte als 8%ige Vaginalcreme erfolgreich angewendet werden (Goldenhersh et al.1989, Bosso et al.1992, Wüthrich 1993).

Schließlich hat man verschiedene Verfahren einer **Hypo-/Desensibilisierung** praktiziert. Versuche von Halpern et al.(1964) und Mathias C.G.T. et al. (1980) waren noch nicht erfolgreich. Zur subkutanen Desensibilisierung verwendeten Friedman et al.(1984) jene Fraktion des Seminalplasmas, die im Pricktest die stärkste Reaktion bewirkt hatte. Dreimal wöchentlich wurden die Injektionen unter Kautelen der Schockprävention verabreicht, initial 0,0032 mg Protein/ml bis 3,2 mg/ml,- und zwar mit Erfolg. Blair et al.verabreichten 6 Monate lang zweimal wöchentlich subkutane Injektionen von Seminalplasmalösung, dann einmal wöchentlich und zuletzt einmal monatlich, um Beschwerdefreiheit zu erzielen (1985).

Die von Matloff 1993 erprobte Methode der *in-travaginalen Desensibilisierung* besticht wegen der Einfachheit und des Erfolges: Sperma des Ehemannes wird in Albumin-Lösung verdünnt. 2 ml der Lösung werden 1 : 1000, dann 1 : 100, 1 : 10 und unverdünnt alle 20 Minuten in die Vagina deponiert mit der Überlegung, lokale Mastzellmediatoren oder andere Mechanismen zur Erschöpfung zu bringen. Am nächsten Tag wird die Prozedur wiederholt. Erst die unverdünnte Albumin-Seminalplasma-Lösung verursachte nach 20

Minuten eine leichte Schwellung der kleinen Labien mit leichtem Brennen und Juckreiz für die Dauer einer halben Stunde. Dann verließ das Paar die Klinik mit dem Auftrag zu regelmäßigen ungeschützten Koitationen zwei- bis dreimal wöchentlich, was auch störungsfrei toleriert wurde. Auch Park et al. (1999), Nusam (1999) u.a. haben dieses Rush-Verfahren erfolgreich angewendet. De Cruyter et al. (1996) erzielten damit eine baldige Spontankonzeption.

Den Verfahren der Hyposensibilisierung haften mystische Phänomene an, nämlich dass Pricktest und hoher IgE-Spiegel persistieren können und die alten Symptome der Spermaallergie nach jedem Koitus rezidivieren, sobald ein längeres allergenfreies Intervall eintrat. Das mussten Patientinnen nach 10 Wochen Abstinenz (Bernstein et al. 1981), nach Hysterektomie (Friedman et al. 1984), aber auch schon nach 10 Tagen sexueller Karenz (Mathias T. 1980) hinnehmen. Durch erneute Hyposensibilisierung trat wieder Beschwerdefreiheit ein.

Als ultimo ratio sei die Bereitstellung eines **Notfallset** zur Schockvermeidung genannt, wenn die Patientin (noch) nicht zu einer Hyposensibilisierung geneigt ist (Köhn 2002, Bangard 2004, Tomikata 2002). Gerade bei hochgradiger Sensibilisierung und lebensbedrohlichen Reaktionen sollte der Arzt eine konsequente Langzeitanwendung von Kondomen empfehlen; damit wird nicht nur das Rezidivrisiko vermieden, sondern auch die Chance einer späten Spontanremission erprobt. Da Kondome zerreißen oder abrutschen können, bleibt ein Restrisiko bestehen. Zur Schockprophylaxe sollte die Frau ein Notfallset (mit injizierbarem Antihistaminikum, Glukokortikoid und Nor-/Andrenalin, evtl. mit Asthmaspray) besitzen und wie ein Wespenstichallergiker in die Anwendung eingewiesen werden.

Literatur

- Bangard C, Rösener I, Merck HF, Baron, JM. Typ-I-Allergie gegenüber Spermaflüssigkeit, Urtikaria und Angioödem. *Hautarzt* 2004;55:79–81.
- Beer, AE, Neaves, WB. Antigenic status of semen from the viewpoints of the female and male. *Fertil Steril* 1978;29:2–32.
- Berger, H. Allergy to human semen. *NY State J Med* 1975; 19:1072–1073.
- Bernstein IL, Englander BE, Gallagher JS, Nathan P, Marcus, ZH. Localized and systemic hypersensitivity reactions to human fluid. *Ann Intern Med* 1981;94:459–465.
- Bernstein IL, Gallagher JS, Friedman SA, Marcus ZH. Standardized immunotherapy protocol for IgE-mediated anaphylaxis to human seminal plasma. *Contribut Gynecol Obstet* 1985;14:51–159.
- Bernstein IL, Bernstein DJ, Moller D, et al. Successful rush desensitization of human seminal plasma anaphylaxis with a partially purified fraction of human seminal plasma. *AnnAllergy* 1985;55:335–337.
- Bernstein JA, Herd ZA, Bernstein DI, Korbee L, Bernstein IL. Evaluation and treatment of localized vaginal immunoglobulin E-mediated hypersensitivity to human seminal plasma. *Obstet Gynecol* 1983;82:667–673.
- Bernstein, JA Sugumaran R, Bernstein DI, Bernstein IL. Prevalence of human seminal plasma hypersensitivity among symptomatic women. *AnnAllergy Asthma Immunol* 1997;78:54–58.
- Best CL, Walters C, Adelman DC. Fixed cutaneous eruptions to seminal-plasma challenge. A case report. *Fertil Steril* 1988;50:532–534.
- Blair H, Parish WE. Asthma and urticaria induced by seminal plasma in a woman with IgE antibody and T-lymphocyte responsiveness to a seminal plasma antigen. *Clin Allergy* 1985;15:117–130.
- Boit R, Manns S, Hartmann M. Spermaallergie – zwei Kasuistiken. *Dermatologie in Beruf und Umwelt* 2004;52,1:33–35.
- Boppana SB, German DF, Frick OL. Chronic vulvovaginitis in a 30-years-old woman. *AnnAllergy* 1996;66:381–384.
- Bosso JV, Aiken MJ, Simon RA. Successful prevention of local and cutaneous hypersensitivity reactions to seminal fluid with vaginal cromolyn. *Allergy Proc* 1992;12:113–116.
- Bundschuh G. persönliche Mitteilung 1984.
- Chang TW. Familial allergic seminal vulvo-vaginitis. *Amer J Obstet Gynecol* 1976;126:442–444.
- DeCuyper C, Bogaerts Y, Vandekerckhove F, Gunst J. Intravaginal desensitisation and successful pregnancy in a woman with seminal fluid allergy. *J Allergy Clin Immunol* 1996;97,6:1427–1428.
- Dooms-Goossens A. Gibt es eine Kontaktallergie auf männlichen Samen? *Hautarzt* 1988;39:475.
- Ebo DG, Stevens WJ, Bridts CH, De Clerk IS. Human seminal plasma anaphylaxis (HSP) a case report and literature review. *Allergy* 1995;50:747–750.
- Fisher AA. Allergic reaction to feminine hygiene sprays. *Arch Dermatol* 1973;1108:801–802.
- Fisher AA. Condom dermatitis in either partner. *Cutis* 1987; 39:281–285.
- Fisher AA. Condom advice in rubber urticaria. *Contact dermatitis* 1989;21:354.
- Frankland AW, Parish WE. Anaphylactic sensitivity to human seminal fluid. *Clin Allergy* 1974;4:249–253.
- Freeman S. Woman allergic to husband's sweat and semen. *Contact dermatitis* 1986;14:110–112.
- Frisch C, Pujade-Lauraine MD, Leynadier F, Dry J. Rush hyposensitisation for allergy to Seminal plasma. *Lancet* 1984;I:1073–1074.
- Friedman SA, Bernstein IL, Enrione M, Marcus ZH. Successful long-term immunotherapy for human seminal plasma anaphylaxis. *JAMA* 1984;251:2684–2687.
- Gall H, Tümmers U, Gietzen K, Sterzig K. Kinderwunsch bei Spermaallergie. *Fortschrd Fertilitätsforsch* 1991;Bd 18:190–194.
- Geva A, Kalderon I, Cohen S. Intravaginal desensitization to seminal fluid. *Allergy* 1999;54:765–766.

- Goldenhersh MJ, Saxon A. Seminal fluid hypersensitivity, – a new approach. *AnnAllergy* 1992;62:256–258.
- Green RL, Green MA. Postcoital urticaria in a penicillin-sensitive patient. Possible seminal transfer of penicillin. *JAMA* 1985;254:531.
- Gruschwitz G, Seipp W. Sperma – Kontakturtikaria. *Dermatologe* 1993;12:1276–1277.
- Haddad ZH 1978 Clearer picture of food allergy is still needed. *Perspect Allergy* 1:2–3 (Walnußallergene im Seminalplasma).
- Halpern BN, Ky TN, Robert B. Etude immunologique d'un cas exceptionnel de sensibilisation spontanee au semen humain. *CR Acad Sc Paris* 1964;259:20–25.
- Halpern BN, Ky T, Robert, B. Clinical and immunological study of an exceptional case of reagenic type sensitisation to human seminal fluid. *Immunology* 1967;12:247–258.
- Halpern BN, Ky T, Robert B. A case of reagenic type sensitisation to human seminal fluid. *Brit Med J* 1967;3:632.
- Harth W. Spermaallergie – Psychologisierung eines seltenen somatischen Phänomens. Vortrag 12. Jahrestagung der Sektion Psychosomatische Dermatologie/DDG Gießen *Derma Psychosomat* 2000;5:41–43.
- Hjort N. Contact reaction in atopic dermatitis. *Proceed IX Dermat Kongr Binz* 10.4.1987.
- Holden TE, Sherline, DM. Bestiality with sensitisation and anaphylactic reaction. *Obstet Gynec* 1973;42:138–140.
- Iwahasi K, Myazaki T, Kuji N, Yoshimura Y Successful pregnancy in woman with a human seminal plasma allergy. *J Reprod Med* 1999;44:391–393.
- James DW Pernicious vomiting in pregnancy duo to sensitivity to semen. *Pacific Med Surg* 1945;53:380–381.
- Jones WR, Gale, AE. Concerning seminal plasma allergy. *AnnAllergy* 1978;41:252–254.
- Jones WR. Allergy to coitus. *AustNZ J Obstet Gynaecol* 1991;31:137–141.
- Kint B, Degreef, H, Dooms-Goossens, A. Combined allergy to human seminal plasma and Latex. Case report und review of the literature. *Contact dermatitis* 1994;30:7–11.
- Köhn FM, Ollert, M, Schuppe, HC, Rakoski, J, Schill, WB, Ring, J Spermaallergien Reproduktionsmedizin 2000; 16,3:183–188.
- Köhn FM, Ring, J. Spermaunverträglichkeit. *MMW Fortschr Med* 2000;14, 142:34–35.
- Köhn FM. Unverträglichkeiten und echte Allergien gegen Sperma. *Haut* 2001;12, 2:55–58.
- Köhn FM. Das Notfallset beim Sex dabei. *Dermaforum* 2002; 9:20.
- Köhn FM. Partnerwechsel oder Hyposensibilisierung? Bei Spermaallergie löst PSA die Symptome bei Frauen aus. 16. Fortbildungskongress ‚Fortschritte der Allergologie, Immunologie und Dermatologie‘ Davos 2003.
- Kooistra JB, Clark JW Yunginger JW. In vitro studies of human seminal plasma fluid allergen. *JAllergy Clin Immunol* 1978;61:181–182.
- Kooistra JB, Yunginger JW, Santrach PJ, Clark, JW. In vitro studies of human seminal plasma allergy. *JAllergy Clin Immunol* 1980;66:148–154.
- Krause W. Gibt es eine Kontaktallergie auf männlichen Samen? *Hautarzt* 1987;38,12:753.
- Kroon S. Allergy to human seminal plasma: a presentation of six cases. *Acta dermatovenerol.* 1980;69:436–439.
- Levine BB. Allergy to human seminal plasma. *New Engl J Med* 1973;288:894.
- Levine BB, Siraganian RP, Schenkein, I. Allergy to human seminal plasma. *N Engl J Med* 1974;290:916–917.
- Ludman BG. Human seminal plasma protein allergy: a diagnosis rarely considered. *J Obstet Gynecol neonatal Nurs* 1999;28:359–363.
- Maibach HI. Urtikaria und Anaphylaxie auf Sperma. *Hautarzt* 1979;30:218–219.
- Mathias CG, Frick, OL. Immunotherapy in seminal fluid allergy. *J Allergy Clin Immunol* 1979;63:173–174.
- Mathias CGT, Frick OL, Caldwell TM, Yunginger JW, Maibach HI. Immediate hypersensitivity to seminal fluid and atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1980;116:209–212.
- Mathias T. Diagnosis and treatment of seminal fluid allergy. *Sexualmedizin* 1980;9, 2:74.
- Matloff SM. Local intravaginal desensitization to seminal fluid. *JAllergy Clin Immunol* 1993;91:1230–1231.
- Matthei HU, Vogel, K. Immer postcoital schmerzhaft angeschwollene Labien. *Sexualmedizin* 1993;2:60.
- Mike N, Bird G, Asquith, P. A new manifestation of seminal fluid hypersensitivity. *QJ Med* 1990;75:371–376.
- Mikkelsen EJ, Henderson, LL, Leiferman, KM, Gleich, GJ. Allergy to human seminal fluid. *AnnAllergy* 1975;34:239–243.
- Mittman FU, Bernstein DJ, Adler TR, Korbee L, Nath V, Gallagher JS, Bernstein L. Selective desensitization to seminal plasma fractions after immunotherapy for postcoital anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 1990;86:954–960.
- Mumford DM, Haywood TJ, Daily LJ, Mc Lerran CJ, Mc Govern JP. Female allergy to seminal plasma – a case report. *Ann Allergy* 1978;40:40–43.
- Nicklas RA, Bernstein IL, Li JT et al. The diagnosis and management of anaphylaxis XXII Seminal fluid. *J Allergy Clin Immunol* 1998;101:521–522.
- Nusam D, Geva A, Kalderon I, Cohen S. Intravaginal desensitization to seminal fluid. *Allergy* 1999;54:765–770.
- Ohman JL, Malkiel S, Lewis S, Lorusso JR. Allergy to human seminal plasma fluid, characterization of the allergen and experience with immunotherapy. *JAllergy Clin Immunology* 1990;85:103–107.
- Paladine WJ, Cunningham TJ, Donovan MA, Dumper CM. Possible sensitivity to vinblastine in prostatic or seminal fluid. *N Engl J Med* 1975;292:52.
- Park JW, Ko SH, Kim CW, Bae SW, Hong CS. Seminal plasma anaphylaxis: successful pregnancy after intravaginal desensitization and immunodetection of allergens. *Allergy* 1999;54:990–993.
- Pevny I, Peter G, Schulze K. Spermaallergie vom anaphylaktischen Typ. *Hautarzt* 1978;29:525.
- Pichler W, Schneiter M, De Weck AL. Sexually transmitted allergy to Coca-Cola? *Am Clin News* 1989;1:46–47.
- Prandini M, Marchesi S. Allergy to human seminal fluid A case of self-diagnosis. *Allergy* 1999;54:530.
- Presseerklärung des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen und der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie vom 5 März 2005 <http://dewikipedia.org/Wiki/Spermaallergie>.
- Presti ME, Druce HM. Hypersensitivity reactions to human

- seminal plasma. *AnnAllergy* 1989;63:477–478.
- Reunala T, Koskimies AI, Björkstén F, Jänne J, Lassus A. Immunoglobulin E-mediated severe allergy to human seminal plasma. *Fertil Steril* 1977;28:832–835.
- Saphiro SS, Kooistra B, Schwartz D et al. Induction of pregnancy in a woman with seminal plasma allergy. *Fertil Steril* 1981;35:405–407.
- Schimka HG, Andary M, Clot J, Humeau C, Descomps B, Diend A, Previero B, Sultan C, Robinet-Levy, M, Barneon G, Meynadier JM, Meynadier J. Contact urticaria and contact dermatitis to constituents of human seminal fluid. In: Frosch P 1989.
- Dooms-Goossens A, Lachapelle JM, Rycroft JRG, Scheper RJ (eds). *Current topics in contact dermatitis*. Springer Berlin/Heidelberg, 1989.
- Schulz KH, Schirren C, Kueppers F. Allergy to seminal fluid. *NEngJMed* 1974;290:916.
- Schulz KH, Küppers F, Schirren C. Allergie vom anaphylaktischen Typ gegen Sperma beim Menschen. *Fortschr d Fertilitätsforschung* 1973;Bd7:100–102.
- Sell MB. Sensitization to Thioridazine through sexual intercourse. *Am J Psychiatry* 1985;142:271–272.
- Shah A, Agasol MK. Human seminal plasma allergy as a cause of postcoital asthma. *Eur Respir J* 1988;1:972–974.
- Shah A, Sethi S, Agarwal MK. Human seminal plasma allergy in India. *J Asthma* 1988;25:137–140.
- Shapiro SS, Kooistra JB, Schwartz D. Induction of pregnancy in a woman with seminal plasma allergy. *FertilSteril* 1981;36:405–407.
- Siraganian RP, Schenkein I, Levine BB. Immunological studies of a patient with seminal plasma allergy. *Clin Immunol Immunopath* 1975;4:59–66.
- Specken JLH. Een merkwaardig geval van allergie in de gynecologie. *Ned Tijdschr Verlosk Gynecol* 1958;58:314ff.
- Tomikata A, Suzuki K, Akamatsu H, Matsunaga K. Anaphylaxis to human seminal plasma. *Allergy* 2002;57:1081–1082.
- Voorhorst R. Female allergy to seminal fluid. *AnnAllergy* 1978;41:252.
- Vogt HJ. Spermaunverträglichkeit als mögliche Ursache einer Infertilität? *Hautarzt* 1996;47:312–313.
- Weidinger S, Ring J, Köhn FM. IgE-mediated allergy against human seminal plasma. *Chem Immunol Allergy* 2005;88:128–138.
- Weidinger S, Mayerhofer A, Raemsch R, Ring J, Köhn FM. Prostate-specific antigen as allergen in human seminal plasma allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117,1:213–215.
- Wüthrich B. Allergologische Probleme in der STD-Sprechstunde. *Z Haut-GeschlKktn* 1993;68,1:34–36.
- Yocum MW, Jones RT, Yunginger JW. Concurrent sensitization to natural rubber latex and human seminal fluid. *J Allergy Clin Immunol* 1996;98:1135–1136.
- Yunginger JW, Jones RT, Klee GG, Squillace DL, Ott NL. Allergy to human seminal plasma (HSP) Identification of prostate-specific Antigen (PSA) *J Allergy & Clin Immunol* 1991;87:343.

Adressen der Autoren

Prof. Dr. med. Erwin Günther, Wolfgang Medding Straße 05, 34497 Korbach/Hessen; Priv.Do. Dr. med. Heidi Fritzsche, Gemeinschaftspraxis, Markt 4, 07743 Jena/Thüringen

Zusammenhang zwischen Testosteronproduktion und sexueller Aktivität bei Frauen*

Sari M. van Anders, Lisa Dawn Hamilton, Nicole Schmidt, Neil V. Watson

Associations between testosterone secretion and sexual activity in women

Abstract

Some studies show an increase in testosterone (T) after sexual activity; this literature has inconsistent findings, focuses mostly on men, and does not employ control activities. The present study examined within-subject effects of intercourse versus control activities (cuddling; exercise) on salivary T. The initial sample included 49 women (mostly heterosexual), though not all participants returned all samples or engaged in all activities, leaving a smaller sample for endocrine analyses (n=16). Participants attended an initial session in the laboratory where they completed questionnaires, and then engaged in the activities on their own. On three separate nights, they provided pre-activity, post-activity, and nextmorning saliva samples and completed brief questionnaires at the last two timepoints. Women's T was higher pre-intercourse than pre-control activity. Women's T was also higher post-intercourse than post-control activity, though the percent change in T from pre- to post-activity was highest for cuddling, then intercourse, then exercise. Next-morning T did not differ by activity. Data pointed to an association between T and orgasming, sexual desire, and relationship commitment. Analyses on post-activity appraisals suggest that the close intimate physicality of a sexual and non-sexual nature can affect T and be beneficial in short-term and perhaps longer-lasting ways for women's sexuality and relationships.

Keywords: Sexual activity, Androgen, Women, Orgasm, Sexual desire, Exercise; Cuddling, Intercourse, Testosterone

Zusammenfassung

In mehreren Untersuchungen wurde ein Testosteron (T)-anstieg nach sexueller Aktivität nachgewiesen; die Ergebnisse dieser Arbeiten sind widersprüchlich, beziehen sich hauptsächlich auf Männer und haben keine Kontrollaktivitäten mit einbezogen. In der vorliegenden Studie wurde innerhalb der Probanden der Einfluss von Geschlechtsverkehr gegenüber Kontrollaktivitäten (Schmusen, Bewegung) auf die T-Konzentration im Speichel untersucht. Die ursprüngliche Gruppe umfasste 49 Frauen (überwiegend heterosexuell), von denen jedoch nicht alle ihre Proben abgaben oder alle Aktivitäten ausübten, so dass für die endokrinologischen Untersuchungen nur eine kleinere Zahl zur Verfügung stand (n=16). Die Teilnehmerinnen kamen zu einer ersten Sitzung ins Labor, wo sie Fragebögen ausfüllten und dann selbst den Aktivitäten nachgingen. An drei verschiedenen Tagen wurden Speichelproben vor und nach der entsprechenden Aktivität sowie am Morgen danach entnommen sowie kurze Fragebogen zu den beiden späteren Zeitpunkten ausgefüllt. Die T-Konzentrationen der Frauen waren sowohl vor als auch nach Geschlechtsverkehr höher als vor bzw. nach den Kontrollaktivitäten, wobei der größte Unterschied im T-Spiegel vor und nach der entsprechenden Aktivität in der Reihenfolge Schmusen, Geschlechtsverkehr, Bewegung zu verzeichnen war. Die T-Konzentrationen am Morgen danach zeigten keinen Unterschied in Bezug auf Bewegung. Die Daten deuten auf einen Zusammenhang zwischen T und Orgasmus, sexuellem Verlangen und Beziehungsbindung hin. Eine Analyse der Bewertung nach der entsprechenden Aktivität lässt darauf schließen, dass enge intime Körperlichkeit sexueller und nichtsexueller Natur den T-Spiegel beeinflusst und sich kurzfristig sowie möglicherweise auch langfristig positiv auf Sexualität und Beziehung bei Frauen auswirken kann.

Schlüsselwörter: Sexuelle Aktivität, Androgen, Frauen, Orgasmus, sexuelles Begehren, Bewegung, Schmusen, Geschlechtsverkehr, Testosteron

* Zuerst veröffentlicht in: *Hormones and Behavior* 51 (2007) 477–482. Wiederabdruck mit freundlicher Genehmigung des Elsevier Verlags.

Zahlreiche Studien haben nachgewiesen, dass Androgene in Bezug auf sexuelle Aktivität eine entscheidende Rolle spielen (Nelson 2000). Androgenexposition vor der Geburt kann das sexuelle Verhalten im Erwachsenenalter beeinflussen, und umgekehrt ist festzustellen, dass sexuelles Verhalten die zirkulierenden Androgenkonzentrationen verändern kann. Die meisten Untersuchungen zum Thema Beeinflussung von Androgenen durch sexuelles Verhalten beziehen sich darauf, wie heterosexuelle Männer auf vaginalen Verkehr und Masturbation bzw. das Anschauen erotischer Filme reagieren (van Anders und Watson 2006b).

Beim Ansehen sexuell eindeutiger Filme erhöhen sich offenbar die T-Konzentrationen bei Männern im Vergleich zu neutralen Filmen (Fallzahlen zwischen 7 und 20; Hellhammer et al. 1985, Pirke et al. 1974, Rowland et al. 1987, Stoleru et al. 1993, Carani et al. 1990), möglicherweise aber nicht bei Frauen (Heiman et al. 1991); bei diesen Analysen wurden allerdings nicht die T-Spiegel vor und nach Exposition gemessen. In ähnlicher Weise scheint sexuelle Aktivität allgemein erhöhte T-Konzentrationen zur Folge zu haben, allerdings nicht so konstant. Masturbation führt zu einem T-Anstieg bei Männern (n=34, Purvis et al. 1976, cf. Krüger et al. 1998) und Frauen (n=10, Exton et al. 1999). In mehreren Studien konnte ein Zusammenhang zwischen Geschlechtsverkehr und erhöhtem T-Spiegel nicht nachgewiesen werden, sie basierten allerdings auf ausgesprochen kleinen Fallzahlen (z.B. ein Mann: Fox et al. 1972; 8 Männer, 5 Frauen: Lee et al. 1974; 6 Männer: Stearns et al. 1973). Obwohl auch hier nur wenige Probanden zur Verfügung standen, fanden Dabbs und Mohammed (1992) den erwarteten T-Anstieg bei 4 heterosexuellen Paaren. Der zeitliche Ablauf zwischen sexueller Aktivität und T-Probenentnahme (aus Blut oder Speichel) kann in manchen Studien eine Rolle spielen; Kraemer et al. (1976) z.B. konnten einen T-Anstieg bei 19 Männern nur feststellen, wenn die Messung 24 Stunden nach Geschlechtsverkehr erfolgte. In ähnlicher Weise zeigten Männer nach sexueller Aktivität mit nicht vertrauten oder wechselnden Partnern höhere T-Konzentrationen am nächsten Morgen (Hirschenhauser et al. 2002).

Die bisherigen Untersuchungen sind insofern begrenzt, als sie geeignete Kontrollaktivitäten vermissen lassen, da ja sexuelle Aktivität mit einem Partner körperliche Aktivität, körperliche Erregung (z.B. erhöhte Herzfrequenz durch Bewegung), sexuelle Erregung und körperliche Nähe/Intimität mit dem Partner beinhaltet. Wegen fehlender Kontrollaktivitäten bleibt unklar, ob eine erhöhte T-Konzentration nach sexueller Aktivität auf den sexuellen Charakter dieser Aktivitäten oder andere Einflüsse wie Erregung (z.B. erhöhte

Herzfrequenz) oder körperlichen (Haut-zu-Haut-) Kontakt zurückzuführen ist. In der vorliegenden Untersuchung versuchten wir herauszufinden, inwieweit sexuelle Aktivität erhöhtes T zur Folge hat, und zwar im Vergleich mit zwei Kontrollaktivitäten: (1) Bewegung (um den körperlichen Erregungsaspekt sexueller Aktivität zu kontrollieren und (2) Schmusen (um die Tiefe der körperlichen Intimität zu testen). Frühere Studien haben nur selten Frauen mit einbezogen, und in den drei Untersuchungen, in denen dies der Fall war, standen nur wenige Probandinnen zur Verfügung (4-10 Frauen; Dabbs und Mohammed 1992, Exton et al. 1999 und Lee et al. 1974). Die vorliegende Studie wurde an Frauen vorgenommen, wobei wir versuchten, größere Fallzahlen zu rekrutieren. Außerdem wurden die Teilnehmerinnen gebeten, ihre Aktivitäten zu Hause auszuüben, um eine künstliche und sterile Laboratmosphäre zu vermeiden. Schließlich wurden nach der entsprechenden Aktivität zu zwei verschiedenen Zeitpunkten Proben entnommen, um unmittelbare und/oder langfristige T-Veränderungen zu erfassen und diese zu vergleichen. Wir wollten sehen, ob die T-Konzentration durch sexuelle Aktivität anders beeinflusst wird als durch die Kontrollaktivitäten, inwieweit T mit anderen sexuellen Parametern wie Orgasmus und sexuellem Verlangen zusammenhängt und wie sich die Beurteilung der Aktivitäten je nach sexuellem oder intimem Charakter unterscheiden kann.

Methoden

Teilnehmerinnen

Teilnehmerinnen wurden durch Poster an der Simon Fraser University (SFU), der University of British Columbia und dem Greater Vancouver Regional District angeworben sowie über den SFU Psychology Participant Pool. Angesprochen wurden gesunde, sexuell aktive Personen mit festem Partner. Die Untersuchung wurde vom wissenschaftlichen Ethikkomitee der SFU genehmigt.

Alle Teilnehmerinnen waren sich des sexuellen Charakters der Studie bewusst, bevor sie uns wegen weiterer Informationen kontaktierten. Vor ihrer Teilnahme hatten sie eine Einwilligungserklärung gelesen und unterschrieben, in der auf die Gefahr sexuell übertragbarer Infektionen hingewiesen wurde und darauf, dass diese durch Safer-Sex-Methoden verringert werden kann (einige davon waren aufgezählt). Die Frauen wurden informiert, dass sie keiner sexuellen Aktivität

außerhalb ihrer gewohnten Muster nachgehen sollten, so dass die Teilnahme an der Studie kein zusätzliches Risiko bedeutete.

Die Studie umfasste 49 Frauen (Durchschnittsalter = 21.33 Jahre, SD = 3.80 Jahre) (nicht alle Frauen lieferten ihre Proben ab; siehe Ergebnisse bezüglich der Anzahl der Analysen), von denen 29 hormonelle Kontrazeptiva (HK) verwendeten. Obwohl HK die endogene Hormonproduktion verändern und mit niedrigen T-Parametern in Zusammenhang stehen (van Anders and Watson 2006a), galten sie nicht als Ausschlusskriterium, weil wir an individuellen Veränderungen von Beginn an interessiert waren; jede Teilnehmerin war somit ihre eigene Kontrolle. Die Frauen gaben selbst ihre sexuelle Orientierung an: die meisten bezeichneten sich selbst als heterosexuell ($n = 44$), 3 als bisexuell, und jeweils eine als lesbisch bzw. schwul. Es handelte sich meistens um Studentinnen ($n = 43$), wobei viele noch einer Teilzeitbeschäftigung nachgingen. Die Berufe umfassten Büroarbeit, Kundenforschung, Hostess, Model, Büroassistentin, häusliche Pflegekraft, Einzelhandelskraft, Kellnerin und Autorin. Eine Frau hatte Kinder. Die Teilnehmerinnen waren ethnisch verschieden¹.

Procedere

Die Teilnehmerinnen kamen zu einer Sitzung im Labor, wo sie die Einwilligungserklärung, Fragebogen zum Gesundheitszustand und Hintergrund, den Profile of Mood States (McNair et al., 1971) und den Sexual Desire Inventory (Spector et al., 1996) ausfüllten. Danach gaben sie eine Speichelprobe ab, um das Vorgehen zu praktizieren und damit die Entnahme zu Hause zu erleichtern (diese Probe wurde nicht analysiert). Den Teilnehmerinnen wurde ein Set für zu Hause übergeben, das u.a. einen Aktivitätsbogen bezüglich Geschlechtsverkehr und Kontrollaktivitäten (Schmusen, Bewegung) enthielt. Die Reihenfolge der Aktivitäten war je nach Teilnehmerin insofern verschieden, als den Frauen nach dem Zufallsprinzip der Beginn der jeweiligen Aktivität zugewiesen wurde. Außerdem erhielten die Frauen Informationen zum Thema Safer Sex und Kontrazeption.

Die Teilnehmerinnen übten eine Aktivität pro Abend aus, und zwar an drei Abenden innerhalb einer

Woche. Bei jeder Aktivität wurden drei Speichelproben entnommen. Die erste Probeentnahme (vor der entsprechenden Aktivität) erfolgte unmittelbar vor dem Abendessen; dies ermöglichte eine grobe Standardisierung in Bezug auf einen gemeinsamen Termin (Abendessen) und schloss Nahrungsmiteleinflüsse aus. 15 Minuten nach der entsprechenden Aktivität wurde die zweite Probe entnommen und der Post-activity-Fragebogen ausgefüllt. Dadurch, dass die Teilnehmerinnen die Aktivitäten abends ausüben mussten, wurden die Tagesunterschiede bezüglich T und Schlaf reduziert, vor allem, weil abends die Konzentrationen stabiler sind (Axelsson et al. 2005). Am Morgen nach der entsprechenden Aktivität entnahmen die Teilnehmerinnen Speichelprobe 3 und füllten den Fragebogen am Morgen danach aus. Dies erfolgte vor dem Frühstück, um Nahrungseinflüsse zu vermeiden und eine grobe Standardisierung bei einem gemeinsamen Termin (Frühstück) zu ermöglichen.

Material

Fragebogen

Die Teilnehmerinnen wurden gebeten, Fragen bezüglich Gesundheitszustand, demographischer Faktoren, Verwandtschaft (einschließlich Bindungen) und Sexualität zu beantworten. Sie wurden außerdem gefragt, ob sie sich dabei wohl fühlten, sexuelle Aktivitäten für Untersuchungszwecke auszuüben, nachdem sie informiert worden waren, dass sie diese nach ihrem eigenen Gutdünken wählen konnten bzw. zugewiesen bekamen. Die Teilnehmerinnen gaben ebenfalls an, wie oft sie mit Partner oder allein sexuell aktiv waren und einen Orgasmus hatten, sowie die Orgasmushäufigkeit bei der entsprechenden sexuellen Aktivität. Außerdem machten sie Angaben zum Grad des Genusses und zur Häufigkeit, mit der sie den von uns aufgelisteten Aktivitäten nachgingen.

Die Teilnehmerinnen füllten den Sexual Desire Inventory (SDI: Spector et al. 1996) aus, um den Grad des sexuellen Verlangens zu ermitteln, wobei dieser durch eine zusätzliche Frage etwas modifiziert war - „Wie oft hatten Sie im letzten Monat sexuelle Gedanken?“ (van Anders et al. 2005). Der SDI ergibt eine Gesamt-, eine Einzel- und eine dyadische Punktzahl.

Set für zu Hause

Diese enthielt Polypropylenröhrchen, Deckel, Parafilm-Folie, Kaugummi (Trident Kirsch zuckerfrei; in früheren Untersuchungen als inert erwiesen; Dabbs 1991), Permanentmarker, Stift, Anleitungsblatt und Protokollbogen sowie zwei Umschläge mit Frage-

¹ Kaukasisch/weiß/europäisch ($n=21$), chinesisch ($n=9$), asiatisch bzw. asiatisch-kanadisch ($n=6$), hispanisch ($n=4$) sowie portugiesisch bzw. portugiesisch-kanadisch ($n=2$). Jeweils eine Teilnehmerin kanadisch, ostindisch, deutsch-Métis, indisch, nicht angegeben, norwegisch, persisch, süd-afrikanisch-ostindisch und weiß-aboriginal.

bogen. Bei dem ersten („post-activity“) trugen die Teilnehmerinnen die entsprechende Aktivität, Datum und Zeit ein und gaben außerdem an, ob sie einen Orgasmus hatten (ja/nein), Grad der Intimität mit dem Partner (Fünfpunkteskala von „0=überhaupt nicht“ bis „5=in höchstem Maße“, Genuss (gleiche Skala) und sexuelles Vergnügen (gleiche Skala). Wir haben Genuss und sexuelles Vergnügen mit einbezogen, weil man Aktivitäten genießen kann, z.B. Bewegung, ohne dabei sexuelles Vergnügen zu empfinden. Der zweite Fragebogen bezog sich auf den Morgen danach, wobei die Teilnehmerinnen die entsprechende Aktivität am Abend zuvor angaben sowie Datum, Zeit, Energie, Interesse an sexueller Aktivität, Gefühl von sexueller Attraktivität und Grad der Intimität (gleiche Skala wie oben).

Speichelproben und Hormonmessungen

Da die Messung von Steroidhormonen im Speichel den bioverfügbaren bzw. schwach gebundenen Anteil repräsentiert (Quissell 1993), eignet sie sich gut zur Feststellung von T-Veränderungen. Und da angenommen wird, dass dieser Anteil neuronale Rezeptoren erreichen und an sie binden kann, bietet sich die Methode für psychologische Studien an. Testosteronspiegel im Speichel korrelieren stark mit den Serumkonzentrationen an freiem Testosteron (Wang et al. 1981). Die Messung von T im Speichel ist zwar verlässlich und genau (Granger et al. 2004), unterschätzt aber möglicherweise bei Frauen Beziehungen zwischen Verhalten und Testosteron im Vergleich zu Serumproben (Granger et al. 2004). Daher sind Ergebnisse, die eine Beziehung zwischen T im Speichel und Verhalten aufzeigen, nicht zu unterminieren, aber Nullergebnisse bei Frauen können zugrunde liegende Beziehungen verdecken. Trotzdem verwendeten wir Speichelproben, weil die Messung von T im Speichel als nicht-invasive, leicht zu wiederholende und selbst durchführbare Methode unserem methodologischen Anliegen entsprach.

Der Speichelfluss wurde durch Kaugummi angeregt (Trident Kirsch zuckerfrei), und die Teilnehmerinnen wurden gebeten, eine Stunde vor dem Test auf Essen, Rauchen und Zähneputzen zu verzichten und ausschließlich Wasser zu trinken. Die Speichelproben wurden in Polypropylenröhrchen gegeben, bei -20° eingefroren und dann in Zweifachmessung auf T untersucht, und zwar mit einem modifizierten Kit von Diagnostic Systems Laboratories (Webster, Tx) im Core Biomarkers Laboratory des Yerkes National Primate Research Center an der Emory Universität.

Der Prüfbereich betrug 2-500 pg/ml bei einer 200 μ g-Dosis. Der Interassay-Koeffizient lag bei 8,77% bei 0,65 ng/ml, n=14, und 6,88% bei 5,06 ng/ml, n=14. Der Intraassay-Koeffizient betrug 6,54% bei 98,82 pg/ml, n=8.

Analysen

Die Analysen wurden mit dem SPSS-Paket 13.0 durchgeführt. Einige Frauen hatten T-Spiegel unter dem Sensitivitätsbereich von 2 pg/ml; diese wurden als 1 pg/ml eingegeben, um niedrige Konzentrationen zu reflektieren und Datenverlust zu vermeiden. Die Analysen erfolgten durch Varianzanalyse (ANOVA) mit wiederholter Messung. Post-hoc-Analysen wurden mit dem LSD-Test durchgeführt. Wir verwendeten die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson. Mittelwertdifferenzen wurden durch unabhängige T-Tests ermittelt.

Ergebnisse

Um zu prüfen, ob der T-Tagesrhythmus (höhere T-Konzentration beim Aufwachen am Morgen, Axelsson et al. 2005) bei unseren Daten gegeben war, wurde eine mehrfache Varianzanalyse (ANOVA) bezüglich Zeit (vor der Aktivität, nach der Aktivität, Morgen danach) und Kontext (Bewegung, Geschlechtsverkehr, Schmusen) durchgeführt. Insgesamt zeigte sich ein signifikanter Zeiteffekt bei Bewegung ($F(2,28)=14,68$, $p<0,01$), Geschlechtsverkehr ($F(2,28)=5,94$, $p<0,01$) und Schmusen ($F(2,28)=8,79$, $p<0,01$), wobei die Werte morgens am höchsten waren.

Die Normalwerte für Frauen bezüglich des Testosteronwertes im Speichel variieren je nach Labor und Methodik. Somit kann sich der T-Spiegel einer Frau in einem Bereich von nicht auffindbar bis 45 pg/ml bewegen. In einer früheren Studie mit ähnlicher Methodologie wurden Mittelwerte von 22,09 pg/ml um 8.00 Uhr, 17,10 pg/ml um 9.30 Uhr und 14,42 pg/ml von 19.00-21.00 Uhr berichtet (van Anders und Hampson, 2005). Wegen saisonaler (van Anders et al., 2006) und weiterer Effekte ist es nicht üblich, andere Studien als Standard heranzuziehen. Dennoch waren die Werte in der vorliegenden Untersuchung mit veröffentlichten Daten vergleichbar.

Die Analyse der T-Unterschiede innerhalb der Probandinnen nach Aktivität beschränkte sich auf Frauen, die alle in Frage kommenden Aktivitäten ausgeführt hatten, so dass wiederholte Messanalysen

durchgeführt werden konnten. Somit verblieben zur statistischen Analyse 17 Frauen, die sich selbst als heterosexuell bezeichnet hatten. Wegen einer fehlenden Probe nach Aktivität und den Zeitpunkten am Morgen wurde die Analyse schließlich an 16 Frauen durchgeführt. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen T und Orgasmus sowie sexuellem Verlangen hatten 28 Frauen Proben abgegeben und wurden in die Analyse einbezogen. Für alle Analysen außerhalb von T-Proben wurden die ursprünglichen 49 Frauen herangezogen.

Wirkung von sexuellen gegenüber Kontrollaktivitäten auf Testosteron (T)

Insgesamt war ein signifikanter Effekt aller drei Aktivitäten auf die vorherigen T-Konzentrationen zu verzeichnen ($F(2,32)=6,07$, $p<0,01$). Die T-Spiegel vor Geschlechtsverkehr waren signifikant höher als vor Schmusen ($p<0,01$) bzw. Bewegung, $p=0,05$. Kein signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen den T-Werten vor Schmusen und vor Bewegung ($p=0,22$, siehe Abb. 1). T scheint also vor dem Geschlechtsverkehr höher zu liegen als vor Schmusen bzw. Bewegung.

Insgesamt war eine signifikante Wirkung aller drei Aktivitäten auf die T-Werte danach festzustellen ($F(2,32)=5,50$, $p=0,02$; Mittelwerte siehe Abb. 1). Die T-Konzentrationen waren signifikant höher nach Geschlechtsverkehr als nach Bewegung ($p=0,015$) und fast ebenso nach Schmusen ($p=0,061$). Die T-Spiegel nach Bewegung bzw. Schmusen zeigten keinen signifikanten Unterschied ($p=0,12$). Die Werte nach Aktivität könnten die vorherigen T-Werte reflektieren, die sich ja nach Aktivität unterschieden. Um dies zu überprüfen und weil uns Veränderungen vor und nach Aktivität interessierten, wurde eine zusätzliche T-Variable ermittelt (prozentuale T-Veränderung), und zwar indem der T-Level der Teilnehmerinnen vor Aktivität von dem nach Aktivität abgezogen und diese Veränderung durch den T-Wert vor Aktivität dividiert und dann mit 100 multipliziert wurde. Dadurch ergab sich ein Wert der T-Veränderung in Bezug auf den Anfangslevel. Daraufhin führten wir eine wiederholte ANOVA mit den drei Aktivitäten unter Zugrundelegung der prozentualen T-Veränderung durch. Insgesamt zeichnete sich eine signifikante Wirkung ab ($F(2,30)=2,65$, $p=0,09$), so dass wir anschließend Post-hoc-Tests durchführten (Mittelwerte siehe Abb. 1). Die prozentuale T-Veränderung bei Geschlechtsverkehr erreichte Signifikanz, war höher als die bei Bewegung ($p=0,072$) und unterschied sich nicht signifikant von der prozentualen T-Veränderung bei Schmusen ($p=0,52$). Die prozentuale T-Veränderung für Bewegung war signifikant nied-

riger im Vergleich zu Schmusen ($p=0,05$). Somit ist die T-Konzentration nach Geschlechtsverkehr höher als nach Bewegung bzw. Schmusen. Der Anstieg zwischen dem Zeitpunkt vor und nach der entsprechenden Aktivität ist offensichtlich höher bei Geschlechtsverkehr und Schmusen im Vergleich zu Bewegung. Ein signifikanter Gesamteffekt der drei Aktivitäten auf die T-Konzentrationen am nächsten Morgen war nicht zu verzeichnen ($F(2,30) = 1,71$, $p = 0,21$ (vgl. Abb. 1).

Orgasmus

Die Frauen, die Geschlechtsverkehr hatten, wurden eingeteilt in „Orgasmus“ ($n = 18$) und „Kein Orgasmus“ ($n = 10$), um festzustellen, ob ein Zusammenhang zwischen den T-Messungen nach Geschlechtsverkehr und Orgasmus besteht. Es gab einen Ausreißer in der Gruppe ohne Orgasmus (über 3 SD vom T-Mittelwert vor und nach Geschlechtsverkehr sowie knapp unter 3 SD für T am nächsten Morgen); dieser Fall wurde von der Analyse ausgeschlossen. Wir führten eine erneute ANOVA durch, und Frauen mit Orgasmus zeigten signifikant höhere Durchschnitts-T-Werte als diejenigen, die keinen Orgasmus hatten ($F(1,24) = 4,74$, $p = 0,04$ (Mittelwerte siehe Abb. 2a). Eine T-Erhöhung durch Orgasmus scheint nicht zu erfolgen, da in der prozentualen T-Veränderung bei Frauen, die einen bzw. keinen Orgasmus hatten, kein signifikanter Unterschied zu verzeichnen war ($t(26) = -0,24$, $p=0,81$ (Mittelwerte siehe Abb. 2b).

Da die obigen Feststellungen eine charakteristische Beziehung zwischen Orgasmus und T vermuten lassen, untersuchten wir die Korrelation zwischen angegebener Orgasmushäufigkeit und T. Die T-Kon-

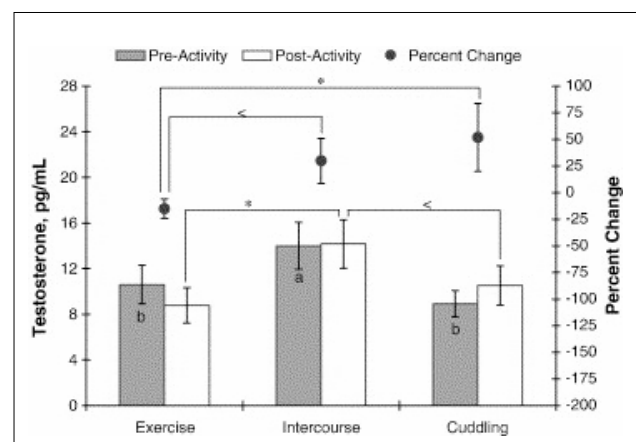


Abb. 1 Durchschnittliche Testosteronkonzentrationen vor und nach Aktivität sowie prozentuale Veränderung nach Aktivität mit Standardfehlerbalken. (*) signifikanter Unterschied bei $p<0,05$, (<) = Trend zu signifikantem Unterschied bei $p<0,10$.

zentrationen vor Geschlechtsverkehr korrelierten signifikant mit der angegebenen Orgasmushäufigkeit bei sexueller Aktivität ($r(26) = 0,48$, $p=0,01$), und es bestand auch ein Trend zur Korrelation mit T nach Aktivität ($r(26) = 0,31$, $p=0,10$). Die angegebene Häufigkeit alleiniger Orgasmen korrelierte signifikant mit den T-Konzentrationen am Morgen nach Geschlechtsverkehr ($r(25) = 0,62$, $p<0,01$), jedoch nicht mit den T-Spiegeln vor bzw. nach Geschlechtsverkehr. Es bestand keine signifikante Korrelation zwischen dem von den Frauen angegebenen gemeinsamen Orgasmus und allen T-Messungen.

Um festzustellen, ob Orgasmushäufigkeit und Beziehung in Zusammenhang stehen, wurden Korrelationen durchgeführt. Beziehungsbindung korrelierte signifikant *negativ* mit alleinigem Orgasmus ($r(47) = -0,49$, $p<0,001$), und alleiniger sexueller Aktivität ($r(47) = -0,51$, $p<0,001$), jedoch nicht signifikant mit gemeinsamem Orgasmus bzw. gemeinsamer sexueller Aktivität. Beziehungsbindung korrelierte signifikant negativ mit der T-Konzentration am Morgen danach ($r(25) = -0,39$, $p = 0,044$), jedoch nicht mit dem T-Spiegel vor bzw. nach entsprechender Aktivität.

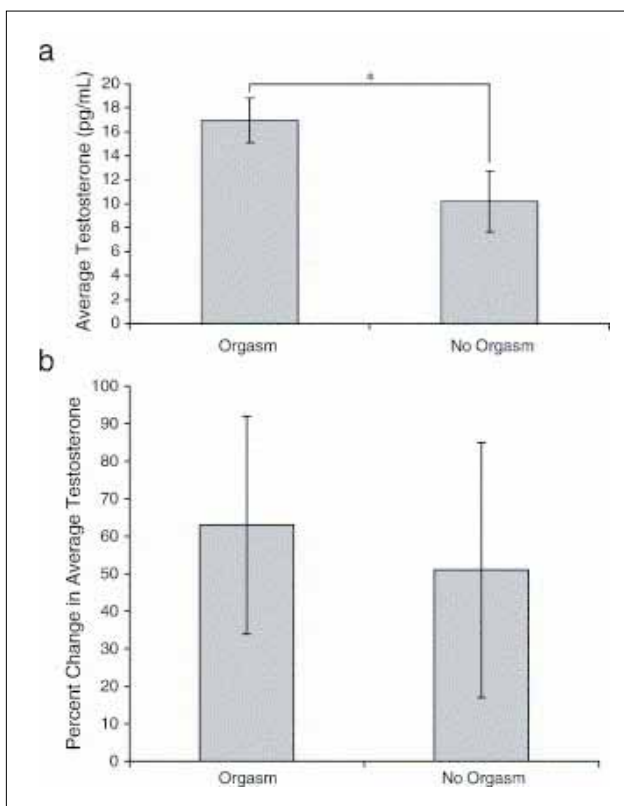


Abb. 2 (a) Durchschnittliche Testosteronspiegel mit Standardfehlerbalken bei Orgasmus nach Geschlechtsverkehr. (b) Mittlere prozentuale Veränderung der durchschnittlichen Testosteronspiegel vor und nach Aktivität mit Standardfehlerbalken. (*) = signifikanter Unterschied bei $p<0,05$

Demnach haben Frauen mit höherem T eher einen Orgasmus, öfter einen alleinigen Orgasmus und weniger Bindung. Desgleichen scheint eine negative Korrelation zu bestehen zwischen Beziehungsbindung und alleiniger sexueller Aktivität und Orgasmus.

Sexual desire inventory

Die T-Konzentration am Morgen nach Geschlechtsverkehr korrelierte signifikant positiv mit dem Gesamt-SDI ($r(26) = 0,42$, $p=0,034$) und Einzel-SDI ($r(26) = 0,49$, $p=0,012$), jedoch nicht mit dem dyadischen SDI ($r(26) = 0,19$, $p=0,357$). Weder vor noch nach der entsprechenden Aktivität zeigten die T-Spiegel eine signifikante Korrelation mit sexuellem Verlangen. Somit scheinen die T-Konzentrationen der Frauen am Morgen danach mit ihrem sexuellen Verlangen in Zusammenhang zu stehen, vor allem mit alleinigem sexuellen Verlangen.

Beurteilung nach der entsprechenden Aktivität

Nach jeder Aktivität machten die Teilnehmerinnen Angaben über ihr sexuelles Vergnügen, Genuss und Intimität. Insgesamt bestanden signifikante Unterschiede innerhalb der Aktivitäten bezüglich sexuellem Vergnügen ($F(2,36) = 55,38$, $p<0,01$) und Intimität ($F(2,36) = 7,66$, $p<0,01$) und eine Tendenz zu einem signifikanten Genusseffekt allgemein ($F(2,36) = 2,85$, $p=0,07$). Post-hoc-Analysen (LSD) ergaben die folgenden signifikanten Ergebnisse (p immer $<0,05$): Sexuelles Vergnügen war signifikant höher nach Geschlechtsverkehr als nach Schmusen, hier aber wiederum signifikant höher als nach Bewegung. Genuss war signifikant höher nach Geschlechtsverkehr als nach Bewegung, jedoch nicht nach Schmusen. Intimität war signifikant höher nach Geschlechtsverkehr und Schmusen als nach Bewegung. Somit gaben die Frauen an, mehr sexuelles Vergnügen nach Geschlechtsverkehr als nach Kontrollaktivitäten zu haben, und mehr Genuss und Intimität nach Geschlechtsverkehr als nach Bewegung. Ebenso berichteten die Frauen über mehr sexuelles Vergnügen und Intimität nach Schmusen als nach Bewegung.

Beurteilung am Morgen

In ähnlicher Weise machten die Teilnehmerinnen am Morgen nach der entsprechenden Aktivität Angaben

bezüglich Energie, Interesse an sexueller Aktivität, Gefühl sexueller Attraktivität und Intimität. Insgesamt bestand zwischen den Aktivitäten ein signifikanter Unterschied bezüglich des Gefühls sexueller Attraktivität ($F(2,36) = 4.89, p=0,01$) und Intimität ($F(2,36) = 3,23, p=0,05$) jedoch nicht bezüglich Energie ($F(2,36) = 0,54, p=0,59$) bzw. Interesse an sexueller Aktivität ($F(2,36) = 1,82, p=0,18$). Post-hoc-Analysen (LSD) ergaben die folgenden signifikanten Ergebnisse (p immer $< 0,05$): Die Teilnehmerinnen gaben an, sich am Morgen nach Geschlechtsverkehr sexuell weitaus attraktiver zu fühlen als nach Bewegung oder Schmusen. Intimität wurde am Morgen nach Geschlechtsverkehr signifikant höher bewertet als nach Bewegung, aber nicht nach Schmusen.

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde untersucht, inwieweit sich sexuelle Aktivitäten im Gegensatz zu Kontrollaktivitäten auf den Testosteron(T)-Spiegel bei Frauen auswirken können. Es zeigte sich, dass die T-Konzentrationen bei Frauen vor Geschlechtsverkehr im Vergleich zu Schmusen bzw. Bewegung höher lagen, was darauf hindeutet, dass Androgene bei Frauen durch Erwartungseffekte hinsichtlich sexueller Aktivität beeinflusst werden. Wir stellten außerdem fest, dass Testosteron 15 Minuten nach Geschlechtsverkehr höher war als nach Bewegung und dass die prozentuale T-Veränderung vor und nach der entsprechenden Aktivität bei Schmusen bzw. Geschlechtsverkehr höher war als nach Bewegung. Dies lässt darauf schließen, dass ein T-Anstieg bei Frauen z.T. durch engen körperlichen Kontakt und/oder Intimität verursacht sein kann. Unser Interesse galt den T-Spiegeln am Morgen danach, weil dieser Zeitpunkt wahrscheinlich mehr über Langzeiteffekte aussagt, aber es gab keinen Hinweis auf veränderte T-Spiegel nach der entsprechenden Aktivität am Vorabend. Unsere Feststellung eines unmittelbaren T-Anstiegs bei Frauen nach Geschlechtsverkehr sowie keiner Wirkung eines abendlichen Geschlechtsverkehrs auf die T-Konzentration am Morgen danach steht im Widerspruch zu Beobachtungen bei Männern (z.B. Lee et al. 1974), wobei Geschlechtsverkehr im Allgemeinen nur nach einer längeren Zeit zu erhöhtem T führt, z.B. am nächsten Morgen (z.B. Kraemer et al. 1976).

Unsere Ergebnisse lassen darauf schließen, dass möglicherweise der eigene T-Spiegel durch Geschlechtsverkehr bzw. Schmusen beeinflusst werden kann. Warum ist T vor dem Geschlechtsverkehr höher

als vor Kontrollaktivitäten, und warum erhöht sich die T-Konzentration unmittelbar nach Geschlechtsverkehr und Schmusen im Vergleich zu den Werten davor? Eine Möglichkeit besteht in den verstärkenden Eigenschaften von Androgenen (Wood 2004); erhöhtes T könnte adaptiv die sexuelle Aktivität verstärken, und es wird sich zeigen, ob erhöhte T-Konzentrationen vor bzw. nach Aktivität die zukünftige sexuelle Aktivität vorhersagen. Außerdem können Androgenrezeptoren (AR) in Vaginal- und Klitorisgewebe bei sexueller Erregung und Funktion eine wichtige Rolle spielen (bei Kaninchen: Traish et al. 2002); sie sind im gesamten zentralen Nervensystem (ZNS) verstreut, so dass erhöhtes T möglicherweise AR nach oben reguliert AR (Sader et al. 2005) und über die Genitalien bzw. das ZNS eine positive Wirkung auf die sexuelle Aktivität hat. Erhöhtes T vor dem Geschlechtsverkehr könnte sich über die Genitalien bzw. das ZNS direkt auf sexuelle Empfindungen auswirken; in früheren Untersuchungen hat sich gezeigt, dass exogenes T im Zusammenhang mit erotischen Stimuli Erregung und Lust erhöht (Tuiten et al. 2000).

Wir stellten außerdem fest, dass T bei Frauen mit ihrem sexuellen Verlangen zusammenhängt (gesamt und einzeln, aber nicht dyadisch), und unsere Studie scheint erstmals zu berichten, dass gesunde Frauen mit höherem T häufiger einen Orgasmus haben; dies ergibt die Möglichkeit, dass erhöhtes T durch sexuelle Aktivität mehr sexuelles Verlangen bzw. Orgasmuserfahrung zur Folge hat. Der signifikante Zusammenhang zwischen T und sexuellem Verlangen bei Frauen steht im Gegensatz zu früheren Forschungsergebnissen einer fehlenden entsprechenden Assoziation bei gesunden Frauen (van Anders and Hampson, 2005), und es bedarf offensichtlich weiterer Forschung, um diese Beziehung zu klären.

Insbesondere stand die Zahl der alleinigen Orgasmen – aber nicht mit Partner – mit T im Zusammenhang, obwohl die T-Konzentrationen der Frauen positiv mit der Orgasmushäufigkeit bei sexueller Aktivität korrelierten. Ein entsprechendes Bild zeigt sich insofern, als sexuelles Verlangen allein, nicht mit Partner, mit T in Zusammenhang steht. Außerdem war eine negative Korrelation festzustellen zwischen der von den Frauen angegebenen Beziehungsbindung und alleinigem Orgasmus. Die Analyse, ob Frauen allein oder mit Partner einen Orgasmus hatten, ist neu in der Verhaltensforschung, offensichtlich aber eine sinnvolle Unterscheidung, die auch zukünftige Studien berücksichtigen sollten, um zu verstehen, wie und warum Orgasmen allein bzw. mit Partner unterschiedlich mit endokrinen und Beziehungsparametern zusammenhängen.

Wir stellten fest, dass Frauen mehr sexuelles Vergnügen, Genuss und Intimität nach Geschlechtsverkehr im Vergleich zu Bewegung und manchmal Schmusen verspürten, aber auch mehr sexuelles Vergnügen und Intimität nach Schmusen als nach Bewegung. Dies lässt darauf schließen, dass die höheren T-Spiegel nach Geschlechtsverkehr und Schmusen mit sexuellem Vergnügen sowie Intimität zusammenhängen, jedoch nicht mit körperlicher Aktivität bzw. Energie per se. Insofern scheinen sich enge körperliche Nähe und Kontakt sowohl bei sexueller Aktivität als auch beim Schmusen positiv auf Intimität und Vergnügen auszuwirken, was bei anderen Aktivitäten (z.B. Bewegung) nicht der Fall ist. Interessanterweise fühlten sich die Teilnehmerinnen am Morgen nach Geschlechtsverkehr sexuell attraktiver als nach den Kontrollaktivitäten sowie vertrauter am Morgen nach Schmusen und Geschlechtsverkehr im Vergleich zu Bewegung. Dies weist darauf hin, dass Geschlechtsverkehr und Schmusen positive Wirkungen haben, die am Morgen danach möglicherweise bei wichtigen Parametern von Beziehungsqualität und Sexualität zum Tragen kommen.

Die vorliegende Untersuchung ist u.a. insofern begrenzt, als die Antworten der Teilnehmerinnen wegen sozialer Erwünschtheit beeinflusst sein können (z.B. Orgasmuserleben, Stimmungsbeschreibung). Auch sind Frauen, die sich freiwillig an einer Studie mit sexueller Aktivität beteiligen, vielleicht nicht repräsentativ für die Bevölkerung allgemein, obwohl dies bei einer Untersuchung physiologischer Reaktionen wohl weniger ins Gewicht fällt als bei Verhaltensstudien. Aufgrund der häuslichen Umgebung ohne Anwesenheit eines Untersuchers und Speichelprobenentnahme außerhalb der eigentlichen sexuellen Aktivität war wahrscheinlich auch eine realistischere Testsituation geschaffen worden. Ein möglicher Störfaktor ist darin zu sehen, dass wir T-Messungen um den Zeitpunkt des Geschlechtsverkehrs herum mit allgemeinen Messungen bezüglich Sexualität korreliert haben, obwohl in unserer Studie Geschlechtsverkehr allgemein mit erhöhtem T assoziiert war. In zukünftigen Studien sollten daher Ausgangs-T-Proben entnommen und mit Sexualitätsmerkmalen wie Verlangen und Orgasmushäufigkeit korreliert werden. Darüber hinaus würden Untersuchungen mit zusätzlichen sexuellen Aktivitäten und nicht heterosexuellen Frauen wichtige Informationen liefern.

Unsere Forschungen deuten darauf hin, dass ein Zusammenhang besteht zwischen Geschlechtsverkehr und erhöhter T-Konzentration bei Frauen zum Zeitpunkt davor und dass kurz nach Geschlechtsverkehr und Schmusen die T-Spiegel bei Frauen ansteigen. Dies scheint nicht durch die körperliche Komponente

sexueller Aktivität vermittelt zu sein, weil Bewegung in keinem Fall zu einer T-Erhöhung führte. Stattdessen scheint der T-Anstieg durch sexuellen Kontakt und enge körperliche Intimität vermittelt zu sein, da die T-Konzentration auch nach Schmusen erhöht war. Die Ergebnisse deuten auf eine mögliche Beziehung zwischen T und Orgasmus hin. Unsere Daten lassen ebenfalls darauf schließen, dass enge intime Körperlichkeit sexueller oder nicht sexueller Natur (z.B. Schmusen) sich kurzfristig und möglicherweise auch langfristig vorteilhaft auf Sexualität und Beziehung bei Frauen auswirken kann.

Literatur

- Axelsson J, Ingre M, Akerstedt T, Holmback U. Effects of acutedisplaced sleep on testosterone. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:4530–4535.
- Carani CJ, Bancroft J, Del Rio G, Granata ARM, Facchinetti F, Marrama P. The endocrine effects of visual erotic stimuli in normal men. *Psychoneuroendocrinology* 1990;15:207–216.
- Dabbs JrJM. Salivary testosterone measurements: collecting, storing, and mailing samples. *Physiol Behav* 1991;49:815–817.
- Dabbs JrJM, Mohammed S. Male and female salivary testosterone concentrations before and after sexual activity. *Physiol Behav* 1992;52:195–197.
- Exton MS, Bindert A, Kruger T, Scheller F, Harmann U, Schedlowski M. Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women. *Psychosom Med* 1999;61: 280–289
- Fox CA, Ismail AAA, Love DN, Kirkham KE, Loraine JA. Studies on the relationship between plasma testosterone levels and humansexual activity. *J Endocrinol* 1972;52:51–58.
- Granger DA, Shirtcliff EA, Booth A, Kivlighan KT, Schwartz EB. The „trouble“ with testosterone. *Psychoneuroendocrinology* 2004;29:1229–1240.
- Heiman JL, Rowland DL, Hatch JP, Gladue BA. Psychophysiological and endocrine responses to sexual arousal in women. *Arch Sex Behav* 1991;20:171–186.
- Hellhammer DH, Hubert W, Schürmeyer T. Changes in saliva testosterone after psychological stimulation in men. *Psychoneuroendocrinology* 1985;10:77–81
- Hirschenhauser K, Frigerio D, Grammer K, Magnusson MS. Monthly patterns of testosterone and behavior in prospective fathers. *Horm Behav* 2002;42:172–181.
- Kraemer HC, Becker HB, Brodie HKH, Doering CH, Moos RH, Hamburg, DA. Orgasmic frequency and plasma testosterone levels in normal human males. *Arch Sex Behav* 1976;5:125–132.
- Krüger T, Exton MS, Pawlak C, von zur Muhlen A, Hartmann U, Shedlowski M. Neuroendocrine and cardiovascular response to sexual arousal and orgasm in men. *Psychoneuroendocrinology* 1998;23:401–411.
- Lee PA, Jaffe RB, Midgley Jr, AR. Lack of alteration of serum gonadotropins in men and women following sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 1974;120:985–987.

- McNair DM, Lorr M, Droppleman LF. Profile of Mood States EdITS: San Diego 1971.
- Nelson RJ. An Introduction to Behavioral Endocrinology, 2nd ed Sinauer Associates, Inc: Sunderland, Massachusetts 2000.
- Pirke KM, Kockott, G, Dittmar, F. Psychosexual stimulation and plasma testosterone in man. *Arch Sex Behav* 1974;3:577–584.
- Purvis K, Landgren, B-M, Cekan, Z, Diczfalusy, E. Endocrine effects of masturbation in men. *J Endocrinol* 1976;70:439–444.
- Quissell DO. Steroid hormone analysis in human saliva. *Ann NY Acad Sci* 1993;694:143–145.
- Rowland DL, Heiman JR, Gladue BA, Hatch JP, Doering CH, Weiler SJ. Endocrine, psychological and genital response to sexual arousal in men. *Psychoneuroendocrinology* 1987;12:149–158
- Sader M, McGrath K, Hill M, Bradstock K, Jiminez M, Handelsman D, Celermajer D, Death A. Androgen receptor gene expression in leucocytes is hormonally regulated Implications for gender differences in disease pathogenesis. *Clin Endocrinol* 2005;62:56–63.
- Spector IP, Carey MP, Steinberg L. The sexual desire inventory: development, factor structure, and evidence of reliability. *J Sex Marital Ther* 1996;22:175–190.
- Stearns EL, Winter JSD, Faiman C. Effects of coitus on gonadotropin, prolactin and sex steroid levels in man. *J Clin Endocrinol Metab* 1973;37:687–690.
- Stoleru SG, Ennaji A, Cournot A, Spira A. LH pulsatile secretion and testosterone blood levels are influenced by sexual arousal in human males. *Psychoneuroendocrinology* 1993;18:205–218.
- Traish AM, Kim N, Min K, Munarriz R, Goldstein I. Role of androgens in female genital sexual arousal: receptor expression, structure, and function. *Fertil Steril* 2002;77:11–S18.
- Tuiten A, Van Honk J, Koppeschaar H, Bernaards C, Thijssen J, Verbaten R. Time course of effects of testosterone administration on sexual arousal in women. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:149–153.
- van Anders SM, Hampson E. Waist-to-hip ratio is positively associated with bioavailable testosterone but negatively associated with sexual desire in healthy premenopausal women. *Psychosom Med* 2005;67:246–250.
- van Anders SM, Watson NV. Menstrual cycle irregularities are associated with testosterone levels in healthy premenopausal women. *Am J Hum Biol* 2006a;18:841–844.
- van Anders SM, Watson NV. Social neuroendocrinology: effects of social contexts and behaviours on sex steroids in humans. *Hum Nat* 2006b;17:212–237.
- van Anders SM, Chernick AB, Chernick BA, Hampson E, Fisher WA. Preliminary clinical experience with androgen supplementation for pre- and post-menopausal women with hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther* 2005;31:1–13.
- van Anders SM, Hampson E, Watson NV. Seasonality, waist-to-hip ratio, and salivary testosterone. *Psychoneuroendocrinology* 2006;31:895–899.
- Wang C, Plymate S, Nieschlag E, Paulsen, CA. Salivary testosterone in men: further evidence of a direct correlation with free serum testosterone. *J Clin Endocrinol Metab* 1981;53:1021–1024.
- Wood RI. Reinforcing aspects of androgens. *Physiol Behav* 2004;83:279–289.

Korrespondierender Autor

Ph.D. Sari M. van Anders, Department of Psychology, Simon Fraser University, 8888 University Drive, Burnaby BC, Canada V5A 1S6,
E-mail: saria@sfu.ca

Determinanten der Sexualfunktion bei Frauen in der Lebensmitte*

D. Tomic, L. Gallicchio, M.K. Whiteman, L.M. Lewis, P. Langenberg, J.A. Flaws

Factors associated with determinants of sexual functioning in midlife women

Abstract

Objectives: The present study was conducted to assess the associations between a woman's passionate love for her partner and sexual satisfaction and demographic factors, health and life-style characteristics, menopausal status, and menopausal symptoms.

Methods: A cross-sectional study was conducted among women (40–60 years) residing in Maryland (n = 846). χ^2 -tests were performed to evaluate the associations between each of the outcome variables (sexual satisfaction and passionate love for the partner) and predictor/independent variables. Logistic regression analysis was performed to determine whether significant associations from χ^2 analyses remained significant after adjustment for confounders.

Results: Older age (adjusted odds ratio (OR) 1.04; 95% confidence interval (CI) 1.01, 1.07), higher education (OR 1.47; 95% CI 1.09, 1.99), and alcohol intake (OR 1.42; 95% CI 1.03, 1.95) were associated with low passion for the partner. Older age was also a significant predictor of low sexual satisfaction (OR 1.04; 95% CI 1.01, 1.07). Women experiencing vaginal dryness had higher odds of low passion for partner (OR 1.67; 95% CI 1.21, 1.31) and low sexual satisfaction (OR 1.58; 95% CI 1.14, 2.20) than women not experiencing vaginal dryness.

Conclusions: Older age, higher education, alcohol intake, and vaginal dryness are significantly associated with lower levels of passionate love for the partner, while older age and vaginal dryness are significantly associated with lower levels of sexual satisfaction in midlife women.

Keywords: Demographic factors; Vaginal dryness; Sexual satisfaction; Menopause; Hot flashes

Zusammenfassung

Ziel: In der vorliegenden Untersuchung sollte untersucht werden, inwieweit leidenschaftliche Liebe einer Frau zu ihrem Partner mit demographischen Faktoren, Gesundheitszustand, Lebensstil, Menopause bzw. klimakterischen Symptomen in Zusammenhang steht.

Methoden: Es wurde eine Querschnittsstudie bei 40- bis 60-jährigen Frauen in Maryland (n=846) durchgeführt. Im χ^2 -Test wurde der Zusammenhang zwischen jeder Ausgangsvariable (sexuelle Zufriedenheit und leidenschaftliche Liebe zum Partner) und prädiktiver/unabhängiger Variable ermittelt. Durch logistische Regressionsanalyse wurde festgestellt, ob signifikante Zusammenhänge aus der χ^2 -Analyse auch nach Anpassung möglicher Confounder signifikant blieben.

Ergebnisse: Höheres Alter (angepasstes Chancenverhältnis „Odds Ratio“ (OR) 1,04; 95% Konfidenzintervall (CI) 1,01, 1,07), bessere Ausbildung (OR 1,47; 95% CI 1,09, 1,99) und Alkoholkonsum (OR 1,42; 95% CI 1,03, 1,95) waren mit weniger Leidenschaft für den Partner assoziiert. Höheres Alter war ebenfalls ein signifikanter Prädiktor bezüglich geringer sexueller Zufriedenheit (OR 1,04; 95% CI 1,01, 1,07). Frauen mit trockener Scheide hatten höhere Odds bei weniger Leidenschaft für den Partner (OR 1,67; 95% CI 1,21, 1,31) sowie geringerer sexueller Zufriedenheit (OR 1,58; 95% CI 1,14, 2,20) als Frauen, die keine Scheidentrockenheit angaben.

Schlussfolgerung: Zunehmendes Alter, höhere Ausbildung, Alkoholkonsum und Scheidentrockenheit stehen signifikant im Zusammenhang mit weniger leidenschaftlicher Liebe zum Partner, wobei höheres Alter und Scheidentrockenheit signifikant mit niedrigeren Werten bezüglich sexueller Zufriedenheit bei Frauen in der Lebensmitte assoziiert sind.

Schlüsselwörter: Demographische Faktoren; Scheidentrockenheit; sexuelle Zufriedenheit; Menopause; Hitzewallungen

* Zuerst veröffentlicht in: *Maturitas* 53 (2006) 144–157. Wiederabdruck mit freundlicher Genehmigung des Elsevier Verlags.

Einleitung

In früheren Untersuchungen hat sich gezeigt, dass mit zunehmendem Alter die sexuelle Aktivität sowohl bei Frauen als auch bei Männern abnimmt (Avis 2000, Pfeiffer et al. 1972, Pfeiffer & Davis 1972). Pfeiffer et al. berichteten über nachlassende sexuelle Aktivität im Alter bei Frauen und Männern, wobei Frauen einen stärkeren Rückgang aufwiesen als Männer gleichen Alters (Pfeiffer et al. 1972). Weiterhin beobachteten Hallstrom (1977) sowie Hallstrom und Samuelsson (1990) bei schwedischen Frauen einen dramatischen Rückgang bei sexuellem Interesse, Orgasmusfähigkeit und Koitushäufigkeit im Alter.

Auch wenn nachlassende sexuelle Aktivität mit zunehmendem Alter sowohl Frauen als auch Männer betrifft, scheinen die Gründe für diesen Rückgang geschlechtsspezifisch zu sein. Nachlassende sexuelle Aktivität bei Männern ist in erster Linie auf Alter, Gesundheit und Medikamente zurückzuführen (Hallstrom 1977, Hallstrom & Samuelsson 1990, Feldmann et al. 1994). Bei Frauen ist Gesundheit weniger ausschlaggebend, während ein funktionierender Partner offenbar eine wichtigere Rolle spielt (Avis 2000; Dennerstein et al. 1994, 1997, 1999a, 2000a, 2001a, Dennerstein & Leher 2004; Hagstad 1988; Hallstrom 1977; Hallstrom & Samuelsson 1990; Hawton 1994; James 1983; Osborn et al. 1988; Pfeiffer et al. 1972; Pfeiffer & Davis 1972; Stadberg et al. 1997). Im Rahmen einer bevölkerungsbasierten, randomisierten Untersuchung bei schwedischen Frauen wurden als häufigste Gründe für ein fehlendes regelmäßiges Sexualleben unabhängig vom Alter Abwesenheit des Partners (43%), nachlassendes sexuelles Verlangen (29%) bzw. nachlassendes sexuelle Begierde des Partners (12%) angegeben. Außerdem gaben die Frauen in der Duke Longitudinal Study (Pfeiffer et al. 1972) als häufigste Gründe für fehlendes Sexualleben Tod des Ehemanns (36%), Krankheit eines Ehepartners (20%) bzw. sexuelle Unfähigkeit des Ehepartners (18%) an.

Forschungen bezüglich der sexuellen Funktion bei Frauen mittleren Alters bedeuten eine zusätzliche Herausforderung insofern, als Frauen im Gegensatz zu Männern einen einmaligen physiologischen Vorgang erleben: die Menopause.

Die Wechseljahre sind mit anatomischen, physiologischen und psychologischen Veränderungen verbunden, die sich auf die Sexualität der alternden Frau auswirken können. Viel debattiert wird aber der relative Einfluss der Menopause auf die Sexualefunktion. Mehrere Querschnittsstudien fanden eine signifikante unabhängige Beziehung zwischen Klimakterium und

Sexualefunktion (Dennerstein et al. 1994, 1997, 1999a, 2000a, 2001a; Dennerstein & Leher 2004; Hallstrom 1977; McCoy 1994). Widersprüchliche Ergebnisse zeigten sich jedoch in den gemeindebasierten Studien von Osborn et al. (Osborn et al. 1988) sowie Hawton et al. (Hawton 1994), bei denen die Untersucher einen solchen Zusammenhang nicht feststellen konnten.

Frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass sexuelle Funktionsfähigkeit durch Bewertung der leidenschaftlichen Liebe einer Frau zum Partner bzw. ihrer sexuellen Zufriedenheit bestimmt werden kann (Dennerstein et al. 1994, 1997, 1999a, 2000a, 2001a, Dennerstein & Leher 2004). Auch wenn bekannt ist, dass diese beiden Ausgangsvariablen (d.h. leidenschaftliche Liebe einer Frau für den Partner und sexuelle Zufriedenheit) mit ihrer Sexualefunktion zusammenhängen, wissen wir nur wenig über die Faktoren, die mit beiden in Zusammenhang stehen.

Daher wurde die vorliegende Querschnittsstudie bei 40- bis 60-jährigen Frauen aus dem Stadtbezirk Baltimore durchgeführt (n=846), um Informationen bezüglich des Zusammenhangs leidenschaftlicher Liebe zum Partner bzw. sexueller Zufriedenheit mit demographischen Faktoren, Gesundheit, Lebensstil, Menopause bzw. klimakterischen Symptomen zu erhalten.

Material und Methoden

Stichprobenumfang

Im Jahre 2001 wurde eine Querschnittsstudie bei älteren Frauen im Stadtbezirk Baltimore in Maryland durchgeführt. Die Zielgruppe für diese Untersuchung waren 40- bis 60-jährige Frauen aus dem Großraum Baltimore in Maryland, wie vom US Volkszählungsbüro angegeben. Die Studie wurde den Frauen per Post vorgestellt als Teil einer Allgemeinuntersuchung „Gesundheit bei Frauen in der Lebensmitte“. Zum Ausfüllen des 15 Doppelseiten umfassenden Fragebogens wurden 15-25 Minuten benötigt, wobei Fragen bezüglich demographischer Daten, Fortpflanzung, sexueller Aktivität, Menopause, Gebärmutter- bzw. Eierstockentfernung, klimakterischer Symptome, Hormonersatztherapie (HRT) nach den Wechseljahren, Krankheits- und Familienanamnese sowie Gesundheitsverhalten (Rauchen, Alkoholkonsum, Vitamineinnahme) zu beantworten waren.

Eine Liste aller Postleitzahlen im Großraum Baltimore wurde den US Volkszählungsdaten aus dem

Jahre 1990 entnommen. Es wurde davon ausgegangen, dass eine angemessene Stichprobengröße sowie Repräsentativprobe durch Verschicken der Fragebogen an 6 Postleitzahlen im Großraum Baltimore erzielt werden konnte. Um eine Repräsentativprobe der Zielgruppe zu erhalten, wurden 4 von den 6 für die Erhebung in Frage kommenden Postleitzahlen aus 21 Postleitzahlen mit mindestens 30% nicht-weißer Bevölkerung zufällig ausgewählt. Um eine angemessene Antwortrate sicherzustellen, wurden die beiden übrigen Postleitzahlen wegen ihrer hohen Antwortrate bei früheren Erhebungen zum Thema Frauengesundheit ausgewählt.

Namen und Adressen der Frauen des entsprechenden Altersbereichs in den gewählten Postleitzahlen wurden von einem Versandhaus zur Verfügung gestellt, das die Namen aus öffentlichen Quellen (nämlich Fahrzeugabteilung und Wählerregistrierung) ermittelt hatte. Alle Fragebogen wurden zusammen mit einem Einführungsschreiben und einem frankierten Rückumschlag verschickt. Hatte eine Person innerhalb von 21 Tagen nicht geantwortet, erhielt sie eine Erinnerung per Postkarte. Fragebogen, die wegen inkorrekt er Adresse (n=81) zurückkamen oder vom Empfänger mit dem Vermerk zurückgeschickt wurden, dass sie wegen ihres Alters (n=16) bzw. Geschlechts (n=1) nicht in Frage kamen, wurden erneut an zufällig ausgewählte Personen aus der ursprünglichen Liste verschickt. Ein Fragebogen mit falscher Adresse kam erst nach Abschluss der Studie zurück und wurde daher nicht ersetzt. Die Gesamtzahl der versandten Fragebogen betrug 2999. Insgesamt wurden 1129 ausgefüllte Bogen zurückgeschickt, einige wurden aber wegen fehlender Angaben zu gegenwärtigem Alter (n=6), klimakterischem Zustand (n=22), Hitzewallungen (n=1) sowie weiteren Ausgangsvariablen (n=12) von der Analyse ausgeschlossen. Außerdem wurden Frauen mit vorzeitiger ovarieller Insuffizienz (n=15) nicht berücksichtigt, da sie wahrscheinlich verschiedene hormonelle Störungen und somit andere Risikofaktoren bezüglich sexueller Aktivität haben als andere Frauen. Schließlich wurden Frauen von allen Analysen ausgeschlossen, wenn sie angaben, derzeit keinen Sexualpartner zu haben (n=239). Einige Fragebogen wurden aus mehreren Gründen nicht ausgewertet (z.B. fehlende Information zu menopausalem Status, kein derzeitiger Sexualpartner und/oder fehlende Angaben zu beiden Ausgangsvariablen). Somit bezog sich die Analyse auf insgesamt 846 Erhebungen.

Ausgangsvariablen

Frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass die Sexualfunktion einer Frau durch Bestimmung ihrer leidenschaftlichen Liebe zum Partner und sexuellen Zufriedenheit beurteilt werden kann (Dennerstein et al. 1994, 1997, 1999a, 2000a, 2001a, Dennerstein & Leher 2004). Um die leidenschaftliche Liebe einer Frau zu ihrem Partner sowie ihre sexuelle Zufriedenheit anzusprechen, verwendeten wir Fragen aus der gekürzten Version des früher von Dennerstein et al. (Dennerstein et al. 2001a,b) validierten persönlichen Erfahrungsfragebogens (Personal Experience Questionnaire, SPEQ). Die Frauen wurden gefragt: „Sind Sie mit Ihrem Partner als Liebhaber zufrieden?“ und „Wieviel leidenschaftliche Liebe empfinden Sie für Ihren Partner?“ Jede Frage sollte von den Frauen wie folgt beantwortet werden: „Keine/überhaupt nicht“, „wenig“, „etwas/einigermaßen“, „viel/sehr“ und „sehr viel/äußerst“. Da nur ein kleiner Prozentsatz der Frauen auf die Frage „Wieviel leidenschaftliche Liebe empfinden Sie für Ihren Partner?“ mit „keine“ antwortete bzw. „überhaupt nicht“ auf die Frage „Sind Sie mit Ihrem Partner als Sexualpartner zufrieden?“, wurden diese Antworten mit den Antworten „wenig“ zur univariaten Analyse zusammengelegt, so dass vier Kategorien untersucht wurden: Keine/überhaupt nicht/wenig, etwas/einigermaßen, viel/sehr und sehr viel/äußerst. Zur Regressionsanalyse wurden beide Ausgangsvariablen zunächst mittels ordinaler logistischer Regression untersucht; hierbei war jedoch in den meisten Fällen die proportionale Odds-Annahme nicht gegeben. Daher wurden zur logistischen Regressionsanalyse die Variablen sexuelle Zufriedenheit und Leidenschaft für den Partner dichotomisiert in „geringe“ Leidenschaft/sexuelle Zufriedenheit (Antworten: keine/überhaupt nicht, wenig, etwas/einigermaßen) und „hohe“ Leidenschaft/sexuelle Zufriedenheit (Antworten: Viel/sehr und sehr viel/äußerst).

Prädiktor/unabhängige Variablen

Der klimakterische Status wurde in fünf Kategorien bestimmt: *Prämenopausal* – letzte Monatsblutung (LMB) innerhalb der vergangenen 3 Monate UND keine Veränderung bei Blutung bzw. Regelmäßigkeit im letzten Jahr UND keine Gebärmutter- bzw. beidseitige Eierstockentfernung; *Perimenopausal* – (1) LMB im letzten Jahr, aber nicht innerhalb der letzten 3 Monate UND keine Gebärmutter- bzw. beidseitige Eierstockentfernung oder (2) LMB innerhalb der letzten 3 Monate UND Veränderungen bei Blutung oder

Regelmäßigkeit im letzten Jahr UND keine Gebärmutter- bzw. beidseitige Eierstockentfernung; *natürliche Menopause* – LMB vor mehr als 12 Monaten UND Periode hat nicht wegen eines chirurgischen Eingriffs, Chemotherapie oder Hormonbehandlung aufgehört; *künstliche Menopause* – Periode hat aufgehört wegen chirurgischer Gebärmutterentfernung (mit oder ohne Eierstockentfernung) bzw. Chemotherapie/Bestrahlung; *Hormone* – Frauen, die angaben, dass ihre Periode wegen Hormoneinnahme (orale Kontrazeptiva bzw. Hormonersatztherapie aufgehört hat. Zur Analyse wurden Frauen aus den Kategorien natürliche Menopause, künstliche Menopause und Menopause aufgrund von Hormonen als postmenopausal eingestuft.

Scheidentrockenheit und kalter Schweiß wurden ermittelt, indem die Frauen gefragt wurden, ob diese Beschwerden während des Übergangs in die Menopause aufgetreten waren. Eine ausführliche Anamnese bezüglich Hitzewallungen wurde durch eine Reihe von Fragen zu folgenden Informationen erstellt: Hatte die Frau jemals Hitzewallungen, könnten diese eventuell andere Ursachen als die nahende Menopause haben (Schwangerschaft, Medikamente, Krankheit), Datum bzw. Alter bei der letzten Hitzewallung, in welchem Alter und in welcher Stärke traten Hitzewallungen auf, wurde wegen Hitzewallungen ein Arzt aufgesucht? Bei allen Analysen wurden drei Prädiktoren untersucht: jemals Hitzewallungen, mäßige/schwere Hitzewallungen und tägliche Hitzewallungen. Eine Frau wurde unter „*jemals Hitzewallungen*“ eingestuft, wenn sie angab, solche aufgrund der nahenden Menopause und nicht wegen anderer Faktoren erlebt zu haben. Eine Frau wurde unter „*mäßige/schwere Hitzewallungen*“ eingestuft, wenn sie solche nicht aufgrund anderer Faktoren hatte, die als Hitzeempfindung und Schwitzen mit Beeinträchtigung der täglichen Aktivität beschrieben wurden.

Tägliche Hitzewallungen bezogen sich auf solche, die im Durchschnitt mindestens einmal täglich auftraten. Die Lebensqualität wurde mit dem Cantril's Ladder of Life Scale ermittelt. Diese Skala wurde validiert zur Erfassung der Lebensqualität (Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft), wobei die Teilnehmer durch Beantwortung einfacher Fragen ihre Lebensqualität von 1 (schlecht) bis 10 (hoch) einstufen.

Statistische Methoden

Um den Zusammenhang jeder Ausgangsvariablen (leidenschaftliche Liebe zum Partner und sexuelle Zufriedenheit) mit demographischen Faktoren, Gesundheit und Lebensstil sowie menopausalen Symptomen zu

ermitteln, wurden χ^2 -Tests durchgeführt. Unabhängige Variablen, die in der Univarianzanalyse signifikant mit den Ausgangsvariablen in Zusammenhang standen, wurden dann mittels logistischer Regressionsanalyse untersucht, um festzustellen, inwieweit dies auch nach Anpassung bezüglich weiterer potentieller Prädiktoren der Fall war. Da eine unserer Hauptfragen auf die Beziehung zwischen menopausalem Status und sexueller Funktion abzielte, wurde der menopausale Status unabhängig von den Ergebnissen der Univarianzanalyse mit einbezogen.

Da der menopausale Status stark mit den in dieser Studie untersuchten klimakterischen Symptomen assoziiert war, führten wir für jede Ausgangsvariable Analysen durch, und zwar mit (1) einem Modell, das nur die Variable menopausaler Status sowie potentielle demographische und Gesundheitsfaktoren enthielt, und (2) einem Modell, das die Variablen menopausaler Status und klimakterische Symptome sowie weitere potentielle demographische und Gesundheitsfaktoren enthielt. Außerdem wurden stratifizierte Analysen durchgeführt, um zu ermitteln, ob Prädiktoren bezüglich sexueller Funktionsfähigkeit differierten, wenn eine Frau eine Gebärmutterentfernung hinter sich hatte.

p-Werte < 0,05 galten als statistisch signifikant. Alle statistischen Analysen wurden mit SAS Version 8.1 durchgeführt (Copyright SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 1989-1996).

Ergebnisse

Charakteristika der Stichproben

Charakteristika der Stichproben sind in Tabelle 1 dargestellt. Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen betrug 49,7 Jahre (Standardabweichung (SD): 5,7). Es handelte sich vorwiegend um nicht-schwarze Frauen, die in der Mehrzahl einen hohen Ausbildungs- und sozioökonomischen Status aufwiesen. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 14,1% gegenwärtige Raucherinnen und 64,4% tranken Alkohol. Die durchschnittliche Ladder-of-Life Punktzahl betrug 7,7.

Die Mehrzahl der Frauen in dieser Untersuchung war postmenopausal (55,2%). Hitzewallungen wurden von etwa 55% der Teilnehmerinnen angegeben, und zwar in 38,5% mäßige bis schwere, 18,4% tägliche und 11,3% Hitzewallungen über mehr als 5 Jahre. Außerdem berichteten 12,9 und 30% der Frauen über kalten Schweiß bzw. Scheidentrockenheit.

Tab. 1 Charakteristika der Stichproben (n=846)

	n	%
Alter (Jahre)		
40-50	431	50.9
51-60	415	49.1
Rasse		
Weiß	683	80.7
Schwarz	140	16.5
Andere	20	2.4
Ausbildung		
< höhere Schule	351	41.5
College	230	27.2
Hochschule	258	30.5
Haushaltseinkommen (jährlich)		
< US \$ 40.000	134	15.8
US \$ 40.001 – 80.000	305	36.1
> US \$ 80.000	380	44.9
BMI (kg/m ²)		
< 24,9	410	48.5
25,0 – 29,9	243	28.7
> 30	181	21.4
Rauchen		
Derzeit	119	14.1
Früher	281	32.2
Nie	438	51.8
Regelmäßiger Alkoholkonsum		
Derzeit	417	49.3
Früher	128	15.1
Nie	300	35.5
Menopausaler Status		
Prämenopausal	119	14.1
Perimenopausal	260	30.7
Natürliche Menopause	191	22.6
Künstliche Menopause	172	20.3
Hormone	104	12.3
Gebärmutterentfernung	173	20.4
Derzeitige Hormonersatztherapie	223	26.4
Derzeitiger Gebrauch oraler Kontrazeptiva	69	8.2
Jemals Hitzewallungen	466	55.1
Mäßige/schwere Hitzewallungen	326	38.5
Tägliche Hitzewallungen	156	18.4
Hitzewallungen > 5 Jahre	96	11.3
Kalter Schweiß	109	12.9
Scheidentrockenheit	254	30.0
Ladder-of-Life-Punktzahl		

Wegen fehlender Daten nicht immer 100%

Zusammenhang zwischen dem Grad leidenschaftlicher Liebe zum Partner und demographischen Faktoren, Gesundheit und Lebensstil sowie menopausalen Symptomen

Die Ergebnisse der Analyse bezüglich des Zusammenhangs zwischen dem selbst angegebenen Grad leidenschaftlicher Liebe zum Partner und demographischen Faktoren, Gesundheit und Lebensstil sowie klimakterischen Faktoren sind in Tabelle 2 dargestellt. Frauen, die angaben, wenig leidenschaftliche Liebe zum Partner zu empfinden, waren älter, weiß und hatten eine höhere Ausbildung (Hochschule) als diejenigen, die bezüglich leidenschaftlicher Liebe zum Partner hohe Werte angaben. Außerdem bewerteten Frauen, die Alkohol tranken, den Grad leidenschaftlicher Liebe zum Partner weitaus niedriger als diejenigen, die keinen Alkohol tranken. Frauen mit niedriger Lebensqualität gaben auch einen geringeren Grad leidenschaftlicher Liebe zum Partner an. Jährliches Haushaltseinkommen, Beschäftigungsstatus, Familienstand, Kinder unter 18 Jahren, BMI, menopausaler Status, Gebärmutterentfernung, gegenwärtige Hormonersatztherapie, Einnahme oraler Kontrazeptiva sowie Rauchen waren nicht signifikant mit dem selbst angegebenen Grad leidenschaftlicher Liebe zum Partner assoziiert.

Frauen, die Hitzewallungen erlebten, gaben niedrigere Levels bezüglich leidenschaftlicher Liebe zum Partner an als Frauen ohne Hitzewallungen (Tabelle 2). Schweregrad, Häufigkeit und Dauer der Hitzewallungen standen nicht signifikant im Zusammenhang mit dem Grad leidenschaftlicher Liebe zum Partner. Schließlich waren auch bei Frauen mit trockener Scheide die diesbezüglichen Werte niedriger als bei denjenigen, die keine Scheidentrockenheit angaben. Das Auftreten von kaltem Schweiß war nicht mit leidenschaftlicher Liebe zum Partner assoziiert.

Der Zusammenhang von leidenschaftlicher Liebe zum Partner mit menopausalem Status und Variablen, die sich in der Univarianzanalyse als signifikant assoziiert herausgestellt hatten (Alter, Rasse, Ausbildung, Alkoholkonsum, schwere Hitzewallungen, Scheidentrockenheit) sind in Tabelle 4 dargestellt. Nach Überprüfung weiterer potentieller Prädiktoren (ausschließlich der Variable klimakterische Symptome) stand der menopausale Status nicht signifikant mit niedrigeren Levels bezüglich leidenschaftlicher Liebe zum Partner in Zusammenhang. Im Gegensatz dazu waren höheres Alter (OR 1,04; 95% CI 1,01, 1,07), höhere Ausbildung (OR 1,47; 95% CI 1,09, 1,99) und Alkoholkonsum (OR 1,42; 95% CI 1,03, 1,95) mit niedrigeren

Tab. 2 Zusammenhang zwischen Leidenschaft zum Partner und den entsprechenden Variablen

	n	Grad der Leidenschaft zum Partner				p-Wert
		Keine/ Wenig (%)	Etwas (%)	Viel (%)	Sehr viel (%)	
Alle Teilnehmerinnen	846	13.4	21.8	32.0	32.8	
Demographische Variablen						
Alter (Jahre)						
<45	223	9.4	17.5	35.9	37.2	0.020
45–50	208	11.5	21.6	34.1	32.7	
51–55	236	13.6	27.1	27.5	31.8	
>55	179	20.1	20.1	30.7	29.1	
Rasse						
Weiß	683	13.6	22.3	34.0	30.2	0.035
Schwarz	140	13.6	19.3	24.3	42.9	
Andere	20	5.0	25.0	20.0	50.0	
Ausbildung						
< Höhere Schule	192	13.5	14.6	32.8	39.1	0.023
College/Berufsfachschule	159	9.4	22.6	35.9	32.1	
Collegeabschluss	230	11.7	26.1	35.2	27.0	
Hochschulabschluss	258	16.7	22.5	27.1	33.7	
Jährliches Einkommen						
<US\$ 20.000	30	13.3	30.0	30.0	26.7	0.336
US\$ 21.000 – 40.000	104	18.3	17.3	27.9	36.5	
US\$ 40.001 – 60.000	164	14.6	25.0	24.4	36.0	
US\$ 61.000 – 80.000	141	9.9	21.3	36.9	31.9	
>US\$ 80.000	380	12.6	22.1	34.7	30.5	
Beschäftigungsstatus						
Vollzeitbeschäftigung	518	13.3	21.6	32.8	32.2	0.559
Teilzeitbeschäftigung	176	13.6	22.7	35.2	28.4	
Rentnerin/Hausfrau	118	14.4	19.5	28.0	38.1	
Arbeitslos/behindert	32	9.4	28.1	18.8	43.7	
Familienstand						
Alleinstehend	34	20.6	17.7	20.6	41.2	0.800
Verheiratet	702	13.4	21.7	31.9	33.1	
Verwitwet	12	16.7	25.0	25.0	33.3	
Geschieden/getrennt	70	11.4	22.9	38.6	27.1	
Zusammenleben mit Partner	26	7.7	26.9	38.5	26.9	
Familienstand (kategorisiert)						
Verheiratet bzw. mit Partner	728	13.2	21.8	32.1	32.8	1.000
Alleinstehend, verwitwet, geschieden, getrennt	116	14.7	21.6	31.9	31.9	
Kinder unter 18 Jahren						
Ja	366	12.8	21.0	36.1	30.6	0.200
Nein	480	13.8	22.3	29.0	35.0	
Gesundheit und Lebensstil						
BMI						
<24.9	410	14.1	23.2	34.6	28.1	0.300
25.0–29.9	243	11.7	21.7	36.7	30.0	
30.0–34.9	108	10.9	18.2	32.7	38.2	
>35.0	73	15.2	17.4	19.6	47.8	
Menopausaler Status						
Prä-	119	6.7	17.7	35.3	40.3	0.085
Peri-	260	13.1	20.8	35.0	31.2	
Post-	437	15.2	23.3	29.5	31.9	

Fortsetzung Tab. 2 Zusammenhang zwischen Leidenschaft zum Partner und den entsprechenden Variablen

	n	Grad der Leidenschaft zum Partner				p-Wert
		Keine/ Wenig (%)	Etwas (%)	Viel (%)	Sehr viel (%)	
Gebärmutterentfernung						
Ja	173	13.9	18.5	28.3	39.3	0.194
Nein	672	13.2	22.5	33.0	31.3	
Derzeitige Hormonersatztherapie						
Ja	223	15.3	23.3	29.2	32.3	0.535
Nein	619	12.4	21.2	33.1	33.3	
Derzeitige Einnahme oraler Kontrazeptiva						
Ja	69	7.3	18.8	39.1	34.8	0.307
Nein	763	13.9	21.9	31.5	32.8	
Rauchen						
Derzeit	119	16.8	26.1	23.5	33.6	0.159
Früher	281	13.9	20.3	36.7	29.2	
Nie	438	12.1	21.2	31.7	34.9	
Alkoholkonsum						
Derzeit	417	12.7	23.5	35.5	28.3	0.0005
Früher	128	18.0	26.6	30.5	25.0	
Nie	300	12.0	17.3	28.0	42.7	
Lebensqualität (Mittlere "Ladder-of-life"-Punktzahl, S.D)	839 (1.8)	6.6 (1.6)	7.2 (1.4)	1.6 (1.6)	8.3	<0.0001
Menopausale Symptome						
Jemals Hitzewallungen						
Nein	380	11.8	17.6	31.6	38.9	0.002
Ja	466	14.6	25.1	32.4	27.9	
Schweregrad der Hitzewallungen						
Schwach	132	16.7	18.9	31.1	33.3	0.266
Mäßig	262	13.4	26.7	32.8	27.1	
Schwer	64	17.2	31.3	32.8	18.8	
Häufigkeit der Hitzewallungen						
Monatlich	87	16.1	19.5	35.6	28.7	0.422
Wöchentlich	166	13.3	31.3	28.3	27.1	
Täglich	156	16.7	23.1	34.6	25.6	
Dauer der Hitzewallungen						
> 5 Jahre	96	16.7	19.8	32.3	31.3	0.388
1–4 Jahre	187	16.6	25.7	34.8	23.0	
<1 Jahr	155	11.6	24.5	31.0	32.9	
Scheidentrockenheit						
Nein	559	11.3	19.3	33.5	36.0	0.0006
Ja	254	18.5	26.4	29.5	25.6	
Kalter Schweiß						
Nein	702	13.4	20.7	32.1	33.9	0.369
Ja	109	14.7	27.5	28.4	29.4	

Wegen fehlender Daten nicht immer 100%

Werten leidenschaftlicher Liebe assoziiert, und zwar unabhängig von den anderen potentiellen Prädiktoren. In dem Modell, das die Variable klimakterische Symptome umfasste, blieben höheres Alter, höhere Ausbildung und Alkoholkonsum signifikant mit niedrigeren Levels leidenschaftlicher Liebe zum Partner assoziiert. Außerdem hatten Frauen mit trockener Scheide höhere Odds bei den entsprechenden niedrigeren Werten als Frauen, die keine Scheidentrockenheit angaben (OR 1,67; 95% CI 1,21, 1,31). Bei Hitzewallungen war kein Zusammenhang mit niedrigeren Levels leidenschaftlicher Liebe zum Partner zu verzeichnen.

Wurden die Analysen nach Gebärmutterentfernung stratifiziert (Daten nicht gezeigt), ergaben sich bei nicht hysterektomierten Frauen ähnliche Ergebnisse wie bei der gesamten Stichprobe. Bei Frauen, die eine Gebärmutterentfernung hinter sich hatten, war das Auftreten von Hitzewallungen marginal assoziiert mit wenig Leidenschaft für den Partner (OR 2,43; 95% CI 0,93, 6,41). Im Gegensatz dazu war bei diesen Frauen ein Zusammenhang zwischen Scheidentrockenheit und Leidenschaft zum Partner nicht festzustellen (OR 1,15; 95% CI 0,55, 2,40). Bei den übrigen Prädiktoren waren ähnliche Ergebnisse wie in der Gesamtstichprobe zu verzeichnen.

Zusammenhang zwischen sexueller Zufriedenheit und demographischen Faktoren, Gesundheit und Lebensstil sowie menopausalen Symptomen

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Analyse bezüglich des Zusammenhangs von selbst angegebener sexueller Zufriedenheit mit demographischen Faktoren, Gesundheit und Lebensstil sowie klimakterischen Symptomen. Bei Frauen, die ihre sexuelle Zufriedenheit niedrig bewerteten, zeigte sich ein Trend zu höherem Alter und besserer Ausbildung (Hochschule) im Vergleich zu Frauen, die entsprechend höhere Werte angaben. In Bezug auf jährliches Haushaltseinkommen, Beschäftigungsstatus, Rasse, Familienstand, Kinder unter 18 Jahren, BMI sowie Rauchen waren bei Frauen mit den Angaben keine/wenig/etwas/viel und sehr viel sexuelle Zufriedenheit ähnliche Ergebnisse zu verzeichnen. Eine Assoziation war festzustellen zwischen menopausalem Status und sexueller Zufriedenheit, da postmenopausale Frauen entsprechend niedrigere Werte angaben als peri- bzw. prämenopausale Frauen. Darüber hinaus bestand kein Zusammenhang zwischen sexueller Zufriedenheit und Gebärmutterentfernung, gegenwärtiger Hormonersatztherapie,

Einnahme oraler Kontrazeptiva bzw. Rauchen. Frauen, die Alkohol tranken, tendierten signifikant mehr zu niedrigeren Werten bei sexueller Zufriedenheit als Frauen, die keinen Alkohol tranken. Auch bei schlechterer Lebensqualität wurde sexuelle Zufriedenheit entsprechend niedriger eingestuft.

Die Ergebnisse der Analysen zum Zusammenhang zwischen Grad der sexuellen Zufriedenheit und klimakterischen Symptomen sind in Tabelle 3 dargestellt. Von allen Teilnehmerinnen zeigten Frauen mit Hitzewallungen signifikant niedrigere Werte als Frauen, die keine Hitzewallungen hatten. Allerdings war kein signifikanter Zusammenhang zwischen Schweregrad, Häufigkeit und Dauer der Hitzewallungen und dem Grad der sexuellen Zufriedenheit zu verzeichnen. Frauen mit trockener Scheide hatten niedrigere Levels sexueller Zufriedenheit als solche, die keine Scheidentrockenheit angaben. Das Auftreten von kaltem Schweiß war nicht mit den angegebenen Werten sexueller Zufriedenheit assoziiert.

Der Zusammenhang zwischen sexueller Zufriedenheit und menopausalem Status bzw. Variablen, die sich in der Univarianzanalyse als signifikant assoziiert erwiesen hatten (Alter, Ausbildung, Alkoholkonsum, schwere Hitzewallungen, Scheidentrockenheit) ist Tabelle 4 zu entnehmen. Nach Überprüfung weiterer potentieller Prädiktoren (ausschließlich der Variable klimakterische Symptome) war höheres Alter der einzige signifikante Prädiktor für geringe sexuelle Zufriedenheit (OR 1,04; 95% CI 1,01, 1,07). Demgegenüber zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang mit menopausalem Status, Ausbildung und Alkoholkonsum. In dem Modell, in dem klimakterische Symptome mit einbezogen waren, blieb höheres Alter signifikant assoziiert mit geringer sexueller Zufriedenheit (OR 1,04; 95% CI 1,01, 1,07). Außerdem hatten Frauen mit trockener Scheide höhere Odds bei geringer sexueller Zufriedenheit als solche, die keine Scheidentrockenheit angaben (OR 1,58; 95% CI 1,14; 2,20). Zwischen dem Auftreten von Hitzewallungen und geringer sexueller Zufriedenheit war kein Zusammenhang zu verzeichnen.

Bei Stratifizierung der Analysen nach Gebärmutterstatus (Daten nicht gezeigt) ergaben sich für Frauen ohne Gebärmutterentfernung ähnliche Ergebnisse wie bei der Gesamtstichprobe. Das Auftreten von Hitzewallungen war jedoch ein signifikanter Prädiktor für geringe sexuelle Zufriedenheit (OR 2,87; 95% CI 1,10, 7,43). Bei Frauen, die eine Gebärmutterentfernung hinter sich hatten, war Scheidentrockenheit nicht mit geringer sexueller Zufriedenheit assoziiert (OR 0,88; 95% CI 0,52, 1,80). Die Resultate bei den weiteren Prädiktoren entsprachen den Ergebnissen in der Gesamtstichprobe.

Tab. 3 Zusammenhang zwischen sexueller Zufriedenheit und den entsprechenden Variablen

	n	Grad der sexuellen Zufriedenheit				p-Wert
		Überhaupt nicht/ wenig (%)	Einigermaßen (%)	Sehr (%)	Äußerst (%)	
Alle Teilnehmerinnen	846	11.1	18.8	32.0	38.1	
Demographische Charakteristika						
Alter (Jahre)						
<45	223	6.3	15.3	34.1	44.4	0.004
45–50	208	10.6	19.2	36.1	34.1	
51–55	236	11.0	24.2	28.4	36.4	
>55	179	17.9	15.6	29.6	36.9	
Rasse						
Weiß	683	10.8	18.7	33.5	36.9	0.472
Schwarz	140	12.9	20.7	26.4	40.0	
Andere	20	10.0	10.0	25.0	55.0	
Ausbildung						
< Höhere Schule	192	12.5	18.2	22.9	46.4	0.003
College/Berufsfachschule	159	10.1	15.1	33.3	41.5	
Collegeabschluss	230	7.0	22.2	38.7	32.2	
Hochschulabschluss	258	14.7	18.2	32.2	34.9	
Jährliches Einkommen						
<US\$ 20.000	30	10.0	23.3	26.7	40.0	0.305
US\$ 21.000 – 40.000	104	17.3	12.5	26.0	44.2	
US\$ 40.001 – 60.000	164	12.8	22.0	31.1	34.2	
US\$ 61.000 – 80.000	141	8.5	17.7	32.6	41.1	
>US\$ 80.000	380	9.7	19.5	34.7	36.1	
Beschäftigungsstatus						
Vollzeitbeschäftigung	518	11.6	19.1	32.8	36.5	0.969
Teilzeitbeschäftigung	176	9.7	18.8	33.5	38.1	
Rentnerin/Hausfrau	118	11.0	18.6	28.0	42.4	
Arbeitslos/behindert	32	12.5	15.6	28.1	43.8	
Familienstand						
Alleinstehend	34	11.8	20.6	17.7	50.0	0.400
Verheiratet	702	11.7	18.5	31.3	38.5	
Verwitwet	12	8.3	33.3	33.3	25.0	
Geschieden/getrennt	70	5.7	18.6	45.7	30.0	
Zusammenleben mit Partner	26	11.5	19.2	34.6	34.6	
Familienstand (kategorisiert)						
Verheiratet bzw. mit Partner	728	11.7	18.5	31.5	38.3	0.500
Alleinstehend, verwitwet, geschieden/getrennt	116	7.8	20.7	36.2	35.3	
Kinder unter 18 Jahren						
Ja	366	9.0	20.0	33.6	37.4	0.300
Nein	480	12.7	17.9	30.8	38.5	
Gesundheit und Lebensstil						
BMI						
<24.9	410	11.7	19.0	33.2	36.1	0.703
25.0–29.9	243	9.1	20.6	33.3	37.0	
30.0–34.9	108	11.1	15.7	28.7	44.4	
>35.0	73	15.1	17.8	26.0	41.1	

Fortsetzung Tab. 3 Zusammenhang zwischen sexueller Zufriedenheit und den entsprechenden Variablen

	n	Grad der sexuellen Zufriedenheit				p-Wert
		Überhaupt nicht/ wenig (%)	Einigermaßen (%)	Sehr (%)	Äußerst (%)	
Menopausaler Status						
Prä-	119	5.9	16.0	31.9	46.2	0.035
Peri-	260	9.6	16.2	36.9	37.3	
Post-	467	13.3	21.0	29.3	36.4	
Gebärmutterentfernung						
Ja	173	10.4	20.8	28.3	40.5	0.596
Nein	672	11.3	18.2	33.0	37.5	
Derzeitige Hormonersatztherapie						
Ja	223	13.5	19.7	29.2	37.7	0.490
Nein	619	10.2	18.6	32.8	38.5	
Derzeitige Einnahme oraler Kontrazeptiva						
Ja	69	7.3	14.5	31.9	46.4	0.392
Nein	763	11.5	19.0	31.9	37.6	
Rauchen						
Derzeit	119	16.0	21.0	24.4	38.7	0.246
Früher	281	10.3	19.9	34.5	35.2	
Nie	438	10.5	16.9	32.7	39.9	
Alkoholkonsum						
Derzeit	417	9.4	20.6	34.5	35.5	0.007
Früher	128	17.2	19.5	33.6	29.7	
Nie	300	11.0	15.7	28.0	45.3	
Lebensqualität (Mittlere "Ladder-of-life"-Punktzahl, S.D)	839	6.6 (1.9)	7.3 (1.6)	7.8 (1.4)	8.2 (1.6)	<0.0001
Menopausale Symptome						
Jemals Hitzewallungen						
Nein	380	9.2	14.7	33.2	42.9	0.005
Ja	466	12.7	22.1	31.1	34.1	
Schweregrad der Hitzewallungen						
Schwach	132	10.6	25.0	30.3	34.1	0.193
Mäßig	262	11.5	21.0	30.9	36.6	
Schwer	64	21.9	20.3	34.4	23.4	
Häufigkeit der Hitzewallungen						
Monatlich	87	9.2	25.3	29.9	35.6	0.212
Wöchentlich	166	11.5	27.7	28.9	31.9	
Täglich	156	18.0	17.3	31.4	33.3	
Dauer der Hitzewallungen						
> 5 Jahre	96	17.7	20.8	28.1	33.3	0.576
1-4 Jahre	187	11.8	21.4	34.2	32.6	
< 1 Jahr	155	9.7	22.6	30.3	37.4	
Scheidentrockenheit						
Nein	559	8.9	16.6	33.3	41.1	0.0006
Ja	254	16.5	21.7	31.9	29.9	
Kalter Schweiß						
Nein	702	10.5	18.0	33.1	38.3	0.151
Ja	109	17.4	20.2	28.4	33.9	

Wegen fehlender Daten nicht immer 100%.

Tab. 4 Angepasste Odds ratio (OR) und 95% Konfidenzintervall (CI) bei geringer Leidenschaft/sexueller Zufriedenheit für Variablen, die in der Univarianzanalyse signifikant assoziiert waren (n=846)

Variable	Wenig Leidenschaft zum Partner		Sexuelle Zufriedenheit	
	Modell 1a OR (95% CI)	Modell 2b OR (95% CI)	Modell 1a OR (95% CI)	Modell 2b OR (95% CI)
Alter	1.04 (1.01, 1.07)	1.03 (1.00, 1.06)	1.04 (1.01, 1.07)	1.04 (1.01, 1.07)
Rasse			Rasse nicht berücksichtigt	
Weiß	1.00	1.00		
Schwarz bzw. andere	0.93 (0.63, 1.38)	1.00 (0.67, 1.49)		
Ausbildung				
< Höhere Schule und/oder College Collegeabschluss/ Hochschule	1.00	1.00	1.00	1.00
Hochschule	1.47 (1.09, 1.99)	1.61 (1.18, 2.21)	1.17 (0.86, 1.59)	1.24 (0.90, 1.71)
Alkoholkonsum				
Nie	1.00	1.00	1.00	1.00
Immer	1.42 (1.03, 1.95)	1.38 (0.99, 1.92)	1.27 (0.92, 1.75)	1.21 (0.87, 1.69)
Menopausaler Status				
Prä-	1.00	1.00	1.00	1.00
Peri-/post-	1.49 (0.93, 2.40)	1.41 (0.87, 2.29)	1.31 (0.80, 2.14)	1.18 (0.72, 1.95)
Schwere Hitzewallungen				
Nein		1.00		1.00
Ja		1.49 (0.87, 2.58)		1.54 (0.89, 2.66)
Scheidentrockenheit				
Nein		1.00		1.00
Ja		1.67 (1.21, 1.31)		1.58 (1.14, 2.20)

a Modell umfasst nicht schwere Hitzewallungen und Scheidentrockenheit
 b Model umfasst schwere Hitzewallungen und Scheidentrockenheit

Diskussion

Nach den Ergebnissen der vorliegenden bevölkerungsbasierten Querschnittsstudie stehen höheres Alter, bessere Ausbildung, Alkoholkonsum und Scheidentrockenheit signifikant mit niedrigeren Werten leidenschaftlicher Liebe zum Partner bei Frauen in der Lebensmitte in Zusammenhang. Darüber hinaus zeigen die erhobenen Daten eine signifikante Assoziation zwischen höherem Alter und Scheidentrockenheit und niedrigeren Werten bezüglich sexueller Zufriedenheit. Frauen, die ihre sexuelle Zufriedenheit niedriger einstufen, waren älter als solche mit höheren Levels sexueller Zufriedenheit. Außerdem waren Frauen, die weniger leidenschaftliche Liebe zum Partner angaben, älter als diejenigen mit entsprechend höheren Werten. In dem National Health and Social Life Survey (NHSLs) waren ähnliche Zusammenhänge zwischen Alter und Zufriedenheit mit dem Partner zu verzeichnen (Avis 2000; Laumann et al. 1994, 1999). In die-

ser Erhebung wurden 1410 Männer und 1749 Frauen im Alter von 18-59 Jahren bezüglich ihrer sexuellen Funktion befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass kein Zusammenhang zwischen Alter und Zufriedenheit mit dem Partner bestand, bis die Frauen Ende vierzig waren. Ab Ende 40 bis 59 zeigte sich bei den Frauen eine Tendenz zu weniger sexueller Zufriedenheit. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass als einer der häufigsten Gründe für fehlendes Sexualleben Tod oder Krankheit bzw. sexuelles Unvermögen des Ehepartners angegeben wurde (Pfeiffer et al. 1972, Stadberg et al. 1997). Die Ergebnisse unserer Untersuchung schließen die Möglichkeit eines weniger zufriedenstellenden Sexuallebens wegen fehlendem Partner aus, weil nur Frauen befragt wurden, die zum Zeitpunkt der Erhebung einen Partner hatten.

Bei Frauen, die wenig leidenschaftliche Liebe zum Partner angaben, bestand eine Tendenz zu höherer Ausbildung (Hochschule) im Vergleich zu den Frauen mit entsprechend höheren Werten. Zwischen dem Grad

der Ausbildung und sexueller Zufriedenheit bestand kein Zusammenhang. Unsere Ergebnisse stimmen offenbar nicht überein mit einer nationalen Erhebung, aus der hervorging, dass Frauen mit Hochschul- bzw. höherer Ausbildung sexuell besser funktionierten als solche mit niedrigerer Ausbildung (Laumann et al. 1999). Dies ist u.U. auf die ungleiche Verteilung in puncto Ausbildung in den beiden Untersuchungen zurückzuführen, da ja die Mehrzahl der Frauen in unserer Studie einen höheren Ausbildungsstand aufwies. Möglich ist auch, dass weniger leidenschaftliche Liebe bei Frauen mit höherer Ausbildung mit beruflichem Stress in Zusammenhang steht.

Frauen, die weniger leidenschaftliche Liebe zum Partner angaben, stuften ihre Lebensqualität niedriger ein als Frauen mit entsprechend höheren Werten. Darüber hinaus waren bei Frauen mit niedrigeren Levels sexueller Zufriedenheit auch niedrigere Werte bezüglich ihrer Lebensqualität zu verzeichnen. Dieses Ergebnis entspricht neueren Studien, die belegen, dass eine positive Einstellung zum Partner mit höherer Lebensqualität und damit weniger schlechter Laune (Dennerstein et al. 1999b), höherer Lebenszufriedenheit (Dennerstein et al. 2000b) und besserer sexueller Funktion (Dennerstein et al. 1999a, 2000a, 2001a; Dennerstein & Lehert 2004) während des Übergangs in die Menopause zusammenhängt.

Frauen, die Alkohol tranken, stuften leidenschaftliche Liebe zum Partner niedriger ein, was darauf schließen lässt, dass Alkoholkonsum mit weniger leidenschaftlicher Liebe zum Partner in Zusammenhang steht. Entsprechende Studien haben belegt, dass starker Alkoholkonsum zu sexueller Dysfunktion und Unzufriedenheit bei Frauen führt (Roman 1988), während Enthaltensamkeit sowohl bei prä- (Gavaler et al. 1993) als auch bei postmenopausalen Alkoholikerinnen (Gavaler et al. 1994) eine sexuelle Funktionsverbesserung zur Folge hat. Es kann natürlich auch sein, dass Alkohol als eine Art Selbstmedizin eingesetzt wird, um mit sexuellen Problemen fertig zu werden. In einer Untersuchung von Kelly et al. wurde von Frauen ohne Alkohol- bzw. Beziehungsprobleme energisch abgelehnt, dass sie glaubten, durch Alkohol die Situation verbessern zu können (Kelly et al. 2002). Derartige positive Erwartungen wurden aber von Frauen, die sowohl Alkohol- als auch Beziehungsprobleme hatten, ambivalent beurteilt und die Beziehungswirksamkeit niedriger eingestuft als von Frauen ohne solche Probleme (Kelly et al. 2002).

Der menopausale Status war nicht signifikant mit dem selbst bewerteten Grad leidenschaftlicher Liebe zum Partner und sexueller Zufriedenheit assoziiert. Obwohl sexuelle Beschwerden bei klinisch betreuten

Frauen in den Wechseljahren mit am häufigsten angegeben werden (Sarrel & Whitehead 1985), ist nur in wenigen Studien untersucht worden, inwieweit der menopausale Status mit subjektiven Veränderungen sexueller Zufriedenheit und leidenschaftlicher Liebe zum Partner in Zusammenhang steht. Nach den Daten der Melbourne Women's Midlife Health Untersuchung (Dennerstein et al. 1994, 1997, 1999a, 2000a, 2001a; Dennerstein & Lehert 2004) nimmt bei Frauen in den Wechseljahren ihre positive Einstellung zum Partner bedeutend ab, was durch entsprechend niedrige Werte bezüglich leidenschaftlicher Liebe zum Partner und sexueller Zufriedenheit belegt ist (Dennerstein et al. 2001a, Dennerstein & Lehert 2004). Insbesondere war beim Übergang von der frühen zur menopausalen bzw. späten perimenopausalen Phase ein signifikanter Rückgang bei sexuellem Verständnis sowie leidenschaftlicher Liebe zum Partner zu verzeichnen, bei gleichzeitigem Anstieg sexueller Probleme des Partners. Von der späten perimenopausalen bis zur postmenopausalen Phase war ein weiterer Rückgang bei beiden Partnern festzustellen. Somit bestätigen unsere Daten nicht die Ergebnisse der Melbourne Untersuchung. Unsere Erhebung war allerdings eine Querschnittsstudie, wobei keinerlei Informationen bezüglich des Timings bzw. Veränderungen der sexuellen Funktion oder eventueller sexueller Funktionsprobleme des Partners vorlagen.

Schließlich war Scheidentrockenheit negativ mit leidenschaftlicher Liebe zum Partner und sexueller Zufriedenheit assoziiert, während dies bei Hitzewallungen nicht der Fall war. Unterschiedlich sind auch die Resultate im Hinblick auf Gebärmutterentfernung. Bei stratifizierter Analyse nach Gebärmutterstatus zeigten sich bei nicht hysterektomierten Frauen ähnliche Ergebnisse wie in der Gesamtstichprobe. Bei Frauen, die eine Gebärmutterentfernung hinter sich hatten, waren jedoch schwere Hitzewallungen marginal mit weniger leidenschaftlicher Liebe zum Partner assoziiert (OR 2,43; 95% CI 0,93, 6,41), während Scheidentrockenheit keinen entsprechenden Einfluss hatte (OR 1,15; 95% CI 0,55, 2,40). Es ist also möglich, dass sexuelle Zufriedenheit und leidenschaftliche Liebe zum Partner damit zusammenhängen, wie die Frau ihre eigene, bei vaginalen Beschwerden möglicherweise eingeschränkte Ansprechbarkeit empfindet.

Die vorliegende Studie ist im Kontext ihrer Begrenzungen zu interpretieren. Erstens wurden nur zwei Determinanten bezüglich der sexuellen Funktion (d.h. leidenschaftliche Liebe zum Partner und sexuelle Zufriedenheit) untersucht. Es hätten vielleicht noch weitere Determinanten anhand zusätzlicher Fragebogen oder sogar klinischer Messungen bestimmt wer-

den können. Es wäre z.B. wichtig gewesen, sexuelle Funktionsfähigkeit und Gesundheitszustand des Partners zu ermitteln, da aus früheren Studien hervorgeht, dass ein fehlendes Sexualleben u.a. mit Faktoren auf Seiten des Partners zusammenhängt (Pfeiffer et al 1972, Stadberg et al. 1997). Die Verbindung zwischen sexueller Funktion und Gesundheitszustand des Partners wäre in unserer Studie allerdings auf ein Minimum reduziert gewesen, da Frauen, die keinen derzeitigen Partner hatten, von der Analyse ausgeschlossen waren. Außerdem benutzten wir zur Erhebung der Faktoren Leidenschaft und sexuelle Zufriedenheit zwei validierte Fragen aus der in der Melbourne Studie gekürzten Version des SPEQ (Dennerstein et al. 1997, Dennerstein et al. 2001b). Zweitens handelt es sich bei dieser Erhebung um eine Querschnittsstudie, wobei keine Informationen über Timing bzw. sexuelle Funktionsveränderungen vorlagen. Drittens stellt sich die Frage, inwieweit die vorliegende Studie auf andere Bevölkerungsschichten zutrifft. Wir versuchten, ausgefüllte Fragebogen von Frauen aus ausgewählten Postleitzonen in Maryland zu erhalten. Rasse und ethnische Herkunft der Teilnehmerinnen könnten aber von anderen Gebieten abweichen. Außerdem lagen keine Informationen bezüglich der Frauen vor, die an der Untersuchung nicht teilnehmen wollten; daher ist ein Selektionseffekt nicht auszuschließen.

Trotz ihrer Begrenztheit ist diese Studie aussagekräftig. Wenn auch frühere Untersuchungen gezeigt haben, dass bei der sexuellen Funktion von Frauen in der Lebensmitte viele psychosoziale und biologische Faktoren eine Rolle spielen, insbesondere ihr Verhältnis zum Partner (Dennerstein et al. 1999a, 2000a, 2001a; Dennerstein & Leher 2004), ist nur wenig darüber bekannt, inwieweit demographische Faktoren, Gesundheit oder Lebensstil mit leidenschaftlicher Liebe zum Partner in Zusammenhang stehen. Die Informationen aus der vorliegenden Untersuchung tragen dazu bei, diese Lücke zu schließen. Die Stichprobengröße war größer als in vielen anderen Studien und umfasste auch Minderheiten im Vergleich zur Zielbevölkerung. Außerdem war die Untersuchung bevölkerungs- und nicht klinikbasiert, wodurch eine eventuelle Verfälschung vermieden wurde, da Teilnehmer aus einer Klinik eher sexuelle Probleme angeben (Sarrel & Whitehead 1985) bzw. mit einem Arzt über ihre Gefühle zum Partner sprechen als Stichproben der Bevölkerung.

Zusammenfassend ist die Feststellung, dass höheres Alter, höhere Ausbildung, Alkoholkonsum, bessere Lebensqualität und Scheidentrockenheit mit weniger leidenschaftlicher Liebe zum Partner und höheres Alter und Scheidentrockenheit mit weniger sexueller

Zufriedenheit bei Frauen in der Lebensmitte zusammenhängen, für Kliniker und Forscher gleichermaßen von Bedeutung. Kliniker müssen wissen, dass die Gefühle einer Frau zu ihrem Partner zu den wichtigsten Faktoren zählen, wenn Sexualfunktion, Stimmung und Lebenszufriedenheit verbessert werden sollen. Durch Verbesserung behandelbarer Zustände wie Scheidentrockenheit lassen sich positive Gefühle zum Partner steigern. Für zukünftige Forscher gilt es, biologische, psychologische und soziale Faktoren möglichst zu sammenzubringen und Interaktionen innerhalb dieser Faktoren im Hinblick auf Sexualität in der Lebensmitte zu bewerten.

Literatur

- Avis NE. Sexual function and aging in men and women: community and population-based studies. *J Gend Specif Med* 2000;3(2):37–41.
- Dennerstein L, Smith AM, Morse CA, Burger HG. Sexuality and the menopause. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1994; 15(1):59–66.
- Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Burger H. Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas* 1997; 26(2):83–93.
- Dennerstein L, Leher P, Burger H, Dudley E. Factors affecting sexual functioning of women in the mid-life years. *Climacteric* 1999a;2(4):254–62.
- Dennerstein L, Leher P, Burger H, Dudley E. Mood and the menopausal transition. *J Nerv Ment Dis* 1999b;187(11):685–91.
- Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2000a;96(3):351–8.
- Dennerstein L, Dudley E, Guthrie J, Barrett-Connor E. Life satisfaction, symptoms, and the menopausal transition. *Medscape Womens Health* 2000b;5(4):4.
- Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril* 2001a;76(3):456–60.
- Dennerstein L, Leher P, Dudley E. Short scale to measure female sexuality: adapted from McCoy Female Sexuality Questionnaire. *J Sex Marital Ther* 2001b;27(4):339–51.
- Dennerstein L, Leher P. Modeling mid-aged women's sexual functioning: a prospective, population-based study. *J Sex Marital Ther* 2004;30(3):173–83.
- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994;151(1):54–61.
- Gavaler JS, Rizzo A, Rossaro L, Van Thiel DH, Brezza E, Deal SR. Sexuality of alcoholic women with menstrual cycle function: effects of duration of alcohol abstinence. *Alcohol Clin Exp Res* 1993;17(4):778–81.
- Gavaler JS, Rizzo A, Rossaro L, Van Thiel DH, Brezza E, Deal SR. Sexuality of alcoholic postmenopausal women: effects of duration of alcohol abstinence. *Alcohol Clin Exp*

- Res 1994;18(2):269–71.
- George VD. African American women's health self-assessment: health status and the sense of coherence. *J Natl Black Nurses Assoc* 1999;10(1):9–23.
- Hagstad A. Gynecology and sexuality in middle-aged women. *Women Health* 1988;13(3/4):57–80.
- Hallstrom T. Sexuality in the climacteric. *Clin Obstet Gynaecol* 1977;4(1):227–39.
- Hallstrom T, Samuelsson S. Changes in women's sexual desire in middle life: the longitudinal study of women in Gothenburg. *Arch Sex Behav* 1990;19(3):259–68.
- Hawton K, Gath D, Day A. Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynecological, and menopausal factors. *Arch Sex Behav* 1994;23(4):375–95.
- James WH. Decline in coital rates with spouses' ages and duration of marriage. *J Biosoc Sci* 1983;15(1):83–7.
- Jones M, Nies MA. The relationship of perceived benefits of and barriers to reported exercise in older African American women. *Public Health Nurs* 1996;13(2):151–8.
- Kelly AB, Halford WK, Young RM. Expectations of the effects of drinking on couple relationship functioning: an assessment of women in distressed relationships who consume alcohol at harmful levels. *Addict Behav* 2002;27(3):451–64.
- Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. The social organization of sexuality: sexual practices in the United States. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1994:77–147, 351–375.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281(6):537–44.
- McCoy NL. Survey research on the menopause and women's sexuality. In: Berg G, Hammer M, editors. *The modern management of the menopause*. Lancaster: Parthenon Publishing Group; 1994. p. 581–8.
- Osborn M, Hawton K, Gath D. Sexual dysfunction among middle aged women in the community. *Br Med J* 1988;296(6627):959–62.
- Pfeiffer E, Davis GC. Determinants of sexual behavior in middle and old age. *J Am Geriatr Soc* 1972;20(4):151–8.
- Pfeiffer E, Verwoerd A, Davis GC. Sexual behavior in middle life. *Am J Psychiatry* 1972;128(10):1262–7.
- Roman PM. Biological features of women's alcohol use: a review. *Public Health Rep* 1988;103(6):628–37.
- Sarrel PM, Whitehead MI. Sex and menopause: defining the issues. *Maturitas* 1985;7(3):217–24.
- Sorensen KH, Pedersen HD. Quality of life in old age. A population study of elderly in Copenhagen. *Compr Gerontol B* 1988;2(1):31–5.
- Stadberg E, Mattsson LA, Milsom I. Women's attitudes and knowledge about the climacteric period and its treatment. A Swedish population-based study. *Maturitas* 1997;27(2):109–16.

Autoren

D. Tomic, M.K. Whiteman, L.M. Lewis, P. Langenberg, J.A. Flaws, Department of Epidemiology and Preventive Medicine, University of Maryland School of Medicine, 660 West Redwood Street, Baltimore, MD 21201, USA,
 L. Gallicchio, Department of Epidemiology, Johns Hopkins University, Baltimore, MD 21201, USA,
 e-mail: jflaws@epi.umaryland.edu (J.A. Flaws)

Sexuelle Lustlosigkeit – Vorkommen und Behandlung in der gynäkologischen Sprechstunde

Gerhard Haselbacher

Sexual lustlessness – occurrence and treatment in the gynecological consulting hours

Abstract

Lustlessness is the most frequently named symptom of female patients with sexual problems in the gynecological consulting hours. The causes are various. An exact and sensitive anamnesis and physical examination are important to do justice to this variety. Discussion and therapy are to be executed as a single therapy or as a pair therapy, an appropriate knowledge of sexual medicine and pair- and communication-therapy are fundamental conditions. Besides lustlessness is also a symptom of our time which we should try to set a sensual and optimistic basic position against.

Keywords: Sexual lustlessness, sexual anamnesis, sexual therapy, pair therapy, vicious circle of the lustlessness

Zusammenfassung

Lustlosigkeit ist das am häufigsten genannte Symptom von Patientinnen mit Sexualproblemen in der gynäkologischen Sprechstunde. Die Ursachen sind vielfältig. Eine genaue und einfühlsame Anamnese und Untersuchung sind wichtig, um dieser Vielfältigkeit gerecht zu werden. Beratung und Therapie sind als Einzeltherapie oder als Paartherapie durchzuführen, eine entsprechende Kenntnis sexualmedizinischer und paar- und kommunikationstherapeutischer Grundlagen sind Voraussetzung. Daneben ist Lustlosigkeit auch ein Symptom unserer Zeit, dem wir versuchen sollten eine sinnliche und optimistische Grundhaltung entgegen zu setzen.

Schlüsselwörter: Sexuelle Unlust, Sexualanamnese, Sexualtherapie, Paarberatung, Teufelskreis der Lustlosigkeit

Epidemiologie

Störungen der Lust sind das am häufigsten genannte Sexualproblem in der gynäkologischen Sprechstunde. Etwa 20% der Patientinnen in der gynäkologischen Sprechstunde erwähnen sexuelle Probleme, davon klagten primär 1/3 über Probleme der Lust und 20% der Patientinnen haben gar keinen Spaß am Sex. 35% der Frauen geben an, zumindest zeitweise Phasen der Lustlosigkeit zu erleben. Zunehmend häufiger beklagen sich Patientinnen in der gynäkologischen Sprechstunde über die mangelnde Lust ihrer Männer.

Ursachen

Lust ist als sexueller Trieb organisch im Gehirn verankert, Lust als sexuelle Motivation ist abhängig von der Partnerschaft und der psychischen Konstellation der Patienten. Sexuelle Wünsche werden von Normen der Gesellschaft und dem Umfeld beeinflusst. Ursachen der Appetenzstörungen gibt es mannigfaltige:

- ◆ Intrapsychische Gründe
- ◆ Partnerschaft
- ◆ Ursprungsfamilie
- ◆ Arbeit und soziale Umgebung
- ◆ Organische Gründe
- ◆ Medikamente

Bei den tiefenpsychologischen Ursachen spricht H. Kaplan-Singer von einem Turn-off Mechanismus z.B. bei Schuld- und Schamgefühlen, bei mangelndem sexuellen Selbstbewusstsein und unterdrückten Bedürfnissen, Abwehr eigenen Gefühlen gegenüber, alten Verletzungen und Enttäuschungen, früheren Missbrauchserfahrungen mit Bindungsängsten und Nähe-Distanz-Problemen, einer ständige Hab-Acht-Stellung z.B. bei fehlenden Erfahrungen des Urver-

trauens in der frühen Kindheit. Gegenwartsbezogen gibt es gerade heute mehrere psychosoziale Ursachen für Sexualprobleme: Die Überforderung im Alltag, die Mehrfachrolle der Frau, möglicherweise verbunden mit Entwertung und Enttäuschung, eine ambivalente Kontrazeptionshaltung, ein ambivalenter oder divergierender Kinderwunsch. Die Ursachen liegen oft auch in der Partnerschaft und in entsprechenden Kollisionsmustern, z.B. bei Auflehnung gegen Abhängigkeit und Unterwerfung oder in Unzufriedenheit mit dem Partner. Die Ursachen können leicht in einen Teufelskreis führen (Abb. 1). Die fehlende Zeit für einen ruhigen respektvollen Austausch der Partner führt zu Kommunikationsdefiziten, die diesen Teufelskreis verstärken. Phantasien und Wünsche bleiben daher unausgesprochen und versanden ohne dass sie die Lebendigkeit einer Beziehung befruchten. So ist es nicht verwunderlich, dass die Angst vor Bindung (vor allem bei den Männern) ebenso wie depressive Erkrankungen und Burn-out-Erscheinungen zunehmen.

Ebenso bedeutend sind soziale Ursachen wie Erziehung, kulturelle und religiöse Einflüsse, aber auch Wohnverhältnisse und Mehrgenerationenprobleme, allgemeine Lebenssituation, Arbeitslosigkeit und finanzielle Probleme, Probleme also, die wir erstaunlich häufig in unserer Anamnese vermeiden zu erfragen, sie umgehen oder aus Gründen der eigenen Ohnmacht gar nicht erst sehen wollen, gerade bei hilfesuchenden Migrantinnen können wir diese Ignoranz bei uns beobachten. Dabei handelt es sich oft um existentielle Fragen, nicht selten verbunden mit Depression, Hoffnungslosigkeit und sozialen Rückzug, auf die wir sicher keine lösende Antwort geben können, durch gemeins-

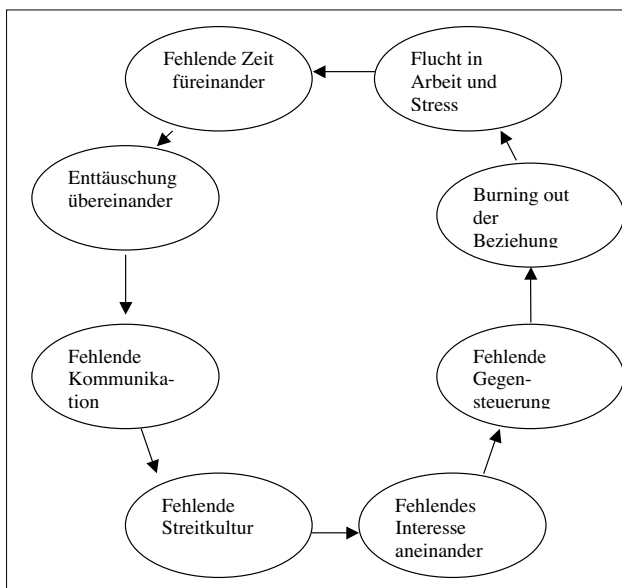


Abb. 1 Teufelskreis der Lustlosigkeit

ame Betrachtung aber doch manchmal neue Wege aus der Tristesse und Verzweiflung frei schaufeln helfen. Vergessen wir nicht, dass auch Drogen (Alkohol !) und Medikamente eine Rolle spielen können, letztere aber abgesehen von Zytostatika, Antihormonen und Psychopharmaka wird die Wirkung von Medikamenten auf die Lust oft überschätzt (z.B. bei Betablockern). Auch die gering lustmindernde Wirkung des Progesterons und der Pille sind meist nur Erklärungsversuche für andere Hintergründe.

Anders freilich kann es mit organischen Ursachen sein, die deswegen einer gründlichen gynäkologischen Abklärung vor einer Sexualtherapie bedürfen, denken wir nur an Adipositas und Diabetes. Nicht selten aber vermischen sich organische Ursachen und seelische Folgen, z.B. nach Krebserkrankungen, schweren Operationen oder Allgemeinerkrankungen z.B. bei chronischen endokrinen Problemen. Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen die Geburten bzw. die Geburtserlebnisse. In unserer Vorstellung des großen Glücks, ein Kind empfangen zu haben, gehen die Erlebnisse des Schmerzes, des Kontrollverlustes, der Ängste und Unsicherheit gerne unter. Die Erfahrung z.B. der Schmerzen bei der Episiotomie, auf die der Assistent nicht eingegangen ist („Ich bin gleich fertig“), kann sehr wohl die Wiedereingliederung der äußeren Geschlechtsorgane in das Lustgeschehen nachhaltig stören. So muss überhaupt bei allen rezidivierenden Entzündungen oder Unterbauchschmerzen an (larvierte) Sexual- und Partnerschaftsprobleme gedacht werden. Ebenso sollte ein Sexualhormonmangel ausgeschlossen werden, hat aber meist nur lokale Bedeutung, z.B. Trockenheit und kleine Schrunden bei atrophischen Verhältnissen, die sekundär zu Lustlosigkeit führen. Bei frühzeitigem Verlust der Eierstöcke kann eine Testosteronapplikation hilfreich sein.

Anamnese, Beratung, Therapie

Die **Sexualanamnese** muss gründlich und detailliert unter folgenden Gesichtspunkten erfolgen:

- ◆ Welches Problem beklagt die Patientin?
- ◆ Wie beklagt sie es?
- ◆ Welche non-verbale Signale erkennen wir?
- ◆ Wer und wie leidet unter dem Problem?
- ◆ Wie ist die psychische Situation?
- ◆ Wie ist die soziale Situation?
- ◆ Was beklagt die Patientin noch? (Wünsche, Phantasien)
- ◆ Können wir das Problem zuordnen?

Mit ihrer Hilfe soll die Hauptstörung herausgefunden werden. Liegt sie intrapsychisch (in der eigenen Lebensgeschichte und Entwicklung), interpsychisch (in der Partnerschaft), in dem sozialen Umfeld (vor allem in dem 3-Generationen-System der Familie, aber auch in Arbeit, Nachbarn, Freunden) oder liegen andere Gründe vor (organisch, medikamentös)? Die Untersuchung sollte die Anamnese bestätigen können und wir müssen die Frage klären, ob wir medikamentös oder beratend vorgehen sollen, ob eine Einzelberatung etwas bringt oder der Partner frühzeitig mit einbezogen werden soll.

Die **Einzelberatung** kann allein durch einführendes und verständnisvolles Zuhören Hilfe bringen. Sie kann durch Offenheit, Ehrlichkeit und Konkretisierung die Sprachlosigkeit der Patienten überwinden helfen. So können Missverständnisse (z.B. Mythen, wie ein Mann kann immer oder Sex ist nur schön bei gleichzeitigem Orgasmus) ausgeräumt werden, Lerndefizite (mangelndes Wissen, mangelnde Aufklärung!) behoben werden und Informationen vermittelt werden. Manchmal reicht ein praktischer Ratschlag, Ermunterung zur Selbstuntersuchung oder Masturbation, Mut machen zum Austausch von Wünschen und Phantasien. Es kann die Basis für weitere Gespräche z.B. mit dem Paar geschaffen werden oder Hilfe durch einen Psychotherapeuten angeregt werden.

In der Beratung bei sexuellen Problemen in der Praxis müssen wir uns häufigen Kommunikationsfehlern bewusst werden. Am häufigsten werden Themen sexueller Störungen einfach vermieden, oft in Kollusion mit der Patientin. Aber auch bagatellisierende oder verallgemeinernde Äußerungen („Warten Sie mal bis Sie verheiratet sind, dann wird alles gut“) sind wenig hilfreich.

Belehrungen kommen bei Patienten eben so wenig an wie Überforderungen. Die Patienten muß dort abgeholt werden, wo sie mit ihrem Wissen und emotionalen Fähigkeiten stehen. Umgekehrt sollten die Möglichkeiten und Ressourcen der Patienten nicht unterschätzt werden.

Da Sexualität in der Regel mit einem Partner ausgeübt wird und die Störung der Lust nur partnerbezogen zum Leiden wird, kommt man um die **Einbeziehung des Partners** meist nicht herum.

Das Paargespräch ist für viele Ärzte ungewohnt, es müssen daher nicht nur die Widerstände der Patienten beachtet werden, sondern auch ärztliche Widerstände. Ein Paargespräch hat nur einen Sinn, wenn der Arzt eine klare positive Haltung zum Paargespräch hat, denn er soll ja Sicherheit und Kompetenz vermitteln. Das Setting in der Paartherapie ist entsprechend nachfolgender Aufstellung allerdings ein ganz anderes

als beim Einzelgespräch:

- ◆ Aus der Verbindungslinie wird ein gleichschenkeliges Dreieck
- ◆ Aus dem Gespräch wird ein Beobachten
- ◆ Aus dem Ratgeben ein Zuhören
- ◆ Aus Wissen wird Unwissen (Neugierig sein auf das Paar)
- ◆ Das Paar hilft sich selbst, der Arzt gibt nur Spiegel und Rahmen dazu
- ◆ Aus gegenseitigen Vorwürfen wird ein Ringen um den bestmöglichen Kompromiss

Kommt es zu einem sexualtherapeutischen Auftrag, der mit dem Paar genau erörtert werden muss, muss der Therapeut in der Lage sein, schulenübergreifend individuell auf das Paar einzugehen. Die Sexualtherapie hat ein verfahrenübergreifendes Konzept, dieses umfasst verhaltenstherapeutische, kommunikations- und paartherapeutische, sowie analytische Vorgehensweisen. Dies soll an einem **Fallbeispiel** gezeigt werden:

In der sexualtherapeutischen Sprechstunde erscheint das Paar zusammen. Die Frau ist 39 Jahre, der Ehemann 42. Beide Partner möchten ein normales Sexualleben und wollten ursprünglich Kinder, haben sich nach längeren frustrierten Versuchen in einem Zentrum für assistierte Befruchtung (mehrmals homologe Inseminationen und 3x ICSI aus andrologischer Ursache) mit der Kinderlosigkeit abgefunden. Der Mann ist erfolgreicher Wirtschaftsanwalt und Unternehmer und leidet unter seiner Impotentia generandi. Er ist übergewichtig, wirkt älter, arbeitet zu viel, ist abends erschöpft. Er genießt das Essen und die Gemeinsamkeit mit seiner Frau, aber er ist lustlos und von sich aus hat er kein Begehren, mit ihr zu schlafen. Die Frau war bis vor zwei Jahren als Angestellte tätig, hat wegen der Kinderwunschprozedur vor 2 Jahren die Arbeit aufgegeben. Sie wirkt lebendig, ist hübsch und zurückhaltend. Sie habe schon aufgegeben, dass ihr Mann sich ändere. Das Paar hat sich lieb, wirkt aber eher geschwisterlich im Umgang miteinander. Sie kannten sich schon von der Schule her, sind aber erst später zusammengekommen und sind seit 8 Jahren ein Paar. In der ersten Sitzung wird Ihnen vorgeschlagen, sich einen festen Kommunikationsraum zu schaffen, indem sie sich austauschen können, auch über ihre Bedürfnisse und Wünsche (Zwiegespräche) und es wird auch durchaus eine zärtliche körperliche Kommunikation angeregt, sie sollten aber nicht miteinander schlafen (Sensualitätsübungen). In der nächsten Sitzung berichtet das Paar, dass sie 2 von 4 geplanten Terminen nicht einhalten konnten (geschäftlich sei er

zu sehr beansprucht gewesen), aber an den anderen beiden Abenden hätten sie es sich schön gemacht (sie haben sich Themenabende überlegt – er: römischer Abend mit „kleinen Schweinereien“, damit meinte er Köstlichkeiten zum Essen – sie: Massageabend mit Ölanwendungen, was für ihn durchaus eine Herausforderung war, da er „das Glitschige nicht mochte“). Beide konnten es aber genießen, auch wenn sie in der Praxis einen eher skeptischen und er einen leicht überforderten Eindruck machte. Das Paar erfreut sich an der wieder gefundenen Kommunikation. Er berührt gerne seine Frau, er habe von ihrer Berührung allerdings weniger, weil er sich wegen seines Übergewichtes und seiner Leistungseinschränkung (Körperlich und reproduktiv) schämt, er glaube, er widere sie an und könne deswegen ihre Zärtlichkeiten nicht genießen. Die weiteren Termine ergeben zunehmende Entlastung und Fortschritte. Am Ende verabschiedet sich das Paar zufrieden, sie können wieder miteinander schlafen, weniger häufig als sie sich wünscht, aber sie sieht sein Bemühen, er hat sich sogar einen Heimtrainer gekauft, den die Frau augenzwinkernd schon in der Ecke verstauben sieht. Der Kompromiss scheint haltbar, ihren Jour-fix nehmen sie ernst. Er fühlt sich männlicher, sie ungefährdeter.

Hintergründe der Lustlosigkeit

Die Ursachen der Lustlosigkeit haben sich gewandelt. Was früher durch ängstlich asexuelle Erziehung, durch falsche religiöse Vorschriften oder starre gesellschaftliche Zwänge an den jungen Paaren verbrochen wurde, finden wir heute eher durch Leistungsdruck und Überforderung, durch zu hohe Ansprüche und Reizüberflutung hervorgerufen. Die Zeit für eine ruhig fließende Kommunikation, auch non-verbal, das einfach miteinander Dasein ging verloren. Gemeinsame Unternehmungen und gemeinsames Gestalten z.B. in der Hausmusik oder im Tanzen oder auch gemeinsame Gartenarbeit oder Wanderungen werden Freizeitstress und Events geopfert. Die sinnliche Berührung, nicht nur körperlicher Art, bleibt, wenn überhaupt, der Kennenlernphase vorbehalten. Kompromissfindung, die soziale Fähigkeit in der Partnerschaft schlechthin, wird abgewertet und abgelöst durch Lebensabschnittserfahrungen, in denen es entweder gut geht oder zur Trennung führt, wenn es nicht mehr läuft. Gerade aber diese fehlende partnerschaftliche Arbeit am Finden des bestmöglichen Kompromisses im Leben zwischen zwei individuellen Persönlichkeiten brächte Stolz, Anerkennung und Zufriedenheit mit sich. Zufriedenheit

ist aber eine wesentliche Voraussetzung für die Lust. Wenn aber die Messlatte für Zufriedenheit zu hoch gehängt wird, dann wird sie selten erreicht.

Die Sehnsucht nach dem Idealmann zeigt sich auch im Umgang mit den neuen Medien wie dem Internet, die Frauen finden aufmerksame, gefühlvolle, verständnisvolle und lyrische Männer, wie sie zu Hause in der Realität nur sehr begrenzt zu Verfügung stehen. Der Mann sucht Befriedigung bei Pornos, die er herunterlädt, hier findet er Verfügbarkeit, Geilheit, Sexualität ohne viel drum herum und kann grenzenlose Begierde auf ihn phantasieren. Die Selbstbefriedigung vermeidet den Stress, eine gemeinsame Lösung mit dem Partner finden zu müssen.

Die Frauen sehnen sich nach dem Helden, schon Adam wählt die Vertreibung durch den Vater aus dem Paradies, um mit Eva in eine lebendigere, aufregendere, wenn auch ungeschütztere und unsicherere Zukunft zu gehen oder Tristan sucht die verbotene Liebe zu Isolde bis in den Tod, dabei reicht heute, um es nicht zu übertreiben, doch schon der Mutter deutlich zu machen, dass die Ehefrau jetzt die wichtigste Frau im Leben ist, wenn sich die Mutter ständig beim Sohn über die Schwiegertochter beklagt. Die Männer sehnen sich nach Anerkennung, beide nach Achtung und Respekt. Dazu noch eine weitere **Fallvignette:**

Sie ist 32 Jahre unverheiratet, er 46 Jahre, geschieden, beide in sozialen Berufen.

Das Paar ist seit 5 Jahren zusammen, die sexuellen Probleme bestehen seit sie zusammen leben, sie habe kaum noch Lust auf Sex und wenn es dazu kommt, schmerzt es sie eher. In der Phase des Kennenlernens sei der Sex schön gewesen, auch früher habe sie nie Probleme gehabt. Auch er kannte sexuelle Probleme bis dahin nicht und sei jetzt sehr enttäuscht.

Nach und nach kann sie in der Therapie sagen, was sie alles stört. Am Anfang der Beziehung war er noch verheiratet, er hat auch einen Sohn aus dieser Ehe. Er hat um die Beziehung zu ihr gekämpft. Seit sie zusammengezogen sind, fühle sie sich wie ein kleines Kind, wie er sie am Po tätschelt, wie er mit ihr redet und wie er seine Meinungen durchsetzen will, erinnert sie an ihren Vater, der immer nur das durchgesetzt hat, was er wollte.

Er fühle sich ungerecht behandelt, er nehme doch so viel Rücksicht, dabei kommt er leicht ins Jammern, wahrscheinlich liege es an seinem Alter, überhaupt sei er etwas hypochondrisch und will mehr seine Ruhe. Ihren Kinderwunsch zögert er hinaus und sie ist innerlich eifersüchtig auf seinen Buben.

Beide sind berufstätig mit $\frac{3}{4}$ Stellen. Er ist ein gut aussehender Mann, ruhig, einfühlsam, aber kontrol-

liert. Er entstammt aus einer Rechtsanwaltsfamilie, er enttäuschte den Vater mit seiner Berufswahl, die Weichheit habe er von der Mutter geerbt. Seine Ehe sei auseinander gegangen, weil sie sich immer weniger zu sagen gehabt hätten. Die Ehefrau hätte dann einen anderen Mann kennen gelernt. Die Patientin wirkt lebendiger, tüchtiger, aber auch aggressiver. Seine Jammerei über Alter und Blutdruck nerven sie. Auch sie spürt, dass die Kommunikation weniger wird, dass ihr Kinderwunsch versandet. Er befürchtet die finanziellen Belastungen, sie kritisiert seine Leistungsunfähigkeit, was ihn wieder an seinen Vater erinnert.

Die Kommunikationsförderung gelingt rasch, aber die körperliche Kommunikation verweigert sie. Sie will erst sicher sein, dass er zu ihr steht und ihren Kinderwunsch erfüllt. In einem Einzelgespräch erkennt sie, dass ihr Wunschpartner ein feuriger Argentinier wäre, ein Held, der sie nimmt und bereit ist, Risiken einzugehen. Während er älter, bedächtiger und ruhiger ganz andere Ziele verfolgt. Er möchte mit seinem Buben die Dinge und Reisen nachholen, die er als Kind versäumt hat, er möchte Sexualität ohne Zugeständnisse und Bedingungen genießen können.

In dieser Phase der Therapie befindet sich das Paar längere Zeit und die unterschiedlichen Visionen des Lebens liegen weit auseinander. Letztendlich gelingt es einen ausreichend guten Kompromiss zu finden, er ist heldenhaft genug, trotz seiner Zweifel, ihren Kinderwunsch zu akzeptieren, sie kann verständnisvoller auf seine Ängste reagieren. In dem Bekenntnis ihrer Liebe stellt die Lust wieder ein.

Ein Jahr später kam das Paar noch einmal, inzwischen mit neugeborenen Kind. In der schwierigen Nachgeburtsphase traten die alten Ängste wieder auf, aber konnten in dem geschützten Rahmen der Therapie schnell wieder abgebaut werden. Typisch war, dass ich in der Stunde kaum etwas sagen musste. Das Paar gab sich die Antworten selber und blickte gelassener in die Zukunft.

Zusammenfassung

Wir brauchen neue Visionen im Leben, wir brauchen Werte, die uns nicht von Industrie und Werbung vorge-

schrieben werden. Wir müssen unsere Sehnsüchte, unsere Träume und unsere Phantasien wieder entdecken. Wir müssen lernen uns über Ideen der Bescheidenheit zu freuen und den guten Kompromiss zu feiern.

Alles, was wir dazu brauchen ist in uns vorhanden (was man auch an den Inhalten in chat-rooms oder internet-downloads erkennen kann), aber wo bleibt der Austausch? Die Sehnsucht nach Identifikation mit Hoffnung, Anständigkeit und ethischen Werten finden wir bei der Jugend reichlich, aber sie wird geopfert auf den Märkten der Geschäftigkeit. Schon einige fernsehfremde Abende zu Hause würde uns die Welt der Phantasie und gemeinsamer Gestaltung eröffnen, konnten wir doch schon als Kinder nur mit Phantasie unsere Spiele gestalten. Wir brauchen eine Sprache, die unsere Gefühle ausdrücken kann, und den Mut, diese in Mimik und Gestik zu zeigen (Wärme statt Coolness), Verhaltensweisen an den Tag legen, die gegenseitiges Vertrauen und Sicherheit schaffen. Dieses um so mehr, da die Rahmenbedingungen, in denen wir leben, Wärme und Schutz nicht immer garantieren, trotzdem liegt soziale Kompetenz in jedem von uns. Der Mann könnte sich als Ritter der Minne darstellen, der Begehren über Befriedigung stellt, Respekt über Egoismus und Narzissmus, die Frau könnte sich als liebende und verzeihende Ehefrau zeigen, beide als autonom und selbstbewusst, klug und kompromissbereit.

Ohne die Neugierde und die Lust, etwas auszuprobieren, würden wir heute noch satt im Schlaraffenland des Paradieses liegen (so aber hatte Eva den Mut die Feige der Erkenntnis zu probieren und dann auch noch kostenlos dem geliebten Mann zu überreichen). Um aus unserer satten Trägheit zu erwachen brauchen wir Wünsche, Phantasien, Spannung. In einer lang anhaltenden Beziehung ist dies besonders wichtig, sich immer ein wenig fremd zu bleiben, immer ein wenig neugierig zu bleiben, sich zu bemühen, den anderen zu verstehen, immer wieder neu, denn wir verändern uns mit jedem Jahr. Ohne Spannung gibt es keine Lust, angestrebt werden soll der gute Kompromiss, der sich immer wieder neu gestaltet.

In der Therapie der Libidostörungen stehen daher die Förderung bzw. Wiederentdeckung der Kommunikation (z.B. Zwiegespräche), gemeinsame Unternehmungen (z.B. ein Waldspaziergang) und der Sinnlichkeit (Sensualitätsübungen) im Vordergrund.

Autor

Dr. Gerhard Haselbacher, Praxis für Frauenheilkunde und Psychosomatische Medizin, Psychotherapie – Sexualmedizin – Lehrtherapeut (BLÄK)
Bäckerstr. 3, 81241 München, e-mail: dr.haselbacher@t-online.de



Pfizer engagiert gegen Arzneimittelfälschungen

Viagra[®]-Verpackungen jetzt noch sicherer

Karlsruhe, 29. Oktober 2007 – Pfizer Deutschland stärkt die Patientensicherheit: Als erstes Pharmaunternehmen setzt der Arzneimittelhersteller bei Viagra[®]-Verpackungen jetzt auf die Colour-Shift-Ink-Technologie, eine Methode die bislang ausschließlich zur Fälschungssicherheit von Banknoten eingesetzt wurde. In Verbindung mit zusätzlichen Sicherheitsmerkmalen ist die neue Verpackung ab sofort noch besser als Original zu erkennen. Das Medikament zählt zu den am häufigsten gefälschten Arzneimitteln in Europa. Aber nicht nur Viagra[®]-Tabletten werden gefälscht. So zog der Zoll im Jahr 2005 allein in Deutschland insgesamt etwa 530.000 gefälschte Tabletten und Kapseln aus dem Verkehr. 2006 waren es bundesweit bereits mehr als 1,5 Millionen sichergestellte Tabletten. Dies zeigt: Arzneimittelfälschungen sind schon lange keine Einzelfälle mehr – und das Geschäft mit gefährlichen Plagiaten wächst weiter.

Erektionsstörungen sind mit Scham und Unsicherheit behaftet. Viele betroffene Männer trauen sich nach wie vor nicht, das Thema mit ihrem Arzt zu besprechen. Dagegen bieten das Internet oder auch der Apothekenbesuch im Ausland eine scheinbar angenehme Anonymität beim Kauf. Doch die so erworbenen Tabletten sind häufig Fälschungen, die sehr gefährliche Folgen haben können. Im günstigsten Fall handelt es sich um täuschend echt aussehende Plagiate ohne Wirkung. Viele der nachgeahmten Präparate sind jedoch entweder falsch dosiert oder enthalten andere Wirkstoffe, deren Nebenwirkungen nicht absehbar sind. Auch Parallelimporte, bei denen Originalverpackung und Gebrauchsinformation des pharmazeutischen Herstellers ausgetauscht werden, können durch fehlende oder falsche Informationen die Sicherheit der Patienten beeinträchtigen.

Mit Sicherheit das Original

Bei der neuen Viagra[®]-Verpackung setzt Pfizer auf die so genannte „Colour-Shift-Ink-Technologie“. Das mit dieser Technologie abgebildete Hologramm des Pfizer-Logos auf der Vorderseite der Verpackung besteht aus drei komplexen Schichten, von denen zwei transparent sind, um Licht absorbieren zu können. Dadurch verändert sich – je nach Blickwinkel – die Darstellung des Logos.

Nach Selbstangaben der Industrie

Zusätzlich zu den unterschiedlichen Hologrammen auf Verpackung und Blister, die die Echtheit des Produkts belegen, sind die Seitenlaschen der neuen Faltschachtel zugeklebt und mit dem Hinweis versehen, dass bereits geöffnete Schachteln nicht verwendet werden sollen. Für blinde und sehbehinderte Menschen wurden darüber hinaus die Dosierungsangaben, wie 50 oder 100 mg, in Braille-Schrift auf der Packung ergänzt. „Dies alles ist ein wichtiger Schritt, um die Patientensicherheit zu erhöhen“, so Franziska Theobald, Director Product Communications der Pfizer Deutschland GmbH.

Kontakt und weitere Informationen:

Pfizer Deutschland GmbH
Unternehmenskommunikation
Postfach 4949, 76032 Karlsruhe

Franziska Theobald
Telefon: 0721 / 61 01 - 9466
Telefax: 0721 / 62 03 - 9466

E-Mail: franziska.theobald@pfizer.com

Sabine Jackel-Büsching
Telefon: 0721 / 61 01 - 317
Telefax: 0721 / 62 03 - 317

E-Mail: sabine.jackel-buesching@pfizer.com

Internet: www.pfizer.de

Ein Fall von nichtorganischem, sekundären Vaginismus

David Goecker

Case example of inorganic, secondary vaginism

Abstract

After having practiced several years of pleasurable sexual intercourse with different partners, the 34 year old female patient complains painful sexual intercourse since she got to know her actual partner 7 years ago. The moment both partners realize that they actually have a common sexual problem, they find step by step to a more pleasurable and for her painless way of sexuality.

Keywords: vaginism, partnership, communication

Zusammenfassung

Nach jahrelang lustvoll erlebtem Geschlechtsverkehr mit verschiedenen Partnern stellten sich vor 7 Jahren bei der heute 34 Jahre alten Patientin, nachdem sie ihren heutigen Partner kennen gelernt hatte, Schmerzen beim Vaginalverkehr ein. Erst als beide Partner erkennen, dass sie tatsächlich ein gemeinsames sexuelles Problem haben, finden sie schrittweise zu einer für beide lustvolleren und für sie zusätzlich schmerzfreien Sexualität.

Schlüsselwörter: Vaginismus, Partnerschaft, Kommunikation

Frau Schwarz, 34 Jahre alt, tätig als Dipl.-Ingenieurin in der Industrie, berichtet seit 7 Jahren unter „Vaginismus“ zu leiden. Früher habe sie mit verschiedenen Partnern Vaginalverkehr „völlig schmerzfrei“ genießen können. Heute könne sie lediglich maximal zwei kleine Finger oder die kleinste Tampongröße einführen. Die Schmerzen hätten damals mit einer Infektion der Scheide begonnen. Die Infektion sei längst abgeheilt, die Schmerzen bestünden jedoch fort.

Zu dieser Zeit habe sie auch ihren heutigen, 14 Jahre älteren Partner, Herrn Gärtner, tätig als Stadtplaner, bei einem Tanzkurs kennen gelernt. Sie habe seine humorvolle Art und seinen Körpergeruch gemocht. Er habe sich anfangs in einer Beziehung mit einer anderen Frau befunden und diese erst nach 6 Monaten beendet, weil er ein „eher zurückhaltender Mensch“ sei und sich nicht so schnell auf einen neuen Partner einlassen könne. Er habe ihre „schalkhafte Art“ und ihre „hübsche Er-

scheinung“ sehr gemocht, so dass er sich „schrittweise“ in sie verliebt habe. Beide Partner berichten, sie liebten sich sehr, sie verspürten eine „enge emotionale Nähe“ zueinander, es gebe viele gemeinsame Interessen sowie ähnliche Anschauungen und Werte.

Seine anfänglich Unentschlossenheit ihr gegenüber und ihre damalige berufliche Belastung hätten dazu geführt, dass sie zuerst kaum Verlangen nach genitaler Sexualität mit ihm verspürt habe. Sie habe sich „gehemmt“ gefühlt habe, sei „kaum feucht“ geworden und der Unterleib habe sich „verkrampft“. Die Verwendung von Gleitmittel habe die Schmerzen beim Vaginalverkehr nicht behoben. Anfangs habe sie die Schmerzen erduldet, habe sich selbst „unter Druck“ gesetzt, zuletzt habe sie sich jedoch „wie vergewaltigt“ gefühlt, so dass beide Partner auf die gegenseitige manuelle und orale Stimulation bis zum Orgasmus „umgestiegen“ seien. Seit 3 Jahre komme es jedoch nicht mehr zu sexuellen Kontakten, obwohl sie sich dies ausdrücklich wünsche und ihr Partner Verständnis zeige und nicht auf Vaginalverkehr bestehe. Sie führe dies darauf zurück, dass Sexualität „irgendwie immer komplizierter“ und schließlich für beide „langweilig“ geworden sei. Er berichtet, dass ihm die zunehmenden Schwierigkeiten mit der Penetration „die Lust genommen“ hätten und er schließlich bei sexuellen Kontakten wiederholt keine Erektion bekommen habe. Er habe gespürt, wie sie im Scheidenbereich „eng“ geworden sei, habe gefürchtet ihr Schmerzen zuzufügen und habe sich daher „nicht richtig frei“ fühlen können. Er könne letztlich „richtige sexuelle Lust“ nur empfinden, wenn er sie vaginal penetriere. Überdies berichten beide, dass es während der letzten Jahre immer wieder zu Konflikten „wegen Kleinigkeiten“ gekommen sei, sie sich mitunter tagelang anschweigen würden und dies als „sehr belastend“ erlebten. Beide wünschten nun vorrangig ein „entspannteres Miteinander“. Sollte dies gelingen, so könnten sie sich für die Zukunft gemeinsame Kinder vorstellen. Sollte es zu Vaginalverkehr kommen, so wollten sie mittels Kondom verhüten.

Bereits vor mehreren Jahren habe sie sich im Internet über ihr Problem informiert, sich einen „Vaginismus-Kit aus den USA“ bestellt und versucht die beiliegenden Hegarstäbe gemeinsam mit dem Partner vaginal

einzuführen. Letztendlich seien beide „zu gehemmt“ gewesen und hätten daher die empfohlenen Übungen wieder eingestellt. Es habe beide irritiert, dass in der Gebrauchsanweisung gestanden habe, er solle seine Partnerin nicht im Genitalbereich streicheln. Er habe dies nicht verstehen können, weil er ja die Erfahrung gemacht habe, dass sie dies als lustvoll und orgasmolytisch erlebte.

Wegen zunehmender partnerschaftlicher Unzufriedenheit habe sich das Paar 2004 entschlossen eine Paartherapie zu machen. Nach einem Jahr Behandlung mit wöchentlichen Sitzungen habe sich zwar die partnerschaftliche Kommunikation verbessert, über die bereits damals bestehenden sexuellen Probleme sei jedoch nie gesprochen worden. Eine im Anschluss daran durchgeführte „Sexualtherapie“ hätten sie frustriert nach einigen Sitzungen abgebrochen, weil „beständig über mehr Romantik in der Beziehung“ und farbliche Vorlieben für Unterwäsche gesprochen worden sei. Überdies sei ihnen „verboten“ worden, „miteinander Sex zu haben“. Die Therapie sei ihnen letztlich „zu niveaulos“ erschienen.

Auf ihr Drängen hin entschloss sich das Paar zu einer erneuten Sexualtherapie. Er wirkte zu Beginn wenig motiviert, gleichgültig und wortkarg. Er fühlte sich zunächst „überflüssig“, weil SIE ja ein sexuelles Problem habe und nicht er. Hierbei verwies er wiederholt auf die vorangegangenen, für ihn als weitgehend erfolglos erlebten Therapien. Sexualität bedeute für ihn „Druck ablassen“ und „körperliche Befriedigung“. Er wünsche sich nun von der Therapie „konkrete Lösungen“ und es solle „schnell gehen“. Sie betonte hingegen, Sexualität bedeute für sie „körperliche Nähe“ und Gemeinsamkeit. Sie wünsche sich „einfach mal gestreichelt zu werden“.

Das Paar verabredete nach drei gemeinsamen Therapiegesprächen sich unter Aussparung der Genitalregion abwechselnd zu streicheln. Sie berichtete daraufhin „wieder Erotik“ zu erleben, sie habe „Kontakt“ zu ihm wiedergefunden und könne ihm „besser vertrauen“. Auch im Alltag sei sie nun entspannter, es komme seltener zu Streitigkeiten, sie gingen liebevoller miteinander um. Beide hätten zwischenzeitlich mehrmals „solch eine Lust aufeinander“ verspürt, dass sie sich (entgegen ihren eigenen Vereinbarungen) manuell und oral bis zum Orgasmus stimuliert hätten. Er bemängelte hingegen, dass es ihm nicht schnell genug gehe und „alles zu schwammig“ sei. Er fühlte sich durch ihr Bedürfnis nach Nähe und Zärtlichkeit unter Druck

gesetzt und fürchte „ständig irgendetwas falsch“ zu machen, weil sie ihm wiederholt gesagt habe, dass er Dinge anders machen solle, sie beispielsweise anders zu streicheln, als er es gewohnt sei.

Erst als er erkannte, dass auch er eigene Bedürfnisse und Wünsche hatte, die er zuvor nie angesprochen hatte und er bei der gemeinsamen Sexualität ebenfalls ein Bedürfnis nach Akzeptanz, Sicherheit und Vertrauen verspürte, konnte er die therapeutischen Gespräche als sinnvoll erleben. Insbesondere als er schließlich in die vaginale Penetration mittels Finger und Hegarstäben miteinbezogen wurde und dies als etwas beziehungsstiftendes erlebte, fühlte er sich nicht mehr überflüssig. Er wurde zunehmend interessierter und lebhafter in seinen Schilderungen.

Sie übte parallel hierzu das Einführen der Hegarstäbe unter Spiegelsicht. Das direkte Betrachten des Einführens sei für sie „völlig neu“ gewesen. Sie habe erstmals selbst beobachten können, wie sich ihre Scheide tatsächlich verkrampfe. Dies habe ihr geholfen das Einführen besser dosieren zu können und hierdurch weniger Schmerzen zu erleben.

Schließlich gelang es ihr nach 6 Paargesprächen den größten Hegar-Stab, welcher einen größeren Durchmesser als der Penis ihres Partners habe, ohne Schmerzen vaginal einzuführen. Einigen Wochen später gelang es dem Paar erstmals Vaginalverkehr schmerzfrei und lustvoll miteinander zu erleben.

Einige Monate lang führte sie bzw. ließ sich von ihrem Partner erst den größten Hegarstab einzuführen, um sich dann anschließend von ihm vaginal penetrieren zu lassen. Dies habe ihr die Furcht vor Schmerzen beim Vaginalverkehr genommen und sie habe sich entspannt darauf einlassen können. Mittlerweile benötige sie vor dem Vaginalverkehr keine Rückversicherung mehr mittels der Hegarstäbe.

Beide Partner berichteten nach 12 Paarsitzungen über 8 Monate, sie hätten nun gelernt eigene Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle besser zu kommunizieren. Sie fühle sich von ihrem Partner besser verstanden, beziehe nicht mehr alles auf sich und könne daher mit Konfliktsituationen gelassener umgehen. Beide wüssten, dass es auch in Zukunft zu Streit komme und das dies ein Teil ihrer Beziehung sei. Sie würden jedoch heute gelassener damit umgehen. Es falle ihm mittlerweile leichter von sich zu berichten und er fühle sich besser verstanden. Der „Druck von früher“ sei weg. Sexualität sei wieder selbstverständlicher und damit viel lustvoller geworden.

Autor

Dr. David Goecker, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, mail: klaus.beier@charite.de

Die „Glücks-Ehe“ des Carl Buttenstedt. Vom Stillen des Ehemanns als Geheimlehre um 1900

Roland Schöbl

The „Marriage of Happiness“ of Carl Buttenstedt. On the nursing of the husband as esoteric doc- trine around 1900

Abstract

Carl Buttenstedt embodies prototypically the sense of a new beginning as well as the anxieties of early modernity. He is interested in technical innovations and human progress, albeit in a way which would not make him a follower of a spiritual green movement today. His concept of the „Happiness-Marriage“, which is based on the assumption of a mystical union brought about by the exchange of fluids, distinguishes between the pleasure dimension of sexuality and that of reproduction, and places pleasure in the service of marital bonding. The phenomena he describes form the basis of present-day „adult nursing relationships“.

Keywords: Erotic lactation, contraception, bonding, Oxytocin

Zusammenfassung

Carl Buttenstedt verkörpert prototypisch die Aufbruchsstimmung, aber auch die Ängste der frühen Moderne: Er ist an technischen Innovationen interessiert und am menschlichen Fortschritt, allerdings in einer Weise, die ihn heute wohl zu einem Anhänger einer spirituellen Ökobewegung machen würde. Sein Konzept der „Glücks-Ehe“, das auf der Annahme eines mystischen Einswerdens qua Flüssigkeitsaustausch basiert, trennt die Lustdimension der Sexualität von der der Fortpflanzung ab, stellt die Lust allerdings in den Dienst ehelicher Bindung. Die von ihm beschriebenen Phänomene liegen heutigen „Erwachsenen-Stillbeziehungen“ zu Grunde.

Schlüsselwörter: Erotische Lactation, Verhütung, Bindung, Oxytocin

Sexuologie 14 (3–4) 2007 117 – 123 / Elsevier-Urban & Fischer
<http://www.elsevier.de/sexuologie>



Abb. 1 Carl Christian Heinrich Buttenstedt, * 29. Juli 1845 in Volkstedt, Eisleben, † 20. September 1910 in Berlin-Friedrichshagen

Carl Buttenstedt – ein Prophet des ehelichen Glücks

Carl Buttenstedt war Ende des 19. Jahrhunderts vor allem als Flugpionier und Gegner Otto Lilienthals bekannt geworden. Beide unterschied, dass Lilienthal mit systematischen Versuchen zum Erfolg kommen wollte, Buttenstedt dagegen genaue Beobachtungen des Volgelflugs durchführte und dann zu spekulieren begann. Lilienthal verspottete ihn daher als „Gefühlsmechaniker“, während Buttenstedt wiederum behauptete, Lilienthal hätte wesentliche Ideen nur ihm zu verdanken (vgl. Abb. 1 und 2).

Daneben war Buttenstedt Anhänger der frühen FKK-Bewegung, Naturist und Vegetarier und das



Abb. 2 Buttenstedtweg in Berlin-Friedrichshagen nahe am Müggelsee



Abb. 3 Titelbild der Zeitschrift *Deutsch Hellas*

von ihm geforderte naturgemäße Verhalten beinhaltete auch die Gleichberechtigung der Frau, sowie die Abschaffung des Korsetts. Die erste FKK-Zeitung *Hellas*, später *Deutsch Hellas*, die 1907 und 1908 erschien (Abb. 3), nannte sich im Untertitel *Erste illustrierte Reform-Zeitschrift zur Gesundung des gesamten nationalen Lebens* und *Organ der Buttenstedt'schen Empfindungsphilosophie*.

Mit einer weiteren Theorie wurde Buttenstedt Anfang des 20. Jahrhunderts immerhin so bekannt, dass ihn Magnus Hirschfeld in einer Fussnote¹ erwähnte und er auch mit einem eigenen Artikel in das *Bilderlexikon*

der *Erotik*² des *Instituts für Sexualforschung in Wien* Eingang fand: Er empfahl nämlich, dass der Ehemann mehrmals täglich die Milch aus der Brust seiner Frau trinken solle, um beiden Glück und ein langes Leben zu bringen, wenn nicht gar die Unsterblichkeit. Außerdem sollte durch das Stillen des Mannes die Regel zum Erliegen gebracht werden, um die Anzahl der Geburten begrenzen zu können – eine natürliche Verhütungsmethode also.

Buttenstedts „Glücks-Ehe-Theorie“ war einerseits zweifellos ein Gemisch wilder Spekulationen, die sich in ein zeitgemäßes Menschenbild einfügten, andererseits enthält sie einen praktikablen Kern.

Die Entstehung seiner Theorie verbindet Buttenstedt – damals schon im fortgeschrittenen Alter, und auf der Suche nach so etwas wie dem Elixier des Lebens – mit einem Brief eines anonymen Arztes, der eine Verjüngungsmethode entwickelt hatte. Für diese Idee habe ihn dessen eigener Vater allerdings in die Irrenanstalt einweisen lassen, der Arzt hätte seine Theorie jedoch für richtig befunden und ihn entlassen. Auch andere medizinische Autoritäten hätten die Idee für bahnbrechend gehalten und ein Professor habe sich sogar die Haare gerauft und geschrien: „Sind wir denn nur bisher blind gewesen?“ (Buttenstedt 1910: 22)³.

Dieser anonyme Arzt bat nun Buttenstedt, seine Autorität in die Waagschale zu werfen, um die Verjüngungstheorie bekanntzumachen und es kam schließlich sogar zu einem Treffen zwischen beiden. Nachdem Buttenstedt anschließend nichts mehr von dem anonymen Arzt hörte, fügte er dessen Ideen als entscheidenden fehlenden Baustein in seine eigene Theorie ein, die er dann unter dem Titel „Die Glücks-Ehe“ publizierte (vgl. Fn 3).

Buttenstedts eigener Ansatz kann wie folgt beschrieben werden: Der tödliche Sündenfall der Menschheit besteht in der Geschlechtertrennung, was man an den einzelligen geschlechtslosen Lebewesen sehen könne, die ja unsterblich seien. Die Geschlechtertrennung müsse also überwunden werden. An dieser Stelle kommt das Stillen ins Spiel. Weder der Mann noch das Weib wären ein voller Mensch; dieser würde erst aus ihrer Verschmelzung entstehen. Und die Verschmelzung erreicht man durch allmählichen Austausch des beiderseitigen Blutes, und zwar in der Weise,

¹ Magnus Hirschfeld, *Geschlechtskunde auf Grund dreissigjähriger Forschung und Erfahrung* bearbeitet, Stuttgart 1926–130, vgl. Fußnote auf S. 432f.

² Vgl. *Bilderlexikon der Erotik*, Bd 1 „Kulturgeschichte“, Stichwort „Glücksche, Buttenstedtsche“, Herausgegeben vom Institut für Sexualforschung Wien 1928–1932. Eine erweiterte Neuauflage erschien 1961–1963 im Verlag für Kulturforschung Hamburg.

³ Carl Buttenstedt, *Die Glücks-Ehe: Die Offenbarung im Weibe. Eine Naturstudie*. Zit. n. 6.Auf. Reform-Verlag, Berlin-Schöneberg 1910.

„daß der Mann sich direkt an die Brust des geliebten Weibes lege und die Milch von ihr tränke, hierdurch würde das Weib gegen die Empfängnis gefeit, und der Mann gebe durch Vollziehung des Geschlechtsaktes, dem Weibe die von ihm durch die Milch empfangene Kraft dadurch wieder zurück, daß [...] seine Samenflüssigkeit vom Geschlechtsorgane der Frau aufgesogen und bei ihr ins Blut treten und dies an Kraft bereichern würde. [...] Das Blut beider verähhelt sich immer mehr, und die Geschlechter werden einander gleich.“ (Buttenstedt 1910: 23)

Der stete angenehm vollzogene Blutaustausch soll das Leben ewig erhalten. Buttenstedt strebte an, daß der Blutaustausch schließlich sogar ganz über die Brüste erfolgt, indem auch die Frau Milch aus der Brust ihres geliebten Mannes saugt. Da die Natur nichts unnütze tue, müsse man genau hier den Sinn der männlichen Brustwarzen sehen. Der Koitus soll irgendwann vollständig durch das gegenseitige Säugen ersetzt werden (ebd.: 107) und das Sexualitätszentrum würde sich vollständig in die Brust verlagern.

Schließlich soll durch den Blutaustausch über die Milch eine Verjüngung erreicht werden und ewig lebende Übermenschen mit wunderbaren Fähigkeiten entstehen. Zudem empfiehlt Buttenstedt, anfangs eine möglichst junge Amme anzustellen, die mit ihrer Milch zunächst das Blut des Mannes oder beider Ehepartner verjüngen soll, damit diese es leichter haben, sich anschließend gegenseitig durch ihre wechselseitige Milchgabe zu verjüngen. Aber Buttenstedt mahnt, dass mit der Amme unbedingt eine gegenseitige Sympathie bestehen muss und dass man sie aufs allerbeste behandeln soll, „damit sie mit voller Freude die Brust reicht, da Mißstimmung und Groll die Milch verschlechtert.“ (ebd.: 30)

Wer Buttenstedts „Glücks-Ehe“-Buch beziehen wollte, musste eine Geheimhaltungsverpflichtung unterschreiben, stolze 10,65 Reichsmark bezahlen, einen Ehe-Nachweis vorlegen (ledige Personen bekamen das Buch nicht), dann erhielt er ein durchnummeriertes Exemplar. Zudem wurde der Empfänger angehalten, seine Erfahrungen an Buttenstedt zurückzumelden.

Für viele Leser der „Glücks-Ehe“ war die hohe Kinderzahl ein echtes soziales Problem. Als Lehrer, Beamte, Professoren oder Inhaber einer kleinen Firma hatten sie einen gewissen Wohlstand geschaffen, aber

8 bis 12 Kinder sorgten dafür, dass dieser wieder zer-rann. Denn die Falle war ja folgende: Wer das nötige Geld hatte, leistete sich nur allzu oft eine Amme für das neugeborene Kind. Ohne das Stillen nach der Geburt wurde die Frau jedoch sehr schnell wieder fruchtbar und weil Verhütung so wie heute, damals nicht möglich war, wurde die betreffende Frau im Schnitt sehr viel schneller wieder schwanger, als eine vergleichbare Frau, die ihr Kind selbst stillte.

Eine Geburtenkontrolle war unter den damaligen Bedingungen somit selbst dann hochwillkommen, wenn sie vielleicht unsicher in der Wirkung war, aber die Wahrscheinlichkeit der Empfängnis dennoch erkennbar senkte. Und wenn die Methode noch nicht einmal störend beim Koitus war, sondern sogar mit höchstem Vergnügen verbunden und dazu noch die „kraftraubende“ Regelblutung ersparte, dann um so mehr.

Die vielen Leserbriefe, die in den späteren Auflagen des Buches abgedruckt sind, lassen ahnen, dass für viele Leser das zu erreichende Glück nicht im Übermenschentum lag, sondern in der Geburtenkontrolle sowie im direkten Genuß des Stillvergnügens:

Hr. R. G. schreibt am 29. 6. 06:

„Ich kann Sie nur nochmals versichern, daß wir seit Beginn der Glück-Ehe wie im Himmel leben. Eine solche Innigkeit bestand während unseres Brautstandes nicht, ruhig kann ich es bekennen, daß ich jetzt in meine Frau verliebt bin, als zu Anfang unserer Liebeszeit.“

(Schreiber ist 50 Jahre alt. R.)

Buttenstedt fügte somit zwei praktische Erfahrungen zusammen machte daraus eine Methode zur Geburtenkontrolle. Zum einen die Erfahrung, dass bei der Frau der Milchfluß auch ohne Schwangerschaft alleine durch Säugen in Gang gebracht werden kann, zum anderen die, dass bei einer Frau die Regel zum Erliegen kommt, wenn sie oft genug am Tag stillt:

Man saugt täglich 3 bis 4 Mal, je 5—10 Minuten an jeder Brust seiner Frau, dann wird bei normalen Verhältnissen in 3—30 Tagen Milch erzielt werden. Trinkt der Mann nun die Milch weiter täglich so oft ab, als die Brüste voll sind, dann verkürzt die Frau ihre Periode und von diesem Zeitpunkte kann man den Geschlechtsaft vollziehen ohne daß Empfängnis eintritt und trinkt man nun täglich weiter die Milch ab, so kann man geschlechtlich auch unbesorgt weiter leben wie bisher. —

Bei dem Säugen haben beide Gatten, besonders aber die Frau, ein hohes geschlechtliches Wohlgefühl, und das ist auch von der Natur beabsichtigt.



Reformhaus Carl Braun,
Berlin 96 S, Kotlbusser Damm 5.

Reformmieder, Reformleibchen, Reformhorsetts,
Reformbeinkleider, Reformhemden, Reform-
hemdhosen, Luftbadhemden und -kostüme.
Poröse Wäschestoffe. Monatsbinden. Sandalen.

Brauns Licht-Luft-Reform-Leibwäsche.
Ausführliches Preisbuch frei.

Summ-
pläne
Dr. Kaiser
jede Frau
hochsteu-
rischen
kosmeti-
Wert u.
ng. Be-
Zusam-
mung d.
haffen
decken u.
nderung
Korsett-
erworbe-
Fett-
en. Ver-
Sie Pro-
uch über
isiers Büt-
vom
gen Her-
n Straube
offizierant,
ten-Hell, Hauptstrasse 88. 1

**Die
Glücks-Ehe**
(Die Offenbarung im Weibe.)
Von Karl Buttenstedt,
Vierte verbesserte Auflage.

Die nur für Erwachsene berechnete
Schrift, welche neue naturgemässe Wege
der Empfängnisverhütung behandelt, er-
scheint nicht im öffentlichen Buchhandel.
Von der Anklage der Unsittlichkeit ist das
Buch durch rechtsgerichtliches Urteil frei-
gesprochen. Buttenstedt hat, wie es in dem
freisprechenden Urteil heisst, „seine ganze
Theorie völlig logisch aufgebaut“ und „wenn
er die heutige Ehe ändern will, so muss er
auch auf die Einzelheiten des Geschlechts-
lebens eingehen.“ (Vgl. den Artikel „Wand-
lungen“ von Rudolf Sommerin diesem Heft.)

Preis 10,65 Mk. einschl. Zustellung.
Prospekt gegen 10 Pfg.-Marke.
Zu beziehen durch
Verlag Hellas, Berlin,
Invalidenstrasse 131.

Abb. 4 Ausschnitt aus der Zeitschrift *Deutsch Hellas* (1907, Serie 1, Heft 1: 14f) mit einer Anzeige für Buttenstedts Buch, aus der der richterliche Freispruch Buttenstedts hervorgeht

Buttenstedts Nachfolger

Die öffentliche Wahrnehmung der Ideen Buttenstedts reichte von Häme, über Ungläubigkeit bis zu heller Empörung, hatte dieser doch starke Tabus verletzt. Öffentlich über Sexualität zu sprechen galt als gewagt, ja sogar das Stillen eines Kindes galt nicht selten als heikel⁴, doch dann auch noch einen Mann an die Brust zu legen, dies übertraf alles Bisherige. Buttenstedt wurde wegen Unsittlichkeit verklagt, aber das Reichsgericht sprach ihn im November 1903 frei (vgl. Buttenstedt 1910, 54), ohne dass formale Grün-

⁴ In einigen Regionen wie z.B. in Tirol, Schwaben und Oberbayern war damals selbst das Stillen des eigenen Kindes nicht üblich, sondern sogar galt als etwas Unanständiges, gar „Säuisches“. Vgl. Mitteilungen der anthropologischen Gesellschaft in Wien 1906: 66.

de oder Zufälligkeiten irgend einer Art hierfür das Bestimmende waren (vgl. Abb. 4).

Trotz dieser Vorgeschichte fanden sich Nachahmer und Plagiatoren, die an Buttenstedts Ideen anknüpften, zudem gab es Raubdrucke seines Buches. Nach Buttenstedts Tod und dem restlosen Abverkauf aller Bücher war der „offizielle“ Nachfolger Friedrich Robert, dem es im Wesentlichen aber nur um den Verhütungsaspekt ging. Er beschrieb Buttenstedts Ansatz in seinem eigenen Buch auf immerhin 40 Seiten (vgl. Abb. 5 und 6), nannte ihn aber zum Schluß eine „Schweinerei“⁵, die Schwindsucht hervorruft und empfahl als Alternative diverse andere tauglich und untaugliche Verhütungsmethoden, sowie sein weiteres Buch *Die Milch, der Würengel unserer Kinder* (Leichter, Berlin-Pankow: Linser-Verl. 1912).

Doch bereits 1906 war von Richard E. Funcke das Buch *Eine neue Offenbarung der Natur*⁶ erschienen, das den schon bei Buttenstedt vorhandenen Ansatz des „Übermenschen“ in einer für die Lebensreform-Bewegung durchaus typischen Weise ins arisch-völkisch-rassistische hineinsteigerte (vgl. Abb. 7) und empfiehlt, die Brüste der Mädchen ab dem 13. Lebensjahr durch Massage mütterlicherseits auf ihre „Arbeitsleistung“ vorzubereiten:

„Bei Mädchen vom dreizehnten Lebensjahre ab – sofern sie im allgemeinen gut entwickelt und weder blutarm noch nervös veranlagt sind – beginne die Mutter mit zwei oder drei gespreizten Fingern nur einer Hand mit kurzen Strichen über die Brüste und einem leichten Druck nach den Warzen zu. Die Brustwarzen streiche und drücke man selbstverständlich nicht mit! Mit der Zeit, wenn sich das Mädchen daran gewöhnt hat, kann dieses Streichen schon etwas kräftiger erfolgen. Doch nie soll diese Prozedur länger als jedesmal 3 bis 5 Minuten Zeit in Anspruch nehmen. Es ist für das Mädchen angenehmer, die Fingerspitzen vorher mit etwas Vaseline oder Molline zu befeuchten, um so eine schmerzhaft Reibung der zarten Haut zu vermeiden.

Diese Massage muss konsequent durchgeführt werden, bis die Brüste des Mädchens zur völligen Ausbildung gelangt sind, was allerdings in manchen Fällen ein Jahr und noch länger dauern kann. Die voll entwickelte Brust ist straff, doch nicht hart; sie zeigt zugleich ein starkes Hervortreten der Warzen, und

⁵ Friedrich Robert, *Die Glücks-Ehe als die Offenbarung im Geschlechtlichen*, Verlag Lebensreform Berlin 1912: 67

⁶ Richard E. Funcke, *Eine neue Offenbarung der Natur. Ein Geheimnis des sexuellen Lebens. Keine Prostitution mehr*. Gebrüder Hiller, Hannover 1906

Jemand anders schreibt an Buttenstedt, daß er vor Jahren auf dem Lande erfahren habe, daß Frauen durch das Stillen der Kinder bis zum dritten und vierten Jahre eine weitere Befruchtung verhüteten. Er erinnert daran, daß Chinesinnen ähnlich verfahren, sowie daß er gehört habe, daß bei einigen Völkern die Sitte herrsche, daß Liebende sich ungestört dem Geschlechtsgenuss hingeben, ohne Folgen zu haben, weil der Bräutigam die Milch seiner Geliebten absauge. Es sei nicht übertrieben, wenn man annehme, daß jede Ehefrau in wenigen Wochen dahin zu gewöhnen sei, daß sie ihrem Manne eine strotzende vollgefüllte Brust reichen könne. Für den Fall, daß der Mann abwesend sei oder er keinen rechten Appetit für diese Säuglingskost verspüre, so könne sie sich die Milch mittels Milchpumpe selbst abziehen. Übrigens scheint eine noch natürlichere Methode auch nicht so ganz unbekannt zu sein; zur Illustration hierfür verweisen wir auf unser Bild (Fig. 7). Wir sehen hier eine Frau, die statt aller komplizierteren Apparate eine einfache kölnische Thonpfeife nimmt, um durch sie die Milch selbst aufzusaugen: ein Wiederkäufer in menschlicher Gestalt.



Abb. 5 und 6 Textauszug und Abbildung aus: Friedrich Robert, Die Glück-Ehe als die Offenbarung im Geschlechtlichen, ein Buch, in dem Buttenstedts Ansatz aufgenommen ist.

das ist äusserst notwendig! [...] Diese Behandlung der Brust von Seiten der Mutter gehört zu den ersten Pflichten einer naturgemässen Mädchenerziehung! Sie empfahl schon vor Jahren der bekannte homöopathische Arzt Dr. Arthur Lutze allen Müttern!

Treten die ersten Zeichen der Menstruation auf, so wird bei gesund entwickelten Mädchen die Brust gleichfalls die Fähigkeit haben, die erste Milch geben zu können. Nur darf man nicht hoffen, dieselbe sofort reichlich zu erhalten!

Sie wird vielmehr in ganz winzigen Quantitäten – entsprechend dem Alter und der Konstitution der Mädchen – vorhanden sein. Soll indes ein Mädchen so jugendlichen Alters menstruierten, so wird natürlich die Milchsekretion ausser Tätigkeit zu bleiben haben. Andernfalls wird durch die Milchsekretion keine

Menses eintreten, was dann jedoch nicht als Symptom einer Krankheit betrachtet werden darf! Denn – ich wiederhole hier – es kann immer nur eins fließen: entweder die Milch oder das Blut. Bei Mädchen, die noch weit davon entfernt sind, in die Ehe zu treten, hat es nichts zu besagen, wenn sie anstelle der Milchsekretion menstruierten. Nur das ist notwendig, dass sie durch eine rationelle Körperpflege – zu der auch die Brustmassage zu zählen ist –, sowie durch eine entschieden naturgemässe Lebensweise fähig werden, zu jeder Zeit ihre Brüste in Aktion setzen zu können. Die Tätigkeit der Brüste wird um so erfolgreicher sein, je kräftiger ein Mädchen entwickelt ist.

Man befürchte durchaus nicht, dass die Massage der Brust in obenangegebener Weise bei jungen Mädchen eine Entzündung derselben verursachen könnte. Bei stark entwickelten, vollblütigen Mädchen wird es auch gar

keiner langen Massagebehandlung der Brust bedürfen; die Milch wird vielmehr schon nach wenigen Tagen eintreten und ohne die geringsten Schmerzen abgezogen werden können. Solange ein Mädchen die Milchsekretion durch ein tägliches Abziehen derselben intakt erhält, wird bei demselben auch die Menstruation ausbleiben und eine eventuelle Prägation nicht stattfinden können. Darum möge ein Mädchen auf jeden Fall ihre Brüste bis zur normalen Milchabgabe dann entwickeln, wenn es beabsichtigt, in den Braut- bzw. Ehestand zu treten. Denn dann hat es das junge Weib in der eignen Hand, entscheiden zu können, ob es Mutter werden will oder nicht. Die Sehnsucht nach dem Kinde wird es bestimmen, die Milch nach und nach zurückgehen zu lassen – genau wie es bei einem Weibe geschieht, welches ein Kind entwöhnt. Mit dem Versiegen des Milchbrunnens tritt aber die Menses wieder ein – das Zeichen, dass der Körper des Weibes vorbereitet ist zur eventuellen Befruchtung.

Wünscht jedoch ein Weib, von Geburten überhaupt bzw. von weiteren Geburten verschont zu bleiben, so kann es seinen Organismus gleichsam umstimmen, indem es in kurzer Zeit den Milchfluss hervorzulocken vermag.

Es bedarf also zur Vermeidung einer Schwangerschaft durchaus nicht sogenannter Vorbeugungsmittel, die ihrer Schädlichkeit halber, welche in den meisten Fällen stark an Onanie grenzt, aus jeder Ehe verbannt



Abb. 7 Titelbild zu Richard E. Funcke, *Eine neue Offenbarung der Natur. Ein Geheimnis des sexuellen Lebens. Keine Prostitution mehr* (1906)

sein sollten. Denn es gibt einen Weg der Erlösung des Weibes aus der sexuellen Hörigkeit: den Weg der Natur, der auch in diesen internsten Fragen des Lebens dem Menschen die Hoheit des eignen Willens lässt; und dieser Weg ist hier gewiesen – ein Evangelium für unsere Mädchen- und Frauenwelt.“ (Funke 1906, 53ff)

Ausblick in die Gegenwart

Ob es möglich ist, sein „Sexualitätszentrum“ in die Brust zu verlagern, wie es Buttenstedt beschrieben hat, ist schwer zu beurteilen. Aber es gibt beispielsweise viele Querschnittsgelähmte, die als Ersatz für fehlende Empfindungen im Genitalbereich Orgasmen durch Stimulationen ganz anderer Körperregionen errei-

chen konnten und Youssef el-Masry⁷ berichtete von einer Hypersensibilität der Brüste als Kompensation für die „Blendung“ der Genitalien in orientalischen Regionen, in denen die sogenannte pharaonische (Total-)Beschneidung von Frauen/Mädchen üblich ist. Aber auch ohne Verlust der genitalen Empfindungen kann die Brust überaus empfänglich für sexuelle Reize sein, wie wohl niemand bestreiten wird und ein gewisser Prozentsatz der Frauen kennt es auch, daß man an der Brust im Allgemeinen und beim Stillen im Besonderen zum Orgasmus kommen kann.

Kann die Frau nun ohne vorangegangene Schwangerschaft Milch bekommen? – Grundsätzlich ja, aber wie schnell und wie viel hängt von sehr vielen Faktoren ab. Ich habe persönlich Hunderte von Erfolgsberichten gelesen, wobei hier in den meisten Fällen eine sexuelle Motivation zugrunde lag (weil dies mein Forschungsgegenstand war). Da mir keine systematische Forschung zu dieser Frage bekanntgeworden ist, kann ich nur abschätzen, dass die Milchbildung im Alter Mitte 20 am leichtesten zustande zu kommen scheint, einige Frauen berichteten, dass sie (wie von Buttenstedt angegeben) bereits nach 4 bis 5 Tagen Stimulation die ersten (weißen) Milchtropfen bemerkten. In diesen Fällen war die Milchbildung durch mehrmals tägliches Saugen des Partners und ggf. zusätzliche Stimulationen der Brustwarzen mit der Hand und/oder durch Pumpen zustande gekommen. Frauen nach den Wechseljahren, die noch nie zuvor gestillt hatten, berichteten dagegen häufig von Schwierigkeiten und konnten oft selbst nach Monaten nur wenige Tropfen Milch aus der Brust herausdrücken. Generell wird davon ausgegangen, daß die Milchbildung leichter zustande kommt, wenn die Frau früher schon einmal gestillt hatte und dies möglichst zeitnah. Aber grundsätzlich ist es nicht die Vorbedingung, dass je eine Geburt stattgefunden hat. Eine 24-jährige Interviewpartnerin, die noch nie schwanger war, berichtete mir von mindestens 400ml Milch täglich und sie und ihr Partner bewiesen mir dies mit einer Videosequenz, die sie aufgenommen hatten.

Die Frage des Ausbleibens der Regel ist schwer zu beantworten. Erst in den letzten Jahren fand überhaupt eine systematische Forschung zur Still-Infertilität nach der Geburt statt und noch immer winken einige Praktiker bei der Frage nach dem Empfängnischutz durchs Stillen nur mit der Bemerkung ab, dass dies unsicher sei. In vielen

⁷ Youssef el Masry und Brigitte Kahr, *Die Tragödie der Frau im arabischen Orient*. Rütten & Loening: München 1963.

Ländern der Dritten Welt hingegen vertritt man aber die Auffassung, dass die Verhütung durchs Stillen bei armen Leuten eine immense Bedeutung hat, da diese sich oft gar keine andere Verhütung leisten könnten. So wurde in vielen Ländern intensiv zu dieser Frage geforscht und man faßte die bisherigen Ergebnisse als Laktationsamenorrhö-Methode (LAM) zusammen. Gebraucht wurde eine möglichst ganz einfache und leicht zu merkende Grundformel, die für alle Frauen gleichermaßen gilt und man einigte sich auf diese: LAM gilt ab dem 56. Tag nach der Geburt als sichere Methode, wenn die Frau noch keine Periode hatte (Schmierblutungen zählen nicht) und die Geburt nicht länger als 6 Monate zurückliegt. Es muß tagsüber mindestens alle 4 Stunden gestillt werden und nachts darf der Stillabstand nicht größer als 6 Stunden sein. Bei Studien wurde eine Sicherheit von mehr als 98% in 12 Monaten festgestellt (Pearl Index 2), wenn die eben genannten Kriterien zutreffen. Mehr wurde bisher noch nicht systematisch erforscht, weshalb darüber hinausgehende Aussagen derzeit nicht möglich sind. Man kann davon ausgehen, dass bei sehr vielen Frauen auch mit einer geringeren Stillfrequenz noch ein Empfängnischutz besteht, aber hier kann man dann im Moment nur noch von einer geringeren Empfängniswahrscheinlichkeit sprechen. Aber auch das kann ja bereits von Bedeutung sein, unter anderem in der sogenannten Dritten Welt oder zum Beispiel wenn andere Verhütungsmethoden aus religiösen Gründen nicht in Frage kommen.

Mir wurde von einigen Frauen berichtet, dass bei ihnen auch durch das Saugen des Partners die Menstruation ausblieb, andere Frauen berichteten von einer veränderten Menstruation. Aber unter den Lebensumständen unseres Kulturkreises wird man mit dem Partner im Normalfall vermutlich eher selten auf die erforderliche Stillfrequenz zum Ausbleiben der Regel kommen.

Im Jahr 1909 berichtete E. Peters⁸, dass ihm persönlich 4 Fälle bekanntgeworden waren, in dem Ehepaare nach Buttenstedts Methode verhüteten. Dazu schrieb er:

„Im ersten Falle fühlten sich beide Gatten sehr wohl und sahen blühend aus. Im zweiten versagte das

Saugen als Verhütungsmittel, und die Frau wurde schwanger. In den beiden übrigen Fällen war die Geschlechtsempfindung beiderseitig bis ins Krankhafte durch das Saugen gesteigert, eine Möglichkeit, die auch Buttenstedt selbst zugibt.“

Wird die Ehe nun glücklicher? Wenn ein Paar jeden Tag eine halbe Stunde lang mit Zärtlichkeiten verbringt, dann sollte dies allein positive Auswirkungen haben, selbst wenn das Stillen nur die Motivation dazu bildet.

Aber darüber hinaus sind in den letzten Jahren Forschungen zur Wirkung des „Still-Hormons“ Oxytocin bekanntgeworden, die von Streß-Resistenz über Vertrauensseligkeit bis hin zu Partner-Treue und Brutpflegeverhalten reichen. Da beim Stillen sehr viel Oxytocin ausgeschüttet wird und das beim Stillen eines Kindes offenbar das Verhalten beeinflusst, kann man vermuten, dass es auch beim Stillen des erwachsenen Partners einen Einfluß hat, aber es gibt keine Forschungen zu dieser Frage.

Warum Buttenstedt und seine „Glücks-Ehe“ völlig in Vergessenheit geriet, wird mehrere Gründe haben.

Es folgte der erste Weltkrieg und die schwere Nachkriegszeit, in der man andere Probleme hatte und 1912 stellte Julius Fromm die ersten wirklich brauchbaren maschinell gefertigten Kondome her (die davor waren bis zu 2 mm dick und hatten eine Naht), was die Verhütungsfrage wesentlich erleichterte.

Und vielleicht kam hinzu, daß man froh war, dass die Frauen allmählich wieder ihre Kinder stillten und vermied deshalb, Stillen und Lust in einem Atemzug zu nennen.

Das, was Buttenstedt damals die „Glücks-Ehe“ genannt hatte, gibt es heute aber immer noch, ohne dass es mit ihm in Verbindung gebracht wird. Heute wird es „Erwachsenen-Stillbeziehung“ (Adult Nursing Relationship) genannt und die heutigen Still-Paare geben als Hauptmotiv meist die starke gemeinsamen Intimität und Bindung an. Wer sich dafür näher interessiert, den verweise ich auf mein das Buch *Erotische Laktation*⁹. Nur so viel: Wie bei Buttenstedts „Glücks-Ehe“-Paaren ist auch bei den heutigen erwachsenen Stillpaaren keine infantile Motivation erkennbar.

⁸ E. Peters, Die Beschränkung der Kinderzahl aus hygienischer und sozialer Notwendigkeit. 2. Aufl. Volkskraft-Verlag: Köln 1909: 69ff.

⁹ Roland Schöbl: *Erotische Laktation*, Denkholtz 2007, ISBN: 978-3-9811894-1-4. Bestellung über www.denkholtz.de oder im Buchhandel.

Autor

Roland Schöbl, c/o Denkholtz BM, Treskowstr. 4, 13156 Berlin, mail: info@denkholtz.de

Verleihung des Stiftungspreises der Wilhelm-von-Humboldt-Stiftung 2007*



Blick auf den Veranstaltungsort:
Hörsaal-Ruine des Medizinhistorischen
Museums des Universitätsklinikums
Charité, Campus Mitte

Humboldtsche Bildung unter den Bedingungen digitaler Netze

Wolfgang Coy

Die Humboldtsche Bildung ist eine revolutionäre Idee

Vom 27. Oktober 1806 bis zum 3. Dezember 1808 wurde Berlin von den Napoleonischen Truppen besetzt. Was in Paris als Revolution begann, wird in einem gigantischen Reformwerk eines weiteren europäischen Kaiserreichs fortgesetzt. Die preussischen Reformer, von denen manche des Jakobinertums verdächtigt waren, suchen nach eigenen Wegen. Auf die Abschaffung der Leibeigenschaft und der Einführung der Gewerbefreiheit folgt die Humboldtsche Bildungsreform und 1810 die Gründung einer Reform-Universität in Berlin.

* Alle nachfolgend abgedruckten Reden und Vorträge wurden auf der Jahrestagung der Wilhelm v. Humboldt-Stiftung am 22.6.2007 gehalten.

Der aufklärerische Impetus war den Revolutionären in Frankreich und in Preussen gemeinsam – ihre Hoffnung auf „das aufgeklärte Subjekt“ gleichfalls. Diese weitgehend gewaltfreie Variante der Aufklärung geisterte seit Kant und Fichte in den Köpfen – und deutsche Revolutionen finden eben nur in den Köpfen statt, wie ein spöttischer Berliner Student später anmerken wird.

Das Subjekt (in Klammern: männlich, Offizier oder Offiziersanwärter) soll nämlich beides erreichen – den Ausgang aus der selbstverschuldeten Unmündigkeit ebenso wie den Erhalt des monarchistischen Staatswesens. Das war bei Kant so, es wird bei Hegel so sein und es gilt für den Leiter der Sektion für Kultur und Unterricht im preußischen Innenministerium, Wilhelm v. Humboldt, der sein Referendariat am Berliner Kammergericht 1790 vorzeitig zum „Selbststudium“ auf dem Gut der Schwiegereltern in Thüringen verlassen hatte.

In seiner 1801 angenommenen Position im Innenministerium konzipiert Humboldt seine aufklärerische Vorstellung des zum selbständigen Denken erzogenen loyalen Bürgers. Erziehen, Lernen und Bildung sollte nicht mehr dem Zufall, den Rekrutierungsnotwendigkeiten der

höheren Stände oder den zufälligen planerischen Interessen der Verwaltung überlassen werden, die Schule und Hochschule als Platzanweiser für die aktuelle Gesellschaftsordnung und deren beruflichen Bedarf verstand. Aus den Verwaltungszwängen des am Boden liegenden preußischen Staates schloss Humboldt, dass bloße Sozialisation, bloße formelle Subsumption keine Garantie für den Fortbestand des staatlichen Gewaltmonopols versprach.

Gegen den im Nachbarland erfahrenen *Terreur* des Pöbels und der Straße sollte eine stabile politische Ordnung in gesetzten Schranken Freiheit und Partizipation schaffen. Um die Loyalität des Volkes in eine legitime Herrschaft zu transformieren, sollten Erziehung, Lernen und Bildung die Grundlagen für eine aufgeklärte Monarchie schaffen.

Die formelle Unterdrückung durch Gesetze, Polizei und Militär sollte in eine verinnerlichte, selbstgeleitete Einsicht in die Ordnung der Dinge umgebaut werden. Das Mittel der Wahl war eine Anleitung zur selbstbestimmten Bildung, zur freiwilligen, reellen Subsumption der Staatsbürger. Hegel wird das später „Einsicht in die Notwendigkeit“ nennen – ein Ausdruck dessen Interpretationen bis heute offen sind.

Die Humboldtsche Bildung schließt vor allem an zwei Denkfiguren der deutschen Aufklärung an, nämlich Kants Begriff der Urteilsfähigkeit, die bekanntlich unabdingbar an Erfahrung geknüpft ist und etwas mit Verantwortung zu tun hat. Und sie knüpft an Fichtes Idee der Selbstbetätigung an, die äußere Zwänge grundsätzlich ausschließt. „*Der wahre Zweck des Menschen – nicht der, welchen die wechselnde Neigung, sondern welchen die ewig unveränderliche Natur ihm vorschreibt – ist die höchste und proportionirlichste Bildung seiner Kräfte zu einem Ganzen*“, schrieb der künftige Rektor der Berliner Universität.

Als „Mensch“ wird hier freilich *nicht* ein Individuum gesehen, das sich selbsterfahren und selbstverwirklichen möchte, sondern ein Individuum, das seinen Zweck in nichts geringerem als der „Vervollkommnung der menschlichen Gattung“ sehen soll – z.B. als preußischer Staatsbeamter. Diesen abstrakten Impetus findet man auch beim verehrten Goethe, z.B. in den *Maximen und Reflexionen*: „*Nur alle Menschen machen die Menschheit aus, nur alle Kräfte zusammen genommen die Welt.*“

Als Konzept ist die Humboldtsche Bildungsidee immer Utopie gewesen und geblieben. Sie hat die Verheißung des sozialen Aufstiegs oder des Klassenhalts mit sich geführt. Für die Kleinbürger und Arbeiter war sie ein Projekt, bei dem es die Kinder einmal besser haben könnten. Bildung ist vielleicht die einzige Perspektive, die weltweit akzeptiert wird. Das

macht die wahre Größe der Humboldtschen Idee von Bildung aus.

Was durch Bildung erreicht werden kann, bleibt freilich im Dunkeln, nämlich in den Köpfen der Gebildeten. Sie ist, wie wohl alle Utopien, eben nur in der Perspektive denkbar.

Humboldtsche Bildung braucht exemplarische Bildung

Bei allen höchst abstrakten Zielen ist Bildung weder im Überfliegen noch durch einen „Fast Track“ erreichbar. Bildung bedarf nämlich wie die Urteilskraft der konkreten Referenz. So heißt es in Humboldts Fragment zur „Theorie der Bildung des Menschen“:

„Der Mathematiker, der Naturforscher, der Künstler, ja oft selbst der Philosoph beginnen nicht nur jetzt gewöhnlich ihr Geschäft, ohne seine eigentliche Natur zu kennen und es in seiner Vollständigkeit zu übersehen, sondern auch nur wenige erheben sich selbst späterhin zu diesem höheren Standpunkt und dieser allgemeineren Übersicht. In einer noch schlimmeren Lage aber befindet sich derjenige, welcher, ohne ein einzelnes jener Fächer ausschliessend zu wählen, nur aus allen für seine Ausbildung Vortheil ziehen will. In der Verlegenheit der Wahl unter mehreren, und aus Mangel an Fertigkeit, irgend eins, aus den engeren Schranken desselben heraus, zu seinem eignen allgemeineren Endzweck zu benutzen gelangt er nothwendig früher oder später dahin, sich allein dem Zufall zu überlassen und was er etwa ergreift, nur zu untergeordneten Absichten, oder bloss als ein zeitverkürzendes Spielwerk zu gebrauchen. Hierin liegt einer der vorzüglichsten Gründe der häufigen und nicht ungerechten Klagen, dass das Wissen unnütz und die Bearbeitung des Geistes unfruchtbar bleibt, dass zwar Vieles um uns her zu Stande gebracht, aber nur wenig in uns verbessert wird, und dass man über der höheren, und nur für Wenige tauglichen wissenschaftlichen Ausbildung des Kopfes die allgemeiner und unmittelbarer nützliche der Gesinnungen vernachlässigt.“

Ein wichtiger Hinweis: Das Studium Generale allein bildet so wenig wie eine rein disziplinäre Ausbildung! Und weiter heißt es:

„Im Mittelpunkt aller besonderen Arten der Thätigkeit [...] steht der Mensch, der ohne alle, auf irgend etwas Einzelnes gerichtete Absicht, nur die Kräfte seiner Natur stärken und erhöhen, seinem Wesen Werth und Dauer verschaffen will. Da jedoch die blossе Kraft ei-

nen Gegenstand braucht, an dem sie sich üben, und die bloße Form, der reine Gedanke, einen Stoff, in dem sie, sich darin ausprägend, fort dauern könne, so bedarf auch der Mensch einer Welt ausser sich.

Daher entspringt sein Streben, den Kreis seiner Erkenntnis und seiner Wirksamkeit zu erweitern, und ohne dass er sich selbst deutlich dessen bewusst ist, liegt es ihm nicht eigentlich an dem, was er von jener erwirbt, oder vermöge dieser ausser sich hervorbringt, sondern nur an seiner inneren Verbesserung und Veredlung, oder wenigstens an der Befriedigung der inneren Unruhe, die ihn verzehrt.

Rein und in seiner Endabsicht betrachtet, ist sein Denken immer nur ein Versuch seines Geistes, vor sich selbst verständlich, sein Handeln ein Versuch seines Willens, in sich frei und unabhängig zu werden, seine ganze äußere Geschäftigkeit überhaupt aber nur ein Streben, nicht in sich müßig zu bleiben. Bloß weil beides, sein Denken und sein Handeln nicht anders, als nur vermöge eines Dritten, nur vermöge des Vorstellens und des Bearbeitens von etwas möglich ist, dessen eigentlich unterscheidendes Merkmal es ist, NichtMensch, d.i. Welt zu sein, sucht er, soviel Welt, als möglich zu ergreifen, und so eng, als er nur kann, mit sich zu verbinden.“

Humboldts Bildungsbegriff ist historisch, an der Antike und an Preussens aktuellster Entwicklung orientiert – und zugleich ahistorisch am „Wesen des Menschen“ ausgerichtet.

Die letzte Aufgabe unsres Daseins: dem Begriff der Menschheit in unsrer Person, sowohl während der Zeit unsres Lebens, als auch noch über dasselbe hinaus, durch die Spuren des lebendigen Wirkens, die wir zurücklassen, einen so großen Inhalt, als möglich, zu verschaffen, diese Aufgabe löst sich allein durch die Verknüpfung unsres Ichs mit der Welt zu der allgemeinsten, regesten und freiesten Wechselwirkung. Dies allein ist nun auch der eigentliche Maßstab zur Beurteilung der Bearbeitung jedes Zweiges menschlicher Erkenntnis. Denn nur diejenige Bahn kann in jedem die richtige sein, auf welcher das Auge ein unverrücktes Fortschreiten bis zu diesem letzten Ziele zu verfolgen im Stande ist, und hier allein darf das Geheimnis gesucht werden, das, was sonst ewig tot und unnützlich bleibt, zu beleben und zu befruchten.

Die Verknüpfung unsres Ichs mit der Welt scheint vielleicht auf den ersten Anblick nicht nur ein unverständlicher Ausdruck, sondern auch ein überspannter Gedanke. Bei genauerer Untersuchung aber wird wenigstens der letztere Verdacht verschwinden, und es wird sich zeigen, dass, wenn man einmal das wahre Streben des menschlichen Geistes (das, worin ebenso

wohl sein höchster Schwung, als sein ohnmächtigster Versuch enthalten ist) aufsucht, man unmöglich bei etwas Geringerem stehen bleiben kann.

Humboldts Bildungsidee bleibt nicht beim Individuum, sie ist eine globale Staatsvorstellung – „*Die Verknüpfung unsres Ichs mit der Welt.*“

„Was verlangt man von einer Nation, einem Zeitalter, von dem ganzen Menschengeschlecht, wenn man ihm seine Achtung und seine Bewunderung schenken soll? Man verlangt, dass Bildung, Weisheit und Tugend so mächtig und allgemein verbreitet, als möglich, unter ihm herrschen, dass es seinen innern Wert so hoch steigern, dass der Begriff der Menschheit, wenn man ihn von ihm, als dem einzigen Beispiel, abziehen müsste, einen großen und würdigen Gehalt gewönne. Man begnügt sich nicht einmal damit. Man fordert auch, dass der Mensch den Verfassungen, die er bildet, selbst der leblosen Natur, die ihn umgibt, das Gepräge seines Wertes sichtbar aufdrücke, ja dass er seine Tugend und seine Kraft (so mächtig und so allwaltend sollen sie sein ganzes Wesen durchstrahlen) noch der Nachkommenschaft einhauche, die er erzeugt. Denn nur so ist eine Fortdauer der einmal erworbenen Vorzüge möglich, und ohne diese, ohne den beruhigenden Gedanken einer gewissen Folge in der Veredlung und Bildung, wäre das Dasein des Menschen vergänglicher, als das Dasein der Pflanze, die, wenn sie hinwelkt, wenigstens gewiss ist, den Keim eines ihr gleichen Geschöpfes zu hinterlassen.

Beschränken sich indes auch alle diese Forderungen nur auf das innere Wesen des Menschen, so dringt doch seine Natur beständig von sich aus zu den Gegenständen außer ihm überzugehen, und hier kommt es nun darauf an, dass er in dieser Entfremdung nicht sich verliere, sondern vielmehr von allem, was er außer sich vornimmt, immer das erhellende Licht und die wohlthätige Wärme in sein Innres zurückstrahle.“

Bildung muss sich auf der Höhe ihrer Zeit halten – und sie bleibt ein Kind ihrer Zeit

Wenn wir uns *nicht* damit trösten wollen, die wahre Bildung sei Herzensbildung, also als typische Frauensache keinem Zwang, ja zu Humboldts Zeit nicht mal der Möglichkeit universitärer Ausbildung übergeben, so müssen wir hinnehmen, dass Bildung ohne Computer und Internet nicht mehr zeitgemäß ist, so wie sie nach 1500 ohne gedruckte Bücher nicht mehr vorstellbar war, denn selbst Humboldt las die antiken Klassiker meist in gedruckten Ausgaben.

Wie eignen wir uns heute exemplarisch die Bildungsinhalte an? Buch und Bibliothek treten offensichtlich in die zweite Reihe. „*Die Verknüpfung unseres Ichs mit der Welt*“ klingt wie die Humboldtsche Prophezeiung des Internets. Kann die exemplarische Aneignung der Welt im Ich mit *Wikipedia & Google, e-Mail & Weblogs* überhaupt stattfinden?

Freilich kann sie das, aber das hat seinen Preis und fordert selbsttätige Leistung. Zwar will die Humboldtsche Bildung an einem Gegenstand exemplarisch vertieft das kritische Denken üben und herausbilden; es ist in der Humboldtschen Universität aber unakzeptabel, das Denken an einem einzigen Buch und sei es auch (oder gar?) ein Lexikon zu üben. Das ändert sich nicht durch die kollektive Schreibübung an der Wikipedia – und schon gar nicht durch *Hausarbeiten.de* und ähnliche Webangebote.

Fraglos ist Suche nach digitalisierter Information – vom Text bis zum Bibliothekskatalog, mit *Google* und ähnlichen Programmen deutlich einfacher geworden. *Finden ist freilich leicht*. Das Rechte erkennen dagegen schwer. Urteilskraft ist *Google* nicht gegeben, auch nicht durch bibliometrisches Vermessen.

Die Humboldtsche Universitätsreform hat neben die Vorlesung das aus Halle und Göttingen übernommene Seminar gestellt. Auch dieses bleibt sinnlos, wenn allein der Vortragende sich unterhält. Was zählt, ist die lebendige Kommunikation und das eigene abgewogene Urteil. Seine Herausbildung ist der Kern aller Bildung. Wie weit vernetzte Kommunikation dies nachbildet, ergänzt oder ersetzt, hängt von den Fähigkeiten der Beteiligten ab. Selbstverständlich ist so ein Transfer zum e-Learning, sei es selbstbetätigt oder in einer Community, nicht.

Im schlechten Falle führen die vernetzten Möglichkeiten zu einer Abkürzung selbsttätigen Denkens, dem *Google-Copy-Paste-Syndrom*. Die ersten sieben Belegstellen aus einer *Google*-Suche werden angeordnet, sprachlich angepasst und geglättet – fertig ist ein neuer Text und ein neuer Autor wurde geboren. Ein Weg zur Bildung ist diese Abkürzung nicht, aber vielleicht ein Bypass zum Examen (das man freilich auch schon mit Ghostwritern, als Ergebnis gezielter Sponsorings oder gar als Totalfälschung erwerben kann).

Ich will aber nicht bei diesen sehr trüben Ausichten verharren. Es hat schließlich schon immer ärgerliche und schlechte Texte gegeben. Humboldt hat dies 1797 in der kleinen Schrift „Über den Geist der Menschheit“ beobachtet:

„Daher kann man alle Bücher und Kunstwerke in lebendige und tothe abtheilen; nur jene können bilden, diese allein belehren.“ – Oder ärgern, möcht ich hinzu setzen.

Die Differenz zwischen lebendigen und toten Abteilungen im Netz lässt sich leicht an lebendigen Diskussionsgruppen und den überwiegend toten, selbstbesoffenen Blogs verfolgen – es gibt freilich auch tote Diskussionsgruppen und lebendige Blogs.¹

Doch der moderne Weg der Lehrmaterialien, aber leider auch mancher Lerntheorien scheint dem Pfad der toten Bücher zu zu folgen. Der irreführende Begriff der „*Wissensgesellschaft*“, dessen frühe Äquivalenz bei Daniel Bell 1973 noch viel passender „*postindustrielle Gesellschaft*“ heißt, deutet, eng verbunden mit den ökonomischen Fantasien Geistigen Eigentums an, es gäbe eine Warenform des Wissens. Im Beipack solchen medialen Denkens kann man Wissen kaufen und verkaufen, es veraltet zügig, so dass es ständig, nämlich „lebenslang“ ersetzt werden muss. Und solches Wissen kann zwischen Personen transferiert werden wie Päckchen oder wie Geld.

Für Humboldtsche Bildung bleibt da nichts übrig. Bildung veraltet nicht, auch wenn ihre Träger unmodern werden – Wissen schon. Deshalb kann man Bildung anderes als Wissen höchstens einmal erwerben – kein gutes Geschäft für die Händler.

Als Ware hat Wissen nichts mit Selbstbestimmung zu tun, nichts mit Urteilskraft, und nichts mit der Fähigkeit, verantwortlich zu werten und zu handeln. Lernen und Wissen als Ware instrumentalisiert den Menschen, statt ihn in seiner Selbsttätigkeit zu fördern, ihm zu helfen, eine mündige Persönlichkeit zu werden. Wissenschaft und Lehre, die solche Ziele verfolgen, verkommen zu „Dienstleistern“, ihre Studenten zu „Kunden.“ Primäres Ziel solcher Forschung ist nicht mehr Wahrheitsfindung, sondern das Aufspüren verwertbarer Ressourcen. Eine so verkürzte Lehre und ihr Studium produzieren bestenfalls künftige Chefs, die in einem begrenzten Gebiet etwas schnell einordnen und anordnen können – den Rest sollen dann Kurse in *social skills* besorgen

Vielleicht klingt mein Beschreibung aktueller Tendenzen etwas überzogen. Ich ließe mich gerne als Pessimisten einordnen, gäbe es nicht die Bologna-Reform der EU, die uns neben manch nützlichem Anlass zum Überdenken erstarrter Positionen, ab er auch eine straffe Anleitung zur Modularisierung der Lehre vorschreibt. Vielleicht ist es noch zu früh, um über diese bis 2010 zu vollziehende Transformation des Studiums zum Zwecke der besseren internationalen Austauschbarkeit und Vergleichbarkeit zu urteilen. Ich fürchte

¹ Ebenso soll es e-Mails geben, die als Kunstwerke schön geschriebenen Briefen entsprechen – ich krieg freilich die anderen. Aber vielleicht werden e-Mails nicht geschrieben; es wird nur das Telefonieren stenografiert. Damit kann ich leben, aber wo bleiben die Briefe?

aber, mein Pessimismus wird sich als Realismus erweisen, und es ist angesichts der Vollzugsmeldungen bei mehr als der Hälfte aller Fächer schon zu spät für ein Einhalten oder gar eine Umkehr.

Als Ingenieur sind mir gut organisierte Studien- und Prüfungsordnungen vertraut. Bildung braucht aber Freiräume – und diese sehe ich rapide schwinden. Der Zwang zur langfristigen Unterrichtsplanung treibt einen Keil ins Spannungsfeld von Lehre und Forschung. In meinem Fach ist jedenfalls die Einheit von Lehre und Forschung mehr denn je gefährdet und die Tendenzen zur Verschulung werden unübersehbar. Die Vorstellung eines dreiteiligen Studiums bestehend aus Bachelor, Master und Promotionsstudium bilden meine Erfahrung eines selbsttätigen Studiums nicht ab. Universitäre Lehre lebt im Kern davon, dass die Studierenden spüren, dass der Lehrende über etwas vorträgt, das aktuell er aus erster und nicht aus zweiter oder dritter Hand kennt. Wenn Universität nur eine

Fortsetzung einer Schule an einem anderen Ort ist, dann droht die Uni ihre Berechtigung als Ort höchster Bildung zu verlieren.

Vielleicht aber hat die Idee der Bildung ein verdecktes Ziel erreicht, das auch schon 1810 von höchster Dringlichkeit war – nämlich moderne und modernisierbare Ausbildung. Jetzt wo die Forderung nach „Bildung für Alle“ einlösbar scheint, wird das Bildungssystem so modernisiert, dass dieser Weg zu einer gerechteren Gesellschaft mit kritischer und selbstbewusster Teilhabe mittels Hartz IV, Studiengebühren oder Bologna-Prozessen weiter in die Ferne gerückt wird.

Wenn die Universitäten den Bologna-Prozess verlieren – und ich halte das aus unterschiedlichen Gründen für eine reale Gefahr – dann wird das Jahr 2010 ein Jahr der einschneidendsten Universitätsreform seit der Gründung der Berliner Alma mater vor 200 Jahren.

Es wird das Jahr der Abschaffung der Humboldt-schen Bildung an der Universität.

Laudatio anlässlich der Verleihung des Stiftungspreises der Wilhelm-von-Humboldt-Stiftung an Prof. Henner Völkel

Klaus M. Beier

Meine sehr geehrten Damen und Herren, sehr verehrter Herr Prof. Völkel, sehr verehrter Herr Prof. Müller-Vollmer, liebe Freunde und Angehörige

Vor 240 Jahren wurde Wilhelm von Humboldt geboren und er hat uns wie sein 2 Jahre jüngerer Bruder Alexander ein bedeutendes Werk hinterlassen, welches aber nur höchst unvollständig im kollektiven Gedächtnis verhaftet blieb.

Der Grund dafür könnte folgender sein: Da wo der jüngere Bruder Alexander die äußere Natur des Menschen beschrieb und katalogisierte, bemühte sich Wilhelm von Humboldt um Einsichten in die innere Natur – sicher insofern komplizierter, als man die Forschungsergebnisse weitaus schwerer vermitteln kann.

Alexander konnte Pflanzen und Gesteine vorführen, Zeichnungen von Bergen und Flussläufen im Amazonas, das geht mit dem inneren Kosmos nur begrenzt.

Dieses innere Erleben ist aber gleichwohl von größter Bedeutung für das menschliche Dasein und in

den wichtigsten Kategorien durch Wilhelm von Humboldt abgesteckt worden.

Was wir seinen Forschungsergebnissen verdanken, ist unter anderem die Einsicht, dass sich dieses Innenleben nicht abkoppeln lässt von der Geschlechtlichkeit, also der individuellen geschlechtlichen Verfasstheit als basalem Ausgangspunkt von Sinnlichkeit, weshalb er dessen wissenschaftliche Durchdringung als Ausgangspunkt für ein Verständnis vom Menschen überhaupt ansah – für eine umfassende Anthropologie, die sich folglich daran messen lassen muss, ob sie diesem Aspekt gerecht zu werden vermag.

Die Wilhelm von Humboldt-Stiftung engagiert sich dafür, dieses Vermächtnis bewahren zu helfen und möchte mit dem jährlich verliehenen Stiftungspreis Persönlichkeiten ehren, die diesem Aspekt die notwendige Beachtung geschenkt haben.

Meine Damen und Herren, ich habe jetzt die Ehre im Namen des Kuratoriums Ihnen den ersten Preisträger vorzustellen.

Professor Henner Völkel wurde am 23. Juli 1916 als jüngstes von sechs Kindern in Duisburg geboren. Nach dem Abitur studierte er in Köln, Berlin, Düsseldorf und Bonn Medizin und legte 1940 – noch nicht 24jährig – in Bonn das medizinische Staatsexamen ab.

Im gleichen Jahr wurde er Soldat und kam zur Sanitätstruppe. Vom Beginn des Russlandfeldzuges an war er als Truppenarzt eingesetzt und geriet 1943 in Stalingrad in Gefangenschaft. Seine rasch erworbenen

Russischkenntnisse trugen entscheidend dazu bei, die schwierigen Bedingungen der Gefangenschaft zu überleben. Hier zeigt sich schon die Offenheit für das andere, für das Fremde und dabei eben auch für fremde Sprachen.

Nach seiner Rückkehr 1948 arbeitete er zunächst in der Chirurgie, später in der Abteilung für psychische und Nervenkrankheiten in Düsseldorf als Assistent von Gustav Störing, mit dem er 1954 nach Kiel wechselte.

Vor genau 51 Jahren – nämlich im Sommersemester 1956 hielt er dort erstmals eine Vorlesung über psychoanalytisch orientierte Psychotherapie – die über die nächsten 30 Jahre ein „Publikumsmagnet“ war. Zur „Völkel-Vorlesung“ musste man früh kommen um wenigstens einen Stehplatz zu ergattern.

Schon bald wurden Ausweiskontrollen durchgeführt um nicht-Immatrikulierte zu identifizieren, um zumindestens den eingeschriebenen Studierenden nicht die Plätze wegzunehmen.

Was passierte hier? Hier sprach jemand über das menschliche Seelenleben, der nicht nur aus reichhaltiger klinischer Erfahrung schöpfen konnte, sondern ein Anliegen hatte: Er wollte Studierende aufschließen für ein ganzheitliches Denken in der Befassung mit gesunden und kranken Menschen und dabei keinem Thema ausweichen, sofern dessen Nichtbeachtung zu einem unvollständigen und damit nicht ausreichenden Informationsstand für ärztliches Handeln geführt hätte.

Das war aus seiner Sicht dann der Fall, wenn Sexualität und Partnerschaft als zentrale menschliche Daseinsaspekte unter den Tisch zu fallen drohten, zumal sie vielfach einen entscheidenden Schlüssel zum Verständnis der Störungsbilder lieferten.

Als ich selber 1988 als junger Assistent nach Kiel kam, machte ich sehr schnell seine Bekanntschaft weil ich mich für Psychoanalyse interessierte und hier einen exzellenten Fachvertreter antraf, der auf brillante Weise plausible Arbeits-Konzepte zu vermitteln vermochte, dabei aber noch einen entscheidenden Vorzug hatte: Er war undogmatisch, offen für Neues und ermutigte die Jüngeren, auch ungewöhnliche Hypothesen zu prüfen.

Er hat eine Haltung verkörpert: Sich dem Anderen aufzuschließen, das Fremde, noch nicht Gedachte, in sich aufzunehmen und in den Dialog zu treten. Zu allen Themen. Wenn Sie Befangenheit auslösten und tabuiert waren, musste das Tabu untersucht werden, nicht das Thema vermieden.

Was keiner machte, ging Prof. Völkel an – und zwar lange bevor diese Themen dann modern wurden. Er befasste sich mit Geschlechtsrollensozialisation und mit Geschlechtsidentitätsstörungen – seine ersten

Publikationen stammen hierzu aus den 60iger Jahren. „Geschlechtsbewusstsein, Geschlechtsrolle und sexuelle Orientierung“ lautet der Titel eines Aufsatzes aus dem Jahre 1963 in dem er aufweist, dass dies offenbar voneinander unabhängige Kategorien sind und es ist schon bemerkenswert, dass uns diese Gedanken dann – verpackt in Anglizismen aus dem angloamerikanischen Sprachraum 20 Jahre später mit ziemlicher Wucht erreichen. Jetzt ist vom Unterschied zwischen „gender“ und „sex“ die Rede.

Prof. Völkels Blick galt dabei immer der Beachtung der psychischen und biologischen Einflussfaktoren und dem Wissen um ihre wechselseitigen Verflechtungen.

Sein Wissen zu diesen Fragen gelangte in die Psychotherapie-Ausbildung von Generationen nachwachsender Kollegen/innen. Parallel baute er in Kiel die Psychosomatische Klinik auf. 1981 erhielt er die Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer für Verdienste in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung.

Ab Mitte der 70iger Jahre war er kontinuierlich in der sexualmedizinischen Fortbildung tätig, seine Seminare dort waren legendär und immer sofort ausgebucht.

Wie kaum ein anderer hat er in seiner Arbeit Geschlechtlichkeit, Sexualität und Partnerschaft als elementaren Bestandteilen der menschlichen Natur Beachtung geschenkt und so ganz im Sinne Wilhelm von Humboldts gewirkt.

Sexualität im medizinischen Dialog

Henner Völkel

Wenn man sich mit dem Lebensweg Wilhelm von Humboldts beschäftigt, dann stößt man auch auf die ungnädige und unsachliche Abwertung seiner frühen mutigen Arbeiten zur Geschlechtlichkeit durch den großen Immanuel Kant. Und Kants überragende Autorität mag dazu beigetragen haben, dass in der Folgezeit der medizinische Dialog über Sexualität so lange – bis in die jüngste Vergangenheit – gehemmt und blockiert gewesen ist. Als Arzt der alten Generation habe ich das noch eindrucksvoll erlebt. Als ich vor 68 Jahren hier in Berlin studierte, erlebte ich auch den berühmten Gynäkologen Walter Stöckel. In seinen Vorlesungen spürte man, dass es ihm offensichtlich höchst peinlich war, über Sexualität zu sprechen. Und wenn es sich



Henner Völkel während seiner Rede am 22. Juni 2007 in Berlin

gar nicht vermeiden ließ, zu diesem Thema etwas zu sagen, dann bediente er sich der lateinischen Sprache. Dabei kam es zu kuriosen lateinisch-deutschen Satzgebilden, die ich aus der Erinnerung heraus nur ganz vage und spekulativ rekonstruieren kann. Ich erinnere mich aber, dass die Rede war von „post imissionem penis in vaginam der Frau“, von „unzureichenden frictions“, von „difficultas satisfactionis feminae“ u.ä. Stöckel lag damit ganz in der Linie der medizinischen Tradition, die sich ja seit je schwer tat, wenn es um den Dialog über Sexualität ging. Der berühmte Psychiater Krafft-Ebing, der um die vorige Jahrhundertwende weit über den deutschen Sprachraum hinaus als Pionier der Sexualforschung großes Ansehen hatte, schrieb im Vorwort seiner „Psychopathia sexualis“, er habe sich veranlasst gesehen, einen Titel zu wählen, der nur dem Gelehrten verständlich sei. Außerdem habe er es für geboten gehalten, besonders anstößige Stellen statt in deutscher in lateinischer Sprache zu geben. Nun, die Wertung „anstößig“ wurde damals auf Bereiche ausgedehnt, an denen heute kaum jemand noch Anstoß nehmen würde.

Bis in die letzten Jahrzehnte des vergangenen Jahrhunderts hatte die Sexualität im medizinischen Dialog einen Stellenwert, der höchst bescheiden war, ja geradezu kümmerlich. Und nicht nur das: die Sexualwissenschaft wurde von führenden Leuten unseres Fachs leidenschaftlich bekämpft, ein ernsthafter Dialog über Sexualität strikt abgelehnt. Als Sigmund Freud um die vorige Jahrhundertwende die große Bedeutung der Sexualität herausstellte, sowohl in der normalen und gestörten Persönlichkeitsentwicklung, als auch im ganzen kulturellen Leben, da waren es besonders die

Vertreter der offiziellen Medizin, die leidenschaftlich protestierten. Die Sexualtheorie der Psychoanalyse habe nichts, aber auch gar nichts zu tun mit seriöser Wissenschaft. Damit war sie natürlich auch kein Thema für einen medizinischen Dialog. Der Psychiater Konrad Rieger, Ordinarius in Würzburg, sagte 1904 auf einem Kongress, es sei geradezu absurd, was die Psychoanalytiker da an den Haaren herbeizögen, und fügte unter dem beifälligen Gelächter der Anwesenden hinzu: „Ich möchte sagen, an den Schamhaaren“. Und Wilhelm Weygandt, Ordinarius in Hamburg, wies 1912 empört das Ansinnen einiger Kollegen zurück, auf einem Kongress, den er organisierte, die Psychoanalyse zu behandeln. Kurz und bündig sagte er dazu, die Psychoanalyse sei keine Sache für die Wissenschaft, sondern für die Polizei. Im Jahre 1932 veröffentlichte der bedeutende Psychiater Oswald Bumke, damals bekannt als „Handbuchkönig“, sein Buch „Die Psychoanalyse und ihre Kinder“, in dem Freuds Sexualtheorie in Grund und Boden verdammt wurde. Vor allem empörte ihn, dass die Sexualität auch unbewusst unser Erleben und Verhalten beeinflussen solle. Wörtlich schrieb er: „Was ist das Unbewusste bei Freud? Ein Heinzelmännchen, das im Verborgenen schafft, [...] das eigentliche Ich, das denkt, fühlt, begehrt, [...] das vor allem aber immer geil ist“. Es mag dahingestellt bleiben, inwieweit bei diesen im übrigen ja hochverdienten Wissenschaftlern unbewältigte und unbewusste Hintergründe der eigenen Sexualität ihr Denken, Urteilen und Verurteilen bestimmt haben. Als Kinder ihrer Zeit waren sie aufgewachsen in einer Welt starrer Tabus, verlogener Moralvorschriften und unsinniger Vorurteile, die bei vielen Menschen der älteren Generation zu Deformierungen der sexuellen Entwicklung geführt haben.

Ja, für einen ernsthaften medizinischen Dialog fehlten lange Zeit alle Voraussetzungen. Und diese „lange Zeit“ erstreckte sich bis in die letzten Jahrzehnte. Noch im Jahre 1952 schrieb der angesehene Psychiater H.-W. Gruhle, Ordinarius in Bonn, in dem von ihm herausgegebenen Lehrbuch der Psychiatrie wörtlich: „Es ist zu bedenken, dass die ganze Sexualsphäre in der Persönlichkeit des Menschen eine Art Fremdkörper ist. Sie hat zu den übrigen Seiten des Seelenlebens keine bindenden Bezüge“. Das sagte ein Mediziner (den ich noch persönlich erlebt habe), der sich um die psychiatrische Forschung hoch verdient gemacht hat!

Das gerade Gegenteil hatte 160 Jahre früher Wilhelm v. Humboldt ausgesprochen: für ihn ist die Geschlechtlichkeit des Menschen kein Fremdkörper, sondern ein integraler Bestandteil seiner Persönlichkeit, der weitgehend sein inneres Erleben und sein Verhalten bestimmt. Dabei bewegte er sich keineswegs körper-

fern allein in geisteswissenschaftlichen Höhen, nein, für ihn war die „Einheit von physischer und geistiger Natur“ (das Thema der heutigen Gesprächsrunde) eine Selbstverständlichkeit. Dazu können wir heute, mehr als zwei Jahrhunderte später, nur sagen: „Wie modern“! Wilhelm v. Humboldt hatte auch klar erkannt, dass sich die rationalen und irrationalen Anteile in der Geschlechtlichkeit nicht trennen lassen; heute würden wir die irrationalen Anteile wohl weitgehend dem Unbewussten zuordnen. Humboldts Überzeugung, dass letztlich der Ursprung des Geistes in der Geschlechtlichkeit liege, ist erst mehr als hundert Jahre später mit Freuds Konzept der Sublimierung zum Thema des medizinischen Dialogs geworden.

„Sexualität als Fremdkörper“ – das kann doch kein Thema für einen ernsthaften medizinischen Dialog sein! Machen wir uns nichts vor: Unausgesprochen und zum Teil wohl auch unbewusst beeinflusst oder bestimmt diese Grundeinstellung sogar heute noch das Denken und Handeln vieler Mediziner und Nichtmediziner in verantwortlichen Positionen – Menschen, die nicht zuletzt auch über die Einrichtung sexualwissenschaftlicher Institutionen und Lehrstühle zu entscheiden haben. Ein Lehrstuhl für Sexualwissenschaft, für solch ein „Orchideenfach“? Total überflüssig, überflüssig wie ein Kropf! Das war und ist der Standpunkt nicht nur von manchen Politikern, sondern leider, leider auch von Wissenschaftlern, für die Sexualität nach wie vor kein Thema für einen seriösen medizinischen Dialog ist. Wissenschaftler, die in ihrem Menschenbild 200 Jahre zurückliegen hinter den Erkenntnissen des großen Wilhelm von Humboldt.

Für Menschen der jüngeren Generation ist heute kaum mehr vorstellbar, wie eng und rigide die Wertung der Sexualität noch vor wenigen Jahrzehnten war. Noch 1954 stellte der Bundesgerichtshof als höchste Gesetzesautorität fest: „Jede Form von Sexualität außer der Ehe ist Unzucht“. In Bayern gab es bis in die sechziger Jahre des vorigen Jahrhunderts Prozesse gegen Eltern, die geduldet hatten, dass der Verlobte ihrer Tochter mit seiner Braut im Elternhause übernachtet hatte. Anklage wegen Kuppelei! Der Abgrund zwischen gelebter und offizieller Moral wurde immer größer, die Verlogenheit immer peinlicher. Der Kuppeleiparagraph wurde erst Ende der sechziger Jahre gestrichen. Und die meisten Mediziner, zumindest viele offizielle Vertreter unseres Fachs, protestierten nicht gegen diese Verlogenheit – im Gegenteil, sie identifizierten sich voll und ganz mit dem Standpunkt der Juristen. Als ich im Sommersemester 1956 erstmals eine Vorlesung hielt, in der auch die Sexualität in psychoanalytischer Sicht behandelt wurde, da sagte mir ein renommierter alter Ordinarius: „Sie sind doch ein

ganz vernünftiger Psychiater, Sie haben es doch nicht nötig, sich mit diesem Schweinkram zu befassen“. Die Psychoanalyse wurde eben wegen der Betonung des Gewichts der Sexualität als purer Schweinkram in wissenschaftlichem Gewande angesehen.

Nun, hier hat sich inzwischen ja einiges geändert. Dennoch: Die Möglichkeit eines vorurteilsfreien medizinischen Dialogs über Sexualität stößt auch heute noch oft an enge Grenzen, vor allem dann, wenn sexuelle Randbereiche zur Diskussion stehen. So war in meiner Generation jahrzehntelang kaum Verständnis zu erwarten, wenn das Thema Homosexualität zur Sprache kam.

Etwa um 1960 startete der Hamburger Ordinarius Bürger-Prinz, damals unter den Psychiatern ein einsamer Vorkämpfer der Sexualmedizin, mit einer großen Unterschriftenaktion eine Offensive gegen den § 175, der Homosexualität unter schwere Strafen stellte. Ich habe mich damals daran beteiligt, erinnere mich aber sehr gut, dass nicht wenige Kollegen die Unterschrift verweigerten. Für sie war die Kriminalisierung der Homosexualität ganz in Ordnung. Als ich in den achtziger Jahren einmal in einem Kreis von Kollegen verschiedener Fachrichtungen über meine Begutachtung von Transsexuellen sprach, stieß ich nicht nur auf Unverständnis und ethische Bedenken, sondern auch auf eine massive aggressive Ablehnung, die bis zur persönlichen Beleidigung ging. Meine Gutachtertätigkeit sei Beihilfe zur Verstümmelung kranker Menschen, sei unverantwortbare Körperverletzung; die Justiz und auch die Bundesärztekammer hätten total versagt, als das Transsexuellengesetz zur Diskussion stand.

Im medizinischen Dialog über Sexualität ist das Thema der Geschlechtszugehörigkeit nicht auszuklammern. Das Bild der Frau wurde im Hinblick auf ihre Sexualität bis in die jüngste Vergangenheit wesentlich bestimmt durch unsere männlich-patriarchalische Tradition. Auch im medizinischen Dialog. Und Freud macht da keine Ausnahme. Seine Vorstellung von der Entwicklung der sexuellen Identität der Frau ging ja davon aus, dass Jungen und Mädchen von Geburt an beide „männlich“ sind. Jungen bleiben so, für Mädchen beginnt dann aber der schwere Weg in die „Weiblichkeit“. Für sie bedeutet die Entdeckung der Penislosigkeit eine große Enttäuschung, sie fühlen sich wertlos, unvollständig und begehren von nun an den Penis, – nicht so sehr als Lust-objekt, sondern eben um vollständig zu werden, um sich zu komplettieren. Der berühmt-berüchtigte „Penisneid“.

Dieses abstruse Bild der sexuellen Entwicklung dominierte lange Zeit in den medizinischen Dialogen über weibliche Sexualität und wurde erstaunlicherweise auch von führenden Psychoanalytikerinnen

vertreten. Lampl de Groot, eine bedeutende Analytikerin, schrieb noch vor wenigen Jahrzehnten, in der weiblichen LiebesEinstellung zum Mann sei kein Platz für Aktivität. Wörtlich: „Frauen, die Männer aktiv lieben, sind männlich“. In der Negierung der weiblichen Eigenständigkeit verstieg sie sich bis zu der Behauptung: „Die Liebe, die sie in der Mutterrolle entfalten, ist aktiv und somit mit Männlichkeit verknüpft“. Und Marie Bonaparte, Mitherausgeberin von Freuds Werken, schrieb, Frauen müssten akzeptieren, dass ihnen die passive und masochistische Haltung biologisch vorgeschrieben sei.

Wie himmelweit entfernt sind diese Auffassungen der weiblichen Sexualität doch von den großartigen und aus heutiger Sicht modernen Einsichten Wilhelm von Humboldts! Er hat ja – ohne Unterschied bei Mann und Frau – der Geschlechtlichkeit eine fundamentale Bedeutung in unserem Seelenleben beigemessen. Dabei sah er natürlich die unterschiedlichen Sexualstrukturen von Mann und Frau, aber nicht – wie Freud – mit eindeutiger Subordination der weiblichen Sexualität, sondern in absoluter Eigenständigkeit und Gleichwertigkeit. Und in der liebevollen Vereinigung bildet sich – wie Humboldt sagt – die „wunderbare Einheit der Natur“, das „unermessliche Ganze“, das etwas Neues darstellt und weit mehr ist als eine Summierung männlicher und weiblicher Anteile und Möglichkeiten. Ein Menschenbild, das erst mehr als hundert Jahre später Eingang gefunden hat in den medizinischen Dialog! Humboldt hatte erkannt, dass die vorgegebenen Rollen der Geschlechter eine Schranke darstellen, die (Humboldt wörtlich) „von der Summe der Anlagen [...] immer eine große Anzahl einseitig ausschließt“.

„Einseitig ausschließt“ – das bedeutet, dass Anlagen, Entwicklungs- und Erlebnismöglichkeiten ausgeschlossen werden, die traditionell dem jeweils anderen Geschlecht zugeordnet werden. Von Kindheit an bestimmen geschlechtstypische Stereotype Umgang und Erwartungen: ein Junge weint nicht, ein Mädchen tut so etwas nicht. Erst in den letzten Jahrzehnten ist im Dialog die ganze Breite des „androgynen Menschseins“ (Bräutigam) als Zielsetzung thematisiert worden, ja man spricht sogar von einer „androgynen Revolution“ (Badinter), in deren Folge Frauen und Männer die einseitig ausgeschlossenen Anlagen und Möglichkeiten – traditionell als weiblich bzw. männlich etikettiert – leben und erleben, ohne dabei ihre Identität aufzugeben. Nach Kernberg, einem der bedeutendsten Psychoanalytiker der Gegenwart, ist die Grundvoraussetzung erfüllter Sexualität eine „komplementäre Identifizierung“, die besagt, dass beide Partner sich wechselseitig mit diesen „ausgeschlossenen“ Anlagen empathisch identifizieren.

Humboldts Einsichten, die so modern anmuten, sind wohl auch dem Umstand zu verdanken, dass seine eigene Sexualität keineswegs unproblematisch war. Aus seinen Tagebuchaufzeichnungen ist zu ersehen, dass es bei ihm „in rebus sexualibus“ krasse Widersprüchlichkeiten gab, die diesen großen Geist motiviert haben dürften, sich auch aus eigenem Erleben mit dem Thema Geschlechtlichkeit so eingehend zu beschäftigen. Er hatte aber die Größe, nicht auszuweichen, nicht zu verdrängen, sondern in kritischer Distanzierung und Selbstbesinnung Einsichten zu gewinnen, mit denen er seiner Zeit weit vorausgeeilt war.

Der medizinische Dialog über Sexualität betrifft ja auch die Arzt-Patient-Beziehung. Und hier begegnen wir großen Tabus, wenn mögliche sexuelle Aspekte in dieser Beziehung angesprochen werden. Meine Erfahrungen basieren hier vor allem auf Erlebnisse und Beobachtungen, die ich in Lehranalysen, Selbsterfahrungsgruppen und Supervisionen machen konnte. Wurde auch nur ganz behutsam die Frage angerührt, ob z. B. im Umgang mit einer attraktiven Patientin nicht auch sexuelle Vorstellungen, Phantasien und Wünsche aufgetreten seien, dann erfolgte im Allgemeinen zunächst empörtes Unverständnis: „Als Patientin ist sie für mich doch nur ein kranker Mensch, keine mögliche Sexualpartnerin“. Erst später, wenn sich eine engere vertrauensvolle Beziehung zum Supervisor entwickelt hatte, wurde zögernd von sexuellen Wünschen und Phantasien berichtet.

Ferner war dann oft zu erfahren, dass im Dialog zwischen Arzt und Patient die Sexualität total oder doch weitgehend ausgeklammert worden war – und das sogar bei Psychiatern und Psychotherapeuten. Für mich war es in Supervisionen immer wieder überraschend, welche große Mühe viele Kolleginnen und Kollegen haben, die simpelsten sexuellen Sachverhalte überhaupt anzusprechen und zu erfassen. Zu denken wäre da an Masturbation, Orgasmusfähigkeit, Ejakulationsprobleme, ganz zu schweigen von Phantasien oder Praktiken, die als deviant angesehen werden könnten. Wie sehr und wie lange der medizinische Dialog in dieser Hinsicht belastet und eingeengt war, und wie spät hier eine Neuorientierung erfolgte, mag eine Kleinigkeit am Rande veranschaulichen. Im Lehrbuch der Psychiatrie, das Gruhle herausgegeben hat, ist noch 1952 zu lesen, oral-genitale Kontakte seien „ekeleregende Abweichungen von der normalen Methode des Aktes“.

Nicht selten besteht eine merkwürdige Widersprüchlichkeit zwischen der allgemeinen Liberalisierung der Sexualität (ich denke da z.B. an die Freizügigkeit in den Medien) und der Verdrängung bzw. Tabuisierung im medizinischen Dialog zwischen Arzt

und Patient. Vor einigen Monaten kam eine Studentin zu mir in Behandlung, die drei Monate lang in der Borderline-abteilung einer Universitätsklinik behandelt worden war – ohne Erfolg. In ihrem Krankheitsbild nahmen ihre lesbische Orientierung und – ganz aktuell – eine konfliktreiche Beziehung einen zentralen Raum ein. Dieser entscheidend wichtige Aspekt war in der Klinik überhaupt nicht erfasst und angesprochen worden. Auch in dem voluminösen Arztbrief, der nur so strotzte von Testergebnissen und hochwissenschaftlich klingenden Theoriekonzepten, wurde die Sexualität mit keiner Silbe erwähnt.

Offensichtlich ist es auch heute noch für viele Mediziner ein Problem, im anamnestischen Dialog locker und unbefangen die Sexualität anzusprechen. Als Ausweg bieten sich da Tests und Fragebögen an. Die Testgläubigkeit, besonders verbreitet bei Psychologen, und das naive Vertrauen in die Aussagekraft von Fragebögen nehmen dabei oft groteske Ausmaße an. Dazu kann man nur sagen „Sancta simplicitas“ – die wirklichen bewussten Vordergründe und unbewussten Hintergründe der Geschlechtlichkeit sind nur im behutsamen Dialog zu erfassen. Wilhelm von Humboldt schrieb, man müsse sich in das Innere der Person hineinversetzen, mit der man zu tun habe, um mehr als eine zusammenhanglose Aufzählung äußerer Ereignisse zu erhalten. Wiederum wäre hier zu sagen: Wie modern! Von Humboldt hat hier bereits große Schritte getan in die Richtung einer Tiefenpsychologie, die sich eben nicht damit begnügt, sich allein im Flachwasser einer deskriptiven Phänomenologie zu bewegen.

Der Terminus Dialog besagt ja, dass Sachverhalte, Probleme und Theoriekonzepte durch Rede und Gegenrede anschaulich gemacht und einer Klärung zugeführt werden. Und die Gegenrede als essentieller Kern des Dialogs fehlte (und fehlt weitgehend auch heute noch!), wenn es um die Behandlung der Sexualität im medizinischen Raum geht. Immer noch schwebt hier für viele mehr oder minder unausgesprochen die alte These des Psychiaters Gruhle im Raum, nach der die Sexualität eine Art Fremdkörper in der Persönlichkeit ist, ohne bindende Bezüge zu den übrigen Seiten des Seelenlebens. Humboldt hat zu einer Zeit, in der sich die Geisteswissenschaften nicht ohne eine gewisse Hybris von den Naturwissenschaften abgrenzten, aus seinen Studien zur Geschlechtlichkeit ein Menschenbild abgeleitet, in dem die Sexualität den gebührenden Raum einnimmt. Wie Piet Nijs, einer der führenden Fachvertreter der Sexualmedizin auf europäischer Ebene, bei der Gründung der Stiftung sagte, kann der medizinische Dialog über Sexualität im Sinne Wilhelm von Humboldts beitragen zu einer Rehumanisierung der immer einseitiger technisch werdenden Medizin.

Humboldts Vermächtnis an die nachfolgenden Generationen ist nicht zuletzt, die Isolierung der Sexualität im psycho-physischen Gesamt der Persönlichkeit zu überwinden und damit in seinem Sinne zu einer integrativen ganzheitlichen Betrachtung des Menschen zu gelangen – das ist die Voraussetzung für einen medizinischen Dialog, der dem Wesen und auch der Würde des Menschen gerecht wird.

Laudatio anlässlich der Verleihung des Stiftungspreises der Wilhelm-von-Humboldt-Stiftung an Prof. Kurt Müller-Vollmer

Margy Gerber

Sehr geehrter Herr Dekan,
geschätzte Mitglieder und Freunde der Wilhelm von Humboldt-Stiftung,
sehr geehrter Professor Völkel,
sehr geehrter Professor Müller-Vollmer –
lieber M-V, wie Ihre Studenten Sie seit vielen Jahren abkürzend, und gleich liebe- und respektvoll nennen.

Als eine von denen, die Sie M-V nannten und nennen, ist es mir zugefallen, Sie hier und heute vorzustellen.

I.

Anfang der 50er Jahre, 1953, verschlug es den deutschen Studenten der Geisteswissenschaften Kurt Müller-Vollmer, wie manch andere Deutsche in der Nachkriegszeit, in die USA, wo er bis heute wohnhaft und tätig geblieben ist. 1928 in Hamburg geboren, hatte er in Köln das Abitur abgelegt und an der Kölner Universität einen vorläufigen Studienabschluß gemacht. Seine Fächer, schon damals bezeichnend für die Vielfalt seiner Interessen und zukunftsweisend für seine spätere Forschungstätigkeit waren Geschichte, Philosophie, Germanistik, Romanistik. An der Brown University in Rhode Island kam ein weiteres Fach hinzu: Amerikanistik, ein Studium, das er mit einer Magisterarbeit über amerikanische Geschichte abschloß. 1956 ging Müller-Vollmer nach Kalifornien, an die Stanford University in Palo Alto, wo er 1962 in Germanistik und Humanities, letzteres damals wie heute ein äußerst breitgefächertes interdisziplinäres Studium,

mit einer Dissertation über Wilhelm Diltheys Poetik promovierte.

An der Stanford University sollte er die nächsten 50 Jahre verbringen – bis heute – als hoch angesehener Professor of German Studies and Humanities, als ein engagiertes Lehrer (M-V halt) und Geisteswissenschaftler erster Güte. Obwohl er seit 1995 emeritiert ist, hat seine Lehrtätigkeit kaum nachgelassen und seine Forschertätigkeit ist noch größer geworden.

Heute wird Professor Müller-Vollmer der Preis der erst vor einem Jahr gegründeten Wilhelm von Humboldt-Stiftung verliehen. Mir scheint, kein anderer hätte den Preis mehr verdient.

II.

In einem Beitrag zur Stanford Encyclopedia of Philosophy listet Müller-Vollmer die intellektuellen Interessen und Anliegen Wilhelm von Humboldts auf: Philosophie, Aesthetik, Literatur, Linguistik und Sprachphilosophie, Anthropologie, Ethnologie, politische Theorie, Bildungstheorie, Hermeneutik. Die Liste von Müller-Vollmers Forschungsgebieten ist ähnlich lang und vielfältig, und zudem in der inhaltlichen Ausrichtung der Humboldts nicht unähnlich. Auffallend bei beiden ist die Multi- und Interdisziplinarität – ein M-V-Zitat: „Interdisziplinarität ist eine Disziplin!“ Beide kennzeichnet das Überschreiten nationaler und ethnisch-kultureller Grenzen, sowie das Wissen um die Komplexität kulturellen Schaffens und der Versuch, kulturellen Erscheinungen auf den Grund zu gehen. Nicht zuletzt bestimmt beide ein hermeneutischer Ansatz ihres Denkens.

III.

Es gibt nur schwerlich einen anderen, der mit dem breiten Spektrum von Humboldts Werk so vertraut ist wie Kurt Müller-Vollmer, der sich seit über 40 Jahren mit Humboldt beschäftigt. Mit seinem ausgewiesenen fundierten Wissen war und ist er in der Lage, die Größe von Humboldts Denken nicht nur neu zu erkennen, sondern auch Humboldts Einfluß auf die verschiedensten Wissensgebiete bis in die unmittelbare Gegenwart hinein abzustecken. In der Vielfalt von Humboldts Interessen hat Müller-Vollmer Zusammenhänge und überbrückende Grundsätze und Überzeugungen ausgemacht, z. B. Humboldts grundlegenden anthropologischen Ansatz, der dem Titel nach das Thema von Müller-Vollmers heutiger Rede sein dürfte.

Den Höhepunkt seiner Beschäftigung mit Humboldt bildete für Müller-Vollmer seine nach jahrelanger Spurensuche erfolgte Entdeckung und Zusammenstellung des bis dahin unbekanntes sprachwissenschaftlichen Nachlasses Humboldts, einer Materialsammlung zu mehr als 200 Sprachen der Welt. Ein von Müller-Vollmer kommentiertes Verzeichnis dieses sprachwissenschaftlichen Materials erschien 1993 und leitete das Projekt einer historisch-kritischen Ausgabe von Humboldts gesamten sprachwissenschaftlichen Arbeiten ein. Die Ausgabe, die an der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften angesiedelt ist – mit Müller-Vollmer als spiritus rector und Hauptherausgeber – ist auf 20 Bände konzipiert, die ersten sind schon da.

IV.

Professor Müller-Vollmer hat sich um Wilhelm von Humboldt außerordentlich verdient gemacht.

Ich stelle mir vor, daß bei der Verleihung des Preises an ihn, die jetzt erfolgen wird, Wilhelm von Humboldt auf seinem hohen Sessel am Haupteingang der Humboldt-Universität zufrieden mit den Augen zwinkert und Bruder Alexander nebenan ein wenig neidisch zu ihm hinüber schielt.

„Die Verknüpfung unsres Ichs mit der Welt“ – Wilhelm von Humboldt und die Wissenschaften vom Menschen

Kurt Mueller-Vollmer

Sehr verehrter Herr Dekan Coy, meine sehr verehrten Damen und Herren,

Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde! Ich bedanke mich für den so herzlichen Empfang und die freundschaftlichen Worte von Margy Gerber, welche unsere vergangene gemeinsame akademische Erfahrung in Kalifornien noch einmal lebendig werden ließen. Nicht zuletzt aber möchte ich der *Wilhelm-von-Humboldt-Stiftung*, ihrem Kuratorium und ihrem Vorstand und dem Gastgeber unserer heutigen Veranstaltung, der Berliner *Humboldt Universität*, meinen aufrichtigen und tief empfundenen Dank ausspre-

chen, für die große Ehre, die mir mit der Verleihung des Wilhelm-von Humboldt Stiftungspreises heute zuteilgeworden ist. Ich erblicke darin vor allem ein hoffnungsfreudiges Zeichen, dass dem bedeutenden wissenschaftlichen Werk Wilhelm von Humboldts endlich die ihm gebührende Achtung geschenkt wird – und das nicht etwa aus bloßem antiquarischem Interesse oder aus Gründen der historischen Gerechtigkeit. Meine Bemerkungen heute wollen daher Ihre Wißbegierde und auch Ihre Neugierde dafür erwecken, daß sich im Werk Wilhelm von Humboldts noch manches Unentdecktes oder bisher kaum Beachtetes finden läßt. Genauer gesagt, sie zielen darauf ab, eine Seite dieses Werks kurz zu beleuchten, die für unsere Gegenwart von besonderem Belang ist, weil sie es erlaubt, die sich uns heute wieder einmal so virulent stellende Problematik der Beziehung zwischen Geistes- und Naturwissenschaften von einer ungewohnten, aber wie mir scheint, für unsere Gegenwart doch äußerst relevanten Perspektive her anzugehen.

Obschon das wissenschaftliche Werk Wilhelm von Humboldts im neunzehnten Jahrhundert, wie auch noch in einem Großteil des zwanzigsten, in der deutschen Sprachwissenschaft ebenso wie in anderen Disziplinen, wenn überhaupt, dann nur bruchstückhaft wahrgenommen und rezipiert wurde, hat es dennoch eine bemerkenswerte, obzwar bisher wenig beachtete Einwirkung auf die sich herausbildenden Geistes- und Kulturwissenschaften auszuüben vermocht, die sich vor allem in den um die Mitte des neunzehnten Jahrhundert einsetzenden Bemühungen um eine theoretische und methodologische Begründung dieser Wissenschaften aufweisen läßt. An erster Stelle ist hier an den Historiker Johann Gustav Droysen (1808–1888) und seine einflußreiche *Historik* (1868) zu erinnern, ein Werk, in dem es dem Autor um nichts geringeres, als die Grundlegung der historischen Kulturwissenschaften insgesamt ging, sowie um deren philosophische und methodologische Abgrenzung gegenüber den positivistisch kausalmechanisch orientierten Verfahrensweisen, wie sie seinerzeit von August Comte inspiriert, in der Kultur- und Literaturgeschichtsschreibung und den Gesellschaftswissenschaften in England, Frankreich und Deutschland zur Anwendung gelangt waren.

An entscheidender Stelle seiner kritischen Argumentation beruft sich Droysen auf Wilhelm von Humboldt und nennt ihn einen „Bacon für die Geschichtswissenschaften“. Humboldt habe nämlich, „den praktischen und den idealen Bildungen des Menschengeschlechts, namentlich den Sprachen nachgehend“ deren „geistig-sinnliche Natur“ „und die im Geben und Empfangen weiterzeugende Kraft



Kurt Müller-Vollmer während seiner Rede am 22. Juni 2007 in Berlin

ihres Ausdrucks“ richtig erkannt² Diese Erkenntnis diene Droysen als epistemologischer Anker und Ausgangsposition, von der er es unternahm, alle großen Bereiche der menschlicher Kultur und Geschichte als Gegenstände für das *forschende Verstehen* zu eröffnen, in welchem er das den Geisteswissenschaften eigentümliche Verfahren erblickte.³

Neben Droysen aber war es vor allem der Historiker und Philosoph der Geistes- und Kulturwissenschaften Wilhelm Dilthey (1833-1911), der sich auf Humboldt berufen hat, und der bereits in seiner großen Schleiermacher Biographie von 1867-70 die Humboldtsche Sprachauffassung heranzog, um mittels ihrer die ihm als unzureichend erscheinende Position von Fichtes subjektivem Idealismus zurückzuweisen. Humboldt habe nachgewiesen, wie aus der reflektierenden Tätigkeit des Ich, aus der bloßen „inneren Entgegensetzung des Vorstellenden und Vorgestellten“, so formuliert es Dilthey, also einem rein bewusstseins-immanenten Vorgang, die Konstitution eines Ich und dessen Weltbezug (Nicht- Ich) überhaupt nicht begreiflich gemacht werden könne. Das Ich „dränge vielmehr von sich aus,

² Johann Gustav Droysen. *Historik. Vorlesungen über Enzyklopädie und Methodenlehre der Geschichte*. Hg. Von Rudolf Hübner. Wissenschaftliche Buchgesellschaft: Darmstadt 1958, 324.

³ Zu Droyens grundsätzlicher Kritik an dieser Schule siehe seine Besprechung von H.T. Buckleys *History of Civilization in England* (1859-61), die in der 1958 Ausgabe der *Historik* abgedruckt ist, op.cit., 386–405.

in der Sprache seine Vorstellung sinnlich geformt außer sich zu erblicken.“⁴ Dilthey bezieht sich mit dieser Aussage ausdrücklich auf Humboldts posthume Schrift *Über die Verschiedenheit des menschlichen Sprachbaus*. Wir gehen sicher nicht fehl, in Formulierungen wie dieser, bereits die Konturen von Dilthey erst später systematisch entwickelten Begriffen von „Ausdruck“ und „Verstehen“ auszumachen, die dann eine zentrale Bedeutung in seiner Hermeneutik der Geisteswissenschaften einnehmen werden und von dort her Aufnahme in die Philosophie des zwanzigsten Jahrhunderts, von Heideggers Fundamental Ontologie bis zu Gadammers philosophischer Hermeneutik finden sollten. Wie zuvor Droysen so sah auch Dilthey in Humboldts Sprachbegriff den Schlüssel zum Verständnis der Welt des Menschen, seiner Kultur und Geschichte.

Wie aufschlußreich diese Hinweise auf eine solche verdeckte aber deshalb sicherlich nicht unbedeutende, wengleich partielle und gewissermaßen über die Hintertreppe verlaufende Humboldt Rezeption in den deutschen Geisteswissenschaften auch sein mögen, so verraten sie uns doch kaum etwas über Humboldts eigenes Verhältnis zu diesen Wissenschaften oder gar den Naturwissenschaften. Um dieses Verhältnis aber ist es uns heute zu tun. Die Schwierigkeiten es genauer zu bestimmen beginnen freilich, sobald wir versuchen Humboldts eigene, ein ungemein weites Feld umspannende Forschungsarbeiten und Studien bestimmten Disziplinen zuzuordnen. Denn diese müßten aus heutiger Sicht sehr unterschiedlichen Disziplinen und Subdisziplinen zugewiesen werden. So etwa der politischen Theorie und Politikwissenschaft, der Literaturkritik und Literaturgeschichte, der klassischen Philologie, der Anthropologie, Geschlechtskunde, Philosophie, Ästhetik, Geschichts- und Kulturtheorie, aber auch der Hermeneutik, Ethnologie und Linguistik mit ihren zahlreichen sehr unterschiedlichen Anliegen, aber auch der Romanistik, Indologie, Sinologie, der Altamerikanistik, Südostasienforschung, wie der Verfassungsgeschichte, Erziehungs- und Bildungswissenschaft – die Grenzen sind hier meist fließend, und manche Texte lassen sich ohne weiteres gleich mehreren Fachrichtungen zuordnen. Was aber hält diese Vielfalt zusammen? Als Humboldt gegen Ende des 18. Jahrhunderts, seine frühen grundlegenden Schriften verfaßte, existierte die uns heute geläufige disziplinäre Einteilung noch nicht, und so ist es sicherlich kaum verwunderlich, wenn er dort nicht, wie

wir es heute gewohnt sind, aus der Sichtweise und im Rahmen einer bestimmten Disziplin argumentiert und vorgeht. Dem aufmerksamen Leser kann es jedoch nicht entgehen, daß es in diesen frühen Texten stets um grundsätzliche Probleme der im Entstehen begriffenene Humanwissenschaften geht, jener Gruppe von Disziplinen, die im Verlaufe des 19. Jahrhunderts an den modernen Universitäten eine institutionelle Heimstatt findend, sich in den Staaten der westlichen Welt herausbildeten und für die Dilthey zuende des Jahrhunderts in Deutschland als bewußtes Equivalent für den im Englischen von John Stuart Mill in seiner Logik gebrauchten Ausdruck „the moral sciences“ den Terminus Geisteswissenschaften eingeführt hat.⁵ Humboldts Untersuchungen bewegen sich nämlich dort in einem äußerst produktiven Zwischenbereich, in einem schöpferischen Hin und Her zwischen philosophischer und wissenschaftlicher Fragestellung und einer sich dadurch von unterschiedlicher Warte her auftuenden Empirie. In Schriften wie „Religion und Staatsverfassung“, „Über die Gesetze der Entwicklung menschlicher Kräfte“, „Über den Geschlechtsunterschied“, „Über Staatsverfassungen“, den „Plan einer ergleichenden Anthropologie“ oder „Das achtzehnte Jahrhundert“ bilden sich diejenigen Begriffe und Leitideen heraus, welche das Fundament von Humboldts gesamten philosophischen und wissenschaftlichen Untersuchungen und Forschungen ausmachen

Dieses Fundament läßt sich kurz als eigenständige anthropologische Grundposition kennzeichnen. Sie wird Humboldt dann in der Folge in seinen philosophischen, ästhetischen und sprachwissenschaftlichen Forschungen weiter entfalten, denn sie erlaubte es ihm, ganz unterschiedliche philosophische Positionen und wissenschaftliche Ausrichtungen in einem neuen Ansatz schöpferisch zu verbinden. So gelang es ihm, die Erkenntnisse von Kants transzendentaler Vernunftkritik als auch von Fichtes *Wissenschaftslehre* in seine eigenen Fragestellungen hinein zu integrieren, wie er dies 1795 in „Denken und Sprechen“ für die Sprachphilosophie und 1798 in seinen *Aesthetischen Versuchen* für die Ästhetik und Poetik unter Beweis gestellt hat. Im Mittelpunkt steht dabei seine Überzeugung von der sinnlich-geistigen Einheit der menschlichen Natur, die den überkommenen Dualismus von Körper und Geist hinter sich läßt, und stattdessen die geistige Tätigkeit als unmittelbar aus der Sinnlichkeit entspringend und von ihr getragen auffaßt. Der Weg

⁴ Wilhelm Dilthey. *Leben Schleiermachers*, Bd.1 (Berlin, G. Reimer. 1867–1870) Hg. Von H.Mulert, 2.Aufl., de Gruyter: Berlin 1922: 264.

⁵ Dilthey definierte diesen Begriff als „das Ganze der Wissenschaften, welche die geschichtlich-gesellschaftliche Wirklichkeit zu ihrem Gegenstande haben.“ *Einleitung in die Geisteswissenschaften* (1883), in *Gesammelte Schriften*, Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen 1954, Bd.I, 21.

zur sittlichen Selbstbestimmung, wie dies Kant in seiner Moralphilosophie vom Menschen fordert, führt daher für Humboldt wie auch später für Schiller, der ihm hierin folgen wird, über die Kultivierung (und keineswegs die Unterdrückung) seiner Sinnlichkeit. Schon 1788–89, also noch vor dem Erscheinen von Kants *Kritik der Urteilskraft* (1790), bezieht Humboldt hier eine über Kant hinausführende Position, wenn er das Ästhetische als Geist und Sinnlichkeit vermittelnden dritten Zustand bestimmt, als das Resultat einer dynamischen Beziehung zwischen beiden Seiten der menschlichen Natur. Aus diesem Grund läßt sich für ihn diese menschliche Natur weder allein aus der Sinnlichkeit oder der Geistigkeit erklären, wir haben es vielmehr stets mit einer „Wechselwirkung“ zwischen beiden zu tun, die es im einzelnen jeweils zu erforschen gilt. „Wechselwirkung“ ist Humboldts Terminus für das sogenannte „neudeutsche“ *Interaction*, welches wiederum nichts als eine Übernahme der von dem amerikanischen Philosophen John Dewey eingeführten Übersetzung des deutschen zuerst von Fichte geprägten Terminus der „Wechselwirkung“ ist. Die Humboldtsche Grundannahme von der Einheit der physischen und geistigen Natur des Menschen und einer von der Geschlechtlichkeit her sich erschließenden für die menschliche Lebenswelt konstitutiven Ich-Du Beziehung, manifestierte sich für ihn zu allererst in der Sprache, genauer gesagt, in der Rede, also im jeweiligen Akt des Sprechens. Das Sprechen erst stiftet, wie er es formuliert, „die Gemeinschaft zwischen Menschen und Menschen“, wobei hier immer vorausgesetzt ist, „daß der Sprechende, sich gegenüber einen Angeredeten von allen Andren unterscheidet“. ⁶ Im Gespräch, in der Wechselrede, sieht Humboldt daher den eigentlichen „Urtypus“ der Sprache. ⁷ In seiner erst vor einigen Jahren aus dem wiederentdeckten sprachwissenschaftlichen Nachlaß veröffentlichten Grammatik des mexikanischen Nahuatl, der klassischen Sprache der Azteken, gibt es eine aufschlußreiche Passage, in der Humboldt argumentiert, daß es nur auf „den ersten Blick“ befremde, wenn in dieser Sprache die zweite Person Singular und die erste Person Plural identisch seien. Denn es liege in dem Wir, so gut wie der Begriff des Du, oder eines Dritten, als der des Ich. Der Gebrauch des Wir in dieser Sprache erscheint ihm daher „um so natürlicher, [...] als die einfachste und ursprüngliche Beziehung der Sprache, die auf denjenigen ist,

mit dem man spricht.“ ⁸ Aussagen wie diese demonstrieren eindringlich, wie gründlich Humboldt in seiner Sprachanschauung mit dem cartesianischen Dualismus und der auf diesem aufbauenden Sprachauffassung gebrochen hat. Humboldt unterscheidet demnach strikt zwischen einer logischen und einer grammatischen Zergliederung der Sprache. Eine nach den Prinzipien der kartesischen Logik verfahrenende Sprachwissenschaft verfehlt notwendigerweise ihren Gegenstand, denn sie verdeckt die wahre Natur der menschlichen Rede, den „Urtypus“ der Sprache. In einer strikt cartesianisch konstruierten Grammatik bedarf es daher der zweiten Person des Personalpronomens überhaupt nicht, um die logische Grundstruktur der Sprache zu erstellen. Sowohl die erste als auch die zweite Person werden hier auf den bloßen Subjektbegriff reduziert, wodurch die der Sprache und aller menschlichen Rede wirklich zugrundeliegende Strukturen unbeachtet bleiben und unterdrückt werden. Dagegen setzt sich Humboldt in seiner Sprachwissenschaft eine ihres Gegenstandes angemessenen grammatischen Zergliederung der Sprache als Ziel. ⁹ Wäre er stattdessen der an der cartesianischen Logik orientierten Forschung gefolgt, so wäre es ihm schwerlich gelungen die konstitutive Funktion des Personalpronomens in zahlreichen nicht europäischen Sprachen aufzudecken. ¹⁰

Wenig bekannt ist die Tatsache, daß nicht allein Alexander von Humboldt sondern auch sein Bruder Wilhelm sich intensiv mit den Naturwissenschaften beschäftigt hat. Zu Alexanders erster Buchveröffentlichung *Ueber die natürlichen Gasarten* ¹¹ schrieb Wilhelm das Vorwort und kannte hernach denn auch keinerlei Vorbehalte, Einsichten und methodische Verfahren der Naturwissenschaften für die Geisteswissenschaften nutzbar zu machen. Allerdings hat er diese nicht blindlings übernommen, sondern seinem Forschungsgegenstand angepaßt und entsprechend abgeändert und weiterentwickelt. Das unterscheidet ihn radikal von dem Positivismus eines August Comte

⁶ Wilhelm von Humboldt, *Gesammelte Schriften*, Hg. A. Leitzmann, B. Behr: Berlin 1909-1936, (Nachdruck de Gruyter: Berlin 1968) Bd. 6: 304.

⁷ Ebd.: 312.

⁸ Wilhelm von Humboldt, *Mexicanische Grammatik. Mit einer Einleitung und Kommentar*. Hg. von Manfred Ringmacher in *Wilhelm von Humboldt Schriften zur Sprachwissenschaft*. Hg. von Kurt Mueller-Vollmer u.a. Dritte Abteilung, 2. Band, F. Schöningh Verlag: Paderborn, München, Wien, Zürich 1994: 119.

⁹ Wilhelm von Humboldt, *Gesammelte Schriften*, Hg. A. Leitzmann, B. Behr, 1909-36, Nachdruck de Gruyter: Berlin 1968, Bd. 6, S. 305

¹⁰ Siehe hierzu besonders die Akademieabhandlung von 1829, „Ueber die Verwandtschaft der Ortsadverbien mit den Pronomen“, die zu den bedeutendsten von Humboldts sprachwissenschaftlichen Arbeiten gehört. *Gesammelte Schriften*, Bd. 6: 304–30.

¹¹ Alexander von Humboldt, *Ueber die unterirdischen Gasarten und die Mittel ihren Nachtheil zu vermindern: Ein Beytrag zur Physik der praktischen Bergbaukunde*. Braunschweig 1799.

und dessen Anhänger im 19. Jahrhundert, die blindlings eine auf kausalmechanische Formelhaftigkeit reduzierte Newtonische Physik zum allein gültigen Modell von Wissenschaftlichkeit erkürt hatten.

Es unterscheidet ihn aber auch von Linguisten wie August Schleicher (1821-1861), für den die Sprachen als eine Art biologischer Lebewesen dem Reich der Natur angehörten und somit einzig den von Darwin aufgestellten Gesetzen der Evolution unterlagen.

Wissenschaftsauffassungen wie diese beruhten für Humboldt auf philosophisch wie faktisch falschen Annahmen, die bereits im Ansatz die Eigenart ihres Gegenstandes verfehlten. Denn die Sprache läßt sich für Humboldt ebenso wenig aus einem bloß biologischen Ursprung erklären, als sie ihm ein reines Erzeugnis des menschlichen Geistes sein kann, sondern sie geht wie alle Produkte der Kultur stattdessen aus der ständigen Wechselwirkung beider in der gesellschaftlichen Wirklichkeit hervor.

So hat er nicht nur die romantische Vorstellung von einer Ursprache verworfen, sondern sich auch gegen die von den Brüdern Grimm gehegte Ansicht von den Sprachen als quasi lebenden Organismen ausgesprochen. In welcher fruchtbarer Wechselwirkung dagegen bei Humboldt Natur- und Geisteswissenschaften zu einander standen, läßt sich an der Herausbildung und der Verwendung des für seine sprachwissenschaftlichen Forschungen zentralen Begriffs des sprachlichen Typus eindrucksvoll aufzeigen. Im Jahre 1794 hatte sich an der Universität Jena um den Anatom Justus Loder eine kleine Studiengruppe zusammengefunden. Sie bestand aus niemand anderen als den Brüdern Humboldt und dem Weimarer Staatsminister Goethe.

Man wollte sich gemeinsam mit der gerade im Entstehen begriffenen Disziplin der allen äusserst vielversprechend erscheinenden vergleichenden Anatomie beschäftigen. In regem Austausch der Gruppe entwickelte Goethe unter Mitwirkung von besonders Wilhelm von Humboldt seinen Begriff des anatomischen Typus, der ihm dann die Entdeckung des Zwischenkieferknochens beim Menschen ermöglichte. Später hat Goethe diesen Begriff in die Botanik eingeführt und zur Basis seiner Morphologie der Pflanzen gemacht.

Humboldt übernahm in seinem „Plan zu einer vergleichenden Anthropologie“ zunächst die vergleichende Methode¹² und modifizierte sie entsprechend, wohingegen der Begriff des Typus dort noch unentwickelt blieb. Erst zwei Jahrzehnte später auf dem Gebiet

der Sprachwissenschaft, trat dieser Begriff dann in den Vordergrund. Denn gesucht war jetzt eine wissenschaftlich haltbare Basis für die neue allgemeine und vergleichende Sprachwissenschaft, wie sie Humboldt konzipiert hatte und an deren Verwirklichung er nach der Entlassung aus dem Staatsdienst 1819 den Rest seines Lebens konsequent arbeitete. Eine solche Basis aber konnte, wie Humboldt schon bald feststellte, die traditionelle allgemeine oder philosophische Grammatik nicht bieten, die bisher als Norm gegolten hatte, nach welcher man die Sprachen der Welt beschrieben und bewertet hatte.

Denn diese angeblich allgemeine Grammatik sei, so sah es Humboldt, in Wahrheit nach den Strukturen und Begriffen der lateinischen und französischen Sprachlehren konstruiert worden, was dann zur Herstellung und der Verbreitung von Grammatiken geführt habe, welche die wirkliche Struktur und Eigenart vor allem der nicht europäischen Sprachen entstellten hatten, da sie diese, „auf das“ wie er es nennt „Prokrustes Bett“ des ihr fremden europäischen grammatischen Systems zwängten.

An die Stelle der überkommenen allgemeinen Grammatik mußte etwas Anders, Neues treten, das die ihm zuerteilte Funktion tatsächlich übernehmen und ausführen konnte.

Dies aber konnte für Humboldt nur der Begriff des Typus leisten. Ähnlich wie zuvor in der vergleichenden Anatomie der Typus als *tertium comparationis* den Vergleich des Knochenbaus unterschiedlicher Lebewesen miteinander erst ermöglichte, sollte der Sprachtypus nun das Grundmodell oder Vergleichsmuster liefern, ohne welches der Sprachforscher sich in endlosen Sprachvergleichen verlieren würde. Wie aber läßt sich ein solcher allgemeiner Sprachtypus erstellen?

Da die Sprache für Humboldt keinen einfach dargelegten Stoff darstellt, eine Masse von Worten, sondern wesentlich eine Tätigkeit, genauer formuliert, eine *Verrichtung* (weniger präzise heute neudeutsch: *Performance*) ist, bei der sich die psychisch-geistige und die physische Seite des Menschen ständig durchdringen, kann ein solcher Typus nicht aus den vorgefundenen Worten und Redeformen, bereits einem Erzeugnis, also Produkten der Sprache, abgelesen werden.

Sprachliche Form ist vielmehr eine zeugende, formgebende Form, eine „forma formans.“ „In jeder Sprache wiederholt sich derselbe geistige Prozeß“, so schreibt Humboldt in seiner großen, dem allgemeinen Sprachtypus gewidmeten Abhandlung, „Kräfte, Mittel und Erfolge sind einander gleich und ungleich, als die menschlichen körperlichen und geistigen Sprachanla-

¹² *Gesammelte Schriften*, Hg. Albert Leitzmann, B. Behr: Berlin 1907, Bd.1: 377–410.

gen Verschiedenartigkeit innerhalb der von der Natur gesteckten Grenzen erlauben.“¹³

Dem allgemeinen Sprachtypus kann daher keine bestimmte natürliche Sprache je entsprechen, sondern er repräsentiert den Inbegriff der allen Sprachen gemeinsamen Regeln und Elemente der bei der Erzeugung der Rede ins Spiel kommenden Verfahrensweisen, also das, was eine jede Sprache eigentlich zur Sprache macht. Er ist demnach, um es etwas anders und moderner auszudrücken, kein substantiver, substanthafter, sondern vielmehr ein generativer Begriff. Wie aber Humboldt in einer Verbindung von philosophischer Reflexion und empirischer Beobachtung bei der Erstellung dieses allgemeinen Sprachtypus in seinen Untersuchungen im einzelnen verfahren ist, kann hier nicht dargelegt werden. Aufschlußreich dagegen ist für unser heutiges Thema die Tatsache, daß er die von Goethe in seinen Arbeiten zur vergleichenden Anatomie vorgestellten zwei Arten von monographischen Untersuchungen, nämlich eine, die der Beschreibung des anatomischen Baues eines einzelnen Tieres gewidmet ist und eine zweite, die „einen besonderen Theil durch alle Hauptgattungen“ durchbeschrieb,¹⁴ für die Sprachwissenschaft modifiziert und nutzbar gemacht hat. So sollte die „Sprachkunde“, wie sie ihm vorschwebte, sowohl Monographien über Bau und Beschaffenheit der einzelnen Sprachen erstellen als auch einzelne Teile des Sprachbaus, z.B. das

Verbum, „durch alle Sprachen hindurch“ verfolgen.¹⁵ Humboldt selbst hat in seiner Sprachwissenschaft beide Forschungsarten mit großem Erfolg vorangetrieben. Neben Grammatiken, etwa des Baskischen, des mexikanischen Nahuatl, des Quetschua oder des Alt-Javanischen Kawi stehen bahnbrechende, muster-gültige Untersuchungen wie über den Dualis, das Personalpronomen und die Lautsysteme Süd- und mitteleuropäischer Eingeborensprachen.

Ich hoffe, meine sehr verehrten Damen und Herren, Sie können es mir dieses eine Mal verzeihen, wenn ich mit diesen letzten Ausführungen und der dazu vermutlich schon allzu technisch daher kommenden Diskussion Humboldtscher Begriffe und Unterscheidungen, Ihre Geduld bereits über die Gebühr strapaziert habe. Zu meiner Entschuldigung kann ich nur vorbringen, daß es mir darum zu tun war, an einem Punkt wenigstens exemplarisch aufzuzeigen, wie Humboldt mit der ihm eigenen Sichtweise Natur- und Geisteswissenschaften schöpferisch zu verbinden verstand, ohne je dabei der Versuchung zu erliegen, es gelte die Verfahrensweise der einen gegen die der anderen auszuspielen und absolut zu setzen, was bekanntlich allemal nur auf Kosten des Forschungsgegenstandes geschehen kann. Vielleicht könnte er in genau diesem Punkt sogar der modernen Hirnforschung oder Bioethik noch einige Hinweise geben. Sie sehen, es gibt im Werk Wilhelm von Humboldts noch immer Entdeckungen zu machen, denen es sich unbedingt lohnt, einmal konsequent nachzugehen.

¹³ Wilhelm von Humboldt, *Grundzüge des allgemeinen Sprachtypus*. Hg. von Christian Stetter, Philo Verlag: Berlin und Wien 2004: 42.

¹⁴ *Goethes Werke*, Hamburger Ausgabe *Die Schriften zur Naturwissenschaft*, Wegner Verlag: Hamburg, 1955, Bd.13: 173.

¹⁵ Wilhelm von Humboldt, *Gesammelte Schriften*, Bd.4: 11–12.

Adressen der Redner

Prof. Dr. Wolfgang Coy, Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Informatik, Unter den Linden 6, 10099 Berlin

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin

Prof. Dr. med. Henner Völkel, Waitzstr. 52A, 24105 Kiel

Prof. Dr. Margy Gerber, Taunusstraße 8, 12161 Berlin

Prof. Dr. Kurt Müller Vollmer, Department of German Studies, Stanford University, 450 Serra Mall Building 260, Room 212, Stanford, CA 94305-2030, USA

Birgit Dahlke: **Jünglinge der Moderne. Jugendkult und Männlichkeit in der Literatur um 1900.** Köln/Weimar/Wien: Böhlau 2006. 273 S., EUR 36,90.

Das Buch, das hier anzuzeigen ist, stellt den – gelungenen – Versuch dar, aufzuzeigen, wie sich der Jugendkult des ausgehenden 19. und des beginnenden 20. Jahrhunderts zusammen mit dem, was die Autorin den „Krisendiskurs Mann“ nennt, zusammenführen lässt in der Figur des Jünglings.

In einer äußerst materialreichen, tief schürfend angelegten Analyse, die vielfältige Zusammenhänge herausarbeitet, macht sie vor allem die gewaltige ideologische Aufladung der Figur des Jünglings und die Funktionen, die sie dabei übernehmen kann, deutlich: nämlich zugleich als Projektion des untergehenden Bürgertums zu dienen als auch die Reaktion auf diesen historischen Vorgang widerzuspiegeln.

Die Autorin, Literaturwissenschaftlerin in Berlin, verfolgt ihr Anliegen mit den Mitteln einer „kulturwissenschaftlichen Germanistik“, die vor allem mit den Mitteln der Diskursanalyse arbeitet und sich dabei allerdings nicht auf literarische Texte beschränkt; vielmehr gehört es zu diesem Erkenntnisprogramm, auch pädagogische, psychologische, kulturphilosophische Diskurse einzubeziehen. Literarischen Texten kommt in diesem Rahmen allerdings eine spezielle Rolle zu, insofern sie eine „einzigartige anthropologische Wissensform“ (17) darstellen, eine „Form historischer Anthropologie“, ein Medium, das den „Ausdruck von Erfahrungs- und Realitätsdimensionen ermöglicht, die vielleicht nur in Form der Dichtung überhaupt artikulierbar sind“ (ebd.).

In vier großen Blöcken beleuchtet die Autorin ihren Gegenstand und trägt die Belege zusammen:

In einer Art Vorspiel zeigt sie zunächst an der Figur Wilhelm II. die Zusammenhänge von „Verjüngung“ und „Krisen der Männlichkeit“ und wie sich daraus die Figur des Jünglings herausbildet.

In einem zweiten Schritt wird gezeigt, auf Grund welcher Sachverhalte und in welcher verschiedenen Hinsichten es berechtigt ist, von Jugend als „Epochensignatur“ zu sprechen. Dazu gehört die Darstellung des Zusammenhangs von Jugendkult und Kulturkritik, das Auseinandertreten von Jüngling als idealisierter Gestalt und dem Jugendlichen, als Figur der Bedrohung, Abweichung, Kriminalität besonders nahe steht und insofern eine gesellschaftliche Gefahr darstellt. Das wird an Hand von Stanley Halls „Adolescence“ (1904), in der stiefmütterlichen Behandlung der Adoleszenz durch die Psychoanalyse und schließlich in der Art und Weise, wie in dieser Epoche die Geschlechterthematik behandelt wird, deutlich gemacht. Die beiden weiteren Themenblöcke sind kontrapunktisch konzipiert:

Im dritten geht es, einigermaßen überraschend, um „müde Jünglinge“, im vierten dagegen um „Ermannungsstrategien“.

„Die Erschöpfungs- und Ermüdungsrhetorik des Fin de siècle findet im Genre des Adolzensromans eine besondere Gestalt“ – dies die Perspektive, unter der Figuretionen des [müden Jünglings; WH] in Texten der Jahrhundertwende dargestellt werden. Was hier beschrieben wird, sind die bekannten, an ihren verständnislosen, unfähigen Vätern scheiternden Jünglingsgestalten in den Romanen von Hermann Hesse, Emil Strauß, Friedrich Huch, Robert Musil, in den Dramen von Frank Wedekind. Die Darstellung dieser Fi-

guren ist sicherlich nicht neu, aber überzeugend und perspektivenreich ist die Art, wie hier der „krisengeschüttelte Jüngling“ zum „Repräsentanten des verunsicherten Bürgers“ wird (76).

Allerdings: Das Genre des Adoleszenzromanes und des Pubertätsdramas stellen nur eine, allerdings außerordentlich deutlich zum Sprechen gebrachte Quelle dar; das Bild vervollständigt sich durch die Darstellung von „Fidus und die Lichtanbeter des Jugendstils“, die Beschreibung der „Müdigkeits und Tugendmetaphorik“ bei Stefan George und schließlich bei Rudolf Borchardt.

Der vierte Themenblock widmet sich den „Ermannungsstrategien“; diese reagieren, so die Autorin in einer überraschenden, aber höchst anregenden Interpretationsperspektive auf die „Verunsicherungen der Moderne“, welche als „Verweichlichung“, d.h. als „Entmannungsgefahr“ erfahren wurde. Dazu gehören Otto Weininger, Hans Blüher, Siegfried Bernfeld, Walter Benjamin. Sie treten als Stürmer und Dränger auf, um sich Aufmerksamkeit zu verschaffen. Dazu und darüber hinaus versammelt die Autorin unter der Überschrift der „Entmannungsstrategien“ aber auch noch andere Ausprägungen. So behandelt der Abschnitt „Jugend und Nation“ das, was die Autorin das „Männlichkeitsnarrativ des Kriegers“ bezeichnet. Den reinsten Ausdruck findet dieses „Narrativ“ in der „Weise von Liebe und Tod des Cornets Christoph Rilke“ von Rainer Maria Rilke, im „Zupfgeigenhansel“ von Hans Breuer und schließlich in der von einer Millionen umfassenden Leserschaft immer wieder verschlungenen Schrift vom „Wanderer zwischen beiden Welten“ von Walter Flex.

Schließlich wird das „Männlichkeitsnarrativ des Abenteurers“ vergegenwärtigt; hier sind die Figur des Robinson, Georg Simmels Beschreibung „Das Abenteuer“ und schließlich Fridjof Nansens „In Nacht und Eis“ die Exempel, an denen die einschlägige These demonstriert wird.

In einem „Nachwort“ schreibt die Autorin die Geschichte des Jugendkults und des Jugendmythos in groben Strichen fort. Sie zeigt, wie in der DDR in den 1960er Jahren die Jugendrhetorik eine öffentliche Konjunktur erlebte, wie die Metapher der „jungen Republik“ für „Erneuerung, Reinheit, Mut, Kompromisslosigkeit, vor allem aber für Zukunftsoptimismus“ stand. Ein Text von Christa Wolf weist darauf hin, dass ihre Generation vor einer einmaligen Situation stand, dass ihr „Aufstieg ins Leben, in die Welt der Erwachsenen“ gebunden ist an den gleichzeitigen „Aufstieg der neuen Gesellschaft.“ (251). „Das Denkmuster der kommunistischen Gesellschaftserneuerung“, so die Autorin, „greift den Mythos Jugend auf und nutzt dessen anthropologische und utopische Dimension zugleich“ (250). Dem stellt die Autorin die Feststellung gegenüber, dass die kommunistischen Bewegungen des 20. Jahrhunderts nicht in der Lage waren, die „jeweils junge Generation zu integrieren“ (252). Die Indienstnahme des Jugendmythos stand in sichtbarem Widerspruch zu den Restriktionen, auf die vor allem junge Intellektuelle trafen.

Und schließlich stellt die Autorin die im Blick auf die gegenwärtige Situation (im wiedervereinigten Deutschland, nach dem Zusammenbruch der sozialistischen Utopien) sich aufdrängende Frage, ob der „diskursive Spielraum“, den das Symbol Jugend zur Verfügung stellt, Ende des 20. Jahrhunderts erschöpft ist, ob und wie der Jugendmythos jetzt, am Beginn des 21. Jahrhunderts, gebraucht, instrumentalisiert

oder entleert wird. „Verfügt Jugend immer noch“, so die Autorin, „über einen geschichtsphilosophischen und ästhetischen Mehrwert, der es zum umkämpften Symbol macht“?

Die Antwort fällt im Anschluss an Hartmut Böhme eindeutig und desillusioniert aus: „Jugend wird rückstandslos professionalisiert, in Zirkulation gebracht, verbraucht, recycelt, vermüllt“ (254): Jugend wird einerseits universalisiert, dadurch aber auch „gnadenlos enteignet“.

Das Buch demonstriert an einem historischen Beispiel den Kontext und die Dimensionen, innerhalb derer Jugendideologie und Jugendmythos für die Pädagogik einen bedeutenden Rahmen darstellen; der Jüngling ist das Symbol für Zukunft, Fortschritt, das Bessere und das Erhabene Schöne. Die Konkurrenzfigur des Jugendlichen steht für das Schutz- und Hilfebedürftige, auch für das Bedrohlich Dunkle, das Jugend darstellen kann. Für die Gegenwart, im Zeichen von Diskursen, in denen das Ende der Jugend als „soziale Figur“ (Schroer) konstatiert wird, stellt sich die Konstellation anders dar: Jugend (im Sinne von Jugendlichkeit) als Wert und Symbol für Kraft. Fortschritt, Innovation bestimmt die kulturellen Szenen in Mode, Lifestyle usw., hier ist Jugendlichkeit ein höchster Wert, steht für Dynamik, Fortschritt, das Faszinierende des Neuen.

In schroffem Gegensatz zu dieser Hochschätzung des Jugendlichen im Sinne von Jugendlichkeit ist zu beobachten, wie die soziale Figur Jugend, ein Produkt der Arbeitsgesellschaft des 19. und 20. Jahrhunderts, verblasst und an Kontur

und Profil verliert. In den sich immer deutlicher herausarbeitenden Konturen der Wissensgesellschaft zeigt sich, dass sie neue Formen des Lernens im Lebensablauf und damit eine neue Organisation der Lebensalter benötigt, die sich erst abzeichnen, aber unvermeidlich scheinen. Heute ist maßgebend die Zurichtung der nachwachsenden Generation als Humankapital, und das soll schnell, beschleunigt, ohne experimentelle Spielräume geschehen.

Für die Gegenwart scheint charakteristisch, dass der „diskursive Spielraum“, der im Symbol Jugend enthalten ist, erschöpft ist. Er hat sich zugleich von seinem Träger, der Jugend, gelöst und zugleich ausgebreitet.

Schließlich: Im Rückblick auf die Epoche, die hier beschrieben wird und auf die Entwicklungen, die sich seitdem ereignet haben, wird deutlich: spätestens in den Schützengräben des Ersten Weltkriegs fand der Jüngling sein Ende, und die Jünglings Pädagogik verlor ihren Gegenstand; der Jugendliche trat an die Stelle des Jünglings und dementsprechend eine Pädagogik des Jugendalters als eine durch Pubertät und Adoleszenz beschriebene Altersstufe.

Heute, im Zeichen und als Folge der Erosion der Lebensalter, vielfältiger Entgrenzungsvorgänge und angesichts des Verschwimmens der Grenzen zwischen den Lebensaltern, neigt sich offensichtlich auch diese Phase ihrem Ende entgegen.

Walter Hornstein (Gauting)

**„Sexualität liegt uns am Herzen“
32. Fortbildungstagung für Sexualmedizin**

Leipzig vom 30. April – 3. Mai 2008

Tagungsleitung

Prof. Dr. Henry Alexander

Tagungsort

Die Tagung findet an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig auf dem Gelände des
Universitätsklinikums statt

Für Informationen: sexualmedizin2008@medizin.uni-leipzig.de

Vorläufiges wissenschaftliches Programm

Mittwoch, 30. April 2008

9.00 – 17.00	Einführungsseminar für Supervisoren
19.30	Begrüßungsabend und Festvortrag B. Fruth: Sexualität der Primaten – unser Erbe?

Donnerstag, 01. Mai 2008

Vormittag	Krankes Herz und Sexualität
	Vorsitz: Prof. F.-M. Koehn, München/ Prof. G. Hindricks, Leipzig
8.30 – 9.20 9.20 – 9.40	Grußworte (Dekan/OBM) KHK, Herzinfarkt und Sexualität, PD Dr. H. Thiele, Leipzig
9.40 – 10.00	Herzrhythmusstörungen, Medizinische Therapie und Sexualität Prof. D. Pfeiffer, Leipzig
10.00 – 10.30 10.30 – 11.00 11.00 – 12.30	Diskussion Pause Seminare
12.30 – 14.30	Mittagspause
Sitzung der Fort- und Weiterbildungskommission	

Nachmittag

Vom Peptid zur Bindung

Vorsitz: Prof. A. Einspanier,
Leipzig / Prof. K. Loewit,
Innsbruck

14.30 – 14.50	Oxytocin – neue Ergebnisse aus der Humanforschung Prof. M. Heinrichs, Zürich
14.50 – 15.10	Oxytocin als Therapieoption in der Sexualmedizin? Prof. K. Beier, Berlin
15.10 – 15.30	Diskussion
15.30 – 16.00	Pause
16.00 – 17.30	Seminare
18.00 – 19.30	Mitgliederversammlung
20.00	optional – Beisammensein in einem Leipziger Lokal

Freitag, 2. Mai 2008

Vormittag

**Geschlechtsidentitätsstö-
rungen im Kindes- und
Jugendalter**

Vorsitz: Prof. K. v. Klitzing, Leipzig,
PD Dr. W. Dmoch, Düsseldorf

9.00 – 9.20	Grundlagen und Epidemiologie Prof. H.A.G. Bosinski, Kiel
9.20 – 9.40	Erfahrungen aus der Berliner Spezialsprechstunde Dr. A. Korte, Dr. D. Goecker, Berlin

9.40 – 10.00	Diskussion
10.00 – 10.30	Pause
10.30 – 12.00	Seminare
12.00 – 14.00	Mittagspause
Nachmittag	Jugendsexualität zwischen Jugendschutz und Kriminalisierung Vorsitz: Prof. R. Wille, Kiel / Prof. H. Schneider, Leipzig
14.00 – 14.20	Jugendpornografie und Missbrauch Jugendlicher Prof. M. Frommel, Kiel
14.20 – 15.00	Empirischer Stand der Forschung in Sachen Jugendsexualität / Fallvignetten Dr. B. Delisle, München
15.00 – 15.30	Diskussion
15.30 – 16.00	Pause
16.00 – 17.30	Seminare
20.00	Gesellschaftsabend - Auerbachs Keller zu Leipzig

Sonnabend, 3. Mai 2008

9.00 – 10.30	Seminare
10.30 – 11.00	Pause
Vormittag	Altert die Sexualität? Vorsitz: Prof. P. Nijs, Leuven, Prof. K. Loewit, Innsbruck / Prof. Ch. Baerwald, Leipzig
11.00 – 11.20	Sex und Alter – Langzeituntersuchungen Prof. E. Brähler, Leipzig
11.20 – 11.40	„Wechseljahre“ des Mannes Dr. H.J. Berberich, Frankfurt/M.
11.40 – 12.00	Klimakterium und Sexualität Prof. H. Alexander, Leipzig
12.00 – 12.30	Diskussion
12.30 – 13.00	Ausblick auf die 33. Jahrestagung, Verabschiedung der Kongressteilnehmer
Nachmittag	Laienseminare Vorsitz: Dr. K. Seikowski, Leipzig Moderation: B. Schekauski, Mitteldeutscher Rundfunk, Halle
14.00	Krankes Herz und Sexualität Dr. C. Thiele, Leipzig

14.30	Alter und Sexualität Dr. J. Berberich, Frankfurt/M Prof. H. Alexander, Leipzig
-------	--

Themen und LeiterInnen der Seminargruppen

1. Einführung in die syndyastische Sexualtherapie (SST)
Prof. Kurt Loewit, Innsbruck
2. Sexualtherapeutische Gesprächsführung –
Fortgeschrittene
Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Berlin
Dipl.-Psych. Gerard. A. Schäfer, Berlin
3. Nachbereitung der Tagungsvorträge aus Sicht des
Praktikers
Dr. med. Gotthart Kumpan, Berlin
4. Einführung in die imaginative Technik bei der
Behandlung von Paarkonflikten
Dr. med. Maria E. Neubauer
Dr. med. Horst Neubauer
5. Erfolgreiche sexualtherapeutische Behandlungen
– Erfahrungsaustausch und Vertiefung theoretischer
und praktischer Inhalte
Dr. med. Franz-Karl Hausmann, Hünfelden
6. Themenzentrierte Selbsterfahrung
Dr. med. Dorette Poland, München
7. Sexualität und Krankheit – Selbsterfahrung bei syn-
dyastischer Fokussierung
Dr. med. Dirk Rösing, Greifswald
Dipl.-Psych. Janina Neutze, Berlin
8. Migrantinnen und Sexualität
Dr. med. Marion Hulverscheidt, Kassel
Isabelle Ihring, Freiburg
9. Sexualmedizin in der Praxis – Von der
Sexualanamnese über die Sexualberatung zur
Sexualtherapie
Prof. Dr. med. Piet Nijs, Leuven
Prof. Dr. Dietmar Richter, Bad Säckingen

Einführungsseminar für Supervisoren in SST

Mittwoch, 30.04.2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Interessenten wenden sich bitte direkt an den Sekretär
für Weiterbildung: Dr. H. Berberich, Kasinostr. 31, 65929
Frankfurt, Tel. 069/316776, mail: berberich@maennerarzt-
frankfurt.de

Teilnahmegebühr: 200,- Euro

Originalarbeiten

K.-H. Biesold
 Der Umgang mit Sexualität in der Bundeswehr (1955–2005) – Vom Verbot der Homosexualität bis zum Sexualerlass 2004 2

M.-L. Bauer, F. M. Reischies, K. M. Beier
 Sexualität und Partnerschaft bei Demenzerkrankungen 9

J. Wessel, R. Wille, K. M. Beier
 Schwangerschaftsnegierung als reproduktive Dysfunktion: Ein Vorschlag für die internationalen Klassifikationssysteme 66

E. Günther, H. Fritzsche
 Spermaallergie – Spekulation oder Realität? 78

S. M. van Anders, L. D. Hamilton, N. Schmidt, N. V. Watson
 Zusammenhang zwischen Testosteronproduktion und sexueller Aktivität bei Frauen 86

D. Tomic, L. Gallicchio, M.K. Whiteman, L.M. Lewis, P. Langenberg, J.A. Flaws
 Determinanten der Sexualfunktion bei Frauen in der Lebensmitte 95

Fortbildung

A. Boetticher, N. Nedopil, H. A.G Bosinski, H. Saß
 Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten 28

A. Boetticher, H.-L. Kröber, R. Müller-Isberner, K. M. Böhm, R. Müller-Metz, Th. Wolf
 Mindestanforderungen für Prognosegutachten 36

E. Mützel, B. Zinka, N. Weissenrieder
 Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch 48

Th. C. Stadler, M. J. Bader, A. J. Becker, Ch. G. Stief
 Primäre Erektionsstörung mit kongenitaler bilateraler partieller Fibrose der Corpora cavernosa 53

G. Haselbacher
 Sexuelle Lustlosigkeit – Vorkommen und Behandlung in der gynäkologischen Sprechstunde 109

D. Goecker
 Ein Fall von nichtorganischem, sekundären Vaginismus 115

Historia

R. Schöbl
 Die „Glücks-Ehe“ des Carl Buttenstedt. Vom Stillen des Ehemanns als Geheimlehre um 1900 117

Humboldt-Dialog

Ansprachen anlässlich der Verleihung des Stiftungspreises der Wilhelm-von-Humboldt-Stiftung 2007 124

Orginalia

K.-H. Biesold
 Dealing with sexuality in the German Armed Forces (1955–2005) – From the prohibition of homosexuality to the sexual-decree of 2004 2

M.-L. Bauer, F. M. Reischies, K. M. Beier
 The Impact of Dementia on Sexuality and Partnership 9

J. Wessel, R. Wille, K. M. Beier
 Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems 66

E. Günther, H. Fritzsche
 Allergy to sperm – speculation or reality? 78

S. M. van Anders, L. D. Hamilton, N. Schmidt, N. V. Watson
 Associations between testosterone secretion and sexual activity in women 86

D. Tomic, L. Gallicchio, M.K. Whiteman, L.M. Lewis, P. Langenberg, J.A. Flaws
 Factors associated with determinants of sexual functioning in midlife women 95

Case Studies

A. Boetticher, N. Nedopil, H. A.G Bosinski, H. Saß
 Minimum requirements for the appraisal of criminal responsibility 28

A. Boetticher, H.-L. Kröber, R. Müller-Isberner, K. M. Böhm, R. Müller-Metz, Th. Wolf
 Minimum requirements for the appraisal of criminal prognosis 36

E. Mützel, B. Zinka, N. Weissenrieder
 Interdisciplinary cooperation by suspicion of sexual abuse 48

Th. C. Stadler, M. J. Bader, A. J. Becker, Ch. G. Stief
 Primary erectile dysfunction caused by congenital bilateral partial fibrosis of the cavernous bodies 53

G. Haselbacher
 Sexual lustlessness – occurrence and treatment in the gynecological consulting hours 109

D. Goecker
 Case example of inorganic, secondary vaginism 115

Historia

R. Schöbl
 The „Marriage of Happiness“ of Carl Buttenstedt. On the Nursing of the Husband as Esoteric Doctrine around 1900 117

Humboldt-Dialogue

Addresses on the Occasion of the Awarding of the Prize of the Wilhelm von Humboldt Foundation 2007 124