

# Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

## Inhalt

- |     |  |   |
|-----|--|---|
| 67  | Editorial  | Fortbildung   |
|     | Originalarbeiten   | 119 <b>Zur Bedeutung der Sexuelsymbolik in der Psychotherapie</b><br><i>H. Völkel</i>                                       |
| 69  | <b>Erektile Impotenz</b><br><b>Radiologische Therapieansätze</b><br><i>H. Schild, H. Strunk, S. Müller</i>                 | Aktuelles   |
| 75  | <b>'Verdrängte' Schwangerschaft und Kindstötung:</b><br><b>Theorie – Forensik – Klinik</b><br><i>R. Wille, K. M. Beier</i> | 123 <b>AIDS in der Bundesrepublik Deutschland</b>   |
| 101 | <b>Kommunikationszentrierte Sexualtherapie:</b><br><b>Theorie und Umsetzung</b><br><i>K. Loewit</i>                        | 126 <b>Veranstaltungskalender</b><br>127 <b>Buchbesprechungen</b><br>130 <b>Mitteilungen der Akademie für Sexualmedizin</b> |
|     | Historia   |   |
| 113 | <b>Otto Gross</b><br><b>Der mehrdimensionale Mensch</b><br><i>S. Dressler</i>  |   |

### Anschrift der Redaktion:

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

Bezugsbedingungen: Vier Hefte bilden einen Band. Bezugspreis pro Band inkl. Porto- und Versandkosten DM 138,- (Inland), DM 142,- (Ausland); ermäßigter Preis für persönliche Abonnements DM 79,- (zzgl. Porto- und Versandkosten), Einzelheft DM 39,- (zzgl. Porto- und Versandkosten).

Anzeigenpreise: Es gilt die Anzeigen-Preisliste Nr. 1 vom 1.3.1994.

Verlag: Gustav Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Wollgrasweg 49, D-70599 Stuttgart, Tel. 07 11 / 45 80 30.

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendung, im Magnettonverfahren oder ähnlichem Wege bleiben vorbehalten. Fotokopien für den persönlichen oder sonstigen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopien hergestellt werden.

© Gustav Fischer Verlag · Stuttgart · Jena · New York · 1994

Satz: dtp-Satz Ralf Bogen, Stuttgart

Druck: Gulde-Druck GmbH, Tübingen; gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier.

Verarbeitung: F.W. Held, Rottenburg am Neckar

## **Editorial**

Das erste Heft von *Sexuologie* ist überwiegend positiv aufgenommen worden. Wiederholt haben uns Kommentare, Anregungen und Verbesserungsvorschläge erreicht, um deren Umsetzung wir uns - gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit einschlägigen Fachautoren - gerne bemühen werden. Verschiedentlich wurde der Wunsch geäußert, aktuellen Informationen über sexualmedizinisch/sexualwissenschaftliche Aktivitäten mehr Platz einzuräumen. Als ein erster Schritt im Hinblick auf eine derartige Informationsvermittlung, die gerade in Zeiten einer immer unübersichtlicher werdenden Flut von Veranstaltungen und Veröffentlichungen zunehmend wichtiger wird, können die im „Veranstaltungskalender“ aufgeführten Hinweise auf Tagungen und Kongresse verstanden werden. Geplant ist eine Ergänzung dieses aktuellen Teils um eine Zeitschriftenumschau, die ab dem dritten Heft regelmäßig erscheinen soll. Bei der konzeptionellen Planung von *Sexuologie* wurde auch der Gedanke diskutiert, ob die Publikation von Themenheften sinnvoll wäre. Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint es uns jedoch wichtiger, dem interdisziplinären Charakter des Fachgebietes dadurch Ausdruck zu verleihen, daß Arbeiten mit zum Teil sehr unterschiedlichen methodischen und inhaltlichen Herangehensweisen in diese Zeitschrift Eingang finden können. Die immer auch einseitige Strukturierung eines Themenheftes würde bedeuten, daß zahlreiche interessante Arbeiten zu anderen Themen a priori von der Publikation ausgeschlossen wären oder erst mit eventuell starker zeitlicher Verzögerung (nämlich bei Veröffentlichung eines entsprechenden Themenheftes) gedruckt werden könnten.

Empirische Arbeiten aus allen Bereichen der Sexualwissenschaft erscheinen heute, E mitunter weit verstreut, in einer Vielzahl von unterschiedlichen Zeitschriften. Für den individuellen Leser ist es beinahe unmöglich geworden, diese Publikationen auch nur annähernd vollständig zur Kenntnis zu nehmen. Es ist ein Ziel dieser Zeitschrift, derartige Veröffentlichungen zu sammeln oder zumindest in Form von Zusammenfassungen auf relevante Studien hinzuweisen. Kolleginnen und Kollegen der unterschiedlichsten Fachrichtungen möchten wir hiermit nochmals herzlichst zur Mitarbeit einladen: Die Ergebnisse experimenteller Studien, ausführliche Falldarstellungen und Behandlungsverläufe oder Kasuistiken können in dieser Zeitschrift ebenso publiziert werden, wie Beiträge aus der ärztlich/psychologischen Praxis oder Arbeiten, die Probleme im Therapeuten-Patienten-Dialog darstellen.

Auch im zweiten Heft von *Sexuologie* überwiegen empirische Arbeiten zu sexualmedizinisch/sexualwissenschaftlichen Fragestellungen. Wegen dieser empirischen Fundierung und ihrer praktischen Bezüge bieten die verschiedenen Beiträge auch demjenigen, der sich nicht von medizinischer Seite mit dem Fachgebiet befaßt, eine Orientierungshilfe über aktuelle medizinische Handlungsstrategien und Konzepte. Während Schild und Mitarbeiter über somatisch orientierte Therapieansätze bei der erektilen Impotenz berichten, haben Wille und Beier das bisher wenig beachtete Thema der 'verdrängten' Schwangerschaft aufgegriffen, ein besonders gutes Beispiel für den notwendig 'biopsychosozialen' Ansatz in der Sexualmedizin: Neben biologischen sind psychische Mechanismen genauso

zu bedenken wie soziale (und soziosexuelle) Gegebenheiten, um der komplexen psychosomatisch-somatopsychischen Dimension der 'Nicht-Wahrnehmung' einer Schwangerschaft bis hin zur Geburt auch nur halbwegs gerecht werden zu können. Wille und Beier belegen das Phänomen hier erstmals empirisch, was einen umfangreicheren Beitrag erforderlich machte. Der Artikel von Loewit schließlich steht für psychotherapeutisch orientierte Ansätze in der Sexualmedizin und betont in besonderer Weise die Kommunikationsfunktion der Sexualität als eines noch weiterzuentwickelnden Denkmodells. Im zweiten Heft von *Sexuologie* wird dadurch der weite 'Spannungsbogen' des Faches aus ärztlicher Sicht erkennbar. In den kommenden Heften werden auch aktuelle Forschungsansätze anderer Fächer mit vergleichbarer Ausführlichkeit berücksichtigt, so daß sich ein interdisziplinär ausgewogenes Bild ergibt.

*Die Redaktion*

# Erektile Impotenz: Radiologische Therapieansätze

## Erectile Dysfunction: Radiological Interventions

H. Schild, Bonn; H. Strunk, Mainz; S. Müller, Mainz

### Zusammenfassung

Radiologische Methoden sind in die Diagnostik und Therapie der vaskulogenen erektilen Dysfunktion eingebunden. Seit einiger Zeit gibt es Ansätze, Patienten mit einem sog. kavernösen Leck mittels perkutaner interventionell-radiologischer Verfahren zu behandeln. Hierzu werden Abflußvenen mit Kathetern aufgesucht und okkludiert. Methodik und Ergebnisse werden anhand eigener Erfahrungen dargelegt.

*Schlüsselwörter:* Impotenz, perkutane Therapie, Embolisation

### Abstract

The diagnostic work-up and therapeutic strategy in patients with vasculogenic erectile dysfunction may involve radiological techniques. Patients with a cavernous leakage have undergone various surgical procedures in the past. Leakage veins, however, may also be occluded using percutaneous angiographic techniques. The technique and results of this form of treatment are described.

*Key words:* Impotence, transcutaneous therapy, embolisation

Interventionen an den Gefäßen wie z. B. Dilatationen, Rekanalisationen oder auch Embolisationen gehören seit Jahren zu den Standardverfahren der Radiologie, die bei unterschiedlichsten Erkrankungen eingesetzt werden. Dies schließt auch die erektilen Dysfunktion ein, bei der in bis zu 80% der Patienten vaskuläre Veränderungen als mögliche (Mit-?) Ursache für die Impotenz vorliegen (Krane 1989; Mueller 1988; Porst 1986; Schild 1991; Schwartz 1992). Im folgenden sei ein interventionell-radiologischer Ansatz bei Patienten vorgestellt, bei denen ein sog. venöses Leck als Ursache der erektilen Dysfunktion in Frage kommt.

### Patienten und Methodik

Die vorliegende Mitteilung basiert auf Daten und Verlaufskontrollen von 64 Patienten mit einem venösen Leck, die auf rein perkutanem Weg behandelt wurden. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug 7,5 Jahre, das Durchschnittsalter 60 Jahre (17–79 Jahre). 21 Patienten waren Raucher, 24 hatten einen Hypertonus, 4 waren Diabetiker.

Bei allen Patienten war durch vorausgehende Diagnostik (Doppler-Sonographie mit intrakavernöser Gabe vasoaktiver Substanzen, Kavernosographie und -metrie) ein sog. kavernöses Leck diagnostiziert worden. Begleitende arterielle Veränderungen, die zu einer gleichzeitigen Reduktion des Bluteinstroms in die Schwellkörper geführt hatten, lagen bei 11 Patienten vor.

Zur Beurteilung des klinischen Erfolges wurden die Patienten in drei Gruppen eingeteilt:

1. Spontan Geschlechtsverkehr möglich
2. Geschlechtsverkehr nach intrakavernöser (i.k.) Injektion von vasoaktiven Substanzen möglich ("Responder")
3. Geschlechtsverkehr auch mit i.k. Injektion unmöglich ("Non-Responder")

Wenn ein Patient nach der Intervention zu einer besseren Gruppe zählte, wurde der Eingriff als klinisch erfolgreich angesehen. Damit versuchten wir zu verhindern, daß klinisch irrelevante Veränderungen (z. B. eine geringe Tumescenz-Zunahme) als Erfolg gewertet wurden.

Das technische Vorgehen bei der perkutanen Venenokklusion sei im folgenden orientierend dargestellt; für Detailinformation sei auf die entsprechende Spezialliteratur verwiesen (Bookstein 1988; Schild 1989, 1991, 1993a, 1993b, 1993c; Schwartz 1992).

### **Technik der Venenokklusion**

Alle Venen, über die möglicherweise Blut aus den Corpora cavernosa "vorzeitig/unbehindert" abfließt, werden mittels angiographischer Techniken transvaskulär aufgesucht und verschlossen. Dies kann über unterschiedliche Zugänge zum Gefäßsystem erfolgen:

- Punktion und antegrade Sondierung der V. dorsalis penis profunda (transpeniles Vorgehen) oder
- retrograde Katheterisierung via V. iliaca interna (retrogrades Vorgehen); dabei kann sowohl transfemorale als auch transjugulär vorgegangen werden (Bookstein 1988; Schild 1989, 1993b, 1993c).

Mittels sog. Embolisierungsspiralen werden dann Verschlüsse größerer Abflußvenen durchgeführt; dies sind in der Regel beidseits die V. pudenda interna, V. obturatoria, kruralen Perforansvenen und der Plexus praeprostaticus, sowie etwaig vorliegende ektope Venen, soweit sie sondierbar sind.

Anschließend erfolgt eine gezielte Sklerotherapie kleinerer bzw. nicht erreichbarer Venen durch Injektion sklerosierender Substanzen, wobei z. B. Natrium-Morrhuat oder erhitztes Kontrastmittel verwendet werden (Bookstein 1991; Schild 1993c; Smith 1988; Tiong 1990).

### **Ergebnisse**

*Technischer Erfolg:* Bei 45/52 (86,5%) der transpenilen bzw. 53/60 (88,3%) der retrograden Eingriffe waren Embolisierung und Sklerotherapie transvaskulär möglich.

*Klinischer Erfolg:* Bei 46/64 (71%) Patienten kam es zu einer Verbesserung der Erektionsfähigkeit. Von diesen 46 Patienten verschlechterten sich 28 innerhalb von 1 Woche bis 20 Monaten. Details sind in Tabelle 1 aufgeführt.

**Tab. 1:** Ergebnisse der transvaskulären Venenokklusion bei Patienten mit erektiler Dysfunktion und kavernösem Leck

	Vor Embolisation	Nach Embolisation
Spontaner Geschlechtsverkehr	0	21
Responder	19	19
Non-Responder	45	24

Bei 11 dieser Patienten wurde erneut eine Venenokklusion versucht, die 9 mal technisch machbar und 7 mal erneut klinisch erfolgreich war.

*Komplikationen:* Zu verzeichnen waren ein Pneumothorax bei jugulärem Zugang, eine – klinisch irrelevante – Beckenvenen-Perforation, eine allergische Reaktion auf das örtliche Desinfektionsmittel, sowie bei zwei Patienten ein Druckgefühl im Dammbereich.

## Diskussion

Noch in den 70er Jahren wurden organische Veränderungen als (Mit-)Ursache einer Impotenz als Rarität angesehen. Mit Entwicklung neuer und verfeinerter Untersuchungsmethoden stieg in der Folge der Anteil möglicherweise organisch bedingter erektiler Dysfunktion ständig an. Abhängig vom Krankengut wird er bis zu 80% beziffert. Etwa vier Fünftel davon sind durch Gefäßveränderungen bedingt, wobei arterielle Einstromprobleme (z. B. arteriosklerotische Engen und Verschlüsse) bzw. das sog. venöse Leck oder Leakage etwa gleichhäufig sind (Kranz 1989; Mueller 1988; Puech-Leao 1987; Schild 1991; Schwartz 1992).

Vereinfachend dargestellt, kommt es bei Patienten mit einem Leck durch mangelhafte "Verschlußmechanismen" dazu, daß das zur Erektion vermehrt in den Penis einströmende Blut dort nicht ausreichend aufgehalten wird, sondern das Glied mehr oder weniger unbehindert durchströmt. Dadurch ist der intrakavernöse Druckaufbau (zur Immissio sind ca. 80-100 mm Hg erforderlich) ungenügend.

Die Abklärung, ob und ggf. welche organische Veränderungen bei einem Patienten mit erektiler Dysfunktion vorliegen, ist mit intrakavernöser (i.k.) Injektion vasoaktiver Substanzen (z. B. Gemisch aus Papaverin und Phentolamin) und Doppler-Sonographie standardisiert und sehr zuverlässig möglich. Durch die i.k. Injektion wird im Normalfall eine pharmakologisch induzierte Erektion ausgelöst. Die Ultraschall-Untersuchung dient zur Erfassung der Perfusion in den tiefen Penisarterien, deren Durchströmung an der Erektion beteiligt ist.

Im Prinzip kann die Kombination der Doppler-Sonographie mit der i.k. Injektion folgende Befunde liefern (Kranz 1989; Mueller 1988; Schwartz 1992; Virag 1984):

1. Normale arterielle Verhältnisse, Induktion einer Erektion. Weiteres Vorgehen: Patienten sollten neurologisch/psychiatrisch weiter abgeklärt werden.
2. Normale arterielle Verhältnisse, keine Erektion: Ursache ist mit großer Wahrscheinlichkeit ein venöses Leck (falls eine operative oder perkutane (s. u.) Maßnahme an den

Gefäßen in Frage kommt, kann eine weitere Abklärung mit Kavernosographie und -metrie indiziert sein).

3. Pathologische arterielle Verhältnisse, keine Erektion: Einstromproblem; in Abhängigkeit vom Gesamtbefund (begleitende Claudicatio als Hinweis auf Stenose/Verschuß im A. iliaca communis – oder distalen Aortenbereich?) kann eine angiographische Abklärung sinnvoll sein.

Perkutane, radiologische Therapieansätze gibt es sowohl für die arteriogene wie die venogene erektile Dysfunktion. Engen und Verschlüsse im Bereich der großen iliakalen Gefäße und auch der Bauchaorta sind heute mit radiologisch-interventionellen Mitteln in über 90% der Fälle erfolgreich therapierbar. Neben der alleinigen Dilatation bzw. Rekanalisation hat sich die Implanatation von Stents in diesem Gefäßbereich etabliert.

Bei den Patienten, die zu solchen Eingriffen überwiesen werden, steht in der Regel die periphere Claudicatio intermittens im Vordergrund. Es sind keine Studien bekannt, die prospektiv erfaßt haben, wie häufig eine – in etwa 30% der Fälle anzunehmende – gleichzeitige erektile Dysfunktion gebessert wird (darüber wird nach persönlicher Erfahrung meist erst bei Eintritt einer Besserung berichtet!). Perkutane Gefäßerweiterungen und -rekanalisationen (sog. PTA) haben im Vergleich zu operativen Eingriffen eine deutlich geringere Invasivität. Zudem entfällt das bei Operationen im aorto-iliakalen Stromgebiet bis zu 30% betragende Risiko einer postoperativen Impotenz bei präoperativ unauffälligen Patienten praktisch völlig.

Vereinzelt liegen Erfahrungen mit perkutaner Angioplastie auch bei peripheren arteriellen Läsionen vor, z. B. solchen in der A. pudenda interna und auch der A. penis. Die Erfolge sind bislang aber durchweg enttäuschend; gute Langzeitergebnisse sind praktisch nicht bekannt (Schild 1991).

Über Versuche, ein kavernöses Leck mittels interventionell-radiologischer Verfahren zu therapieren, wird seit wenigen Jahren berichtet. Im Gegensatz dazu werden operative Ligaturen von Abflußvenen bereits seit Beginn des Jahrhunderts beschrieben. Die Ergebnisse solcher Operationen waren bislang nicht überzeugend (Lue 1989; Porst 1986; Puech-Leao 1987; Rossmann 1990; Weidner 1989). Mitverantwortlich ist u. a. die Tatsache, daß durch gängige Operationsverfahren (Unterbindung der Venen am Penisrücken) wichtige Abstromgefäße, wie die kruralen Venen, nicht erreicht werden (Lue 1989; Puech-Leao 1987; Rossmann 1990). Diese sind dagegen interventionell-radiologischen Methoden zugänglich.

Eine perkutane Venenokklusion ist – wie unsere Ergebnisse zeigen – in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle technisch möglich. Das Verfahren ist allerdings anspruchsvoll und vielfach zeitlich aufwendig (Eingriffsdauer zwischen 1,5 bis 6 Stunden). Technischer Erfolg der Venenokklusion ist nicht mit klinischer Besserung gleichzusetzen. Wir nahmen zunächst an, daß es bei nicht gebesserten Patienten möglicherweise zu einem ungenügenden Gefäßverschluß oder zu einer spontanen Gefäßrekanalisation gekommen ist. Vergleichende kavernosometrischen Daten vor und nach der Intervention haben jedoch gezeigt, daß das Ausmaß der Venenokklusion nicht mit dem etwaigen klinischen Erfolg korreliert (Schild 1993a).

Die Ergebnisse sind damit nur schwer zu interpretieren und verschiedene Erklärungen für Therapieversagen oder Erfolg möglich. Als sicher muß man annehmen, daß die rein mechanische Erklärung des venösen Lecks (wie sie oben dargelegt wurde) zu vereinfacht

ist. Das Krankheitsbild ist zwar sehr lange bekannt, im Detail aber immer noch unklar. Man muß davon ausgehen, daß eine Reihe sehr unterschiedlicher Faktoren Einfluß nehmen, wie z. B. Schwellkörperfibrosen oder auch Compliance-Veränderungen der Tunica albuginea. Daß diese nicht durch eine Venenokklusion zu beeinflussen sind, liegt auf der Hand.

Zudem ist zu beachten, daß auch der kaverosometrische bzw. kaverosographische Nachweis eines kavernösen Lecks nicht mit erektiler Dysfunktion gleichzusetzen ist. Es ist daher durchaus möglich, daß die behandelte "Krankheit" nicht die Ursache, sondern lediglich einen Nebenbefund bei einer Impotenz z. B. psychischer Genese darstellt. In drei Einzelfällen ist dies in unserem Krankengut nach klinisch erfolgloser Venenokklusion im weiteren Verlauf dokumentiert: Lösung häuslicher Probleme bzw. Wechsel der Partnerin führte zu mehr oder weniger normalen Erektionsverhältnissen.

Eine ähnliche Problematik ist für die arteriogene Impotenz bekannt: Eine eindeutige Korrelation zwischen dem Zustand der (autoptisch beurteilten) arteriellen penilen Strombahn und dem Erektionsvermögen (ermittelt durch Befragung der Sexualpartnerinnen) konnte nicht gefunden werden (Nieminen 1988).

Letztlich ist ein Placebo-Effekt der Venenokklusion nicht auszuschließen.

Angesichts dieser ungeklärten Fragen ist es auch nicht verwunderlich, daß bislang keine Multivarianz-Analyse der Daten unseres Krankengutes prädiktive Parameter für einen erfolgreichen Eingriff ergeben hat.

Eine allgemeine Empfehlung zu der von uns durchgeführten Intervention kann daher bislang nicht ausgesprochen werden. Bis auf weiteres sollen perkutane Venenokklusionen kontrollierten klinischen Untersuchungen vorbehalten bleiben. Wir bieten sie als erwägenswerte Möglichkeit den Patienten an, die ansonsten zur Implantation einer Penisprothese anstehen.

## Literatur

- Bookstein, J. J.; Lurie, A. L.: Transluminal penile venoablation for impotence: a progress report. *Cardiovasc Intervent Radiol* 11. 1988:253-260.
- Bookstein, J. J.; Valji, K.: Penile vascular catheterization in the diagnosis and treatment of impotence. 77th Scientific Assembly and Annual Meeting of the Radiological Society of North America, Chicago, 31.11.-6.12.1991.
- Courtheoux, P.; Maiza, D.; Henriot, J.-P. et al.: Erectile dysfunction caused by venous leakage: treatment with detachable balloons and coils. *Radiology* 161. 1986:807-809.
- Fuchs, A. M.; Mehringer, C. M.; Rajfer, J.: Anatomy of penile venous drainage in potent and impotent men during cavernosography. *J. Urol.* 141. 1989:1353-1356.
- Krane, R. J.; Goldstein, I.; Saenz de Tejada, I.: Impotence. *N Engl J Med* 321. 1989:1648-1658.
- Lue, T. F.: Penile venous surgery. *Urol Clin North Am* 16. 1989:607-611.
- Mueller, S. C.; Lue, T. F.: Evaluation of vasculogenic impotence. *Urol Clin North Am* 15. 1988:65-76
- Nieminen, K.: Atherosclerosis in the arterial supply of corpus cavernosum penis. Inauguraldissertation, Helsinki 1988.
- Porst, H.; van Ahlen, H.; Vahlensieck, W.: Relevance of dynamic cavernosography to the diagnosis of venous incompetence in erectile dysfunction. *J. Urol.* 137. 1986:1163-1167.
- Puech-Leao, P.; Reis, J. M. S. M.; Glina, S.; Reichelt, A. C.: Leakage through the crural edge of corpus cavernosum. *Eur. Urol.* 123. 1987:163-165.
- Rossmann, B.; Mieza, M.; Melman, A.: Penile vein ligation for corporeal incompetence: an evaluation of short-term and long-term results. *J. Urol.* 144. 1990:679-682.
- Schild, H.; Müller, S. C.; Bürger, R. A.; Fritz, Th.: Transpenile Venenokklusion zur Therapie der erektilen Impotenz. *Fortschr. Röntgenstr.* 151. 1989:470-482.



- Schild, H; Müller, S. C.: Erektile Dysfunktion: Prinzipien der radiologischen Abklärung und Therapie. *Akt Radiol* 1. 1991:34-39.
- Schild, H.; Müller, S. C.; Hermann, M. et al.: Penile Abflußvenenokklusion: Vergleich von erektiler Funktion und Kaverosometrie vor und nach perkutanen Eingriffen. *Fortschr Röntgenstr.* 158. 1993a:59-61.
- Schild, H.; Müller, S. C.; Mildnerberger, P. et al.: Retrograde Venenokklusion zur Therapie der venogenen Impotenz. *Fortschr Röntgenstr* 158. 1993b:238-241.
- Schild, H.; Müller, S. C., Mildnerberger, P. et al.: Percutaneous Penile Venoablation for Treatment of Impotence. *Cardiovasc Intervent Radiol* 16. 1993c:280-286.
- Schwartz, A. N.: Radiographic diagnosis and treatment of erectile dysfunction. *Curr Opin Urol* 2. 1992:102-112.
- Smith, T. P.; Hunter, D. W.; Cragg, A. H. et al.: Spermatic vein embolization with hot contrast material: fertility results. *Radiology* 168. 1988:137-139.
- Tiong, J. T. K.; Wisniewski, Z. S.; Keogh, E. J. et al.: Effects of a sclerosant, ethanolamine, on the venous drainage system of the dog penis. *J Urol* 144. 1990:381-384.
- Tudoriu, T.; Bourmer, H.: The hemodynamics of erection at the level of the penis and its local deterioration. *J Urol* 129: 1983:741-745.
- Virag, R.; Spencer, P. P.; Frydman, D.: Artificial erection in diagnosis and treatment of impotence. *Urology* 24. 1984:157-161.
- Weidner, W.; Weiske, W.-H.; Rudnick, J.: "Leakage"-Korrektur durch Resektion der Vena dorsalis penis profunda, Bestandsaufnahme nach 4 Jahren venöser Potenzchirurgie. *Urologie (A)* 28. 1989: 271-222.

**Anschriften der Autoren**

Prof. Dr. med. Hans H. Schild, Radiologische Universitätsklinik, Sigmund Freud Str. 25,  
D-53127 Bonn  
Dr. med. Holger Strunk, Klinik mit Poliklinik für Radiologie, Langenbeckstraße 1, D-55131 Mainz  
PD Dr. med. Stephan C. Müller, Urologische Uniklinik, Langenbeckstraße 1, D-55131 Mainz

## **'Verdrängte' Schwangerschaft und Kindestötung: Theorie - Forensik - Klinik**

### **Denial of Pregnancy and Neonaticide: Theoretical, Forensical and Clinical Aspects**

(Herrn Prof. Dr. med. H.-J. Vogt, Präsident der Akademie für Sexualmedizin,  
zum 60. Geburtstag gewidmet)

R. Wille, Kiel; K. M. Beier, Kiel

#### **Zusammenfassung**

Das Phänomen der 'Verdrängung' einer Schwangerschaft ist wenig bekannt, kann aber - wenn es bei der Geburt zum Tod des Kindes kommt - forensische Bedeutung erlangen. Nach einer Darstellung historischer und kriminologischer Aspekte wird, ausgehend von einem forensischen Fallbeispiel, das theoretische Konzept der 'Schwangerschaftsverdrängung' erläutert. Aufbauend auf bisherigen empirischen Untersuchungen werden Methoden und Ergebnisse einer repräsentativen Verbundstudie (n=213) zur 'verdrängten' und verheimlichten Schwangerschaft mit nachfolgender Kindestötung vorgestellt. In der Diskussion werden Parallelbeobachtungen aus der Geburtshilfe (mit meist überlebendem Kind) herangezogen, eine paradigmatische Kasuistik psychodynamisch interpretiert und kurz die forensischen Aspekte erörtert.

*Schlüsselwörter:* 'Verdrängte' Schwangerschaft, Kindestötung, weibliche Geschlechtlichkeit, Begutachtung (Schuldfähigkeit)

#### **Abstract:**

Occurrences concerning 'denial' of pregnancy are not well-known but are sure to attain great forensic relevance, if they result in the death of an infant at birth.

After discussing historical and criminological aspects, a theoretical concept about 'denial of pregnancy' is explained on the basis of a case report. Based on previous empirical investigations, methods and results of a representative multicenter study (n=213) on 'denied' and/or concealed pregnancy resulting in neonaticide are presented in this article.

The discussion covers analogous obstetric observations (mostly surviving infants), a paradigmatic casuistry is interpreted from a psychodynamic point of view and emphasis is given to forensic aspects.

*Key words:* Denial of pregnancy, neonaticide, female sexuality, expert appraisalment

Der Sexualmedizin, vor allem da, wo sie forensisch tätig ist, begegnet eine Vielfalt irrationalen menschlichen Verhaltens: beim Mann hauptsächlich im Bereich der mitunter bizarren Perversionen, bei Frauen eigentlich nur dann, wenn man die reproduktiven Anteile von Geschlechtlichkeit mitdenkt.

Dies wird besonders deutlich bei der 'verdrängten' Schwangerschaft, nicht zuletzt deshalb, weil diese dramatische Folgen haben und eine forensische Bedeutung dann erlangen kann, wenn sie mit der Kindestötung unter der Geburt endet.

Nach § 217 des Strafgesetzbuches, der rechtssystematisch zwischen den Tötungsdelikten und der Abtreibung eingeordnet ist, wird eine Mutter, welche ihr *nichteheliches Kind* in oder gleich nach der Geburt tötet, mit einer Freiheitsstrafe nicht unter 3 Jahren, in minder schweren Fällen nicht unter 6 Monaten bestraft. Diese vom Bayerischen (1813) und Preußischen (1851) Strafgesetzbuch beeinflusste und in das Reichsstrafgesetzbuch weitgehend übernommene Strafvorschrift begründet den im Vergleich zu Mord (§ 211 StGB) und Totschlag (§ 212 StGB) sehr milden Strafraumen vor allem mit der Ratlosigkeit, der Angst vor wirtschaftlicher Not und gesellschaftlicher Schande (dem sogenannten 'Ehrennotstand') der nichtehelich Gebärenden.

Rechtshistorisch geht diese Regelung zurück auf den aufklärerischen Diskurs Ende des 18. Jahrhunderts, der eine Humanisierung der Strafpraxis initiierte und auch zu neuen Strafrechtstheorien führte. In der frühen Neuzeit, insbesondere aber im 17. Jahrhundert war der Kindesmord das häufigste von Frauen begangene Kapitaldelikt und wurde mit besonders grausamen Todesstrafen belegt (vgl. van Dülmen 1991). Das beschämende Desinteresse an der sozialen Wirklichkeit und der psychischen Situation von Kindesmörderinnen wurde zum bewegenden und herausfordernden Motiv für bedeutende Vertreter des „Sturm und Drang“: Goethe behandelte das Thema in der Gretchentragödie seines „Faust“ (1774/1775), Heinrich Leopold Wagner schuf ein Drama mit dem Titel „Die Kindesmörderin“ (1776) und Friedrich Schiller ein Gedicht mit gleichem Titel (1781). Das bekannte, damals noch weit brisantere Dilemma zwischen Kriminalprävention und Moral brachte unmißverständlich die Mannheimer Preisfrage von 1780 zum Ausdruck („Welches sind die besten ausführbaren Mittel, dem Kindermord abzuwehren, ohne die Unzucht zu begünstigen?“), die beim Bildungsbürgertum auf größtes Interesse stieß, erkennbar an den über 400 eingegangenen Antworten. Bedeutung erlangt hat vor allem die Zuschrift des Schweizer Pädagogen Pestalozzi, welcher darauf hinwies, daß die ledige Mutter schon durch das Bekanntwerden einer außerehelichen Schwängerung größtmöglichen Schmähungen seitens der Gesellschaft, ihrer Angehörigen und des Staates ausgesetzt wird, so daß es nachvollziehbar sei, daß sich zum Geburtstermin hin eine ausweglos erscheinende Verzweiflung aufbaue (Pestalozzi 1780). 1813 setzte sich unter maßgeblichem Einfluß des aus Kiel kommenden Juristen P.J. Anselm von Feuerbach mit seiner weitgehend deterministischen Lehre vom „psychologischen Zwang“ (v. Feuerbach 1801) im Bayerischen Strafgesetzbuch diese moderne Auffassung erstmals in Deutschland durch und führte zur Abschaffung der Todesstrafe für Kindesmörderinnen; die meisten deutschen Partikulargesetzbücher folgten dem bayerischen Modell. Im Preußischen Strafrecht von 1851 und auch im Reichsstrafgesetzbuch von 1871 wurde die Privilegierung mit der sozialen Diskriminierung der nichtehelichen Mütter und deren peripartal besonderem Körper- und Geisteszustand begründet. Schon die fünf Strafrechtsentwürfe von 1905 bis 1930 sehen die Ausweitung der Sonderbestimmung auf die eheliche Mutter vor, wie sie in der ehemaligen DDR (§ 113), in Polen, Schweiz, England und Dänemark bereits kodifiziert war bzw. ist. Diesen moderneren Standpunkt machte sich bis März 1958 eine knappe Mehrheit der Strafrechtskommission zu eigen, bis dann ohne nachlesbare, geschweige denn einleuchtende Begründung die Entwürfe von 1959 und 1962 zur traditionellen Linie des Reichsstrafgesetzbuches zurückkehrten (vgl. Wahle 1967). Mit jährlich etwa 50 bekannt gewordenen, 30 ermittelten und nur 7 verurteilten Fällen gehört die Tötung unter der Geburt heute zu den seltenen Delikten. Dem war nicht immer so, wie das instruktive Beispiel Danzig für den Zeitraum 1558 bis 1731 zeigt (van Dülmen 1991: 62): Von 636 Todesstrafen insgesamt wurden 148 an Frauen vollstreckt, davon allein

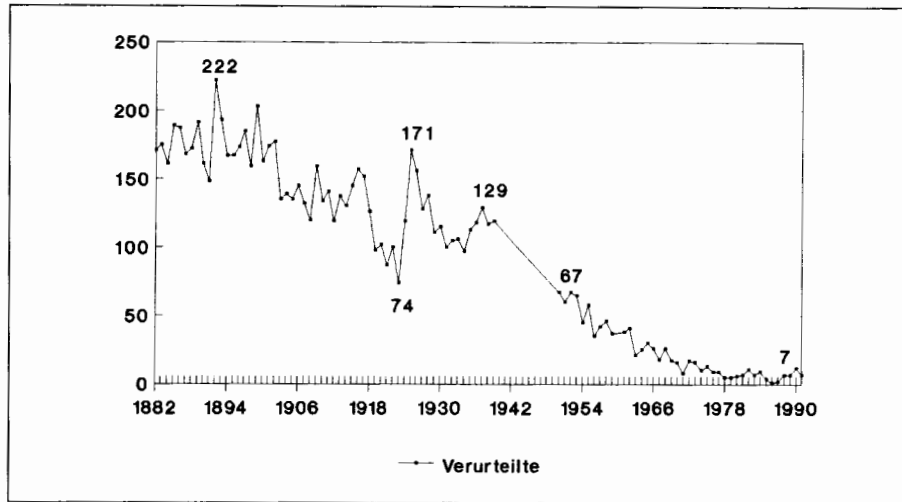


Abb. 1: Verurteilte wegen Kindestötung (§ 217) – Deutsches Reich 1882-1939, BRD 1950-1991

40% wegen Kindesmordes. Anfang des 20. Jahrhunderts stellte der Wiener Rechtsmediziner Haberda (1911) allein für den Landgerichtsbezirk Wien über einen Zeitraum von ebenfalls 10 Jahren genauso viele Fälle ( $n=211$ ) zusammen wie 80 Jahre später unsere Kieler Verbundstudie ( $n=213$ ) aller westdeutschen Bundesländer (vgl. Thomsen 1992; Bauermeister 1994). In der Verurteilten-Statistik läßt sich dieses Delikt bis 1882 zurückverfolgen. In den letzten 110 Jahren sank die durchschnittliche Zahl der verurteilten Frauen von jährlich rund 200 auf 7 (Abb. 1).

Detailliertere Angaben lassen sich der ab 1955 geführten polizeilichen Ermittlungsstatistik entnehmen, die in Abbildung 2 (siehe Seite 78) neben den erfaßten und aufgeklärten Fällen auch die absolute Zahl der Verurteilten enthält. Die Einführung oraler Kontrazeptiva und die Reform des § 218 StGB führte jedenfalls zu keiner drastischen Reduzierung. Interessant wären die entsprechenden (bislang nicht zugänglichen) Zahlen aus der ehemaligen DDR mit der dort geltenden Fristenlösung.

### Fallbeispiel

Unter dem Verdacht, eine strafbare Handlung nach § 217 StGB begangen zu haben, wurde vor einigen Jahren gegen eine 18-jährige ledige Gymnasiastin ermittelt, die sozial wie familiär gut integriert in einem 5-Personen-Haushalt bei den Eltern lebte und dem Abitur zustrebte.

Sie hatte ohne fremde Hilfe aus Steißlage ein Kind zur Welt gebracht und etwa eine halbe Stunde nach der Geburt das mit allen Zeichen der Reife versehene Neugeborene in Tücher gewickelt nachts bei kalter Witterung vor der Tür einer Sozialstation abgesetzt, geklingelt und nach Ansehen der Treppenbeleuchtung geglaubt, es würde dort aufgefunden. Tatsächlich starb das Kind aber an Unterkühlung (vom Gericht geprüft wurde deshalb insbesondere auch der § 221 StGB „Aussetzung mit Todesfolge“).

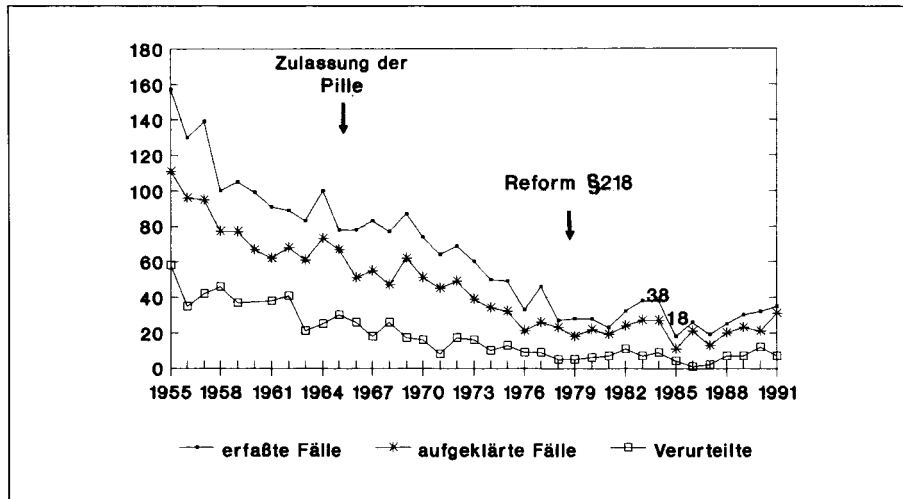


Abb. 2: Kindestötungsfälle in der BRD 1955-1991, Polizeiliche Ermittlungsstatistik und Verurteiltenstatistik

Bei den Explorations (anlässlich der staatsanwaltlich in Auftrag gegebenen Begutachtung) bot sie keine psychischen oder psycho-sexuellen Auffälligkeiten. Mit 17 Jahren erste koitale Beziehung zu einem 19-Jährigen; hierbei ist es trotz Empfängnisverhütung mit Kondomen zur Konzeption gekommen. Zum Schwangerschaftsverlauf gab sie nun rückblickend an, nie Schwangerschaftszeichen, keine Übelkeit, kein Erbrechen, insbesondere keine Zunahme des Bauchumfanges oder gar Kindsbewegungen festgestellt zu haben, im Gegenteil: bis zum Schluß hätte sie ihre Monatsblutung gehabt, ganz regelmäßig wie immer, vielleicht nicht ganz so stark. Noch in der 27. bis 30. Schwangerschaftswoche fuhr sie mit gleichaltrigen Mitschülern ans Mittelmeer und badete dort gänzlich unbekleidet wie die anderen auch. Nie sei sie auf den Gedanken gekommen, schwanger zu sein, aber auch nie von anderen auf diese Möglichkeit angesprochen worden.

Bis zwei Tage vor der Geburt nahm sie regelmäßig am Schul-, einschließlich Sportunterricht teil. Am Abend der Geburt ging sie mit „Magenverstimmung“, wie sie der Mutter sagte, ins Bett, verspürte etwa gegen Mitternacht ein „Rumoren im Bauch“, faßte sich zwischen die Beine, bemerkte Blut, tastete dann Hodensack und Gesäß des Kindes und begriff erst jetzt, daß sie dabei war zu gebären.

### 'Verdrängte' Schwangerschaft?

Die detaillierte, mit Hilfe der Familie objektivierte Rekonstruktion von Schwangerschaft und Geburt ließ eigentlich nur den Schluß zu, daß eine intelligente, altersentsprechend entwickelte und sexuell aufgeklärte, über Möglichkeiten und Anwendung von Empfängnisverhütungsmitteln gut informierte 18-Jährige mit durchschnittlichen schulischen Leistungen in der gymnasialen Oberstufe und geordnetem sozialen Hintergrund ihre Schwangerschaft nicht wahrgenommen hat und von der Geburt überrascht wurde.

Die Frage ist: Handelt es sich in diesem Fall um eine Ausnahme und entsprechen in anderen Fällen von Kindestötungen unter der Geburt die Mütter mehr dem in der Literatur

beschriebenen 'klassischen' Täterinnentyp einer minderbegabten, unreif-infantilen, zu-  
meist sozial desintegrierten jungen Frau, die ihre Schwangerschaft vor sich selbst durchaus  
registriert, aber aus Angst vor Schande und Sorge vor materieller Not gegenüber der  
Umgebung geschickt zu verbergen weiß? (vgl. die Literaturübersicht in Tabelle 1).  
Ist also die Verheimlichung der Schwangerschaft der 'übliche' motivationale Hintergrund  
bei Kindestötungen unter der Geburt und nicht wie in dem erwähnten Fallbeispiel eine  
lückenlos anmutende massive Erlebnisabwehr im Sinne einer 'Verdrängung', nämlich als  
Ausblendung nicht erwünschter Wahrnehmungen von der reflektierenden Bewußtseins-  
ebene?

### **Zur Theorie der 'verdrängten' Schwangerschaft**

Vor genau 40 Jahren hat der Hallermann-Schüler Gerchow seine Habilitationsschrift über  
die „Bedeutung der reaktiven Abnormisierung für die Beurteilung von Kindesmörderinnen“  
der Kieler Medizinischen Fakultät vorgelegt und dort als erster das Phänomen der  
'Schwangerschaftsverdrängung' ausführlich beschrieben (Gerchow 1954; vgl. auch Gerchow  
1957; Gerchow 1959/1960; Gerchow 1964a; 1964b).

Unter 'Verdrängung' verstand Gerchow ein „Hinausschieben unliebsamer und ambivalen-  
ter Tatbestände aus dem Blickfeld des Bewußtseins“ (Gerchow 1957 : 67) und ging davon  
aus, daß der Übergang zur Verheimlichung der Schwangerschaft in einer Vielzahl von  
Mischungen vorkommen könne und beides letztlich dasselbe, nämlich eine Flucht aus der  
Wirklichkeit bedeute, die aus lebensgeschichtlichen, konstellativen und konstitutionellen  
Faktoren resultiere und zu einer reaktiv fixierten Abwehrhaltung in einer „Grenzsituation“  
(Jaspers) führe.

Auf eine bedrückende, zugleich aber besonders überzeugende Weise wird Gerchows  
Auffassung durch die weitere Entwicklung der oben als Fallbeispiel angeführten Gymna-  
siastin bestätigt: Sie hat ziemlich genau 1 Jahr nach dem tragischen Tod des ersten Kindes  
eine zweite Schwangerschaft über die ersten 7 Monate hin erneut 'verdrängt', in den letzten  
Wochen dann verheimlicht, und die Mutter erst anlässlich der Austreibungswehen, eher  
beiläufig, informiert („Du, ich bekomme ein Kind“). Trotz der sofort herbeigerufenen  
ärztlichen Hilfe wurde es dann eine Hausgeburt mit Assistenz der Mutter, die bis heute das  
prächtigt gedeihende Enkelkind versorgt. Nur konstellative Bedingungen haben hier verhin-  
dert, daß möglicherweise wieder neben § 221 der § 217 StGB zur Diskussion gestanden hätte  
– die psychopathologische Dimension des Geschehens entsprach hingegen ganz dem  
Verlauf der ersten Schwangerschaft (Abb. 3).

Das könnte bedeuten, daß es auf die Frage nach den eingesetzten Abwehrmechanismen –  
also Verdrängung oder Verheimlichung – gar nicht so ankommt, denn in beiden Fällen ist  
das Resultat dasselbe: Eine ambivalente Passivität hält alles in der Schwebe, und zwar nicht  
nur bis zur Geburt, sondern noch darüber hinaus.

Passend zu diesem ambivalenten „Nein“ wäre es daher vielleicht sogar sinnvoller, übergrei-  
fend von der 'negierten' Schwangerschaft zu sprechen (im angloamerikanischen Sprach-  
raum wird der Terminus 'denial of pregnancy' verwendet) und – der Auffassung von  
Gerchow folgend – Gravidität und Geburt als psychologisch einheitlichen Komplex zu  
sehen. Die juristischen Voraussetzungen des Vorsatzes (bewußte Tötungsabsicht) oder auch  
des bedingten Vorsatzes (wissentliche Inkaufnahme des Todes) lassen sich nur schwer

Tab. 1: Empirische Studien zur Kindestötung unter der Geburt (forensische Fälle)

Autor/Jahr	Gerchow 1957	Hirschmann 1958	Faust 1967
Fallzahl/ Methode	n = 15: ausführliche Einzelfallanalysen	n = 45: 28 in der Literatur beschriebene Fälle und 17 Strafakten aus den Jahren 1945-1955; "Struktur- analyse" zur Aufhellung der Charakterstruktur im Sinne Kretschmers	n = 45: Auswertung von Gutachtenunterlagen (zurückreichend bis 1947)
"Typologie"?	a) "körperlich und psychisch relativ Reife mit Infantilismen" b) "Infantile mit körperlichen und psychischen Retardierungen" c) "Hyperthyme mit infantilen und puberalen Zügen" d) "Schwachsinnige und Antriebsarme"	1) "Infantile Täterinnen" (Jugendliche) 2) "Retardierte Persönlichkeiten" 3) "Schwachsinnige Täterinnen" 4) "Gemütskalte und willenstarke Täterinnen" 5) "Persönlichkeiten mit Neigungen zu hysterischen Reaktionen" 6) "Seltene Fälle"	"Herausstellung eines bestimmten Täterinnentyps wegen der Vielfältigkeit der Hintergründe und der äußeren Einflüsse auf das Tatgeschehen nicht möglich"
Bedeutung der "Verdrän- gung"?	Schwangerschaftsver- drängung ist Ausdruck eines Versagens in der durch Ratlosigkeit gekennzeichneten "Grenzsituation"; Fehlen typischer Schwanger- schaftszeichen sind Folge der Verdrängung (kei- ne Schutzbehauptung)	"Verdrängungsprozeß" führt zur "subjektiven Geburtsüberraschung" (betrifft vor allem die typologischen Beschreibungen 1-3)	Als Abwehrmechanismen abgelehnt; es handelt sich eher um ein "Selbstbelügen", "Abwarten" oder "Nicht-Wahrhaben- -Wollen"
Bedeutung der Verheim- lichung?	"Alle Übergänge von der zweckvoll gelenkten, bewußten bis zur unbewußten Reaktionsgestaltung"	Keine Abgrenzung zur "Verdrängung"	Verheimlichung kennzeichnet den Schwangerschaftsverlauf und könne als "scheinbare Verdrängung" anmuten
Modell zur Motivlage?	"Komplexe Motivbündel", die aus lebensgeschichtlichen, konstellativen und konstitutionellen Faktoren resultieren; "Verdrängung ist der komplexe gemeinsame motivische Hauptfaktor"	"Konvergenzdelikt": Konvergenz von Struktur der Täterin (höhere Wahrscheinlichkeit eines Abbaus höherer Persön- lichkeitsschichten, "so daß Primitivreaktionen zum Vorschein kommen können") und äußerer Situationen	Eine Korrelation zwischen angegebenem und erkennbarem Motiv und der Täterinpersönlichkeit ist nicht herzuleiten

Autor/Jahr	Trube-Becker 1975	Rodegra 1981	Püschel 1988
Fallzahl/ Methode	n = 161: Auswertung von Gutachtenunterlagen (der Jahre 1947-1974)	n = 56: Auswertung von Gerichtsakten (der Jahre 1953-1977)	n = 19: Auswertung von Gutachtenunterlagen (der Jahre 1977-1986)
"Typologie"?	Es gibt "keinen festumrissenen Typ der Kindermörderin", aber "Die Täterin ist in der Regel jung, unreif und undifferenziert."	nein	"Fast ausnahmslos sehr junge Frauen", "regelmäßig in einem schlichten Milieu aufgewachsen", unzureichend aufgeklärt und von nur geringem Bildungsniveau
Bedeutung der "Verdrängung"?	Verdrängung als Hauptmechanismus der Erlebnisabwehr (im Sinne von Gerchow 1957), aber Skepsis gegenüber Schutzbehauptungen und Einreden	Verdrängung wird als in der Literatur beschrieben erwähnt	Verdrängung wird als Hauptmechanismus diskutiert und im Sinne von Gerchow aufgefaßt
Bedeutung der Verheimlichung?	Keine Abgrenzung zur Verdrängung	Unterteilung in 1) "totale Verheimlichung" 2) "teilweise Verheimlichung" 3) "keine Verheimlichung" Für 1) und 2) wird Gerchows Definition der Verdrängung (1957) angeführt: "Erlebnisabwehr im Sinne eines Hinausschiebens unliebsamer Tatbestände aus dem Blickfeld des Bewußtseins"	Keine Abgrenzung zur Verdrängung
Modell zur Motivlage?	An einer eigenständigen Entwicklung (auch aus sozokulturellen Gründen) gehinderte Frauen; "Sog. Ehrennotstand, Angst vor Schande (...) und Sorge vor materieller Not müssen auch heute noch neben Ärger auf den Erzeuger als Motiv für die Kindstötung bejaht werden."	Neben wirtschaftlichen Gründen spiele das Schamgefühl eine "dominierende Rolle"; die Gesundheitsaufklärung berücksichtige nicht genügend Themen wie Schwangerschaft und Geburt	Im Sinne von Gerchow: "Die Motivlage unter der Geburt und während der (...) Schwangerschaft ist durch die Verdrängung einer als auswegslos empfundenen Situation gekennzeichnet."



**Geschehen 1988 in Schleswig-Holstein:**

18jährige Schwangere geht bis 2 Tage vor der Geburt zur Schule (gymnasiale Oberstufe), beteiligt sich wie alle anderen auch am Sportunterricht.  
Sie lebt in einem 5-Personen Haushalt: Die Schwangerschaft wurde von keinem bemerkt.

Mit «Magenverstimmung» ins Bett gegangen, in der Nacht dann «Rumoren im Bauch» gespürt, zwischen die Beine gefaßt, Blut bemerkt.

Entwicklung einer Steißgeburt in eigener Regie.

30 Minuten nach der Geburt das Kind in ein Laken gewickelt und vor die Tür einer Sozialstation des DRK (ca. 300m entfernt) gebracht und geklingelt, bis Licht gemacht wurde, dann eilig zurück in die Wohnung (mit am Oberschenkel noch hängender Nabelschnur).

Drei Tage später wieder zur Schule.

Das Kind verstarb an Unterkühlung; es wurde erst am nächsten Morgen aufgefunden.

Das Verfahren wurde eingestellt; (juristischer Vorwurf: § 217, Kindstötung).

1990 erneute Verdrängung einer Schwangerschaft bis zum 7. Monat; anschließend Verheimlichung. Informiert die Mutter erst wenige Minuten vor der (Haus-)geburt.

**Abb. 3:** Forensischer Fall einer verdrängten Schwangerschaft

anwenden; wegen der motivischen Vorverlegung läge eher eine „typisierte fahrlässige Kindstötung“ nahe. In seiner souveränen Abrechnung mit der medizinisch-rückschrittlichen Inkompetenz des Strafrechtsentwurfes von 1962 argumentiert Gerchow bei formaler Zurückhaltung ungewöhnlich deutlich, wenn er dort auf „durchaus vermeidbare Blößen des Gesetzgebers“ hinweist: „Viele Fragen sind nach wie vor ungelöst; aber wesentliche Zusammenhänge können als so weit geklärt angesehen werden, daß sich die strafrechtliche Sonderstellung der Kindstötung begründen läßt. Voraussetzung ist, daß man Schwangerschaft und Geburt als einen psychologisch und biologisch einheitlichen Vorgang wertet. Die Gebärsituation reicht nicht aus, um damit die Sondernatur des § 217 StGB, bzw. § 136 E1962 begründen zu können. Man muß darüber hinaus anerkennen, daß es nicht nur Kindstötung, sondern auch Kindesmord gibt, also ein Tatbestand, der keine Sonderregelung verdient. Wir halten weiterhin eine Ausdehnung des Privilegs auf eheliche Mütter für notwendig, schließlich sollte konsequenterweise auch die fahrlässige Kindstötung als ein selbständiges Delikt herausgestellt werden“ (Gerchow 1964:235).

Schaut man dagegen in die einschlägigen rechtsmedizinischen Publikationen der letzten Jahre, so wird die Auffassung von Gerchow zwar häufig zitiert, aber letztlich nur halbherzig rezipiert, wie etwa von Trube-Becker: „Die Schwangere will die Schwangerschaft nicht wahrhaben und hofft bis zuletzt auf ein ‘Wunder’“ (Trube-Becker 1975:9). Ihre Tabelle 8 listet 82 „Motive und Schutzbehauptungen“ auf, von denen nur 12 als Verdrängung interpretiert werden können. Forster führt unter dem Zwischentitel „Einreden der Kinds-

mutter einschließlich möglicher Fehlerquellen bei der Begutachtung“ mit unverkennbarer Skepsis u.a. Ohnmacht und Unwissenheit auf, die für ihn „häufig lediglich Schutzbehauptungen“ sind (Forster 1986:217).

### **Empirische Studien zur Kindestötung unter der Geburt**

Besonderes Interesse verdienen die bisher veröffentlichten empirischen Untersuchungen zum Thema: Beschränkt man sich auf Studien der letzten 40 Jahre, so wird erkennbar, daß insbesondere die detaillierten Einzelfallanalysen (Gerchow 1957; Hirschmann 1958) zu Hypothesenbildungen Anlaß gaben, die noch heute Bestand haben. Dies gilt sowohl für die von Gerchow meisterhaft dargestellten psychologischen Vorgänge von der Überraschung bis hin zur Überforderung in der Gebärsituation und daraus abgeleitete Überlegungen zur Verdrängung und Verheimlichung der Schwangerschaft als sich überlappende Abwehrmechanismen, wie auch die von Hirschmann und Schmitz (1958) sehr einleuchtend herausgearbeitete Charakterisierung der Kindestötung als einem „Konvergenzdelikt“ (Tab. 1).

Alle späteren Autoren orientieren sich an diesen Vorgaben, kommen aber zu schwer vergleichbaren Ergebnissen: Faust (1967) weist die Möglichkeit einer 'Schwangerschaftsverdrängung' zurück, es handele sich durchweg um Verheimlichungen; Rodegra (1981) geht auf 'Verdrängung' nicht näher ein, verwendet aber für seine Unterteilung der Verheimlichung Gerchows Konzept der 'Schwangerschaftsverdrängung'; Trube-Becker (1975) setzt wiederum 'Verdrängung' als Hauptmechanismus der Erlebnisabwehr (im Sinne von Gerchow) grundsätzlich voraus, diskutiert die (von Gerchow angenommenen) Übergänge zur Verheimlichung allerdings ebenso wenig wie Püschel in einer neueren Arbeit (Püschel 1988). Wenig überzeugend sind daher auch die verschiedenen Modelle zur Motivlage: Faust (1967) hält die Durchdringung der motivationalen Zusammenhänge für kaum möglich, Trube-Becker (1975) verweist sogar wieder auf „Ehrennotstand“ und „Angst vor Schande“ wie auch Rodegra (1981), der wirtschaftlichen Gründen und dem Schamgefühl eine „dominierende Rolle“ zuschreibt (Tab. 1).

### **Material und Methode der Kieler Verbundstudie**

Im Rahmen der konzeptionellen Planung einer empirischen Studie über 'Schwangerschaftsverdrängung' und Schwangerschaftsverheimlichung mit nachfolgender Kindestötung unter der Geburt (§217 StGB) war zunächst zu überlegen, welche Kriterien bei der Rekonstruktion des Schwangerschaftsverlaufes überhaupt dazu berechtigen würden, um die Erlebnisverarbeitung der 'Verdrängung' anzunehmen.

Man müßte mindestens fordern:

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. Verknennung der einsetzenden Wehen und Überraschtwerden von der Geburt.

Berücksichtigt man das grundsätzliche Dilemma der forensischen Medizin, für objektives und subjektives Tatgeschehen keine prospektiven, sondern nur retrospektive Analysen durchführen zu können und entsprechend in erster Linie auf Aussagen und die sogenannten stummen Tatzeugen angewiesen zu sein, so wäre diese Kriteriaologie noch der objektivste Maßstab für die Klinik der 'verdrängten' Schwangerschaft und eine sinnvolle methodische Vorgabe für die Forschung.

Will man induktiv vorgehen, so bedarf es zur Fallanalyse und empirischen Überprüfung einer ausreichend großen Fallzahl. Entsprechend den Angaben über die Häufigkeit von Kindstötungen aus der polizeilichen Kriminalstatistik bewegt sich die Anzahl der Ermittlungen wegen § 217 StGB in den alten Bundesländern für die Jahre 1980 bis 1989 zwischen 18 und 38 Fällen, jahresdurchschnittlich sind es 23 Fälle (Abb. 2).

Daher ist bei 30 Rechtsmedizinischen Instituten in den alten Bundesländern *pro Jahr mit weniger als einem Fall* zu rechnen, so daß nur auf dem Wege einer überregionalen Studie eine ausreichend große Ausgangsbasis für eine empirische Untersuchung geschaffen werden konnte.

Schon bei den Vorgesprächen zeigten alle Direktoren der (west-) deutschen Institute für Rechtsmedizin ein uneingeschränktes Interesse und eine dankenswerte Kooperationsbereitschaft, so daß letztlich nur Termine und Details des Datenschutzes abgeklärt werden mußten. 26 von 30 Instituten stellten uns ihre anonymisierten einschlägigen Sektionsprotokolle der Jahre 1980 bis 1989, oft mit handschriftlichen Aufzeichnungen über eigene Beobachtungen oder polizeiliche Ermittlungen, zur Verfügung. In 4 Instituten enthielten die Sektionsbücher keine entsprechenden Eintragungen, wegen zweier verspätet eingegangener Unterlagen erhöhte sich die Ausgangszahl von 211 (vgl. Thomsen 1992) auf 213 (vgl. Bauermeister 1994). Weil 76 Mütter nicht ermittelt werden konnten (Aufklärungsquote 66%), reduzierte sich die Zahl auf 137, von denen wiederum nur 98 mehr oder meist minder vollständige Angaben zur Vorgeschichte, Geburt und den Tatumständen enthielten. Dem großen Interesse der rechtsmedizinischen Mitarbeiter an dieser Thematik ist es zu verdanken, daß auch weiteren Fragen über das unmittelbare staatsanwaltliche Interesse an der Todesursache hinaus nachgegangen werden konnte. Zusätzliche Dokumente wie Vernehmungsprotokolle, handschriftliche Notizen aus den Gerichtsverhandlungen, Lebensläufe, psychiatrische Gutachten, Anklageschriften und Urteile summierten sich zu einem interessanten Subfundus von genau 50 Fällen, die auch über die juristische Problematik Aussagen erlauben (Abb. 4).

Auch wenn diese nunmehr vollständigen Unterlagen noch nicht abschließend ausgewertet werden konnten, so zeigt eine vorläufige Sichtung doch, daß die Ratlosigkeit der Juristen denen der Mediziner und Polizeibeamten in keiner Weise nachsteht. Nicht zuletzt dieser Hilflosigkeit gegenüber dem subjektiven und objektiven Tatbestand ist es wohl zuzuschrei-

<b>n = 213</b>		<b>Sektionen von Neugeborenen unter § 217 - Verdacht</b>
davon		
<b>n = 137</b>		<b>Fälle mit ermittelter Mutter</b>
davon		
<b>n = 98</b>		<b>Angaben zur Schwangerschaftsverarbeitung</b>
n = 42		verdrängte Schwangerschaften
n = 51		verheimlichte Schwangerschaften
n = 5		auch der Umgebung mitgeteilte Schwangerschaften
von den n = 98		
<b>n = 50</b>		<b>mit vervollständigten Prozeßunterlagen</b>
I.		
n = 23		Anklagen
n = 5		fehlende Anklagen
n = 22		Einstellungsbeschlüsse
II.		
n = 41		Gutachten zur Schuldfähigkeit
n = 3		Gutachten zu gynäkologischen Fragen
n = 6		Jugendamtsberichte
III.		
n = 50		Urteile bzw. Einstellungen

**Abb. 4:** *Kindstötung unter der Geburt (§ 217 StGB) – Daten der Kieler Verbundstudie aller Westdeutschen Institute für Rechtsmedizin über die Jahre 1980 bis 1989*

ben, daß fast die Hälfte der Ermittlungen zur Einstellung führten und allgemein die Bestrafungen erstaunlich milde ausfielen (nur zwei nicht zur Bewährung ausgesetzte Freiheitsstrafen). Schon vor der endgültigen Auswertung kann nur wenigen Verfahren attestiert werden, daß (nahezu) alles *lege artis* verlief; bei einigen sind nahezu allen Beteiligten (Angehörigen, behandelnde Ärzte, Polizei, Jugendamt, Aufsichtsbehörde, forensischer Pathologe und Gutachter, Staatsanwälte und Richter) zum Teil bemerkenswerte Fehlleistungen unterlaufen.

Obwohl wir uns wegen der unterschiedlichen Selektionsmerkmale und nicht zuletzt aus Datenschutzgründen mit einer 85%igen Erfassungsquote gegenüber der polizeilichen Ermittlungsstatistik begnügen müssen, halten wir unsere Zahlen für zuverlässig. Die 10 Mütter mit subjektiv und objektiv ehelichen Kindern wurden bewußt einbezogen, um eventuelle Unterschiede zwischen den nichtehelichen und ehelichen Schwangerschaften herausarbeiten zu können. Vom Forschungsansatz her stellen wir somit eine retrospektive Volluntersuchung vor, die aber trotz der genannten Einschränkungen in den wichtigsten Items als repräsentativ anzusehen ist.

## Ergebnisse

Von den demographischen Daten unseres Kollektives werden nur die thematisch bedeutsamen erwähnt. Soweit es sich um unterschiedlich vollständige Datensätze handelt, werden

die einzelnen Merkmale in (aufgerundeten) Prozentanteilen aufgeführt. Das durchschnittliche Alter betrug 21,8 Jahre; die jüngste Mutter war 14, die älteste 42 Jahre alt. Vom Familienstand her waren 75% ledig, 25% verheiratet. 56% wohnten bei den Eltern, 27% bei ihrem Partner und nur 17% allein oder in einem Wohnheim. Knapp die Hälfte der Tatverdächtigen lebten mit Freund oder Ehemann zusammen; bei einem Drittel war der heimliche oder ehemalige Freund der Vater des Kindes. Nur in seltenen Fällen waren es nicht feste Beziehungen, die zur Schwangerschaft führten: flüchtige Bekanntschaften (12%) oder Inzest und Vergewaltigung (8%).

40% der Frauen befanden sich zum Tatzeitpunkt noch in einer Ausbildung, also in einer Lebensphase, in der sie noch in sozialer Abhängigkeit vom Elternhaus lebten, aber sich sozial schon langsam abnabelten, um auf eigenen Füßen zu stehen. Den nächstgrößten Anteil (25%) hat die Gruppe der Angestellten mit qualifizierten Ausbildungsberufen. Bei den 25% Arbeiterinnen überwogen die ungelernen oder angelernten Tätigkeiten ohne berufliche Qualifikation.

In Übereinstimmung mit allen Voruntersuchungen stellen auch bei uns die unterdurchschnittlich Begabten, beruflich und schulisch Unterqualifizierten die größte Gruppe dar. Jedoch findet sich dieses Delikt in nahezu allen Intelligenz- und Bildungsgraden.

In 82% wurde überhaupt kein Arzt während der Schwangerschaft aufgesucht. In 17% beschränkten sich die Untersuchungen im wesentlichen auf die Feststellung der Schwangerschaft, nur eine Frau ging regelmäßig zum Arzt und führte auch einen Mutterpaß, verheimlichte dennoch vor der häuslichen Umgebung ihre Gravidität.

Für aufschlußreich halten wir den Befund, daß nur zwei Drittel aller Mütter Erstgebärende waren. Bei 30% endete die zweite oder dritte Schwangerschaft mit der Kindestötung, die (je einmal sogar vier und fünf) vorhergehenden Schwangerschaften seien völlig unauffällig verlaufen; die Kinder wurden im Krankenhaus geboren und wuchsen im Familienkreis auf. Von den forensisch-pathologischen Befunden sei in dem Zusammenhang vor allem erwähnt, daß nach den Sektionsprotokollen 90% der Neugeborenen zwischen 3000 und 4000g wogen und 86% von den Obduzenten als reif eingestuft wurden – es sich also keineswegs um besonders kleine oder leichte Föten handelte (vgl. Thomsen 1992).

Daß die Tötung unter der Geburt eine lange (unbewußte?) Vorgeschichte hat und keineswegs das Produkt eines plötzlichen Einfalles oder eines kurzfristigen Tatentschlusses ist, wird auch dadurch deutlich, daß nur in wenigen Fällen, und dann auch nur sehr unvollständig, Geburtsvorbereitungen getroffen wurden, die eine komplikationsfreie Geburt und angemessene Versorgung des Neugeborenen gewährleisten hätten.

Diese Erkenntnis öffnet den Zugang zu der spezifischen Kriminalpsychologie dieses Deliktes und damit auch zum interessantesten Ergebnisteil dieser Untersuchung, nämlich zur faszinierenden Psychosomatik der verheimlichten oder 'verdrängten' Schwangerschaft. Denn von dem forensisch üblichen mehr oder weniger gekonnten Ableugnen, von der katathymen Verfälschung oder der 'Verdrängung' bis zur pseudologistischen Selbsttäuschung unterscheidet sich dieses Phänomen durch die zusätzliche Somatisierung im Verlaufe der fortschreitenden Schwangerschaft.

Aus der theoretischen und durch unsere Eingangskasuistik bestätigten Erkenntnis, daß zwischen nahezu unauffälliger Schwangerschaftsverarbeitung bis zur nicht bewußtseins-

dominanten Verdrängung alle Zwischenstadien vorkommen, wurde das Ausgangskollektiv von 98 Müttern nach den oben angegebenen 8 Kriterien untersucht, die zur Annahme einer 'Schwangerschaftsverdrängung' berechtigen würden. In 42 Fällen lagen entweder alle diese Kriterien vor oder es fehlten Hinweise, die gegen sie sprachen; so konnte etwa ein unverändertes Sexualverhalten in der Partnerschaft nicht gefordert werden, wenn eine solche nicht bestand. In den verbleibenden anderen Fällen wurde grundsätzlich von einer Verheimlichung der Schwangerschaft ausgegangen (n=51); in 5 Fällen fehlte mindestens gegenüber der näheren Umgebung jegliche Verheimlichungsabsicht.

Ein Vergleich zwischen den Müttern mit 'verdrängter' und verheimlichter Schwangerschaft zeigte hinsichtlich Alter, Wohnverhältnisse, Beruf/Ausbildung, Familienstand, Beziehung zum Kindsvater sowie Anzahl der Schwangerschaften keine auffälligen Unterschiede (vgl. Tab. 2, siehe Seite 88), so daß wirklich nur die subjektive Verarbeitung als entscheidende Bewertungsebene angesehen werden muß. So bestätigt sich auch das von Gerchow konstatierte Kontinuum vom (bewußten) „Kindesmord“ bis zur überraschenden Überforderungssituation mit extrem eingeeengten Handlungsfreiräumen. Diese Erkenntnis kann für das generelle Verständnis des bislang rätselhaften und zur Skepsis geradezu herausfordernden Phänomens der Kindstötung unter der Geburt von Bedeutung sein, aber auch eine Grundlage für den Gesetzgeber sowie für die richterliche Beweiswürdigung und nicht zuletzt für die gutachterliche Bewertung der Schuldfähigkeit abgeben.

Da unter forensisch-sexualmedizinischen und psychosomatischen Aspekten die – ohnehin wenigen – Fälle der bewußten und der Umgebung bekannten Schwangerschaft (n=5) von geringerem Interesse sind, sollen nur die 'verdrängte' und die verheimlichte Schwangerschaft diskutiert werden.

### **Forensische Phänomenologie der 'negierten' Schwangerschaft**

Dem sogenannten 'gesunden Menschenverstand' scheint es unfäßlich, daß ein Neugeborenes mit normalen neonatologischen Daten und allen Zeichen der Reife bis zur Geburt im kleinen Becken einfach versteckt werden kann. Ähnlich schwer vorstellbar ist, daß eine Schwangere die Gewichtszunahme nicht bemerkt, oder auch, daß Schwangerschaftszeichen (wie etwa Sistieren der Regelblutung, Pigmentierung der Brustwarzen, morgendliche Hyperemesis usw.) ausbleiben sollen.

Dies gilt auch für die 51 Fälle der verheimlichten Schwangerschaft. Der werdenden Mutter war ihr Zustand bewußt, aber trotz gutmütiger oder spitzer Anspielungen auf die Gewichtszunahme haben sich erfahrene Mütter und nahe Angehörige trotz engen Zusammenlebens bei Tag und Nacht täuschen lassen, vielleicht sogar mitunter ganz gerne im Interesse des Familienprestige dem Wunschdenken nachgegeben. Straffe Bauchdecken oder Adipositas, weite Kleidung oder treuherzige Beteuerungen, sichtbar benutzte Tampons und blutverschmutzte Unterwäsche sind mehr oder minder bewußte Instrumentalisierungen, die in fast keiner dieser 51 Kasuistiken fehlen. Für die ersten 30 Gestationswochen noch nachvollziehbar, ist es danach schon ein erstaunliches Phänomen, die Biologie der Hochschwangerschaft mehr oder weniger erfolgreich zu verdecken.

Beherrscht allerdings eine strenge soziale Kontrolle das nähere und weitere Umfeld, dann entstehen Gerüchte und Gerüchte, denen die 'Heimlichtuerin' mit Dementis oder anderen Defensivstrategien begegnen muß. Dennoch lassen sich die Tuscheleien oft nicht zum

**Tab. 2:** Ergebnisse der Kieler Verbundstudie: Vergleich zwischen 'verdrängter' und verheimlichter Schwangerschaft

	Schwangerschaft 'verdrängt' (n = 42)	Schwangerschaft verheimlicht (n = 51)
1. Alter		
15-20 Jahre	53 %	60 %
21-30 Jahre	38 %	26 %
älter als 30 Jahre	9 %	14 %
2. Wohnverhältnisse		
mit Eltern	57 %	56 %
mit Ehemann/Freund	30 %	26 %
alleinlebend	13 %	18 %
3. Beruf/Ausbildung		
Sonderschülerin	6 %	3 %
Schülerin/Auszubildende	29 %	26 %
Angestellte	35 %	42 %
Arbeiterin/Hausfrau	24 %	23 %
Anderes	6 %	6 %
4. Familienstand		
ledig	73 %	72 %
verheiratet	24 %	25 %
geschieden/getrennt	3 %	3 %
5. Beziehung zum Kindesvater		
aktuelle Partnerschaft	68 %	63 %
ehemalige Partnerschaft	9 %	23 %
flüchtige Bekanntschaft	18 %	10 %
Anderes	5 %	4 %
6. Anzahl der Schwangerschaften		
Erste	66 %	63 %
Zweite	22 %	21 %
Dritte und mehr	12 %	16 %

Verstummen bringen. Gar nicht so selten gelingt es den verheimlichenden Schwangeren, dem Partner gegenüber prekäre Intimsituationen zu meistern, um ihre Schwangerschaft zu verbergen. In den Strafprozessen wird allerdings nur selten derartigen Ermittlungsergebnissen von den (männlichen oder weiblichen) Gerichtsvorsitzenden nachgegangen und auch in den psychiatrischen Gutachten kaum kritisch erörtert. Die unübersehbaren, ängstlich-abschirmenden Verheimlichungstendenzen dürften aber doch zum generellen Mißtrauen der forensischen Pathologen beigetragen haben, das sich in der Skepsis der Rechtsmediziner gegenüber „Schutzbehauptungen“ niederschlägt. Unbestreitbar zeigt jedoch die verheimlichte Schwangerschaft, wie stark die Psyche unseren Körper formen kann, wie weit sie auf Hormon- und Wasserhaushalt, auf den Muskeltonus, das gesamte Vegetativum und Verhalten Einfluß ausüben kann. Ein Gynäkologe berichtete äußerst anschaulich, daß sich





12 Tage vor der Geburt wurden wegen geschwollener Füße während eines viertägigen stationären Aufenthaltes Massagen mittels eines Spezialgerätes verabreicht, ohne daß eine Schwangerschaft festgestellt wurde. Freitagabend um 20.15 Uhr nach dem Abendessen hört der vor dem Fernseher sitzende Ehemann seine Frau zwischen Schlaf- und Badezimmer hin und hergehen. 3 Minuten später eilt auf einen Ruf hin der Mann ins Bad, wo die Ehefrau bleich, verwirrt und ratlos auf die Toilettenschüssel weist, in der das Neugeborene liegt und sich nicht mehr bewegt.

Die Adipositas in diesem Falle ist aber keine hinreichende Erklärung, denn in einem Parallelfall war die Mutter eher überschlanke, wog 55kg, war früher sogar einmal anorektisch gewesen. Die Periode war schon immer unregelmäßig gewesen, so daß die 33-Jährige nach 10 Jahren Ehe nicht mehr ernsthaft mit einer Schwangerschaft rechnete. Drei Tage vor der Geburt Rücken- und Bauchschmerzen. Der herbeigerufene Notdienstarzt mit einem begleitenden Medizinstudenten im Praktischen Jahr untersuchte den Leib und trotz des getasteten „Knubbelchens“, auf den die Patientin hinwies, lautete die Diagnose „Völlegefühl“. Der begleitende Medizinstudent tastete ebenfalls den Bauch ab und äußerte „irgend etwas ist da nicht in Ordnung“. Man verordnete ein Spasmolytikum, das die Schmerzen beendete, die sich dann aber nachts wieder so heftig einstellten, daß der gleiche Arzt nochmals den Bauch abhörte, allerdings trotz des Hinweises, es schmerze vor allem zwischen den Beinen, nicht gynäkologisch untersuchte. Zwei Tage später mußte die gynäkologisch vorgebildete Vertreterin des Hausarztes gerufen werden, die ohne Untersuchung eine krampflösende Injektion gab, obwohl die Patientin angab, sie fühle zwischen den Beinen „ein großes Geschwulst“.

Als dann die kolikartigen Schmerzen weiter zunahmen, eilte der Hausarzt herbei, der aber nur noch ein totes Kind mit einem Gewicht von 2500g vorfand. Kolleginnen, Mutter und Geschwister hatten nichts von der Schwangerschaft bemerkt; der Ehemann hat gegen die Ärzte Klage eingereicht, die ihrerseits nicht fassen konnten, daß eine Frau nichts von ihrer fortgeschrittenen Schwangerschaft wisse.

Wer will an der Arglosigkeit zweifeln, wenn in 10 Fällen kurz vor der Geburt Ärzte aufgesucht oder zu Besuchen gebeten und eine gründliche Untersuchung veranlaßt wurde. Ein Arzt diagnostiziert eine Zystitis, schickt die Patientin nach Hause, wo sie wenige Stunden später gebiert und das Kind tötet.

Eine 17 Jährige springt im Turnunterricht vor ihren Mitschülerinnen und mit Unterstützung der Turnlehrerin 5 Tage vor der Geburt auf dem Trampolin ohne aufzufallen.

Diese Auflistung der geradezu grotesken Unglaublichkeiten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt ist keineswegs vollständig und läßt sich in Einzelfällen auch auf das nicht realisierte Geburtsgeschehen erweitern (vgl. Naujoks 1957).

Frauen verfügen also prinzipiell über die Möglichkeit, eine Schwangerschaft psychosomatisch so zu „dissimulieren“, daß sie den Blicken der Umgebung verborgen bleibt und auch den untersuchenden Ärzten nicht auffällt.

Den intensivsten und intimsten Kontakt mit dem graviden Körper haben aber sicherlich die Sexualpartner. Diese müßten doch – so könnte man annehmen – auf jeden Fall etwas mitbekommen.

Die forensische Sexualmedizin muß diese androzentrische Meinung zurückweisen. In den letzten 4 Tagen der Schwangerschaft haben mindestens vier Sexualpartner (unter Einbeziehung der letzten 2 Wochen zehn Männer) beim Koitus keine Veränderung bemerkt.

Sicherlich gehört zur Psychologie der Intimsituation eine gewisse psychomentele Regression und Herabsetzung der sensorischen Wahrnehmungsqualitäten. Kritisch anzumerken ist auch, daß die entsprechenden Aussagen sich nur auf die Tatsache der stattgehabten Kohabitation beschränkten und nicht sexualmedizinisch konkretisiert wurden. Angesichts der glaubhaften Angaben der Intimpartner, denen man ihr staunendes Kopfschütteln über sich selbst abnehmen muß, scheint die Erklärung überzeugender, daß die innerpsychisch nicht programmierte Schwangerschaft nicht realisiert wird, – daß die Mutter nicht weiß, was sich in ihrer Gebärmutter tut. Wenn dies überhaupt möglich ist, wenn trotz fortschreitender Entwicklung der Leibesfrucht die weibliche Leib-Seele-Einheit inkongruent auf die Schwangerschaft reagiert, dann dürfte dies auch für das Vegetativum gelten. Dann wird auch die Hypothese überflüssig, die persistierenden Menstruationen seien mit psychogenen oder hysterischen Diapedesis-Blutungen zu erklären, oder die Pigmentierung, die Hyperemesis, das Chloasma werden psychogen verdrängt. Die unvollständige Umstellung kann sogar konstitutionell mitbedingt sein, wofür die Aussagen einiger Mütter der Schwangeren sprechen, auch sie hätten erst spät, im 6. oder 8. Monat die Schwangerschaft wahrgenommen. Dann sind auch subjektiv überraschende Sturzgeburten in wenigen – meist 10 bis 15 – Minuten und auch die häufige 'instinktiv' eingenommene Hockstellung auf der Toilette ebenso glaubhaft wie die Beobachtung, daß zwar rhythmische Schmerzen im Rücken und kolikartige Spasmen im Bauchraum auftreten, aber nie Schmerzensschreie oder Gewimmer aus Bad- oder Schlafzimmer nach außen dringen. Sehr überraschend ist auch die häufig noch erhaltene Handlungsfähigkeit und Zielstrebigkeit unmittelbar nach der Geburt.

## Diskussion

Was dem Menschen unverständlich ist, das versucht er zu erklären. So liegt es nahe, analoge Phänomene heranzuziehen, um Hypothesen zu einer Theorie zu verfestigen.

Die psychosomatische Leugnung der Schwangerschaft ist das Gegenstück der eingebildeten Schwangerschaft, der „grossesse nerveuse“, bei der ein aus unbewußten Persönlichkeitsanteilen aufkommender Kinderwunsch fast die gesamte Symptomatik der Schwangerschaft hervorrufen kann, und zwar so ausgeprägt, daß auch Ärzte und Medizinstudenten getäuscht werden, die den Uterusstand unter dem Nabel tasten, Kindesbewegungen erkennen wollen, Herztöne hören, bis (früher) der erfahrene Oberarzt im Kreissaal bzw. (heute) Schwangerschaftstest oder Ultraschall, die liebenswerte bis hysteriform anmutende, aber wohl eher eine instinktive Regression symbolisierende Illusion auflösen – klinischen Erfahrungen zufolge allerdings nicht nachhaltig (vgl. Condru 1965). Man kann auch formulieren, daß die autosuggestive Überzeugung stärker bleibt als die nicht erfolgte Zeugung.

Die realen Auswirkungen der „grossesse nerveuse“ sind meist auf die Patientin und deren psychagogische Betreuung beschränkt. Führt sie allerdings zu 'Kindesunterschiebung' und Entführung fremder Kinder aus geburtshilflichen Stationen, so macht eine verständliche Anfangsempörung bald einem mitleidigem Verständnis Platz und läßt das Strafrecht als unangemessen erscheinen.

Ein analoger Irrationalismus könnte bei der „grossesse occulte“ – so müßte man analog das Phänomen der 'verdrängten' Schwangerschaft nennen – vorliegen, der an vormenschliche Seinsebenen denken läßt, so als ob die Natur die Kultur in uns zurückdrängt und 'animalisches', sich medial ereignendes Verhalten zum Vorschein bringt.

### Ein psychodynamisches Konzept: Reproversion und reproverse Symptombildung

Ein tiefenpsychologisch orientiertes Konzept zum Verständnis der 'negierten' Schwangerschaft enthält die Monographie von Beier (1994), in der die Auffassung entwickelt wird, daß derart irrational anmutende Erscheinungsformen gestörter weiblicher Reproduktion eine Art 'weibliche Analogie' zu den Irrationalismen gestörten männlichen Sexualverhaltens vor allem im Bereich der Perversionen sein könnten.

Beim Konfliktverarbeitungsmodus der Perversion kommt es – nach derzeitigem Verständnis – mit dem Ziel der Stabilisierung einer brüchigen männlichen Identität zur Forcierung sexueller Impulse (Abb. 5). Eine hypothetisch angenommene Analogie bei der Frau hätte allerdings den einen Unterschied, der sich aus biologisch-funktionalen Aspekten, also von der Organausstattung erklärt, daß nämlich die Stabilisierung einer brüchigen weiblichen Identität viel eher zu erwarten wäre, wenn es zu einer Forcierung reproduktiver Impulse kommt. Die Konflikte sind dann im Bereich der Reproduktion thematisiert – und nicht, wie bei der Perversion, im Bereich der Sexualität. In sprachlicher Analogie zur Perversion kann man dies als *Reproversion* bezeichnen (Abb. 6).

Auch die 'negierte' Schwangerschaft wird verständlicher, wenn man bedenkt, daß im Zuge der körperlichen (weiblichen) Sexualentwicklung die auf Reproduktion angelegte weibliche Organausstattung auch psychisch integriert werden muß und wie jede intrapsychische Verarbeitung diese Aufgabe gelingen, aber auch fehlgehen kann und sich dann eine psychische Hintergrundproblematik, z.B. ein gestörtes Selbsterleben oder eine defizitäre

«Perversionen sind – metapsychologisch gesehen – in aller erster Linie Funktion. Diese Funktion läßt sich am besten als Plombe, als Pfropf, als ein heterogenes Gebilde beschreiben, das die Lücke schließt, die eine fehlgegangene narzißtische Entwicklung geschaffen hat. Dank dieser Plombe wird die Homöostase im narzißtischen Bereich ermöglicht und aufrechterhalten.»

(Fritz Morgenthaler 1987, S. 29)

Diese «Plombenbildung» betrifft bei Männern in erster Linie den Bereich der Sexualität – perverser Verarbeitungsmodus:

Defizitäre psychische Entwicklung des Selbstsystems mit strukturellen Mängeln



Störung des Selbsterlebens:

Brüchige (männliche) Identität und damit verbundene Ängste



Angstbesetzte reife genitale Sexualität – Aggressionsproblematik – Beziehungsproblematik



Forcierung sexueller Impulse als Abwehrmechanismus: Einseitige Betonung (nicht integrationsfähiger) sexueller Wünsche.



Kompensation des psychischen Haushaltes und Stabilisierung des Selbstsystems; die Konflikte sind in der Sexualität thematisiert und dort ausreichend gebunden.

Abb. 5: Konfliktverarbeitungsmodus der Perversion

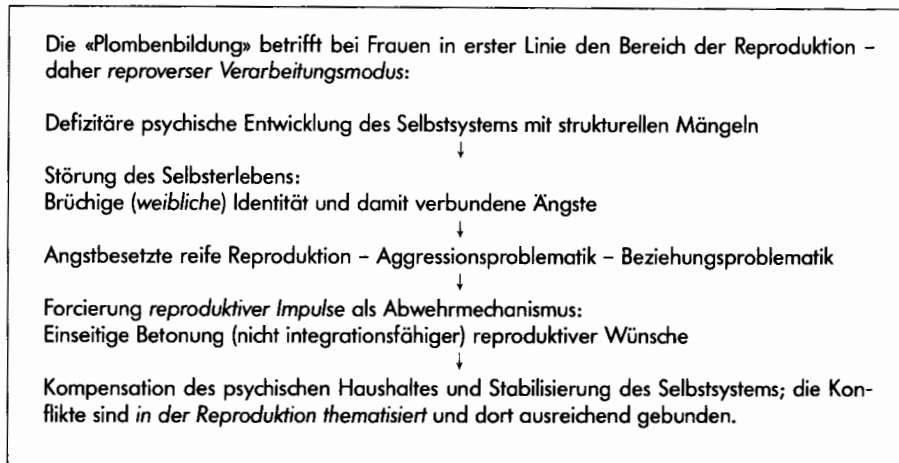


Abb. 6: Konfliktverarbeitungsmodus der Reversion

Identitätsbildung bei der Frau im reproduktiven Bereich äußern kann, ganz vergleichbar dem Mechanismus, der nach klinischer Erfahrung von Männern mit perversen Symptombildungen als einer Verlagerung von Konflikten ins Sexuelle bekannt ist (vgl. Beier 1994).

Um dies zu verdeutlichen, soll noch ein letztes Mal der eingangs erwähnte Fall jener 18jährigen Gymnasiastin herangezogen werden, da deren biographische Anamnese einige bemerkenswerte Details enthält: Als (geschwisterloses) Kleinkind hatte die (Gutachten-)Patientin ein besonders inniges und herzliches Verhältnis zum Vater, der sich in seiner Freizeit intensiv um sie kümmerte. Sie war 2 1/2 Jahre alt, als der Vater an Hodenkrebs erkrankte und fortan häufig ins Krankenhaus mußte. Hinzu kam, daß sie nur ganz selten ihren Vater im Krankenhaus besuchen durfte, der schließlich verstarb, als sie 6 Jahre alt war. Sie wurde in dieser Zeit von den Großeltern betreut, da die Mutter arbeitete; häufig war sie bedrückt und weinerlich. Während der Grundschulzeit hat sie in Gesprächen und auch in Aufsätzen so getan, als ob ihr Vater noch lebt und phantasievoll berichtet, was er beruflich macht, was sie gemeinsam zu Hause spielen und erleben. Sowohl die Lehrer als auch die Mutter, die es ja anders wußten, haben nie den Versuch unternommen, in diesem Punkt auf das Kind einzuwirken, sondern es in seiner Phantasiewelt belassen. Die Mutter heiratete später einen ebenfalls verwitweten Mann, der aus seiner ersten Ehe zwei bereits ältere Kinder mitbrachte. Das Verhältnis zu den Stiefgeschwistern war sehr gespannt, vor allem weil diese eifersüchtig die wohlmeinenden Annäherungen ihres Vaters an das fremde Kind überwachten. Nachdem sie durchweg gute schulische Leistungen geboten hatte, ging sie aufs Gymnasium, blieb dort einmal sitzen und zog sich sehr zurück, als ihr erster Freund (beide 16 Jahre alt) sich von ihr abwandte. Sie nahm stark an Gewicht zu und war nur noch schwer zugänglich. Ihr zweiter Freund war dann der Vater des Kindes, von dem sie sich aber auch im Stich gelassen fühlte, als dieser sich trennte („alles was ich liebe, verliere ich immer!“).

### Überlegungen zur Psychodynamik

Zugrunde liegen könnte eine ödipale Problematik: Bis zur Krankheit des Vaters glücklich und ausgelassen (Angaben der Mutter!), ist die Ich- bzw. Selbstentwicklung der Tochter seit seiner Erkrankung sehr beeinträchtigt. Sie kann ihre Rolle in der Familie nicht mehr richtig

lokalisieren. Der Übergang zur Dreiecksbeziehung Vater-Tochter-Mutter – mit einer intensiveren Entwicklung der Phantasie verbunden, um diese konfliktreiche ödipale Konstellation durchleben zu können – ist ihr durch äußere Umstände verwehrt. Umstände, die sie aber nicht verstehen kann und aufgrund ihrer Phantasiebildung möglicherweise einer anderen Bewertung unterzieht. Die aggressiven Impulse gegen die Mutter werden noch durch äußere Umstände gefördert: Diese darf ins Krankenhaus, sie selbst nicht. Ihre inzestuösen Wünsche als Durchgangsstadium einer stabilen Geschlechtsidentität sind – so könnte sie es phantasiert haben – mit größten Bestrafungen gegenüber dem Vater verbunden. Ihr Wunsch wird zu seinem Untergang – möglicherweise hat die Mutter alles bewirkt, um ihn (und sie) zu bestrafen (der Vater hatte Hodenkrebs!). So könnte es zu einer fundamentalen Verunsicherung ihres weiblichen Identitätsgefühls gekommen sein, weil der unbewußte Wunsch, mit dem Vater ein Kind zu bekommen, welcher ja als in der ödipalen Phase verortet gedacht wird, weit über die 'normalen' Ängste hinaus zu einer Konkretisierung der schlimmsten infantilen Phantasien geführt haben könnte, indem der Vater dies nicht überlebt. Da sie weiß, wie sehr der Vater sie liebt, kann für sie nur die Mutter als 'Aggressor' in Frage gekommen sein. Um aber weiterhin mit der Mutter eine emotional tragfähige Beziehung eingehen zu können, kann sie nur die (dieser unterstellten) phantasierten Aggressionen gegen sich verleugnen. Dies geschieht dadurch, daß sie den Tod des Vaters verleugnet. Die neurotische Scheinlösung wäre dann folgende: Mein Vater ist gar nicht gestorben, also ist die Mutter auch lange nicht so böse und mit Haß gegen mich erfüllt, wie ich befürchte.

Ähnlich, wenn auch nicht so drastisch, bewältigt sie enttäuschend verlaufende Beziehungen – sie schützt sich durch Kummerspeck, verschließt sich. In der genitalen Intimität mit dem Vater des Kindes wird der ödipale Konflikt aktualisiert und der inzestuöse Wunsch wiederbelebt, einschließlich der quälenden Vorstellungen, daß dies mit großer Strafe verbunden ist und darum nie wahr werden darf. Wenn aber der (phantasierte) Haß (der Mutter) den Erzeuger des Kindes nicht existentiell bedrohen kann (wie ehemals den Vater), dann bleibt praktisch nur die Wendung der mütterlichen Aggression gegen sie selbst, bzw. die Leibesfrucht. In ihrem psychischen Haushalt gibt es jetzt nur noch die Möglichkeit des phantasierten Ungeschehen-machen-wollens, was ja bereits im Hinblick auf den (von ihr verdrängten!) Tod des Vaters funktioniert hat und eine Schonhaltung der Mutter nach sich zog. So erreicht sie durch die realisierte Schwangerschaft, daß ihre Defizite in der Selbstentwicklung, ihre brüchige weibliche Identität, einschließlich der mit dieser verbundenen Ängste, kompensiert werden können; diese Kompensation geschieht, indem unter Zuhilfenahme von Verdrängungsmechanismen eine Lösung gefunden wird, die sowohl den Beweis der weiblichen Integrität erlebbar, als auch die damit phantasierte Bestrafung aushaltbar macht. In der Phase der Schwangerschaft geht es ihr gut, sie ist psychisch stabilisiert, keinem fällt etwas auf. Die Dekompensation erfolgt erst mit der Geburt, bzw. dem Tod des Kindes, das sie vergeblich zu retten versuchte – ihre Strafe hat sie doch ereilt. Wieder schützt sie sich durch Verdrängen: Fortan ist sie für keinen mehr ansprechbar auf dieses dramatische Ereignis, berichten kann sie nur über den objektiven Tathergang (Beier 1994:43-45).

Es bedarf hier der besonderen Hervorhebung, daß diese Hypothesenbildung sich auf Angaben von Tochter und Mutter stützt, die im Rahmen einer Begutachtung gewonnen wurden und nicht aus einer tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie oder einer Psychoanalyse der Betreffenden stammen. Dabei wird aber wieder eine Besonderheit erkennbar: Es wird wohl kaum ein Zweifel daran bestehen, daß ein in der Gesamt-

persönlichkeit derartig desintegriertes Erleben von Schwangerschaft und Geburt eine behandlungsbedürftige Störung darstellt, zumal bei glücklichem Ausgang der 'Schwangerschaftsnegierung' (d.h. bei lebendem Kind) damit gerechnet werden muß, daß die Mutter-Kind-Beziehung hiervon betroffen sein könnte, wenn das Kind nicht zur Adoption freigegeben wird. Im Falle der forensischen Gutachtenpatientin mußte die Erfahrung gemacht werden, daß die angebotene Psychotherapie nicht angenommen wurde. Das Angebot erging dabei vor der wirklich bestürzenden Wiederholung der gesamten Symptomatik, die erneut ein Menschenleben hätte kosten können. Auch hierin besteht eine Analogie zur perversen Symptombildung: Bei ich-fremden Einbau der Symptomatik ist ein therapeutischer Zugang nur sehr schwer möglich. Inwieweit aber die Interpretation der 'Schwangerschaftsnegierung' als reprovener Symptombildung aufrechterhaltbar sein wird, ist von weiteren Untersuchungen, insbesondere bei den klinischen Patientinnen abhängig.

### **'Negierte' Schwangerschaften in der Klinik**

Ausgehend von der sexualmedizinischen Erfahrung, etwa bei sadistischen und fetischistischen Symptombildern, daß der forensische Aspekt oft nur einen engen Ausschnitt erfährt und dem Gesamtphänomen keineswegs gerecht wird, erbrachten Anfragen bei Geburtshelfern zahlreiche und ähnlich erstaunliche Kasuistiken, aber eben meist mit glücklichem Ausgang, d.h. mit lebendem Kind. Die extremste 'Negierung' ging soweit, daß die Mutter unmittelbar nach der Geburt das Neugeborene zurückwies mit den Worten „Ich habe nicht geboren! Das ist nicht mein Kind!“. Sie realisierte also nicht einmal nach der unmittelbar stattgehabten Geburt ihr Kind und ihre Schwangerschaft.

Tatsächlich gibt es aus dem Bereich der Geburtsmedizin auch über Einzelfallberichte hinausgehende klinische Beobachtungen bei Patientinnen, die in einer schwangerschaftsüberdauernden subjektiven Gewißheit, nicht schwanger zu sein, meist ihre Wehentätigkeit fehlinterpretierten und ratlos-besorgt einen Arzt konsultierten, um schließlich zur eigenen und ärztlichen Überraschung, dann aber unter kontrollierten Bedingungen zu gebären (Wessel 1990; Brezinka 1991, Brych 1992). Dabei fällt auch bei diesen Studien auf, daß keineswegs überwiegend junge Patientinnen betroffen sind. Fast die Hälfte, bei Brych (1992) sogar mehr als die Hälfte der Frauen waren Plurigravidae und nur ganz wenige nicht partnerschaftlich gebunden. Die Aufhebung der 'Negierung' erfolgte meist in Terminnähe, nicht jedoch in der Studie von Brezinka (1991), wo allein 12 von 27 Patientinnen zwischen der 26. und 36. Schwangerschaftswoche diagnostiziert und anschließend weiter betreut wurden. Die Angaben von Brezinka nehmen auch insofern eine Ausnahmestellung ein, als über eine „50prozentige Rate an Beckenendlagen“ (1991:1040) berichtet wird.

Alle Autoren stimmen darin überein, daß in den meisten Fällen keine schwangerschaftstypischen Beschwerden aufgetreten waren und fast die Hälfte der Patientinnen persistierende menstruationsähnliche Blutungen angaben, in der Studie von Wessel (1990) sogar mehr als zwei Drittel (vgl. Tab. 3).

Für das Auftreten menstruationsähnlicher Blutungen während der Schwangerschaft fehlen bisher überzeugende Erklärungen, sowohl hinsichtlich des morphologischen Substrats als auch zur Ätiologie (Sato 1971, Tosetti 1971, Wessel 1987, Wessel 1989). In der älteren Literatur (Knörr 1953) wurde für große Kollektive von zum Teil mehr als 10.000 Geburten für ein- und mehrmalige, zumeist schwächer verlaufende Blutungen zur Zeit der erwarteten

Menstruation eine Häufigkeit von 0,21% bis 3,75% angegeben und für ein- oder mehrmalige Blutungen mit der üblichen Periodenstärke und -dauer eine Häufigkeit von 0,05 bis 1,05%. Hier wurden ätiologisch Diapedeseblutungen uterinen Ursprungs angenommen, die auf Schwankungen des Follikel stimulierenden Hormons (FSH) bei ovarieller Dysfunktion oder einer generellen hormonellen Insuffizienz durch Kreislaufstörungen im Gefäßgebiet der Arteria hypogastrica auftreten könnten. Sicher handelt es sich nicht um „echte“ Zyklusblutungen und auch bei fortgesetzter Einnahme der Pille, über die mehrere Frauen mit 'negierter' Schwangerschaft berichteten, kann kaum eine pilleninduzierte Entzugsblutung ausgelöst werden, da die externe Hormonzufuhr im Vergleich zu der von der fetoplacentomaternalen Einheit produzierten Hormonmenge nur eine eher geringe quantitative Rolle spielt. Die subjektive Deutung regelähnlicher Blutungen als Monatsblutungen spielt bei der Aufrechterhaltung einer Schwangerschafts'negierung' vermutlich eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Mögen die von Wessel (1990) und Brych (1992) errechneten Häufigkeiten mit etwa *einer* 'negierten' Schwangerschaft auf 400 Geburten auch sehr hoch scheinen (Tab. 4), wären selbst bei einem Verhältnis von 1 zu 2000 Geburten und insgesamt 800.000 Geburten im Jahr in ganz Deutschland mindestens 400 klinische Fälle jährlich zu erwarten. Das wären um eine Zehnerpotenz mehr Fälle als diejenigen mit einem forensischen Nachspiel.

Umso wichtiger erscheint es, daß die Erkenntnisse der klinischen und forensischen Studien nicht das Schicksal der bahnbrechenden Ergebnisse von Gerchow vor 40 Jahren erleiden. Zwei Gründe berechtigen zum Optimismus: Unter forensischen Gutachtern und insgesamt in der Rechtsmedizin gewinnen anthropologische Aspekte zunehmend wieder an Bedeutung, wie auch immer mehr Geburtshelfer psychosomatisches Denken integrieren und praktizieren. Weiterhin gehen von der Frauenbewegung starke Impulse an den Gesetzgeber zur Reform des § 217 StGB aus.

### Forensische Konsequenzen

Zumindest öffnet das faszinierende und vielschichtige Phänomen der verdrängten Schwangerschaft und Kindestötung einen einzigartigen Zugang zu dem eigenartigen Wesen Mensch – hier der Frau. Physiologie und Psychologie der verdrängten Schwangerschaft sind der Klärung und Erklärung einen Schritt näher gekommen.

Das kann und wird sich auch auf die bewertende Einfühlung und normative Beurteilung in Jurisdiktion und Legislative auswirken. Im juristischen Schrifttum ist nicht nur die Einordnung des § 217 StGB als selbständiges oder unselbständiges Sonderdelikt (mit seinen Konsequenzen für Beihilfe und Anstiftung zur eigenhändigen Begehung der privilegierten nicht-ehelichen Mutter) umstritten, sondern auch die Begründung der Privilegierung überhaupt. Trotz des stark herabgesetzten Strafrahmens bleibt die Kindestötung ein Verbrechen, so daß Versuch und sogar erfolglose Aufforderung mit Strafe bedroht ist. Pauschal und unwiderleglich wird trotz der geänderten Einstellung zum nichtehelichen Kind der Kindesmutter ein „notstandsähnlicher“ Ausnahmezustand zugebilligt, der sich unter der Geburt akzentuiert und (aus ärztlicher Sicht willkürlich und unzutreffend) teils als Erregung, teils als Depression bezeichnet wird.

Medizinischer und juristischer Konsens besteht offensichtlich in der gemeinsamen Annahme eines weitgehend verminderten Schuldvorwurfes. Deshalb ist auch die Ansicht von

Tab. 3: Empirische Studien zur 'negierten' Schwangerschaft (klinische Patientinnen)

Autor/Jahr Fallzahl	Wessel 1990 (n = 13)	Brezinka 1991 (n = 27)	Brych 1992 (n = 8)
Alter	16-41 Jahre; Gipfel bei unter 24jährigen und über 35jährigen	17-42 Jahre; Gipfel bei unter 22jährigen und über 35jährigen	15-32 Jahre
Bisherige Schwangerschaften	1. Grav.: n = 8 > 1. Grav.: n = 5	Keine Angaben	1. Grav.: n = 3 > 1 Grav.: n = 5 (davon ein Fall zweimaliger Schwangerschafts"verdrängung")
Familienstand	verheiratet: n = 5 feste Partner: n = 5 ohne Partner: n = 3	Keine Angaben	verheiratet: n = 1 ledig: n = 7 Partnerschaft: n = 8
Aufhebung der 'Negierung'	Terminnähe: n = 10 34.-36. Schwangerschaftswoche (SSW): n = 2 31. Schwangerschaftswoche: n = 1	Terminnähe: n = 8 zwischen 26.-36. SSW: n = 12 "bald nach der 20. SSW": n = 5 davon IVFT: n = 3	Terminnähe: n = 6 36. SSW: n = 1 31. SSW: n = 1 Sectio wegen intrauteriner Asphyxie bei vorzeitigem Blasensprung
Gewichtangaben zum Kind	Gesamtbereich: 1540g - 4250g < 2500g: n = 6 2500g-4000g: n = 5 > 4000g: n = 2	Keine Angaben	Keine Angaben
Perinatale Todesfälle	a) Fetopathia diabetica b) Hydrocephalus	Keine Angaben	Keine Angaben
Geburtsmodus	Spontangeburt: n = 9 Vakuumextraktion: n = 1 Sectiones: n = 3	Keine Angaben	Keine Angaben
Fehlende Schwangerschaftszeichen?	Persistierende menstruationsähnliche Blutungen: n = 9	Persistierende menstruationsähnliche Blutungen: n = 10	Keine Angaben
Konflikte?	Keine Angaben	Keine Angaben	gestörte Beziehung zur Mutter: n = 3 als Kind sexuell mißbraucht: n = 2 Angst vor Tod und Entstellung: n = 2



**Tab. 4:** Publikationen über 'verdrängte' Schwangerschaften (klinische Patientinnen) mit Häufigkeitsschätzungen)

Autor/Jahr	Fallzahlen	Terminologie	Häufigkeitsschätzungen
Wessel 1990	n = 13 Beobachtungszeitraum: 38 Monate	"verdrängte" Schwangerschaft	1 Fall auf 400 Geburten
Brezinka 1991	n = 27 Beobachtungszeitraum: 39 Monate	"negierte" Schwangerschaft	nein
Brych 1992	n = 8 Beobachtungszeitraum: 19 Monate	"verdrängte" Schwangerschaft	1 Fall auf 354 Geburten

Konow (1961) 'prima facie' bedenkenswert aber auch dogmatisch bedenklich, den § 217 StGB als Sonderfall einer Pauschalzubilligung des § 21 StGB, also einer pauschalen Strafminderung aufzufassen. Bedenklich deswegen, weil dann quasi von Gesetzes wegen die Anwendung einer nochmaligen Berücksichtigung von De- oder Exkulpierungsgründen unangebracht, ja widersinnig wäre, und nur bei zusätzlichen psychischen Belastungen, wie etwa Intoxikationen, koinzidierende Psychosen oder Schwachsinn in Frage käme. Diese Auffassung vertritt expressis verbis u.a. Forster (1986 : 208) in einer nicht unplausiblen, aber weder dogmatisch noch judikativ belegten Begründung. Forsters Ansicht würde die Schuldfähigkeitsgutachten mit ihren oft unorthodoxen Konstrukten und ausdehnenden Begriffsinterpretationen hinfällig machen. Nach der von Gerchow inaugurierten und von uns bestätigten Ansicht werden die Weichen zum fraglos vorhandenen Ausnahmezustand unter der Geburt zumindest bei der psychosomatischen Verdrängung schon 9 Monate vor der Tat gestellt und wären unter medizinisch-forensischem Aspekt eher als Einengung, als Besonnenheitsstörung trotz Rat- und Kopflosigkeit bei bestehender Handlungsfähigkeit und sogar Zielstrebigkeit einzuordnen. Die – wie hier erstmals gezeigt – notwendige Erweiterung auf die Klinik der 'verdrängten' Schwangerschaft, bei der zu (mutmaßlich) 90% durch glückliche Konstellationen des situativen Umfeldes das Kind am Leben bleibt, macht für die restlichen 10% der § 217 – Fälle einen generell unterstellten und verdrängten Tötungsvorsatz nunmehr noch fragwürdiger. Das gilt auch für Ärzte, denen wegen der nicht erkannten Schwangerschaft – jedenfalls nicht pauschal – diagnostische Behandlungsfehler vorgeworfen werden sollten.

Selbst wenn der Gesetzgeber der unseres Erachtens nicht schlüssigen Auffassung von Rump und Hammer (1994 : 69) folgen sollte und den § 217 StGB ersatzlos streicht, bleiben auch bei der Einbeziehung in den privilegierten Tatbestand des § 213 StGB die tatsächlichen Beurteilungsprobleme bei der ärztlichen Begutachtung und bei der beweiswürdigen Schuldbeurteilung bestehen.

Die normative Beurteilung kann nur dann wirklichkeitsnah erfolgen und dem allgemeinen Gerechtigkeitsgefühl entsprechen, wenn die Seins-Wissenschaften die 'bio-psycho-sozialen' Fakten einleuchtend aufarbeiten und zugleich geeignete Bewertungskriterien anbieten können.

## Literatur

- Bauermeister, M.: Die Tötung Neugeborener unter der Geburt (Kindestötung § 217 StGB). Eine bundesweite Verbundstudie für die Jahre 1980 bis 1989. Med. Diss. Kiel 1993.
- Beier, K.M.: Weiblichkeit und Perversion. Von der Reproduktion zur Reproversion. Stuttgart: Fischer 1994.
- Böhmer, K.: Ohnmacht in der Geburt. Dtsch. Z. Gerichtl. Med. 1928;12:5-11.
- Condru, G.: Psychosomatik der Frauenheilkunde. Bern: Huber 1965.
- Brych, Ch.: Verdrängte Schwangerschaft. Die Hebamme 1992;5:124-125.
- Brezinka, Ch., Biebel, W., Kinzl, J., Huter, O.: Spät erkannte und negierte Schwangerschaft – Psychopathologie der Verdrängungsmechanismen und Auswirkungen auf die Geburt. Archives of Gynecology and Obstetrics, 1991;250:1039-1041.
- Dülmen, R. v. : Frauen vor Gericht. Kindsmord in der Frühen Neuzeit. Frankfurt: Fischer 1991.
- Faust, G.: Die Kindestötung. Eine kriminalbiologische Betrachtung aus der Sicht der Persönlichkeit und der Konfliktlage der Täterin. Med. Diss. Mainz 1967.
- Feuerbach, P. J. A.: Lehrbuch des allgemeinen in Deutschland gültigen peinlichen Rechts. Gießen: Heyers 1801.
- Forster, B.: Kindestötung (§217 StGB). In: Forster, B. (Hg.) Praxis der Rechtsmedizin, Stuttgart: Thieme 1986,208-219.
- Gummersbach, W.: Forensische Psychiatrie im nationalsozialistischen Deutschland: das Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin. In: Koenrad, F. (ed) Ziek of schuldig ? Twee eeuwen forensische psychiatrie en psychologie. Utrecht: Rodopi 1991,333-344.
- Gerchow, J.: Die Bedeutung der reaktiven Abnormisierung für die Beurteilung von Kindesmörderinnen. Med. Habil. Kiel 1954.
- Gerchow, J.: Die ärztlich-forensische Beurteilung von Kindesmörderinnen. Halle: Marhold 1957.
- Gerchow, J.: Fahrlässigkeit und bedingter Vorsatz als gerichtsarztliches Problem bei Kindestötungen. Dtsch. Z. Ges. Gerichtl. Med. 1964a;49:605-610.
- Gerchow, J.: Schwangerschaft und Geburt unter medizinisch-forensischen Aspekten des Kindestötung. Monatszeitschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 1964b;47:233-240.
- Haberda, A.: Zur Lehre vom Kindermorde. Beitr. gerichtl. Medizin 1911;1:38-159.
- Hirschmann, J., Schmitz, E.: Strukturanalyse der Kindesmörderin. Z. Psychother. med. Psychol. 1958,8:1-20.
- Knörr, K.: Regelähnliche Blutungen in der Schwangerschaft und ihre forensische Bedeutung. Zbl. Gyn. 1953;75:1809-11814.
- Konow, K.-O.: Die Bedeutung des § 217 im Rahmen der Vorschriften des StGB über die Tötungsdelikte. NJW 1961;19:861-862.
- Koopmann: Auswirkungen des § 51 RStGB in seiner Fassung vom 24. XI. 1933. Dtsch. Z. Ges. Gerichtl. Med. 1938;29:323-332.
- Naujoks, H.: Gerichtliche Geburtshilfe. Stuttgart: Thieme 1957.
- Pestalozzi, J.H.: Über Gesetzgebung und Kindermord, Wahrheiten und Träume, Nachforschungen und Bilder (1780). Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1910.
- Püschel, K., Hasselblatt, G., Labes, H.: Kindesmörderinnen: Meist geistig unreif. Eine Analyse unter kriminologischen Aspekten. Kriminalistik 1988;10:525-528.
- Rodegra, H.: Kindestötung und Verheimlichung der Schwangerschaft. Eine sozialgeschichtliche und medizinsoziologische Untersuchung mit Einzelfallanalysen. Herzogenrath: Murken-Altrogge 1981.
- Rump, A., Hammer, D.: Zur Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB. NJW 1994;2:69-71.
- Sato, H., Yamane, K.: Menstruation during pregnancy. Lancet 1971;1:79.
- Thomsen, H., Bauermeister, M., Wille, R.: Zur Kindestötung unter der Geburt. Eine Verbundstudie über die Jahre 1980 – 1989. Rechtsmedizin 1992;2:135-142.
- Tosetti, K.: Blutungen in der Frühschwangerschaft. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1971;31:513-519.

- Trube-Becker, E.: Zur Kindestötung nach § 217 StGB. *Ärztin* 1975;10:3-14.
- Wahle, E.: Zur Privilegierung der Kindestötung (§§217 StGB, 136 E 1962. *Fam RZ* 1967; 4:542-547.
- Wessel, J.: Geburten bei vorher nicht bekannter Schwangerschaft – Schwangerschaftsverdrängung und menstruationsähnliche Blutungen in graviditate. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1987;47:850-853.
- Wessel, J.: Zum Phänomen der Schwangerschaftsverdrängung. *Arch. Gynec. obstet.* 1989;245: 1075-1076.
- Wessel, J., Dudenhausen, J.W., Schönegg, W., Schmidt-Gollwitzer, K.: Abgewehrte Schwangerschaftswahrnehmung. Zum Bild der Schwangerschaftsverdrängung. *Münch. Med. Wschr.* 132:376-380.

**Anschriften der Autoren**

Prof. Dr. med. Dr. jur. R. Wille, Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel

Haeberle/Gindorf

**Bisexualitäten**

**Ideologie und Praxis des Sexualkontaktes mit beiden Geschlechtern**

Herausgegeben von Prof. Dr. Dr. Erwin J. HAEBERLE, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, BGA Berlin, und Rolf GINDORF, Deutsche Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Sexualforschung (DGSS), Düsseldorf  
1994. Etwa 320 S., 36 Abb., 19 Tab., kt. etwa DM 98,-

Die Beiträge dieses Bandes von namhaften Sexualforschern aus verschiedenen Ländern beschäftigen sich mit dem Problem der Bisexualität beim Menschen. Im Einführungsteil wird ein Überblick zur Forschungsgeschichte vermittelt; die nachfolgenden Beiträge behandeln das Thema "Bisexualitäten" unter wissenschaftstheoretischen, historisch-gesellschaftlichen, psychologischen und klinischen Gesichtspunkten. Ziel der Beiträge ist es, falsche Annahmen und Voraussetzungen bewußt werden zu lassen und eine neue Standortbestimmung zu ermöglichen.

 GUSTAV  
FISCHER

Erscheint etwa August 1994

## Kommunikationszentrierte Sexualtherapie: Theorie und Umsetzung

### Communication-Centered Sex Therapy: Theory and Practice

K. Loewit, Innsbruck

#### Zusammenfassung

Als Körpersprache kann Sexualverhalten je nach Beziehungsqualität positive, negative oder ambivalente Botschaften nicht nur zum Ausdruck bringen, sondern indem es sie leiblich-sinnenhaft verwirklicht, zugleich erfüllen. Diese weithin ungewohnte Deutung von Sexualität als (positiver) Verkörperung von in (Liebes-)Beziehungen gesuchten Grundbedürfnissen, d.h. als *verleiblichte Beziehung* kann neue, sinnstiftende Sichtweisen ermöglichen, wo „psychotoxische“ Bedeutungszuteilungen bzw. das Auseinanderfallen von körperlicher und emotional-erotischer Ebene an der Genese sexueller Störungen beteiligt sind. Die konkrete Umsetzung dieses kommunikationszentrierten Ansatzes innerhalb herkömmlicher Sexualtherapien wird besprochen.

*Schlüsselwörter:* Sexualität, Körpersprache, Kommunikation, sexuelle Funktionsstörungen, Sexualtherapie

#### Abstract

Human sexuality is discussed under the two aspects of its communicative and its reproductive function. As non-verbal interpersonal communication, sexual behaviour constitutes a form of body language. As such and depending on the quality of the respective relationship, it may represent basic human needs and desires which are sought or longed for in (love-)relations. New dimensions of understanding may be revealed by discovering the potential meaning of sexuality as incarnation of the essentials of the relationship. This interpretation may help to reunite emotional and physical sexual experience or to bridge the gap between „love“ and „sex“ wherever it plays a role in the origin of sexual dysfunctions. The practice and applicability of this concept within existing forms of sex therapy are demonstrated.

*Key words:* Sexuality, Body Language, Communication, Sexual Dysfunction, Sex Therapy

„Therapie“ im ursprünglichen Wortsinn bedeutet „Dienst“ und „Pfleger“ (Duden 1963). Wenn im Folgenden von Sexualtherapie die Rede ist, so geht es in erster Linie um einen Dienst an der menschlichen Sexualität, um die Pflege des Gesunden und Gesund-Erhaltenden, erst in zweiter Linie um die Befassung mit Störungen oder Krankheiten. Auch dann wird der z.B. an „sexuellen Funktionsstörungen“ leidende Mensch nur im Sinne des homo patiens zum „Patienten“, nicht weil sie oder er deswegen als Kranke/r, die Störung als Krankheit im herkömmlichen Sinn zu sehen ist. Diese nicht nur etymologisch sondern vor allem sinngemäß wichtige Rückbesinnung ist gerade hier von Bedeutung, wo nicht „Heilung“ erlangt wird, indem man sich einem „Heiler“ passiv überläßt, sondern „Gesundung“ angestrebt wird, zu der man selbst seinen entscheidenden Beitrag zu leisten hat. Dazu kann

der Dienst eines guten Pflegers<sup>1</sup> unerlässlich sein, jedoch im Sinne des alten Paracelsus-Wortes: „Der Patient ist der Arzt und der Arzt ist sein Gehilfe“. Dieser allgemeingültige Grundsatz wird zum entscheidenden Kriterium, wo es um Sexualtherapie geht, die Bereitschaft und Fähigkeit sich darauf einzulassen zum prognostisch „limitierenden Faktor“.

„Sexualität“ wird im Folgenden (soweit menschliche Sexualität gemeint ist) in einem weiten Sinn als *Geschlechtlichkeit* verstanden, als alles, was mit Frau-/Mann-Sein zu tun hat. In einem engeren Sinn als *Genitalität*, als alles was unmittelbar die Geschlechtsorgane und ihre Funktionen, also auch die Reproduktion, betrifft. Der landläufige Begriff von Sexualität, der diese mit Genitalität gleichsetzt, ist also zu erweitern und zu differenzieren. „Kommunikation“ meint einerseits die allgemein gültigen Gesetzmäßigkeiten verbaler und non-verbaler Kommunikation (Watzlawick 1969; Schulz v. Thun 1981, 1989; Birkenbihl 1992) und demgemäß auch das *Sprechen über Sexualität*, die Überwindung der Sprachlosigkeit, des Totschweigens oder der Sprach-Verrohung. Andererseits geht es darum, Sexualität selbst als eine zusätzliche Sprache (Frank 1957), als „tiefsten Akt der Kommunikation“ (Montagu 1987:134), oder ein höchst wirkungsvolles Mittel interpersonaler Kommunikation (Kolodny 1979), als „Sprache des Körpers“ (Loewit 1978:972) zu begreifen. Im besonderen soll über diese grundsätzliche Sichtweise hinaus nach den konkreten Botschaften der sexuellen Körpersprache und ihrer anthropologischen Bedeutung gefragt werden: was heißt *Sprechen durch Sexualität* nun konkret?

Die Berechtigung, in diesem Sinne von sexueller Kommunikation zu reden, kann einerseits aus der stammesgeschichtlichen Entwicklung der Sexualität abgeleitet werden, andererseits aus dem kommunikationstheoretischen Axiom von der „Unmöglichkeit nicht zu kommunizieren“ (weil man sich nicht „nicht verhalten“ kann). Dieser Grundsatz besagt zugleich, daß es kein „nichts-sagendes“ Verhalten gibt. Die prinzipielle und individuelle Bedeutung sexueller Kommunikation ergibt sich aus den psychosozialen Grundbedürfnissen oder Existenzminima des Menschen, deren Erfüllung zumindest in den wohlhabenderen Gesellschaften zur grundsätzlich verwirklichtbaren (wenn auch oft unerreichten) zentralen Sehnsucht geworden ist.

### Zur stammesgeschichtlichen Entwicklung der Sexualität

Obwohl inzwischen unbestritten gilt, daß Sexualität multifunktional ist, wirkt sich ihre jahrtausendelange Gleichsetzung mit Fortpflanzung weiterhin aus. Es sei daher nochmals daran erinnert, daß sexuelle Vorgänge, zunächst als Vor- oder Parasexualität, ursprünglich dem Austausch genetischen Materials, der genetischen Variabilität als Grundlage der Evolution dienen. Soweit hatten (und haben z.B. bei Bakterien und gewissen Einzellern) Sexualität und Fortpflanzung nichts miteinander zu tun. Erstere führt zu genetischer Rekombination, letztere wird ungeschlechtlich durch vegetative Vermehrung erreicht. Paarung mit Austausch genetischen Materials und Vermehrung als ungeschlechtliche Teilung können sich sogar gegenseitig ausschließen. Erst sehr viel später erfolgte die

<sup>1</sup> Begriffe wie Arzt, Pfleger, Therapeut etc. sind immer zweigeschlechtlich verstanden, umfassen also Frauen und Männer.

Koppelung von Sexualität und Fortpflanzung durch die 'Erfindung' der Keimzellen und ihrer Reifeteilungen, welche gleichzeitig der genetischen Rekombination und der Vermehrung dienen und die Zweigeschlechtlichkeit begründen. Dabei sind Männlichkeit und Weiblichkeit zunächst noch relativ und umwandelbar. Organismen können nacheinander oder gleichzeitig männlich und/oder weiblich sein, d.h. männliche oder weibliche Keimzellen produzieren bzw. sich geschlechtstypisch verhalten. Diese grundsätzliche Bisexualität ist auch beim Menschen noch aus Anlage und Entwicklung der inneren und äußeren Geschlechtsorgane ersichtlich, wenn auch Geschlechtszugehörigkeit und Fortpflanzungsverhalten im Laufe der Evolution endgültig und unumkehrbar geworden sind. (Ford 1968; Carr 1983; Wickler 1969, 1984; Stearns 1987; Futuyma 1990).

Diese zweigeschlechtliche Vermehrung bei höheren Tieren und dem Menschen ist so geläufig, daß sie zur Auffassung von Weiblichkeit und Männlichkeit als sich ausschließender polarer Gegensätze und zur Reduktion von Sexualität auf Fortpflanzung geführt hat, was angesichts einer relativ kurzen allgemeinen Lebenserwartung den Beobachtungen in der Natur zu entsprechen schien. Dasselbe gilt für das Phänomen von Brunstzeiten, die bis hin zu den Primaten dafür sorgen, daß jeweils Fortpflanzungsfähigkeit und sexuelles Interesse bzw. Paarungsbereitschaft synchronisiert, aber auch auf diese Zeiten beschränkt werden. Immer wieder wird auch für den Menschen ein Libido-Maximum zur Zeit des Eisprungs behauptet, welches sich jedoch in der überwiegenden Mehrzahl einschlägiger Untersuchungen nicht verifizieren läßt: „Es gibt demnach aufgrund dieser Untersuchungen keinen Hinweis auf ein periovulatorisches „Brunft“-muster...“ (Bancroft 1985:87). Dieses Fehlen von Brunstzeiten beim Menschen zugunsten einer ständigen Attraktivität und eines ständig wachen sexuellen Interesses der Geschlechter füreinander unabhängig von der Zeit der Fruchtbarkeit bzw. der Möglichkeit, diese von außen zu erkennen, weist deutlich darauf hin, daß Fortpflanzung nicht mehr das einzige oder primäre Ziel menschlicher Sexualität sein kann. Tatsächlich findet sich schon im Tierreich und selbst dort, wo Sexualverhalten noch instinktgebunden durch Brunstzeiten geregelt und dadurch zum Fortpflanzungsverhalten gemacht wird, ein sog. „Bedeutungs- und Funktionswandel“ (Wickler 1969). So illustriert z.B. das Präsentieren der Primaten, wie eine ursprünglich weibliche Paarungsaufforderung, also ein der Reproduktion dienendes Sexualverhalten, nicht-reproduktive, soziale Bedeutung bekommt, ohne die ursprüngliche zu verlieren, also mehrdeutig und mißverständlich wird. In dieser sozialen Bedeutung präsentieren auch männliche Tiere, niemals aber in sexueller. Männliches Genitaldemonstrieren als Imponier- und Drohgeste bzw. Aufreiten als Ausdruck sozialer Rangordnung zeigt, daß selbst den Geschlechtsteilen und dem Paarungsverhalten nicht-sexuelle Bedeutung zukommen kann. Sogar Kopulationen ohne Ejakulation z.B. zwischen erwachsenen, sogar trächtigen Weibchen und Jungtieren oder Rangniedrigen sind beschrieben (Lorenz 1963; Wickler 1969; Eibl-Eibesfeld 1975; Schaller 1976; Neumann 1989). Solche Befunde weisen darauf hin, daß Sexualverhalten einschließlich der Kopulation bereits im vormenschlichen Bereich in nicht-reproduktiver Bedeutung anzutreffen ist. Es dient dort sozialen Zielen, z.B. der Förderung und Festigung des Gruppen- und Paarzusammenhaltes, indem es Störfaktoren wie Territorialität, Aggression, Statusunterschiede und Furcht überwinden hilft (Grammer 1993). Diese zur Zeit der Hominisation bereits vorhandene soziale Bedeutung der Sexualität wird beim Menschen als bisheriger Endpunkt ihrer Evolution in besonderer Weise zur kommunikativen Funktion.

### Zum kommunikativen Aspekt der Sexualität

Das stichwortartig skizzierte heutige Wissen über Sexualität, ihre Entwicklungsgeschichte, bisexuelle Anlage, Bedeutungs- und Funktionswandel etc. erfordert eine Betrachtungsweise, welche im besonderen menschliche Sexualität unter einem sozial-kommunikativen und einem reproduktiven Aspekt begreift. Beide sind in vielfacher Weise miteinander verbunden und aufeinander bezogen, aber auch in vieler Hinsicht eigenständig und je anderen Zielen dienend. Dadurch soll kein Gegensatz zwischen Kommunikations- und Fortpflanzungsfunktion konstruiert, sondern auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, beide Aspekte in ihrer relativen Eigenständigkeit je sinnvoll zu verstehen. Schon die individuelle biologische Geschlechtsentwicklung zeigt, daß die sexuelle Reaktionsfähigkeit als gleichzeitige Voraussetzung für sexuelle Kommunikation und Reproduktion und die tatsächliche Fortpflanzungsfähigkeit sich nicht parallel entfalten: Erektionen laufen bereits in utero nach dem Muster der späteren nächtlichen Tumescenzen ab, Lubrikation gibt es schon beim neugeborenen Mädchen und orgasmische Reaktionen beim Säugling (Calderone 1985). Dagegen stellt sich die Reproduktionsfunktion als eine zeitlich und zahlenmäßig begrenzte Spezialaufgabe „zu gegebener Zeit“ innerhalb der ihr vorausgehenden, sie begleitenden und ihr nachfolgenden Kommunikationsfunktion der Sexualität dar. Diese Unterscheidung zwischen kommunikativer und reproduktiver Aufgabe gilt erst recht für die psychosexuelle Entwicklung, wo wiederum Elternfähigkeit und Fortpflanzungsfähigkeit nicht gleichgesetzt werden können. Gerade für die Entwicklung zur Elternfähigkeit einschließlich Persönlichkeitsbildung, Beziehungs-, Bindungs- und Liebesfähigkeit spielt die kommunikative Bedeutung der Sexualität eine so große Rolle, daß sie schon deshalb als tragender Grund und Voraussetzung der Reproduktionsfunktion angesehen werden muß.

Was nun die Kommunikationsmöglichkeiten betrifft, so verfügt der Mensch als einziges Lebewesen sowohl über analoge, nonverbale als auch über digitale, verbale Kommunikationsfähigkeit. Durch den Grad seiner Bewußtheit, seine Sprache und Kultur einschließlich Ethik hebt er sich nicht nur quantitativ, sondern qualitativ vom übrigen Tierreich ab. Daher kommt auch der Kommunikationsfunktion seiner Sexualität eine dementsprechend erst- und einmalige Bedeutung zu. Es geht also um die (Wieder-)Entdeckung dieser vernachlässigten kommunikativen Dimension menschlicher Sexualität und die wörtliche Übersetzung ihrer Botschaften (Loewit 1980; 1992).

Dabei erhebt sich zunächst die Frage, wieso im Unterschied zu Mimik, Gestik oder sonstigem körpersprachlichen Ausdruck gerade das Sexualverhalten im weiten extragenitalen und engeren genitalen Sinn nicht mehr als konkret-körpersprachliche Kommunikationsform bewußt ist bzw. wie anderes Verhalten auch als Träger und Vermittler konkreter Botschaften verstanden wird. Daran mag die negative Tabuierung des Sexualthemas, seine frühe Abspaltung und Isolierung beteiligt sein, aber auch der weitgehende Verlust der ursprünglich ersten und einzigen ganzheitlich-körpersprachlichen Kommunikation im Verlauf der Entwicklung vom Säugling zum Erwachsenen. René Spitz weist darauf hin, daß die ganzheitlichen Gestalt-Signale der frühen Mutter-Kind-Kommunikation mit dem Spracherwerb durch semantische Signale der Wortsprache ersetzt und deren Inhalte mit dem Beginn des abstrakten Denkens nur noch abstrakt-begrifflich verstanden werden: „In der Sprache werden semantische Symbole die Hauptinstrumente des Ichs zur Vermittlung von Objektbeziehungen. Das führt allmählich zur Verkümmern von Haltungssignalen als Kommunikationsmittel und zu ihrem Verschwinden. In unserer Kultur wird auf Körperhal-

tungen fast gar nicht mehr geachtet“ (1985a:160). Das trifft in besonderer Weise auf das Sexualverhalten zu, welches weithin isoliert und sprachlos, nach biologisch vorgebahnten und psychosozial genormten Schemata abläuft, in seinen Gestaltsignalen und ihrer konkret-kommunikativen Bedeutung aber unerkannt bleibt.

### Zu den Inhalten der sexuellen Körpersprache

Bei der Frage nach konkreten Inhalten des körpersprachlichen Aspektes nichtgenitalen und genitalen Sexualverhaltens ist zunächst daran zu erinnern, daß nicht nur bei der verbalen, sondern auch bei der phylo- und onto-genetisch älteren und daher vorherrschenden nonverbalen Kommunikation bei jeder Aussage zwischen einem Inhalts- und einem Beziehungsaspekt zu unterscheiden ist. Der grundsätzlich mehrdeutige und daher mißverständliche Inhalt der verbalen und noch mehr der nonverbalen Kommunikation wird erst durch die Begleitsignale auf der Beziehungsebene deutbar.

Ebenso ist an die psychosomatische Einheit des Menschen und die ursprünglich ganzheitliche Kommunikation der frühesten Kindheit zu erinnern, an die von Anfang an lebensnotwendige Erfüllung sogenannter „Grundbedürfnisse“<sup>2</sup>. Dabei ging (und geht es lebenslang) um das grundsätzliche Angenommensein in einem ganzheitlichen Sinn, der sowohl die somatische Einnistung des Keimlings in der Gebärmutter, als auch die psychosoziale Nidation im Schoß der Familie bzw. die psychische Annahme der Schwangerschaft beinhaltet bis hin zu gesellschaftspolitischen Dimensionen. Es geht um Beziehung, Kontakt, Zuwendung, Nähe, Wärme, Austausch, Verlässlichkeit, Zugehörigkeit, mit einem Ausdruck von Spitz (1985a) um die notwendige affektive Zufuhr und die daraus erfahrene Geborgenheit, Sicherheit und Geltung, die ihrerseits wieder Selbstwertgefühl und Selbständigkeit grundlegen. In seinen klassischen Untersuchungen über die physischen und/oder psychischen Folgen eines Entzuges oder Mangels affektiver Zufuhr für das Kind hat Spitz (1960,1985a,1985b) die buchstäblich lebensnotwendige Natur dieser Grundbedürfnisse und ihrer ausreichenden Befriedigung am Anfang des Lebens nachgewiesen.

Dieselben Inhalte oder Werte werden auch von Jugendlichen und Erwachsenen gesucht, häufig sogar in irreal übersteigter Weise. Dies betrifft z.B. die Erwartungen an Familie als Ort der Erfüllung emotionaler Bedürfnisse, Sinnggebung und Voraussetzung persönlichen Glücks (Wilk 1990a;b) oder zeigt sich in den „Veränderungen der Jugendsexualität zwischen 1970 und 1990“, wie sie Schmidt u.a. (1992) jüngst nachgewiesen haben. Wo immer diese Grundbedürfnisse ausreichend und gegenseitig erfüllt werden, wird Liebe und Glück erlebt. Auch die psychosomatische Medizin ist sich zunehmend der bleibenden Bedeutung ausreichend erfüllter Grundbedürfnisse für Gesundheit und/oder Krankheit bewußt: Es geht um die krankmachende Wirkung unterdrückter Aggression und Frustration, um die Bedeutung von Verlust- und Trennungserlebnissen, von Gefühlen der Hilf- und Hoffnungslosigkeit vor dem Ausbruch von Krankheiten, um die signifikante Korrelation

---

<sup>2</sup> Um Mißverständnissen vorzubeugen, wonach (genitale?) Sexualität selbst „ein Grundbedürfnis“ sei (Canziani 1990:8), soll zwischen unverzichtbaren Grundbedürfnissen und Sexualität unterschieden werden: So unbestritten der ubiquitäre Wunsch nach sexueller Befriedigung ist, so sicher kann auf diese auch temporär oder permanent verzichtet bzw. sie durch andere Ziele ersetzt werden.



zwischen sozialem Beziehungsverlust und Sterblichkeitsrate oder umgekehrt der Bedeutung befriedigender sozialer Beziehungen für die physische und psychische Gesundheit im Sinne von Antistressfaktoren usw. Vor diesem Hintergrund schrieb etwa Zimbardo bereits vor 10 Jahren: "Die 'romantische' Vorstellung, man brauche die Wärme menschlicher Beziehungen um überleben zu können, erhält durch derartige Forschungsergebnisse ein solides empirisches Fundament" (1983:470).

Diese „Wärme“ bestand ursprünglich im real erlebten Kontakt mit der warmen Haut der Mutter (bzw. des Vaters oder der wesentlichen Bezugsperson) bevor sie zum abstrakten Begriff geworden ist. Offenbar war es ursprünglich möglich, die auf leiblich-sinnenhafte Weise zum Ausdruck gebrachte und wahrgenommene „affektive Zufuhr“ ganzheitlich zu begreifen. Nun stellt aber diese lebenswichtige körpersprachlich-affektive Kommunikation auch den Beginn der psychosexuellen Entwicklung dar. Erikson (1976) hat bekanntlich die frühen Phasen dieses Entwicklungsprozesses mit den Stichworten Urvertrauen (im Spannungsfeld) gegen Mißtrauen, Autonomie versus Scham und Zweifel und Initiative gegen Schuldgefühl gekennzeichnet. Die entsprechenden, in psychoanalytischer Terminologie narzistischen, oralen, analen und phallisch-ödipalen Beziehungsthemen bzw. Erfahrungen sind auch spezifische Inhalte oder Erlebnisweisen kindlicher Sexualität und als solche Elemente der späteren, dann auch genitalen Erwachsenensexualität (Freud 1905). Nach der psychoanalytischen Lehre von den Partialtrieben, die sich schließlich dem Primat der Genitalität unterordnen, ist also „Sexualität“ als libidinös besetzte Körperfunktion, als lustvolles, leiblich-sinnenhaftes Geschehen bzw. Erleben von Anfang an in vielfältigster Weise in die Gesamtentwicklung miteinbezogen (vgl. Brenner 1976; Ellhardt 1971; Thomas 1979; Borneman 1981). In diesem Sinne konnte M. Balint (1965) von den Urformen der Liebe als dem Kern und der Basis der späteren Erwachsenenintimität sprechen und A. Montagu (1987:134) formulieren: "In mancher Hinsicht ist die sexuelle Verbindung eine Reproduktion der zärtlichen Liebe zwischen Mutter und Kind".

Dementsprechend soll nun versucht werden diese „Gestaltssignale der Körperhaltung und des Verhaltens“ (Spitz 1985a:160) wieder bewußt als solche wahrzunehmen und so zu übersetzen, daß die zumeist verlorengegangene Einheit zwischen leibhaftigem Ausdruck und ins Geistig-Abstrakte verschobenen Begriffen wiederhergestellt wird.

Bei jedem gegenseitigen Interesse ereignen sich zunächst: wahrnehmen und ansehen, aufeinanderzugehen, sich entgegenkommen und nahestehen. Es geht um Ansehen (Respekt), Nähe und Distanz und die damit verbundenen Ängste und Entängstigungsversuche. Der Beziehungsaspekt entscheidet, ob das konkrete Verhalten tatsächlich mit „sich-entgegen-kommen“ oder mit „auf-einander-losgehen“, mit „sich-näher-kommen“ und „sich-nahe-stehen“ oder mit „sich-zu-nahe-treten“ zu übersetzen ist. Auf der Verhaltens- bzw. physischen Ebene ereignet sich Nähe tatsächlich, besteht real und körperlich und wird nicht nur symbolisiert. Diese physisch reale Nähe läßt, wiederum physisch, die Wärme (oder Kälte) des Anderen spüren und fühlbar werden, ermöglicht Kontakt und Berührung, wozu physische „Zu-Wendung“ oder „Zu-Neigung“ erforderlich ist. Dies trifft ebenso auf Blick, Händedruck, Kuß oder Umarmung zu, gilt aber in besonderer Intensität für die genital-sexuelle Kommunikation: sich aneinander herantasten, sich ent-decken, begreifen, nach einander verlangen, an sich ziehen, sich öffnen, anvertrauen, an- und aufnehmen, aufeinander eingehen, zum andern vordringen, sich tief innerlich begegnen, miteinander verbunden sein, sich loslassen usw. geschehen physisch.

Nun ist aber eine rein physische Ebene ein Konstrukt. In Wirklichkeit lebt und erlebt der Mensch ganzheitlich, psychosomatisch und kommen körperlich-sinnenhaftem Geschehen gleichzeitig psychische Entsprechungen zu. Deswegen haben Zuneigung, Wärme, Nähe, Verbundenheit etc. nicht nur eine in physikalischen Maßeinheiten ausdrückbare körperliche, sondern zugleich eine emotional-erotische Dimension. Dabei richtet sich die Interpretation der Verhaltens-Signale auf die erwünschten positiven Inhalte, obwohl auch negative, aggressiv-zerstörerische und verletzende Bedeutungen möglich sind. Aus der Unverzichtbarkeit der Grundbedürfnisse resultiert aber die Hoffnung bzw. das Angewiesensein darauf, daß die real erlebten „Signale von Körperhaltung und Verhalten“ tatsächlich den ersehnten Botschaften entsprechen. Diese Entsprechung soll sich auch nicht nur auf die Geschlechtsteile oder die Momente der geschlechtlichen Vereinigung beziehen, sondern auf die ganze Person und Beziehung. Erst wenn es auf diese Weise gelingt, die abstrakt-begriffliche Ebene wieder mit der leiblich-sinnenhaften zu verbinden und auch genitales Sexualverhalten als körpersprachliche Kommunikation zu verstehen, kann Sexualität wieder zu jener *verleiblichten Beziehung* werden, als die sie in nicht-genitalem Sinn am Anfang der Entwicklung jedes Einzelnen steht. Dann kann auch die sexuelle Lust Geschlechtslust und Freude an der Beziehung (Beziehungslust) integrieren und zur umfassend menschlichen Lust und Freude werden, die nicht nur genitale Befriedigung, sondern zugleich menschliche Zufriedenheit vermittelt.

### Zur therapeutischen Umsetzung

Dem sexualtherapeutisch Tätigen begegnet Sexualität überwiegend nicht in der Bedeutung von Körpersprache und konkreter Kommunikation. Viel eher ist sie sprachlos, ein nicht weiter hinterfragtes Konsumgut, ein „es“ oder „etwas“ das mit-dazu-gehört, eine zu erbringende Leistung oder auch der große Hoffnungsträger, der dann nicht halten kann, was man sich erwartet hat bzw. rasch „reizlos“ geworden ist und so fort. Gerade der Sexualtherapeut weiß um die viele Unzufriedenheit, Unerfülltheit, Disharmonie und Resignation in Beziehungen. Er begegnet aber auch immer wieder den menschlichen Ur-Sehnsüchten. Es ist daher keine idealistisch-illusionäre Verkennung der Wirklichkeit, wenn trotz aller Mängel in der Umsetzung diese Sehnsüchte und Grundbedürfnisse ernst genommen und als Wegweiser verstanden werden. Als solche können sie von vordergründigen, scheinbar banalen Alltags-„Ursachen“ oder „Erklärungen“ zu den Wurzeln der Probleme führen bzw. zusätzliche Dimensionen erkennen lassen. Tatsächlich finden sich die Inhalte dieser Grundbedürfnisse in Therapie oder Beratung immer wieder als (An-)Klagen oder Wünsche an den Partner und können eine wichtige Rolle in der Genese sexueller Funktionsstörungen spielen (Loewit 1990). Aus der Theorie der Psychosomatik ist die Schlüsselrolle der Bedeutungserteilung bekannt (Uexküll 1979). Nicht objektive Tatsachen, sondern ihre subjektive Bewertung machen den gesunderhaltenden Eu-Stress oder krankmachenden Dys-Stress aus. In diesem Sinn kann die bewußte Bedeutungserteilung: „Sexualität als verleiblichte Beziehung“, für viele eine ungewohnte, neue und sinnstiftende Sichtweise ermöglichen, eine andere Einstellung zur Sexualität bewirken oder auch vorbewußt Geahntes und Gelebtes bewußt machen und bestätigen.

Nun kann auch der Koitus diejenigen Bedeutungen erhalten, die bisher zwar mit „Zärtlichkeit“, nicht aber mit „Sex“ in Verbindung gebracht und daher oft vermisst wurden. Bisherige

negative, psychotoxische Bedeutungszuweisungen von Sexualität können auf diese Weise revidiert und durch salutogene statt pathogene, mit den eigenen Bedürfnissen in Einklang stehende Deutungen ersetzt werden. Gleichzeitig wird die körperliche Ebene, auf welcher Sexualität vielfach überwiegend ge- und erlebt wurde, wieder mit der psychisch-emotionalen und erotischen verbunden. Dadurch wird für viele eine neue Übereinstimmung von physischem und emotionalem Geschehen erlebbar, die sie so bisher nicht gekannt oder wahrgenommen hatten: *„Jetzt kann ich unsere seelische Verbundenheit ins Körperliche mithineinnehmen“*. Zugleich kann „es“ zu „ich“ werden, ein „Geschlechtsverkehr“ zu einer personalen Zwiesprache: *„Jetzt sind es mehr „wir“, die miteinander schlafen, früher war es einfach eine normale sexuelle Handlung“*. Nach Frankl (1981, 1986) ist Sinnfindung Voraussetzung von Lusterleben. So stammen auch die beiden letzten Zitate von Frauen, die mit dieser neuen Sichtweise ihre Libidoprobleme bzw. sexuelle Aversion überwunden haben. Es ist immer zu fragen, wie weit Lustlosigkeit im Sexuellen in Wirklichkeit eine generelle und/oder partnerschaftliche Sinn-Krise widerspiegelt. Menschliche Sexualität wird ihr Potential optimal und am vitalsten dort entfalten und vor allem auf Dauer behalten können, wo sie in Übereinstimmung von physischem und psychischem Geschehen Grundbedürfnisse nicht nur zum Ausdruck bringt, sondern als Verkörperung der Beziehung gleichzeitig erfüllt. Dabei verlangt nicht nur die in der jeweiligen Beziehung herangewachsene bzw. durch die unerläßliche Arbeit für den Liebesunterhalt (Moeller 1991) immer neu zu erringende und zu erstreitende Nähe, Annahme und Offenheit nach entsprechendem körpersprachlichen Ausdruck, sondern dieser wirkt auch im Sinne der Lerngesetze auf die Beziehung belebend zurück und verstärkt ihre Inhalte. Sexualität und Beziehung sind „Gegenstand“ der Therapie und Heilmittel zugleich und in einem.

Somit wird die Echtheit und Stimmigkeit der im sexuellen Tun zugesprochenen Worte bzw. Antworten auf unverzichtbare Ur-Sehnsüchte entscheidend für Sinnfindung und Zufriedenheit. Daraus ergibt sich ein problemträchtiges Spannungsfeld zwischen Anspruch und Realisierbarkeit. Beide sind von lebensgeschichtlichen und damit auch geschlechtstypischen Faktoren geprägt und abhängig. So geht es nicht nur um die Folgen biographischer Erfahrungen, sondern auch um geschlechtsbezogen unterschiedliche Akzentsetzungen von konkreten Frauen und Männern. Dies erschwert das Finden einer gemeinsamen und für beide verständlichen Sprache und unterstreicht einmal mehr, daß Sexualtherapie immer auch Psychotherapie im umfassenden, also die Biographie und Psychodynamik der Partner wie des Paares berücksichtigenden Sinn sein muß. Der kommunikative Ansatz versteht sich dabei nicht als neue Therapieform, sondern als besondere Akzentsetzung innerhalb bestehender Sexualtherapieformen (deren grundsätzliche Kenntnis vorausgesetzt werden muß), wengleich er im Regelfall die Arbeit mit dem Paar impliziert.

Als solche Akzentsetzung kann die angebotene bzw. mit dem Paar erarbeitete Deutung von Sexualverhalten als Körpersprache, d.h. Verkörperung menschlicher Grundbedürfnisse und -sehnsüchte und damit Verleiblichung der je konkreten Beziehung im Bereich der normalen wie der gestörten Funktion hilfreich und heilend sein. Diese Deutung kann mithelfen, Sexualität generell aus ihrer Tabuierung und Abwertung zu befreien, die sich ja weder gegen Kommunikation noch gegen Fortpflanzung richten. Sie kann aus der Abspaltung der Sexualität und aus der Sprachlosigkeit führen indem sie lehrt, Sexualität selbst als Sprache zu verstehen und somit in die Ganzheit des Lebens zu reintegrieren. Dadurch kann z.B. falsche Scham leichter überwunden werden, weil es nicht nur um „Nacktheit“, sondern zugleich um ihre tieferen Aussagen geht. Oder es können pathogener Leistungsdruck bzw.

Versagensangst gemindert werden, indem anstelle des physiologischen „Funktionierens“ (z.B. der Erektion, des Orgasmus) Inhalte und Art und Weise der sexuellen Kommunikation ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt werden. Damit wird auch der Weg von ängstlicher Selbstbeobachtung zur Hinwendung zum Partner frei und dieser zudem weniger als Sexualobjekt und mehr in seiner Ganzheit wahrgenommen. Es kann die Abgabe eigener Kompetenzen erleichtert werden: der Mann mit Potenzängsten kann z.B. seine Erektionsprobleme „in die Hände seiner Partnerin legen“. Nicht um die bisher selbst getragene Verantwortung für das Gelingen der sexuellen Reaktion - und damit auch die „Schuld“ für das Mißlingen - auf sie abzuwälzen, sondern um sich vertrauensvoll zu überlassen. Für die Frau würde das nicht heißen, seine Geschlechtsteile anfassen zu müssen, um ihn sexuell zur Erektion zu stimulieren, sondern z.B. dort „etwas von ihm zu halten“, wo es für ihn besonders wichtig ist, oder einfach spielerisch unter ihren Händen „etwas wachsen zu lassen“ und ähnliche „Übersetzungen“ mehr. Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, daß die Grenze zu sexuell deviantem Verhalten dort zu ziehen ist, wo dieses für einen der Partner kein taugliches und annehmbares Kommunikationsmittel mehr darstellt.

In der konkreten Therapiesituation muß allerdings eine Menge Vorarbeit geleistet werden, bevor solch kommunikationszentriertes Denken Platz greifen kann. Zunächst geht es selbstverständlich auch hier um die Klärung des Ist-Zustandes und seiner je lebensgeschichtlichen Wurzeln, um eventuelle neurotische Verstrickungen, Neuinszenierungen, Kollusionen (Willi 1975) etc. Daraus wird sich die Gretchenfrage nach dem Beziehungsrest bzw. Wunsch und Willen nach dieser Beziehung überhaupt dem Paar stellen und beantwortet werden müssen. Wird es um die „Lösung“ der Beziehungsprobleme oder der Problembeziehung gehen, um ein wieder oder erstmals Zusammenfinden oder um ein menschliche Würde belassendes Auseinandergehen? All dies ist bereits „Sexualtherapie“, auch wenn es nicht den verbreiteten „Kochbuch“-Vorstellungen von mehr oder weniger mechanistisch aufgefaßten Sexual-Übungen entspricht. Es wird also u. U. eine längere paar- und kommunikationstherapeutische Arbeit nötig sein, bevor die „sexuelle Kommunikation“ zum Thema werden kann. Gelegentlich stellt sich die Sexualfunktion von selbst wieder ein, sobald die Kommunikation in der Beziehung verbessert wurde. Dies trifft besonders auf jene „Funktionsstörungen“ zu, die in Wirklichkeit durchaus stimmiger körpersprachlicher Ausdruck für die Beziehungswirklichkeit sind: wie z.B. er „steht nicht mehr auf sie“ oder „läßt sie kalt“. Vor diesem Hintergrund gewinnen die eben erwähnten sog. „Hausaufgaben“, die verschriebenen Erfahrungen (Kaplan 1974; 1979) oder Sensate-Focus-Übungen (Masters & Johnson 1970, 1976; Kolodny 1979) eine wesentlich tiefere Bedeutung. Sie können zu bewußten körpersprachlichen Kommunikationserfahrungen werden, damit allerdings auch zu einer unausweichlichen Konfrontation mit der Beziehungswirklichkeit: Wie weit besteht wirklich Nähe zum Partner bzw. wird sie gesucht, gewünscht, vermieden? Kann oder wie gut kann man den anderen riechen, schmecken? Wie ansehnlich ist sie/er für mich, wie reizvoll ist es, sie/ihn zu erspüren, zu entdecken und zu erkennen? Wie steht es um das nötige Vertrauen über mich verfügen, mich ergreifen und berühren zu lassen, was macht Spass? Spätestens zu diesem Zeitpunkt erweist sich die Echtheit oder Doppelbödigkeit bisheriger „Aussagen“ bzw. treten Widerstände unmittelbar zutage, können und müssen bearbeitet werden.

Bei diesem Prozess geht es jedenfalls weniger um Fakten, die oft ausufernd an den „Schiedsrichter“ oder „Experten“ herangetragen werden, als um die je subjektive Bedeu-

tung des Erlebten im Kontext der bisherigen Geschichte und Beziehungsgeschichte. Der Therapeut muß selbst erspüren, ob die Übertragungssituation dabei ein direktes Ansprechen der Klienten erlaubt, etwa: „Was heißt es für Sie, miteinander zu schlafen?“ oder ob das zu nahe, zu bedrohlich, zu wenig Spielraum lassend wäre. Auch indirekter und allgemeiner gestellt löst die Frage nach der konkreten Bedeutung der gemeinsam erlebten Sexualität oft Unverständnis aus. Es ist ungewohnt, so zu denken. Dabei wird, ohne es zu wissen und zu bemerken, von den Klienten oft eine sehr „sexuelle“ Sprache gesprochen: zum andern durchstossen, auf ihn eingehen, sich tief innerlich begegnen, offensein füreinander usw. Es kann genügen, die „Leiblichkeit“ dieser abstrakt gemeinten Sprechweise bewußt zu machen, um Verständnis und Gewährwerden für die sexuelle Körpersprache zu fördern. Oft braucht es längere (Um-)Wege und wiederholte Anstöße, muß sich auch diesbezüglich der Therapeut der Mühe des naiven Forschers unterziehen, weil er den Erkenntnisprozeß des Paares nicht abkürzen kann (Pöldinger 1983): *Wofür*, um die oft beklagte „Müdigkeit der Männer“ und das „Nicht-mehr-wollen der Frauen“ (Zöller 1993:283) anzusprechen, sind Mann oder Frau zu müde? Wofür wäre man nicht zu müde? Was würde einen nochmals aufwecken? Worauf besteht keine Lust? Worauf hätte man sehr wohl Lust, verbindet es aber nicht mit Geschlechtsverkehr? Worauf kann leicht und worauf keinesfalls verzichtet werden? Welche körpersprachlichen Gesten werden (gerade noch?) als angenehm, passend, lustvoll empfunden und wie werden sie übersetzt, was „heißen“ sie? Auch der umgekehrte Weg ist möglich: was gäbe es für körpersprachliche Möglichkeiten, dem Partner wortlos, aber umso intensiver, Gefühle z.B. des Angenommenseins, der Zuneigung, Offenheit, des Verlangens usw. mitzuteilen? Solche und ähnliche Fragen können generell den Weg zur Körpersprache weisen bzw. bei Funktionsstörungen zu den eigentlichen Wurzeln führen. Für den Mann mit Potenzängsten oder -problemen könnte es hilfreich sein sich zu fragen, was für ihn „im Vordergrund steht“: die eigene Potenz im Sinne von Erektionsfähigkeit oder die Liebesfähigkeit und der Partnerbezug? Was könnte alles körpersprachlich auch ohne erigierten Penis mitgeteilt werden, sofern die „Impotenz“ nicht selbst Mitteilungscharakter hat? Die einleitend erwähnte Mehrdeutigkeit und damit Mißverständlichkeit von Körpersprache begründet aber auch die Notwendigkeit, sich nochmals verbal um die Klärung des Nonverbalen zu bemühen. Das wird besonders dort der Fall sein, wo es um die Unterscheidung zwischen tieferliegender Störung und vorübergehend situationsbedingten Gründen geht, die aber erklärt werden müssen, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

Bei der Betonung von Grundbedürfnissen und Kommunikationsfunktion kann es nicht um eine Rückkehr ins Prägenitale, um einen Ersatz genitaler Sexualität etwa durch „Kuscheln“ gehen, wie es momentane Trends nahelegen könnten. Es dürfen aber auch die prägenitalen Partialtriebe bzw. Fundamente der Erwachsenensexualität nicht verloren gehen, soll eine auf ihre genitalen Aspekte reduzierte, womöglich von Beziehung abgekoppelte „reine Sexualität“, die Pöldinger „letztlich doch eine kümmerliche Form der erotischen Liebe“ (1993:301) nennt, nicht enttäuschen. Gerade die (Rück-) Besinnung auf den Kommunikationsgehalt menschlicher Sexualität und damit ihre Einbettung in Beziehung kann den notwendigen Rahmen schaffen, in welchem Lust und Leidenschaft, sowie alle für sich allein enttäuschenden „Techniken“, individuellen Vorlieben und Praktiken Platz finden und erst auf Dauer „aufgehoben“ sein können. Die Frage nach der *Bedeutung* der Sexualität dürfte daher in keiner umfassenden Anamnese, schon gar nicht in einer sexualmedizinischen Befunderhebung fehlen. Das gilt in entsprechender Weise auch für die im weiteren Sinn sexuell-körpersprachliche, aber nicht unbedingt genital-sexuelle Kommunikation freiwillig oder

unfreiwillig Partnerloser oder wieder partnerlos Gewordener.

Über allem darf nicht vergessen werden, daß Sexualität mit ihren stammesgeschichtlichen Anteilen, ihrer individuellen Entwicklungsgeschichte, ihrer soziokulturellen Überformung und Multifunktionalität immer vielschichtiger bleibt als alle Theorien und Modelle zu ihrer Erfassung. Vor allem kann sie dadurch nicht „gezähmt“ werden. Dennoch kann der kommunikationszentrierte Ansatz gerade heute die adäquate Perspektive darstellen, um zu menschengerechterem Verstehen, Verhalten und Therapieren zu gelangen.

### Literatur

- Balint, M.: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Bern Stuttgart:Huber Klett 1965.
- Bancroft, J.: Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität. Stuttgart: Enke 1985.
- Birkenbihl, V. F.: Kommunikationstraining. Zwischenmenschliche Beziehungen erfolgreich gestalten. München: mvg 1992.
- Borneman, E.: Reifungsphasen der Kindheit. Sexuelle Entwicklungspsychologie, Bd.1. Wien München: Jugend und Volk 1981.
- Brenner, Ch.: Grundzüge der Psychoanalyse. Frankfurt: S.Fischer 1976.
- Calderone, M. S.: Adolescent Sexuality: Elements and Genesis. Pediatrics 1985; Suppl.: 699-703.
- Canziani, W.; Meili, D.: Was Sie Ihrem Kind schon lange über Liebe und Sex sagen wollten. Sexualerziehung in der Familie. Zürich: Pro Juventute 1990.
- Carr, D. E.: Liebet euch und vermehret euch nicht. Die Liebespraktiken der Tiere. München: Heyne 1983.
- Duden: Das Herkunftswörterbuch, Bd 7, Mannheim: Bibliographisches Institut 1963.
- Eibl-Eibesfeld, I.: Stammesgeschichtliche und kulturelle Anpassungen im menschlichen Verhalten. In: Kurth, G.; Eibl-Eibesfeld, I. (Hg.) Hominisation und Verhalten. Stuttgart: G. Fischer, 1975:372-396.
- Ellhardt, S.: Tiefenpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer 1971.
- Erikson, E. H.: Identität und Lebenszyklus. Frankfurt/M: Suhrkamp 1976.
- Ford, C. S.; Beach, F. A.: Formen der Sexualität. Das Sexualverhalten bei Mensch und Tier. Reinbek: Rowohlt 1968.
- Frank, L. K.: Tactile Communication. Genetic Psychology Monographs 1957;56:209-255 zit. n. Montagu 1987:135.
- Frankl, V. E.: Die Sinnfrage in der Psychotherapie. München:Piper 1981.
- Frankl, V. E.; Kreuzer, F.: Im Anfang war der Sinn. München Zürich: Piper 1986.
- Freud, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie.(1905). Frankfurt: S. Fischer (Ges. Werke, Bd.5.) 1968.
- Futuyma, D. J.: Evolutionsbiologie. Basel Boston Berlin: Birkhäuser 1990.
- Grammer, K.: Signale der Liebe. Die biologischen Gesetze der Partnerschaft. Hamburg: Hoffmann u. Campe 1993.
- Kaplan, H. S.: The New Sex Therapy. New York: Brunner & Mazel 1974.
- Kaplan, H. S.: Sexualtherapie, ein neuer Weg für die Praxis. Stuttgart: Enke 1979.
- Kolodny, R. C.; Masters, W. H.; Johnson, V. E.: Textbook of Sexual Medicine. Boston: Little Brown & Co 1979.
- Loewit, K.: Der kommunikative Aspekt der Sexualität. Sexualmedizin 1978;7:971-975.
- Loewit, K.: The communicative function of human sexuality: a neglected dimension. In: Forleo, R.; Pasini, W. (eds) Medical Sexology. Littleton Ma: PSG Publ 1980:234-237.
- Loewit, K.: Sexuelle Störungen. In: Th.v.Uexküll et al. (Hg.) Psychosomatische Medizin. München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 4.A.1990:635-643.
- Loewit, K.: Die Sprache der Sexualität. Frankfurt: S. Fischer 1992.

- Lorenz, K.: Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression. Wien: Borotha Schoeler 1963.
- Masters, W. H., Johnson VE: Human Sexual Inadequacy. Boston: Little & Brown 1970.
- Masters, W. H., Johnson VE: Principles of the new sex therapy. *Am J Psychiatry* 1976;133:548-554.
- Moeller, M. L.: Die Liebe ist das Kind der Freiheit. Reinbek: Rowohlt 1991.
- Montagu, A.: Körperkontakt. Stuttgart: Klett-Cotta 1987.
- Neumann, G.-H.: Wie natürlich ist die „natürliche Familien Planung“? *Gynäkologe* 1989;22:1-6.
- Pöldinger, W.: Funktionelle sexuelle Störungen. In: Luban-Plozza, B.; Mattern, H. J.; Wesiack, W. (Hg.) *Der Zugang zum psychosomatischen Denken*. Berlin Heidelberg: Springer 1983.
- Pöldinger, W.: Angst und Sexualität; zur Psychosomatik sexueller Störungen. *DIA-GM* 1993;14: 296-301.
- Schaller, G. B.: Unter Löwen in der Serengeti. Frankfurt Basel Wien: Herder 1976.
- Schmidt, G.; Klusmann, D.; Zeitschel, U.: Veränderungen der Jugendsexualität zwischen 1970 und 1990. *z. Sexualforsch.* 1992;5:191-218.
- Schulz von Thun, F.: Miteinander reden. Störungen und Klärungen. (Allgemeine Psychologie der Kommunikation) Reinbek: Rororo 1981.
- Schulz von Thun, F.: Miteinander reden. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. *Differentielle Psychologie der Kommunikation* Reinbek: Rororo 1989.
- Spitz, R. A.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart: Klett 1960.
- Spitz, R. A.: Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart: Klett-Cotta 1985a.
- Spitz, R. A.: Hospitalismus I/Hospitalismus II/Die anaklitische Depression. In: Bittner G, Harms Edda (Hg.) *Erziehung in früher Kindheit*. München: Piper 1985b:89-161.
- Stearns, S. C. (ed): *The Evolution of Sex and its Consequences*. Basel Boston: Birkhäuser 1987.
- Thomas, K.: Abriß der Entwicklungspsychologie. Freiburg Basel Wien: Herder 1979.
- Uexküll, Th. v.; Wesiack, W.: Wissenschaftstheorie und psychosomatische Medizin. In: Uexküll, T. v. (Hg.) *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg*, 1979:5-92.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. H.M.; Jackson, D. D.: *Menschliche Kommunikation*. Bern Stuttgart Wien: Huber 1969.
- Wickler, W.: *Sind wir Sünder? Naturgesetze der Ehe*. München Zürich: Droemer Knaur 1969.
- Wickler, W., Seibt, U.: *Männlich, Weiblich. Der große Unterschied und seine Folgen*. München Zürich: Piper 1984.
- Wilk, L., Goldberg, C. H.: Einstellungen zu Ehe und Familie. In: Gisser, R.; Reiter, L.; Schattovits, H.; Wilk, L. (Hg.): *Lebenswelt Familie*. Wien: Institut für Ehe und Familie 1990a:313-332.
- Wilk, L.: Familie in der „Postmoderne“. In: Gisser, R.; Reiter, L.; Schattovits, H.; Wilk, L. (Hg.): *Lebenswelt Familie*. Wien: Institut für Ehe und Familie, 1990b:99-108.
- Willi, J.: *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt 1975.
- Zimbardo, P. G.: *Psychologie*. Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer 1983.
- Zöller, B.; Pöldinger, W.: Partnerschaft und Sexualität; Ergebnisse einer Umfrage. *DIA-GM* 1993;14:283-290.

**Anschrift des Autors**

Prof. Dr. med. K. Loewit, Institut für medizinische Biologie und Humangenetik, Arbeitsgruppe für Fortpflanzungsbiologie und Sexualmedizin, Schöpfstraße 41, A-6020 Innsbruck

## Otto Gross Der mehrdimensionale Mensch

### Otto Gross – the Multi-dimensional Man

S. Dressler, Berlin

#### Zusammenfassung

Der Arzt und Psychoanalytiker Otto Gross (1877-1920) hat in zahlreichen Schriften eine Erweiterung der psychoanalytischen Theorie von Sigmund Freud um eine politisch-gesellschaftliche Dimension gefordert. Seine Veröffentlichungen zu sexualwissenschaftlichen Fragen spiegeln ebenfalls diese Erweiterung wieder. Gross kann als Vorläufer u. a. von Wilhelm Reich und Herbert Marcuse gelten.

*Schlüsselwörter:* Otto Gross, Geschichte der Psychoanalyse

#### Abstract

In numerous publications, the physician and psychoanalyst Otto Gross (1877-1920) postulated the need to integrate the Freudian psychoanalytical theory into a broader socio-political context. This extension of psychoanalysis may also be found in sexological publications by Otto Gross. Gross may be understood as a predecessor of Wilhelm Reich, Herbert Marcuse and others.

*Key words:* Freudian theory, Otto Gross, History of Psychoanalysis

1920 erscheinen in den im Auftrag der Internationalen Gesellschaft für Sexualforschung herausgegebenen und von Dr. Max Marcuse, Berlin, redigierten *Abhandlungen aus dem Gebiete der Sexualforschung* „Drei Aufsätze über den inneren Konflikt“. Diese Aufsätze - „Über Konflikt und Beziehung“, „Über Einsamkeit“ und „Beitrag zum Problem des Wahns“ - sind zugleich die letzten Veröffentlichungen des österreichischen Arztes und Psychoanalytikers Otto Gross, der noch im Jahr der Publikation stirbt. Das Werk von Otto Gross war, sieht man von gelegentlichen Hinweisen vor allem in der psychoanalytischen Sekundärliteratur (wie z.B. bei Jones 1960: 46) einmal ab, weitgehend in Vergessenheit geraten, bis Emanuel Hurwitz 1979 die erste und bislang einzige Biographie von Otto Gross vorlegt. Aber weder diese Biographie, noch eine ursprünglich vom Schriftsteller Franz Jung zusammengestellte und mit einem Anhang versehene Sammlung von Texten Gross', die aber (aus auch heute noch immer ungeklärten Gründen) nicht erscheinen konnte<sup>1</sup> und erst

---

<sup>1</sup> „Franz Jung unternahm den Versuch, in einem Buch die Lehre von Dr. Otto Groß darzustellen. Dieses Werk sollte 1921 im Verlag von Erich Reiss, Berlin, ergänzt durch Aufsätze von Groß, herauskommen. Ich kann mich nicht mehr erinnern, aus welchen Gründen das Erscheinen dieses Buches unterblieben ist. Ich weiß nur, daß Verhandlungen darüber im Gange waren, die auch zu einem erfolgreichen Abschluß geführt hatten. Das Manuskript stellt Leben und Meinungen des Dr. Groß vor. Einige Kapitelüberschriften lauteten: „Leid“, „Einsamkeit“, „Kindheit und Familie“, „Gegen den Staat“, „Gegen den Wert“, „Gegen den Besitz“, „Für Kameradschaft“, „Für Glück“, „Für Genialität“, „Die Arbeit.“ (Jung 1985: 77-78)



1980 veröffentlicht wurde (Gross 1980), haben zu einer nachhaltigen Auseinandersetzung mit Denken und Werk von Otto Gross geführt. Obwohl Gross wohl einer der ersten, wenn nicht der erste Autor überhaupt war, der eine konsequente Erweiterung psychoanalytischer (und damit auch sexualwissenschaftlich relevanter) Erkenntnisse auf soziale und gesellschaftliche Gegebenheiten einforderte, so ist es doch umso erstaunlicher, daß sein Werk, das lange vor Wilhelm Reich, Herbert Marcuse oder Michel Foucault die „Unterdrückung der Sexualität als staatliches Herrschaftsinstrument“ thematisiert (Lamott 1980: 172), weitgehend unbekannt geblieben ist.

### **Biographische Daten**

Wer also war Otto Gross? Sein Leben ist geprägt von zahllosen, rasch aufeinanderfolgenden ärztlichen und politischen Aktivitäten, Veröffentlichungen und Auseinandersetzungen einerseits und durch einen permanenten Konflikt mit seinem Vater andererseits, der gelegentlich auch nicht davor zurückschreckte, die Entmündigung seines eigenen Sohnes zu veranlassen. Nachhaltig beeinflusst wurde das Leben von Otto Gross nicht zuletzt durch den Gebrauch von Narkotika, der auch den Anlaß oder möglicherweise auch nur einen Vorwand für das folgenreiche Eingreifen seines Vaters bot. Die Geschichte dieses Vater-Sohn-Konfliktes kann hier nicht in aller Ausführlichkeit mit seiner ganzen Tragweite dargestellt werden; ausdrücklich sei daher auf die bereits zitierte Biographie von E. Hurwitz sowie auf den Aufsatz von Franziska Lamott hingewiesen, die am Beispiel des Verhältnisses zwischen Hans und Otto Gross exemplarisch das Verhältnis von Kriminologie zu anderen Wissenschaften, zu Macht und Herrschaft analysiert (Lamott 1988). Der Biographie von Emanuel Hurwitz können folgende Eckdaten zum Leben von Otto Gross entnommen werden:

Am 17. März 1877 wird Otto Gross als Sohn von Hans Gross, Professor der Kriminalistik in Graz, in der Steiermark geboren. Nach der Schulausbildung studiert Gross in Graz, München und Straßburg Medizin und schließt das Medizinstudium mit der Promotion 1899 in Graz ab. Nach der Tätigkeit als Schiffsarzt und später in München als Psychiater begibt sich Gross, der vermutlich auf seinen Schiffsreisen nach Südamerika mit dem Konsum von Drogen (vor allem Kokain) begonnen hat, 1902 zu einer ersten Entziehungskur in die berühmte, von Eugen Bleuler geleitete Schweizer Nervenheilanstalt Burghölzli. Wahrscheinlich im Jahre 1905 hält sich Gross zum ersten Mal in Ascona im schweizerischen Tessin auf, wo sich um den ehemaligen ungarischen Oberstleutnant Carl Gräser und seine Frau eine Kolonie von Schriftstellern und Freigeistern gebildet hatte und unter dem Namen „Monte Verita“ auch ein theosophisches Sanatorium gegründet worden war (vgl. dazu Mühsam 1905). 1906 habilitiert sich Gross in Graz für das Fach Psychopathologie und lebt in den kommenden Jahren in München. Hier findet er Anschluß an die Schwabinger Künstlerkreise, wo u.a. auch Erich Mühsam verkehrt, der über diese Zeit berichtet: „Schwabing! ... Ich denke an Faschingnächte von maßloser Ausgelassenheit und an Menschen von seltsamen Gehaben, aber genialer Beweglichkeit des Geistes, so an den Psychiater Dr. Otto Groß, den bedeutendsten Schüler Sigmund Freuds, dem es wohl zu danken ist, daß die Psychoanalyse aus der einseitigen Betrachtung des Lebens von der sexuellen Seite herausfand zur Erkenntnis der sozialen Bedingtheit des seelischen Erlebens.“ (Mühsam 1931: 117).

Mit der Malerin Sophie Benz, zu der Gross, mittlerweile verheiratet und Vater eines Sohnes, eine Beziehung eingegangen ist, zieht Gross 1910 nach Ascona, wo Sophie Benz an einer Psychose erkrankt und 1911 Selbstmord begeht. Wenig später kommt es zu einer erneuten Internierung von Otto Gross. Im Anschluß an seine Entlassung begibt er sich nach Berlin, wo er Kontakt zu der Gruppe „Die Aktion“ um Franz Pfemfert findet. Im November 1913 wird Gross, wohl auf Veranlassung seines Vaters, als „gefährlicher Anarchist“ in Berlin verhaftet, aus Preußen ausgewiesen und in die Privat-Irrenanstalt Tulln bei Wien verbracht. Auch eine intensive Pressekampagne, an der sich u.a. die Schriftsteller Franz Jung, Erich Mühsam und Blaise Cendrars beteiligen (Dokumentation bei Hurwitz 1988: 18-33), kann nicht seine sofortige Freilassung bewirken. In einem amtsärztlichen Gutachten wird die Entmündigung von Otto Gross empfohlen. 1914 wird die wegen Wahnsinns verhängte Kuratel vom k. k. Landesgericht Graz genehmigt und der Vater Hans Gross zum Kurator eingesetzt (Hurwitz 1988: 304).

Nach der Umwandlung in eine beschränkte Kuratel arbeitet Otto Gross ab Dezember 1914 als Militärarzt in Lazaretten u.a. in Ungvar, Slavonien und Temesvar. Im Dezember 1915 stirbt der Vater. 1916 wird Otto Gross, mittlerweile unter „beschränkter Kuratel“, wegen Drogengebrauchs erneut hospitalisiert und 1917 nach Wien verlegt. Nach seiner Entlassung lebt er zeitweilig bei seiner Mutter in München, unternimmt zahlreiche Reisen, wird Mitherausgeber der Zeitschriften „Die Erde“ und „Das Forum“ und veröffentlicht eine Vielzahl von Aufsätzen zu politischen, psychologischen, psychoanalytischen und sexualwissenschaftlichen Fragen. Gross begibt sich, wohl in der Hoffnung auf die Unterstützung von Franz Jung und anderen Freunden, nach Berlin. Über seine letzten Tage berichtet Cläre Jung:

„Im Oktober 1919 kam Dr. Otto Groß nach Berlin. Ich freute mich sehr, denn ich setzte große Hoffnung auf ihn. Alle unserer Freunde, die Groß kannten, hatten mir unendlich viel von ihm erzählt und schätzten ihn sehr. Aber der Groß, den ich nun kennen lernte, war ein kranker Mann. Zerstört durch Narkotika und geschwächt durch Anstrengungen, waren seine Kräfte verbraucht, er selbst deprimiert. Jung und ich versuchten, ihm zu helfen. Aber er setzte dem die größten Widerstände entgegen. Es kam vor, daß er Geld und Sachen, die man ihm gab, wieder verlor. Zu einer wirklichen Zusammenarbeit konnte es nicht kommen, da er häufig gar nicht aufnahmefähig war.“ (Jung 1985: 76)

„Kurze Zeit darauf erkrankte er. Ich glaube, es war nur eine kleine Grippe, die ihn infolge einer Erkältung befallen hatte. Einige gute Freunde versuchten, ihm zu helfen. Man brachte ihn in ein Krankenhaus. Er sollte ein paar Tage gute Pflege haben. Aber er war am Ende. Es war nicht allein die Grippe, die Erschöpfungen, nicht allein die Entziehung der Narkotika und die Schwierigkeit seiner Ernährung im Krankenhaus - Groß war strenger Vegetarier und nahm nicht einmal Suppen aus Bouillonwürfeln zu sich - er wußte nicht mehr weiter.“ (Jung 1985: 78) Am 13. Februar 1920 stirbt Otto Gross.

### **Mutterrecht und Vaterrecht**

Leben und Werk von Otto Gross lassen sich nicht verkürzen auf eine einfache, griffige Formel. Charakterisierungen wie Arzt, Psychoanalytiker und Bohémien, Bezeichnungen wie genialer Gelehrter, Anarchist und begnadeter Analytiker sind entweder unzulänglich

oder nichtssagend. In der spärlichen Sekundärliteratur zu Gross wird sein Werk wiederholt als eine Fortentwicklung der Freud'schen Psychoanalyse und Erweiterung im Hinblick auf politisch-gesellschaftliche Dimensionen dargestellt. Auch die sexualwissenschaftlich relevanten Aufsätze von Gross weisen beständig über individuelle Konstellationen hinaus auf politische, gesellschaftliche und soziale Dimensionen: So beispielsweise, wenn Gross (im Anschluß an Bachofen) den Übergang vom ursprünglichen Mutterrecht zur vaterrechtlichen, autoritären Gesellschaft als menscheitsgeschichtliches Trauma charakterisiert und als Ursache für die Entstehung von inneren Konflikten des Einzelnen bezeichnet. Das Gebiet der Sexualität wird „von äußeren Faktoren zum eigentlichen Gebiet des hoffnungslosen inneren Kampfes gemacht“ (Gross 1920: 3). Neurotische Symptombildung, Beziehungsstörungen, ein ganzes Spektrum psychischer Auffälligkeiten kann die individuelle Folge des äußerlichen Konfliktes sein, der sich dann ergibt, wenn individuelle Triebbedürfnisse durch allgemeine Normen unterdrückt werden. Gross macht den Übergang von der Mutterrechtsordnung zu einer vaterrechtlich bestimmten Gesellschaft verantwortlich für das Entstehen dieser Konflikte. In einer „Mutterrechtsgesellschaft“ sind nach Gross derartige innere Konflikte nicht denkbar, da diese Gesellschaft mit den Bedürfnissen ihrer Mitglieder gänzlich anders umzugehen versteht:

„Das Mutterrecht hat für sexuelles Geschehen keine Schranken und Normen, keine Moral und keine Kontrolle. Es kennt nicht den Begriff der Vaterschaft und rechnet nicht mit ihrer Konstatierbarkeit in irgendeinem einzelnen Fall. Es nimmt die Mutterschaft als größte, der Gesellschaft selbst als legitimer Rechtsvertreterin der kommenden Geschlechter dargebrachte Leistung an und überträgt auf die Gesellschaft alle Pflicht, die materielle Gegenleistung aufzubringen, kennt also kein Motiv zu irgendeiner *Evidenterhaltung der Vaterschaft*, deren die Vaterrechtsgesellschaft als des Schlüssels zur Feststellung eines verantwortungspflichtigen Einzelnen nicht entraten kann ...“ (Gross 1919: 47)

An die Stelle der mutterrechtlichen gesellschaftlichen Solidarität setzt die vaterrechtliche Gesellschaft das ökonomisierte Prinzip der Gegenleistung:

„In diesem Moment der Gegenleistung konzentriert sich der Fehler der neuen Ordnung, der unvereinbare moralische Konflikt der neuen Moral. Die Gegenleistung der Frau für die Wirtschaftshilfe von Seiten des einzelnen ist selbstverständlich und prinzipiell die Sexualität, und diese Verwendung der Sexualität ist die Sünde gegen die Sexualität... Der Inhalt der neuen Rechtsbeziehung ist also das Sichverkaufen der Frau in Form von Prostitution und Ehe und ihr erstes direktes Ergebnis die sexuelle Scham. Die nächste Konsequenz ist dann die Autoritätsfamilie, das Bauelement der Autorität als Institution überhaupt.“ (Gross 1919: 49-50)

### Psychoanalyse und Gesellschaft

Diese Auffassung von Gross deckt sich zum Teil mit Gedanken, die von Schriftstellern wie Erich Mühsam und Franz Werfel formuliert wurden: „Die allgemeinen Aufstellungen der Psychoanalytiker - Dr. Otto Groß - über das Wesen der Eifersucht und den Zwangscharakter der Vaterschaftsfamilie kamen meinen Ideen darüber ganz nahe, ohne sie indessen in ein Gesamtbild künftiger Gesellschaftsgestaltungen einzuordnen. Für mich selbst gehörte die Befreiung der Persönlichkeit von den gewaltigen Bindungen des Liebeslebens von jeher als

organischer Bestandteil in das Programm der Befreiung der Menschheit von jedem knechtischen Druck, und ich habe das Thema, das ich übrigens schon 1909 in einem 'polemischen Schauspiel' dramatisch behandelt habe, in einem Thesenstück, 'Die Freivermählten', erörtert, um sichtbar zu machen, wie eng zusammengehörig in mancher Hinsicht der leidenschaftliche Kampf um neue Lebensgestaltung der ganzen künftigen Menschheit und die natürliche Haltung ihrer Zeit kulturell zuvorkommender Menschen in ihrer geselligen Fröhlichkeit sein kann." (Mühsam 1931: 235-236) Gross dürfte auch die Rezeption der Psychoanalyse in Literatenkreisen nachhaltig geprägt haben.

Die von Sigmund Freud aufgedeckten tiefenpsychologischen Strukturen und Vorgänge werden von Otto Gross als mehr oder weniger direkte Folgen der Umwertung aller Werte interpretiert, die sich mit dem Übergang von Mutterrecht zum Vaterrecht vollzieht. Anpassung, Verdrängung oder Vergessen sind Reaktionen auf den allgemeinen äußeren Druck, der den individuellen Triebbedürfnissen zuwiderläuft. „Die sozialen Beschränkungen gestatten dem Individuum unter bestimmten Bedingungen nicht, seine eigenen biologischen Regulationen, d.h. seine Affekte zu Ende zu leben“, hatte Gross in einer 1907 veröffentlichten Schrift formuliert (zitiert nach Hurwitz 1988: 78). Sigmund Freud hat sich auf dem Psychoanalytiker-Kongreß, der im April 1908 in Salzburg stattfand und auf dem Otto Gross in einem Referat seine Überlegungen vortrug, mit dem Satz „Wir sind Ärzte, und Ärzte wollen wir bleiben“ von einer derartigen Erweiterung der Psychoanalyse distanziert.

Welche Gründe zu dieser Distanzierung und später auch zum Abbruch des persönlichen Kontaktes zwischen Freud und Gross geführt haben, ist letztlich unklar. Denkbar scheint jedoch, daß Freud, der später selbst über „Das Unbehagen in der Kultur“ (1930) schreiben wird, zumindest zu diesem Zeitpunkt eine Erweiterung der Psychoanalyse im Sinne Gross' nicht zuletzt aus der Überlegung abgelehnt hat, daß dann eine individuelle Therapie sinnlos, wenn nicht gar unmöglich sein könnte. Ist nicht jede Therapie zum Scheitern verurteilt, wenn sie den inneren Konflikt nicht lösen kann, weil sie die gesellschaftlichen Umstände nicht verändern wird? Otto Gross, der spätestens ab 1912 nicht mehr als Psychiater, Psychoanalytiker oder Nervenarzt tätig war, hat in seinen Schriften durchaus eine gesamtgesellschaftliche Therapie anvisiert: „...die wirkliche und unverlierbare Neugestaltung ist von der Revolution zu erwarten, welche das Urprinzip der Autorität vernichtet und das Urproblem aller Wirtschaft kommunistisch löst, die ganz von innen heraus zum Umsturz ansetzt und wieder die Sorge für Mutter und Kind dem Wirtschaftsverband der Gesellschaft zuweisen wird.“ (Gross 1919: 52)

Wie diese Neugestaltung aussehen könnte, welche Schritte konkret eine Revolution der Vaterrechtsgesellschaft zu bewirken vermögen, ob die neue Gesellschaft mutterrechtlich, anarchistisch oder kommunistisch (oder eine gelungene Mischung aus allen drei Gesellschaftsformen) ist, läßt Gross offen. Anders etwa als Herbert Marcuse, der eine Generation später eine philosophische Synthese von Triebstruktur und gesellschaftlicher Wirklichkeit vorlegen und den „äußerlichen Konflikt“ anhand konkreter Beispiele auch benennen wird (Marcuse 1955; 1963), geht Gross auch in den politischen Aufsätzen aus seinen letzten Lebensjahren kaum jemals über stets sehr phantasievolle, immer aber auch sehr allgemein gehaltene Formulierungen hinaus. Man mag dies als Theoriedefizit oder unwissenschaftliche Arbeitsweise beklagen und man kann Otto Gross mit Max Weber als „Konfusionsrat“

ablehnen, der Weltanschauung treibt (zitiert nach Hurwitz 1988: 102) und seine Schriften als „Umquatschung des Nichtgetanen“ abtun (Ludwig Rubiner 1913; zitiert nach Hurwitz 1988: 98) - was aber darüber nur allzuleicht in Vergessenheit gerät, sind die zahllosen sozialkritischen und politischen Überlegungen – vor allem zu Sexualität und Partnerschaft – aus dem Werk von Otto Gross, die zum Teil erst viele Jahre später aufgegriffen und in anderen Zusammenhängen wirksam geworden sind.

### Literatur

- Gross O: Die kommunistische Idee in der Paradiessymbolik (1919). In: Gross O 1980: 41-54.
- Gross O: Drei Aufsätze über den inneren Konflikt. Abhandlungen aus dem Gebiete der Sexualforschung Band II, Heft 3, Jahrgang 1919/20. Bonn: A. Marcus & E. Webers 1920.
- Gross O: Von geschlechtlicher Not zur sozialen Katastrophe. Mit einem Textanhang von Franz Jung herausgegeben von Kurt Kreiler. Frankfurt: Robinson 1980.
- Hurwitz E: Otto Gross. Paradies-Sucher zwischen Freud und Jung. (1979) Frankfurt: Suhrkamp 1988.
- Jones E: Das Leben und Werk Sigmund Freuds. Band 2. Bern, Stuttgart: Huber 1960 (zitiert nach Hurwitz 1988: 7).
- Jung C: Paradiesvögel. Hamburg: Nautilus 1985.
- Lamott F: Die Kriminologie und das Andere. Versuch über die Geschichte der Ausgrenzungen. Kriminologisches Journal 1988;3: 168-190.
- Marcuse H: Triebstruktur und Gesellschaft. Ein philosophischer Beitrag zu Sigmund Freud (1955). Frankfurt: Suhrkamp 1967.
- Marcuse H: Das Veralten der Psychoanalyse (1963). In: Kultur und Gesellschaft 2. Frankfurt: Suhrkamp 7. Aufl. 1968:85-106.
- Mühsam E: Ascona. Eine Broschüre. Zweite Auflage Locarno: Birger Carlson 1905. (Neuaufgabe Berlin: Verlag Klaus Guhl o. J.).
- Mühsam E: Namen und Menschen. Unpolitische Erinnerungen (1931). Berlin: Verlag Klaus Guhl 1977.

**Anschrift des Autors:**

Dr. phil. Dr. med. Stephan Dressler, Durlacher Str. 23, D-10715 Berlin

## Zur Bedeutung der Sexuelsymbolik in der Psychotherapie

### The Impact of Sexual Symbolism on Psychotherapy

H. Völkel, Kiel

#### Zusammenfassung

Die Personifizierung des Penis ist der psychoanalytischen Sexuelsymbolik ebenso vertraut wie der Umgangssprache. Viel seltener begegnet man einer Personifizierung der Klitoris. Es wird von einem 26jährigen Mann mit einer erektilen Potenzstörung berichtet, der zu Beginn der Therapie eine „Schutzmantelmadonna“ modellierte, die eine unbewußte Personifizierung der Klitoris darstellte. Diese Initialgestaltung erwies sich im weiteren Verlauf der Therapie als Symbol von großer Komplexität, in dem Abwehr von Kastrationsangst, Geborgenheitsstreben und symbiotische Einheit mit der Mutter zu einer erlebnisintensiven Anschaulichkeit verschmolzen waren.

**Schlüsselwörter:** Erektionsstörung, Sexuelsymbolik, Fetischismus

#### Abstract

Penile symbolifications frequently form a part of psycho-analytic sexual symbolism as well as of everyday language. Symbolification of the clitoris occurs much less frequently. In this article, the case of a 26 year old male patient who suffered from erectile dysfunction (impotence) is reported. At the beginning of therapy, the patient formed a clay model of the Holy Virgin. This model presented an unconscious personification of the clitoris. During the course of therapy, this initial „modelling“ proved to be a symbol of great complexity, representing defence mechanisms against castration anxieties, desires of shelter and security and the symbiotic union with the patient's mother, melted into one vivid symbol that was based on life experiences.

**Key Words:** Erectile Dysfunction, Sexual Symbolism, Fetishism

Die Sexuelsymbolik von Körperteilen ist dem Psychoanalytiker vertraut. Dabei lassen sich bestimmte, häufig wiederkehrende Formen der Genitalisierung erkennen, wie z. B. die Verwendung eines Gliedes - etwa des Armes, Beines oder Fingers - für *das Glied*. Freud hat herausgestellt, daß sich das Gesicht besonders eignet für sexuelsymbolische Beziehungssetzungen im Sinne einer „Verlegung nach oben“: „Der Sprachgebrauch tut dabei mit, indem er 'Hinterbacken' als Homologe der Wangen anerkennt, 'Schamlippen' neben den Lippen nennt, welche die Mundspalte einrahmen. Die Nase wird in zahlreichen Anspielungen dem Penis gleichgestellt“ (Freud 1900: 267).

In umgekehrter Richtung - Darstellung extragenitaler Körperbereiche durch die Genitalregion - sind Symbolbeziehungen nicht so häufig. Allerdings stellt die Personifizierung des Penis eine Alltäglichkeit der Kinderstube dar (das „Pillermännchen“), ist aber auch in der Umgangssprache des Erwachsenen und vor allem in der Traumsymbolik nicht selten anzutreffen. Das weibliche Genitale bietet sich dagegen für eine solche Personifizierung kaum an, offensichtlich bestehen von der Anatomie her dafür weniger günstige Voraussetzungen. Ausnahmen dürften deshalb besonderes Interesse verdienen.

## Falldarstellung

Ein 26jähriger Bäcker und Konditor, Juniorchef eines Café-Betriebes, wird mit der Diagnose „nervöser Erschöpfungszustand“ zur stationären Behandlung eingewiesen. Vom Hausarzt wird der Patient als tüchtig, fleißig und eng an seine Familie gebunden geschildert. Allerdings könne er mit Alkohol nicht recht umgehen, neige nach Alkoholgenuß zum „Fortlaufen“ und habe sich mehrfach ziellos in einen Zug gesetzt, um weite Reisen anzutreten. Einmal sei er in Paris zwei Tage lang inhaftiert worden, weil er keinen gültigen Ausweis bei sich hatte.

Im Erstgespräch war der unbefangenen und aufgeschlossen wirkenden Patient bemüht, den Eindruck völliger ‚Normalität‘ zu erwecken und die Bedenken seiner Eltern zu bagatellisieren. Dabei stellte er seine Eltern als die „besten Eltern der Welt“ dar, wobei er vor allem die engen und herzlichen Beziehungen zu seiner Mutter betonte.

Zu Beginn der stationären Behandlung, die in einer Kombination von Gruppentherapie, Einzelgesprächen und Gestaltungstherapie durchgeführt wurde, modellierte er eine kleine Madonna (Abb. 1), die er als „Schutzmantelmadonna“ bezeichnete.

Als weitere Einfälle brachte er noch „Mütterlichkeit“ und „Geborgenheit“ vor, insgesamt erschienen die Assoziationen ein wenig banal und dürrig.



**Abb. 1:** Die „Schutzmantelmadonna“; sie wurde während eines stationären Aufenthaltes von einem 26jährigen Patienten modelliert, der unter einer primären Erektionsstörung litt.

Als der Patient zur nächsten Sitzung erschien, hatte ich einen aufgeschlagenen anatomischen Atlas auf den Tisch gelegt mit einer Darstellung des weiblichen Genitales, die bis auf einen kleinen Ausschnitt durch eine durchscheinende Papierblende abgedeckt war.

Er warf einen Blick auf die Abbildung (Ausschnitt siehe Abb. 2) und prallte mit allen Anzeichen affektiver Betroffenheit zurück: „Die Madonna!“. Als erste Assoziation tauchte folgende Erinnerung auf: „Als ich 13 Jahre alt war, da hat mein Freund einmal eine Seite aus einem Dokorbuch herausgerissen und mit in die Schule gebracht, eine Abbildung des weiblichen Unterleibes. Das sah genauso aus.“ Weitere Assoziationen wiesen in seine frühe Kindheit, die er als Flüchtlingskind in Bayern verbracht hatte. Im Alter von drei Jahren war er wegen Osteomyelitis stationär behandelt worden und lange Zeit von seiner Mutter getrennt gewesen. Aus den weiteren Einfällen und Erinnerungen wurde deutlich, daß er in der damaligen Zeit das weibliche Genitale „entdeckt“ hat, sowohl bei seiner zwei Jahre jüngeren Schwester als auch bei kleinen Mitpatientinnen in der chirurgischen Klinik. Zögernd offenbarte der Patient schließ-

lich gegen Ende der Sitzung, daß bei ihm eine schwere Sexualproblematik vorlag, die er bisher verschwiegen hatte. Trotz vielfacher Bemühungen war ihm bisher kein sexueller Kontakt gelungen (primäre Erektionsstörung).

### Hypothesen für die Behandlung

Die Initialgestaltung war dem therapeutischen Prozeß gleichsam vorausgeeilt, erst viel später fügte sich aus dem analytischen Material ein Bild der Kindheitsentwicklung zusammen, das eine überzeugende Interpretierung der spontan modellierten Plastik erlaubte. Die Entdeckung des weiblichen Genitals war in einen Entwicklungsabschnitt gefallen, der durch schwere seelische Mangelserlebnisse bestimmt wurde (Osteomyelitis, längere Trennung von der Mutter).

Freud hat die Bedeutung der Klitoris als Penisäquivalent an verschiedenen Stellen hervorgehoben. „Wenn der kleine Knabe das Genitale eines Schwesterchens zu Gesicht bekommt, ... konstatiert (er) nicht etwa das Fehlen des Gliedes, sondern sagt regelmäßig, wie tröstend und vermittelnd: der ... ist aber noch klein; nun, wenn sie größer wird, wird er schon wachsen“ (Freud 1908: 178). Die Entdeckung der Klitoris kann somit für den kleinen Jungen ein tröstliches Erlebnis sein, geeignet für die Bewältigung früher Kastrationsängste. Diese Abwehr hat nun im vorliegenden Fall eine geradezu grandiose Ausdehnung erfahren: die Klitoris ist zur Frau schlechthin ausgestaltet worden, und zwar zum Urbild der behütenden und beschützenden Mutter.

Freud hat die Frage der Symbolik des Penis im Zusammenhang mit dem Fetischismus diskutiert. Der kleine Junge verleugne zwar die eigene Sinneswahrnehmung, die ihm den Penismangel am weiblichen Genitale gezeigt hat, die verleugnete Wahrnehmung bleibe aber nicht ganz ohne Einfluß: „... er greift etwas anderes, Körperteil oder Gegenstand, auf und verleiht dem die Rolle des Penis, den er nicht vermissen will. Meist ist es etwas, was er damals beim Anblick des weiblichen Genitales wirklich gesehen hat ...“ (Freud 1938: 133).

Neuere Untersuchungen zum Fetischismus heben hervor, daß die fetischistische Abwehr zwar wesentlich in der phallischen Phase entsteht, das Problem des Fetischismus jedoch nicht allein unter dem Aspekt der Kastrationsangst zu betrachten ist, sondern bis zur präphallischen Ich-Entwicklung zurückverfolgt werden kann. In Abwandlung von Freuds Gedanken, daß der Fetisch Unabhängigkeit vom Liebesobjekt schafft, macht nach Bak „der Fetisch die Trennungsdrohung ungeschehen, indem er ein Ersatzding bildet, an das man sich anklammern kann“, womit die Verwandtschaft zwischen Fetisch und Übergangsobjekt bestätigt werde (Bak 1968: 29, zitiert nach Blanck 1981: 357).

Somit ist im Symbolerleben der Madonna offensichtlich nicht nur eine Kastrationsangst abgewehrt und durch Integration in das Bild der bergenden Mutter bewältigt worden,



**Abb. 2:** Ausschnitt aus dem Lehrbuch der Anatomie von Rauber und Kopsch (1911); durch eine Abdeckung sind nur Praeputium und Glans clitoridis zu erkennen. Die Ähnlichkeit zur "Schutzmantelmadonna" ist evident.





## Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

### AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Tab. 1: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Männern nach Infektionsrisiken und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.3.94)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	April 92 - März 93	April 93 - März 94	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	1001 75,9 %	658 75,4 %	7653 75,5 %
i. v. Drogenabhängige	130 9,9 %	84 9,6 %	1055 10,4 %
Hämophile	32 2,4 %	24 2,7 %	415 4,1 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	12 0,9 %	9 1,0 %	112 1,1 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	48 3,6 %	39 4,5 %	275 2,7 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	11 0,8 %	17 1,9 %	64 0,6 %
Prä- oder perinatale Infektion	7 0,5 %	1 0,1 %	37 0,4 %
Keine Angaben	77 5,8 %	41 4,7 %	532 5,2 %
Gesamt	1318 100 %	873 100 %	10143 100 %

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

Quelle: AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes, Quartalsbericht I / 94

**Tab. 2:** Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Frauen nach Infektionsrisiken und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.3.94)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	April 92 - März 93	April 93 - März 94	Gesamt
i. v. Drogenabhängige	80 45,7 %	50 41,0 %	497 48,0 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	15 8,6 %	19 15,6 %	118 11,4 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	54 30,9 %	33 27,0 %	276 26,6 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	8 4,6 %	15 12,3 %	40 3,9 %
Prä- oder perinatale Infektion	8 4,6 %	0 0,0 %	35 3,4 %
Keine Angaben	10 5,7 %	5 4,1 %	70 6,8 %
<b>Gesamt</b>	<b>175</b> <b>100 %</b>	<b>122</b> <b>100 %</b>	<b>1036</b> <b>100 %</b>

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

Quelle: AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes, Quartalsbericht I / 94

**Tab. 3:** HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Doppelmeldungen nach Infektionsrisiken, Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Einsendung der Seren (Stand: 31.3.94)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	April 92 - März 93	April 93 - März 94	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	889 14,0 %	722 15,8 %	8977 14,3 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht männlich	331 5,2 %	196 4,3 %	3589 5,7 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht weiblich	128 2,0 %	114 2,5 %	1798 2,9 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	April 92 - März 93	April 93 - März 94	Gesamt
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht unbekannt	12 0,2 %	9 0,2 %	330 0,5 %
Hämophile	7 0,1 %	12 0,3 %	1850* 3,0 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht männlich	25 0,4 %	21 0,5 %	269 0,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten Geschlecht weiblich	26 0,4 %	19 0,4 %	200 0,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht unbekannt	2 0,0 %	2 0,0 %	21 0,0 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht männlich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	234 3,7 %	133 2,9 %	1077 1,7 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht weiblich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	181 2,8 %	123 2,7 %	1072 1,7 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht unbekannt (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	10 0,2 %	2 0,0 %	70 0,1 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern**	71 1,1 %	197 4,3 %	279 0,4 %
Prä- oder perinatale Infektion	70 1,1 %	78 1,7 %	630 1,0 %
Keine Angaben / Geschlecht männlich	2990 47,0 %	1950 42,8 %	28125 44,8 %
Keine Angaben / Geschlecht weiblich	701 11,0 %	536 11,8 %	6478 10,3 %
Keine Angaben / Geschlecht unbekannt	681 10,7 %	446 9,8 %	7955 12,7 %
Gesamt	6358 100 %	4560 100 %	62720 100 %

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

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

Quelle: AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes, Quartalsbericht I / 94

## Veranstaltungskalender

- 10<sup>th</sup> INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS AND STD vom 7.-12. August 1994, YOKOHAMA. Auskunft: Congress Corporation, Namiki Bldg., 5-3 Kamiyama-cho, Shibuya-ku, TOKYO 150, Japan. Fax: (0081) 3466-5929.
5. INTERNATIONALER BERLINER KONGRESS FÜR SEXUALWISSENSCHAFT der Humboldt Universität Berlin vom 18.-21. August 1994. Auskunft: Prof. Dr. E.J. Haerberle, Bundesgesundheitsamt, AIDS-Zentrum, Reichpietschufer 74-76, D-10785 BERLIN.
2. INTERNATIONALES GRAZER ANDROLOGIE SYMPOSIUM UND JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ANDROLOGIE vom 8. bis 10. September 1994 in GRAZ. Auskunft: Prof. Dr. Hans H. Pusch, Universitäts-Frauenklinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz, ÖSTERREICH. Tel.: (0043) 316 / 385-2201, Fax: 316 / 385-3061.
- 6<sup>th</sup> WORLD MEETING ON IMPOTENCE vom 12. bis 16. September 1994 in SINGAPUR. Auskunft: Obstetrical and Gynaecological Society of Singapore, c/o Dept. of O & G, National Univ. Hospital, 5 Lower Kent Ridge Road, Singapur 0511, Singapur, Tel. (0065) 772 4267, 777 0313, Fax: 779 4753
- IV. EUROPEAN SYMPOSIUM ON PSYCHOSOMATIC OBSTETRICS AND GYNECOLOGY vom 15. – 17. September 1994 in Bad Säckingen. Auskunft: Geber und Reusch, Habichtsweg 11, D-60437 Frankfurt/M. Tel.: (069) 505229, Fax: (069) 503978.
- AIDS IN EUROPE – THE BEHAVIOURAL ASPECT vom 26. – 29. September 1994 in BERLIN. Auskunft: AIDS-Zentrum, Reichpietschufer 74-76, 10785 Berlin. Tel.: (030) 25 009415. Fax: (030) 25 009466.
- JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT ZUR BEKÄMPFUNG DER GESCHLECHTSKRANKHEITEN am 7. und 8. Oktober 1994 in ESSEN. Auskunft: Prof. Dr. H.-J. Vogt, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Techn. Universität, Biedersteiner Str. 29, 80802 München, Tel.: (089) 3849-1, Fax: (089) 334983.
5. FACHTAGUNG DER ARBEITSGRUPPE SEXUALPÄDAGOGISCHE FORSCHUNG (ASF/DGG) am 10. und 11. Oktober 1994 an der Universität LANDAU/PFALZ. Auskunft: Prof. Dr. Norbert Kluge, Universität Koblenz-Landau, Abteilung Landau, Westring 10a, 76829 Landau.
- INFOSAD – (International Forum on Sexuality and Disability) INTERNATIONAL SEMINAR ON WOMEN AND DISABILITY vom 7. – 10. November 1994 in TEL AVIV, Israel. National Secretary Dr. E. Chigier, Israel Rehabilitation Society, 18 David Elazar St., TEL AVIV 61909.
1. SEXUALMEDIZINISCHER KONGRESS DER PSYCHIATRISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK UND PSYCHOSOMATISCHEN ABTEILUNG DER FRIEDRICH-ALEXANDER-UNIVERSITÄT ERLANGEN-NÜRNBERG am 11. und 12. November in ERLANGEN/NÜRNBERG. Auskunft: Dr. R. J. Witkowski, Dr. F. Erbguth, Psychiatrische bzw. Neurologische Universitätsklinik, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen.
5. DEUTSCHER AIDS-KONGRESS vom 24. – 25. November 1994 in HANNOVER. Informationen: 5. Deutscher AIDS-Kongreß, Postfach 81703, D-München, Germany.
- 3<sup>rd</sup> ASIAN CONFERENCE OF SEXOLOGY vom 27. November – 1. Dezember 1994 in NEW DELHI. Anmeldung: Prof. Dr. Prakash Kothari, 203 A, Sukhsagar, N.S. Patkar Marg, BOMBAY 400 007, India.4.



sondere von M. Hirschfeld vertreten, ummält das geächtete Phänomen mit wissenschaftlicher Scheinkonzeption - „mit diesen Kategorien ließen sich in der Tat nahezu sämtliche Klischees, Stereotype und Zerrbilder erneuern, die im gesellschaftlichen Diskurs über die Homosexualität anzutreffen sind“. Das Interesse für die Homosexualität und insbesondere das in den letzten Jahren explizit herausgestellte Interesse an homosexuellen Lebensstilen ist nach Pollak nicht wissenschaftlich begründet, sondern fußt auf einer allgemeinen Liberalisierung der sexuellen Normen und Werte. Der homosexuelle Lebensstil habe Modellcharakter bekommen: Sexuelles Interesse und Fortpflanzung werden von einander getrennt und ausdrücklich wird von einer Fortpflanzungssexualität gesprochen. Die von der Fortpflanzung befreite, dem Genuß zugewandte Sexualität findet ihren Ausdruck in „autonomisierten Sexualpraktiken“, denen der Orgasmus und die Orgasmusfrequenz als Maßeinheit des Lustgewinnes zugeordnet wird. Für die hedonistische Lebensqualität hat die „Homosexuellenkultur“ einen Vorbildcharakter für eine „sexuelle und affektive Lebensführung, die frei ist von den Zwängen stabiler und dauerhafter Beziehungen“. Zu Recht stellt Pollak die Frage, ob es sich bei dem Bestreben, Homosexualität zur kulturellen Mode zu erheben, um ein Mißverständnis oder um den Wunsch handelt, neue Lebensformen ubiquitär nachzuahmen. Eindringlich beschreibt er, wie sich der „Sexmarkt“ der Homosexualität mit seinen Techniken und Symbolen außerhalb des Milieus verbreitet hat. Dennoch bleibt für den Homosexuellen die Ghettosituation bestehen. Da der homosexuelle Habitus aus einer vorausgegangenen Sozialisation und nicht aus der Verinnerlichung der Normen des Milieus resultiere, fehle dem coming-out der Homosexuellen die Authentizität. Der Prozess des *coming out* unterstütze den Aufbau und die Ausdifferenzierung einer homosexuellen Identität und diene dazu, die feindlichen Linien der Ausgrenzung zu überschreiten, hineinzuwirken in die Welt der Heterosexuellen. Pollak beschreibt das *coming out* nicht nur als „individuelle Versöhnung mit der eigenen homosexuellen Identität“, sondern zugleich als einen dynamischen Faktor, welcher „das Kriterium des sexuellen

*Orientierung in der Wahrnehmung und Definition sämtlicher sozialer Beziehungen*“ verdeutlicht. Die Konzentration Homosexueller in bestimmten Berufsgruppen sei, so Pollak, nicht die Folge einer angeborenen künstlerischer Begabung oder hoher spezifischer Intelligenz, sondern „der Reflex einer Hellsichtigkeit, die aus der beständigen Schauspielerei und aus der Distanz zu sich selbst »erwächst« gegenüber einer stets empfundenen, aber nie zur Sprache gebrachten Ausschließung“. Ebenso subtil zeigt Pollak Abwehrmechanismen auf, Coping-Strategien in Sprache und Humor, bis hin zur gelebten Karikatur in der Gestalt der „hoffnungslosen Tunte“. Das tagtäglich erlittene Leid zu mildern ist ein Ziel homosexueller Gemeinschaften, die sich ökonomisch, politisch und freizeitstrukturell organisieren und von Pollak als ein Modellfall gesehen werden, der bezeugt, „daß man höchst unterschiedlichen Bedürfnissen folgen und zugleich die Einsamkeit überwinden kann, daß es möglich ist, seine sexuellen affektiven Bedürfnisse gesondert zu befriedigen“. Man sollte jedoch deutlicher als Pollak festhalten, daß die homosexuelle Identität und der ihr zugehörige Lebensstil nur dann zum Modell werden kann, wenn sich daraus das Gelingen eines Verschmelzungsprozesses von sexuellen und affektiven Zielen und Objekten in einer Person erfahrbar ableiten ließen. Mißlingt ein solcher Prozeß, laufen wir alle Gefahr, in der Fortentwicklung unserer sexuellen Identität das Leid des homosexuellen Ghettolebens in uns selbst und in unserem Miteinander zu wiederholen. Im Gegensatz zu Pollak scheint Skepsis angebracht gegenüber dem Rat der militanten homosexuellen Literatur, der da lautet: „Schafft Euch Lebensräume und Lebensstile, die Euren sexuellen Bedürfnissen entsprechen“. Die „sexuelle Befreiung“ der letzten drei Jahrzehnte hat die Homosexualität aus ihrem Schattendasein nicht nur „ge-outed“, sondern auch eine homosexuelle Anthropologie hervorgebracht, die im Pragmatismus der Alltagsbewältigung längst auch in Europa deutlich Gestalt annimmt, so etwa in dem Wunsch der Eheschließung von Homosexuellen.

Dies Streben nach stabiler dualer Partnerschaft, ausgestattet mit den institutionellen, staatlichen, kirchlichen Insignien, steht aber im deutlichen

Widerspruch zur modischen „Nomadenbetriebsamkeit“ der heterosexuell orientierten Singles. Diese, so glaubt der Soziologe André Béjin, sehen ihre Befreiung aus der Fortpflanzungssexualität darin, daß sie sich dem Ideal des von Fortpflanzung befreiten Androgynen annähern. Die „eheliche Fortpflanzungssexualität“ ist das Resultat einer Entwicklung der sakramentalen Ehe der christlichen Kirche seit dem 11./12. Jahrhundert. Das für uns heute verbindliche Ehemodell der monogamen und unauflösbaren Ehe wurzelt in der römischen Spätantike. Mit den beiden Determinanten *Monogamie* und *Unauflöslichkeit* entsprach dieser Ehemodus den wirtschaftlich-gesellschaftlichen Bedürfnissen sowohl der urbanen römischen Aristokratie wie auch der galogermanischen ländlichen Bevölkerung. Die unantastbare Verbindung zweier Familien galt in jener Zeit als sicherste sozio-ökonomische Basis für wirtschaftliche und soziale Weiterentwicklung. Der Kirche, die erst nach Jahrhunderten das vorgefundene Modell ehelich-familiären Lebens für sich beanspruchte, kam dies insofern entgegen, als sie damit nicht befürchten mußte, der von ihr massiv bekämpften Unkeuschheit (Masturbation und männliche Homosexualität) Vorschub zu leisten.

Bis ins 18. Jahrhundert hinein unterschied man zwischen Liebe in der Ehe und der Liebe außerhalb der Ehe. Konkubinat und Prostitution standen nicht in einem Widerspruch zu Ehe und Gesellschaft, sondern waren „Stützen der sozialen Ordnung“. Eindrucksvoll belegen dies die Arbeiten von Jacques Rossiaud zur Sexualität in den französischen Städten des 15. Jahrhunderts und von Achillo Olivieri zum Kurtisanentum im Venedig des 16. Jahrhunderts.

Die Geschichte der weiblichen Sexualität wird nur in einem Beitrag gewürdigt: „Anmerkungen zu einer Anatomie der weiblichen Lust“. Dies Phänomen der Singularität und Rarität wird durch die Autorin Angeline Goreau selbst thematisiert: „Die weibliche Lust sei ein gänzlich unbekanntes Feld gewesen, wenn es sie denn überhaupt gab, d.h., wenn nicht unablässig und allenthalben Keuschheit und Bescheidenheit, Ehrsamkeit und Anstand als unabdingbare Notwendigkeit von der Frau gefordert worden wäre“. Das von „Vätern“ bestimmte soziale Leben, die abendländi-

sche Kultur, hält bis heute an der Grundidee der weiblichen Sittsamkeit fest „sich aus eigenem Willen zu bescheiden“ (Elisabeth Carey, 1630). Denn noch heute ist ein Ideal von Weiblichkeit, sich „Zurückhaltung, die bisweilen an Prüderie“ grenzt, aufzuerlegen, um nicht eine soziale Abwertung oder gar Ausstoßung zu erfahren.

Die moderne Anthropologie differenziert den Menschen jedoch nicht mehr gemäß seiner Geschlechtlichkeit, sondern - folgt man dem Historiker Hubert Lafont in seiner detailreichen Analyse zur Soziodynamik der „Jugendbanden“ - gruppiert ihn nach unterschiedlichen Zielen und Objekten seines Lustgewinns. Ein neues Leitbild, in dem sexuelle Freizügigkeit für beide Geschlechter Raum greift, hat Bedeutung gewonnen: „Alle Welt trägt die gleiche Kleidung, den gleichen Schmuck, die gleiche Haartracht; die Banden der Vergangenheit zerfließen zu losen Ensembles stetig wechselnder Gefährten und immer häufiger auch Gefährtinnen, die in Cafés und Lokalen oft weit von ihrem Wohnort entfernt zusammenkommen. Und gleichgültig, ob Studenten oder Jugendliche aus den unteren Volksschichten, sie alle teilen denselben Geschmack in Bekleidung oder Musik, dieselbe Leidenschaft für Mopeds und Motorräder und dieselben Jobs als Laufburschen oder Fensterputzer. Der Kontrast zwischen sinnlicher Weiblichkeit und männlicher Kraft wird ersetzt durch eine natürliche, schweifende, universelle Jugendlichkeit, die nicht mehr sozial, sondern sinnlich erlebt wird“.

Der Homo sapiens hat sich, so meinen Lafont und Béjin, zu einem androgynen Satyr gewandelt, dem hedonistische Kurzweil wie auch destruktives Allmachtsbegehren eigen sind. Der daraus erwachsene „soziale Gestaltswandel“ des Miteinander-Lebens des *Homo sociologicus* wurde in den zurückliegenden drei Jahrzehnten spürbar. Der mit diesen Wandlungen einhergehende Prozeß der Werteeosion und der Reduktion von Sinnlichkeit auf die flüchtige Lust des Augenblicks wird von André Béjin kritisch reflektiert. In einer nachdenklich stimmenden Polemik - „Die Macht der Sexologen und die sexuelle Demokratie“ - hält er den Sexologen vor, daß sie „Buchhalter der Onanie“ seien, die vehement sowohl die Existenz qualitativer Differenzen zwischen Hetero- und Homosexualität als auch



die Tatsache leugneten, daß die Quelle aller Lustbarkeit die Autoerotik sei. Ihr Kampf für eine sexuelle Demokratie ziele letztlich auf eine „Infantilisierung“ des Individuums und dessen Unterwerfung unter den pädagogisch-therapeutischen Machtanspruch der Sexologen.

*Die Masken des Begehrens* ist nicht nur ein lesenswertes Buch über die Metamorphosen der

zweitausendjährigen Geschichte abendländischer Sinnlichkeit. Wenn Sexualmedizin mehr sein will als nur „Orgasmologie“, wenn sie sich als Wissenschaftsdisziplin nicht der Gefahr aussetzen will, die Weisheit des Abendlandes zu vergessen, sondern zu ihr zurückfinden will, dann sollte dies Buch zur Pflichtlektüre gehören.

*Günter Schmitz, Kiel*

## Mitteilungen der Akademie für Sexualmedizin

**Professor Dr. med. Hans Molinski**, Psychiater und Psychoanalytiker, Leiter der Abteilung für Psychosomatik an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, verstarb am 20. April 1994 im 71. Lebensjahr.

Prof. Molinski hat sich besondere Verdienste in der gynäkologischen Psychosomatik und Sexualmedizin erworben. Mehr als 135 Veröffentlichungen bezeugen sein starkes Engagement für Wissenschaft und Forschung. Er war Gründungspräsident der Gesellschaft für praktische Sexualmedizin (GPS) und hat zuletzt Verpflichtungen als Beiratsmitglied der Zeitschrift *Sexuologie* übernommen. Ein ausführlicher Nachruf folgt in Heft 3/1994 dieser Zeitschrift.

**Privatdozent Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier** ist von der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel für das Fach „Sexualmedizin“ habilitiert worden.

In seiner Habilitationsschrift mit dem Titel „Dissexualität im Lebenslängsschnitt – theoretische und empirische Untersuchungen zur Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter“ hat er über Nachuntersuchungen von insgesamt 302 zwischen 1945 und 1981 am Klinikum Kiel begutachteten Sexualstraftätern berichtet und neben einer Differentialtypologie auf empirischer Grundlage prognostische Kriterien für den weiteren Verlauf der jeweiligen sexuellen Störung herausgearbeitet.