

Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

Inhalt

- | | | | |
|----|--|-----|---|
| | Originalarbeiten | | |
| 65 | Zusatzbezeichnung
"Sexualmedizin" –
Bedarfsanalyse und Vorschläge
für einen Gegenstandskatalog
<i>H.-J. Vogt, K. Loewit, R. Wille,
K.M. Beier, H.A.G. Bosinski</i> | 111 | Haben hormonelle Kontrazeptiva
einen Einfluß auf
das sexuelle Verlangen?
<i>P. Nijs, S. Rodean, K. Demyttenaere</i> |
| 90 | Erektile Dysfunktion:
Diagnostische Möglichkeiten
des Schlaflabors
<i>M. Wiegand</i> | | Aktuelles |
| | | 121 | AIDS in der Bundesrepublik
Deutschland |
| | | 124 | Veranstaltungskalender |
| | | 125 | Buchbesprechungen |
| 97 | Anmerkungen zum Konzept der
'Reproversion' aus kinder- und
jugenpsychiatrischer Sicht
<i>G. Hinrichs</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, Tel.: 04 31 / 5 97-36 50 (Fax: -36 12)

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

Bezugsbedingungen: Vier Hefte bilden einen Band. Bezugspreis pro Band inkl. Porto- und Versandkosten DM 136,- (Inland), DM 144,- (Ausland); ermäßigter Preis für persönliche Abonnements DM 79,- (zzgl. Porto- und Versandkosten), Einzelheft DM 39,- (zzgl. Porto- und Versandkosten). Folgende Kreditkarten werden zur Zahlung akzeptiert: Visa/Eurocard/Mastercard/American Express (bitte Kartennummer und Gültigkeitsdauer angeben). Anzeigenpreise: Es gilt die Anzeigen-Preisliste Nr. 1 vom 1. 10. 1994.

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

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

© Gustav Fischer Verlag · Stuttgart · Jena · New York · 1995

Satz: dtp-Satz Ralf Bogen, Stuttgart

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

Verarbeitung: F.W. Held, Rottenburg am Neckar

Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ – Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog*

Toward the Establishment of a Postgradual Specialization in Sexual Medicine

H.-J. Vogt, München; K. Loewit, Innsbruck; R. Wille, K.M. Beier, H.A.G. Bosinski, Kiel

Zusammenfassung

Diagnostik und Therapie sexueller und partnerschaftlicher Störungen gehören zum ärztlichen Heilauftrag. Die zunehmend aus der Bevölkerung an die Medizin gerichteten Versorgungserwartungen sind unbestritten und stehen noch immer im Mißverhältnis zum Behandlungsangebot.

In zahlreichen europäischen Ländern gibt es anerkannte universitäre sexualmedizinische Ausbildungsgänge. In der Europäischen Union (EU) werden im Zuge der Harmonisierung der gesundheitspolitischen Grundlagen entsprechende Richtlinien für die Aus- und Weiterbildung zu erarbeiten sowie eine gegenseitige Anerkennung akademischer Qualifikationen unumgänglich sein.

Der bislang beschrittene Weg, möglichst allen Ärzten die notwendigen sexualmedizinischen Kenntnisse auf Fortbildungsveranstaltungen zu vermitteln, ohne daß es dafür spezieller, systematisch gegliederter, der Komplexität des Themas gerecht werdender Richtlinien bedurfte, hat bisher nicht zum gewünschten Erfolg geführt.

Vor dem Hintergrund empirisch gestützter Analysen von Prävalenz und Behandlungsbedarf für die sexualmedizinisch relevanten Störungsbilder wird die Einführung einer Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ in die ärztliche Weiterbildungsordnung für notwendig gehalten. Die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Ausbildungsinhalte werden getrennt nach Kenntnissen, Einstellungen/Erfahrungen und Fertigkeiten dargestellt und zu Empfehlungen für Richtlinien einer entsprechenden Weiterbildung zusammengefaßt. Auf diesem Wege soll nicht nur ein Beitrag zur Therapie, sondern auch – im Rahmen der Präventivmedizin – zur öffentlichen Gesundheitsförderung und Gesundheitspflege geleistet werden.

Schlüsselwörter: Sexualmedizin, Sexualtherapie, Diagnostik, Ärztliche Ausbildung

* Arbeitsergebnisse einer auf Initiative der Akademie für Sexualmedizin unter Leitung von Professor H.-J. Vogt (München) gebildeten Kommission von Vertretern verschiedener medizinischer Disziplinen (Dermatologie, Gynäkologie, Urologie, Sexualmedizin, Endokrinologie, Psychotherapie, Pädiatrie, Rechtsmedizin) mit der Aufgabenstellung, die erforderlichen Lerninhalte einer Weiterbildungsordnung in Form eines Qualifikations- und Anforderungskataloges für die Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ zusammenzustellen.

Abstract

The diagnosis and therapy of sex and relationship disorders are an integral part of our medical calling. There is a discrepancy between the obviously increasing public demands for appropriate medical care and the treatment offered.

In many European countries specialized academic training in sexual medicine/sexology is already established. Coinciding with the process of integration within the European Union (EU) a harmonization of basic health policy guidelines concerning specialized training programmes as well as mutual recognition of academic qualifications will be inevitable.

To date many medical doctors have received some general sexological training, but without any special, systematically structured training programmes which could do justice to the complexity of the subject. This method of integrating sexology into the general medical care system cannot be considered as effective. On the basis of an empirically supported analysis of prevalence and requests for treatment concerning any sexologically relevant disorders the introduction of a postgradual specialization in sexual medicine is called for. The necessary diagnostic and therapeutic issues of training are structured and divided into knowledge, attitudes/experiences and skills. Combined, they form the basis of guidelines for an adequate advanced course of special training. This concept is not only meant as a contribution to therapy, but is also aimed at preventive medicine and at public health support and health care in general.

Key words: Sexual Medicine, Sexual Therapy, Diagnostics, Medical Education

Sexuelle Probleme und Konflikte haben in anderen europäischen Ländern seit vielen Jahren ärztliches Interesse geweckt und gehören dort zum Aufgabenbereich ärztlichen Handelns. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Europäischen Union (EU) ist für Ärzte eine Niederlassung in allen Mitgliedsländern der EU grundsätzlich möglich. Formal muß europaweit eine Harmonisierung der entsprechenden Richtlinien für die Aus- und Weiterbildung erfolgen sowie für die Niederlassung die gegenseitige Anerkennung akademischer Qualifikationen gewährleistet sein.

In den meisten europäischen Ländern gibt es entsprechend den bereits 1975 veröffentlichten WHO-Richtlinien (vgl. Haeberle 1993) anerkannte universitäre Ausbildungsgänge in Sexualmedizin/Sexology (s. im Überblick Haeberle 1995). Da sich in den deutschsprachigen Ländern noch keine vergleichbaren Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula durchgesetzt haben, besteht ein zwingender Handlungsbedarf.

Die Bundesrepublik Deutschland steht nicht nur aus diesen europapolitischen Überlegungen heraus, sondern auch aus wissenschaftshistorischen Gründen in einer doppelten Pflicht: Die ärztlichen Begründer der Sexualwissenschaft – Bloch, Hirschfeld, Marcuse und Moll – wirkten in Berlin. Diese medizinische Tradition wurde durch die nationalsozialistische Ära in Deutschland radikal unterbrochen und erst seit den fünfziger Jahren wiederbelebt (vgl. hierzu Haeberle 1983; Eicher 1991b) – verbunden vor allem mit den Namen von Gebssattel, Bürger-Prinz, Giese (Psychiatrie), Hallermann (Gerichtliche und soziale Medizin), Borelli (Dermatologie/Andrologie) und Prill (Gynäkologie). Die 1949 gegründete Deutsche Gesellschaft für Sexuallforschung widmete und widmet sich menschlicher Sexualität in einem breiten Kontext unter zunehmender Betonung sozialwissenschaftlicher und -politischer Aspekte. Deshalb, und weil im Laufe der vergangenen zwanzig Jahren immer mehr Patienten mit sexuellen Störungen sich vermehrt an ärztliche Kollegen wandten und fachlich kompetenten Rat und Hilfe erbat, wurden 1976 von engagierten Ärzten (Eicher, Vogt, Herms, Conrad) die Heidelberger Fortbildungstage für praktische Sexualmedizin ins

Leben gerufen und 1978 (Molinski, Wille) die Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin (GPS) gegründet. Aus den Heidelberger Veranstaltungen gingen insgesamt 16 Bände „Praktische Sexualmedizin“ (1976 – 1993) hervor, die alternierend von Eicher, Vogt, Herms und Conrad herausgegeben wurden; die Mitteilungen der GPS enthalten die Vorträge der wissenschaftlichen Jahrestreffen (1980 – 1993). Es erschienen erste Hand- und Lehrbücher für Sexualmedizin (Eicher 1975; Sigusch 1975; Bräutigam 1977; Eicher 1980; Kockott 1988a;b;c), die sich direkt an Ärzte wandten. Dieses vielfältige Bemühen erreichte jedoch nicht in ausreichendem Maße die Ärzteschaft und kam damit auch nur einem Bruchteil der Patienten* zugute: Eicher (1991a) geht von einer Zahl von rund 2500 Ärzten aus, die insgesamt an den Heidelberger Fortbildungen teilnahmen.

In der damaligen DDR gab es seit 1962 zweijährliche sexualmedizinische Fortbildungen in Rostock und von Aresin und Günther (1983) ein erstes Lehrbuch für Sexualmedizin. Auch hier wurden nur wenige Interessierte erreicht, die akademische Basis für Aus- und Weiterbildung blieb schmal. Unter Berufung auf diese ärztliche Unterversorgung weist Eicher darauf hin: „Da es den Ärzten seit zwanzig Jahren nicht gelingt, den Bedarf an kompetenter Sexualberatung und -therapie zu decken, ist es nicht verwunderlich, daß immer mehr Psychologen sexualtherapeutische Interventionen erbringen, von Patienten deshalb aufgesucht werden und selbst von Ärzten Ratsuchende überwiesen bekommen“ (Eicher 1991a, S. 284).

Sexualität, Geschlechtlichkeit und Partnerschaft sind wesentlicher Bestandteil menschlichen Lebens und Erlebens, potentielle Quelle von Glück und Unglück, von Wohlbefinden und Krankheit. Störungen in diesem Bereich machen den Menschen zum Leidenden, zum 'homo patiens' und sind damit genuines Aufgabenfeld einer sich dem ganzen Menschen verpflichtet fühlenden, anthropologisch reflektierten Medizin (vgl. Wille 1994). Diagnostik, Verlaufsbeobachtung und Behandlung sexueller und geschlechtlicher Störungen gehören zum ärztlichen Heilauftrag. Dies nicht zuletzt deshalb, weil sich Menschen mit sexuellen Problemen zunächst an den Arzt wenden.

Alle bisherigen Ergebnisse sexualwissenschaftlicher Forschung und die umfangreichen Erfahrungen sexualmedizinischer Praxis haben zur Folge, daß man heute nicht mehr nur auf Hypothesen über Sexuelles angewiesen ist. Heute liegt international längst ein umfangreicher Fundus an naturwissenschaftlich begründeten Erkenntnissen über sexuelle Funktionsabläufe, deren Störungen und deren adäquate Therapie vor.

Die komplexen Verflechtungen der organischen, psychischen und sozialen Wurzeln für die Ausreifung der individuellen Sexualität spiegeln sich wider in der Vielzahl der Störmöglichkeiten der sexuellen Funktionen und des Sexualverhaltens. Daher ist jeder praktizierende Arzt in unterschiedlicher Häufigkeit gefordert, seinen Patienten auch auf sexualmedizinischem Gebiet Hilfe zu bieten. Neben dem Hausarzt wenden sich Frauen vor allem an ihren Gynäkologen, Männer an andrologisch tätige Dermatologen, Urologen und andere Fachärzte.

Um sowohl den zunehmend aus der Bevölkerung an die Medizin gerichteten Behandlungserwartungen zu entsprechen, als auch den gesundheitspolitischen Erfordernissen des

* Formulierungen wie Patienten, Ärzte, Therapeuten etc. beziehen sich in gleicher Weise auf beide Geschlechter.

Europäischen Einigungsprozesses gerecht zu werden und damit die Chancengleichheit der deutschen Ärzteschaft zu wahren, wurde im April 1993 von sexualmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten die „Akademie für Sexualmedizin“ ins Leben gerufen. Ihr vorrangiges Ziel ist die Förderung der sexualmedizinischen Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft, in deren Konsequenz die Einführung der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ in die ärztliche Weiterbildungsordnung angestrebt wird.

Sexualmedizinische Problemfelder und Störungsbilder

Sexuelle Störungen haben einen direkten Krankheitswert und bringen oft eine Gefährdung der Partnerschaft mit sich. Sowohl Symptomträger als auch ihre Partner erfahren zum Teil eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität bis hin zur Existenzkrise. Konflikte im Partnerschafts- und Sexualverhalten können dann auch indirekt psychosomatische Störungen und Erkrankungen bedingen, welche wiederum zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungskapazität führen.

Umgekehrt bewirken eine Anzahl von somatischen Erkrankungen zum Teil erhebliche Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens. Dies kann entweder über die Störung sexueller Funktionen durch die Grunderkrankung selbst geschehen oder als Nebenwirkung von Behandlungsmaßnahmen.

Neben einer endokrinologisch fundierten Kontrazeptionsberatung einschließlich aller Alternativen (z.B. natürliche oder Barrieremethoden) lassen sich 4 für die Sexualmedizin bedeutsame Aufgabenfelder unterscheiden, deren Störungsbilder im folgenden hinsichtlich ihrer Manifestationsformen und Verbreitung näher beschrieben sowie mit dem Verweis auf die jeweils entsprechenden Verschlüsselungen nach ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation 1993) und DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) versehen werden:

1. Sexuelle Funktionsstörungen (in der ärztlichen Sprechstunde haben diese zweifelsohne die größte Bedeutung)
2. Sekundäre Störungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens als direkte oder indirekte Folge anderer Grunderkrankungen
3. Geschlechtsidentitätsstörungen
4. Störungen des soziosexuellen Verhaltens (Sexualdelinquenz, Paraphilien).

1. Sexuelle Funktionsstörungen

Prävalenz sexueller Dysfunktionen

Eine Metaanalyse, die 23 Studien mit sowohl Zufalls- als auch klinischen Stichproben auswertete (Spector 1990), fand eine Prävalenz weiblicher Orgasmusstörungen von 5-10%, erektiler Dysfunktionen von 4-9% und von vorzeitigem Orgasmus (Ejaculatio praecox) von 36-38%. Von Interesse sind auch die jüngst publizierten Ergebnissen der Massachusetts Male Aging Study (MMAS), weil die Daten an einer repräsentativen nicht-klinischen Stichprobe gewonnen wurden: Bei insgesamt 1290 untersuchten Männern einer im übrigen westeuropäischen Verhältnissen vergleichbaren Population in Boston und Umgebung zeigte sich, daß insgesamt 52% der Männer zwischen 40 und 70 Jahren zumindest eine

gering ausgeprägte erektile Dysfunktion und 9,6% sogar eine vollständige Erektionsstörung beklagten (Feldman 1994). Wenn man davon ausgeht, daß sich die Struktur der Alterspyramide in den kommenden Jahren zu den höheren Altersgruppen verschieben wird, steht die Relevanz der erektilen Dysfunktion für die medizinische Versorgung außer Frage (vgl. Sohn 1994b).

Weitaus schwerer einschätzbar ist die Prävalenz sexueller Probleme bei Frauen. Gerade im Hinblick auf Orgasmusstörungen wird man den in den letzten beiden Jahrzehnten stark angewachsenen Stellenwert der Masturbation für die weibliche Sexualität berücksichtigen müssen (vgl. Brütigam 1989, S. 94), so daß die Angabe von Gebhard (1966) mit 16 % (verheirateter) anorgastischer Frauen heutigen Verhältnissen nicht mehr entsprechen dürfte, andererseits aber eine Häufigkeit von etwa 5 – 10 % erwartet werden kann (vgl. Kaplan 1974, Frenken 1976, Arentewicz 1980, Garde 1980, Schnabl 1983). In einer normalen gynäkologischen Klientel fand Raboch (1994) 10% anorgastische Frauen.

Sieht man einmal davon ab, daß in allen bekannten Analysen kein Aufschluß über die Kombination verschiedener Arten von sexuellen Funktionsstörungen (z.B. vorzeitiger Orgasmus und Erektionsstörungen), über das Auftreten von Problemen bei beiden Partnern oder den Zusammenhang zwischen sexuellen Schwierigkeiten und der Partnerschaft gegeben wird, so sind doch die bisherigen Angaben zur Häufigkeit der verschiedenen sexuellen Funktionsstörungen in der Allgemeinbevölkerung oder in klinischen Populationen Grund genug, von einem erheblichen Handlungsbedarf sowohl im Medizinstudium als auch im ärztlich-diagnostischen und therapeutischen Bereich auszugehen (Pacharzina 1975; Loewit 1983; Ludewig 1987). Dies bekräftigen auch Erhebungen bei niedergelassenen Ärzten: In einer Befragung von Allgemeinärzten in der Schweiz schätzten ein Viertel der Ärzte den Anteil ihrer Patienten, die auch sexuelle Störungen haben, auf über 10 % (Buddeberg 1981).

Systematik sexueller Dysfunktionen

Eine Systematik für die verschiedenen Symptombilder bei sexuellen Funktionsstörungen ergibt sich aus der hauptsächlich betroffenen Phase innerhalb der sexuellen Reaktion. Ausgehend von den physiologischen Untersuchungen von Masters und Johnson (1966) wurden verschiedene Einteilungsvorschläge unterbreitet.

So haben Eicher (1975; 1980; 1988; Herms 1989) für die Störungsbilder bei der Frau (1. Libidostörungen, 2. Orgasmusstörungen, 3. Vaginismus, 4. Algopareunie, 5. Polysymptomatische Dysfunktion) sowie Vogt (1980) für die beim Mann (1. Libidostörungen, 2. Erektionsstörungen, 3. Orgasmusstörungen, 4. Ejakulationsstörungen, 5. Algopareunie) klinisch praktikable Unterteilungen vorgeschlagen.

Für die international verbindlichen Klassifikationssysteme ICD-10 (WHO 1993) und DSM-IV (APA 1994) wurde das triphasische Konzept von Kaplan (1974) zugrundegelegt. Sie unterscheidet die (a) 'Lust-Appetenz-Phase' von der (b) 'Erregungs-Phase' und einer (c) abschließenden 'Orgasmus-Phase', was folgende Einteilung nach sich zieht:

(a) *Appetenzstörungen* (ICD-10: F52.0; DSM-IV: 302.71, 302.79)

Gefühle von Lustlosigkeit, sexueller Desinteressiertheit bis hin zu einer aversiven Vermeidung sexuell gestimmter Situationen kommen sowohl bei Männern (allerdings eher selten) als auch bei Frauen vor. Nach einer einschlägigen Multicenter-Studie (Mears 1978) findet sich eine allgemeine sexuelle Lustlosigkeit bei etwa 50 % der in Familienplanungszentren

ratsuchenden Frauen, aber nur bei 10 % der Männer. Neuere Daten (Spector 1990) deuten jedoch darauf hin, daß derartige Störungsbilder bei Männern zunehmen. Hierbei kann es sich (seltener) um primäre, häufiger aber um sekundäre Appetenzstörungen als Folgen ursprünglicher Orgasmusschwierigkeiten bzw. Erektionsstörungen handeln (vgl. Bancroft 1985; Kockott 1988a).

(b) Erregungsstörungen (ICD-10: F52.2; DSM-IV: 302.72)

Diese äußern sich bei Männern als Erektionsstörung. Trotz sexueller Appetenz reicht die Gliedversteifung nicht für eine Kohabitation bzw. sie bleibt völlig aus. Ein Drittel bis fast die Hälfte aller männlichen Patienten, die wegen sexueller Probleme professionelle Hilfe suchen, klagen über Erektionsstörungen (vgl. Mears 1978; Schnabl 1983).

Bei Frauen äußern sich Erregungsstörungen physiologisch als Ausbleiben der Lubrikation trotz sexueller Lustgefühle. Wie auch bei der männlichen Erektionsstörung ist dieses Ausbleiben der körperlichen Reaktion mit einem Gefühl der Enttäuschung verbunden, gerade weil bewußt keine sexuelle Aversion erlebt wird und damit die Erregungsstörung indirekt auch die sexuelle Appetenz betrifft.

(c) Orgasmusstörungen (ICD-10: F52.3,F52.4; DSM-IV: 302.73-75)

Beeinträchtigungen der Orgasmusphase führen beim Mann zum völligen Ausbleiben des Orgasmus (Anorgasmie), zum vorzeitigen (Orgasmus praecox; ungenau Ejaculatio praecox genannt) oder zum verzögerten (Orgasmus retardatus) Orgasmus (vgl. Vogt 1992a; 1993), bei der Frau hingegen meist zu völligem Ausbleiben des Orgasmus (Anorgasmie). Bei diesen Orgasmusschwierigkeiten – sowohl des Mannes als auch der Frau – ist eine Orientierung an quantifizierenden Kriterien für die Störung wenig sinnvoll. Entscheidend ist die subjektive Bewertung des Orgasmuserlebens, das von Schuld- oder Inferioritätsgefühlen gegenüber der Partnerin/dem Partner überlagert sein kann: Der subjektive Leidensdruck und oft auch die Partner-, Situations- und Stimmungsabhängigkeit der Symptomatik kann sehr verschieden sein, was besonders bei den Orgasmusschwierigkeiten der Frau der Fall ist. Gerade bei Orgasmusstörungen ist es wichtig, wegen der großen Variabilität individuellen Erlebens nicht vorschnell zu pathologisieren.

(d) Besondere Störungsbilder

Nicht in die bisherige Einteilung (a-c) integrierbar ist der Vaginismus (ICD-10: F52.5; DSM-IV: 306.51), über den bis zu 20% der Frauen mit sexuellen Problemen klagen (zur Epidemiologie vgl. Mears 1978; Spector 1990); dabei kommt es zur reflexartigen Verkrampfung des äußeren Drittels der Scheide und der Beckenbodenmuskulatur beim Versuch, das Glied einzuführen (in schweren Fällen auch des eigenen Fingers oder eines Tampons bzw. Spekulum bei der gynäkologischen Untersuchung). Diese Frauen sind oft in ihrer sexuellen Appetenz und Orgasmusfähigkeit unbeeinträchtigt, sofern sie sicher sind, daß eine Penetration nicht versucht wird (Eicher 1980; 1988; Herms 1989).

Die Dyspareunie (ICD-10: F52.6; DSM-IV: 302.76) läßt sich bei Frauen in eine externe (an den äußeren Genitalien und am Scheideneingang lokalisierte) und eine interne Form (welche besonders von der Portio ausgeht) aufteilen. Die Schmerzen beim Koitus sind so stark, daß die weitere sexuelle Stimulation blockiert wird und bei wiederholten (schmerzhaften) Koitusversuchen die Frau mitunter sogar eine Appetenzstörung beziehungsweise einen Vaginismus entwickelt. Klärende Übersichten über die häufigsten Ursachen externer und interner Dyspareunie der Frau finden sich bei Hertoft (1989) und Eicher (1991c); Prävalenzschätzungen in unausgelesenen Stichproben reichen von 8 – 20% (Spector 1990). Dyspareunie (Algopareunie) kann bei Männern z.B. durch eine Phimose oder ein Frenulum

breve bedingt sein, was beides operativ relativ leicht zu korrigieren ist. Schmerzen beim Koitus können weiterhin durch Wunden oder Narben am Penis bzw. infolge von Infektionen oder Reizungen der Glans penis und des Präputiums entstehen (z.B. sekundäre Pilzinfektionen, Allergien u.ä.) sowie auch anorektale Ursachen haben (Vogt 1992b). Eine weitere Besonderheit beim Mann ist die retrograde Ejakulation mit Samenerguß in die Blase. Das Orgasmuserleben ist hier nicht beeinträchtigt und meist besteht kein psychischer Leidensdruck, es sei denn bei bestehendem Kinderwunsch. Die retrograde Ejakulation hat körperliche Ursachen, entweder primäre oder sekundäre (postoperative, z.B. nach transurethraler Prostata-Resektion).

2. Sekundäre Störungen des sexuellen und geschlechtlichen Erlebens und Verhaltens als direkte oder indirekte Folgen einer anderen Grunderkrankung

Beinahe alle medizinisch-klinischen Fächer betreuen Patienten, bei denen es infolge verschiedener Erkrankungen auch zu sexuellen Störungen kommen kann. Nicht im ICD-10, aber im DSM-IV findet sich entsprechend (allerdings erst neu aufgenommen) die Kategorie „Sexual Dysfunction Due to a General Medical Condition“ mit einer Einteilung, die sich nach der jeweils hauptsächlich betroffenen sexuellen Funktion richtet (DSM-IV: 625.0, 625.8, 607.84, 608.89). Im Vordergrund der Betreuung dieser Patienten steht die Erhaltung bzw. Wiederherstellung vitaler Funktionen. Heilung oder Linderung orientiert sich jedoch stets auch auf ein bestimmtes (im Rahmen der Krankheit mögliches) Maß von Lebensqualität. In Anbetracht der Tatsache, daß der Patient immer auch ein Mensch mit partnerschaftlichen und sexuellen Bedürfnissen ist, darf diese Dimension bei der Behandlung der Erkrankung nie aus dem Blick verloren werden. Sicher werden sich Einschnitte in das sexuell-partnerschaftliche Erleben mitunter nicht umgehen lassen. Die Abwägung der Möglichkeiten und Risiken im kollegialen Miteinander mit dem klinischen Spezialisten, die Vorbereitung und Betreuung des Patienten in derartigen Situationen, die Bereitstellung spezieller Hilfen zur Minderung oder Überbrückung sexuellen Leidens, die Erarbeitung alternativer Möglichkeiten zur Gestaltung partnerschaftlicher Sexualität gemeinsam mit dem Patienten und möglichst seinem Partner – das alles wären Aufgaben des in diesen Fällen konsiliarisch tätigen oder mitbehandelnden Sexualmediziners.

Im Folgenden sollen kurz und nur *beispielhaft ausgewählte* Krankheitsbilder aus einigen klinischen Fächern angesprochen werden, bei denen eine Beeinträchtigung der *vita sexualis* bekannt ist.

Pädiatrie

Alle mit dauernder körperlicher und/oder geistiger Behinderung einhergehenden angeborenen oder erworbenen Krankheiten und Syndrome können in der Adoleszenz und nachfolgend im Erwachsenenalter auch zu Problemen im Erleben der Geschlechtlichkeit, Partnerschaft und Sexualität führen. Die betroffenen Kinder erleben spätestens in der Pubertät spezifische Probleme in der Aufnahme sexueller Beziehungen. Die genetisch und/oder pränatal-hormonell bedingten Intersex-Syndrome werden dabei insofern besondere Beachtung finden müssen, als es sich hier um Erkrankungen handelt, die direkt in die sexuellen Funktionen und teilweise auch in den Bereich der geschlechtlichen Identität eingreifen.

Zwar hat die naturwissenschaftlich fundierte Sexuologie eine Fülle von Kenntnissen über die Entwicklung der Geschlechtsidentität aus dem Studium dieser Erkrankungen gewonnen, die international bereits in die pädiatrische Betreuung dieser Patienten einfließen; im europäischen und speziell im deutschen pädiatrischen Klinikalltag ist für die Bearbeitung dieser Problematik bislang aber noch zu wenig Raum. Schließlich bedarf die Pädiatrie sexualmedizinischer Kompetenz bei der Erkennung und Behandlung sexuell mißbrauchter Kinder. Deren Zahl muß mindestens auf 10 bis 15 % aller Kinder geschätzt werden (Frenken 1988; Kinzl 1993). Allzuoft werden hier entweder Anzeichen sowohl übersehen als auch überinterpretiert; nicht selten kommt es auch durch selbsterklärtes Expertentum zu weiteren (und vermeidbaren) Traumatisierungen (Fegert 1993).

Aber auch die sogenannte „normale Entwicklung“ bedarf der Begleitung: Die Ausdehnung der pädiatrischen Fachgebieten auf das Jugendalter schließt jetzt mit der Pubertät die sensibelste und stör anfälligste Periode geschlechtlicher und sexueller Entwicklung in die kinderärztliche Betreuung ein; insbesondere unter (primär-)präventiven Gesichtspunkten ist dies eine äußerst wichtige Aufgabe, die sich ohne Orientierung an aktuellen empirischen Daten über das Sexualverhalten Jugendlicher kaum bewältigen läßt.

Innere Medizin

Der hohe Prozentsatz von Männern mit Erektionsstörungen beim Diabetes mellitus ist in vielen Veröffentlichungen immer wieder hervorgehoben worden (bis zu 80% nach 10 Jahren Krankheitsdauer; Block 1982; Lehman 1983; House 1986; Schramek 1988; Lustman 1990; Wang 1993). Auch bei weiblichen Patienten mit Diabetes mellitus wurden Störungen des sexuellen Erlebens beschrieben (Jensen 1985). Diese Störungsrate erhöht sich noch bei der nicht seltenen Kombination von Hypertonus und Diabetes (Zemel 1988; Hamilton 1990). Andere Endokrinopathien, insbesondere Störungen des Sexualhormonhaushaltes (auch bei genetisch bedingten Leiden) können mannigfache Auswirkungen auf das sexuelle Erleben und Verhalten haben (Money 1977; Vogt 1980). Beim Hypertoniker sind sexuelle Funktionen darüber hinaus häufig im Gefolge der antihypertensiven Therapie, zumal mit Beta-Rezeptorenblockern, aber auch als Folge der Angiopathie beeinträchtigt (Stevenson 1984; Hsueh 1988; Scharf 1989; Kligman 1989; Birbari 1992). Bei der dialysepflichtigen Niereninsuffizienz kommt es ebenfalls oft zu sexuellen Funktionsstörungen, die nicht selten nach erfolgter Nierentransplantation bestehen bleiben, wobei die Mechanismen der Störung angiopathisch, hormonell, toxisch oder psychosomatisch bedingt sein können (Burns 1979; Mastrogiacomo 1984; Rodger 1985). Die Betreuung von (meist älteren) Patienten mit chronisch-ischämischer Herzkrankheit bzw. Myokardinfarkt verlangt sexualmedizinische Kompetenz insbesondere während der Rehabilitation: Einerseits müssen diffuse (und mitunter tatsächlich streßverstärkende) Sorgen bezüglich einer Gefährdung durch sexuelle Aktivität aufgefangen werden, andererseits aber sind die Grenzen körperlicher Belastbarkeit auch mit Blick auf die individuelle Sexualität zu beurteilen und im Behandlungsplan therapeutisch zu berücksichtigen (Scheingold 1976; Halhuber 1977; Cyran 1990; Weizman 1991; Hertzzeanu 1993).

Chirurgie

Sexuelle Störungen können Folgen größerer Eingriffe im Bauch- und Beckenraum sein (insbesondere in der Gefäß-, Unfall-, aber auch der Tumorchirurgie), wobei dies zum einen auf unmittelbare Funktionsbeeinträchtigungen durch Schädigung von Nerven- und Gefäß-

bahnen der Genitalregion zurückgeht, zum anderen können aber auch indirekt das sexuelle Erleben und die Partnerschaft z.B. durch Anlage eines Anus praeter gestört sein (Fasth 1978; Danzi 1983; La Monica 1985; Santangelo 1987; Nijman 1987; Yasutomi 1988; Hojo 1989; Haering 1990; Scaglia 1992). Vor allem gefäßchirurgische Eingriffe im aorto-iliakalen Stromgebiet gehen häufig mit sexuellen Funktionsveränderungen einher (Weinstein 1975; Miles 1982; Oshiro 1984; Thetter 1984).

Urologie

Zum genuinen Aufgabenfeld der Urologie gehört die Behandlung funktionsbeeinträchtigender anatomischer Abweichungen des Penis sowie auch der Induratio penis plastica (Peyronie-Krankheit). Dabei ist das erste Symptom der Peyronie-Krankheit oft ein Schmerz bei der Erektion, der so stark sein kann, daß ein Koitus dadurch unmöglich wird. Weitere wichtige – mit sexuellen Funktionsstörungen verbundene – urologische Krankheitsbilder sind der Priapismus bzw. die Fibrosierung der Corpora cavernosa und die verschiedenen Formen arteriell oder venös bedingter unzureichender Blutdruckverhältnisse im Schwellkörper, was gerade bei älteren Männern von großer Bedeutung sein dürfte und meist im Zusammenhang mit der Grunderkrankung bzw. genereller altersbedingter Veränderungen der Blutgefäße (Arteriosklerose) steht (Ebbehøj 1989). Der Urologie kommt seit Beginn der 80er Jahre das Verdienst zu, den wissenschaftlichen Kenntnisstand über die Physiologie der Erektion wesentlich erweitert und in entsprechende Untersuchungsverfahren umgesetzt zu haben. Sowohl die penile arterielle Strombahn als auch die Bestimmung der venösen Abflußverhältnisse des Penis gehören zur urologischen Routinediagnostik. Zunehmend werden in der Urologie nun auch interdisziplinäre Ansätze in Diagnostik und Therapie erkennbar, welche nicht mehr in den Streit 'psychogen' versus 'somatogen' verursachter Erektionsstörungen verstrickt sind, sondern eine 'ganzheitlich-psychosomatische' Orientierung aufnehmen (Krauss 1990, Sohn 1994b).

Neurologie/Psychiatrie

Sexuelle Störungen im Gefolge von Querschnittslähmungen, aber auch von Neuropathien sind regelmäßig zu beobachten (Comarr 1978). Anfallsleiden können hingegen nicht nur unmittelbar, sondern auch durch die notwendige antikonvulsive Therapie zu einer funktionell und psychisch beeinträchtigten Sexualität führen (Geschwind 1983; Morell 1991). Bei Zustand nach zerebralen Ischämien können sexuelle Funktionsstörungen auch nach erfolgreicher Rehabilitation weiterbestehen, da sie in diesem Zusammenhang selten problematisiert werden (Cosleet 1986). Ähnliches gilt beim Lumbago bzw. beim Bandscheiben-Prolaps, wo Beratungen meist schon ausreichend wären: Arzt und Patient haben aber häufig Schwierigkeiten, dieses Thema anzusprechen.

Ganz unbestritten sind die großen psychiatrischen Krankheitsbilder (schizophrene Psychosen, endogene Depressionen) auch mit Störungen des sexuellen und/oder geschlechtlichen Verhaltens vergesellschaftet (Schorsch 1967; Arieti 1975). Die notwendige medikamentöse Therapie beeinträchtigt nicht selten zusätzlich das sexuelle Erleben der Patienten (Kotin 1976; Watanabe 1978; Harrison 1986; Pfeiffer 1991; Balon 1993).

Gynäkologie und Geburtshilfe

Die reproduktive Seite der Sexualität birgt eine Vielzahl von Konflikten, etwa beim unerfüllten Kinderwunsch einerseits und der ungewollten Schwangerschaft andererseits.

Spätestens seit der gesetzlichen Festlegung (Schwangeren- und Familienhilfegesetz vom Juli 1992, BGBl. 14.8.1992, S. 1398) einer Beratungspflicht für Frauen in Schwangerschaftskonfliktsituationen, aber generell auch für Männer hinsichtlich der Kontrazeptionsberatung, ist deutlich, daß die Medizin sich keineswegs auf die rein somatische Seite der Reproduktion beschränken kann. Eine Reihe von Frauen mit Störungen, deren Wurzeln (auch oder ausschließlich) in ihrer *vita sexualis* liegen, suchen den Gynäkologen auf. Neben dem Vaginismus und der Dyspareunie (Walthard 1909; Eicher 1975; Eicher 1980; Sandberg 1987) seien hier vor allem rezidivierende Scheideninfektionen mit *Candida albicans* oder Trichomonaden genannt, bei denen die Mitverursachung durch psychosexuelle Störungen bekannt ist (Molinski 1983; Rechenberger 1994). Die im Gefolge gynäkologisch-operativer Eingriffe (Ablatio mammae, Hysterektomie) auftretenden sexuellen und partnerschaftlichen Probleme der Frau bedürfen sexualmedizinischer Begleitung (Buddeberg 1985; Andersen 1989; Eicher 1993). Gleiches gilt für Frauen mit sexuellen Dysfunktionen bei Harninkontinenz (Sutherst 1980).

Dermato-Venerologie

Sämtliche venerischen Infektionen einschließlich HIV/AIDS zwingen zur Auseinandersetzung mit dem jeweils individuellen sexuellen Verhalten bei den betroffenen Patienten und ihren Partnern. Der behandelnde Arzt wird um Rat und Hilfe gefragt nicht nur zu Verlauf und Auswirkungen der Erkrankung, sondern auch zu einem ihr angemessenen (Sexual-)Verhalten. Gleiches trifft auf eine Vielzahl nichtinfektöser Genital- und Analerkrankungen zu. Wegen der Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie aller die Genito-Anal-Region betreffenden Erkrankungen hat sich die Andrologie in der Dermato-Venerologie entwickelt. Hier handelt es sich nicht nur um Fragen der Zeugungsfähigkeit und ihrer Störungen einschließlich der psychosomatischen und psychosozialen Implikationen, sondern auch um Sexualstörungen. Während in anderen Disziplinen hierunter vor allem Erektionsstörungen verstanden werden, hat sich die Dermato-Venerologie von Anfang an auch Libido-, Orgasmus- und Ejakulationsstörungen gewidmet (Bloch 1914; Borelli 1960; Vogt 1980). Viele Ursachen für die Algopareunie (Dyspareunie) des Mannes (und auch der Frau) werden vom Dermatologen aufgedeckt (Vogt 1992b).

3. Geschlechtsidentitätsstörungen

Die menschliche Geschlechtsidentität, d.h. das überdauernde Gefühl der Zugehörigkeit zum männlichen oder weiblichen Geschlecht, ist das Ergebnis eines interaktionalen Entwicklungsprozesses, in dem biologische, psychische und soziokulturelle Bedingungen im Regelfalle so zusammenwirken, daß Kongruenz zwischen chromosomalem, gonadalem, hormonalem, gonoduktalem, genitalem, zerebralem und sozialem Geschlecht und Geschlechtsidentität besteht. Diskordanzen zwischen den verschiedenen Ebenen der Geschlechtszugehörigkeit imponieren in der klinischen Praxis entweder als morphologische Intersex-Syndrome (mit oder ohne Störung der Geschlechtsidentität) oder aber als 'reine' Störungen der Geschlechtsidentität. Die schwerste Form der Geschlechtsidentitätsstörung ist der Transsexualismus (ICD-10: F64.0; DSM-IV: 302.6, 302.85), dessen Häufigkeit in der Bundesrepublik Deutschland ungefähr 2 auf 100.000 Erwachsene beträgt (Osburg 1993). Der Transsexualismus ist gekennzeichnet durch die dauerhafte tiefere

Gewißheit, 'eigentlich' dem anderen Geschlecht anzugehören, verbunden mit der Ablehnung der körperlichen Merkmale des angeborenen Geschlechts und dem dringenden Wunsch, soweit als möglich die körperliche Erscheinungsform des Identitätsgeschlechts anzunehmen und in dessen Rolle zu leben (vgl. Benjamin 1966; Eicher 1992).

Ärzte werden auf vielfältige Weise mit Problemen geschlechtsidentitätsgestörter Patienten konfrontiert: Diese (bzw. ihre Eltern oder Partner) wenden sich an sie entweder mit der Bitte um Beratung, zunehmend aber auch mit der Forderung nach konträrgeschlechtlicher hormoneller Behandlung und/oder Durchführung von bzw. Vermittlung zu geschlechtsverändernden operativen Maßnahmen. Weiterhin ergehen von den zuständigen Amtsgerichten Gutachtenaufträge zur Vornamens- und/oder Personenstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz (Bosinski 1994a). Die gegenwärtige Praxis ärztlichen Umganges mit geschlechtsidentitätsgestörten Patienten ist nicht immer zufriedenstellend: Mitunter wird ohne eingehende Differentialdiagnostik dem Ersuchen der Patienten nach hormoneller Behandlung nachgegeben, so daß sich Fälle eines 'iatrogenen Transsexualismus' entwickeln. Operateure sind unsicher, ob die erbetenen geschlechtstransformierenden Eingriffe auch tatsächlich ausreichend indiziert sind. Sexualmedizinische Kompetenz ist angesichts der schwerwiegenden und irreversiblen Konsequenzen geschlechtstransformierender Eingriffe dringend erforderlich und verlangt die Beherrschung der Diagnostik und vor allem der Differentialdiagnostik von Geschlechtsidentitätsstörungen sowie die Kenntnis der dementsprechend verschiedenen therapeutischen Optionen. Weit häufiger als der Transsexualismus sind beispielsweise transvestitisch-fetischistische Symptombilder (ICD-10: F64.1, F65.1, F66.1; DSM-IV: 302.3), bei denen auch passagere Umwandlungswünsche bestehen können (vgl. Becker 1994; Bosinski 1994b).

4. Störungen des soziosexuellen Verhaltens: Sexualdelinquenz, Paraphilien

Als klinisch bedeutsam und theoretisch aufschlußreich hat sich die Beschäftigung mit abweichendem – und das bedeutet nicht selten inkriminiertem – Sexualverhalten erwiesen, auch wenn dessen Erkenntniswert dem geringfügigen Anteil der Sexualdelinquenz (unter 1%) an der Gesamtdelinquenz nicht entnommen werden kann. So läßt sich das Dunkelfeld strafverfolgbarer sexueller Verhaltensweisen auf das Fünf- bis Zehnfache schätzen (insbesondere beim sexuellen Mißbrauch von Kindern und bei intrafamiliären sexuellen Übergriffen). Entsprechende Hinweise ergeben sich beispielsweise aus den Zahlen der Kriminalstatistik (die aktuellen Daten stammen aus dem Jahre 1991 und beziehen sich noch auf die alten Bundesländer: Alle polizeilich angezeigten Sexualstraftaten = 41.931; ermittelte Tatverdächtige = 20.383; Verurteilte = 6.080). Strafbedrohte sexuelle Übergriffe sogar bis zu 100.000 pro Jahr sind nicht auszuschließen, darüber hinaus gehende Schätzungen entbehren aber einer nachvollziehbaren Grundlage (Volbert 1992). Das jährlich 50 – 100.000fach (meist von Männern) Kindern und Frauen angetane Leid muß sexualmedizinisch äußerst ernst genommen werden und sollte sowohl präventive als auch gezielte therapeutische Schritte nach sich ziehen – für Opfer und Täter. Dabei wird einerseits zu berücksichtigen sein, daß keineswegs jede Sexualstraftat (z.B. exhibitionistische Handlungen) das/die Opfer seelisch traumatisiert und langanhaltende Schäden hinterläßt (Littmann 1992; Fegert 1993), sowie andererseits, daß keineswegs jeder Sexualstraftäter 'automatisch' rückfällig wird (Beier 1995a). Ganz unabhängig von der juristischen Bewertung kommen sexuelle

Übergriffe aus therapeutischer Sicht zunächst als Ausdruck einer gestörten sozialen Funktion von Sexualität in Betracht: Sexualität ist durch ihre – wie auch immer gerichtete – grundsätzliche Partnerbezogenheit gekennzeichnet und auf Wir-Bildung hin angelegt. Mit dieser sozialen Funktion von Sexualität geht aber auch das Risiko ihrer dysfunktionalen Gestaltung einher, was mit strafbaren Handlungen verbunden sein kann und unter soziodynamischer Perspektive ein Verfehlen der durchschnittlich erwartbaren Partnerinteressen zum Ausdruck bringt. Dies wird als Dissexualität („sich im Sexuellen ausdrückendes Sozialversagen“) definiert (Beier 1994; 1995a), zumal der im angloamerikanischen Sprachgebrauch verbreitete und in die DSM-Nomenklatur eingegangene Begriff ‘Paraphilie’ (Money 1986; 1988) auch alle sexuell abweichenden Verhaltensweisen umfaßt, die kein Sozialversagen implizieren müssen (z.B. Fetischismus oder Koprophilie). Große praktische Relevanz besitzen die folgenden Störungen des soziosexuellen Verhaltens, die sich auch nach der Intensität der ‘Partnerbezogenheit’ (das Opfer ist aus Sicht des Täters ein ‘Partner’) unterscheiden lassen:

1. Exhibitionismus: visuelle Kontaktaufnahme zu einem Schaupartner (auch Kind) aus der Distanz (ICD-10: F65.2, DSM-IV: 302.40)
2. Frotteurismus: (scheinbar zufällige) körperliche Kontaktaufnahme zu einem potentiell interessanten Partner (auch Kind) z.B. in Menschenansammlungen (ICD-10: F65.8; DSM-IV: 302.89)
3. Sexuelle Nötigung, Vergewaltigung: aggressive körperliche Kontaktaufnahme zu einem Partner bzw. genitale Vereinigung (auch mit Kind); im ICD-10 und DSM-IV nicht eigenständig erfaßt
4. Pädophilie: vorrangiges Interesse an kindlichem Partner (ICD-10: F65.4; DSM-IV: 302.20)
5. Inzestuöse Handlungen: Ersatzpartnerschaft mit Abhängigen, meist vor dem Hintergrund spezifischer innerfamiliärer Beziehungsmuster; im ICD-10 und DSM-IV nicht gesondert erfaßt.

Sexualmedizinische Diagnostik und Therapie

In Anlehnung an die Curriculum-Planungen für die ärztliche psychotherapeutische Weiterbildung in Deutschland (vgl. Geyer 1994) ist es sinnvoll, diagnostische und therapeutische Ausbildungsinhalte nach *Kenntnissen*, *Einstellungen/Erfahrungen* und *Fertigkeiten* zu unterscheiden.

Kenntnisse

Diese betreffen zunächst die theoretischen Grundlagen der Sexualmedizin einschließlich evolutionsbiologischer und ethologischer Befunde, insbesondere zum Verlauf der körperlichen Sexualentwicklung, zum Verlauf der psychosexuellen Entwicklung unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsabhängiger Unterschiede, der Entwicklung der Geschlechtsidentität und der sexuellen Orientierung (Bi-, Homo- und Heterosexualität), der Physiologie der sexuellen Erregung und des sexuellen Vollzuges, zu Soziosexualität und Geschlechtsrollen sowie Zusammenhängen zwischen reproduktivem und sexuellem Verhalten.

Darauf fußend sind besondere Kenntnisse in Krankheitslehre und Differentialdiagnostik (Epidemiologie, Manifestation und Behandlungsmöglichkeiten) bei sexuellen Funktionsstörungen, Störungen der Geschlechtsidentität sowie des soziosexuellen Verhaltens (Sexualdelinquenz, Paraphilien) erforderlich.

Einstellungen/Erfahrungen

Patienten mit sexuellen Problemen versuchen meist sehr vorsichtig auszuloten, ob sie bei ihrem Arzt überhaupt für ihre Sorgen Gehör und Kompetenz finden werden. Sie registrieren dabei sensibel, ob ihr Gesprächspartner im Sinne einer empathischen, teilnehmenden Beobachtung offen ist auch für diese Klagen, oder aber – aus welchen Gründen auch immer – eher dazu neigt, den benötigten 'atmosphärischen Raum' nicht zu gewähren, vielleicht ohne es zu merken oder zu wollen. Die auf Seiten des Arztes notwendige Offenheit für sexuelle Störungen ihrer Patienten setzen besondere Erfahrungen und eine Einstellung voraus, welche keineswegs ausschließlich durch die zunehmende Integration psychosozialer Kompetenzen im Medizinstudium oder einer späteren Berufsausübung erreichbar ist – sie wird dadurch bestenfalls 'angebaut'. Im Rahmen der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ ist es erforderlich, diese Lücke zu schließen, wozu die Reflektion des eigenen Umgangs mit Sexualität durch die Teilnahme an einer themenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe, einer Balintgruppe sowie Einzel-Supervisionen (von Erstinterviews, Beratungen und Behandlungen) dienen soll. Erst auf der Grundlage einer gegenüber dem Patienten vorurteilsfreien und neutralen, aber empathischen Haltung lassen sich weitere diagnostische und therapeutische Fertigkeiten entfalten.

Diagnostische Fertigkeiten

Die Diagnostik von sexuellen Problemen verlangt neben einer Erhebung der allgemeinen und der Sexualanamnese sowie der exakten klinischen Untersuchung die kompetente Beurteilung der Ergebnisse aller jeweils erforderlichen labormedizinischen und funktionsanalytischen Untersuchungen. Bei sexuellen Funktionsstörungen wäre dies die korrekte Einordnung der Befunde z.B. der dynamischen Pharmako-Duplexsonographie und der -Cavernosographie oder der nächtlichen penilen Tumescenzmessung (NPT) sowie bei Geschlechtsidentitätsstörungen der endokrinologischen Funktionsdiagnostik und andrologischer bzw. gynäkologischer Zusatzuntersuchungen.

Notwendig ist die Koordination dieser Untersuchungen sowie darüber hinaus vor allem eine detaillierte Exploration sexuellen Erlebens und Verhaltens beim Patienten beziehungsweise beim Paar, dessen sexuelle Beziehung gestört ist (auch wenn nur ein Partner der 'Symptomträger' ist).

Von Bedeutung sind dabei die Art des Hauptsymptoms und die Ereignisse bei Beginn des Problems sowie gegebenenfalls frühere sexuelle Störungen, um die biographische Relevanz des aktuellen Symptoms einschätzen zu können. Dem Paargespräch (und der Paardiagnostik) kommt insofern eine besonders große Bedeutung für prognostische und differentialtherapeutische Überlegungen zu, da eine Sexualtherapie ein großes Maß an Kooperation beider Partner erfordert – zumindest im Hinblick auf den beiderseitigen Wunsch nach einer gemeinsamen partnerschaftlichen Perspektive. Diese (Paar-)Voraussetzung ist aber bei den meisten sexuellen Funktionsstörungen gegeben – die Sexuelsymptome sind hier nicht die Folge von tieferliegenden (intrapsychischen) Konflikten, sondern resultieren häufiger aus eher oberflächlichen (erlebnisreaktiven) Quellen, wie z.B. der

angstvollen Erwartung eines Leistungsversagens (s.u.). Andererseits lassen sich sexuelle Funktionsstörungen sowohl bei neurotischen als auch bei psychotischen Patienten finden, wie auch die Partner von Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen wiederum neurotisch oder psychotisch gestört sein können. Eine schwere psychopathologische Symptomatik im Sinne einer psychiatrischen Erkrankung bei auch nur einem Partner beeinflusst nicht nur die Sexualfunktion, sondern auch eine Sexualtherapie stark. Das bedeutet nicht, daß in diesen Fällen eine Behandlung ganz unmöglich wäre – nur sind Diagnostik und Therapie dieser (eher seltenen) Fälle nicht durch die Ausbildungsinhalte der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ abgedeckt, sondern setzen entsprechend zusätzliche (insbesondere psychiatrische) Kompetenzen voraus. Aus diesen Gründen ist im Verlauf der Sexualbefunderhebung eine ergänzende Anamnese und Exploration unerlässlich, welche auf Vorhandensein und Art etwaiger psychopathologischer Symptome eingeht. Unverzichtbar ist weiterhin eine körperliche Untersuchung zum Nachweis oder Ausschluß somatischer (Mit-)Ursachen sexueller Funktionsstörungen. Dies verlangt ein Vorgehen nach den Grundsätzen der ärztlichen Sorgfaltspflicht in Kooperation mit entsprechenden Fachkollegen (insbesondere Andrologie, Gynäkologie, Psychiatrie, Endokrinologie, Urologie und Radiologie).

Therapeutische Fertigkeiten

1. Sexuelle Funktionsstörungen

Unabhängig von der auslösenden Ursache wird jedes Versagen als Ich-Kränkung empfunden. Dies gilt in besonderer Weise auch für sexuelles Versagen. Dabei ist es zunächst unerheblich, ob eine Sexualstörung primär somatisch oder psychisch verursacht ist. Zwangsläufig kommt es zu einer somato-psychischen bzw. psycho-somatischen Reaktion. Deshalb ist das diagnostische Vorgehen – Anamnese, körperliche Untersuchung, angepaßtes Labor/apparative Methoden – in gleicher Weise wie bei anderen Erkrankungen auch zugleich der Einstieg in die Therapie. So ist z.B. die körperliche Untersuchung für den Patienten das äußere Zeichen dafür, daß der Arzt ihn in seinem körperlichen und seelischen Leidenszustand annimmt – Voraussetzung für eine tragfähige Arzt-Patient-/Patient-Arzt-Beziehung. Nicht selten genügt eine einfühlsame Aufklärung, um z.B. „phallische Irrtümer“ aufzuklären und eine entsprechende Be- und Verarbeitung einzuleiten (Vogt 1980). Auch können in sexualmedizinischen Gesprächen perioperativ z.B. bei Mammaablatio wegen eines Karzinoms (Herms 1977; 1990) oder bei Hysterektomie (Eicher 1993) Ängste abgebaut und tiefer reichende Störungen vermieden werden. Vergleichbares gilt für eine Vielzahl ärztlicher Maßnahmen wie für tagtägliche Erlebnisse der unterschiedlich strukturierten und individuell reagierenden Menschen.

Im Einklang mit modernen Vorstellungen der psychosomatischen Krankheitslehre (Uexküll 1990) ist es daher sinnvoll, auch für die sexuellen Funktionsstörungen von einem psychosomatischen Verursachungskonzept auszugehen, nach dem die Ursachen von sexuellen Funktionsstörungen mehreren Ebenen zuzuordnen wären. Mit Kaplan (1974; 1990) läßt sich unterscheiden zwischen unmittelbar wirkenden und tieferliegenden Verursachungsfaktoren. Tieferliegende (psychische) Ursachen sexueller Funktionsstörungen sind vor allem intrapsychische Konflikte, die neurosenpsychologischen Konzepten zufolge ihren Ursprung in frühkindlichen Entwicklungsabschnitten haben und bei denen dann die sexuelle Störung einen Kompromiß zwischen sexuellen Triebimpulsen und psychischen Abwehr-

mechanismen darstellt. Ferner sind aber auch neurotische Interaktionen innerhalb einer komplizierteren Paardynamik möglich, in der Sexualität quasi zum 'Austragungsfeld' wird. So wurden von Willi (1975) verschiedene Formen unbewußter partnerschaftlicher Verschränkungen beschrieben, in denen der symptomfreie Partner ein (unbewußtes) Interesse an der Aufrechterhaltung der sexuellen Störung hat, weil diese eine wichtige Funktion für dessen eigene Rolle in der Beziehung darstellt. Die Bedeutung intrapsychischer Konflikte und partnerbezogener Verursachungsfaktoren für die Ätiologie von sexuellen Funktionsstörungen ist zwar unbestritten, deren Behandlung verlangt jedoch spezielle psychotherapeutische Kompetenzen, die im Rahmen der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ nicht in vollem Umfang erworben werden können.

Die Gründe für sexuelle Funktionsstörungen liegen jedoch in den meisten Fällen auf einer eher oberflächlichen, aktuell erlebnisreaktiven Verursachungsebene und können auf dieser Ebene dann auch sexualtherapeutisch angegangen werden (vgl. Masters 1966; 1975; Kaplan 1974; 1990; Molinski 1976; Arentewicz 1980). Störungsgenetisch wesentlich sind hierbei zumeist affektive und kognitive Prozesse (vor allem Angst beziehungsweise Angstabwehr), welche destruktiv auf die Wahrnehmung und das Zulassen erotischer Reize und damit auch den Ablauf der sexuellen Reaktion einwirken. In diesem Zusammenhang stehen übertriebene Selbstforderungen und -erwartungen (nicht zuletzt auch im Sinne von Leistungsmythen) und die damit verbundenen Selbstverstärkungsmechanismen (z.B. durch Versagensangst, Vermeidungsverhalten) sowie sensorische und kognitive Barrieren wie z. B. Selbstbeobachtung, übermäßige Kontrolle (Langer 1992; Fahrner 1994; Hartmann 1994).

Für die Diagnostik geht es daher vor allem um die Frage der Unterscheidung zwischen einer (psychodynamisch) tieferliegenden emotionalen Regulationsstörung (intrapsychische Konflikte des Symptomträgers oder auch des Nicht-Symptomträgers innerhalb einer gestörten Paarbeziehung) und unmittelbaren (eher an der 'Oberfläche' gelegenen) Verursachungsfaktoren. Im ersten Fall ist eine Psychotherapie indiziert, im letzteren Fall lassen sich bei intakter Paarbeziehung die in der Partnerschaft angelegten und durch sie verfügbaren Bewältigungs- und Kompensationsmöglichkeiten gut für eine Sexualtherapie innerhalb einer überschaubaren Anzahl von Sitzungen nutzen.

Wichtige Bestandteile dieser im Rahmen der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ erlernbaren sexualtherapeutischen Interventionen sind die gestuften Verhaltensanleitungen ('Übungen', 'Hausaufgaben') nach Masters und Johnson (1966; 1975), welche die Möglichkeit zu spezifischen neuen sexuellen Erfahrungen bieten und unter Anleitung vom Paar für sich erarbeitet werden. Es kommt dabei zur Auflösung von Selbstverstärkungsmechanismen beim Symptomträger auch durch die Wahrnehmung der partnerschaftlichen 'Zuständigkeit' für dieses Symptom im therapeutischen Prozeß. Dieses Behandlungsverfahren ist vom Zeitaufwand begrenzt und läßt sich gut von einem einzelnen Therapeuten durchführen, verlangt also nicht die Behandlung durch ein Therapeuten-Paar, wie es noch von Masters und Johnson vorgesehen war.

Die entscheidenden Wirkfaktoren des sexualtherapeutischen Vorgehens liegen also zum einen in den systematisch dargebotenen Möglichkeiten neuer sexueller Selbsterfahrung für das Paar sowie zum anderen in der fokussierenden Deskription (Molinski 1976). Dabei handelt es sich um eine genaue Beschreibung des Erlebens und Verhaltens während der Übungen und damit im Grunde genommen um ein 'Verständlichmachen' der Sexualstörung selbst – eine auch für das Paar überschaubare therapeutische Einflußnahme auf deren Beziehung. Ebenso ist auch das Herausarbeiten von kommunikativen Funktionen der

Sexualität (und ihrer Störungen) eine wichtige Ebene der Behandlung: Auch hierbei geht es um eine Stärkung des Verbindenden zwischen den Partnern im Sinne eines größeren Verständnisses und Gewährwerdens der zwischen ihnen 'gesprochenen' sexuellen Körpersprache. Letztlich fördert dies auch die Einsicht in das Individuelle der Sexualität, also in die Frage nach der jeweiligen Bedeutung des Sexuellen für den einzelnen (Loewit 1978; 1990; 1994).

Sexualtherapeutische Interventionen können durch medikamentöse, physikalische oder operative Behandlungsmaßnahmen ergänzt werden (vgl. Krauss 1990). Entscheidend dabei ist das Angebot eines 'supportiven Rahmens' bereits während der diagnostischen Phase, möglichst unter Einbeziehung der Partner, in der therapeutische Wahlmöglichkeiten bereitgehalten werden, welche die Selbstverantwortung von Patient und Paar für die Korrektur der Störung mobilisiert – und letztlich voraussetzt (vgl. Langer 1992; Hartmann 1994). Gefäßchirurgische Operationen und Penisprothesen setzen nicht nur eine präzise Diagnostik, sondern auch eine strenge Indikation voraus, die jedoch – neueren Untersuchungen zufolge (Sohn 1994a) – eher selten vorliegt. Bei derartigen Eingriffen sind supportive Therapien durch einen Sexualmediziner von Operateuren gewünschte und zu ihrer Entlastung auch notwendige Maßnahmen.

2. Geschlechtsidentitätsstörungen

Für die Betreuung von Patienten mit Störungen der Geschlechtsidentität liegen international 'Standards of Care' der „Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association“ vor (Walker 1990). Für die speziellen Bedingungen in Deutschland werden derartige Standards zur Zeit von verschiedenen Arbeitsgruppen unter aktiver Beteiligung von Mitgliedern der Akademie für Sexualmedizin erarbeitet. Eine Orientierung an empirisch gesicherten und klinisch erprobten Richtlinien ist angesichts der weitestgehenden Irreversibilität hormoneller und/oder chirurgischer Geschlechtsangleichungsbehandlungen dringend geboten.

Bei Geschlechtsidentitätsstörungen hat der Sexualmediziner zunächst die Aufgabe der Basisdiagnostik. Ausführliche Sexualanamnese, Fremd- bzw. Partneranamnese, körperliche Untersuchung und Einleitung endokrinologischer, andrologischer oder gynäkologischer Diagnostik sowie einfache psychodiagnostische Testverfahren vermögen in einer ersten Beobachtungsphase, die mehrere Konsultationen erfordert, zunächst die wesentliche Differentialdiagnostik zu leisten (vgl. Eicher 1992). Diese muß neben dem Ausschluß von Intersex-Syndromen im wesentlichen unterscheiden zwischen temporären Störungen der Geschlechtsidentität (insbesondere in der Adoleszenz), partiellen Störungen der Geschlechtsidentität wie etwa der Wunsch nach bestimmten körperlichen Merkmalen des Gegengeschlechts unter Beibehaltung von Anteilen des angeborenen Körpergeschlechts (sogenannte „Autogynephilie“; vgl. Blanchard 1985; 1989), Transvestitismus, homosexuellem 'Coming out' und symptomatischen Geschlechtsidentitätsstörungen im Rahmen von Psychosen. Sofern der Sexualmediziner nicht selbst Psychotherapeut ist, wird er eine psychotherapeutische Behandlung des Patienten vermitteln. Ein solcher 'Psychotherapie-Versuch' ist immer notwendig: Zum einen, weil die Diagnose „Transsexualismus“ teilweise 'ex juvantibus' gestellt werden muß – das Scheitern psychotherapeutischer Bemühungen zur Aussöhnung des Patienten mit seinem angeborenen Geschlecht bekräftigt die Diagnose; zum zweiten, weil aufgrund der mit dem Störungsbild einhergehenden psychischen Belastungen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle psychotherapeutische Hilfe geboten ist, auch wenn sie nicht die eigentliche Störung beseitigen kann. Und schließlich ist ein

solches psychotherapeutisches Ausloten des Leidensdruckes vom Bundessozialgericht als Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen rechtlich vorgeschrieben (Reese 1990). Essentiell ist die Einhaltung einer mindestens einjährigen Beobachtungszeit sowie der sogenannte 'Alltagstest', in dem sich der Patient durchgehend in der sozialen Rolle des gewünschten Geschlechts erprobt, ohne daß bereits körperverändernde Maßnahmen ergriffen wurden. Ergibt die Diagnostik ausreichende Hinweise für das Vorliegen eines echten Transsexualismus, so ist es Aufgabe des Sexualmediziners, die Rolle des Vermittlers, Koordinators und Begleiters der weiteren Behandlung zu übernehmen sowie auch die Nachbetreuung anzubieten.

3. Störungen des soziosexuellen Verhaltens

Der Mangel an therapeutischen Angeboten für Sexualstraftäter ist allgemein bekannt und unbestritten (Schorsch 1985). Neuere Forschungsergebnisse zeigen unterschiedliche Prognosen für deliktspezifische tätertypologische Beschreibungen (Beier 1995a), wodurch auch wichtige differentialtherapeutische Schlußfolgerungen ermöglicht werden. Eine sinnvolle Therapieoption können exklusive psychotherapeutische Angebote, sexualtherapeutische Interventionen (vor allem bei sexuellen Funktionsstörungen) sowie auch supportive Therapiemaßnahmen darstellen, gegebenenfalls jeweils in Verbindung mit einer antiandrogenen Behandlung (Cyproteronacetat).

Gerade eine zusätzliche (in der Regel zeitlich begrenzte) Antiandrogenbehandlung verlangt nicht nur ärztliche Kompetenz, sondern spezielle sexualmedizinische Kenntnisse, um eine sinnvolle und gebotene Begleitung der Patienten zu gewährleisten – die alleinige Verordnung des Medikamentes wird einhellig als unzureichend bis unzulässig eingeschätzt (Petri 1980; Schorsch 1986; Laschet 1990). Die Indikation von Antiandrogenen kann (deliktübergreifend) beispielsweise bei schwachsinnigen Tätern, denen sonst eine soziale Desintegration drohen könnte, erwogen werden.

Denkbare Störquellen für eine sexualmedizinische Behandlung von Sexualstraftätern durch die verschiedenen Formen justitieller Einbindung – auch im ambulanten Bereich – sollten heutzutage keinen Hinderungsgrund mehr darstellen, da spezifische Empfehlungen für die Vorgehensweise im Einzelfall mittlerweile vorliegen (vgl. Beier 1995b).

Schlußfolgerungen

Der bislang beschrittene Weg, möglichst allen Ärzten sexualmedizinische Kenntnisse zu vermitteln, ohne daß es dafür einer speziellen Ausbildung bedürfte, hat sich nach 20 Jahren als nicht effektiv erwiesen. Eine am aktuellen Kenntnisstand der Wissenschaft orientierte Betreuung ist nur im Rahmen der üblichen und in anderen Fächern bereits bewährten Ausbildungspraxis von Ärzten möglich, also über den Erwerb einer an einem Gegenstands- und Lernzielkatalog orientierten diagnostischen und therapeutischen Qualifizierung, welche den Arzt mittels einer Zusatzbezeichnung als sexualmedizinisch weitergebildet ausweist. Wie bei Zusatzbezeichnungen üblich, soll es sich auch hierbei nicht um eine isolierte Spezialisierung – etwa im Sinne eines Facharztes für Sexualmedizin –, sondern um den Erwerb zusätzlicher sexualmedizinischer Kompetenz bei gezielter Integration in das jeweilige Fachgebiet des Arztes handeln. Daß auf diese Weise die Grundversorgung – insbesondere von Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen und/oder sexuellen Verhaltens-

abweichungen – entschieden verbessert werden kann, ist leicht nachvollziehbar. Aber auch bei den Geschlechtidentitätsstörungen wird der die Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ erwerbende Arzt als kompetenter Gutachter nicht nur für die Krankenkassen, sondern auch für die jeweiligen Gerichte nach dem Transsexuellengesetz erkennbar sein und zur Verfügung stehen.

Dank des Wissenstandes der einzelnen medizinischen Fächer (z.B. Gynäkologie, Dermatologie, Urologie, Psychosomatik und Psychotherapie, Endokrinologie u.a.) sowie humanwissenschaftlich-anthropologischer Nachbardisziplinen (Psychologie, Humanbiologie, Anthropologie, Soziologie usw.) liegen vielfältige Erkenntnisse vor über die Interaktion somatischer und psychischer Faktoren sexueller Funktionsabläufe, über Ursachen, Verlauf, Behandlung und Prognose von verschiedenen sexuellen und geschlechtlichen Störungen. Deren Aufarbeitung und Weiterentwicklung in interdisziplinärer Kooperation innerhalb der Medizin und mit verwandten Humanwissenschaften sowie das Einbringen dieser Kenntnisse in die Weiterbildung der Ärzteschaft und vor allem in die Betreuung der Patienten ist eine aktuelle Aufgabe, die nur eine akademisch etablierte Sexualmedizin leisten kann.

Wie internationale Erfahrungen und erste Ansätze in Deutschland (an den Universitätsklinika Hamburg, Kiel, Frankfurt) zeigen, ist die Institutionalisierung sexualmedizinischer Forschung und Lehre nicht nur eine notwendige Ergänzung medizinischer Disziplinen, sondern zugleich eine Bereicherung medizinisch-anthropologischer Grundlagenforschung: Entwicklung und Verhalten des Menschen in Gesundheit und Krankheit lassen sich schwerlich verstehen ohne die Berücksichtigung menschlicher Geschlechtlichkeit und Sexualität. International ist eine derartige biopsychosozial orientierte sexuologische Forschung längst gängige Praxis, wie die Fülle von Publikationen, Kongressen und anerkannten Gremien (etwa die „International Academy of Sex Research“) zeigt.

In Deutschland besteht ein Nachholbedarf an naturwissenschaftlich-medizinisch fundierter Forschung zu sexualmedizinischen Themen. Eine universitär etablierte und institutionalisierte Sexualmedizin als integraler Bestandteil der Humanmedizin hat auch die Funktion, im Diskurs über das Verhältnis von Natur und Kultur ihre spezielle medizinische Kompetenz gegenüber sozial- und kulturwissenschaftlichen Forschungsrichtungen, die sich des Themas – berechtigterweise unter den ihnen eigenen Gesichtspunkten – annehmen, unter Beweis zu stellen. Darüber hinaus ist sie auch kompetenter Ansprechpartner in Fragen der Gesundheits- und Familienplanung. Schließlich ist Sexualmedizin – wie jede klinische Fachrichtung – immer auch Präventivmedizin und trägt damit letztlich zur öffentlichen Gesundheitsförderung und -pflege bei.

Durch die Integration einer curricular fundierten Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ in die ärztliche Weiterbildungsordnung lassen sich somit viele medizinische Aufgabenfelder kompetenter und effektiver abdecken, die unübersehbaren Lücken in der Patientenversorgung schließen und die Chancengleichheit von in Deutschland ausgebildeten Ärzten gegenüber ärztlichen Kollegen aus anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (welche über staatlich anerkannte sexualmedizinische Qualifikationen längst verfügen) wahren.

Vorschlag einer Weiterbildungsordnung für die Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“

Die im folgenden vorgeschlagenen Inhalte und Richtlinien einer Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ tragen dem von der Bundesärztekammer gewählten Aufbau für die Richtlinien der Weiterbildungsordnung Rechnung.

Es wird damit der Ausbildungsrahmen dargelegt, welcher von der Akademie für Sexualmedizin – vertreten durch die von ihr eingesetzte Arbeitsgruppe zur Entwicklung eines Gegenstandskataloges für die Weiterbildung „Sexualmedizin“ – als erforderlich angesehen wird.

Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“

Definition:

Sexualmedizin befaßt sich mit der Geschlechtlichkeit des Menschen und ihren Störungen; sie beschäftigt sich mit der Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Erkrankungen oder Störungen der Sexualität, welche mit einer Einschränkung der sexuellen Funktionen, einer Beeinträchtigung des sexuellen und partnerschaftlichen Erlebens und Verhaltens und/oder einer Gefährdung der psychosozialen Integration bzw. einer psychischen Fehlentwicklung verbunden sind.

Weiterbildungszeit:

1. Nachweis einer mindestens zweijährigen klinischen Tätigkeit.
2. Teilnahme an Kursen in Theorie und Praxis der Sexualmedizin.
3. Die Weiterbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen.

Weiterbildungsinhalt:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis besonderer Kenntnisse und Erfahrungen in

- den theoretischen Grundlagen der Sexualmedizin
- der sexualmedizinischen Diagnostik
- der sexualmedizinischen Beratung
- sexualtherapeutischen Interventionen
- der Teilnahme an einer Balint-Gruppe mit sexualmedizinischem Schwerpunkt; hierzu gehört eine Mindestzahl von Teilnahmestunden
- der Teilnahme an einer themenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe; hierzu gehört eine Mindestzahl von Teilnahmestunden
- der sexualtherapeutischen Behandlung; hierzu gehört eine Mindestzahl dokumentierter Behandlungen einschließlich deren Supervision
- der Sexualberatung; hierzu gehört eine Mindestzahl dokumentierter Beratungsgespräche einschließlich deren Supervision

Empfohlene Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung:

Nachzuweisen sind folgende Richtzahlen für die Weiterbildungsinhalte:

- Theoretische Grundlagen der Sexualmedizin; hierzu gehört die Teilnahme an Kursen und Seminaren von 120 Stunden über
 - Evolutionsbiologie der Sexualität
 - den Verlauf der körperlichen Sexualentwicklung
 - den Verlauf der geschlechtstypischen psychosexuellen Entwicklung über die Lebensspanne
 - die Entwicklung der Geschlechtsidentität und der sexuellen Orientierung
 - die Physiologie der sexuellen Reaktionen
 - Zusammenhänge zwischen reproduktivem und kommunikativem Sexualverhalten
 - Krankheitslehre und Differentialdiagnostik bei sexuellen Dysfunktionen, bei Störungen der Geschlechtsidentität, des sozio-sexuellen Verhaltens (Delinquenz, Paraphilien) sowie den Auswirkungen anderer Erkrankungen auf die Sexualität
 - Indikationsstellung und Techniken sexualtherapeutischer Interventionen, auch in Kombination mit physikalischen, medikamentösen und/oder operativen Behandlungsverfahren
 - Möglichkeiten der viktimologischen Diagnostik und Intervention bei sexuellem Mißbrauch und sexueller Gewalt
 - spezielle arztrechtliche Fragestellungen (z.B. zu Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation geistig Behinderter, Insemination, Transsexualismus, Sexualdelinquenz)
- Teilnahme an einer Balint-Gruppe mit sexualmedizinischem Schwerpunkt über 30 Doppelstunden
- Teilnahme an einer themenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe über 30 Doppelstunden
- Explorationstechniken bei der sexualmedizinischen Anamneseerhebung im Einzel- und im Paargespräch; hierzu gehören 3 dokumentierte Einzel- und 3 Paar-Erstinterviews einschließlich deren Supervision
- Durchführung sexualtherapeutischer Behandlungen; hierzu gehören 6 abgeschlossene und dokumentierte sexualverhaltensmodifizierende Behandlungen einschließlich deren Supervision
- Sexualberatung, insbesondere zur endokrinologisch fundierten reversiblen Kontrazeption (einschließlich der Barrieremethoden) und auch zur irreversiblen Kontrazeption, bei Schwangerschaftskonflikten sowie zu Sexualität und Partnerschaft bei Behinderung und chronischer Krankheit; hierzu gehören 6 dokumentierte Beratungsgespräche einschließlich deren Supervision.

Literatur

- Andersen, B.L.; Anderson, B.; de Prose, C.: Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. Sexual functioning outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57: 683-691.
- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington: APA press 1994.
- Arentewicz, G.; Schmidt, G.: Sexuell gestörte Beziehungen. Berlin: Springer 1980.
- Aresin, L.; Günther, E. (Hrsg.): Sexualmedizin. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit 1983.
- Arieti, S.: Sexual problems of the schizophrenics and preschizophrenics. In: Sandler, M., Gessa, G.L. (eds.) *Sexual behavior: Pharmacology and biochemistry*. New York: Raven Press 1975.

- Balon, R.; Yeragani, V.K.; Pohl, R. et al: Sexual dysfunction during antidepressant treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 1993; 54: 209-212.
- Bancroft, J.: Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität. Stuttgart: Enke 1985.
- Becker, H.; Hartmann, U.: Geschlechtsidentitätsstörungen und die Notwendigkeit der klinischen Perspektive. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 1994; 62: 290-305.
- Beier, K.M.: Differentialtypologie und Prognose dissexuellen Verhaltens – Nachuntersuchungen ehemals begutachteter Sexualstraftäter. *Sexuologie* 1994; 1: 221-235.
- Beier, K. M.: Dissexualität im Lebenslängsschnitt – theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Berlin: Springer 1995a
- Beier, K. M., Hinrichs, G.: Psychotherapie mit Straffälligen. Stuttgart: Fischer 1995b
- Benjamin, H.: *The Transsexual Phenomenon*. New York: Julian Press 1966.
- Birbari, A.E.: How frequent is sexual dysfunction in hypertensive subjects and how is it treated? *Lebanese Medical Journal* 1992; 40: 174.
- Blanchard, R.: Typology of male-to-female transsexualism. *Archives Sexual Behavior* 1985; 14: 247-261.
- Blanchard, R.: The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. *Journal of Nervous Mental Diseases* 1989; 177: 616-623.
- Bloch, I.: Aufgaben und Ziele der Sexualwissenschaft. *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* 1914; 1: 2-11.
- Block, A.M.: Sexual dysfunction of the male with diabetes mellitus. *Nurse Practitioner* 1982; 7: 19-25.
- Borelli, S.: Die psychogenen Sexual- und Fertilitätsstörungen beim Mann. In: Marchionini, A. (Hrsg.) *Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten v. J. Jadassohn, Erg.-Werk VI/3*. Berlin: Springer 1960, S. 641-736.
- Bosinski, H.A.G., Sohn, M., Löffler, D., Wille, R., Jakse, G.: Aktuelle Aspekte der Begutachtung und Operation Transsexueller. *Deutsches Ärzteblatt* 1994a; 91: 726-732.
- Bosinski, H.A.G.: Zur Klassifikation von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Männern. *Sexuologie* 1994b; 1: 195-212.
- Bräutigam, W.: *Sexualmedizin im Grundriß*. Stuttgart: Thieme 1977
- Bräutigam, W., Clement, U.: *Sexualmedizin im Grundriß*. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme 1989.
- Buddeberg, C.: *Ehen krebserkrankter Frauen*. München: Urban & Schwarzenberg 1985.
- Buddeberg, C.; Merz, J.: Sexuelle Probleme in der Allgemeinpraxis. *Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis)* 1981; 73: 2129-2135.
- Burns, J.R.; Houltuin, E.; Gregory, J.G. et al.: Vascular-induced erectile impotence in renal transplant recipients. *Journal of Urology* 1979; 121: 721-723.
- Comarr, A.E.; Vigue, M.: Sexual counseling among male and female patients with spinal cord and/or cauda equina injury. *American Journal of Physical Medicine* 1978; 57: 107-112; 215-227.
- Coslett, H.B.; Heilman, K.M.: Male sexual function. Impairment after right hemisphere stroke. *Archives of Neurology* 1986; 43: 1036-1039.
- Cyran, W., Halhuber M.J.: *Der ältere Patient und seine Sexualität*. Köln: Echo Verlag 1990.
- Danzi, M.; Ferulano, G.P.; Abate, S. et al.: Male sexual function after abdominoperineal resection for rectal cancer. *Diseases of the Colon and Rectum* 26, 1983: 665-668.
- Ebbelöj, J.: Somatisch bedingte Impotenz. In: Hertoft, P.: *Klinische Sexologie*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag 1989, S. 212-226.
- Eicher, W.: *Die sexuelle Erlebnisfähigkeit und die Sexualstörungen der Frau*. Stuttgart: Fischer, 1975
- Eicher, W., Vogt, H.-J., Herms, V., Conrad, F. (Hrsg., alternierend): *Praktische Sexualmedizin. Berichtsbände der Fortbildungstage für Psychosomatik und Sexualmedizin in Heidelberg 1976 bis 1993*. Wiesbaden: Medical Tribune 1976 bis 1993.
- Eicher, W. (Hrsg.): *Sexualmedizin in der Praxis. Ein kurzes Handbuch*. Stuttgart: Fischer 1980.
- Eicher, W.: Sexuelle Störungen. In: Martius, G. (Hrsg.) *Therapie in Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 2: Gynäkologie*. Stuttgart: Thieme 1988, S. 102-111.
- Eicher, W.: Perspektiven der sexualmedizinischen Fortbildung. In: Eicher, W., Vogt, H.-J., Herms, V. (Hrsg.) *Praktische Sexualmedizin. Berichtsband 14. Fortbildungstage für Psychosomatik und*

- Sexualmedizin, Heidelberg, 13. bis 17. Juni 1990. Wiesbaden: Medical Tribune 1991a, S. 281-285.
- Eicher, W.: Geschichte der Sexologie in Deutschland bis zum heutigen Stand. In: Eicher, W., Vogt, H.-J., Herms, V. (Hrsg.) *Praktische Sexualmedizin. Berichtsband 14. Fortbildungstage für Psychosomatik und Sexualmedizin, Heidelberg, 13. bis 17. Juni 1990.* Wiesbaden: Medical Tribune 1991b, S. 286-314.
- Eicher, W.: *Orgasmus und Orgasmusstörungen bei der Frau.* Weinheim: VCH 1991c.
- Eicher, W.: *Transsexualismus. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung.* 2. Aufl. Stuttgart: Fischer 1992.
- Eicher, W.: Zur Frage der sexuellen Funktion und sexueller Störungen nach Hysterektomie. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1993; 53: 519-524.
- Fahrner, E.-M.; Kockott, G.: Funktionelle Sexualstörungen. In: Reinecker, H. (Hrsg.) *Lehrbuch der klinischen Psychologie.* Göttingen: Hogrefe 1994, S. 459-478.
- Fasth, S.; Filipsson, S.; Hellberg, R. et al.: Sexual dysfunction following proctocolectomy. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae* 1978; 67: 8-12.
- Fegert, J.M.: *Sexuell mißbrauchte Kinder und das Recht.* Band II. Köln: Volksblatt Verlag 1993.
- Feldmann, H.A.; Goldstein, I.; Hatzichristou, D.G.; Krane, R.J.; McKinlay, J.B.: Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*: 151, 54-61.
- Frenken, J.: *Afkeer van seksualiteit.* Denventer: Van Loghum Slaterus 1976.
- Frenken, J., van Stock, B.: Frauen als Opfer eines Inzests. Ergebnisse einer retrospektiven Studie. *Zeitschrift für Sexualforschung* 1988; 1: 327-336.
- Garde, K., Nielsen, I.L.: Female sexual behaviour. A study in a random sample of 40-year-old-women. *Maturitas* 1980; 2: 225-240
- Gebhard, P.H.: Factors in marital orgasm. *Journal of Social Issues* 1966; 22/2: 88-95.
- Geschwind, N.: Interictal behavioral changes in epilepsy. *Epilepsia* 1983; 24: 23-30.
- Geyer, M.; Hirsch, R. (Hrsg.): *Ärztliche psychotherapeutische Weiterbildung in Deutschland.* Leipzig: Barth 1994.
- Haerberle, E.J.: *Anfänge der Sexualwissenschaft.* Berlin: de Gruyter 1983.
- Haerberle, E.J.; Gindorf, R.: *Sexology today. A brief introduction.* Deutsche Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Sexualforschung 1993.
- Haerberle, E.J.; Simons, W. (Hrsg.): *Sexology in Europe. A directory of institutions, organizations, resource center, training programs, and scientific journals.* RKI-Heft Nr. 3, Robert Koch Institut, Berlin 1995.
- Häring, R.; Karavias, T.; Boese-Landgraf, J.: Chirurgische und onkologische Prinzipien der Rektumamputation. *Zentralblatt für Chirurgie* 1990; 115: 819-825.
- Halhuber, M.J., Halhuber, C.: *Sprechstunde Herzinfarkt.* München: Gräfe und Unzer 1977.
- Hamilton, B.P.: Diabetes mellitus and hypertension. *American Journal of Kidney Diseases* 1990; 16: 20-29.
- Harrison, W.M.; Rabkin, J.G.; Ehrhardt, A.A. et al.: Effects of antidepressant medication on sexual function: a controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1986; 6: 144-149
- Hartmann, U.: *Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion.* Frankfurt: Lang 1994.
- Herms, V.; Eicher, W.; Kubli, F.; Reinholz, H.: Soziale, sexuelle und psychosomatische Aspekte beim Endometriumcarcinom. *Medizinische Welt* 1977; 28: 1786-1789.
- Herms, V.: Funktionelle Sexualstörungen. In: Wulf, K.-H., Schmidt-Matthiesen, H. (Hrsg.) *Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Band 2: Schneider, H.P.G. (Hrsg.) Sexualmedizin, Infertilität, Familienplanung, 2. Aufl.* München: Urban & Schwarzenberg 1989, S. 52-58.
- Herms, V.: Psychosoziale Faktoren und Karzinomentstehung. *Sexualmedizin* 1990; 19: 543-547.
- Hertoft, P.: *Klinische Sexologie.* Köln: Deutscher Ärzte Verlag 1989.
- Hertzeanu, H.L.; Shemesh, J.; Aron, L.A. et al.: Ventricular arrhythmias in rehabilitated and nonrehabilitated post-myocardial infarction patients with left ventricular dysfunction. *American Journal of Cardiology* 1993; 71: 24-27.
- Hojo, K.; Sawada, T.; Moriya, Y.: The value and limit of extended surgery in colorectal cancer. *Japanese Journal of Cancer and Chemotherapy* 1989; 16: 1059-1063.

- House, W.C.; Pendleton, L.: Sexual dysfunction in diabetes. A survey of physicians' responses to patients' problems. *Postgraduate Medicine* 1986; 79: 227-235.
- Hsueh, W.A.: Sexual dysfunction with aging and systemic hypertension. *American Journal of Cardiology* 1988; 61: 18-23.
- Jensen, S.B.: Sexual dysfunction in younger insulin-treated diabetic females. A comparative study. *Diabete et Metabolisme* 1985; 11: 278-282.
- Kaplan, H.S.: *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel 1974.
- Kaplan, H.S.: *Sexualtherapie*. Stuttgart: Enke 1990.
- Kinzi, J., Biebl, W.: Sexueller Mißbrauch in Kindheit und Jugend. Eine Fragebogenerhebung bei 1125 Studenten zu Prävalenz und Risikofaktoren. *Sexualmedizin* 1993; 22: 136-142.
- Kligman, E.W.; Higbee, M.D.: Drug therapy for hypertension in the elderly. *Journal of Family Practice* 1989; 28: 81-87.
- Kockott, G.: *Männliche Sexualität: Funktionsstörungen. Erkennen – Beraten – Behandeln*. Stuttgart: Hippokrates 1988a.
- Kockott, G.: *Weibliche Sexualität: Funktionsstörungen. Erkennen – Beraten – Behandeln*. Stuttgart: Hippokrates 1988b.
- Kockott, G.: *Sexuelle Variationen*. Stuttgart: Hippokrates 1988c.
- Kotin, J., Wilbert, D.E., Verburg, D. et al: Thioridazine and sexual dysfunction. *American Journal of Psychiatry* 1976; 133: 82-85.
- Krauss, D.J.: In treating impotence, urology and sex therapy are complementary. *Urology* 1990; 36: 467-470.
- La Monica, G., Audisio, R.A., Tamburini, M. et al: Incidence of sexual dysfunction in male patients treated surgically for rectal malignancy. *Diseases of the Colon and Rectum* 1985; 28: 937-940.
- Langer, D., Hartmann, U.: *Psychosomatik der Impotenz. Bestandsaufnahme und integratives Konzept*. Stuttgart: Enke 1992.
- Laschet, U.: Zur Therapie mit Cyproteronacetat. In: Wille, R., Schumacher, W., Andrzejak, N. (Hrsg.) *Zur Therapie von sexuell Devianten*. Berlin: Diesbach 1990, S. 36-42.
- Lehman, T.P., Jacobs, J.A.: Etiology of diabetic impotence. *J. Urol.* 1983; 129: 291-294.
- Littmann, E.: Psychische Schäden nach sexuellem Kindesmißbrauch. *psychomed* 1992; 4: 13-19.
- Loewit, K.: Der kommunikative Aspekt der Sexualität. *Sexualmedizin* 1978; 7: 971-975.
- Loewit, K.: Ausbildung des Medizinstudenten. *Sexualmedizin* 1983; 12: 412-416.
- Loewit, K.: Sexuelle Störungen. In: Uexküll, Th. v. (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg 1990, S. 635 – 643.
- Loewit, K.: Kommunikationszentrierte Sexualtherapie: Theorie und Umsetzung. *Sexuologie* 1994; 1: 101-112.
- Ludewig, H.: *Sexualmedizin in der Aus-, Weiter- und Fortbildung des Allgemeinarztes*. Med. Diss. Ulm 1987.
- Lustman, P.J., Clouse, R.E.: Relationship of psychiatric illness to impotence in men with diabetes. *Diabetes Care* 1990; 13: 893-895.
- Masters, W.H., Johnson, V.E.: *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown 1966.
- Masters, W.H., Johnson, V.E.: *Impotenz und Anorgasmie. Zur Therapie funktioneller Sexualstörungen*. Frankfurt: Goverts 1975.
- Mastrogiacomo, I., De Besi, L., Serafini, E. et al.: Hyperprolactinemia and sexual disturbances among uremic women on hemodialysis. *Nephron* 1984; 37: 195-199.
- Mears, E.: Sexual problem clinics: An assessment of the work of 26 doctors trained by the Institute of Psychosexual Medicine. *Public health (London)* 1978; 92: 218-223.
- Miles, J.R. Jr.; Miles, D.G.; Johnson, G. Jr.: Aortoiliac operations and sexual dysfunction. *Archives of Surgery* 1982; 117: 1177-1181.
- Molinski, H.: Die focussierende Deskription. *Sexualmedizin* 1976; 6: 712-716.
- Molinski, H.: Psychosomatische Symptome, welche in Wirklichkeit funktionelle Sexualstörungen sind. *Mitteilungen der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin* 1983; 3: 5-6.
- Money, J.; Mazur, J.: Endocrine abnormalities and sexual behavior in man. In: Money, J.; Musaph,

- H. (eds.) *Handbook of Sexology*. Amsterdam: Excerpta Medica 1977.
- Money, J.: *Lovemaps. Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence, and maturity*. New York: Irvington: 1986.
- Money, J.: *Gay, straight and in-Between: The Sexology of erotic orientation*. New York: Oxford University Press 1988.
- Morell, M.J.: Sexual dysfunction in epilepsy. *Epilepsia* 1991; 32: 38-45.
- Nijman, J.M.; Schraffordt Koops, H.; Oldhoff, J. et al.: Sexual function after bilateral retroperitoneal lymph node dissection for nonseminomatous testicular cancer. *Archives of Andrology* 1987; 18: 255-267.
- Oshiro, T.; Kosaki, G.: Sexual function after aorto-iliac vascular reconstruction. Which is more important, the internal iliac artery or hypogastric nerve? *Journal of Cardiovascular Surgery* 1984; 25: 47-50.
- Osburg, S.; Weitze, C.: Betrachtung über zehn Jahre Transsexuellengesetz. *Recht & Psychiatrie* 1993; 11: 2-26.
- Pacharzina, K.: *Sexualmedizin der Allgemeinpraxis (Teil I – III)*. *Sexualmedizin* 1975; 4: 485-490, 535-542, 630-645.
- Petri, H.: Analytische Kurztherapie bei sexuellen Perversionen. In: Sigusch, V. (Hrsg.) *Therapie sexueller Störungen*, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 1980, S. 187-219.
- Pfeiffer, W.; Kockott, G.; Fischl, B.; Schleuning, G.: Unerwünschte Wirkungen psychopharmakologischer Langzeittherapie auf die sexuellen Funktionen. *Psychiatrische Praxis* 1991; 18: 92-98.
- Raboch, J.; Raboch, J.; Sindlar, M.: Koitale Anorgasmie in der Ehe. *Zentralblatt für Gynäkologie* 1994; 116: 102-106.
- Rechenberger, I.: Sexualstörungen und Symptombildung. *Sexuologie* 1994; 1: 20-26.
- Reese, J., Wille, R.: Sozialrechtliche Aspekte des Transsexualismus. *Mitteilungen der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin* 1988; 9: 7-8.
- Rodger, R.S.; Fletcher, K.; Dewar, J.H. et al.: Prevalence and pathogenesis of impotence in one hundred uremic men. *Uremia Investigation* 1985; 8: 89-96.
- Sandberg, G.; Quevillon, R.P.: Dyspareunia: an integrated approach to assessment and diagnosis. *Journal of Family Practice* 1987; 24: 66-70.
- Santangelo, M.L.; Romano, G.; Sassaroli, C.: Sexual function after resection for rectal cancer. *American Journal of Surgery* 1987; 154: 502-504.
- Scaglia, M.; Delaini, G.G.; Hulten, L.: Le disfunzioni sessuali dopo proctocolectomia convenzionale. *Chirurgia Italiana* 1992; 44: 230-242.
- Scharf, M.B.; Mayleben, D.W.: Comparative effects of prazosin and hydrochlorothiazide on sexual function in hypertensive men. *American Journal of Medicine* 1989; 86: 110-112.
- Scheingold, L.D., Wagner, N.N.: *Herz, Alter, Sexualität*. Wiesbaden: Medical Tribune 1976.
- Schnabl, S.: *Intimverhalten – Sexualstörungen – Persönlichkeit*, 6. Aufl. Deutscher Verlag der Wissenschaften: Berlin 1983.
- Schorsch, E.: *Die Sexualität in den endogen-phasischen Psychosen*. Stuttgart: Enke 1967.
- Schorsch, E. (1986): Die sexuellen Deviationen und sexuell motivierte Straftaten. In: U. Venzlaff (Hg.), *Psychiatrische Begutachtung*. Stuttgart: Fischer; S. 279-315.
- Schorsch, E., Galedary, G., Haag, A., Hauch, M., Lohse, A.: *Perversion als Straftat*. Berlin: Springer 1985.
- Schramek, P.; Holzmann, R.M.; Floth, A.: Erektile Potenzstörung bei Diabetes mellitus. *Wiener Klinische Wochenschrift* 1988; 100: 460-463.
- Sigusch, V. (Hrsg.): *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart: Thieme 1975.
- Sohn, M.: Möglichkeiten und Grenzen urologischer Operationstechniken zur Behandlung der erektilen Dysfunktion des Mannes. *Sexuologie* 1994a; 1: 38-49.
- Sohn, M.: Aktueller Stand der Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion. *Sexuologie* 1994b; 1: 244-249.
- Spector, I.P., Carey, M.P.: Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior* 1990; 19: 389-408.

- Stevenson, J.G.; Umstead, G.S.: Sexual dysfunction due to antihypertensive agents. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy* 1984; 18: 113-121.
- Sutherst, J.; Brown, M.: Sexual dysfunction associated with urinary incontinence. *Urologia Internationalis* 1980; 35: 414-416.
- Thetter, O.; von Hochstetter, A.; van Dongen, R.J.: Sexualfunktion nach gefäßchirurgischen Eingriffen im aorto-iliacalen Bereich – Ursachen und Vermeidung von Potenzstörungen. *Langenbecks Archiv für Chirurgie* 1984; 362: 205-219.
- Uexküll, Th. v. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg 1990.
- Vogt, H.-J.: Andrologie. In: Eicher, W. (Hrsg.): *Sexualmedizin in der Praxis*. Stuttgart: Fischer 1980, S. 117-201.
- Vogt, H.-J.: Orgasmusstörungen des Mannes. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1992a; 31/32: 503-506.
- Vogt, H.-J.: Kohabitationsschmerzen des Mannes. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1992b; 34: 42-48.
- Vogt, H.-J.: Männlicher Orgasmus. *Gynäkologe* 1993; 26: 184-188
- Volbert, R.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. *Empirische Befunde und psychosoziale Trends. psychomed* 1992; 4: 8-12.
- Walker, P.A.; Berger, J.C.; Green, R.; Laub, D.R.; Reynolds, C.L.; Wollman, L.: Standards of care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons. Original draft prepared by: The founding committee of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 4th Revision 1990.
- Walthard, M.: Die psychogene Aetiologie und die Psychotherapie des Vaginismus. *Muenchner Medizinische Wochenschrift* 1909; 56: 1998-2000.
- Wang, C.J.; Shen, S.Y.; Wu, C.C.; Huang, C.H.; Chiang, C.P.: Penile blood flow study in diabetic impotence. *Urologia Internationalis* 1993; 50: 209-212.
- Watanabe, S.; Yokoyama, S.; Kubo, S. et al.: A double-blind controlled study of clinical efficacy of maprotiline and amitriptyline in depression. *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica* 1978; 32: 1-31.
- Weinstein, M.H.; Machleder, H.I.: Sexual function after aorto-iliac surgery. *Annals of Surgery* 1975; 181: 787-790.
- Weizman, R.; Eldar, M.; Hod, H.; et al: Effects of uncomplicated acute myocardial infarction on biochemical parameters of stress and sexual function. *Psychosomatics* 1991; 32: 275-279.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V(F); klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber 1993.
- Wille, R., Eicher, W., Molinski, H., Vogt, H.-J.: *Sexualmedizin – Sexualwissenschaft – Sexuologie. Sexuologie* 1994; 1: 6-11.
- Willi, J.: *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rohwolt 1975.
- Yasutomi, M.: Functional preservation in rectal cancer surgery. *Journal of Japan Surgical Society* 1988; 89: 1331-1334.
- Zemel, P.: Sexual dysfunction in the diabetic patient with hypertension. *American Journal of Cardiology* 1988; 61: 27-33.

Anschriften der Autoren

Prof. Dr. med. Hermann – J. Vogt, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität, Biedersteiner Str. 29, 80802 München

Prof. Dr. med. Kurt Loewit, Institut für Medizinische Biologie und Humangenetik, Arbeitsgruppe Sexualmedizin, Universität Innsbruck, Schöpfstr. 41, A- 6020 Innsbruck

Prof. Dr.med. Dr.jur. Reinhard Wille, Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel

Erektile Dysfunktion: Diagnostische Möglichkeiten des Schlaflabors

Erectile dysfunction: diagnostic possibilities of the sleep laboratory

Michael Wiegand

Michael Wiegand, München

Zusammenfassung

Die Erfassung nächtlicher Spontanerektionen (NPT) kann beitragen zur Differentialdiagnose erektiler Dysfunktionen. In der Regel gehen organisch bedingte Dysfunktionen mit einem pathologischen NPT-Befund einher. Doch auch bei „psychogener“ erektiler Dysfunktion kann, in Abweichung von der Regel, ein pathologischer NPT-Befund vorliegen, beispielsweise bei psychischen Erkrankungen oder bestimmten Beeinträchtigungen des Schlafes. Aus diesem Grunde sollte die Erfassung nächtlicher Spontanerektionen nach Möglichkeit mit einer simultanen Schlafableitung einhergehen.

Schlüsselwörter: Erektile Dysfunktion, nächtliche Penistumeszenz (NPT), Schlaflabor

Abstract

The monitoring of nocturnal penile tumescence (NPT) can contribute to the differential diagnosis of erectile dysfunction. As a rule, patients with organic erectile dysfunction exhibit pathological NPT measures. However, in „psychogenic“ erectile dysfunction, too, NPT can be impaired. This can be due to psychiatric disorders or certain impairments of sleep. Therefore, monitoring of NPT should be accompanied by sleep recordings.

Key words: Erectile dysfunction, nocturnal penile tumescence (NPT), sleep laboratory

Erektionen treten nicht nur im Wachzustand auf, sondern auch spontan während des Schlafes. Ohlmeyer (1944) beobachtete erstmals die Periodizität des Auftretens solcher nächtlicher Spontanerektionen. Fisher et al. (1965) und Karacan et al. (1966) entdeckten später, daß diese Periodizität auf der Kopplung der Erektionen an den während des Nachtschlafs etwa alle 90 Minuten auftretenden „REM“-Schlaf beruht. Dieses Schlafstadium ist gekennzeichnet durch schnelle Augenbewegungen („REM“ = rapid eye movements), weitgehend fehlenden Muskeltonus und ein flaches EEG. Der größte Teil der Träume spielt sich während des REM-Schlafes ab.

Karacan (1970) beschrieb erstmals den möglichen Nutzen der Erfassung nächtlicher Spontanerektionen („NPT“ = nocturnal penile tumescence) für die Differentialdiagnostik der erektilen Dysfunktion. Er führte eine Art klinischer „Faustregel“ ein, derzufolge Patienten mit „psychogener“ Erektionsstörung im Gegensatz zu solchen mit organisch bedingter erektiler Dysfunktion normale nächtliche Spontanerektionen aufweisen. Diese Regel gilt mit gewissen Einschränkungen weiterhin. Im Folgenden soll der gegenwärtige Wissensstand über den klinischen Nutzen von NPT-Untersuchungen im Schlaflabor für die Differentialdiagnostik der erektilen Dysfunktion skizziert werden.

Erfassung nächtlicher Spontanerektionen

Die Frage nach morgendlichen Erektionen beim Erwachen gehört zur Routine-Anamneseerhebung bei Patienten mit erektiler Dysfunktion. Allerdings sind die Angaben auf diese Frage nur bedingt verwertbar. Ob beim Erwachen eine Erektion vorliegt, ist abhängig davon, aus welchem Schlafstadium das Erwachen erfolgt. Spontanes Erwachen tritt morgens häufig nach Beendigung einer REM-Phase auf, und in diesen Fällen wird meist eine entsprechende Erektion bewußt wahrgenommen. Wird jedoch das Erwachen durch Außenreize (z.B. einen Wecker) ausgelöst, so ist es vom Zufall abhängig, ob zu diesem Zeitpunkt eine Erektion vorliegt oder nicht. Auch die Geschwindigkeit des vollständigen Erwachens ist von Bedeutung; erfolgt das Erwachen aus einer REM-Phase heraus sehr allmählich, so kann eine Erektion bereits wieder abgeklungen sein, wenn die bewußte Wahrnehmung einsetzt. Die Anamnese ist somit eine wenig valide Methode zur Erfassung nächtlicher Spontanerektionen und nur dann verwendbar, wenn der Patient mit Bestimmtheit von regelmäßigen und ausgeprägten Morgenerektionen berichtet.

Etwas zuverlässiger ist die Erfassung nächtlicher Erektionen durch Bänder oder Streifen, die um den Penis gelegt werden und bei genau definierten Umfangszunahmen reißen (z.B. das „snap-gauge-Band“ nach Morales). Auch mit dieser Methode lassen sich keine Angaben über Häufigkeit und Dauer nächtlicher Erektionen machen; es läßt sich lediglich ein völliges Fehlen von Erektionen ausschließen. Ein weiterer Nachteil ist die Manipulierbarkeit des Untersuchungsergebnisses durch den Patienten, was vor allem im Rahmen von Begutachtungen ins Gewicht fallen kann.

Wesentlich genauer sind Penisplethysmographen, die eine kontinuierliche Registrierung von Umfangsveränderungen während des Schlafes erlauben. Physikalisch beruht die Messung auf elektrischen Widerstandsveränderungen in einem mit Quecksilber gefüllten dünnen Schlauch, der ringförmig um den Penis angelegt wird. Nachteil dieser Methode ist es, daß lediglich Tumescenzänderungen erfaßt werden, ohne daß eine Aussage über die für die klinische Fragestellung wesentlich entscheidendere Rigidität gemacht werden kann. Aus diesem Grunde wird die Methode oft kombiniert mit visueller Beurteilung der Erektionsstärke, teils auch mit punktueller Messung der Rigidität. Nachteil dieser Methode ist, daß die Rigiditätsbeurteilung nicht kontinuierlich erfolgt und überdies der Schlaf des Patienten durch die Messungen unterbrochen wird, was sich unter Umständen verfälschend auf die Ergebnisse auswirken kann.

Neuere Geräteentwicklungen zielen auf die simultane, kontinuierliche Erfassung von Tumescenz und Rigidität. Das „RigiScan“-Gerät (Fa. Dacomed, Minneapolis) wird durch einen Mikroprozessor gesteuert und führt alle 30 Sekunden eine Umfangsmessung an Penisbasis und -spitze durch. Tritt eine Umfangsvergrößerung um mehr als 1 cm auf, so wird alle 30 Sekunden zusätzlich die Rigidität durch kurzes Anziehen der Meßschlaufen gemessen. Obwohl hier die transversale und nicht die klinisch bedeutsamere longitudinale Rigidität des Penis gemessen wird, stellt dieses Gerät doch derzeit in vieler Hinsicht das technisch erreichbare Optimum in der Erfassung nächtlicher Spontanerektionen dar.

Alle genannten Verfahren lassen sich im Prinzip auch außerhalb eines Schlaflabors anwenden. Die Interpretation der Befunde ist jedoch problematisch, wenn nicht gleichzeitig der Schlaf registriert wird. Verringerte oder fehlende Erektionen können Folge fehlenden Schlafes oder eines pathologischen Schlafprofils sein (fehlender oder verringerter REM-Schlaf, häufige Schlafunterbrechungen). Aus diesem Grunde erscheint eine simultane

Registrierung des Schlafes in der Regel unerlässlich zur validen Interpretation von NPT-Befunden, unabhängig davon, mit welcher Methode diese erhoben werden (Wasserman 1980; Pressman 1986; Schiavi 1988). Zur Bestimmung der Schlafstadien müssen folgende Parameter obligatorisch erfaßt werden: das Elektroencephalogramm (EEG) (dabei beschränkt man sich in den Schlaflaboratorien meist auf die zentralen Elektroden C3 und C4); das Elektrokulogramm (EOG) zur Erfassung der Augenbewegungen; das Elektromyogramm (EMG) der submentalen Muskulatur. Zum Ausschluß bestimmter im Schlaf sich manifestierender Erkrankungen werden zusätzlich in der Regel weitere Parameter erfaßt: das Elektrokardiogramm (EKG), die Atemexkursionen von Thorax und Abdomen, der Luftfluß an Mund und Nase, die Sauerstoffsättigung des Blutes sowie die Aktivität der Tibialmuskulatur.

Zusammenhang zwischen Schlaf und Erektionen

Simultane Registrierungen von Schlaf und Spontanerektionen bestätigen in der Regel den erwähnten Zusammenhang zwischen Erektionen und REM-Schlaf; im Idealfall ergibt sich bei gleichzeitiger graphischer Darstellung des Schlafprofils und der erektilen Aktivität ein der Abb.1 entsprechendes Bild.

Doch gibt es einige pathologische Bedingungen, unter denen eine gewisse Entkopplung zwischen beiden Vorgängen zu beobachten ist, etwa bei depressiven Patienten, Narkolep-

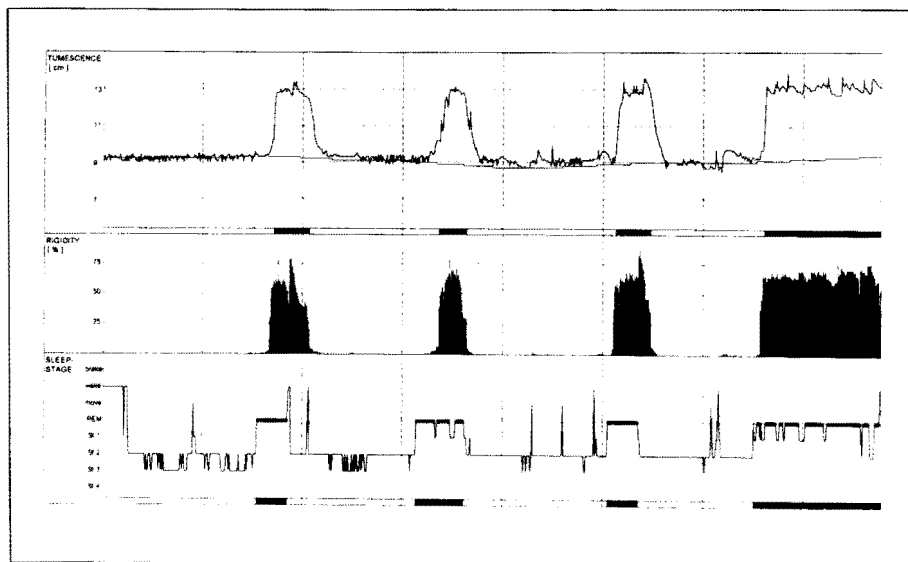


Abb.1: Schlaf- und Erektionsprofil in einem Fall mit enger Synchronisierung. Oberer Teil: Tumescenz an der Penisbasis (Maßeinheit: Penisumfang in cm) Mittlerer Teil: Rigidität an der Penisbasis (in % der maximalen Rigidität) Unterer Teil: Schlafprofil (Ordinate: Schlafstadien)

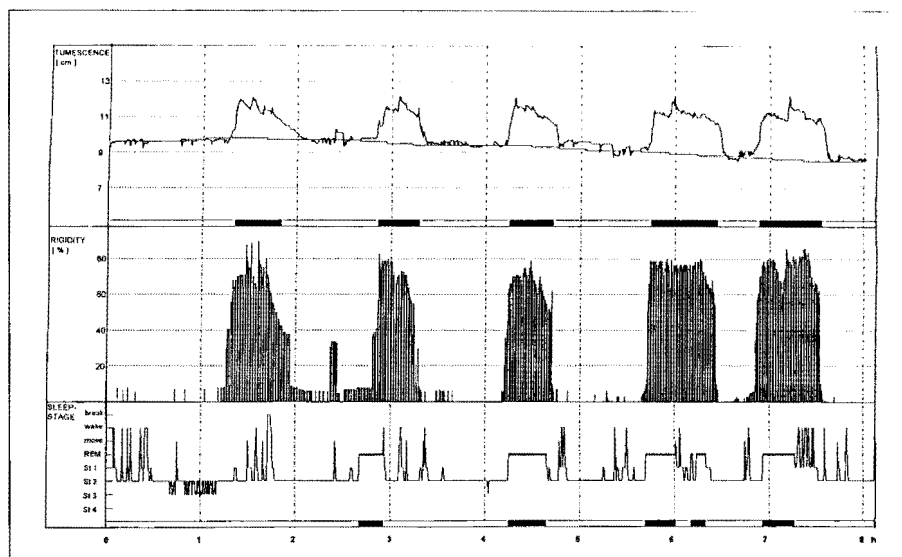


Abb.2: Schlaf- und Erektionsprofil in einem Fall mit weniger enger Synchronisierung. Oberer Teil: Tumescenz an der Penisbasis (Maßeinheit: Penisumfang in cm) Mittlerer Teil: Rigidität an der Penisbasis (in % der maximalen Rigidität) Unterer Teil: Schlafprofil (Ordinate: Schlafstadien)

tikern sowie unter dem Einfluß gewisser Psychopharmaka. Auch bei Patienten mit erektiler Dysfunktion konnte gezeigt werden, daß dieser Zusammenhang nicht so eng ist wie ursprünglich postuliert: in Untersuchungen fanden wir bei dieser Patientengruppe, daß im Mittel lediglich 43% der Gesamt-Erektionsdauer einer Nacht mit REM-Schlaf zusammenfiel (Vesely 1994). Diese Befunde deuten hin auf partiell unterschiedliche neurophysiologische Regulationsmechanismen von Erektionen in erotisch stimulierenden Situationen im Vergleich zu nächtlichen Spontanerektionen. Eine bedeutende Rolle spielen in diesem Zusammenhang möglicherweise zentrale noradrenerge Neuronen. Diese haben eine inhibierende Wirkung auf den erektilen Apparat (Andersson 1995). Im REM-Schlaf wird ihr Tonus durch das Überwiegen zentraler cholinergischer Impulse reduziert, was eine Desinhibition zur Folge hat (Bancroft 1994). In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß mechanische Faktoren (etwa der Druck einer gefüllten Blase) an der Auslösung nächtlicher Erektionen nicht beteiligt sind.

Die physiologische Funktion der nächtlichen Erektionen ist ungeklärt. Nicht ohne Plausibilität ist die Hypothese, daß es sich dabei um ein regelmäßiges „Training“ der komplexen Koordination zwischen neuronalen, vaskulären und hormonellen Systemen handelt, wie sie zum Zustandekommen und zur Aufrechterhaltung von Erektionen notwendig ist (Ware 1989). Auch für die kognitiven Vorgänge während des REM-Schlafes, deren Reflex die Träume sind, gibt es entsprechende „Trainings“-Hypothesen (Horne 1988).

Differentialdiagnostische Bedeutung der NPT

Die oben erwähnte klinische „Faustregel“ hat weiterhin ihre prinzipielle Gültigkeit; sie bedarf jedoch heute der Relativierung. Die strenge Dichotomisierung in „psychogene“ und „organisch bedingte“ erektile Dysfunktionen weicht zunehmend einer multifaktoriellen Betrachtungsweise (Benkert 1985). Zum anderen zeigt sich, daß die NPT in Bezug auf organisch bedingte Störungen zwar ziemlich sensitiv, aber nicht sehr spezifisch ist. Das heißt, daß von einem pathologischen NPT-Befund nicht unbedingt auf das Vorliegen organischer Ursachen geschlossen werden kann. Der Schluß von einem Normalbefund auf das Fehlen organischer Pathologie ist zwar mit größerer Sicherheit möglich, doch gibt es auch hier Ausnahmen. Die Abweichungen von der erwähnten „klinischen Faustregel“ können folgendermaßen zusammengefaßt werden:

Normaler NPT-Befund bei organisch bedingter Dysfunktion:

- Patienten mit bestimmten neurologischen Grunderkrankungen, z.B. Encephalomyelitis disseminata (Van Nuyten 1992, Kirkeby 1988)

Pathologischer NPT-Befund bei nicht-organisch bedingter Dysfunktion:

- Fehlender Schlaf oder mangelnde Schlafkontinuität. Häufige Schlafunterbrechungen (situativ bedingt, durch äußere physikalische Einwirkungen oder auch als Ausdruck einer chronischen Schlafstörung) können auch dann zu einer Unterdrückung von Erektionen führen, wenn REM-Phasen vorhanden sind.
- Fehlender oder verminderter REM-Schlaf. Aufgrund der oben beschriebenen engen Beziehung zwischen Erektionen und REM-Schlaf kommt es zu fehlenden oder nur schwach ausgeprägten Erektionen, wenn kein REM-Schlaf auftritt. Dies kann in ungewohnter Umgebung der Fall sein (etwa in der ersten Nacht im Schlaflabor: „First night-Effekt“) oder durch Medikamente hervorgerufen werden (z.B. trizyklische Antidepressiva oder andere Psychopharmaka).
- Psychische Erkrankungen führen oft zu verminderten Erektionen trotz erhaltener (oder sogar vermehrter) REM-Phasen. Dazu gehören Depressionen (Nofzinger 1993) sowie Erkrankungen, die mit Alpträumen einhergehen (Karacan 1966).
- Bei gesunden älteren Personen ohne erektile Dysfunktion wurden beeinträchtigte nächtliche Spontanerektionen beobachtet (Schiavi 1988).

Diese Aufzählung unterstreicht wiederum die Wichtigkeit einer simultanen Aufzeichnung des Schlafprofils mit der NPT-Registrierung, insbesondere bei Erstuntersuchungen mit primär differentialdiagnostischer Zielsetzung, sowie die Bedeutung einer (zumindest orientierenden) psychiatrischen Untersuchung in diesem Zusammenhang. Die Schlafuntersuchung ermöglicht es auch, bestimmte schlafbezogene Erkrankungen zu diagnostizieren, die nicht selten einer erektilen Dysfunktion zugrundeliegen: dazu gehört vor allem das (häufig als Zufallsbefund im Schlaflabor entdeckte) Schlafapnoe-Syndrom (Schmidt 1981) sowie das Syndrom der periodischen Beinbewegungen (PMS-Syndrom).

Praktische Konsequenzen

Sollte die Erfassung nächtlicher Spontanerektionen in Verbindung mit einer Schlafregistrierung als Routineverfahren bei der Differentialdiagnostik der erektilen Dysfunktion eingesetzt werden? Eine solche Forderung, die durch die vorstehenden Ausführungen nahelegt wird, würde noch unterstützt durch neuere Befunde von Warner und Bancroft (1994), die zeigen, daß NPT-Befunde enger mit bestimmten klinischen Aspekten der erektilen Dysfunktion korrelieren als die Ergebnisse intrakavernöser Injektionen. Einer solchen Forderung stehen jedoch einige praktische Hindernisse entgegen. Schlaflaboratorien gehören keineswegs zur Standardausstattung von Kliniken, nicht einmal im Bereich der Universitätskliniken. Die wenigen existierenden Laboratorien haben meist andere Untersuchungsschwerpunkte, beispielsweise chronische Insomnien, neurologische Erkrankungen oder (in letzter Zeit stark im Zunehmen begriffen) nächtliche Störungen der Atemregulation. Auch die weniger spezialisierten Schlaflaboratorien, die auf eine allgemeine Diagnostik verschiedenartigster Schlafstörungen ausgerichtet sind, haben nur selten die technische und personelle Ausstattung zur Durchführung nächtlicher NPT-Registrierungen.

In dieser Situation wäre es unrealistisch, NPT-Untersuchungen im Schlaflabor als Bestandteil der Routinediagnostik zu empfehlen. Es wird sicher eine geraume Zeit dauern, bis der gegenwärtige Mangel an Untersuchungsplätzen ausgeglichen sein wird. Angesichts des Aufwandes dieser Untersuchungen spielen bei der Erweiterung der Untersuchungskapazitäten auch Kostengründe eine gewichtige Rolle. Die technische Entwicklung wird es sicher zunehmend ermöglichen, Schlafprofil und Erektionen mittels portabler Aufzeichnungsgeräte in der häuslichen Umgebung des Patienten zu registrieren, so daß künftig bei entsprechend kooperativen Patienten die Diagnostik auch ambulant werden können. In Übereinstimmung mit der „Consensus Conference“ des NIH Consensus Development Panel on Impotence (NIH 1993) wird empfohlen, eine NPT-Registrierung im Schlaflabor immer anzustreben bei Patienten mit starkem Verdacht auf „psychogene“ erektile Dysfunktion, bei denen organische Ursachen definitiv ausgeschlossen werden sollen. Auch bei Patienten, die ein vollständiges Fehlen von Erektionen beklagen, sollte eine NPT-Untersuchung durchgeführt werden. Allerdings ist, wie erwähnt, hinsichtlich des positiven Nachweises einer organischen Störung die NPT zwar sensitiv, jedoch weniger spezifisch; das bedeutet, daß in diesen Fällen besonderer Wert auf eine sorgfältige Schlafdiagnostik und den Ausschluß psychiatrischer Erkrankungen zu legen ist. Eine Schlaflaboruntersuchung sollte ferner stets dann angestrebt werden, wenn der Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom besteht und damit auf einen organischen Faktor, der nicht selten einer unklaren erektilen Dysfunktion zugrundeliegt.

Literatur

- Andersson, K.-E.; Wagner, G.: Physiology of penile erection. *Physiological Reviews* 1995;75:191-236.
- Bancroft, J.: Why do nocturnal erections occur during REM sleep? Presentation at the 20th Annual Conference of the International Academy of Sex Research, Edinburgh, 28th June to 2nd July, 1994.
- Benkert, O.; Maier, W.; Holsboer, F.: Multiaxial classification of male sexual dysfunction. *British J. Psychiatry* 1985;146:628-632.
- Fisher, C.; Gross, J.; Zuch, T.: Cycle of penile erection synchronous with dreaming (REM) sleep. *Arch. Gen. Psychiatry* 1965;12:29-45.

- Horne, J.: Why we sleep. The functions of sleep in humans and other mammals. Oxford: Oxford University Press 1988.
- Karacan, I.: Clinical value of nocturnal erection in the prognosis and diagnosis of impotence. *Med. Aspects Hum. Sex.* 1970;4:27-34.
- Karacan, I.; Goodenough, D.; Shapiro, A.; Starker, M.: Erection cycle during sleep in relation to dream anxiety. *Arch. Gen. Psychiatry* 1966;15:183-189.
- Kirkeby, H.; Poulson, E.; Peterson, T.: Erectile dysfunction in multiple sclerosis. *Neurology* 1988;38:1366-1371.
- NIH Consensus Conference: Impotence. *JAMA* 1993;270:83-90.
- Nofzinger, E.A.; Thase, M.E.; Reynolds III et al.: Sexual function in depressed men. *Arch. Gen. Psychiatry* 1993;50:24-30.
- Ohlmeyer, P.; Brilmayer, H.; Hullstrung, H.: Periodische Vorgänge im Schlaf. *Pflügers Arch.* 1944;248:559-560.
- Pressman, M.R.; DiPhilippo, M.A.; Kendrick, J.I.; Conroy, K.; Fry, J.M.: Problems in the interpretation of nocturnal penile tumescence studies: disruption of sleep by occult sleep disorders. *J. Urology* 1986;136:595-598.
- Schiavi, R.C.: Nocturnal penile tumescence in the evaluation of erectile disorders: a critical review. *J. Sex and Marital Therapy* 1988;14:83-97.
- Schmidt, H.S.; Wise, H.A.II: Significance of impaired penile tumescence and associated polysomnographic abnormalities in the impotent patient. *J. Urology* 1981;126:348-351.
- Van Nuyten, J.; Verheyden, B.; Van Camp, K.: Role of nocturnal tumescence and rigidity measurement in the diagnosis of erectile impotence. *Eur. Urol.* 1992;22:119-122.
- Vesely, B.; Wiegand, M.; Vesely, Z.; Vogt, H.J.: Temporal relationship between nocturnal penile tumescence and sleep stages. *J. Sleep Res.* 1994;3 Suppl.1:267.
- Ware, J.C.: Monitoring erections during sleep. In: Kryger M. H., Roth T., Dement W. C. (eds) *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: Saunders, 1989:689-695.
- Warner, P.; Bancroft, J.: Assessment of erectile dysfunction: consideration of the research issues. Presentation at the 20th Annual Conference of the International Academy of Sex Research, Edinburgh, 28th June to 2nd July, 1994.
- Wasserman, M.D.; Pollak, C.P.; Spielman, A.J.; Weitzman, E.D.: The differential diagnosis of impotence. *JAMA* 1980;243:2038-2042.

Anschrift des Autors

Priv.-Doz. Dr.med. Dipl.-Psych. Michael Wiegand, Psychiatrische Klinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 81675 München

Anmerkungen zum Konzept der 'Reproversion' aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht

**Annotations to the concept of 'reproversion' from the point of view
of child and adolescent psychiatry**

G. Hinrichs, Kiel

Zusammenfassung

Die von Beier als 'Reproversion' beschriebene neurotische Form weiblicher Konfliktverarbeitung durch Generativität wird zunächst begrifflich erläutert. Es folgen fachübergreifende Ausführungen zur Kinderwunschmotivation und zum Fortpflanzungsverhalten. Schließlich werden Beobachtungen, Beispiele und Anmerkungen zu dem Phänomen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie dargestellt. In der Kritik und Zusammenfassung zeigt das Konzept sehr prägnant ein bekanntes Thema, nämlich die narzißtische Seite des Kinderwunsches, die sich allerdings terminologisch schwer abgrenzen läßt und dessen Analogie zur männlichen Perversion zumindest außerhalb psychoanalytischer Vorstellungen fraglich erscheint.

Schlüsselwörter: Reproduktion, Perversion, Kinderwunsch, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Abstract

First the concept of 'reproversion' described by Beier in 1994 as a female neurotic form of problem-solving by reproduction is defined followed by statements to generative wishes and reproductive behaviour. Observations, examples and annotations from the point of view of child and adolescent psychiatry are presented. In the critical summary the concept shows a well-known phenomenon precisely, i.e. the narcissistic component of generative wishes. But it is hard to define because of its extent and the analogy to male perversion is only represented in psychoanalytical view.

Key words: Reproduction, Perversion, Desire to have Children, Child- and Adolescent-Psychiatry

Zum Konzept der Reproversion unter Berücksichtigung der Perversion

Mit *Reproversion* (einer Sprachschöpfung aus den beiden ersten Silben von "Reproduktion" und einer Ableitung aus dem lateinischen "vertere – drehen, wenden"- durch Zusammenfügen) beschrieb Beier (1994) einen spezifischen Modus weiblicher Konfliktverarbeitung durch Reproduktion/Fortpflanzung. Dabei handele es sich um neurotische (Schein-)Lösungen von Krankheitswert, die sich von normalen innerseelischen Auseinandersetzungen mit den verschiedenen Aspekten der Reproduktion unterscheiden würden. Die Anlehnung an den Sprachgebrauch der *Perversion* (als überwiegend männlicher Konfliktverarbeitungsmodus durch Forcierung sexueller Impulse zur Abwehr von Ängsten – wie von

Morgenthaler 1987 beschrieben) wurde bewußt gewählt unter der Annahme vergleichbarer Grundlagen für die Symptombildung. Diese prinzipielle Entsprechung sollte auch definitiv zum Ausdruck kommen. Zur Entstehung wird gemäß psychoanalytischer Lesart ein infantiles Drama zugrunde gelegt, das vornehmlich Traumata in der weiblichen Identitätsbildung beinhaltet.

Reproverse Erscheinungsbilder und Verlaufsformen lassen sich Beier zufolge angelehnt an ein entsprechendes Konzept für die Perversionen von Schorsch et al. (1985) ordnen nach:

1. unterschiedlicher Intensität,
2. dem Stellenwert in der Persönlichkeitsstruktur,
3. Unterschieden in der Ich-Nähe,
4. dem Ausdrucks- u. Bedeutungsgehalt,
5. zugrundeliegenden Störungsaspekten der Persönlichkeit.

Neben den beiden genannten psychoanalytischen Erklärungsansätzen zur Perversion bzw. sexuellen Deviation existieren noch weitere ätiologische Konzepte: "klassisch" psychiatrische, ethologische, entwicklungspsychologische, psychohormonelle und lerntheoretische¹. Beispiele für reproverse Symptombildungen werden aus der Mythologie (Märchen) sowie der Praxis (Literatur, Klinik, Forensik) gegeben; danach kann auch das Erziehungsverhalten der Mutter Ausdruck einer Reproversion sein z.B. im Fall des sog. "Aurorismus" (Beier 1994, S.58ff), bei dem das Kind unter deutlich gestörter (weiblicher) Entwicklung der Mutter zu ihrem Selbstobjekt wird. Dem Begriff liegt die Lebensgeschichte der Aurora Rodriguez zugrunde, die sich unter komplexer Identitätsproblematik (Empfinden der Mutter als dominant und gefühlsarm, Bemutterung ihres Neffen unter Forcierung seiner künstlerischen Fähigkeiten, sexuelle Aversion, kein eigenständiger Persönlichkeitsentwurf) dazu entschloß, ein Kind zu bekommen, ohne mit dem Erzeuger/Vater eine partnerschaftliche Beziehung einzugehen. Es wurde wunschgemäß als Mädchen geboren, von der Mutter abgeschirmt und in symbiotischer Nähe zu intellektuellen Höchstleistungen erzogen. Auf der Schwelle zur Ablösung und Selbstständigkeitsentwicklung erschloß die Mutter ihre Tochter, da diese ihrer Überzeugung nach kein Recht auf einen solchen Schritt gehabt hatte (Beier 1994, S.58ff).

Eine Anwendung des psychodynamischen Konzepts zur Reproversion und reproversen Symptombildung auf ein forensisches Kollektiv mit "negierter" Schwangerschaft legten Wille und Beier (1994) vor.

Kinderwunschmotivation und Generativität

Das psychische Erleben von Empfängnis, Zeugung, Schwangerschaft und Geburt muß in archaischen Kulturen nicht unbedingt aufeinander bezogen sein; Unfruchtbarkeit ist häufig von Zauber und Magie umgeben (Strauß 1993). Erst der Zusammenhang von Zeugung und Geburt bzw. dessen Bewußtmachung läßt so etwas wie Geburtenregelung oder Planung möglich werden. Letztere nötigt Kriterien vernunftgeleiteter Entscheidungen (im Extrem-

¹ Da Beiers Ausführungen sich lediglich an psychoanalytischen Modellen orientieren, soll auf die anderen hier genannten nicht näher eingegangen werden.

fall bis zur "Maximierung der Nutzenerwartung" nach Lenzen 1985) auf, die möglicherweise gar nicht rational getroffen werden können – darin besteht eine gewisse Paradoxie. Und gerade bei Unklarheit der Entscheidung bietet sich sozusagen als Problemlösemechanismus im nachhinein an, über die Identifikation mit dem gezeugten Kind dieses "gut werden zu lassen" (Lenzen 1985). Man könnte darin in gewisser Weise als Korrektiv ein gelungenes Gegenstück zur Reproversion bzw. eine positive Einflußmöglichkeit auf ihre weitere Ausgestaltung sehen (oder läßt sich darin bei großzügiger Auslegung ein "gesunder" reproverser Anteil ausfindig machen?).

Im Verlauf der menschlichen Entwicklung dürften der ursprünglichen Selbstverständlichkeit des Gebärens zunächst Gedanken und Bemühungen gefolgt sein, die Geburt von Kindern zu verhindern, bevor es um die geplante Kinderwunschrealisierung ging. Giese sah Sexualität und Reproduktion noch sehr aufeinander bezogen, Fruchtbarkeit sei "ein Trabant des Geschlechtstriebes", "eine besonders vollkommene Möglichkeit, in Erscheinung zu treten und (vor allem) Erscheinung zu vollbringen" (Giese 1968, S.346).

Oerter und Wilken (1981) relativieren den Einfluß psychischer Dispositionen im Rahmen psychosozialer Entstehungsbedingungen unerwünschter Schwangerschaften deutlich. Dabei negieren sie zwar nicht die keineswegs neue Annahme, Schwangerschaft stelle mitunter den Versuch dar, Konflikte um die weibliche Identität zu lösen bzw. repräsentiere eine unbewußte Fixierung der Frau auf ihre generative Funktion, doch wird aus medizin-soziologischer Sicht in erster Linie methodisch angemahnt, nicht unreflektiert von der Handlungsrelevanz bestimmter Einstellungen oder Charaktereigenschaften auszugehen, da deren Kovarianz zu Verhalten in der Regel gering ausfällt. Dafür seien hier als weit über den Wissenschaftsbereich hinausragende Beispiele die Milgram-Experimente genannt, in denen gezeigt werden konnte, daß auch Personen, deren Einstellung als gewaltablehnend zu bezeichnen ist, in konkreten Situationen sich anderen Menschen gegenüber aggressiv bis direkt schädigend verhalten (Milgram 1974).

Nun scheinen sich generative Wünsche durchaus unterschiedlich zu gestalten: etwa schwanger zu sein, ein Kind zu zeugen, ein Kind (gemeinsam) zu haben, viele Kinder zu haben, als Mutter in der Familie eine bestimmte Stellung einzunehmen. Ein Kind "symbolisiert das Weiterbestehen der Art und steht zugleich für die sexuelle Identität, die physische Identität und die soziale Integration des Individuums oder Paares" (Schilling 1993, S.362). Bei der Bedeutung des Kindes für Sinnggebung und als Korrektiv innerhalb der westlichen Welt mutet die Abnahme des generativen Verhaltens oberflächlich paradox an. Einfache Kinderwunschnotive wie eine Art prophylaktischer Abwehr gegenüber Gefühlen der inneren Leere, des Alleingelassenseins und der Enttäuschung (Stauber 1986) erscheinen oft verpönt, als "reif" und "gesund" gelten sie, wenn sie aus einer partnerschaftlichen Beziehung entstehen, das Kind als eine Bereicherung der gemeinsamen Lebensqualität erfahren wird, ihm gegenüber ambivalente Gefühle möglich sind, nach vollzogener Geschlechtsrollenidentifikation und nachträglicher Aussöhnung mit dem Ödipus-Komplex (Frick-Bruder 1989). Kommen dann bei der Erziehung und Aufzucht der Kinder noch ökonomische und berufliche Nachteile hinzu, wird deutlich, wie schwer gerade für sozial randständige und materiell benachteiligte Paare die Erfüllung dieser impliziten Erwartungswerte wird.

Es ist primär das Verdienst der Psychoanalyse, die Entwicklung kindlicher Sexualität und Psyche sowie der infantilen und erwachsenen Kinderwunschphantasien differenziert ver-

folgt zu haben. Hierzu gibt Berger (1987) eine historische Übersicht, aus der auch das Wechselspiel des Agierens adoleszenter Kinderwunschphantasien mit sexuellen Verhaltensweisen deutlich wird.

Moeller-Gambaroff (1984) widmet sich dem emotionalen Erleben von Generativität unter Berücksichtigung der klassisch-psychoanalytischen Literatur zu diesem Thema sowie dem kulturalanthropologischen Hintergrund. Sie beschreibt sieben intrapsychische Erlebnis-Ebenen:

1. *Archaischer Aspekt:*

Am archetypischen Bild der Großen Mutter orientiert wird Gebären unter narzißtischer Erregung und Größenphantasien erlebt.

2. *Das Getragenwerden:*

Auf einer immer noch präobjektalen Ebene dominiert hier das Vertrauen in das Gehaltenwerden, das Sich-Überlassen-Können.

3. *Oraler Aspekt:*

Die Erlebnisweisen umfassen den gesamten Bereich von versorgend-nährenden bis hin zu kannibalistisch-verschlingenden Formen.

4. *Analer Aspekt:*

Dieser Erlebnismodus polarisiert Fragen von Kontrolle versus Auslieferung, Festhalten versus Ausstoßen, er bezieht sich auch auf Phantasien immenser Zerstörung oder Zerplatzen.

5. *Phallischer Aspekt:*

Hier geht es um Phantasien vom Kind als Penisersatz, aber auch die phallische Komponente von Zeugen und Gebären.

6. *Ödipaler Aspekt:*

Er thematisiert im wesentlichen das Phänomen der "Triangulierung" (Erweiterung der Mutter-Kind-Dyade auf den Kontakt zum Vater hin).

7. *Genitaler Aspekt:*

Diese Stufe stellt die höchste Form des Erlebens dar durch Bündelung aller bisher genannter Strebungen.

Bei dieser Darstellung, die auch eine fortschreitende Reifeentwicklung impliziert, wird die Orientierung an den Freudschen psychosexuellen Entwicklungsstufen nur allzu deutlich. Ein umfassenderer und weniger einseitiger Ansatz gelingt Gloger-Tippelt (1988). Sie beschreibt Elternwerden und Elternschaft aus entwicklungspsychologischer Perspektive unter Berücksichtigung historischer Abläufe und der Darstellung unterschiedlicher Theorien. Im besonderen wird hier die empirische Basis für eine Beschreibung von Verarbeitungsphasen beim Übergang zur Elternschaft (hypothetisches Verlaufsmodell) ausführlich dargelegt. Dazu macht z.B. die Arbeit von Shereshefsky und Yarrow (1973) deutlich, wie man sich dem Faktor "Vorstellung von sich selbst als Mutter" sinnvoll auch durch Selbsteinschätzungen nähern kann, der im übrigen auch den Aspekt der Schwangerschaft als Erweiterung des Selbst mitumfaßt.

Als Vertreter der Pädagogik charakterisiert Scholz (1994) die zeitspezifischen Auswirkungen von Generativität auf Kinder:

“Das Kind ist zumeist Adressat von Zumutungen, da mit ihm die Chance eines jeweiligen Neubeginns verbunden scheint. Auf Kinder wird die Hoffnung übertragen, jene Aufgaben zu übernehmen, deren Bewältigung die Generation der Erwachsenen sich im Rahmen ihrer Sinnggebung vornimmt”(Scholz 1994, S.9).

In diesem Zusammenhang sei auch auf eine Kampagne (1990) der Bundesregierung mit dem Motto “Kinder machen Spaß” hingewiesen, in der Kinder auf Riesenplakaten mit glücklichen Eltern wie eine Erlebnisware dargestellt wurden (Schmidt 1992).

Zu Besonderheiten der Kinderwunschmotivation und Reproversion aus der Perspektive der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Während die Sexualmedizin sich reproversen Symptombildungen unter Focussierung auf die Persönlichkeit der betreffenden Frauen sowie der Stellung des Problems innerhalb ihrer Vita sexualis widmet, richtet sich das Interesse der Kinder- und Jugendpsychiatrie vornehmlich auf seine Auswirkungen hinsichtlich der psychischen Entwicklung der Kinder, sozusagen als Risikofaktor. In geringerem Ausmaß begegnet man unmittelbar dem Phänomen bei Teenager-Müttern mit Frühschwangerschaft oder aber im forensischen Bereich, etwa bei der Kindstötung.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung bietet in der Regel eine gute Gelegenheit, reproverse Entwicklungen zu verfolgen, erhält man doch mit der Familienanamnese Daten zur Biographie der ‘Kindsmutter’ einschließlich ihrer Herkunftsfamilie, fragt nach dem Kinderwunsch, der Schwangerschaft, Geburt und dem weiteren Verlauf, dem Erziehungsverhalten sowie der Art der Eltern-Kind-Beziehung bzw. der gesamten familiären Dynamik.

Fallbeispiel 1:

Die 13 jährige A. – untergebracht in einem heilpädagogischen Kleinheim – wurde wegen expansiver Verhaltensauffälligkeiten in einer kinder- u. jugendpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt, wobei sexualisierte Anteile eine besondere Rolle spielten: sie habe einem 7jährigen Jungen in die Geschlechtsteile getreten, was zu einer blutenden Verletzung geführt habe, sich mit einem Deo-Stück offen vor der Dusche selbstbefriedigt, die Betreuerinnen mit “Nutte, Fotze, Hure” beschimpft.

Von der Kindsmutter sowie aus den vorliegenden Krankenakten und Jugendamtsberichten war zu erfahren, daß diese, nunmehr 32jährige, sechs weitere Kinder habe, eines sei wenige Wochen nach der Geburt verstorben. Sie selber stamme nach eigener Darstellung aus einer inzestuösen Verbindung ihres Vaters mit dessen leiblicher Tochter. In der Adoleszenz sei sie von ihrem Stiefvater vergewaltigt worden, danach in ein Heim gekommen. Ihr erstes Kind gebar sie mit 20 Jahren, es wurde zur Adoption freigegeben wie auch das drei Jahre später folgende zweite. Zwei weitere Kinder kamen später wegen erzieherischer Insuffizienz und instabiler familiärer Verhältnisse in eine Pflegefamilie. Zum Gesprächszeitpunkt wußte die Kindsmutter nicht, ob sie wieder schwanger sei, Anzeichen dafür ergaben sich aus ihrem vermehrten Leibesumfang. Sehnlichst wünsche sie sich noch eine kleine Tochter, die bei ihr leben solle. Zu ihrer Tochter A. habe sie ein ambivalentes Verhältnis, befürchte, jetzt da sie in die Pubertät komme, ihr nicht entsprechend helfen und begegnen zu können, weil sie selber in keinster Weise sexuell aufgeklärt worden sei.

Da es in der Untersuchungssituation nicht primär Aufgabe war, das korrespondierende Erleben der Kindsmutter zu erfassen, fehlt hier sicherlich ein wesentliches Bestimmungsstück zur Einordnung der Problematik. Unzweifelhaft liegt ein ganz massiver Konflikt in der eigenen Sexualität vor (wie auch bei der Tochter), dessen Einfluß auf das generative Verhalten zu hinterfragen ist. Die nicht selten anzutreffende Multiparität bei widrigen

sozialen wie materiellen Verhältnissen dürfte mindestens auch von einer einseitigen Betonung und Forcierung reproduktiver Impulse gekennzeichnet sein. Denn grundsätzliche Orientierungslosigkeit, Gefühl einer Leere und Störung des Selbstwerterlebens müssen nicht zwangsläufig mit entsprechender Introspektionsfähigkeit gekoppelt sein oder gar mit partieller Einsicht in die Motivstruktur – wollte man das Konzept nicht auf ein “neurotisches Intellektuellen-Syndrom” beschränken. Warnend sei hier an ein kriminologisches Parallelbeispiel erinnert: wer einfach strukturiert gesetzwidrig handelt, ist halt verwarlost oder kriminell, geschieht Vergleichbares unter höherem Differenzierungsgrad, wird von neurotisch-delinquentem Verhalten gesprochen. Dem komplexen Miteinander von sozialer und psychischer Schädigung können offenbar unidirektionale Erklärungsansätze etwa über den Traumatisierungszeitpunkt, die Persönlichkeitsstruktur oder aber globale gesellschaftliche Faktoren kaum gerecht werden.

In jedem Fall dürfte die tiefe Verunsicherung der Tochter gerade in ihrer sexuellen Identität deutlich geworden sein, die angesichts der weiteren Entwicklung einen zusätzlichen Risikofaktor darstellt.

Häufiger als in dieser eher spektakulären Form begegnet man Besonderheiten der Kinderwunschmotivation in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis, wenn die Schwangerschaft in Zusammenhang mit einer Loslösung vom Elternhaus steht oder ganz allgemein die überraschende Antwort auf eine krisenhafte Situation darstellt. Überspitzt formuliert erscheinen diese Konstellationen eher regelhaft und in jeder kinderpsychologischen Einrichtung, Klinik oder Beratungsstelle, dürfte es Vorstellungen geben, bei denen nach dezidiert geplanter Kinderwunschrealisierung das enttäuschte Erwartungsniveau einen gewichtigen Traumatisierungsgrund abgibt.

Der bereits erwähnten Gruppe der “Teenager-Mütter” widmet sich Berger (1987) intensiv in ihrer Arbeit “Das verstörte Kind mit seiner Puppe – Zur Schwangerschaft in der frühen Adoleszenz”. Wenn diese Untersuchung auch primär psychoanalytisch orientiert ist und an einer selektierten Stichprobe durchgeführt wurde, so bietet sie doch einen ausgezeichneten Überblick unter Berücksichtigung auch anderer Zugänge zu dem Phänomen (soziologische, familiendynamische und kulturhistorische Aspekte). Zusammengefaßt – man beachte die Nähe zum Konzept der Reversion zumindest unter ätiologischen Gesichtspunkten – heißt es dort: “Im Ergebnis weisen die psychodynamischen Überlegungen zum Zustandekommen der Schwangerschaft in der frühen Adoleszenz verkürzt formuliert darauf hin, daß auf Grund früher Beziehungsbeeinträchtigung zu den Primärobjecten der adoleszente Ablösungs- und Trauerprozeß mißlingt und die Schwangerschaft als ein agierender, regressiv getönter Versuch zu verstehen ist, sowohl die auf den Vater gerichteten inzestuösen Wünsche wie besonders die Wünsche nach der narzißtischen Union mit der Mutter miteinander in Einklang zu bringen. Bezeichnend für das Zustandekommen der Schwangerschaft sind verschiedentliche aktuelle Trennungserfahrungen, Unvermögen zu einer stabilen, lustvollen heterosexuellen Beziehung und die Tatsache, daß die junge Mutter das reale Kind wie ein Phantasiekind erlebt und behandelt.” (Berger 1987, S. 108). Unter Berücksichtigung des jeweiligen biographischen Hintergrundes, der Ausdifferenzierung der Persönlichkeit sowie der Psychodynamik werden drei Typen unterschieden:

- "Harlow-Mütter"² (emotional – depravierte junge Mütter primär aus desintegrierten Familien),
- "Lieblingstöchter" (adoleszente Mütter aus intakten Familien mit inzestuös geprägter Vaterbindung),
- "schwarze Schafe"(einzige Töchter aus intakten Familien mit Geschwisterrivalität auf den Bruder).

Anhand der psychosexuellen Entwicklung sowie der Kinderwunschphantasien werden Symptomatik und Persönlichkeit detailliert analysiert. Als wesentlicher Vorteil erscheint dabei, daß diese primär für adoleszente Mütter formulierten Überlegungen durchaus einer "Verlängerung nach oben" zugänglich sind, also auch auf ältere Frauen angewendet werden können unter Berücksichtigung ihrer weiteren Entwicklung, auch wenn die oben genannten Typen dann nicht mehr in "reiner" Form deutlich werden.

Thiels, Göbel und Steinhausen (1987) konnten auch auf empirischer Grundlage aufzeigen, daß das Risiko für emotionale und Verhaltensstörungen bei Kindern adoleszenter Mütter deutlich erhöht ist.

Zur besonderen Ausprägung des Kinderwunsches kommt es häufig bei sterilen Paaren, die ihr Problem als narzißtische Krise erleben. Oft stellt das mit immer größerem technologischen Aufwand zu realisierende Kind (bis hin zum Martyrium) die einzige Bewältigungsmöglichkeit der Sterilität dar – aus der Perspektive der Behandler wie auch der Paare (Schilling 1993). Nicht nur individuelle psychische Probleme oder Störungen (ödipaler Art, überwertiges Bedürfnis nach Symbiose) spielen dabei eine Rolle, sondern auch beiderseitige Erwartungen, das Kind werde als Heilsbringer für tiefgreifende Schwierigkeiten in Aktion treten und das Paar dann erlösen (Messiasphantasie nach Goldschmidt und de Boor 1976).

Schuth, Neulen und Breckwoldt (1989) untersuchten Paare im Rahmen eines In-vitro-Fertilisationsprogrammes im Vergleich mit einer Kontrollgruppe hinsichtlich folgender Parameter: 1.Kinderwunschemotive, 2.lebensgeschichtlich wichtige Ereignisse für Ausgestaltung und Intensität des Kinderwunschs, 3.Erleben der eigenen Kindheit, 4.Qualität der gegenwärtigen Paarbeziehung, 5.Persönlichkeitsmerkmale. Sie fanden innerhalb der "Experimentalgruppe" deutliche Hinweise auf neurotische Kinderwunschemotive; das Kind sollte das "ungelebte" Leben der Eltern ausleben, individuelle und Partnerschaftsprobleme lösen (Schuth, S.206,207).

Es darf aber auch nicht unberücksichtigt bleiben, daß der Stand der modernen Reproduktionstechnologie einer pathologischen Kinderwunschkonstellation geradezu entgegenkommt. Die moderne Vorstellung der "Herstellbarkeit von Kindern" meint zwar nicht konkret diese Bedingungen, sondern eine bestimmte Auffassung, nach der eine kindliche Entität nicht irgendwie gegeben ist, sondern vom Menschen gestaltet werden kann – es fällt jedoch nicht schwer, eine übergreifende Entsprechung herzustellen.

Die Erforschung, wie sich Kinder sozusagen aus einer letztendlich erfolgreichen Sterilitätsbehandlung unter derartigen Konstellationen entwickeln, steht noch sehr in den Anfängen.

² Der Begriff leitet sich von den Forschungen Harlows ab, nach denen an Attrappen aufgezoogene weibliche Affen einen schweren Entwicklungsdefekt aufwiesen.

Die forensische Dimension der Reversion verdeutlicht folgende besondere jugendpsychiatrische Kasuistik:

Fallbeispiel 2:

B.C. wuchs mit einem um dreieinhalb Jahre älteren Bruder und beiden Eltern in "geordneten" familiären Verhältnissen auf. Sowohl zuhause als auch im Kindergarten wurde sie als zuwendungsbedürftig, anschießsam und recht störungsfrei erlebt. Nach beanstandungsfreier Grundschulzeit kam sie aufs Gymnasium, zeigte mit 13 Jahren dann Leistungsprobleme, schwänzte mitunter die Schule und entwendete Geld. Im Gefolge innerfamiliärer Spannungen nahm die Rivalität zwischen Mutter und Tochter zu, das Umgehen mit dem Vater gestaltete sich nach wie vor gut. Nach der Rückstufung auf die Realschule erlangte sie dort später den Abschluß. Mit 18 J. zog sie zuhause aus, nahm eine Beziehung zu einem deutlich älteren Mann auf, lebte dort auch, bald entwickelte sie einen Kinderwunsch (mit einem eigenen Kind hätte sie sich das sehr schön vorgestellt, das sei dann ja ganz und von ihr selber gewesen, das sie ganz nahe bei sich hätte haben können). Kurze Zeite später trennte sie sich von dem Mann wegen Beziehungsunsicherheiten, kehrte ins Elternhaus zurück, zeigte sich nachfolgend psychisch instabil mit Alkoholabusus und Suizidalität. Jeweils nur kurz ging sie Beschäftigungen ein, auch den Ausbildungswunsch zur Erzieherin (wegen ihrer Zuneigung zu Kindern) realisierte sie nicht.

Schließlich entwendete sie einem Bekannten den Autoschlüssel, verursachte ohne Fahrerlaubnis mit dessen Pkw Unfälle. Weiterhin trank sie vermehrt Alkohol, unterhielt keine festen Gleichaltrigenbeziehungen. B.C. lernte dann einen um 30 Jahre älteren, vermögenden und verwitweten Mann kennen, zog zu ihm und wurde von dessen 9jährigem Sohn stark abgelehnt. Glücklicherweise im intensiven Zusammensein mit dem Partner äußerte sie Heirats- und Kinderwunsch, "unter den Schatten der Vergangenheit" wurde sie jedoch unglücklich und gedanklich suizidal. Schließlich vermehrten sich die partnerschaftlichen Unklarheiten unter anstehender Trennung.

Vor dem Tattag (19;4 Jahre alt) stellte sie sich zunächst bei einem Frauenarzt wegen einer fraglichen Schwangerschaft vor, die nachfolgend nicht bestätigt wurde. Abends schlief sie alkoholisiert im Bad ein, konnte morgens dann nicht mehr rechtzeitig den Partner zum Golfspielen begleiten. Beim Hinterherrennen stürzte sie, woraufhin eine gehässige Reaktion des 9jährigen Jungen erfolgte. Anschließend trank sie eine Flasche Wein, nach erneuter Kontaktaufnahme mit dem Jungen quasi zur Versöhnung fühlte sie sich wieder abgewiesen. Unter Kränkungsgefühlen entstand eine Tötungsabsicht, von diesem Gedanken sei sie ganz beherrscht gewesen. Mit dem Halstuch der verstorbenen Mutter erdrosselte sie den Jungen unter automatenhaftem Handeln bei durchaus widersprüchlicher Affektivität. Danach erbrach sie und schaffte die Leiche beiseite. Dem bald wiederkehrenden Partner sei sie dann fast wie verklärt und sehr schön erschienen, äußerte ihrerseits den Wunsch nach Geschlechtsverkehr. Andererseits betonte sie Enttäuschungen, sie sei innerlich längst tot. Im Rahmen von Zukunftsplänen erörterten beide ihren Kinderwunsch. Nach einem weiteren Versuch zur Beseitigung der Leiche floh sie und wurde vor ihrem Elternhaus festgenommen. Anfänglich leugnete sie, gestand jedoch bald die Tat ein.

Forensische Begutachtung: überdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten, histrionische Persönlichkeit, ausgeprägte Identitätsstörung. Zur Tatmotivation: narzißtisch empfundene situative Kränkung, Umkehr eigener suizidaler Strebungen durch Projektion. Anwendung des §105 JGG (Verurteilung nach Jugendstrafrecht bei Heranwachsenden) vorgeschlagen; Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB (aufgehobene bzw. verminderte Schuldfähigkeit) verneint, relativ günstige Prognose gesehen.

Während der Straftat wurde sie bald in eine sozialtherapeutische Abteilung aufgenommen, lehnte jedoch Psychotherapie ab. Bald darauf wurde sie schwanger und war fortan ausschließlich auf den Vater des zukünftigen Kindes, einen gleichaltrigen Mithäftling³, konzentriert. B.C. entwickelte eine starke Religiosität. Bald erfolgte die Verlegung auf die Mutter-Kind-Abteilung. Es entstand nach Geburt einer Tochter der Eindruck auf Seiten des

³ In diesem Zusammenhang sei auch eine Beobachtung aus jugendforensischer Perspektive erwähnt: Nicht wenige junge Delinquente zeugen bald nach Entlassung aus längerer Straftat mit einer Partnerin ein Kind. Oft wiesen sie eine Problematik in ihrer psychosexuellen Entwicklung bis hin zu Orientierungsunsicherheiten auf. Dabei muß selbstverständlich Berücksichtigung finden, welche Motivseite sich bei der Partnerin findet, um nicht vorschnell von einem Beispiel männlicher Reversion zu reden, da von hier aus der Fokus der Betrachtung gesetzt wurde und die Situation bei der Partnerin oder ggf. auch die gemeinsame Ausformung zu wenig berücksichtigt bleibt.

Vollzugs, daß die Mutter mit ihr wie einem Spielzeug umgehe, eine adäquate Beziehung nicht gelinge. Als weitere Schwierigkeiten kamen hinzu: Abbruch von Weiterbildungsmaßnahmen, physische Attackierung von mitinhaftierten Müttern, darüberhinaus Verdacht der Brandlegung innerhalb der Einrichtung. Mehrfach erschien sie alkoholisiert in Verbindung mit Ausgängen. Es entstand eine komplizierte Beziehung zum Leiter der Einrichtung (zunächst Übertragungsliebe, dann unter vermeintlicher Ablehnung Umkippen in schroff-ablehnendes Verhalten). Hinsichtlich der Inhaftierten wurde der Verdacht auf eine Borderline-Störung geäußert. Später wurde ein Sohn als zweites Kind geboren. B.C. zeigte massive Ängste um die Tochter ("ihr Mäuschen"), die teilweise von der Großmutter mütterlicherseits mitbetreut wird. Im Vollzugsverlaufsgutachten wurden noch immer hinsichtlich der Diagnose Unsicherheiten geäußert.

Auch wenn es hier nicht zur spätadoleszenten Mutterschaft kam, waren entsprechende Kinderwünsche vorhanden und wurden agiert, fast wie eine Realisierung der oben zitierten Ergebnisse zur Untersuchung von Früh-Schwangerschaften bei Teenager-Müttern. Unübersahbar kam es in der Adoleszenz zu einer ausgeprägt ödipalen Konstellation, wobei das Vater-Tochter-Verhältnis durch Ähnlichkeitszuschreibungen, ein Erleben von enger innerer Verbindung und gegenseitigem Sichverstehen geprägt war, während es unter ständigen Streitereien mit der Mutter zu ihrer deutlichen Ablehnung kam, gepaart mit pseudoautonomen Daseisentwürfen und den entsprechenden Verhaltensweisen. Mit der Sexualisierung der Beziehung zu deutlich älteren Männern waren symbiotische Verschmelzungsansprüche in Form einer kindhaften Beziehungsorganisation verbunden. Der Wunsch nach einem Kinde mag diese regressiven Beziehungswünsche bei schwerer Identitätskrise verdeutlichen, einen Kampf gegen die drohende Depression im weitesten Sinne sowie eine spezielle Problematik mit der Mutter etwa in dem Sinne, die Enttäuschung an ihr nicht betrauern zu können und so eine Einheit wiederherzustellen. Daß zu den beiden faktischen Schwangerschaften unter der Inhaftierung die extrinsische Motivseite, in Verbindung damit möglichst auch vorzeitig entlassen zu werden, berücksichtigt werden muß, bedarf kaum der Erwähnung. Immerhin zeigt das Erziehungsverhalten ja deutlich Entfremdungstendenzen und die zentrale Angstvorstellung um das Kind erscheint beispielhaft für eine projektive Identifizierung, auch im Sinne einer Karikatur von Tatverarbeitung.

Analysiert man dieses "reproverse Muster" nach den einleitend genannten Ordnungskriterien, läßt sich folgendes sagen:

Es handelt sich um einen wiederholt auftretenden Konfliktlösungsmodus, der jeweils in Partnerschaften aktualisiert wird, meist unter drohender Trennung. Dabei ist der Stellenwert in der Persönlichkeitsstruktur nicht fest umschrieben. Die reproversen Impulse sind ichsynton unter dem deutlichen Wunsch nach Schwangerschaft. Zum Ausdrucks- und Bedeutungsgehalt erscheinen in erster Linie identifikatorische Wunscherfüllung und Kompensation einer inneren Leere durch symbiotische Beziehungswünsche wichtig. Diese leiten über zu den relevanten Störungsaspekten der Persönlichkeit:

tiefgreifende Identitäts- und Orientierungsunsicherheit, Störung der Beziehungsfähigkeit mit Sexualisierung und histrionischen Anteilen, narzißtische Problematik.

Kritische Synopsis

1. Reproversion umschreibt die narzißtische Seite des Kinderwunsches bzw. der Zeugung primär bei der Frau und erfäßt damit ein vielseitiges Phänomen, das sich definitorisch schwer abgrenzen läßt.

Da sich die Motivlage bereits in der Abfolge: gedankliche Vorgestalten/Phantasien – Zeugung – Schwangerschaft – Geburt – Kinderexistenz und -erziehung ändern dürfte, ohne daß lebensgeschichtliche, konstellative oder persönlichkeitspezifische Faktoren berücksichtigt werden, handelt es sich keineswegs um ein statisches, sondern ein dynamisches Konzept, was die begriffliche Präzisierung nicht gerade erleichtert. Diese Vielgestaltigkeit kommt ja auch in den Beispielen von Beier zum Ausdruck, der neben der o.g. sozusagen idealtypischen Form des Aurorismus auch die Inzestkonstellation (über die Weiblichkeitsproblematik der Mutter innerhalb endogamer Familienstrukturen) als reproveerse Inszenierung verstehen möchte. Zur Kindesmißhandlung wird gar die These vertreten, daß die im Bereich der Erziehung thematisierte Aggression insofern Ausdruck eines reproversonen Konfliktverarbeitungsmodus sein könne, als daß hier die "reine" Reversion nicht ausreiche für die Kompensation einer brüchigen weiblichen Identität, sondern des Ausagierens aggressiver Impulse zusätzlich zur Konsolidierung des Selbstkonzeptes bedürfe; auch Verhinderung von Schwangerschaft und Geburt sollen auf einen nicht integrierbaren Wunsch nach Mutterschaft hinweisen und Ausdruck eines möglichen reproversonen Modus der Konfliktverarbeitung sein können.

Die beiden Kasuistiken zeigen, wie breit das Spektrum reproversoner Erscheinungen angelegt ist von einer Multiparität in sozialer Mangelsituation bis zu einem Kinderwunsch in enger Verbindung mit einer Persönlichkeitsstörung.

Darüberhinaus ergibt sich die Frage, wieviel an qualitativer und quantitativer Abweichung vom sog. Gesunden oder Normalen gegeben sein muß, damit 'Reversion' vorliegt. Die (grundsätzlich normorientierte) Antwort dürfte sich noch schwieriger geben lassen als hinsichtlich (männlicher) Persionen. Allerdings ist hierzu zu berücksichtigen, daß es sich dabei um ein generelles Problem der Psychiatrie wie auch der klinischen Psychologie handelt.

2. Mit der Relativierung und Infragestellung gesellschaftlich akzeptierter Formen von Generativität entsteht für das Individuum oder Paar zwar die Möglichkeit der eigenen Entscheidung, sie beinhaltet aber auch eine Unsicherheit und schafft durch ihre Totalität gerade die Voraussetzungen für eine narzißtische Ausgestaltung.

Während das stolze Kinderarztehepaar mit fünf eigenen Kindern früher noch so etwas wie eine Berufslegitimation im besten Sinne evtl. mit Vorbildfunktion aufweisen konnte, regiert diesbezüglich heute eher der (reproveerse?) Argwohn. Nichtsdestotrotz oder vielleicht gerade deshalb haben entsprechende Sehnsüchte Hochkonjunktur – oft als kommerzialisiert – regressive Idolisierung.

Reversion scheint heute nicht mehr nur ein primär weibliches Phänomen zu sein, sondern eher global und zeitspezifisch geprägt, was sich bereits mit der "Konstruktion des Kindes" (Scholz 1994) andeutete. Die Eltern beispielsweise, die ihre Kinder systematisch zu sportlichen oder sonstigen Hochleistungen programmieren, betreiben so etwas wie eine partnerschaftlich-kollektivierte Form des Phänomens. Und vielleicht hatten sie ja Vorläufer in den Lernpsychologen, die ihre Kinder zur Exemplifizierung ihrer Theorien einsetzten oder den Entwicklungspsychologen, die nicht nur ihre Theorien aus der Beobachtung ihrer Kinder ableiteten, sondern auch ihre Kinder bezüglich ihrer impliziten Theorien beobachteten und demgemäß behandelten – im übrigen häufig Männer!

Mit dem zweiten Fallbeispiel aus der Forensik wird auch eine oft mit Reversion – gerade bei intellektuell differenzierten Frauen – einhergehende Enttabuisierung deutlich (wesentlich ältere Partner, Lebenssituation kaum auf die Schwangerschaft ausgerichtet).

3. Das Konzept der Reproversion kann zur Vorstellung von einem Defizitmodell sowie einer Pathologisierung verleiten.

Auch wenn es inzwischen eine erweiterte medizinisch-sexualwissenschaftliche Grundlagenforschung gibt, dominiert in der klinischen Sexuologie nach wie vor die Pathologie der Sexualität bzw. die Orientierung am Sexualverhalten von Patienten, so daß sich ein Begriff von der Bandbreite psychischer Phänomene bezüglich der normalen Sexualität offenbar noch nicht umfassend abgebildet hat – vielleicht gilt das im besonderen für die Generativität, um die es hier ja eigentlich geht. Dabei bezieht sich diese Kritik nicht auf den moralischen Aspekt, sondern fragt anders, einfach und etwas polemisch: muß denn eine Selbstwertproblematik vorliegen, wenn man sich durch generatives Verhalten verwirklicht? Gerade hier sei an die bereits erwähnte Entwicklung von Elternwerden und Elternschaft (Gloger-Tippelt 1988) erinnert oder auch die vornehmlich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie interessierenden protektiven Faktoren, die eine vorliegende Disposition durchaus effektiv beeinflussen können.

Wenn Oerter und Wilken (1981) herausstellten, daß über 50% aller Schwangerschaften insofern als unerwünscht zu bezeichnen sind, als daß sie nicht geplant und für den konkreten Zeitpunkt vorgesehen waren, ergibt sich auch unter Berücksichtigung der zwischenzeitlichen Spanne die Überlegung, inwieweit ein derartig ubiquitäres Phänomen die Grundlage abgeben kann für eine neurotische Lösung von Krankheitswert. Gerade hier wird auch die Problematik von Retrospektiv-Interpretationen deutlich. Hinzu kommt, daß bei reproversen Inszenierungen kaum Leidensdruck und Behandlungswunsch vorhanden sind, was die Zuschreibung eines Krankheitswertes noch fragwürdiger erscheinen läßt.

4. Die Trennung von Sexualität und Reproduktion nach äußeren und inneren Geschlechtsorganen und weiterhin männlicher und weiblicher Identitätsbildung läßt die primäre Einheit zu wenig berücksichtigt und kann zu einseitigen Rollenzuschreibungen und Interpretationen verleiten.

Beiers Ausführungen zur Verortung von Sexualität und Reproduktion (Beier 1994, S. 1ff.) sind wohl am ehesten abgeleitet von existentiellen Denkansätzen und stellen eine phänomenologische Betrachtungsweise dar, er selber möchte ja dem Mißverständnis einer vordergründigen und einseitigen Hervorhebung biologischer Korrelate der Geschlechterdifferenz vorbeugen (Ebd.S.3). Wichtiger dazu erscheint, daß diese Sichtweise doch sehr den Freudischen Vorstellungen von der psychosexuellen Entwicklung der Frau nahesteht, die von H. Deutsch (1948) weitergeführt wurden, während es inzwischen jedoch durchaus andere Vorstellungen zur weiblichen Persönlichkeitsentwicklung gibt (Fliegel 1975; Chasseguet-Smirgel 1976), die hauptsächlich die Abkehr vom "phallischen Monismus" herausstellen.

Die Verbindung von Sexualität und Generativität zeigt sich vielfältig: etwa bei der o.g. Verflechtung von psychosexueller Entwicklung und Kinderwunschphantasien (siehe Berger 1987); kasuistisch-konkret im Falle des Aurorismus, wenn ein sexueller Konflikt sozusagen Mit-Grundlage generativen Verhaltens ist (Beier 1994, S.59) oder aber transkulturell, indem die sexuelle Potenz von Männern sich letztendlich in ihrer Zeugungskraft symbolisiert.

Moeller-Gambaroff (1984) beschrieb als gewissermaßen ausgereifteste Form von Generativität den genitalen Aspekt, bei dem die partnerschaftlich befriedigende Sexualität die Grundlage für den Zeugungswunsch und auch das weitere Verhalten darstellt. Im Umkehrschluß wäre zu fragen, ob sich reproverse Symptombildungen nicht häufig als Kompensa-

tion für das Ausbleiben des genitalen Aspektes einstellen, womit wiederum die Verbindung von Sexualität und Reversion deutlich würde.

5. *Die Analogie der Reversion zur Perversion erscheint über einen sehr globalen Konfliktverarbeitungsmodus hinaus nicht klar gegeben.*

Wenn die Entsprechung von (weiblicher) Reversion zu (männlicher) Perversion in der Annahme vergleichbarer Grundlagen für die Symptombildung zu sehen ist, muß dazu berücksichtigt werden, daß diese sehr vielfältig erscheinen und sich in unterschiedlichen Theorien durchaus divergent abbilden. So ist auch der von Morgenthaler (1987) beschriebene Konfliktverarbeitungsmodus der Perversion nicht mehr als rein psychoanalytisch, sondern auch daseinsanalytisch-anthropologisch zu verstehen, wenn als Grundlage eine defizitäre Beschaffenheit des Selbst, ein struktureller Mangel in der Ich-Entwicklung gesehen wird, auf die dann zur Angstabwehr mit Sexualisierung reagiert wird. Daraus ergibt sich auch eine begriffliche Weite und Unschärfe. Darüberhinaus aber gibt das Modell keine befriedigende Antwort darauf, warum jemand gerade mit Sexualisierung auf einen zentralen Konflikt reagiert, steht doch prinzipiell eine Vielzahl anderer Verarbeitungsformen zur Verfügung.

Auch zu der Frage, ob das Ausweichen vor der reifen genitalen Sexualität (und die Kompensation durch Sexualisierung) an ein Problem der geschlechtlichen Entwicklung gebunden ist und ggf. wie, erhält man keine weiterführende Aufklärung.

So erscheint eine Vergleichbarkeit bereits hinsichtlich der Ätiologie fraglich, die bezüglich der Perversion trotz aller noch offener Fragen bis hin zu emotionspsychologischen Aspekten spezifischer wirkt – natürlich unter Berücksichtigung der jeweiligen Ausprägungsform.

Jede Form männlicher Perversion zeigt ein detailliert beschreibbares sexuell deviantes Verhalten, hat insofern Symptomcharakter. Bei der Reversion erschließt man aus dem Verhalten gegenüber dem Kind das zugrunde liegende Problem in einem Retrospektiv-Vorgehen. Um so wichtiger erscheint es daher, bei Vorliegen einer derartigen Konstellation nachzuuntersuchen, inwieweit Erwartungsfaktoren realisiert wurden, ob also der Konzeption überhaupt prognostische Valenz zukommt.

Betrachtet man schließlich noch die Abwehrform, fällt nicht nur die unterschiedliche gesellschaftliche Akzeptanz auf (siehe dazu bereits Beier 1994, S.122), sondern die unterschiedliche Struktur: einmal mehr individuell, oft destruktiv und eher kontaktvermeidend, zum anderen überindividuell, mit deutlicher Änderungsfunktion und symptomatisch kaum differenziert.

Bei der Prüfung der Analogie von Reversion zu Perversion nach den vier Charakteristika, die Schorsch, Pfäfflin (1994) zur Kennzeichnung des perversen Symptoms nennen, findet sich nur eingeschränkt Vergleichbares: Der *Sexualisierung* entspricht die thematische Bindung eines Konfliktes an generatives Verhalten, die *Prädominanz des narzisstischen Aspektes* erscheint bezüglich der Reversion zumindest bei den Extremvarianten gegeben; es fehlen jedoch die *Ritualisierung* und Starre sowie die *Prädominanz der Aggressivität*, die keinesfalls vorherrschendes Thema ist, sondern sich allenfalls sekundär, dann auch extrem selten einstellt.

Ausblick

Durch seine leicht provokative begriffliche Akzentuierung schenkt Beier einem Phänomen Aufmerksamkeit, das bei der zeitspezifisch starken, bald ubiquitären Präsenz narzißtischer Strebungen fast der Selbstverständlichkeit anheim fallen könnte. In jedem Falle stellt es nicht nur eine originelle Sprachschöpfung dar, sondern wird durch beeindruckende "Fälle" exemplifiziert. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie kann sich weder anmaßen, die sexualmedizinische noch die persönlichkeitspsychologische Dimension zu bestimmen, ihr Beitrag dürfte am ehesten ein interdisziplinärer sein. Sie stellt das Phänomen in einen Entwicklungszusammenhang – worin ihr wesentlichster Beitrag bestehen dürfte – und hat es selektionsbedingt überwiegend mit weniger ausgeprägten Formen zu tun.

Es bleibt abzuwarten, ob der Begriff Reproversion eine Verankerung und breite Anwendung findet. Dafür dürfte in aller erster Linie ausschlaggebend sein, ob die Analogie zur männlichen Perversion eine substantiellere Bekräftigung erfährt. Bei den recht divergenten Vorstellungen zur Perversionsbildung müßte vorab wohl dieses Gebiet intensiver beforcht werden.

Literatur

- Beier, K.M.: Weiblichkeit und Perversion. Von der Reproduktion zur Reproversion. Stuttgart: Fischer 1994
- Berger, M.: Das verstörte Kind mit seiner Puppe – Zur Schwangerschaft in der frühen Adoleszenz. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 1987; 36: 107-117
- Chasseguet-Smirgel, J.: Freud and female sexuality: The consideration of some blind spots in the exploration of the dark continent. *Int.J. Psycho-Anal.* 1976; 57: 275-286
- Deutsch, H.: Die Psychologie der Frau. Bern: Huber 1948
- Fliegel, Z.O.: Freuds Theorie der psychosexuellen Entwicklung der Frau. Rekonstruktion einer Kontroverse. *Psyche* 1975; 29: 813-834
- Frick-Bruder, V.: Die Betreuung des infertilen Paares unter Einbeziehung psychosomatischer und psychodynamischer Aspekte. In: Schirren G.; Bettendorf G.; Leidenberger F.; Frick-Bruder V.: Unerfüllter Kinderwunsch, Leitfaden für Diagnostik, Beratung und Therapie in der Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag 1989
- Giese, H.(Hrsg.): Mensch-Geschlecht-Gesellschaft. Das Geschlechtsleben in unserer Zeit. Bd. 1. München: Goldmann 1968
- Gloger-Tippelt, G.: Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart: Kohlhammer 1988
- Lenzen, D.: Mythologie der Kindheit. Die Verewigung des Kindlichen in der Erwachsenenkultur. Versteckte Bilder und vergessene Geschichten. Reinbeck: Rowohlt 1985
- Milgram, S.: Obedience to authority. An experimental view. New York: Harper and Row 1974
- Moeller-Gambaroff, M.: Das emotionale Erleben von Generativität. *Prax. Psychother. Psychosom.* 1984; 29: 51-60
- Morgenthaler, F.: Homosexualität Heterosexualität Perversion. Frankfurt a.M.: Fischer 1987
- Oerter, K. und Wilken, M.: Psychosoziale Entstehungsbedingungen unerwünschter Schwangerschaften. Eine Medizin-soziologische Untersuchung zum kontrazeptiven Verhalten. Band 75. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer 1981
- Schilling, G.; Scheer J.F.W.: Der versagte Kinderwunsch – Zur Bedeutung des Kindes und der Kinderlosigkeit. *Familiendynamik* 1993; 18: 359-370
- Schmidt, G.: Neue Verhältnisse, neue Lieben? Zum sexuellen Wandel in den westlichen Industriegesellschaften. In: Kohlhausen, N.: Tabubrecher. Von Frauen und Männern, die unsere Sexualität erforschten. Hamburg: Sammlung Luchterand 1992, S. 143-159

- Scholz, G.: Die Konstruktion des Kindes. Über Kinder und Kindheit. Opladen: Westdeutscher Verlag 1994
- Schorsch, E.; Galedary, G.; Haag, A.; Hauch, M.; Lohse, A.: Perversion als Straftat. Dynamik und Psychotherapie. Berlin: Springer 1985
- Schorsch, E.; Pfäfflin, F.: Die sexuellen Deviationen und sexuell motivierte Straftaten. In: Venzlaff, U.; Foersteller, K. (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung. 2. Aufl. Stuttgart: Gustav Fischer 1994, S: 323-368
- Schuth, W.; Neulen, J.; Breckwoldt, M.: Ein Kind um jeden Preis? Psychologische Untersuchungen an Teilnehmern eines in- vitro-Fertilisations-Programms. Ethik Med. 1989; 1: 206-221
- Shereshefsky, P.M.; Yarrow, L.J.(eds.): Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation. New York: Raven Press 1973
- Stauber, M.: Zur Psychosomatik der modernen Reproduktionsmedizin. Prax. Psychother. Psychosom. 1986; 31:285-297
- Strauß, B.: Psychologische Aspekte der Sterilität und ihrer Behandlung. In : Rosemeier H.P.; Hoefert H.-W.; Göpfert W.(Hrsg.): Intimität und Sexualität. Psychomed Sonderband I. München: Quintessenz 1993
- Thiels, C.; Göbel, D.; Steinhausen, H.Ch.: Alter der Mutter und seelische Gesundheit des Kindes. Untersuchung einer Inanspruchnahmepopulation. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 1987; 15:123-133
- Wille, R.; Beier, K.M.: "Verdrängte" Schwangerschaft und Kindestötung: Theorie-Forensik-Klinik. Sexuologie 1994; 1:75-100

Anschrift des Autors

Dr. med. Dipl.-Psych. Günter Hinrichs, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zentrum Nervenheilkunde der Christian-Albrechts-Universität in Kiel, Niemannsweg 147, D-24105 Kiel

Haben hormonelle Kontrazeptiva einen Einfluß auf das sexuelle Verlangen?

Is there an Influence of Oral Contraceptives on Sexual Desire?

P. Nijs, S. Rodean, K. Demyttenaere, Leuven

Zusammenfassung

Die Frage, ob hormonelle Kontrazeptiva (die „Pille“) einen Einfluß auf das sexuelle Verlangen haben, wird kontrovers diskutiert. Zur Beantwortung dieser Frage sind Untersuchungen der biologischen Veränderungen erforderlich, die durch die Zusammensetzung von hormonellen Kontrazeptiva verursacht werden und Libidoveränderungen zur Folge haben. Weiterhin muß geprüft werden, in welchem Maß hormonelle Kontrazeptiva Änderungen des sexuellen Verlangens bei Frauen in (festen) Partnerschaften mit einem Mann bewirken. Eine hinreichende Beantwortung dieser Fragen muß nicht nur den Zusammenhang von pharmakologisch-chemischer Zusammensetzung hormoneller Kontrazeptiva und derartigen Veränderungen berücksichtigen, sondern auch die allgemeine Bedeutung hormoneller Kontrazeption für das Sexualverhalten berücksichtigen.

Schlüsselwörter: Hormonelle Kontrazeption, Sexualverhalten, Androgene, Psychosoziale Aspekte

Abstract

The discussion of the question whether hormonal contraceptives have an influence on sexual desire remains controversial. In order to answer this question, studies on the biological changes caused by hormonal contraceptives and of consecutive changes of libido are needed. In addition, there is a need of studies on changes of sexual desire in women in steady heterosexual partnerships. Pharmacological and chemical aspects of contraceptives as well as changes in the composition of contraceptives must be considered. The general impact of hormonal contraceptives on sexual behaviour is discussed.

Key words: Hormonal Contraception, Sexual Behaviour, Androgens, Psychosocial aspects

Sexualhormone und Verhalten

Das Phänomen prämenstrueller Verstimmungen ist seit langem bekannt: „Es ist eine alltägliche Erfahrung, daß die hormonellen Veränderungen während des menstruellen Zyklus das Verhalten der Frau beeinflussen (oder bedrohen), vor allem die prämenstruelle Periode ist in dieser Hinsicht wichtig und bekannt“ (Buyse 1966). Prämenstruelle Verstimmungen müssen überwiegend als von körperlichen (hormonellen) Faktoren beeinflusste emotionale Schwierigkeiten angesehen werden. Suizid und Suizidversuche, straffälliges Verhalten oder auch der Ausbruch einer psychotischen Erkrankung treten in dieser Phase vergleichsweise häufiger auf. Die (prä-)menstruelle Labilität äußert sich auch in einem erhöhten Risiko von Arbeits- und Verkehrsunfällen, in einer geringeren Schuldisziplin und schlechteren schulischen Leistungen der Mädchen. Mütter gehen während der prämenstruellen Phase häufiger mit ihrem Kind zum Kinderarzt.

Die Wechselwirkung zwischen dem hormonellen Zyklus der Frau einerseits und sexuellen und psychodynamischen Prozessen andererseits haben T. Benedek und G. B. Rubinstein (1942) untersucht. Die Autoren kamen zu der Feststellung, daß das psychosexuelle Leben der Frau von zyklischen Hormonschwankungen gelenkt wird, die sich innerhalb einer großen Bandbreite abspielen.

Diese Wechselwirkung von Hormonen und psychosexuellem Leben kann zusammenfassend wie folgt beschrieben werden: Während der ersten Zyklushälfte besteht, parallel zur Östrogenproduktion, eine aktive und nach außen gerichtete heterosexuelle Tendenz, die das Verhalten der Frau bestimmt, was sich auch anhand von Träumen und Phantasien feststellen läßt. Im Gegensatz dazu richtet sich die psychosexuelle Energie während der zweiten Zyklushälfte parallel zur Progesteronphase als eine eher passive und rezeptive Tendenz nach innen. Zum Zeitpunkt der Ovulation wird durch das Zusammentreffen der aktiven sexuellen Energie mit der rezeptiven Tendenz das höchste Niveau der psychosexuellen Integration erreicht. Unmittelbar nach dem Eisprung folgt eine (kurze) Phase der Entspannung und des Wohlbehagens. In der prämenstruellen Phase (mit starker Hormonverringerung) nimmt die psychosexuelle Integration wieder ab. Eine Rückkehr zu früheren Kindheits-erlebnissen (den sog. prägenitalen Manifestationen) kann intensiv erlebt werden. Die Ergebnisse von Benedek und Rubinstein wurden im Rahmen psychoanalytischer Sitzungen gesammelt, konnten jedoch nicht statistisch überprüft werden. Daher haben Moos et al. (1969) diese Problematik in einer empirisch-statistischen Untersuchung (u.a. anhand von Fragebögen) untersucht; ihre Ergebnisse bestätigen die Berichte von Benedek und Rubinstein (1942).

Die Untersuchungen von Bancroft (1980; 1983) sowie von Persky et al. (1982) haben gezeigt, daß es keine eindeutige Korrelation zwischen den Testosteronspiegeln (bezogen auf den Midcycle-Spiegel; Mittelwert der Testosteronspiegel während eines Zyklus) und spezifischen Formen von Sexualverhalten (z.B. Masturbationsfrequenz, sexuelle Empfindlichkeit) gibt.

In einer retrospektiven Studie mit mehr als 300 Frauen haben Bancroft und Warner (1988) festgestellt, daß Frauen, die keine oralen Antikonzeptiva benutzen, häufiger ein fluktuierendes sexuelles Verlangen erfahren als Frauen, die orale Antikonzeptiva verwenden.

Testosteron wird seit mehreren Jahren als das „Libido-Hormon“ sowohl für den Mann, als auch für die Frau diskutiert. Die Bedeutung von Androgenen für die weibliche Sexualität muß jedoch noch weiter erforscht werden. Die meisten der vorliegenden Untersuchungen beziehen sich auf Messungen des Gesamt-Testosterons und sind daher in diesem Zusammenhang nur eingeschränkt aussagefähig, da nur der Anteil von freiem Testosteron (ca. 20% des Gesamt-Testosteron) und das (während des Zyklus schwankende) proteingebundene Testosteron als biologisch aktiv angesehen werden kann (Manni 1985). Nur in einer Untersuchung wurde das biologisch aktive Testosteron gemessen (Morris 1987). Dabei ist bemerkenswert, daß bei Frauen die Steroidbindung der Androgene von mehr Faktoren – neben der zyklusbedingten Variation von ovariellen Androgenen – beeinflusst wird, als bei Männern (z.B. Östrogen). Zwei Studien zum Zusammenhang zwischen zirkulierenden Androgenen und weiblichem Sexualverhalten zeigen eine Korrelation von zirkulierendem Testosteron und Koitusfrequenz sowie Orgasmuskapazität (Persky 1982; Morris 1987). In zwei Studien konnte auch ein Zusammenhang zu autoerotischen Aktivitäten gezeigt werden (Masturbation vgl. Bancroft 1983; vaginaler Response auf erotische Stimuli vgl. Schreiner-Engel 1983).

Sherwin et al. (1985) haben nachgewiesen, daß Testosteron die weibliche Sexualität spezifisch stimulieren kann: Testosteron, allein oder in Kombination mit Östradiol parenteral verabreicht, stimuliert die Libido und die Frequenz von sexuellen Phantasien bei ovariectomierten Frauen. Kontrollierte Studien zeigen den Einfluß von Testosteron auf das Sexualleben bei ovariectomierten Frauen, wobei zu berücksichtigen ist, daß parenteral verabreichtes Testosteron zu unphysiologisch erhöhten Spiegel von zirkulierendem Testosteron führt.

Plazebokontrollierte Studien mit Testosteron zur Behandlung von Libidostörungen bei prämenopausalen Frauen zeigen überwiegend negative Ergebnisse (Carney 1978; Mathews 1983; Dow 1985). Dennerstein und Burrows haben 1981 in ihrer kritischen Gesamtanalyse der Untersuchungen über den Einfluß von Androgenen auf die weibliche Sexualität die Schlußfolgerung nahegelegt, daß für die weibliche Sexualität adrenale Androgene, nicht aber ovarielle Androgene relevant sind.

Höhere Testosteronspiegel können auch die Assertivität der Frau aktivieren und zu Partnerkonflikten mit einem eher an eine traditionelle Rollenverteilung gewöhnten Partner führen, der eine nicht-assertive, d.h. „nicht aggressive“ Frau erwartet. Dies kann zu einer Störung der sexuellen Lust auf Seiten der Frau führen. Sherwin und Gelfand haben in ihrer Untersuchung (1985) gezeigt, daß höhere Testosteronspiegel (nach parenteraler Verabreichung von Testosteron) nicht zu einer vermehrten interpersonellen Aggressivität führen.

Der aktivierende Effekt von Androgenen auf das Sexualverhalten der Frau kann durch psychosoziale Faktoren leicht gestört werden. So hat Udry gezeigt, daß am Beginn der Pubertät bei männlichen Jugendlichen freies Testosteron der beste Prädiktor für sexuelle Aktivität und sexuelles Interesse ist, während bei weiblichen Jugendlichen nicht das freie Testosteron, sondern Sexualnormen und das Verhalten der Peer-Gruppe (der Freundinnen) die aussagekräftigsten Prädiktoren sind. Bei Mädchen dominieren also psychosoziale Einflüsse, die eine größere Bedeutung als hormonale Effekte haben, während bei Jungen eine eindeutige Korrelation zwischen Testosteronspiegeln und Sexualverhalten vorliegt (Udry 1986).

Hormonelle Kontrazeption und Psychosexualität

Haben hormonelle Kontrazeptiva den gleichen Einfluß auf das Sexualverhalten wie die Hormone, die natürlicherweise vom weiblichen Organismus produziert werden? Welche Faktoren können den positiven Einfluß von Testosteron auf das Sexualleben der Frau stören oder beeinträchtigen? Zyklusabhängige Stimmungsschwankungen, vor allem mit prämenstruellen Beschwerden – die möglicherweise in Zusammenhang mit Progesteronschwankungen in der lutealen Phase stehen – können bei Frauen, die keine Ovulationshemmer benutzen, die Sexualität stören. Die bislang vorliegenden Untersuchungsbefunde weisen in diese Richtung, wenngleich durchaus heterogene Resultate und Schlußfolgerungen vorliegen, wie die folgende Übersicht zeigt.

Erste Untersuchungen

Grant und Pryse-Davies (1968) untersuchten sechs Jahre lang 1217 Frauen, die hormonelle Kontrazeptiva nahmen. Bei 16% wurden Depressionen und ein Verlust des sexuellen Verlangens festgestellt. Die Häufigkeit dieser Symptome lag allerdings bedeutend höher bei den Frauen, die hochdosierte Progesteronpräparate einnahmen (28%) und lag bei den Frauen, die ein hochdosiertes Östrogensequenzpräparat einnahmen bei 5% bzw. 7%.

Der ausgezeichneten Arbeit von Petersen (1969) verdanken wir die Abgrenzung des sog. dysphorisch-antriebsschwachen Syndroms. Der Autor bezeichnet damit einen Zustand der Verstimmung und eine Schwächung des Antriebs. Petersen stellte dieses Syndrom bei fast jeder zweiten Frau fest, die die Pille nimmt, wobei bei 46% eine Stimmungsänderung und bei 56% eine Änderung des Antriebs, vor allem während der ersten Monate der Einnahme, auftritt. Im späteren Verlauf sind diese leichten Veränderungen von der Dauer der Einnahme hormoneller Kontrazeptiva unabhängig. Petersen notiert ebenfalls eher eine Zunahme harmonischen sexuellen Verhaltens (sexuelles Verlangen, Koitusfrequenz, Orgasmushäufigkeit, Befriedigung). Diese Befunde wurden im Rahmen einer sechs Monate dauernden sozialpsychologischen und psychiatrischen Untersuchung bei 189 Frauen gewonnen und wurden auch statistisch ausgewertet. Nach Petersen sind die Nebenwirkungen sowohl hormonell (v.a. bei relativ hohem Progesteronanteil) als auch sozial bzw. psychisch (v.a. bei neurotischen, hypochondrischen Frauen und Frauen mit Partnerschaftsschwierigkeiten) bedingt.

Adams et al. (1978) untersuchten Frauen, die hormonelle Kontrazeptiva benutzten, im Hinblick darauf, ob während der Ovulation ein Höhepunkt sexueller Aktivität erreicht wird. Verglichen wurde eine Gruppe verheirateter Frauen, die die Pille einnahmen, mit einer Gruppe verheirateter Frauen, die andere Kontrazeptiva anwandten. Die verheirateten Frauen, die keine hormonellen Kontrazeptiva angewandt hatten, bemerkten eine deutliche Zunahme des sexuellen Verhaltens während der Ovulation. Es handelt sich hierbei um sexuelles Verhalten, das auf Initiative der Frau erfolgt und zwar sowohl um heterosexuellen Geschlechtsverkehr, als auch um autoerotische Sexualität (z.B. sexuelle Phantasien, Tagträume, Masturbation). Verheiratete Frauen, die hormonelle Kontrazeptiva anwandten, erlebten hingegen während der Zyklusmitte keine erhöhte sexuelle Aktivität – auch dann nicht, wenn die Aktivität auf Initiative der Frau erfolgte. Die Autoren erklären dies als eine Folge des durch die Pille unterbundenen, normalen hormonellen Zyklus (Adams 1978).

In älteren Studien werden keine näheren Angaben zur Dosierung der Hormone gemacht. Die Hormondosierung ist jedoch nicht unwesentlich, weil insbesondere die älteren hormonellen Kontrazeptiva einen relativ hohen Östrogenanteil aufwiesen. Genauere Untersuchungen zu den verschiedenen Progesteronderivaten liegen nicht vor.

Neuere Studien

Bancroft et al. (1980 a; b) konnten zeigen, daß sich die Androgenspiegel bei Frauen mit Libidoverlust unter oraler, hormoneller Antikonception nicht signifikant von den Androgenspiegeln bei Frauen ohne Libidoverlust unter hormoneller Antikonception (mit den selben Ovulationshemmern) unterscheiden. Eine nachfolgende Placebo-kontrollierte Studie zeigte darüberhinaus keine signifikante Effektivität einer Androgentherapie. Nur in der

Untersuchungsgruppe mit Teilnehmerinnen ohne sexuelle Probleme korrelierten Libido und sexuelles Interesse mit den Plasma-Testosteronspiegeln. Dieser Befund legt die Vermutung nahe, daß psychosexuelle Probleme die Beziehung zwischen Androgenen und Sexualleben der Frau beeinflussen. Es besteht eine positive Korrelation zwischen der sexuellen Erlebnisfähigkeit der Frau und ihrem allgemeinen Wohlbefinden (Bancroft 1983).

Mit der Einnahme von Ovulationshemmern geht ein „tonisches“ oder „flaches“ Muster der Testosteronproduktion einher, weil die Ovulationshemmer das follikelstimulierende Hormon (FSH) und das luteinisierende Hormon (LH) hemmen und so die ovarielle Midcycle-Sekretion von Testosteron herabsetzen. Alexander et al. (1991) haben gezeigt, daß Frauen mit normalen Ovulationszyklen im Anschluß an die Ovulation bis zur Menstruation eine Abnahme des sexuellen Verlangens erleben. Frauen mit hormoneller Antikonzep­tion erfahren keine derartige Abnahme. Frauen mit normalen Ovulationszyklen berichten vermehrt über perimenstruelle Beschwerden im Vergleich zu Frauen, die Ovulationshemmer anwenden. Derartige Beschwerden können auch indirekt die sexuelle Erlebnisfähigkeit der Frau beeinträchtigen.

In weiteren Untersuchungen haben Bancroft et al. (1990; 1991) einige wichtige Aspekte bei Frauen unter hormoneller Kontrazeption (die bekanntermaßen zu einer Abnahme des frei zirkulierenden Testosterons führt) mit Frauen verglichen, die keine Ovulationshemmer benutzten (und physiologisch normale Testosteronspiegel aufwiesen): Hohe Werte freien Testosterons korrelieren stärker mit vermehrter sexueller Aktivität und einer Steigerung der Libido; diese hohen Werte korrelieren außerdem auch stärker mit der weiblichen Ausprägung der Geschlechtsrolle. Die Frauen aus beiden untersuchten Studiengruppen füllten Fragebögen zur sexuellen Einstellung und Verhalten und zu Geschlechtsrollen-Merkmalen aus. Über einen Zeitraum von 4 Wochen wurde ein Tagebuch mit täglichem „Rating“ über die sexuelle Aktivität, die sexuellen Interessen und das allgemeine Wohlbefinden geführt. Die Androgenwerte wurden wöchentlich bestimmt. Frauen mit hormoneller Kontrazeption wiesen einerseits niedrigere Spiegel von frei zirkulierendem Testosteron auf und zeigten andererseits ein aktiveres Sexualleben mit ihrem Partner im Vergleich zu Frauen, die keine Ovulationshemmer benutzten. Möglicherweise waren diese Frauen schon vor Beginn der hormonellen Antikonzep­tion sexuell aktiver. Es ist unwahrscheinlich, daß Ovulationshemmer die sexuelle Aktivität dieser Frauen gehemmt haben. Beschwerden über eine Libido-verminderung wurden in dieser Gruppe nicht berichtet.

Möglicherweise spielen hier auch nicht-hormonelle Faktoren eine Rolle, da die beiden Gruppen von Frauen in psychosozialer Hinsicht Unterschiede aufwiesen. Frauen, die Ovulationshemmer benutzten, unterschieden sich tatsächlich in ihrer Persönlichkeit und in ihrer sexuellen Einstellung von den Frauen, die keine hormonellen Kontrazeptiva benutzten. Frauen, die hormonelle Kontrazeptiva anwenden, zeigen sich sexuell weniger restriktiv (z.B. eheliche Moral, voreheliche Sexualität, soziale Ausdrucksformen von Sexualität) und sind empfindlicher für sexuelle Stimuli (Bancroft 1990; 1991).

Eine Beschränkung der zitierten Untersuchungen zeigt sich darin, daß die freiwillige Teilnahme an der Studie zu einer Bias geführt hat und die teilnehmenden Frauen möglicherweise nicht repräsentativ für Frauen in dieser Altersgruppe sind. So ist z.B. zu erwarten, daß Frauen mit einer restriktiveren Einstellung zur Sexualität in geringerem Maß dazu bereit sein werden, über ihre Sexualität und ihr Sexualverhalten zu berichten.

Psychosoziale und psychodynamische Aspekte der hormonellen Kontrazeption

Sexuelle Lusterfahrung erfordert einen auch emotional sicheren Rahmen. Die „Pille“ als ein sicheres Kontrazeptivum nimmt die Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft und stört „technisch“ am wenigsten. Dadurch kann die Frau als gleichwertige Partnerin ihre Sexualität harmonisch erleben. Es ist daher nicht verwunderlich, daß die meisten Untersuchungen eine Harmonisierung des Sexuallebens (sexuelles Verlangen, Koitusfrequenz, Orgasmushäufigkeit, Befriedigung) berichten. Nicht nur das Gefühl der Frau selbst, sondern auch die Partnerbeziehung wird günstig beeinflusst. Diese positiven Effekte der Pille sind primär auf diese Faktoren zurückzuführen und nicht auf die chemische Zusammensetzung hormoneller Kontrazeptiva.

Andererseits ruft die Pille bei einigen Frauen neue Unsicherheiten und Ängste hervor. Dies ist ebenfalls verständlich: Die Pille ist nicht nur ein Kontrazeptivum, sie ist auch ein Medikament. Manche Menschen lehnen a priori alle Medikamente als körperfremd und gesundheitsschädlich ab (Selbstbeschädigungsängste). Ein Medikament gehört für sie in die Welt des Krankseins: „Es ist [in Belgien] ein Totenkopf auf der Packung abgebildet. Wie soll man so etwas unbeschwert als Kontrazeptivum genießen können?“ Die Pille ist ein Hormonpräparat. Im Gegensatz zu den äußerlich bzw. lokal angewandten mechanischen (Barriere-)Kontrazeptiva greift die Pille im Innern des Körpers ein und so können leicht tiefer liegende Angstphantasien ausgelöst werden. In den letzten Jahren haben die Medien verstärkt vor einem Hormonmißbrauch gewarnt. Als Geschlechtshormon wird die Pille deshalb bei einigen Frauen Ängste wecken: „Werde ich nicht dem, was die körperfremden Hormone mir antun, willenlos ausgeliefert sein?“ Das ist die Triebangst (selbst-)unsicherer Frauen, die befürchten, mit sicheren Kontrazeptiva triebhaft zu werden. Die Frau befürchtet unter diesen Voraussetzungen vom Libidinösen überwältigt zu werden. Es ist die Furcht, die sexuellen Impulse nicht unter Kontrolle halten zu können, ja steuerlos überflutet zu werden. Als ein weiteres Phänomen ist die Lustangst zu nennen, die Angst, sich rettungslos durch die Lust zu verlieren. Frauen mit einer der Lust und geschlechtlicher Triebhaftigkeit feindlich gesonnenen Erziehung können – ebenso wie Männer – durch die Pille in eine derart verunsicherte sexuelle Lage geraten, daß ihre Lust zur Sexualität erlischt, was zu einer Verringerung des sexuellen Verlangens führt. Dies kann als ein Abwehr- oder Selbstverteidigungsmechanismus interpretiert werden.

Als Geschlechtshormon verhindert die Pille die Schwangerschaft. Für manche Menschen ist Sexualität nur reizvoll und attraktiv, wenn die Möglichkeit einer Schwangerschaft erhalten ist, obwohl kein unmittelbarer Kinderwunsch besteht. Auch in unserer kontrazeptiv beeinflussten Kultur gibt es eine große Zahl von Menschen, die der Ansicht sind, daß an Sexualität und Fortpflanzung „nicht gerührt werden darf“ – was zugleich häufig mit einer Überbewertung der „natürlichen Methode“ der Familienplanung einhergeht. In unserer Gesellschaft wird der Ruf „Zurück zur Natur!“ immer lauter. Zu dieser Rückkehr zu einer natürlichen Lebensweise gehört auch die natürliche Geburtenregelung. Orale Kontrazeption stellt die Partnerschaft vor eine Aufgabe. Bei Partnerschaftskonflikten kann die Frau einseitige Belastungen durch die hormonelle Kontrazeption ablehnen („Ich schlucke die Pille nicht länger!“). Störungen des sexuellen Verlangens sind ein Ausdruck des Partnerschaftskonflikts. Obwohl die Pille einen bedeutenden Schritt auf dem Weg zur Frauenemanzipation dargestellt hat (u.a. freier Entschluß zur Mutterschaft), kann sie ebenfalls eine neue Form sexueller Hörigkeit und Ausbeutung hervorrufen. Diese Erniedrigung der Frau zum

Lustobjekt, der obendrein die Belastungen der Schwangerschaftsverhütung aufgebürdet wird, drückt sich dann in einer (gesunden) Abwehrreaktion aus, in der Ablehnung von Sexualität.

Wie schon gesagt wurde, ist die Pille ein Medikament und ein Medikament erinnert an die Welt des Krankseins. Gleichzeitig wird damit auch das Arzt-Patientinnen-Verhältnis assoziiert. Eine ambivalente Einstellung der Frau oder eines Paares zur hormonellen Kontrazeption kann durch in sich widersprüchliche Informationen oder die Einstellung der Ärzte (Frauenarzt, Hausarzt) verstärkt werden. Ebenso können widersprüchliche Informationen von Arzt und Apotheker die Frau oder das Paar beunruhigen und so letztlich das sexuelle Verlangen beeinflussen. Alle diese Faktoren führen möglicherweise zu dem emotionalen Entschluß, keine hormonellen Kontrazeptiva mehr zu verwenden und sind vielleicht ein Anlaß, die Pille unregelmäßig oder gar nicht mehr einzunehmen. Es ist davon auszugehen, daß sich bei diesen Frauen Beschwerden körperlich oder in sexuellen Schwierigkeiten wie z.B. in Libidostörungen äußern werden.

Die Bedeutung der ärztlichen Begleitung

Aufgrund der vorliegenden Literatur und eigener klinischer Untersuchungen (Nijs 1972) kann festgestellt werden: Hormonelle Kontrazeptiva, vor allem die moderne, niedrig dosierte und hormonell „ausbalancierte“ Pille, haben keinen direkt störenden Einfluß auf das sexuelle Verlangen der Frau. Auch bei den neueren Pillen mit Progesteronderivaten, die eine antiandrogene Wirkung haben, ist ein negativer Einfluß auf die Psychosexualität der Frau nicht bewiesen. Hormonelle Kontrazeptiva können jedoch bei gewissen Frauen aus emotionalen Gründen das sexuelle Verlangen beeinflussen. Zu diesen Frauen zählen die „pill regretting women“, d.h. Frauen, die bedauern, daß sie die Pille nehmen müssen, sowie schlecht informierte Frauen oder Frauen mit Partnerschaftsproblemen oder neurotischen Konflikten.

Bei einem bestimmten Frauentyp übt die Pille indirekt einen negativen Einfluß auf das sexuelle Verlangen aus. Stimmungs labile Frauen können durch die Zusammensetzung hormoneller Kontrazeptiva Änderungen der Stimmung, des Antriebs und der elementaren Triebhaftigkeit erfahren, die sekundär das sexuelle Verlangen beeinflussen. Eine sichere Kontrazeption erfordert deshalb auch, daß die Frau oder das Paar eine angemessene kontrazeptive „Begleitung“ durch den Arzt erfährt. So kann ein „Pillenmüdigkeit“ (Thiery 1981) rechtzeitig aufgefangen werden. Der Arzt sollte in der Lage sein, die ersten Anzeichen eines Stimmungswechsels mit negativen Folgen für das sexuelle Verlangen rechtzeitig zu erkennen; dann ist eine Intervention oder Behandlung möglich. Hierbei soll in jeder konkreten Situation geprüft werden, inwieweit andere (niedriger dosierte) hormonelle Kontrazeptiva indiziert oder nützlich sind. Möglicherweise sind leichte antidepressive Medikamente und/oder Vitamine (B6) indiziert. Während der kontrazeptiven Begleitung soll der Arzt auch emotionale Beschwerden durch die hormonelle Kontrazeption auffangen. Eine wiederholte, klare und deutliche Information und eine gute Einstellung zur Beratung sind daher unbedingt erforderlich. Diese Beratung über Kontrazeption muß die Möglichkeit eines offenen Gesprächs zwischen Arzt und der Frau bzw. dem betroffenen Paar bieten.

Literatur

- Adams, D. B.; Gold, A. R.; Burt, A. D.: Rise in female initiated sexual activity at ovulation and its suppression by oral contraceptives. *N. Engl. J. Med.* 1978; 299: 1145-1150.
- Alexander, G. M.; Sherwin, B. B.; Bancroft, J.; Davidson, D. W.: Testosterone and sexual behaviour in oral contraceptive users and nonusers: a prospective study. *Horm. Behav.* 1990; 24: 435-441.
- Bancroft, J.; Davidson, D. W.; Warner, P.; Tyrer, G.: Androgens and sexual behaviour in women using oral contraceptives. *Clin. Endocrinol.* 1980a; 12: 327-340.
- Bancroft, J.; Davidson, D. W.; Warner, P.; Tyrer, G.: Androgens and sexual behaviour in women using oral contraceptives. *Clin. Endocrinol.* 1980b; 5: 657-669.
- Bancroft, J.; Sanders, D.; Davidson, D. W.; Warner, P.: Mood, sexuality, hormones, and the menstrual cycle. III. Sexuality and the role of androgens. *Psychosom. Med.* 1983; 45: 509-516.
- Bancroft, J.; Sartorius, N.: The effects of oral contraceptives on well-being and sexuality: a review. *Oxford Rev. Reprod. Biol.* 1990; 12: 57-92.
- Bancroft, J.; Sherwin, B. B.; Alexander, M. G.; Davidson, D. W.; Warner, A.: Oral contraceptives, androgens, and the sexuality of young women: I. A comparison of sexual experience, sexual attitudes, and gender role in oral contraceptive users and nonusers. *Arch. Sex. Behav.* 1991; 20: 105-119.
- Benedek, T.; Rubenstein, G.B.: The sexual cycle in women. *Psychosom. Med. Monographs. Bd. III, Washington* 1942.
- Buyse, G.: *Beginn der psychiatrie en der psychiatrischen kliniek*. Leuven: ACCO 1966.
- Carney, A.; Bancroft, J.; Mathews, A.: Combination of hormonal and psychological treatment for female sexual unresponsiveness: a comparative study. *Brit. J. Psychiat.* 1987; 133: 339-346.
- Dennerstein, L.; Burrows, G.: Androgens and female sexuality. *Patient Management* 1981; April, 92.
- Dennerstein, L.; Burrows, G.; Hyman, G.; Sharpe, K.: Some clinical effects of estrogen-progesterone therapy in surgically castrated women. *Maturitas* 1979; 2: 19-28.
- Dow, M. G. T.: Ph. D. dissertation (unpublished). University of Glasgow, Scotland 1985.
- Grant, E. C. E.; Pryse-Davies, J.: Effect of oral contraceptives on endometrial monoamine oxidase and phosphates. *Brit. Med. J.* 1968; 3: 777-780.
- Manni, A.; Pardridge, W. M.; Cefalu, W.; et al.: Bioavailability of albumine-bound testosterone. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 1985; 61: 705-710.
- Mathews, A.; Whitehead, A.; Kellet, J.: Psychological and hormonal factors in the treatment of female sexual dysfunction. *Psychol. Med.* 1983; 13: 83-92.
- Moos, R.H. et al.: Fluctuations in symptoms and moods during the menstrual cycle. *J. Psychosom. Res.* 1969; 13: 37-44.
- Morris, N. M.; Udry, J. R.; Khan-Dawood, F.; Dawood, M. Y.: Marital sex frequency and midcycle female testosterone. *Arch. Sex. Behav.* 1987; 16: 147-157.
- Nijs, P.: *Psychosomatische Aspekte der oralen Antikonzepktion*. Stuttgart: Ferdinand Enke 1972.
- Persky, H.; Dresibach, L.; Miller, W. R.; et al.: The relation of plasma androgen levels to sexual behaviour and attitudes of women. *Psychosom. Med.* 1982; 44: 305-319.
- Petersen, P.: *Psychiatrische und psychologische Aspekte der Familienplanung bei oraler Kontrazepktion*. Stuttgart: Thieme 1969.
- Schreiner-Engel, P.; Schiavi, R.; Smith, H.; White, D.: Plasma testosterone and female sexual behaviour. In: Hoch, Z.; Lief, H. I. (eds) *Sexology, sexual biology behaviour, and therapy*. Amsterdam: Elsevier (International Congress Series 556/88) 1982.
- Sherwin, B. B.; Gelfand, M. M.; Brender, W.: Androgen enhances sexual motivation in females: a prospective crossover study of sex hormone administration in the surgical menopause. *Psychosom. Med.* 1985; 47: 339-351.
- Sherwin, B. B.; Gelfand, M. M.: The role of androgen in the maintenance of sexual functioning in oophorectomised women. *Psychosom. Med.* 1987; 49: 397-409.
- Thiery, M.: *Persönliche Mitteilung* 1981
- Udry, J. R.; Talbert, L. M.; Morris, N. M.: Biosocial foundations for adolescent female sexuality. *Demography* 1986; 23: 217-229.

Warner, P.; Bancroft, J.: Mood, sexuality, oral contraceptives and the menstrual cycle. *J. Psychosom. Res.* 1988; 32: 417-427.

Anschriften der Autoren

Prof. Dr. Piet Nijs, Dr. Stela Rodean, Dr. Koen Demyttenaere, Katholieke Universiteit Leuven,
Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, Kapucienenvoer 35,
B-3000 Leuven

Männerheilkunde Andrologie

Einführung in die Krankheiten und Funktionsstörungen des männlichen Genitale

Von Prof. Dr. H. **Wokalek**, Prof. Dr. U. **Wetterauer**, Freiburg
und Prof. Dr. H.-J. **Heite**, Waldkirch

1995. Etwa 240 S., 61 Abb., 24 Tab., geb. etwa DM 68,-
Erscheinungstermin: Etwa September 1995

Inhalt: Das männliche Genitale - Anatomie und Funktion • Klinik männlicher Fertilitätsstörungen • Therapie der männlichen Infertilität • Hypogonadismus • Andrologisch relevante Chromosomen-Anomalien • Andrologisch relevante Entwicklungsstörungen • Varianten und Störungen des Pubertätsverlaufes • Immunologisch bedingte Fertilitätsstörungen • Andrologische Fertilitätskontrolle • Erkrankungen des männlichen Genitale mit topologisch charakteristischer Symptomatik • Urethritis • Erkrankungen der Prostata • Erkrankungen der Bläschendrüsen und des Ductus deferens • Erkrankungen des Nebenhodens und des Samenstrangs • Erkrankungen des Hodens und seiner Hüllen • Die Impotenz des Mannes • Erkrankungen der männlichen Brustdrüse

Preisänderungen vorbehalten.

 **GUSTAV
FISCHER**

Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

Tab. 1: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Männern nach Infektionsrisiken¹⁾ und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.3.95)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	April 93 – März 94	April 94 – März 95	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	1071 74,7 %	669 75,0 %	8701 75,5 %
i. v. Drogenabhängige	154 10,7 %	87 9,8 %	1210 10,5 %
Hämophile	42 2,9 %	23 2,6 %	451 3,9 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	14 1,0 %	6 0,7 %	122 1,1 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	55 3,8 %	32 3,6 %	307 2,7 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	31 2,2 %	18 2,0 %	99 0,9 %
Prä- oder perinatale Infektion	2 0,1 %	1 0,1 %	39 0,3 %
Keine Angaben	64 4,5 %	56 6,3 %	597 5,2 %
Gesamt	1433 100 %	892 100 %	11526 100 %

¹⁾ Männer, bei denen als Infektionsrisiko sowohl homosexuelles Verhalten als auch i. v. Drogenkonsum angegeben wird, werden unter der Kategorie "IVDA" subsummiert. Fälle, bei denen plausible Angaben zum Infektionsrisiko nicht zu erhalten sind, werden unter der Kategorie "k. A." zusammengefaßt.

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

Quelle: 117. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht I / 95

Tab. 2: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Frauen nach Infektionsrisiken und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.3.95)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	April 93 – März 94	April 94 – März 95	Gesamt
i. v. Drogenabhängige	94 43,7 %	55 39,9 %	610 47,6 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	23 10,7 %	6 4,3 %	130 10,1 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	66 30,7 %	45 32,6 %	356 27,8 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	23 10,7 %	18 13,0 %	70 5,5 %
Prä- oder perinatale Infektion	2 0,9 %	0 0,0 %	36 2,8 %
Keine Angaben	7 3,3 %	14 10,1 %	80 6,2 %
Gesamt	215 100 %	138 100 %	1282 100 %

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

Quelle: 117. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht I / 95

Tab. 3: HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Doppelmeldungen nach Infektionsrisiken, Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Einsendung der Seren (Stand: 31.3.95)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	April 93 – März 94	April 94 – März 95	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	936 16,4 %	645 16,1 %	9836 14,5 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht männlich	247 4,3 %	213 5,3 %	3853 5,7 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht weiblich	141 2,5 %	85 2,1 %	1911 2,8 %

Fortsetzung siehe nächste Seite

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	April 93 – März 94	April 94 – März 95	Gesamt
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht unbekannt	12 0,2 %	16 0,4 %	349 0,5 %
Hämophile	14 0,2 %	1 0,0 %	1853* 2,7 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht männlich	26 0,5 %	9 0,2 %	283 0,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten Geschlecht weiblich	23 0,4 %	5 0,1 %	209 0,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht unbekannt	2 0,0 %	0 0,0 %	21 0,0 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht männlich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	170 3,0 %	105 2,6 %	1222 1,8 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht weiblich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	156 2,7 %	106 2,6 %	1211 1,8 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht unbekannt (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	10 0,2 %	5 0,1 %	83 0,1 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern**	255 4,5 %	360 9,0 %	698 1,0 %
Prä- oder perinatale Infektion	96 1,7 %	65 1,6 %	713 1,1 %
Keine Angaben / Geschlecht männlich	2458 43,0 %	1653 41,3 %	30287 44,6 %
Keine Angaben / Geschlecht weiblich	654 11,4 %	432 10,8 %	7029 10,4 %
Keine Angaben / Geschlecht unbekannt	520 9,1 %	306 7,6 %	8335 12,3 %
Gesamt	5720 100 %	4006 100 %	67893 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: 117. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht I / 95

Veranstaltungskalender

12. JAHRESTAGUNG DER AKADEMIE FÜR SEXUALMEDIZIN UND 19. FORTBILDUNGSTAGE FÜR PSYCHOSOMATIK UND SEXUALMEDIZIN vom 15. bis 17. Juni 1995 in KIEL. Auskunft: Dr. H. A. G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel. Tel.: (0431) 597-3650, Fax: (0431) 597-3612.
- XIth ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN SOCIETY OF HUMAN REPRODUCTION AND EMBRYOLOGY (ESHRE) vom 28. Juni bis 1. Juli 1995 in HAMBURG. Kongreßsekretariat: ESHRE Central Office c/o Bruno Van den Eede, AZ-VUB, Laarbeeklaan 101, 1090 Brussels, Belgien. Tel.: (0032) 2477-5761, Fax: (0032) 2477-6727.
- 12th WORLD CONGRESS OF SEXOLOGY vom 12. bis 16. August 1995. Sekretariat c/o Japan Convention Services, Inc. Nippon Press Center Bldg., 2-1, 2-chome, Uchisaiwai-Cho, Chiyoda-ku, TOKYO 100, Japan. Direkte Auskunft: Prof. Dr. W. Eicher, Diakonissenkrankenhaus, Speyerer Straße 92, 68163 Mannheim; Tel.: (0621) 8102-298, Fax: (0621) 8102-316. Für junge Wissenschaftler besteht die Möglichkeit eines Erlasses der Kongreßgebühr.
- XIVth HARRY BENJAMIN INTERNATIONAL SYMPOSIUM "GENDER DYSPHORIA: TRANSCULTURAL PERSPECTIVES; TRANSSEXUALISM: STATE OF THE ART TREATMENT". 7. bis 10. September 1995 in Kloster Irrsee. Auskunft: PD Dr. med. Friedemann Pfäfflin, Abteilung Psychotherapie, Universitätsklinikum, Am Hochsträß 8, 89091 Ulm. Tel.: (0731) 502-5669, Fax: (0731) 502-5662.
- 4th International Conference on the Treatment of Sex Offenders, 18. bis 20. September, Free University of Amsterdam, The Netherlands. Kontakt: Lex van Naerssen, PhD., Faculty Social Sciences, University Utrecht, Postbox 80140, 3508 TC Utrecht; Tel.: (0031) 30-536642; Fax: (0031) 30-531619
24. NORDDEUTSCHEN PSYCHOTHERAPIETAGE 1995: Abhängigkeit und Beziehung: Konflikte zwischen Freiheit und Bindung. 7. bis 13. Oktober 1995 in Lübeck. Das vorangestellte psychosomatische und psychiatrische Seminar findet am 6. und 7. Oktober 1995 in der Medizinischen Universität statt. Auskunft: Ständiges Kongreßbüro c/o Hansisches Verlagskontor, Frau M. Twilfer, 23547 Lübeck, Tel: (0451) 1605-204
5. MÜNCHNER AIDS-TAGE 1996: Somatische und Psychosoziale Aspekte bei HIV-Infektionen und AIDS. 26. bis 28. Januar 1996 im Sheraton München Hotel, Arabellastr. 6, 81925 München. Auskunft: ecomed Kongreß-Service, Rudolf-Diesel-Str. 3, 86899 Landsberg. Tel.: (08191) 125-201 oder -425
- XI International Conference on AIDS. Vancouver, Canada, 7. bis 12. Juli 1996. Auskunft: Conference Secretary XI International Conference on AIDS, Postbox 48740, 595 Burard Street, Vancouver, British Columbia, Canada V7X1T8

Buchbesprechungen

Elisabeth Raith; Petra Frank; Günter Freundl (1994): **Natürliche Familienplanung heute.** Für Ärzte, Berater und interessierte Anwender. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag. 251 Seiten; Preis: 48,00 DM

Wenn man von dem Interesse der Ärzte an natürlicher Familienplanung ausgeht, so dürfte dieses Buch wenig Ansprechpartner finden. Nach einer Umfrage zum Kenntnisstand und zur Einstellung der Ärzte zu Methoden der Empfängnisverhütung führte die Pille mit 79% an erster Stelle, gefolgt vom IUP mit 32%. Methoden der natürlichen Familienplanung landeten weit abgeschlagen auf dem 8. Platz.

Dem stehen aber die Interessen der Patientinnen entgegen: Frauen berücksichtigen bei der Wahl ihrer Verhütungsmethode an erster Stelle die Sicherheit (85%). An zweiter Stelle folgt aber dann schon die Nebenwirkungsfreiheit (64%). Damit sind wir schon bei der natürlichen Familienplanung, denn eine nebenwirkungsfreiere Methode wird es wohl kaum geben!

Auf der anderen Seite wird man diese Methode sehr im „Ökomilieu“ ansiedeln, denn sie ist z. Z. eine Außenseitermethode mit nur etwa 4% tatsächlicher Anwendung lt. einer Emnid-Umfrage. Doch nun zum Buch:

Das Buch setzt sich sehr breit mit der natürlichen Familienplanung und den verschiedenen Methoden auseinander: der Temperaturmethode, der Billings-Ovulationsmethode sowie der symptomthermalen Methode. Hierbei wird als erstes darauf hingewiesen, daß die Temperaturmethode und die Billings-Methode nur jeweils ein Symptom zur Beobachtung nehmen (Temperatur oder Zervixschleim), wohingegen sich die symptomthermale Methode auf beide Symptome und deren Auswertung bezieht.

Der Vorteil dieser Methoden liegt darin, daß sie auf die eigene Körperkompetenz der Frauen zurückgreifen.

Insofern gehören neben dem Messen der Körpertemperatur das Empfinden, Fühlen und Sehen des Zervixschleims zu den wesentlichen Untersuchungspfeilern dieser Methode. Eine

Frau, die solche Methoden anwendet, kennt ihren Körper besser und kann insofern die Symptome des Körpers als ihre eigenen empfinden. Dies mag dann auch dazu führen, den Körper weniger als Objekt zu sehen, da sie ihn und seine zyklischen Veränderungen selbst recht gut versteht. Wir Ärzte beklagen ja immer mehr den Zustand, daß uns die Patientinnen den Körper als Objekt übergeben, damit wir an ihm Handlungen vollziehen, um Krankheit zu beseitigen und Gesundheit wiederherzustellen. Insofern kann diese Methode aufgrund der Erhöhung der Körperkompetenz dieser Tendenz entgegensteuern.

Im Buch selbst werden recht gut die physiologischen Grundlagen des Temperaturanstiegs, der Zervixschleimveränderung, der Ovulation und der endokrinologischen Veränderungen dargestellt. Hier werden auch neuere Arbeiten komprimiert zusammengefaßt, so daß die Essentials gut nachzuvollziehen sind.

Wenngleich dieses Buch über weite Passagen recht flüssig geschrieben ist, so muß man bei einigen Sätzen doch stocken, bzw. die letzten 3 Seiten noch einmal lesen - wie bei folgendem Merksatz (S. 53): „Das nach der 5-Tage-Regel, Minus-8-Regel oder Minus-20-Regel ermittelte Ende der unfruchtbaren Zeit am Zyklusbeginn wird bereits zum Beginn eines neuen Zyklus im Zyklusblatt durch einen Längsstrich markiert“.

Und somit sind wir schon bei einem Problem dieser Methoden. Sie verlangen nicht nur eine gute Compliance, sondern aufgrund der täglichen Untersuchung und den vorhandenen Kalamitäten des Lebens (mögliche Störfanfälligkeit durch unterschiedliche Meßzeiten, Schichtdienste, Erkrankungen, Alkoholgenuß) werden an die Benutzerinnen einige Anforderungen gestellt. Insofern überrascht es auch nicht, daß Patientinnen mit Hauptschulabschluß Probleme mit der symptomthermalen Methode haben.

Ein weiteres Problem ist die Abstinenz! Es wird der Verzicht auf Sexualverkehr während der fruchtbaren Zyklusphase gefordert. Es sei denn, man verbindet die Methoden der natürlichen Familienplanung mit Barriere-Methoden (z.B. Kondom, Diaphragma). Der Umgang mit der

Abstinenz ist individuell sehr unterschiedlich. Auf Seite 169 werden die Ergebnisse verschiedener Arbeiten zum Abstinenzproblem wiedergegeben. Diese verdeutlichen, daß eine Vielzahl der Paare Abstinenzprobleme während der fruchtbaren Zeit haben. Da diese Rezension für die Zeitschrift SEXUOLOGIE gedacht ist, sind auch diese Untersuchungsergebnisse bedeutsam.

Trotzdem wäre es falsch, die Methoden der natürlichen Familienplanung in die „religiöse“ oder in die „Öko-Nische“ zu drängen. Selbstverständlich bleiben die Vorteile, daß es keinen biochemischen Einfluß auf das Endokrinium gibt und daß das Endometrium unbeeinflusst bleibt.

Doch nun zum Pearl-Index: Die solidesten Untersuchungen hierzu dürften von dem Mitautor Prof. Freundl aus Düsseldorf stammen. Er gibt bei der Gebrauchssicherheit einen Pearl-Index von 1,6 - 2,1 an und bei der Methodensicherheit einen Pearl-Index von 0,5. Verglichen mit der Pille (Pearl-Index 0,1 - 0,9) sowie dem IUP (Pearl-Index 0,5 - 5,0) sind diese Sicherheitsangaben relativ gut. Interessant ist aber, daß die Versager bei der Gebrauchssicherheit (10 von 13 Fällen) im ungeschützten Verkehr in der fruchtbaren Zeit begründet lagen.

Viele Rezensionen enden mit dem Satz: „Dieses Buch gehört in den Bücherschrank eines jeden Frauenarztes“! Solchen Empfehlungen sind nahezu immer unsinnig, denn kein Frauenarzt kann alles lesen oder sollte seinen Bücherschrank ausschließlich mit Fachliteratur füllen!

Trotzdem sollte sich aber jeder Leser (insbesondere als Frauenarzt/ärztin) der Frage stellen, wie oft er schon von Patientinnen mit Fragen zur natürlichen Familienplanung konfrontiert wurde. Denn welcher Arzt weiß genau, wann an Hand der Basaltemperaturkurve eindeutig der Zeitpunkt der Ovulation festzustellen ist oder wer weiß, wann die Ovulation in zeitlicher Korrelation zum optimalen Zervixschleim stattfindet? Insofern wird es viele Frauenärzte geben, denen dieses Buch gut täte!!!

Damit aber der Leser dieser Rezension schon etwas praktisches in der Hand hat, ist hier die Kontaktadresse der Arbeitsgruppe „Natürliche Familienplanung“ wiedergegeben (sowohl für Ärzte als auch für Patientinnen):

Arbeitsgruppe Natürliche Familienplanung
Malteser Werke
Steinfelder Gasse 9
50670 Köln
Tel.: 0221/160 29 46

Heribert Kentenich, Berlin

John Money (1994): **Reinterpreting the Unspeakable. Human Sexuality 2000.** New York: Continuum Publishers. 252 Seiten, Preis: 29.95 US-\$

Schon am Titel ist zu erkennen: John Money's neuestes Buch ist streckenweise nicht leicht zu lesen. Man muß sehr gute Englischkenntnisse haben, ein gutes Wörterbuch besitzen und sehr vertraut sein mit dem Stil des Autors. Man muß auch die aktuellen Kulturereignisse in den USA kennen, um zum Beispiel zu verstehen, was John Money meint, wenn er von einer „catch-22-Frage“ spricht: Fragen, die man nur falsch beantworten kann. John Money benutzt auch viele ungewöhnliche, von ihm neugeschaffene Begriffe, die er aber ausführlich erklärt.

Das Buch läßt sich in drei Bereiche aufteilen. Im ersten, sehr anspruchsvollen theoretischen Teil stellt der Autor seine Theorie der Lebensnotwendigkeiten (*exigency theory*) vor, Notwendigkeiten, die erfüllt sein müßten, damit der Mensch überleben könne. Der zweite Teil umfaßt eine sehr praxisnahe Darstellung von Inhalt und Technik eines sexologischen Interviews; den dritten Teil könnte man als eine Kurzfassung seiner klinischen Sexologie bezeichnen.

Durch das Buch zieht sich wie ein roter Faden der Begriff des „*unspeakable monster*“. Im Vorwort erklärt der Autor, was er darunter versteht: das ungewöhnliche, unheimliche, gefährliche oder gefährlich anmutende Sexuelle, über das man nicht spricht oder nicht sprechen kann. Um das „Unaussprechbare“ entschlüsseln zu können, bedarf es nach Meinung des Autors neben einer speziellen Interviewtechnik der Fähigkeit, bestimmte Bewältigungsstrategien zu erkennen, die der Träger braucht, um mit seinem „*unspeakable monster*“ leben zu können. Die Ursache einer sexuellen Problematik liege in wenigstens einer von fünf universellen Lebensnotwendigkeiten

und verstecke sich hinter solchen Bewältigungsstrategien. John Money bezeichnet diese fünf Lebensnotwendigkeiten (*exigencies*) als Paargebundenheit, Gruppenzugehörigkeit, Verwurzelung, Kategorisierung und Vorbestimmtheit; sie werden im zweiten Kapitel näher erläutert. Paargebundenheit (*pairbondance*) sei nötig für das Aufwachsen des Neugeborenen (Mutter - Baby) und die Fortpflanzung (Mann - Frau); unter Gruppengebundenheit (*troopbondance*) versteht John Money die Bindung der Familienmitglieder untereinander, insbesondere die Verbundenheit der Kernfamilie; Verwurzelung (*abidance*) versteht er als Verwurzelung des Menschen mit seinem ihn umgebenden Lebensraum. Die Klassifizierung (*ycleptance*) diene der gegenseitigen Einordnung und Einschätzung der Menschen und mit Vorbestimmtheit (*foredoomance*) meint John Money das Wissen des Menschen um seine Endlichkeit, seine begrenzte Lebenszeit. In den folgenden Kapiteln (Kapitel 3 - 5) bespricht John Money jene 3 Arten von Copingstrategien, die nach seiner Meinung dem Menschen zur Verfügung stehen. Sie bewegen sich entweder im Bereich der gedanklichen Welt und könnten sich als „crazy ideas“ äußern (*programmatics*), im Bereich psychischer Auffälligkeiten als phobische Symptomatik, Depersonalisation und ähnlicher Erlebnisse (*scissilics*) und/oder im Verhaltensbereich als Verhaltensauffälligkeiten, wie zum Beispiel Pedanterie, Tics oder dissozialem Verhalten (*praxics*).

Der zweite Bereich des Buches (Kapitel 6 - 9) beschäftigt sich mit der Haltung des Interviewers, mit dem Inhalt und der Interviewtechnik bei sexologischen Untersuchungen und mit der Abfassung von Untersuchungsberichten. Der hier berichtete Leitfaden ist ausgerichtet auf das Klientel, mit dem sich John Money schwerpunktmäßig in seiner klinischen Tätigkeit beschäftigt hat: auf Kinder und Jugendliche mit körperlichen und psychischen sexologischen Auffälligkeiten. Eine Anleitung für die Diagnostik bei Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen ist das nicht. Im Anfang dieses zweiten Abschnittes (Kapitel 6: Der Interviewer) weist John Money auf Haltungen beim Untersucher hin, die eigentlich selbstverständlich sind: Offenheit, Ehrlichkeit, Re-

spekt und vorurteilsfreie Einstellung des Interviewers zu seinem Gegenüber und absolute Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht.

Die restlichen Kapitel (Kapitel 10 - 12) sind John Money's kurzgefaßte klinische Sexologie. Im Kapitel 10 geht er auf die Sinnlosigkeit der Dichotomie zwischen psychischen und organischen Ursachen in der Frage nach der Entwicklung von männlichem bzw. weiblichem Geschlecht, von Geschlechtsidentität und -rolle ein, spricht sich für eine sowohl psychisch als auch organisch bedingte Entstehung aus und faßt die bisherigen Forschungsergebnisse zu diesem Thema zusammen. Im Kapitel 11 beschäftigt sich Money mit den Anomalien der Verliebtheit (*anomalies of limerence*). Er erläutert sein bekanntes Konzept der Gender- und Lovemap und geht zunächst auf Besonderheiten der Gendermap ein, also auf Abweichungen in der Partner- und Geschlechtsorientierung. Für Money gehören hierzu neben der homosexuellen Partnerorientierung der Transvestitismus und die Transsexualität. Den nächsten Abschnitt überschreibt John Money mit „vandalized lovemaps“. Hier bespricht er in Kurzform seine theoretische Sicht der Paraphilien. Sie sind für ihn Bewältigungsstrategien, also eine kreative Leistung des Trägers. Damit ist er der Sichtweise von Stoller und Morgenthaler sehr nahe. Die Paraphilie ermöglichte es dem Träger, seine sexuelle Lust vor dem Erlöschen zu bewahren, da durch den Kunstgriff der Paraphilie die von ihm als sündig erlebte übliche sexuelle Lust zu einer Lust werde, die er sich aus seiner Sicht „erlauben“ darf. Money nimmt an, für die Entwicklung einer Paraphilie gebe es eine vorgeburtliche Prädisposition. Im übrigen sei, so formuliert er es, die Entwicklung der Lovemaps in der Kindheit und damit die Entwicklung gestörter Lovemaps eines der großen weißen Gebiete der Sexualwissenschaft.

Im letzten Kapitel spricht der Autor therapeutische Möglichkeiten an. Bisher habe die Gesellschaft drei Formen des Umganges mit Paraphilien gezeigt: 1. Toleranz: in der Geschichte der Menschheit war sie sehr unterschiedlich ausgeprägt; 2. Kriminalisierung: sie hat es immer gegeben; 3. Heilungsbemühungen, Therapie. Die verschiedenen Therapieformen werden orientierend aufgelistet.

Das Buch ist spannend geschrieben. John Money unterstreicht seine theoretischen Darstellungen mit didaktisch gut ausgewählten Kasuistiken. Oft benutzt er sehr einprägsame Formulierungen, die den Leser zu einem zustimmenden Schmunzeln veranlassen. So schreibt er zum Beispiel, die Geschlechtsentwicklung des Menschen verlaufe nach dem „*Eva first, then Adam*“-Prinzip; bei der Erklärung des Konzeptes der Gendermap formuliert er: „*Human beings are not the equivalent of Ken and Barbie dolls with nothing between the legs.*“ Die drei Bereiche des Buches sind wohl unterschiedlich zu beurteilen. Nachdenkenswert erscheint mir der Inhalt des ersten Abschnittes, in dem John Money seine

„*exigency theory*“ vorstellt. Der mittlere Bereich ist ein sehr guter Leitfaden für Diagnostik und Interviewtechnik in der Sexologie, getragen von der jahrzehntelangen Erfahrung des Autors. Dieser Abschnitt ist eine ausgezeichnete Anleitung für diejenigen, die sich in den Bereich gestörter Gender- und Lovemaps einarbeiten wollen. Der dritte Abschnitt liefert hierzu den theoretischen Hintergrund in sehr konzentrierter, knapper Form. Insgesamt ist das Buch ein sehr interessanter und lesenswerter Überblick über das bisherige Schaffen des Autors, geschrieben in der für ihn typischen Art.

Götz Kockott, München