

Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

Inhalt

Originalarbeiten		Zur Diskussion	
1	Sexueller Kontakt mit Tieren <i>U. Vierling-Zubrod</i>	47	Thrombosen unter oralen Kontrazeptiva: Daten, Mythen und Medien <i>A. Pauls</i>
9	Pubertäre Retardierung und psychosoziale Anpassung bei Jungen <i>B. Kracke</i>		Aktuelles
19	Androgynie: Ein hilfreicher Konstrukt für das Phänomen Transsexualismus <i>R. Arndt, H.A.G. Bosinski</i>	55	AIDS in der Bundesrepublik Deutschland
	Fortbildung	58	Veranstaltungskalender
35	Sexuelle Funktionsstörungen nach dem DSM-IV <i>K. M. Beier</i>	59	Buchbesprechungen
		66	20. Fortbildungstage für Sexualmedizin und Psychosomatik

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 DM 138,- (zzgl. Porto- und Versandkosten); ermäßigter Preis für persönliche Abonnements DM 86,- (zzgl. Porto- und Versandkosten). Einzelheft DM 41,- (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 Fernsehendung, 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 • 1996

Satz: dtp-Satz Ralf Bogen, Stuttgart

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

Verarbeitung: F.W. Held, Rottenburg am Neckar

Sexueller Kontakt mit Tieren

Sexual Contact with Animals

U. Vierling-Zubrod, Kiel

Zusammenfassung

Sexueller Kontakt mit Tieren (frühere Bezeichnungen Sodomie, Zoophilie) stellt nach dem heute gültigen Strafgesetzbuch keine Straftat dar. Vor der Abschaffung des alten §175b im Jahre 1969 war Unzucht mit Tieren eine Straftat, die jedoch in der Bundesrepublik Deutschland relativ selten zur Verurteilung gelangte. Im Hinblick auf die Prognose wurden 10 Gutachten zu männlichen Tätern in Bezug auf Täterpersönlichkeit, Tatphänomenologie, psychosoziale und Familienanamnese, Schul- und Berufsbildung, kindliche Entwicklung, Sexualität und Partnerschaft, Vorstrafen und frühere Sexual- und Nicht-Sexualdelikte und auf das Copingverhalten der Täter ausgewertet. Ein junges Alter zum Zeitpunkt des Erstdelikts, ein sadistisches Vorgehen bei der Tat sowie ein niedriges Intelligenzniveau können prognostisch ungünstige Faktoren darstellen.

Schlüsselwörter: Forensische Begutachtung, Paraphilie, Sodomie

Abstract

According to the German penal code, sexual animal contact is no sexual offence. Before section 175b was abolished in 1969, animal contact represented only a minority of sexual offences in the F.R. Germany. In this study, 10 forensic expert assessments concerning male offenders are evaluated with regard to the prognostic impact. The evaluation includes items on personality, factual findings, psycho-social and family history, school education and professional training, child development, sexuality and partnership, previous convictions and previous sexual and other offences, and coping strategies of the offender. Young age at the time of first offence, a sadistic procedure, and intellectual functioning below average may indicate unfavourable prognostic factors.

Key Words: Bestiality, Forensic Expert Assessment, Paraphilia

Sexueller Kontakt mit Tieren, früher auch als Sodomie bezeichnet, stellt weder eine strafbare Handlung nach der derzeit geltenden Fassung des Strafgesetzbuchs, noch einen Verstoß nach dem Tierschutzgesetz dar. Ein Verstoß gegen §17 des Tierschutzgesetzes kann allerdings vorliegen, wenn es im Rahmen des sexuellen Kontakts zu sadistisch-tierquälerischen Handlungen kommt (Stettner 1990).

Seit mehr als 100 Jahren liegt eine umfangreiche, oft mit Fallbeispielen angereicherte Literatur zu sexuellem Kontakt mit Tieren vor (Übersicht bei Kósa 1979; Massen 1995; Weidner 1972), wobei die Bezeichnungen für die beschriebene Deliktgruppe von Sodomie über Zoophilie, Zooerastie und Bestialität bis zum englischen „bestiality“ und „animal contact“ variieren. Aber erst seit etwa 40 Jahren ist in der Literatur die Tendenz zu erkennen, den sexuellen Kontakt mit Tieren im Kontext zum Beispiel der individuellen Entwicklung der Sexualität (Kinsey 1948) oder beispielsweise im Zusammenhang mit anderen Sexualdelikten (Gebhard 1965; v. Hentig 1962) zu diskutieren. Nur in wenigen Arbeiten wird auf

prognostische Aspekte des sexuellen Kontaktes mit Tieren eingegangen (Beier 1995; Grassberger 1968; Kósa 1979).

Diese Studie ist Bestandteil eines Forschungsprojekts zur Phänomenologie und Prognose von Sexualstraftätern, das an der Sexualmedizinischen Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Universität Kiel durchgeführt wurde. Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurden insgesamt 10 Gutachten zu männlichen Tätern ausgewertet, die sexuellen Kontakt mit Tieren hatten. Die Gutachten waren im Zeitraum von 1945 bis 1969 am Institut für Gerichtliche und Soziale Medizin der Universität Kiel mit der Fragestellung erstellt worden, ob Schuldunfähigkeit (§20 StGB heutiger Fassung) oder eine verminderte Schuldfähigkeit (§21 StGB) vorlag sowie gegebenenfalls auch, ob eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§63 StGB) oder in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) angebracht ist, bzw. gegebenenfalls nach §67e StGB zu überprüfen war. Andere Fragestellungen betrafen die strafrechtliche Verantwortlichkeit bei jugendlichen Tätern (§3 JGG) sowie die Anwendung des Jugendstrafrechts auf Heranwachsende (§105 JGG). Die Auswertung der Gutachten erfolgte mit Hilfe eines speziell ausgearbeiteten standardisierten Erhebungsbogens, der sich in wesentlichen Teilen an dem von Nedopil und Graßl (1988) herausgegebenen Forensisch-psychiatrischen Dokumentationssystem (FPDS) orientiert. Der Erhebungsbogen wurde um entsprechende Felder für sexualanamnestische Daten erweitert und umfaßte 276 Items zu Täterpersönlichkeit, Tatphänomenologie, den psychosozialen Belastungen des Täters zum Tatzeitpunkt, der Familienanamnese und zum Verhältnis mit den Eltern, zu Schule und Berufsausbildung, kindlicher Entwicklung, Sexualität und Partnerschaft, Vorstrafen und früheren Sexual- und Nicht-Sexualdelikten sowie zum Copingverhalten des Täters. Hierbei wurde die Unterteilung von Wilder und Plutchik (1982) in acht Copingstile zugrundegelegt, die bei einer kanadischen Untersuchung zur Gewaltbereitschaft von Sexualstraftätern Anwendung gefunden hat (Langevin 1989).

Ziel der Untersuchung ist es, anhand von Erkenntnissen über die weitere soziale Entwicklung und das sexuelle (oder dissexuelle) Verhalten ehemals begutachteter Sexualstraftäter auf empirischem Weg Prognosekriterien zu erarbeiten, die fachübergreifend forensisch genutzt werden können (Beier 1995).

Ergebnisse

Sozialer Werdegang und Täterpersönlichkeit

Der überwiegende Teil der Täter ($n = 7$) war bei beiden Elternteilen aufgewachsen, 2 bei nur einem Elternteil und ein Täter bei Großeltern oder Verwandten bzw. im Heim. In 2 Fällen kam es zu einer Trennung von den Eltern zwischen dem 5. und dem 15. Lebensjahr. In 4 Fällen kam es zu einer Trennung der Eltern voneinander. Das Verhältnis Mutter-Proband wurde in 5 Fällen als auffällig oder gestört eingeschätzt. Das Verhältnis Vater-Proband wurde nur in 3 Fällen als auffällig oder gestört eingeschätzt.

Jeweils 2 Täter waren minderbegabt oder grenzdebil, 6 Täter wurden als debil eingestuft (Abb. 1). 3 Täter hatten die Hilfs- oder Sonderschule besucht; 6 Täter die Volksschule ohne Abschluß und lediglich ein Täter hatte die Volksschule mit Abschluß besucht. 8 der sehr jungen Täter hatten noch keine Berufsausbildung begonnen, 2 hatten eine Lehre absolviert, davon einer ohne Abschluß. Zum Tatzeitpunkt waren 2 Täter in der Ausbildung, 7 waren berufstätig, in einem Fall liegen keine Angaben vor. 8 Täter waren als angelegerte Arbeiter

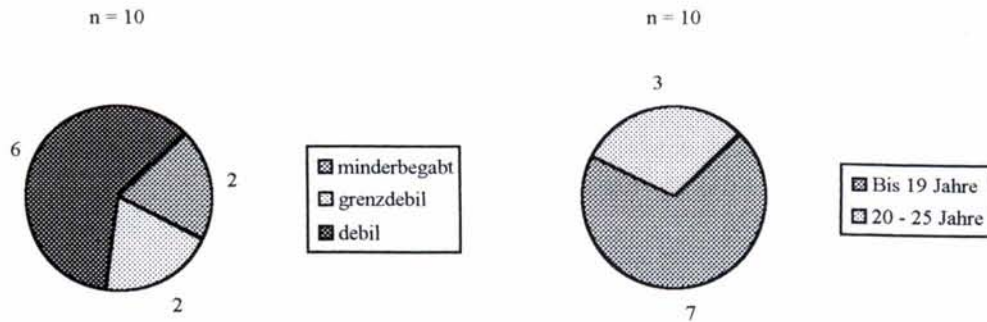


Abb. 1: Intelligenz der Täter

Abb. 2: Alter zum Zeitpunkt der Tat

oder Hilfsarbeiter beschäftigt, einer bislang ohne Arbeit. Zu einem Fall liegen keine Angaben vor.

6 Täter hatten bis zum Tatzeitpunkt keine Koituserfahrung, die anderen Täter im Alter von 15, 17 und 19 Jahren den ersten Geschlechtsverkehr gehabt. In einem Fall fehlen diesbezügliche Angaben. Die Aufnahme von sexualerotischen Kontakten wurde fünfmal als eher schwer eingeschätzt. Nur 2 Täter hatten zum Tatzeitpunkt eine Partnerschaft. 7 Täter hatten bislang keine Partnerbeziehungen auf sexueller Ebene. In einem Fall gab es in der Vorgeschichte eine gehemmte sexuelle Erregung.

In einem Fall war ein Schädel-Hirn-Trauma in der Vorgeschichte gesichert. In einem Fall gab es mehrfache Suizidversuche in der Vorgeschichte, wobei der letzte Versuch weniger als einen Monat vor der Tat zurücklag. In einem Fall fanden sich anamnestische Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit.

Als psychosoziale Belastungen mittlerer oder schwerer Ausprägung zum Tatzeitpunkt wurden Partnerschaft (n = 1), Differenzen mit Freunden oder andere zwischenmenschliche Ereignisse (n = 1), soziale Vereinsamung (n = 4), die berufliche Situation (n = 1), die finanzielle Situation (n = 2), rechtliche Probleme (n = 2), die allgemeine Entwicklung (n = 2) und in einem Fall eine körperliche Erkrankung angegeben.

Tatphänomenologie

Auffällig ist das jugendliche Alter der Täter: Zwei Drittel der Täter (n = 7) waren zum Tatzeitpunkt jünger als 19 Jahre, nur 3 Täter waren älter als 20 Jahre (Abb. 2). Der älteste Täter war 25 Jahre alt. In 6 Fällen handelte es sich um eine Einzel-, in 4 Fällen um eine Serientat. 9 der Täter waren Einzeltäter, einer Gemeinschaftstäter. Je einmal war eine heterosexuelle und eine homosexuelle Orientierung der Tat gegeben; in 8 Fällen sowohl eine hetero-, als auch homosexuelle Orientierung. Im Vordergrund stand ein genitogener Kontakt mit Vaginalverkehr (n = 9) sowie ein manueller Kontakt (n = 3). 6 Täter gingen gewalttätig vor, 2 davon unter Anwendung instrumenteller Gewalt. In der Tatanlaufzeit gab es in einem Fall aggressive Handlungen. In einem Fall kam es zu schweren, in 2 Fällen zu leichten Verletzungen des Tieres. Bei 5 der 10 Täter war keine letzte soziosexuelle Befriedigungshandlung zu ermitteln.

Zwischenanamnese

4 Täter waren bereits früher wegen zum Teil mehrfacher Delikte verurteilt worden. Jeweils ein Täter war wegen Vergewaltigung oder homosexuellen Handlungen erstmalig mit einem sexualdelinquenten Verhalten aktenkundig geworden; 2 Täter aufgrund einer Sodomie. Weitere Verurteilungen in der Vorgeschichte betrafen Körperverletzung (n = 1), Diebstahl (n = 2) oder andere Delikten (n = 3). In 3 Fällen war es zu Jugendarrest bzw. einer Jugendstrafe gekommen. Hinweise für eine vorausgegangene (ambulante oder stationäre) psychiatrische Behandlung gab es nicht.

Perspektiven

Subjektive Zukunftserwartungen waren in einem Fall überhöht, einmal resignativ; zu 8 Fällen liegen keine diesbezüglichen Angaben vor. In einem Fall war keine Wohnung vorhanden; in 7 Fällen war ein Beschäftigungsverhältnis vorhanden, das in 2 Fällen als problematisch eingeschätzt wurde. Nur in einem Fall bestand eine Partnerschaft; Beziehungen zu Freunden oder Verwandten waren in 7 Fällen vorhanden, wovon in 2 Fällen die Verwandtschaftsbeziehungen als problematisch eingeschätzt wurden. Intakte Verwandtschaftsbeziehungen lagen bei 4, ein Freundeskreis bei einem Täter vor.

Copingstile

In 2 Fällen fanden sich Hinweise für eine Bewältigung durch Entlastung bzw. Kompensation durch direkt problemmindernd oder problemlösend erlebte Aktivitäten. Ebenfalls zweimal gab es Hinweise für eine Schuldzuweisung mit Verweisung auf andere Personen oder das System als (teil-)verantwortliche Instanz.

Diskussion

Nach § 175b StGB stand sexueller Kontakt mit Tieren als Unzucht mit Tieren bis zur Strafrechtsreform im Jahre 1969 in der Bundesrepublik unter Strafe (Weidner 1972). In der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg stellten Verurteilungen nach dem alten § 175b weniger als 0,5% aller Sexualdelikte dar (Witter 1972). Seit 1969 ist sexueller Kontakt mit Tieren nur noch dann eine Straftat, wenn es zu Tierquälerei kommt (Stettner 1990). Auch wenn ein sexueller Kontakt mit Tieren keinen besonderen Straftatbestand mehr darstellt, so beansprucht er doch weiterhin, worauf Kósa und Mitarbeiter (1979) mit Nachdruck hinweisen, immer wieder die Aufmerksamkeit sowohl der Psychiatrie als auch anderer Wissenschaftsdisziplinen, zu denen sicherlich auch die Sexualmedizin (Wille 1986) gehört.

Am bislang ausführlichsten mit Fragen der Prognose beschäftigt sich Grassberger (1968), dessen Untersuchung auf dem österreichischen Strafregister der Jahre 1923-1937 und 1951-1965 beruht. Mehr als die Hälfte der Verurteilten war jünger als 23 Jahre (1923-1937: 66%; 1951-1965: 60%), was sich weitgehend mit den Angaben von Weidner für die Bundesrepublik Deutschland und die Jahre 1954-1958 (576 Verurteilungen insgesamt, davon mit 310 fast 54% in der Altersgruppe bis 25 Jahre; Weidner 1972) deckt. Gebhard und Mitarbeiter (1965) berichten über eine kleine Zahl von Sexualtätern (n = 5), die wegen sexuellen Kontaktes mit Tieren verurteilt waren („animal contact“ definiert als penetrierender Sexualkontakt): 4 der Täter waren zwischen 16 und 26 Jahre alt, der älteste Täter 38 Jahre alt. Die Altersverteilung in der hier vorliegenden Studie ist mit 10 Tätern unter 25 Jahren

(davon 7 unter 19 Jahre) sicherlich nicht repräsentativ. So sind laut Grassberger 5% der österreichischen Täter sowohl in den Jahren 1923-1937 als auch 1951-1965 zwischen 54 und 80 Jahre und laut Weidner zwischen 1954-1958 in der Bundesrepublik 26 Täter im Alter von 60 oder mehr Jahren verurteilt worden, was einem Anteil von knapp 5% entspricht (Grassberger 1968; Weidner 1972). Die vorliegende Untersuchung unterstreicht aber die Einschätzung, daß es sich bei sexuellem Kontakt mit Tieren um ein „Monopol der Jugend“ handelt (Gebhard 1965).

Die Rückfallwahrscheinlichkeit war bei den von Grassberger ausgewerteten 698 Fällen aus den Jahren 1923-1937 je größer, desto kürzer das Zeitintervall zwischen Erstdelikt und Rückfalldelikt war. Bei debilen oder schwachsinnigen Tätern fand Grassberger ein besonders kurzes Intervall bis zu einem Rückfall; 49% der Täter in den von ihm ausgewerteten Unterlagen wurden als „debil oder schwachsinnig“ eingeschätzt. Auch Weidner betont in ihrer Untersuchung die niedrige Bildungsstufe der Täter (Weidner 1972). In der im Rahmen dieser Studie ausgewerteten Gutachten wird für alle 10 Täter ein niedriges Intelligenzniveau verzeichnet. Damit und mit dem jungen Alter der Täter dürfte auch die niedrige berufliche Stellung (8 von 10 Probanden waren Hilfsarbeiter) in Zusammenhang stehen.

Nach Grassberger sind bei Tätern, die im späteren Leben erneut wegen widernatürlicher Unzucht mit Tieren, wegen anderer Sexualdelikte oder anderweitiger Straftaten verurteilt werden, neurotische Defekte der Willensbildung und Impulsivität im Zusammenhang mit einer „allgemeinen Haltlosigkeit“ (ausgeprägte Trunksucht, Vagabundage, Arbeitsscheu, soziales Versagen) und damit eine „antisoziale Persönlichkeitsstruktur“ ausschlaggebend für die hohe Rückfallhäufigkeit. Gebhard und Mitarbeiter (1965) stellen bei 4 der 5 von ihnen befragten Täter antisoziale Tendenzen fest, die sich u.a. in Diebstahl- und Eigentumsdelikten ausdrücken.

Auch bei den hier ausgewerteten Gutachten gibt es Hinweise, die für eine gering ausgeprägte soziale Integration der Täter sprechen. Nur 2 Täter hatten eine Partnerschaft, in 4 Fällen wurde eine soziale Vereinsamung als psychosozial belastend beschrieben. Erschwerend hinzu kommt bei 8 Tätern die niedrige berufliche Stellung. 4 der Täter der vorliegenden Untersuchung waren (zum Teil mehrfach) vorbestraft, wobei die Straftaten mit 2 Fällen von Unzucht mit Tieren sowie je einmal Vergewaltigung, homosexuellen Handlungen und Körperverletzung ganz überwiegend Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung darstellten. Mehr als 58% der erwachsenen Täter, die 1966 in der Bundesrepublik verurteilt wurden, waren vorbestraft (Weidner 1972), bei 243 (34,8%) der von Grassberger (1968) ausgewerteten Fälle handelte es sich um ein Zweidelikat des Täters.

Die durch Sodomie erreichte sexuelle Befriedigung kann zum auslösenden und motivierenden Faktor verschiedener gewichtiger Straftaten werden (Kósa 1979). Schon von Hentig (1962) hat darauf hingewiesen, daß sich in der Vorgeschichte von Mördern, insbesondere bei Tätern, deren Delikt als „Lustmord“ einzuordnen ist, in der Vorgeschichte nicht selten ein sexueller Kontakt mit Tieren findet. Auch Schorsch und Becker (1977) berichten, daß bei 3 der von ihnen untersuchten Täter in der Vorgeschichte einen sexuellen Kontakt mit Tieren aufwiesen. Gebhard und Mitarbeiter (1965) haben bei den von ihnen untersuchten Gruppen von männlichen Sexualtätern festgestellt, daß der Anteil derjenigen, die in der Vorgeschichte einen sexuellen Kontakt mit Tieren aufwiesen, zwischen 8% (bei heterosexuell orientierten Tätern, die Straftaten an Erwachsenen begangen hatten) und 33% (bei heterosexuell orientierten aggressiven Tätern, die eine Straftat an Minderjährigen begangen hatten) lag. In einer männlichen Kontrollgruppe lag der Anteil ebenfalls bei 8%; auch

Kinsey und Mitarbeiter geben den Anteil der Männer in der Gesamtbevölkerung, die sexuellen Kontakt mit Tieren hatten, mit knapp 8% an (Kinsey 1948). In der von Grassberger ausgewerteten Gruppe der erneut verurteilten Täter kam es zu 201 Verurteilungen wegen Sexualdelikten, die sich vor allem auf erneute Unzucht mit Tieren (65,2%) sowie auf Mißbrauch von Kindern unter 14 Jahren durch „Beischlaf oder Schändung“ (22,9%) bezogen. Diese erneuten Sexualdelikte der wegen Unzucht mit Tieren vorbestraften Täter werden von Grassberger als Ersatzhandlungen am willenlosen Tier oder am willensschwachen Kind bei gleichzeitigem Fehlen einer erotisch-sexuellen Partnerbeziehung interpretiert (Grassberger 1968). Ein sexueller Kontakt mit Tieren kann als eine sexuelle Deviation bezüglich des Partners bzw. des Partneräquivalents verstanden werden (Schorsch 1975). Das Tier wird zum Ersatz für einen eigentlich interessierenden, menschlichen Partner. Der hohe Prozentsatz von Verurteilungen wegen sexuellen Mißbrauchs von Kindern in Grassbergers Untersuchung deutet möglicherweise darauf hin, daß Parallelen zwischen dem sexuellen Kontakt mit Tieren und dem sexuellen Mißbrauch von Kindern bestehen: Auch bei sexuellem Mißbrauch von Kindern kann der Übergriff auf das Kind eine „Ersatzhandlung“ für die eigentlich gewünschte sexuelle Beziehung zu einem altersentsprechenden Partner darstellen (Beier 1995).

Prognostisch interessant ist Grassbergers tatphänomenologische Beobachtung, daß eine erhöhte Rückfallhäufigkeit und Folgeverurteilungen oft im Zusammenhang damit standen, daß scheinbar wahllos verschiedene Tierarten zum Gegenstand eines sexuellen Kontaktes wurden. Ein häufiger Wechsel der Tierart spricht nach Grassberger für eine häufigere Rückfallquote, da noch nicht einmal zu einer bestimmten Tierart ein emotionaler Kontakt aufgebaut wurde. Eine besonders sadistische Quälerei des Tieres kann als Ausdruck einer besonderen Rohheit des Täters aufgefaßt werden und korrelierte in dieser Untersuchung ebenfalls mit einer höheren Rückfallhäufigkeit (Grassberger 1968). In 19% der von Grassberger ausgewerteten Fälle hatte das Tier Schaden genommen. Diese Zahl erscheint angesichts der 70% der Fälle, bei denen Weidner in ihrer Umfrage eine tatphänomenologisch erkennbare sadistische Komponente feststellt und der 56,1% Fälle in Weidners Literaturübersicht (Weidner 1972) vergleichsweise gering. Bei 30% der hier ausgewerteten Fälle war es ebenfalls zu teilweise schweren Verletzungen des Tiers gekommen; insgesamt waren 6 der 10 Täter gewalttätig vorgegangen.

Tierquälerei kann zwar mitunter eine Teilerscheinung psychopathologischer Vorgänge sein (Kósa 1979), dürfte aber im Zusammenhang mit einem sexuellen Kontakt mit Tieren eher als eine sadistische Sexualpraktik aufzufassen sein. Sadismus stellt eine sexuelle Deviation bezüglich der ausgeübten Sexualpraktik dar, wobei die sexuelle Befriedigung an die totale Unterwerfung bzw. Auslieferung des Partners gebunden ist, der beherrscht werden kann (Schorsch 1975). Beim sexuellen Kontakt mit Tieren besteht zudem eine Deviation der Partnerwahl, indem das Tier den Partner „ersetzt“. Bei der sadistischen Tierquälerei werden zwei Formen devianten Verhaltens miteinander verbunden.

Als prognostisch günstig hat sich nach Grassberger bei bislang nicht vorbestraften Tätern das Alter erwiesen, in dem das Erstdelikt begangen wurde: Keiner der Täter über 68 Jahre wurde wegen eines Sexual- oder anderen Delikts erneut verurteilt. Die mit zunehmendem Alter abnehmende Rückfallhäufigkeit bei nicht vorbestraften Tätern ist nach Grassberger darauf zurückzuführen, daß es sich bei diesen Tätern um Personen mit „hinreichend sozialen Qualitäten“ handelt, bei denen das Delikt eine Ausnahme darstellt und daher eine günstige Sozialprognose gegeben ist (Grassberger 1968). Diese Aussage kann anhand der hier

untersuchten Fälle aufgrund des jungen Alters der begutachteten Täter nicht nachvollzogen werden, von Interesse sind jedoch Grassbergers Angaben zur Rückfallhäufigkeit in vergleichbaren Altersgruppen: Sie betrug in der Altersgruppe von 24-28 Jahren 29,7% und lag bei den Tätern, die zum Zeitpunkt des Erstdelikts zwischen 14 und 23 Jahre alt waren, mit 50,2% sehr hoch (Grassberger 1968). Diese Ergebnisse lassen insbesondere für jugendliche Täter, die sozial nicht oder nur geringfügig sozial integriert sind, eine hohe Rückfallhäufigkeit erwarten. Als prognostisch ungünstig könnte sich dabei insbesondere die Kopplung von sexuellem Kontakt mit Tieren und sadistischer Tierquälerei erweisen, bei der Sexualität weder im Hinblick auf die Partnerwahl, noch auf die ausgeübte Sexualpraktik als sozial integrierte Form von Sexualverhalten gelebt wird. Möglicherweise liegt bei dieser Tätergruppe bereits in einem frühen postpubertären Lebensabschnitt eine dissexuelle Verhaltensweise vor, die den Aufbau von Partnerbeziehungen erschwert, die auf dem einverständlichen Handeln und der sexuellen Selbstbestimmung *beider* Partner beruhen. Gerade für die soziale Integration von Jugendlichen kommt aber dem Aufbau von Partnerbeziehungen eine erhebliche Bedeutung zu. Mißlingt dies, so ist nicht auszuschließen, daß ein dissexuelles Verhalten die Grundlage für eine langfristige Dissozialität bildet, in deren Kontext es zu einer Fortsetzung des dissexuellen Verhaltens oder zur Entwicklung eines sexualdelinquenten Verhaltens kommen kann.

Von den 10 ehemaligen Gutachtenpatienten konnten 4 im Rahmen des Forschungsprojekts nachuntersucht werden. Der durchschnittliche Katamnesezeitraum betrug 32 Jahre. 3 der 4 ehemaligen Täter war der Aufbau einer Partnerschaft gelungen, die jedoch sehr problematisch waren. Alle wiesen eine unstete Arbeitsanamnese auf und waren im Katamnesezeitraum wegen nichtsexueller Delikte (Diebstahl, Körperverletzung) verurteilt worden. Nur ein ehemaliger Gutachtenpatient war erneut dissexuell geworden (Vergewaltigung), der Score für die soziale Integration verschlechterte sich aber in allen Fällen. Nach den Kriterien des DSM-III-R waren zwei Patienten typologisch beschreibbar: In beiden Fällen handelte es sich um antisoziale Persönlichkeitsstörungen (Beier 1995).

Auch wenn sich mit dem Alter des Täters zum Tatzeitpunkt, mit Problemen der sozialen Integration sowie mit einer eventuell ausgeübten sadistischen Sexualpraktik prognostische Anhaltspunkte abzeichnen, so müssen doch stets individuelle Faktoren berücksichtigt werden. Eine Pauschalaussage über die Rückfallsneigung, die allen Fällen gerecht wird, ist nicht möglich (Grassberger 1968).

Literatur

- Beier, K. M.: Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Berlin, Heidelberg, New York: Springer (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie Band 78) 1995.
- Dreher, E.; Tröndle, H.: Strafgesetzbuch und Nebengesetze. München: C. H. Beck (Beck'sche Kurz-Kommentare Band 10) 45. Auflage 1991.
- Gebhard, P.H.; Gagnon, J.H.; Pomeroy, W.B.; Christenson, C.V.: Sex offenders: An analysis of types. New York: Harper & Row 1965.
- Grassberger, R.: Die Unzucht mit Tieren. Wien: Springer (Kriminologische Abhandlungen, Neue Folge, Bd. 8) 1968.
- von Hentig, H.: Soziologie der zoophilen Neigung. Stuttgart: Enke (Beiträge zur Sexualforschung, 25. Heft) 1962.
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E. (1948): Das sexuelle Verhalten des Mannes. S. Fischer, Frankfurt 1967 (Amerikanische Originalausgabe Sexual Behavior in the Human Male 1948).

- Kósa, F.; Vargha, M.; Virágos-Kis, E.; Szilárd, J.: Sodomie (Zoophilie, Bestialität). Ein Beitrag zu ihren Konsequenzen für die Persönlichkeitsentwicklung und den Gefahren dieser sexuellen Aberration für die Gesellschaft an Hand von Fällen aus der Praxis. Arch. Kriminol. 1979; 164: 36-44.
- Langevin, R.; Lang, R. A.; Wright, P., Handy, L. Majpruz, V.: Identifying violence-proneness in sex offenders. Annals of Sex Research 1989; 1: 48-66.
- Massen, J.: Zoophilie. Die sexuelle Liebe zu Tieren. Köln: Pinto Press 2. Auflage 1995.
- Nedopil, N.; Graßl, P.: Das Forensisch-Psychiatrische Dokumentationssystem (FPDS). Forensia 1988; 9: 139-147.
- Schorsch, E.: Sexuelle Deviationen: Ideologie, Klinik, Kritik. In: Schorsch, E.; Schmidt, G. (Hrsg.) Ergebnisse zur Sexualforschung. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1975:48-92.
- Schorsch, E.; Becker, N.: Angst, Lust, Zerstörung. Sadismus als soziales und kriminelles Handeln. Zur Psychodynamik sexueller Tötungen. Reinbek: Rowohlt 1977.
- Stettner, M.: Unzucht mit Tieren - ein Tierschutzproblem. Dtsch. tierärztl. Wschr. 1990; 97: 171-174.
- Weidner, E.: Sodomie und Sadismus als Tierschutzproblem. Veterinärmedizinische Dissertation, Universität Gießen 1972.
- Wille, R.: Forensische Sexualmedizin. In: Forster, B. (Hrsg.) Praxis der Rechtsmedizin, Stuttgart: Thieme, 1986:519-562.
- Witter, H.: Die forensische Beurteilung der Sexualdelikte. In: Göppinger, H.; Witter, H. (Hrsg.): Handbuch der forensischen Psychiatrie Band II. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1972:1050-1077.

Anschrift der Autorin

Dipl. päd. Ursula Vierling-Zubrod, Ärztin im Praktikum, Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Kiel, Weimarer Str. 8, D-24106 Kiel

Pubertäre Retardierung und psychosoziale Anpassung bei Jungen

Pubertal Retardation and Psychosocial Adaptation in Boys

B. Kracke, Mannheim

Zusammenfassung

Bei Jungen zweier Alterskohorten (jüngere Kohorte n=101; ältere Kohorte n=221) wird zwischen 11.5 und 16.5 Jahren der Zusammenhang zwischen individuellen Unterschieden im pubertären Entwicklungstempo und verschiedenen Aspekten der psychosozialen Anpassung untersucht. Insgesamt weisen die Ergebnisse der Analysen per Selbstauskunft erhobener Fragebogendaten auf eine größere psychosoziale Belastung retardierter Jungen hin. Es zeigt sich deutlich, daß ab dem Alter von 13.5 Jahren an bis zum Alter von 16.5 Jahren Jungen, die sich im Vergleich zu Gleichaltrigen als langsamer entwickelt einschätzen, stärker zu Selbstabwertung neigen, sich als weniger integriert in die Gleichaltrigengruppe wahrnehmen und exzessiver Alkohol konsumieren als ihre schneller oder in durchschnittlichem Tempo entwickelten Altersgenossen. Häufiger als in durchschnittlichem Tempo Entwickelte neigen Retardierte auch dazu, die Verletzung von Regeln der Erwachsenenwelt zu befürworten und Freundschaften mit Jugendlichen zu pflegen, die Erwachsenennormen verletzen.

Schlüsselwörter: Pubertäres Entwicklungstempo, Retardierung, Selbstkonzept, jugendliches Problemverhalten.

Abstract

The relationship between individual differences in the pace of pubertal maturation and various aspects of psychosocial adaptation was examined in two cohorts of boys (younger cohort n=101, older cohort n=221). The analyses of self-report questionnaire data point to greater psychosocial strain in retarded boys as compared to their on-time or faster developed age-mates. The results show that from age 13.5 on up to age 16.5 slow maturers - according to self-assessment - express higher self-derogation, feel less integrated into their normative peer group and consume alcohol more excessively. Furthermore, they approve the violation of adult norms and have contacts with normviolating peers more often than on-time maturers.

Key Words: Pubertal Timing, Retardation, Self-Concept, Adolescent Problem Behavior.

Eine zentrale Entwicklungsaufgabe für Jugendliche besteht darin, die körperlichen Veränderungen, die mit den pubertären Prozessen einhergehen, erfolgreich in ihr Selbstbild zu integrieren (Havighurst 1948). Im Jugendalter, in dem das Gleichsein mit den anderen Altersgenossen eine wichtige Rolle für die Lebenszufriedenheit spielt (Brown 1986), können sich Probleme für jene Jugendlichen ergeben, die in ihrer pubertären Entwicklung nach außen sichtbar von der Mehrzahl der Gleichaltrigen abweichen. Dies dürfte aufgrund der großen interindividuellen Variation in Beginn und Dauer der mit der Pubertät einhergehenden sichtbaren körperlichen Veränderungen, wie beispielsweise Wachstumsschub, Stimmbruch, Bartwuchs oder Muskelentwicklung bei Jungen oder Wachstumsschub und

Brustentwicklung bei den Mädchen (vgl. Ewert 1989) für eine nicht unerhebliche Anzahl Jugendlicher eines jeweiligen Geburtsjahrgangs bedeutsam sein. Neben der Wahrnehmung, anders zu sein, dürfte eine abweichende körperliche Entwicklung auch durch die Reaktionen anderer mit möglichen Schwierigkeiten für Jugendliche verbunden sein. So zeigen verschiedene Studien, daß langsamere Entwicklung mit der Erwartung an unselbständigeres Verhalten einhergeht, während schnellere Entwicklung Ansprüche an erwachseneres Verhalten provoziert (zum Überblick siehe Kracke 1994).

In der deutschen entwicklungspsychologischen Forschung ist die Bedeutung körperlicher Faktoren, vor allem des körperlichen Entwicklungstempos für die Jugendentwicklung bislang wenig beachtet worden (Kracke 1994). Studien, die in den USA (z.B. Simmons 1987; Petersen 1985) und Schweden (Stattin 1990) durchgeführt wurden, weisen darauf hin, daß vor allem akzelerierte Mädchen und retardierte Jungen in ihrer psychosozialen Entwicklung besonders belastet sind (Brooks-Gunn 1985). Ihre besondere psychische Belastung scheint daher zu rühren, daß sie in ihrer abweichenden körperlichen Entwicklung jeweils am meisten auffallen und häufig negative Reaktionen von anderen auf ihren Entwicklungsstand erfahren. Früher entwickelte Mädchen leiden besonders im frühen Jugendalter (12- 13 Jahre) unter beeinträchtigtem Selbstwertgefühl (z.B. Alsaker 1992; Simmons 1979), sind weniger zufrieden mit ihrem Körper (z.B. Crockett und Petersen 1987; Alsaker 1992) und zeigen im mittleren Jugendalter (14-15 Jahre) häufiger altersnormenverletzendes Verhalten wie frühes Rauchen oder Trinken (z.B. Stattin 1990). Jungen, die sich vergleichsweise später entwickeln, zeigen eher ein geringeres Selbstwertgefühl (Brack 1988), sind weniger zufrieden mit dem eigenen Körper (Blyth 1982), sind in der Gleichaltrigen-gruppe weniger anerkannt (Jones 1950; Ewert 1984) und fallen durch exzessive Trinkmuster auf (Andersson 1990). Langsamer entwickelte Mädchen sind dagegen eher unauffällig, während schneller entwickelte Jungen bei nicht beeinträchtigtem Selbstwert- und Körpergefühl dazu neigen, mit dem Erwachsenenstatus verbundene Verhaltensweisen, wie Rauchen oder Trinken früher als andere Gleichaltrige zu zeigen.

Die vorliegende Studie ist Teil einer Reihe von quantitativen und qualitativen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen selbst eingeschätztem Entwicklungstempo und der psychosozialen Entwicklung bei Jungen einer deutschen Stichprobe. In diesem Beitrag wird eingehender die Bedeutung verzögerten körperlichen Entwicklungstempos für das Selbstwertgefühl, für kontranormative Einstellungen und für exzessiven Alkoholkonsum betrachtet. Dabei werden Jungen der Altersgruppen 11.5 bis 16.5 Jahre aus zwei Geburtskohorten mehrfach im Jahresabstand untersucht, wobei 13.5jährige zweimal betrachtet werden können, da sie in beiden Kohorten vorkommen (Geburtsjahrgänge 1971 und 1974). Dies ermöglicht ansatzweise die Überprüfung der Generalisierung der an einer Kohorte gewonnenen Resultate. Es wird in jeder Altersstufe jeweils betrachtet, inwiefern sich Jungen, die sich jeweils als langsamer, gleich schnell oder schneller entwickelt als Gleichaltrige einschätzen, in ihrem Selbstkonzept, ihren normativen Orientierungen und in ihrem Alkoholkonsum unterscheiden. Die Betrachtung dieser Altersspanne dient dazu, Phasen zu identifizieren, in denen Jungen besonders sensibel auf Abweichungen im körperlichen Entwicklungstempo reagieren.

Methode

1. Stichprobe

Die Stichprobe der hier untersuchten Jungen entstammt dem Berliner Jugendlängsschnitt (Silbereisen 1983). In dieser Studie wurden mittels eines Kohorten-Sequenz-Designs in Berlin (West) zwischen 1982 und 1988 etwa 2000 Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren jährlich schriftlich befragt. Zur genauen Beschreibung der Stichprobe siehe Kracke (1993). In der vorliegenden Untersuchung werden von der älteren Kohorte (A-Kohorte; Geburtsjahrgang 1971) Daten des dritten (1984) bis sechsten (1987) Meßzeitpunktes (13.5 bis 16.5 Jahre), von der jüngeren Kohorte (C-Kohorte; Geburtsjahrgang 1974) Daten des vierten bis sechsten Meßzeitpunktes (11.5 bis 13.5 Jahre) untersucht. In die Analyse gingen nur Daten von männlichen Jugendlichen deutscher Nationalität ein, die mit ihren beiden Elternteilen zusammenlebten, um etwaige kulturelle Unterschiede in der Bedeutung der körperlichen Entwicklung und Einflüsse der Familienstruktur auf die untersuchten Variablen zu kontrollieren. Weiterhin wurden die Stichprobengrößen durch zum Teil fehlende Angaben zu den hier untersuchten Bereichen reduziert. Der jüngeren C-Kohorte gehörten zum 4. Meßzeitpunkt (MZP) $n=101$, zum 5. MZP $n=95$ und zum 6. MZP $n=98$ Jungen der Stichprobe an. In der älteren A-Kohorte bildeten zum 3. Meßzeitpunkt $n=221$, zum 4. MZP $n=219$, zum 5. MZP $n=219$ und zum 6. MZP $n=188$ Jungen die Stichprobe.

2. Variablen

Wahrgenommenes körperliches Entwicklungstempo. Das subjektiv wahrgenommene körperliche Entwicklungstempo wurde im Fragebogen des Berliner Jugendlängsschnitts zu jedem Meßzeitpunkt mit einer Aussage erhoben, die Bestandteil eines von Ewert (1985) entwickelten Fragebogenteils zur körperlichen Entwicklung war: „Im Vergleich zu meinen Gleichaltrigen entwickle ich mich langsamer (0), gleich schnell (1), schneller (2).“ Zur Validierung des subjektiv eingeschätzten Entwicklungstempos wurden Selbstauskünfte zu Körperlänge und -gewicht, die ebenfalls zu jedem Meßzeitpunkt erhoben wurden, herangezogen wie auch Selbsteinschätzungen zur Kräfte- und Muskelentwicklung. Verschiedene Analysen zeigten, daß sich langsamer entwickelte Jungen in jeder Altersgruppe zwischen 11.5 und 16.5 Jahren von in durchschnittlichem Tempo und schneller entwickelten in bezug auf Körperlänge, -gewicht sowie Muskel- und Kräfteentwicklung unterscheiden. Wer sich als langsamer entwickelt bezeichnete, war kleiner, leichter, weniger muskulös und schätzte sich als schwächer ein (zur ausführlichen Darstellung der Validierung siehe Kracke 1993).

Selbstabwertung. Die erwartete Tendenz langsamer entwickelter Jungen, mit sich selbst nicht zufrieden zu sein, wurde mit der von Kaplan (1978) adaptierten Skala der Selbstabwertung erfaßt. Bei der Überprüfung der internen Konsistenzen der aus vier Items bestehenden Skala (z.B. „Ich möchte vieles an mir ändern.“, „Ich glaube, daß ich nicht viel wert bin.“; 3 = stimmt völlig bis 0 = stimmt nicht) wurden in der jüngeren Kohorte zufriedenstellend hohe Konsistenzkoeffizienten (Cronbachs Alpha) zwischen .62 und .69 und in der älteren Kohorte zwischen .67 und .75 ermittelt.

Erfahrene Ablehnung durch die normative Peergruppe. Die Integration in den normativen Kontext wurde, anders als in der Oakland Growth Study (Jones und Bayley 1950) oder bei Ewert (1984), die Fremdeinschätzungen über die Integration in die normative Peergruppe erhoben, durch die subjektive Wahrnehmung der Jugendlichen erfaßt. Die drei dafür

verwendeten Items wurden aus der „peer-rejection“-Skala von Kaplan (1980) adaptiert (z.B. „Meine Mitschüler (Kollegen) interessieren sich nicht für meine Meinung.“; 3 = stimmt völlig bis 0 = stimmt nicht). Die Überprüfung der internen Konsistenzen ergab für die jüngere Kohorte Alphas zwischen .54 und .67 sowie für die ältere Kohorte zwischen .49 und .62. Angesichts der Kürze der Skala sind die internen Konsistenzen bis auf die Gruppe der 16.5jährigen akzeptabel.

Kontakte zu Erwachsenennormen verletzenden Jugendlichen. Mit einer aus drei Items bestehenden Skala (z.B. „Viele meiner Freunde lügen ihre Eltern an, wenn sie etwas erreichen wollen.“, „Meine Freunde haben oft Ärger mit den Erwachsenen.“; 3 = stimmt völlig bis 0 = stimmt nicht) sollte das Klima, das in dem näheren Bekanntenkreis der Jugendlichen herrscht, erfaßt werden. Dabei wird davon ausgegangen, daß sich in der Beantwortung dieser Fragen niederschlägt, inwieweit die Jungen Kontakt zu Jugendlichen haben, die bereit sind, Erwachsenennormen zu verletzen, ohne unbedingt delinquent zu sein, sondern sich vielmehr in manchen Situationen von bestimmten Werten der Erwachsenenwelt absetzen. Eine solche Orientierung ist zunächst einmal in Anlehnung an die Befunde von Stattin und Magnusson (1990), die für Mädchen häufigere Kontakte mit älteren Jugendlichen berichteten, für körperlich schneller entwickelte Jungen zu erwarten, da jene älteren Peers insofern für jüngere Jugendliche einen devianten Kontext darstellen, als ihr Verhalten teilweise im Gegensatz zu den altersbezogenen Normen für die Jungen steht. In Hinblick auf langsamer entwickelte Jungen ist gemäß der theoretischen Vorstellungen von Kaplan (1980) und Elliot (1985), die Kontakte zu normverletzenden Peers als Reaktion von Jugendlichen darstellen, die sich von ihren normativen Kontexten wie dem Klassenverband ausgeschlossen fühlen, ebenfalls eine im Vergleich zu in durchschnittlichem Tempo Entwickelten eine erhöhte Kontakthäufigkeit zu normverletzenden Peers zu erwarten. Die Überprüfungen der internen Konsistenzen der Skala ergaben für jede Untersuchungsgruppe Alphas von akzeptabler Höhe, in der jüngeren Kohorte zwischen .62 und .67, in der älteren Kohorte zwischen .59 und .65.

Bereitschaft zu normverletzendem Verhalten. Bei diesem Konzept geht es nicht um manifeste Verhaltensweisen, sondern um eine veränderte Einstellung Jugendlicher bezüglich gesellschaftlicher Normen, die durch die Erwachsenenwelt verkörpert und in erster Linie durch die Eltern vermittelt werden. Nach Jessor und Jessor (1977) kann eine erhöhte Bereitschaft, Normen zu verletzen, ein erster Schritt dahin sein, normverletzendes Verhalten selbst zu zeigen. Manifestes normverletzendes Verhalten muß aber nicht unbedingt auf eine erhöhte Bereitschaft Normen anzuzweifeln erfolgen (z. B. „Manchmal habe ich richtig Lust, etwas Verbotenes zu tun.“, „Häufig finde ich die Regeln und Gesetze der Erwachsenen schlecht und habe auch keine Lust, mich immer daran zu halten.“; 3 = stimmt völlig bis 0 = stimmt nicht). Cronbachs Alphas rangierten in der jüngeren Kohorte zwischen .55 und .65 und in der älteren Kohorte zwischen .70 und .75.

Problemverhalten: Exzessiver Alkoholkonsum. Exzessive Trinkmuster wurden mit der folgenden Frage erfaßt: „Wenn Du im letzten Monat Bier/Wein getrunken hast, wie oft hattest Du dann davon einen Rausch?“ Die Antwortmöglichkeiten bestanden in: „0“ nie, „1“ einmal, „2“ 2-5 Rausche, „3“ 6-10 Rausche, „4“ mehr als 10 Rausche.

Ergebnisse

Selbstwertgefühl und erfahrene Ablehnung im Schulkontext

Es wurde erwartet, daß Jungen, die sich selbst als langsamer entwickelt einschätzen, eher eine höhere Tendenz zur Selbstabwertung berichten. Dies dürfte insbesondere für das Alter zwischen 13.5 und 15.5 Jahren zutreffen, da hier der Rückstand in der körperlichen Entwicklung am deutlichsten wird. Zudem wurde postuliert, daß sich körperlich langsamer Entwickelte in dieser Zeit weniger von ihren Klassenkameraden akzeptiert fühlen.

Da beide Hypothesen in die gleiche Richtung weisen, wurden multivariate Varianzanalysen gerechnet, in denen das Alter zum Zeitpunkt der Befragung kontrolliert wurde. Es zeigt sich, daß sich die Jungen je nach körperlichem Entwicklungstempo wie erwartet erst ab dem Alter von 13.5 Jahren und dann durchgängig bis zum Alter von 16.5 Jahren hinsichtlich der Tendenz zur Selbstabwertung und der erfahrenen Ablehnung im Schulkontext unterscheiden. Dies gilt allerdings nur für die ältere Kohorte. Bei den 13.5jährigen der jüngeren Kohorte ist der multivariate Effekt nicht signifikant. Allerdings zeigt ein Blick auf die Mittelwerte, daß auch hier die langsamer Entwickelten am wenigsten mit sich zufrieden sind.

Die Einzelvergleiche zwischen den Entwicklungstempogruppen mittels post-hoc Scheffé Tests zeigen, daß sich langsamer Entwickelte in ihrem Selbstwertgefühl erst bei den 15.5- und 16.5jährigen statistisch bedeutsam von durchschnittlich und schneller Entwickelten unterscheiden. Bei den 13.5- und 14.5jährigen weichen die langsamer Entwickelten mit ihrer erhöhten Tendenz zur Selbstabwertung nur von den durchschnittlich Entwickelten bedeutsam ab. Für die erfahrene Ablehnung im Schulkontext ergaben sich bei den univariaten Varianzanalysen statistisch bedeutsame Effekte des Entwicklungstempos erst bei den 14.5- ($F = 4.78$, $df = 2$, $p < .01$), 15.5- ($F = 3.35$, $df = 2$, $p < .05$) und 16.5jährigen ($F = 6.61$, $df = 2$, $p < .01$) der älteren Kohorte. Allerdings sind die erwarteten Unterschiede, wie post-hoc Scheffé Test zeigen, nur bei den 16.5jährigen deutlich zu finden. Hier berichten Jungen, die sich als langsamer entwickelt wahrnehmen, eine stärkere Ablehnung im Schulkontext als durchschnittlich oder schneller entwickelte. Bei den 14.5jährigen unterscheiden sich die schneller Entwickelten nicht bedeutsam von den langsamer Entwickelten. Der Effekt des Entwicklungstempos geht vielmehr auf den Unterschied zwischen den langsamer und durchschnittlich Entwickelten zurück. Bei den 15.5jährige erfahren die schneller Entwickelten die geringste Ablehnung im Schulkontext, während sich durchschnittlich und langsamer Entwickelte nicht bedeutsam voneinander unterscheiden.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, daß wie erwartet, Jungen, die sich körperlich langsamer entwickeln, ab dem Alter von 13.5 Jahren belasteter sind als durchschnittlich und schneller Entwickelte. Sie sind weniger mit sich selbst zufrieden und fühlen sich von den Klassenkameraden weniger akzeptiert als Jungen, die sich in durchschnittlichem Tempo oder schneller entwickeln. Dabei ist die Unzufriedenheit mit sich selbst schon früher (mit 13.5 Jahren) mit dem körperlichen Entwicklungstempo verbunden als die erfahrene Ablehnung im Schulkontext (mit 14.5 Jahren). Bis zum Alter von 15.5 Jahren unterscheiden sich die schneller Entwickelten noch nicht erheblich von den langsamer Entwickelten. Dies könnte heißen, daß zwischen 13 und 14 Jahren jede Abweichung von der Mehrzahl der Gleichaltrigen eine Bedrohung für das Selbstkonzept darstellt. Später, im Alter von 15 und 16 Jahren, sind dagegen nur noch die Jungen im Nachteil, die sich körperlich langsamer entwickeln.

Kontakte zu normverletzenden Jugendlichen und die Bereitschaft, Normen zu verletzen
 Kontakte zu Jugendlichen, die Erwachsenennormen verletzen, indem sie ihre Eltern anlügen oder auch schon einmal kleinere Gegenstände in Kaufhäusern stehlen, ergeben sich mit zunehmendem Alter, wenn Jugendliche mehr Umgang außerhalb ihres ursprünglichen Freundeskreises haben. Auch die Bereitschaft, Erwachsenennormen, wie sie von den Eltern vertreten werden, anzuzweifeln, dürfte parallel zum Heranwachsen der Jugendlichen im Zusammenhang mit ihrer Autonomieentwicklung steigen. Für diese Prozesse wurde erwartet, daß sie mit dem körperlichen Entwicklungstempo in Zusammenhang stehen und zwar für schneller und langsamer entwickelte Jungen aus unterschiedlichen Gründen. Da angenommen wird, es handele sich bei den Kontakten zu normverletzenden Jugendlichen und der eigenen Bereitschaft, Normen zu verletzen, um eng miteinander verbundene Konzepte, wurden für jede Altersgruppe multivariate Varianzanalysen gerechnet, in denen das Alter bei der Befragung kontrolliert wurde. Nur bei den 14.5-jährigen der älteren Kohorte ergibt sich ein signifikanter multivariater Effekt des körperlichen Entwicklungstempos auf die betrachteten Aspekte kontranormativer Orientierungen. Auch die univariaten Effekte des Entwicklungstempos für die Kontakte zu normverletzenden Jugendlichen ($F = 4.33$, $df = 2$, $p < .01$) und die Bereitschaft, Erwachsenennormen zu verletzen ($F = 4.40$, $df = 2$, $p < .01$), sind hier statistisch bedeutsam. Insgesamt stellt sich also der Effekt des körperlichen Entwicklungstempos auf problematische Orientierungen als nur auf ein kleines Zeitfenster begrenzt dar.

Betrachtet man die Mittelwerte der Entwicklungstempogruppen im Alter von 14.5 Jahren näher, zeigt sich, wie erwartet, daß nicht nur schneller Entwickelte sondern auch langsamer Entwickelte mehr Kontakte zu normverletzenden Jugendlichen haben und eine höhere Bereitschaft zeigen, Normen zu verletzen, als im durchschnittlichen Tempo Entwickelte. Dieses Muster ergibt sich auch bei den 13.5-jährigen der C-Kohorte und ebenfalls bei den 13.5-jährigen der A-Kohorte, wenn es um die Bereitschaft, Normen zu verletzen, geht. Betrachtet man die anderen Altersgruppen, zeigt sich zunächst einmal, daß mit dem Alter die Bereitschaft, Normen zu verletzen und die Kontakte zu normverletzenden Jugendlichen zunehmen. Weiterhin ist zu beobachten, daß die in durchschnittlichem Tempo entwickelten Jungen in allen Altersgruppen zwischen 11.5 und 14.5 Jahren am wenigsten Kontakte zu normverletzenden Jugendlichen haben und die geringste Bereitschaft zeigen, Erwachsenenormen anzuzweifeln. Erst im Alter von 15.5 Jahren weisen sie höhere Mittelwerte als schneller Entwickelte auf. Höhere Mittelwerte als durchschnittlich oder langsamer Entwickelte haben nur die 13.5-jährigen schneller Entwickelten beider Kohorten hinsichtlich der Kontakte zu normverletzenden Jugendlichen. Im Alter von 15.5 und 16.5 Jahren berichten jedoch die langsamer Entwickelten am meisten über solche Kontakte.

Exzessive Trinkmuster

Die schwedischen Forscher Andersson und Magnusson (1990) ermittelten in ihrer Längsschnittstudie, daß sowohl körperlich schneller entwickelte als auch langsamer entwickelte Jungen im Alter von 14.5 Jahren höhere Lebenszeitprävalenzen von Alkoholräschen aufwiesen als Jungen, die sich in durchschnittlichem Tempo entwickelten. Wenn es um die Häufigkeit von Alkoholräschen ging, übertrafen die langsamer entwickelten Jungen sogar noch die schneller entwickelten.

Im Fragebogen des Berliner Jugendlängsschnitts wurde anders als bei Andersson und Magnusson (1990) nicht die Lebenszeitprävalenz von Alkoholräschen erhoben. Es wurde

dagegen gefragt, ob und wie häufig es zu Rauschen im der Befragung vorausgegangenen Monat kam. Dieses vergleichsweise striktere Kriterium läßt die zu betrachtenden Stichproben recht klein werden, was im Folgenden nur die Betrachtung der 13.5- bis 16.5jährigen der älteren Kohorte zuläßt.

Aus den Fragebogenangaben zur Häufigkeit von Rauschen in der Folge des Konsums leichten Alkohols wurde die dichotome Variable Monatsprävalenz von Rauschen gebildet („0“ = „es kam nie zu einem Rausch“, „1“ = „mindestens ein Rausch im letzten Monat“). Es wurden Kreuztabellierungen zum Zusammenhang zwischen Entwicklungstempo und der Monatsprävalenz von Rauschen durchgeführt. Bei den 13.5jährigen zeigt sich, daß langsamer Entwickelte mit 22% zu einem höheren Anteil in der Folge des Konsums leichten Alkohols einen Rausch hatten als durchschnittlich oder schneller Entwickelte, die mit einem Anteil von 7.7% respektive 10% Jungen mit Rauscherfahrungen darunter liegen. Für die 14.5jährigen ergibt sich ein ähnliches Bild: Drei der acht langsamer Entwickelten (37.5%), die im letzten Monat leichten Alkohol getrunken hatten, berichten von mindestens einem Rausch, während nur 13.5% der durchschnittlich Entwickelten und 22.7% der schneller Entwickelten Bier/Weinkonsumenten bis zum Rausch getrunken hatten. Im Alter von 15.5 Jahren unterscheiden sich die Entwicklungstempogruppen nicht so deutlich voneinander im Anteil jener Jungen, die schon mindestens einmal einen Rausch in der Folge des Konsums leichten Alkohols hatten.

Mit 16.5 Jahren schließlich lagen die langsamer entwickelten Konsumenten leichten Alkohols mit einem Anteil von 57% Rauscherfahrungen deutlich höher als die durchschnittlich (31.3%) und schneller Entwickelten (22.7%). Obgleich in allen Altersgruppen zwischen 13.5 und 16.5 Jahren langsamer Entwickelte überproportional häufig unter jenen vertreten sind, die schon einmal einen Rausch hatten, werden diese Unterschiede zu den anderen Entwicklungstempogruppen nur bei den 16.5jährigen statistisch bedeutsam. Bei der Interpretation des Ergebnisses ist allerdings die geringe Stichprobengröße zu bedenken. Entsprechend deuten die Ergebnisse insgesamt doch recht überzeugend auf ein exzessiveres Trinkverhalten der langsamer Entwickelten hin.

Diskussion

Ziel des vorliegenden Beitrags war es, die psychosoziale Situation von Jungen, die sich in verschiedenen Altersgruppen zwischen 11.5 und 16.5 Jahren im Vergleich zu Gleichaltrigen als langsamer entwickelt einschätzen, zu beleuchten. Dabei wurden Aspekte des Selbstkonzeptes, der normativen Orientierungen und als problematisch erachtete Trinkmuster berücksichtigt. Es zeigte sich, daß langsamer entwickelte Jungen einer deutschen Stichprobe ebenso wie Retardierte aus früheren Studien, die in anderen Ländern durchgeführt wurden, im Vergleich zu ihren in durchschnittlichem Tempo oder schneller entwickelten Altersgenossen vermehrt auffälliges Verhalten zeigen.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse wird besonders die Altersspezifität der Effekte des körperlichen Entwicklungstempos deutlich. Eine langsamere körperliche Entwicklung wirkt sich ab dem Alter von etwa 13 Jahren bis zu dem hier untersuchten Alter von 16 Jahren negativ aus. Für 13- und 14jährige scheint darüber hinaus auch eine schnellere Entwicklung gleichermaßen problemhaft im Vergleich zu einer durchschnittlichen Entwicklung zu sein. Allerdings fallen hier die Unterschiede zu den im durchschnittlichen Tempo entwickelten

Jungen weniger deutlich aus als für die langsamer Entwickelten. Was macht nun für die langsamer entwickelten Jungen das Leben als Teenager so schwierig? Dieser Frage wurde von Kracke (1993) in Intensivinterviews nachgegangen. In den Gesprächen zeigte sich, daß die langsamer entwickelten Jungen gerade in der Zeit, in der Jugendliche ihren Freundeskreis stark erweitern und neuen jugendkulturellen Aktivitäten, wie etwa Feten-, Disco- und Kneipenbesuchen nachgehen sowie erste gegengeschlechtliche Freundschaften knüpfen, realisieren, aufgrund ihrer körperlichen Unterlegenheit weniger Chancen zu haben, diese neuen Aspekte der Jugendkultur unkommentiert, d.h. sozial weniger belastend, zu erobern. Ihre körperliche Unterlegenheit erleben sie vor allem im Längenwachstum und in bezug auf die Bart- und Muskelentwicklung, alles Merkmale, die mit einer größeren (positiv bewerteten) Männlichkeit einhergehen. Beispielsweise werden sie im Gegensatz zu schneller und in durchschnittlichem Tempo Entwickelten in öffentlichen Kontexten eher aufgefordert, ihre Ausweise zu zeigen, weil sie für jünger gehalten werden. Auch den Umgang mit Mädchen erleben sie beschwerter. Die Erfahrung, erschwerter Sozialkontakte führt dann auch, wie einige langsamer entwickelte Jungen berichteten, zu exzessivem Alkoholkonsum, weil dieser subjektiv den Umgang mit anderen erleichtert.

Über die langfristige Wirkung der Erfahrung, langsamer entwickelt zu sein, kann aufgrund der für diese Studie verfügbaren Daten keine Aussage gemacht werden. Auch auf der Basis anderer Forschungsarbeiten kann an dieser Stelle über langfristige Wirkungen nicht weiter spekuliert werden, da Studien, die sowohl jugendliches Problemverhalten als auch Daten zum körperlichen Entwicklungstempo erfaßt haben und die Entwicklung bis ins Erwachsenenalter verfolgen, insgesamt rar sind. Hier herrscht eindeutig ein Forschungsdefizit, das in künftigen Forschungsprojekten bearbeitet werden sollte. Es bleibt lediglich auf den Befund von Andersson und Magnusson zu verweisen, die zwar im Alter von 14.5 Jahren eine höhere Belastung von langsamer und schneller entwickelten Jungen durch exzessives Trinken festgestellt hatten, jedoch keine Unterschiede zwischen den Entwicklungstempogruppen im Alter von 16 Jahren beobachteten. Auch in den eigenen Interviews zeigte sich in den retrospektiven Berichten von langsamer Entwickelten, daß diese die Zeit zwischen 15 und 16 Jahren als besonders exzessiv in bezug auf Problemverhalten erlebt hatten, während sich ihr Leben mit 17 Jahren bereits wieder beruhigt hatte. Diese eher unsystematischen Ergebnisse, die einer Überprüfung an größeren Stichproben bedürfen, legen nahe, daß das Problemverhalten langsamer Entwickelter auf ein kleines Zeitfenster, in der sie ihre rückständige Entwicklung als besonders krass erleben, beschränkt zu sein scheint.

Insgesamt machen die hier gezeigten Ergebnisse deutlich, daß bei der Suche nach Ursachen problematischen Verhaltens Jugendlicher als eine zentrale Variable das relative körperliche Entwicklungstempo in der Betrachtung berücksichtigt werden sollte. Diese Forderung wird jedoch bislang weder in der psychologischen (Kracke 1994) noch in der ärztlichen Praxis (Irwin 1986) ausreichend umgesetzt. In unseren Interviews (Kracke 1993) zeigte sich, daß eine Konzentration auf weniger körperbetonte Hobbies wie Literatur oder Musik retardierten Jungen Felder eröffnet, auf denen sie Kompetenzen entwickeln können, die nicht den sozialen Vergleich auf körperlichem Gebiet erfordern.

Im übrigen wäre es u.E. eine interessante Aufgabe interdisziplinärer Forschung, zu untersuchen, in welcher Weise die hier beschriebenen Entwicklungsprozesse mit der Entwicklung der *vita sexualis* interagieren bzw. welche Auswirkungen körperliche Retardationsprozesse auf die Ausbildung des sexuellen und geschlechtlichen Selbstkonzeptes der Heranwachsenden haben.

Literatur

- Alsaker, F.D.: Pubertal timing, overweight, and psychological adjustment. *J. Early Adol.* 1992; 12:396-419.
- Andersson, T.; Magnusson, D.: Biological maturation and the development of drinking habits and alcohol abuse among young males: A prospective longitudinal study. *J. Youth and Adol.* 1990; 19:33-41.
- Blyth, D. A.; Simmons, R. G.; Bulcroft, R.; Felt, D.; van Cleave, E. F.; Bush, D. M.: The effects of physical development on self-image and satisfaction with body-image for early adolescent males. *Res. in Community and Mental Health* 1982; 2:43-73.
- Brack, C. J.; Orr, D. P.; Ingersoll, G.: Pubertal maturation and adolescent self-esteem. *J. Adol. Health Care* 1988; 9:280-285.
- Brooks-Gunn, J.; Petersen, A.C.; Eichhorn, D.: The study of maturational timing effects in adolescence. *J. Youth and Adol.* 1985; 14: 149-161.
- Brown, B. B.; Clasen, D. R.; Eicher, S. A.: Perception of peer pressure, peer conformity dispositions, and self-reported behavior among adolescents. *Dev. Psych.* 1986; 22:521-530.
- Crockett, L. J.; Petersen, A. C.: Pubertal status and psychosocial development: Findings from the early adolescence study. In: Lerner, R.M.; Foch, T.T. (Eds.) *Biological-psychosocial interactions in early adolescence: A life-span perspective*. Hillsdale, NJ: Erlbaum 1987.
- Elliot, D. S.; Huizinga, D.; Ageton, S. S.: *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills: Sage 1985.
- Ewert, O. M.: Psychische Begleiterscheinungen des puberalen Wachstumsschubs bei männlichen Jugendlichen - eine retrospektive Untersuchung. *ZEPP* 1984; 16: 1-11.
- Ewert, O. M.: Differential rates of maturation and psychological functioning. Vortrag gehalten auf den 8th Biennial Meetings der ISSBD, Tours 6.- 10.7.1985.
- Ewert, O. M.: Körperliche und seelische Reifungsprozesse junger Menschen. In: Markefka, M.; Nave-Herz, R. (Hrsg.) *Handbuch der Familien- und Jugendforschung*. Bd. 2: Jugendforschung. Neuwied, Frankfurt/M.: Luchterhand, 1989: 293-310.
- Havighurst, R.J.: *Developmental task and education*. New York: Plenum 1948.
- Irwin, C. E.; Millstein, S. G.: Biopsychosocial correlates of risk-taking behaviors during adolescence. Can the physician intervene? *J. Adol. Health Care* 1986; 7: 82-96.
- Jessor, R.; Jessor, S. L.: *Problem behavior and psychosocial development. A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press 1977.
- Jones, M. C.; Bayley, N.: Physical maturing among boys as related to behavior. *J. Educ. Psych.* 1950; 41:129-148.
- Kaplan, H. B.: Social class, self-derogation and deviant response. *Soc. Psychiatry* 1978; 13:19-28.
- Kaplan, H. B.: *Deviant behavior in defense of self*. New York: Academic Press 1980.
- Kracke, B.: Pubertät und Problemverhalten bei Jungen. Weinheim: Beltz/PVU 1993.
- Kracke, B.; Silbereisen, R.K.: Körperliches Entwicklungstempo und psychosoziale Anpassung im Jugendalter: Ein Überblick zur neueren Forschung. *ZEPP* 1994; 26:293-330.
- Peskin, H.: Influence of the developmental schedule of puberty on learning and ego functioning. *J. Youth and Adol.* 1973; 2:273-290.
- Petersen, A. C.; Crockett, L.: Pubertal timing and grade effects on adjustment. *J. Youth and Adol.* 1985; 14:191-206.
- Silbereisen, R. K.; Eyferth, K.: Jugendentwicklung und Drogen - Zweiter Fortsetzungsantrag and die DFG. In: Silbereisen, R.K.; Eyferth, K. (Hrsg.) *Berichte aus der Arbeitsgruppe TUDrop Jugendforschung*. Berlin: Technische Universität 1983.
- Simmons, R. G.; Blyth, D. A.: *Moving into Adolescence. The impact of pubertal change and school context*. Hawthorne, NY: de Gruyter 1987.
- Simmons, R. G.; Blyth, D. A.; van Cleave, E. F.; Bush, D. M.: Entry into early adolescence: The impact of school structure, puberty, and early dating on self-esteem. *Am. Sociol. Rev.* 1979; 44: 948-967.

Stattin, H.; Magnusson, D.: Pubertal maturation in female development. Hillsdale, NJ: Erlbaum 1990.

Anschrift der Autorin

Dr. phil. Bärbel Kracke, Lehrstuhl Erziehungswissenschaft II, Universität Mannheim, Schloß,
D-68131 Mannheim

Androgynie: Ein hilfreiches Konstrukt für das Phänomen Transsexualismus?

Androgyny In Gender Identity Disorder

R. Arndt; H.A.G. Bosinski, Kiel

Zusammenfassung

Das Geschlechtsrollen-Selbstbild wurde mittels Bem-Sex-Role-Inventory (BSRI; deutsche Fassung) bei 18 Frau-zu-Mann-Transsexuellen (FM-TS), 13 Mann-zu-Frau-Transsexuellen (MF-TS), 30 homosexuellen Frauen (hoF), 30 homosexuellen Männern (hoM), 18 heterosexuellen Frauen (heF) und 19 heterosexuellen Männern (heM) untersucht. Bei den FM-TS, MF-TS, heM und heF wurden darüber hinaus psychometrische Testverfahren (GT, FPI, FAF) und der HAWIE-R eingesetzt. FM-TS beschrieben sich schwerpunktmäßig als androgyn, die MF-TS dagegen als undifferenziert. Der oft behauptete psychisch stabilisierende Effekt eines androgynen Rollenkonzeptes ließ sich nicht nachweisen, eher kam dies dem maskulinen Selbstbild zu. Undifferenziertheit war signifikant korreliert mit problembehafteten Persönlichkeitsmerkmalen, die sich insgesamt bei MF-TS deutlich häufiger als bei FM-TS, heF und heM fanden. HeM und heF boten tendenziell häufiger geschlechtstypisierte maskuline bzw. feminine Antwortmuster, waren jedoch auch in den anderen Kategorien gleichmäßig vertreten. HoM zeigten ein ausgeprägt feminines Geschlechtsrollen-Selbstbild, bei hoF überwog ein androgynes Rollenbild, d.h. von ihnen wurden sowohl maskuline als auch feminine Selbsteinschätzungen gegeben. Anhand der Daten wird die Relativität und kulturelle Gebundenheit von Geschlechtsrollenstereotypen diskutiert.

Schlüsselwörter: Transsexualismus, Androgynie, Geschlechtsrolle, Selbstbild, Geschlechtsidentität

Abstract

Sex-role identity, i.e. self-perceived masculinity and femininity, was measured by the Bem Sex Role inventory (BSRI; German version) in 18 female-to-male-transsexuals (FM-TS), 13 male-to-female-transsexuals (MF-TS), 30 homosexual women (hoW), 30 homosexual men (hoM), 18 heterosexual women (heW) and 19 heterosexual men (heM). FM-TS, MF-TS, heW and heM were also assessed by personality questionnaires (Gießen Test, Freiburger Persönlichkeits Inventar, FAF) and HAWIE-R. Most of the FM-TS described themselves as androgyn, while the majority of MF-TS fell under the undifferentiated category. The latter was correlated with higher rates of anxiety and depression. There was no advantage of androgyny in terms of psychological stability or flexibility, but masculine self-concept was correlated with mental stability. HeM and heW scored highest in their relevant sex-type categories (i.e., masculinity or femininity, respectively), but a considerable number each of group scored also androgyn, undifferentiated or cross-sex-typed. HoM scored highest in feminine category, while most hoW scored high on both scales, i.e., were androgyn. Results are discussed with regard to cultural impacts of sex roles, gender identity and gender identity disorders.

Key Words: Transsexualism, Androgyny, Sex Roles, Gender Identity

1. Einleitung und Fragestellung

Transsexuelle lehnen ihr angeborenes Geschlecht, dessen körperliche Merkmale und die von der Gesellschaft an ihre biologische Geschlechtszugehörigkeit geknüpften Rollenerwartungen mehr oder weniger vehement ab. Sie empfinden sich dauerhaft als Angehörige des anderen Geschlechtes und sind bestrebt, mittels medizinischer Maßnahmen und juristischer Feststellungen die körperlichen Merkmale des anderen Geschlechtes zu erlangen und in dessen Rolle sozial anerkannt zu leben (Bosinski 1994). Ihr So-Sein hat für viele Betrachter etwas Beunruhigendes, Provozierendes, wird doch scheinbar eine der anthropologischen Grundkonstituenten – die alle Klassen, Kulturen und Altersstufen übergreifende Zweigeteiltheit der Menschheit in „weiblich“ und „männlich“ – in Frage gestellt. Sigusch (1992, S. 113) spricht in diesem Zusammenhang vom „Rätsel des Zissexualismus“, das durch transsexuelle Menschen aufgeworfen würde. In der Tat unterstellt ja der Alltagsglaube, daß „üblicherweise“ die – vermeintlichen oder tatsächlichen – psychischen Geschlechtsunterschiede miteinander und mit den körperlichen Geschlechtsunterschieden kohärent seien. Auch die Psychologie hat lange Zeit „Maskulinität“ und „Femininität“ als einander ausschließende, bipolare und monolithische Eigenschaftskomplexe gedacht. Die entsprechenden Meßskalen (vgl. z.B. Fahrenberg 1973) waren so konstruiert, daß die Zunahme an „Maskulinität“ immer eine Abnahme an „Femininität“ bedeutete und umgekehrt. Im psychoanalytischen Denken war hingegen schon früh der Gedanke entwickelt worden, daß männliche und weibliche Repräsentationen in beiden Geschlechtern vorhanden sind. Hingewiesen sei hier insbesondere auf C.G. Jungs Anima-Animus-Konzept (Jung, 1976; Money, 1990). Dieser Gedanke wurde jedoch empirisch nie entfaltet. In der differentiellen Psychologie wurde in den siebziger Jahren zunächst von Constantinople (1973) das Androgynie-Konzept inauguriert, das wesentlich von Bem (1974, 1977, 1985) und – mit anderen Nuancierungen – von Spence (1978, 1985) entwickelt wurde (im Überblick Alfermann 1992; Bierhof-Alfermann 1989). Bem (1981) begründete ihre Konzeption mit der lernpsychologisch fundierten Geschlechts-Schema-Theorie: Da der Geschlechtszugehörigkeit im sozialen Kontext eine hohe Bedeutung beigemessen wird, würden Normen, Gebote und Verbote auf der Grundlage der beiden Geschlechtskategorien („männlich“, „weiblich“) gebildet. Es bestünde die durch kulturspezifische Sozialisationsbedingungen im Rahmen des „sex-typing“ nachdrücklich geförderte Bereitschaft, Informationen dementsprechend kategorisiert durch Prozesse der Assimilation oder Akkomodation (Piaget 1975) zu selektieren und zu verarbeiten. Das Kind erwürbe auf diese Weise bis zum Schulalter ein stabiles, individuell lernerfahrungsabhängiges (maskulin oder feminin typisiertes) „Geschlechts-Schema“, das – je nach Ausprägungsgrad – als zentraler kognitiver Bewertungsmaßstab auch den Neuerwerb von Informationen beeinflusse. Beim mehrdimensionalen Androgynie-Modell werden Maskulinitäts- und Femininitäts-Stereotypen als psychische Kategorien des Geschlechtsrollen-Selbstbildes auf zwei voneinander unabhängigen Skalen gemessen (Abbildung 1). Es zeigte sich, daß es neben den „maskulin typisierten Männern“ (ausgeprägtes Maskulinitäts- und niedriges Femininitäts-Selbstbild) und „feminin typisierten Frauen“ (ausgeprägtes Femininitäts- und niedriges Maskulinitäts-Selbstbild) auch – bis dato gar nicht erfaßbare – Personen gab, deren Selbstbeschreibung auf beiden Skalen hohe Punktzahlen erhielt, die also biologisch zwar entweder „männlich“ oder „weiblich“, psychologisch aber „maskulin“ und „feminin“ waren. Diese wurden als „androgyn“ klassifiziert, während jene, deren Selbstbeschreibung

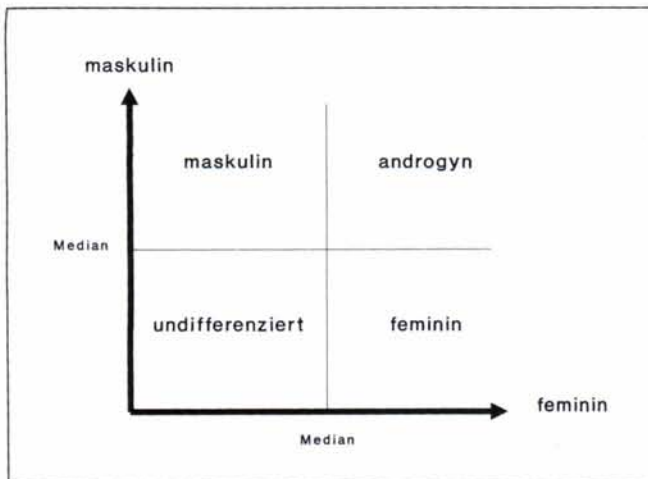


Abb. 1: Zuordnungscluster je nach Ausprägung der beiden Geschlechtsrolleneigenschaften.

weder maskuline noch feminine Eigenschaften hatte, als „undifferenziert“ eingestuft wurden.

Zumindest in den achtziger Jahren bestand die Tendenz zur Idealisierung androgyner Verhaltensmuster als eine Art Garant psychischen Wohlbefindens und geistiger Liberalität. Badinter (1988) sprach sogar von einer „androgynen Revolution“. Auch wenn diese Euphorie etwas abgeflaut ist, bleibt doch die Tatsache bestehen, daß Androgynie in diesem Sinne als positiv korreliert mit dem Selbstwertgefühl, der Flexibilität, der Leistungsmotivation und der Toleranz gegenüber variantenreicher Sexualität gefunden wurde (Bem 1977; Block 1979; Spence 1978; Walfish 1980).

Die Untersuchungen zur Geschlechtstypisierung bei Transsexuellen und Homosexuellen zeigten ein partielles Auseinanderfallen von sexueller Orientierung und Geschlechtsrollen-Selbstbild, jedoch eine relativ gute Übereinstimmung von Geschlechtsidentität und Selbstbild, wobei auch hier Übergänge möglich waren: Fleming und Mitarbeiter (1980) fanden das Klischee der übersteigerten Rollenstereotypisierung Transsexueller im Wunschgeschlecht partiell bestätigt. Im Bem-Sex-Role-Inventary (BSRI; Bem 1974) zeigten Frau-zu-Mann-Transsexuelle (FM-TS) ein ähnliches „Maskulinitäts-Profil“ wie Collegestudenten, der Vergleich zu anderen Gruppen ergab hohe Androgynie-Werte. Die Mann-zu-Frau-Transsexuellen (MF-TS) beschrieben sich hingegen deutlich femininer und nie rein maskulin. Ähnliche Ergebnisse erzielten Fleming und Mitarbeiter (1984) auch mit dem von Spence und Helmreich (1978) entwickelten Personal Attributes Questionnaire (PAQ). Skrapec und MacKenzie (1981) fanden in einer vergleichenden Untersuchung heterosexuelle Probanden eher undifferenziert, homosexuelle Männer in hohem Maße maskulin typisiert. MF-TS ließen sich häufiger als androgyn klassifizieren, zeigten jedoch trotzdem das geringste Selbstwertgefühl. Pfäfflin (1993) untersuchte mittels BSRI das Geschlechtsrollen-Selbstbild und -Wunschbild transsexueller Männer und Frauen in Abhängigkeit von der Stellung des Patienten im Geschlechtsumwandlungsprozeß und fand unter anderem heraus, daß die Patienten nach Abschluß der Umwandlungsbehandlung weit stärker auch Eigenschaften ihres ursprünglichen Geschlechtes zeigten, sich also nicht mehr so stark einem zuvor überangepaßten Rollenklischee unterworfen fühlten. Spence und Helmreich (1978) berich-

ten, daß homosexuelle Männern eher feminin typisiert oder undifferenziert waren, während lesbische Frauen eher als androgyn oder maskulin klassifiziert würden. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen sexueller Orientierung und Geschlechtsrollen-Selbstbild fand Hooberman (1979) bei homosexuellen Männern eher eine feminine und androgyn Zuordnung, die Geschlechtsidentität und das Selbstwertgefühl zeigten sich davon jedoch unabhängig. Oldham und Mitarbeiterinnen (1982) fanden, daß lesbischen Frauen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen erhöhte Maskulinitäts- und unauffällige Feminitätswerte erzielten und eher androgyn oder maskulin typisiert waren. Jones und De Cecco (1982) untersuchten homo- und heterosexuelle Paare mit der Frage, ob das Geschlechtsrollenverhalten einen Einfluß auf die Subjektautonomie und die Partnerschaftsqualität hat und waren überrascht, daß unabhängig von der sexuellen Orientierung 87 % ihrer Probanden als androgyn einzustufen waren, was die Autoren durch die soziokulturellen Besonderheiten ihrer Stichprobe erklärten.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeichneten – bei häufig nur geringer Stichprobengröße – ein teilweise inkonsistentes Bild, die Fragestellungen waren hinsichtlich der zu vergleichenden Gruppen oder der mit dem Geschlechtsrollenempfinden einhergehenden Persönlichkeitseigenschaften relativ eng gestellt. Mit unserer Untersuchung wollten wir daher folgenden Fragen nachgehen:

(a) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der Geschlechtsidentität, der sexuellen Orientierung und dem aus Eigenschaftszuordnungen entstehenden Geschlechtsrollen-Selbstbild?

(b) Welche Zusammenhänge lassen sich zwischen dem Geschlechtsrollen-Selbstbild einerseits und anderen Persönlichkeitseigenschaften bzw. kognitiven Leistungsparametern andererseits aufzeigen? Hat Androgynie im oben definierten Sinne tatsächlich Vorteile für die psychische Gesundheit und Selbstakzeptanz?

2. Methoden und Versuchspersonen

In dieser Studie wurden insgesamt 128 Personen testpsychologisch untersucht. Die alters- und gruppenmäßige Verteilung zeigt Tabelle 1.

Die 68 hetero- und transsexuellen Probanden waren Teilnehmer einer breiter angelegten Untersuchung (Bosinski 1995). Sie unterzeichneten nach ausführlicher Aufklärung eine Teilnahmebereitschaftserklärung und füllten einen umfangreichen standardisierten Frage-

Tab. 1: Zusammensetzung der Stichprobe

N	Kürzel	Alter in Jahren von – bis	Alter in Jahren Mittelwert
18	FM-TS	19-44	28
13	MF-TS	18-35	27
30	hoF	25-45	35
30	hoM	20-54	30
18	heF	19-30	23
19	heM	20-32	23

bogen zur psychosexuellen und somatosexuellen Entwicklung in Kindheit und Jugend, zur sexuellen Orientierung, zur Geschlechtsidentität und zum gegenwärtigen Sexualverhalten aus. Keiner der heterosexuellen oder homosexuellen Probanden machte Angaben, die auf eine Geschlechtsidentitätsstörung deuteten. Die Teilnahme der transsexuellen Probanden fand am Anfang eines von ihnen angestrebten Umwandlungsprozesses statt und war unabhängig von einer eventuellen Begutachtung gemäß dem Transsexuellengesetz. Die homosexuellen Probanden wurden über lokale Schwulen- und Lesbengruppen zur anonymen Mitarbeit gewonnen. Sie bezeichneten sich auf dem dem BSRI beigegeführten Kurzfragebogen, der die Selbsteinstufung als „homo-, bi- oder heterosexuell“ erbat, als „homosexuell“. Die Präferenz des Geschlechts der zum einen in der Phantasie (Masturbation) imaginierten und zum zweiten in der Realität bevorzugten Sexualpartner erfolgte von allen Probanden analog der Kinsey-Skala (Kinsey, 1948) entlang eines Kontinuums von „ausschließlich Männer“ (= Kinsey score [K]= 0 für Frauen bzw. K= 6 für Männer) bis zu „ausschließlich Frauen“ (= K= 0 für Männer bzw. K= 6 für Frauen). Alle homosexuellen Probanden (hoF und hoM) wiesen sowohl in der Phantasie als auch in ihrem realen Sexualverhalten einen K-Score ≥ 5 auf. Alle FM-TS waren sexuell auf Frauen orientiert (gynäphil), ebenso alle sich als heterosexuell bezeichnenden Männer (heM). Von den 13 MF-TS waren 7 gynäphil und 6 androphil. Von den 18 Kontroll-Frauen, die sich als heterosexuell bezeichneten (heF), waren 15 androphil in Phantasie und Verhalten (K=0;), zwei berichteten über seltene (K=1) bis gelegentliche (K=2) homosexuelle Phantasien bei der Masturbation, eine Kontrollprobandin gab bisexuelle Masturbationsphantasien (K=3) und einige homosexuelle Erlebnisse im Jahr vor der Untersuchung (K=2) an.

Alle 128 Probanden füllten die modifizierte Fassung des BSRI aus (Bem 1974; Schneider-Düker 1988). Der Fragebogen gibt insgesamt 60 Eigenschaften vor, die zu gleichen Teilen den Bereichen Maskulinität, Feminität und Neutralität bzw. Soziale Erwünschtheit zugeordnet werden können. Der Proband hat auf einer siebenstufigen Skala (von „Nie/fast nie“ [=1] bis „Immer“ [=7]) anzukreuzen, in welchem Maße diese Eigenschaften für ihn zutreffen. Hieraus wurde dann ein entsprechender Mittelwert pro Skala gebildet.

Zur Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften wurden bei den transsexuellen und den heterosexuellen Probanden zusätzlich folgende psychometrische Testverfahren eingesetzt:

- Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), Fahrenberg (1973)
- Gießen-Test (GT), Beckmann (1983)
- Fragebogen zur Erfassung von Aggressionsfaktoren (FAF), Hampel (1975)

Zur Erfassung von kognitiven Fähigkeiten wurde der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest (HAWIE-R), Wechsler (1956) eingesetzt.

Mit Hilfe der testpsychologisch erfaßten Persönlichkeitseigenschaften sollte die Beziehung zwischen der Geschlechtsrollenidentität und Faktoren psychischer Stabilität erfaßt werden. Die kognitiven Leistungsparameter wurden erhoben, damit mögliche intervenierende Variablen zum Androgyniekonzept deutlicher werden. Das Geschlechtsrollen-Selbstbild der heterosexuellen Kontrollgruppen lieferte die Ausgangsbasis für die weitergehende vergleichende Berechnung mit den transsexuellen und den homosexuellen Probanden für die Konstrukte Androgynität und Undifferenziertheit. Als „cut-off point“ für die beiden unabhängigen Dimensionen diente der jeweilige Medianwert.

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte über einfaktorielle Varianzanalysen, Paarvergleiche im t-Test und über Produkt-Moment-Korrelationen. Als signifikant wurden die Ergebnisse bezeichnet, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit α kleiner als 0,05 war.

3. Ergebnisse

Zunächst sollen die beiden voneinander unabhängigen Skalen des Geschlechtsrollenempfindens („Maskulinität“ und „Femininität“) betrachtet werden, um danach die Ergebnisse aus der zweidimensionalen Zuordnung zu interpretieren.

Für den Bereich „Maskulinität“ fand sich bei den heterosexuellen Probanden eine Übereinstimmung mit dem biologischen Geschlecht und der Geschlechtsidentität (Abb. 2).

Ausgehend von dieser Bezugsgröße wird erkennbar, daß das Geschlechtsrollen-Selbstbild der transsexuellen Probanden ihrer Geschlechtsidentität, nicht aber ihrem biologischen Geschlecht entspricht: Die FM-TS beschreiben sich wie heterosexuelle Männer, die MF-TS ordneten sich bezüglich maskuliner Eigenschaften noch niedriger ein als die heterosexuellen Frauen und erreichten in dieser Kategorie von allen Probanden den niedrigsten Punktwert. Ein von der Richtung entsprechenden, aber in der Intensität abgeschwächten Effekt fand sich bei beiden homosexuellen Gruppen: Lesbische Frauen entsprachen in ihrem Selbstbild bezüglich der Maskulinität den FM-TS und den heterosexuellen Männern, während die Maskulinität des Geschlechtsrollen-Selbstbildes der schwulen Männer dem der heterosexuellen Frauen ähnelte.

Für den Bereich „Femininität“ finden sich nur geringe Unterschiede zwischen den Gruppen (Abb. 3), die wegen der hohen Varianz der Meßwerte statistisch nicht signifikant wurden. Die Interpretation dieser schwachen Tendenzen ist demnach mit einem gewissen Vorbehalt zu betrachten. Die heterosexuellen Frauen zeigen eine stärker feminine Geschlechtsrollen-Selbstbeschreibung als die heterosexuellen Männer. Die homosexuellen Männer erzielen in

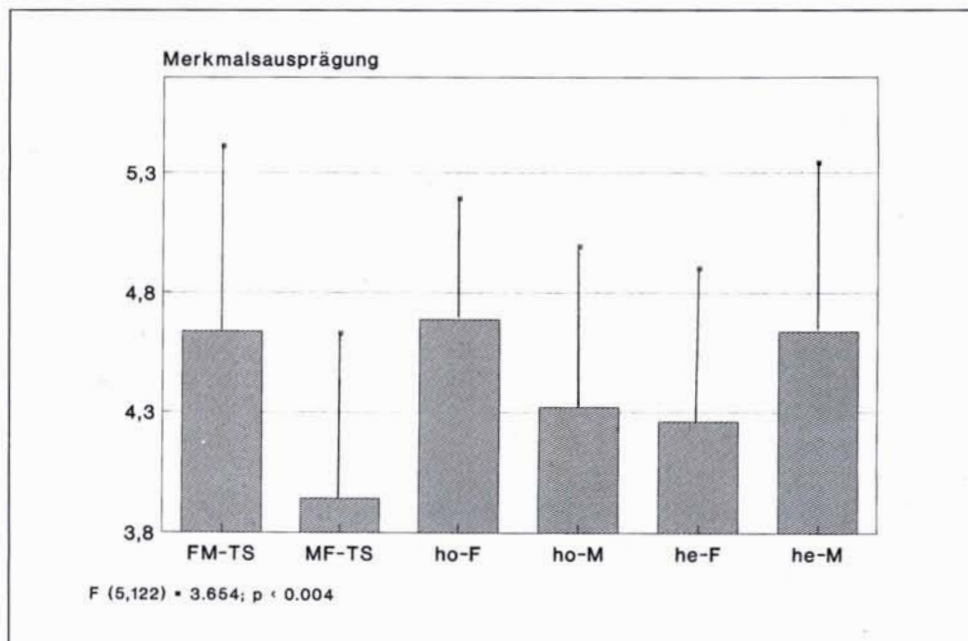


Abb. 2: Maskulinitätswerte nach dem BSRI für die 6 untersuchten Gruppen

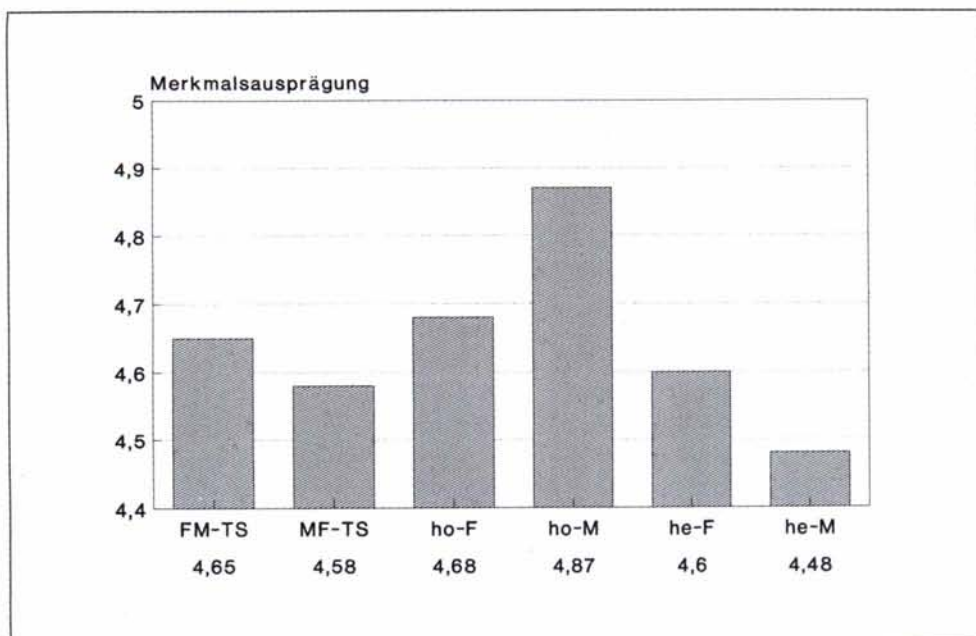


Abb. 3: Femininitätswerte nach dem BSRI für die 6 untersuchten Gruppen

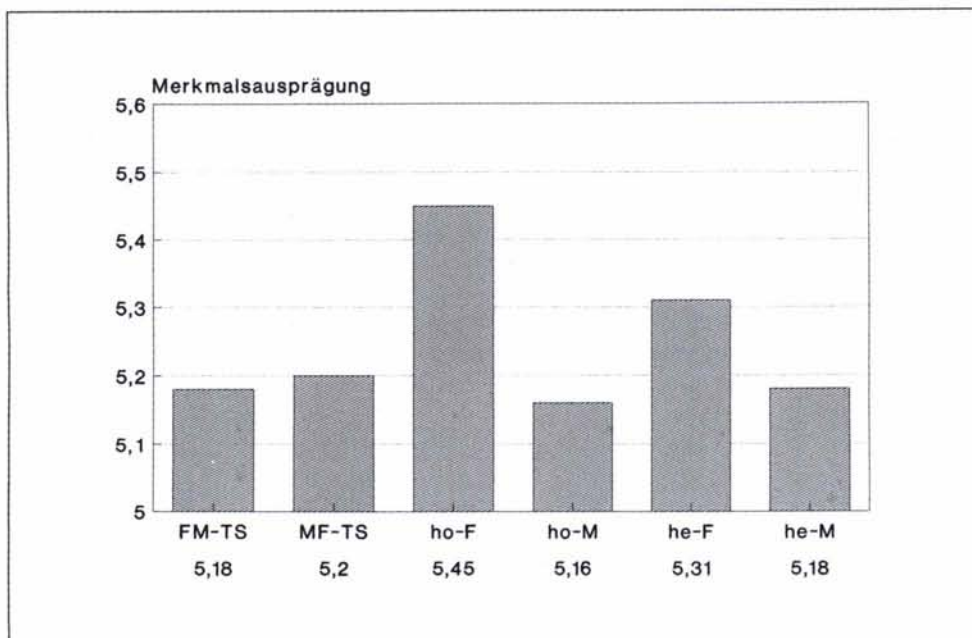


Abb. 4: Soziale Erwünschtheit nach dem BSRI für die 6 untersuchten Gruppen

diesem Bereich den höchsten Wert, aber auch die homosexuellen Frauen sehen sich tendenziell femininer als die heterosexuellen Frauen. Die FM-TS zeigen ein stärker feminin ausgeprägtes Geschlechtsrollen-Selbstbild als die heterosexuellen Frauen und die MF-TS. Die letztgenannten bieten zwar bezüglich des Merkmals „Femininität“ ein relativ stärker ausgeprägtes Selbstbild als die heterosexuellen Männer, liegen aber tendenziell unter der von den homosexuellen Männern vorgenommenen Selbstkategorisierung.

Die Unterschiede zwischen den Gruppen, sich sozial erwünscht darzustellen, waren ebenfalls nur gering ausgeprägt. Leicht überdurchschnittliche Werte wurden von den homosexuellen und den heterosexuellen Frauen erzielt (Abb. 4).

Eine Zuordnung zu den Gruppen nach maskuliner, femininer, androgyner oder undifferenzierter Geschlechtsrollen-Selbsteinschätzung resultiert definitionsgemäß aus der Position im zweidimensionalen Koordinatensystem (Abb. 1). Der jeweilige „cut-off-point“ wird bestimmt durch die beiden Mediane, d.h. in die Kategorie „Maskulinität“ wird derjenige eingeordnet, bei dem die über dem Median maskulin typisierte Selbstbeschreibung die über dem Median feminine überwiegt etc. Die heterosexuellen Frauen und Männer bildeten mit ihren Werten hinsichtlich des Geschlechtsrollen-Selbstbildes die Bezugsgruppe (N = 37), nach der die Mediane errechnet und die Vier-Felder-Aufteilung vorgenommen wurde (s. Tab. 2 a).

Tab. 2: Kategoriale Einordnung des Geschlechtsrollen-Selbstbildes der untersuchten Gruppen (in % von N)

	ANDROGYN		UNDIFFERENZ.		FEMININ		MASKULIN	
	abs	% v.N	abs	% v.N	abs	% v.N	abs	% v.N
FM-TS (N=18)	7	<u>38,9</u>	4	22,2	3	16,7	4	22,2
MF-TS (N=13)	2	15,4	7	<u>53,8</u>	4	30,8	0	-
hoF (N=30)	16	<u>53,3</u>	7	23,3	2	6,7	5	16,7
hoM (N=30)	4	13,3	4	13,3	12	<u>40,0</u>	10	33,3
heF (N=18)	3	16,7	4	22,2	7	<u>38,9</u>	4	22,2
heM (N=19)	3	15,8	5	26,3	3	15,8	8	<u>42,1</u>

Das Geschlechtsrollen-Selbstbild der heterosexuellen Kontrollpersonen ließ sich nach dieser Methode zwar schwerpunktmäßig in die jeweils zugehörige feminine Kategorie (38,9% v. 18 heF) bzw. maskuline Kategorie (42,1% v. 19 heM) einordnen, über die Hälfte dieser Kontrollprobanden verteilten sich jedoch – relativ gleichmäßig – auf die anderen Kategorien. Bei den homosexuellen Männern lag der Schwerpunkt der Einordnung auf der femininen Gruppe (40%), ein Drittel dieser Probandengruppe war ihrer Selbsteinschätzung zufolge als maskulin einzuordnen, je 13% entfielen auf die Kategorie undifferenziert bzw. androgyn. Bei über der Hälfte der homosexuellen Frauen (53,3%) entsprach das Geschlechtsrollen-Selbstbild der Kategorie „androgyn“, eine isoliert feminine Selbsteinschätzung war bei dieser Gruppe trotz der oben erwähnten insgesamt hohen Femininitätswerte jedoch recht selten (6,9 %). Von den MF-TS war mehr als die Hälfte (7 v. 13) in die Kategorie „undifferenziert“ einzuordnen. Eine rein maskuline Selbsteinschätzung konnte in keinem

Tab. 3: Kognitive Leistungsparameter in Abhängigkeit von der Geschlechtsrollen-Selbstbeschreibung

	androgyn	undiff.	feminin	maskulin
HAWIE-R-IQ	111,0	<u>100,56</u>	109,33	111,44
Bilder Ordnen	10,31	<u>9,06</u>	12,33	11,44
Mosaik-Test	11,46	10,25	10,56	<u>9,88</u>
Allgemeines Verständnis / IQ	.121	<u>.100</u>	.121	.120
Gemeinsamkeiten Finden / IQ	.109	<u>.095</u>	.107	.110
Bilder Ordnen / IQ	.093	<u>.087</u>	.111	.102
Mosaik-Test / IQ	.103	.099	.095	<u>.086</u>
Handlungs-IQ / IQ	.97	.101	.99	<u>.94</u>

Fall festgestellt werden. Die von den 18 FM-TS gegebene Selbsteinschätzung ordnete sich bei 38,9% in die Kategorie „androgyn“ ein. Wenn man berücksichtigt, daß eine androgyne Geschlechtsrollenselbsteinschätzung eine überdurchschnittlich ausgeprägte feminine Selbsteinschätzung beinhaltet, so kann festgestellt werden, daß mehr als die Hälfte dieser Probanden eine hohe feminine Selbstbeschreibung abgaben.

3.1 Zum Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollen-Selbstbild und kognitiven Fähigkeiten

Um die Beziehung zwischen Geschlechtsrollen-Selbstbild und kognitiven Leistungen zu beurteilen, können die Gruppen zunächst unabhängig vom biologischem Geschlecht und von der Geschlechtsidentität zusammengefaßt werden (Tab. 3). Zur besseren Übersicht werden nur die Ergebnisse dargestellt, bei denen die Varianzanalyse einen signifikanten Effekt aufzeigte. Es sei jedoch angemerkt, daß die übrigen (nicht signifikanten) Unterschiede tendenziell in die gleiche Richtung zeigten. Die niedrigsten Werte im Vergleich zwischen den Gruppen werden in Tabelle 3 unterstrichen, die jeweils höchsten fett dargestellt.

Aus dieser Tabelle sind folgende Befunde ableitbar:

- Die Probanden mit einem undifferenzierten Geschlechtsrollen-Selbstbild sind weniger intelligent als die der anderen Selbstbild-Kategorien.
- Die Probanden mit einem femininen Geschlechtsrollen-Selbstbild zeigten besonders hohe Werte im – in der Testpsychologie als Ausdruck „sozialer Intelligenz“ betrachteten – Bilder-Ordnen.
- Probanden mit einer androgynen Selbsteinschätzung konnten Aufgaben besonders gut lösen, die synthetische Fähigkeiten erfordern (Mosaik-Test).

Relativiert man spezifische Intelligenzleistungen durch die jeweilige Gesamtintelligenz, so finden sich zusätzlich folgende Zusammenhänge:

- Personen mit einer androgynen Selbsteinschätzung erzielten für ihr Intelligenzniveau relativ niedrige Werte bei der Erfassung sozialer Situationen (Soziale Intelligenz). Dieser Effekt ist noch stärker bei den Probanden mit undifferenziertem Geschlechtsrollen-Selbstbild, die zudem relativ niedrige Leistungen im Bereich der Abstraktion („Gemeinsamkeiten Finden“) aufwiesen.

- Probanden mit maskulin typisiertem Selbstbild wiesen eine relativ niedrige Handlungsintelligenz auf, wobei insbesondere die synthetischen Fähigkeiten (Mosaik-Test) gemessen an ihrer Gesamtintelligenz als schwach einzustufen waren.
- Die Probanden mit feminin typisiertem Geschlechtsrollen-Selbstbild zeigten auch relativ zu ihrem jeweiligen IQ die höchste soziale Intelligenz.

3.2 Zum Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollen-Selbstbild und Persönlichkeitsmerkmalen

In den testpsychologischen Fragebögen zur Messung von Persönlichkeitsfaktoren wurden für die vier Gruppen mit unterschiedlicher Geschlechtsrollen-Selbstbeschreibung die in Tabelle 4 aufgezeigten signifikanten Unterschiede gefunden. Zunächst werden wieder alle Probanden gemeinsam betrachtet, um den primären Einfluß der Selbstbild-Kategorie (maskulin, feminin, androgyn, undifferenziert) zu prüfen. Dabei beziehen sich die Tabellenangaben zu den FPI- und FAF-Werten auf Stanines, die Gießen-Test Angaben sind T-Werte. Die niedrigsten Werte sind unterstrichen, die höchsten fett markiert.

Wie erkennbar wird, sehen sich Probanden mit maskulin einzuordnendem Selbstbild als relativ wenig nervös, erregbar, depressiv, gehemmt oder selbstaggressiv, dagegen erzielten sie die höchsten Werte in den Bereichen Geselligkeit, Gelassenheit und Extraversion. Probanden mit einer femininen Geschlechtsrollen-Selbstbeschreibung sehen sich eher als nervös und depressiv und erzielten die höchsten Werte im Bereich Selbstaggression. Die

Tab. 4: Persönlichkeitsunterschiede in Abhängigkeit von der Geschlechtsrollen-Selbstbeschreibung

	androgyn	undiff.	feminine	maskuline
FPI				
Nervosität	4,45	4,95	5,47	<u>3,06</u>
Depressivität	5,8	5,7	6,24	<u>4,13</u>
Erregbarkeit	5,6	4,3	4,59	<u>3,63</u>
Geselligkeit	5,73	<u>3,65</u>	5,35	6,81
Gelassenheit	4,47	<u>3,15</u>	3,59	5,19
Dominanzstreben	5,4	3,8	<u>3,37</u>	4,13
Gehemmtheit	4,13	6,7	6,0	<u>3,44</u>
Extraversion	5,47	<u>3,55</u>	4,75	5,94
Maskulinität	5,2	<u>3,55</u>	4,12	6,73
FAF				
Spontane Aggression	4,93	<u>3,65</u>	4,53	4,27
Selbstaggression	5,87	5,70	6,29	<u>3,87</u>
Offenheit	6,25	<u>4,35</u>	6,25	5,33
Summe Aggression	5,47	<u>3,6</u>	4,06	3,67
Gießen-Test				
Depressivität	60	60	62	<u>50</u>
Durchlässigkeit	43	50	<u>40</u>	43

Die Werte im FPI und im FAF beziehen sich auf Stanines, die Werte im Gießen-Test auf T-Werte. Die niedrigsten Werte sind unterstrichen, die höchsten fett markiert.

Tab. 5: Zusammenhang zwischen Geschlechtsrollen-Selbstbeschreibung und Persönlichkeitseigenschaften außerhalb des Normbereiches bei beiden Transsexuellen-Gruppen. Die Auflistung folgt dem Grad der Abweichung.

Geschlechtsrollen-Selbstbeschreibung	androgyn	undifferenziert	feminin	maskulin
Frau-zu-Mann-Transsexuelle	depressiv erregbar dominant aggressiv selbst-aggressiv	gehemmt introvertiert depressiv	nervös aggressiv emotional labil	wenig nervös oder erregbar
Mann-zu-Frau-Transsexuelle	depressiv gesellig extravertiert emotional labil sozial potent selbst-aggressiv wenig reakt.aggr.	nervös gehemmt emotional labil depressiv selbst-aggressiv	gehemmt depressiv emotional labil selbst-aggressiv wenig reakt.aggr.	

Personen mit einer undifferenzierten Geschlechtsrollen-Selbstbeschreibung können dagegen als unsicher, ungesellig und introvertiert beschrieben werden. Die als androgyneingeordneten Probanden fallen durch ein relativ hohes Erregungs- und Aggressionspotential auf, das mit relativ hohem Dominanzstreben einhergeht.

Vergleicht man das nach dem FPI gewonnene Persönlichkeitsprofil der transsexuellen Probanden mit den heterosexuellen Kontrollprobanden, so zeigt sich, daß die Kontrollstichprobe im wesentlichen der Eichstichprobe dieses Tests entspricht, die transsexuellen Probanden jedoch erheblich davon abweichen, und zwar sowohl, wenn man ihre Angaben auf ihre biologische Geschlechtergruppe als auch wenn man es auf die Eichung für ihr Identitätsgeschlecht bezieht. Die wichtigsten Abweichungen finden sich im Bereich Depressivität, Gehemmtheit und Emotionale Labilität. Bei den MF-TS sind diese Abweichung deutlich stärker als bei den FM-TS ausgeprägt. Setzt man diese Abweichungen ins Verhältnis zu den zuvor vorgenommenen Geschlechtsrollen-Selbstbild-Kategorien, so zeigen sich einige Zusammenhänge, die jedoch aufgrund des kleinen Stichprobenumfangs keine ausreichende statistische Relevanz erlangen (Tab. 5).

Um korrelative Zusammenhänge zu erkennen, können wir nicht mit der kategorialen Vierfelder-Zuordnung arbeiten, sondern müssen die individuellen Werte der beiden Geschlechtsrollen-Dimensionen Maskulinität und Femininität anschauen. Korrelative Aussagen über die Androgynie sind demnach nicht direkt möglich. Als ein Annäherungswert soll im folgenden der Summenwert von Maskulinität und Femininität dienen. In der Tabelle 6 sind darüber hinaus Werte aus dem Bem-Bereich „Soziale Erwünschtheit“ und aus dem FPI „Maskulinität“ mit den unterschiedlichen Faktoren der anderen Persönlichkeitsverfahren korreliert worden.

Bei den transsexuellen Probanden korreliert eine maskuline Selbstbeschreibung mit geringer Gehemmtheit, Extraversion, positiver Resonanz und geringer Aggressionshemmung. Eine feminine Selbstbeschreibung geht mit einer hohen sozialen Potenz einher, und der Bereich Soziale Erwünschtheit korreliert positiv mit Geselligkeit, Gelassenheit, Extraversion und sozialer Potenz. Im Gegensatz zum BSRI erfaßt der FPI auf seiner Maskulinitäts-

Tab. 6: Korrelative Zusammenhänge zwischen einzelnen Bereichen des Geschlechtsrollenempfindens und anderen Persönlichkeitseigenschaften

	maskulin	feminin	maskulin + feminin	soz. erwü.	maskul. im FPI
FPI					
Nervosität	-.30	.08	-.15	-.36	-.68**
Aggressivität	.30	.12	.27	-.15	.22
Depressivität	-.10	.06	-.03	-.21	-.54**
Erregbarkeit	-.10	.09	-.02	-.29	-.45*
Geselligkeit	.36	.28	.39	.58**	.27
Gelassenheit	.27	.30	.34	.54**	.20
Dominanzstreben	.06	.20	.15	.07	-.21
Gehemmtheit	-.74**	-.16	-.58**	-.35	-.69**
Offenheit	-.00	.12	.05	-.29	-.12
Extraversion	.44*	.34	.48*	.49*	.17
Emotionale Labilität	-.10	.04	-.04	-.38	-.48*
Maskulinität	.50*	.04	.36	.27	1.00**
Gießen-Test					
Positive Resonanz	.47*	.18	.41*	.31	.19
Dominanz	-.03	-.12	-.08	-.10	-.06
Kontrolle	.40	-.10	.22	.20	.28
Depressivität	-.14	.11	-.03	-.31	-.52**
Durchlässigkeit	-.01	.40	.20	.37	.22
Soziale Potenz	.45*	.50*	.57**	.43*	.19
FAF					
spontane Aggression	.22	.03	.17	-.28	.24
reaktive Aggression	.29	.18	.29	.16	.02
Erregbarkeit	-.03	.16	.06	-.04	-.19
Selbstaggression	-.18	.11	-.06	-.10	-.56**
Aggressionshemmung	-.46*	.18	-.21	-.02	-.47*
Summe Aggression	.12	.16	.17	-.06	-.06

Skala des Geschlechtsrollenempfindens bipolar, d.h. ein niedriger Wert auf dieser Skala bedeutet feminine Selbsteinschätzung. Wie in Tabelle 6 erkennbar, korreliert eine maskuline Selbstbeschreibung im FPI mit Eigenschaften, die mit Stärke bzw. psychische Gesundheit umrissen werden können.

4. Diskussion

Unsere Ergebnisse bestätigen unsere bereits früher (Bosinski 1992) geäußerte Vermutung, daß biologische Geschlechtszugehörigkeit, Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung durchaus nicht kohärent sein müssen. Andererseits zeigten sich zwischen den heterosexuellen, homosexuellen und transsexuellen Männern und Frauen unserer Stichprobe teilweise deutliche Unterschiede bezüglich des Geschlechtsrollen-Selbstbildes, die von den Ergebnissen anderer Autoren abweichen. Die Unterschiede für den Bereich Maskulinität waren dabei sehr viel deutlicher ausgeprägt als für den Bereich Feminität.

Der klinischen Erfahrung entsprechend fanden wir die transsexuellen Probanden beiderlei Geschlechts erheblich in ihrem Persönlichkeitsprofil sowohl von der Kontrollstichprobe als auch von der, den einschlägigen Tests zugrundeliegenden, normalen Eichstichprobe abweichend. Dies galt für die MF-TS Gruppe noch stärker als für die FM-TS Gruppen, wie überhaupt beide Gruppen teilweise deutliche Unterschiede auch im Bereich des Geschlechtsrollen-Selbstbildes zeigten. So fiel in unserem Datenmaterial die hohe feminine Selbsteinschätzung der Frau-zu-Mann-Transsexuellen auf, die – zusammen mit den ebenfalls hohen Maskulinitäts-Werten – zu einem hohen Anteil androgyn einzuordnender Selbstbeurteilungen führte. Demgegenüber wiesen die Mann-zu-Frau-Transsexuellen auf beiden Skalen eher niedrige Eigenschaftsangaben auf, was zu einem häufigeren Einordnen in die Kategorie „undifferenziert“ führte. Dieser Unterschied könnte durch den – von anderen Autoren (Schneider-Düker 1988) ebenfalls beschriebenen – Umstand erklärt werden, daß den als maskulin stereotypisierten Eigenschaften im sozialen Kontext ein höherer Stellenwert beigemessen wird, weshalb bis auf die MF-TS alle Probanden derartige Eigenschaften bei sich zulassen können. Die FM-TS profitieren von dieser positiven Bewertung von Maskulinität besonders, da diese ihrer Geschlechtsidentität adäquat ist. Die Tatsache, daß sie sich trotzdem feminine Eigenschaften zuschreiben – und zwar teilweise in stärkerem Maße als hetero- und homosexuelle Frauen und anders als bei Pfäfflin (1993) bereits im Beginn eines Transformationsprozesses – mag durch die kleine Zahl bedingt sein, könnte aber mit dazu geführt haben, daß die FM-TS, wiewohl auch sie diesbezüglich von der Kontrollstichprobe abweichen, ein insgesamt deutlich weniger gestörtes Persönlichkeitsprofil aufwiesen als die MF-TS. Es entspricht auch unserem klinischen Eindruck, daß die Vehemenz der Ablehnung des weiblichen Geschlechts bei FM-TS sich vornehmlich auf die körperlichen Aspekte (Menstruation, Mammae) und weniger auf inzwischen im gesamtgesellschaftlichen Diskurs doch merklich aufgewerteten sog. „femininen Eigenschaften“ wie soziale „Zuwendung“, „Empathie“, „soziale Orientierung“ etc. bezieht.

Angesichts eines solchen möglicherweise abgelaufenen Wertewandels ist auch zu fragen, ob die von Bem vor gut 20 Jahren in den USA entwickelten und von Schneider-Düker und Kohler in Deutschland vor gut sieben Jahren geeichten „feminin“ bzw. „maskulin“ typisierten Items heute noch die Wirklichkeit widerspiegeln. Es wäre u.E. eine lohnende Aufgabe, die aktuelle Stereotypisierung der Geschlechtsrollen-Urteile zu untersuchen – wenn es sie denn überhaupt noch in dieser Deutlichkeit gibt. Dieser – postulierte – Prozeß der höheren Akzeptanz früher als vorwiegend weiblich betrachteter Eigenschaften läßt sich besonders bei offen schwulen Männern beobachten, die in der gesamten Stichprobe die höchsten Werte auf der „Femininitäts-Skala“ für sich reklamierten. Offen lesbische Frauen tun dies ebenfalls, wenn auch nicht in derart starkem Maße, schreiben sich jedoch auch viele als „maskulin“ typisierte Eigenschaften zu, weshalb sie tatsächlich als die am stärksten „androgyn“ Untergruppe unserer Stichprobe auftraten. Die beiden heterosexuellen Unterstichproben ordneten sich zwar stärker „geschlechtstypisch“ ein, aber auch hier war die Verteilung über alle vier Merkmalskategorien beachtlich.

Also doch eine „androgyn Revolution“? Zunächst bleibt festzustellen, daß wir keine sicheren Angaben darüber machen können, inwiefern die soziale Zugehörigkeit unserer Probanden die Selbstbeurteilung beeinflusst haben: Wie bereits andernorts berichtet (Bosinski 1995) litt unser Vergleich zwischen transsexuellen und nicht-geschlechtsidentitäts-gestörten heterosexuellen Probanden etwas unter dem verschiedenen Bildungsniveau und der sozialen Schichtungsdifferenz. Dies könnte auch die Urteilsbildung im hier in Rede

stehenden Bereich beeinflusst haben. Über den sozialen und bildungsmäßigen Hintergrund unserer homosexuellen Kontrollstichprobe konnten wir keine Angaben erheben. Der Vergleich zwischen Selbstbild-Kategorisierung und kognitiven Fähigkeiten im HAWIE-R zeigte aber, daß von einem „Androgynie-Bonus“ weder im Bereich der Gesamt-Intelligenz noch in den verschiedenen Kompartimenten gesprochen werden kann; die feminin bzw. maskulin typisierten Probanden zeigten hier ebenso gute Leistungen. Eher gab es einen „intelligenz-mindernden“ Einfluß der Undifferenziertheit, der sich jedoch nur im statistischen Vergleich, nicht in den tatsächlich erreichten Werten – die immer noch im Normbereich lagen – ausdrückte und besonders ausgeprägt im Bereich der Beurteilung sozialer Situationen war. Die in der Literatur diskutierten besseren Leistungen biologischer Männer im Handlungsteil und biologischer Frauen im Verbalteil konnten wir in unserer Stichprobe nicht finden. Dies mag an den insgesamt überdurchschnittlich hohen Leistungen sowohl der männlichen als auch der weiblichen Kontrollstichprobe gelegen haben. Mit der sozialen Geschlechterrollentypisierung (also unabhängig vom Geburtsgeschlecht) gab es interessanterweise einen umgekehrten Zusammenhang bei den maskulin typisierten Probanden, die signifikant schlechtere Leistungen im Handlungsteil aufwiesen.

Es zeigte sich aber auch, daß die in der Anfangszeit des Androgynie-Konzeptes postulierten psychischen „Vorteile“ der Androgynie sich in unserer Stichprobe nicht nachweisen ließen: Psychische Stabilität ging signifikant häufiger mit einer maskulinen Selbsteinordnung denn mit einem androgynen Selbstbild einher, und zwar in allen untersuchten Gruppen. Hier wäre jedoch erneut zu fragen, ob seinerzeit als „maskulin“ eingeordnete Eigenschaften wie „Durchsetzungsfähigkeit“ oder „Bestimmtheit“ nicht mittlerweile eher geschlechtsneutrale und für beide Geschlechter als wünschenswert betrachtete Kategorien geworden sind.

Daß transsexuelle Menschen nicht als „pressure-group“ im „Geschlechterkampf“, beim „Aufsprengen der bipolaren Geschlechterhierarchie“ etc. taugen, sondern zuallererst (an ihrem Geschlecht) Leidende sind, zeigen insbesondere die Ergebnisse bei den biologisch männlichen transsexuellen Probanden, d.h. den MF-TS: Deutlich lehnen sie die als maskulin kategorisierten Eigenschaften für sich ab, sehen bei sich aber auch kaum feminin typisierte Eigenschaften und ordnen sich deshalb insgesamt überzufällig häufig in die Kategorie „undifferenziert“ ein, die wiederum signifikant mit psychischen Befindlichkeitsstörungen vergesellschaftet ist. In der Tat wird hier ein brüchiges, zerrissenes Selbstkonzept deutlich, das als Flucht vor Rollenanforderungen gedeutet werden könnte und auch in der klinischen Begegnung immer wieder sichtbar ist.

Diese klinische Erfahrung, z.B. der erlebte Zwiespalt zwischen einer bis ans karikative reichenden vermeintlichen „Weiblichkeit“, auf deren Anerkennung und körperliche Vollendung andererseits mit „männlicher Härte“ gepocht wird, wirft die Frage auf, ob Fragebogen-Methoden wie die hier eingesetzte alleine überhaupt ausreichende Mittel sind, um ein Geschlechterrollenempfinden adäquat abzubilden. Dem unverkennbaren Vorteil der Standardisierung und Vergleichbarkeit steht der mitunter vorhandene Mangel an Realitätsbezug gegenüber. Es schiene uns wünschenswert, wenn sexualmedizinisch/sexualwissenschaftlich Tätige jenseits ihrer „Schulenzugehörigkeit“ zukünftig mehr Wert auf die gemeinsame Erarbeitung eines Methodeninventars legten, das derart komplexe Zusammenhänge wie „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“, „Maskulinität“ und „Femininität“ besser abzubilden in der Lage wäre.

Literatur

- Alfermann, D.: Maskulinität/ Femininität versus Androgynie. In: Wessel, K.F.; Bosinski, H.A.G. (Hrsg.) Interdisziplinäre Aspekte der Geschlechterverhältnisse in einer sich wandelnden Zeit. Bielefeld: Kleine Verlag 1992 (S.284-294)
- Badinter, E.: Ich bin Du. Die neue Beziehung zwischen Mann und Frau oder Die androgyne Revolution. München: Piper 1988
- Beckmann, D.; Brähler, E.; Richter, H.E.: Der Gießen-Test. Bern: Hans Huber 1983 (3. Aufl.)
- Bem, S.L.: Androgyny and gender schemata theory: A conceptual and empirical integration. In: Sonderegger, T.B. (Ed.) Psychology and gender (Nebraska Symposium on Motivation). Lincoln: University of Nebraska Press 1985
- Bem, S.L.: Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. Psychol. Rev. 1981; 88: 354-364
- Bem, S.L.: On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. J. Consult. Clin. Psychol. 1977; 45: 196-205
- Bem, S.L.: The measurement of psychological androgyny. J. Consult. Clin. Psychol. 1974; 42: 155-162
- Bierhoff-Alfermann, D.: Androgynie. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechterrollen. Opladen: Westdt. Verlag. 1989
- Block, J.: Conceptions of sex role: Some cross-cultural and longitudinal perspectives. American Psychologist 1973; 28: 512-526
- Bosinski, H.A.G.: „Männlichkeit“/ „Weiblichkeit“ – „Homosexualität“/ „Heterosexualität“. Zum Problem der Begrifflichkeit und Verbundenheit von Dichotomien. Mitteilungen aus der kulturwissenschaftlichen Forschung, Humboldt Universität zu Berlin 1992; 31: 55-67.
- Bosinski, H.A.G.; Schröder, I.; Arndt, R.; Heidenreich, M.; Wille, R.: Anthropometrische Befunde bei Frau-zu-Mann Transsexuellen. Sexuologie 1995, 2: 325-333
- Bosinski, H.A.G.; Sohn, M.; Löffler, D.; Wille, R.; Jakse, G.: Aktuelle Aspekte der Begutachtung und Operation Transsexueller. Deutsches Ärzteblatt 1994; 91: 726-732.
- Constantinople, A.: Masculinity – femininity: An exception to the famous dictum. Psychol. Bull. 1973; 80: 389-407
- Fahrenberg, J.; Selg, H.; Hampel, R.: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Göttingen: Hogrefe 1973
- Fleming, M.Z.; Costos, D.; Mc Gowan, B.: Ego development in female-to-male transsexual couples. Arch. Sex. Behav. 1984; 13: 581-594
- Fleming, M.Z.; Jenkins, S.R.; Bugarin, C.: Questioning current definitions of gender identity: Implications of the Bem sex-role inventory for transsexuals. Arch. Sex. Behav. 1980; 9: 13-26
- Hampel, R.; Selg, H.: FAF Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren. Göttingen: Hogrefe 1975
- Hooberman, R.E.: Psychological androgyny, feminine gender identity and self-esteem in homosexual and heterosexual males. J. Sex. Res. 1979; 15: 306-315
- Jones, R.W.; De Cecco, J.P.: The femininity and masculinity of partners in heterosexual and homosexual relationships. J. Homosex. 1982; 8(2): 37-44
- Jung, C.G.: Die Archetypen und das kollektive Unbewußte. Gesammelte Werke Band 9/1. Olten: Walter Verlag 1976
- Kinsey A.C.; Pomeroy, W.B.; Martin, C.E.: Sexual behavior in the human male. Philadelphia: Saunders 1948
- Money, J.: Androgynie becomes bisexual in sexological theory: Plato to Freud and neuroscience. J. Amer. Acad. Psychoanalysis. 1990; 18: 392-413
- Oldham, S.; Farnill, D.; Ball, I.: Sex-role identity of female homosexuals. J. Homosex. 1982; 8(1): 41-46
- Pfäfflin, F.: Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf. Stuttgart: Enke 1993
- Piaget, J.: Sprechen und Denken des Kindes. Düsseldorf: Schwann 1975

- Schneider-Düker, M.; Kohler, A.: Die Erfassung von Geschlechtsrollen – Ergebnisse zur deutschen Neukonstruktion des Bem Sex-Role-Inventory. *Diagnostica* 1988; 34: 256-270
- Sigusch, V.: *Geschlechtswechsel*. Hamburg: Klein Verlag 1992
- Skrapec, C.; MacKenzie, K.R.: Psychological self-perception in male transsexuals, homosexuals, and heterosexuals. *Arch. Sex. Behav.* 1981; 10: 357-370
- Spence, J.T.: Gender identity and its implications for the concepts of masculinity and femininity. In: Sonderegger, T.B. (Ed.) *Psychology and gender (Nebraska Symposium on Motivation)*. Lincoln: University of Nebraska Press 1985
- Spence, J.T.; Helmreich, R.L.: *Masculinity and femininity: Their psychological dimensions, correlates and antecedents*. Austin: University of Texas Press 1978
- Walfish, S.; Myerson, M.: Sex role identity and attitudes toward sexuality. *Arch. Sex. Behav.* 1980; 9: 199-203
- Wechsler, D.: *Die Messung der Intelligenz Erwachsener; Textband zum Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (dt. Bearbeitung: A. Hardesty & Lauber)* Bern: Huber 1956

Anschrift der Autoren

Dr. med. Dipl.Psych. Reinhard Arndt, Klinik für Psychiatrie der Christian-Albrechts-Universität, Niemannsweg 147, D-24105 Kiel

Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Christian-Albrechts-Universität, Arnold-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel

Sexuelle Funktionsstörungen nach dem DSM-IV

Sexual Disorders According to DSM-IV

K.M. Beier, Kiel

Das Diagnostische und Statistische Manual (DSM) Psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrie-Vereinigung liegt seit 1994 in der 4. Auflage (darum: DSM-IV) auf englisch vor (APA 1994) und soll 1996 in deutscher Bearbeitung erscheinen, nachdem das DSM-III-R zuletzt 1991 (in der 3. korrigierten Auflage) in deutscher Übersetzung veröffentlicht wurde (DSM-III-R 1991).

Im DSM-IV sind die Grundprinzipien des DSM-III-R unverändert belassen, d.h. die Klassifikation psychischer Störungen beruht vorwiegend auf klinischen Beschreibungen (wie auch im ICD-10 – der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen; vgl. WHO 1993). Zwar mag dieses „deskriptive“ Vorgehen unbefriedigend erscheinen – nach wie vor gibt es hierfür im Bereich psychischer Störungen aber keine Alternative. Man wird erst allmählich und auf der Basis systematischer empirischer Studien – mit größtmöglicher Vereinheitlichung der Diagnosen – geeignetere Konzepte und Definitionen entwickeln können, insbesondere hinsichtlich der Beurteilung verschiedener Therapieoptionen sowie des weiteren Verlaufs der jeweiligen Störung. Eine möglichst stringente Operationalisierung von Diagnosen ist in diesem Sinne also ein notwendiges Vorstadium, obschon eine damit verbundene Formalisierung sowie auch Vermehrung von diagnostischen Gruppen artifiziell erscheint und im traditionellen klinischen Ansatz gewöhnungsbedürftig ist. So haben diese Bemühungen um eine Vereinheitlichung und Standardisierung der Diagnostik zwangsläufig auch eine Reihe von Nachteilen, vor allem für Kliniker, die sich auf Konzepte festgelegt fühlen könnten, die sie aufgrund ihrer Arbeitsweise für ungeeignet oder unzureichend halten könnten. Die Diskussion um diese Frage hat sich zur Zeit vor allem um das ICD-10 entzündet, nach dem die Diagnose-Verschlüsselung nach diesem Klassifikationssystem als Voraussetzung für die kassenärztliche Abrechnung eingeführt wurde (vgl. Brenner 1995; sowie die darauf veröffentlichten Leserbriefe im Deutschen Ärzteblatt 48/1995).

Dennoch ist der Ansatz des DSM-IV über explizite Kriterien und operationalisierte Diagnosen zu einer verbesserten Reliabilität zu gelangen, gerade aus wissenschaftlichen Erwägungen heraus von außerordentlich hohem Nutzen, wie durch eine Vielzahl kollaborativer internationaler Studien über psychische Störungen gezeigt werden konnte: Die Vereinheitlichung nützt der wissenschaftlichen Kommunikation und damit auch der hypothesengeleiteten Grundlagen- und Anwendungsforschung (vgl. neuerdings Keller 1995); dies gilt so auch für das ICD-10 (vgl. Sartorius 1995).

Aus diesem Grunde soll im folgenden eine Übersicht über die diagnostischen Merkmale und ihre Operationalisierung im DSM-IV für die Sexuellen Funktionsstörungen gegeben werden.

Definition

Eine sexuelle Funktionsstörung ist nach dem DSM-IV gekennzeichnet durch „ein Störungsbild im Ablauf des sexuellen Reaktionszyklus oder durch Schmerzen im Zusammenhang mit Geschlechtsverkehr“ (vgl. APA 1994, S. 493). Der sexuelle Reaktionszyklus wird dort in die vier von Masters und Johnson (1966) beschriebenen Phasen eingeteilt:

1. Appetenzphase (Phantasien über sexuelle Aktivitäten und Verlangen, sich sexuell zu betätigen).
2. Erregungsphase (subjektives Gefühl sexueller Lust und den begleitenden physiologischen Veränderungen: beim Mann das Anschwellen und die Erektion des Penis, bei der Frau die Vasokongestion im Becken, die vaginale Lubrikation und Erweiterung sowie ein Anschwellen der äußeren Genitalien).
3. Orgasmusphase (Höhepunkt der sexuellen Lust mit Lösung der sexuellen Spannung und rhythmischer Kontraktion der perinealen Muskulatur sowie der Reproduktionsorgane; beim Mann Gefühl der Unvermeidbarkeit einer Ejakulation, welchem der Samenerguß folgt; bei der Frau Kontraktionen des äußeren Drittels der Vaginalwand).
4. Entspannungsphase (Gefühl muskulärer Entspannung und allgemeinen Wohlbefindens; bei Männern unterschiedlich lang anhaltende, physiologisch bedingte Refraktärzeit, in der weder erneute Erektion noch Orgasmus möglich sind; Frauen können fast unmittelbar auf weitere Stimulation reagieren).

Systematik

Die im DSM-IV gewählte Systematik für die verschiedenen Symptombilder bei sexuellen Funktionsstörungen ergibt sich aus der hauptsächlich betroffenen Phase innerhalb der sexuellen Reaktion, wobei wie auch im ICD-10 (WHO 1993) auf das triphasische Konzept von Kaplan zurückgegriffen wurde, welche die 'Lust-Appetenz-Phase' von der 'Erregungs-Phase' und einer abschließenden 'Orgasmus-Phase' unterschieden hat (vgl. Kaplan 1974), was folgende Einteilung nach sich zieht:

1. *Störungen der sexuellen Appetenz* (i.e. Störung mit verminderter sexueller Appetenz, Störung mit sexueller Aversion)
2. *Störung der sexuellen Erregung* (i.e. Störung der sexuellen Erregung bei der Frau, Erektionsstörung beim Mann)
3. *Orgasmusstörungen* (i.e. weibliche Orgasmusstörung, männliche Orgasmusstörung, vorzeitige Ejakulation).

Darüber hinaus gibt es Störungsbilder, die nicht in diese Einteilung integrierbar sind und nach anderen Kriterien geordnet wurden:

- *Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen* (i.e. Dyspareunie, Vaginismus)
- *Sexuelle Funktionsstörungen aufgrund einer körperlichen Erkrankung*
- *Substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörungen*
und als 'Restkategorie'
- *Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörungen.*

Diagnostik

Die diagnostischen Kriterien im DSM-IV enthalten keine Spezifizierung hinsichtlich (minimaler) Häufigkeit oder Art und Weise sexueller Handlungen, in denen die sexuelle Funktionsstörung auftreten muß. Es wird erwartet, daß dies der Untersucher unter Berücksichtigung von Lebensalter und Erfahrung der Person, Häufigkeit und Dauer des Symptoms, subjektivem Leiden und Wirkung auf andere Funktionsbereiche beurteilt. Aus diesem Grunde sind die Beschreibungen „anhaltend“ oder „wiederkehrend“ für die Symptomatik wichtige Bestandteile der diagnostischen Kriterien: Sie weisen auf die Notwendigkeit einer solchen klinischen Beurteilung hin.

Darüber hinaus ist es erforderlich Subtypen zu bestimmen, um den Beginn, den Kontext sowie ätiologische Faktoren von sexuellen Funktionsstörungen bezeichnen zu können. Liegen mehrere sexuelle Funktionsstörungen vor, sollten die entsprechenden Subtypen für jede einzelne festgestellt werden:

1. Um die *Art des Beginns* der sexuellen Funktionsstörung zu bezeichnen, wird der *lebenslange Typ* (wenn die sexuelle Funktionsstörung mit Beginn der sexuellen Funktionsfähigkeit aufgetreten ist) vom *erworbenen Typ* (wenn die sexuelle Funktionsstörung sich nach einer Zeit normaler Funktionsfähigkeit entwickelt hat) unterschieden.

2. Für die *Differenzierung des Kontextes* stehen zur Verfügung: *generalisierter Typ* (wenn die sexuelle Funktionsstörung nicht begrenzt ist auf bestimmte Situationen, Partner oder Arten der Stimulation) sowie *situativer Typ* (wenn die sexuelle Funktionsstörung nur in bestimmten Situationen, bei bestimmten Partnern oder Arten der Stimulation auftritt).

3. Hinsichtlich der ätiologischen Faktoren der sexuellen Funktionsstörung werden die folgenden Subtypen vorgeschlagen:

a) *Aufgrund psychologischer Faktoren*: „...wenn psychologische Faktoren als vorrangig angesehen werden für den Beginn, die Schwere oder die Aufrechterhaltung einer sexuellen Funktionsstörung und körperliche Erkrankungen sowie Substanzen keine Rolle in der Ätiologie der sexuellen Funktionsstörungen spielen“ (vgl. APA 1994, S. 495).

b) *Aufgrund kombinierter Faktoren*: „...wenn 1) psychologische Faktoren für den Beginn, die Schwere oder Aufrechterhaltung der sexuellen Funktionsstörung eine Rolle spielen; und 2) eine körperliche Erkrankung oder Substanzgebrauch ebenfalls dazu beiträgt, aber die Funktionsstörung hierdurch nicht ausreichend erklärt werden kann“ (vgl. APA 1994, S. 495).

Sofern eine körperliche Erkrankung oder Substanzgebrauch (einschließlich der Nebenwirkungen von Medikamenten) die sexuelle Funktionsstörung erklären sollten, wird eine ‘Sexuelle Funktionsstörung aufgrund einer körperlichen Erkrankung’ und/oder ‘Substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörung’ diagnostiziert; diese beiden Diagnosegruppen sind im DSM-IV völlig neu aufgenommen worden und werden noch gesondert beschrieben (s.u.) – die oben erläuterten Subtypen finden bei ihnen keine Anwendung.

Mit Hinblick auf besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale wird empfohlen, bei der klinischen Beurteilung „die ethnische, kulturelle und religiöse Zugehörigkeit der Person, sowie auch dessen sozialen Hintergrund zu berücksichtigen, weil diese das sexuelle Verlangen, die Erwartungen und Einstellungen bezüglich der Ausgestaltung von Sexualität beeinflussen können. So wird beispielsweise in manchen Gesellschaften dem sexuellen Verlangen der Frau kaum Bedeutung beigemessen, insbesondere dann, wenn Fertilität als

deren wichtigste Aufgabe angesehen wird. Der Altersprozeß kann mit einer Abnahme des sexuellen Interesses und der sexuellen Funktionsfähigkeit (insbesondere bei Männern) verbunden sein, jedoch bestehen bezüglich des Alterseffektes große individuelle Unterschiede“ (vgl. APA 1994, S. 495).

Zum diagnostischen Vorgehen selbst wird im DSM-IV für die sexuellen Funktionsstörungen (die nicht aufgrund einer körperlichen Erkrankung oder substanzinduziert auftreten) stets ein Grundmuster angeführt, welches drei Kriterien (die alle gegeben sein müssen) umfaßt:

Kriterium A: Beschreibung der spezifischen Funktionsstörung (z.B. bei einer Störung mit verminderter sexueller Appetenz: ein Mangel oder Fehlen sexueller Phantasien und sexuellen Verlangens).

Kriterium B: Die Störung muß zu deutlichem Leiden oder zwischenmenschlichen Schwierigkeiten führen.

Kriterium C: Die Symptomatik soll nicht besser erklärt werden können durch eine andere psychische Störung (z. B. eine affektive Störung) und nicht (ausschließlich) zurückgehen auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (einschließlich Medikamente) oder einer körperlichen Erkrankung.

Es wird weiter darauf hingewiesen, daß eine sexuelle Funktionsstörung häufig gemeinsam mit anderen sexuellen Funktionsstörungen auftritt (z.B. Störung der sexuellen Erregung gemeinsam mit Störung mit verminderter sexueller Appetenz) und in solchen Fällen auch alle Diagnosen gestellt werden sollten. Wichtig ist jedoch dabei zu beachten, daß nach dem DSM-IV gelegentliche Schwierigkeiten der sexuellen Appetenz, der Erregung oder des Orgasmus, die eben nicht „anhaltend“ oder „wiederkehrend“ auftreten oder die nicht mit ausgeprägtem Leiden oder einer Beeinträchtigung zwischenmenschlicher Beziehungen verbunden sind, nicht als sexuelle Funktionsstörungen gelten dürfen.

Diagnostische Merkmale und Erläuterungen der einzelnen Störungsbilder

302.71 Störung mit verminderter sexueller Appetenz

Kriterium A: „Ein anhaltender oder wiederkehrender Mangel an (oder ein Fehlen von) sexuellen Phantasien und des Verlangens nach sexueller Aktivität.“

Kriterien B und C: s.o.

Erläuterungen: Es wird ausgeführt, daß eine geringe sexuelle Appetenz generalisiert sein und alle Formen sexueller Betätigung einschließen, oder aber situativ und begrenzt auf einen einzigen Partner oder eine spezielle sexuelle Aktivität (z.B. Geschlechtsverkehr aber nicht Masturbation) auftreten könne. Die betroffene Person übernehme gewöhnlich nicht die Initiative für eine sexuelle Aktivität oder beteilige sich nur widerwillig, wenn diese vom Partner initiiert wird. Es könne erforderlich sein, beide Partner zu explorieren, wenn Diskrepanzen der sexuellen Appetenz Grund für die Konsultation sind. So könne anscheinend 'geringe Appetenz' des einen Partners lediglich die Differenz zum exzessiven Wunsch nach sexueller Betätigung des anderen Partners ausdrücken. Geringes sexuelles Interesse sei häufig verbunden mit Schwierigkeiten der sexuellen Erregung oder des Orgasmus. Der Mangel an sexueller Appetenz könne die primäre Funktionsstörung darstellen, oder eine Folge emotionalen Leidens sein, welches durch Störungen

der Erregungs- oder Orgasmusfähigkeit ausgelöst wurde. Bei einigen Personen mit geringer sexueller Appetenz bleibe die Fähigkeit zu ausreichender sexueller Erregung und Orgasmus als Reaktion auf sexuelle Stimulierung erhalten. Körperliche Erkrankungen könnten aufgrund von Schwäche, Schmerzen, Schwierigkeiten mit der eigenen Körperlichkeit oder Sorgen um das Überleben unspezifisch schädigende Auswirkungen auf die sexuelle Appetenz haben. Depressive Störungen seien häufig verbunden mit geringer sexueller Appetenz und der Beginn einer Depression könne dem Mangel sexueller Appetenz vorausgehen, gleichzeitig damit auftreten oder aus diesem folgen. Personen, die unter einer Störung mit verminderter sexueller Appetenz leiden, können Schwierigkeiten haben stabile sexuelle Beziehungen auszubilden und dann eine Unzufriedenheit innerhalb oder das Auseinanderbrechen von ehelichen Beziehungen die Folge sein. Häufig entwickle sich die Störung im Erwachsenenalter im Anschluß an eine Phase adäquaten sexuellen Interesses im Zusammenhang mit psychischem Leiden, kritischen Lebensereignissen oder zwischenmenschlichen Schwierigkeiten. Der Verlust sexueller Appetenz könne kontinuierlich oder episodisch sein, was abhängig sei von psychosozialen oder Beziehungsfaktoren (vgl. APA 1994, S. 496-498).

302.79 Störung mit sexueller Aversion

Kriterium A: „Eine anhaltende oder wiederkehrende extreme Aversion gegenüber, und Vermeidung von jeglichem (oder fast jeglichem) genitalen Kontakt mit einem Sexualpartner.“

Kriterien B und C: s.o.

Erläuterungen: Es wird ausgeführt, daß bei der betroffenen Person Angst, Furcht oder Ekel bestünde, wenn sie mit der Möglichkeit zu sexueller Aktivität mit einem Partner konfrontiert wird. Die Aversion gegen genitalen Kontakt könne sich auf einen bestimmten Aspekt der sexuellen Erfahrung beziehen (z. B. genitale Sekretionen, vaginale Penetration) und die Abscheu generalisiert gegenüber allen sexuellen Stimuli einschließlich Küssen und Berührungen sein. Die Intensität der individuellen Reaktion gegenüber dem aversiv empfundenen Stimulus reiche von mäßiger Angst und dem Fehlen jeder Lust bis zu extremen psychischem Leiden. Ein besonders schwerer Ausprägungsgrad der Störung führe in sexuellen Situationen zu Panikattacken mit extremer Angst, Gefühlen des Schreckens, der Ohnmacht, Übelkeit, Herzklopfen, Schwindel, und Atembeschwerden. Es könnten deutliche Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen bestehen und die Betroffenen sexuelle Situationen oder mögliche Sexualpartner durch verdeckte Strategien vermeiden (z.B. frühes Zubettgehen, Reisen, das Vernachlässigen der äußeren Erscheinung, Substanzgebrauch, Über-Engagement im Beruf, bei sozialen oder familiären Aktivitäten). (vgl. APA 1994, S. 499, 500).

302.72 Störung der sexuellen Erregung bei der Frau

Kriterium A: „Eine anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit die Lubrikation und ein Anschwellen der äußeren Genitalien als Zeichen genitaler Erregung zu erlangen oder bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten.“

Kriterien B und C: s.o.

Erläuterungen: Es wird mitgeteilt, daß die Symptomatik häufig in Verbindung mit einer Störung der sexuellen Appetenz und weiblicher Orgasmusstörung auftrete. Die betroffene Person könne wenig oder gar kein subjektives Empfinden für sexuelle Erregung haben und die Störung zu schmerzhaftem Geschlechtsverkehr, einer Vermeidung sexueller Situationen und einer Beeinträchtigung von ehelichen oder sexuellen Beziehungen führen. Zugrundeliegen könne auch eine bestimmte körperliche Erkrankung bzw. ein körperlicher

Faktor. Genannt werden im DSM-IV hierzu z.B.: Reduktion des Östrogenspiegels in der Meno- oder Postmenopause, atrophische Vaginitis, Diabetes mellitus, Strahlentherapie im Becken. In diesen Fällen wäre die angemessene Diagnose 'Sexuelle Funktionsstörung aufgrund einer körperlichen Erkrankung' (vgl. APA 1994, S. 500-502).

302.72 Erektionsstörung

Kriterium A: „Anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit eine adäquate Erektion zu erlangen oder bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrechtzuerhalten.“

Kriterien B und C: s.o.

Erläuterungen: Zu den verschiedenen Formen von Erektionsstörungen wird dargelegt, daß bei manchen Männern die Unfähigkeit eine Erektion zu erlangen bereits zu Beginn eines sexuellen Kontaktes auftritt; andere wiederum würden beklagen, daß nach anfänglich vollständiger Erektion die Tumescenz zurückgehe, wenn sie eine Penetration versuchen würden; wieder andere können angeben, daß die Erektion zunächst auch für die Penetration ausreiche, die Tumescenz dann aber vor oder während der Aufnahme koitaler Stoßbewegungen zurückgehe. Manche Männer würden eine Erektion nur während der Selbstbefriedigung oder beim Aufwachen erreichen. In der Intimsituation seien die Erektionsschwierigkeiten häufig verbunden mit Angst zu versagen und Sorgen hinsichtlich der Gestaltung der sexuellen Interaktionen sowie einem abnehmendem subjektiven Gefühl sexueller Befriedigung und Lust (nicht selten fände sich zusätzlich eine Störung mit verminderter sexueller Appetenz sowie einer Ejaculatio praecox). Eine Erektionsstörung könne zum Scheitern bestehender ehelicher oder sexueller Beziehungen führen und der Grund für den 'Nicht-Vollzug' der Ehe und Infertilität sein. Die verschiedenen Formen der Erektionsstörung würden unterschiedliche Verläufe zeigen, wobei insbesondere das Alter bei Beginn der Störung deutlich variere. Die wenigen Männer, bei denen noch niemals die Qualität der Erektion ausreichte, um eine sexuelle Aktivität mit einem Partner abzuschließen, würden eher eine chronifizierte, lebenslange Verlaufsform der Störung aufweisen. Der erworbene Verlaufstyp könne hingegen in 15-30% der Fälle spontan remittieren. Situativ auftretende Erektionsstörungen könnten abhängen vom Partnertyp oder der Intensität oder der Qualität der Beziehung und seien eher episodisch und häufig wiederkehrend. Von Männern mit affektiven Störungen und Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen werde häufig über Probleme mit der sexuellen Erregung geklagt. Eine Erektionsstörung könne schließlich auch auf körperliche Wirkungen einer bestimmten körperlichen Erkrankung zurückgehen. Genannt werden im DSM-IV hierzu als Beispiele: Diabetes mellitus, multiple Sklerose, Nierenversagen, periphere Neuropathie, periphere Gefäßerkrankung, Rückenmarksverletzung, Verletzung des autonomen Nervensystems durch chirurgische Eingriffe oder Strahlentherapie. In diesen Fällen wäre die angemessene Diagnose 'Sexuelle Funktionsstörung aufgrund einer körperlichen Erkrankung'. Die Diagnosestellung basiere dabei auf der Vorgeschichte (z.B. ungenügende Gliedversteifung bei der Masturbation), den Laborbefunden oder der körperlichen Untersuchung. So könnten Messungen der nächtlichen penilen Tumescenz zeigen, ob Erektionen während des Schlafes auftreten und auf diese Weise hilfreich sein um zwischen primärer und sekundärer (d.h. auf eine körperliche Erkrankung zurückgehende) Erektionsstörung zu unterscheiden. Untersuchungen des penilen Blutdrucks oder Dopplersonographie könnten einen vaskulär bedingte Verlust der Erektionsfähigkeit anzeigen. Invasive Untersuchungsverfahren wie der pharmakologische Schwellkörper-Injektionstest oder eine Angiographie seien ebenfalls geeignet, um Störungen der arteriellen Strömungsverhältnisse aufzeigen. Eine Kavernosographie wiederum ermögliche Aussagen über die venöse Gefäßsituation (vgl. APA 1994, S. 502-504).

302.73 Weibliche Orgasmusstörung

Kriterium A: „Eine anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder ein Fehlen des Orgasmus nach einer normalen sexuellen Erregungsphase; bedacht werden muß dabei, daß bei Frauen eine große Variabilität besteht hinsichtlich Art oder Intensität der Stimulation, die zum Orgasmus führt.“

Kriterien B und C: s.o.

Erläuterungen: Den Autoren des DSM-IV war wichtig, bereits im Kriterium A festzuhalten, daß die Diagnose einer weiblichen Orgasmusstörung auf der klinischen Einschätzung basieren solle, ob die Orgasmusfähigkeit der betreffenden Frau geringer sei als für ihr Alter, ihre sexuellen Erfahrungen und die Art der erhaltenen sexuellen Stimulation erwartbar wäre. Die Symptomatik könne sich auf Körper- und Selbstwertgefühl oder die Zufriedenheit in einer Beziehung auswirken. Weil die Orgasmusfähigkeit bei Frauen mit dem Alter ansteige, sei die weibliche Orgasmusstörung bei jungen Frauen häufiger. Die meisten weiblichen Orgasmusstörungen würden eher lebenslang als erworben auftreten: Wenn eine Frau einmal gelernt habe, wie sie zum Höhepunkt kommen kann, dann sei es ungewöhnlich, daß sie diese Fähigkeit wieder verliere, wenn nicht die sexuelle Kommunikation verarmt oder ein Beziehungskonflikt, eine traumatische Erfahrung (z.B. Vergewaltigung), eine affektive Störung oder eine körperliche Erkrankung auftritt. Obwohl Frauen mit Rückenmarksläsionen, Entfernung der Scheide oder vaginaler Exzision und Rekonstruktion darüber berichtet hätten, einen Orgasmus erreichen zu können, seien Orgasmusstörungen bei Frauen mit den genannten Erkrankungen die Regel. Allgemein würden jedoch chronische körperliche Erkrankungen wie Diabetes oder Krebserkrankungen im Beckenraum eher dazu neigen, die Erregungsphase im sexuellen Reaktionszyklus zu beeinträchtigen, wobei aber die Orgasmusfähigkeit relativ intakt bleibe. Wenn die Orgasmusstörung ausschließlich in bestimmten Situationen vorkomme, dann seien oft auch Schwierigkeiten der sexuellen Appetenz und der sexuellen Erregung zusätzlich zur Orgasmusstörung gegeben (vgl. APA 1994, S. 505-507).

302.73 Männliche Orgasmusstörung

Kriterium A: „Eine anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder ein Fehlen des Orgasmus nach einer normalen sexuellen Erregungsphase, während einer sexuellen Aktivität, die der Untersucher unter Berücksichtigung des Lebensalters hinsichtlich Intensität, Dauer und Art für adäquat hält.“

Kriterien B und C: s.o.

Erläuterungen: Es wird ausgeführt, daß bei der häufigsten Form der Orgasmusstörung der Mann den Orgasmus nicht während des Geschlechtsverkehrs erreichen könne, obwohl manuelle oder orale Stimulierung durch den Partner zum Höhepunkt-Erleben führen. Einige Männer könnten zwar koital, aber nur nach einer sehr ausgedehnten und intensiven nicht-koitalen Stimulierung zum Orgasmus gelangen, während andere ausschließlich bei der Masturbation orgasmusfähig seien. Eine noch kleinere Untergruppe erlebe den Orgasmus schließlich in dem Moment, in dem sie aus einem erotischen Traum erwachen.

Zu möglichen körperlichen Erkrankungen wird dargelegt, daß Männer üblicherweise zum Höhepunkt gelangen können, auch wenn vasculäre oder neurologische Faktoren die Rigidität des Penis beeinflussen; sowohl das Orgasmusgefühl als auch die Kontraktionsfähigkeit der quergestreiften Beckenmuskulatur beim Orgasmus bleibe intakt bei Männern, denen im Rahmen von Radikaloperationen bei Krebserkrankungen im Bereich des Beckens die Prostata und die Samenbläschen entfernt wurden. Zu einem Orgasmus könne es auch kommen, ohne daß eine Ejakulation auftritt (z.B. bei Schädigungen der sympathischen Ganglien durch chirurgische Eingriffe oder als Folge einer Neuropathie des autonomen Nervensystems) (APA 1994, S. 507-509).

302.75 Ejaculatio praecox

Kriterium A: „Ein anhaltendes oder wiederkehrendes Einsetzen des Orgasmus und der Ejakulation bereits bei minimaler sexueller Stimulation vor, bei oder kurz nach der Penetration und bevor die Person es wünscht“.

Kriterium B: s.o.

Kriterium C: „Die Ejaculatio praecox geht nicht ausschließlich auf die direkten Wirkungen einer Substanz zurück (z.B. Opiatentzug).“

Erläuterungen: Es wird darauf hingewiesen, daß der Untersucher Faktoren berücksichtigen sollte, welche die Länge der Erregungsphase betreffen können, wie etwa das Alter, die Vertrautheit des sexuellen Partners oder der Situation sowie die aktuelle Häufigkeit sexueller Aktivitäten. Die meisten Männer mit dieser Symptomatik könnten den Orgasmus während der Selbstbefriedigung erkennbar länger hinauszögern als während des Koitus. Die Einschätzung der Partnerin über die Dauer der sexuellen Aktivität von ihrem Beginn bis zur Ejakulation sowie auch ihre Ansicht darüber, ob die Ejaculatio praecox ein Problem darstellt, könne außerordentlich unterschiedlich ausfallen. Wie andere sexuelle Funktionsstörungen sei auch die Ejaculatio praecox möglicherweise ein Grund für Spannungen in einer Beziehung. Typischerweise werde die Symptomatik bei jungen Männern beobachtet und trete hier bei den ersten Versuchen koitaler Intimität in Erscheinung. Andererseits gäbe es Männer, die ihre Fähigkeit, den Orgasmus zu verzögern, nach einer Phase adäquater sexueller Funktionsweise verlieren, wobei dann der Lebenszusammenhang oft eine verminderte Häufigkeit sexueller Aktivität zeige sowie auch eine starke Angst vor sexuellen Begegnungen mit einem neuen Partner oder einen Verlust der Ejakulationskontrolle in Verbindung mit Schwierigkeiten, Erektionen zu erreichen oder aufrechtzuerhalten (vgl. APA 1994, S. 509-511).

Es bedarf der Erwähnung, daß im DSM-IV die ungenaue Bezeichnung Ejaculatio praecox fortgeschrieben wird. Die Autoren verwenden die Begriffe Ejakulation und Orgasmus synonym, was den funktionalen Zusammenhängen nicht entspricht, weshalb die Bezeichnung Orgasmus praecox zutreffender wäre (vgl. Vogt 1992)

302.76 Dyspareunie (nicht aufgrund einer körperlichen Erkrankung)

Kriterium A: „Wiederkehrende oder anhaltende genitale Schmerzen in Verbindung mit dem Geschlechtsverkehr.“

Kriterien B: s.o.

Kriterium C: Die Symptomatik ist nicht ausschließlich verursacht durch Vaginismus oder eine zu geringe Lubrikation und läßt sich nicht besser erklären durch eine andere psychische Störung und geht nicht ausschließlich zurück auf die direkten körperlichen Wirkungen einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder einer körperlichen Erkrankung.

Erläuterungen: Es wird ausgeführt, daß die Schmerzen (wie meist) während des Koitus, aber auch vor oder nach dem Geschlechtsverkehr auftreten könnten. Die Störung werde sowohl bei Männern als auch bei Frauen beobachtet. Die Intensität der Symptome könne von leichtem Unbehagen bis zu starken Schmerzen reichen. Typischerweise würden Personen mit Dyspareunie ärztlichen Rat im Rahmen von allgemeinmedizinischen Konsultationen suchen und die körperliche Untersuchung zeige keine auffälligen Genitalbefunde. Die wiederholt gemachte Erfahrung von genitalen Schmerzen während des Koitus könne dazu führen, daß sexuelle Aktivitäten vermieden, bestehende sexuelle Beziehungen aufgegeben oder nur noch zurückhaltend neue Partnerschaften gesucht werden.

Als körperliche Faktoren, die eine Dyspareunie verursachen können, werden im DSM-IV genannt: Unzureichende Lubrikation der Scheide; pathologische Prozesse im Becken, wie vaginale oder Harntraktinfektionen, vaginales Narbengewebe, Endometriose, oder Adhäsionen; postmenopausale vaginale Atrophien; temporärer Östrogenmangel während der Lactation; Reizungen oder Entzündungen des Harntraktes; gastrointestinale Erkrankungen. In diesen Fällen wäre die angemessene Diagnose 'Sexuelle Funktionsstörung aufgrund einer körperlichen Erkrankung' (vgl. APA 1994, S. 511-513).

306.51 Vaginismus (nicht aufgrund einer körperlichen Erkrankung)

Kriterium A: „Wiederkehrende oder anhaltende unwillkürliche Spasmen der Muskulatur des äußeren Drittels der Vagina, die den Geschlechtsverkehr beeinträchtigen.“

Kriterien B und C: s.o.

Erläuterungen: Bei einigen Frauen könne bereits die Erwartung einer vaginalen Einführung zu muskulären Spasmen führen; die Kontraktion reiche von leicht, verbunden mit einer gewissen Verengung und Unbehagen, bis schwer und penetrationsverhindernd. Die sexuellen Reaktionen (z.B. Appetenz, Erregung, Orgasmus, s.o.) könnten dabei unbeeinträchtigt sein, solange eine Penetration nicht versucht oder erwartet wird. Die körperliche Verengung aufgrund der muskulären Kontraktion verhindere gewöhnlich den Koitus. Dieser Zustand könne deshalb die Gestaltung sexueller Beziehungen begrenzen und zum Abbruch bestehender Partnerschaften führen. Die Symptomatik werde häufiger beobachtet bei jüngeren als bei älteren Frauen, sodann auch häufiger bei Frauen mit einer negativen Einstellung zur Sexualität und bei Frauen, die früher sexuell mißbraucht oder traumatisiert worden sind (vgl. APA 1994, 513-515).

Völlig neu aufgenommen im DSM-IV wurde die Diagnose:
Sexuelle Funktionsstörung aufgrund einer körperlichen Erkrankung
(Code-Nummern: 607.84; 608.89; 625.0; 625.8)

Kriterium A: „Eine klinisch bedeutsame sexuelle Funktionsstörung, die zu deutlichen Leiden oder zwischenmenschlichen Schwierigkeiten führt und im Vordergrund des klinischen Bildes steht.“

Kriterium B: „Die Vorgeschichte, Laborbefunde oder die körperliche Untersuchung haben Belege erbracht, daß die Funktionsstörung vollständig erklärt werden kann durch die direkten körperlichen Wirkungen einer körperlichen Erkrankung.“

Kriterium C: „Das Störungsbild kann nicht besser erklärt werden durch eine andere psychische Störung (z.B. eine Major Depression).“

Erläuterungen: Es wird deutlich gemacht, daß nach Kriterium B der Untersucher sicher feststellen müsse, ob die sexuelle Funktionsstörung durch einen physiologischen Mechanismus in ätiologischem Zusammenhang mit der körperlichen Erkrankung steht. Für diese Beurteilung sei eine sorgfältige und umfassende Untersuchung vielfältiger Faktoren notwendig. Obschon es keine klaren 'Indikatoren' gäbe um zu bestimmen, ob ein ätiologischer Zusammenhang zwischen der sexuellen Funktionsstörung und der körperlichen Erkrankung besteht, wird empfohlen, zwei Überlegungen zur Beantwortung dieser Frage heranzuziehen:

1. Besteht ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Beginn, dem Ausbruch oder der Rückbildung einer körperlichen Erkrankung und der sexuellen Funktionsstörung?
2. Sind Merkmale vorhanden, die für eine primäre sexuelle Funktionsstörung atypisch sind (z.B. atypisches Alter bezüglich des Beginns oder des Verlaufes)?

Der Untersucher müsse also umgekehrt auch einschätzen, ob das Störungsbild nicht besser erklärt werden könnte durch eine primäre sexuelle Funktionsstörung, eine substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörung oder eine andere primäre psychische Störung (z.B. eine affektive Störung).

Bei der Codierung der Diagnose sollte der Untersucher dann die spezifische Beschreibung der Funktionsstörung und die festgestellte körperliche Erkrankung, die als ursächlich für die Funktionsstörung eingeschätzt wurde, aufnehmen (z.B. 607.84: Erektionsstörung aufgrund eines Diabetes mellitus).

Im DSM-IV werden als körperlichen Erkrankungen, die eine sexuelle Funktionsstörung verursachen können, genannt: „Neurologische Erkrankungen (z.B. multiple Sklerose, Rückenmarksverletzungen, Neuropathie, Temporallappenläsionen), endokrinologische Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Hypothyreose, Über- oder Unterfunktion der Nebennierenrinde, Hyperprolaktinämie, hypogonadale Symptombilder, hypophysäre Dysfunktion), vasculäre Erkrankungen und Erkrankungen des Urogenitaltrakts (z.B. Erkrankungen des Hodens, Peyronie'sche Krankheit [Induratio penis plastica], Harnröhreninfektionen, postoperative Komplikationen nach Prostatektomie, genitale Verletzungen oder Infektionen, atrophische Vaginitis, Infektionen der Vagina und externen Genitalien, postoperative Komplikationen wie z.B. Episiotomienarben, verkürzte Vagina, Cystitis, Endometriose, Uterusprolaps, Infektionen oder Neoplasmen im Beckenraum). Neuere klinische Erfahrungen lassen vermuten, daß sexuelle Funktionsstörungen aufgrund einer körperlichen Erkrankung im allgemeinen generalisiert auftreten. Die zugehörigen Befunde der körperlichen Untersuchung, Laborbefunde oder das Muster der Prävalenz oder des Beginns der Störung spiegeln die verursachende körperliche Erkrankung wider“ (vgl. APA 1994, S. 517).

Ebenso neu aufgenommen im DSM-IV wurde die Diagnose:

Substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörung

(Code-Nummern: 291.8; 292.89)

Kriterium A: „Eine klinisch bedeutsame sexuelle Funktionsstörung, die zu deutlichen Leiden oder zwischenmenschlichen Schwierigkeiten führt und im Vordergrund des klinischen Bildes steht.“

Kriterium B: „Die Vorgeschichte, die körperliche Untersuchung oder Laborbefunde haben Belege dafür erbracht, daß die sexuelle Funktionsstörung vollständig erklärt wird durch Substanzgebrauch“, was sich entweder dadurch manifestiert,

- daß „die Symptome nach Kriterium A. während oder innerhalb eines Monats nach der Substanzintoxikation entstanden sind“ – oder
- daß „die eingenommenen Medikamente in ätiologischem Zusammenhang mit dem Störungsbild stehen“.

Kriterium C: „Das Störungsbild kann nicht besser erklärt werden durch eine sexuelle Funktionsstörung, die nicht substanzinduziert ist“, was folgende Merkmale belegen können:

- „die Symptome sind vor dem Beginn des Substanzgebrauches oder der Substanzabhängigkeit (oder der Medikamenteneinnahme) aufgetreten“;
- „die Symptome persistieren für eine beträchtliche Zeit (d.h. über einen Monat) im Anschluß an das Ende der Intoxikation, oder sind viel ausgeprägter als in Anbetracht der Art, Menge oder der Dauer des Substanzgebrauches zu erwarten wäre“;
- „es gibt Hinweise für das Vorhandensein einer davon unabhängigen, nicht-substanzinduzierten sexuellen Funktionsstörung (z.B. wiederholte nicht-substanzinduzierte Episoden in der Vorgeschichte)“.

Weitere Erläuterungen hierzu nach dem DSM-IV: „Die Bezeichnung der ‘Substanzinduzierten sexuellen Funktionsstörung’ beginnt mit dem Namen der spezifischen Substanz (z.B. Alkohol, Fluoxetin), von der angenommen wird, daß sie die sexuelle Funktionsstörung verursacht. (...) Dann folgt die Spezifizierung der im Vordergrund stehenden klinischen Symptomatik (z.B. 292.89 Kokaininduzierte sexuelle Dysfunktion, mit beeinträchtigter Erregung). Wenn angenommen wird, daß mehr als eine Substanz eine bedeutsame Rolle bei der Entwicklung der sexuellen Funktionsstörung gespielt haben, sollte jede getrennt aufgeführt werden (z.B. 291.8 Alkoholinduzierte sexuelle Funktionsstörung, mit beeinträchtigter Erregung; 292.89 Fluoxetininduzierte sexuelle Funktionsstörung, mit beeinträchtigtem Orgasmus). Wenn eine Substanz als ätiologischer Faktor angenommen wird, jedoch die spezifische Substanz oder die Substanzklasse unbekannt ist, dann kann die Kategorie 292.89 Unbekannte Substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörung verwendet werden. (...) Sexuelle Funktionsstörungen können in Verbindung mit der Intoxikation durch die folgenden Substanzklassen auftreten: Alkohol; Amphetamine und amphetaminähnliche Substanzen; Kokain; Opiate; Sedativa, Hypnotika und Anxiolytika; und andere oder unbekannte Substanzen. Akute Intoxikation mit oder chronischer Mißbrauch von Drogen wurden als Ursache für ein vermindertes sexuelles Interesse und Erregungsstörungen bei beiden Geschlechtern beschrieben. Eine Verminderung des sexuellen Interesses (beider Geschlechter), Störungen der sexuellen Erregung (beider Geschlechter) und Orgasmusstörungen (häufiger bei Männern) können auch verursacht werden durch ärztlich verordnete Medikamente einschließlich Antihypertensiva, Histamin-H2-Rezeptor-Antagonisten, Antidepressiva, Neuroleptika, Anxiolytika, steroidale Anabolika und Antiepileptika. Schmerzen beim Orgasmus wurden berichtet im Zusammenhang mit der Einnahme von Fluphenazin, Thioridazin und Amoxapin. Priapismus wurde gesehen bei der Anwendung von Chlorpromazin, Trazodon und Clozapin sowie in der Folge von Schwellkörperinjektionen mit Papaverin oder Prostaglandin. Serotonin-Antagonisten können eine Verminderung der sexuellen Appetenz oder Störungen der Erregung verursachen. Medikamente wie Antihypertensiva oder steroidale Anabolika können auch eine depressive oder gereizte Stimmung zusätzlich zu einer sexuellen Funktionsstörung begünstigen, so daß dann die zusätzliche Diagnose einer substanzinduzierten Affektstörung gerechtfertigt sein kann. Nach neueren klinischen Daten sollen substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörungen typischerweise generalisiert verlaufen“ (vgl. APA 1994, S. 519-522).

302.70 Nicht Näher Bezeichnete sexuelle Funktionsstörung

Diese Restkategorie ist gedacht für sexuelle Funktionsstörungen, welche die Kriterien für eine spezifische sexuelle Funktionsstörung nicht erfüllen, wie z.B.:

- keine (oder beträchtlich verminderte) erotischen Gefühle bei ansonsten normalem Ablauf von Erregung und Orgasmus
- Situationen, für die der Untersucher zu dem Schluß gekommen ist, daß eine sexuelle Funktionsstörung vorliegt aber nicht in der Lage ist festzustellen, ob diese primär, aufgrund einer körperlichen Erkrankung oder substanzinduziert aufgetreten ist (APA 1994, S. 522).

Literatur

- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington: APA press 1994.
- Brenner, G.: Pflichten für die Praxis. Deutsches Ärzteblatt 1995; 41: B-1990-1991
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R. Deutsche Bearbeitung von H.U. Wittchen, H. Saß, M. Zaudig und K. Koehler. 3. korrigierte Auflage. Weinheim und Basel: Beltz 1991.
- Kaplan, H.S.: The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions. New York: Brunner/Mazel 1974

- Keller, M.B.; Kelin, D.N. ; Hirschfeld, R.M.A. et al.: Results of the DSM-IV mood disorder field trial. *Am J. Psychiatry* 1995; 152:843-849
- Masters, W.H., Johnson, V.E.: *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown 1966
- Sartorius, N.; Üstün, B.; Korten, A.; Cooper, J.E.; van Drimmelen, J.: Progress toward achieving a common language in psychiatry, II: Results from the international field trials of the ICD-10 diagnostic criteria for research for mental and behavioral diseases. *Am J. Psychiatry* 1995; 152: 1427-1437
- Vogt, H.-J.: Orgasmusstörungen des Mannes. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1992; 31/32: 503-506.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V(F); klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber 1993.

Anschrift des Autors

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. K.M. Beier, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle
am Klinikum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Arnold-Heller-Straße 12,
D-24105 Kiel

Thrombosen unter oralen Kontrazeptiva: Daten, Mythen und Medien

Oral Contraceptives and Thrombosis: Data, Myths, and Media

A. Pauls, Berlin

Zusammenfassung

In mehreren Studien wurde eine schwache Assoziation des Gebrauchs von oralen Kontrazeptiva der 3. Gestagen-Generation und venösen Thromboembolien, im Vergleich mit der 2. Generation, beobachtet. Diese Assoziation wurde auf eine kausale Beziehung zurückgeführt, obwohl Verzerrungen durch Bias und Confounder nicht ausgeschlossen wurden. Die vorschnelle Reaktion einiger Behörden und der Öffentlichkeit stellen keinen adäquaten wissenschaftlichen Entscheidungsprozeß dar.

Schlüsselwörter: Thrombose, Lungenembolie, orale Kontrazeptiva, Gestoden, Desogestrel

Abstract

In several studies a weak association between the use of combined oral contraceptives with 3rd generation progestagens and venous thromboembolism has been observed when compared to the 2nd generation. This association has been attributed to a causal relationship although biases and confounders have not been properly ruled out. The hasty regulatory action and publicity do not represent adequate scientific decision making.

Key Words: Thrombosis, pulmonary embolism, oral contraception, gestodene, desogestrel

Im Oktober 1995 kam es zu erheblicher Unruhe in der englischen und deutschen Öffentlichkeit:

Das englische *Committee on the Safety of Medicines* (CSM) warnte vor den oralen Kontrazeptiva der sogenannten 3. Generation (CSM 1995). Zu dieser Gruppe gehören Präparate, die als Gestagen Desogestrel oder Gestoden enthalten. Es wurde behauptet, daß diese Präparate mit einem auf das Doppelte erhöhten Risiko venöser Thromboembolien vergesellschaftet seien. Deshalb sollten nach Auffassung der CSM gestoden- oder desogestrelhaltige Präparate nur verwendet werden, wenn andere orale Kontrazeptiva nicht vertragen würden und die Frauen bereit wären, das erhöhte Thromboserisiko zu akzeptieren.

Der Schluß wurde aus Daten dreier bis dahin noch unveröffentlichter Studien gezogen, obwohl namhafte, an den Studien beteiligte Epidemiologen, dringend vor solchen Interpretationen gewarnt hatten.

In einer zweitägigen Sondersitzung des europäischen Spezialitätenausschusses (*Committee for Proprietary Medicinal Products*, CPMP) am 26. und 27. Oktober 1995 wurde der Vorgang mehrheitlich relativiert. Aufgrund der Datenlage zur Frage von Thrombosen unter oralen Kontrazeptiva der 3. gegenüber der 2. Generation bestehe kein Handlungsbedarf und es sei kein Anhalt für ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei oralen Kontrazeptiva der 3. Generation gegeben. Das europäische Fachgremium empfahl eine allgemeine Erinnerung für Ärzte und Frauen, daß bei allen Kontrazeptiva die Risikofaktoren, insbesondere die

Anamnese inklusive Familienanamnese, beachtet werden müßten (EMEA 1995). Dennoch entschied sich danach die deutsche Arzneimittelbehörde (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM) am 6. November 1995 zu einem Vorgehen, das von der CPMP-Stellungnahme abwich (BfArM 1995). Im Rahmen eines Stufenplanverfahrens wurde die Anwendungsmöglichkeit eingeschränkt: Die erstmalige orale Kontrazeption unterhalb von 30 Jahren bei gestoden- und desogestrelhaltigen Präparaten ist kontraindiziert. Die Maßnahmen sind zunächst bis 30.6.1996 befristet, da bis dahin weitere Erkenntnisse erwartet werden.

In mehreren europäischen Ländern, besonders in Großbritannien, kam es zu Medienaktivitäten mit dramatischen Darstellungen in der Presse und in den elektronischen Medien. Die resultierende Verunsicherung der Öffentlichkeit führte, wie erwartet werden konnte, zu Angst bei den betroffenen Frauen. Telefonanrufe bei Ärzten, Kliniken und den Herstellerfirmen sowie das Aufsuchen der Ärzte innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten waren die voraussehbare Folge. Insgesamt dürfte dem Gedanken der Familienplanung durch orale Kontrazeption, die zuverlässigste reversible Verhütungsmethode, wieder einmal deutlich Schaden zugefügt worden sein.

In der vorliegenden Arbeit sollen die medizinisch-epidemiologischen Sachverhalte analysiert und kommentiert werden. Von gleich hoher Bedeutung ist jedoch die Analyse und Bewertung des Handlungsablaufes bei Behörden und Journalisten, insbesondere die Problematik des Umganges mit Studienergebnissen vor der öffentlich wissenschaftlichen Diskussion.

Pille und Thrombose

Schon kurz nach der Einführung der oralen Kontrazeption wurde ein Zusammenhang zwischen der „Pille“ und thrombotischen Ereignissen vermutet. 1961 wurden erste Fallberichte publiziert, 1968 erschien die erste systematische Arbeit zu diesem Thema (Vessey 1968).

In der Folgezeit behauptete Risikoerhöhungen demonstrieren die Schwankungsbreite epidemiologischer Erkenntnisse (Tabelle 1).

Wie auch beim Thema „Pille und Brustkrebs“ wurden entsprechende Publikationen oder Einzelfälle gelegentlich, mit wechselnder Intensität, von den Medien aufgegriffen und

Tab. 1: Das Risiko venös thromboembolischer Erkrankungen¹⁾ in einigen früheren Fallkontrollstudien

Jahr	Autor	Relatives Risiko ²⁾
1968	Inman	8,3
1969	Vessey	6,3
1971	Sartwell	4,4
1973	Boston	11,0
1992	Thorogood	2,1

¹⁾ Die untersuchten oder verglichenen Parameter wechselten in den einzelnen Studien. Es handelt sich um tief Venenthrombosen und/oder Lungenembolien.

²⁾ Relatives Risiko von Pillen-Nehmerinnen vs. Nicht-Nehmerinnen.

damit das Image der Pille als konkrete und beachtliche Gefahrenquelle für ihre Benutzer unterfüttert. Gegenwärtig darf als wahrscheinlich gesicherter wissenschaftlicher Konsens gelten, daß die frühen oralen Kontrazeptiva mit hohem östrogenem Anteil ein erhöhtes Thromboserisiko zur Folge hatten. Ein Zusammenhang zwischen Progestinen und Thrombosen ist biologisch nicht untermauert.

Die rezenten Studien zum kardiovaskulären Risiko

Bei der Auslösung der Krise berief sich die englische Behörde auf Ergebnisse von drei epidemiologischen Studien:

- die WHO - Fallkontrollstudie
- die Untersuchungen von Prof. Jick auf Basis einer Praxisdatenbank
- die Transnational-Fallkontrollstudie

Zunächst einige allgemeine Gesichtspunkte zur Methodologie: Bei Fallkontrollstudien werden Fälle (hier: Venenthrombosen, Lungenembolien, Myokardinfarkte und Schlaganfälle) identifiziert und mit Kontrollen, die keine dieser Krankheiten haben, hinsichtlich einiger vorausgegangener Lebensumstände verglichen. Aus diesem Vergleich werden Proportionen abgeleitet (odds ratio, relatives Risiko, siehe Tabelle 2), um ggf. Aussagen zu realen Risiken machen zu können. Beim Thema Rauchen und Lungenkrebs fanden sich z.B. um etwa auf das Hundertfache erhöhte odds ratios bei Rauchern im Vergleich zu Nichtrauchern, so daß ein reales Risiko nachgewiesen werden konnte. Aus odds ratios im Bereich von 3 oder kleiner sollten wegen der immanenten Ungenauigkeit von Fallkontrollstudien keine Schlüsse gezogen werden. Die Erfahrungen mit ständig wechselnden Zahlen zu beliebten Risikothemen, wie z.B. Radon und Lungenkrebs, bestätigen diese Regel und zeigen, wie bedenklich und potentiell schädlich die Überinterpretation ist (Taubes 1995). Meist handelt es sich um die falsche Interpretation richtiger Zahlen, d.h. die identifizierba-

Tab. 2: Glossar epidemiologischer Begriffe

<i>Bias:</i>	Systematische Verzerrung des Studienergebnisses, bedingt durch Trends bei der Auswahl von Fällen, Erhebung von Befunden, Bearbeitung und Interpretation von Daten, etc. Z.B. diagnostic bias: differentieller Einsatz diagnostischer Methoden; bei OC-Nehmerinnen ist die Wahrscheinlichkeit höher, daß nach Thrombosen gefahndet wird als bei Nicht-Nehmerinnen.
<i>Confounder:</i>	Zusätzlicher assoziierter Faktor, der auf die untersuchte Größe Einfluß nimmt. Z.B. muß bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Kaffeetrinken und Herzinfarkt die Assoziation Kaffee/Rauchen beachtet werden, weil Rauchen ebenfalls das Herzinfarktrisiko beeinflußt.
<i>Risk:</i>	Die Wahrscheinlichkeit, daß ein unerwünschtes Ereignis in einer gegebenen Zeit eintritt.
<i>Relative Risk:</i>	Größe eines Risikos im Verhältnis zu einem anderen Risiko, das gleich 1 gesetzt wird.
<i>Odds:</i>	Quotient aus Eintrittswahrscheinlichkeit eines Ereignisses (P) und der Wahrscheinlichkeit, daß es <i>nicht</i> eintritt (1-P), also $P / (1-P)$.
<i>Odds Ratio:</i>	Quotient aus 2 Odds. Bei seltenen Ereignissen wird diese Odds Ratio als direktes Maß für das Relative Risk angesehen.

ren und quantifizierbaren Verzerrungsfaktoren sind zwar schon berücksichtigt, aber der verbleibende numerische Wert wird trotz entgegenstehender Warnungen und Erfahrungen als reales Risiko betrachtet. Häufig fehlt es jedoch auch schon am davorliegenden Schritt, nämlich der Analyse und Berücksichtigung erkennbarer systematischer Verzerrungen.

WHO - Studie

Diese Studie wurde von der Weltgesundheitsorganisation als Fallkontrollstudie zu kardiovaskulären Risiken oraler Kontrazeptiva in vier Kontinenten (Afrika, Asien, Europa, Südamerika) angelegt. Insgesamt waren 15 Länder beteiligt. Für die hier in Rede stehenden Risiken konnte nur eine Auswahl der Daten verwendet werden, so daß sich alle Aussagen der WHO-Studie auf eine Teilmenge der Gesamtstudie beziehen.

Die Auswertung der Teildaten zeigte in Bezug auf Herzinfarkte und Schlaganfälle keinen numerisch signifikanten Unterschied zwischen den oralen Kontrazeptiva der 2. Generation (überwiegend mit Levonorgestrel) und denen der 3. Generation (Gestoden oder Desogestrel enthaltend). Bei den Herzinfarkten war tendentiell eine nicht signifikante Erniedrigung des Risikos bei der 3. Generation gegenüber Levonorgestrel enthaltenden oralen Kontrazeptiva zu erkennen. In Bezug auf venöse thromboembolische Ereignisse fand sich ein auf 2,7 erhöhtes numerisches relatives Risiko für venöse thromboembolische Ereignisse bei oralen Kontrazeptiva der 3. Generation im Vergleich zu Präparaten, die Levonorgestrel als Gestagen enthalten. Dieses wurde Mitte Oktober 1995 zur Begründung der Warnungen in England und Deutschland herangezogen.

Schon auf einem Expertentreffen bei der WHO im Juli 1995 war vor der Interpretation dieses Ergebnisses im Sinne eines realen Risikos gewarnt worden. Kurz vor der Sitzung des CPMP in London am 26.10.1995 wurde das beim Lancet zur baldigen Publikation eingereichte Manuskript zur Verfügung gestellt (WHO 1995), so daß eine detailliertere kritische Beurteilung möglich wurde. Ohne der nach der Publikation notwendigen Diskussion in Wissenschaftskreisen vorgreifen zu wollen, sind folgende Kritikpunkte evident:

- *Verschreibungsverhalten:* Es gibt deutliche Hinweise dafür, daß die oralen Kontrazeptiva der 3. Generation für Frauen mit höherem Risiko verordnet worden sind. Dies betrifft sowohl die erstmalige Verordnung von oralen Kontrazeptiva mit ihrer per se erhöhten Risikolage als auch die ärztliche Einschätzung hinsichtlich des kardiovaskulären/thromboembolischen Gesamtrisikos. Grundsätzlich werden neue, auf Risikominderung hin entwickelte Präparate folgerichtig bei Ersteinstellungen und vermuteten Empfindlichkeiten eingesetzt. Die Folge für Fallkontrollstudien ist eine unsymmetrische Alters- und Risikoverteilung. Diese führt zu entsprechenden odds ratios und scheinbar höherem relativem Risiko. Dies gilt für alle drei Studien gleichermaßen.
- Weitere Anhaltspunkte weisen auf andere Verzerrungen der Auswahl hin, z.B. ausgeprägte Unterschiede zwischen den Ergebnissen aus der zahlenmäßig sehr stark repräsentierten Region Oxford und allen anderen untersuchten Gebieten.
- In den Analysen fehlt die Berücksichtigung von Irrtumsquellen, die zum Teil auch gar nicht primär erhoben worden sind:
 - Anamnese der Einnahme oraler Kontrazeptiva (Art und Dauer)
 - Familienanamnese thromboembolischer Ereignisse
 - Blutdruckwerte
 - Begleitmedikation

- Es wurde kein Versuch unternommen, ein Gesamtrisikoprofil (z.B. aus den Faktoren Übergewicht, Vorerkrankungen, sozialer Hintergrund, häufiger Pillenwechsel, Rauchen) als Korrektur zu berücksichtigen.
- Zahlreiche Bias-Formen, die bei Fallkontrollstudien zu beachten sind, wurden in der Analyse und Diskussion nicht berücksichtigt. Dies ist umso wichtiger, als ähnliche Bedingungen wie beim Verschreibungsverhalten wirksam sind. Neben allgemein gültigen Bias-Formen (z.B. diagnostic bias) ist bei oralen Kontrazeptiva ein komplexer Zeittrend-Bias zu beachten, der dazu führt, daß für Thrombose susceptible Patienten bei Präparaten mit länger zurückliegender Markteinführung unterrepräsentiert sind. In diesem Zusammenhang müssen sowohl die Anamnese der Schwangerschaften als auch der Wechsel zwischen oralen Kontrazeptiva sehr sorgfältig analysiert werden, weil beide Situationen Einfluß auf das Thromboserisiko haben. *Alle* genannten Formen wirken zu Ungunsten des Risikobildes oraler Kontrazeptiva der 3. Generation.
- Bei der multivariaten Analyse der WHO-Daten fällt auf, daß bekannte Risikofaktoren wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Rauchen kaum einen Effekt zu haben scheinen. Diese bemerkenswerten Befunde stehen im Widerspruch zu gesicherten Erkenntnissen und sollten Anlaß für eine Neubewertung der Analyse sein.

Bei dieser kritischen Betrachtung muß eingeräumt werden, daß die WHO-Studie insgesamt geographisch weiter gefaßt war und die separate Heraushebung einiger europäischer Daten bezüglich venöser Thromboembolien in dieser Form nicht geplant war. Dies mag die Autoren auch zu folgender vorsichtiger Aussage veranlaßt haben: „Gesundheitliche Risiken von Pillen, die die Gestagene Desogestrel oder Gestoden enthalten, sind sehr niedrig“. Dennoch hat der Mangel an kritischer Auswertung und Abwägung zu der unsachlichen Dramatisierung des Themas beigetragen.

Transnationale Studie

Diese Fallkontrollstudie wurde von der Schering AG im Einvernehmen mit dem damaligen Bundesgesundheitsamt, jetzt Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte genannt, geplant und unter der Leitung von Prof. Walter Spitzer durchgeführt. Das Studiendesign wurde in einer anerkannten epidemiologischen Fachzeitschrift publiziert (Spitzer 1993).

Hinsichtlich des ex ante Ansatzes zur Klärung der kardiovaskulären Risiken der oralen Kontrazeptiva der 3. Generation ist diese Studie spezifischer als die WHO-Studie.

Auch hinsichtlich der Maßnahmen zur Qualitätssicherung wurden in der Transnationalen Studie höchste Maßstäbe gesetzt. Natürlich sind hier die gleichen Formen des Bias wie in der WHO-Studie wirksam, weil sie ein immanentes Problem von Fallkontrollstudien sind. Insbesondere ist die grundlegend verzerrte Risikoverteilung durch das Verschreibungsverhalten (bevorzugte Verordnung der OCs der 3. Generation an Frauen mit Risiken) wie in den anderen Studien wirksam.

Die Studienergebnisse (Spitzer 1996) waren zur Zeit der Beratungen im europäischen Spezialitätenausschuß (CPMP) noch nicht publiziert. In der rohen Form ergab sich ein relatives Risiko für venöse Thromboseembolien von 1,85 im Vergleich von gestodenhaltigen Präparaten mit levonorgestrelhaltigen Präparaten. Wenn man nur die Daten aus Großbritannien betrachtet, liegt das relative Risiko bei 1,55. Unter Berücksichtigung einiger quantifizierbarer Verzerrungsfaktoren verringert sich das relative Risiko weiter. Dabei sind

jedoch wesentliche Elemente, z.B. Verschreibungsverhalten, noch nicht eingebracht. Hinweise auf die asymmetrische Risikolage ergeben sich bei der Transnationalen Studie in Form der Altersverteilung: die oralen Kontrazeptiva der 3. Generation waren öfter für sehr junge und ältere Frauen verordnet worden als die der 2. Generation.

Da die Assoziation in dieser Studie noch schwächer war als in der WHO-Studie, also das numerisch relative Risiko sogar in der rohen Form unterhalb von 2 lag, sind diese Ergebnisse beruhigend und zeigen kein erhöhtes Thromboserisiko.

Untersuchungen von Prof. Jick

Diese Untersuchungen betreffen ebenfalls die Frage nach einem differentiellen kardiovaskulären Risiko verschiedener Generationen oraler Kontrazeptiva. Sie wurden an Teilen einer englischen Praxisdatenbank auf der Basis von ca. 400 Praxen durchgeführt. Diese früher als VAMP Database bekannte Einrichtung ist nach Stagnation und Besitzerwechsel in *General Practice Research Database* (GPRD) umbenannt worden und scheint sich wieder zu stabilisieren. Es muß von vornherein darauf hingewiesen werden, daß viele der Patienten in dieser Datenbank aus dem gleichen Territorium stammen, aus dem auch die oben genannten Fallkontrollstudien schöpften. Aufgrund vorliegender Informationen gibt es keine Möglichkeit, die Überlappung der untersuchten Populationen auszuschließen.

Jick findet in den GPRD Daten numerisch ein relatives Risiko von 2,1 bezüglich venöser Thromboembolien beim Vergleich von Präparaten der 3. mit denen der 2. Generation (Jick 1995). Abgesehen von der Frage nach der adäquaten Qualität der zugrundeliegenden Daten sind einige methodische Gesichtspunkte zu beachten:

- Jicks Auswertung des GPRD-Materials ist in erster Linie eine Untersuchung an einer historischen Kohorte, in der die relativ seltenen Fälle retrospektiv durch Studium von Krankengeschichten ausgewählt werden. Einschluß und Ausschluß von Fällen und Kontrollen sind alle den individuellen Irrtumsmöglichkeiten des Betrachters unterworfen.
- Alle verzerrenden Faktoren, insbesondere die durch das Verschreibungsverhalten bedingten, sind wie in den Fallkontrollstudien wirksam.
- Für die meisten Verzerrungsfaktoren wurde keine Berichtigung vorgenommen.
- Der Vergleich von hospitalisierten Fällen mit Kontrollen, die ambulant oder hospitalisiert sein konnten, erscheint fragwürdig, da die Qualität der Diagnosesicherung entsprechend variiert.

Zusammenfassende Bewertung der Studien

Die relativen Risiken aller drei aufgeführten Studien bewegen sich im Bereich der methodischen Unschärfe epidemiologischer Studien. Die typischen Fehlerquellen (Bias, Confounder) müssen berücksichtigt werden. Die asymmetrische Risikoverteilung durch Verschreibungsverhalten ist für alle drei Studienansätze gleichermaßen wirksam, da zu überlappenden Zeiten im gleichen Territorium untersucht wurde und es sich damit nicht um voneinander unabhängige Erhebungen handelt. Weitere ähnliche Studien könnten dementsprechend vergleichbare numerische Assoziationen zeigen, die aber ebenfalls kein erhöhtes Risiko venöser thromboembolischer Ereignisse bei oralen Kontrazeptiva mit Gestoden oder Desogestrel als Gestagenen bedeuten.

Für die angedeuteten Effekte bei Myokardinfarkt gelten die Grenzen der Aussagefähigkeit

epidemiologischer Studien gleichermaßen. Wenn dies nicht sorgsam beachtet wird, droht Gefahr, daß hinsichtlich des Myokardinfarktes ein neuer Irrtum, diesmal zu Ungunsten levonorgestrelhaltiger Präparate, entsteht.

Öffentlichkeit und Behörden

Seit der Einführung hat die Pille die Öffentlichkeit und die Medien immer wieder beschäftigt. Schreckensmeldungen über Gefahren der oralen Kontrazeption, Vermutungen über den Einfluß auf das Sexualverhalten und ostentative Sorge über die medizinischen oder gesellschaftlichen Auswirkungen eventueller Verhaltensänderungen haben immer wieder Seiten und Sendezeiten gefüllt. Der gut dokumentierte, gesundheitliche Nutzen der oralen Kontrazeptiva hat wenig Eingang in die Laienmedien gefunden. Dementsprechend ist das Meinungsfeld der kontrazeptionswilligen Frauen mit Ängsten und Mythen belegt. Dies kann sowohl zur Ablehnung der oralen Kontrazeption als optimaler Methode führen als auch zur psychischen Belastung der Pillennehmerinnen. Die Einnahme erfolgt in diesen Fällen gewissermaßen unter erheblichen, in diesem Ausmaß nicht gerechtfertigten, Bedenken und Ängsten.

In Kenntnis dieser Situation sollten Ärzte, Behörden und Wissenschaftler besonders vorsichtig agieren und unausgereifte Aussagen und Schlüsse vermeiden. Dies ist im Herbst 1995 leider nicht geschehen. Im Gegenteil, bei diesem rezenten „pill scare“ wurde mit unpublizierten Daten argumentiert und eine unangemessene Dramatik in einen wissenschaftlichen Klärungsprozeß gebracht. Die Akzeleration des Prozesses ist auf das Bemühen der englischen und deutschen Arzneimittelbehörden zurückzuführen, die auf Vorabinformation und Zwischenauswertung laufender Studien drängten. Dies entspricht nicht den Anforderungen an eine sorgfältige Abwägung (Tabelle 3). Das gilt insbesondere für den Versuch einer relativen Quantifizierung mit epidemiologischen Verfahren, deren methodische Unschärfe und Wechselhaftigkeit inzwischen bekannt sein dürften. In Verbindung mit dem Wettlauf um immer aktuellere Meldungen der Medien sind Eingriffe in den wissenschaftlichen Prozeß gefährlich. Unter dem Druck der öffentlichen Meinung kann es zu verfrühten, unausgewogenen Empfehlungen und Entscheidungen kommen.

Tab. 3: Ansprüche an schlußfolgerungsfähige Daten:

- Studien abgeschlossen
- Daten validiert und auditiert
- Publikationsentwurf von den Mitwirkenden einvernehmlich bearbeitet
- Peer Review
- Publikation
- Öffentliche Diskussion nach Publikation inkl. Leserbriefe

Literatur

- BfArM: Stufenplanbescheid zu Desogestrel - und Gestodenhaltigen oralen Kontrazeptiva. Berlin, Bundesinstitut f. Arzneimittel und Medizinprodukte, 1995
- Boston Collaborative Drug Surveillance Program. Oral contraceptives and venous thromboembolism, surgically confirmed gallbladder disease and breast tumors. *Lancet* 1973; 1399-1404
- CSM: Combined oral contraceptives and thromboembolism. London, Committee on Safety of Medicines, 1995
- EMA: Position of the CPMP on oral contraceptives containing gestodene or desogestrel. European Medicines Evaluation Agency, 1995
- Inman, W.H.; Vessey, M.P.: Investigation of deaths from pulmonary, coronary and cerebral thrombosis and embolism in women of childbearing age. *BMJ* 1968; 2, 193-199
- Jick, H.; Jick S.S.; Gurewich, M.D.; Myers, M.W.; Vasilakis, C.: Risk of idiopathic nonfatal venous thromboembolism. Submitted to the *Lancet*, 1995
- Sartwell, P.E.: Thromboembolism and oral contraceptives: A further report. *Am J Epidemiol.* 1971; 94, 192-201
- Spitzer, W.O.; Thorogood, M.; Heinemann, L.: Trinational case-control study of oral contraceptives and health. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1993; 2, 21-31
- Spitzer, W.O.; Thorogood, M.; Heinemann, L.: Transnational case-control study of oral contraceptives and the health of young women. Submitted to the *Lancet*, 1996
- Taubes, G.: Epidemiology faces its limits.. *Science* 1995; 269, 164 - 169
- Thorogood, M.; Mann, J.I.; Murphy, M. et al.: Stroke and oral contraceptive use: findings from a case control study. *AM J Epidemiol.* 1992; 136, 8-17
- Vessey, M.P.; Doll, R.: Investigation of relation between use of oral contraceptives and thromboembolic disease. *BMJ* 1968; 2, 199-205
- Vessey, M.P.; Doll R.: Investigation of relation between use of oral contraceptives and thromboembolic disease: A further report. *BMJ* 1969; 2, 661-667
- WHO: World Health Organization Collaborative study of cardiovascular disease and steroid hormone contraception. Submitted to the *Lancet*, 1995

Anschrift des Autors

Dr. med. Alfred Pauls, Corporate Drug Safety and Liability, Schering AG, D-13342 Berlin

Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

(Quelle: 120. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht IV / 95)

Tab. 1: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Kindern (<13 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.12.95)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 94 – Dez. 94	Jan. 95 – Dez. 95	Gesamt
Hämophile	0 0,0 %	0 0,0 %	8 7,8 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	0 0,0 %	0 0,0 %	12 11,8 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	2 100 %	2 66,7 %	80 78,4 %
Keine Angaben	0 0,0 %	1 33,3 %	2 2,0 %
Gesamt	2 100 %	3 100 %	102 100 %

Tab. 2: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.12.95)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 94 – Dez. 94	Jan. 95 – Dez. 95	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	1038 73,5 %	607 73,4 %	9521 75,7 %
i. v. Drogenabhängige	150 10,6 %	88 10,6 %	1351 10,7 %
Hämophile	40 2,8 %	26 3,1 %	475 3,8 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	10 0,7 %	6 0,7 %	120 1,0 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	58 4,1 %	31 3,7 %	347 2,8 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 94 – Dez. 94	Jan. 95 – Dez. 95	Gesamt
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	32 2,3 %	20 2,4 %	123 1,0 %
Keine Angaben	84 5,9 %	49 5,9 %	645 5,1 %
Gesamt	1412 100 %	827 100 %	12582 100 %

Tab. 3: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31.12.95)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 94 – Dez. 94	Jan. 95 – Dez. 95	Gesamt
i. v. Drogenabhängige	90 43,7 %	51 44,3 %	690 49,5 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	8 3,9 %	3 2,6 %	126 9,0 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	69 33,5 %	39 33,9 %	405 29,1 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	22 10,7 %	12 10,4 %	83 6,0 %
Keine Angaben	17 8,3 %	10 8,7 %	90 6,5 %
Gesamt	206 100 %	115 100 %	1394 100 %

Tab. 4: HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Doppelmeldungen nach Infektionsrisiken, Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Einsendung der Seren (Stand: 31.12.95)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 94 – Dez. 94	Jan. 95 – Dez. 95	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	847 16,4 %	686 17,2 %	10464 14,6 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 94 – Dez. 94	Jan. 95 – Dez. 95	Gesamt
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht männlich	274 5,3 %	205 5,1 %	4044 5,6 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht weiblich	120 2,3 %	74 1,9 %	1976 2,8 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht unbekannt	21 0,4 %	14 0,4 %	363 0,5 %
Hämophile	2 0,0 %	0 0,0 %	1853** 2,6 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht männlich	14 0,3 %	6 0,2 %	289 0,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht weiblich	7 0,1 %	4 0,1 %	213 0,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht unbekannt	0 0,0 %	0 0,0 %	21 0,0 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht männlich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	139 2,7 %	114 2,9 %	1329 1,9 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht weiblich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	142 2,7 %	111 2,8 %	1314 1,8 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht unbekannt (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	9 0,2 %	4 0,1 %	87 0,1 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	391 7,6 %	341 8,6 %	992 1,4 %
Prä- oder perinatale Infektion	97 1,9 %	41 1,0 %	757 1,1 %
Keine Angaben / Geschlecht männlich	2125 41,1 %	1565 39,3 %	31863 44,4 %
Keine Angaben / Geschlecht weiblich	584 11,3 %	447 11,2 %	7490 10,4 %
Keine Angaben / Geschlecht unbekannt	393 7,6 %	371 9,3 %	8672 12,1 %
Gesamt	5165 100 %	3983 100 %	71727 100 %

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

** Nach Umfrageergebnissen einer anlässlich des Hamburger Hämophilie Symposium durchgeführten Studie beträgt die Zahl der HIV-positiven Hämophilen 1377. (Schramm: Umfrageergebnisse Hamburger Hämophilie Symposium 1994)

Veranstaltungskalender

- INTERNATIONALES SEXUOLOGIE-SYMPOSIUM. Zürich, 29.2.-1.3.1996. Leitung und Information: Prof. Dr. Claus Buddeberg, Abteilung für Psychosoziale Medizin, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital, Culmannstr. 8, CH-8091 Zürich. Tel.: (+411) 255 51 27 Fax: (+411) 255 44 08.
- MEETING "INTERNATIONAL TRAVEL AND SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES." Venedig, 15. 3.-17. 3. 1996. Information: Dr. W. Pasini, WHO Collaborating Centre for Tourist Health and Travel Medicine, Viale Dardanelli, 64, I-47037 Rimini. Tel.: (+39-541) 24301 oder 53209 Fax: (+39-541) 52748.
- JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN STD-GESELLSCHAFT (vormals „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“). Hamburg, 10. 5.-12. 5. 1996. Hauptthemen: Sexuell übertragbare Virusinfektionen; Die Einbindung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in die Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten. Leitung und Information: Prof. Dr. G. Gross, Universitäts-Hautklinik Eppendorf, Martinistr. 52, D-20251 Hamburg.
- 4TH INTERNATIONAL BISEXUAL SYMPOSIUM. Diversity: The Many Faces of Bisexuality. Berlin, Mai 1996. Information: BINE e.V., Postfach 61 02 14, D - 10923 Berlin. Tel.: (030) 6944651. Fax: (030) 2117405.
- IXTH WORLD CONGRESS ON HUMAN REPRODUCTION. Philadelphia, USA, 28. 5.-1. 6. 1996. Information: IXth World Congress on Human Reproduction, 875 Kings Highway, Suite 200, Woodbury, NJ 08096 - 3172, USA.
- XI INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS. Vancouver, Canada, 7. 7.-12. 7. 1996. Information: XI International Conference on AIDS / Registration Bureau, c/o Ticket Master, 1304 Hornby Street, Vancouver, British Columbia, Canada V6Z 1W6. Tel.: (+1-604) 280-1996 Fax: (+1-604) 682-6430.
- XV. FORTBILDUNGSWOCHE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE UND VENEROLOGIE 1996. München, 21. 7.-26. 7. 1996. Information: Prof. Dr. G. Plewig, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität, Frauenlobstr. 9-11, D-80337 München. Tel.: (+49-89) 516 04 662 Fax: (+49-89) 516 04 531.
- THIRDEUROPEAN CHLAMYDIA MEETING. Wien, 11. 9.-14. 9. 1996. Information: Dr. Angelika Stary, Vienna Academy of Postgraduate Medical Education and Research, Alser Str. 4, A-1090 Wien. Tel.: (0043-1) 405 138313 Fax: (0043-1) 405 138323.
- 2ND CHINA INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON SEXOLOGY AND INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON LUGULAKE CULTURE. Xichang, China, 10. 10.-16. 10. 1996. Information: Sexology Institute of Oriental Minorities, No. 1 Hospital of Liangshan Yi Autonomous Prefecture Xichang (615000) Sichuan, P.R. China. Tel.: (0086-834) 227703 Fax: (0086-834) 220975.
- 5TH CONGRESS EUROPEAN ACADEMY OF DERMATOLOGY AND VENEROLOGY. Lissabon, Portugal, 13. 10.-17. 10. 1996. Information: Mundiconvenius, Sociedade de Congressos e Servicos, Lda. Av. Elias Garcia, 76, 1°-D, P-1050 Lisboa. Tel.: (00351-17) 96 88 09 Fax: (00351-17) 96 35 55.
- SECOND ASIAN AND OCEANIC CONGRESS OF ANDROLOGY. Chindigarh, Indien, 16. 11.-20. 11. 1996. Information: Prof. N. R. Kalla, Dpt. of Biophysics, Panjab University, P.O. Box 1204, Chindigarh 160014, India. Fax: (0091-172) 541-409.

Buchbesprechungen

Alfred Spira; Nathalie Bajos and the ACSF Group (1994): **Sexual Behaviour and AIDS**. Aldershot/Brookfield USA/Hong Kong: Avebury. 324 Seiten, Preis: £ 42.50

Hinter diesem Buchtitel verbergen sich die ersten Ergebnisse der größten repräsentativen Untersuchung zum Sexualverhalten der Allgemeinbevölkerung in Frankreich, die von der aus 22 Wissenschaftlern zusammengesetzten interdisziplinären Arbeitsgruppe ACSF (Analyse des Comportements Sexuels en France) unter Leitung des Epidemiologen Alfred Spira und der Demographin Nathalie Bajos durchgeführt wurde.

Nach wie vor ist Prävention der einzig wirksame Schutz vor der Immunschwächekrankheit AIDS. Um potentiell gefährdete Bevölkerungsgruppen und Faktoren, die eine Rolle für unterschiedliche Verhaltensweisen und Verhaltensänderungen spielen, identifizieren und effiziente Präventionsstrategien entwickeln zu können, ist Basiswissen zum Sexualverhalten der Allgemeinbevölkerung notwendig. Wie in den meisten westeuropäischen Ländern und den USA gab es auch in Frankreich zu Beginn der Epidemie keine bzw. keine neueren repräsentativen Untersuchungen zu diesem Thema. Die französischen Ministerien für Forschung und Gesundheit gaben daher 1989 die vorliegende Studie in Auftrag mit dem Ziel, nicht nur sexuelle Aktivitäten der französischen Allgemeinbevölkerung zu beschreiben, sondern auch soziologische und psychologische Faktoren zu analysieren, die Hinweise für die Interpretation zum Risiko- bzw. Schutzverhalten liefern können. Weiterhin sollten die Ergebnisse ein Modell für die Vorhersage über die Ausbreitung von HIV/AIDS und Empfehlungen für die Prävention von AIDS und STDs ermöglichen.

Für die vorliegende Studie wurde viel Zeit und methodische Sorgfalt bei der Auswahl der Stichprobe, der Erhebungsinstrumente, der Entwicklung des Fragebogens und der Schulung der Interviewer angewandt. Nach mehreren Pretests entschied sich die Arbeitsgruppe für eine Telefonbefragung einer nach Haushalten gezo-

genen Zufallstichprobe von 20.055 Personen im Alter von 18-69 Jahren. Diese umfangreiche Telefonbefragung war eine Innovation in den französischen Sozialwissenschaften und somit auch ein Test für dieses Erhebungsinstrument. Im Gegensatz zu den Befürchtungen der Auftraggeber stieß diese Methode insgesamt auf hohe Akzeptanz und großes Interesse bei den Interviewten, die Verweigerungsquote betrug nur 20%. Um genügend aussage- und analysefähige Fallzahlen zu riskanten Sexualpraktiken zu erhalten, wurde eine Stichprobe von 20.000 gewählt. Da die Forschergruppe von der Hypothese ausging, daß für 80% der Bevölkerung kein akutes Risiko einer HIV-Infektion besteht, wurde innerhalb der Stichprobe ein zweistufiges Auswahlverfahren angewandt. Bei Personen mit Risikoindikatoren (Personen mit mehreren Sexualpartnern, Homo- und Bisexuellen, Drogengebrauchern, Blutern und Prostitutionskunden (n=3000), die zu Beginn des Interviews erfragt wurden, und bei einer Kontrollgruppe (n=2000) wurde die lange Version des standardisierten Fragebogen mit fast 400 Fragen verwendet. Da Drogengebraucher durch eine Telefonbefragung nur schwer zu erreichen und zu identifizieren sind – nur 0,5% der Befragten gaben Drogenkonsum (incl. weiche Drogen) an, waren für diese Gruppe keine detaillierten statistische Analysen möglich. Die Interviews wurden von September 1991 bis Februar 1992 durchgeführt.

Der vorliegende Endbericht der Arbeitsgruppe gibt einen ausführlichen und problemorientierten Überblick über den Forschungsstand, das Studiendesign, die verschiedenen Vorstudien, die ethischen und datenschutzrechtlichen Problemen im Vorfeld der Erhebung sowie der Struktur der Stichprobe mit zahlreichen Übersichtsdarstellungen zum Alter, Geschlecht, der regionalen Verteilung, Ausbildungsgrad, Beruf, Familienstand und Haushaltsgröße der Befragten (S. 1-91). Die Ergebnisse der Untersuchung werden in fünf Kapiteln beschrieben und durch zahlreiche Tabellen und Graphiken illustriert. Hauptthemen der Studie sind: Sexualverhalten, Kommunikationsmuster, Einstellungen zu Se-

xualität, Liebe, AIDS und Tod, Erfahrungen mit sexueller Gewalt, Risikowahrnehmung und -verhalten, Präventionsstrategien und eine Prognose zur Ausbreitung der Krankheit (S. 92-241). Im Anhang ist der ausführliche Fragebogen, der über 20% der Publikation ausmacht, abgedruckt. Die Ergebnisse zum Sexualverhalten der französischen Allgemeinbevölkerung liefern eine detaillierte Analyse über die Situation im Jahre 1992, sind aber weder überraschend noch neu und bestätigen an vielen Stellen die Ergebnisse anderer Befragungen. Im Vergleich zu einer in den siebziger Jahren durchgeführten Repräsentativuntersuchung sind die Unterschiede im Sexualverhalten von Männern und Frauen, v.a. bei der jüngeren Generation, geringer geworden. Je kürzer der zurückliegende Zeitraum ist, desto mehr gleichen sich die Antworten von Männern und Frauen an. Beim Blick zurück in die Vergangenheit neigen Männer jedoch zu einer Überschätzung ihrer sexuellen Aktivitäten. Der erste Geschlechtsverkehr findet heute auch früher statt: im Durchschnitt bei Männern mit 18, bei Frauen mit 17 Jahren. Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich jedoch in der Einstellung zur Sexualität. Frauen assoziieren Sex viel häufiger mit Liebe als Männer. Dennoch hat Treue bei beiden Geschlechtern einen hohen moralischen Wert und wird als eine der wirksamsten Präventionsstrategien gegenüber HIV angesehen, obwohl dies von offizieller Seite nie propagiert wurde. Die überwiegende Mehrzahl der Franzosen hatte in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nur einen Partner, nur 15% der Männern und 6% der Frauen hatten in diesem Zeitraum mehrere Sexualpartner. Homosexuelle Kontakte berichten 4% der Interviewten, ein Prozentsatz, der sich mit Untersuchungen in anderen, vergleichbaren Ländern deckt. Ausführlich werden in diesem Kapitel auch die unterschiedlichen Sexualpraktiken in Korrelation zu verschiedenen soziodemographischen Indikatoren und die Angaben zum zuletzt stattgefundenen Geschlechtsverkehr der Interviewten dargestellt. Ein Schwerpunkt der Untersuchung lag auf der Analyse von Kommunikationsmustern ausgehend von der Hypothese, daß die Fähigkeit über Sexualität zu kommunizieren Verhaltensänderungen erleichtert. Die Ergebnisse der Inter-

views liefern wichtige Hinweise zum sozialen und interpersonellen Kontext in dem sexuelle Themen mit Vertrauenspersonen, den Sexualpartnern und in der Familie diskutiert werden. Frauen und jüngere Personen sprechen eher über dieses Thema, auch beim Eingehen neuer Beziehungen wird häufiger über AIDS, STDs und Kontrazeption diskutiert als in festen Beziehungen. Heutzutage scheint es auch einfacher mit den Eltern über Sexualität zu reden, wobei Mütter immer noch die zentrale Rolle bei der Sexualerziehung spielen.

Welche Einstellung haben die Franzosen zu Liebe und Sexualität? Auch hier brachte die Befragung eine Fülle von Antworten. Neun von zehn Franzosen waren mit ihrem Sexualleben sehr zufrieden. Über 90% der Befragten stimmten der Aussage zu, daß Sex befriedigender sei, wenn beide Partner sich lieben. Für zwei Drittel der Männer war jedoch Sex auch ohne Liebe vorstellbar, eine Einstellung, die auch ihrem geschilderten Verhalten entspricht.

Die Risikowahrnehmung, das Wissen über AIDS und die Überzeugungen über die Effizienz und individuelle Anwendbarkeit von Präventionsmaßnahmen spielen ebenfalls eine entscheidende Rolle für Verhaltensänderungen. Fast alle Interviewten kannten die Übertragungswege von HIV und waren der Ansicht, daß eine Kontrolle der Epidemie von persönlichen Verhaltensweisen abhänge, obwohl gleichzeitig eine mögliche Übertragung auch von externen, individuell nicht kontrollierbaren Faktoren abhängig gemacht wurde. Eine erhöhte Risikowahrnehmung hatten Personen mit mehreren Sexualpartnern und diejenigen mit einem von ihnen selbst eingeschätzten schlechten Gesundheitszustand, subjektive Nähe zu HIV-Infizierten und die Einstellung und Auseinandersetzung mit dem Tod spielten ebenfalls eine Rolle für ein größeres Risikobewußtsein, das mit zunehmendem Alter und Grad der Verliebtheit jedoch abnimmt. Die Kondombenutzung korreliert mit der Risikowahrnehmung, die Akzeptanz und das Vertrauen in die Sicherheit von Kondomen sind groß, nicht jedoch die tatsächliche und konsequente Anwendung, ein Problem mit dem sich alle in der AIDS-Prävention Beschäftigten herumschlagen und für das auch noch keine Lösung gefunden wurde. Den Ergebnissen

der Studie zufolge besteht für die übergroße Mehrheit der französischen Bevölkerung kein akutes Risiko einer Infektion mit HIV oder STDs. Verhaltensänderungen aufgrund von AIDS berichten v.a. junge, unverheiratete Interviewte mit einem höheren Ausbildungsniveau. Verhaltensänderungen finden in dieser Gruppe v.a. dahingehend statt, daß man nur mit bekannten Personen Sex hat bzw. mit Personen, in die man verliebt ist. Jüngere Heterosexuelle mit mehreren Sexualpartner und Homosexuelle berichten über häufigeren Kondomgebrauch. Homo- und Bisexuelle zeigen dabei das konsequenteste Präventionsverhalten. Die detaillierte Analyse zeigt, daß Personen, die ein höheres Risiko haben, auch häufiger Kondome benutzen. Bedenklich ist, daß in dieser Gruppe ein Drittel bis die Hälfte in den letzten 12 Monaten nie ein Kondom benutzt haben. Aufgrund der Befragung kommen die Autoren zu dem Schluß, daß in der heterosexuellen Bevölkerung, besonders unter jungen Menschen, die Chancen für eine weitere Ausbreitung von AIDS gegeben sind.

Fazit: Die methodisch sorgfältig und sehr differenziert erhobenen Daten sind in der vorliegenden Studie noch nicht alle abschließend ausgewertet, was sich an der ungleichen Gewichtung der Themen und der manchmal sehr knappen Analyse einzelner Ergebnisse auch bemerkbar macht. Weitere Detailuntersuchungen und Empfehlungen für gezielte Präventionsmaßnahmen werden von der Arbeitsgruppe angekündigt und man kann gespannt auf die nächsten Veröffentlichungen sein. Die ersten Ergebnisse liefern jedoch ein detailliertes Bild über das Sexualverhalten der französischen Allgemeinbevölkerung. Trotz der Datenfülle ist die Untersuchung flüssig und verständlich beschrieben, die einzelnen Ergebnisse werden vorsichtig und problemorientiert interpretiert. Die Bandbreite der Fragestellungen, die Informationen und Hintergrunddaten zum Sexualverhalten, den Wertvorstellungen, der Risikowahrnehmung und zum Risikoverhalten, die bisher in vielen quantitativen Untersuchungen zu kurz kamen, machen die Publikation zu einer Fundgrube für alle an der Erforschung von AIDS und Sexualität Interessierten.

Sabine Reiter, Berlin

Elizabeth Loftus & Katherine Ketcham (1995): **Die therapierte Erinnerung.** Vom Mythos der Verdrängung bei Anklagen wegen sexuellen Mißbrauchs. Übersetzt von Karin Diemerling. Hamburg: Klein Verlag. 360 Seiten, Preis: 46,00 DM

Die Realität und das Ausmaß des Schreckens von sexuellem Mißbrauch, Inzest und Gewalt gegen Kinder ist im öffentlichen Bewußtsein in den letzten Jahren zunehmend anerkannt und enttabuisiert worden. Zu danken ist dies der Arbeit von vielen engagierten und talentierten Therapeutinnen und Therapeuten, die den Opfern von sexuellem Mißbrauch und Inzest helfen, mit den Folgen und bleibenden Erinnerungen an diese Traumata zurechtzukommen.

Es mehren sich aber auch die Meldungen, daß sich Eltern oder Angehörige zu Unrecht des sexuellen Mißbrauchs beschuldigt fühlen, insbesondere dann, wenn die Anschuldigungen erst viele Jahre oder Jahrzehnte nach der angeblichen Tat zur Anzeige kommen.

Mit diesem Phänomen der Wiederbelebung von Erinnerungen an langjährig nicht zugängliche Erfahrungen sexuellen Mißbrauchs befaßt sich das vorliegende Buch aus der Perspektive der Gedächtnispsychologie. Elisabeth Loftus ist eine international anerkannte Forscherin im Bereich der Zeugenpsychologie und der Veränderung von Gedächtnisinhalten durch Suggestion, nachträgliche Informationen und wiederholte Befragungen.

In den USA wird das Phänomen der „verdrängten Erinnerungen“ seit Jahren sehr kontrovers diskutiert. In einigen Bundesstaaten wurden 1988 die Verjährungsregelungen geändert, so daß nun nicht mehr der Tatzeitpunkt oder das Erreichen eines bestimmten Alters den Beginn der Verjährung markieren, sondern der Zeitpunkt der bewußten Erinnerung der Opfer an die Tat. Diese Gesetzesänderung führte zu einer Reihe von aufsehenerregenden Prozessen mit zweifelhaften Beweisführungen, mehrjährigen Haftstrafen und hohen Schadensersatzforderungen. Inzwischen hat sich dort die Debatte dramatisch zugespitzt. Anhänger/innen und Kritiker/innen des Konzeptes „verdrängte Erinnerungen“ streiten nicht nur mit rationalen Argumenten, sondern bekämpfen sich

in z. T. persönlich beleidigender Weise. Zentrale Frage des Buches ist es, ob aus den gegenwärtigen Erkenntnissen gedächtnispsychologischer Forschung die Annahme zu unterstützen ist, daß kindliche Erfahrungen sexuellen Mißbrauchs vollständig verdrängt werden können und Jahre später – womöglich unter Einsatz spezifischer Erinnerungstechniken – als „historische Wahrheiten“ wieder erinnert werden können.

Freuds grundlegende Annahmen zum Gedächtnis bilden auch die Voraussetzung zum Konzept „Verdrängung“: „Sowohl die Gedächtnisspur als auch der der Vorstellung anhaftende Affekt sind einmal da und nicht mehr auszutilgen.“ (1894; Ges. Werke, Bd.1, S.63). Dieser Annahme widersprechen eindeutig alle neuen Theorien und die gesicherten Ergebnisse der modernen Gedächtnisforschung im Labor- wie im Feldversuch. Ebenso wenig konnte in den letzten 60 Jahren empirisch kontrollierte Evidenz für das Konzept „Verdrängung“ erbracht werden.

Von verschiedenen Seiten wird der zentralen Frage „Woher kommen verdrängte Erinnerungen?“ nachgegangen. Handelt es sich dabei um authentische Überbleibsel, die aus einem vergessenen Teil der Vergangenheit herausgefischt werden, oder sind es Bilder aus „heißer Luft“, die entstehen, wenn einem verletzbaren und abhängigen Gemüt etwas suggeriert wird?

Spannend werden hier experimentelle Ergebnisse zur Gedächtnisforschung im Anwendungsbezug dargestellt, ohne die komplexen Zusammenhänge simplifizierend zu verfälschen. An verschiedenen Einzelfällen werden plastisch die dramatischen Konsequenzen von verdrängten Erinnerungen für Opfer und (vermeintliche) Täter geschildert, die bis hin zum Auseinanderbrechen von Familien und der Vernichtung bürgerlicher Existenzen reichen. Die lebendige Darstellung – häufig in Dialogform – läßt die Leser am Schicksal aller Beteiligten teilhaben: Es wird nachvollziehbar, wie die auftauchenden Bilder und andere Erinnerungen des Mißbrauchs die Opfer peinigen. Ebenso packend wird auch die Verzweiflung und der Kampf der Angehörigen geschildert, die sich nach Jahren zu Unrecht beschuldigt fühlen und ihre Unschuld nicht beweisen können.

Die Autorinnen kritisieren scharf die leichtferti-

ge und ungenaue Verwendung der hypothetischen (und wissenschaftlich nicht belegten Konstrukte) Verdrängung und Verleugnung, die alle Beteiligten in einen Teufelskreis der Bestätigung von Verdachtsmomenten reißen, ohne daß alternative Erklärungen der psychischen Probleme zugelassen werden können. Loftus und Ketcham betonen ausdrücklich, daß sie nicht die Existenz und Verwerflichkeit des sexuellen Mißbrauchs leugnen, es geht ihnen darum aufzuzeigen, daß bestimmte „erinnerungsstützende Therapiemethoden“ erhebliche Suggestionskraft haben können. In einer Vielzahl von methodisch sauber konzipierten Experimenten wurde gezeigt, daß Suggestionen oder nur raffinierte Fragetechniken die Erinnerungen von Augenzeugen beeinflussen können, selbst dann, wenn sie ausdrücklich aufgefordert werden, sich von nachträglichen Informationen nicht beeinflussen zu lassen. Es kann sich dabei eine subjektive Überzeugung an die Wahrheit der suggerierten Informationen einstellen. Loftus und Ketcham schildern sehr spannend den erfolgreichen Versuch, Menschen zwischen 5 und 42 Jahren durch einfachste Suggestionstechniken zu überzeugen, sie seien im Alter von 5 Jahren in einem Einkaufszentrum verloren gegangen. Beim Implantieren vollständig fiktiver Ereignisse kann ein solches psychisches Realitätserleben entstehen, daß auch unabhängige Beobachter von der realen Natur der Erlebnisdarstellungen überzeugt werden können. Dieses Phänomen wird psychiatrisch schon seit Jahren als „Pseudologia Phantastica“ bezeichnet.

Wenn schon minimale Suggestionstechniken, wie nachträgliche Informationen, die Erinnerung nachhaltig beeinflussen, welche Effekte können dann entstehen, wenn Menschen längere Zeiten, z.B. im Rahmen einer Therapie, wiederholt suggestiv über Vorfälle in ihrer Kindheit befragt werden? Loftus und Ketcham zeigen beeindruckend auf, welche Faktoren (geplant oder zufällig) im Rahmen einer Therapie oder beim Lesen populärer Selbsthilfebücher dazu führen können, eine Erinnerung zu produzieren, die vorher nicht existierte:

- Der Expertenstatus der Therapeutin läßt die Klientinnen Vertrauen in alle Äußerungen der Therapeutin haben.

- Je schwächer eine Erinnerungsspur ist, umso leichter ist eine suggestive Veränderung. Rückführungen in Kindheitserlebnisse sind also besonders prädestiniert für den Aufbau neuer Inhalte, da die Klientin hier nur über vage Erinnerungen verfügt und somit den Behauptungen der Therapeutin argumentativ nur wenig entgegenzusetzen kann.

- Indem die Klienten aufgefordert werden, selbst aktiv nach den Erinnerungen zu suchen, wird die Hypothese als gültig vorausgesetzt und die „Beweislast“ auf die Klientin übertragen. Wenn keine Erinnerungen auftauchen, wird dies als weiterer Hinweis auf die Wirksamkeit und die Notwendigkeit der Verdrängung durch die Klientin interpretiert.

- In Gruppensitzungen werden vielfältige Modelle verdrängter Erinnerungen bereitgestellt, die die Möglichkeit bieten, eigene Elaborationen zu entwickeln. Hier finden zugleich Lern- und Verstärkungsprozesse durch mehrere Personen statt.
- Erfüllen die verdrängten Erinnerungen außerdem die Funktion, als Erklärung gegenwärtiger psychischer Probleme und Krisen zu dienen, wird deutlich, wie zentral für das Leben der Klientin das Wiederfinden einer verdrängten Erinnerung sein kann.

Loftus und Ketcham behaupten nicht, daß alle wiedergefundenen Erinnerungen falsch sein müssen, sie stellen jedoch die vielfach überzeugenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zusammen, daß die Alternativhypothese im Einzelfall zu prüfen ist: Bei Berichten über verdrängte sexuelle Mißbrauchserfahrungen in der Kindheit kann es sich auch um falsche Erinnerungen infolge suggestiver Beeinflussungen handeln. Getragen wird die engagierte Argumentation einerseits von dem Bemühen, allen Beteiligten des Dramas gerecht zu werden. Andererseits wollen die Autorinnen die gesellschaftlich und politisch hoch relevante Debatte versachlichen, indem sie die Kriterien der empirischen Wissenschaft und ihres Diskurses an das Phänomen „verdrängte Erinnerungen“ und die in diesem Rahmen benutzten Argumentationen anlegen.

Insgesamt ist das Buch von Loftus und Ketcham auch in der deutschen Übersetzung unbedingt zu empfehlen. Gerade für stärker praxisbezogen interessierte Leser werden hier rechtssycholo-

gisch und forensisch relevante Argumentationen auf der Basis gedächtnispsychologischer Grundlagenforschung nachvollziehbar dargestellt. Für alle, die im Rahmen von Straf- oder Familienrecht mit Verdachtsfällen auf sexuellen Kindesmißbrauch befaßt sind, ist die Lektüre des Buches sicherlich wertvoll. Aber alle Leser werden nach diesem Buch auch die Fähigkeiten und Grenzen ihres eigenen Gedächtnisses mit anderen Augen betrachten.

Ellen Aschermann, Kiel

Faust, V. (Hrsg.) (1995) : **Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung.** Stuttgart: Fischer-Verlag. 1006 S., Preis: 148,00 DM

Der in der Tat sehr umfangreiche Band möchte ein völlig neuartig konzipiertes Lehrbuch der Psychiatrie für Klinik, Praxis und Beratung darstellen. Dazu läßt sein Herausgeber, Leiter des Bereiches Forschung und Lehre des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Ravensburg-Weilbenau, insgesamt 93 Fachspezialisten aus Deutschland (vornehmlich süddeutscher Raum), der Schweiz und Österreich in 84 Einzelkapiteln Informationen liefern, die über den traditionellen Bereich des Faches deutlich hinausgehen. So finden sich neben den „klassischen“ Krankheitsbildern z.B. *Die Psychodynamik der Frau im mittleren Lebensalter*, *Psychische Indoktrination*, *Psychische und psychosoziale Folgen von Geiselnahme* sowie *Inzest und sexueller Mißbrauch in der Kindheit*. Andererseits werden ganze Fachbereiche wie etwa die Sexualmedizin, die Psychosomatik oder auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen bzw. subsumiert, die bis dato noch eine Eigenständigkeit beanspruchen.

Doch zunächst im Detail:

Von insgesamt fünf großen Abschnitten widmet sich der erste dem Bereich *Allgemeine Aspekte*. Hier fällt zunächst in einem kurzen geschichtlichen Abriß der Psychiatrie auf, daß sowohl die nationalsozialistische Zeit als auch die 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts mit keinem einzigen Wort

erwähnt werden – ein angesichts der zwischenzeitlich nachgereichten Befunde und Forschungen kaum nachzuvollziehender Mangel. Einer gelungenen Übersicht über *Klassifikationsverfahren* folgen *Transkulturelle Aspekte der Psychiatrie*. Dieser Beitrag weist als erster ein Defizit auf, das sich auch in mehreren nachfolgenden findet: Im Text wird nicht auf die abschließend aufgeführte Literatur Bezug genommen bzw. auf sie verwiesen. Didaktisch sehr hilfreich und psychopathologisch detailliert präsentiert sich das Kapitel über *Anamnese und psychischer Befund*. Hierin wird erstmals ein sexualmedizinisches Thema aufgegriffen, es enthält nämlich eine eigenständige terminologische Übersicht in Form eines Unterkapitels über Störungen der Sexualität. Die dabei vorgenommene didaktische Unterteilung in ungewöhnliche bzw. abnorme Sexualobjekte, Praktiken, Formen des Geschlechtsbewußtseins und schließlich unterschiedliche Ausprägungen der Triebstärke (ein vom Bedeutungsgehalt erschließbarer, jedoch wegen seiner potentiell einseitigen Betonung und der für ein bestimmtes Denken richtungsweisenden Funktion oft als antiquiert angesehener Begriff) bietet vorwiegend terminologisch (s.o.) eine gute Grundlage für die Vertiefung in Einzelheiten in dem speziellen Kapitel über *Sexuelle Störungen*.

Den eher traditionellen psychiatrischen Krankheiten bzw. Tätigkeitsfeldern widmet sich der zweite Abschnitt *Grundlagen* – eine Bezeichnung, die in ihrer Breite auch zu Mißverständnissen Anlaß geben kann. In den Einzelkapiteln sind aus didaktischen Gründen wichtige Grundsätze auch textlich hilfreich hervorgehoben, die Information erfolgt meist detailliert unter Gliederung in zahlreiche Unterpunkte. Viele Autoren findet man hier wieder als bekanntermaßen für das jeweilige Spezialgebiet ausgewiesen. Neuere Bereiche bilden die Kapitel *Kriminalistische Aspekte der Drogenabhängigkeit für den Arzt*, *Abhängigkeit bei Ärzten* und als Anhang zu Suizidalität *Der Kliniksuiizid* ergänzend ab. Die *Geistige Behinderung* ist schwerpunktmäßig auf Kinder ausgerichtet, eine Verbindung zur Psychiatrie wird allenfalls über spezifische Syndrome und pharmakologische Gesichtspunkte hergestellt. Das sehr umfangreiche Kapitel *Kinder- und Jugendpsychiatrie* eines Schweizer Autors

verdeutlicht, daß es hier schon im deutschsprachigen Raum unterschiedliche Betrachtungen gibt, hier mehr ganzheitlich-heilpädagogisch orientiert, andernorts strenger empirisch gebunden in Annäherung an die anglo-amerikanische Tradition. In jedem Falle verwundert allerdings die noch erfolgte Zuordnung des frühkindlichen Autismus zu den Psychosen.

Spezielle Fragestellungen im dritten Abschnitt umfassen schwerpunktmäßig besondere psychosomatische Probleme, aber auch psychische Syndrome sowie psychosoziale Aspekte von Beschwerden und Krankheiten. Gerade hier manifestiert sich die vom Herausgeber bereits im Vorwort so bezeichnete erweiterte Psychiatrie mit Hinweis auf die wachsende Zahl neuer Gesichtspunkte und Störfelder, die von unserer Zeit und Gesellschaft, von ihren Möglichkeiten, aber auch Grenzen, Belastungen und Gefahren ausgelöst und geprägt sind. Betrachtet man dazu das Einzelkapitel über *Scheidung*, kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß hier trotz des beschriebenen Ansatzes doch eine Form von Pathologisierung und Psychiatrisierung noch dominiert, wo auch Fragen einer Anpassungsreaktion oder gar protektiver Faktoren hätten diskutiert werden können, die bezüglich der Verarbeitung kritischer Lebensereignisse eine wichtige Rolle spielen.

In dem bereits erwähnten umfassenden eigenen Kapitel *Sexuelle Störungen* wird zunächst der ungestörten Sexualität Aufmerksamkeit geschenkt. Dazu fällt grundsätzlich auf, daß die angegebene Literatur durchweg einen älteren Stand repräsentiert. Im Rahmen der nachfolgenden Darstellung sexueller Funktionsstörungen sind einige Tabellen überhaupt nicht betitelt. Nur am Rande werden Nomenklaturprobleme der Sexualstörungen anhand der großen Klassifikationssysteme erörtert, im Rahmen einer Neuauflage täte es sicher Not, nicht nur die inzwischen ja klinik- und praxisgeläufige ICD-10 aufzunehmen, sondern ebenfalls ausgewählte Bereiche des DSM-IV. Auch findet die Bewertung der Behandlung sexueller Störungen durch die moderne Psychotherapieforschung keine Berücksichtigung. Zur Transsexualität werden keine Details der Begutachtung, schon gar keine grundsätzlichen Schwierigkeiten hierzu erwähnt.

Auch wenn für Sexualmediziner eher aus der Täterperspektive von Interesse – das kurze Kapitel *Inzest und sexueller Mißbrauch in der Kindheit* verdeutlicht, wie sehr man gerade in der Psychiatrie auf das achten sollte, was (auch dort) unter dem Begriff Gegenübertragungsaspekte als hinlänglich bekannt angenommen werden darf; besonders unter zeitspezifischen Einseitigkeiten in der Darstellung ist die Gefahr einer reaktiv auf Vergleichbares hinauslaufenden Vorgehensweise ins andere Extrem besonders zu beachten.

Schließlich widmet sich der vierte große Abschnitt der *Therapie*, wobei pharmakotherapeutischen Fragen ein breiter Raum gewährt wird. Die stationäre Behandlung findet nur kurze Erwähnung im Rahmen der *Sozialpsychiatrie*. Die Trennung von Psychotherapie und Verhaltenstherapie in jeweils eigene Kapitel gibt etwas zu Verwunderung Anlaß, bezüglich letzterer werden unterschiedliche Interventionsformen kaum dargestellt, wobei psychoanalytisch begründete Verfahren – die quantitativ in geringerem Umfang durchgeführt werden dürften – detailliert beschrieben werden. Ausgespart abgehandelt erscheint auch die Gruppenpsychotherapie, beispielhaft wird lediglich die analytische Gruppenpsychotherapie beschrieben.

Der letzte große Abschnitt *Juristische, biologische und psychosoziale Aspekte* liest sich recht flüssig. Im Kapitel *Forensische Psychiatrie* wird der forensische Arbeitsbereich der Sexualmedizin lediglich angedeutet, beschäftigt sich der Text doch eher mit Grundlagen und Anwendungsfragen unter eben psychiatrischer Sicht im engeren Sinne. Sexuelle Triebanomalien, im speziellen eigenen Kapitel noch als sexuelle Variationen bezeichnet, werden zwar grundsätzlich dargestellt angesprochen, daß eine Einordnung der Problematik adäquater gelingt als auch heute noch in anderen Fachbereichen und nicht nur in der Öffentlichkeit; jedoch bedürfen so allgemeine Ausführungen, daß Sexualtäter zur Tatzeit meist alkoholisiert sind und ihr Handeln eher aus der momentanen Gestimmtheit resultiert als aus ihrer Persönlichkeitsstruktur, nun doch einer weitergehenden sexualmedizinischen Präzisierung.

Neben Anwendungsbereichen wie im Einzelkapitel *Führerschein und psychische Störungen*

werden andererseits auch Grundlagen dargestellt, etwa in *Psychophysiologie, Erforschung des Tierverhaltens – Weg zum Menschen?* Hier vermißt man Ausführungen zu soziokulturellen Faktoren in Verbindung mit psychischen Störungen, auch die bereits erwähnten protektiven Faktoren sowie eine Analyse des Krankheitsverhaltens hätten hier gut Berücksichtigung finden können.

Für ein psychiatrisches Lehrbuch dürften in dem vorliegenden Werk sexualmedizinische Aspekte vergleichsweise genügend berücksichtigt sein, wenn deren Präzisierung wie im Detail dargelegt an manchen Stellen auch etwas zu wünschen übrig läßt, das gilt ganz besonders für die Forensik, aber auch für die Psychotherapie.

In der Gesamtschau expandiert die Psychiatrie in diesem Lehrbuch zu einer Disziplin, die sich koordinierend mit der Psyche und ihren Störungen beschäftigt. Historisch gesehen ist diese Funktion neu und man fragt sich, ob sie nicht eher von der klinischen Psychologie im Sinne eines Grundlagenfaches geleistet werden kann. Betrachtet man den Inhalt des Buches aber einmal unter dem Aspekt, was für die in der (erweiterten) Psychiatrie tätigen Berufsgruppen als wissenswert erscheint, so bietet es durchaus eine zeitspezifische Bereicherung sowohl als Kompendium wie auch als Nachschlagewerk für die traditionellen wie die peripheren Bereiche. Angesichts des großen Umfangs erscheint der Preis durchaus angemessen, eine gute Übersichtlichkeit ist gewährleistet, und die Zahl orthographischer und drucktechnischer Fehler hält sich angesichts vergleichbarer Produkte durchaus in tolerablen Grenzen. Man darf gespannt sein, welche Akzeptanz die erweiterte Psychiatrie innerhalb und über das Fachgebiet hinausgehend erfahren wird.

Günter Hinrichs, Kiel

Vorläufiges Wissenschaftliches Programm

Donnerstag, 6. Juni 1996

9.00 – 10.30 Uhr:

Eröffnung

sowie

Plenum: Psychoendokrinologie

J. Marksteiner (Innsbruck):

Psychoendokrinologie und Sexualität

J. Frick (Salzburg):

Endokrinologie und männliche Sexualität

O. Jürgensen (Frankfurt):

Endokrinologie und weibliche Sexualität

11.00 – 12.30 Uhr:

Seminargruppen

14.30 – 16.00 Uhr:

Plenum: Sexualität und Gesellschaft

D. Scheffel (Celle):

Prostitution im Wandel?

K. Schwarzenbach (München):

Prostitution: Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens

16.30 – 18.00 Uhr:

Seminargruppen

Freitag, 7. Juni 1996

9.00 – 10.30 Uhr:

Plenum: Sexuelle Funktionsstörungen

G. Kockott (München):

Orgasmus praecox:

Ätologie und Therapie

W. Eicher (Mannheim):

Diagnostik und Therapie

beim Vaginismus

E. Rücker-Frensch (Berlin):

Persönlichkeitsfaktoren und sexuelle Funktionsstörungen

11.00 – 12.30 Uhr:

Seminargruppen

14.30 – 16.00 Uhr:

Seminargruppen

Samstag, 8. Juni 1996

9.00 – 10.30 Uhr:

Plenum: Sexueller Kindesmißbrauch

M. Heinze (Berlin):

Gynäkologische Diagnostik

J.M. Fegert (Berlin):

Interventionsstrategien

P. Nijs (Leuven):

Verarbeitung von

Mißbrauchserfahrungen

11.00 – 12.30 Uhr:

Seminargruppen

14.30 – 16.00 Uhr:

Plenum: Spezielle Fragen sexualmedizinischer Tätigkeit

K.M. Beier (Kiel):

Zusatzbezeichnung "Sexualmedizin":

Gegenstandskatalog

und Abrechnungsfragen

W. Dmoch (Düsseldorf):

Begutachtung und Kostenübernahme

bei Geschlechtsidentitätsstörungen

K. Loewit (Innsbruck):

Perspektiven sexualmedizinischer Lehre

Themen der Seminargruppen und ihre LeiterInnen

- 1. Sexualmedizinische Anamnese**
(G. Kockott)
- 2. Sexualtherapeutische Interventionen I: Modifizierte Paartherapie nach Masters und Johnson**
(R. Falck)
- 3. Sexualtherapeutische Interventionen II: Kommunikationszentrierte Paartherapie**
(K. Loewit)
- 4. Themenzentrierte Balintgruppe**
(F. Conrad)
- 5. Themenzentrierte Selbsterfahrungsgruppe I**
(P. Nijs)
- 6. Themenzentrierte Selbsterfahrungsgruppe II**
(K. Pingsten)
- 7. Diagnostik und Therapie bei sexuellem Mißbrauch**
(J.M. Fegert)
- 8. Diagnostik und Therapie bei Geschlechtsidentitätsstörungen**
(D. Poland/W. Dmoch)
- 9. Sexualität bei Behinderung und chronischer Krankheit**
(W. Weig/A. Welling)
- 10. Partnerschaft und Sexualität in der zweiten Lebenshälfte**
(O. Jürgensen/R. Wille)
- 11. Sexuelle Deviationen**
(H. Völkel)
- 12. Therapie von Sexualstraftätern**
(J. Wiederholt)