

Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

Inhalt

- | Originalarbeiten | Fortbildung |
|--|---|
| 69 Sexueller Mißbrauch an Jungen
Physische und psychische
Auswirkungen
bei erwachsenen Männern
<i>P. Laszig</i> | 106 Koprophilie und Koprophagie
<i>C. Weitze, N. Konrad</i> |
| 85 Alkohol- und Drogenkonsum und
Sexualverhalten bei Männern:
Mögliche Zusammenhänge
<i>J. F. Kinzl, Ch. Traweger,
B. Mangweth, W. Biebl</i> | Zur Diskussion |
| 92 Nosologie der
Geschlechtsidentitätsstörungen –
Historischer Hintergrund
und aktuelle
Klassifikationssysteme
<i>H.A.G. Bosinski</i> | 115 Sucht und AIDS –
eine Antwort
auf die neuen Herausforderungen
aus philosophischer Sicht
<i>W. Oelmüller</i> |
| | Aktuelles |
| | 125 Veranstaltungskalender |
| | 126 Mitteilungen
der Akademie für Sexualmedizin |
| | 128 Buchbesprechungen |

Anschrift der Redaktion:

Prof. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier, Lehrstuhl für Sexualwissenschaft/Sexualmedizin am Universitätsklinikum Charité der Humboldt-Universität; Tucholskystr. 2; D-10117 Berlin; Tel.: 0 30 / 28 02-63 51 (Fax: -64 55)

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

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

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

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

© Gustav Fischer Verlag · Stuttgart · Jena · New York · 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 Mißbrauch an Jungen Physische und psychische Auswirkungen bei erwachsenen Männern

**Sexual Abuse of Boys
Physical and psychological effects on adult men**

P. Laszig, Heidelberg

Zusammenfassung

Dargestellt werden die Untersuchungsergebnisse einer nicht-klinischen Stichprobe von insgesamt 16 Männern, die in ihrer Kindheit sexuell mißbraucht wurden. Neben Ergebnissen der schriftlichen Befragung zur Charakteristik des Mißbrauchgeschehens, zur körperlichen und psychischen Symptomatik, zur Persönlichkeit (MMPI) und zur Geschlechtsrollenidentität (BSRI) werden einzelne Redebeiträge einer durchgeführten Gruppendiskussion dargestellt. Über 43% der befragten Männer berichten über Symptome wie Ängste, Suizidalität, Suchtverhalten und Depersonalisationsgefühle. 62% weisen überdurchschnittliche Werte auf der Skala Schizoidie, 56% auf der Skala Psychasthenie, 43% auf der Skala Psychopathie und 31% auf der Skala Depression auf. Im Gegensatz zu herangezogenen Vergleichsgruppen ist die Einseitigkeit der Geschlechtsrollenorientierung auffällig. Insgesamt 50% der befragten Männer beschreiben sich im BSRI als feminin bzw. tendenziell feminin und weitere 30% als androgyn. Eine eindeutig maskuline Typisierung existiert nicht.

Anhand der Ergebnisse der Fragebögen und der Gruppendiskussion wird deutlich, daß sexueller Mißbrauch in der Kindheit, neben bereits beschriebenen Symptomen wie Angst, Suizidalität, Depersonalisation, sowohl Einfluß auf das Erleben von Sexualität, als auch die sexuelle Identität und die Geschlechtsrollenidentität erwachsener Männer hat.

Schlüsselwörter: Kindesmißbrauch, Sexueller Mißbrauch, Maskulinität, Geschlechtsrollen, Geschlechtsrollenidentität

Abstract

Results of a non-clinical sample of 16 men with childhood experience of sexual abuse. Includes questionnaire results on characteristics of abuse event, physical and psychological symptoms, personality (MMPI) and gender identity (BSRI), and, in addition, quotes and comments from groupdiscussion with victims. More than 43% of the interviewed men reported symptoms of fears, suicidal tendencies, addictive behaviour and feeling of depersonilisation. Scores are more than average on schizoid-scale for 62% , on psychasthenia scale for 56%, on depression scale for 31% of the participants.

Contrary to comparative groups gender identity was shown to be unilateral. 50% of the interviewees described themselves on BSRI as feminine or rather feminine and another 30% as androgynous. A clearly masculine type was not evident.

Results of questionnaire and groupdiscussion show, that childhood sexual abuse not only produces symptoms of fear, suicidal tendencies and depersonalisation, but also influences experience of sexuality, sexual identity and gender identity of grown-up men.

Key Words: Child abuse, Sexual abuse, Masculinity, Sex Roles, Gender Identity

Das Thema „Sexueller Mißbrauch an Jungen“ hat in den letzten Jahren zunehmend Beachtung in der klinischer Forschung, wie auch in den Medien gefunden. Die erste wissenschaftliche Veröffentlichung in deutscher Sprache geht auf Freud zurück. In seinem Vortrag „Zur Ätiologie von Hysterie“ (1896) berichtete er von sechs betroffenen Männern, in deren Kindheit ein sexueller Mißbrauch durch ältere Geschwister, erwachsene Frauen oder Männer, vorlag. Trotz Freuds Widerruf der „Verführungstheorie“, blieb der sexuelle Mißbrauch an Jungen Inhalt wissenschaftlicher Auseinandersetzung. Seit den sechziger Jahren findet die Thematik in angloamerikanischen Veröffentlichungen immer mehr Beachtung. Den Schwerpunkt bildeten wissenschaftliche Untersuchungen zum „Vater-Sohn-Inzest“ (Rhinehardt 1961; Weiner 1962; Medlicott 1967; Langsley 1968; Raybin 1969; Berry 1975; Awad 1976; Dixon 1978; Forward 1978). Der „Mutter-Sohn-Inzest“ hingegen galt als eher selten (Wahl 1960; Shengold 1963; Raphling 1967; Margolis 1977; Silber 1979; Rothstein, 1979; McCarthy 1986).

Nach ersten Prävalenzuntersuchungen zum sexuellem Mißbrauch an Jungen (Swift 1978; Finkelhor 1979; DeJong 1982; Baker 1985; Spencer 1986) wurde zunehmend auf die geschlechtsspezifischen Verarbeitungsmechanismen, Initial- und Langzeitfolgen von männlichen Opfern aufmerksam gemacht (Finkelhor 1986; Dixon 1987; Bruckner 1987). Ein Schwerpunkt liegt u.a. in der Betrachtung des (sexuell) aggressiven Folgeverhaltens. Unterstützt wird diese Sichtweise durch Ergebnisse aus der Arbeit mit männlichen Tätern, die häufig von eigenen sexuellen Mißbrauchserlebnissen in ihrer Kindheit berichteten (Lane 1985; Porter 1986). Insgesamt gibt es ein breites Spektrum an Störungen, die als Folgen sexuellen Mißbrauchs auftreten können. Die psychischen Probleme männlicher und weiblicher Opfer stimmen in groben Zügen überein (Jumper 1995). Unterschiede in den Langzeitfolgen zwischen mißbrauchten Männern und Frauen sind in erster Linie auf zwei Faktoren zurückzuführen: Erstens die unterschiedlichen Sozialisationsmuster und damit einhergehenden Geschlechtsrollenidentitäten der Betroffenen und zweitens die Tatsache, daß Männer im Gegensatz zu Frauen meist gleichgeschlechtlich sexuell mißbraucht werden. Es ist deshalb zu vermuten, daß neben der Entwicklung genereller Symptome wie z.B. Angst, Depression und Suizidalität (Schetky 1988; Bagley 1990; Beichtmann 1992) ein derartiges Stigma einen geschlechtsspezifischen Einfluß auf die Identitätsentwicklung der Opfer hat. Neben der Frage nach der generellen Symptomatik Erwachsener, die in ihrer Kindheit sexuell mißbraucht wurden, untersucht die vorliegende Studie, inwieweit die gestörte sexuelle Entwicklung bei sexuell mißbrauchten Männern, deren Erleben von Sexualität, sexuelle Identität, als auch Geschlechtsrollenidentität beeinflusst.

Untersucht wurde hierzu eine nicht-klinische Stichprobe von insgesamt 16 Männern, die über das Anschreiben von Selbsthilfegruppen (zu sexuellem Mißbrauch) und Zeitungsannoncen bereit waren, an der Untersuchung teilzunehmen¹.

¹ Die im Folgenden erwähnten Prozentzahlen beziehen sich auf diese 16 Personen und sind demzufolge als Tendenzen zu verstehen, ohne den Anspruch auf Generalisierung zu haben. Korrelative Zusammenhänge wären aufgrund von Stichprobengröße und Fragebogenitemanzahl nicht aussagekräftig (vgl. Bortz 1985).

Die Untersuchungsmethode

Eine grundlegende Frage bei der Untersuchungsplanung bezog sich auf die Auswahl der Erhebungsmethode. Die Verwendung eines Fragebogen hat den Vorteil, die Daten auf Nominalskalenniveau zu erfassen und dadurch eine reliable statistische Auswertung zu gewährleisten. Die Verwendung standardisierter Meßinstrumente ermöglicht darüber hinaus den Vergleich mit anderen Untersuchungsstichproben. Ein Nachteil besteht in der Einschränkung der individuellen Antwortmöglichkeiten durch vorgegebene Antwortkategorien. Interviewtechniken ermöglichen die Erhebung inhaltlich eindeutigerer Daten, Nachteile dieser Verfahren sind die eingeschränkte interpersonellen Vergleichbarkeit, das Fehlen standardisierter Populationswerte, der erhöhte zeitliche Aufwand und das Maß an persönlicher Offenbarung und Präsenz von Untersuchten und Untersucher.

Aufgrund dieser Überlegungen wurde eine Kombination quantitativer und qualitativer Verfahren (Fragebogenmanual und Gruppendiskussion) gewählt.

Das verwendete Fragebogenmanual setzte sich aus insgesamt fünf Bereichen zusammen:

1. Fragen zur Soziodemographie
2. Fragen zur Charakteristik des Mißbrauchsgeschehens
3. Fragen zu körperlichen und psychischen Beschwerden
4. Fragen zur Persönlichkeit (MMPI-Skalen)
5. Fragen zur Geschlechtsrollenidentität

Fragen zur Soziodemographie

Erhoben wurden das Alter, der Schulabschluß, die Berufsausbildung, der Beruf, die derzeitige Tätigkeit, der Familienstand und das Bestehen einer festen Beziehung zum Zeitpunkt der Untersuchung.

Aus Gründen der Operationalisierung sexuellen Mißbrauchs wurde den folgenden Fragebogenbereichen eine an den §176 StGB angelehnte Handlungsdefinition vorangestellt und erfragt, ob die Teilnehmer, im Sinn dieser Definition, als Kind sexuell mißbraucht wurden.

Fragen zur Charakteristik des Mißbrauchsgeschehens

Um die Vergleichbarkeit hinsichtlich bestehender Untersuchungen zu gewährleisten, bzw. Art und Ausmaß der sexuellen Mißbrauchssituationen zu beschreiben, wurden spezifische Variablen zur Charakteristik des Mißbrauchsgeschehens erhoben. Erfragt wurden: das Alter zu Beginn des sexuellen Mißbrauchs, dessen Dauer und die Frequenz der sexuellen Übergriffe. Des weitern das Alter des/der Täter/in, deren Geschlecht und Anzahl, sowie die Art der Beziehung, in der sie zum Opfer standen (Verwandte/r, Bekannte/r, Fremde/r).

Hinsichtlich der subjektiven Einschätzung des Mißbrauchserleben wurde nach der damaligen Belastung durch den sexuellen Mißbrauch, nach Schuld- und Schamgefühlen, dem zeitweisen Vergessen des sexuellen Mißbrauchs und – in einer offenen Antwortkategorie – nach den psychischen Auswirkungen auf das Leben als erwachsenener Mensch gefragt.

Fragen zu körperlichen und psychischen Beschwerden

Da nach Wissen des Autors kein standardisierter Fragebogen zur Erfassung von Langzeitfolgen sexuellen Mißbrauchs existiert, wurden insgesamt 30 Fragen formuliert. Als Grundlage für die Items dienten die bei Finkelhor (1986) beschriebenen Verhaltensmanifestationen nach sexuellem Mißbrauch.

Folgende Erlebens- und Verhaltensweisen bzw. Symptombereiche wurden erfasst: Sexuelle Kontakte, Promiskuität, Prostitution, sexuell aggressives Verhalten, Drogen- und Alkoholmißbrauch, Delinquenz, aggressives Verhalten, Selbstverstümmelung, Suizidversuche, Eßstörungen, Schlafstörungen, Ängste, Dissoziation², körperliche Beschwerden, Trebegängertum.

Die Fragen nach den damit verbundenen psychischen und körperlichen Langzeitfolgen hatten in der Mehrzahl eine vierstufige Antwortvorgabe (*nie, selten, häufig, sehr oft*). Diese vier Antwortkategorien wurden in der späteren Auswertung zu zwei Oberkategorien (*Symptom vorhanden vs. symptomfrei*) zusammengefaßt.³

Fragen zur Persönlichkeit (MMPI-Skalen)

Zur Verwendung der deutschen Fassung des MMPI ist anzumerken, daß die MMPI-Skalen aufgrund klinischer Fälle gebildet wurden, die in der typischen Nomenklatur der Psychiatrie klassifiziert worden sind. Für die Auswertung wird empfohlen, sich nicht auf einzelne Skalen zu beschränken, sondern das Profil in Form des Zueinanders der verschiedenen Skalen zu berücksichtigen, da die einzelnen Skalen (z.B. die Skala zur Depression) eine beträchtliche Variabilität über verschiedene Meßzeitpunkte haben können und keinen definitiven Anhalt auf eine Erkrankung, deren Diagnose und prognostische Beurteilung liefern. Innerhalb gewisser Grenzen ist jedoch davon auszugehen, daß je schwerer psychisch beeinträchtigt eine Person ist, desto höher sind die Skalenwerte.

In Studien mit sexuell mißbrauchten Frauen wurden mehrfach erhöhte MMPI-Skalenwerte dokumentiert. Um die Untersuchungsteilnehmer durch die Fülle der Erhebungsinstrumente nicht zu sehr zu belasten und damit u.U. die Mitarbeit zu verhindern, wurde aufgrund der hohen Itemanzahl des MMPI eine Selektion einzelner Skalen vorgenommen. Um möglichst aussagekräftige Vergleichswerte zu erhalten, wurden mehrere Studien (Tsai 1979; Meiselman 1980; Gellen 1985; Roland 1988) bezüglich der Signifikanzen einzelner MMPI-Skalen verglichen. Insgesamt wurden vier Skalen ausgewählt, die in den betrachteten Studien überdurchschnittliche Ausprägungen (T-Wert > 70) aufwiesen: Ausgewählt wurden die Skalen D (Depression), Pd (Psychasthenie), Pt (Psychopathie) und Sc (Schizoidie).

Fragen zur Geschlechtsrollenidentität

Die bei Finkelhor (1986) beschriebene Symptomatik der „Verunsicherung in der sexuellen Identität“ wurde unter dem Aspekt der Geschlechtsrollenidentität betrachtet. Aus den obengenannten Gründen der Reliabilität wurde die deutsche Neukonstruktion des Bem Sex-Role-Inventory gewählt. Das von Sandra Bem (1974) entwickelte BSRI gehört zu den derzeit am häufigsten verwendeten Meßinstrumenten zur Erfassung von Geschlechtsrollen bzw. der Selbstidentifizierung mit sozialen Geschlechtsstereotypen. Um das Konzept „Psychische Androgynität“ zu operationalisieren, entwarf Bem (1974) drei Skalen: Femininität, Maskulinität und Soziale Erwünschtheit. Jede der drei Skalen umfaßte 20 Items. „Bem

² Die Fragen zu dissoziativem Erleben wurden anhand von vier Items erfasst, die einem Artikel von Briere (1988, 59) entstammen und von dem Untersucher ins Deutsche übersetzt wurden. Erfragt wurden Gefühlszustände außerhalb des eigenen Körpers zu sein, nicht man selbst zu sein, den Realitätsbezug zu verlieren, sich selbst von weit weg zu beobachten.

³ War die Antwort „häufig“ oder „sehr oft“, wurde von einem Vorhandensein der jeweiligen Symptomatik ausgegangen. Eine Antwort von „nie“ oder „selten“ wurde als „symptomfrei“ gewertet.

geht davon aus, daß ein Selbstkonzept, das einseitig und in hohem Maß an ein Geschlechtsrollen-Stereotyp gebunden ist, eine Einschränkung der Persönlichkeit bedeutet. Wünschbar sei dagegen, daß das Selbstkonzept eines Menschen sowohl feminine als auch maskuline Komponenten beinhaltet und somit eher situationsadäquate als rollenspezifische Verhaltensweisen ermöglicht. Ein solches „androgynes“ Selbstkonzept wäre also mit einem weiten, rollenübergreifenden Verhaltensrepertoire verbunden“ (Schneider-Dücker 1988: 256). In der vorliegenden Untersuchung wurde die deutsche Fassung des BSRI, als Neukonstruktion von Schneider-Dücker (1978), komplett in den Fragebogen integriert. In der Auswertung wurden die befragten Männer hinsichtlich der fünf Kategorien (männlich, männliche Tendenz, androgyn, weibliche Tendenz, weiblich) ihrer Geschlechtsrollenorientierung eingestuft.

Gruppendiskussion

Aus Gründen der Validität wurde zusätzlich zu offenen Kategorien im Fragebogen das qualitative Instrument der Gruppendiskussion gewählt. Nach der Auswertung der Ergebnisse des Fragebogens stellte dies eine sinnvolle Möglichkeit dar, die bereits vorhandenen Ergebnisse inhaltlich zu unterstützen und um zusätzliche Informationen zu bereichern. Nach einer Begriffsbestimmung von Lamnek (1989: 121; 130) ist die Gruppendiskussion: „Ein Gespräch einer Gruppe von Untersuchungspersonen zu einem bestimmten Thema (...) das dazu dient, Informationen zu sammeln.“ In Anlehnung an Nießen (1977) ist diese Definition dahingehend zu erweitern, daß das Thema zusätzlich persönliche Relevanz für die Teilnehmer haben sollte, um eine innerliche Beteiligung der Diskussionsteilnehmer wahrscheinlich werden zu lassen.

Als Mindestkriterium für die Anwendung der Gruppendiskussion als sinnvolle sozialwissenschaftliche Forschungsmethode formuliert Nießen (1977) zwei Grundregeln. Erstens: Die Diskussionsgruppen müssen auch unabhängig vom Gegenstand der Diskussionsgruppe Realgruppe sein; und zweitens: Realgruppen sind sie dann, wenn sie unabhängig von der Diskussion auch vom Gegenstand der Gruppendiskussion betroffen sind.

Nach traditionell normativ methodologischen Aspekten kann die Gruppendiskussion vor allem das Gütekriterium der Objektivität im Sinne der klassischen Testtheorie nicht erfüllen. So ist es nicht möglich, die Unabhängigkeit der Forschungsergebnisse von den spezifischen Bedingungen der Erhebungssituation und von der Person des Diskussionsleiters zu gewährleisten.

Gegenstand der vorliegenden Studie sind physische und psychische Langzeitfolgen von sexuellem Mißbrauch bei Männern, die sich in körperlichen Symptomen, Verhaltensweisen, Einstellungen und Interpretationen der Realität manifestieren. Die Erlebnisse der Männer sind dadurch nicht nur Ergebnis des persönlichen Erlebens bzw. der individuellen Historie, sondern auch ein „soziales Produkt“, das sich als gemeinsame Erfahrung von Männern definieren läßt und sich auch im Alltag in sozialen Zusammenhängen bildet. Damit ist das, was sich in der Gruppendiskussion als Thematik entwickelt auch im bzw. für den Alltag relevant und betrifft Teilbereiche der sozialen Realität. Die gemeinsamen Erfahrungen werden jedoch individuell – je nach persönlichem Kontext des jeweiligen Mannes – interpretiert. Im Rahmen der Gruppendiskussion lassen sich die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Erfahrungen und die jeweils zugrundeliegenden Bedingungen

deutlicher herausarbeiten als in anderen Verfahren (wie z.B. Interview oder Fragebogen). Die Durchführung einer Gruppendiskussion bzw. deren heuristische Qualität stellte damit eine Form der Ergänzung und Erweiterung des Fragebogens dar.⁴

Ergebnisse

Soziodemographie

Die befragten Männer waren zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen 23 und 42 Jahren alt. Das durchschnittliche Alter betrug 31 Jahre. 81% der Untersuchungsteilnehmer besaßen (Fach-) Hochschulreife. 64% befanden sich in einem Hochschulstudium bzw. hatten dieses abgeschlossen. Insgesamt 75% der Teilnehmer waren in einer Selbsthilfegruppe zu sexuellem Mißbrauch und/oder in einer Psychotherapie.

Charakteristik des Mißbrauchsgeschehens

Die befragten Männer waren zu Beginn des sexuellen Mißbrauchs durchschnittlich im Alter von 10 Jahren. Handelte es sich dabei um fortgesetzten sexuellen Mißbrauch, so erstreckten sich die Übergriffe über einen Zeitraum von durchschnittlich 5 Jahren. Die Häufigkeit reichte von seltener als einmal pro Monat bis hin zu fast täglichen Übergriffen. Bei 23% der Männern handelte es sich um einmaligen sexuellen Mißbrauch. Über 40% der befragten Männer wurden durch verschiedene Einzeltäter/innen sexuell mißbraucht.

In elf Fällen handelte es sich bei dem Täter um einen einzelnen Mann und in zwei weiteren Fällen um mehrere Männer. Dabei lag in einem Fall ein Gruppenmißbrauch (insgesamt fünf beteiligte Täter) vor. Nur in zwei Fällen war die Täterin eine Frau. Ein Mann gab an, sowohl von einem Mann, wie auch von einer Frau sexuell mißbraucht worden zu sein. Der Anteil innerfamiliären Mißbrauchs (Täter/in mit Opfer verwandt) betrug 62%. Nur in 18,75% handelte es sich um sogenannte Fremdtäter/innen, also dem Opfer gänzlich unbekannte Personen.

Körperliche und psychische Beschwerden

Das "Ausmaß der damaligen Belastung" und die "Auswirkungen auf ihr Leben als Erwachsene" wurde von der Mehrheit der Befragten als gravierend angegeben. Auffallend war die häufige Erwähnung von Ängsten, sei es gegenüber Autoritäten, in Beziehungen zu Männern und Frauen, in der Sexualität aber auch in Bezug auf sich selbst. Fast 90% gaben an, daß es eine Zeit gab, in der sie sich wegen des sexuellen Mißbrauchs geschämt hatten.

⁴ Um die Gruppendiskussion vorzustrukturieren, wurde ein Leitfaden formuliert, der den Gesprächsteilnehmern vor der Diskussion ausgehändigt wurde. Die Teilnehmer wurden darin aufgefordert, sich kurz (gegenstandsrelevant) vorzustellen: Von wem wurden sie in ihrer Kindheit/Jugend sexuell mißbraucht? Handelte es sich dabei um intrafamiliäre und/oder extrafamiliäre Täter und welches Geschlecht hatten diese? In welchem Alter und über welchen (Alters-) Zeitraum wurden sie sexuell mißbraucht bzw. war dies ein einmaliges Erlebnis?

Thematisch wurde vorgegeben, daß die Diskussion auf eventuelle psychische und physische Folgen des sexuellen Mißbrauchs fokussiere und welche subjektiven Theorien über das Zustandekommen dieser Folgen bzw. über den Zusammenhang des sexuellen Mißbrauchs und dem heutigen Erleben der Männer bestünden. Um eine adäquate Auswertung der Diskussion zu gewährleisten, wurde diese auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Über die Hälfte der Befragten hatten sich für den sexuellen Mißbrauch schuldig gefühlt. Ebenfalls über die Hälfte hatte den sexuellen Mißbrauch „eine Zeitlang vergessen“. Das Vergessen des sexuellen Mißbrauchs wie auch bestimmte Formen der Dissoziation (Tabelle 1) können als mögliche Strategien sexuell mißbrauchter Männer angesehen werden, die Angst, Schuld und Scham zu bekämpfen und wieder Kontrolle zu erlangen. Die Dynamik der Stigmatisierung, das Erleben des Gezeichnetseins, verstärkt oftmals den Zwang zur Geheimhaltung sowie die erwähnten Scham- und Schuldgefühle. Drogen- und Alkoholmißbrauch kann in diesem Sinne auch als ein Versuch verstanden werden, die Erinnerung an den sexuellen Mißbrauch zu betäuben und mit den Scham- und Schuldgefühlen (über-) leben zu können (vgl. Enders 1990). In der Befragung bezeichneten sich fast die Hälfte der Männer als alkohol- bzw. drogensüchtig. Auffällig häufig wurden psychosomatische Folgen wie Schlaf- und Eßstörungen, Ängste und Phobien (vgl. Sebold 1987), Hauterkrankungen und körperlichen Beschwerden genannt.

Tab. 1: Prozentuale Häufigkeiten physischer und psychischer Beschwerden und Verhaltensweisen

Symptome/Verhaltensweisen	nie	selten	Σ	häufig	sehr oft	Σ
Sexuelle Kontakte	6,25	37,5	43,75	31,25	25	56,25
Homosexuelle Kontakte	75	25	100	-	-	-
Sexuelle Gewalt	93,75	6,25	100	-	-	-
Promiskuität	50	43,75	93,75	6,25	-	6,25
Prostitution	81,25	12,5	93,75	6,25	-	6,25
Drogensucht (nein/ja)			56,25			43,75
Selbstverstümmelung	43,75	31,25	75	25	-	25
Suizidgedanken	18,75	37,5	56,25	25	18,75	43,75
Suizidversuch/e (nein/ja)			75			25
Aggressives Verhalten	37,5	62,5	100	-	-	-
„Schlagen“	43,75	56,25	100	-	-	-
Delinquenz (nein/ja)			68,75			31,25
Einschlafschwierigkeiten	6,25	56,25	62,5	18,75	18,75	37,5
Alpträume	-	62,5	62,5	37,5	-	37,5
Durchschlafschwierigkeiten	6,25	50	56,25	25	18,75	43,75
Kontaktangst	6,25	43,75	50	25	18,75	43,75
Situative Ängste	31,25	31,25	62,5	25	6,25	31,25
Ängste bei Nacht	31,25	43,75	75	12,5	12,5	25
Diffuse Ängste	18,75	31,25	50	37,5	12,5	50
Übergewicht (nein/ja)			87,5			12,5
Untergewicht (nein/ja)			56,25			43,75
Eßanfälle	25	50	75	12,5	12,5	25
Hauterkrankungen			25			68,75
Kopfschmerzen	18,75	56,25	75	18,75	6,25	25
Körperliche Beschwerden			18,75			75
Dissoziation „nicht er selbst“	12,5	43,75	56,25	31,25	12,5	43,75
Dissoziation „Realitätsbezug“	12,5	50	72,5	31,25	6,25	37,5
Dissoziation „von weit weg“	18,75	43,75	62,5	31,25	-	31,25
Dissoziatoin „Körper“	25	43,75	68,75	18,75	6,25	25

In der Tabelle sind die entsprechenden Häufigkeiten der erfragten Verhaltensweisen und Symptome aufgelistet. Die Summenwerte beziehen sich auf die Zusammenfassung der Kategorien nie/selten vs. häufig/sehr oft sowie auf dichotome Antwortvorgaben (ja/nein).

Ergebnisse des Persönlichkeitsinventars

Untersucht wurden die befragten Männer mittels der o.g. MMPI-Skalen: Schizoidie, Psychasthenie, Psychopathie und Depression. Der Einteilung von Gough (1953) folgend wurden T-Werte, die unter 70 lagen, als normal ("symptomfrei") und Werte über 70 als neurotisch („Symptom vorhanden“) eingestuft.

Tab. 2: Prozentuale Ausprägungen

MMPI-Skala	symptomfrei	Syptom vorhanden
	T-Wert < 70	T-Wert > 70
Skala Schizoidie	37,50 %	62,50 %
Skala Psychasthenie	43,75 %	56,25 %
Skala Psychopathie	56,25 %	43,75 %
Skala Depression	68,75 %	31,25 %

Die in der Tabelle 2 aufgelisteten Ergebnisse zeigen, daß über die Hälfte der befragten Männer überdurchschnittliche Werte auf den Skalen Schizoidie und Psychasthenie aufwiesen. Die damit verbundenen Eigenschaften zur Beschreibung erhöhter Skalen unterstützen tendenziell die bereits dargestellten Ergebnisse bzgl. Ängsten, Phobien, Suchtverhalten, Dissoziationsgefühlen und delinquentem Verhalten.

Ergebnisse zur Geschlechtsrollenidentität

In der Auswertung des Geschlechtsrolleninventars wurden die Mittelwerte und Standardabweichungen bezüglich der Maskulinitäts- und Feminitätsskala, sowie der Skala zur „Sozialen Erwünschtheit“ ermittelt. Desweiteren wurde eine Typenbildung (f=feminin typisiert, f-t=feminine Tendenz, a=androgyn, m-t=maskuline Tendenz, m=maskulin typisiert) nach dem t-Wert-Verfahren vorgenommen.

Insgesamt 50% der befragten Männer beschrieben sich danach als feminin bzw. tendenziell feminin und 30% als androgyn. Eine eindeutig maskuline Typisierung (also stark an die von der Gesellschaft erwünschte Geschlechtsrolle gebundene Männer) wurde überraschenderweise von keinem der Befragten angegeben.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit verschiedenen Stichproben, die zur deutschen Neukonstruktion des Bem Sex-Role-Inventory verwendet wurden (vgl. Schneider-Dücker 1988: 261 ff.), fällt auf, daß die befragten sexuell mißbrauchten Männer im Durchschnitt vergleichsweise niedrigere Werte auf der Maskulinitäts- und höhere Werte auf der Feminitäts-Skala erreichen. Differenzierter zeigen sich diese Unterschiede im Vergleich der prozentualen Besetzungen der einzelnen Geschlechtsrollenidentitäts-Typen (Tabelle 3). Anhand der Gegenüberstellung der verschiedenen Stichprobenergebnisse lassen sich Vergleiche bezüglich der „Geschlechtsrollenorientierung“ und der „psychischen Gesundheit“ der Befragten ziehen.

Tab. 3: Vergleich der Geschlechtsrollenidentität

Stichprobe	Geschlechtsrollenidentitäts-Typus				
	feminin	feminine Tendenz	androgyn	maskuline Tendenz	maskulin
Männer aus Selbsterfahrungsgruppen (Gross 1979)	16,7%	16,7%	36,7%	16,7%	13,3%
Männer aus Homosexuellengruppen (Gross 1979)	20,0%	20,0%	40,0%	13,3%	6,7%
Männer aus versch. Studiengängen (Kessler 1981)	7,5%	12,5%	40%	17,5%	22,5%
Besonders „lebensstüchtige“ Männer“ (Maas 1986)	11,4%	11,4%	31,4%	17,1%	28,6%
Untersuchungsstichprobe: Sexuell mißbrauchte Männer	31,25%	18,75%	31,25%	18,75%	--

Auffällig bei der Untersuchungsstichprobe ist die Einseitigkeit der Geschlechtsrollenorientierung. Da nach Bem ein Selbstkonzept, das einseitig und im hohen Maß an ein Geschlechtsrollenstereotyp gebunden ist, eine psychische Einschränkung der Persönlichkeit bedeutet, wird deutlich, daß in der Untersuchungsstichprobe „psychisch gesunde“ Männer tendenziell geringer vertreten sind, als in den herangezogenen Vergleichsstichproben.

Wirklich überraschend ist, daß im Gegensatz zu den herangezogenen Vergleichsgruppen keiner der sexuell mißbrauchten Männer eine maskuline Geschlechtsrollenidentität besitzt. Das mit einer maskulinen Geschlechtsrollenidentität verbundene männliche Rollenverhalten wird jedoch gerade bei sexuell mißbrauchten Jungen als spezifisches Folgeverhalten angegeben und dient u.a. als Erklärung für deren spätere sexuelle Gewalttätigkeit (Groth 1982; Knopp 1986; Marquit 1986; Krug 1989). Warum sich die in der Untersuchung befragten Männer diesbezüglich stark unterscheiden, bleibt offen. Ob dabei das Alter, der Grad der Stigmatisierung, die Auseinandersetzung mit der Thematik (in Form von Therapie/Selbsthilfegruppe) oder andere Gründe eine Rolle spielen, bedarf weiterer Untersuchung.

Ergebnisse der Gruppendiskussion

Die Gruppendiskussion wurde von drei Männern, die bereits an der Fragebogenuntersuchung teilgenommen hatten, und einem Diskussionsleiter geführt. Gemeinsamkeiten zwischen den Teilnehmern bestanden hinsichtlich der Tatsache, daß bei allen mehrfacher sexueller Mißbrauch durch verschiedene Täter vorlag. Alle Täter waren ebenfalls Männer. Unterschiedlich waren u.a. die jeweiligen Täterbeziehungen (älterer Bruder, Sporttrainer, mehrere unbekannte Täter).

Im Verlauf der ca. 3 stündigen Diskussion zeigte sich als zentrales Thema die Verunsicherung in Bezug auf Sexualität.

Während ein Teilnehmer seine Sexualität als „diffus“ beschrieb, standen bei den beiden anderen Schuld- und Schamgefühle im Vordergrund. Schuld- und Schamgefühle an dem sexuellen Mißbrauch „beteiligt“ gewesen zu sein – „wie konnte ich das eigentlich tun, ich geniere mich vor mir selbst“ – als auch hinsichtlich der eigenen Sexualität als erwachsener Mann – „ich fühlte mich ganz schlecht, weil ich immer wollte“. Ein anderer Teilnehmer schilderte die erlebte Scham und Konfusion in eher derealisierter Art: „Ich geniere mich vor mir selbst, wie konntest du das eigentlich tun, du bist doch der, der so und so groß geworden

ist, der in dem und dem Bild steckt und plötzlich flutsch ist das Bild draußen aus dem Rahmen und man kommt auch gar nicht mehr in den Rahmen zurück (...) und es muß einen anderen Rahmen dann geben und der ist nicht mehr so fest verschlossen.“

Ihr Verhältnis zur Masturbation beschrieben die Teilnehmer als schwierig und teilweise zwanghaft. Einheitlich erlebten sie sich bezüglich ihrer Sexualität als „unter Druck“. Individuell manifestierte sich dieses Gefühl unterschiedlich: „Ich muß ficken, so ein süchtiges Fickverhalten.“ „Ich fixiere Männer, wenn ich vor ihnen stehe, oder auch Frauen, gucke immer auf's Geschlecht, es belastet mich furchtbar. Diesen Blickwinkel verlier ich einfach nicht, das ist manchmal total schlimm, weil ich nicht mehr frei reden kann, weil ich das Gefühl habe mein Mund wäre da ...“

Eine weitere Übereinstimmung bestand in der Selbstwahrnehmung, als Opfer ge(kenn)zeichnet, stigmatisiert zu sein: „... und diese Haltung jetzt, Opferhaltung. Wo ich ganz klar sagen kann, daß man sich gibt und verhält, daß das auch jeder sehen kann. Also das hast du hier oben auf der Stirn stehen. Und das bist du auch. Und Leute, die darauf aus sind jemand zu benutzen, irgendwie, egal wie, die sehen das.“ Einer der Teilnehmer beschrieb dahingehend ein späteres homosexuelles Erlebnis wie folgt: „Es hat mich nicht gereizt. Ich war bereit, mich von dem in den Arsch ficken zu lassen. Ich hatte Angst das tut mir weh. Und ich war trotzdem bereit, das war überhaupt keine Frage, ich fühlte mich für seine Sexualität verantwortlich.“

Angst vor Homosexualität und die damit einhergehende Verunsicherung bezüglich der sexuellen Orientierung wurde von einem weiteren der Teilnehmer als das Gefühl beschrieben: „Bevor ich zu euch kam, habe ich meine Freundin umarmt, ich wollte mich vergewissern, daß ich nicht schwul bin. Ich war immer noch unsicher.“ Diese angesprochene „Verunsicherung“ wurde auch anhand der Reaktion eines der anderen Teilnehmer deutlich: „Ich habe nie Angst gehabt, daß ich schwul bin, bis auf jetzt ... wenn ich in einem Gespräch sitze in dem die Angst spürbar wird: „Bin ich schwul?“, dann geht das auf mich über.“

Als weitere Folgen wurden u.a. mangelndes Selbstvertrauen, Macht- und Kontrollbedürfnisse, Aggressionen sowie Unsicherheiten im Umgang mit Kindern angegeben.

Macht- und Kontrollbedürfnisse beschrieb ein Teilnehmer in dem Verhältnis zu seiner ehemaligen Frau: „... und so wie es mir passiert, so stelle ich mir vor, muß das ein Täter haben, der sich an einem Kind vergeht; diese Macht. Ich habe diese Macht über diese Frau, weil die würde mich sofort heiraten, wenn ich „Ja“ sagen würde, die gehört mir, wenn ich will.“

Als eine der Enttäuschung ebenfalls entgegengesetzte Reaktion wurde Wut angesprochen, aber auch Mißtrauen gegenüber sexuellen Gefühlen: „(Ich habe) starke Aggression gegen Männer, gegen Schwule. Überhaupt wo ich merke, daß ein Mann mir gegenüber sexuelle Sachen empfindet.“ Parallel dazu wurde die Verwirrung eigener sexueller Normen und die erlebte Unsicherheit im körperlichen Kontakt mit Kindern beschrieben: „Ich habe bei Kindern Angst vor Berührungen, daß ich zu nah rangehe an die und das ist alles sehr wischiwaschi, aber die Angst bleibt.“ Hierzu ein anderer Teilnehmer: „Die Atmosphäre war erotisch, mein zweijähriger Sohn (in der Badewanne) ... ich weiß es nicht, ist das gestört, das erotisch zu erleben oder ist es gestört, sich für diese Erotik zu schämen. Das weiß ich nicht. Ich weiß es nicht.“

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Diskussionsteilnehmer über Störungen bezüglich ihrer Sexualität bzw. ihres Sexualverhaltens berichteten. Individuell manifestierten sich diesbezügliche Störungen in Form von Schuld- und Schamgefühlen, Unsicherheit

in der sexuellen Orientierung, sowie zwanghaftem Sexualverhalten. Alle Teilnehmer waren in ihrer Selbstwahrnehmung Opfer bzw. empfanden sich als solche stigmatisiert. Die teilweise mehrfache Wiederholung sexueller Mißbraucherlebnisse kann u.a. in Zusammenhang mit dieser „Opferhaltung“ betrachtet werden. Weitere individuelle Langzeitfolgen waren sexuelle Funktionsstörungen, Drogen- und Alkoholmißbrauch, Eßstörungen, Dissoziation, Identifikation mit dem Aggressor und die Unfähigkeit, die eigenen Kinder vor sexuellem Mißbrauch zu schützen.

Diskussion

Insgesamt ist es problematisch, auf der Basis von Querschnittsuntersuchungen Aussagen zu Ursache-Folge-Beziehungen zu machen. Die vorliegende Untersuchung wurde als Pilotstudie angelegt. Die dargestellten Ergebnisse sind als Tendenzen zu betrachten, der explorative Charakter der Untersuchung ist zu berücksichtigen.

Bezüglich der Stichprobenszusammensetzung läßt sich feststellen, daß diese durch einen verhältnismäßig hohen Prozentsatz an Studierenden bzw. Hochschulabsolventen gekennzeichnet war. Ebenfalls hoch ist der Prozentsatz an Befragten mit Therapieerfahrung, was u.a. durch die Art der Kontaktaufnahme begründet ist. Das Hauptproblem dieser Form der Befragung liegt dahingehend sicherlich in der Selbstdefinition der Befragten als Opfer sexuellen Mißbrauchs. Gleichzeitig ist dieses Erleben jedoch u.U. eine der nötigen Voraussetzungen, um den sexuellen Mißbrauch überhaupt erst thematisieren zu können. Ob ein sexueller Mißbrauch vorliegt oder nicht, hängt im wesentlichen vom subjektiven Erleben des Opfers bzw. des/der Täter/in ab. Für Außenstehende ist die Grenze zwischen sexuellem Mißbrauch und „normalem Pflegeverhalten“ der Eltern oftmals schwierig zu beurteilen, wie die Unterscheidung zwischen sogenannten „Doktorspielen“ als normalen peer-Kontakten und sexuellem Mißbrauch durch jugendliche Täter/innen (Finkelhor 1979). Da keine objektiven Kriterien existieren, die sexuelle Handlungen von nicht-sexuellen Handlungen eindeutig abgrenzen, besteht in wissenschaftlichen Forschungsarbeiten die Notwendigkeit einer eindeutigen Klassifizierung, welche Erlebnisse als sexueller Mißbrauch gewertet werden und welche nicht.

Vergleicht man Prävalenzstudien in Bezug auf die zugrundegelegten operationalen Definitionen, lassen sich drei Dimensionen ermitteln, die einen Vergleich der Ergebnisse ermöglichen: das Alter des Opfers (Altersbegrenzung meist bei 16 bzw. 18 Jahren), die Art der Handlungen (nur mit bzw. auch ohne körperlichen Kontakt) und die beteiligten Personen (z.B. 5 Jahre Altersunterschied bis zum Alter von 12, dann 8 bzw. 10 Jahre; Finkelhor 1984; Fromuth 1987; Risin 1987). Darüber hinaus fokussieren einige Studien auf das subjektive Erleben der Betroffenen; z.B. ob diese das Erlebnis als Mißbrauch (Finkelhor 1984), als ungewollt (Bagley 1989; Bange 1992) oder als das Resultat von Zwang oder Gewalt (Risin 1987) beschreiben.

Da diese Dimensionen in den einzelnen Studien unterschiedlich repräsentiert sind, besteht eine gewisse Uneinheitlichkeit, welche Opfer (und Handlungen) berücksichtigt werden und welche in einer Studie keinen Eingang finden.

Bei der in dieser Studie verwendeten Handlungsdefinition wurde versucht, die verschiedenen Dimensionen gleichermaßen zu berücksichtigen. Die Benennung der beteiligten Personen (Kind vs. Erwachsener) impliziert zum einen die Altersverhältnisse, zum anderen

wird die Asymmetrie in der Beziehung deutlich. Durch die Formulierung der Motive (Ziel des Erwachsenen, sich oder andere Person sexuell zu stimulieren) wird darüber hinaus die Verantwortlichkeit für die sexuellen Übergriffe eindeutig der erwachsenen Person zugewiesen. Die Einbeziehung von „Handlungen ohne körperlichen Kontakt“ (z.B. Exhibitionismus, Pornographie) basierte auf einer von Russell (1983) vorgenommenen Analyse bereits verwendeter operationaler Definitionen. Gleichzeitig wird mit der Formulierung „alle Berührungen, die das Kind über sich ergehen lassen oder selbst vornehmen muß“ implizit deutlich, daß es sich um unerwünschte Handlungen handelt. Ein Teilnehmer, der angab von seinem Geschwister sexuell mißbraucht worden zu sein, kritisierte die Begrifflichkeiten „Kind“ und „Erwachsene“. Gewählt wurde diese Formulierung um eine Abgrenzung zu peer-Kontakten zu gewährleisten; der in der Literatur mit teilweise bis zu 25% beschriebene Prozentsatz an jugendlichen Täter/innen (Finkelhor 1979, 1984, 1988; Groth 1979; Thomas 1983; Abel 1985; Russell 1986) macht es jedoch sinnvoll, eine konkrete Altersdifferenz bezüglich Opfer und Täter/innen einzuführen.

Das Alter der Befragten zu Beginn des sexuellen Mißbrauchs differierte gering zu den Angaben der bei Finkelhor (1979) beschriebenen Studie der American Human Association, in der als Durchschnittsalter der Jungen 8,46 Jahre angegeben wird. Mit Ausnahme einer Altersangabe bei Reinhart (1987), die das durchschnittliche Alter bei ca. 4 Jahren ansetzt, scheint das vorliegende Ergebnis im Rahmen des Vergleichbaren zu liegen (Baker 1985; Risin 1987; Bange 1992). Ein wesentlicher Unterschied ergab sich in der Häufigkeit intrafamiliären sexuellen Mißbrauchs. Den von verschiedenen Autor/innen (Finkelhor 1979; Baker 1985; Risin 1987; Bange 1992) beschriebenen 13-22% intrafamiliären sexuellen Mißbrauchs an Jungen, standen in der Untersuchungspopulation über 60% gegenüber. Da die zitierten Studien ausnahmslos auch „Handlungen ohne Körperkontakte“ als Definitionskriterium miteinschließen, stellt sich die Frage nach dem bei Finkelhor (1979) und Risin (1987) definierten Altersunterschied.

Auch unter Ausschluß annähernd gleichaltriger Jungen bzw. Brüder ergeben sich dennoch in der Stichprobe über 30% intrafamiliären sexuellen Mißbrauchs.

Inwieweit dieses Ergebnis allein auf die Auswahl der Stichprobe zurückzuführen ist (Anschreiben von Selbsthilfegruppen etc.) oder auch auf männliche Bagatellisierungstendenzen hinsichtlich sexueller Übergriffe durch außerfamiliäre Täter und vor allem auch Täterinnen, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden. Es ließe sich aber vermuten, daß sexuelle Übergriffe durch außerfamiliäre Täter/innen von den Opfern leichter umgedeutet werden können und die nachträgliche Bewertung einer sexuellen Erfahrung und/oder Initiation bekommen.

Jungen werden insgesamt häufiger von Frauen sexuell mißbraucht als Mädchen (Finkelhor 1984; Gordon 1990; Fromuth 1987). Nach Finkelhor ist bei jedem sechsten bis siebten mißbrauchten Jungen (ca. 15%) die Täterin eine Frau. Nach Risin (1987) liegt der Frauenanteil sogar bei 35-47%. In der vorliegenden Studie war bei insgesamt 18,75% der Befragten die Täterin eine Frau. Auffallend war, daß mehr als ein Drittel der Befragten durch weitere Täter sexuell mißbraucht wurden und verdeutlicht, daß die bei sexuell mißbrauchten Frauen beschriebene Reviktimisierung (Russell 1986; Fromuth 1986) auch bei sexuell mißbrauchten Männern Relevanz besitzt.

Von über 40% der Befragten wurden Suizidgedanken (Retzlaff 1989), Drogensucht (Stein 1988) und diffuse Ängste (Briere 1984; Bagley 1985) als manifeste Symptome angegeben. Eßstörungen, bei einem Viertel der Untersuchungsteilnehmer manifestes Symptom, stellen

ebenfalls einen vergleichsweise hohen Prozentsatz zum Vorkommen in der Gesamtbevölkerung (Fichter 1987) dar. Bezüglich Dissoziationsgefühlen wurden von ca. einem Drittel der Befragten manifeste Symptome angegeben (Briere 1988), insbesondere Depersonalisationsgefühle scheinen dabei eine zentrale Rolle zu spielen. Dahingehend könnte auch der hohe Prozentsatz an Befragten interpretiert werden, die den sexuellen Mißbrauch eine Zeitlang vergessen hatten (Lew 1988, 1993).

Eine weitere Strategie sexuell mißbrauchter Jungen, der erneuten Viktimisierung zu „entkommen“ bzw. auf sie aufmerksam zu machen, wurde in Form von Trebegängertum erfasst. Obwohl in der Literatur (Sebold 1987) eher als Folgeverhalten sexuell mißbrauchter Mädchen beschrieben, gaben die Hälfte der befragten Männer an, daß sie als Junge von zu Hause weggelaufen waren oder den Versuch dazu unternommen hatten. Die Häufigkeit und Zeitdauer des Weglaufens wurde nicht erfasst. Insofern ließ sich nicht klären, inwieweit das „Weglaufen“ in direktem zeitlichen Zusammenhang zum sexuellen Mißbrauchsgeschehen zu sehen ist, oder ebenso eine andauernde Gefühlskomponente – als Langzeitfolge – besitzen kann. Für beide Möglichkeiten waren Zusammenhänge zu finden; während ein Mann angab, von zu Hause weggelaufen zu sein, nachdem er von seinem Bruder sexuell mißbraucht worden war, berichtete ein anderer, daß er „das Gefühl, weglaufen zu müssen“ bis in sein jetziges Erwachsenenalter kenne und mehrmals seine Familie ohne Vorankündigung verlassen hätte.

Die qualitative Methode der Gruppendiskussion erwies sich als sinnvoll, um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Erfahrungen und die jeweils zugrundeliegenden Bedingungen deutlicher herauszuarbeiten. Die erwarteten Vorteile dieser Methode in Bezug auf Atmosphäre, Bandbreite der Äußerungen, persönliche Offenbarung, Meinungsbildung etc. wurden deutlich. Die heuristische Qualität der Methode ermöglichte, die körperlichen Symptome, Verhaltensweisen, Einstellungen und Interpretationen der Untersuchungsteilnehmer hinsichtlich des sexuellen Mißbrauchserlebnisses genauer zu eruieren. Insbesondere im Bereich der Sexualität zeigte sich die Bandbreite individueller Langzeitfolgen und die damit einhergehenden Erlebnisweisen der Umwelt.

Am überraschendsten ist das Ergebnis, daß keiner der untersuchten Männer eine eindeutig männliche Geschlechtsrollenidentität angibt. Diese mangelnde Identifikation könnte mit der genannten Selbstdefinition als Opfer in Verbindung stehen und den Versuch darstellen, sich von dem männlichen Aggressor zu distanzieren oder auch diesem zu unterwerfen. Ob durch diese Identifikation mit der Opferrolle gleichzeitig eher klassisch weibliche Rollenmuster aktiviert werden, bedarf der weiteren Untersuchung.

Die Identifikation mit dem Aggressor bzw. übertrieben männliches Rollenverhalten wird jedoch gerade bei sexuell mißbrauchten Jungen als spezifisches Folgeverhalten angegeben und dient u.a. zur Erklärung von aggressivem und sexuell gewaltätigem Verhalten sexuell mißbrauchter Jungen und Männer. In der Befragung wird dieses Bild von den Männern nicht bestätigt. Einerseits könnte dieses Ergebnis durch die soziale Erwünschtheit einer dahingehenden Beantwortung bedingt sein, andererseits könnten die genannten Faktoren wie die Geschlechtsrollenidentität, die Selbstdefinition als Opfer und die Auseinandersetzung in Therapie- bzw. Selbsthilfegruppen unter Umständen dazu beitragen, daß die erlebte Ohnmacht, Scham etc. nicht durch sexuelle Gewalt ausagiert wird.

Insgesamt unterstützen die dargestellten Ergebnisse die Aussage, daß Männer, die in ihrer Kindheit sexuell mißbraucht wurden, unter ähnlichen Symptomen wie sexuell mißbrauchte Frauen leiden. Ängste, Suizidalität, Suchtverhalten und Depersonalisationsgefühle sind

demnach auch bei sexuell mißbrauchten Männern als Langzeitfolgen zu beobachten. Depression gehört im Gegensatz zu den Ergebnissen von Finkelhor (1986) nicht zu den meist berichteten Symptomen. Die These, daß sexueller Mißbrauch Einfluß auf das Erleben von Sexualität, die sexuelle Identität sowie die Geschlechtsrollenidentität hat, kann bei der untersuchten Gruppe in ihrer Kindheit sexuell mißbrauchter Männer als bestätigt angesehen werden, bedarf jedoch der weiteren Untersuchung.

Sexueller Mißbrauch an Jungen ist oft auch für die betroffenen, erwachsenen Männer das „bestgehütete Geheimnis“ ihres Lebens. Grundsätzlich entspricht die Vorstellung, daß ein erwachsener Mann sich sexuell mißbraucht fühlen kann, nicht dem Klischee des „starken männlichen Geschlechts“. Die dargestellten Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit entsprechender Therapieangebote, die sowohl für betroffene Jungen, als auch für erwachsene Männer bestehen sollten. Nur so können die langfristigen Folgen bearbeitet, der „cycle of abuse“ durchbrochen und Platz für eine emanzipierte Männlichkeit geschaffen werden, die jenseits der „Gewalt der Brüderhorde“ liegt.

Literatur

- Abel, G.; Mittelmann, M.; Becker, J.V.: Sexual offenders: Results of assessments and recommendations of treatment. *Clinical Criminology* 1985, 191-201.
- Awad, G.: Father-son incest: A case report. *J. Mental Nerv. Diseases*, 1976; 162: 135-139.
- Bagley, C.: Child sexual abuse within the family: An account of studies 1978-1984. Calgary, Canada: University Press 1985.
- Bagley, C.: Prevalence and correlates of unwanted sexual acts in childhood in a national canadian sample. *Canadian Journal of Public Health* 1989; 80: 295-296
- Bagley, C.R.; Young, L.: Depression, self-esteem, and suicidal behavior as sequels of sexual abuse in childhood: Research and Therapy. In: Rothery M., Cameron, G. (eds.) *Child maltreatment: Expanding our concept of helping*, 1990: 183-210.
- Baker, A.; Duncan, S.: Child Sexual Abuse: A study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse and Neglect* 1985; 9: 457-467.
- Bange, D.: Die dunkle Seite der Kindheit. Sexueller Mißbrauch an Mädchen und Jungen. Köln: Volksblatt 1992.
- Beichtmann, J.H.; Zucker, K.J.; Hood, J.E.; daCosta, G.A.; Akman, P.A.; Cassavia, E.: A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 1992; 16: 1, 101-118.
- Bem, S.L.: The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1974; 42: 155-162.
- Berry, G.: Incest: some clinical variations on a classical theme. *Journal of American Academy of Psychoanalysis* 1975; 3: 151-161.
- Bortz, J.: *Lehrbuch der Statistik: für Sozialwissenschaftler*. Berlin; Springer 1985.
- Briere, J.: The long-term effects of childhood sexual abuse: Defining a post-sexual-abuse syndrome. Paper presented at the Third National Conference on Sexual Victimization of Children, Washington, DC, April 1984.
- Briere, J.; Runtz, M.: Symptomatology associated with childhood victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse and Neglect* 1988; 12: 51-59.
- Bruckner, D.F.; Johnson, P.E.: Treatment for adult male victims of childhood sexual abuse. *Social Casework* 1987; 2.
- DeJong, A.R.; Emmet, G.A.; Hervada, A.A.: Epidemiologic factors in sexual abuse of boys. *American Journal of Diseases of Children* 1982; 136: 990-993.
- Dixon, K.; Arnold, E.; Calesto, K.: Father-son-incest: Underreported psychiatric problem. *American Journal of Psychiatry* 1978; 135: 835-838

- Enders, U. (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's: sexueller Mißbrauch an Mädchen und Jungen; Erkennen – Schützen – Beraten. Köln: Volksblatt 1990.
- Fichter, M.; Daser, C.: Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychological Medicine* 1987; 17: 409-418.
- Finkelhor, D.: Child sexual abuse: New theory and research. New York: Free Press 1984.
- Finkelhor, D.: Early and long-term effects on child sexual abuse: An update. *Professional Psychology: Research and Practice* 1990; 21: 325-330.
- Finkelhor, D.: Nursery Crimes: Sexual abuse in day care. Sage, Beverly Hills, CA: Sage 1988.
- Finkelhor, D.: Sexually victimized children. New York: Free Press 1979.
- Finkelhor, D.; Browne, A.: The impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin* 1988; 99: 66-77.
- Forward, S.: The trauma of incest. New York: Tarcher 1978.
- Forward, S.; Buck, C.: Betrayal of innocence. Incest and its devastation. Los Angeles: Tacher 1978.
- Freud, S.: Zur Ätiologie von Hysterie (1896). In: Freud, S. Studienausgabe. Band VI. Hysterie und Angst. Frankfurt am Main: Fischer, 1989: 53-81.
- Fromuth, M.E.: The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. *Child Abuse and Neglect* 1986; 10: 5-15.
- Fromuth, M.E.; Burghart, B.R.: Childhood victimization among college men: definitional and methodological issues. *Violence and Victims* 1987; 2: 241-253.
- Gellen, M.; Hoffman, R.; Jones, M.; Stone, M.: Abused and nonabused women: MMPI profile differences. *Personnel and Guidance Journal* 1984; 32: 601-603.
- Gordon, M.: Males and females as victims of childhood sexual abuse: An examination of the gender effect. *Journal of Family Violence* 1990; 5, 321-322.
- Gross, P.; Löb, M.: Androgynität und Selbstverwirklichung. Unveröffentlichte Diplomarbeit; Fachrichtung Psychologie. Saarbrücken: Universität des Saarlandes 1979.
- Groth, N.A.: Men who rape. New York: Plenum 1979.
- Groth, N.A.; Hobson, W.F.; Gary, T.S.: The child molester: Clinical observations. In: Conte, J.; D. Shore (eds.) Social work and child sexual abuse. New York: Haworth 1982.
- Jumper, S.A.: A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child abuse and neglect* 1995; 19: 715-728.
- Kessler, B.H.; Schwickerath, J.: Reaktionen auf erotische Reize in Abhängigkeit vom biologischen und psychologischen Geschlecht. *Psychologische Beiträge* 1981; 23: 421-433.
- Krug, R.: Adult male report of childhood sexual abuse by mothers: Case descriptions, motivations and long-term consequences. *Child Abuse and Neglect* 1989; 13: 111-119.
- Lamnek, S.(1989). *Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken.* München: Psychologie Verlags Union 1989.
- Lane, S.; Beavers, J.: Sexually abused, yet sexually abusive: Treatment of the juvenile sex offender. Unv. Manuskript 1985.
- Langsley, D.; Schwartz, M.; Fairbairn R.: Father-son-incest. *Comprehensive Psychiatry* 1968; 9: 218-226.
- Lew, M.: Als Junge mißbraucht. Wie Männer sexuelle Ausbeutung in der Kindheit verarbeiten können. Kempten: Kösel 1993.
- Lew, M.: Victims no longer. Men recovering from incest and other sexual child abuse. New York: Nevraument Publishing 1988.
- Maas, A.; Pabst, R.: Androgynität und Lebensbewältigung. Eine Untersuchung zur psychologischen Geschlechtsrollenforschung anhand von Fremd- und Selbstbeurteilung. Unveröffentlichte Diplomarbeit; Fachrichtung Psychologie. Saarbrücken: Universität des Saarlandes 1986.
- Margolis, M.: A preliminary report of a case of consummated mother-son-incest. *Annals of Psychoanalysis* 1977; 5: 267-293.
- Marquit, C.: Der Täter. Persönlichkeitsstruktur und Behandlung. In: Backe, L. (Hrsg) Sexueller Mißbrauch in Familien. Köln: Deutscher Ärzteverlag 1986: 118-136.
- McCarthy, L. (1986). Mother-child-incest: Characteristics of the offender. *Child Welfare* 1986; 65: 447-458.

- Medlicott, R.: Parent-child incest. *Australian and New Zealand J. of Psychiatry* 1967; 1: 180-187.
- Meiselman, K.: Personality characteristics of incest history psychotherapy patients: A research note. *Archives of Sexual Behavior* 1980; 9: 195-197.
- Nießen, M.: Gruppendiskussion: Interpretative Methodologie. Methodenbegründung. Anwendung. München: Fink 1977.
- Porter, E.: Treating the young male victim of sexual assault: Issues and intervention strategies. Syracuse, New York: Safer Society Press 1986.
- Raphling, D.; Carpenter, B.; Davis, A.: Incest. A genealogical study. *Archives of General Psychiatry* 1967; 16: 505-511.
- Reinhart, M.A.: Sexually abused boys. *Child Abuse and Neglect* 1987; 11: 229-235.
- Retzlaff, I. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder. Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger. Neckarsulm: Jungjohann 1989.
- Risin, L.; Koss, M.P.: The sexual abuse of boys: Prevalence and descriptive characteristics of childhood victimization. *Journal of Interpersonal Violence* 1987; 2: 309-323.
- Roland, B.; Zelhart, P.; Dubes, R.: Selected MMPI items that identified college women who reported early sexual abuse. *Psychological Reports* 1988; 63: 447-450.
- Rothstein, A.: Oedipal conflicts in narcissistic personality disorders. *International Journal of Psychoanalysis* 1979; 60: 189-199.
- Russell, D.: The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse and Neglect* 1983; 7: 133-146.
- Russell, D.: The secret trauma: Incest in the lives of girls and women. New York: Basic Books 1986.
- Schetky, D.H.: A review of the literature on the long-term effects of child sexual abuse. In R.P. Kluft (Ed.) *The lasting effects of child sexual abuse*. Beverly Hills: Sage Publications, 1988: 119-123.
- Schneider-Dücker, M.; Kohler, A.: Die Erfassung von Geschlechtsrollen – Ergebnisse zur deutschen Neukonstruktion des Bem Sex-Role-Inventory. *Diagnostica* 1988; 34: 3, 256-270.
- Schneider-Dücker, M.: Deutsche Neukonstruktion des Bem Sex-Role-Inventory. *Arbeiten der Fachrichtung Psychologie Nr. 51, Universität des Saarlandes, Saarbrücken* 1978.
- Sebold, J.: Indicators of Child Sexual Abuse in Males. *Social Casework* 1987; 2: 75-80.
- Shengold, L.: The parent as sphinx. *J. American Psychoanalytic Association* 1963; 11: 725-751.
- Silber, A.: Childhood seduction, parental pathology and hysterical symptomatology: The genesis of an altered state of consciousness. *International Journal of Psychoanalysis* 1979; 60: 109-116.
- Spencer, M.J.; Dunklee, P.: Sexual abuse of boys. *Pediatrics*, 1986; 78: 133-138.
- Stein, J.; Golding, J.; Siegel, J.; Burnham, Y.; Sorenson, S.: Long-term psychological sequelae of child sexual abuse: The Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Study. In: Wyatt, G.; Powell, G. (eds.) *Lasting Effects of Child Sexual Abuse*. Beverly Hills: Sage, 1988: 135-154.
- Swift, C.: Sexual victimization of children: An urban mental health center survey. *Victimology* 1978; 2: 322-327.
- Thomas, J.N.; Roger, C.M.: A treatment program for intrafamily juvenile sexual offenders. In Stuart, I.R.; Greer, J.G. (eds.) *The sexual aggressor: Current perspectives of treatment*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1983: 127-143.
- Tsai, M.; Feldman-Summers, S.; Eggar, M.: Childhood molestation: Variables related to differential impacts on psychosexual functioning in adult women. *J. Abnorm. Psychology* 1979; 88: 407-417.
- Wahl, C.: The psychodynamics of consummated maternal incest. *Archives of General Psychiatry* 1960; 3: 96-101.
- Weiner, I.: Father-daughter incest: A clinical report. *Psychiatric Quarterly* 1962; 36: 607-632.

Anschrift des Autors

Dipl.-Psych. Parfen Laszig, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Psychosomatische Klinik, Thibautstraße 2, 69115 Heidelberg

Alkohol- und Drogenkonsum und Sexualverhalten bei Männern: Mögliche Zusammenhänge

Substance use and sexual behavior in males: Possible relationships

J.F. Kinzl, Ch. Traweger, B. Mangweth, W. Biebl, Innsbruck

Zusammenfassung

Es wurden mittels Fragebogen mögliche Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an Alkohol- bzw. Drogenkonsum und dem Sexualverhalten bzw. sexuellen Funktionsstörungen bei einer nichtklinischen männlichen Studentenpopulation untersucht. Von den 297 Männern gaben ein Großteil gelegentliche sexuelle Funktionsstörungen, vor allem eine Störung des sexuellen Verlangens (49,5%) und vorzeitigen Samenerguß (61,6%), aber nur wenige ausgeprägte funktionelle Sexualstörungen an. Während sich die einzelnen Gruppen von Alkohol- und Drogenkonsumenten (Abstinente, Gelegenheitskonsumierer, harte Konsumierer) vor allem im Bereiche der funktionellen Sexualstörungen kaum unterscheiden, bestehen zwischen diesen Gruppen zum Teil signifikante Unterschiede im Sexualverhalten. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Gelegenheitskonsumierer am ehesten ein „normales“ Sexualverhalten zeigen, während die Abstinenzler und die harten Konsumierer häufiger zu einem extremeren Sexualverhalten tendieren.

Schlüsselwörter: Alkohol, Drogen, Sexualverhalten, Funktionelle Sexualstörungen, Männliche Studenten

Abstract

By questionnaire possible relationships between substance use and sexual behavior and sexual dysfunctions were investigated in a nonclinical male student sample. The majority of the 297 men reported occasional sexual dysfunctions, particularly sexual desire disorder (49,5%) or premature ejaculation (61,6%), but only a few reported frequent sexual dysfunctions. There were nearly no differences in sexual dysfunctions between abstainers, occasional users, and heavy users, but partly significant differences in sexual behavior. While occasional users demonstrated the most „normal“ sexual behavior, abstainers and heavy users showed a sexual attitude and behavior characterized by more extremes.

Key Words: Alcohol, Drugs, Sexual Behavior, Sexual Dysfunction, Male Students

Der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Alkohol- bzw. Drogenkonsum und dem Sexualverhalten bzw. funktionellen Sexualstörungen wurde einerseits große Aufmerksamkeit von Seiten verschiedener Forscher gewidmet (z.B. Bancroft 1985; Leigh 1994; Ross 1994; George 1995), andererseits sind die psychologischen Beziehungen zwischen dem Alkoholkonsum bzw. Drogen und der Sexualität so komplex, daß hierzu nur relativ wenige empirische Studien durchgeführt worden sind. Auf diese Komplexität weist Fahrner (1995) hin; so können sexuelle Probleme die direkte Folge des Alkohol- oder Drogenkonsums oder

umgekehrt sein; auch können das Sexualverhalten bzw. eine Störung der sexuellen Funktion und der Alkohol- bzw. Drogenkonsum gemeinsame zugrundeliegende psychische Ursachen haben (Jensen 1984; Klassen 1986; Haavio-Mannila 1990; McEwan 1992; Ross 1994). Der Einfluß des Alkohols und der Drogen auf das Sexualverhalten bzw. die verschiedenen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus ist komplex, individuell unterschiedlich und von verschiedenen Faktoren (z.B. Ausmaß, Dauer, Art der Substanz) abhängig. Einerseits kann vor allem Alkohol enthemmend und entspannend wirken und sich förderlich auf das Sexualverhalten auswirken, andererseits beeinflusst der Alkohol in hohen Dosen und bei chronischem Konsum die Sexualität, vor allem die sexuelle Erregung, negativ (Wilson 1976; Leiblum 1984).

Haavio-Mannila und Mitarbeiter (1990) untersuchten die Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und dem Sexualverhalten bei 626 Studentinnen und 341 Studenten. Bei beiden Geschlechtern war der Konsum von Alkohol mit einem liberaleren Lebensstil verknüpft, auch meinte ein Großteil der Untersuchten, daß Alkohol ihre sexuellen Beziehungen begünstigt hat.

Eine Abhängigkeit des Sexualverhaltens vom Ausmaß des Alkoholkonsums fanden Klassen und Wilsnack (1986). Dabei zeigten die Personen, die Alkohol in mäßigen Mengen konsumierten, seltener vermindertes sexuelles Verlangen und Orgasmusstörungen als Abstinente. Starke Trinker wiesen die höchsten Raten von sexuellen Funktionsstörungen, eines unüblichen Sexualverhaltens und einer moralisch liberaleren Sexualeinstellung auf. Auch zeigen starke Trinker signifikant häufiger ein riskanteres Sexualverhalten (z.B. Nichtbenutzen eines Kondoms) und einen häufigeren Partnerwechsel (McEwan 1992).

Leigh und Mitarbeiter (1994) untersuchten die Beziehung von Alkoholkonsum zu einem riskanteren Sexualverhalten bei einer repräsentativen Gruppe Erwachsener. Starke Trinker waren eher sexuell aktiv, wobei im allgemeinen der Alkoholkonsum stärker mit Variablen verknüpft war, die den Lebensstil betrafen, als mit Variablen, die das konkrete Sexualverhalten widerspiegeln.

Das Ziel der Studie war die Erfassung der Beziehung zwischen dem Ausmaß an Alkohol- bzw. Drogenkonsum und dem Sexualverhalten bzw. sexuellen Funktionsstörungen bei einer nichtklinischen männlichen Studentenpopulation.

Methodik

Es handelt sich um eine Untersuchung, die 1994 bei 297 männlichen Innsbrucker Studenten durchgeführt worden ist. Mittels eines Fragebogens wurden verschiedene Kategorien des Alkohol- und Drogenkonsums einerseits und der sexuellen Aktivität, des sexuellen Verhaltens und der sexuellen Funktion andererseits erfaßt.

Der Alkohol- bzw. Drogenkonsum wurde folgendermaßen klassifiziert: Abstinente (kein Alkohol bzw. keine Drogen), Gelegenheitskonsumierer (gelegentlicher und/oder geringer Konsum von Alkohol und/oder Drogen), und starke Konsumierer (häufiger und/oder exzessiver Alkohol- und/oder Drogenkonsum verbunden mit psychosozialen Problemen). Dabei muß darauf hingewiesen werden, daß es einerseits keine scharfe Grenze zwischen geringem und starkem Alkohol- oder Drogenkonsum gibt, und andererseits in einzelnen Fällen eine exakte Zuordnung schwer möglich war.

Als diagnostisches Schema für sexuelle Funktionsstörungen verwendeten wir die Kriterien,

wie sie im DSM-IV (1994) für diese Störungen dargestellt werden. Statistik: Im Rahmen dieser Studie wurden die ordinal skalierten Variablen mit Hilfe des Kruskal Wallis Tests untersucht. Die nominalskalierten Variablen wurden mit dem Chi-Quadrat-Test analysiert (Hartung, 1987). Als Signifikanzniveau wurde $p < 0,05$ bzw. $p < 0,001$ gewählt.

Resultate

Die Prävalenzraten des Alkohol- bzw. Drogenkonsums der 297 männlichen Studenten sind in Tabelle 1 dargestellt. 44 (14,8 %) Studenten gaben an, weder Alkohol noch Drogen zu konsumieren. Vorwiegend aus statistischen Gründen faßten wir die Männer, die nur gelegentlichen Alkohol- und/oder Drogenkonsum angaben, zur Gruppe der Gelegenheitskonsumierer ($n=205$; 69 %), und die Männer, die entweder starken Alkoholkonsum und/oder starken Drogenkonsum angaben, zur Gruppe der starken Konsumierer ($n=48$; 16,2 %) zusammen. Bei 13 (4,4 %) Studenten besteht sowohl ein starker Alkohol- als auch Drogenkonsum. Studenten mit starkem Alkoholkonsum gaben statistisch signifikant häufiger auch regelmäßigen Drogenkonsum an als Gelegenheitskonsumenten.

Der Drogenkonsum umfaßte vor allem die Substanzen Haschisch und Ecstasy und nur in vereinzelten Fällen Kokain.

Zwischen diesen drei Gruppen bestehen keine signifikanten Altersunterschiede (Durchschnittsalter 22,9 Jahre).

Während etwa 10 % der Männer über häufige Störungen des sexuellen Verlangens und eines vorzeitigen Samenergusses berichteten, wurden die übrigen sexuellen Funktionsstörungen nur von etwa 3-10 % der Männer als anhaltend oder wiederkehrend angegeben (Tabelle 2). Dagegen gaben knapp ein Drittel der Studenten eine gelegentliche Erektionsstörung, eine Orgasmustörung oder negative Gefühle nach dem Geschlechtsverkehr, die Hälfte eine gelegentliche Störung des sexuellen Verlangens und etwa 60 % einen gelegentlichen vorzeitigen Samenerguß an.

Die einzelnen Gruppen der Alkohol- bzw. Drogenkonsumenten unterschieden sich in bezug auf das Alter bei der ersten Masturbation signifikant voneinander. So lag bei den Gelegenheitskonsumenten und bei den harten Konsumenten der Beginn bei durchschnittlich 13 1/2 Jahren, während die Abstinente mit 14 1/2 Jahren im Durchschnitt deutlich später zu masturbieren begannen ($p=.0154$). Die einzelnen Gruppen unterschieden sich bezüglich des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr nicht signifikant voneinander (Durchschnitt 18. Lebensjahr).

Deutliche Unterschiede zeigten sich zwischen den einzelnen Gruppen bei den bisherigen sexuellen Erfahrungen (Tabelle 3). Während alle starken Konsumierer und 88,5 % der Gelegenheitskonsumierer bereits mindestens einmal Geschlechtsverkehr hatten, gaben 36,4 % der Abstinente an, noch keinen Geschlechtsverkehr erlebt zu haben.

In bezug auf das „Leben in einer sexuellen Partnerbeziehung“ zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen ($p=0,02193$). Während jeweils mehr als 2/3 der Gelegenheitskonsumierer und der starken Konsumierer in einer sexuellen Beziehung lebten, hatten 56,8 % der Abstinente zum Zeitpunkt der Untersuchung keine feste Partnerschaft. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs im Laufe des letzten Jahres wider (Tabelle 4). So gaben mehr als 2/5 der Abstinente, aber nur etwa ein Sechstel der Gelegenheitskonsumierer und etwa ein Viertel

Tab. 1: Prävalenzraten des Alkohol- und Drogenkonsums ^{a)}

Charakteristika Alkoholkonsum	Drogenkonsum		
	keine n	gelegentlich n	häufig n
Abstinente	44 (14,9%)	6 (2,0%)	1 (0,3%)
Gelegenheitskonsumierer	113 (38,2%)	86 (29,1%)	7 (2,4%)
Harte Konsumierer	9 (3,0%)	18 (6,1%)	13 (4,4%)

a) Ergebnis des Chiquadrat-Tests: $\chi^2=71.81604$; DF=4; $p=.0000$ **Tab. 2:** Prävalenzraten sexueller Funktionsstörungen

Charakteristika	nie (%)	gelegentlich (%)	häufig (%)
Störung des sexuellen Verlangens	40,1	49,5	10,4
Errektionsstörung	71,7	27	1,3
Vorzeitiger Samenerguß	28,6	61,6	9,8
Orgasmusstörung	68,3	31	2,7
Negative Gefühle nach dem GV	64	32,7	3,3
Dyspareunie	80,3	18,4	1,3

Tab. 3: Bisherige Geschlechtsverkehrserfahrungen ^{a)}

Charakteristika Geschlechtsverkehr	Alkohol- und Drogenkonsum		
	Abstinente n (%)	Gelegenheitskonsumierer n (%)	Harte Konsumierer n (%)
ja	28 (63,6%)	176 (88,5%)	31 (100%)
nein	16 (36,4%)	23 (11,5%)	0 (0%)

a) Ergebnis des Chiquadrat-Tests: $\chi^2 = 32,70894$; DF=2; $p=.0000$

23 fehlende Angaben

Tab. 4: Häufigkeit von Geschlechtsverkehrs (innerhalb des letzten Jahres) ^{a)}

Charakteristika Geschlechtsverkehr	Alkohol- und Drogenkonsum		
	Abstinente n (%)	Gelegenheitskonsumierer n (%)	Harte Konsumierer n (%)
ja	28 (63,6%)	176 (88,5%)	31 (100%)
nein	16 (36,4%)	23 (11,5%)	0 (0%)

a) Ergebnis des Chiquadrat-Tests: $\chi^2 = 28,34955$; DF = 8; $p=.00093$

28 fehlende Angaben

Tab. 5: Häufigkeit der Masturbation (innerhalb des letzten Jahres) ^{a)}

Charakteristika Häufigkeit der Masturbation	Alkohol- und Drogenkonsum			Total n (%)
	Abstinente n (%)	Gelegenheits- konsumierer n (%)	Harte Konsumierer n (%)	
nie	10 (22,7%)	26 (13,2%)	4 (12,9%)	40 (14,7%)
1-2x/Monat	10 (22,7%)	60 (30,3%)	6 (19,4%)	76 (27,8%)
1x/Woche	10 (22,7%)	44 (22,2%)	6 (19,4%)	60 (22,0%)
2x/Woche	9 (20,5%)	51 (25,8%)	8 (25,8%)	68 (24,9%)
(fast) täglich	5 (11,4%)	17 (8,5%)	7 (22,5%)	29 (10,6%)
Total	44 (100%)	198 (100%)	31 (100%)	273 (100%)

a) Ergebnis des Chiquadrat-Tests: $\chi^2 = 27,93329$; DF = 16; $p = .03220$

24 fehlende Angaben

der harten Konsumierer an, im Zeitraum des letzten Jahres nie einen Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Fast täglichen Geschlechtsverkehr gaben 4,5 % der Abstinente, 11 % der Gelegenheitskonsumierer und etwa 30 % der starken Konsumierer an.

Auch in bezug auf die Masturbationsfrequenz zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen (Tabelle 5). Während 13 % der Gelegenheitskonsumierer und der harten Konsumierer berichteten, nie zu masturbieren, galt dies für 22,7 % der Abstinente an. Regelmäßiges (fast) tägliches Onanieren berichteten etwa 10 % der Abstinente bzw. der Gelegenheitskonsumierer, aber fast ein Viertel der starken Konsumierer.

Eine statistische Analyse des Zusammenhangs zwischen dem Konsum von psychotropen Substanzen und der sexuellen Funktion zeigte, daß zwischen den drei Gruppen von Konsumierern hinsichtlich der sexuellen Funktionsstörungen keine signifikanten Unterschiede bestehen.

Diskussion

Die Ergebnisse vieler Forscher legen nahe, daß die sexuelle Aktivität und die sexuelle Funktion das Resultat einer komplexen Interaktion biologischer (z.B. neuroendokriner), psychologischer (z.B. kognitiver und affektiver), sozialer (z.B. Beziehung) und kultureller Faktoren (z.B. moralische Erziehung) sind (Wincze 1994). Gleichzeitig gibt es viele psychologische Gründe und weniger einen einzelnen Grund, die zu einer erhöhten Störbarkeit des Sexualverhaltens und der sexuellen Funktion beitragen können (LoPiccolo 1988). Die Beziehung zwischen Alkohol- bzw. Drogenkonsum und der Sexualität ist selbstverständlich sehr komplex. In manchen Fällen dient die Substanz dazu, mit sozialen Ängsten fertigzuwerden, besonders bei Menschen, die ohnehin eher zu sexuellen Problemen neigen (Bancroft 1985).

Das Ausmaß und die Dauer des Alkohol- bzw. Drogenkonsums war in der untersuchten männlichen Probandengruppe nur in wenigen Fällen so ausgeprägt, daß nicht angenommen werden kann, daß es schon zu einer alkohol- oder drogenbedingten Sexualstörung (DSM-IV 1994) gekommen wäre. Vielmehr legen unsere Ergebnisse nahe, daß sowohl das Sexualverhalten als auch der Alkohol- und Drogenkonsum eine gemeinsame zugrundeliegende psychologische Wurzel haben dürften.

Diejenigen, die gelegentlich und in einem geringen Ausmaß Alkohol und/oder Drogen konsumierten, wiesen ein Sexualverhalten auf, das am ehesten als normal und am wenigsten extrem angesehen werden kann. Diese Personen sind am ehesten in der Lage, ihr sexuelles Triebverhalten in einem normalen und sicheren Ausmaß zuzulassen und auszuleben. Ihre hohe innerseelische Sicherheit ermöglicht es ihnen, weder die Triebbedürfnisse asketisch abwehren zu müssen, um nicht von der Intensität der Triebe überschwemmt zu werden, noch diese unkontrolliert ausleben zu müssen.

Die Abstinente zeigten in vielen Bereichen des Sexualverhaltens häufiger Hemmungen und ein Vermeidungsverhalten. Anna Freud (1937) wies daraufhin, daß Jugendliche, die asketische Phasen durchmachen und Triebverzicht leben, die Quantität und nicht die Qualität ihrer Triebe fürchten, und daß Jugendliche, die durch ein mangelhaft entwickeltes Ich gekennzeichnet sind, dem gesteigerten Triebverlangen einfach ein gesteigertes Verbot entgegensetzen.

Andererseits kann angenommen werden, daß Personen, die zu einem erhöhten und regelmäßigen Alkohol- und Drogenkonsum neigen, Probleme im Umgang mit Gefühlen und Bedürfnissen haben und die Substanz das Ich vor Schmerz und Angst schützt, und eine Flucht vor der schmerzlichen Realität ermöglicht. Rost (1983) hat darauf hingewiesen, daß Alkoholranke nüchtern oft eine ausgesprochene Triebhemmung aufweisen, und den Alkohol brauchen, um Sexualität überhaupt leben zu können. Sowohl eine forcierte Sexualität als auch ein erhöhter Alkohol- und Drogenkonsum scheinen eine wichtige Abwehrfunktion für die Betroffenen zu haben, indem sie zur Stabilisierung eines brüchigen Ichs und zur vorübergehenden Selbststabilisierung und Selbstkomplettierung beitragen. Die Untersuchung der Bedeutung früher negativer Beziehungserfahrungen für das spätere Auftreten sexueller Funktionsstörungen und Störungen im Sexualverhalten bei dieser Probandengruppe zeigte, daß vor allem langdauernde negative familiäre Beziehungserfahrungen eine hohe und sexuelle Mißbrauchserfahrungen eine weniger hohe Bedeutung haben (Kinzl 1996, in Druck). Auch könnten diese unsicheren Bindungserfahrungen dazu beitragen, daß die Betroffenen im späteren Leben eher emotionale Störungen entwickeln und der Alkohol- bzw. Drogenkonsum dazu dient, die Spannungen und Angstzustände zu bewältigen.

Bei der Beurteilung der Ergebnisse darf natürlich nicht übersehen werden, daß beide untersuchten Bereiche „Alkohol- und Drogenkonsum“ und „Sexualverhalten und -störungen“ sehr vielschichtig und multifaktoriell bedingt sind. Auch ist es schwer, den Begriff der „Normalität“ sowohl für das Sexualverhalten und die sexuelle Funktion als auch für den Konsum von Alkohol zu definieren.

Da die Studie an einer Studentenpopulation durchgeführt wurde, können die Resultate sowohl in bezug auf das Ausmaß des Alkohol- und Drogenkonsums als auch bezüglich des Sexualverhaltens nicht ohne weiteres auf andere Gruppen übertragen werden. Daher sollten die Daten dieser Untersuchung an größeren Stichproben repräsentativer Bevölkerungsgruppen überprüft werden, auch um die Beziehung zwischen dem Konsum von psychotropen Substanzen und dem Sexualverhalten noch spezifischer erfassen zu können.

Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition). Washington DC: American Psychiatric Association 1994.
- Bancroft, J.: Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität. Stuttgart: Enke 1985.
- Fahrner, E.: Sexual dysfunction and alcohol abuse. *Sex Marital Therapy* 1995; 10: 5-8.
- Freud, A.: Ego and the Mechanisms of Defense. London: Hogarth Press 1937.
- George, W.; Kelly, L.; Lopez, P.; Crow, L.: Self-reported alcohol expectancies and postdrinking sexual inferences about women. *J Appl Soc Psychol* 1995; 25: 164-186.
- Haavio-Mannila, E.; Kontula, O.; Weinberg, M.; Sprecher, S.: Sex, alcohol and gender: A study of Finnish university students. *Nordisk Sexologi* 1990; 8: 268-281.
- Hartung, J.: Statistik: München-Wien: Oldenbourg Verlag 1987.
- Jensen, S.: Sexual function and dysfunction in younger married alcoholics. *Acta Psych Scand* 1984; 69: 543-549.
- Kinzl, J.; Mangweth, B.; Traweger, C.; Biebl, W.: Sexual dysfunctions in males: Significance of adverse childhood experiences. *Child Abuse Negl* 1996 (in Druck).
- Klassen, A.; Wilsnack, S.: Sexual experience and drinking among women in a U.S. national survey. *Arch Sex Behav* 1986; 15: 363-392.
- Leiblum, S.; Rosen, R.: Alcohol and human sexual response. Special Issue: Alcoholism and sexual dysfunction: Issues in clinical management. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1984; 1: 1-16.
- Leigh, B.; Temple, M.; Trocki, K.: The relationship of alcohol use to sexual activity in a U.S. national sample. *Soc Sci Med* 1994; 39: 1527-1535.
- LoPiccolo, J.; Friedman, J.: Broad-spectrum treatment of low sexual desire: Integration of cognitive, behavioral, and systemic therapy. In: S. Leiblum and R. Rosen (Eds), *Sexual desire disorders* (pp. 107-144). New York: Guilford Press 1988.
- McEwan, R.; McCallum, A.; Bhopal, R.; Madhok, R.: Sex and the risk of HIV infection: the role of alcohol. *Brit J Addict* 1992; 87: 577-584.
- Ross, H.; Tisdall, G.: Alcohol use and abuse in a university psychiatric health service: Prevalence and patterns of comorbidity with other psychiatric problems. *J Alc Drug Educ* 1994; 39: 63-74.
- Rost, W.: Der psychoanalytische Zugang zum Alkoholismus. *Psyche* 1983; 5: 412-439.
- Wilson, G.: The effects of alcohol on human sexual behavior. *Adv Subst Abuse* 1981; 2: 1-40.
- Wincze, J.; Carey, M.: Sexual dysfunction. A guide for assessment and treatment. New York-London: The Guilford Press 1991.

Anschrift der Autoren

Univ.-Doz. Dr. Johann Kinzl, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychosoziale Psychiatrie, Anichstrasse 35;

Dr. phil Christian Traweger, Institut für Statistik, Universität Innsbruck, Innrain;

Mag. phil. Barbara Mangweth, Prof. Dr. med. Wilfried Biebl, Universitäts-Klinik für Psychiatrie, Anichstrasse 35, A-6020 Innsbruck

Nosologie der Geschlechtsidentitätsstörungen – Historischer Hintergrund und aktuelle Klassifikationssysteme

Nosology of Gender Identity Disorders – Historical Background and Actual Classification

H. A.G. Bosinski, Kiel

Zusammenfassung

Die aktuellen medizinischen Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV) beinhalten hinsichtlich der Einordnung und diagnostischen Beschreibung der Geschlechtsidentitätsstörungen teilweise erhebliche Unterschiede. Diese werden vor dem historischen Hintergrund der Herausbildung des Krankheitsbegriffes „Transsexualismus“ dargestellt und in ihrer Relevanz für die Differentialdiagnostik und Begutachtung diskutiert.

Schlüsselwörter: Transsexualismus - Geschlechtsidentitätsstörungen - Klassifikation - Diagnostik - Geschichte

Abstract

Actual medical classification systems (ICD-10, DSM-IV) contain considerable differences in classification and differential diagnoses of gender identity disorders in childhood and adulthood. Historical background and actual implications are therefore discussed with regard to diagnostics and treatment aspects.

Key Words: Transsexualism - Gender Identity Disorders - Classification - Diagnoses - History

„Transsexualismus“ ist als Krankheitsbegriff in die medizinische Terminologie erst relativ spät eingeführt worden und die aktuelle Nomenklatur des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* hat ihn in der jüngsten Ausgabe (DSM-IV, APA 1994) schon wieder verlassen. Dort wird statt dessen nur noch von „*Gender Identity Disorders (GID)*“, also von „Geschlechtsidentitätsstörungen“ gesprochen. Demgegenüber beinhaltet ICD-10 (*Classification of mental and behavioural disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO 1992) weiterhin diesen Terminus und weicht im übrigen auch in einigen anderen, wesentlichen diagnostischen Kriterien von der DSM-IV Nomenklatur ab. Bevor auf diesen - zunächst erstaunlichen - Sachverhalt näher eingegangen wird, muß kurz die historische Entwicklung dieser Begrifflichkeit erläutert werden.

1. Historischer Hintergrund

Angesichts der Tatsache, daß „Transsexualismus“ als nosologische Einheit erst in der Mitte unseres Jahrhunderts beschrieben wurde, ist es schwierig, retrospektiv auszumachen, ob und wie häufig es dieses Störungsbild in historischen Zeiten gab. Aussagen hierüber müssen sich an Berichte *über* und rechtshistorische Regelungen *für* zwei verschiedene Formen „geschlechtlicher Übergänge“ halten:

- (a) Den Umgang mit Menschen, deren körperliches Geschlecht aufgrund von Störungen der Geschlechtsdifferenzierung unklar war, sog. Hermaphroditen oder Zwitter;
- (b) Den Umgang mit Menschen, die bei körperlich eindeutiger Geschlechtszugehörigkeit soziale oder soziosexuelle Verhaltensweisen des anderen Geschlechts zeigten.

1.1 Die Entwicklung der rechtlichen Beurteilung von Hermaphroditen

Die nun folgenden Ausführungen stützen sich im wesentlichen auf die instruktive Arbeit von Wacke (1989). Auf die wissenschaftstheoretische Diskussion zur „Konstruktion des Transsexualismus“ (i. Überblick Hirschauer 1992; Herdt 1994) kann hier nicht eingegangen werden.

Zwar gab es im antiken Griechenland eine ästhetische Verklärung des Hermaphroditen oder Androgynos als ein beide Geschlechter in sich vereinendes Fabelwesen. Bei Geburt tatsächlicher Hermaphroditen wurden diese jedoch - gleich den Monstra - als böses Omen gedeutet und unter Einhaltung eines Reinigungszeremoniells getötet. So verfuhr auch zunächst das Römische Recht. An Stelle dieser Regelung trat unter Justinian im Corpus Iuris Civilis (529 n.Chr.) ein Entscheidungsprozeß dahingehend, daß die überwiegenden Geschlechtsmerkmale den Ausschlag für eine - in jedem Falle für erforderlich gehaltene (*tertium non datur*) - Geschlechtszuordnung gaben. Eine solche Entscheidung stützte sich auch auf die In-Augenscheinnahme durch Nachbarn oder andere Familienfremde, da sie praktische Konsequenzen hatte: Frauen und Kastraten (nicht aber zeugungsunfähige Männer) waren vom Erbschafts- und vom Zeugnisrecht ausgeschlossen. Diese Regelung wurde auch in das sich über Jahrhunderte entwickelnde deutsche Rechtssystem aufgenommen. So hieß es im Bayerischen Codex Maximilianeus Civilis von 1756:

„Hermaphroditen werden dem Geschlecht beygezählt, welches nach Rath und Meinung deren Verständigen vordringt; falls sich aber die Gleichheit hierin bezeigt, sollen sie selbst eins erwählen, und von dem Erwählten *sub Poena Falsi* nicht abweichen.“ (zit. nach Wacke 1989: 883).

Während aus erbrechtlichen Gründen diese Entscheidung häufig *in dubio pro masculo* ausfiel, wiesen interessanterweise Ärzte schon um 1800 darauf hin, ein Zwitter „gehöre eigentlich zu dem weiblichen Geschlechte, und das männliche sey bey ihm nur scheinbar“ (zit. n. Wacke 1989: 887) - eine Feststellung, die erstaunlich nahe an unser heutiges Wissen über die Geschlechtsdifferenzierung heranreicht.

Im Allgemeinen Preußischen Landrecht von 1794 wurde die Regelung des Bayerischen Codex spezifiziert: Zunächst legten die Eltern nach der Geburt und zur Taufe das Geschlecht ihres genital ambivalenten Kindes fest. Dies hatte jedoch die Möglichkeit, sich mit 18 Jahren (d.h. vor der damaligen Mündigkeitsgrenze von 24 Jahren, aber nach Abschluß der Pubertät) tatsächlich selbst zu entscheiden. Auf eine körperliche Untersuchung durch Sachverständige wurde nur dann Wert gelegt, wenn dadurch Rechtsgüter Dritter (etwa in Erbschaftsfragen) berührt wurden. Das Sächsische BGB von 1863/65 verlangte in §46: „Die Verschie-

denheit des Geschlechts begründet in der Regel keine Verschiedenheit der bürgerlichen Rechte. Eine Person, deren Geschlecht zweifelhaft ist, wird dem bei ihr vorherrschenden Geschlechte beigezählt.“ (zit. n. Wacke 1989: 883). Im BGB von 1900 gibt es keine explizite Regelung für Fälle unklarer Geschlechtszugehörigkeit; in solchen Fällen wird seitdem nach §47 des Personenstandsgesetzes (Augstein 1982) verfahren, der eine Berichtigung des eingetragenen Geschlechts im Geburtsregister auf Anordnung des Gerichts vorsieht, wenn spätere Erkenntnisse die Annahme rechtfertigen, daß zum Zeitpunkt der Geburt (!) ein falscher Eintrag vorgenommen wurde.

1.2 Die Entwicklung der rechtlichen Beurteilung der „Sodomie“

Vergleichende ethnographische Untersuchungen (Karsch-Haack 1911; Carrier 1980; Hofer 1980; Herdt 1994; Whitam 1995) zeigen, daß es schon immer Menschen gab, die sozial (und soziosexuell) eine eigentlich dem anderen Geschlecht zugeordnete Rolle bzw. eine Rolle „im Zwischenraum der Geschlechter“ oder als „drittes/anderes Geschlecht“ einnahmen, ohne daß es sich hierbei um Hermaphroditen handelte. Insbesondere die Funktion des Schamanen in animistischen Kulturen scheint häufig mit einem passageren oder kontinuierlichen sozial-rituellen Geschlechtswechsel einhergegangen zu sein, der dann auch vermutlich einen gewissen Prestigegewinn für den Betreffenden mit sich brachte (Bleibtreu-Ehrenberg, 1970; Street, 1989). Auch in rezenten traditionellen Kulturen (z.B. als *Berdache* oder *Two-spirit-people* unter den Ureinwohnern Nordamerikas [Roscoe 1994; Lang 1995] oder als *Hijras* in Indien [Nanda 1994]) wurden derartige institutionalisierte Geschlechtswechsel beschrieben und sie dürften auch in der europäischen Geschichte des Altertums nicht unbekannt gewesen sein. Bleibtreu-Ehrenburg (1981) berichtet in ihrer umfangreichen Monographie zur Geschichte des Umgangs mit gleichgeschlechtlichem Sexualverhalten über diesbezügliche mythische und historische Quellen.¹

Im alten Römischen Recht war gleichgeschlechtliche Sexualität unter Männern pönalisiert, wurde unter dem Einfluß „griechischer Moden“ und fremder Riten (zumal des Kybele-Kultes) jedoch - bei weiter bestehender formaler Strafandrohung - zunehmend toleriert (Bornemann 1984). Im Germanischen Recht war es vor allem die Zurückdrängung schamanistisch-animistischer Vorstellungen und Praktiken, die eine rigide Bestrafung gleichgeschlechtlicher Sexualität zur Folge hatte. Die im christiansierten Römischen Recht und im Germanischen Recht enthaltenen Auffassungen gingen - zusammen mit machtorientierten Bestrebungen zur Erklärung von Hungersnöten, Seuchen und Kriegsverlusten - eine unseligen Allianz ein, die zur Verfolgung von im wesentlichen drei „Sündenbock-Gruppen“ im europäischen Mittelalter führten: Juden, Hexen/Ketzer und „Sodomiten“. Unter „Sodomiten“ wurden primär die Akteure homosexueller Akte, aber auch weitergehend „Effeminierte“ verstanden. Bis zur Zeit der Aufklärung fiel derartige Verhalten undifferenziert dem kirchlichen Verdikt der „himmelschreienden Sünde“ (*peccata in coelum clamantia*) anheim, das mit Todesstrafe belegt war.

¹ Daß die Autorin ihre Arbeit im Titel als Studie zur Geschichte des Vorurteils gegenüber Homosexualität ausweist, ist insofern kein Hinderungsgrund, derartige Berichte miteinzubeziehen, als der Begriff „Homosexualität“ und überhaupt die kategoriale Scheidung zwischen „gleichgeschlechtlicher Sexualität“ (bei unbeeinträchtigter Geschlechtsidentität entsprechend dem angeborenen biologischen Geschlecht) und „gegengeschlechtlicher Identifizierung/Transsexualismus“ erst jüngeren Datums ist.

Mit dem Beginn der Aufklärung, der zunehmenden Säkularisierung der Gesellschaft, insbesondere der Rechtssprechung und der Verbreitung naturrechtlicher Vorstellungen, wonach Strafe als Abschreckung (und nicht als Durchsetzung göttlichen Gebots) betrachtet wurde, änderte sich auch die Pönalisierungspraxis gleichgeschlechtlicher Sexualität: Im Code pénale von 1810 blieb sie bei einverständlich handelnden Erwachsenen straffrei. Das preußische Landrecht von 1794, das erstmals die Freiheit des menschlichen Willens für die Begehung einer Tat forderte und damit Voraussetzungen zur De- oder Exkulpierung aus Gründen der mangelnden mentalen Selbstverfügung schuf, sah für „Sodomiterei und andere dergleichen unnatürlichen Sünden, welche wegen ihrer Abscheulichkeit nicht genannt werden können“ Zuchthaus und Verbannung vor. Anschließende Reformen zogen sich dann von 1825 bis 1848 hin und waren durch den Widerstreit zwischen preußischem Rechts- und Kulturgefüge einerseits und durch die Französische Revolution geprägtem System in der Rheinprovinz andererseits gekennzeichnet (Lautmann 1992).

Vor dem Hintergrund der Naturalisierung der Sexualität einerseits und der Pönalisierung aufgrund ihrer „Widernatürlichkeit“ andererseits kam es in der Mitte des letzten Jahrhunderts zu einer deutlichen Zunahme der medizinisch-psychiatrischen Beschäftigung mit geschlechtlichen Verhaltensweisen, die als eigentlich dem anderen Geschlecht zugehörig und damit „widernatürlich“ betrachtet wurden. Sigusch (1992) sieht eine Parallele in der Psychiatrisierung Homosexueller im vorigen Jahrhundert und Transsexueller in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Er verkennt dabei jedoch, daß eine solche Unterscheidung seinerzeit noch überhaupt nicht bekannt war, weshalb die damaligen Beschreibungen tatsächlich homosexuelle und transsexuelle Verhaltensweisen einschließen. Beispielhaft seien hier die Arbeiten von Westphal, Krafft-Ebing und Ulrichs angeführt:

Der Psychiater Carl Westphal (1833-1890) verfasste 1870 einen Artikel über „*Die conträre Sexualempfindung*“ als „*Symptom eines neuropathischen (psychopathischen) Zustandes*“. Er meinte damit nicht nur sexuelle Attraktion zu Angehörigen des eigenen Geschlechts, sondern einen „periodisch wechselnden und sodann fortdauernden Zustand (...) so daß der Mann sich als Weib, das Weib sich als Mann fühlt.“ (Westphal 1869: 94)

Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) unterteilte in seiner 1886 erstmals erschienenen „*Psychopathia sexualis*“ die „*konträre Sexualempfindung*“ in „erworbene“ und „angeborene“ Formen. Eine Zwischenform sei bei „latenter bisexualer Veranlagung ab origine“ und zusätzlich „unter dem Einfluß von Masturbation, Abstinenz oder sonstwie entstandenen Neurasthenie“ zu beobachten, wo es einen stufenweisen „körperlich seelischen Umwandlungsprozess“ gäbe, eine „*Metamorphose*“:

„I. Stufe: Einfache Verkehrung der Geschlechtsempfindung.“

„II. Stufe: Eviratio und Defeminatio.“

„III. Uebergangsstufe zur Metamorphosis sexualis paranoica.“

„IV. Stufe: Metamorphosis sexualis paranoica. Eine letzte mögliche Stufe in dem Krankheitsprozess stellt der Wahn der Geschlechtsverwandlung dar. Er wird erreicht auf der Grundlage einer zur Neurasthenia universalis gewordenen sexuellen Neurasthenie im Sinne einer seelischen Erkrankung, der Paranoia.“ (Krafft-Ebing 1912: 229ff).

Es folgten Falldarstellungen, von denen einige unserem heutigen Verständnis nach einer transsexuellen Entwicklung gleichen, wobei der Autor derartige Fälle von „Wahn der Geschlechtsverwandlung“ für „auffallend selten“ hielt. Eine ähnliche Vermutung äußerte wohl schon in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts der spanische Arzt Esquirol (ohne

Quelle zit. bei Krafft-Ebing 1912: 255). Die „angeborene conträre Sexualempfindung“ führte Krafft-Ebing auf „funktionelle Degeneration“ und einen „hereditären neuro(psycho)pathischen Zustand“ zurück. Sie sei gekennzeichnet durch:

„Das Empfinden, Denken und Streben, überhaupt der Charakter entspricht, bei voller Ausbildung der Anomalie, der eigenartigen Geschlechtsempfindung, nicht aber dem Geschlechte, welches das Individuum anatomisch und physiologisch repräsentiert. Auch in Tracht und Beschäftigung gibt sich diese abnorme Empfindungsweise dann zu erkennen, bis zum Drang, der sexuellen Rolle, in welcher das Individuum sich fühlt, entsprechend zu kleiden.“ (Krafft-Ebing 1912: 257)

Der Jurist Carl Heinrich Ulrichs (1825-1895) bediente sich in seiner Argumentation gegen den §175 („widernatürliche Unzucht“) zweier Rechtsfiguren: Zum einen der nicht gegebenen Willensfreiheit, die seit dem Preußischen Landrecht eine Exkulpierung nach sich zog; zum anderen des Verweises gleichgeschlechtlicher Sexualität in den Bereich der „ungeklärten geschlechtlichen Verhältnisse“, also der Bestimmungen zum Hermaphroditismus (die dann eine freie Entscheidung des Betreffenden zum empfundenen Geschlecht nach sich gezogen hätte). Ulrichs bezeichnete die „Uranier“ (oder, eingedeutscht, „Urnige“), die er von den - heute heterosexuell genannten - „Dioningen“ abgrenzte, als „eine Spezies von Hermaphroditismus“. Der Spruch von der „weiblichen Seele in einem männlichen Körper“ (*anima muliebris virili corpore inclusa*), der noch heute häufig zur Kennzeichnung des Mann-zu-Frau-Transsexualismus genutzt wird, wurde von Ulrichs geprägt und war auf „Urnige“ gemünzt. Diese Kategorie war somit weiter als die bekanntlich von dem ungarischen Arzt Karoly Maria Benkert alias Kertbeny (1824-1882) eingeführte Bezeichnung „Homosexualität“. Dies geht auch aus der von Hirschfeld (1914) zitierten Schrift eines H.Marx über die „Urningsliebe“ hervor. Dieser behauptete „...daß ein Urning kein Mann ist, sondern zum weiblichen Geschlecht gerechnet werden muß“, und: „Ein Urning kann nichts dafür, daß der Schöpfer ihn mit einem seinen Leib schändenden Organ geschaffen hat, daß für den Urning gänzlich unbrauchbar ist“ (zit. n. Hirschfeld 1914: 129). Der Autor beschrieb damit eine Aversion gegen die eigenen männlichen Genitalien, wie sie ebenfalls heute nicht untypisch für Mann-zu-Frau-Transsexuelle ist.

Die terminologische Trennung von „Homosexualität“ und „Transvestitismus“ geht auf Hirschfeld (1868-1935) zurück. Mit dem von ihm (1910) geprägten Begriff des „Transvestitismus“ (der bis in die sechziger Jahre hinein synonym zum Transsexualismus verwendet wurde) bezeichnete er „...den so sehr in die Augen springenden Drang einiger Menschen, in den Kleidern des anderen Geschlechts, am liebsten dauernd, zu leben.“ (1914: 232). In seinen späteren Werken unterschied Hirschfeld (1922, 1926) folgende Gruppen des Transvestitismus, und zwar bei Männern *und* bei Frauen:

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| „1. Totale Transvestiten | 6. Periodische Transvestiten |
| 2. Extreme Transvestiten | 7. Narzistische Transvestiten |
| 3. Partielle Transvestiten | 8. Metatropische Transvestiten |
| 4. Namenstransvestiten | 9. Bisexuelle Transvestiten |
| 5. Dauertransvestiten | 10. Homosexuelle Transvestiten“ |
- (Hirschfeld 1926: 592-594)

Hirschfeld (1922: 144) gab an, daß in seinem Patientengut je 35% der sog. Transvestiten heterosexuell bzw. homosexuell seien, 15% bisexuell und weitere 15% asexuell bzw. automonosexuell seien. Der letztgenannte Terminus geht auf Rohleder zurück und bezeichnet das Gefühl, sich mit der Phantasie „zugleich Mann und Frau zu sein“ sexuell zu befriedigen. Dies wird heute von Blanchard (1985) als „Autogynäphilie“ beschrieben. Diese Gruppeneinteilung, die vielfältigen Kasuistiken Hirschfelds und seine Einlassung, daß „die andersgeschlechtliche Kleidung ... in diesen Fällen nie etwas nur Äußerliches, sondern das Abbild, die Widerspiegelung, die Projektion einer ganz bestimmten Empfindung, die sich niemals auf die Kleidungsstücke allein erstreckt“ (Hirschfeld 1926, Bd.I: 586) sei, machen deutlich, daß er mit der von ihm geschaffenen Kategorie eine Reihe von heute nosologisch differenzierten Erscheinungsbildern zusammenfasste: Effeminierte männliche und maskulinisierte weibliche Homosexuelle, fetischistische Transvestiten sowie Transsexuelle. Er unterschied verschiedene Formen der Geschlechtsübergänge, je nach der betroffenen Gruppe der vier seiner Ansicht nach wesentlichen und grundlegenden Geschlechtsunterschiede. Diese waren:

- „I. Der *Hermaphroditismus* als intersexuelle Bildung der Geschlechtsorgane
 - II. die *Androgynie* als intersexuelle Mischform der übrigen körperlichen Eigenschaften,
 - III. der *Metatropismus*, die Bisexualität und Homosexualität als intersexuelle Geschlechtstriebvarianten
 - IV. der *Transvestitismus* als intersexuelle Ausdrucksform sonstiger seelischer Eigenschaften.“
- (Hirschfeld 1926, Bd. I: 548)
- An anderer Stelle (1922: 89) spricht Hirschfeld sogar von „*Hermaphroditismus genitalis*“ (= Zwitterbildung), „*Hermaphroditismus somaticus*“ (= Androgynie), „*Hermaphroditismus psychicus*“ (= Transvestitismus) und „*Hermaphroditismus psychosexualis*“ (= Homosexualität und „Metatropismus“).

Hirschfeld war auch der erste (1923: 14), der den Begriff „*psychisch transsexuell*“ benutzte, ohne daß dieser sich zunächst durchsetzte.

Caldwell (1949) nahm in den USA nach dem 2. Weltkrieg die Hirschfeldsche Terminologie wieder auf, ohne ihren Ursprung zu nennen (er erwähnt lediglich eine Kasuistik Hirschfelds, jedoch ohne Terminologie, die in der als Referenz genannten „Sittengeschichte des Weltkrieges“ auch nicht vorkommt). Caldwell sprach im Zusammenhang mit einer Frau, die unabbringbar davon überzeugt war, eigentlich ein Mann zu sein, von einem Fall von „*Psychopathia transexualis*“ (*sic!*).

Benjamin (1953, 1966) trennte dann endgültig den Transsexualismus (mit doppeltem „s“) vom Transvesti(ti)smus, d.h. dem sexuellen Lustgewinn durch das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts. Er war jedoch selbst unsicher, was die scharfe Trennung beider Erscheinungsformen anbetraf: „It is still an unsolved question whether all transvestites are possibly in reality transsexuals, differing only in degree.“ (Benjamin 1967: 109)

2. Die aktuelle Klassifikation

2.1 Die Klassifikation der WHO - ICD

Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) der WHO unterschied in ihrer 9. Ausgabe (ICD 9; WHO 1975) Transvestismus (302.3) erstmals vom (neu aufgenommenen)

Transsexualismus (302.5) und „Störungen der psychosexuellen Identität“ (302.6) und subsumierte alle unter „Sexuelle Verhaltensabweichungen und -störungen“.

Das nach wie vor gültige ICD-10 (*Classification of mental and behavioural disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO 1992) beinhaltet im Kapitel F6 (Persönlichkeitsstörungen) einen eigenen Abschnitt „Störungen der Geschlechtsidentität“ (F64). „Transsexualismus“ wird hier unter der Nummer F64.0 ebenfalls gesondert aufgeführt. Das Unbehagen im Geburtsgeschlecht wird - erstaunlicherweise - nur als Möglichkeit („...meist“), nicht aber als zwingender Umstand zur Vergabe der Diagnose gefordert:

„Es besteht der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlechts einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.“ (WHO 1993: 241).

Als diagnostische Leitlinien für den Transsexualismus führt ICD-10 an:

„Die transsexuelle Identität muß mindestens 2 Jahre durchgehend bestanden haben und darf nicht Symptom einer anderen psychischen Störung, wie z.B. einer Schizophrenie, sein. Ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien muß ausgeschlossen sein.“ (WHO 1993: 241)

Für die Diagnose des Transsexualismus nach ICD-10 ist also der Operationswunsch zwingend erforderlich. Besteht er nicht, soll die Diagnose F64.1 „Transvestismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ (F64.1) gegeben werden. Die Abgrenzung dieser Form der Geschlechtsidentitätsstörung zum fetischistischen Transvestitismus (F65.1) wird durch das Fehlen sexueller Erregung beim Cross-dressing angegeben. Die Kategorien „Sonstige“ (F64.8) und „nicht näher bezeichnete Störungen der Geschlechtsidentität“ (F64.9) werden nicht näher erläutert.

2.2 Die Klassifikation der APA - DSM

1980 wurde die Diagnose „Transsexualismus“ erstmals in die (dritte) Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) der American Psychiatric Association aufgenommen (APA 1980), und zwar im Abschnitt „Psychosexuelle Störungen“. Die revidierte Fassung (DSM III-R, APA 1987) unterschied unter der Rubrik „Störungen der Geschlechtsidentität“ den „Transsexualismus“ (302.50) von der „Störung der Geschlechtsidentität in der Adoleszenz oder beim Erwachsenen, nicht-transsexueller Typ“ (Gender identity disorder of adolescence and adulthood, nontranssexual type = GIDAANT). Beide Kategorien forderten den Abschluß der Pubertät für ihre Anwendung und die Spezifizierung der sexuellen Orientierung in „asexual, homosexual, heterosexuell oder unbestimmt“ und schlossen das einzig zum Zwecke der sexuellen Erregung vollzogene Cross-dressing (im Sinne des fetischistischen Transvestitismus) aus. Derartiges Verhalten wurde in DSM III-R unter die Kategorie „Geschlechtsidentitätsstörungen, andernorts nicht spezifiziert“ (Gender identity disorder not otherwise specified = GIDNOS) eingeordnet. Diese Klassifikation wurde kontrovers diskutiert (Bradley 1991). Besonders umstritten war neben dem Abschlußkriterium „sexuelle Erregung beim Cross-dressing“ auch die Unterteilung der sexuellen Orientierung, die sich nach dem biologischen Geschlecht richtete: Tatsächlich

empfinden sich Mann-zu-Frau-Transsexuelle, die sich sexuell-erotisch zu Männern hingezogen fühlen und damit, entsprechend ihrem biologischen Geschlecht, „homosexuell“ wären, als „heterosexuell“ (da sie sich ja als Frau fühlen). Im umgekehrten Falle, der sexuellen Attraktion eines Mann-zu-Frau-Transsexuellen durch Frauen, wäre dies formal eine „heterosexuelle Orientierung“, der Betreffende sieht sich selbst hingegen als „lesbisch“.

Die vierte Ausgabe (DSM-IV; APA, 1994) bringt deshalb unter der Nummer **302.85** (bei Adoleszenten und Erwachsenen) bzw. **302.6** (bei Kindern) im Abschnitt „Sexuelle Funktionsstörungen und Störungen der Geschlechtsidentität“ (APA 1994: 493-538) einige deutliche Änderungen. Die wichtigste ist wohl, daß der Begriff „Transsexualismus“ in der aktuellen Nomenklatur des DSM gar nicht mehr vorkommt und durch „*Gender Identity Disorders (GID)*“ (Geschlechtsidentitätsstörungen) ersetzt wurde. DSM-IV nennt folgende diagnostische Merkmale für eine Geschlechtsidentitätsstörung bei Jugendlichen und Erwachsenen:

„A. Ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht (d.h. nicht lediglich das Verlangen nach irgendwelchen kulturellen Vorteilen, die als mit der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht verbunden empfunden werden).

(...)

Bei *Adoleszenten* und *Erwachsenen* manifestiert sich das Störungsbild durch Symptome wie geäußertes Verlangen nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht, häufiges Auftreten als Angehöriger des anderen Geschlechts, das Verlangen, wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben oder behandelt zu werden oder die Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechtes aufzuweisen.

B. Anhaltendes Unbehagen im Geburtsgeschlecht oder Gefühl der Person, daß die Geschlechtsrolle dieses Geschlechts für ihn nicht die richtige ist.

(...)

Bei *Adoleszenten* und *Erwachsenen* manifestiert sich das Störungsbild durch Symptome wie die Vereinnahmung durch Gedanken darüber, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (z.B. Nachsuchen um Hormone, Operation oder andere Maßnahmen, welche körperlich die Geschlechtsmerkmale so verändern, daß das Aussehen des anderen Geschlechts simuliert wird) oder der Glaube, im falschen Geschlecht geboren zu sein.

C. Das Störungsbild ist nicht begleitet von einem somatischen Intersex-Syndrom.

D. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.“ (APA 1994: 537-538; wörtl. Übersetzung vom Verf.)

Im Unterschied zu ICD-10 und auch zu vorherigen Klassifikationen der APA (DSM III-R) ist der Wunsch nach hormonellen und/ oder operativen geschlechtsverändernden Maßnahmen nun nicht mehr alleiniges Kriterium. Der „Glaube, im falschen Geschlecht geboren zu sein“ tritt als *alternatives* Kriterium hinzu („...oder“). Damit ist der zuvor nicht von der Hand zu weisende „Operationsdruck“ für den Patienten (quasi um als Transsexueller „anerkannt zu werden“) nicht mehr gegeben. Langer (1995) weist zurecht darauf hin, daß diese klassifikatorische „Zurückhaltung“ der DSM-IV Herausgeber auch ihre Negativa hat - indem die Autoren keine nähere Eingrenzung der Schweregrade vornehmen, bleibt die „Last der Entscheidung“ beim einzelnen Therapeuten.

Der Grund für diese relative weite Fassung des diagnostischen Begriffs dürfte derselbe sein, der Fisk bereits Anfang der siebziger Jahre (Fisk 1973) dazu bewogen hatte, anstelle des

Begriffs „Transsexualismus“ den des „*Gender Dysphoria Syndrome*“ zu verwenden: Er wollte damit denjenigen Patienten gerecht werden, die sich „in ihrem Geschlecht unwohl (*discomfort*) fühlen“ und deshalb versuchten, weitgehend das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts zu erlangen und in dessen sozialer Rolle anerkannt zu werden. Bestünde dieser Wunsch permanent und würde anhaltend die weitestmögliche hormonelle und chirurgische Anpassung an das gewünschte Geschlecht gefordert, so sei dies die extremste Form der Geschlechtsidentitätsstörung, der Transsexualismus. Durch diese terminologische Änderung sollte auch die bis dato übliche enge Begrenzung der Operationsindikation auf nicht-fetischistisch/nicht-transvestitische, asexuell lebende Transsexuelle überwunden werden. Zugleich ermöglichte aber dieser Begriff in seiner Weiterentwicklung auch eine klassifikatorische und damit differentialdiagnostisch-differentialtherapeutische Berücksichtigung all jener Personen, die tatsächlich an ihrer Geschlechtlichkeit (nicht ihrer Geschlechtsidentität) leiden, ohne diese Patienten sofort in das enge Label des „Transsexuellen“ zu zwingen und ihnen damit indirekt die Operation als einzigen Ausweg offenzulassen.

Als Spezifikationskriterien nennt DSM-IV die Angabe der sexuellen Orientierung „auf Männer, auf Frauen, auf beide Geschlechter oder auf keines der beiden Geschlechter“ (APA 1994: 538)

Dies ist insofern bedeutsam, als in weiterführenden Erläuterungen zum Verlauf der Geschlechtsidentitätsstörungen bei biologischen Männern darauf hingewiesen wird, daß es bei ihnen im wesentlichen *zwei* Entwicklungswege und damit zwei „Untergruppen“ gibt, die sich nicht zuletzt durch die Ausrichtung der sexuellen Orientierung unterscheiden:

„Die *erste* Form ist die Fortsetzung einer bereits in der Kindheit oder frühen Adoleszenz beginnenden Geschlechtsidentitätsstörung. Diese Patienten werden typischerweise in der späten Adoleszenz oder im Erwachsenenalter vorstellig.

Bei der *anderen* Verlaufsform treten die offeneren Anzeichen eines Zugehörigkeitsgefühls zum anderen Geschlecht später und gradueller auf, bei einer klinischen Vorstellung im frühen bis mittleren Erwachsenenalter, üblicherweise im Gefolge, manchmal aber auch gleichzeitig mit, *Transvestitischem Fetischismus*. Die Gruppe mit späterem Beginn der Störung kann im Ausmaß des Zugehörigkeitsgefühls zum anderen Geschlecht wechselhafter sein, bezüglich der Geschlechtsumwandlungsoperation unentschiedener sein, mit größerer Wahrscheinlichkeit sexuell auf Frauen orientiert sein und die Wahrscheinlichkeit, daß sie nach einer Geschlechtsumwandlungsoperation zufrieden sind, kann bei ihnen geringer sein.

Männer mit Geschlechtsidentitätsstörung, die sexuell auf Männer orientiert sind, werden eher in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter mit der Vorgeschichte einer lebenslang bestehenden Geschlechtsdysphorie vorstellig. Im Gegensatz werden diejenigen, die sexuell auf Frauen, auf beide Geschlechter oder weder auf Frauen noch auf Männer orientiert sind, tendenziell später vorstellig und haben typischerweise eine Vorgeschichte von *Transvestitischem Fetischismus*.“ (APA 1994: 536; wörtl. Übersetzung und Hervorhebg. v. Verf.)

In diese Verlaufsbeschreibungen sind die Befunde verschiedener Untersuchungsgruppen eingeflossen, die wir selbst an einem eigenen Sample geschlechtsidentitätsgestörter Männer bestätigen konnten (Bosinski 1994).

Für den Praktiker ist an dieser neuen Klassifikation bedeutsam, daß DSM-IV deutlicher als die anderen Systeme der Tatsache Rechnung trägt, daß „Transsexualismus“ zunächst eine selbstgestellte Diagnose des Patienten ist. An der Geschlechtsidentitätsstörung wird bei allen Patienten kein Zweifel bestehen; ob jedoch tatsächlich eine irreversible und nur durch

hormonelle und chirurgische „Geschlechtsumwandlung“ adäquat behandelbare Transposition der Geschlechtsidentität im engeren Sinne des Transsexualismus vorliegt, kann nur ein längerwährender diagnostisch-therapeutischer Prozeß klären. In diesem Prozeß, der - wie jedes psychotherapeutische Arrangement - natürlich in jeder Richtung ergebnisoffen sein muß, kommt dem sog. „Alltagstest“, d.h. der *durchgehenden* Erprobung in der sozialen Rolle des gewünschten Geschlechtes *vor* der Einleitung irreversibler medizinischer Maßnahmen, eine zentrale Bedeutung (a) für die Diagnosestellung und (b) für den erfolgreichen Verlauf der Umwandlungsbehandlung zu. Aktuelle Standards of Care und weltweite Umfragen in Behandlungseinrichtungen veranschlagen für diesen Alltagstest eine *Mindestdauer* von einem Jahr (Walker 1990; Petersen 1995). Auch DSM-IV stellt eindeutig fest: „Es gibt keinen spezifischen diagnostischen Test für Geschlechtsidentitätsstörung.“ (S.535) Auch wenn DSM-IV in diesem Zusammenhang darauf hinweist, daß spezifische Befunde der körperlichen oder Laboruntersuchung bei Geschlechtsidentitätsstörungen nicht bekannt sind, so bedeutet dies natürlich nicht, daß derartige Untersuchungen entbehrlich wären: Sie sind schon allein zum Ausschluß eines Intersex-Syndroms (Kriterium C), und spätestens wenn es um die Indikationsstellung zur hormonellen und/oder operativen Umwandlungsbehandlung geht, zwingend erforderlich.

Als *Differentialdiagnosen* der Geschlechtsidentitätsstörungen gibt DSM-IV an:

„*Transvestitischer Fetischismus* tritt bei heterosexuellen (oder bisexuellen) Männern auf, bei denen das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts dem Zweck der sexuellen Erregung dient. Außer diesem Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts haben die meisten Personen mit *Transvestitischem Fetischismus* in der Kindheit keine Vorgeschichte von Verhaltensweisen, die ein Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht ausdrücken. Bei Männern, die sowohl alle Kriterien der Geschlechtsidentitätsstörung als auch des *Transvestitischen Fetischismus* erfüllen, sollten beide Diagnosen gestellt werden. Falls bei einer Person mit *Transvestitischem Fetischismus* Geschlechtsdysphorie auftritt, jedoch nicht alle Kriterien der Geschlechtsidentitätsstörung erfüllt werden, kann die Zusatzcodierung *Mit Geschlechtsdysphorie* verwendet werden.

Die Kategorie *Nicht Näher Bezeichnete Geschlechtsidentitätsstörung* kann bei Personen verwendet werden, die ein Geschlechtsidentitätsproblem bei einem *gleichzeitigen angeborenen somatischen Intersex-Syndrom* (z.B. Androgenresistenz-Syndrom oder Adrenogenitales Syndrom) haben.

Bei *Schizophrenie* kann selten der Wahngedanke auftreten, dem anderen Geschlecht anzugehören. Das Insistieren einer Person mit Geschlechtsidentitätsstörung darauf, daß er oder sie dem anderen Geschlecht angehöre, wird nicht als Wahngedanke bezeichnet, weil stets gemeint ist, daß die Person sich wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts fühlt und nicht glaubt, diesem Geschlecht tatsächlich anzugehören. In sehr seltenen Fällen können jedoch Schizophrenie und schwere Geschlechtsidentitätsstörung gleichzeitig vorhanden sein.“ (APA 1994: 536-537; wörtl. Übersetzung vom Verf., Hervorhebg. i. Orig.)

2.3 Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10 grenzt unter der Nummer F64.2 die „Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters“ (WHO 1993: 242-244) exklusiv von den anderen Formen ab.

Im Unterschied dazu (und auch abweichend von DSM III-R) trennt DSM-IV die Diagnose der Geschlechtsidentitätsstörung nicht mehr kriteriologisch für Kinder und Erwachsene, sondern wird mehr dem Entwicklungscharakter der Störung gerecht. Wohl aber werden für

Kinder und Erwachsene verschiedene Nummern - 302.6 bzw. 302.85 - gegeben. Die allgemeinen diagnostischen Kriterien (A, B, C, D) gelten also sowohl für das Entwicklungs- als auch für das Erwachsenenalter. Jedoch werden für die Kindheit bezüglich der spezifischen diagnostischen Kriterien gesonderte Angaben zu den Punkten A und B gemacht:

zu Kriterium A: „Bei Kindern manifestiert sich das Störungsbild durch vier (oder mehr) der folgenden Merkmale:

- (1) wiederholt geäußertes Verlangen oder Bestehen darauf, dem anderen Geschlecht anzugehören
- (2) bei Jungen Neigung zum Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts oder Imitation weiblicher Aufmachung; bei Mädchen das Bestehen darauf, nur eine dem männlichen Stereotyp entsprechende Bekleidung zu tragen
- (3) starke und andauernde Neigung zum Auftreten als Angehöriger des anderen Geschlechts in Phantasie- und Rollenspielen oder anhaltende Phantasien über die eigene Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht
- (4) intensives Verlangen nach Teilnahme an Spielen und Freizeitbeschäftigungen, die für das andere Geschlecht typisch sind
- (5) ausgeprägte Bevorzugung von Spielgefährten des anderen Geschlechts“

Zu Kriterium B: „Bei Kindern ist das Störungsbild durch eines der folgenden Merkmale gekennzeichnet: Bei Jungen die Behauptung, daß der Penis oder die Hoden abstoßend seien oder verschwinden werden oder die Behauptung, daß es besser wäre, keinen Penis zu haben, oder eine Aversion gegen Rauf- und Tobespiele und eine Ablehnung von typischem Jungenspielzeug, Jungenspielen und Jungenbeschäftigungen; bei Mädchen Ablehnung des Urinierens im Sitzen, die Behauptung, daß sie einen Penis hat oder ihr ein solcher wachsen wird, oder die Behauptung, daß sie keine Brust bekommen möchte oder nicht menstruieren möchte, oder eine ausgeprägte Aversion gegen normative weibliche Bekleidung.“

Wesentliche inhaltliche Abweichungen zu den diagnostischen Leitlinien von ICD-10 ergeben sich jedoch nicht. Beide Klassifikationssysteme betonen, daß eine Geschlechtsidentitätsstörung im Kindesalter nur unter bestimmten Voraussetzungen diagnostiziert werden darf:

„Diese Störung ist nicht dazu bestimmt, die Unangepaßtheit eines Kindes an stereotype Geschlechtsrollen zu beschreiben, wie zum Beispiel beim „Wildfang-Verhalten“ von Mädchen oder beim „Memmen-Verhalten“ von Jungen. Vielmehr beschreibt sie ein tiefgehend gestörtes Gefühl der Identität des Betroffenen bezüglich seines Männlich-Seins oder Weiblich-Seins. Bei einem Verhalten von Kindern, das lediglich die kulturellen Stereotype von Männlichkeit oder Weiblichkeit nicht erfüllt, sollte die Diagnose nicht gestellt werden, solange nicht das Vollbild einschließlich ausgeprägtem Leiden oder Beeinträchtigung vorhanden ist.“ (APA 1994: 536; wörtliche Überstz. v. Verf.)

3. Schlußfolgerungen

Angesichts der Tatsache, daß DSM-IV der Diversivität der Verlaufsformen von Geschlechtsidentitätsstörungen jetzt deutlich besser gerecht wird, bleibt zu hoffen, daß sich nun auch in Deutschland Psychotherapeuten verstärkt dieser Patientengruppe annehmen. Insbesondere wird es zukünftig stärker darum gehen müssen, adäquate Therapieformen für jene Patienten zu entwickeln, bei denen eine Indikation zur Geschlechtstransformationsoperation

nicht gegeben ist (Montgomery 1995; Wilchesky 1995). Die von den DSM-IV Herausgebern beschriebene Unterteilung der zwei Verlaufsformen der Geschlechtsidentitätsstörung sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß ab einem gewissen Punkt der Entwicklung beide Personengruppen den gleichen Leidensdruck haben, beide zum Leidenden an ihrer körperlichen Geschlechtlichkeit geworden sind. Insofern ist eine derartige Unterteilung von „primären“ und „sekundären“ Transsexuellen nur mit Blick auf den Störungsverlauf, nicht aber mit Blick auf den prinzipiellen Zugang zu einer operativen Intervention angezeigt. Dabei sollte aber stets im Auge behalten werden, daß die Operationsergebnisse im Sinne einer psychosozialen Adaptation und Befriedung der Zerrissenheit bei den sekundären Verläufen tendenziell ungünstiger sind (Blanchard 1989).

Bezüglich der Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindesalter muß festgestellt werden, daß im deutschsprachigen Schrifttum zwar in den einschlägigen Lehrbüchern der Kinder- und Jugendpsychiatrie Ausführungen enthalten sind (Martin, 1985; Nissen, 1989; Remschmidt 1992; Steinhausen 1993), empirische oder differentialdiagnostisch-therapeutisch orientierte Publikationen hierzu jedoch spärlich sind. Andererseits haben eigene Untersuchungen (Bosinski, i. Druck) ergeben, daß auch hierzulande Jungen und Mädchen mit ausgeprägten Symptomen bis hin zum Vollbild der Geschlechtsidentitätsstörung bei Kinderärzten, Psychologen oder Kinder- und Jugendpsychiatern vorgestellt werden. Deren gegenwärtiges therapeutisches Vorgehen ist jedoch bislang eher eklektisch und mitunter auch hilflos. Auch auf diesem Gebiet bleibt also für die gezielte sexualmedizinische Qualifikation der Ärzteschaft (Vogt 1995) noch ein weites Feld zu bestellen.

Literatur:

- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition (DSM-III). American Psychiatric Press, Washington DC 1980.
- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third revised Edition (DSM III-R). American Psychiatric Press, Washington DC 1987.
- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition (DSM-IV). American Psychiatric Press, Washington DC 1994.
- Augstein, M.S.: Entscheidungen zur Transsexualität und Intersexualität bis zum 31. 12. 1980. Das Standesamt 1982; 35: 240-241.
- Benjamin, H.: Transvestism and transsexualism. *Int J Sexology* 1953; 7: 12-14.
- Benjamin, H.: *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press 1966.
- Benjamin, H.: Transvestism and transsexualism in the male and female. *J Sex Res* 1967; 3: 107-127.
- Blanchard, R.; Steiner, B.W.; Clemmensen, L.H.; Dickey, R.: Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Can J Psychiatr* 1989; 34: 43-45.
- Bleibtreu-Ehrenberg, G.: Homosexualität und Transvestition im Schamanismus. *Anthropos* 1970; 65, Heft 1/2.
- Bleibtreu-Ehrenberg, G.: Homosexualität. Die Geschichte eines Vorurteils. Frankfurt/M.: Fischer TB 1981.
- Bornemann, E.: *Das Patriachat*. Frankfurt/M.: Fischer TB 1984.
- Bosinski, H.A.G.: Zur Klassifikation von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Männern. *Sexuologie* 1994; 1:195-212.
- Bosinski, H.A.G.; Arndt, R.; Sippell, W.G.; Wille, R. (i. Druck): Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Nosologie und Epidemiologie. *Monatsschr Kinderheilkd*
- Bradley, S.J.; Blanchard, R.; Coates, S.; Green, R.; Levine, S.B.; Meyer-Bahlburg, H.F.L.; Pauly, I.B.; Zucker, K.J.: Interim Report of the DSM-IV subcommittee on gender identity disorders. *Arch Sex Behav* 1991; 20:333-343.

- Carrier, J.M.: Homosexual behavior in cross-cultural perspective. In: Marmor, J. (ed) Homosexual behavior. A modern reappraisal. New York: Basic Books, 1980:100-122.
- Cauldwell, D.O. : Psychopathia transexualis. Sexology 1949; 16:275-280.
- Fisk, N.: Gender dysphoria syndrome. In: Laub, D.; Gandy, P. (eds) Proceedings of the 2nd Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome. Stanford University Press 1973.
- Herd, G.H. (ed): Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history. New York: Zone books 1994.
- Hirschauer, S.: Hermaphroditen, Homosexuelle und Geschlechtswechsler. Transsexualität als historisches Projekt. In: Pfäfflin, F.; Junge, A. (Hrsg) Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität. Stuttgart, New York: Schattauer, 1992: 55-94.
- Hirschfeld, M.: Die Transvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb, mit umfangreichem kasuistischem und historischem Material. Berlin: A.Pulvermacher 1910.
- Hirschfeld, M.: Die Homosexualität des Mannes und des Weibes (Nachdruck der Erstauflage von 1914). Berlin, New York: de Gruyter 1984.
- Hirschfeld, M.: Sexualpathologie, 2. Teil: Sexuelle Zwischenstufen. Das männliche Weib und der weibliche Mann. Bonn: Marcus & Webers Verlag 1922 (2. Aufl.)
- Hirschfeld, M.: Die intersexuelle Konstitution. Erweiterung eines am 16. März 1923 im Hygienischen Institut der Universität Berlin gehaltenen Vortrages. Zeitschrift für sexuelle Zwischenstufen 1923; 23:3-27.
- Hirschfeld, M.: Geschlechtskunde (5 Bände). Stuttgart: Julius Püttmann Verlagsbuchhandlung 1926.
- Hofer, G.: Das Phänomen „Geschlechtswechsel“ - dargestellt an ethnographischen Beispielen. In: Bischof, N.; Preuschoft, H. (Hrsg) Geschlechtsunterschiede, Entstehung und Entwicklung. Mann und Frau in biologischer Sicht. München: Beck 1980.
- Karsch-Haack, F.: Das gleichgeschlechtliche Leben der Naturvölker. München: Verlag Ernst Reinhardt 1911.
- Krafft-Ebing, R.v.: Psychopathia sexualis. (Nachdruck der 14.Auflage von 1912) München: Matthes & Seitz 1984.
- Lang, S.: Two-spirit People. Geschlechterkonstruktionen und homosexuelle Identitäten in indigenen Kulturen Nordamerikas. Z Sexualforsch 1995; 8:295-328.
- Langer, D.: Psychiatrische Gedanken zur Verselbständigung des Prozesses der Geschlechtsumwandlung und zur Rolle der Begutachtung. Sexuologie 1995; 2:263-275.
- Lautmann, R.: Das Verbrechen der widernatürlichen Unzucht. Seine Grundlegung in der Preußischen Gesetzesrevision des 19. Jahrhunderts. In: Lautmann, R. (Hrsg) Männerliebe im alten Deutschland. Sozialgeschichtliche Abhandlungen. Berlin: Verlag Rosa Winkel, 1992:141-186.
- Martin, M.; Dauner J.: Störungen der Sexualentwicklung und des Sexualverhaltens. In: Renschmidt H.; Schmidt M.H. (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Bd III. Stuttgart: Thieme, 1985: 299-322.
- Montgomery, D.: Group psychotherapy of gender dysphoria. Paper presented at the XIV. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Symposium, Kloster Irsee (Bavaria), September 7-10, 1995.
- Nanda, S.: Hijras: An alternative sex and gender role in India. In: Herdt, G. (ed) Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history. New York: Zone books, 1994:373-417.
- Nissen, G.: Psychische Störungen in der Pubertät und Adoleszenz. In: Eggers C.; Lempp R.; Nissen G.; Strunk P. (Hrsg) Kinder- und Jugendpsychiatrie. Heidelberg, Berlin, New York: Springer, 1989:263- 300 (5. Aufl)
- Petersen, M.E.; Dickey, R.: Surgical sex reassignment: A comparative survey of international centers. Arch Sex Behav 1995; 24:135-156.
- Renschmidt, A.: Psychiatrie der Adoleszenz. Stuttgart: Thieme 1992.
- Roscoe, W.: How to become a Berdache: Toward a unified analysis of gender diversity. In: Herdt, G. (ed) Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history. New York: Zone books, 1994:329-372.
- Sigusch, V.: Geschlechtswechsel. Hamburg: Klein Verlag 1992.
- Steinhausen, H.C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und

- Jugendpsychiatrie. München: Urban & Schwarzenberg 1993 (2. Aufl).
- Street, M.: Jäger und Schamanen. Mainz: Verlag des Römisch-Germanischen Zentralmuseums 1989.
- Vogt, H.-J.; Loewit, K.; Wille, R.; Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G.: Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ - Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. *Sexuologie* 1995; 2: 65-89.
- Wacke, A.: Vom Hermaphroditismus zum Transsexuellen. In: Eyrich, H.; Odersky, W.; Säcker, F. (Hrsg) Festschrift für Kurt Rebmann zum 65. Geburtstag. München: Beck, 1989:861-903.
- Walker, P.A.; Berger, J.C.; Green, R.; Laub, D.R.; Reynolds, C.L.; Wollman, L.: Standards of care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons. Third revised draft. The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association 1990.
- Westphal, C.: Die conträre Sexualempfindung. Symptom eines neurophathischen (psychopathischen) Zustandes. *Archiv für Psychiatrie* 1869; 2: 73-108.
- Whitam, F.L.: The scientific importance of drag queens. Paper presented at the 21st Annual Meeting of the International Academy of Sex Research, Provincetown (Mass), September 20 -24, 1995.
- Wilchesky, M.; Coté, H.: The cross-roads group - designed for rejected, but not dejected, gender candidates. Paper presented at the XIV. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Symposium, Kloster Irsee (bavaria), September 7-10, 1995.
- World Health Organization (WHO): The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization 1992.
- World Health Organization (WHO): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Im Deutschen herausgegeben von Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H.. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber 1993 (2. Aufl.).

Anschrift des Autors

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

Koprophilie und Koprophagie

Coprophilia and Coprophagia

C. Weitze, N. Konrad, Berlin

Zusammenfassung

Koprophile und koprophage Handlungen erscheinen in unserem Kulturkreis normalpsychologisch unverständlich. In der vorliegenden Arbeit wird ein Überblick über die Literatur zu diesem Thema gegeben und deren Anwendbarkeit auf einen Fall aus der forensischen Begutachtungspraxis diskutiert. Es handelt sich dabei um einen 34-jährigen Mann, dem u.a. vorgeworfen wurde, den achtjährigen Sohn seiner Lebensgefährtin zum Koten in den Mund des Beschuldigten genötigt zu haben. Aus klassisch-psychiatrischer Sicht liegen nur wenige Publikationen vor, wobei koprophiles Verhalten im Zusammenhang mit hirnrorganischen oder psychotischen Erkrankungen beschrieben wird, welche im vorliegenden Fall ausgeschlossen werden konnten. Auch lerntheoretische Ansätze liefern nur unbefriedigende Hypothesen für das Zustandekommen dieser Symptomatik. Die umfassendsten Überlegungen zur Koprophilie finden sich in psychoanalytischen Arbeiten, wo sie meist im Zusammenhang mit Homosexualität oder als Teil eines perversen Symptomkomplexes beschrieben werden. Eine spezifische Persönlichkeitsstruktur ist aus den genannten Arbeiten nicht abzuleiten, wiederholt wird jedoch die Nähe zu den Zwangsneurosen und depressiven Störungen postuliert. Als Ausgangspunkt der koprophilen Impulse wird in den psychoanalytischen Arbeiten überwiegend die Hypothese eines narzißtischen Äquilibrium bedrohenden Konfliktes formuliert. Diese Faktoren sind aus tiefenpsychologischer Betrachtungsweise auch für den vorliegenden Fall zu diskutieren, wobei sich gleichzeitig jedoch keine Hinweise für eine Einschränkung der Schuldfähigkeit ergaben.

Schlüsselwörter: Koprophilie, Koprophagie, Sexuelle Deviation, Perversion, Paraphilie

Abstract

In our culture coprophagic or coprophilous behaviour seems incomprehensible. Therefore psychiatric experts are especially asked to give psychopathological explanations for these phenomenons as far as they occur in the context of pedophile and sadistic motivated offences for example. This paper gives a survey of the literature on this subject and discusses its use for the explanation of a forensic case concerning a 34-year-old man, who was accused to urge the eight-year-old-son of his spouse to defecate into the mouth of the defendant. There exist only few publications from the traditional psychiatric point of view, in which coprophagia and coprophilia are described in the context of organic brain disorder or psychoses which could be excluded in our case. Behaviourist theories also give an only insufficient approach to the explanation of these phenomenons. The most complex ideas are given in psychoanalytic works, in which they are mostly described in the context of homosexuality or as part of a complex of perverse symptoms. There is no personality-structure which is described as specific for patients with coprophilia or coprophagia, but mostly it is mentioned to occur in cases of compulsive and depressive neuroses. Most psychoanalytic authors suppose a conflict threatening the narcissistic equilibrium as releasing factor for the onset of coprophilous symptoms. These aspects come also into question for the case presented in this paper, whereas there were no indications of a diminished responsibility of the accused.

Key words: Coprophilia, Coprophagia, Deviation, Perversion, Paraphilia

Im Rahmen forensisch - psychiatrischer Begutachtungen insbesondere von sadistisch und pädophil motivierten Straftätern stößt man zuweilen auf Tatelemente des Einkotens, Kotschmierens und Kotessens. Zur Thematik der Koprophilie und Koprophagie finden sich jedoch nur wenige Publikationen. Die vorliegende Arbeit soll einen Überblick der hierzu vorhandenen Literatur geben und die Anwendbarkeit bisheriger Erklärungsmodelle auf ein forensisch-psychiatrisches Fallbeispiel diskutieren.

Obwohl koprophile Handlungen im Zusammenhang mit schizophrenen Psychosen, dementiellen Erkrankungen und Oligophrenien in der klinischen Praxis geläufig sind (Karpman 1948), finden sich aus klassisch - psychiatrischer Sicht hierzu kaum Publikationen. Ghazziudin und McDonald (1985) konnten bei 14 allgemeinpsychiatrischen Patienten mit koprophager Symptomatik, welche an ätiologisch unterschiedlichen hirnrorganischen Störungen litten, die aus tierexperimenteller Forschung entwickelte Hypothese eines Thiamin - Mangels im Blut oder einer Läsion des Corpus amygdaloideum nicht stützen. Nissen und Haggag (1987) beschreiben den Fall koprophagen Verhaltens in der manischen Phase einer Patientin mit affektiver Psychose in Verbindung mit Pica, psychosexuell auffälligem und aggressivem Verhalten. Hirnrorganische Defizite bestanden bei der Patientin nicht, sie wird im Remissionsstadium als unauffällig beschrieben. Angesichts des Vorliegens einer affektiven Erkrankung verweisen die Autoren auf eine mögliche Stützung der Hypothese von Störungen in den oben genannten Bereichen des limbischen Systems, schließen im vorliegenden Fall aber auch die Möglichkeit einer spezifischen psychosexuellen Symbolisierung nicht aus. Im Zusammenhang mit dem Gilles- de- la -Tourette Syndrom, wird von Robertson et al. (1988) aus deskriptiv-phänomenologischer Perspektive ein signifikanter Zusammenhang koprophilen Verhaltens mit depressiven, aggressiven und Zwangssymptomen beschrieben.

Allen (1969) untermauert in seinem eklektizistisch ausgerichteten Buch über sexuelle Störungen die enge Verbindung zwischen exkrementellen und sexuellen Funktionen anhand von Beobachtungen an Primaten. Er verweist auf den gängigen Konsum von Körpersekreten und -produkten bei Völkern wie den Aborigines und Eskimos „wohl eher aus gustatorischen, denn sexuellen Motiven“. Koprophagie im Sinne einer Perversion führt er auf die Tendenz des Kindes zurück, frühere Erfahrungen auf das Verhalten in neuen Situationen zu übertragen. Das Neugeborene schenke seinen Körperausscheidungen zunächst keine Aufmerksamkeit; sobald die Mutter das Kind im Rahmen der Sauberkeits-erziehung dazu dränge, greife das Kind auf seine Erfahrungen mit der ersten bedeutsamen Substanz, der Muttermilch, zurück und neige daher dazu, die Exkremente wie alle anderen Substanzen dem Mund zuzuführen. Bezüglich der Persistenz derartigen Verhaltens verweist er auf die Modelle der Fixierung und Regression, ohne die Ursachen näher auszuführen. Lerntheoretiker nehmen für die Entwicklung von Deviationen die Idee einer Prägung durch ein zwar entscheidendes, möglicherweise aber zufälliges sexuelles Erlebnis an (siehe z.B. Mc Guire 1977). Sowohl von Behaviouristen (z.B. Mc Guire) als auch deren Kritikern (z.B. Stoller 1985) werden jedoch Erklärungsdefizite festgestellt: Unklar bliebe, warum ein Deviant nicht einfach auf gängigere Formen des Sexualverhaltens konditioniert werde; über einen rein lerntheoretischen Ansatz hinaus werden hierfür biologische, soziale und/oder psychodynamische Einflüsse verlangt.

Die umfassendsten Überlegungen zur Koprophilie und verwandten Erscheinungen, insbesondere im Zusammenhang mit sexuellen Deviationen bzw. perversen Symptombildungen, finden sich in psychoanalytischen Arbeiten.

Im Modell der Analerotik entwickelt sich in der psychoanalytischen Literatur der Gedanke einer prägenitalen Organisation der Libido (Laplanche 1972). Freud beschreibt in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (1905) wie die Afterzone, ähnlich der Lippenzone, geeignet sei, eine „Anlehnung der Sexualität an andere Körperfunktionen“ zu vermitteln. Vergleichbar zum späteren Sexualakt diene der Darminhalt als Reizkörper für eine sexuell empfindliche Schleimhautoberfläche. Der Kot habe daneben für das Kind aber auch die Bedeutung des ersten „Geschenkes“, durch dessen Entäußerung Gefügigkeit und durch dessen Verweigerung Trotz gegen die Umgebung ausgedrückt werden könne.

1913 stellt Freud zusammenfassend fest, daß die Einstellung des Menschen zu seinen Exkrementen entwicklungsgeschichtlich einem kulturell bedingten Wandel unterliege: Die koprophilen Triebe und Neigungen des Kindes, welches insbesondere die Exkremente als Teile seines Körpers und Leistungen seines Organismus hoch schätze und sie im Dienste der Selbstbehauptung gegen die Erwachsenen verwende, verfielen unter dem Einfluß der Erziehung der Verdrängung und würden auf andere Objekte übergeleitet. Die ursprünglich fehlende Trennung zwischen exkrementellem und sexuellem Interesse entstehe ebenfalls erst im Laufe der Entwicklung, bliebe aber unvollkommen, da die ursprüngliche, durch die Anatomie festgelegte Gemeinschaft auch beim normalen Erwachsenen noch hervortrete. Die Anthropologie zeige, wie unterschiedlich die Verdrängung der koprophilen Neigungen bei verschiedenen Völkern und zu verschiedenen Zeiten ausfalle und sich der infantilen Behandlung exkrementeller Funktionen annähere.

1924 entwickelte Abraham im „Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido“ die bereits von Freud postulierte triebdynamisch enge Verbindung von Analerotik und sadistischen Antrieben weiter. Innerhalb der anal-sadistischen Stufe seien im Hinblick auf das Objekt zwei Phasen gegensätzlicher Verhaltensweisen zu unterscheiden: In der ersten symbolisiere Entleerung die sadistische Zerstörung des Objektes, in der zweiten Phase sei sie an das Zurückhalten gebunden und der sadistische Trieb an die Beherrschung des Objektes. Abraham interpretiert die koprophagen Impulse eines Patienten als einen der Introjektion vergleichbaren Akt der depressiven Position; das zunächst mit anal-sadistischen Triebregungen der Vernichtung besetzte Liebesobjekt werde mit dem Projekt der Ausstoßung, dem Kot, identifiziert, der Antrieb zum Kotessen sei als kannibalistischer Impuls zum Verzehren des getöteten Liebesobjektes symbolisch zu verstehen und verknüpft mit der Vorstellung der Strafe für eine schwere Schuld.

Nach Fenichel (1945) beweist der Erwachsene, der über Ausscheidungsfunktionen und zwar sowohl durch die eigenen, wie auch die eines Liebesobjektes zu erregen ist, eine Regression auf ein infantiles Entwicklungsniveau, das der Abwehr genitaler Triebwünsche dient. Die Koprophilie entspreche dem Versuch der Leugnung der Kastrationsangst durch die Feststellung eines fehlenden Geschlechtsunterschiedes in den analen Funktionen. Der Voyeur, der Frauen bei der Defäkation zuschauen, gebe dem Wunsch nach, einen symbolischen Penis in Form des Kotes auch aus dem weiblichen Körper wachsen zu sehen. Hinsichtlich der Koprophagie verweist Fenichel, ähnlich wie Abraham, auf die Stellung des Kotes als etwas, das zunächst Teil des eigenen Körpers ist, dann aber in ein äußeres Objekt verwandelt wird. Der Antrieb zur Koprophagie sei erogenen Ursprungs und stelle den Versuch dar, ein bedrohtes narzißtisches Gleichgewicht wieder herzustellen, indem das Ausgeschiedene einverleibt werde.

Umfassende Übersichten über die weitere Entwicklung psychoanalytischer Theorien zu koprophilen Phänomenen bieten die Arbeiten von Tarachow (1966) und Socarides (1985),

die den geschichtlichen Wandel von den triebtheoretischen über die objektbeziehungs- theoretischen Ansätze bis zur Selbstpsychologie widerspiegeln.

Tarachow (1966) geht in seiner Definition der Koprophagie verwandter Symptome soweit, auch das Verzehren von Körperbestandteilen wie Haut, Haaren oder Nasensekret und sämtliche Formen der Beschäftigung mit der Darmentleerung als verwandte Symptome zu bezeichnen und konstatiert deren Vergesellschaftung mit Symptomen des Zögerns, Grübelns, Tagträumens und Störungen des Zeiterlebens, wobei er eine enge Verwandtschaft zu den Zwangsstörungen und Depressionen postuliert. Wie bereits Abraham (1912) beschreibt Tarachow anhand eines seiner zahlreichen Fallbeispiele die Verbindung von Kotschmierern und Einkoten mit fetischistischen und transvestitischen Elementen, ähnlich wie sie auch im forensischen Kontext multipler sadistisch motivierter Tötungsdelikte festzustellen waren (Fall S., Mauz 1992). Im Gegensatz zu den Fallbeispielen von Abraham, Fenichel und Socarides beschreibt Tarachow ausschließlich Patienten mit einer Neigung zur Beschäftigung mit eigenen Ausscheidungsfunktionen bzw. Körperprodukten. Hinsichtlich der Interpretation der psychodynamischen Bedeutung der Koprophagie distanziert sich Tarachow von der Möglichkeit der Betrachtung des Stuhlganges als Repräsentant von Objektbeziehungen oder eines Übergangsobjektes im Winnicott'schen Sinne des phantasierten Fragments eines real existierenden Liebesobjektes. Die Beschäftigung mit dem Stuhlgang stelle vielmehr einen narzißtischen Rückzug dar und den Versuch der Erhaltung bzw. Wiederherstellung narzißtischer Größenphantasien der analen Entwicklungsstufe, die sich durch das Gefühl von Lust, Macht und Großartigkeit in der Produktion und Retention des Kotes nährten. Im Mittelpunkt stehe die Wiedervereinigung mit dem eigenen Körper und nicht die Introjektion eines zuvor externalisierten Objektes. Die enge Verbindung koprophager und koprophiler Phänomene mit Perversionen, Tagträumen, Isolation, Selbstbezogenheit, die Tarachow als herausragende narzißtische Merkmale deutet, unterstreiche dies.

Bach und Schwartz (1972) postulieren, daß die Konstitution eines grandiosen Selbst um den „anal Kern“ entstehe: in der Beschäftigung des Kindes mit Kot und der Reaktion der Eltern darauf erlebe es erstmals seine Vollkommenheit und seine Macht, aber auch die erste Desillusionierung. Im Rahmen einer pathologischen Regression könne das Selbst gezwungen sein, auf eine Stufe zurückzugehen, auf der diese Desillusionierungen geleugnet werden. Der Fall des Marquis de Sade wird anhand seiner Schriften als exemplarisch für die enge Verbindung von koprophagen mit sadomasochistischen und megalomanen Impulsen im Dienste der Aufrechterhaltung eines narzißtischen Gleichgewichts dargestellt. Durch die Idealisierung des Kotes als Exempel der Schönheit und Perfektion einerseits und die Besetzung herkömmlicher Werte mit Kot andererseits, beispielsweise in den zahlreichen koprophilen und koprophagen Szenen seines Buches „Die 120 Tage von Sodom...“, werde der Kot zum „Kitt“, der die Lücken des grandiosen Selbst schließe. Die sadistischen Phantasien fungierten bei de Sade als der Versuch, der 'Enttäuschung' des Größenselbst zu entinnen sowie ein Nachgeben oder Unterordnen, das in der Phantasie mit dem Tod gleichgesetzt sei, zu verhindern. Die masochistischen Phantasien repräsentierten den Versuch, eine ideale Elternimago wiederzubeleben und das zunehmend verzweifelte Bemühen, ihre Nähe zu erfahren, sich ihrer Macht zu fügen. In diesem Buch de Sades wandeln sich die perversen Handlungen vom Masochismus als Ringen um die Wiederherstellung eines idealisierten Selbstobjektes über den Sadismus als Versuch der Wiederherstellung eines nicht entidealisierten grandiosen Selbst zum Mord. Die Sexualisierung dient

dabei dem Versuch, die Erfahrungen der Selbstfragmentation und der Zerstörung des Selbst ungeschehen zu machen bzw. zu leugnen.

Socarides (1988) schildert den Fall eines homosexuellen Mannes, der die sexuell besetzte Phantasie entwickelte, seine Mutter würde gezwungen werden, auf sein Gesicht zu defäzieren und urinieren. Socarides beschreibt den starken Wunsch des Patienten von seiner Mutter - ihrem Körper, ihren Brüsten, ihrem fiktiven, analen Penis gefüttert zu werden. Vom Aspekt des Masochismus dienen die Vorstellungen des Patienten insofern der Nahrung von Größenphantasien, als daß er phantasierte, er ertrage jede Erniedrigung und Grausamkeit, die ihm durch einen anderen zugefügt werde. Socarides entwickelt die Hypothese, daß Koprophilie, Koprophagie und ähnliche Symptome ihre Fremdheit verlören, wenn man alle Perversionen als Versuch der Wiedervereinigung mit einem narzißtisch besetzten Objekt verstehe. In seinen theoretischen Ausführungen verweist er allgemein auf eine traumatische Sauberkeitserziehung als mögliche Ursache für eine inadäquate Aufgabe infantiler Größenideen durch das Kind, was zur Prädisposition für die Entwicklung eines kompensatorischen Größenselbst führe. Der Kot sei symbolisch mit den Eltern und das Verhältnis des Patienten zu ihm einer Objektbeziehung gleichzusetzen. Der Verlust des Kotes stelle damit einen doppelten Verlust dar - sowohl den der Körpersubstanz als auch des symbolisierten Objektes - und produziere damit Gefühle der Unzulänglichkeit sowie narzißtische Impulse. Die klinische Erfahrung zeige, daß die Funktion der Koprophilie und Koprophagie darin bestehe, Gefühle der Einsamkeit zu überwinden, „Neues“ mit Hilfe des eigenen Körpers zu schaffen. Sie stelle darüber hinaus den Rückzug aus einer Welt dar, die für die Aufrechterhaltung des Selbst zu gefährlich geworden sei. Koprophagie sei damit zu verstehen als Versuch der Wiederherstellung eines narzißtischen Equilibriums.

Kasuistik

Der 1961 geborene Herr A. wuchs zusammen mit seinem 3 Jahre jüngeren Bruder bei den Eltern auf. In den ersten Lebensjahren wurden wiederholt Bluttransfusionen wegen einer nicht näher eruierbaren Bluterkrankung notwendig. Die Beziehung zum Vater wird bei strenger, harter Erziehung als negativ getönt beschrieben mit autoritär-unterdrückendem Umgangsstil gegenüber Mutter und Kindern sowie unberechtigter Gewaltanwendung; die Mutter wird eher positiv-beruhigend geschildert, ohne daß eine stärkere emotionale Beziehung zu Herrn A. spürbar wurde oder ein anhaltend ausgleichender Schutz von ihr ausging. Aufgrund von "Nervosität" ohne eigentliche neurotische Primordialsymptomatik erfolgte bis etwa zum 11. Lebensjahr eine kinderärztliche Behandlung mit Sedativa. Bei zunehmendem Alkoholmißbrauch des Vaters kam es zu Gewalttätigkeiten sowie Beschimpfungen der Mutter. In zeitlichem Zusammenhang ließen bei Herrn A. die schulischen Leistungen nach; er erreichte gleichwohl den 10-Klassen-Abschluß ohne Klassenwiederholung. Nach einer Berufsausbildung zum Elektromonteur und Absolvierung der Militärzeit arbeitete Herr A. bis zu seiner Inhaftierung kontinuierlich in seinem Beruf mit mehrfachen Arbeitsstättenwechseln, die mit Schließung des Betriebes, Ortswechsel und finanziellen Verbesserungsmöglichkeiten begründet wurden. Ab dem 16. Lebensjahr masturbierte er ca. einmal wöchentlich, wobei er Frauen aus pornographischen Zeitschriften als neue Freundin phantasierte. Seinen ersten sexuellen Kontakt hatte Herr A. 1982 mit seiner späteren Ehefrau, die er nach Geburt des gemeinsamen Sohnes 1984 heiratete.

Wenngleich Herr A. einräumte, in der sexuellen Beziehung zur Ehefrau sich möglicherweise "ein bißchen überfordert gefühlt" zu haben, führte er die von seiner Ehefrau ausgehende Trennung 1989 im wesentlichen auf ungünstige materielle Umstände zurück. Über eine Annonce lernte er 1991 eine gleichaltrige Frau und deren Sohn B. im Alter seines leiblichen Sohnes kennen, der nach der Scheidung von der Ehefrau bei dieser geblieben war. B. empfand er als "Ersatz". Ein halbes Jahr später zog Herr A. in die Wohnung seiner Partnerin (Februar 1992). Nach zunächst regelmäßigen, mehrmals pro Woche stattfindenden sexuellen Kontakten soll er nach einer Unterleibsoperation der Partnerin zwischen April 1992 und November 1992 beim Intimverkehr nicht mehr zum Orgasmus gekommen sein, wobei über sexuelle Kontakte zwischen den Ehepartnern "wenig gesprochen" wurde. Zwischen November 1992 und Juli 1993 konnte überhaupt kein Geschlechtsverkehr mehr stattfinden, weil bei Herrn A. berührungsschmerzhafte Blasen am Penis aufgetreten waren, die als Lichen sclerosus et atrophicus des Präputiums diagnostiziert wurden und längerer ambulanter und stationärer Behandlungen mit Zirkumzision im Januar 1993 bedurften. In der ersten Jahreshälfte 1992 ergab sich, daß Herr A. und B. (8/9 Jahre alt) das Badezimmer seiner Lebensgefährtin zusammen benutzten, B. in das Badewasser urinierte und gesagt haben soll, er wolle auch ins Wasser "kackern". Herr A. habe B. erklärt, daß dies zu weit gehe und er ihm lieber in den Mund "kackern" solle. B. habe dann mit den Beinen nach außen auf dem Badewannenrand gesessen und Herr A. sei mit seinem Mund an den After des Jungen herangegangen, wobei dieser Kot abgelassen habe; diese Handlungen hätten manchmal ein- bis zweimal pro Woche, mitunter - insbesondere in den Schulferien - längere Zeit nicht stattgefunden. Frühere homosexuelle und/oder (homo-)pädophile Episoden wurden verneint. Weitere gegen Herr A. im Ermittlungsverfahren wegen sexuellen Mißbrauchs von Kindern erhobene Tatvorwürfe wurden von ihm bestritten: etwa, daß er den Jungen im Kinderzimmer auf dem Fußboden liegend aufgefordert haben soll, ihm in den Mund zu koten, wonach Herr A. den Stuhl des Jungen zunächst im Mund behielt, teilweise auch den Kot in die Hand nahm und zum Reinigen des Mundes später Toilettenpapier benutzte. Bestritten wurde ebenfalls, daß B. im Badezimmer wiederholt auf das Gesicht von Herrn A. urinieren mußte, Herr A. einmal den Penis des Jungen in den Mund nahm, um Urin aufnehmen zu können und er aus einem Plastikbecher Urin des Jungen trank. Nach den Urteilsfeststellungen zogen sich die sexuellen Handlungen zwischen Oktober 1992 und Juli 1993 mindestens zweimal pro Monat hin. Dabei wurde von dem Jungen eine Peniserektion bei Herrn A. wahrgenommen sowie nach den Geschehnissen eine gelöste Stimmung. Die körperlich-neurologische Untersuchung bei der Begutachtung im Mai 1994 war ohne auffällige pathologische Befunde. Die Explorationssituation war zunächst durch eine beklemmend-unruhige Distanz gekennzeichnet. Im psychischen Befund fiel eine verkrampfte Körperhaltung mit einem tickartigen Blinzeln im Bereich des linken Auges und einem gequält anmutenden Lächeln auf, ohne daß Veränderungen in den psychopathologischen Kategorien imponierten. Im HAWIE-R erreichte Herr A. einen IQ von 129, das DCS (Weidlich) ergab einen unauffälligen Befund. Im FPI-A1 fanden sich Abweichungen auf den Skalen spontane Aggressivität, reaktive Aggressivität, Dominanzstreben, Maskulinität und Offenheit (ST jeweils = 3), im 16 PF waren die Skalen H (Zurückhaltung ST = 3), M (Pragmatismus ST = 3) und Q2 (Gruppenverbundenheit ST = 2) normabweichend. Dagegen ergaben sich im Gießentest auf keiner der 6 Standardskalen signifikante Abweichungen von der Bezugsnorm. Im Rosenzweig-Picture-Frustration-Test (PFT) schilderte sich Herr A. als unsicher-gehemmt, stimmungslabil, nur bedingt durchset-

zungsfähig und um soziale Kontakte bemüht. Koprophilie und Koprophagie werden in der bisher vorliegenden Literatur nicht als isolierte Verhaltensauffälligkeiten beschrieben (z.B. Karpman 1948). Sie finden sich in der psychiatrischen Literatur im Kontext hirnorganischer Veränderungen oder psychotischer Erkrankungen, welche im vorliegenden Fall ausgeschlossen werden können. Lerntheoretische Ansätze, die auf frühkindlich prägende Erlebnisse (Ellis 1942) oder Gewohnheiten (Allen 1969) verweisen, liefern keine befriedigenden Erklärungsansätze für die spezielle deviante Fixierung oder Koppelung (Stoller 1985, McGuire 1977).

Die in den psychoanalytisch orientierten Arbeiten überwiegend in Form von Phantasien und Zwangsvorstellungen dargestellte Koprophagie bzw. Koprophilie wird im Zusammenhang mit Homosexualität oder als Teil eines perversen Symptomkomplexes mit sadomasochistischen oder transvestitischen, fetischistischen und voyeuristischen Impulsen beschrieben (Karpman 1948).

Im vorliegenden Fall ist diagnostisch von einer sexuellen Abweichung (Paraphilie) pädophil-koprophiler Stilbildung auszugehen. Die im Vordergrund stehenden Praktiken sind gemäß ICD-10 als „sonstige Störungen der Sexualpräferenz“ zu klassifizieren. Dabei ist auch das im DSM-III(-R) und DSM-IV genannte Zeitkriterium von mindestens 6 Monaten für die Annahme einer Paraphilie erfüllt.

Eine spezifische Persönlichkeitsstruktur, die den Rückschluß auf eine derartige Symptomatik zuließe, ist aus den genannten Arbeiten nicht abzuleiten. Wiederholt wird jedoch die Nähe zu den Zwangsneurosen und depressiven Störungen postuliert (Tarachow 1966), wobei hier eine Verbindung zu Befunden aus der biologischen Psychiatrie bei Gilles- de- la-Tourette-Patienten (Robertson 1988) erkennbar ist. Als Ausgangspunkt der koprophilen Impulse wird in den psychoanalytischen Arbeiten überwiegend die Hypothese eines das narzißtische Äquilibrium bedrohenden Konfliktes formuliert.

Als psychodynamisch bedeutsame Belastungsfaktoren der Kindheit können beim vorgestellten Probanden die frühe Bluterkrankung sowie die atmosphärischen Beeinträchtigungen im Elternhaus angesehen werden. Angesichts der Schilderung des väterlich unberechenbaren und autoritär-unterdrückenden Umgangsstils kann davon ausgegangen werden, daß die für die Herausbildung eines stabilen männlichen Selbstwertgefühls wichtige positive Identifikation mit einer männlichen Identifikationsfigur erschwert und die Bewältigung des ödipalen Konfliktes sicher beeinträchtigt gewesen sein dürfte. Angesichts der beschriebenen Koalierung mit der zurückhaltenden, aber weder Schutz noch emotionale Wärme bietenden Mutter und der Beeinträchtigung durch die Bluterkrankung kann die Entwicklung adäquater expansiver, aggressiver und selbstbehauptender Strebungen infrage gestellt werden, die Erikson (1965) unter der Formel „Autonomie gegen Scham und Zweifel“ und Mahler (1978) als Individuationsprozeß zusammenfaßt. Hieraus kann sich sowohl die Einmündung in eine depressive wie auch zwangsneurotische Entwicklung (Mentzos 1989) ergeben. Da das vorliegende Material über den Fall nicht aus einer psychotherapeutischen Behandlung sondern den Explorationen im Rahmen einer forensisch-psychiatrischen Untersuchung stammt, bestehen nur begrenzte Informationen zur Charakterstruktur sowie Wünschen, Phantasien und Träumen des Angeklagten oder zur Frage weiterer Symptomatik. Die von dem Probanden ohne nähere Erläuterung vorgebrachte Einschätzung, er habe sich -anders als bei der zweiten Frau- in seiner Beziehung zur Ehefrau „ein bißchen überfordert gefühlt“, konnte nicht im Kontext fremdanamnestischer Angaben betrachtet werden, da angesichts der heiklen rechtlichen (Aufklärungs-)Problema-

tik der "Angehörigen"-Befragung auf eine solche während der Exploration verzichtet wurde; in der Hauptverhandlung beschrieb die Lebensgefährtin sexuelle Kontakte mit dem Beschuldigten pauschal als "normal".

Zwangssymptome im engeren Sinne ließen sich nicht eruieren, die von Freud beschriebene Trias einer zwanghaften Charakterstruktur ist aus den vorliegenden Angaben ebenfalls nicht abzuleiten; depressive Phasen entsprechend den Kriterien der ICD-10 konnten nicht eruiert werden. Die Selbstbeschreibung als „ganz, ganz ruhig“, die von ihm gegenüber der ersten Frau geschilderte „Unfähigkeit zum Neinsagen“ sowie die testpsychologischen Befunde sprechen strukturell für das Vorliegen einer depressiven Charakterstruktur.

Die Beziehung zu dem neunjährigen Sohn der Partnerin mit dem die genannten Handlungen stattgefunden haben, läßt auf narzißtische Elemente schließen, da diesem einerseits die Rolle des Ersatzes für den verlorenen Sohn zugeschrieben wurde, andererseits im Umgang mit ihm seitens des Probanden die Tendenz bestand, eigene kindliche Wünsche nach Zuwendung und Verständnis projektiv zu erfüllen. Dem entspricht auch der ursprüngliche Berufswunsch des Probanden, Unterstufenlehrer zu werden.

Den devianten Handlungen ging im geschilderten Falle eine Unterleibsoperation der Partnerin voran, in deren Folge der Proband beim partnerschaftlichen Verkehr nicht mehr zum Orgasmus kam und später einen schmerzhaften Lichen sclerosus am Penis entwickelte, der auch Selbstbefriedigungshandlungen unmöglich machte. Bereits zuvor bestand im Kontakt mit der Freundin eine Erektionsunfähigkeit.

Gerade angesichts der Interaktion in einem pädophilen Kontext kann im vorliegenden Fall die Regression auf ein infantiles Entwicklungsniveau als Folge eines konflikthaften Geschehens angenommen werden. Folgt man der Hypothese Fenichels, so wäre denkbar, daß die Unterleibserkrankung bei der Partnerin durch den depressiv strukturierten Probanden unbewußt schuldhaft verarbeitet wurde, der als „Strafe“ die symbolische Kastration in Form von Impotenz und Penisenerkrankung folgte. Durch die intensive Betrachtung der Defäkation des Jungen könnte auf dem Boden der symbolischen Gleichung Kot = Penis die Kastrationsangst gelehnet werden, was in Erweiterung der Hypothese Fenichels durch die orale Aufnahme des Kotes durch den Probanden eine weitere Bestärkung erföhre. In der mit dem Verzehr unterstrichenen Idealisierung des Kotes als genußvoll, schön etc. (wie beschrieben von Bach 1972) könnten in projektiver Identifizierung mit dem Jungen narzißtische Größenphantasien kompensatorisch zu den vorhandenen Minderwertigkeitsgefühlen wiederbelebt werden.

Denkbar wäre im vorliegenden Fall auch das Ausagieren von Impulsen des Strafens und Erniedrigens, wobei der Proband einerseits zunächst die masochistische Position des für seine schuldhaften Handlungen Demütigungen Ertragenden einnahm (Rolle des zu strafenden bösen Kindes sowie in Identifikation mit dem Vater die des männlichen Aggressors gegenüber der Partnerin), aber auch in der projektiven Identifikation mit dem Jungen die Aggression ausübende sadistische Position.

Die forensisch-psychiatrische Beurteilung muß bei der Einschätzung der Fähigkeit zum einsichtsgemäßen Handeln auf die Frage der Schwere einer eventuell vorhandenen Persönlichkeitsstörung eingehen. Auf der Basis einer tiefenpsychologischen Betrachtungsweise bieten sich Hinweise für die Erfassung relevanter Persönlichkeitsdimensionen, die hierbei von entscheidender Bedeutung sein können. Im vorliegenden Fall lassen sich Faktoren einer depressiven Persönlichkeitsstruktur herausarbeiten, die Erklärungsansätze für die Genese des devianten Verhaltens bieten können. Im Längsschnitt ließen sich jedoch

keine Anhaltspunkte dafür gewinnen, daß die devianten Verhaltensweisen des Probanden in eine progredient verlaufende sexualpathologische Entwicklung eingelagert waren und damit die Qualität von Krankheit (Rasch 1986) angenommen hatten. Deshalb wurde im vorliegenden Fall nicht vom Vorliegen der psychiatrischen Voraussetzungen gemäß §§ 20/21 StGB ausgegangen.

Literaturverzeichnis

- Abraham, K.: Bemerkungen zur Psychoanalyse eines Falles von Fuß - und Korsett fetischismus (1912) . Gesammelte Schriften. Bd II. Frankfurt/ Main: Fischer 1982.
- Abraham, K : Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido (1924) Gesammelte Schriften. Bd II. Frankfurt/ Main: Fischer 1982.
- Allen, C.: A textbook of psychosexual disorders. London: Oxford University Press 1969.
- Bach, S., Schwartz, L.: A Dream of de Sade. The Journal of the American Psychoanalytic Association 1972; 20: 451 - 475.
- Ellis, H.: Studies in the Psychology of Sex New York: Random House 1942.
- Erikson, E.H.: Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Klett 1957.
- Fenichel, O.: The psychoanalytic Theory of Neuroses (1945). Psychoanalytische Neurosenlehre, Band II. Olten: Walter 1980.
- Freud, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (1905) in: Gesammelte Werke, Band V. Frankfurt/ Main: Fischer 1905.
- Freud, S.: Geleitwort zu Der Unrat in Sitte, Brauch, Glauben und Gewohnheitsrecht der Völker von John Gregory Bourke (1913) in: Gesammelte Werke, Band X. Frankfurt/ Main: Fischer 1905.
- Ghazziuddin, N., McDonald, C.: A Clinical Study of Adult Coprophagics. British Journal of Psychiatry 1985; 147: 312-313.
- Karpman, B.: Coprophilia: A Collective Review. Psychoanal. Rev. 1948; 35: 253-272.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B.: Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1972.
- Mauz, G.: Keine Fragen an den Psychiater. Der Spiegel 1992; 50: 98-103
- Mahler, M.S., Pine F., Bergman, A.: Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Frankfurt / Main: Fischer 1978.
- Mc Guire, R.J., Carlisle, J.M., Young, B.G.: Sexuelle Deviation als konditioniertes Verhalten: Eine Hypothese. In: Kockott, G. (Hrsg.): Sexuelle Störungen. München: Urban und Schwarzenberg 1977.
- Mentzos, S.: Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt/Main: Fischer 1989.
- Nissen, T., Haggag, A.: Coprophagic behaviour in major affective disorder. Nordisk psychiatrisk tidsskrift. 1987; 42: 219-221.
- Rasch, W.: Forensische Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer 1986.
- Robertson, M.M., Trimble, M.R., Lees, A.J.: The Psychopathology of the Gilles de la Tourette Syndrome. British Journal of Psychiatry 1988; 152: 383 - 390.
- Socarides, C.W.: The Preodipal Origin and Psychoanalytic Therapy of Sexual Perversions. Madison: International University Press 1985.
- Stoller, R.J.: Observing the erotic Imagination. New Haven: Yale University Press 1985.
- Tarachow, S.: Coprophagia and allied Phenomena. The Journal of the American Psychoanalytic Association 1966; 14: 685 - 699.

Anschrift der Autoren

Dr.med. Cordula Weitze, Prof. Dr. med. Norbert Konrad. Freie Universität Berlin, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Institut für forensische Psychiatrie, Limonenstraße 27, D-12203 Berlin

Sucht und AIDS – eine Antwort auf die neuen Herausforderungen aus philosophischer Sicht

Addiction and Aids – A Philosophical Response to New Challenges

W. Oelmüller, Münster

Zusammenfassung

Kranke sowie Ärzte, Krankenpfleger und Mitmenschen, die den Kranken helfen wollen, stellen auch heute in bestimmten Situationen letzte Fragen, philosophische Fragen. Menschen werden nach Kant durch solche Fragen aus zwei Gründen „belästigt“: Sie können solche Fragen nicht, jedenfalls nicht für immer und endgültig, verschweigen und verdrängen. Sie können solche Fragen jedoch auch nicht, jedenfalls nicht für immer und endgültig, beantworten. Der Beitrag stellt einige Antwortversuche zur Diskussion auf drei Fragen: Was sind letzte Fragen kranker Mitmenschen und derjenigen, die ihnen helfen wollen? Wie sollen Menschen mit Kranken umgehen? Gibt es heute glaubwürdige philosophische und religiöse Antworten auf Leiden, Sterben, Tod und Untergang?

Schlüsselwörter: Sucht, AIDS, Tod Sterben, Ethik

Abstract

In certain situations, the ill themselves but also physicians and nursing personell and everyone wanting to help them, ask ultimate philosophical questions, even today. According to Kant human beings are teased by such questions for two reasons: They cannot keep them to themselves and repress them, anyhow, not for ever and definitively. They cannot, however, find answers to their questions either, not for ever and definitively. The essay discusses some attempts to respond to these questions: What kind of ultimate questions are asked by ill people and by those who want to help them? How should one deal with ill people? Are there credible philosophical or religious answers to suffering, dying, death and destruction?

Key Words: Addiction, AIDS, Death, Dying, Ethics

1. Vorbemerkung

Jeder, der mit Krankheiten wie Sucht und Aids lebt und leben muß, und jeder, der mit solchen Kranken zusammenlebt oder der sie als Arzt, Psychologe oder Sozialarbeiter behandelt, weiß, wie schwer für ihn selbst und für seine Mitmenschen ein solches Leben ist. Schwer ist jedoch auch ein Sprechen über dieses Thema. Beim Sprechen über dieses komplexe Thema gibt es nicht *die* Sprache oder gar *die* Antwort. Ich kann daher nur einige Überlegungen aus einer bestimmten philosophischen Perspektive darstellen.

2. Was sind letzte Fragen kranker Mitmenschen und derjenigen, die mit ihnen zusammenleben, aus „philosophischer Sicht“?

Wenn ich aus philosophischer Sicht einige Anmerkungen zu dem Thema mache, so heißt das nicht, daß ich von außen, von *der* Philosophie als einer für alle objektiven Instanz aus, etwas sage. Ich sage vielmehr etwas zu Fragen, Problemen und Herausforderungen, mit denen nach meinen Erfahrungen und Kenntnissen die Kranken und ihre Mitmenschen direkt oder indirekt konfrontiert sind und mit denen sie sich auseinandersetzen. Dabei schließe ich folgende Perspektiven ausdrücklich aus:

- Ich bin kein Theologe oder Priester / Pastor, der zu Krankheit, Leiden und Tod das sagt, was ihm seine Kirche, sein Glaube mehr oder weniger verbindlich zu sagen vorgibt und vorschreibt.
- Ich bin kein Anhänger einer Sekte / Bewegung, etwa von Scientology, die ja bekanntlich beansprucht, Heilung von Sucht und Leiden bewirken zu können. Alle Kenner der Scientology wissen, worin diese angebliche Heilung besteht: im Verkauf teurer Kurse, die den Kranken im Namen der modernen Wissenschaft vortäuschen, durch Selbsterlöschungstechniken von allen bösen Anlagen befreit zu werden.
- Ich bin auch kein Mediziner und Arzt, der sagen kann, was Kranke konkret bei ihrer Krankheit machen können und sollen und ob die medizinische Forschung inzwischen die oft versprochenen neuen Heilmittel und Heilmethoden gefunden hat. Ich kann daher nicht sagen, wie erfolgreich die neuen hochgepriesenen Entziehungsmethoden sind und wie bedrohlich der jüngst durch den Sextourismus aus Thailand nach Deutschland eingeschleppte HIV-Typus und die neuen Wege der Aids-Erkrankung sind.
- Ich bin auch kein 'Buddy' und Sozialarbeiter, der die unbedingt notwendige persönliche Betreuung und Hilfe geben kann und sagen kann, welche rechtlichen und sozialen Hilfen Kranke heute erwarten können.

Wenn ich Ihnen zu dem Thema aus philosophischer Sicht etwas sage, so muß ich zuvor auf zweierlei hinweisen:

a) *Die* Philosophie gibt es weder in der Geschichte noch in der Gegenwart. Ein Gang durch die philosophische Abteilung einer großen Buchhandlung oder durch ein philosophisches Institut an der Universität zeigt das. In den Philosophien, die letzte Fragen der lebenden Menschen aufgreifen und Antworten auf diese Fragen zu geben versuchen, gibt es im günstigen Fall begrenzt verallgemeinerungsfähige glaubwürdige Antworten, die nachdenklich machen können.

b) Was ich sage, berücksichtigt meine langjährigen Erfahrungen in einem Arbeitskreis 'Ethik der Wissenschaften', in dem Mediziner, Psychologen, Naturwissenschaftler, Juristen, Theologen und Philosophen zusammenarbeiteten. Auch das, was ich bei Vorträgen und Diskussionen auf einem europäischen Drogenkongreß, bei einem Aids-Kongreß der Mediziner und bei einer Tagung eines Arbeitskreises beim Arbeits- und Sozialministerium Nordrhein-Westfalen zur Hospizbewegung erfahren habe, ist in meine Überlegungen eingegangen. Bei diesen Arbeitskreisen und Diskussionen wurden wir immer wieder mit den drei im folgenden gestellten Fragen und Problemen der Kranken sowie ihrer Mitmenschen konfrontiert. Wenn das Zusammenleben und Arbeiten mit Sucht- und Aids-Kranken für alle schwer und schwierig ist, so hängt das neben medizinischen, rechtlichen, sozialen und anderen Fragen vor allem mit solchen letzten philosophischen Fragen zusammen.

Was sind nun philosophische Fragen? Was sind letzte Fragen, die Menschen in bestimmten Situationen oft mit Erstaunen oder mit Erschrecken stellen und auf die sie Antworten suchen? Was ich unter philosophischer Aufklärung heute, letzten Fragen und philosophischen Antwortversuchen darauf verstehe, kann ich hier nicht näher ausführen (vgl. hierzu: Oelmüller 1986; 1990; 1994a; 1994 b; 1996). Ich muß mich auf eine Bemerkung beschränken: Für Kant sind letzte Fragen: Was kann ich wissen? Was soll ich tun? Was darf ich hoffen? Was ist der Mensch? Solche letzten Fragen „belästigen“ nach Kant die Menschen aus zwei Gründen: Wir können solche Fragen nicht, jedenfalls nicht immer und endgültig, verschweigen, verdrängen. Wir können solche Fragen jedoch auch nicht, jedenfalls nicht endgültig und für immer, beantworten.

3. Wie sollen Menschen heute mit kranken Mitmenschen umgehen?

Ärzte, Helfer und Mitmenschen stehen heute bei ihrem Umgang und ihrem Sprechen mit Kranken vor einer ganz besonderen Schwierigkeit. Umgang mit Suchtkranken und unheilbar Kranken verlangt technisches Handeln (z.B. bei der Verwendung von Apparaten, Medikamenten) sowie größere Sprechfähigkeiten (z.B. bei Beratungen, Gesprächen). Aber dieser Umgang mit Kranken verlangt wesentlich mehr, nämlich Herausgefordertsein durch den bedürftigen anderen Mitmenschen, durch seine Verletzungen und Zerstörungen sowie durch seine direkt oder indirekt geäußerte Bitte um Hilfe bei der Bewältigung seiner Ängste und Verzweiflungen angesichts von Leiden und Sterben. Diese elementare Dimension des Umgangs mit Kranken wird verstellt, verdrängt – mit schlimmen Folgen für den Kranken *und* für den anderen selbst –, wenn der Arzt, der Helfer und der Mitmensch den anderen Mitmenschen nur als ein, und zwar gleichgültiges Exemplar der biologischen Gattung Mensch sieht, als anonymen Nebenmenschen, als Man (Heidegger), als Fremden, als Feind oder gar nur als zahlenden Patienten. Herausgefordert zu sein durch den anderen bedürftigen Mitmenschen und bei aller Nähe und Distanz zu ihm für ihn verantwortlich zu handeln, das ist eine Dimension des Umgangs diesseits der üblichen Unterscheidungen zwischen Egoismus und Altruismus, zwischen Selbsterhaltung und Empathie, diesseits der weltfremden Unterscheidung zwischen einem angeblich freien und mündigen Arzt-Subjekt und einem angeblich unfreien und unmündigen Patienten-Objekt.

Entscheidend ist beim hilfreichen Umgang mit Menschen, auch mit Kranken, für Ärzte wie für andere Menschen in ihrem beruflichen Verhalten jedoch aus vielen Gründen nicht nur die übliche Unterscheidung zwischen seinen privaten unmittelbaren Nächsten und den Anderen, mit denen man beruflich zu tun hat. Entscheidend ist auch die Respektierung der Nähe *und* der Distanz zu dem Kranken. Hilfreich sind für beide nicht ein Wechsel von Rationalität und Distanziertheit zur Betroffenheit, zum unmittelbaren Gefühl, zum bloßen Mitleid, zur Einfühlung, Empathie. Hilfreich sind für beide weder sog. unmittelbare Ich-Du-Beziehungen noch Verdrängungen, Tabuisierungen, unaufrichtige Tröstungen, Vertröstungen sowie Selbst- und Fremdbetrug. Die Nähe *und* Distanz zum Kranken ist aus vielen Gründen wichtig für den Umgang mit Kranken. Nicht jeder, der helfen will, kann wie die sogenannten 'Buddies' bei der freiwilligen Aids-Hilfe helfen, die die vielen Dienste leisten, die der unheilbar Kranke in der letzten Phase seines Lebens braucht. Nicht jeder kann auch das Allein- und Verlassensein der Aids-Kranken durch sein ständiges Dabeisein mildern. Auch für den Umgang mit Kranken und unheilbar Kranken gilt, was Kant über verantwortli-

chen Umgang heute sagt: „*Der kritische Weg ist allein noch offen.*“ Für einen Arzt oder Helfer, auch für einen solchen, der sich vom anderen Mitmenschen und dessen Bedürftigkeit aus versteht, gibt es auch beim Umgang mit Krankheiten, Tod und Untergang nur den Weg, sich kritisch und selbstkritisch aufgrund von Fachwissen, beruflichen Erfahrungen und Lebenserfahrung von seiner eigenen gereiften Urteilskraft leiten zu lassen. Die Begriffe Solidarität, Verantwortung, Mitleid, Gewissen werden heute zu oft moralisierend oder verengt verwendet. Auch über den Begriff des Gewissens gibt es heute viele zu simple Vorstellungen. Gewissen ist z.B. nicht die in einer Person oder seiner Vernunft unmittelbar präsente Stimme Gottes oder eines göttlichen Wesens. Gewissen ist auch nicht einfach das von Freud und anderen kritisierte Über-Ich, das Menschen im Prozeß der Sozialisierung verinnerlichen. Ein Arzt und Helfer handelt bei seinem verantwortlichen Umgang mit Kranken dann und nur dann gewissenhaft, wenn er durch den Anderen und seine Verletzungen herausgefordert ist und auf diese Herausforderungen antwortet. Wer heute bereit ist, sein eigenes Gewissen an Instanzen abzugeben, die gern bereit sind, für Menschen ‘Gewissen zu sein’: z.B. der Staat, die Gerichte, auch die nationalen Verfassungsgerichte, die Kirchen, die Fach- und Interessenverbände, der mag ein guter Funktionär sein. Ein Mensch, der kritisch und selbstkritisch mit sich und seinen Mitmenschen umgeht, das ist ein Mensch, der vom Anderen her ‘Gewissen hat’ und gewissenhaft handelt.

Für die Schwierigkeit beim Sprechen über dieses Thema gibt es heute noch einen weiteren Grund, der inzwischen durch die Kritik und Selbstkritik von Ärzten, von Helfern und durch die öffentlichen Diskussionen immer deutlicher wird: Ärzte und Helfer sollen auf der einen Seite Verhaltensweisen sowie verbale und nichtverbale Techniken entwickeln und beherrschen, mit denen sie die Wünsche von Patientinnen und Patienten nach mehr Gesundheit, Fitness, Happiness bis ins hohe Alter befriedigen können. Auf der anderen Seite erwarten Kranke, die an unheilbaren Krankheiten wie Aids, Krebs, Parkinson, aber auch an Sucht und anderen Krankheiten leiden, von Ärzten und Helfern Umgangsformen und ein Sprechen, das sich evidentermaßen von verbalen und nichtverbalen Techniken grundsätzlich unterscheidet und das ihnen eine wirkliche Hilfe bei der Bewältigung grauenhafter Leiden sowie der Todesangst ist. Für diese immer mehr diskutierte Schwierigkeit sind Ärzte, Helfer und Mitmenschen nicht allein verantwortlich. Sie sind, wie auch die wachsende Kritik von Ärzten selbst bestätigt, durch ihre Ausbildung in einem Wissenschaftssystem Medizin, das sich weithin an Methoden der Mathematik, der Naturwissenschaften und der Technik orientiert, nicht hinreichend vorbereitet auf ein Handeln und Sprechen mit Leidenden und Sterbenden, obwohl das doch seit dem Beginn der menschlichen Geschichte zum Zentrum des Umgangs mit Kranken gehört. Dazu kommt heute noch folgende Schwierigkeit. Auch Ärzte, Helfer und Mitmenschen können sich und anderen nicht mehr Illusionen darüber machen, daß für Sterbende in traditionellen Gesellschaften oft andere Menschen und Institutionen als sie zuständig waren, z.B. die Familien, die Kirchen. Auch Ärzte, Helfer und Mitmenschen wissen, daß die Kirchen z.B. Sterbenden oft Antworten auf ihre letzten Fragen geben, die zumindest nicht mehr für alle gegenwärtig Lebenden und Sterbenden überzeugend sind. Verdrängungen und unglaubliche Vertröstungen, Selbst- und Fremdbetrug sind in dieser Situation weder für die Kranken noch für die, die ihnen helfen wollen, hilfreiche Lösungen (vgl. hierzu Toellner 1993).

4. Gibt es heute glaubwürdige religiöse oder philosophische Antworten auf Leiden und Sterben, Tod und Untergang?

Jeder weiß aus Erfahrungen in seinem Leben oder aus dem Leben seiner Nächsten und Mitmenschen: Bei Erfahrungen von Leiden und Sterben, Tod und Untergang zerbrechen oft bisher selbstverständliche letzte religiöse oder nichtreligiöse Orientierungen, sie werden 'frag-würdig'. Menschen suchen dann neue glaubwürdige Antworten. So war es bisher und so ist es – trotz vieler Gegenargumente – auch heute. Ich beschränke mich hier auf einige Hinweise und Beispiele:

Ärzte, Helfer und Mitmenschen wissen aus Erfahrung und erzählen und berichten davon, daß ihnen nicht selten Kranke und Sterbende in Erwartung einer Antwort, direkt oder indirekt, letzte Fragen stellen, die sie, auch wenn für sie solche Fragen nicht völlig unerwartet sind, doch oft rat- und sprachlos machen. Solche Fragen stellen heute Kranke und Sterbende oft nicht einmal ihren nächsten Verwandten. Auch diese sind ja wie andere bei Antwortversuchen auf Fragen zu Sterben, Tod und Untergang oft rat- und sprachlos. Traditionelle Antworten, z.B. von monotheistischen Religionen, sind heute auch für viele Juden, Christen und Muslime, auch für Kranke und Sterbende keine Antworten mehr auf die Fragen, die sie bedrängen. Was können Menschen heute, wenn sie danach gefragt werden, sagen, wenn sie nicht einfach traditionelle Antworten wieder-holen wollen?

Ich gebe einige Hinweise auf Antwortversuche von drei verschiedenen Gruppen von Menschen, mit denen wir heute zusammenleben in der Nachbarschaft, in unserem Staat, in unserer Gesellschaft, auch weltweit:

- a) Menschen (Juden, Christen, Muslime), die heute trotz allem auf den einen monotheistischen Gott setzen.
- b) Menschen, die heute von alten und neuen, harmlosen und gefährlichen Mythen und Religionen ein letztes Orientierungswissen erwarten.
- c) Menschen, die sich heute als religionslos verstehen.

a) Für 2/3 bzw. 3/4 der Menschen, die ihrer Herkunft nach Juden, Christen, Muslime sind, d.h. Angehörige der drei monotheistischen Religionen, gehört, wie Umfragen zeigen, die Vorstellung von dem einen Gott als weltunabhängigen Schöpfer der Welt zur erledigten Vergangenheit. Es gibt jedoch auch heute Menschen, die trotz allem auf Gott setzen, die daran arbeiten, wie sie über und zu diesem Gott sprechen können in einer Welt, als ob es Gott nicht gäbe. Für diese Menschen sind in der Regel vier Antwortversuche unglaubwürdig, die oft von anderen religiösen Menschen, auch von der Bibel, als Erklärung von Leiden und Sterben, Tod und Untergang genannt werden:

Erste Antwort: Religion ist ein Tauschgeschäft. Wenn sich Menschen wohlverhalten, geht es ihnen gut. Wenn es Menschen schlecht geht, haben sie zuvor gesündigt. Schon der biblische Hiob kritisiert in seinem unschuldigen Leiden diese Antwort seiner theologischen Freunde, weil er vor sich und seinen Mitmenschen aufrichtig sein will und ohne „Trug für Gott“ sprechen will. Dostojewskis Iwan Karamasow gibt wegen des Leidens unschuldiger Kinder seine Eintrittskarte in den Himmel zurück. Kann man so angesichts von Auschwitz und allen anderen grauenhaften Leiden noch von Gott sprechen?

Zweite Antwort: Leiden und Sterben, Tod und Untergang in der Welt sind notwendige Folgen/Strafen des Mißbrauchs des freien Willens der ersten Menschen (Erbsündenlehre).

Dritte Antwort: Gott will Menschen durch Leiden erziehen, erproben, vollkommener

machen. Selbst wenn sich einige Menschen nach überstandener Leiden 'Gottes Willen' so vorstellen können, ist das für unheilbare Kranke, ist das für Menschen angesichts von Auschwitz und Archipel Gulag oder ethnischen Säuberungen eine glaubwürdige Antwort auf die Leiden, auch die der Anderen?

Vierte Antwort: Für alles Leiden und Böse in der Welt ist nicht Gott, sondern der Satan zuständig. Ist bei einer glaubwürdigen monotheistischen Gottesvorstellung die Vorstellung einer satanischen und dämonischen Macht, die neben Gott arbeitsteilig für das Böse zuständig ist, überhaupt denkbar? Belastet das Gott nicht als ohnmächtig und mitschuldig? Es gibt auch heute Juden, Christen, Muslime, die diese und andere unglaublichen, fromm sein wollenden Verharmlosungen von Leiden in der Natur, in der Geschichte und im menschlichen Leben und Zusammenleben um Gottes und des Menschen willen radikal ablehnen. Es gibt Menschen, die auch dann auf Gott setzen, auf seine Anwesenheit in seiner Abwesenheit, wenn sie keine Erklärung für den schlimmen Zustand der Welt und des Menschen haben. Es gibt auch heute Menschen, die über Gott und zu Gott zu sprechen versuchen, auch wenn sie nur Klagen und Fragen vor Gott haben. Es mag sein, daß Menschen angesichts der Widerfahrnisse von Leiden ihre letzten Hoffnungen mit Bildern, Metaphern und Geschichten bzw. in Denkmodellen und Spekulationen über das Schon und Noch-Nicht der Erlösung auspinseln müssen. Die Darstellungen und Aussagen über Himmel und Hölle, die in allen Religionen und Kulturen entwickelt wurden, sind voll von ihnen. Für eine Philosophie, die über die Genese der Projektionen menschlich-allzumenschlicher Wünsche, Bedürfnisse, Ängste und Kontingenzbewältigungspraktiken sowie deren Vergegenständlichung und Anbetung einige Einsichten gewonnen hat, kann vielleicht der Satz des Paulus von einer Hoffnung nachdenklich machen: „*Wir sind gerettet, doch in der Hoffnung. Hoffnung aber, die man schon erfüllt sieht, ist keine Hoffnung. Wie kann man auf etwas hoffen, das man sieht?*“ (Röm 8,24-25)

Ich beschränke mich abschließend beim Sprechen vor Gott angesichts des Leidens auf einige Aussagen von Elie Wiesel. Gegenwärtige Versuche, über Gott zu sprechen, sind vor allem gekennzeichnet durch Erfahrungen der Gottverlassenheit in und nach Auschwitz sowie in anderen grauenhaften Leidenssituationen.

Elie Wiesel, der Auschwitz überlebt hat, verteidigt seine Fragen und Klagen vor und zu Gott so: Er könne als Jude nicht mehr wie die jüdische Tradition von einem „beinahe sakralen Charakter“ des Wortes ausgehen. „Ebenso wie in der Kabbala die Rede von jenen 'zerbrochenen Gefäßen' anlässlich der Schöpfung ist, müssen wir heute die Möglichkeit eines ähnlichen Bruches ins Auge fassen und zwar in einem ebenso gewaltigen Maßstab, wie es beim ersten der Fall war und der das gesamte Sein umfaßt. Ein Bruch zwischen Vergangenheit und Zukunft, zwischen Schöpfung und Schöpfer, zwischen dem Menschen und seinesgleichen, zwischen dem Menschen und seiner Sprache, zwischen den Worten und dem Sinn, den sie enthalten. Aber, werden sie mir sagen, was bleibt uns dann noch? Die Hoffnung trotz allem und uns zum Trotz? Vielleicht die Verzweiflung? Oder der Glaube? Es bleibt uns nur die Frage“ (Wiesel 1986:12,23). Für Elie Wiesel ist die Ungeheuerlichkeit und Unmenschlichkeit der Welt und des Menschen, für die der Name Auschwitz steht, weder mit Gott noch ohne Gott begreifbar. Ja, in Auschwitz habe der Mensch auch die Ungeheuerlichkeit, Unmenschlichkeit und Unbegreifbarkeit Gottes erfahren, eines Gottes, der anders sei als der 'liebe Gott'.

b) Menschen, die heute von alten und neuen harmlosen und gefährlichen Mythen und Religionen eine letzte Orientierung angesichts der Leiden erwarten (vgl. Oelmüller 1996).

- Viele idealistische und materialistische, bürgerliche und sozialistische Aufklärungskonzepte, z.B. von Comte und Marx, gingen davon aus, das Stadium der Mythen und der Religionen sei zu Ende. Mythen und Religion werden durch die weiteren Entwicklungen der Wissenschaft, Technik usw. absterben. Von beidem kann heute keine Rede sein. Viele Menschen leben heute mit alten und neuen Mythen und Religionen, mit harmlosen und gefährlichen Mythen und Religionen (z.B. Scientology, Fundamentalismus im Judentum, Christentum, Islam, aber auch Hinduismus) (vgl. Oelmüller 1995).

- Die neue Religions- und Mythenfreundlichkeit kann man (1.) kurz so kennzeichnen: Gott: nein – Religionen ohne Gott: ja. Statt des Himmels und der Hölle im Jenseits oder nach dem Ende des Lebens und der Geschichte suchen Menschen heute jenseits des Alltags und der Rationalität im Diesseits das Reich des Geheimnisvollen, des Irrationalen. Esoterik sucht mystische Synthesen von Westlichem und Östlichem, sucht nach Capra „transpersonale Erfahrungen“, in denen „das Individuum sich mit dem Kosmos als Ganzem verbunden fühlt“.

- Kennzeichnend für viele Religionen ohne Gott und für ihre Beschreibung in den Wissenschaften und im öffentlichen Sprachgebrauch ist (2.) die Funktionalisierung der Religionen und religiösen Systeme sowie ihre Austauschbarkeit, ihre funktionale Äquivalenz. Religion als „Kontingenzbewältigungspraxis“ (Lübbe) ist für nichtreligiöse Menschen mit anderen Mitteln austauschbar. Religiöse Systeme schaffen und unterstellen Homogenität durch Symbole, Vorstellungen, Praktiken, die kollektive Gefühle und Wünsche ausdrücken und befriedigen. Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts (Nietzsche, Dilthey) nennt man eine solche Homogenität auch in emphatischer Bedeutung Sinn: Sinn der Welt, Sinn des Lebens, Sinn der Geschichte. Heute meint das Modewort Identität Ähnliches.

- Neben harmlosen Religionen und ihren funktionalen Äquivalenten oder Kompensaten gibt es heute (3.) auch solche Religionen und Weltanschauungen, die das Zusammenleben der Menschen im Rechts- und Verfassungsstaat bedrohen. Das Ziel solcher Systeme ist die mehr oder weniger radikale Beseitigung der anderen Religionen und Weltanschauungen und die Abschaffung des modernen Rechts- und Verfassungsstaates, der die Trennung von Religion und Staat voraussetzt und die Religions- und Gewissensfreiheit in der Verfassung festgeschrieben hat.

Viele suchen heute nach dem 'Tod Gottes' (Nietzsche) durch alte und neue Mythen neue letzte Orientierungen. Wenn Gott tot ist, dann muß sich nach Nietzsche der Mensch mit Metaphern und Mythen eine illusionäre, scheinhafte Perspektivenwelt schaffen. Die Mythen schaffende Kraft der Kunst ist dann nach Nietzsche eine mögliche Bedingung der Selbsterhaltung, „die große Verführerin des Lebens“, ja die „Erlösung des Erkennenden“, „Erlösung des Handelnden“, „Erlösung des Leidenden“.

Hans Blumenberg (1971: 14-17) begründet, auch im Anschluß an Nietzsche, die neue Mythenfreundlichkeit so: Angesichts der Allmacht und der Tyrannei des einen Gottes bzw. des einen Logos sowie der von beiden legitimierten Unfreiheit im Leben und Zusammenleben der Menschen könne in einer Wirklichkeit des Zwangs und Schreckens nur noch der Polytheismus der vielen Götter Freiräume und Oasen der Freiheit und des Glücks eröffnen. Aber, so muß man fragen, dachten und denken Menschen den einen Gott nur als Tyrannen? Welcher inhaltliche Mythos kann letzte Fragen beantworten? Welcher eröffnet Menschen Möglichkeiten von Freiheit und Glück? Die beiden in diesem Jahrhundert besonders wirksamen Mythen, der nationalsozialistische 'Mythus des 20. Jahrhunderts' (Rosenberg) und der sozialistische Mythos der klassenlosen Gesellschaft, taten dies nicht.

Auch im Anschluß an Blumenberg spricht Marquard (1981: 167) davon, daß für den Menschen die Kunst ein „Kompensat der verlorenen Gnade“ sein kann. Aber ist das nicht angesichts der grauenhaften Leiden in der Welt eine hoffnungslose Überforderung eines entgrenzten Kunstbegriffs? Welche Dichter und Künstler und welche Kunstwerke und Dichtungen wollen und können im Ernst eine solche 'Kunstreligion', einen solchen Ersatz bieten, auch wenn einige Kunstliebhaber vielleicht einen solchen in Weimar, Bayreuth, Salzburg suchen?

c) Menschen, die sich heute selbst als religionslos verstehen. Solche Menschen verstehen die Welt und ihre eigene Lage z.B. wie Camus als absurd in dem Sinne, daß der Mensch an die Welt wegen der Leiden und der Sinnlosigkeit der Welt Fragen stellt, die Welt jedoch auf solche Fragen nicht antwortet. Nach Camus vertreibt der absurde Mensch „aus dieser Welt einen Gott, der mit dem Unbehagen und mit der Vorliebe für nutzlose Schmerzen in sie eingedrungen war.“ Er „macht aus dem Schicksal eine menschliche Angelegenheit, die unter Menschen geregelt werden muß“ (Camus 1959:100). Einen Sinn der Welt kann der Mensch nicht erkennen. „Ich weiß nicht, ob diese Welt einen Sinn hat, der über mich hinausgeht. Aber ich weiß, daß ich diesen Sinn nicht kenne und daß ich ihn zunächst unmöglich erkennen kann. Was bedeutet mir ein Sinn, der außerhalb meiner Situation liegt? ... Wenn ich Baum unter den Bäumen wäre, Katze unter den Tieren, dann hätte dieses Leben einen Sinn oder vielmehr: dieses Problem bestünde überhaupt nicht, denn dann wäre ich ein Teil dieser Welt. Ich wäre diese Welt, zu der ich mich jetzt mit meinem ganzen Bewußtsein und mit meinem ganzen Anspruch auf Vertrautheit in Gegensatz befinde. Eben diese so höhnische Vernunft setzt mich in Widerspruch zur ganzen Schöpfung. Ich kann sie nicht mit einem Federstrich abtun. Was ich für wahr halte, daran muß ich also festhalten. Was mir so unabweisbar erscheint, darauf muß ich bestehen, auch wenn es sich gegen mich richtet. Und worauf beruht denn dieser Konflikt, dieser Bruch zwischen der Welt und meinem Geist, wenn nicht auf dem Bewußtsein, das ich von ihm habe?“ (Camus 1959: 47) Trotzdem kann der Mensch die Frage nach einem Sinn der Welt nicht einfach als sinnlos erklären, als etwas, worüber man schweigen muß. Er darf jedoch auch nicht angesichts der Sinnlosigkeit und der „Gewißheit eines niederwerfenden Schicksals“ resignieren. „Leben heißt: das Absurde leben lassen. Das Absurde leben lassen heißt: ihm ins Auge sehen.“ (Camus 1959: 49) Absurdes Leben heißt, so lange wie möglich zu leben und so intensiv wie möglich zu leben. Auflehnung gegen das Absurde ist nach Camus die einzig „stichhaltige Position“ in der Welt, die auf unsere Fragen, Klagen und Wünsche schweigt. Der Selbstmord dagegen wäre die Anerkennung des Absurden. In dem Roman 'Die Pest' hilft der Arzt Dr. Rieux, die Darstellung einer absurden Existenz, den Pestkranken in deren aussichtslosem Kampf bis zum Ende. Pest ist für Camus die Metapher für alle sinnlosen Leiden, Tod und Untergang, „eine endlose Niederlage“. Gleichzeitig erklärt Rieux jedoch, dies sei „kein Grund, den Kampf aufzugeben“ (Camus 1985:85). Rieux verzweifelt nicht, sondern kämpft mit aller Aufopferung, deren er fähig ist, gegen die Schöpfung, gegen den abwesenden und schweigenden Gott. Er hilft den Pestkranken und Sterbenden, soviel er kann. Er möchte „ohne Heldentum“ und „Heiligkeit“ versuchen, „ein Mensch zu sein“, was sein Gesprächspartner Tarrou gleichsetzt mit „ein Heiliger ohne Gott“ zu sein.

5. Schlußbemerkung

Meine Überlegungen gehen von der Voraussetzung aus: Menschen stellen in der Geschichte und Gegenwart, auch in der eigenen Lebensgeschichte, in verschiedenen Situationen in verschiedener Weise kritische und selbstkritische Fragen, wenn ihre bisher selbstverständlichen religiösen oder nichtreligiösen Orientierungen 'frag-würdig' geworden sind. Menschen, denen in ihrem eigenen Leben oder in dem Leben ihrer Mitmenschen durch Erfahrungen von Leiden, Krankheiten, Tod und Untergang bisher selbstverständliche religiöse oder nichtreligiöse Orientierungen 'frag-würdig' geworden sind, stellen erfahrungsgemäß besonders oft, direkt oder indirekt, letzte Fragen.

Manche Deutungen der gegenwärtigen Menschen gehen jedoch davon aus, daß diese Voraussetzung nicht mehr selbstverständlich ist und nicht mehr für alle Menschen gilt: Viele Menschen stellen keine kritischen und selbstkritischen Fragen mehr. Nietzsche und Max Weber sagten über den verächtlichsten „letzten“ Menschen, der nach dem 'Tod Gottes' und nach dem Ende aller von Gott aus legitimierten Moral und Würde des Menschen kommen wird: „*Fachmenschen ohne Geist, Genußmenschen ohne Herz: dies Nichts bildet sich ein, eine nie vorher erreichte Stufe des Menschentums erstiegen zu haben*“ (Weber 1963:204). Heute lauten Deutungen der gegenwärtigen Menschen ähnlich, etwa: „*Wir amüsieren uns zu Tode*“ oder: „*Wir informieren uns zu Tode*“ (N. Postman). Oder: Wir leben in einer „*Kultur der Analgetika*“ (L. Kolakowski), d.h. wir betäuben uns und verschließen uns in uns selbst und vor anderen durch verschiedene Drogen und Betäubungsmittel, und wir nehmen die wirklichen Probleme, auch die Leiden und Verletzungen des anderen Mitmenschen und ihre Fragen gar nicht mehr wahr.

Ist jedoch trotz dieser und ähnlicher weithin zutreffender Deutungen der Zerstörungen, Verletzungen und Verarmungen der gegenwärtigen Menschen, von uns selbst und von anderen, die Annahme wirklich eine Illusion, daß Menschen, wir selbst und andere, in bestimmten Situationen mit letzten Fragen, auch Fragen der religiösen oder nichtreligiösen Orientierung konfrontiert werden und daß Menschen auch heute nach neuen glaubwürdigen Orientierungen suchen? Quälend sind solche letzte Fragen, weil sie nach Kant aus zwei Gründen „belästigen“: Wir können solche Fragen nicht, jedenfalls nicht für immer und endgültig, verschweigen, verdrängen. Wir können solche Fragen jedoch auch nicht, jedenfalls nicht endgültig und für immer, beantworten. Zu Antwortversuchen auf letzte Fragen gehört, wie die Geschichte des menschlichen Denkens, auch die des eigenen Lebens, zeigt, die Widerlegung der Skepsis und die Wiederkehr der Skepsis. Wenn Orientierungswissen auf letzte Fragen der Menschen den unwandelbaren Besitz einer Wahrheit für alle Menschen und für alle Zeiten bedeutet, so gilt das, was Paul Celan an Nelly Sachs nach ihrer Begegnung in dem Gedicht 'Zürich, Zum Storchen. Für Nelly Sachs' schrieb: „*Wir wissen ja nicht, weißt du, wir wissen ja nicht, was gilt.*“

Literatur

- Blumenberg, H.: Wirklichkeitsbegriff und Wirkungspotential des Mythos. In: Fuhrmann, M. (Hrsg.): Terror und Spiel. Probleme der Mythenrezeption. Poetik und Hermeneutik IV. München: Fink 1971: 11-66.
- Camus, A.: Der Mythos von Sisyphos. rde 90. Hamburg: Rowohlt 1959.
- Camus, A.: Die Pest. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 1985.

- Marquard, O.: Kunst als Kompensation ihres Endes. In Oelmüller, W. (Hrsg.): Ästhetische Erfahrung. Kolloquien zur Gegenwartsphilosophie 4. UTB 1105. Paderborn u.a.: Schöningh: 1981: 159-168.
- Oelmüller, W. (Hrsg.): Leiden, Kolloquien zur Gegenwartsphilosophie 9. Paderborn: Schöningh 1986.
- Oelmüller, W. (Hrsg.): Theodizee – Gott vor Gericht? München: Fink 1990.
- Oelmüller, W.: Philosophische Aufklärung. Ein Orientierungsversuch. München: Fink 1994 a.
- Oelmüller, W. (Hrsg.): Worüber man nicht schweigen kann. München: Fink, 2. Auflage, 1994 b.
- Oelmüller, W.: Religionen in modernen Rechts- und Verfassungsstaaten – eine Utopie der Vergangenheit? In: Luckner, A. (Hrsg.): Dissens und Freiheit – Kolloquium Politische Philosophie. Leipzig: Universitätsverlag 1995: 33-55.
- Oelmüller, W.: Philosophische Aufklärung – Neue Mythen – Negative Theologie. In: Höhn, H.-J. (ed): Krise der Immanenz. Religion an den Grenzen der Moderne. Frankfurt: Fischer 1996: 206-234.
- Toellner, R.: „Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen“ (J.W.v.Goethe) – Über den einheitsstiftenden Vorrang des Handelns in der Medizin. In: Mainusch, H.; Toellner, R. (Hrsg.): Einheit der Wissenschaft. Wider die Trennung von Natur und Geist, Kunst und Wissenschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag 1993: 21-46.
- Weber, M.: Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus. In: Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie I. Tübingen: J.C.B. Mohr 1963.
- Wiesel, E. : Macht Gebete aus meinen Geschichten. Essays eines Betroffenen. Basel-Freiburg-Wien: Herder, 2. Auflage, 1986.

Anschrift des Autors

Professor Dr. phil. Willi Oelmüller, Dechaneistraße 4, D-48145 Münster

Veranstaltungskalender

- 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
- THIRD EUROPEAN CHLAMYDIA MEETING. Wien, 11. 9.-14. 9. 1996. Information: Dr. Angelika Sary, Vienna Academy of Postgraduate Medical Education and Research, Alser Str. 4, A-1090 Wien. Tel.: (0043-1) 405 138313 Fax: (0043-1) 405 138323
- DEUTSCH-UNGARISCHES SYMPOSIUM FÜR ANDROLOGIE. Budapest, Ungarn, 12.-14.9.1996. Information: Prof. Dr. W. B. Schill, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Andrologie, Goffkystr. 14, D-35385 Giesen
- 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
- JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN STD-GESELLSCHAFT. Rostock, 11.-12.10.1996. Information: Prof. Dr. G. Gross, Universitäts-Hautklinik Eppendorf, Martinistr. 52, D-20251 Hamburg
- 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, 1º-D, P-1050 Lisboa. Tel.: (00351-17) 96 88 09 Fax: (00351-17) 96 35 55
- LE 3ÈME CONGRÈS FRANCOPHONE DE SEXOLOGIE, Fertilité, Infectiologie. Tunis, Tunesien, 24. 10.-26. 10. 1996. Information: Sun Tours, 27, Rue el Khartoum, 1002 Tunis. Tel.: (+216-1) 787 300 Fax: (+216-1) 788 764
6. DEUTSCHER AIDS-KONGREß. München, 24. 10.-26. 10. 1996. Information: Congress Organisation, C. Schäfer, Karl-Theodor-Str. 64, 80803 München. Tel.: (089) 307 10 11 Fax: 307 10 21
- 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
45. ARBEITSTAGUNG DER DKPM: PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN – ZUKUNFT IN DER PRAXIS? Düsseldorf, 13.-16. 11. 1996. Information: Prof. Dr. Dr. W. Tress, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Postfach 101001, 40225 Düsseldorf. Tel.: (0211) 811-8855. Fax: (0211) 811-6250.

Mitteilungen der Akademie für Sexualmedizin

Der von der Akademie für Sexualmedizin im vergangenen Jahr bei der Bundesärztekammer (BÄK) gestellte Antrag auf Einführung der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ in die ärztliche Weiterbildungsordnung ist bei den hiermit offiziell betrauten Ständesvertretern sowie in den Vorständen verschiedener medizinischer Fachgesellschaften auf großes Interesse und prinzipielle Unterstützung gestoßen. Im Herbst 1995 fand eine Anhörung vor dem Weiterbildungsausschuß der BÄK statt (Ausschußvorsitzender: Prof. Dr. med. J.-D. Hoppe, Vizepräsident der BÄK), bei der die Notwendigkeit einer (postgraduier-ten) sexualmedizinischen Weiterbildung für die Ärzteschaft grundsätzlich bestätigt wurde, wenn- gleich keine Einigkeit darüber erzielt werden konnte, auf welchem Niveau die Integration sexualmedizinischer Weiterbildungsinhalte in die Weiterbildungsordnung erfolgen soll (etwa als 'Fachkunde' oder als 'Zusatzbezeichnung'). Insbesondere vor dem Hintergrund der sich immer mehr aufzweigenden Weiterbildungs-Landschaft mit einer Vielzahl beabsichtigter neuer Zusatz- bezeichnungen und einer weitgehenden Neuge- staltung der Fachgebiete Psychiatrie, Psychoso- matik und Psychotherapie ist eine sorgfältige curriculare Abgleichung mit bereits vorhande- nen oder auch in der Entwicklung begriffenen Gegenstandskatalogen anzustreben. So wäre bei- spielsweise denkbar, als eine Voraussetzung für die Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ den (ab- geschlossenen) Kursus „psychosomatische Grundversorgung“ zu fordern. Obschon dieser Kurs bereits beim 95. Deutschen Ärztetag im Mai 1992 in die (Muster-) Weiterbildungsord- nung aufgenommen wurde (vgl. Deutsches Ärz- teblatt 1992, Heft 13 vom 31. März 1995, B-671), ist ein entsprechendes Kursbuch erst in der Ent- wicklung und es würde sich im Hinblick auf die zukünftige Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ eine zügige Abstimmung anbieten.

Wie von Prof. Hoppe mitgeteilt wurde, soll be- reits auf dem 99. Deutschen Ärztetag 1996 in Köln die Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ als möglicher zukünftiger Gegenstand der ärztl-

chen Weiterbildungsordnung benannt werden, wenn auch eine Beschlußfassung zu diesem The- ma erst auf dem 101. Deutschen Ärztetag 1998 möglich sein wird, da der 100. Ärztetag 1997 in Eisenach keinen Tagesordnungspunkt 'Weiter- bildung' zulassen wird.

Die Akademie für Sexualmedizin ist nun von Prof. Hoppe aufgefordert worden „in Abstim- mung mit der Geschäftsführung der Bundesärz- tekammer das vorgelegte Konzept soweit (zu) entwickeln, daß die dann (gemeint ist der Deut- sche Ärztetag 1998) stattfindenden Beratungen eine zügige Einführung gestatten.“ Auf der letz- ten Vorstandssitzung der Akademie für Sexual- medizin Anfang März 1996 wurde daher be- schlossen, eine Kommission einzuberufen, de- ren wesentliches Ziel darin bestehen wird, eine Abstimmung der jeweiligen curricularen Rich- tlinien mit bereits bestehenden Weiterbildungs- richtlinien der ärztlichen Weiterbildungsord- nung durch enge Zusammenarbeit mit den Vorständen anderer medizinischer Fachgesellschaften (ins- besondere der Fachgebiete Psychiatrie, Gynäko- logie, Dermatologie, Urologie) zu erreichen. Darüber hinaus sollen im Jahr 1997 auf der Grundlage des bereits erarbeiteten Gegenstands- kataloges erste sexualmedizinische Fortbildungs- veranstaltungen über einzelne Ärztekammern durchgeführt und so erprobt werden. Diese Form der Weiterbildung in einem medizinischen Teil- gebiet ist ausschließlich für approbierte Ärzte/ innen gedacht, so wie auch alle anderen medizi- nischen Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte vorgesehen sind. Auch wenn dies eine Selbstverständlichkeit zu sein scheint, ist der Hinweis hierauf deshalb erforderlich, weil nicht- ärztliche sexualtherapeutisch tätige Psycholo- gen/innen, Pädagogen/innen bzw. Vertreter/in- nen anderer Berufsgruppen durch die Einführung einer Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ (für Ärzte/innen) eine Ausgrenzung befürchten könn- ten. Es wird daher unmißverständlich betont, daß eine solche Ausgrenzung nicht nur nicht beab- sichtigt ist, sondern - im Gegenteil - für die gemeinsame Betreuung von Patienten sogar schädlich wäre. Andererseits dürfte es einleuch-

tend sein, daß die Akademie für Sexualmedizin zu allererst die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten im Blickfeld haben muß, zumal sie sich für die Aus- und Weiterbildung anderer Berufsgruppen nicht kompetent fühlt. Vom Vorstand der Akademie für Sexualmedizin wird daher als richtiger Schritt gewertet, daß die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung die Initiative der Akademie für Sexualmedizin auf eine curriculare Strukturierung der sexualmedizinischen Weiterbildung für Ärzte zum Anlaß genommen hat, die Weiterbildung auch für nicht-ärztliche Berufsgruppen verbessern und (neu) organisieren zu wollen. Es ist sehr gut vorstellbar, daß insbesondere aufgrund der thematischen Überlappung von Weiterbildungsinhalten auch Kooperationsmodelle in Betracht gezogen werden können, etwa im Sinne einer gegenseitigen Anerkennung von Ausbildungsblöcken, die den jeweiligen curricularen Richtlinien entsprechen. Der Akademie für Sexualmedizin ist darum an einer engen Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung gelegen. Herr Dr. W. Weig (Osnabrück) als Vorstandsmitglied der Akademie für Sexualmedizin hat sich dankenswerterweise bereit erklärt, sowohl in der Ausbildungs-

kommission der Akademie für Sexualmedizin (Organisation der ärztlichen Weiterbildung für Sexualmedizin) als auch der neu einberufenen Ausbildungskommission der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (Organisation sexuologischer Weiterbildung nicht-ärztlicher Berufsgruppen) teilzunehmen. Da Herr Dr. Weig sowohl Mitglied der Akademie für Sexualmedizin als auch der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung ist und als Psychiater mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie über langjährige sexualtherapeutische Erfahrung verfügt sowie darüber hinaus als Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses in besonderer Weise ein berufsgruppenübergreifendes integratives medizinisches Versorgungsmodell vertritt, wird in der Zukunft mit einer konstruktiven und effektiven Zusammenarbeit der beiden Ausbildungskommissionen gerechnet.

Herr Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier hat den Ruf auf eine Professur für Sexualwissenschaft an der Medizinischen Fakultät (Charité) der Humboldt-Universität Berlin angenommen und ist ab dem Sommersemester 1996 in Berlin tätig.

Buchbesprechungen

J. Massen: **Zoophilie. Die sexuelle Liebe zu Tieren.** Köln: Pinto Press, 2. Auflage 1995. 349 Seiten, DM 49.80

Veröffentlichungen zum Themenbereich Zoophilie (früher auch als Sodomie, im angelsächsischen Sprachraum noch heute als bestiality bezeichnet) sind relativ selten. Nach Grassbergers Monographie (1968), der anhand einer Auswertung des österreichischen Strafregisters gegen eine Abschaffung des Straftatbestandes der Sodomie argumentierte, und Weidners Dissertation (1972) hat der ehemalige Kölner Kriminalbeamte Josef Massen erstmals wieder ein monographisches Werk zu diesem Thema vorgelegt. Bemerkenswert an diesem Buch sind nun nicht neue wissenschaftliche Erkenntnisse zum sexuellen Kontakt von Menschen mit Tieren, die kaum halbwegs zufriedenstellende Übersicht über die bislang vorliegende Literatur oder gar der etwas beliebig anmutende historische Abriss. Bemerkenswert ist vielmehr das Bemühen des Autors, den sexuellen Kontakt mit Tieren aus seiner bisherigen (moralischen und gesellschaftlichen) Wertung bzw. Tabuisierung herauszunehmen und mit „sachlichen Informationen“ über diese „Triebrichtung ... zu einer etwas umfassenderen Sicht der Zoophilie“ (Vorwort) beizutragen.

Damit ist bereits der Grundtenor des Werks charakterisiert, in dem der Autor einseitig davon ausgeht, daß Sexualkontakt mit Tieren vor allem aus moralischen Gründen verboten und tabuisiert wird. Den Beweis dafür bleibt er freilich weitgehend schuldig, und auch die historisch-sachliche Darstellung erbringt keineswegs den Beweis für die von Massen vertretene Hypothese, daß es sich beim Sexualkontakt mit Tieren um eine der natürlichsten Formen des Sexualkontakts handele - bis die christliche Kirche ihn mit Verboten und moralischer Ächtung belegte.

Massen arbeitet mit Annahmen und Behauptungen. So etwa, wenn er schreibt, daß Felsmalereien (z.B. in Fessan, libysche Sahara) „keineswegs nur symbolisch [zu sehen sind], sondern ... konkreten Einblick in das wirkliche Leben unserer

Vorfahren“ geben (S. 89) oder wenn er aus der Tatsache, daß die mosaischen Gesetze den sexuellen Kontakt mit Tieren unter Strafe stellen, ableitet, daß „der Sexualverkehr mit Tieren zur damaligen Zeit allgemein üblich war“ (S. 99). Belege dafür kann er nicht beibringen. Die versprochene sachliche Darstellung wird von der Interpretation überzogen.

Die herrschende Moral wird als subjektives, wandelbares Machtinstrument dargestellt, wobei Massen beim Leser den Eindruck erweckt, als habe es nur moralische Gründe für ein Verbot der Zoophilie gegeben: „Gerade die Zoophilie ist eine der harmlosesten sexuellen Ausrichtungen...“ (S. 310) Unter den „Formen der Zoophilie“ (S. 57ff) werden das zufällige Erlebnis und die latente Zoophilie, die zoophile Schaulust, Frotteurismus, das Tier als Instrument der Selbstbefriedigung, als minderwertiger Ersatz für Handlungsfetischisten, körperliche Nähe und Zuneigung (durch das Tier), das Tier als Ersatz für einen humane Sexualpartner und - gleichsam als Höhepunkt - das Tier als „frei gewählter Sexualpartner“ (S. 75) aufgeführt, wobei die Zoophilie als „bewußte Erweiterung des Sexuallebens“ (S. 57) gepriesen wird.

Die Frage beispielsweise, ob der Sexualkontakt mit Tieren nicht möglicherweise einer Grundkomponente menschlichen, d.h. partnerschaftlichen Sexualverhaltens entbehrt oder Fragen etwa danach, ob Zoophilie Ausdruck einer gestörten Objektwahl sein könnten (anthropologische oder psychoanalytische Fragestellungen also), werden von Massen nicht diskutiert.

Stattdessen finden sich in diesem Buch einige praktische Hinweise zur Zoophilie, z.B. zur Übertragbarkeit von Krankheiten vom Tier auf den Menschen (S. 320) oder zur Wahl eines geeigneten tierischen Sexualobjekts. So liest man z.B. über den Hund: „Er ist fast überall ohne große Schwierigkeiten zu halten und geht nach kurzer Eingewöhnung sehr gerne auf die sexuellen Absichten der Menschen ein.“ (S. 187) Anhand von Literaturberichten werden Verkehrsformen mit zahlreichen anderen Tieren (darunter Tapire, Schweine, Fische, Katzen u.a.) beschrieben

(S.187ff). Ein Anhang mit Auszügen aus Gesetztexten informiert den geneigten Leser darüber, was erlaubt und was unter Strafe gestellt ist. Zoophile Menschen, so hat man nach der Lektüre dieses Buchs den Eindruck, sind die letzten noch nicht rehabilitierten Opfer abendländischer Moral. Sie sind also „Betroffene“ und folgerichtig hat sich 1993 mit der IZM („Interessengruppe zoophiler Menschen“) eine „Betroffenenorganisation“ gegründet, über die auch Herr Massen zu kontaktieren ist.

Ziele dieser IZM sind neben der Sammlung wissenschaftlicher Informationen zum Thema Zoophilie (wofür wohl dieses Buch einen ersten Beleg darstellen soll), „Kontakte und Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedern“ sowie die Öffentlichkeitsarbeit, um „noch bestehende Vorurteile und Diskriminierungen für die Betroffenen zu beseitigen“ (S. 327). Zu befürchten ist, daß der vorliegenden Veröffentlichung weitere Publikationen folgen und auch in diesen tendenziöse Aussagen und Behauptungen verbreitet werden. Die wünschenswerte sachliche Auseinandersetzung mit dem Thema aber wird durch unkritische Plädoyers für die Zoophilie nur nachhaltig verhindert.

Stephan Dressler, Berlin

S. Hoyndorf, M. Reinhold, F. Christmann: **Behandlung sexueller Störungen.** Ätiologie, Diagnostik, Therapie: Sexuelle Dysfunktionen, Mißbrauch, Delinquenz, Materialien für die psychosoziale Praxis. Weinheim: Beltz Psychologie-Verlags-Union, 1995. 169 Seiten, DM 78,—

Vor einigen Jahren trat in Stuttgart eine Gruppe verhaltenstherapeutisch orientierter jüngerer Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen als Arbeitsgruppe Sexualität an die Fachöffentlichkeit. Neue Entwicklungen auf dem Gebiet verhaltenstherapeutisch orientierter Ansätze in der Behandlung sexueller Funktionsstörungen, von sexuellen Deviationen, Delinquenz, Folgen des sexuellen Mißbrauchs sowie therapeutische Begleitung bei Transsexualität wurden diskutiert, praktische Therapieangebote geschaffen und

Fortbildungsangebote gemacht. Einige Ergebnisse der Arbeit wurden in einem Sammelband herausgegeben von F. Christmann unter dem Titel „Heterosexualität“, im Springer Verlag veröffentlicht. Der Band ist inzwischen vergriffen.

Nun hat die Arbeitsgruppe ein neues Buch herausgebracht, das im Titel den Anspruch erhebt, die „Behandlung sexueller Störungen“ umfassend zu beleuchten.

Nach der Erörterung elementarer sexualwissenschaftlicher Grundlagen und wichtiger sexualtherapeutischer Ansätze unter Betonung der „direkten Sexualtherapie“ nach dem Sensate focus-Modell werden einzelne Störungsbilder und ihre Behandlung ausführlich erörtert: Sexuelle Unlust und Aversion, Erektionsstörungen, Störungen des männlichen Orgasmus, Erregungs- und Orgasmusstörungen der Frau, Vaginismus, Probleme des Körperbildes. Neben der Paartherapie wird auch auf Möglichkeiten der Behandlung von Einzelpersonen eingegangen, Grenzen des Ansatzes werden kritisch erwähnt.

Weitere Kapitel beschäftigen sich mit den Themen „Therapie mit Sexualtätern“ sowie mit dem sexuellen Mißbrauch, seinen Spätfolgen und entsprechenden Therapiekonzepten.

Die einzelnen Therapieansätze sind sehr ausführlich und praxisnah mit illustrativen Fallbeispielen und einigen Abbildungen ausgefüllt. Besonderer Wert wird auf das entspannte Erleben nicht zielorientierter Sexualität, den Eingang von Gefühl und Verhalten, den Aufbau eines gesunden Egoismus, die Vermeidung von Zeit- und Leistungsdruck gelegt. Auf viele in der praktischen Sexualtherapie wichtige Aspekte wird eingegangen, wie etwa das Ausloten von Möglichkeiten und Grenzen der Erfüllung sexueller Wünsche, die Frage, wieweit sexuelle Phantasien mitgeteilt oder verheimlicht werden sollten, den Umgang mit safer Sex, das Ertragen der Einsamkeit bei Patientinnen und Patienten ohne Partner, das Modethema „Sexsucht“. Auch die Person des Sexualtherapeuten und die Voraussetzungen für eine erfolgreiche und verantwortungsbewußte Arbeit in diesem Bereich werden besprochen. Zur Selbsterfahrung für angehende Sexualtherapeuten finden sich recht knappe Hinweise.

Ähnlich wie die therapeutische Arbeit mit sexuell funktionsgestörten Patientinnen und Patienten wird auch die „Therapie mit Sexualtätern“ ausführlich besprochen, wobei Förderung der Therapiemotivation und Kontrolle des symptomatischen Verhaltens bzw. der Impulskontrolle, Förderung von Selbstverantwortung und Opferempathie, Modifikation rückfallbegünstigender Wahrnehmungsprozesse, alternative Konfliktbewältigung, vor allem aber auch Förderung „normaler“ Sexualität und erwünschter sexueller Fantasien besprochen werden. Erfreulicherweise geht das Buch hier, wie auch an anderen Stellen, über den ausschließlichen Ansatz bei schon eingetretenen Störungen hinaus und propagiert auch prophylaktische Interventionen.

Methodisch ist das Buch im wesentlichen der Verhaltenstherapie zuzuordnen, geht von Denkschemata der Lerntheorie und Kognitionsforschung aus und setzt verhaltenstherapeutische und kognitive Basismethoden ein. Die sog. direkte Sexualtherapie nach dem weiterentwickelten Sensate-focus-Modell nimmt breiten Raum ein. Daneben werden aber auch kommunikations- und körperorientierte Verfahren sowie imaginative Psychotherapie, insbesondere das von Christmann propagierte mentale Training, bei dem problematische Situationen nach Entspannungsinduktion in einer vom Therapeuten

gelenkten Phantasievorstellung vom Patienten imaginiert und durchgearbeitet werden, eine wichtige Rolle.

Die einzelnen Therapieprogramme sind sehr sorgfältig auch in ihrem zeitlichen Ablauf beschrieben, ohne daß der Eindruck eines pauschalierten „Kochbuchs“ entsteht. Das Buch schließt mit einem umfangreichen und weiterführenden Literaturverzeichnis.

Für einen Überblick über Zugänge zum Verständnis und zur Therapie sexueller Störungen auf dem Boden empirisch-psychologischer Theorien ist das Buch sicher gut geeignet. Sexualmedizinische Aspekte sind nur am Rande erwähnt. Klarere Hinweise auf die Notwendigkeit ärztlicher Abklärung und auf Möglichkeiten und Grenzen biologischer Therapie, zumal bei den sexuellen Dysfunktionen, hätte man sich gewünscht. Mit dieser Einschränkung ist das Buch durchaus zu empfehlen. Adressaten sind im wesentlichen Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzte, die einen praxisbezogenen ersten Überblick zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit sexuellen Dysfunktionen, Beeinträchtigungen der sexuellen Partnerschaft sowie von Tätern und Opfern sexueller Delinquenz suchen.

Wolfgang Weig, Osnabrück

SCHNITTENT- BINDUNG IN DEN AKTEN DER JUSTIZ

.....

Eine Hilfe für Ärzte und Juristen zur
Bewertung von Geburtskomplikationen

Von Prof. Dr. Franz **Jaisle**, Stuttgart
1995. XII, 463 S., 7 Abb., 13 Tab., geb.
DM 89,-

Inhalt: Einleitung • Untersuchungsgut und Statistik • Allgemeine geburtshilfliche Fragen im Zusammenhang mit der Schnittentbindung • Allgemeine Fragen der Haftung • Beginn der Erkrankung des Kindes vor und nach der Geburt • Ursachen der Erkrankung des Kindes abhängig vom Zeitpunkt der Entbindung und den angewandten Methoden • Ursachen der Erkrankung des Kindes gegliedert nach Krankheitsgruppen • Erkrankungen, Komplikationen und Störungen bei der Mutter im Zusammenhang mit einer Schnittentbindung • Ergänzende Erkenntnisse aus den Gerichtsakten

Die zunehmende Zahl von Haftungsansprüchen wegen vermuteter Geburtsschäden durch unterlassene, nicht zeitgerecht oder fehlerhaft vorgenommene Schnittentbindung und die Höhe zugesprochener Haftungssummen findet weit über den Kreis der Beteiligten hinaus Interesse. Dieser Band soll daher einen Beitrag für eine sachliche und sachbezogene Diskussion zu dieser Thematik leisten.

.....

VERMEIDBARE BE- HANDLUNGSFEHLER DES ARZTES

.....

Aus der Praxis einer Gutachterstelle

Von Dr. Wolfgang **Cyran**, Wiesbaden
1992. X, 327 S., kt. DM 64,-

Die in diesem Band vorgestellten Behandlungsfehler des Arztes sollen dazu beitragen, häufige Fehlerquellen im täglichen Behandlungsablauf zu erkennen und geeignete Maßnahmen zu deren Vermeidung zu treffen.

ÄRZTLICHE KUNSTFEHLER

.....

Eine Falldarstellung aus Praxis und Klinik
sowie ihre rechtliche Wertung

Von Prof. Dr. Hans Joachim **Mallach**, Bad
Dürkheim, Dr. Gerhard **Schlenker**, Bad
Dürkheim und Dr. Dr. Alfons **Weiser**,
Stuttgart
1993. X, 533 S., geb. DM 144,-

Preisänderungen vorbehalten.

 **GUSTAV
FISCHER**

.....

FRAUENHEILKUNDE

Ein Leitfaden für Studierende
Entsprechend dem Gegenstandskatalog
zum Fachgebiet Gynäkologie und
Geburtshilfe für den Zweiten Abschnitt der
Ärztlichen Prüfung

Von Prof. Dr. Anneliese **Krauβ**, Schmölln,
und Dr. Thomas **Krauβ**, Göttingen
1996. 330 S., 216 Abb., 55 Tab.,
kt. DM 98,-

Inhalt: Das weibliche Neugeborene • Das
weibliche Kind • Das junge Mädchen • Die
junge Frau • Die Frau am Ende der Ge-
schlechtsreife • Erkrankungen vorwiegend
im Senium • Tumoren • Anhang: Schlüssel
zum Gegenstandskatalog • Beispiele von
Prüfungsfragen

In diesem besonders praxisnah konzipier-
ten Lehrbuch der Frauenheilkunde orien-
tiert sich die Einteilung an den verschiede-
nen Altersgruppen, um so die Zuordnung
der Erkrankungen zu den Altersklassen zu
ermöglichen. Zahlreiche Abbildungen
veranschaulichen die jeweiligen anatomi-
schen Gegebenheiten in einprägsamer
Form und geben das spezielle Vorgehen
bei den verschiedenen Eingriffen wieder.
Dabei werden das Wesentliche hervorge-
hoben und Zusammenhänge aufgezeigt.

Preisänderungen vorbehalten.

GRUNDLAGEN DER GYNÄKOLOGISCH- GEBURTSHILF- LICHEN OPERA- TIONSTECHNIK

Von Prof. Dr. Anneliese **Krauβ**, Leipzig
1993. 222 S., 427 z. T. farb. Abb., geb.
DM 148,-

Inhalt: Sogenannte kleine Operationen •
Geburtshilfliche Operationen • Große
gynäkologische Operationen: Abdominale
Operationen • Vaginale Operationen •
Kombinierte, abdominal-vaginale Opera-
tionen • Gelegentliche chirurgische bzw.
urologische Operationen

Aufgebaut auf jahrzehntelangen prakti-
schen Erfahrungen hat die Autorin eine
gynäkologisch-geburtshilfliche Operations-
lehre speziell für die fachärztliche Aus- und
Weiterbildung zusammengestellt. Optimale
Ansprüche auf eine schnelle und gekonnte
Operation stehen dabei im Vordergrund,
sobald die sorgsam abgewogene Entschei-
dung für eine Operation an sich getroffen
worden ist.

 **GUSTAV
FISCHER**