

Sexuologie

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

Inhalt

- | Originalarbeiten | Zur Diskussion |
|--|---|
| 215 Wandel der Sexualstörungen in ihren Erscheinungsformen und Therapieansätzen
<i>H. Csef</i> | 254 Die unsichere Position der Libido in einer Persönlichkeitsentwicklung zwischen «Gewalt» und «Aggressivität»
<i>A. Hirschelmann, H. Sztulman</i> |
| 228 Lebensqualität hypogonadaler Männer unter Testosteronsubstitutionstherapie
<i>R. Oberpenning, F. Oberpenning, F. A. Muthny, E. Nieschlag</i> | Aktuelles |
| 248 Stimmverändernde Maßnahmen bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen - Kriterien für die sozialmedizinische Begutachtung
<i>W. Uphaus, D. Banaski</i> | 266 Veranstaltungskalender |
| | 270 AIDS in der Bundesrepublik Deutschland
Titel und Inhalt zu Band IV |

Anschrift der Redaktion:

Priv.-Doz. Dr. med. H. A. G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel, Tel.: 0431/5 97-36 50 (Fax: -3612)

IMPRESSUM

Verlag: Gustav Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, PF 100 537 D-07705 Jena, Telefon (03641) 626-3; Fax (03641) 62 65 00; e-mail: office.j@gfischer.de

Anzeigenannahme und -verwaltung: Gustav Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, Anzeigenleitung: Sabine Schröter, PF 100 537, D-07705 Jena

Telefon (03641) 62 64 28, Fax (03641) 62 64 21

Zur Zeit gilt die Anzeigen-Preisliste vom 01.02.1997.

Abonnementsverwaltung und Vertrieb: SFG-Servicecenter Fachverlage GmbH,

Zeitschriftenvertrieb: Barbara Dressler, Villengang 2, 07745 Jena,

Telefon (03641) 62 64 44, Fax: (03641) 62 64 43

Bezugshinweise: Das Abonnement gilt bis auf Widerruf oder wird auf Wunsch befristet.

Die Lieferung der Zeitschrift läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 31.10. eines Jahres abbestellt wird.

Erscheinungsweise: Zwanglos, 1 Band mit 4 Heften.

Abo-Preise 1997: 138,- DM/1008,- ÖS/132,50 SFr (zzgl. Versandkosten); Einzelheftpreis 41,- DM/299,- ÖS/39,50 SFr;

Vorzugspreis für persönliche Abonnenten 86,- DM.

Folgende Kreditkarten werden zur Zahlung akzeptiert: Visa/Eurocard/Mastercard/American Express (bitte Kartennummer und Gültigkeitsdauer angeben).

Bankverbindung:

Deutsche Bank AG Jena, Konto-Nr. 6 284 707, BLZ 820 700 00;

Copyright: Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages.

Satz: dtp-Satz Ralf Bogen, Stuttgart

Druck: Gulde-Druck GmbH, Tübingen

Diese Zeitschrift wird ab Band III, Heft 1 (1996) auf elementar chlorfreiem, pH-Wert neutralem, alterungsbeständigem Papier gedruckt.

Printed in Germany

© 1997 Gustav Fischer Verlag

Abstracted/Indexiert in:

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

Wandel der Sexualstörungen in ihren Erscheinungsformen und Therapieansätzen

The Change of sexual disorders in its clinical features and therapeutic options

H. Csef

Zusammenfassung

Während der beiden letzten Jahrzehnte ist ein fundamentaler Wandel im Sexualverhalten und bei den Sexualstörungen feststellbar. Money (1994) beschrieb drei charakteristische Feldzüge gegen die sogenannte sexuelle Revolution: Die Viktimologie-Kampagne, den Feldzug zur Wiederherstellung traditioneller moralischer Haltungen und den Feldzug gegen die HIV/AIDS-Epidemie. Diese drei Bewegungen sowie veränderte soziodemographische Faktoren und neue Geschlechterrollen wandelten die Beziehungen zwischen Mann und Frau. Heutzutage finden wir ein neues Spektrum von Sexualstörungen. Sexuelle Lustlosigkeit scheint ein neues klinisches Phänomen zu sein. Sie hat ihre Wurzeln in den grundlegend gewandelten Partnerbeziehungen und den Veränderungen der Ehe. Die Therapiekonzepte zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind durch neue somatische Therapieoptionen wie SKAT oder chirurgische Interventionen gekennzeichnet. Psychotherapeutische Therapieansätze sind trotzdem weiterhin sehr bedeutsam. Integrierte und interdisziplinäre Therapiekonzepte sind für die Zukunft sehr sinnvoll, weil sie deutlich bessere Therapieergebnisse ermöglichen.

Schlüsselwörter: Sexualstörungen; Sexuelle Lustlosigkeit; Erektile Dysfunktion; Therapiekonzepte

Abstract

During the last two decades we have found a fundamental change in sexual behaviour and sexual disorders. Money (1994) described three characteristic campaigns against the so-called sexual revolution: the victimology-campaign, the campaign to restore traditional moral attitudes and the campaign against the HIV/AIDS epidemic. These three movements, altered sociodemographic factors and new gender roles changed the relationship of men and women. Nowadays we also find a new spectrum of sexual disorders. Inhibited sexual desire seems to be a new clinical phenomenon. It has its roots in changing conditions of partnership and matrimonial developments. Treatment of erectile dysfunction is characterized by new somatic therapeutic options such as SKAT or surgical techniques. However, psychotherapeutic treatment is nevertheless very important. Integrated and interdisciplinary concepts make sense for better outcome-results in future.

Key words: Sexual disorders; Clinical features; Inhibited sexual desire; Erectile dysfunction; Therapeutic concepts

1. Zeitgenössische Wandlungen der Sexualität

Sexualmedizinische Fragestellungen sind derzeit im Brennpunkt medizinischer Forschung und Krankenversorgung sowie in öffentlichen Diskussionen. In den Medien finden derzeit

Themen wie sexueller Mißbrauch oder Sexualstraftaten ebenso große Beachtung wie Sexualstörungen und neue sexuelle Lebensformen. In der medizinischen Krankenversorgung begegnen uns neue diagnostische und therapeutische Techniken in Gynäkologie und Urologie. Sie reichen von den vielfältigen Verfahren der Reproduktionsmedizin bis hin zu somatischen Therapieverfahren, wie z. B. die Schwellkörperautoinjektions-Therapie (SKAT). Von der psychologischen Seite her hat der "Psychoboom" schon lange zu einem forcierten Interesse an sexuellen Fragen geführt. Es ist deshalb mehr als berechtigt, daß die deutsche "Akademie für Sexualmedizin" eine Initiative zur Zusatzbezeichnung "Sexualmedizin" startete (Vogt et al 1995). Angesichts des zunehmenden europäischen Einigungsprozesses hat die deutsche sexualmedizinische Forschung und Weiterbildung einen Nachholbedarf, zumal in anderen europäischen Ländern seit vielen Jahren anerkannte universitäre Ausbildungsgänge für Sexualmedizin bestehen. Die große Herausforderung für die deutsche Sexualmedizin besteht darin, den oben skizzierten grundlegenden Wandlungen in Forschung und Krankenversorgung gerecht zu werden. Money (1994) sieht am Ende des 20. Jahrhunderts eine "massive Gegenreformation", die er als Reaktion auf die emanzipatorischen Errungenschaften der sogenannten sexuellen Revolution auffaßt. Er diagnostizierte drei ideologische Feldzüge:

1. "die Viktimologie-Kampagne, die sich überwiegend dem Kampf gegen ubiquitäre Vergewaltigung, sexuellen Kindesmißbrauch und rituellen Mißbrauch in Satanskulten verschrieben hat".
2. "der Feldzug zur Rettung traditioneller Moralvorstellungen, der gegen Sexualerziehung, Kontrazeption und Abtreibung agitiert, in der irrigen Hoffnung, damit sowohl die Schwangerschaft Jugendlicher als auch die Geburt unehelicher Kinder zu verhindern".
3. "die Kampagne zur Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemie mittels Verhaltensmodifikationsprogrammen" (Money 1994, S. 13).

Diese von Money für die USA als charakteristisch aufgezeigten Grundströmungen prägen derzeit auch die sexuelle Lage in Deutschland. Fast alle Formen gelebter Sexualität – mit Ausnahme einiger Paraphilien – sind auf eine Begegnung und eine Beziehung mit einem anderen Menschen angelegt und angewiesen. Deshalb ist der zeitgenössische Wandel der Sexualität in einem unauflösbaren Zusammenhang mit den aktuellen Beziehungs- und Lebensformen zu sehen (Loewit 1994). Hier haben sich große soziodemographische Veränderungen ergeben, die die zwischenmenschlichen Beziehungen des zeitgenössischen Menschen stark beeinflußt haben.

2. Postmoderne Szenarien

Auf der Basis statistischer Analysen soziodemographischer Daten läßt sich in den letzten beiden Jahrzehnten in den westlichen Ländern folgender Wandel feststellen (Beck & Beck-Gernsheim 1990; Buchholz 1988; Peuckert 1992): Drastisch gestiegen sind die Scheidungsraten, die Zahl außerehelicher Geburten, die Zahl der Kinder, die mit einem Elternteil leben und die Zahl der alleinlebenden Erwachsenen (Singles). Das traditionelle Familienmodell wird immer weniger gelebt, alternative Lebens- und Beziehungsformen ersetzen dasselbe. Beck-Gernsheim (1994) spricht von einer "halbierten Moderne", in der zur Hälfte die sogenannte "postfamiliale Familie" die traditionelle Familie ablöst. Dieser Trend bleibt

nicht ohne Einfluß auf die Mann-Frau-Beziehungen und damit auf die heterosexuellen Partnerbeziehungen (Peuckert 1992). Der Familienforscher Boszormenyi-Nagy (1989) sieht auf dem Hintergrund dieser Veränderungen der zwischenmenschlichen Beziehungen eine zunehmende Desintegration, die zu schwindenden Vertrauensreserven, verantwortungslosem, betrügerischem und ausbeuterischem Verhalten der Erwachsenen den Kindern gegenüber führe. Haag (1990) hob für die Familie des 20. Jahrhunderts folgende Faktoren grundlegenden Wandels hervor:

1. den Untergang des Patriarchats und die Entwicklung eines neuen Selbstverständnisses der Frauen,
2. die Lockerung der Generationsschranken und damit einhergehend eine Liberalisierung des Erziehungsstiles und
3. die Verlagerung traditioneller familiärer Aufgaben in öffentliche Institutionen.

Der englische Soziologe Anthony Giddens (1993) erkennt in den neuen Sexualverhältnissen eine Beziehungsform, die er "reine Beziehung" nennt. Zunehmend bestünde die Tendenz, sexuelle Beziehungen nur um ihrer selbst willen und zur Befriedigung der Bedürfnisse einzugehen. Das wechselseitige Wohlfühlen sei das entscheidende Kriterium, und darin sei sie "puristisch". Andere traditionelle Einflüsse wie z. B. institutionelle Einflüsse, Besitz, materielle Aspekte oder moralische Dimensionen treten stattdessen in den Hintergrund. Die geltende Moral dieser "reinen Beziehung" sei eine Interaktionsmoral. Solange die Interaktion zu Wohlbefinden und Bedürfnisbefriedigung beider Beziehungspartner führt, hat sie eine gewisse Stabilität. Hierin liegt aber auch ihre enorme Gefährdung, denn Frustration, Enttäuschung, Resignation oder Schicksalsschläge wie z. B. Krankheiten können die Beziehung belasten oder zerstören. Die Philosophie der Postmoderne und ihr prominenter soziologischer Vertreter Jürgen Habermas haben die "neue Unübersichtlichkeit" (1985) und die postmoderne Beliebigkeit als zentrale Charakteristika moderner Beziehungsformen beschrieben. Das postmoderne Credo "anything goes" führt bei aller Toleranz für andere Lebensformen zu einer Orientierungs- und Sinnkrise (Csef 1997a). Weil übergeordnete Orientierungen und Fixpunkte fehlen, sind Partnerbeziehungen heutzutage stark überfordert, sie müssen sich aus sich selbst heraus tragen und bewähren sowie zahlreiche emotionale Funktionen erfüllen (Schmidt 1995). In seinen neueren Betrachtungen zum "kulturellen Wandel der Sexualität" beschreibt Sigusch (1996) eine schillernde Vielfalt bis hin zur Belanglosigkeit. Die von ihm beschriebenen Gestalten nennt er "moderne Repräsentanten des Anteros" oder die Figuren des Anti-Sex, die dem "heiligen Eros" (G. Bataille 1963) den Todesstoß zu versetzen drohen:

"Die diskursiven Figuren des Anteros begleiten uns jeden Tag und überall. Zählen wir einige auf: Der sexistische Mann. Der gewalttätige Mann. Die lustlose Frau. Der physisch oder psychisch abwesende Vater. Die zuviel oder zuwenig liebende Mutter. Das sexuell mißbrauchte Kind. Das sozial asymmetrische Paar. Der Single. Der transsexuelle Geschlechtsvollzieher. Der präventionsgerechte Schwule. Das gesegnete gleichgeschlechtliche Paar. Der selbstverliebte Antianalysand. Der medial Sexsüchtige. Der elektronisch zerstreute Perverse. Der futuristische Cybersexer. Wahrlich ein posthegelianischer Aufklärungsstrupp, der dem ewigen Eros ein falbes Grauen bereitet, lebte er" (Sigusch 1996, S. 18).

Hartmann (1996) hat diese pessimistischen Beschreibungen einer berechtigten Kritik unterzogen, kam doch Sigusch zu nihilistischen Schlußfolgerungen wie: "Sexuelles Tun....

ist im Grunde eine Sache, die mehr Unglück bereitet als Glück" (S. 27) oder "Alle Intimbeziehungen, die heute kursieren, tragen die Maske des falschen Glücks...", schließlich: Sexualität "war immer, von Momenten abgesehen, häßlich, leidvoll, erstarrt" (S. 29). Erfreulicherweise äußern sich zeitgenössische Menschen in Umfragen über das Erleben ihrer Sexualität optimistischer und zufriedener.

3. Neue Formen sexuellen Leidens? – Wandel in der Phänomenologie sexueller Störungen

Alle ernstzunehmenden Studien zur Prävalenz sexueller Störungen zeigen deutlich einen Wandel in den Erscheinungsbildern. Das Krankheitsspektrum hat sich offensichtlich geändert, es kam quasi zu einem Panoramawandel der sexuellen Leiden. Dieser Wandel der klinischen Erscheinungsformen betrifft viele Störungsbilder. Die Symptome Lustlosigkeit, Geschlechtsidentitätsstörungen und Transsexualismus haben in klinischen Stichproben zugenommen (Bosinski 1994, 1996; Pfäfflin 1993, 1997). Die sexuelle Liberalisierung hingegen führte dazu, daß in klinischen Einrichtungen und Sexualberatungsstellen die Häufigkeit der Perversionen – nach DSM IV Paraphilien genannt – als Inanspruchnahmegrund abgenommen hat (Beier 1996 b). Die Ergebnisse der Sexualberatungsstelle der Abteilung für Sexualforschung an der Universität Hamburg soll einen ersten Einblick vermitteln. Die Veränderungen des Erscheinungsbildes sexueller Probleme in den vergangenen zwei Jahrzehnten zeigen folgendes Bild (vergl. Tabelle 1):

Tab. 1: Veränderungen des Erscheinungsbildes sexueller Probleme in den letzten zwei Jahrzehnten. Ergebnisse der Sexualberatungsstelle der Abteilung für Sexualforschung an der Universität Hamburg (nach G. Schmidt 1996)

Frauen	1975-77 (N=384)	1992-94 (N=251)
Lustlosigkeit	8%	58%
Erregungs-und Orgasmusstörungen	80%	29%
Vaginismus	12%	13%
Männer	1975-77 (N=431)	1992-94 (N=349)
Lustlosigkeit	4%	16%
Erregungsstörungen	67%	63%
vorzeitigeEjakulation	23%	19%
ausbleibendeEjakulation	6%	3%

Im Verlauf von 20 Jahren sind in der klinischen Stichprobe einer Inanspruchnahme – Klientel die Prävalenzraten für Vaginismus bei der Frau sowie für Erektionsstörungen und Ejakulationsstörungen beim Mann relativ konstant geblieben. Insgesamt ergaben sich im Spektrum der klinischen Erscheinungsbilder bei den Männern weniger deutliche Veränderungen. Sehr auffallend erscheinen jedoch die Zahlen bei der Frau, die offensichtlich interpretationsbedürftig und diskussionswürdig sind. Die Erregungs- und Orgasmusstörungen haben danach von 80 % auf 29 % abgenommen, während im gleichen Zeitraum das “neue sexuelle Leiden” der Lustlosigkeit von 8 % auf 58 % zugenommen haben soll. Der Beschwerdekomples “Lustlosigkeit“ habe zwar auch bei den Männern von 4 % auf 16 % zugenommen, erscheint aber weniger gravierend, zumal weiterhin die Erektions- und Ejakulationsstörungen deutlich dominieren. Zur Interpretation dieser Befunde erscheinen zwei Fragen interessant:

1. Werden diese Zahlen durch Untersuchungen an anderen klinischen Stichproben bestätigt oder eher in Frage gestellt?
2. Könnte es sich möglicherweise um neue Beurteilungskriterien und neue Bedeutungszuschreibungen handeln?

Die Multicenter-Studie von Mears (1978) berichtet über allgemeine sexuelle Lustlosigkeit bei etwa 50 % der Frauen und 10 % der Männer (Inanspruchnahmepatienten). Die kürzlich publizierte Massachusetts Male Aging Study (MMAS), die an einer repräsentativen nicht-klinischen Stichprobe durchgeführt wurde, ergab, daß insgesamt rund 50 % der Männer zwischen 40 und 70 Jahren eine gering ausgeprägte erektile Dysfunktion und 9,6 % eine komplette Erektionsstörung hatten (Feldmann 1994). In einer normalen gynäkologischen Inanspruchnahme-Klientel fand Raboch (1994) eine Häufigkeit der weiblichen Anorgasmie von 10 %. Insgesamt wird in sexualmedizinischen Publikationen bei nicht-sexualmedizinischen Stichproben von einer Prävalenz von 5-10 % ausgegangen (Vogt et al 1995). Die Zahlen der Hamburger Sexualberatungsstelle der Abteilung für Sexualforschung werden also weitgehend durch andere Untersuchungen bestätigt. Diskussionswürdig erscheint die Frage, ob es zu einer Verschiebung in den Beurteilungskriterien und Bedeutungszuschreibungen kam. Entsprechend der international verbindlichen Klassifikationsschemata ICD 10 und DSM IV (APA 1994) werden sexuelle Funktionsstörungen auf 3 Ebenen beschrieben: 1. Appetenzstörungen, 2. Erregungsstörungen, 3. Orgasmusstörungen. Die sexuelle Lustlosigkeit würde danach als Appetenzstörung klassifiziert und betrifft damit die erste Phase des sexuellen Reaktionszyklus. Es wäre durchaus vorstellbar, daß Beschwerdeschilderungen von Frauen, die früher als Orgasmusstörungen eingeordnet wurden, heute unter der Chiffre “Lustlosigkeit” betrachtet werden. Pfäfflin (1997, S. 295) vermutet, “daß sich sowohl bei den Patientinnen als auch bei den Therapeuten und Therapeutinnen einer großstädtischen westdeutschen Beratungsstelle ein Symptom-, ein Wahrnehmungs- und/oder ein Bewertungswandel vollzogen hat.” Im folgenden werden zwei Krankheitsbilder näher untersucht, bei denen der Wandel im zeitlichen Verlauf besonders deutlich wird:

1. Sexuelle Lustlosigkeit als möglicherweise “neues Phänomen”, womöglich als zeitgenössische “Modekrankheit”.
2. Die erektile Dysfunktion des Mannes, die zwar in den Prävalenzraten relativ konstant erscheint, bei der sich jedoch grundlegende Veränderungen hinsichtlich der ätiologischen Vorstellungen und der praktizierten Therapieansätze ergeben haben.

4. Sexuelle Lustlosigkeit – ein neues Phänomen?

Es ist unverkennbar: eine Flut sexualwissenschaftlicher Untersuchungen zum Thema "sexuelle Lustlosigkeit" taucht in den letzten Jahren plötzlich auf. Ein Blick in zwei kürzlich erschienene und vielzitierte Bücher – den Sammelband von Sigusch (1996) und das Buch "Liebe & Sex" von Miketta & Tebel-Nagy (1996) – bekräftigt diesen Eindruck. Während früher in sexualwissenschaftlichen Abhandlungen häufig vorkommende dynamische Begriffe wie Angst, Aggressivität oder Konflikt selten vorkommen oder im Stichwortverzeichnis gar nicht erscheinen, geistert die Chiffre "Lustlosigkeit" durch zahlreiche Kapitel und wird entsprechend häufig genannt. Dabei ist "Lustlosigkeit" ein schwer faßbarer und hinsichtlich der Beziehungsdynamik zwischen Mann und Frau fast unpersönlicher Begriff. Angst und Aggressivität sind meist auf einen Beziehungspartner bezogen und haben einen situativen Sinn. Wie ist es aber mit der Lustlosigkeit? Es fehlt schlicht etwas. Ein "Mangelzustand" wird festgestellt. Die neuen Schlagworte wie "Lustlosigkeit" oder "Lustkiller Streß" sind wie ein Nebel in der neuen Beziehungslandschaft, in dem die Betroffenen ahnungslos stochern.

Die oben aufgeführte Tabelle 1 bringt zum Ausdruck, daß es sich offensichtlich bei der sexuellen Lustlosigkeit um ein geschlechtsspezifisches Phänomen handelt. Es betrifft Frauen weit umfassender als Männer, auch wenn es bei beiden Geschlechtern zunehmend auftaucht. Entsprechend wird der wissenschaftliche Diskurs zu diesem Thema auch überwiegend von Frauen geführt. Die große Zahl der bereits vorgelegten Analysen zum "neuen Sexualleiden" der Lustlosigkeit stammt also überwiegend aus der Feder von Frauen (Lange 1994; Hauch 1994; Brückner 1990; Tiefer 1995; Linsenhoff 1995; von Sydow 1996). Ein wesentlicher Faktor, der in fast allen Untersuchungen zu diesem Thema auftaucht, ist die Aussage, daß Männer und Frauen in der Sexualität sehr unterschiedliche Wünsche und Bedürfnisse haben. Diese "Bedürfnisdiskordanzen" gefährden die sexuelle Zufriedenheit und damit die erlebbare Lust (Schnabl 1995). Es kommen jedoch zahlreiche andere Phänomene hinzu: spezifische Ängste zwischen Mann und Frau, verändertes Rollenverhalten, Folgen von Emanzipation und sexueller Gewalt und schließlich die Gesamtheit der bereits oben genannten zeitgenössischen Veränderungen in den Beziehungen zwischen Mann und Frau. Aus männlicher Sicht haben sich in jüngster Zeit besonders Schmidt (1996), Sigusch (1996) und Starke (1996) mit dem Phänomen der sexuellen Lustlosigkeit auseinandergesetzt. Schmidt stellte hierzu folgende 4 Thesen auf:

1. "Die Emanzipation schafft den Freiraum für Lustlosigkeit".
2. "Moderne Beziehungsstrukturen machen die natürliche Lustlosigkeit unerträglich".
3. "Nichts ist ungewisser als der Wunsch, hinter der Wucherung seiner Gestalten (Baudrillard 1992). Prosaischer: Die Sexualisierung, also die Bilder von und die Geschichten über Sexualität um uns herum, verspiegelt etwas Dahinterliegendes: die Entdramatisierung des Triebes, die Banalisierung des Sexuellen, die fortschreitende Rationalisierung und Bändigung der Sexualität, das Verschwinden der Wünsche."
4. "Die Tabuisierung der aggressiven Dynamik der Sexualität erstickt Erotik und Leidenschaft." (Schmidt 1996, S. 189-190).

Sexuelle Lustlosigkeit ist oft mit erlebter Angst und Vermeidungsverhalten verbunden. In der ICD-10 Klassifikation wird sie unter Ziffer F52.0 als "Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen" eingeordnet, in DSM IV unter Ziffer 302.71 als "Störung mit

verminderter sexueller Appetenz". Der Beschwerdekomples "sexuelle Lustlosigkeit – Hemmung der sexuellen Lust – Sexualaversion, Angst, Phobie und Vermeiden" wurde schon seit Jahrzehnten in einem inneren Zusammenhang gesehen. Ein Meilenstein hierzu war die Monographie der Sexualforscherin Helen Singer Kaplan mit dem Titel "Disorders of sexual desire" (1979), in der deutschen Übersetzung: "Hemmungen der Lust" (1981). In ihrem Nachfolgewerk "Sexualaversion, sexuelle Phobien und Paniksyndrome" (1988) wurde die psychodynamische Bedeutung der Angst bei der Symptombildung noch stärker fokussiert. Auch Starke (1996) deutet in einer neueren Untersuchung das Phänomen "Lustlosigkeit" als Ausdruck gesteigerter und unbewältigter Ängste: Angst sei der bedeutendste "Anti-Lustfaktor". Zusätzlich zu den partnerbezogenen Ängsten sieht er die Angst in ihrer kollektiven Dimension: die Sexualängste seien eingebettet in globale Ängste wie Zukunftsangst, Angst vor Umweltzerstörung oder Angst vor Arbeitslosigkeit (Csef 1993). Das Leiden an der sexuellen Lustlosigkeit eines Paares kann immer Krise und Chance bedeuten. In ihr liegt die Chance für einen Neubeginn, sei es im Rahmen vertiefter Gespräche zwischen den Partnern oder im Rahmen einer Sexual- oder Paartherapie. Sexuelle Lustlosigkeit als behandlungsbedürftige "Appetenzstörung" kann durch die vielen etablierten Methoden der Sexualtherapie "geheilt" werden (Übersicht bei Strauß 1997). Weig (1996) legte ein Gruppenkonzept vor, das die sexuelle Zufriedenheit von Paaren deutlich bessern kann. Erste Evaluationsergebnisse zeigen erfolversprechende Effekte. Positive Erfahrungen zur Besserung sexueller Lustlosigkeit wurden auch mit Gruppenprogrammen gemacht, an denen ausschließlich Frauen teilnahmen (Heiser & Christoff 1994). Angesichts der zunehmenden Sprachlosigkeit der Partnerbeziehungen darf der "kommunikative Aspekt der Sexualität" (Loewit 1978) nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die sexuelle Lustlosigkeit imponiert in besonderer Weise als Beziehungsphänomen. Im Gegensatz zur erektilen Dysfunktion, bei der zahlreiche somatische Faktoren eine Rolle spielen, verweist die sexuelle Lustlosigkeit intensiv auf die Quellen des sexuellen Begehrens in der Partnerbeziehung (Vandereycken 1987). Eine sinnvolle Frage wäre auch: "Worauf besteht keine Lust? Worauf hätte man sehr wohl Lust, verbände es aber nicht mit Geschlechtsverkehr?" (Loewit 1994). Der Neubeginn und der Weg zu neuer sexueller Lust – gerade in langfristigen, festen Partnerbeziehungen – dürfte nur über Kommunikation, Begegnung und Sprache möglich werden. Diese kann sprachlicher Dialog ebenso sein wie die Körpersprache (Loewit 1992). Zentrale Themen dürften hierbei nicht nur sexuelle Wünsche und Begehren sein, sondern emotionale Bedürfnisse, wechselseitiges Verstehen, Kommunikation, Dialog – und nicht zuletzt: das wechselseitige Entdecken neuer Reize.

5. Neue Wege in Diagnose und Therapie der erektilen Dysfunktion

Innerhalb der funktionellen Sexualstörungen ist die erektile Dysfunktion das Krankheitsbild, bei dem sich in Diagnose und Therapie in den letzten Jahrzehnten die größten Veränderungen vollzogen haben. Pfäfflin (1997) hat diesen Wandel wie folgt treffend zusammengefaßt: "Hatte man in den 70er Jahren noch bis zu 95 % der sexuellen Funktionsstörungen als ausschließlich oder überwiegend psychogen eingeschätzt, fanden sich ab Anfang der 90er Jahre annähernd entsprechende Prozentsätze für die angeblich somatische Verursachung der Erektionsstörungen" (Pfäfflin 1997, S. 297). Stief et al (1987) nehmen an, daß nur etwa 15 % der Erektionsstörungen rein psychogen bedingt seien. Grund

für diese Neueinschätzungen sind verbesserte apparative Möglichkeiten (z. B. Pharmako-Farbdoppler-Sonographie), die vaskuläre Faktoren nachweisen können, die sich bisher dem diagnostischen Zugriff entzogen (Csef 1997b). Nervale Läsionen oder Gefäßveränderungen bei Diabetes mellitus und Arteriosklerose sind als Ursache für Erektionsstörungen schon lange bekannt. Die Liste der Medikamente, die die männliche Erektion beeinträchtigen können, wird immer länger. Sie reicht von Antihypertensiva über Psychopharmaka bis hin zu Chemotherapeutika und Hormonen (neuere Übersichten von Buffum 1992; Rosen 1991; Pfeiffer & Kockott 1992). Bei der Behandlung der männlichen Erektionsstörungen (erektiler Dysfunktion) stehen prinzipiell vier Therapieansätze zur Verfügung:

- Psychotherapeutische Interventionen (psychodynamische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, übende Sexualtherapie oder Paartherapie)
- Schwellkörperautoinjektionstherapie (SKAT)
- Vakuumerektionshilfen ("Vakuumsaugpumpe")
- Implantation einer Penisprothese

Durch den vermehrten Einsatz von "technischen Lösungsversuchen" hat die psychodynamische Bedeutung der Angst in keinsten Weise abgenommen. Stattdessen hat sich das Angstspektrum entsprechend der neuen Situation gewandelt. Frühere Ängste haben abgenommen, neue Ängste sind hinzugekommen (Csef 1986a,b; 1997c). Bestimmte Männer mit Erektionsstörungen können eine grundlegende Angstreduktion erfahren, wenn sie eine "technische Bewältigung" angeboten bekommen und diese auch "funktioniert". Die nicht selten bestehenden partnerbezogenen Ängste werden jedoch meist durch SKAT, Penisprothese oder Saugpumpe nicht automatisch bewältigt. Zudem können neue Ängste auftreten, z. B. Ängste durch Komplikationen und Nebenwirkungen sowie Ängste vor negativen Reaktionen der Partnerin auf die eingesetzten Hilfsmittel. Der anfängliche therapeutische Optimismus der SKAT-Methode wurde durch neuere großangelegte urologische Studien getrübt, in denen sich ergab, daß die Drop-out-Rate nach einem Jahr bei 20-50 % liegt (Althof et al, 1992, Virag et al 1991). In diesen Untersuchungen zeigte sich, daß im Langzeitverlauf die Akzeptanz der Partnerin eine große Rolle spielt. Zamel (1994), Schmidt (1995), Sigusch (1996) und Pfäfflin (1997) haben die Technisierung und Instrumentalisierung der Sexualität insbesondere bei der Behandlung der erektilen Dysfunktion einer berechtigten Kritik unterzogen. Für die Zukunft wäre eine verstärkte Einbeziehung partnerbezogener Ängste und der Beziehungsdynamik im Behandlungsprozeß sehr wünschenswert (Csef 1995, 1997b). Dies dürfte den männlichen Patienten und ihren Partnerinnen sehr guttun. Die Einbeziehung der Partnerin in den Behandlungsprozeß ist aus diagnostischen und therapeutischen Gründen sehr sinnvoll (Schwarzer et al 1992). Auch hier gilt die Lebensweisheit: Kooperation ist besser als Konfrontation! Sehr bedeutsam erscheint es, die interaktionellen Aspekte der erektilen Dysfunktion zu berücksichtigen (Eicher 1978; Zimmer 1987; Pfäfflin 1997). Schon bei der Anamnese, und noch bedeutsamer im späteren Behandlungsprozeß, erscheint die Frage bedeutsam: Welche interaktionelle Funktion, welchen Sinn und welche Bedeutung hat die erektiler Dysfunktion für die Partnerbeziehung? Beier (1994) hat sehr anschaulich aufgewiesen, daß das Symptom der erektilen Dysfunktion eine wichtige Funktion der "Persönlichkeitsstabilisierung" haben kann. Sie ist dann ein wichtiger Schutzmechanismus und hat eine protektive Funktion. Intrapsychische und interaktionelle Funktionen und Bedeutungen des Symptomes erektiler Dysfunktion müssen deshalb im Behandlungsprozeß unbedingt beachtet werden, weil sie großen Einfluß auf die

therapeutische Effizienz haben (Outcome-Kriterien). Integrative und psychosomatisch orientierte Therapiekonzepte können diesen Anspruch am ehesten einlösen (Langer & Hartmann 1992).

6. Plädoyer für integrierte Therapiekonzepte und interdisziplinäre Kooperation

In der klinischen Versorgungspraxis findet nur ein geringer Teil der Männer oder Frauen mit Sexualstörungen den direkten Weg zum Psychotherapeuten. Die erste Symptomschilderung findet in den häufigsten Fällen beim Hausarzt, beim Frauenarzt oder Urologen statt. Das Überweisungsverhalten des jeweiligen Facharztes zu einem Psychotherapeuten bei gegebener Indikation für eine Psychotherapie zeigt eine hohe Geschlechtsspezifität. Bei Frauen mit Sexualstörungen erfolgt die Überweisung zum Psychotherapeuten meist früher, da innerhalb der Gynäkologie die organische Ausschlußdiagnostik und somatische Therapieversuche nicht im gleichen Umfang zur Anwendung kommen wie in der Urologie. Bei der erektilen Dysfunktion läßt sich zeigen, daß sich die Patienten in einem längeren Prozeß der somatischen Diagnostik befinden und dann beim Urologen medikamentöse (z. B. SKAT) oder andere somatische Therapieversuche (z. B. Operation) erfolgen. Die Frage der Integration einer psychotherapeutischen Behandlung (z. B. Übende Sexualtherapie oder Paartherapie) wird oft nur dann gestellt, wenn sich keinerlei Hinweise für eine organische Ursache ergeben haben. Eine frühzeitige Einbeziehung des Sexualpartners in therapeutische Gespräche hat sich jedoch als äußerst sinnvoll erwiesen (Schwarzer et al 1992; Althof et al 1992). Empirische Untersuchungen ergaben, daß psychotherapeutische Verfahren auch bei jenen Formen der erektilen Dysfunktion positive Ergebnisse zeigen, bei denen organische Ursachen nachgewiesen wurden (Langer & Hartmann 1992). Meist handelt es sich um ein komplexes Ursachenbündel mit sehr heterogenen ätiologischen Faktoren.

Die Notwendigkeit interdisziplinärer Kooperation und integrierter Therapiekonzepte soll am folgenden Fallbeispiel demonstriert werden:

Ein 41-jähriger Patient mit sexuellen Funktionsstörungen kommt auf Überweisung des behandelnden Internisten in die psychotherapeutische Sprechstunde. Vor 1 ½ Jahren hat er "wie aus heiterem Himmel" einen Herzinfarkt erlitten, obwohl er sich bis zu diesem Zeitpunkt überhaupt nicht herzkrank fühlte. An Risikofaktoren für eine koronare Herzerkrankung ist lediglich eine seit 10 Jahren mit Betablockern behandelte essentielle Hypertonie bekannt. Nach der Akutbehandlung des Herzinfarktes bemerkte der Patient Erektionsstörungen. Die behandelnden Ärzte führten dies auf die Betablocker-Therapie zurück, obwohl der Patient denselben Betablocker bereits 5 Jahre eingenommen hatte, ohne daß es zu Nebenwirkungen der Sexualfunktion gekommen wäre. Auf Drängen des Patienten erfolgte die Vorstellung bei einem Urologen. Mittlerweile war es zu einem Symptomwandel von der Erektionsstörung zu einer Ejaculatio praecox gekommen. Der Urologe verordnete zuerst Yohimbin-Präparate, später Salben mit Lokalanästhetika, um die Ejakulationsstörung zu beeinflussen. Das noch recht junge und sexuell aktive Ehepaar war durch den ständigen Wechsel und die Erfolgslosigkeit der Therapiekonzepte zunehmend verunsichert. Wegen unangenehmer Effekte der vom Urologen verordneten Salbe verweigerte die Ehefrau zunehmend den Geschlechtsverkehr. Unsicherheit, nervöse Gereiztheit und Ohnmacht des Ehepaares nahmen von Monat zu Monat zu und führten schließlich zur psychotherapeutischen Erstkonsultation. Nach ausführlicher Sexualanamnese und Bedin-

gungsanalyse erfolgte eine tiefenpsychologisch orientierte Paartherapie. Dabei wurden bereits vor der Manifestation der Sexualstörung bestehende Partnerprobleme (Mangel an Zärtlichkeit) ebenso deutlich wie in der Zeit nach dem Herzinfarkt auftretende körperbezogene Ängste, Leistungsdruck, Versagensängste und Erwartungsängste. Die Verarbeitung des Herzinfarktes und vom Patienten bislang unausgesprochene Ängste (Angst vor Infarkt beim Geschlechtsverkehr) spielten eine zentrale Rolle im Therapieprozeß. Zärtlichkeitsfördernde Partnerübungen im Intervall zwischen den Paargesprächen, sprachlicher Austausch über Gefühle und Wünsche sowie Angstbewältigung waren wesentliche Wirkfaktoren im Behandlungsverlauf. Die Paartherapie führte zu einer Normalisierung der Sexualfunktion. In der initialen Behandlungsphase war die interdisziplinäre Kooperation und ein Austausch der beteiligten Ärzte (Psychotherapeut, Urologe, Kardiologe, Hausarzt) von entscheidender Bedeutung. Die gemeinsame Übereinkunft aller beteiligten Ärzte, die medikamentösen Therapieversuche der Sexualstörung abzusetzen, förderte die Compliance. Die Abkehr von einer somatisch fixierten Sichtweise eröffnete den Zugang zur Partnerdynamik und zu den durch den Herzinfarkt induzierten Ängsten. Mit der Besserung der Sexualstörung konnte auch der weiterhin verordnete Betablocker wieder positiv "besetzt" werden. Aus dem Feind und Übeltäter wurde wieder ein "lebenserhaltendes Medikament".

Die Trennung von Organogenese und Psychogenese ist für die klinische Praxis wenig hilfreich (Pfäfflin 1997; Eicher 1978; Schwarzer et al 1992). Selbst dann, wenn sich positive Hinweise auf medikamentöse, vaskuläre, nervale oder andere somatische Entstehungsbedingungen der erektilen Dysfunktion ergeben, können trotzdem psychische Faktoren bei der Symptombildung und im Verlauf eine große Rolle spielen. Entsprechend kann eben in diesen Fällen eine Indikation für eine begleitende Psychotherapie gegeben sein. Langer & Hartmann (1992) konnten zeigen, daß insbesondere bei Anwendung der SKAT-Methode begleitende Psychotherapie in einem psychosomatischen Gesamtkonzept sinnvoll ist. Integrierte Therapiekonzepte und die interdisziplinäre Kooperation von Psychosomatikern, Urologen und Gynäkologen haben sich in der Praxis bewährt. Interdisziplinarität und Kooperation erweisen sich so als konstruktive und effektive Therapiestrategien!

Literatur

- Althof, S.; Turner, L.; Levine, S.; Bodner, D.; Kursh, E.; Resnick, M. (1992): Through the eyes of women: The sexual and psychological responses of women to their partner's treatment with self-injection or external vacuum therapy. *J Urol* 147: 1024-1027
- APA, American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association
- Bataille, G. (1963): *Der heilige Eros*. Neuwied; Berlin: Luchterhand
- Baudrillard, J. (1992): *Von der Verführung*. München: Matthes & Seitz
- Beck, U., E. Beck-Gernsheim (1990): *Das ganz normale Chaos der Liebe*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Beck-Gernsheim, E. (1994): Auf dem Weg in die postfamiliale Familie. Von der Notgemeinschaft zur Wahlverwandtschaft. In: Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.), *Risikante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp,
- Beier, K. M. (1994): Zur persönlichkeitsstabilisierenden Bedeutung von sexuellen Funktionsstörungen. *Sexuologie* 1: 175-181
- Beier, K. M. (1996 a): Sexuelle Funktionsstörungen nach dem DSM-IV. *Sexuologie* 3: 35-46

- Beier, K. M. (1996 b): Paraphilien nach dem DSM-IV. *Sexuologie* 3: 155-165
- Bosinski, H. A. G. (1994): Zur Klassifikation von Geschlechtsstörungen bei Männern. *Sexuologie* 1: 195-211
- Bosinski, H. A. G. (1996): Nosologie der Geschlechtsidentitätsstörungen – Historischer Hintergrund und aktuelle Klassifikationssysteme. *Sexuologie* 3: 92-105
- Boszormenyi-Nagy, I. (1989): Transgenerationelle Solidarität: Therapie und Prävention in einem erweiterten Kontext. *Psychother Med Psychol* 39: 433-443
- Brückner, M. (1990): Zwischen Kühnheit und Selbstbeschränkung. Von der Schwierigkeit weiblichen Begehrens. *Z Sexualforsch* 3: 195-217
- Buchholz, M. B. (1988): Die Antifamilie-Familien: Neue Konfliktzumutungen an alternative Lebensformen. *Psychosozial* 11: 103-116
- Buffum, J. (1992): Prescription drugs and sexual function. *Psychiat Med* 10: 181-198
- Csef, H. (1986a): Sexualstörungen. Was Angst anrichten kann. *Sexualmedizin* 15: 572-574
- Csef, H. (1986b): Sexualstörungen und Angst. In: Vogt, H.-J.; Herms, V.; Fischer W. (Hrsg.) *Praktische Sexualmedizin. Referate und Diskussionen der 10. Fortbildungstage für praktische Sexualmedizin*. Wiesbaden: Medical Tribune, 73-83
- Csef, H. (1993): Angstkrankheiten und neue Formen der Angstlust. *Der Januskopf der Angst. Fundamenta Psychiatrica* 7: 188-193
- Csef, H. (1995): Angst als Motor psychosomatischer Krankheiten. In: Nissen, G. (Hrsg.) *Angsterkrankungen. Prävention und Therapie*. Bern Göttingen Toronto Seattle: Huber, 126-136
- Csef, H. (1997a): Der Zeitgeist und die Frage nach dem Sinn des Lebens. *Existenzanalyse*
- Csef, H. (1997b): Somatoforme Störungen in der Urologie. *Der Urologe [A]* 36: 87-99
- Csef, H. (1997c): Angst als Lustkiller. *Psychodynamik der Angst bei funktionellen Sexualstörungen. Sexualmedizin* 19: 109-112
- Eicher, W. (1978): Interaktionsabläufe der Orgasmudysfunktion. Reaktionen des Partners. *Sexualmedizin* 7: 34-38
- Feldmann, H. A.; Goldstein, I.; Hatzichristou, D. G.; Krane, R. J.; McKinlay, J. B. (1994): Impotence and its medical and psychosocial correlates. Results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urology* 151: 54-61
- Giddens, A. (1993): *Wandel der Intimität. Sexualität, Liebe und Erotik in modernen Gesellschaften*. Frankfurt a. M.: Fischer
- Haag, A. (1990): Ein Beitrag zum Wandel der Familie im 20. Jahrhundert. *Psychother Med Psychol* 40: 351-356
- Habermas, J. (1985): *Die neue Unübersichtlichkeit*. Frankfurt a. M.: Edition Suhrkamp
- Hartmann, U. (1996): Buchbesprechung zu: Sigusch, V. (Hrsg.) *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. *Sexuologie* 3: 246-250
- Hauch, M. (1994): Gewalt in der Liebe. Erfahrungen mit geschlechtsspezifischer Akzentuierung von Gewaltstrukturen in der Beratung und Behandlung heterosexueller Paare. *Z Sexualforsch* 7: 131-141
- Heiser, K.; Christoff, N. (1994): Keine Lust. Therapiegruppe für Frauen mit Störungen des Sexualverlangens. *Sexualmedizin* 16: 44-45 (Teil I), 84-86 (Teil II)
- Kaplan, H. S. (1979): *Disorders of Sexual Desire*. New York: Brunner & Mazel
- Kaplan, H. S. (1981): *Hemmungen der Lust. Neue Konzepte der Psychosexualtherapie*. Stuttgart: Enke
- Kaplan, H. S. (1988): *Sexualaversion, sexuelle Phobien und Paniksyndrome*. Stuttgart: Enke
- Lange, C. (1994): Das Gleiche ist nicht dasselbe. Subversive Elemente der Paartherapie – Settings im Hinblick auf das Geschlechterverhältnis am Beispiel "Lustlosigkeit" *Z Sexualforsch* 7: 52-61
- Langer, D.; Hartmann, U. (1992): *Psychosomatik der Impotenz. Bestandsaufnahme und integriertes Konzept*. Stuttgart: Enke
- Linsenhoff, A. (1995): Kritische Bemerkungen zum therapeutischen Umgang mit der "sexuellen Lustlosigkeit" von Frauen. *Z Sexualforsch* 8: 353-358
- Loewit, K. (1978): Der kommunikative Aspekt der Sexualität. *Sexualmedizin* 7: 971-975
- Loewit, K. (1992): *Die Sprache der Sexualität*. Frankfurt a. M.: Fischer

- Loewit, K. (1994): Kommunikationszentrierte Sexualtherapie: Theorie und Umsetzung. *Sexuologie* 1: 101-112
- Mears, E. (1978): Sexual problems clinics: An assessment of the work of 26 doctors trained by the Institute of Psychosexual Medicine. *Public health (London)* 92: 218-223
- Miketta, G., C. Tebel-Nagy (1996): *Liebe & Sex. Über die Biochemie leidenschaftlicher Gefühle.* Stuttgart: Thieme
- Money, J. (1994): *Sexuologie heute.* *Sexuologie* 1: 12-19
- Peuckert, R. (1992): Ehe und Familie im Modernisierungsprozeß. *Report Psychologie* 8: 19-24
- Pfäfflin, F. (1993): *Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf.* Stuttgart: Enke
- Pfäfflin, F. (1997): Sexuelle Funktionsstörungen, Störungen der Geschlechtsidentität, Deviationen. In: Ahrens, St. (Hrsg.) *Lehrbuch der therapeutischen Medizin.* Stuttgart New York: Schattauer, 293-302
- Pfeiffer, W.; Kockott, G. (1992): Sexualität unter Psychopharmaka. Auswirkungen einer Langzeittherapie bei psychiatrischen Patienten. *Sexualmedizin* 17: 108-116
- Raboch, J.; Raboch, J.; Sindlar M. (1994): Koitale Anorgasmie in der Ehe. *Zbl Gynäkologie* 116: 102-106
- Rosen, R. C. (1991): Alcohol and drug effects on sexual response. *Human experimental and clinical studies.* *Ann Rev Sex Res* 2: 119-179
- Schmidt, G.; Arentewicz, G. (1995): Ursachen. In: Arentewicz, G.; Schmidt, G. (Hrsg.) *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie.* Enke, Stuttgart 4. Aufl., 26-48
- Schmidt, G. (1996): Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen. In: Sigusch, V. (Hrsg.) *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung.* Stuttgart; New York: Thieme, 189-190
- Schnabl, S. (1995): Des einen Lust, des anderen Last. Der partnerschaftliche und therapeutische Umgang mit sexuellen Bedürfnisdiskordanzen. *Sexualmedizin* 17: 82-86
- Schwarzer, J. U.; Kropp, W.; Kockott, G.; Poland, D. (1992): Befragung der Partnerin bei erektiler Impotenz. Ein wichtiges Diagnostikum. *Sexualmedizin* 21: 7-11
- Sigusch, V. (1996a): Kultureller Wandel in der Sexualität. In: Sigusch, V. (Hrsg.) *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung.* Stuttgart; New York: Thieme, 16-31
- Sigusch, V. (1996b): Organogenese sexueller Funktionsstörungen. In: Sigusch, V. (Hrsg.), *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung.* Stuttgart; New York: Thieme, 142-165
- Starke, K. (1996): Wi(e)der das sexuelle Begehren. Gedanken über Lust und Verlangen in der modernen Gesellschaft. *Sexualmedizin* 18: 327-332
- Stief, C. G.; Bähren, W.; Gall, H.; Scherw, W.; Altwein, J.W. (1987): Erektile Dysfunktion. Wandel in Ätiologie, Diagnostik und Therapie. *Deutsches Ärzteblatt* 84: 862-867
- Strauß, B. (Hrsg.) (1997): *Psychotherapie der Sexualstörungen.* Stuttgart: Thieme
- Sydow, K. v. (1996): Die üblichen sexuellen Aktivitäten sind für Frauen oft unbefriedigend. *Psychologie heute* 23: 21-25
- Tiefer, L. (1995): *Sex is not a natural act and other essays.* Boulder; Oxford: Westview Press
- Vandereycken, W. (1987): On Desire, Excitement, and Impotence in Modern Sex Therapy. *Psychother Psychosom* 47: 175-180
- Virag, R.; Shouirkry, K.; Floresco, J.; Nollet, F.; Greco, E. (1991): Intracavernous self-injection of vasoactive drugs in the treatment of inpotence: 8-year experience with 615 cases. *J Urol* 145: 287-293
- Vogt, H.-J.; Loewit, K.; Wille, R.; Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G. (1995): Zusatzbezeichnung "Sexualmedizin" – Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. *Sexuologie* 2: 65-89
- Weig, W. (1996): Erfahrungen mit einem Programm zur Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit. *Sexuologie* 3: 222-231
- Zamel, G. (1994): Wenn die Ohnmacht nicht mehr auszuhalten ist. Wie die Technik die (männliche) Sexualität retten soll. *Z Sexualforsch* 7: 142-150

Zimmer, D. (1987): Der "symptomfreie" Partner in der Sexualtherapie. Die Verteilung der Belastungen und der Therapie-Motivation bei beiden Partnern. In: Gerber, W.-D.; Miltner, W.; Mayer, K. (Hrsg.), *Verhaltensmedizin: Ergebnisse und Perspektiven interdisziplinärer Forschung*. Weinheim: Edition medizin

Anschrift des Autors

Prof. Dr. med. Herbert Csef, Arbeitsbereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Medizinische Poliklinik der Universität, Klinikstraße 8, 97070 Würzburg

Lebensqualität hypogonadaler Männer unter Testosteronsubstitutionstherapie

Quality of life of hypogonadal men under testosterone substitution therapy

R. Oberpenning; F. Oberpenning; F. A. Muthny; E. Nieschlag

Zusammenfassung

Grundbaustein der Therapie von hypogonadalen Männern ist im Regelfall der pharmakologische Ersatz von Sexualhormonen. Psychologische Studien zur Effektivität dieser Testosteronsubstitution untersuchten bislang unabhängig voneinander lediglich Auswirkungen auf Emotionen, Sexualität oder kognitive Leistungsfähigkeiten, während Einflüsse auf die Lebensqualität unberücksichtigt blieben. Zielsetzung der Arbeit war daher, die Lebensqualität (physische, psychische, soziale und funktionale Befindlichkeit) testosteronsubstituierter hypogonadaler Patienten zu studieren. 62 hypogonadale Männer (n=27 mit Klinefelter-Syndrom, n=35 mit anderen Hypogonadismusformen) wurden anhand einer Querschnittuntersuchung im Vergleich zu einer gesunden männlichen Kontrollgruppe (n=53) untersucht. Die Substitutionsart bestand hauptsächlich in intramuskulären, weiterhin in oralen (Kapseln) oder transdermalen (Skrotalpflaster) Verabreichungsformen. Standardisierte psychologische Meßinstrumente (SCL-90-R, LZI, MHLC, F-SOZUK-22) sowie ein eigens erstellter Fragebogen zur Erfassung krankheitsspezifischer Beschwerden kamen zum Einsatz. Die Testosteronsubstitutionstherapie zeigte sowohl einen positiven Einfluß auf die physische als auch auf die psychosexuelle Befindlichkeit der hypogonadalen Männer. Die funktionale sowie soziale Befindlichkeit wurde von beiden Patientengruppen als zufriedenstellend eingestuft. Eine vergleichsweise höhere subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome zeigte sich bei den Klinefelter-Patienten. Da die hypogonadalen Männer primär internale Kontrollattributionen von Krankheit und Gesundheit aufwiesen, und aufgrund besserer pharmakokinetischer Eigenschaften, wird der stärkere Einsatz von täglich selbst aufgetragenen Testosteron-Skrotalpflastern als Substitutionsform diskutiert.

Schlüsselwörter: Hypogonadismus; Testosteron-Substitution; Lebensqualität; Kontrollüberzeugung

Abstract

Basic therapeutic principles in the treatment of male hypogonadism include the pharmacological substitution of sexual hormones. Psychological studies on the efficacy of this testosterone substitution therapy, thus far, mainly focussed on emotional, sexual or cognitive parameters, whereas the effects on quality of life issues remained unappreciated. Therefore, this study was aimed at investigating further the quality of life (in terms of physical, mental, social and functional conditions) of hypogonadal patients under testosterone substitution therapy. 62 hypogonadal males (n=27 with Klinefelter's Syndrome, n=35 with other forms of hypogonadism) and a control group of healthy males (n=53) were comparatively studied. The administrative route of testosterone substitution was mostly intramuscular, otherwise oral (capsules) or transdermal (self-adhesive scrotal patches). Standardized psychological tools (SCL-90-R, LZI, MHLC, F-SOZUK-22) as well as a newly developed questionnaire, particularly designed for the

registration of disease-specific symptoms, were applied. Testosterone substitution therapy resulted in an overall positive effect on the physical as well as psychosexual condition of the hypogonadal patients. Functional and social conditions were rated as satisfactory by both patient groups. Comparatively higher symptom scores for psychosomatic/neurotic disorders were evident among the patients with Klinefelter's Syndrome. Since hypogonadal men primarily presented internal control attributions over health and disease and with regard to more favorable pharmacokinetic characteristics a wider use of scrotal testosterone patches, that patients individually replace once a day, is discussed.

Key words: Hypogonadism; Testosterone substitution; Quality of life; Control attribution

1. Einleitung

Bisherige psychologische Forschungsarbeiten über die Effekte des Testosterons bei der Behandlung des Hypogonadismus beschäftigten sich im wesentlichen mit den Einflüssen auf Emotionen (z.B. Aggression, Depression), Sexualität (z.B. Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs, nächtliche Erektionen) und kognitive Leistungsfähigkeit (Hubert 1990). Häufig finden sich Angaben über positive Zusammenhänge zwischen der Sexualität (z.B. Häufigkeit der Spontanerektionen, sexuelles Interesse und sexuelle Motivation, Koitusfrequenz) und der Testosteronsubstitutionstherapie (O'Carroll 1985; Gooren 1987; Salmimies 1982). So zeigte die Doppel-Blind-Cross-Over-Studie von Kwan und Mitarbeitern (1983) an sechs hypogonadalen Männern, daß es bei drei Männern zu einer Zunahme von Koitusfrequenz, sexuellen Gedanken, Orgasmen und spontanen Erektionen nach der Testosteroninjektion kam. Ähnliche Ergebnisse erreichten Wu und Mitarbeiter (1982) an vier Männern mit Klinefelter-Syndrom, deren Testosteronspiegel erniedrigt waren und die über ein "normales" sexuelles Interesse und Aktivitätsniveau verfügten. Dabei stellte sich heraus, daß es nach oraler Gabe von täglich 160 mg Testosteron-Undecanoat zu einer geringen Zunahme des sexuellen Interesses kam – im Gegensatz zu den Resultaten unter Placebo. Diese Ergebnisse wurden durch Tagebuchaufzeichnungen (u.a. zu Koitus, Petting, Masturbation, Ejakulation und sexuellen Gefühlen) ermittelt. Zu ähnlichen Resultaten gelangte auch die Studie von Burris und Mitarbeitern (1992), durch die die Hypothese unterstützt wird, daß eine Androgensubstitutionstherapie zu einer Zunahme der nächtlichen und spontanen Erektionen sowie des sexuellen Interesses führt.

Es gibt allerdings auch Hinweise in der Literatur, die darauf hindeuten, daß eine Testosteronsubstitutionstherapie an hypogonadalen Männern Nebenwirkungen im Bereich des sexuellen Erlebens und der psychischen Befindlichkeit verursachen kann, wie z.B. die Beeinträchtigung der taktilen Penissensibilität (Burris 1991) bzw. das Auftreten einer Acne fulminans (Hartmann 1989).

Daten zu Behandlungseffekten auf die Lebensqualität der Patienten insgesamt sind bislang nicht verfügbar. Das primäre Ziel der Behandlung des männlichen Hypogonadismus und der entsprechenden Behandlungsforschung ist bisher die (Wieder)-Herstellung von somatischer Virilisierung und Sexualität. Zielsetzung der vorliegenden Studie war daher die Erfassung der Lebensqualität hypogonadaler Männer unter Testosteronsubstitutionstherapie. Der hypogonadale Patient wird hinsichtlich seiner physischen, psychischen, sozialen und funktionalen Leistungsfähigkeit betrachtet, entsprechend der subjektiven Bewertungsprozesse, die definitorischer Bestandteil des Lebensqualitätskonzepts sind. Unter dem Konzept der Lebensqualität wird somit nicht nur der "objektive" Erfolg einer therapeuti-

schen Maßnahme, sondern dessen subjektive Wirkung verstanden. Da das Klinefelter-Syndrom eine der häufigsten Formen des primären männlichen Hypogonadismus darstellt und im Rahmen dieser Untersuchung nicht zuletzt aufgrund seiner zugrundeliegenden genetischen Störung als eigene Untersuchungsgruppe betrachtet wird, stellt sich zusätzlich die Frage, ob die Geschlechtschromosomenabnormalität einen Einfluß auf die Lebensqualität der Patienten hat.

1.1 Diagnostik und Klassifizierung des Hypogonadismus

Eindeutiges Kennzeichen des Krankheitsbildes "Hypogonadismus" ist ein Androgenmangel. Während die Testosteronserumkonzentrationen bei einem gesunden Mann etwa 12–30 nmol/l betragen, liegen sie beim hypogonadalen Mann bei 3 bis 4 nmol/l. Die Pathogenese des primären Hypogonadismus liegt in einer endokrinen Insuffizienz der Testes begründet. Sekundäre Hypogonadismusformen dagegen sind durch eine Funktionsstörung entweder des Hypothalamus oder aber der Hypophyse gekennzeichnet. Die häufigsten Formen des hypothalamisch bedingten Hypogonadismus sind nach Nieschlag und Behre (1993) der idiopathische hypogonadotrope Hypogonadismus und seine mit Anosmie einhergehende Variante, das Kallmann-Syndrom. Das Hodenvolumen ist bei Hypogonadalen meist gering und das Spermogramm weist in der überwiegenden Anzahl der Fälle deutlich eingeschränkte Seminalparameter auf. Infolge der bei Testosteronmangel fehlenden anabolen Wirkung klagen hypogonadale Männer häufig über eine reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit, und nicht selten zeigen sich radiologisch degenerative Wirbelsäulenveränderungen oder Wirbeldeckplatteinbrüche (Genz 1987).

Die differentialdiagnostisch relevanten Kriterien können den ausführlichen Abhandlungen in den Lehrbüchern der Endokrinologie (Behre 1992), Inneren Medizin (Behre und Mitarbeiter 1994) und Andrologie (Nieschlag und Behre 1996) entnommen werden.

Das Klinefelter-Syndrom (KL) ist mit seiner zugrundeliegenden genetischen Störung eine der häufigsten Formen des primären männlichen Hypogonadismus. Angaben zur Häufigkeit, mit der das KL-Syndrom bei Knabengeburt auftritt, schwanken zwischen 1:500 (Perwein 1984) und 1:1000 (Sheridan 1988). Die häufigste Form dieses Syndroms ist durch den Karyotyp 47, XXY charakterisiert. Darüber hinaus kommen mitunter Chromosomenaberrationen mit drei und vier X-Chromosomen und etwa 1 bis 2 Mosaikformen (46, XY / 47, XXY) auf 10.000 männliche Säuglinge vor (Sheridan 1988). Erste Hinweise für das Vorliegen eines KL-Syndroms sind für den behandelnden Arzt während der klinischen Untersuchung die sehr kleinen und festen Hoden, wobei das Hodenvolumen selten über 3 ml liegt. Da KL-Patienten oft lange Zeit ihres Lebens beschwerdefrei sind, suchen sie häufig erst aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches oder aber wegen bestehender Potenzprobleme einen Arzt auf. Durch verschiedene Längsschnittuntersuchungen an Kindern mit KL-Syndrom konnte ein Defizit in der verbalen Intelligenz festgestellt werden (Ratcliffe 1984; Sørensen 1981). Gerade neuere multizentrische Longitudinalstudien zeigen jedoch, daß bei frühzeitiger psychosozialer Unterstützung bzw. pädagogischer Zusatzbetreuung sowie durch eine Testosteronsubstitutionstherapie zu Beginn der Pubertät mentale wie auch psychische Störungen reduziert werden können (Battin und Mitarbeiter 1993; Nielsen und Pelsen 1987).

1.2 Arten der Testosteronsubstitutionstherapie

Die häufigste Therapie mit Testosteron besteht derzeit in der Verabreichung von intramuskulären Injektionen des Testosteronesters Testosteron-Enanthat (z.B. Testoviron-Depot 250, Schering) in 2-3-wöchigen Intervallen. Seltener kommt auch eine orale Testosteronsubstitutionsbehandlung mit Testosteron-Undecanoat (z.B. Andriol Kapseln, Organon) in der klinischen Praxis zur Anwendung. Die orale Substitutionstherapie wird jedoch in der Regel nur dann angewandt, wenn ein noch ausreichender Rest der körpereigenen Testosteronbiosynthese vorhanden ist. Aufgrund einer raschen hepatischen Metabolisierung (first-pass Effekt) ist die orale Verabreichung von Testosteronpräparaten pharmakokinetisch ungünstig, da zu große Schwankungen des Testosteronspiegels verursacht werden und überdies auch eine starke Steroidbelastung der Leber resultiert. Neuere, z.T. noch in der Entwicklung befindliche Therapieformen, bestehen in transdermalen therapeutischen Systemen in Form von Skrotalpflastern sowie in intramuskulären Injektion von Langzeitpräparaten wie Testosteron-Buciclat, dessen Wirkung für ca. drei Monate anhält.

1.3 Medikamentöse Therapien und Lebensqualitätsforschung

Im Gegensatz zu den Anfängen der experimentellen Therapiestudien zur Lebensqualität in den 40er und 50er Jahren (Karnofsky 1949) läßt sich bei heutigen medizinischen Lebensqualitätsstudien feststellen, daß die subjektive Einschätzung von objektiven Bedingungen differenzierter berücksichtigt wird, indem die Anpassungsleistungen der betroffenen Personen auf der Kognitions-, Emotions- und Handlungsebene selbst sowie hinsichtlich der sozialen Umwelt miteinfaßt werden. Studien zur Lebensqualität hypogonadaler Patienten unter Testosteronsubstitution fehlen aber bislang. Der größte Teil der Publikationen zur Lebensqualitätsforschung läßt sich vielmehr onkologischen Themen und der Hypertonieforschung zuordnen (Küchler 1987; Tannock 1987; Schandry und Freytag 1990; Bullinger 1991; Muthny 1991).

Kausalattributionen und Kontrollüberzeugungen spielen bei der Krankheitsverarbeitung und Compliance eine besondere Rolle. Im Laufe der Sozialisation hat jeder Mensch mehr oder weniger stark gelernt, sich die Ereignisse, die auf ihn tagtäglich einströmen, zu erklären, um entsprechend auf sie reagieren zu können. Gleichermäßen möchte ein jeder wissen, warum ein bestimmtes Ereignis eingetreten ist oder welche Absicht sich hinter gewissen Handlungen verbirgt. Derartiges ursächliches Hinterfragen von Zusammenhängen wird unter dem Begriff der Kausalattribution verstanden. Da Attribuierungen zum großen Teil gesellschaftlich übernommen sind, können derartige Laientheorien der beteiligten Personen im Hinblick auf die Entstehung und Entwicklung von Gesundheit und Krankheit von großem Nutzen sein. Die Funktion des Attribuierungsprozesses des Kranken liegt in der Regel darin, die durch die Diagnosemitteilung bzw. durch die Erkrankung verlorengegangene Kontrolle wiederzuerlangen. In Anlehnung an Rotter (1966) wird dabei von externer Kontrolle gesprochen, wenn das Auftreten eines Verstärkers von einer Person als abhängig von Glück, Zufall oder Schicksal attribuiert wird. Sieht diese Person ein Ereignis hingegen als abhängig von ihrem eigenen Verhalten, so wird ein solche Vorstellung als internale Kontrolle bezeichnet. Empirische Arbeiten über den Zusammenhang zwischen der internalen Kontrollüberzeugung und der seelischen Gesundheit oder Lebenszufriedenheit weisen meist positive Beziehungen auf (Übersicht bei Krampen 1989). Im Gegensatz zur Ursachenattributionforschung versucht die Kontrollüberzeugungsforschung, die dominierenden handlungsbezogenen und kognitionsbezogenen Attribuierungen eines Menschen aufzudecken.

2. Untersuchungsmethodik und Patientengruppe

Eine vergleichende Querschnittuntersuchung wurde an zwei hypogonadalen Patientengruppen (Gruppe 1: KL-Patienten; Gruppe 2: Hypogonadale ohne KL-Syndrom) durchgeführt. Gesunde männliche Normalpersonen bildeten eine Kontrollgruppe.

2.1 Hauptziel der Untersuchung

Hauptuntersuchungsziel war die Erfassung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten hinsichtlich

- der Bedeutung einzelner Lebensqualitätsparameter und der
- tatsächlich vorhandenen Lebensqualität.
- subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome
- spezieller Krankheitsverarbeitungsstrategien (z.B. der Kausalattribution und Kontrollüberzeugung von Krankheit und Gesundheit)
- der erhaltenen und angenommenen sozialen Unterstützung

Darüber hinaus wurden gruppenübergreifend und gruppenintern krankheitsspezifische Belastungen und Beschwerden unter der Testosteronsubstitutionstherapie untersucht. Die vorhandenen Laintheorien der Patienten über die Ätiologie des Hypogonadismus und die gewünschten psychosozialen Versorgungsangebote wurden analysiert.

Die ausführlichen Fragestellungen dieser Untersuchung im Hinblick auf die beiden Patientengruppen sowie die Kontrollgruppe lauten demnach:

1. Unterscheiden sich die Untersuchungsgruppen hinsichtlich ihrer subjektiven Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome?
2. Welche Kontrollüberzeugungen von Krankheit und Gesundheit weisen die drei Untersuchungsgruppen auf?
3. Wie ist ihre soziale Unterstützung einzuschätzen?
4. Gibt es Unterschiede in der Bedeutung einzelner Lebensqualitätsfaktoren?
5. Wie beurteilen die drei Untersuchungsgruppen ihre tatsächliche Lebensqualität?

Weiterhin ergeben sich folgende Fragen im Hinblick auf die beiden Patientengruppen:

1. Unterscheiden sich die beiden Patientengruppen durch krankheitsspezifische Belastungen und Beschwerden vor und unter der Testosteronsubstitutionstherapie?
2. Welche Laintheorien haben die beiden Patientengruppen über die Ätiologie des Hypogonadismus?

Die sich daraus ergebenden Fragen zur psychosozialen Versorgung werden demnach wie folgt gestellt:

1. Welchen Bedarf nach psychosozialen Versorgungsangeboten äußern die Patienten?
2. Wie sollten die psychotherapeutischen Maßnahmen aussehen, und welche Patienten sollten diese erfahren?
3. Inwieweit lassen sich spezielle Risikogruppen mit Verarbeitungsdefiziten identifizieren, die in besonderem Maße unterstützt werden sollten?

2.2 Hauptinhaltsbereiche des Fragebogens

Als standardisierte Meßinstrumente, die den allgemeinen Gütekriterien der Testtheorie wie Validität, Reliabilität und Objektivität entsprechen, wurden folgende Fragebögen eingesetzt:

1. Die deutsche Adaptation der Symptomcheckliste SCL-90-R (Franke 1992) zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Der SCL-90-R besteht aus 90 Items, die sich zu neun Symptomfaktoren, wie Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt usw. zusammenfassen lassen. Vorformen des Fragebogens kamen vor allem in der psychopharmakologischen Forschung zum Einsatz, und es ist davon auszugehen, daß sich die SCL-90-R als Indikator der Wirksamkeit psychoaktiver Drogen besonders bewährt. Bei deutschsprachigen "Normalen" lag die Reliabilität zwischen $r(\min) = .51$ (Skala 7) und $r(\max) = .83$ (Skala 4). Acht der neun nach klinischen Gesichtspunkten konzipierten Skalen konnten bei 1002 ambulanten psychiatrischen Patienten bestätigt werden (Ausnahme: Skala 9). Das vom Patienten zu betrachtende Zeitfenster umfaßt die vergangenen sieben Tage (Franke 1994).
2. Das Lebenszufriedenheitsinventar (LZI) von Muthny (1991). Es umfaßt 13 Globalskalen zur Erfassung der Bedeutung einzelner Lebensbereiche und 14 Globalskalen zur Erfassung der tatsächlichen bzw. augenblicklichen Lebenszufriedenheit. Dieser Fragebogen ist schon in verschiedenen Studien eingesetzt worden und hat sich dort als inhaltlich angemessen und reliabel erwiesen.
3. Die deutsche Adaptation des Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) zur Erfassung der Kontrollüberzeugung von Krankheit und Gesundheit (Muthny 1994): Die 18 als 6-stufige Ratingskalen angebotenen Dimensionen lassen sich drei Kontrollüberzeugungsstilen, (internale, externale und fatalistische Kontrollüberzeugung) zuordnen. Die erreichten Cronbach Alphas für internale Kontrollattribution von .75, externale Kontrollattribution von .78 und fatalistische Kontrollattribution von .67 können als zufriedenstellend betrachtet werden und entsprechen im übrigen dem Original (s. Muthny 1994).
4. Die Kurzfassung des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZUK-22) von Fydrich und Sommer (1987): Sie besteht aus 22 Items und enthält Items der Inhalte emotionale Unterstützung (8 Items), praktische Unterstützung (4 Items), soziale Integration (6 Items), Vertrauensperson (2 Items) und Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung (2 Items). In diesem Fragebogen geht es um die Beziehung zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Das Verfahren dient der zeitökonomischen Erfassung von sozialer Unterstützung, bei der es weniger auf die getrennte Analyse einzelner Items ankommt. Dementsprechend wird nur der Gesamtwert des Tests ermittelt und interpretiert. Die Reliabilität im Sinne der inneren Konsistenz (Cronbach-Alpha) ist zufriedenstellend hoch (.80 bei den Hauptskalen des Teil A, aus dem die Kurzform abgeleitet wurde). Die Items des Fragebogens wurden sorgfältig aus den Komponenten des Konstrukts "soziale Unterstützung" abgeleitet. Die Ergebnisse der Expertenvalidierung sichern dies zusätzlich ab.

Darüber hinaus wurden zur Beurteilung und besseren Vergleichbarkeit von spezifischen Belastungen bzw. Veränderungen unter der Hormonsubstitutionstherapie für die beiden Patientengruppen ein Kurzanamnesefragebogen und ein Fragebogen zur Erfassung der spezifischen Belastungen und Beschwerden konstruiert, da erkrankungsbezogene klinische

Meßverfahren zur Zeit nicht vorliegen. Weiterhin erhielten die Patienten zwei Fragebogen, in denen Fragen zur Sexualität vor und unter der Hormonbehandlung gestellt wurden. Als Hintergrundinformation zur Fragebogenkonstruktion dienten die in der Literatur bisher genannten Kriterien wie auch die Informationen der mit den Patienten arbeitenden Ärzte des Instituts für Reproduktionsmedizin.

Insgesamt erfolgte für die beiden Patientengruppen die Datenerhebung unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Injektion. Das Ziel der Untersuchung war es herauszufinden, wie es den Patienten mit der Behandlung geht, wie zufrieden sie damit sind und wie sie insgesamt gesehen ihre "Erkrankung" verarbeiten.

Die statistische Datenanalyse erfolgte mittels SPSS für Windows 6.0.

Die Untersuchung wurde in Kooperation mit dem Institut für Reproduktionsmedizin und dem Institut für Medizinische Psychologie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster sowie unter Mitarbeit der KL-Syndrom-Selbsthilfegruppen in Bielefeld und St. Ingbert durchgeführt. Die Rekrutierung der beiden Patientengruppen erfolgte über die Datenbank des Instituts für Reproduktionsmedizin, in der die Personalien, Diagnosen und Behandlungsschemata der Patienten gespeichert sind (die Patienten haben sich zuvor bereit erklärt, daß ihre Daten für Studienzwecke an den Studienleiter weitergegeben werden können). Auch über die Leiter der Klinefelter-Syndrom-Selbsthilfegruppen, konnten einige Studienteilnehmer gewonnen werden. Die Verteilung der Fragebogen an die Patienten erfolgte zum einen direkt über den Versand der Fragebögen inkl. Anschreiben und frankiertem Rückumschlag an die Patienten. Zum anderen im sogenannten "Mediatorenprinzip". Eine Gruppe von Personen (z.B. Leiter der Selbsthilfegruppen, Ärzte, Bekannte etc.), mit denen die Erstautorin Kontakt aufbaute, wurde gewonnen, um die verschlossenen Umschläge mit den Fragebogen an Personen aus dem beruflichen und persönlichen Umfeld zu verteilen und eine Weiterverbreitung im "Schneeballverfahren" zu erreichen. In diesen Umschlägen war ebenfalls ein frankierter Rückumschlag beigelegt, um Freiwilligkeit und Anonymität der Untersuchung zu sichern. Um eine selektive Verzerrung der Stichprobe zu mindern, wurden gezielt Mediatoren aus verschiedenen gesellschaftlichen Kreisen ausgewählt.

2.3 Patienten

Voraussetzung zum Einschluß in die Patientengruppen (Gruppe 1: KL-Patienten, Gruppe 2: Hypogonadale ohne KL-Syndrom) war ein gesicherter Hypogonadismus, der aufgrund eines ausgeprägten Androgendefizits eine Testosteronsubstitutionstherapie erforderlich machte. Zur besseren Vergleichbarkeit der beiden Gruppen wurden nur Patienten eingeschlossen, deren Pubertät vollständig abgeschlossen war, was bei einem Lebensalter von mindestens 18 Jahren weitestgehend angenommen werden kann, und die zum Untersuchungszeitpunkt über eine längere Erfahrung (mindestens ein Jahr) mit der Hormonsubstitutionstherapie verfügten.

Insgesamt wurden 62 hypogonadale Patienten (Gruppe 1: n=27; Gruppe 2: n=35) eingeschlossen.

2.4 Kontrollgruppe

In die Kontrollgruppe (Gruppe 3) wurden nur männliche Normalpersonen mit abgeschlossener Pubertät (Mindestalter 18 Jahre) aufgenommen, bei denen ein Androgenmangel entweder aufgrund einer gesicherten Fertilität (bestehende Vaterschaft) oder aufgrund bisher vollständig intakter männlicher Sexualfunktionen ausgeschlossen werden konnte. Männer mit relevanten Erkrankungen in der Vorgeschichte wurden ausgeschlossen.

3. Ergebnisse

Die Rücklaufquoten der Patientengruppen (50-54%) und der Kontrollgruppe (55%) waren vergleichbar.

3.1 Soziodemographische und erkrankungsbezogene Daten der Stichprobe

Die unterschiedlichen Hypogonadismusformen in der Gruppe 2 (Patienten ohne KL-Syndrom) verteilten sich wie folgt: Bei vier Patienten bestand ein primärer Hypogonadismus (Patienten mit Zustand nach bilateralen Hodentumoren), 23 Patienten wiesen einen sekundären Hypogonadismus auf (16 Patienten mit Hypopituitarismus, vier Patienten mit idiopathischem hypogonadotropen Hypogonadismus und drei Patienten mit Kallmann-Syndrom) und bei acht Patienten bestand ein Hypogonadismus unklarer Genese. Bei den 27 Patienten mit KL-Syndrom wiesen 25 die Karyotypformel 47, XXY auf, ein Patient eine Mosaikform 46, XY/47, XXY und ein Patient eine höhergradige X-chromosomale Aneuploidie (48, XXXY).

Tab. 1: Soziodemographische Charakteristika

Bereich	Gruppe 1 Hypogonadale mit KL-Syndrom n = 27	Gruppe 2 Hypogonadale ohne KL- Syndrom n = 35	Gruppe 3 Gesunde n = 53	Test	p
Alter	MW: 35,7 Bereich: 18-63 s:11,8	MW: 41,0 Bereich: 18-75 s:13,6	MW: 34,6 Bereich: 19-60 s: 9,4	VA F = 3,11	0.05
Familienstand	n %	n %	n %	Chi ² = 2,31 df: 4	n.s.
ledig	14 52	15 43	26 49		
verheiratet	13 48	19 54	24 45		
geschieden	0 0	1 3	3 6		
Dauer der Partnerschaft in Jahren	MW: 13,4 s: 7,9 n = 15	MW: 16,6 s:13,5 n = 21	MW: 10,7 s: 9,9 n = 39	VA F = 2,10	n.s.
Bildung	n %	n %	n %	Chi ² = 19,96 df: 6	0.05
Sonderschule bzw.					
Hauptschule	16 60	10 29	11 21		
Mittelschule	6 22	8 23	11 21		
Abitur	1 4	6 17	12 23		
Hochschule	4 15	11 32	19 36		

MW=Mittelwert, s= Standardabweichung, p=Signifikanzniveau, n.s.= nicht signifikant, VA=Varianzanalyse, F=F-Test, df= Freiheitsgrade

Über 90% der beiden Patientengruppen erhielten eine Testosteronsubstitutionstherapie mit Testosteron-Enanthat-Injektionen. Hiervon wurden 22% der Patienten aus Gruppe 1 und 37% der Männer aus Gruppe 2 alle 2-3 Wochen mit Testosteron-Enanthat (250 mg) substituiert. Ca. 50% der beiden Patientengruppen wurden hingegen in 3-4-wöchentlichen Injektionsintervallen behandelt. 22% der Männer aus Gruppe 1 und 6% der Männer aus Gruppe 2 erhielten Testosteron-Enanthat-Injektionen entweder in größeren Zeitintervallen oder aber in niedrigerer Dosierung. 3 – 6% der Männer beider Patientengruppen wurden mit Testosteron-Undecanoat (Andriol Kapseln) oder transdermalen therapeutischen Systemen (Skrotalpflaster) substituiert.

Die Männer der Gruppe 2 sind mit einem Durchschnittsalter von 41 Jahren um 4-5 Jahre älter als die Männer der anderen beiden Gruppen. Der Anteil an verheirateten Männern ist in allen drei Gruppen mit 48 – 54% gleich stark. Der Anteil an ledigen Männern liegt in den drei Gruppen zwischen 43 und 52%. Die Männer mit KL-Syndrom hatten mit einem Anteil von 60% Sonder- bzw. Hauptschülern ein niedrigeres Bildungsniveau als die Männer der beiden anderen Gruppen ($p = 0.05$ – s. Tab. 1).

3.2 Krankheitsspezifische Belastungen unter der Testosteronsubstitutionstherapie

Anhand des selbst konstruierten Belastungs- bzw. Beschwerdefragebogens konnten bei den Männern der Kontrollgruppe keine nennenswerten Belastungen festgestellt werden. In den Patientengruppen hingegen zeigten sich unter der Testosteronsubstitutionstherapie folgende Belastungen und Beschwerden:

26 – 33% der Männer der Gruppe 1 berichteten über eine Verbesserung der Antriebsarmut und der Konzentrationsstörungen, wobei jedoch die Müdigkeitserscheinungen bei 26% zugenommen haben. Bei 31% der Männer der Gruppe 2 verbesserte sich ebenfalls die Antriebsarmut. Zu einer Verbesserung des sexuellen Interesses und der sexuellen Erregungsstörungen kam es bei 22-26% der Männer aus Gruppe 1. Auch Gruppe 2 berichtete über eine Besserung der sexuellen Erregungsstörung (17%) sowie eine Abnahme der sexuellen Interesselosigkeit (34%). Einen Rückgang des weiblichen Erscheinungsbildes wurde von 19% der Patienten aus Gruppe 1 angegeben. Der Bartwuchs, der bei 19-31% der beiden Patientengruppen vor der Substitutionstherapie noch nicht eingesetzt hatte, stellte sich unter der Therapie ein. Ein eher spärlicher Bartwuchs nahm bei 26-33% der beiden Patientengruppen zu. Über zu kleine Hoden klagten 56% in Gruppe 1 und 23% in Gruppe 2. Eine Zunahme der Krampfadern an den Beinen unter der Testosteronsubstitutionstherapie schilderten nur Angehörige der Gruppe 1 (30%); keiner der Patienten der Gruppe 2 wies Krampfadern an den Beinen auf. Bei ca. 15% beider Patientengruppen nahmen unter der Therapie vorhandene Hämorrhoiden zu. 41% der KL-Patienten und 11% der Patienten der Gruppe 2 gaben eine Zunahme ihrer Gelenkschmerzen an (Tab. 2).

3.3 Subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome

Der varianzanalytische Vergleich der Syptombelastungsskalen des SCL-90-R von Franke (1992) ergab, daß die Männer mit KL-Syndrom in stärkerem Maße als die Männer der beiden anderen Gruppen unter somatischen Beschwerden litten ($p = 0.001$). Weiterhin berichteten die Männer mit KL-Syndrom über eine höhere Ängstlichkeit als die Männer der Kontrollgruppe ($p=0.005$). Phobische Ängste ließen sich ebenfalls in stärkerem Maße in der Gruppe 1 finden ($p = 0.0001$). Beide Patientengruppen wiesen eine stärkere Unsicherheit in sozialen

Tab. 2: Veränderung von Belastungen und Beschwerden unter der Testosterontherapie

Art der Beschwerden	% verbessert/ stark verb.	% gleich	% verschlecht./ stark verschl.	% nicht zutreffend	Gruppe
Antriebsarmut	33	19	7	41	Gr. 1
	31	9	9	51	Gr. 2
Übergewicht	7	19	19	56	Gr. 1
	14	14	20	51	Gr. 2
Konz.-störungen	26	19	19	37	Gr. 1
	14	17	9	60	Gr. 2
Müdigkeit	30	26	26	19	Gr. 1
	17	26	9	49	Gr. 2
Schreibschwäche	11	19	4	67	Gr. 1
	3	9	3	86	Gr. 2
Leseschwäche	11	19	4	67	Gr. 1
	3	14	3	80	Gr. 2
Rechenschwäche	7	22	7	63	Gr. 1
	3	14	0	83	Gr. 2
zu kleine Hoden	4	52	4	41	Gr. 1
	6	23	0	71	Gr. 2
unterentw. Penis	7	26	4	63	Gr. 1
	9	17	0	74	Gr. 2
sexuelle Erregungsst.	22	11	4	63	Gr. 1
	17	11	0	71	Gr. 2
sexuelle Interessenlosigkeit	26	15	0	59	Gr. 1
	34	11	0	54	Gr. 2
sexuelle Ängste	15	19	4	63	Gr. 1
	6	11	0	83	Gr. 2
weibl. Erscheinungsbild	19	11	4	67	Gr. 1
	6	9	0	86	Gr. 2
fehlender Bartwuchs	19	0	0	81	Gr. 1
	26	6	0	69	Gr. 2
spärlicher Bartwuchs	33	19	0	48	Gr. 1
	26	11	0	63	Gr. 2
Krampfadem a.d. Beinen	4	7	30	59	Gr. 1
	0	0	0	100	Gr. 2
Hämorrhoiden	7	19	15	59	Gr. 1
	3	20	14	63	Gr. 2
Gelenkschmerzen	11	15	41	33	Gr. 1
	0	9	11	80	Gr. 2
Osteoporose	11	11	11	67	Gr. 1
	14	6	3	77	Gr. 2

bezogen auf 5er Skala; jeweils Zusammenfassung der Skalenwerte 1+2 bzw. 4+5
 Skalenwerte: 1 = stark verschlechtert, 2 = verschlechtert, 3 = gleich geblieben, 4 = verbessert,
 5 = stark verbessert
 Klinefelter Patienten (KL): n = 27
 Hypogonadale Patienten ohne KL-Syndrom (Hyp): n = 35

Kontaktsituationen ($p = 0.05$) sowie höhere Depressions- und Aggressionswerte auf als die Kontrollgruppe ($p = 0.05$).

Tab. 3: Varianzanalytischer Vergleich der Skalen des SCL-90-R

Skalen SCL-90-R	Gruppe 1 Hypogonadale mit KL-Syndr. MW(s)	Gruppe 2 Hypogonadale ohne KL-Syndr. MW(s)	Gruppe 3 Gesunde MW (s)	VA F/p	Scheffé-Test Signifikante Differenz
Somatisierung	1,05 (0,86)	0,42 (0,51)	0,29 (0,29)	18,4/0.001	1 mit 2,3
Zwanghaftigkeit	0,61 (0,60)	0,59 (0,65)	0,48 (0,46)	0,66/n.s.	keine
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,82 (0,81)	0,69 (0,82)	0,42 (0,60)	3,14/0.05	keine
Depressivität	0,68 (0,79)	0,66 (0,86)	0,35 (0,39)	3,29/0.05	keine
Ängstlichkeit	0,74 (0,75)	0,40 (0,47)	0,29 (0,47)	5,66/0.005	1 mit 3
Aggressivität	0,49 (0,57)	0,51 (0,70)	0,25 (0,49)	3,34/0.05	keine
Phobische Angst	0,75 (0,90)	0,18 (0,05)	0,20 (0,44)	10,04/0.0001	1 mit 2,3
Paranoides Denken	0,66 (0,69)	0,60 (0,71)	0,48 (0,65)	0,67/n.s.	keine
Psychotizismus	0,50 (0,57)	0,44 (0,61)	0,25 (0,57)	1,95/n.s.	keine

Skalenwert $G_n = \text{Summenwert je Skala } (S_n) / \text{Anzahl der Items von Skala } n$
 MW=Mittelwert, s=Standardabweichung, VA=Varianzanalyse, F=F-Test, p=Signifikanzniveau, n.s.=nicht
 signifikant

3.4 Lebenszufriedenheitsinventar (LZI von Muthny 1991)

3.4.1 Beurteilung der Bedeutung einzelner Lebensbereiche für die Lebenszufriedenheit

Die Globalskala "Bedeutung der Sexualität für die Lebenszufriedenheit" wurde von den Männern mit KL-Syndrom (Gruppe 1) eher gering eingestuft ($p=0.005$). Die restlichen Globalskalen wurden von allen drei Gruppen in ihrer Bedeutung als wichtig bzw. sehr wichtig eingestuft (Skalenbenennungen siehe Tab. 4).

3.4.2 Beurteilung der tatsächlich vorhandenen Lebenszufriedenheitsbereiche

Patienten der Gruppe 2 waren mit ihrem Sexualleben ($p=0.01$) wie auch mit ihrer gesundheitlichen Verfassung ($p = 0.01$) unzufriedener als die Kontrollgruppe. Darüber hinaus berichteten die KL-Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe über eine signifikant

geringere Zufriedenheit mit ihrer körperlichen Verfassung ($p = 0.01$). Betrachtet man die Gesamtscheinschätzung der Lebenszufriedenheit, so ergibt sich für die Kontrollgruppe zwar eine geringfügig zufriedenere Lebensqualität als bei den beiden Patientengruppen, jedoch handelt es sich hier um einen statistisch nicht signifikanten Unterschied (s. Tab. 4).

Tab. 4: Varianzanalytischer Vergleich der augenblicklichen Lebenszufriedenheit (gem. Lebenszufriedenheitsinventar)

Skalen LZI	Gruppe 1 Hypogonad. mit KL-S. n = 27 MW (s)	Gruppe 2 Hypogonad. ohne KL-S. n = 35 MW (s)	Gruppe 3 Gesunde n = 53 MW (s)	VA F/p	Scheffé- Test Signifikante Differenz
Gesundheit	3,22 (1,22)	3,09 (1,31)	3,77 (0,89)	4,67/0.01	2 mit 3
Körperl. Verfassung	2,93 (1,07)	3,20 (1,21)	3,72 (1,04)	5,23/0.01	1 mit 3
Geistige Verfassung	3,89 (1,19)	3,91 (0,98)	4,15 (0,63)	1,09/n.s.	keine
Aussehen	3,56 (0,93)	3,29 (1,15)	3,60 (0,77)	1,28/n.s.	keine
Stimmung	3,56 (1,09)	3,40 (1,03)	3,66 (0,76)	0,83/n.s.	keine
Fähigkeiten	4,00 (0,92)	3,69 (0,90)	3,98 (0,60)	1,82/n.s.	keine
Charakter	4,27 (0,72)	4,09 (0,78)	4,17 (0,61)	0,52/n.s.	keine
Berufliche Situation	3,50 (1,42)	3,66 (1,30)	3,53 (1,05)	0,16/n.s.	keine
Finanzielle Lage	3,52 (1,34)	3,51 (1,27)	3,42 (1,20)	0,10/n.s.	keine
Ehe/Partnerschaft	3,79 (1,47)	3,48 (1,45)	3,80 (1,24)	0,46/n.s.	keine
Sexualleben	2,96 (1,56)	2,52 (1,42)	3,42 (1,20)	4,55/0.01	2 mit 3
Freizeitgestaltung	3,44 (0,89)	3,43 (1,04)	3,53 (0,95)	0,13/n.s.	keine
Familienleben	3,67 (1,27)	3,70 (1,21)	3,72 (1,07)	0,02/n.s.	keine
Lebenszufriedenheit insgesamt:	3,42 (1,24)	3,49 (1,15)	3,91 (0,74)	2,84/n.s.	keine

MW=Mittelwert, s=Standardabweichung, VA=Varianzanalyse, F=F-Test, p=Signifikanzniveau, n.s.=nicht signifikant

Skalenwerte: 1 = sehr unzufrieden, 2 = eher unzufrieden, 3 = weder/noch; 4 = eher zufrieden; 5 = sehr zufrieden

3.5 Sexualitätsparameter

3.5.1 Vorher-Nachher-Vergleich der Wirksamkeit der Testosteronsubstitutionstherapie

Die Patienten wurden innerhalb des eigens erstellten Fragebogen aufgefordert, Häufigkeitsangaben zu Fragen zur Sexualität vor und unter der Hormonbehandlung zu beantworten. *Beispielfrage:* Wie häufig hatten Sie vor bzw. unter der Hormonbehandlung Geschlechtsverkehr? *Antwortmöglichkeit:* nie, einmal monatlich, zwei- bis dreimal monatlich usw.

52% der Männer mit KL-Syndrom äußerten einen Anstieg der Masturbationshäufigkeit und 63% eine Zunahme morgendlicher Erektionen durch die Testosteronsubstitutionstherapie (Wilcoxon $p = 0.05$). Bei 37% der Gruppe 2 kam es zu einem Anstieg der Koitusfrequenz (Wilcoxon $p = 0.01$). 31% der Männer aus Gruppe 2 gaben häufigere morgendliche Erektionen an (Wilcoxon: $p = 0.05$).

3.5.2 Vergleich der beiden Patientengruppen mit der Kontrollgruppe

Ca. 41% der KL-Patienten und 32% der Patienten aus Gruppe 2 hatten trotz der Testosteronsubstitutionstherapie bisher noch keinen Geschlechtsverkehr, im Gegensatz zu nur 6% der Kontrollgruppe (Chi²: $p = 0.01$). 34% der Gruppe 2 und 26% der Kontrollgruppe gaben an, nie zu masturbieren. Im Vergleich dazu verneinten nur 8% der KL-Patienten die Frage nach Masturbation (Chi² nicht signifikant). 40-50% der Männer aller drei Gruppen berichteten, nur selten morgendliche Erektionen zu haben, 37-42% von ihnen haben jedoch meistens morgendliche Erektionen (Chi² nicht signifikant).

3.6 Subjektive Theorien

3.6.1 Laienätiologie des Hypogonadismus

Von nur 30% der Patienten mit KL-Syndrom wurde eine rein körperliche Ursachenattribution vorgenommen, obwohl das KL-Syndrom genetisch, also körperlich bedingt ist.

Tab. 5: Kontrollüberzeugung von Krankheit und Gesundheit im MHLC

Skalen des MHLC	Gruppe 1 Hypogonadale mit KL-Syndrom Patienten n = 35 MW (s)	Gruppe 2 Hypogonadale ohne KL-Syindr. n = 27 MW (s)	Gruppe 3 Gesunde n = 53 MW (s)	VA F/p	Scheffé- Test Signifikante Differenz
Internal	4,06 (0,81)	4,10 (0,59)	4,22 (0,60)	0,66/n.s.	keine
External	3,34 (1,06)	3,24 (0,94)	2,67 (0,78)	6,83/0.002	3 mit 1,2
Fatalistisch	3,11 (0,72)	3,00 (0,87)	3,01 (0,64)	0,27/n.s.	keine

MW=Mittelwert, s=Standardabweichung, VA=Varianzanalyse, F=F-Test, p=Signifikanzniveau, n.s.=nicht signifikant

Skalenwerte: 1 = lehne völlig ab; 2 = lehne ab; 3 = lehne eher ab; 4 = stimme eher zu; 5 = stimme zu; 6 = stimme völlig zu

35% sahen ihre Erkrankung in einem seelischen und körperlichen Zusammenwirken begründet. Im Gegensatz dazu empfanden 74% der Gruppe 2 ihren Hypogonadismus als rein körperlich verursacht und 22% vermuteten seelische und körperliche Ursachen als gemeinsamen Entstehungsmechanismus (χ^2 : $p = 0.01$).

3.6.2 Kontrollüberzeugung betreffs Krankheit und Gesundheit

Der *internalen Kontrollüberzeugung* wurde von beiden Patientengruppen wie auch von der Kontrollgruppe die höchste Bedeutung beigemessen. Einer *externalen Kontrolle* standen die Männer in allen drei Gruppen eher ablehnend gegenüber, wobei diese Ablehnung in der Kontrollgruppe am stärksten ausgeprägt war ($p = 0.002$). Alle Gruppen lehnten ebenso die Aussage ab, daß die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit und Krankheit allein vom *Schicksal* abhängt (s. Tab. 5).

3.7 Bedarf verschiedener psychosozialer Unterstützungsfaktoren

3.7.1 Erhaltene soziale Unterstützung

Die Auswertung der Kurzfassung des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZU-K-22) von Fydrich und Sommer (1987) ergab für die drei Gruppen keinen signifikanten Unterschied. Alle Befragten erhielten insgesamt eine vergleichsweise gute soziale Unterstützung (Mittelwert bei 4 auf einer Skala von 1-5).

Ungeachtet der Diagnose wünschten sich zwei Drittel der Patienten neben der medizinischen Behandlung psychosoziale Unterstützungsangebote in Form von Psychotherapie und/oder Selbsthilfegruppen.

4. Diskussion

Die vorliegende Untersuchung hatte das Ziel, die Lebensqualität von hypogonadalen Männern mit und ohne KL-Syndrom unter Testosteronsubstitutionstherapie mit einer Kontrollgruppe von gesunden Männern zu vergleichen. Die Repräsentativität der Stichprobe wird dadurch eingeschränkt, daß es sich nicht um eine reine Zufallsstichprobe handelt. Diese Vorgruppierung ist jedoch aufgrund des Patientenstatus der hypogonadalen Männer am Institut für Reproduktionsmedizin bzw. der Organisation der Männer mit KL-Syndrom in Selbsthilfegruppen unvermeidbar. Hinsichtlich der Gewinnung der Kontrollgruppe kam es ebenfalls zu einer gewissen Vorgruppierung, da diese durch Mundpropaganda in den universitären Einrichtungen gewonnen wurde oder aber aus dem eigenen sozialen Umfeld der Untersuchungsleiterin stammen. Diese Vorgruppierung spielt, unabhängig davon, daß Männer mit einem KL-Syndrom meist eine geringer ausgeprägte verbale Intelligenz aufweisen (Porter und Mitarbeiter 1988), sicherlich eine Rolle für den Tatbestand, daß im Hinblick auf das Merkmal Bildung insbesondere zwischen der Gruppe der hypogonadalen Patienten mit KL-Syndrom und der Kontrollgruppe ein Unterschied in der Form besteht, daß sich bei den Männern der Kontrollgruppe weitaus weniger Sonder-/Hauptschüler befinden. Weiterhin gilt es zu berücksichtigen, daß die hypogonadalen Männer ohne KL-Syndrom älter sind als die Männer mit KL-Syndrom, was ebenfalls mit der Art der Stichprobenziehung zusammenhängt.

Betrachtet man zunächst die *objektivierbaren körperlichen Beschwerden/Defizite*, so muß für beide Patientengruppen festgehalten werden, daß sie hinsichtlich des spärlichen bzw.

fehlenden Bartwuchses durch die Testosteronsubstitutionstherapie profitieren. Eine Verschlechterung der Gelenkschmerzen sowie die Zunahme von Krampfadern an den Beinen erlebten die Männer mit KL-Syndrom. Als Folge der verminderten Androgenproduktion kommt es häufig zur Entwicklung einer Osteoporose und zu einem Nachlassen der Muskelkraft (Horowitz et und Mitarbeiter 1992). Die berichtete Zunahme der Beinvarikosis bei den KL-Patienten steht in Zusammenhang mit den von Breit und Mitarbeitern (1984) veröffentlichten Daten, die bei 1/3 der KL-Patienten eine Varikosis der Beine beschreiben. In diesem Zusammenhang spricht sich Oppermann (1993) über die Wirkung der Testosteronsubstitutionstherapie auf die Männer mit KL-Syndrom für Sport- und Ernährungsberatungsangebote dieser Patienten aus.

Eine Besserung der physischen und psychosexuellen Belastungen und Beschwerden wurde ebenfalls von einem Teil der testosteronsubstituierten Männer beobachtet; vor allem betreffs Antriebsarmut, Müdigkeit, sexueller Erregungsstörungen sowie sexueller Interesselosigkeit. Diese zum allgemeinen Wohlbefinden gehörenden Parameter zeigen deutlich den Effekt der Substitutionstherapie. Nach Nieschlag und Behre (1996) fühlt sich der testosteronsubstituierte Patient bei ausreichender Testosterongabe physisch und psychisch aktiv, aufgeweckt und bei guter Laune. Sexuelle Gedanken und Phantasien sowie die Häufigkeit ihres Auftretens korrelieren mit den Testosteronwerten bis in den Normbereich hinein. Zu niedrige Testosteronspiegel werden hingegen von Inaktivität und depressiven Verstimmungen begleitet (Vogel und Mitarbeiter 1978; Ettigi und Brown 1979; Mason und Mitarbeiter 1988). Auch in der Studie von Yesavage und Mitarbeitern (1985) an 18 depressiven Männern zeigte sich, daß zwischen der Schwere der Depression und den Testosteronwerten ein reziproker Zusammenhang bestand. Studien, in denen depressive Patienten mit Androgenen behandelt werden, werden zur Zeit in den USA durchgeführt. Ihre Ergebnisse können jedoch bisher noch nicht genannt werden. Die Steigerungen von Sexualinteresse und -aktivität bestätigen die Ergebnisse von Kwan (1983) und Burris (1991), die ebenfalls eine Zunahme des sexuellen Interesses sowie der nächtlichen und spontanen Erektionen bei hypogonadalen Männern unter Testosteronsubstitution feststellten. Weiterhin könnte die Verbesserung der Antriebsarmut auf die testosteroninduzierte Hämatopoese zurückgehen, da sich eine meist vorkommende Anämie des hypogonadalen Patienten unter der Testosterontherapie normalisiert (Nieschlag und Behre 1997).

Eine Diskrepanz zwischen Bedeutung und tatsächlicher Zufriedenheit mit dem Sexualleben ließ sich bei den Patienten der Gruppe 2 feststellen. Sie stuften die Bedeutung ihrer Sexualität als wichtig ein, obwohl in der anschließenden Befragung zur tatsächlichen Zufriedenheit mit dem Sexualleben nur mittlere Zufriedenheitswerte skaliert wurden. Die KL-Patienten bewerteten hingegen von vornherein das Sexualleben in seiner Bedeutung als nur mittelmäßig wichtig für die Lebenszufriedenheit, was mit der anschließend angegebenen Weder-Noch-Zufriedenheit des Sexuallebens konsistent ist. Ihr Anspruchsniveau an die Sexualität ist somit insgesamt geringer. Aufgrund dieser Ergebnisse sollte sich der behandelnde Arzt immer auch nach den sexuellen Einstellungen und Erfahrungen des hypogonadalen Patienten erkundigen, um eventuelle sexuelle Normen und Mythen oder einen ungünstigen Selbstvergleich mit einem gesunden, sexuell aktiven Mann relativieren zu können. Gerade dieser aufwärtsgerichtete kognitive Vergleichsprozeß der Sexualität kann nämlich die individuelle Zufriedenheit des Patienten im Hinblick auf seine eigenen sexuellen Möglichkeiten stark reduzieren.

Die genannten Unterschiede hinsichtlich der *subjektiven Beeinträchtigung durch körperli-*

che und psychische Symptome der beiden Patientengruppen gegenüber der Kontrollgruppe können zum einen Ausdruck der krankheitsspezifischen Beschwerden wie z.B. Zunahme der Gelenkschmerzen (bei 41% der KL-Patienten, bei 14% der hypogonadalen Männer ohne KL-Syndrom) oder der Beinvarikosis (bei 30% der KL-Patienten) sein. Zum anderen können aus lerntheoretischer Sicht die regelmäßig erforderliche Testosteronsubstitutionstherapie und die damit in der Regel verbundenen hormonellen Schwankungen (Behre und Mitarbeiter 1990; Oberpenning 1992) Anpassungsleistungen der Patienten erfordern, denen sie nicht immer gewachsen sind. Wie die Pharmakokinetik von 250 mg Testosteron-Enanthat (Testoviron Depot 250 mg alle 2-3 Wochen) zeigt, werden dadurch sehr schnell supraphysiologisch hohe Testosteronserumkonzentrationen erreicht, die für einige Tage bestehen bleiben (Behre und Mitarbeiter 1990). Danach fallen die Serumspiegel kontinuierlich ab, um etwa am 12. Tag die Untergrenze des physiologischen Konzentrationsbereiches zu erreichen. Während diese Substitutionsform für die Aufrechterhaltung der biologischen Wirkungen des Testosterons ausreicht, empfindet der Patient die starken Schwankungen als störend, da das allgemeine Wohlbefinden, die Stimmung und die sexuelle Aktivität diesem Auf und Ab folgen (Nieschlag und Behre 1997). Im ärztlichen bzw. therapeutischen Gespräch erscheint es deshalb wichtig, hypogonadale Patienten darauf hinzuweisen, daß es zwar durch die Testosteronsubstitutionstherapie meist zu einer Verbesserung der physischen und sexuellen Leistungsfähigkeit kommt, daß aber darüber hinaus die Nutzung eigener Einflußmöglichkeiten im Sinne einer aktiven Lebensgestaltung ebenso entscheidend ist.

Die bei den KL-Patienten stärkere Ursachenattribution sowohl seelischer als auch körperlicher Faktoren für ihre Erkrankung kann zum einen damit zusammenhängen, daß sie in größerem Maße unter körperlichen und psychischen Symptomen leiden als die andere Patientengruppe. Ebenso könnte es sich bei KL-Männern gerade aus diesem Grunde um eine sensiblere Patientengruppe handeln, die einem Krankheitskonzept von seelischem und körperlichem Zusammenwirken offener gegenübersteht.

In der vorliegenden Arbeit äußerten beide Patientengruppen wie auch die Kontrollpersonen vorrangig internale Kontrollüberzeugungen, indem sie eigene Kräfte und eine hohe Selbstverantwortung als einen wesentlichen Einflußfaktor für das eigene Wohlergehen ansahen. Da man davon ausgeht, daß internal Attribuierende möglicherweise besser bewältigen als external Attribuierende (Krause 1985) und eine fatalistische Kontrollüberzeugung als eher verarbeitungshinderlich gilt (Gore 1985), liegen demnach für beide Patientengruppen günstige Coping-Voraussetzungen vor.

Dem ermittelten Gesamtscore der erhaltenen sozialen Unterstützung des F-SOZU-K-22 kann entnommen werden, daß alle Gruppen im Hinblick auf ihr Bedürfnis nach sozialer Unterstützung ausreichend unterstützt werden. Der Puffereffekt der sozialen Unterstützung, der im Falle einer Krise auftritt, bei der die gewährte soziale Unterstützung die schädlichen Auswirkungen dämpft (Schwarzer und Leippin, 1993), kann somit auch für die hypogonadalen Männer unter Testosteronsubstitutionstherapie angenommen werden.

5. Therapeutische Konsequenzen und Schlußfolgerungen

Da sich zwei Drittel der hypogonadalen Patienten neben der medizinischen/ärztlichen Betreuung weitere psychosoziale Unterstützung in Form von Psychotherapie und/oder

Selbsthilfegruppen wünschten, sollte diesem Wunsch in jedem Falle durch ausführliche und patientenzentrierte Informationen und weitere soziale Unterstützung entsprochen werden. Dem behandelnden Arzt/Therapeuten wird durch die Beachtung der psychotherapeutischen "Basisvariablen" Empathie, emotionale Wärme und Echtheit der Zugang zum inneren Bezugssystem des Patienten ermöglicht (Bommert, 1977). Empathie erfaßt das Erkennen, Akzeptieren und zum Ausdruck bringen von Gefühlen des Gegenüber. Der Arzt/Therapeut versucht, das vom Patienten Gesagte widerzuspiegeln. Mit emotionaler Wärme ist gemeint, daß man dem Klienten ohne Vorbehalte Wertschätzung entgegenbringt. Echtheit bezeichnet offenes, authentisches und spontanes Verhalten des Arztes/Therapeuten. Der Arzt/Therapeut spricht mit dem Patienten ungezwungen und aufrichtig, auch über seine eigenen Gefühle und Gedanken. Auf der Grundlage einer solchen Arzt/Therapeut-Patienten-Interaktion gelingt es dem Patienten in der Regel recht schnell, über die ihn belastenden Lebensqualitätseinschränkungen und die vorgenommenen sozialen Vergleichsprozesse (z.B. mit gesellschaftlichen Normen und Mythen über Gesundheit und Sexualität) zu berichten. Durch eine solche therapeutische Grundhaltung erhält der behandelnde Arzt einen Einblick in die kognitiven, emotionalen und handlungssteuernden Ressourcen des Patienten. Diese sollten in jedem Falle in den Vordergrund gestellt und positiv verstärkt werden, da hierdurch das Selbstwertgefühl des Patienten im Umgang mit dem Hypogonadismus gesteigert werden kann. Daran könnte sich der in der Verhaltenstherapie übliche Aufbau selbstverstärkender Aktivitäten anschließen, welche dann die Basis für ein verändertes Selbstbild darstellen könnten.

Bei vorliegenden sexuellen Funktionsstörungen und den damit verbundenen sexuellen Ängsten werden sexualtherapeutische Konzepte in Anlehnung an z.B. Arentewicz (1993) empfohlen, wobei zu berücksichtigen ist, daß die sexuellen Funktionsstörungen dieser Patienten nicht identisch mit denen eugonadaler Patienten sind. Dies muß bei der Therapieplanung berücksichtigt werden. Auch die Einführung vierteljährlicher Gruppentherapie-sitzungen auf freiwilliger Basis, in denen die hypogonadalen Patienten ein spezielles Social-Skill-Training (vgl. z.B. Ullrich 1980) zur Verbesserung ihrer sozialen Kompetenz und Selbstsicherheit im Umgang mit ihrer Erkrankung erhalten, eignet sich zur Verbesserung ihrer Lebensqualität.

Da die hypogonadalen Männer primär internale Kontrollüberzeugungen von Krankheit und Gesundheit aufweisen, erscheint der häufigere Einsatz einer Testosteronsubstitution in Form von transdermalen therapeutischen Systemen (Skrotalpflaster) empfehlenswert. Seit 1996 ist das Skrotalpflaster zwar in Deutschland zugelassen, aber voraussichtlich erst im Frühjahr 1998 auf dem Markt erhältlich. Ein Skrotalpflaster (Testoderm) ist bereits in den USA erhältlich. Weiterhin ist davon auszugehen, daß die Patienten selbst durch die tägliche persönliche Handhabung der Skrotalpflaster eine Steigerung der für sie bedeutsamen Selbstkontrolle erfahren, die zu einer weiteren Erhöhung ihrer Lebensqualität beiträgt. Darüber hinaus gilt es zu berücksichtigen, daß sich durch die Pharmakokinetik der transdermalen therapeutischen Systeme Testosteronspiegel ergeben, die der physiologischen circadianen Rhythmik sehr ähnlich sind (Behre 1994). Im Einklang dazu ist eine höhere Compliance bei mit transdermalen therapeutischen Systemen substituierten Patienten beschrieben (Bals-Pratsch 1986).

Literatur

- Arentewicz, G.; Schmidt, G. (1993): Sexuell gestörte Beziehungen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Bals-Pratsch, M.; Knuth, U.A.; Yoon, Y.D.; Nieschlag, E. (1986): Transdermal testosterone substitution therapy for male hypogonadism. *Lancet* 25: 943-946.
- Battin, J.; Malpuech, G.; Nivelon, J.L. (1993): Klinefelter syndrome in 1993. Results of a multicenter study on 58 cases and review of the literature. *Ann. Pediatr.* 40: 432-437.
- Behre, H.M.; Kliesch, S.; Meschede, D.; Nieschlag, E. (1994): Hypogonadismus und Infertilität des Mannes. In: Gerok, W.; Hartmann, F.; Pfreundschuh, M.; Philipp, T.; Schuster, H.P.; Sybrecht, G. H (Hrsg.) *Klinik der Gegenwart*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, III 2:1 – 73.
- Behre, H.M.; Nieschlag, E. (1992): Testes. In: Reinwein, D.; Benker, G. (Hrsg.) *Klinische Endokrinologie*. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2. Aufl.: 253-397.
- Behre, H.M.; Nieschlag, E. (1993): Diagnostik des Hypogonadismus und der Infertilität des Mannes. *Internist*. 34: 719-732.
- Behre, H.M.; Oberpenning, F.; Nieschlag, E. (1990): Comparative pharmacokinetics of androgen preparations: Application of computer analysis and simulation. In: Nieschlag, E.; Behre, H.M. (eds.) *Testosterone – Action, Deficiency, Substitution*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 115-135.
- Bommert, H. (1977): *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Theorie-Praxis-Forschung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 4. Auflage.
- Breit, R. (1984): Lower leg ulcers in Klinefelter's syndrome. In: Bandmann, H.J.; Breit, R. (eds.) *Klinefelter's syndrome*. Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag, 71-79.
- Bullinger, M. (1991): Lebensqualität unter antihypertensiver Therapie: Konzeptuelle methodische und praktische Aufgaben. In: Bullinger, M.; Ludwig, M.; von Steinbüchel, N. (Hrsg.) *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 4-13.
- Burris, A.S.; Graceley, R.H.; Carter, C.S.; Sherins, R.J.; Davidson, J.M. (1991): Testosterone Therapy is associated with reduced tactile sensitivity in human males. *Hormon. Behaviour*. 25: 195-205.
- Burris, A.S.; Banks, S.M.; Carter, C.S.; Davidson, J.M., Sherins, R. J. (1992): A Long-term, prospective study of the physiologic and behavioural effects of hormone replacement in untreated hypogonadal men. *J. Androl.* 13: 297-304
- Ettigi, P.G.; Brown, G.M. (1979): Psychoendocrine correlates in affective disorder. In: Muller, E.E.; Agnoli, A. (eds.) *Neuroendocrine correlates in neurology and psychiatry*. Amsterdam: Elsevier Verlag, pp 225-238.
- Franke, G.H. (1992/1994): Deutsche Bearbeitung des Self-Report-Symptom-Inventory (SCL-90-R) von Derogatis, L.R.; Lipman, R.S.; Covi, L. Essen: Institut für Medizinische Psychologie.
- Fydrich, T.; Sommer, G.; Menzel, U.; Höll, B. (1987): Fragebogen zur Sozialen Unterstützung. Kurzform: (F-SOZU-K-22) – Kurzbericht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 16: 434-436.
- Genz, A. (1987): Eineiiges Zwillingpaar mit schizoformer Psychose und hypothalamisch bedingtem hypogonadotropen Hypogonadismus. *Psychiat. Neurol med. Psychol* 39: 209-215.
- Gooren L.J. (1987): Androgen levels and sex functions in testosterone-treated hypogonadal men. *Arch Sex Behav* 16: 463-473.
- Gore, S. (1985): Social support and styles of coping with stress. In: Cohen, S.; Syme, S.L. (eds.) *Social support and health*. New York: Academic Press, 263-278.
- Hartmann, A.A.; Burg, G. (1989): Acne fulminans bei Klinefelter-Syndrom unter Testosteron. *Monatsschr Kinderheilkd* 137: 466- 467.
- Horowitz, M.; Wishart, J.M.; O'Loughlin, P.D. (1992): Osteoporosis and Klinefelter's syndrome. *Clin Endocrinol* 36:113-118.
- Hubert, W. (1990): Psychotropic effects of testosterone. In: Nieschlag, E.; Behre, H.M. (eds.) *Testosterone, Action, Deficiency, Substitution*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona: Springer Verlag: 51-71.
- Karnofsky, D.A.; Burchenal, J.H. (1949): The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in

- cancer. In: MacLeod, C.M.(ed.) Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press, 191-205.
- Krampen, G. (1989): Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe Verlag
- Krause, N. (1985): Stress, control beliefs and psychological distress. The problem of response bias. *J Hum Stress* 11: 11-19.
- Küchler, T. (1987): Der Krebspatient – Lebensqualität zwischen Angst und Hoffnung. *Arzt und Krankenhaus*; 9: 343-347.
- Kwan M.; Geenleaf, J.; Mann, J.; Crapo, L.; Davidson, J.M. (1983): The nature of androgen action on male sexuality: A combined laboratory-self-report study on hypogonadal men. *J Clin Endocrinol Metabol* 57: 557-562..
- Mason, J.W.; Giller, E.L.; Kosten, T.R. (1988): Serum testosterone differences between patients with schizophrenia and those with affective disorders. *Biol Psychiatry* 23: 357-366.
- Muthny, F.A. (1991): Lebenszufriedenheit bei koronarer Herzkrankheit – ein Vergleich mit anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen. In: Bullinger, M.; Steinbüchel von, N. (Hrsg.) Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen – Grundlagen, Meßverfahren und Ergebnisse. Göttingen: Hogrefe Verlag, 196-210.
- Muthny, F.A.; Tausch, B. (1994): Adaptation der Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLC) für den deutschen Sprachraum. *Zeitschr. f. Diff. Diagn. Psychol.* 15: 3-15.
- Nielsen J.; Pelsen, B. (1987): Follow-up 20 years later of 34 Klinefelter males with karyotype 47, XXY and 16 hypogonadal males with karyotype 46, XY. *Hum Genet* 77: 188-92.
- Nieschlag, E.; Behre, H.M. (1993): Therapie des Hypogonadismus und der Infertilität. Eine kritische Wertung. *Internist* 34: 756 – 766.
- Nieschlag, E.; Behre, H.M. (1996): Therapie mit Testosteron. In: Nieschlag, E.; Behre, H.M. (Hrsg.) Andrologie. Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 315-329.
- Nieschlag, E.; Behre, H.M. (1997) Testosterone Therapy. In: Nieschlag, E.; Behre, H.M. (eds.) Andrology. Male Reproductive Health and Dysfunction. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 297-309.
- Oberpenning, F. (1992): Klinische Therapie mit Androgenen: Einsatz von computerunterstützter pharmakokinetischer Datenanalyse und Simulation. Dissertationsschrift, Universität Münster: Institut für Reproduktionsmedizin
- O'Carroll, R.; Bancroft, J. (1985): Androgens and aggression in man. A controlled case study. *Aggressive Behav* 11: 1-7.
- Oppermann, E. (1993): Hormonsubstitution bei Männern mit Klinefelter-Syndrom. Konsequenzen für Beratung und Therapie. Dissertationsschrift, München: Technische Universität.
- Perwein, E. (1984): Incidence of Klinefelter's Syndrome. In: Bandmann, H. J.; Beit, R.; Perwein, E. (Hrsg.) Klinefelter's Syndrome. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer Verlag, 8-11.
- Porter, M.E.; Gardner, H.A.; DeFeudis, P.; Endler, N.S. (1988): Verbale deficits in Klinefelter (XXY) adults living in the community. *Clinical Genetics* 33: 246-253.
- Ratcliffe, S.G. (1984): Klinefelter's Syndrome in Children. A Longitudinal Study of 47, XXY Boys Identified bei Population Screening. In: Bandmann, H.J.; Breit, R.; Perwein, E. (eds.) Klinefelter's Syndrome, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer Verlag, 38-47.
- Rotter, J.B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 80.
- Salmimies, P.; Kockott, G.; Pirke, K.M.; Vogt, H.K.; Schill, W.B. (1982): Effects of testosterone replacement on sexual behaviour in hypogonadal men. *Arch Sex Behav* 11: 345-353.
- Schandry, R.; Freytag, S. (1990): Befindlichkeit bei antihypertensiver Therapie. Veränderungen von Symptomreport und Indikatoren der Lebensqualität. *Die Medizinische Welt*, 41: 635-644.
- Schwarzer, R.; Leppin, A. (1990): Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: Schwarzer, R. (Hrsg.) Gesundheitspsychologie. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe Verlag, 395-414.
- Sheridan, M.K.; Radlinski, S. (1988): Klinefelter's syndrome. *Lancet*, 1: 1315-1317.

- Sørensen, K.; Sørensen, A.M.; Nielsen, J. (1981): Social and psychological development of adolescents with Klinefelter's Syndrome. In: Schmidt, W.; Nielsen, J. (eds.) *Human behaviour and Genetics*. Amsterdam: Elsevier – Biomedical Press 45-63.
- Tannock, J.F. (1987): Treating the patient, not just the cancer. *NEJM* 317: 1534-1535.
- Ullrich, R.; Ullrich de Muynck, R. (1980): Diagnose und Therapie sozialer Störungen, das Assertivness-Trainings-Programm ATP – Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz – Anleitung für den Therapeuten. München: Pfeiffer Verlag.
- Wu, F.C.; Bancroft, J. Davidson, D.W.; Nicol, K. (1982): The behavioural effects of testosterone undecanoate in adult men with Klinefelter's syndrome. A controlled study. *Clin Endocrinol* 16: 489-497.
- Vogel, W.; Klaiber, F.L.; Brovermann, D.M. (1978): Roles of the gonadal steroid hormones in psychiatric depression in men and women. *Prog Neuropsychopharmacol* 2: 487-503.
- Yesavage, J.A.; Davidson, J.; Widrow, L.; Berger, A. (1985): Plasma testosterone levels, depression, sexuality, and age. *Biol Psychiatry* 20: 222-225.

Anschriften der Autoren:

Dr. rer. medic. Dipl. Psych. Regina Oberpenning, Institut für Medizinische Psychologie der Westfälischen Wilhelms-Universität, von Esmarch Str. 56, 48129 Münster,

Dr. med. Frank Oberpenning, Klinik und Poliklinik für Urologie, Westfälische Wilhelms-Universität, Albert-Schweizer-Str. 33, 48129 Münster;

Prof. Dr.med. Dr.phil. F. A. Muthny, Institut für Medizinische Psychologie, Westfälische Wilhelms-Universität, von Esmarch Str. 56, 48129 Münster;

Prof. Dr. med. E. Nieschlag, Institut für Reproduktionsmedizin, Westfälische Wilhelms-Universität, Domagkstr. 11a, 48129 Münster

Stimmverändernde Maßnahmen bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen – Kriterien für die sozialmedizinische Begutachtung

Voice altering surgery in male-to-female transsexuals

W. Uphaus; D. Banaski

Zusammenfassung

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (BGS) aus dem Jahre 1987 kann Transsexualität unter bestimmten Voraussetzungen Krankheitswert haben und eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung begründen. Während sich für die leistungsrechtliche Beurteilung der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung, operativer Maßnahmen an den primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen sowie der Epilation des Bartes in den letzten Jahren Beurteilungskriterien im Sinne eines Standards entwickelt haben, wird die versicherungsrechtliche Begutachtung stimmverändernder Maßnahmen bei Transsexuellen immer noch kontrovers diskutiert und praktiziert. In dieser Arbeit werden Kriterien für die sozialmedizinische Begutachtung "Stimmverändernder Maßnahmen bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen" entwickelt, die zukünftig als Leitfaden dienen können, zumindest aber eine Hilfestellung bieten sollen. Als Quintessenz ergibt sich, daß im Einzelfall stimmtherapeutische und/oder phonochirurgische Maßnahmen indiziert sein können, wobei einerseits ein interdisziplinäres Handeln von Sexualmedizinern, Psychiatern und Phoniatern und andererseits ein chronologisch und individuell differenziertes Vorgehen erforderlich sind.

Schlüsselwörter: Mann-zu-Frau Transsexuelle, Stimmveränderung, Phonochirurgie, Stimmtherapie

Abstract

Due to a sentence of the federal social court (1987) the costs for the treatment of transsexual patients have to be paid by the social and healthcare insurance, if some preconditions are fulfilled. While this procedure is well established for insurance obligations in hormonal treatment, facial hair epilation and sex reassignment surgery, this is hitherto not the case for voice altering operations in male-to-female-transsexuals. This article offers some proposals for expert evaluation and criteria for healthcare insurance obligations for voice altering operations. In conclusion it argues for an interdisciplinary collaboration of sexologists, psychiatrists and phoniatriests which takes into account individual development and needs of the patient.

Key words: male-to-female transsexuals, voice change, phoniatriatric surgery, voice therapy

1. Sozialrechtliche Kriterien

Die gesetzlichen Krankenkassen können für geschlechtsverändernde Maßnahmen bei Transsexuellen leistungspflichtig sein. Die Kriterien für die sozialmedizinische Begutachtung solcher Anträge orientieren sich an dem Bundessozialgerichtsurteil vom 06.08.1987 (AZ 3 RK 15/86). Damals entschied dieses Gericht, gestützt auf die bei der Behandlung

Transsexueller im In- und Ausland gemachten Erfahrungen, daß das Zugehörigkeitsempfinden zum anderen als dem biologischen Geschlecht nicht per se Krankheitswert im versicherungsrechtlichen Sinne hat. Eine solche transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörung wird erst dann zu Krankheit im Sinne der Gesetzesbestimmungen, wenn die innere Spannung zwischen dem körperlichen Geschlecht und der seelischen Identifizierung mit dem anderen Geschlecht so stark ist, daß sie eine ärztliche Behandlung erfordert, um durch Reduzierung dieser Spannung schwere Symptome einer psychischen Krankheit zu beheben oder zu lindern. Wenn psychiatrische und psychotherapeutische Mittel der Behandlung nicht ausreichen, gehört es zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen, auch Kosten für geschlechtsverändernde Maßnahmen zu tragen. Seit jenem Urteil kommen die damals vom Bundessozialgericht aufgestellten Kriterien bei der sozialmedizinischen Begutachtung von Anträgen auf geschlechtsverändernde Maßnahmen zur Anwendung. Als geschlechtsverändernde Maßnahmen, für die eine gesetzliche Krankenkasse leistungspflichtig sein kann, gelten die Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen, die Genitaloperationen sowie bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen die Entfernung der Mammae, des Uterus und der Adnexe und bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen die Epilation in dem medizinisch notwendigen Umfang. Neuerdings beantragen Mann-zu-Frau-Transsexuelle gelegentlich die Kostenübernahme für eine Stimmtherapie und auch für eine Stimmlippenverkürzungsoperation. In dieser Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, ob auch für diese Leistungen bei Zugrundelegung der höchstrichterlichen Rechtsprechung eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse bestehen kann und unter welchen Voraussetzungen.

2. Sekundäres Geschlechtsmerkmal Stimme

Die Stimme als sekundäres Geschlechtsmerkmal spielt eine wichtige Rolle bei der Geschlechtsidentifikation im sozialen Kontext. Für die stimmliche Geschlechtsidentifikation sind primär die mittlere Sprechstimmlage und der Stimmklang von Relevanz. Von nachrangiger Bedeutung für die Geschlechtsidentifikation sind sprachliche Merkmale wie zum Beispiel Prosodie, Wortwahl und Syntax.

Die mittlere Sprechstimmlage als wichtigster Parameter für eine Geschlechtszuordnung ist bei Männern und Frauen in der Regel different. Im Mittel liegt die Stimmlage bei Männern etwa eine Oktave tiefer als bei Frauen. Die Ausprägung der mittleren Sprechstimmlage ist das Ergebnis der hormonell gesteuerten Umbauvorgänge des Kehlkopfes während des Stimmwechsels/Stimmbruchs (Mutation). Dabei sind insbesondere Länge und Masse der Stimmlippen von Bedeutung sowie die Spannkraft des M. vocalis. Eine komplette Mutation ist gebunden an eine bestimmte Testosteron-Östradiol-Relation und eine ausreichende Empfindlichkeit der androgenen Rezeptoren des Kehlkopfes. Nach Abschluß einer kompletten Mutation sind durch eine Östrogen-Therapie relevante Veränderungen der mittleren Sprechstimmlage nicht mehr zu erwarten.

Eine eindeutige Geschlechtsidentifikation anhand der mittleren Sprechstimmlage erfolgt bei Grundfrequenzen unter 125 Hz für Männer und bei mehr als 200 Hz für Frauen. Die mittlere Sprechstimmlage liegt bei Männern im statistischen Mittel zwischen 98 bis 131 Hz und bei Frauen zwischen 196 bis 262 Hz. Im Überlappungsbereich insbesondere zwischen 150 bis 170 Hz ist bei alleiniger Beurteilung der Sprechstimmlage eine Geschlechtszuordnung nur mit einem relativ großen Unsicherheitsfaktor möglich.

In diesem Überlappungsbereich sind der Stimmklang und sprachliche Merkmale von besonderer Bedeutung für die Geschlechtsidentifikation. Der Stimmklang ist in seiner Ausprägung überwiegend von den morphologischen Gegebenheiten des Vokaltraktes abhängig, wobei hier Größe und Länge von Pharynx und Mundraum im Vordergrund stehen. Die Pharynxlängen von Mann und Frau verhalten sich etwa wie 1 : 0,85.

3. Stimmtherapeutische Maßnahmen

Möglichkeiten der Modifikation der stimmlichen Merkmale, die zu einer Geschlechtsidentifikation beitragen, bestehen primär in Stimmtherapie und eventuell sekundär in phonochirurgischen Maßnahmen (operative Eingriffe am stimmgebenden Apparat).

Nach den eher spärlichen Hinweisen in der Literatur kann durch stimmtherapeutische Maßnahmen eine Erhöhung der Sprechstimmlage von 50 Hz oder mehr erwartet werden. Im Rahmen einer solchen Stimmtherapie sind dann natürlich auch andere stimmliche Merkmale wie z.B. der Stimmeinsatz oder aber sprachliche Merkmale wie Intonation und Wortwahl therapeutisch zu beeinflussen. Die Frage nach einer möglichen Schädigung des Stimmbandapparates durch langfristig praktizierte erhöhte Sprechstimmlage ist abschließend nicht zu beurteilen. Es ist bekannt, daß stimmliche Belastung unter Lärmeinfluß automatisch zu einer erhöhten Sprechstimmlage führt, und daß dieses dann zu chronischer mechanischer Überbelastung des Kehlkopfes führen kann, so daß Stimmschäden befürchtet werden müssen. Ob diese Erkenntnisse auch für Mann-zu-Frau-Transsexuelle zutreffen, ist abschließend nicht zu beurteilen. Verwertbare statistische Ergebnisse zu Langzeitbeobachtungen existieren bisher nicht.

Bedingt durch die geringe Zahl von Mann-zu-Frau-Transsexuellen ist es ausgesprochen schwierig, im Einzelfall vor Ort eine qualifizierte Stimmtherapie durch einen zugelassenen Leistungserbringer sicherzustellen, der über eine fundierte praktische Erfahrung in der Stimmtherapie Mann-zu-Frau-Transsexueller verfügt. Es kann bezüglich der Stimmtherapie von Mann-zu-Frau-Transsexuellen unter fachlichen Gesichtspunkten medizinisch auch eine Therapie durch erfahrene Gesangspädagogen sinnvoll sein, wenn angemessen qualifizierte und erfahrene zugelassene Leistungserbringer nicht zur Verfügung stehen. Für erfahrene Gesangspädagogen kann davon ausgegangen werden, daß die Frequenzanhebung der männlichen Sing- und Sprechstimme zum pädagogischen Repertoire gehört.

Neben Stimmtherapie gibt es auch phonochirurgische Maßnahmen zur Erhöhung der Stimmlage. Die einfachste und den Patienten am wenigsten belastende Methode ist eine laserchirurgische funktionelle Stimmlippenverkürzung durch Synechiebildung. Das Ergebnis der funktionellen laserchirurgischen Stimmlippenverkürzung bezüglich der Veränderung der Sprechstimmlage ist präoperativ nur schlecht abschätzbar, da der spätere Wundheilungsprozeß und die konsekutive Narbenbildung nicht sicher zu beurteilen sind. Es kann einerseits vorkommen, daß die Sprechstimmlage nur unwesentlich verändert wird, andererseits sind Fälle bekannt, bei denen die Sprechstimmlage dem Patienten nach dem Eingriff zu hoch war. Mögliche Risiken des Eingriffs liegen auch in der Entwicklung einer funktionellen oder organischen Stimmstörung (Dysphonie). Nach den bisherigen Erfahrungen ist das Ergebnis solcher operativer Maßnahmen noch mit einem großen Unsicherheitsfaktor behaftet. Im Anschluß an die phonochirurgische Maßnahme ist nach Abschluß der Wundheilung in jedem Fall eine Stimmtherapie über ca. 20 – 40 Sitzungen erforderlich.

4. Kriterien für die sozialmedizinische Begutachtung

4.1 Stimmtherapie und Psychotherapie

Eine ausgesprochen männliche Stimme kann bei dem Wunsch, als Frau identifiziert zu werden, von Mann-zu-Frau-Transsexuellen als sehr belastend erlebt werden. Während der Bartwuchs unter der Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen mehr oder weniger sistiert und durch Kosmetik kaschiert werden kann, ist dieses bei einer tiefen Stimme nicht möglich. Insbesondere dann, wenn der Rollenwechsel schon weitgehend vollzogen, also weibliche Kleidung getragen und in der weiblichen Rolle gelebt wird, und auch die Genitaloperation durchgeführt ist, kann eine ausgesprochen männliche Stimme Enttäuschungen und Kränkungen verursachen, die den Gesamtbehandlungsprozeß beeinträchtigen. Abhängig von den Besonderheiten der Persönlichkeit des Transsexuellen und seiner sozialen Situation (insbesondere im Berufsleben) kann eine tiefe Stimme im Verlauf des Prozesses der sogenannten "Geschlechtsumwandlung" einen erheblichen Leidensdruck verursachen. Für die sozialmedizinische Beurteilung, ob dieser Leidensdruck ausreicht, um ihn als krankheitswertig im versicherungsrechtlichen Sinne zu qualifizieren, ist eine enge Kooperation zwischen Psychiater und Phoniater erforderlich.

Voraussetzung dafür, daß ein Antrag auf stimmverändernde Maßnahmen überhaupt beurteilt werden kann, ist, daß sich der bzw. die Transsexuelle in einer laufenden psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung befindet und zwar bei einem Arzt oder Diplom-Psychologen, der sich in besonderer Weise mit der Behandlung von Menschen mit Geschlechtsidentitätsstörungen und insbesondere Transsexualismus auskennt. Nur dann ist es möglich, die verschiedenen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren, die im jeweiligen Einzelfall Leidensdruck verursachen, richtig zu gewichten und insbesondere zu erkennen, welche Bedeutung dabei einer männlich klingenden Stimme zukommt. Insbesondere bei einem Operationsbegehren auf der Grundlage einer narzißtischen Störung dürfte eine solche Maßnahme wenig erfolgversprechend sein. Im Verlaufe des Behandlungsprozesses kann sich die Frage der Notwendigkeit der Stimmveränderung zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten stellen, sowohl in dem Behandlungszeitraum vor der geschlechtsverändernden Operation als auch danach. Die sozialmedizinische Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit stimmverändernder Maßnahmen erfordert einen ausführlichen Bericht des Therapeuten, der einen Einblick in die psychische und soziale Situation des Transsexuellen vermittelt. Auch sollte daraus erkennbar sein, in welcher Weise und mit welcher Intensität der Transsexuelle sich selbst um eine Modifizierung seiner Stimme bemüht hat. Eine persönliche psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung beim MDK ist nicht erforderlich. Sie kann insbesondere einen solchen Bericht nicht ersetzen. Wenn die psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung zu dem Ergebnis kommt, daß der Transsexuelle im versicherungsrechtlichen Sinne krank ist, und seiner Stimme dabei eine erhebliche Bedeutung zukommt, veranlaßt der Psychiater eine phoniatische Begutachtung. Bei dieser ist zu klären, ob die stimmlichen Parameter in einer angemessenen Relation zum Phänotypus (z. B. Körperbau, sekundäre Geschlechtsmerkmale, Motorik, Gestik etc.) stehen, oder ob eine starke Diskrepanz zwischen äußerem Erscheinungsbild und Stimmcharakteristik vorliegt. Dabei sollte die Begutachtung unter dem Gesichtspunkt der Gesamtästhetik bzw. Stimmigkeit des Erscheinungsbildes erfolgen und dabei die normale Bandbreite möglicher Erscheinungsbilder bei Nichttranssexuellen unter Einschluß von Normvarianten berücksichtigen.

Ferner sollte abgeklärt werden, ob der Transsexuelle zu einer kontinuierlichen stimmtherapeutischen Arbeit ausreichend motiviert ist.

Die phoniatische Diagnostik berücksichtigt alle für die Geschlechtszuordnung relevanten Parameter. Insbesondere wird geprüft, ob die stimmlichen Kriterien eine eindeutige männliche Zuordnung erlauben oder aber die Sprechstimmlage z.B. im Grenzbereich angesiedelt werden kann. Bei der phoniatischen Stimmdiagnostik sollte zudem beurteilt werden, ob aufgrund der bestehenden Stimmcharakteristika, des morphologischen Kehlkopfbefundes und der lupenstroboskopischen Befunde stimmtherapeutische und/oder phonochirurgische Maßnahmen erfolgversprechend sind und hinsichtlich möglicher Sekundärschäden durch unphysiologische Kehlkopfbelastung bei erhöhter Stimmlage vertretbar erscheinen.

Nach Abschluß der Diagnostik wird der Transsexuelle darüber beraten, welche Therapiemethoden zur Verfügung stehen, insbesondere aber auch über deren Grenzen. Auch ist abzuklären, ob die Bereitschaft zu einer kontinuierlichen stimmtherapeutischen Arbeit besteht. Wenn der Transsexuelle eine nicht zu tiefe Grundfrequenz hat und die Erwartungen an die Therapie nicht zu hoch angesetzt werden, dürfte durch eine ambulante Stimmtherapie über 20 bis 40 Therapiesitzungen in den meisten Fällen ein befriedigendes Ergebnis zu erzielen sein. Diese Stimmtherapie sollte unter phoniatischer Kontrolle stattfinden, um sich eventuell anbahnende Fehlbelastungen des stimmerzeugenden Apparates frühzeitig erkennen und gegensteuern zu können. Da es, wenn auch sehr selten, hormonell bedingte Mutationsstörungen gibt, und eine solche im Einzelfall nicht ausgeschlossen werden kann, und daher durch Hormontherapie eine stimmliche Veränderung möglich ist, sollte eine logopädische Therapie frühestens 6 Monate nach Einsetzen der Hormontherapie beginnen. Durch konservative Therapiemaßnahmen (Stimmtherapie und Psychotherapie) sollte der größte Teil der Patienten befriedigend zu behandeln sein.

4. 2 Operative Maßnahmen

Erst wenn nach kontinuierlicher Stimmtherapie ein befriedigendes Ergebnis nicht erzielt werden kann, sollte die Durchführung phonochirurgischer Maßnahmen erwogen werden. Wie bei den geschlechtsverändernden Operationen handelt es sich auch bei phonochirurgischen Maßnahmen um Eingriffe, die weitgehend irreversible Veränderungen zu Folge haben. Ziel des operativen Eingriffs ist die Reduktion der schwingenden Massen der Stimmlippen mit konsekutiver Erhöhung der Grundfrequenz. Im Rahmen z. B. gesangspädagogischer Maßnahmen läßt sich ein derartiger Effekt durch spezifische Stimmübungen auch funktionell erzielen.

Angesichts des Fehlens repräsentativer Operationsstatistiken und Katamnesen und der erwähnten Unwägbarkeiten und Risiken kann die Indikationsstellung zu einer phonochirurgischen Maßnahme nur eine seltene Ausnahme in ganz besonders begründeten Einzelfällen sein. Im Gegensatz zur Stimmtherapie, die auch schon vor der geschlechtsverändernden Operation zur Anwendung kommen kann, sind phonochirurgische Maßnahmen erst nach Durchführung einer solchen Operation zu empfehlen, da der Leidensdruck sich immer aus vielen Problembereichen speist und geschlechtsverändernde Genitaloperationen diesen ganz wesentlich mindern können.

Es ist zu fordern, daß die Operation durch einen erfahrenen Phonochirurgen durchgeführt wird. Aufgrund der relativ geringen Anzahl derartiger Operationen gibt es nur wenige spezialisierte Operateure, die diesen Eingriff durchführen.

Literatur

- Banaski, D. (1996): Kostenübernahme: Die Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung am Beispiel des MDK Nordrhein. In: Clement, U.; Senf, W. (Hrsg.) *Transsexualität - Behandlung und Begutachtung*, Stuttgart; New York: Schattauer Verlag, 64-73
- Biesalski, P.; Frank, F. (1982): *Phoniatrie-Pädaudiologie*. Stuttgart, New York: Thieme-Verlag
- Böhme, G. (1980): *Klinik der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen*. Bd. 2 der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen.. Stuttgart, New York: Gustav Fischer Verlag
- Böhme, G. (1994): *Therapie der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen*. Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess
- Bosinski, H.A.G.; Sohn, M.; Löffler, D.; Wille, R.; Jakse, G. (1994): Aktuelle Aspekte der Begutachtung und Operation Transsexueller. *Deutsches Ärzteblatt* 91: A-726-732 [Heft 11]
- Bundessozialgerichtsurteil vom 06.08.1987 (AZ 3 RK 15/86)
- Bundessozialgerichtsurteil vom 10.02.1993 (AZ 1 RK 14/92)
- Clement, U.; Senf, W. (Hrsg.) (1996): *Transsexualität - Behandlung und Begutachtung*, Stuttgart; New York: Schattauer Verlag
- Grohnfeldt, M. (1994): *Handbuch der Sprachtherapie*. Bd. 7 Stimmstörungen. Stuttgart, New York: Gustav Fischer Verlag
- Guenzburger, D. (1993): An acoustic analysis and some perceptual data concerning voice change in male-female transsexuals. *Eur J Disord Commun* 28: 13-21.
- Mahieu, H.F.; Schutte, H.K. (1989): New surgical techniques for voice improvement. *Arch Otorhinolaryngol* 246: 397-402
- Martin, F; Klingholz, F.; Eicher, W. (1984): Die Bewertung der Stimme als sekundäres Geschlechtsmerkmal bei Transsexuellen. *HNO* 32: 24-27
- Oates, J.M.; Dacakis, G. (1983): Speech pathology considerations in the management of transsexualism: A review. *Brit J Disorders Communic* 3: 139-151
- Pfäfflin, F. (1994): Die Begutachtung der Transsexualität. In: Venzlaff, U.; Foerster, K. (Hrsg) *Psychiatrische Begutachtung*. Stuttgart: G. Fischer Verlag, 621-638.
- Wirth, G. (1987): *Stimmstörungen*. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden, Sprachheilpädagogen und Sprecherzieher. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Wolfe, V. I.; Ratusnik, D.L.; Smith, F.H.; Northrop, G. (1990): Intonation and Fundamental Frequency in Male-To-Female Transsexuals. *J Speech Hearing Disorders* 55: 43-50
- Wolfort, F.G.; Dejernine, E.S.; Ramos, D.J.; Parry, R.G. (1990): Chondrolaryngoplasty for Appearance. *Plast Reconstr Surg* 86: 464-9

Anschriften der Autoren:

Dr. med. W: Uphaus, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) Neuss, Stresemann-allee 6, 41460 Neuss; Dr. med. D. Banaski; MDK Bonn, Welschnonnenstr. 3, 53111 Bonn

Die unsichere Position der Libido in einer Persönlichkeitsentwicklung zwischen «Gewalt» und «Aggressivität»

The undetermined position of the libido in psychological development between «violence» and «aggressiveness»

A. Hirschelmann, H. Sztulman

Zusammenfassung

Jean Bergeret hinterfragt mit seiner Theorie der Überlebensgewalt (1984) nicht nur die Kausalität und Finalität von Aggressionen, sondern liefert auch neue Aspekte bezüglich der Freudschen Triebtheorie. Er unterstreicht vor allem den diachronischen Aspekt der Triebentwicklung, der für die Gegenüberstellung der « Gewalt » und « Aggressivität » grundlegend ist. So zeigt Bergeret anhand der Ödipussage, daß die Gewalt ein primärer, primitiver und universeller Überlebensinstinkt, bzw. -trieb ist, der dem in der Entwicklung erst später auftretenden Sexualtrieb vorausgeht.

Anhand des Ambivalenzkonflikt, bzw. des Problems der Triebmischung und Triebentmischung erläutert Bergeret nicht nur die der logischen Entwicklung entsprechende Integration des Gewalttriebes in die Libidodynamik und seine Sublimierung zu Kreativitäts- und Liebeszwecken, sondern auch die pathologische 'Pervertierung' der Gewalt zur Aggressivität, die sich durch eine destruktive Intention auszeichnet.

Die verschiedenen Entwicklungsmöglichkeiten zeigen, wie das Subjekt von der Gewalt, in der das Objekt noch undifferenziert ist bzw. Außen- und Innenwelt noch ungetrennt sind, in eine höher entwickelte aber pathologische Aggressivität gleiten kann. Anhand der Triebtheorie und der Objektbeziehungspsychologie wird versucht, eine Parallele zwischen der Gewalt- bzw. Aggressivitätsentwicklung und den neurotischen und psychotischen Organisationen zu ziehen. Außerdem soll auf einige Unklarheiten der Bergeretschen Theorie hingewiesen werden.

Abschließend werden kurz einige Therapie- und Präventionsprinzipien im Hinblick der Aggressivität erläutert.

Schlüsselwörter: Überlebensgewalt, Aggressivität, Libidinöse Entwicklung, Triebentmischung, Objektbeziehung

Abstract

Bergeret's theory of « fundamental violence » questions not only the cause and effect aspects of aggression, but also provides new insight concerning Freud's concept of « drive ». Bergeret underlines particularly the diachronic characteristic of drive dynamics which represents an essential characteristic in the distinction between « violence » and « aggressiveness ». Using the Oedipal myth as an example, Bergeret illustrates that violence is an instinct or a primary drive of survival, its primitive and universal appearance preceding the development of the sexual drive. Through ambivalent conflict and the problems of fusional and defusional drives, Bergeret describes not only the logical psychodynamic evolution towards the integration of the violent drives within the libidinal functioning and its ultimate sublimation in creative and passionate endeavors, but as well the pathological perversion of violence in aggressiveness which is

characterized by the intention to stifle to the other. The different evolutionary outcomes show how a given subject progresses from violence – where the object is undifferentiated and the internal and external worlds are not yet separate – to aggressiveness which is more evolved but also pathological. In eliciting object relation theory and drive theory, an attempt is made to draw a parallel between the development of violence and its relation to neurotic and psychotic disorders. In addition, attention is given to certain imperfections in Bergeret's theory.

Therapeutic indications and preventive action are discussed in relation to the treatment of aggressive disorders.

Key words: fundamental violence, aggressiveness, libidinal development, drive defusion, object relations.

Zur Etymologie von Gewalt und Aggressivität

Die Begriffe « Gewalt » und « Aggressivität » sind schon seit langem in den geläufigen Sprachgebrauch übergegangen und werden auch in den unterschiedlichsten wissenschaftlichen Bereichen, z.B. in der Geschichte, der Philosophie, der Biologie usw. angewendet. Oftmals werden sie jedoch entweder als Synonyme zur negativen Beschreibung von Aggressionsformen benutzt oder auch als Schweregradskala, auf der die Gewalt als besonders destruktiv und als schlimmer angesehen wird als die Aggressivität (Hirschelmann und Spiquel 1994).

Erst der französische Psychiater und Psychoanalytiker Jean Bergeret wird aufgrund seiner klinischen Erfahrung und seines Interesses für die Triebdynamik auf den etymologischen Sinn dieser beiden Begriffe aufmerksam und widmet seit 1984 einen großen Teil seiner wissenschaftlichen Arbeiten der « Überlebensgewalt ». Die Etymologie der Begriffe Gewalt und Aggressivität führt ihn zu einer sehr präzisen und sowohl für die Psychoanalyse als auch für die forensische Forschung wichtigen Differenzierung.

Was den Begriff Gewalt – auf französisch: « violence » – angeht, so entspricht er dem Sinn seiner lateinischen Herkunft: « violentia », der eine « unwiderstehliche Kraft » ausdrückt. Das lateinische Substantiv leitet sich von dem Verb « violare » ab, das wiederum vom griechischen βία (bia, sprich: via), übersetzt « vitale Kraft » abstammt. Genauer gesagt handelt es sich hierbei um eine physische Kraft und im weiteren Sinne um eine Anwendung dieser Kraft, ohne eine aggressive oder sadistische Absicht. Der Begriff « bia-via-vita » drückt einen Lebenswunsch aus und führt Bergeret dazu, in dem Begriff « violence » oder auf deutsch « Gewalt » eine Lebenskraft bzw. einen Lebens- oder Erhaltungsinstinkt zu sehen. Anders ausgedrückt stellt die Gewalt für ihn eine Form des Lebens dar.

Dagegen kann die Aggressivität (auf französisch: « agressivité ») vom lateinischen « ad-gredere », was « gegen jemand oder etwas gehen » oder auch « unternehmen » bedeutet, abgeleitet werden. Sie spiegelt eine « individuelle Tendenz zu aggressivem Verhalten » wider (Janke 1992: 39) mit einer klaren Absicht, dem anderen Schaden zuzufügen.

Bergeret begründet die Existenz einer angeborenen und universellen « Überlebensgewalt » nicht nur anhand dieser etymologischen Differenzierung, sondern auch, wie wir sehen werden, in Anlehnung an die Freudsche Triebtheorie.

Die Überlebensgewalt in einer diachronen Vision der Triebentwicklung

Für den Psychoanalytiker entspricht die individuelle oder kollektive Haltung und Handlung, die man geläufig Gewalttat nennt, dem, was Freud klar als eine affektive Eigenschaft der Aggressivität definiert, d.h. einer Triebmischung von zwei Haupttriebgruppen. Nach Bergeret handelt es sich einerseits um die Gewalttriebdynamik und andererseits um die sexuelle Triebdynamik, die, ihm zufolge, allerdings erst später in der Entwicklung auftritt. Obwohl Freud tatsächlich ausführlich das Thema Aggressivität behandelt und Bergeret für die Gegenüberstellung der Konzepte « Aggressivität » und « Gewalt » viele Aspekte aus der Freudschen Theorie schöpft, wirft er diesem Autor vor, seine Konzepte der Ich- und Erhaltungstribe, die der Gewalt am nächsten stehen, aufgegeben zu haben. Bergeret geht sogar so weit, zu sagen, daß Freud nicht etwa die Gegenüberstellung der Gewalt- und Sexualtriebe nicht erkannt hätte, sondern daß er sie aufgrund seiner eigenen, für die Gewalt charakteristischen Persönlichkeit, wie viele andere Psychoanalytiker, verdrängt hat. Dies begründet Bergeret mit seiner Interpretation, daß jene Affektkonflikte, die auf Freud im Leben Druck ausübten, nicht genitaler, sondern fast ausschließlich narzißtischer Natur waren. Bergeret argumentiert weiter, daß Freud aufgrund seiner Fokalisierung auf den Ödipuskomplex wichtige Aspekte des Narzißmus übergeht und so vorschnell von imaginär sexuellen Verhalten spricht, ohne genug Aufmerksamkeit jenen Entwicklungsmomenten zu widmen, die noch keine libidinöse Besetzungsenergie aufweisen.

So belegt Bergeret, daß der Orakelspruch Apollons in den ersten Akten des Dramas « König Ödipus » von Sophokles die Eltern Iokaste und Laïos schon vor der Entstehung des Kindes davor warnt, daß dessen Geburt auf beiden Seiten eine Existenzangst und deswegen einen (legitimen) Abwehrmechanismus herbeiführen wird. Der Orakelspruch verkündet eine falsche Alternative: Das Kind muß sein Lebensrecht erkämpfen, indem es seine Eltern tötet; aber wenn diese überleben wollen, dann müssen sie ihr Kind vernichten. Bergeret zufolge, besteht die Gewalt schon in Iokastes Auftrag, den Sohn auf dem Berg Kithairons auszusetzen und den wilden Tieren zum Fraß vorzuwerfen. Schließlich übt Ödipus selbst Gewalt (was fälschlicherweise als ödipale Rivalität mit dem Vater interpretiert wird), indem er sowohl seinen Erzeuger – an einer Kreuzung – aus einem narzißtischen Konflikt heraus tötet, als auch die Sphinx – welche die für die Persönlichkeitsentwicklung bedrohende phallische Mutter darstellt. Durch diese zwei Gewalttaten schützt der junge Ödipus sein Leben, bzw. seine narzißtische Integrität, aber hegt noch keinerlei inzestuöse Absicht. Denn erst wenn eine narzißtische Stabilität eintreten kann, wird der Weg zur Libido frei. So wird sich Ödipus auch nur in den letzten Akten des Dramas seines Inzests zur Mutter und seiner Verbrechen gewahr und straft sich aufgrund dieser unerträglichen Wahrheit mit Blindheit.

Bergeret wirft der Mainstream-Psychoanalyse vor, eine unvollständige Interpretation des Ödipusmythos zu geben. So werden die primären, dyadischen Gewaltmomente außer Betracht gelassen und die gesamte psychische Entwicklung und menschliche Affektivität anhand des kindlichen, triadischen Sexualitätskonflikt erklärt, obwohl diesem Autor zufolge die Weichen für die Persönlichkeitsorganisation nicht nur während, sondern auch vor und nach der Libidoentwicklung gestellt werden.

Um diese ersten narzißtischen Gewaltmomente theoretisch zu belegen, spricht Bergeret von einem angeborenen und universellen Instinkt. In der unvermittelten Verwendung des Instinktbegriffs gleicht Bergeret die Gewalt dem schon in der Ethologie von Lorenz beschriebenen Überlebenskampf und der Gewalt, die in der Tierwelt herrscht, an. Insofern

sieht er auch eine Notwendigkeit darin, die Freudsche Definition des « Aggressionstriebes » zu überholen. Aus der Schwierigkeit Freuds heraus, die Sexualtriebe und Selbsterhaltungstrieb im Aggressionstrieb zusammenzufassen, differenziert Bergeret einerseits die Überlebensgewalt – welche in den narzißtischen Selbsterhaltungstrieben im Sinne einer konstruktiven Aggression, fern von Destruktion zum Ausdruck kommt – und andererseits die Aggressivität. Letztere entspricht, wie schon Freud erkannte, weder dem Selbsterhaltungstrieb noch dem Sexualtrieb, obwohl die Aggression unweigerlich mit sexueller Libido gebunden ist. Daraus folgert Bergeret, daß es sich bei der Aggressivität um eine libidinös besetzte und daher später auftretende Pervertierung der Gewalt handelt, die eine Umkehrung von der für die Ich-Entwicklung konstruktiven Aggression in eine sadistische oder masochistische und somit lustgewinnende Destruktion zur Folge hat.

Die Idee eines angeborenen und universellen Gewaltinstinktes ist also nicht neu, sondern ist nur nicht weiter ausgeführt worden. Nach Bergeret liegt der Grund für die Schwierigkeit Freuds, den jeweiligen Triebgruppen eigene Kräfte, Ziele, Quellen und Objekte zuzuordnen darin, daß er niemals seine synchrone Vision der Triebgegensätzlichkeiten aufgegeben hat. So behauptet Bergeret, daß man weder im Laufe der Adoleszenzkrisen noch zu einem anderen Zeitpunkt des Lebens Haß und Liebe gegenüberstellen darf, da der Haß schon zu den erotischen Persönlichkeitsorganisationen gehört und folglich zu einer Erotisierung der Gewalttendenzen führt.

Genauso wird oft voreilig von « sexueller » Perversion gesprochen, obwohl diese gerade Zeichen einer mißlungenen sexuellen Entwicklung ist. Bergeret ist der Meinung, daß es sich eher um eine Pervertierung der prägenitalen affektiven Entwicklung handelt als um eine sekundäre Fehlentwicklung der normalen Sexualtriebe. Schon das « polymorph perverse » Kleinkind ist dazu prädestiniert, Libidofragmente auf prägenitale Objekte und Ziele zu fixieren. Daher darf man auch nicht die genitale Bedeutung des « Penis » mit der narzißtischen und gewaltbesetzten Metapher des « Phallus » verwechseln, denn dieser dient ausschließlich dazu, das Subjekt und seine Umwelt von seiner narzißtischen Macht zu überzeugen.

Man kann ebensowenig die primitive Brutalität, die noch nicht sadistisch ist, den Lebensinstinkten gegenüberstellen, denn es handelt sich hierbei um eine identische Entwicklungsstufe mit den gleichen Quellenproblemen, Zielen und Objektschwierigkeiten.

Diese Aspekte belegen folglich die Diachronie zwischen den primären Erhaltungs- bzw. Gewalttrieben und der sekundären Libido und sind ebenfalls ein Beweis dafür, daß die Überlebensgewalt angeboren, universell und nicht pathologisch ist. Nur ein ökonomisches Ungleichgewicht bei der Triebvermischung führt zur pathologischen Entwicklung und zur Aggressivität.

Außer diesem diachronischen Aspekt, liefert die Freudsche Triebtheorie Bergeret sonst alle wichtigen Elemente. Und zwar stellt Freud anfangs des 20. Jahrhunderts die « Selbsterhaltungstrieb- » und « Ichtriebe » den « Sexualtrieben » gegenüber. So entsprechen die ersten – wie die Gewalt – den elementären Trieben einer Energie, « die das Ich im Abwehrkonflikt verwendet » (Laplanche 1972: 210) oder auch der « Gesamtheit der an die körperlichen Funktionen gebundene Bedürfnisse, die zur Erhaltung des Lebens des Individuums notwendig sind » (S.463). Auch wenn Freud die Quelle der Erhaltungstrieb eher als somatisch, bzw. organisch definiert, so ist ihm dennoch klar, daß sich die Sexualtriebe trotz der anfänglichen Dualität mit den Selbsterhaltungstrieben verbinden, diese integrieren und dadurch die objektive und libidinöse Energie quantitativ verstärkt wird.

Als Freud schließlich die Theorie des Narzißmus entwickelt, präzisiert sich auch die Notwendigkeit der Erhaltungstriebe, sowohl für die Befriedigung der wichtigsten nicht-sexuellen Bedürfnisse als auch für die Integritätsbewahrung der Persönlichkeit und die Bestätigung eines ausreichenden « Self-esteem ».

Obwohl Freud durch die Entdeckung des « Bemächtigungstriebes » seine Ansicht über die frühzeitigen nicht-sexuellen Triebe nuanciert, beschreibt er die Ziele des narzißtischen Bemächtigungstriebes als rein defensiv. Selbst wenn Freud in den « Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie » (1905) den Ursprung der kindlichen Grausamkeit auf diesen Trieb zurückführt, darf dieser nicht mit dem Sadismus oder der Aggressivität verwechselt werden, da er, solange er noch nicht der Sexualfunktion unterstellt ist, ein für die Aggressivität zu niedriges Entwicklungsniveau hat.

Der Ambivalenzkonflikt oder das Problem der Triebmischung und der Triebentmischung

Ein letzter Aspekt, den Bergeret in seiner Gegenüberstellung der Gewalt und Aggressivität hervorhebt, betrifft Freuds Theorie der Triebmischung und Triebentmischung, von welcher er 1926 den Ambivalenzkonflikt ableitet. Dieser beruht auf der Idee einer Entmischung von zwei gegensätzlichen Triebkräften, obwohl beide dasselbe Objekt betreffen. Nach Bergeret setzt jede affektive Reifung – im Idealfall wenigstens – eine Integration der primitiven Gewalttriebe in die Libido voraus. Nur so kann eine imaginär triadische, strukturell ödipale und genitale Organisation herbeigeführt werden. Im Falle einer Störung dieser integrativen Operation, ruft die Triebentmischung eine neue Verbindungsart der zwei Triebgruppen Gewalt und Libido hervor. Die Gewalt würde in dem Fall zu ihrem Gunsten einen Teil des unbesetzten Erotisierungspotential einbeziehen. Diese Vermischung von gegensätzlichen Triebpolarisierungen, bzw. Ambivalenz drückt ein affektives Ungleichgewicht aus, das nach Bergeret, öfters von aggressiven Schüben begleitet ist. Bergerets Theorie zufolge entspricht die Aggressivität der von Abraham beschriebenen ambivalenten Stufe oder der von Klein definierten sadistisch oralen Phase (Beißen), die auf der analen Stufe kulminiert und sich bis zur phallischen Stufe fortsetzt.

Dagegen ist die Gewalt eher vorambivalent und entspricht der ersten oralen Stufe (Saugen) (Laplanche 1972: 55). Nach Bergeret kann die Gewalt noch nicht von der Ambivalenz betroffen sein, da dieser primäre Instinkt weder eine Vereinigung mit einem anderen Trieb noch eine Sekundarisierung derselben Tendenz aufweist.

Tatsächlich sind für Bergeret die Liebe und der Haß zwei Facetten der später auftretenden Libidodynamik. Da die Gewalt- und Liebestendenzen noch nicht artikuliert sind, kann auch noch keine affektive Ambivalenz entstehen. Eine glückliche Entwicklung der Gewalt durchläuft zwar auch die ambivalente Stufe, aber die Gewalt- und Liebestriebe verbinden sich nicht unter der Vormachtstellung der Gewalttriebe, sondern unter jener der Liebestriebe. Insofern bestimmt die Libido die verschiedenen Anpassungs- und Regulierungskapazitäten des Subjekts und deren Richtung.

Im Falle einer fehlenden Integration der Gewalt in die Libidodynamik durchläuft das Subjekt zwar die verschiedenen Entwicklungsstadien, welche aber nicht zur Reifung der Persönlichkeitsstruktur beitragen. Aus der unmöglichen oder unzureichenden Konfliktverarbeitung resultieren Fixationen, die wir nur ungefähr in der Entwicklung verorten können

und die einen Teil der imaginären Tätigkeit auf der Gewalteebene verharren lassen. Bergeret unterstreicht, daß die Regressionen, die dem Subjekt mit jeder traumatischen Reaktivierung drohen, auch für « normal » entwickelte Subjekte, eine Rückkehr zur Gewaltproblematik bedeuten können, wenn sie eine starke narzißtische Kränkung oder Bedrohung für ihr Leben verspüren, was sofort den Überlebensinstinkt aktiviert. So ist Bergeret der Ansicht, daß ernste Regressionen zu einer vorambivalenten Etappe führen, wo die Gewalt- und Libidodynamik nicht in Bezug auf dasselbe Objekt zusammen bestehen können und so ihre Bindung nicht mehr gesichert ist. Die libidinösen Tendenzen verlieren viel ihrer Energie und ihrer Bindungskapazitäten, und so bestimmt die wieder relativ rein gewordene Gewalt überwiegend die Affekte. Falls die Gewalt nun eine gewisse Menge an ebenfalls wieder freien Libidofragmenten übernehmen kann, kehrt sie sich und damit die ganze Persönlichkeitsentwicklung in die pathologische Aggressivität um.

Entwicklungsmöglichkeiten der Gewalt

Wenn wir uns die extreme Abhängigkeit des jungen Subjekts von seiner Umwelt vorstellen wird verständlich, daß es eine narzißtische Schwäche aufzeigt und mehr Objekt als Subjekt seiner Wahrnehmungen ist. Je übermächtiger und aufdringlicher diese Umwelt, desto mehr konstelliert sich eine völlige Abhängigkeit von ihr. Es ist daher wichtig, daß das familiäre und soziale Umfeld für das Kind ein Beispiel, bzw. ein « Modell » von gut funktionierenden libidinösen Beziehungen ist, mit denen sich das Kind identifizieren kann. Durch das Erwachen des Gewaltinstinkts aufgrund der Geburt des Kindes, wird dieses weder auf Seiten des Kindes noch auf Seiten der Eltern erschüttert. Nur wenn die Eltern oder das nähere Umfeld den Bedürfnissen des Kindes sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Sprachebene Rede und Antwort stehen können und so « bessere » Personen darstellen, welche das Kind als gute Objekte integrieren kann, wird das Kind eine sichere und solide narzißtische Basis gründen, auf der sich später libidinöse Objektbeziehungen aufbauen. Diese integrieren wiederum die primitive Gewalt zu ihren Gunsten und sublimieren sie zu besseren Zwecken. Wenn die frühen sozialen Beziehungen des Kindes jedoch hauptsächlich von der Gewalt investiert sind, d.h. wenn die sich Bezugspersonen dem Kind gegenüber lediglich wie befehlende Objekte verhalten oder sie das Kind wie ein Produkt, ohne eigenen Status und eigene Wünsche ansehen, so besteht die Gefahr, daß die defensive Gewalt in eine aggressive Ausdrucksform 'pervertiert' wird. Bergeret stellt hier einen Vergleich mit der neurotischen und die psychotischen Organisation.

Die neurotische Organisation

Zuerst betrachtet Bergeret die in theoretischer Hinsicht « ideale » Lösung der Gewaltentwicklung, die sich seiner Ansicht nach in der neurotischen Organisation ausdrückt. Tatsächlich basiert diese auf einer triadischen, bzw. ödipalen Entwicklung, die eine libidinös investierte Persönlichkeitsentfaltung und so eine libidointegrierte Gewalt voraussetzt. Bergeret geht davon aus, daß eine völlige und endgültige Integration der Gewalt ausgeschlossen ist und ihre Qualität weitläufig mit jener der libidinösen Induktionen der Eltern korreliert. Dementsprechend bleiben die genitalen und ödipalen Verarbeitungen unvollständig und es treten unterschiedliche Formen der Neurose, so wie Hysterie-, Angst- oder Zwangssymptome, auf.

Diese erste Entwicklungsmöglichkeit spiegelt nach Bergeret die Ambivalenzsituation, die mit der neurotischen Organisation im Einklang steht, wider und erlaubt dem Subjekt im Wesentlichen eine gute soziale Anpassung.

Auf der Verhaltensebene bekommt die Gewalt durch die ambivalente Mischung von Haß und Liebe jedoch eine aggressive Färbung und die Absicht, dem Objekt zu schaden basiert in dem Falle auf der Kastrationsproblematik.

Bergerets Theorie kann vor allem vorgeworfen werden, daß er kausale Aspekte der Aggressivitätsentwicklung, wie das Ambivalenzproblem der Triebdynamik von der Objektbeziehung, die man nur in gegenseitiger Abhängigkeit betrachten kann, trennt. Dabei charakterisiert das Konzept der Objektbeziehungen hervorragend die Dialektik von innen und außen, indem es zwischenmenschliche Beziehungen in einer Ergänzungsreihe mit gewalt- oder libidinös und aggressiv besetzten Selbst- und Objektrepräsentanzen umschließt. Insofern muß der ökonomische Aspekt der Triebdynamik mit den eher dynamischen Gesichtspunkten der Objektbeziehungen in Zusammenhang gebracht werden.

Wenn wir nun zusätzlich zu Bergerets Argumentation die Objektbeziehungsproblematik in Betracht ziehen, können wir an dieser Stelle hinzufügen, daß dieses neurotische Modell mindestens der analen Position entspricht. Diesem Entwicklungsstadium zufolge, ist das Subjekt vom Objekt differenziert, d. h. Innen- und Außenwelt sind mittlerweile getrennt. Das Objekt hat eine eigene Identität und ist von dem Status eines Partialobjekts der paranoid-schizophrenen Position auf jenen eines ganzen Objekts übergegangen, was auf eine gesunde Persönlichkeitsstrukturierung schließen läßt. Wenn aber parallel zu der von Bergeret unterstrichenen mangelnden Gewaltintegration der Analitätskonflikt nicht durchgestanden wird, d.h. wenn das Subjekt weiterhin an seiner sadistischen Allmachtsstellung, bzw. an der « negativen Beherrschung » (Grunberger 1960) des Objekts, das eine Containerfunktion für die schlechten Projektionen erfüllt, festhält, dann sind wir mit der Aggressivität und mit für diese typischen Haßgefühlen und Sadismus konfrontiert. Genauso wie sich das Subjekt gegenüber dem Objekt sadistisch erweist, kann es masochistische Tendenzen entwickeln. Daher ist auch das Suizidrisiko, nicht zu unterschätzen. Diese Objektbeziehung erweist sich nach Grunberger als sehr possessiv, da sich das Subjekt noch nicht ganz vom Objekt löst, sondern es auf einer ausreichenden und erträglichen Distanz hält. Durch das libidobehaftete Wechselspiel von Dominieren und Dominiert-Werden beweist es sich seine allmächtige Position. Diese Art von Objektbeziehung scheint, besonders für die Paranoia charakteristisch zu sein, denn sobald das auf Entfernung gehaltene Objekt dem Subjekt zu nahe tritt, wird es zu einem für die eigene Identität gefährlichen Verfolger. Ebenso wirkt die auf Kontrolle ausgerichtete Persönlichkeit des Paranoiden einem gleichwertigen Austausch mit einem Objekt, das ebenso ein anderes Subjekt mit eigener Identität und Wünschen sein kann, entgegen. Das Vergeltungsrecht, das normalerweise dem Subjekt zu verstehen gibt, daß der andere ihm die gleichen Schäden zufügen könnte und so das Über-Ich des Subjekts zu einer Relativisierung seiner Macht zwingt, bleibt unwirksam. Das Subjekt bleibt auf einer ambivalenten Stufe fixiert, da es dem Objekt noch nicht sowohl gute als auch schlechte Eigenschaften zuerkennen kann. Nur durch eine Integration der Ambivalenz in ein selbes Objekt erreicht das Subjekt eine nachambivalente Stufe, im Sinne von Abraham. Wir sehen folglich, daß das Objekt libidinös und auf ambivalente Weise von Haß und Liebe besetzt ist und wir so nicht mehr von Gewalt sprechen können.

So « glücklich » die Entwicklung des neurotischen Modells auch sein mag, aber eine mögliche Regression, die durch die unsichere Integration der Gewalt in die libidinöse Entwicklung hervorgerufen wird, ist eine eher unglückliche Lösung. Denn wenn wir Bergerets Argumentation folgen, läßt sie unweigerlich die Aggressivität ans Licht treten mit all den negativen Auswirkungen, die wir kennen. Die objektgerichtete Entwicklung, welcher die Objektlibido zugrunde liegt, kehrt zu einer narzißtisch besetzten Stufe zurück. Diese entspräche dem von Freud definierten, sekundären Narzißmus (Laplanche 1972: 206).

Die psychotische Organisation

Wenn nun die Libidodynamik zu schwach von dem Imaginären der Eltern induziert wurde, bzw. wenn die Gewalt zu stark vom familiären Umfeld ausgeübt wurde, dann beobachten wir nach Bergeret eine « Triebumkehrung », in welcher der Gewaltstrom zu seinem Vorteil eine gewisse Menge von einzelnen Fragmenten der imaginär libidinösen Inhalte integriert. Das ödipal Imaginäre, das ziemlich zersplittert und nur wenig funktionstüchtig ist, kann nicht die ganze Persönlichkeit auf triadische und genitale Weise konstruieren. Seiner Meinung nach spiegelt sich dieses Strukturierungsmodell in der Psychose wider, die so dem Aggressivitätsprinzip unterliegt. Und zwar wird Bergeret zufolge, die Libido zu Aggressivität, Haß, Sadismus und Masochismus pervertiert.

Auf der Verhaltensebene entspricht die Aggression des Subjekts dem Wunsch der Zerstückelung und Vernichtung des anderen.

Diese Argumentation ist aus Sicht der Objektbeziehungspsychologie nicht nachvollziehbar. Nach Klein befindet sich das psychotische Subjekt in einer konfusen Welt, in der es noch keine Grenzen zwischen innen und außen gibt. Um einen Reizschutz gegen die zu starken inneren und äußeren Sensationen, die eine Todesangst hervorrufen, aufzubauen, benutzt das psychotische Ich zwei Abwehrmechanismen: die Spaltung und die Projektion. Demzufolge introjiziert das Subjekt nur das Gute (positiv wahrgenommene Sensationen) und projiziert das Schlechte nach außen, so daß die guten und schlechten (Partial-)Objekte nicht nur voneinander getrennt sind, sondern auch keine Interaktion miteinander haben. In dieser paranoid-schizophrenen Position dominieren ebenfalls narzißtische und projektive Identifikationen, wobei diese einen eher dominanten, manipulativen Charakter haben, da sie nach Becker bei dem anderen nur das akzeptieren, « was ich zwingend von ihm erwarte, daß er ist, sodaß er außerhalb dessen, was ich projiziere, daß er ist, nichts ist und auch kein Recht hat, zu existieren » (1990: 98). Dieser zwingende Charakter beruht jedoch keinesfalls auf einer aggressiven Dynamik, sondern auf einer Existenzproblematik, im Sinne der Gewalt, in der noch keine Ambivalenz zwischen gut und schlecht, bzw. zwischen Liebe und Haß auftritt, sondern wo ein mögliches Eindringen des Objekts (oder der Mutter) als existenzgefährdend erlebt wird. Dem psychotischen Subjekt geht es folglich darum, die Integrität seines noch schwachen Ichs zu bewahren, und gegen äußere Einflüsse zu schützen. Außerdem handelt es sich, wie gesagt, in der Psychose nicht um ganze Objekte, sondern nur um Partialobjekte, so daß die Außenwelt nur eine Verlängerung der Innenwelt darstellt. Im Falle eines Angriffs würde sich das Subjekt durch seine symbiotische Beziehung zum Objekt selbst zerstören. Die von Racamier (1980) beschriebene Aufdringlichkeit der Mutter, bzw. ihr Eindringen in die Intimwelt des Kindes und die Verwerfung der Vaterrolle, machen aus dem Kind ein der « Mutter eigenes Wesen » (Castoriadis-Aulagnier 1975: 38).

Searles (1977) beschreibt ebenfalls das psychotische Subjekt als Objekt des anderen, das Eiguer (1986) zufolge, keinen persönlichen und psychischen Freiraum für die Entwicklung und symbolische Wunscherfüllung hat, die ihm allein « den Zugang zur Realität eröffnen » (Laplanche 1972: 489) könnte. Durch dieses narzißtische Umfeld und die ersten Erfahrungen mit einem « Trauma-Objekt » (Green 1979: 55) ist die Existenz und Entwicklung des psychotischen Subjekts ständig bedroht. Es ist daher ausgeschlossen, von Aggressivität zu sprechen, da diese ein höheres Entwicklungsniveau voraussetzt.

So können wir auch hier mit Bergerets Ansicht, daß das Aggressivitätsmodell der Psychose entspricht, nicht einverstanden sein. Die Aggressivität setzt sadistische oder masochistische Tendenzen und eine erogene Befriedigung voraus, die erst in der ambitendenten Stufe auftreten, aber noch nicht in der für die Psychose charakteristischen Vorambivalenz. Ebenso gibt es Becker zufolge, in der Psychose « wenig Tendenz (...) zur Besorgnis gegenüber eines anderen, bzw. für das Objekt, weshalb auch so gut wie keine Verantwortung für den in der Phantasie und / oder real angerichteten Schaden entstehen kann, zumal die wichtigste Voraussetzung für Verantwortung, nämlich Schuldgefühle, nicht ausgehalten werden » (1992: 99). Nach Betrachtung dieser Aspekte entspricht die psychotische Organisation der Gewalt.

Diskussion

Wie wir gesehen haben, ist in der primitiven, defensiven Gewalt ein Objekt, dem man noch keinen wirklich genitalen und ödipalen Status zuteilen kann, tatsächlich recht rudimentär. In der archaischen Objektbeziehung, die für die Gewalt charakteristisch ist, ist das Objekt vom Subjekt noch undifferenziert. Wir befinden uns noch auf einem narzißtischen Niveau, auf welchem das Subjekt versucht, seine psychische Grundlage zu verstärken, ohne das außenstehende Objekt anders als ein bedrohliches Nicht-Ich zu investieren, da die Grenzen zwischen innerer und äußerer Realität fehlen, bzw. verschwommen sind. Diese fehlenden Grenzen können zu einem Konflikt führen, der seinen zentralen Ausbruch in der Abwehr als Spaltung und Fragmentierung von guten und schlechten Partialobjekten oder wie Grunberger erklärt, von einem « Großen » und einem « Kleinen », bzw. von einem « Starken » und « Schwachen », wobei der Kleine und Schwache jeweils das Subjekt darstellen. In der Gewaltoptik geht es also um die narzißtische Objektvorstellung « Er oder Ich », aber noch nicht um einen genitalen oder ödipalen Status des Objekts oder anders ausgedrückt, um einen Sexualrivalen, Sexualverfolger oder gar Sexualfrustrierer.

Diese Rivalität besteht aber in der Aggressivität. Letztere bezieht, teilweise wenigstens, die libidinösen Elemente mit ein, da sie der genitalen und ödipalen Problematik der Persönlichkeitsentwicklung gleichzusetzen ist. Das Objekt ist klar vom Ich differenziert und wird nicht mehr wie ein Nicht-Ich oder wie ein Anti-Ich wahrgenommen, sondern wie ein anderer, im Sinne eines ganzen Objekts, so wie es im Kindheitskonflikt an die Erinnerung der Elternfiguren frühzeitig im Imaginären des Subjekts gewählt wurde. Wenn sich die Objekte, auf welche die Aggressivität abzielt, durch die Umwelt- und Kontextveränderungen, die aus den unterschiedlichen Rekonstruktionen der Vergangenheit resultieren, stark variieren können, so ändert sich jedoch nicht die Objektrepräsentanz, bzw. der Status des Objekts. Das Objekt der Aggressivität ist folglich solider konstruiert als jenes der Gewalt und zeichnet sich durch spezifische und vom Ich unabhängige Eigenschaften aus.

Bergeret unterstreicht richtig, daß wir in der Gewalt eher von einem « Selbst » als von einem « Ich » und von einem « Nicht-Selbst » eher als von einem « Objekt » sprechen müßten (1994: 211). Man muß ihm jedoch vorwerfen, dieses primäre Beziehungsniveau der Gewalt global als « narzißtisch » zu beschreiben, obwohl schon Freud zwischen « primären und sekundären » Narzißmus unterscheidet. Selbst wenn der primäre Narzißmus am besten auf die Gewaltdynamik zutrifft, bezeichnet er « einen frühen Zustand, in dem das Kind sich selbst mit seiner ganzen Libido besetzt » (Laplanche 1972: 320). Der Narzißmus impliziert Freud zufolge, schon eine Libido, die zuerst ich-bezogen ist (Ich-Libido) und später ein außenstehendes Objekt besetzt (Objekt-Libido). Es ist bedauerlich, daß Bergeret niemals eine eigene Definition des Narzißmus liefert, da er dieses Freudsche Konzept in seiner Theorie der Überlebensgewalt mit dem Selbsterhaltungstrieb gleichsetzt. Es stellt sich nun die Frage, ob man bei dem primitiven und primären Entwicklungsniveau der Gewalt tatsächlich sagen kann, daß es bei den ersten Kontakten mit der Umwelt weder ein « Objekt » noch eine « libidinöse » Beziehung gibt? Oder müßte man nicht die Begriffe relativieren und einerseits das « Objekt » den von Klein definierten « Partialobjekten », und andererseits die Gewalt, bzw. den Selbsterhaltungstrieb der Ich-Libido, bzw. der intra-ego Libido gleichstellen? Wie schon erwähnt wurde, versucht das Subjekt durch den Trieb sein Ziel und damit einen bestimmten Typus von Befriedigung zu erreichen. So unterstreichen Laplanche und Pontalis (1972), daß schon auf einem primitiven Entwicklungsstadium das Ziel sowohl eine Person als auch ein Partialobjekt, ein reales oder phantasiertes Objekt sein kann. Was nun das Problem der Libido angeht, so spiegelt die Ich-Libido einen primären und narzißtischen Zustand wider, der dem Subjekt eine stabile Grundlage verschafft, um später in andere Objekte investieren zu können. Diese Form der libidinösen Besetzung zielt folglich, wie die Gewalt, auf die Selbsterhaltung und eine solide Ichstrukturierung ab und es scheint deswegen nicht ausgeschlossen, schon bei der Gewalt eine libidinöse Besetzungsenergie zu vermuten. Man kann sich so vorstellen, daß die Gewalt auf einer anaklitischen Objektbeziehung beruht, die entweder durch das Bedürfnis nach einer kontinuierlichen Präsenz eines nicht phantasierbaren Objekts oder im Gegenteil durch das Bedürfnis nach einer erträglichen Entfernung eines zu aufdringlichen und daher bedrohlichen Objekts gekennzeichnet ist. Der Mangel an Möglichkeiten zur Phantasiebildung, Verdrängung oder Verschiebung zwingt das Subjekt zur Beherrschung des Objekts oder der Beziehungsperson, um so sein Ich zu schützen, bzw. dessen Entfaltung und Strukturierung zu ermöglichen. Klinisch gesehen bedeutet ein Gewaltakt für Viaux (1996: 132), daß das Subjekt nichts über seine Tat sagen kann, d.h. sie bleibt stumm, so daß das Subjekt auf die psychische Position des « infans », d.h. desjenigen, der nicht spricht, zurückgeführt wird. Viaux ordnet so die Gewalt einer Sphäre zu, die außerhalb jeglichen Sprachvermögens und jeglicher imaginären Vorstellung liegt. Tatsächlich könnte man sagen, daß die Tat absolut impulsiv und Zeichen eines richtigen Gewaltausbruchs ist, der eine Aggressivität mit Gefühlsambivalenz, sexueller Befriedigung, Schuldgefühlen und Objektdifferenzierung völlig ausschließt.

Therapie, Vorbeugung und Perspektiven

Bergeret zufolge sträuben sich viele Psychoanalytiker, die mit Theorie der Überlebensgewalt einverstanden sind, gegen den Gedanken, daß man bei Erwachsenen Gewaltschübe im reinen Zustand wiederfinden kann, da die Gewalt anscheinend definitiv mit der Libido

verbunden ist. Auch wenn dies im allgemeinen der Lauf der Dinge ist, so kann dennoch zu manchen Lebensperioden entweder ein Teil der latent gebliebenen Gewalt wiedererwachen oder eine Triebentmischung stattfinden.

Auf therapeutischer Ebene hebt Bergeret hervor, daß man nicht verlangen kann, die Gewalt zu behandeln, da sie ja kein pathologischer, sondern im Gegenteil natürlicher Trieb ist. Es kann aber im Falle der Aggressivität, bzw. Pervertierung der Gewalt eingegriffen werden. Und zwar muß die Therapie, solange der Gewaltinstinkt von seiner ursprünglichen Finalität entbunden und noch nicht wieder mit einer neuen Finalität verbunden ist, auf eine bessere Integration der Gewalttendenz in die Libidodynamik abzielen, um so eine solide Ichstrukturierung in die Wege leiten zu können. Konkret ausgedrückt bringt es nichts, die genitalen oder triadischen Konflikte zu analysieren, sondern es geht darum, die Gewalt mit all ihren traumatischen Erlebnissen, derer sich das Subjekt auf einmal bewußt wird, mit der Libido zu vermischen und in letztere zu integrieren. Ebenso gilt es, dem Patienten dabei zu helfen, eventuelle Schuldgefühle in Bezug auf die Erkennung seiner Gewalt abzubauen, und ihm deutlich zu machen, daß diese normal ist. Schließlich ist es unerläßlich, daß der Patient in der zerstörerischen Aggressivität und der im Prinzip für die Entwicklung zweckvollen Gewalt Unterschiede sieht.

Besser als die Therapie ist immer noch die Vorbeugung. So resultiert die einzige Vorbeugung der Aggressivität, die wirklich diese Benennung verdient, aus der Überlegung wie man frühzeitig vermeiden kann, daß ein Subjekt eine pathologische Entwicklung eingeht. Bergeret betont, daß es wichtig ist, die Risikofaktoren, welche das primäre, soziale Umfeld mit sich bringt, zu erkennen und die Gelegenheiten zu nutzen, die dem Subjekt erlauben, Idealinstanzen und ein Über-Ich zu bilden. Konkret geht es darum, frühzeitig die Objektbeziehungsqualitäten und die Abwehrmechanismen festzustellen, und vor allem den Wiederholungen und Willkürlichkeiten von Dominanz-Unterwerfungsspielen besondere Aufmerksamkeit zu widmen. In diesem Falle sollten Identifikationsmöglichkeiten angeboten werden, die der Idealentwicklung des Patienten entsprechen. Anders ausgedrückt sollte das Ziel eine Reifung im Bereich der Konfliktstruktur und der Bindungsfähigkeiten sein, die durch die Übertragung der anaklitischen Anbindung und die Funktionen von « Containment und Holding » an eine externe Beziehungsperson bzw. den Therapeuten ermöglicht werden könnten. Wir können aus der theoretischen Diskussion der Objektbeziehungen ableiten, daß nur durch die Einführung einer Objektkonstanz im Sinne des « Good Mothering » eine reale Grenzbesetzung der Ichstrukturierung und damit eine weitgehend erfolgreiche Integration der Gewalt in die libidinöse Strömung erreicht werden kann.

Die von Bergeret entwickelte Überlebenstheorie, die vielleicht in einigen Punkten ungenau bleibt, zeigt jedoch, daß ein Subjekt niemals grund- oder sinnlos zur Tat schreitet, egal wie lebensnotwendig oder lustgebunden seine Tat für das Subjekt ist. Gerade diesen Grad der Lebensnot oder Pervertierung gilt es zu bestimmen, um auf die forensischen Fragen des Verantwortungsbewußtseins, der Art der Verurteilung und des Rezidivrisikos und auf die psychiatrische Frage der Persönlichkeitsstruktur eine Antwort finden zu können. Schließlich führt die triebdynamische Gegenüberstellung der Überlebensgewalt und der Aggressivität die forensische und sexuologische Forschung im Hinblick auf die Ermessung des Rezidivrisikos und auf die Differentialdiagnostik (vor allem der Psychose und Perversion) zur Unterscheidung zwischen perversen Verhaltensweisen und perverser Persönlichkeitsstruktur, um so gegen die falsche Verwendung der einen als Indikator für die andere vorzubeugen.

Literatur

- Becker, S.: Objektbeziehungspsychologie und katastrophische Veränderung: Zur psychoanalytischen Behandlung psychotischer Patienten. Tübingen: Edition diskord 1990.
- Bergeret, J.: La violence fondamentale. Paris: Dunod 1984.
- Bergeret, J.: Psychologie pathologique. Paris: Masson 1986.
- Bergeret, J.: La violence et la vie. Paris: Payot 1994.
- Bergeret, J.: Freud, la violence et la dépression. Paris: PUF 1995.
- Bergeret, J.: L'imaginaire primaire. *Psychanalyse à l'Université (VI)*. 1981; 24:635-658.
- Bergeret, J.: L'imaginaire originel ou les destins de la violence chez l'homme. *Bulletin de Psychologie (XXXIV)*. 1981; 350:603-609.
- Bergeret, J.: Généalogie de la destructivité. *Revue Française de Psychanalyse*. juillet-août 1984; 68:1021-1037.
- Castoriadis-Aulagnier, P.: La violence de l'interprétation. Paris: PUF 1975.
- Eiguer, A.: La famille du psychotique: nouvelles hypothèses. *Revue Française de Psychanalyse*. Novembre-décembre 1986:1607-1627.
- Green, A.: Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris: Ed. Minuit 1982.
- Green, A.: L'angoisse et le narcissisme. *Revue Française de Psychanalyse*. Janvier-février 1979:45-86.
- Green, A.: Réflexions libres sur la représentation de l'affect. *Revue Française de Psychanalyse*. 1985; 3:773-788.
- Green, A.: Pourquoi le Mal?. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. 1988; 38:239-261.
- Grunberger, B.: Etude sur la relation objectale anale. *Revue Française de Psychanalyse* mars-avril 1960. 24:137-169.
- Hirschelmann, A; Spiquel, K.: Représentations d'équipes pluridisciplinaires exerçant en hôpital psychiatrique: La violence et l'agressivité dans les organisations pathologiques. (nicht veröffentlicht) Université de Toulouse Le Mirail: 1994.
- Janke, W.: Erfassung von aggressivem und impulsivem Verhalten: Ansätze der Psychologie. In: Möller, H.J.; Van Praag, H.M.: *Aggression und Autoaggression*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag 1992: 35-61.
- Michaud, Y.: La violence. Paris: PUF 1986.
- Laplanche, J.; Pontalis, J.B.: *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag 1972.
- Klein, M.: *Envie et gratitude*. Paris: Gallimard 1957.
- Klein, M.: *L'amour et la haine*. Paris: Payot 1959.
- Racamier, P.C.: *Les schizophrènes*. Paris: Payot 1980.
- Racamier, P.C.: *Le génie des origines*. Paris: Payot 1992.
- Rosenfeld, H.: Les aspects agressifs du narcissisme. *Revue Française de Psychanalyse*. 1976; 19:7-36.
- Searles, H.: *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris: Gallimard 1977.
- Viaux, J.L.: *Psychose, Perversion, Violence... Ce que dit Caïn*. In: *Psychose, Perversion, Passage à l'Acte*. *Evolution Psychiatrique*. 1996; 61:125-136.

Anschrift des Autors

Dipl.-Psych. Astrid Hirschelmann, Prof. Dr. med. Henri Sztulman, Centre d'Etudes et de Recherches en PsychoPathologie, Université de Toulouse Le Mirail, 5, allées Antonio-Machado, F - 31058 Toulouse Cedex

Veranstaltungskalender

6. JAHRESTAGUNG DES ARBEITSKREISES PSYCHOSOMATISCHE DERMATOLOGIE DER DDG: "Artefakte und Mißbrauch in der Dermatologie. Giessen, 6. und 7. 2. 1998. Information: Prof. Dr. U. Gieler, Zentrum für Psychosomatische Medizin, Ludwigstr. 76, 35392 Giessen. Tel: 0641/99-45650; Fax: 0641/99-45659.
5. JAHRESTAGUNG DER AKADEMIE FÜR SEXUALMEDIZIN (zugleich 22. Fortbildungstage für Sexualmedizin und Psychosomatik). Osnabrück; 11.-13.6. 1998. Information: Dr. med. W. Weig, Niedersächs. Landeskrankenhaus, Knollstr. 31, 49010 Osnabrück, Tel.: 0541/313-100; Fax: 0541/313-209.
27. JAHRESTAGUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR PSYCHOSOMATISCHE GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE. Mainz, 25. – 28.2. 1998. Hauptthemen: Spannungsfeld Pränatalmedizin, Psychosomatische Forschung und Versorgung, Hormone und Psyche; Spannungsfeld operative Gynäkologie. Information: Congress-Organisation Geber & Reusch, Habichtsweg 11, 60437 Frankfurt/M., Tel.: 069/505229; Fax: 503978.

**5. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin
zugleich
22. Fortbildungstage für Sexualmedizin
und Psychosomatik**

Osnabrück • 11. bis 13. Juni 1998

Wissenschaftliche Leitung:

Vorstand der Akademie für Sexualmedizin

Prof.Dr.med. H.-J. Vogt

Prof.Dr.med. K. Loewit

Dr.med. W. Weig

Prof.Dr.med. Dr.phil. K.M. Beier

Priv.-Doz. Dr.med. H.A.G. Bosinski

Tagungspräsident:

Dr.med. W. Weig

Einladung und vorläufiges Programm

Die Akademie für Sexualmedizin lädt, gemeinsam mit der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin, sexualmedizinisch tätige und/oder interessierte Kolleginnen und Kollegen zu ihrer 5. Jahrestagung für die Zeit vom 11. bis 13. Juni 1998 nach Osnabrück ein. Die bisherigen Jahrestagungen zeigten mit ihrer interdisziplinären Gestaltung die Breite der wissenschaftlichen Fundierung und der praktischen Ausrichtung einer biopsychosozial orientierten Sexualmedizin. Das Programm für 1998 wird hier

anknüpfen und zugleich die bewährte Tradition der Heidelberger Fortbildungstage für Psychosomatik und Sexualmedizin fortsetzen.

Die Themen/Arbeitstitel der Plenarvorträge und Seminare – die, wie auch in den Vorjahren, für die Weiterbildungsgänge zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse, darüber hinaus nun auch für die ersten Curricula "Sexualmedizin" anrechenbar sind – gehen aus der folgenden Übersicht hervor.

Weitere Informationen über das Kongreßbüro:

Prof. Dr. med. W. Weig

Ärztlicher Direktor des

Niedersächsischen Landeskrankenhauses

Knollstr. 31

D-49088 Osnabrück

Tel.: 0541/313-106; Fax: 0541/313-209

**Vorläufiges Wissenschaftliches Programm
"Sexualität in Gesundheit und Krankheit"**

Donnerstag, 11. Juni 1998

**8.30 Uhr: Eröffnung,
Grußworte**

9.00 - 10.30 Uhr:

Grundlagen

K. Loewit: Sexualität im menschlichen Leben

R. Lautmann: Soziologische Aspekte der sexualwissenschaftlichen Diskurse

H. Keller: Partnerwahl und Sexualverhalten

10.30 - 11.00 Uhr:

Pause, Pharmaausstellung

11.00 - 12.30 Uhr:

Seminargruppen

14.30 - 16.00 Uhr:

Beiträge aus der Allgemeinmedizin

G. Kockott: Sexualität im mittleren und höheren Lebensalter

Th. Möslers: Medikamente und Sexualität

J. Hartlapp: Innere Erkrankungen und Sexualität

16.00 - 16.30 Uhr:

Pause, Pharmaausstellung

16.30 - 18.00 Uhr:

Seminargruppen

Freitag, 12. Juni 1998

9.00 - 10.30 Uhr:

Frauen und sexuelle Gesundheit

B. Schücking: Mutterschaft und Sexualität

A. Rohde: Unerfüllter Kinderwunsch von Frauen und Sexualität

W. Eicher: Gynäkologische Operationen und Sexualität

10.30 - 11.00 Uhr:

Pause, Pharmaausstellung

11.00 - 12.30 Uhr:

Seminargruppen

14.30 - 16.00 Uhr:

Männer und sexuelle Gesundheit

G. Fröhlich: Psychosomatik der männlichen Sexualität

H.A.G. Bosinski: Männliche sexuelle Identitätsstörungen

H.-J. Vogt: Unerfüllter Kinderwunsch bei Männern und Sexualität

16.00 - 16.30 Uhr:

Pause, Pharmaausstellung

16.30 - 18.00 Uhr:

Seminargruppen

19.00 Uhr Gesellschaftsabend

Samstag, 13. Juni 1998

9.00 - 10.30 Uhr:

Neuropsychiatrische Krankheiten und Sexualität: Neuere Forschungsergebnisse

D. Goecker, K.M. Beier: Multiple Sklerose

M. Lüders, K.M. Beier: Morbus Parkinson

S. Kowohl: Schizophrenie

10.30 - 11.00 Uhr:

Pause, Pharmaausstellung

11.00 - 12.30 Uhr:

Seminargruppen

14.30 - 16.00 Uhr:

Sexualität und Lebenszufriedenheit

B. Ziemert: Ökonomische Bedeutung sexueller Funktionsstörungen

A. Aziz: Positive Sexualtherapie

W. Weig: Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit

16.00 Uhr: Verabschiedung

Themen und LeiterInnen der Seminargruppen

- 1. Sexualmedizinische Anamneseerhebung**
(G. Kockott)
- 2. Sexualmedizinische Probleme in der gynäkologischen Praxis**
(F. Conrad, G. Haselbacher)
- 3. Sexualmedizinische Probleme von Männern**
(G. Fröhlich)
- 4. Partnerschaft und Sexualität in der zweiten Lebenshälfte**
(O. Jürgensen, R. Wille)
- 5. Sexualtherapeutische Interventionen**
(K. Loewit)
- 6. Fallseminar - Gruppensupervision**
(K. Pingsten)
- 7. Themenzentrierte Selbsterfahrung I**
(P. Nijs)
- 8. Themenzentrierte Selbsterfahrung II**
(W. Dmoch)
- 9. Diagnostik und Therapie bei Geschlechtsidentitätsstörungen**
(H.A.G. Bosinski, D. Poland)
- 10. Sexuelle Deviationen**
(H. Völkel)
- 11. Therapie von Sexualstraftätern**
(I. Wiederholt)

Sexuologie

Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

(Quelle: 126. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht III / 97)

Tab. 1: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Kindern (<13 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30.9.97)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 95 – Sept. 96	Okt. 96 – Sept. 97	Gesamt
Hämophile	0 0,0 %	0 0,0 %	8 7,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	1 100,0 %	0 0,0 %	13 11,8 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	0 0,0 %	1 100 %	87 79,1 %
Keine Angaben	0 0,0 %	0 0,0 %	2 1,8 %
Gesamt	1 100 %	1 100 %	110 100 %

Tab. 2: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30.9.97)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 95 – Sept. 96	Okt. 96 – Sept. 97	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	761 67,7 %	324 62,4 %	11048 74,5 %
i. v. Drogenabhängige	133 11,8 %	57 11,0 %	1627 11,0 %
Hämophile	33 2,9 %	13 2,5 %	531 3,6 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	2 0,2 %	1 0,2 %	123 0,8 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	51 4,5 %	22 4,2 %	429 2,9 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 95 – Sept. 96	Okt. 96 – Sept. 97	Gesamt
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	36 3,2 %	24 4,6 %	192 1,3 %
Keine Angaben	108 9,6 %	78 15,0 %	870 5,9 %
Gesamt	1124 100 %	519 100 %	14820 100 %

Tab. 3: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 30.9.97)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 95 – Sept. 96	Okt. 96 – Sept. 97	Gesamt
i. v. Drogenabhängige	74 34,9 %	40 37,4 %	860 47,5 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	5 2,4 %	2 1,9 %	141 7,8 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	76 35,8 %	32 29,9 %	535 29,5 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	39 18,4 %	18 16,8 %	146 8,1 %
Keine Angaben	18 8,5 %	15 14,0 %	130 7,2 %
Gesamt	212 100 %	107 100 %	1812 100 %

Tab. 4: HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Doppelmeldungen nach Infektionsrisiken, Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Einsendung der Seren (Stand: 30.9.97)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 95 – Sept. 96	Okt. 96 – Sept. 97	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	858 17,4 %	729 19,9 %	12066 15,0 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Okt. 95 – Sept. 96	Okt. 96 – Sept. 97	Gesamt
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht männlich	226 4,6 %	176 4,8 %	4450 5,5 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht weiblich	102 2,1 %	76 2,1 %	2162 2,7 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht unbekannt	9 0,2 %	7 0,2 %	377 0,5 %
Hämophile	3 0,1 %	1 0,0 %	1857** 2,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht männlich	7 0,1 %	3 0,1 %	303 0,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht weiblich	4 0,1 %	2 0,1 %	219 0,3 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht unbekannt	0 0,0 %	0 0,0 %	21 0,0 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht männlich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	144 2,9 %	110 3,0 %	1585 2,0 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht weiblich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	116 2,3 %	93 2,5 %	1523 1,9 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht unbekannt (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	2 0,0 %	1 0,0 %	90 0,1 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	481 9,7 %	375 10,3 %	1839 2,3 %
Prä- oder perinatale Infektion	81 1,6 %	45 1,2 %	890 1,1 %
Keine Angaben / Geschlecht männlich	1989 40,3 %	1421 38,9 %	35220 43,9 %
Keine Angaben / Geschlecht weiblich	539 10,9 %	417 11,4 %	8448 10,5 %
Keine Angaben / Geschlecht unbekannt	380 7,7 %	200 5,5 %	9245 11,5 %
Gesamt	4941 100 %	3656 100 %	80295 100 %

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

** Nach Umfrageergebnissen einer anlässlich des Hamburger Hämophilie Symposium durchgeführten Studie beträgt die Zahl der HIV-positiven Hämophilen 1355. (Schramm: Umfrageergebnisse Hamburger Hämophilie Symposium 1995)