

Sexuologie

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

Inhalt

- | | | | |
|----|--|----|--|
| | Editorial | 41 | Katatone Schizophrenie bei hypophysärem Hypogonadismus (Kallmann-Syndrom) - Überlegungen zur Bedeutung der Psychotherapie bei endokrinologischen Erkrankungen
<i>G. Løyen</i> |
| 2 | Originalarbeiten
Körpererleben bei Frauen mit nicht wahrgenommener (verdrängter) Schwangerschaft
<i>J. Wessel; S. Schmidt; B. Strauß</i> | | |
| 18 | Partnerschaft und Sexualität bei
M. Parkinson
<i>M. Lüders; S. Boxdorfer; K. M. Beier</i> | 46 | Historia
Der Ursprung der Syphilis
Eine medizinische und kulturgeschichtliche Untersuchung. Zweite Abteilung
<i>I. Blach</i> |
| 30 | Fortbildung
Verhaltenstheoretische Aspekte des Sexualverhaltens
<i>H. P. Rosemeier</i> | 54 | Aktuelles
Veranstaltungskalender |
| | | 57 | AIDS in der Bundesrepublik Deutschland |
| | | 60 | Buchbesprechungen |

Anschrift der Redaktion:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Beier; MA Rainer Alisch, Inst. f. Sexualwissenschaft und Sexualmedizin Humboldt Universität, Tucholskystraße 2, D-10117 Berlin, Tel.: 030/28 02-63 51 (Fax: -6455), e-mail: beier@rz.charite.hu-berlin.de

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

Anzeigenannahme und -verwaltung: Urban & Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Niederlassung Jena, Anzeigenleitung: Sabine Schröter, PF 100 537, D-07705 Jena
Telefon (03641) 62 64 45, Fax (03641) 62 64 21

Zur Zeit gilt die Anzeigen-Preisliste vom 01.01.1999

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 1999: 198,- DM*; Einzelheftpreis 60,- DM*; Alle Preise zzgl. Versandkosten.

Vorzugspreis für persönliche Abonnenten 118,- DM*. *Unverbindlich empfohlene Preise. Preisänderungen vorbehalten.

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 und Postbank Stuttgart, Konto-Nr. 923 727 04, BLZ 600 100 70

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: Rainer Alisch, Hanseatenweg 6, 10557 Berlin

Druck, Bindung: Gutenberg Druckerei GmbH Weimar, Marienstraße 14, D-99423 Weimar

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

Printed in Germany

© 1999 Urban & Fischer Verlag

Abstracted/Indexed in: BIOSIS · CAB Abstracts · Chemical Abstracts Service (CAS) · Chemical Abstracts (SEXUEX)

Mehr Informationen zur "Sexuologie" und anderen Zeitschriften finden Sie im Internet: <http://www.urbanfischer.de/journals>



Sexuologie geht nun in das fünfte Erscheinungsjahr. Dies soll uns Anlass sein, kurz für Rückblick und Ausschau innezuhalten.

Zunächst gilt unser Dank den Autorinnen und Autoren, ohne deren substantiierte Beiträge diese Zeitschrift nicht denkbar wäre. Das 1995 von der Akademie für Sexualmedizin entwickelte 2jährige berufsbegleitende Curriculum für eine Zusatzbezeichnung Sexualmedizin, in dem Kenntnisse und Fertigkeiten im Umgang mit Störungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens an Ärzte und klinische Psychologen vermittelt werden, hat sich – ausgehend von Berlin (wo im November diesen Jahres die erste Fortbildungskohorte ihr Zertifikat von der Landesärztekammer erhalten und ein zweiter Kurs beginnen wird) – mittlerweile bundesweit etabliert. Erfreut hören wir von den Kursteilnehmern aus unterschiedlichen Fachgebieten (Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie/Andrologie, Psychiatrie, Psychotherapie, klinische Psychologie etc.), daß die **Sexuologie** als einzige deutschsprachige Zeitschrift für sexualmedizinische Fortbildung und Forschung eine wesentliche Quelle ihres theoretischen Kenntniserwerbs geworden ist.

Unzweifelhaft gebührt dem Gustav Fischer Verlag Dank für das Zustandekommen und Bestehen unserer Zeitschrift. Der Verlag knüpft damit an seine Tradition aus dem Anfang des Jahrhunderts an: Bereits damals, in der Entstehungszeit der Sexualwissenschaft und Sexualmedizin als eigenständiges Fach, publizierte Fischer die Werke von Gründungsvätern der Sexualwissenschaft, so etwa Iwan Blochs. „*Der Ursprung der Syphilis – Eine medizinische und kulturgeschichtliche Untersuchung*“. Bloch, der 1906 den Begriff Sexualwissenschaft prägte und in seinen fachübergreifenden Bezügen definierte, erwähnte dann auch im Vorwort des zweiten Bandes explizit „*Dr. Gustav Fischer sen. in Verehrung und Dankbarkeit*“. Ein Auszug aus diesem Werk findet sich in diesem Heft unter der Rubrik Historia.

In den vergangenen fünf Jahren hat sich in mancherlei Hinsicht die Notwendigkeit einer strukturierten und interdisziplinär fundierten sexualmedizinischen Qualifikation von Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten erwiesen: Sei es die zu recht immer lauter werdende Forderung nach einer adäquaten Diagnostik/Begutachtung, Therapie und Prognostik bei Sexualstraftätern, sei es die massenmediale Aufmerksamkeit für die Einführung von Sildenafil (Viagra) in die Behandlung der erektilen Dysfunktion. Gerade dieses Thema hat gezeigt, wie schädlich eine einseitige Betrachtung sexueller Störungen ist: Unkritischen Verschreibern stehen vehemente Ablehner gegenüber. Beide verfehlen letztlich das Therapieziel, nämlich menschliche Grundbedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit durch die neugestaltete sexuelle Beziehung für beide Partner (wieder) erfüllbar zu machen. Während sowohl in der somato-medizinischen als auch in der psychologisch-psychotherapeutischen Ausbildung die individuumszentrierte Perspektive eindeutig überwiegt, bietet die Sexualmedizin als einzige Fachdisziplin eine Perspektive, die sowohl somatische als auch psychosoziale Faktoren berücksichtigt und dabei die Paardimension ins Zentrum rückt. Dieser Zugang kann (und muß) erarbeitet werden. Dazu möchte **Sexuologie** weiterhin beitragen

Die Redaktion

Körpererleben bei Frauen mit nicht wahrgenommener (verdrängter) Schwangerschaft

Body experience in women with not perceived (denied) pregnancy

J. Wessel; S. Schmidt; B. Strauß

Zusammenfassung

Bei der Schwangerschaftsverdrängung wird eine bestehende Gravidität erst sehr spät erkannt, nicht selten tatsächlich erst durch die Geburt. Häufig werden von den betroffenen Frauen körperbezogene subjektive Schwangerschaftsbeschwerden (Übelkeit, Erbrechen) und typische Schwangerschaftszeichen (Gewichtszunahme, Veränderung der Körperkontur, Kindsbewegungen) nicht adäquat als Zeichen einer bestehenden Gravidität wahrgenommen, sondern uminterpretiert (Rationalisierung körperbezogener Symptome). Es wurde die Frage untersucht, ob bei Frauen mit verdrängter Schwangerschaft ein auffällig verändertes Körpererleben nachzuweisen ist. Aus einer Gesamtstichprobe von 65 Frauen wurden hierzu insgesamt 27 Patientinnen mit dem Fragebogen zum Körpererleben (FBeK) befragt, und zwar zum Zeitpunkt kurz nach der Geburt und drei bis vier Monate post partum. Als Kontrollstichprobe wurden 100 Wöchnerinnen mit normalem Schwangerschaftsverlauf zum Zeitpunkt kurz nach der Geburt befragt. Die Ergebnisse zeigen ein negativeres Körpererleben bei den Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung im Vergleich zu den Wöchnerinnen und im Vergleich zur Eichstichprobe; allerdings läßt sich vermuten, daß diese Unterschiede zum Zeitpunkt der Geburt besonders deutlich waren. Diskutiert werden die Befunde u.a. in Hinblick auf den Prozeß, den eine spät wahrgenommene Schwangerschaft auslöst.

Schlüsselworte: Schwangerschaftsverdrängung, Körpererleben

Abstract

In the case of denial of pregnancy, an existing pregnancy is first recognized very late, actually not too infrequently at delivery. Body-related subjective pregnancy complaints (nausea, vomiting) and typical signs of pregnancy (weight gain, changes in body shape, fetal movement) are often not adequately perceived by the women concerned, but rather are misinterpreted (rationalization of somatic symptoms). The question was studied, whether for women with denial of pregnancy an obvious different body experience can be proven. Therefore, from a total sample of 65 women, 27 patients were evaluated with a questionnaire (FBeK) to assess the perception of their body-images. This evaluation was performed shortly after delivery and at 3-4 months postpartum. As a control group, 100 puerperants who had had a normal course of pregnancy were evaluated shortly after delivery. Results indicate that women with denial of pregnancy had a more negative body experience compared to the control group and to the standard sampling. However, it can be assumed that these differences were especially obvious for the time after delivery. These findings are discussed especially with respect to the process, which is caused by a pregnancy recognized late.

Keywords: denial of pregnancy, body experience

1. Einleitung

Bei der sog. Schwangerschaftsverdrängung (englischsprachig denial of pregnancy) wird eine bestehende Gravidität von der Schwangeren subjektiv nicht als solche wahrgenommen, sondern im gar nicht so seltenen Extremfall tatsächlich erst mit der Geburt bekannt. Kaum ein anderes Phänomen erscheint so wenig begreiflich wie das Negieren einer Schwangerschaft bei ansonsten gesunden und „normalen“ Frauen. Als 'fast schon irrational anmutende' (Wille 1994) Charakteristika lassen sich etwa nennen: Sogar die Partner der Frauen bemerken die Schwangerschaft nicht - selbst beim Koitus kurz vor der unerwarteten Geburt; auch bei Hochschwangeren diagnostizieren Ärzte die Gravidität nicht immer (sog. 'iatrogene Mitbeteiligung') (Wessel 1992); häufig tritt ein Nichtbemerken im weiteren persönlichen und sozialen Umfeld der Schwangeren (Mutter, Freunde, Beruf) auf.

In den wissenschaftlichen Publikationen werden meist Einzelkasuistiken beschrieben, aber auch wenige, umfangreichere systematische Fallsammlungen, überwiegend aus der Geburtsmedizin/Gynäkologie (Brezinka 1994; Brych 1994; Wessel 1987; Wessel 1997, Wessel 1990) Rechtsmedizin bzw. forensischen Sexualmedizin (im Falle von Kindstötungen unter der Geburt nach fehlendem bzw. erst späten Bemerkten der Schwangerschaft) (Wille 1994) und Psychiatrie (Übersicht bei Spielvogel 1995). Schätzungen zur Häufigkeit der verdrängten Schwangerschaft ergeben anhand der wenigen geburtshilflichen Fallsammlungen über einen längeren Zeitraum - trotz größerer methodischer Unterschiede - eine erstaunlich vergleichbare Größenordnung von im Mittel 1 Fall auf ca. 400 bis 600 Geburten (Brezinka 1994; Brych 1994; Wessel 1987; Wessel 1997; Wessel 1990). Eine fundierte psychosomatische Theoriebildung zur Schwangerschaftsverdrängung ist nicht vorhanden. Als psychologische Gründe können im Einzelfall beteiligt sein: Konflikte in Bezug auf Sexualität, insbesondere auf dem Hintergrund strenger familiärer religiöser Überzeugungen oder bei einem rigiden Verbot vorehelicher sexueller Kontakte; Deprivation hinsichtlich der eigenen Mutter der Schwangeren; erhebliche Partnerschaftsprobleme (Brozovsky 1971; Finnegan 1982; Green 1990; Milstein 1983; Spielvogel 1995). Von einigen Autoren wurden weiterführende Erklärungsansätze beschrieben: Gerchow sprach in den 50er Jahren von einem Hinausschieben unliebsamer und ambivalenter Tatbestände aus dem Blickfeld des Bewußtseins (Flucht aus der Wirklichkeit mit einer reaktiv fixierten Abwehrhaltung in einer 'Grenzsituation') (Gerchow 1957; Wille 1994). Richter geht davon aus, daß bei der mehr oder weniger unbewußt ablaufenden Auseinandersetzung mit der ambivalenten Konfliktsituation Schwangerschaft kindheitsbedingte latente Konflikte aktualisiert werden und gravierende neurotisch-irrationale Ängste resultieren können, so daß enorme Abwehr- und Verdrängungsmechanismen in Gang gesetzt werden (Schwangerschaftsverdrängung auch als vorübergehende „innere Stabilisierung“). Beier faßt die Schwangerschaftsverdrängung als Ausdruck einer Störung im Bereich der Reproduktion der Frau auf; in der Art einer 'weiblichen Analogie' zu dem Mechanismus, der bei Männern mit perversen Symptombildungen als einer Verlagerung von Konflikten ins Sexuelle bekannt ist („Perversion“), findet er dafür den Begriff der „Reproversion“ (Beier 1994; Beier 1995).¹

Diese theoretischen Annahmen zur Schwangerschaftsverdrängung wurden bisher noch unzureichend geprüft. In der hier vorgestellten Untersuchung wurde der Frage nachgegangen, ob bei der Schwangerschaftsverdrängung im Vergleich zu normalen Schwange-

ren ein grundsätzlich anderes Körpererleben eine Rolle spielt - unabhängig davon, ob es als Ursache oder Folge des Prozesses eintritt. Im Blick auf Körpersymptome läßt sich die Schwangerschaftsverdrängung phänomenologisch genauer beschreiben. Charakteristisch ist, daß schwangerschaftsbedingte körperliche Veränderungen von den Frauen gar nicht bemerkt oder aber rationalisiert werden: Für die Zunahme von Gewicht und Bauchumfang werden subjektiv ein gesteigerter Appetit mit vermehrtem Essen oder fehlgeschlagene Diätversuche verantwortlich gemacht, nicht selten auf dem Hintergrund bekannter, immer wiederkehrender Gewichtsschwankungen. Kindsbewegungen werden als vermeintliche Blähungen oder „Darmgeschichten“ erlebt. (Finnegan 1982; Milden 1985; Spielvogel 1995; Wessel 1997)

Im Zuge einer prospektiven Studie zur Schwangerschaftsverdrängung (Wessel 1998) mit ganz unterschiedlichen Fragestellungen wurde das Körpererleben mit Hilfe des Fragebogens zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) (Strauß 1996) näher untersucht. Vor der Darstellung der Ergebnisse sind zunächst einige grundsätzliche Bemerkungen über das allgemeine Körpererleben in „normalen“ Schwangerschaften voranzustellen.

Zum subjektiven Körpererleben in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt liegen kaum Publikationen vor, obwohl die körperlichen Veränderungen - zudem die wohl umfassendsten morphologischen bzw. funktionellen Umstellungen, die physiologischerweise bei der gesunden Erwachsenen vorkommen (Feldmann 1977) - eine herausragende Bedeutung haben. Zu nennen ist z.B. die infolge des Wachstums von Fet und Uterus augenscheinliche allgemeine Zunahme von Körpergewicht und Leibesumfang, wobei etwa ab Mitte/Ende des 5. Schwangerschaftsmonats eine sichtbare Veränderung der Körperkontur einsetzt. Ferner treten insbesondere in der Frühgravidität somatische Zeichen auf wie Übelkeit/Erbrechen, Nausea, ferner sog. Eßgelüste, Wachstum der Brustdrüsen etc. (Dudenhausen 1992; Huch 1994; Wulf 1992).

Grundsätzlich ist von einem ambivalenten Körpererleben auszugehen. Auf der positiv besetzten Seite findet sich der Wunsch, eine vollwertige, reife, ausgefüllte Frau zu sein (das Kind als eigenes Produkt und Beweis sexueller Potenz). Auf der anderen Seite finden sich körperbezogene Abwehraspekte, z.B. die Angst, nur Werkzeug der Natur zu sein (totaler Kontrollverlust über den eigenen Körper infolge der vom Bewußtsein nicht mehr steuerbaren biologischen Abläufe von Schwangerschaft und Geburt). Neben der Furcht vor geburtsbedingten Verletzungen und Beschädigungen kommt die Angst vor Verlust der physischen und sexuellen Attraktivität hinzu. Die Ausdehnung des Bauches in der Schwangerschaft kann narzißtisch besetzt sein (mit Stolz und Potenz bewertete Ausdehnung des Ich). Demgegenüber stehen Schamgefühle (geschicktes Kaschieren des Bauches durch Kleidung) oder Rückzug aus der Öffentlichkeit (Schwimmbad, Sauna), je nach allgemeinem Körperbild und Selbstwertgefühl der Frau und Bedeutung des Kindes. (Jarka 1995)

Feldmann hat bei 50 Schwangeren das subjektive Körpererleben systematischer untersucht. Als bedeutsamstes Ergebnis zeigte sich eine charakteristische und im Verlauf der Schwangerschaft zunehmende Ausgliederung des graviden Bauches und des Kindes aus dem Körperganzen. Ist in den ersten Schwangerschaftsmonaten ein nunmehr Wissen um das werdende Kind vorhanden, findet Feldmann den konkreten Bezugspunkt eines unmittelbaren Erlebens später mit den Kindsbewegungen und dem Dickerwerden. In den letzten Schwangerschaftsmonaten kommt es zu einem kontinuierlichen Wandel im Sinne einer Ausgliederung des Kindes: Der gravide Bauch wird nicht mehr als Bauch, sondern

„als Kind“ erlebt. Infolge der zunehmenden Ausgliederung des Kindes aus dem Ich-Bereich gewinnt es die Qualität eines eigenständigen Wesens. Die damit einhergehende, allmähliche Umwandlung der ursprünglichen narzißtischen Besetzung des Kindes als Teil des eigenen Selbst in eine Objektbeziehung diene offenbar auch der Vorbereitung auf die Trennung vom Kind durch den Geburtsvorgang, damit diese nicht als Ich-Verlust erlebt wird. Eine ausgeprägte Ausgliederung des Kindes fand Feldmann nur bei einem Teil der Schwangeren, während andere diese aktive Leistung nur ansatzweise und manche überhaupt nicht erbringen. Ursächlich dafür ist die primäre Einstellung zum Kind: Die Ausgliederung wird durch eine positive Grundhaltung gefördert, während eine zwiespältige Einstellung diese eher hemmt. Bei vorbestehenden stärkeren problemhaften Einstellungen zur Gravidität hat die Schwangere größere Schwierigkeiten, die narzißtische Identifikation mit dem Kind zugunsten einer Objektbeziehung aufzugeben und die Eigenexistenz sowie das Selbstdasein des Kindes anzuerkennen. (Feldmann 1977)

Auch wenn die Ausgliederungstendenz ein sehr interpretatives Moment enthält, sind diese Untersuchungen insofern einzigartig, da sie erstmals das Körpererleben als Prozeß in der „normalen“ Schwangerschaft beschrieben. Bei der Schwangerschaftsverdrängung sind dagegen deutliche Unterschiede im schwangerschaftsbezogenen Körpererleben anzunehmen. Je später etwa die bestehende Gravidität bekannt wird, um so geringer ist überhaupt die Möglichkeit gegeben, die aktive Leistung der Ausgrenzung zu erbringen; insbesondere bei sehr später Schwangerschaftswahrnehmung kann eine im Vergleich zu normalen Schwangeren doch weitgehende Andersartigkeit bzw. eine erhebliche Störung dieses Prozesses vermutet werden. Interessant ist in diesem Kontext, daß schon Feldmann für Einzelfälle „eine Verleugnungstendenz“ gegenüber der Schwangerschaft erwähnt. Bereits bei dieser wohl nur sehr frühen und nicht sehr lang andauernden Form einer Verleugnung (genaue Angaben dazu fehlen) wird das Kind im Körpererleben auffallend anders beschrieben (mehr anonym „tief drinnen“) oder ein betontes Sichabgrenzen gegenüber dem Kind als Fremdkörper oder „Schmarotzer“ angegeben. (Feldmann 1977)

Angesichts der erwähnten dramatischen und eigentlich unverkennbaren schwangerschaftstypischen körperlichen Veränderungen stellt sich die Frage, warum bei der Schwangerschaftsverdrängung diese Symptome nicht mit einer Gravidität in Verbindung gebracht werden (Milden 1985). Als (mit) ursächlich ließe sich ein verändertes Körpererleben der Frauen vermuten. Körpererleben stellt nach Strauß und Richter-Appelt einen Aspekt des Körperbildes dar und bezeichnet die 'bewußte Erfahrung und Beurteilung des Körpers als Ganzes'. Sie wird abgegrenzt von dem Bewußtsein der Repräsentation einzelner Körpermerkmale, vom Erleben der Körpergrenzen und von der Körperkathexis, d.h. dem Grad an Befriedigung mit dem Körper und einzelnen Körperteilen. Das Körpererleben bezieht sich dagegen auf die allgemeine Aufmerksamkeit, das Bewußtsein und die Einstellung gegenüber dem Körper, auf die Attributierung der eigenen Attraktivität und auf die Bedeutung der Körperpflege. (Strauß 1996)

Die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung greift den Prozeßansatz von Feldmann auf; an Stelle der Ausgliederungstendenz soll hier jedoch vielmehr das Körpererleben dieser speziellen, mehr oder weniger heterogenen Population von Frauen mit nicht bzw. erst spät wahrgenommener Schwangerschaft aus einer allgemeinen, nicht-pathologisierenden Perspektive untersucht werden. Speziell ist die Fragestellung, in welchen Bereichen des Körpererlebens Frauen mit nicht bzw. spät wahrgenommener Schwangerschaft

sich als auffallend beschreiben, insbesondere im Vergleich zu 'normalen' Wöchnerinnen mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf.

2. Methode und Stichprobe

2.1. Kurze Skizzierung zum allgemeinen Ablauf der Untersuchung

Grundlage der Gesamtuntersuchung war eine prospektive regionale Verbundstudie für Gesamt-Berlin unter Beteiligung aller geburtshilflichen Kliniken (n = 19) innerhalb des einjährigen Zeitraumes 1.7.1995 bis 30.6.1996. Für die Rekrutierung von Frauen, bei denen die Schwangerschaft erst ab der 20.SSW bekannt wurde (bis dahin auf Seiten der Schwangeren keine subjektive Wahrnehmung), galten folgende Kriterien:

Bekanntwerden einer Schwangeren

- a) peripartal: im Zuge einer „plötzlichen“ Entbindung nach
 - ♦ (nahezu) gänzlich fehlender Schwangerschaftsvorsorge oder
 - ♦ relativ spätem Beginn der Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen (Untergrenze: 20.SSW)
- b) präpartal: während „spät“ begonnener Schwangerschaftsvorsorge
 - ♦ Untergrenze für einen späten Beginn der Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen: ebenfalls 20.SSW.

Die rekrutierten Frauen wurden über das Untersuchungsprojekt aufgeklärt und um ihre freiwillige Teilnahme gebeten.

2.2. Untersuchungsziele und -zeitpunkte; Fragebögen

Die Untersuchungsziele dieser insgesamt explorativen Studie waren u.a. (ausführliche Darstellung vgl. Wessel 1998): soziodemographische Auswertung; individuelle Analyse der medizinischen Anamnese sowie der aktuellen nicht wahrgenommenen Schwangerschaft und Geburt; Psychosomatik (Fragebögen, tiefenpsychologisch orientierte Interviews). Pro Patientin lassen sich maximal drei Untersuchungszeitpunkte unterscheiden:

Zeitpunkt t1:	unmittelbar nach der Geburt
Zeitpunkt t2:	ca. drei Monate post partum
ggf. Zeitpunkt t0:	im Falle des vorgeburtlichen Bekanntwerdens einer Patientin während der Schwangerschaft

Folgende Fragebögen wurden eingesetzt: 1. Giessener Beschwerdebogen (Brähler 1983); 2. Giessen-Test - Ideal (GT-I) (Beckmann 1983); 3. Giessen-Test - Selbst (GT-S) (Beckmann 1983); 4. Stimmungsfragebogen (Hörhold 1993); 5. Narzißmus-Inventar (Deneke 1989); 6. Körperfragebogen (Strauß 1996). Zunächst wurde mit den Fragebögen 1 - 5 begonnen; nach etwa vier Monaten wurde im weiteren Untersuchungsverlauf der Körperfragebogen mit aufgenommen. Jede Patientin erhielt zu jedem Untersuchungszeitpunkt t0, t1 und t2 ein komplettes Set aller Fragebögen. Neben einer Querschnittsbeobachtung war damit auch eine Längsschnittbeobachtung (Verlauf) möglich. Als Vergleichsstichprobe für die Fragebogendaten wurde eine Referenzgruppe von normalen stationären Wochenbettpatientinnen (n = 100) gebildet, in der das Fragebogenset allerdings nur einmalig analog zum Zeitpunkt t1 verteilt wurde. Für die Durchführung der Interviews sowie die Auswertung der Fragebögen 1-5 erfolgte eine Kooperation mit der Abteilung für

Psychosomatik und Psychotherapie (Leiter: Prof. Dr. B.F. Klapp) der Medizinischen Klinik und Poliklinik des Virchow-Klinikum.

2.3. Fragebogen zum Körpererleben

Das zentrale Instrument der hier vorgestellten Fragestellung, der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK; Strauß 1996), dient der Erfassung differentieller Aspekte des Körpererlebens, die für den einzelnen subjektiv beurteilbar sind. Die 52 Items der revidierten Fassung des Körpererlebens lassen sich auf vier faktorenanalytisch gebildeten Skalen zusammenfassen. Skala 1 wird gemäß den Inhalten seiner 15 Items „Attraktivität und Selbstvertrauen“ genannt und beschreibt in erster Linie Zufriedenheit und Freude am eigenen Körper (z.B. „Ich bin mit meinem Körper zufrieden“). Skala 2 enthält 12 Items, die eine Betonung des Körperäußeren und des Aussehens hervorheben und daher die Bezeichnung „Akzentuierung des äußeren Erscheinungsbilds“ trägt (z.B. „Ich betrachte mich oft und gerne.“). Die Skala 3 „Unsicherheit/Besorgnis“ fokussiert mit ihren 13 Items ein Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper und dessen Vorgängen, und das Gefühl der Unsicherheit und mangelnder Körper selbstkontrolle (z.B. „Mein Körper macht oft, was er will“). Die Skala 4 „körperliches sexuelles Mißempfinden“ besteht aus 6 Items und beschreibt einen sehr umschriebenen Aspekt, nämlich sexuelle Unzufriedenheit und Mißempfindungen („In der Sexualität bin ich oft blockiert“). Das FBeK-Instrumentarium wurde primär im Rahmen psychosomatischer Forschung entwickelt und angewandt. Zwar wurde der Fragebogen bei Schwangeren hier erstmals eingesetzt; die bisherigen Erfahrungen zeigen aber, daß er bei sehr unterschiedlichen (auch gynäkologischen) Krankheitsbildern gut zwischen klinischen Gruppen und gesunden Probanden trennt. (vgl. Manual: Strauß 1996)

Unter den klinischen Validierungsstudien zu dem Fragebogen finden sich interessante Unterschiede zwischen verschiedenen klinischen Gruppen, die hier nur in der Gesamtunterschiedlichkeit der Skalen zur Kontrollgruppe erklärt werden sollen und dem Manual zum Fragebogen entlehnt sind: Während beispielsweise bei Eßstörungen und Patientinnen mit androgenabhängigen Symptomen (Hirsutismus, Akne, Seborrhoe) sich eine Reihe von Unterschieden zu den Vergleichsgruppen zeigten, waren bei Sterilitätspatienten und Frauen mit Brustkrebs keine Auffälligkeiten im Vergleich zur Eichstichprobe nachweisbar. Die Befunde in bezug auf die Sterilitätspatienten werden interpretiert vor dem Hintergrund der generellen Selbstdarstellung im Sinne sozialer Erwünschtheit dieser Frauen und Männer.

In einer weiteren Studie zur Refertilisation nach Tubensterilisation konnten ebenfalls je nach Ursache für die Refertilisation Unterschiede im Körpererleben festgestellt werden. Diese Studien belegen, daß der FBeK sehr sensitiv Besonderheiten des Körpererlebens aufspüren kann. Inwiefern Veränderungen mit psychischen Auffälligkeiten zusammenhängen, bleibt auch in diesen Studien unklar (schließlich wiesen Mamma-Ca-Patienten keine Besonderheiten des Körpererlebens auf). (Strauß 1996)

2.4. Kurzbeschreibung der Stichprobe (Gruppe A - Frauen mit verdrängter Schwangerschaft)

Im Rahmen der prospektiven Fallsammlung wurden insgesamt 94 Frauen rekrutiert; es wurde folgende Gruppenbildung vorgenommen (Zuteilung anhand der Interviews):

- Gruppe A:** Frauen mit nicht wahrgenommener (verdrängter) Schwangerschaft: **n = 65**
- Gruppe B:** Frauen mit wahrgenommener Schwangerschaft, die unter die übrigen Untersuchungskriterien fielen: **n = 25**, etwa Verheimlichungen
- Gruppe C:** weitere Sonderfälle: **n = 4**.

Die (altersgleiche) Kontrollgruppe umfaßt 100 Wöchnerinnen, die während des stationären Wochenbettaufenthaltes um Bearbeitung des Fragebogens gebeten wurde (zeitgleich zur prospektiven Fallsammlung der Patientinnen mit Schwangerschaftsverdrängung). Es wurden nur solche Frauen einbezogen, bei denen die vorherige Schwangerschaft im wesentlichen unauffällig verlaufen war.

Nachfolgend wird die Gesamtstichprobe der Gruppe A (65 Frauen mit verdrängter Schwangerschaft) in einigen Punkten charakterisiert [ausführliche Darstellung in Wessel 1998).

Erstinterview: Mit 11 Frauen erfolgte dieses zum Zeitpunkt t0 (zwischen der 28. bis 39.SSW), mit 46 früh postpartal (t1). Bei den verbleibenden 8 Frauen war lediglich ein telefonisches oder gar kein Interview möglich (keine persönliche Teilnahme); hier entfielen Fragebogendaten primär. Ihre Zugehörigkeit zur Gruppe A konnte sicher aufgrund der vorliegenden Informationen der jeweiligen Geburtsklinik erfolgen.

Alter: 90%-Bereich: 19 - 41 Jahre, Median: 27 Jahre, jüngste und älteste Frau: 15 bzw. 44 Jahre.

Nationalität: 61 Frauen waren Deutsche, vier staatenlos (Libanon bzw. aus dem ehemaligen Jugoslawien).

Partnerschaft / Wohnsituation: Insgesamt 54 Frauen hatten einen festen Partner, mit dem 42 zusammen lebten. Drei Minderjährige wohnten bei ihren Eltern. Eine Patientin war durch Beschluß des Vormundschaftsgerichtes untergebracht (psychiatrische Klinik).

Schulabschluß: 16mal Hauptschule, 22mal Realschule, 7mal Abitur, 2 Schülerinnen, 11mal ohne Abschluß bzw. Sonderschule.

Berufsausbildung: 4mal keine Ausbildung begonnen, 5mal Anlernberuf, 2 Auszubildende, 9mal abgebrochene Lehre, 32mal abgeschlossener Lehrberuf, 2mal abgeschlossenes Hochschul- bzw. Fachhochschulstudium (Humanmedizin bzw. Pharmazie-Ingenieurin), 3mal Studium begonnen (10. Semester Sozialpädagogik mit Vorbereitung auf das Diplom; 9. Semester Volkswirtschaft; Studienabbruch nach 3 Semestern Grundschulpädagogik), 8mal sonstiges.

Vorherige Schwangerschaften: 36 Frauen hatten zuvor mindestens eine Geburt gehabt, acht der 29 Erstgebärenden wiesen in der Vorgeschichte mindestens einen Abbruch und/oder Abort auf, so daß insgesamt lediglich 21 Frauen zuvor nie schwanger waren.

Diagnose der bestehenden Schwangerschaft: Bei 24 Frauen wurde die Diagnose sub partu gestellt durch die einsetzenden Geburtsbestrebungen; dreimal wurden die Frauen davon zu Hause überrascht, in Unkenntnis der bestehenden Gravidität ereignete sich die unerwartete plötzliche Geburt dort ohne Anwesenheit eines Arztes/einer Hebamme. Bei 41 Frauen wurde die Diagnose präpartal im Verlauf der Schwangerschaft gestellt (bis zur 24.SSW vierzehn, 25. - 28.SSW neun, 29. - 32.SSW acht, 33. - 37.SSW acht, ab 38.SSW zwei Frauen).

Geburt/Neugeborene: Bei den 65 Entbindungen wurden insgesamt 69 Kinder geboren, 61 Einlinge und vier Geminipare (13 Frühgeborene, 49 Reifgeborene, darunter eine Tot-

geburt). Drei Entbindungen betrafen nicht lebensfähige Feten: ein Spätabort 21.SSW, zwei Interruptiones der 21. bzw. 23.SSW. Von den 65 überlebenden Neugeborenen kamen insgesamt 51 Kinder zu den eigenen Eltern (alleinlebende Kindsmutter oder beide Kindseltern), 13 Kinder wurden zur Adoption freigegeben, ein Kind kam in eine Pflegefamilie.

Interview zum Zeitpunkt t2: Nach neuerlicher telefonischer oder schriftlicher Kontaktaufnahme fand dieses mit 30 Frauen statt.

3. Ergebnisse

Von den 65 Patientinnen der Gruppe A wurde der Körperfragebogen, der erst etwas später mit aufgenommen wurden, insgesamt 40mal von 27 Frauen ausgefüllt; die Verteilung zu den Untersuchungszeitpunkten zeigt Tab. 1:

Tab. 1: Anzahl Körperfragebögen und Untersuchungszeitpunkte

Untersuchungszeitpunkt	Anzahl Pat.	Anzahl Fragebögen
nur t0	1	1
nur t1	9	9
nur t2	8	8
t1 + t2	5	10
t0 + t1 +t2	4	12
Fragebögen t0 - gesamt		5
Fragebögen t1 - gesamt		18
Fragebögen t2 - gesamt		17
Summe	27	40

Die Ergebnisse zum Körperfragebogen (FBcK) wurden auf Basis des 4-Skalenmodells berechnet: Zunächst wird ein Vergleich mit den Normen hergestellt. Tabelle 2 zeigt den Range der Prozentränge (und jeweils deren Mittelwert) für die Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung und die Wöchnerinnen zum Meßzeitpunkt t1 (unmittelbar nach der Entbindung).

Tab. 2: Range der Prozentränge (PR) und Prozentrang des Mittelwerts (MPR) beider Stichproben zum Zeitpunkt kurz nach der Entbindung (t1)

	Range der Prozentränge	
	Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung (n= 18) zu t1	Wöchnerinnen (n= 100)
Skala 1 (Attraktivität und Selbstvertrauen)	PR 9 – 69, MPR = 45	PR 7 – 69, MPR 85
Skala 2 (Akzentuierung des Erscheinungsbildes)	PR 5 – 96, MPR = 46	PR 2 – 100, MPR 35
Skala 3 (Unsicherheit/ Besorgnis)	PR 0 – 97, MPR = 54	PR 4 – 94, MPR 40
Skala 4 (Körperlich-sexuelles Mißempfinden)	PR 53 – 95, MPR = 79	PR 28 – 97, MPR 60

Es zeigt sich, daß die Wöchnerinnen mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf innerhalb des Normbereichs Abweichungen nach unten in der Skala 2 (Akzentuierung des Erscheinungsbilds) und Abweichungen nach oben in der Skala 1 (Attraktivität und Selbstvertrauen) aufweisen, während die Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung im Durchschnitt insgesamt innerhalb des mittleren Prozentranges anzusiedeln sind, nur in bezug auf das körperlich-sexuelle Mißempfinden Abweichungen nach oben aufweisen. Da die Kontrollstichprobe nur zu einem Meßzeitpunkt den Fragebogen bearbeitet hat, ist statistisch nur ein Querschnittsvergleich der Werte der Wöchnerinnen (n = 100) mit den Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung (n=18) zum Meßzeitpunkt unmittelbar nach der Entbindung möglich.

Tab.3: T-Tests für unabhängige Stichproben (Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung und Wöchnerinnen) bezüglich der vier FBek Skalen zum Meßzeitpunkt t1 (kurz nach Geburt)

FBek-Skala	Gruppe	N	M	SD	t	p
Attraktivität/ Selbstvertrauen	Wöchnerinnen Schwangerverd.	100 18	10.25 7.17	2.18 1.42	5.76	.000***
Akzentuierung des Erscheinungsbildes	Wöchnerinnen Schwangerverd.	100 18	6.67 6.61	2.27 2.57	.10	.921
Unsicherheit/ Besorgnis	Wöchnerinnen Schwangerverd.	100 18	3.12 5.28	1.97 2.45	- 4.13	.000***
Körperlich-sex. Mißempfinden	Wöchnerinnen Schwangerverd.	100 18	1.87 2.78	.97 1.28	- 2.91	.009**

N = Anzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung
p – Werte mit *: Signifikanzniveau mindestens < 0,05

In Tabelle 3 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Wöchnerinnen und Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung auf den vier FBek-Skalen dargestellt. Statistisch bedeutsame Unterschiede ließen sich für die Skalen 1 (Attraktivität und Selbstvertrauen), 3 (Unsicherheit/Besorgnis) und 4 (Körperlich-sexuelles Mißempfinden) ermitteln, nicht aber für die Skala 2 (Akzentuierung des Erscheinungsbildes). Diese Ergebnisse seien kurz beschrieben: Die Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung (SVs) wiesen auf der Skala „Attraktivität und Selbstvertrauen“ zum Zeitpunkt t1 niedrigere Werte auf. Dies bedeutet inhaltlich, daß sie sich weniger zufrieden mit ihrem Körper gaben, weniger Freude an ihm hatten, weniger Selbstvertrauen durch ihn erlebten und z.T. aggressive Reaktionen ihrem eigenen Körper gegenüber zeigten. Signifikant höhere Werte wiesen die Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung auf den Skalen „Unsicherheit/Besorgnis“ und „körperlich-sexuelles Mißempfinden“ auf. Dieser Befund weist darauf hin, daß diese Patientinnen eine ausgeprägtere Körperunsicherheit beschrieben und vermehrt beklagten, daß sie ihren Körper nicht genügend kontrollieren könnten. Dieses äußere sich u.a. in einer eher hypochondrischen Beachtung des eigenen Körpers oder in einem Mißtrauen gegenüber eigenen körperlichen Vorgängen, im weiteren Sinne auch in einem Mißempfinden bezüglich ihrer Sexualität. Nicht signifikant waren die Ergebnisse bezüglich der Skala „Akzentuierung des körperli-

chen Erscheinungsbildes“, welche eine besondere Betonung des Aussehens, des Körperäußeren und die Freude an der Beschäftigung mit dem eigenen Körper (beinahe im Sinne einer narzißtischer Körperbesetzung) beschreibt. Beide Stichproben bewegen sich hier im Bereich des mittleren Prozentranges, zeigen demnach keine Auffälligkeiten. Vermutlich gibt es hier ganz generell beträchtliche interindividuelle Unterschiede, so ist doch die Varianz in dieser Skala auch in dieser Stichprobe am höchsten.

Korrelative Zusammenhänge

In der Gruppe der Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung zeigten sich interessanterweise keine bedeutsamen Korrelationen zwischen soziodemographischen Variablen wie Alter und Parität auf der einen Seite und dem Körpererleben auf der anderen Seite. Es gab beispielsweise keinen Einfluß einer vorherigen Schwangerschaft auf das Körpererleben. In der Gruppe der 'normalen' Wöchnerinnen zeigte sich eine bedeutsame positive Korrelation ($r=.30^*$) zwischen dem Alter und der Skala „Unsicherheit/Besorgnis“ („je älter die Wöchnerinnen, desto weniger Unsicherheitsempfindungen richten sich auf den eigenen Körper“). Dieser Zusammenhang ließ sich nicht bei den Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung nachweisen, was allerdings an der geringeren Stichprobengröße liegen könnte.

Körpererleben bei Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung über die Zeit

Leider haben innerhalb der Gruppe der Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung nur 4 Probandinnen den Körperfragebogen zu allen drei Meßzeitpunkten bearbeitet. Da aber weitere 5 Frauen zu den beiden Meßzeitpunkten t1 und t2 den Fragebogen ausfüllten, liegen für immerhin 9 Patientinnen bearbeiteten Fragebögen zu zwei Meßzeitpunkten vor (nach der Entbindung und 3-4 Monate später). Zwischen diesen Meßzeitpunkten wurde trotz sehr kleiner Stichprobengröße ein statistischer Vergleich (T-Test für abhängige Stichproben) durchgeführt, dessen Ergebnisse in Tabelle 4 gezeigt sind.

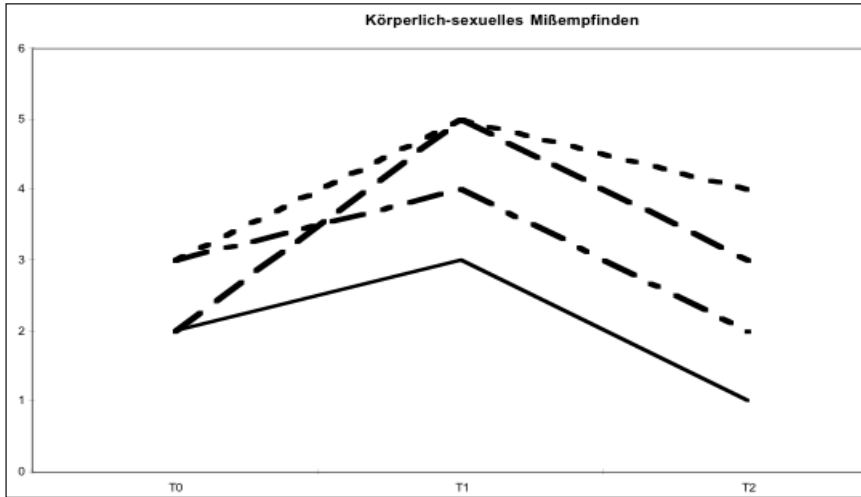
Tab.4: T-Tests für abhängige Stichproben der Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung für die beiden Meßzeitpunkte t1 und t2

		M	SD	t	p
Attraktivität / Selbstvertrauen	t1-t2	-4.33	2.55	-5.10	.001**
Akzentuierung des Erscheinungsbildes	t1-t2	-.56	1.59	-1.05	.325
Unsicherheit / Besorgnis	t1-t2	-1.66	1.32	-3.78	.005**
Körperlich-sex. Mißempfinden	t1-t2	-1.22	1.20	-3.05	.016*

p –Wert mit *: Signifikanzniveau mindestens < 0,05

Signifikante Differenzen wies der T-Test für die Skalen 1, 3 und 4 nach. Es wird demnach der Einfluß des Ereignisses Schwangerschaft auf das Körpererleben deutlich, der sich folgendermaßen zeigte: Zum Zeitpunkt unmittelbar nach der Entbindung beschreiben sich die Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung weniger attraktiv, schildern eine größere körperbezogene Unsicherheit und ein größeres körperlich/sexuelles Mißempfinden als 3 bis 4 Monate post partum.

Abb.1: Exemplarischer Verlauf von vier Patientinnen in der Skala 4 des FBek vom Zeitpunkt vor der Geburt (t0), über den Zeitpunkt kurz nach der Entbindung (t1) bis zum Zeitpunkt 3 bis 4 Monate post partum (t2)



Das in Abbildung 1 gezeigte Profil von vier Probandinnen in bezug auf die Skala 4 („Körperlich-sexuelles Mißempfinden“) unterstreicht diesen Prozeß. Per 'Augenscheinvalidität' ließe sich die Vermutung aufstellen, daß die Profile lediglich solche Veränderungsprozesse im Körpererleben auslösen, die durch das Ereignis Schwangerschaft bedingt sind. Alle vier Frauen schätzen sich unmittelbar nach der Schwangerschaft als weniger attraktiv ein, sie geben an, sich weniger mit dem Körper zu identifizieren und vermehrt aggressive Reaktionen diesem gegenüber zu zeigen.

Bei einer so geringen Fallzahl lohnt es sich durchaus, Veränderungen auf Itemebene zu betrachten. Hier zeigt sich nämlich, daß Items, die sich explizit auf die Attraktivität des Körpers beziehen, im Vergleich zur Zeit vor der Schwangerschaft nach der Entbindung in stärkerem Ausmaß verneint werden. Items, die aggressive Reaktionen gegenüber dem eigenen Körper hervorheben, werden allerdings von allen vier Frauen durchgängig zu allen drei Meßzeitpunkten bejaht; diese Aggressionen scheinen demnach bei diesen Frauen latent vorzuliegen.

Relativ geringfügig variieren die Werte über die vier Meßzeitpunkte in der Skala „Akzentuierung des Erscheinungsbildes“ d.h. die Entbindung hat wenig daran verändert, wieviel die Frauen in die Pflege ihres Äußeren bzw. die Betonung ihrer Erscheinung investiert haben. Hier scheint der Meßzeitpunkt, also die Zeit vor und nach der Entbindung, relativ wenig Einfluß auf das Körpererleben gehabt zu haben. Vermutlich ist hier der Einfluß von interindividuellen Persönlichkeitsunterschieden größer als von dem Meßzeitpunkt.

Die Werte der vier Frauen erscheinen zu allen Meßzeitpunkten relativ hoch auf dieser Skala (die Normwerte liegen im Prozentrangbereich zwischen 46% und 96 %). Auch wenn dieses sehr spekulativ erscheint, könnte man vermuten, daß die bei diesen Frauen

relativ stark ausgeprägte Betonung des Äußeren mit einer minder ausgeprägten Aufmerksamkeit für innere Vorgänge einhergeht. Im statistischen Vergleich beider Stichproben waren diese Unterschiede nicht bedeutsam, so daß ein Schluß auf die Gesamtpopulation unzulässig ist.

Anmerkungen zu den Interviews: Die tiefenpsychologisch orientierten Interviews mit den Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung entsprachen in ihrer Durchführung einem psychosomatischen Erstgespräch. Die Auswertung der Interview-Protokolle steht noch aus. Ziel ist dabei insbesondere, die Psychodynamik der nicht wahrgenommenen (verdrängten) Schwangerschaft näher zu klären. Auf der Basis der vorliegenden Erfahrungen ergibt sich, daß weniger mit der Erkenntnis des *einen* zur Schwangerschaftsverdrängung führenden Verarbeitungsmodus zu rechnen ist als vielmehr mit einer jeweils spezifischen individuellen Psychodynamik, der unterschiedliche innere Konflikte zugrunde liegen können (Störungen der frühen Mutter-Tochter-Beziehung; ggf. Persönlichkeitsstörungen; Loslösungs- und Autonomiekonflikte; Störungen der weiblichen Identität während der Adoleszenz). Ferner ist bei der Auswertung vor allem die aktuelle Partnerbeziehung mit zu berücksichtigen (ggf. dabei auch eventuelle Korrelationen zu den gefundenen Auffälligkeiten im Körperleben).

4. Diskussion

Aus eigenen früheren Untersuchungen zur Schwangerschaftsverdrängung sowie aus Studien anderer Autoren ist bekannt, daß als ausschlaggebende Gründe für die späte oder fehlende Wahrnehmung der Schwangerschaft von den Frauen selbst zumeist solche genannt werden, die sich auf Körpereigenschaften bzw. deren Wahrnehmung beziehen: keine auffällige Gewichtszunahme bzw. übliche Gewichtsschwankungen, keine auffällige Bauchumfangszunahme, Nichtbemerken anderer subjektiver Schwangerschaftszeichen wie Übelkeit/ Erbrechen, Brustveränderungen oder Eßgelüste. Für Frauen mit vorheriger - nicht verdrängter - Schwangerschaftserfahrung kann es bedeutsam sein, daß in früheren Graviditäten derartige Zeichen wesentlich stärker ausgeprägt waren als in der jetzt nicht wahrgenommenen Schwangerschaft. Wurden hingegen körperbezogene schwangerschaftstypische Symptome wahrgenommen, imponierte eine beachtliche Bereitschaft zur Rationalisierung: Gewichtszunahme durch vermehrtes Essen oder aber auch durch fehlgeschlagene Diätversuche; einige Frauen, die sich als zu dünn empfanden, waren ausgesprochen zufrieden mit der Gewichtszunahme. Ferner wurde eine auffällige Bereitschaft zur „Pathologisierung“ abdominalbezogener Schwangerschaftssymptome deutlich: Sowohl die Zunahme des Bauchumfanges, v.a. aber auch Empfindungen, die retrospektiv als Kindsbewegungen aufzufassen sind, wurden mit entweder früheren und daher vertrauten Erkrankungen oder Störungen bzw. mit einer aktuell vermuteten, gleichartigen Organsymptomatik in Verbindung gebracht: Gallen-, Blinddarm- oder Magen-Darm-Beschwerden sowie Verdauungsprobleme (z.B. zusammen mit einer gewohnten Anwendung von Abführmitteln). Auch die Frauen der prospektiven Studie haben sich vergleichbar geäußert. Derartige Rationalisierungen sehr unterschiedlicher körperbezogener Empfindungen werden in fast allen Publikationen über die Schwangerschaftsverdrängung beschrieben; ihnen kommt bei der Aufrechterhaltung der Nichtwahrnehmung ein vordringliches Gewicht zu. (Wessel 1997)

Im übrigen sind keinesfalls von einer Schwangerschaftsverdrängung primär Frauen be-

troffen, die allein aufgrund eines Übergewichtes „das Kind verstecken“ könnten. Hinzuweisen ist auf eine ausgesprochen heterogene Verteilung für das Normalgewicht vor der Schwangerschaft (Body Mass Index): Von den 65 Frauen der Gruppe A waren - ähnlich wie bei Brezinka - zu einem Drittel Normalgewichtige, zu einem Viertel aber auch Frauen mit einem niedrigeren Index sowie zu einem Drittel Adipöse. Es kann somit vermutet werden, daß bei der Schwangerschaftsverdrängung weniger vorbestehenden Faktoren (hier: Body Mass Index), sondern dem individuellen Verarbeitungsmodus eine bestimmende Bedeutung zukommen kann. (Brezinka 1994)

Im Vergleich zum interpretativen Vorgehen subjektiver Interview-Äußerungen gewinnen daher die Fragebogen-Ergebnisse zu Beurteilung und Erleben des eigenen Körpers als standardisierter, objektiver und reliabler Untersuchungsmethodik eine besondere Relevanz.

Zu der geringen Rücklaufquote ist zu bemerken: Die meisten Frauen der prospektiven Studie nahmen an mindestens einem Untersuchungstermin (t1, t2; ggf. t0) teil. Auffällig war aber die vergleichsweise geringere Bereitschaft zum Ausfüllen der Fragebögen. Trotz z.T. mehrfacher Nachfragen konnte für den Rücklauf keine höhere Quote erreicht werden: Neben einer belastenden Ausnahmesituation vor allem bei den Frauen mit gänzlich unerwarteter Geburt nach zuvor gänzlich fehlender Schwangerschaftswahrnehmung kann ausschlaggebend sein, daß sie zwar bereit waren, am Interview teilzunehmen. Eine darüber hinausgehende Auseinandersetzung (zusätzliches Ausfüllen von Fragebögen) wurde von einigen Patientinnen vermieden. Ob es sich hierbei um eine selektive Gruppe handelt, läßt sich nicht feststellen. Hauptursache für die im Vergleich zur Gesamtstichprobe geringe Datenmenge war allerdings, daß der Körperfragebogen erst später in das Design aufgenommen wurde, so daß hier kein Bias vermutet wird.

Welches Resümee läßt sich nun insgesamt bezüglich des Vergleichs zwischen den zwei schwangeren Stichproben ziehen?

Betrachtet man die Normwerte des FBeK (Strauß 1996), so zeigte sich, daß die „normalen“ Wöchnerinnen eher Abweichungen in eine positivere Richtung aufwiesen, d.h. vermutlich nahmen sie sich und ihren Körper deutlich positiver und zufriedener wahr, wohingegen die Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung am prägnantesten durch ein ausgeprägtes körperlich-sexuelles Mißempfinden charakterisiert werden konnten.

Wenn die Unterschiede sich nun besonders zum Zeitpunkt t1 zeigen, so mag es verschiedene Ursachen geben. Möglicherweise ist das in den Fragebögen deutlich gewordene Körpererleben Folge der 'Überraschung' bzw. Schocksituation. Der Zeitpunkt t1 beschreibt die Phase direkt am Anschluß an die Entbindung. Die Vergleichsgruppe der normalen Wöchnerinnen hatte zuvor eine im wesentlichen komplikationsfreie „normale“ Schwangerschaft erlebt; im Gegensatz dazu waren die Frauen mit einer nicht wahrgenommenen Gravidität entweder von der Geburt überrascht worden oder hatten vergleichsweise deutlich weniger Zeit zur Verfügung, präpartal die Schwangerschaft als solche zu verarbeiten. Auf diesem Hintergrund wäre es nicht verwunderlich, sondern angesichts der schwangerschaftsbedingten körperlichen Veränderungen und den gleichzeitig von ihnen angegebenen körperbezogenen Gründe, die sie selbst als ausschlaggebend für die späte oder fehlende Wahrnehmung angaben, eigentlich eher naheliegend und sozusagen konsequent, daß sie mit ihrem Körper weniger zufrieden sind und weniger Selbstvertrauen durch ihn erfahren. Ihr 'Versagen' einer adäquaten Perzeption und Beurteilung der eigentlich auffälligen Körpersignale ausgerechnet einer Schwangerschaft

steht somit in folgerichtiger Übereinstimmung zum ermittelten mangelnden Selbstvertrauen in Wahrnehmung und Bewertung eigener körperlicher Vorgänge. Demnach werden folgerichtig auch Unsicherheit und insbesondere mangelnde Kontrolle dem eigenen Körper gegenüber offenkundig sowie ein allgemeines Mißtrauen in Bezug auf körperlichen Vorgänge überhaupt.

Prinzipiell weist das im Vergleich zu den „normalen“ Wöchnerinnen deutlich negativere Körpererleben allerdings darauf hin, daß die Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung in diesem Punkt tatsächlich auch unabhängig von der Situation „Schwangerschaft“ auffällig sind. Es wäre durchaus denkbar, daß sich das plötzliche Realisieren der Schwangerschaft positiv auf das Körpererleben auswirkt im Sinne einer besonderen Freude über die bevorstehende Schwangerschaft. Nachweisen ließe sich diese Hypothese einer allgemeineren Auffälligkeit nur, wenn die normalen Wöchnerinnen und die Frauen mit einer Schwangerschaftsverdrängung außerhalb des Schwangerschaftszeitraumes hinsichtlich ihres Körpererlebens untersucht würden, eine Fragestellung, die sich für eine weiterführende Studie anbietet. Zu den Überlegungen in Bezug auf Auffälligkeiten im Körpererleben bei Frauen mit einer Schwangerschaftsverdrängung gehören aber auch - bisher noch nicht vorliegende - Befunde zu eventuellen grundlegenden, psychischen Auffälligkeiten dieser Gruppe. Interessanterweise zeigten sich bei den weiteren 5 Fragebögen jedoch große Ähnlichkeiten der Profile zwischen den 'normalen' Wöchnerinnen und den Frauen mit Schwangerschaftsverdrängung (Hörhold, Manuskript in Vorbereitung). Schließlich weisen die bisher durchgeführten Untersuchungen mit dem FBeK bei verschiedenen Patientinnen darauf hin, daß eher bei Erkrankungen mit einem hohen Anteil psychischer Auffälligkeiten sich Unterschiede im Körpererleben zu den gesunden Vergleichsgruppen zeigen (Strauß 1996). Insgesamt wird deutlich, daß das Körpererleben gerade bei Patientinnen mit einer nicht wahrgenommenen Schwangerschaft einen sehr komplexen Prozeß darstellt, der schon in bezug auf das Ereignis Schwangerschaft sehr kontrovers diskutiert werden kann. Es läßt sich mit hoher Sicherheit ableiten, daß dieser Prozeß Auffälligkeiten aufweist; allerdings zeigt sich auch, daß die Gruppe der Patientinnen mit Schwangerschaftsverdrängung eine sehr heterogene Gruppe von Frauen darstellt. Die weitere Erforschung dieses irrational anmutenden Phänomens stellt sicherlich eine lohnenswerte Aufgabe dar. Interessanterweise wird die eingebildete Schwangerschaft, die als das Gegenstück zur Schwangerschaftsverdrängung gelten kann, heutzutage nur noch sehr selten beobachtet - möglicherweise hat hier ein Wandel stattgefunden im Sinne einer konträren Ablösung von Auffälligkeiten im - ohnehin nicht nur rein rational begründbaren - reproduktiven Verhalten.

Anmerkungen

- ¹⁾ Zur Begrifflichkeit: Gerchow hat in den 50er Jahren wohl als erster den Begriff Schwangerschaftsverdrängung eingeführt. Er betonte, den Begriff Verdrängung nicht im Freud'schen Sinne zu meinen; vielmehr ging er von einem "konventionellen Vergessen" aus, das fast jeder Mensch für unliebsame Erlebnisse einsetze (Gerchow 1957). In den meisten englischsprachigen jüngeren Publikationen wird Bezug genommen auf die Definition der "(psychotic) denial" von Vaillant und seinem Modell einer 'Theoretischen Hierarchie von adaptiven Ich-Mechanismen' (Vaillant 1971), die zutreffende deutsche Übersetzung ist (psychotische) Verleugnung. Spielvogel dagegen unterscheidet die nicht-psychotische Verleugnung (denial) einer Schwangerschaft bei Frauen mit einer ansonsten intakten Realitätswahrnehmung von der psychotischen Verleugnung, ausschließlich bei

Frauen mit Denkstörungen und generellen Defiziten der kognitiven Funktionen oder der Realitätswahrnehmung (d.h. bei schizophrenen, schizoaffektiven und affektiven Psychosen) (Spielvogel 1995). Im deutschsprachigen Schrifttum finden sich Begriffe wie nicht wahrgenommene, verdrängte oder verleugnete Schwangerschaft. Eine weitergehende Problematisierung dieser Termini (mit ihrem Bezug zur psychoanalytischen Abwehrlehre) sowie eine eigentliche Begriffsbestimmung, ob also eher die Bezeichnung Verdrängung oder Verleugnung zutreffender wäre, findet sich nicht. Lediglich Wille und Beier beschäftigen sich mit der Frage nach dem eingesetzten Abwehrmechanismus; bei ihren forensischen Fällen (Kindstötung) geht es aber allein um die Unterscheidung zwischen Verdrängung und Verheimlichung. Als übergeordneten Terminus schlagen sie dabei 'negierte Schwangerschaft' vor (Wille 1994). Eine genauere Begriffsklärung mit Blick auf den zugrunde liegenden Abwehrmechanismus erscheint notwendig.

Literatur

- Beckmann, D.; Brähler, E.; Richter, E.: Der Gießen-Test. Handbuch. Bern: Huber 1983.
- Beier, K.M.: Weiblichkeit und Perversion. Von der Reproduktion zur Reversion. Stuttgart, Jena: Gustav Fischer 1994.
- Beier, K.M.: Aurorismus: Klinische Erscheinungsform einer 'weiblichen Analogie' zur Perversion. *Geburtsh. Frauenheilk.* 1995; 55:323-330.
- Brähler, E.; Scheer, J.: Der Gießener Beschwerdebogen (GEB). Handbuch. Bern: Huber 1983.
- Brezinka, C.; Huter, O.; Biebl, W.; Kinzl, J.: Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 1994; 15:1-8.
- Brozovsky, M.; Falit, H.: Neonaticide - Clinical and Psychodynamic Considerations. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 1971; 10:673-683.
- Brych, Ch.: Verdrängte Schwangerschaft - Eine Analyse von Beobachtungen der Jahrgänge 1990 und 1991. *Med. Diss., Hannover* 1994.
- Deneke, F.W.; Hilgenstock, B.; Müller, R.: Das Narzißmus-Inventar. Bern: Huber 1989.
- Dudenhausen, J.W.: Allgemeine Schwangerenberatung. In: Künzel, W.; Wulf, K.H. (Hrsg.): *Schwangerschaft I. Die normale Schwangerschaft. Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe* Band 4. München, Wien: Urban und Schwarzenberg, 1992; 133-160.
- Feldmann, H.: Untersuchungen zum Körperleben in der Schwangerschaft. *Psychosom. Med. Psychoanal.* 1977; 23:310-328.
- Finnegan, P.; McKinsty, E.; Robinson, G.E.: Denial of Pregnancy and Childbirth. *Can. J. Psychiatry* 1982; 27:672-674.
- Gerchow, J.: Die ärztlich-forensische Beurteilung von Kindesmörderinnen. Ein Beitrag zum Problem der abartigen Erlebnisreaktion. Halle: Carl Marhold 1957.
- Green, M.C.; Manohar, S.V.: Neonaticide and Hysterical Denial of Pregnancy. *Br. J. Psychiatry* 1990; 156:121-123.
- Hörhold, M.; Klapp, B.F.: Testungen der Invarianz und der Hierarchie eines mehrdimensionalen Stimmungsfragebogens auf der Basis von Zweipunkterhebungen an Patienten- und Studentenstichproben. *Zschr. Med. Psychol.* 1993; 2:27-35.
- Hörhold, M.; Fuchs, F.; Wessel, J.; Dudenhausen, J.W.; Klapp, C.; Klapp, B.F.: Spät erkannte Schwangerschaft (SES): Psychometrischer Vergleich mit Wöchnerinnen nach unauffälliger Schwangerschaft sowie fünf selektierten psychosomatischen Patientinnengruppen. Manuskript in Vorbereitung.
- Huch, R.: Adaptation des mütterlichen Organismus. In: Dudenhausen, J.W.; Schneider, H.P.G. (Hrsg.): *Frauenheilkunde und Geburtshilfe*. Berlin; New York: de Gruyter 1994; 73-94.
- Jarka, M.: Zur Bedeutung des Körpererlebens für den weiblichen Kindeswunsch, Schwangerschaft, Geburt und die Zeit nach der Entbindung. In: Brähler, E. (Hrsg.): *Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele*. Gießen: Psychosozial-Verlag 1995; 161-179.
- Milden, R.; Rosenthal, M.; Winegardner, J.; Smith, D.: Denial of Pregnancy: an Exploratory Investigation. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 1985; 4:255-261.

- Milstein, K.K.; Milstein, P.S.: Psychophysiologic Aspects of Denial in Pregnancy: Case Report. *J. Clin. Psychiatry* 1983; 44:189-190
- Richter, D.: Schwangerschaftsverdrängung. *Münch. Med. Wschr.* 1990; 132:367-368
- Spielvogel, A.M.; Hohener, H.C.: Denial of Pregnancy: A Review and Case Reports. *Birth* 1995; 22:220-226.
- Strauß, B.; Richter-Appelt, H.: Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBcK). Handanweisung. Göttingen; Bern: Hogrefe 1996.
- Vaillant, G.E.: Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms. *Arch. Gen. Psychiat.* 1971; 24:107-118.
- Wessel, J.: Geburten bei vorher nicht bekannter Schwangerschaft - Schwangerschaftsverdrängung und menstruationsähnliche Blutungen in graviditate. *Geburtsh. Frauenheilk.* 1987; 47: 850-853
- Wessel, J.: Die verdrängte Schwangerschaft - Auch Ärzte entdecken die Gravidität nicht immer. *Dt. Ärztebl.* 1992; 89:2754-2756.
- Wessel, J.; Rau, G.: Zur Schwangerschaftsverdrängung - Darstellung eines Phänomens anhand einiger Ergebnisse von 28 Fällen und Vorstellung einer prospektiven regionalen Verbundstudie für Berlin. *Geburtsh. Frauenheilk.* 1997; 57:116-123.
- Wessel, J.; Dudenhausen, J.W.; Schönegg, W.; Schmidt-Gollwitzer, K.: Abgewehrte Schwangerschaftswahrnehmung - Zum Bild der Schwangerschaftsverdrängung. *Münch. Med. Wschr.* 1990; 132:376-380.
- Wessel, J.: Die nicht wahrgenommene (verdrängte) Schwangerschaft - Eine prospektive Untersuchung aus geburtsmedizinischer Sicht unter Berücksichtigung endokrinologischer, psychosomatischer und epidemiologischer Aspekte. *Med. Habil. Charité, Berlin* 1998.
- Wille, R.; Beier, K.M.: 'Verdrängte' Schwangerschaft und Kindstötung: Theorie-Forensik-Klinik. *Denial of Pregnancy and Neonaticide: Theoretical, Forensical and Clinical Aspects.* *Sexuologie* 1994; 2:75-100.
- Wulf, K.H.: Untersuchungen während der Schwangerschaft. Risikoschwangerschaften. In: Künzel, W.; Wulf, K.H. (Hrsg.): *Klinik der Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Band 4: Schwangerschaft I. Die normale Schwangerschaft.* München; Wien: Urban und Schwarzenberg 1992; 107- 132.

Danksagung:

Der Deutschen Forschungsgemeinschaft sei für die Finanzierung und Unterstützung der prospektiven regionalen Studie in Form eines Habilitandenstipendiums ausdrücklich gedankt. Für die Eingabe der Daten ist Herrn F. Fuchs zu danken.

Anschrift der Autoren

Priv.-Doz. Dr. Jens Wessel, Charité, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität, Campus Virchow-Klinikum, Frauenklinik, Klinik f. Geburtsmedizin (Direktor: Prof. Dr. med. J. W. Dudenhausen), Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
Dipl. Psych. Silke Schmidt; Prof. Dr. Bernhard Strauß, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Inst. f. Medizinische Psychologie (Direktor: Prof. Dr. phil. habil. B. Strauß), Stoystr. 3, 07740 Jena

Partnerschaft und Sexualität bei M. Parkinson

Partnership and Sexuality in Cases of Parkinson Disease

M. Lüders; S. Boxdorfer; K.M. Beier

Zusammenfassung

In einer retrospektiven, nicht randomisierten Querschnittsstudie (N=12000) werden bei Morbus Parkinson (MP) die krankheitsbedingten Einflüsse auf Sexualverhalten und partnerschaftliche Beziehungen der betroffenen Paare untersucht. Beginn der Hauptstudie war Oktober 1998. Vorgestellt werden hier die Ergebnisse der Vorstudie (N=51), die im Sommer 1998 durchgeführt wurde. Sexuelle Funktionsstörungen treten sowohl bei betroffenen Frauen und Männern als auch bei gesunden Lebenspartnern auf. Bei den Erkrankten geben mehr Frauen (51%) als Männer (40%) Orgasmusstörungen an. 40% der Männer klagen über Erektionsprobleme und etwa die Hälfte der Frauen über eine sexuelle Erregungsstörung. Über die Hälfte der gesunden männlichen Partner (56%) haben Orgasmusstörungen, die gesunden Frauen dagegen leiden in erster Linie unter Appetenzstörungen (73%) und Erregungsstörungen (61%). Sowohl die partnerschaftliche als auch sexuelle Zufriedenheit der betroffenen Paare war vor der Erkrankung hoch. Die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Beziehung verändert sich im Verlauf der Erkrankung nur geringfügig; im Gegensatz dazu nimmt die sexuelle Erfüllung deutlich ab.

Betroffene Männer und Frauen sehen zu 98% einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Krankheitssymptomen und ihrer Lustempfindung bzw. ihrer Sexualität. An erster Stelle stehen dabei Hypo- bzw. Akinese (54%), verringerte Feinmotorik (44%) sowie Rigor und Tremor (40%). Der Einfluß von Angst und Depression auf die veränderte Sexualität wird als weniger bedeutsam angesehen. Eine Einflußnahme parkinsonspezifischer Medikamente auf die Sexualität beobachten etwa die Hälfte der Erkrankten (46%), die medikamentös behandelt werden. Ein Informationsbedürfnis über mögliche Veränderungen der Sexualität, z.B. aufgrund von Medikamentenwirkungen und Wünsche nach fachlicher Betreuung hinsichtlich partnerschaftlicher und sexueller Problemfragen bestehen bei fast allen betroffenen Paaren (96%).

Schlüsselworte: Parkinsonismus, Partnerschaft, Sexualität, Sexuelle Dysfunktionen, medizinische Betreuung

Abstract

In a retrospective, non randomized study (N= 12000) the influences of Parkinson Disease (PD) on sexuality and partnership in affected couples are investigated. Onset of study was October 1998; the results presented here were found in a pre-study (N=51) conducted in summer 1998. Sexual dysfunctions occur both in affected women and men as well as in healthy partners. Amongst the PD-sample more woman (51%) than men (40%) report disorder of orgasm. 40 % percent of affected men complain about sexual arousal disorders. Half of the women can't maintain their sexual arousal (arousal disorder). Whereas sexual desire disorders in male patients (35%) had not occurred before diagnosis of PD, the amount of

women suffering from these disorders after diagnosis is equal to the amount that had been experiencing respective problems before diagnosis (37%). More than half of the healthy male partners suffer from disorders (56%), whereas healthy females are affected primarily with sexual desire (73%) and arousal (61%) disorders. Both the contentment with partnership and sexuality in affected couples had been high before PD. In the course of illness the perceived quality of partnership changes little, which cannot be said in respect to sex-life. 98% of affected men and women see a relation between various symptoms of PD and their feeling of desire respectively their sexuality. Most common are hypo- and akinesia (54%), reduced ability of fine movements (44%), rigor and tremor (40%). The impact of anxiety and depression on sexuality is estimated less severe. About half of patients (46%) who were treated with parkinson specific medication report an influence of respective medication on their sex-life. Almost all affected couples would very much appreciate receiving information concerning possible changes in sexuality - i.e. side effects of medication - and requests qualified health care concerning problems with partnership and sexuality.

Keywords: Parkinsonism, partnership, sexuality, sexual dysfunctions, health care

Einleitung

Morbus Parkinson ist eine chronische neurologische Erkrankung des höheren und zunehmend mittleren Lebensalters, an der in Deutschland über 250 000 Menschen leiden. Aufgrund unterschiedlicher Ätiologie liegt eine progrediente Degeneration nigrostriataler dopaminerger Neurone vor, welche überwiegend zu Störungen im extrapyramidalen System führt, das die unwillkürliche Motorik steuert. Die Folgen auf somatischer Ebene sind neben Tremor, Rigor und Hypo- bzw. Akinese vielfältige vegetative Begleitsymptome sowie Angst und Depression. Es treten zudem verschiedene Veränderungen im sexuellen Erleben und Verhalten der Patientenpaare auf. Im kognitiven Bereich kann es zu verlangsamten Denkabläufen kommen. Die Patienten werden in erster Linie medikamentös und physiotherapeutisch behandelt; psychologische Betreuung und das Erlernen von Entspannungstechniken werden überwiegend in Spezialeinrichtungen bzw. von - auf die Parkinsonsche Erkrankung - spezialisierten Ärzten angeboten.

Bisherige Forschungsergebnisse

Erst seit einigen Jahren beginnen verschiedene sexuelle Dysfunktionen als Begleitsymptome des idiopathischen M. Parkinson Beachtung zu finden (vgl. u.a. Brown et al. 1989). Nur in vereinzelten Studien wurde untersucht, welche sexuellen Dysfunktionen auftreten (vgl. Brown et al. 1989, Basson et al. 1996, Hyppä et al. 1970, Koller et al. 1990). Häufig sind die Definitionen der einzelnen Veränderungen der Sexualität sehr uneinheitlich. Unter 'Hypersexualität' z.B. verstehen Brown et al. (vgl. 1989) eine erhöhte sexuelle Appetenz während andere Autoren zusätzlich eine erhöhte sexuelle Aktivität in diese Definition einschließen (Uitti et al. 1989). Über mögliche Einflußfaktoren auf die Sexualität der von der Parkinsonschen Krankheit Betroffenen, wie Krankheitssymptomatik, Pharmaka, ggf. chirurgische Maßnahmen, soziale und psychische Faktoren liegen zum Teil widersprüchliche Ergebnisse vor (Brown et al. 1989, Basson et al. 1996, Wer-muth et al. 1992, Szasz et al. 1989). Die Angaben zur Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen bei M. Parkinson liegen zwischen 35 % und 80 % (Brown et al. 1989, Koller

et al. 1970).

Die bisherigen Studien gehen über eine Stichprobengröße von 50 nicht hinaus (Singer et al. 1989, Wermuth et al. 1992, 1995, Quinn et al. 1983, Basson et al. 1996).

Zudem wurden darüber hinaus nur selten die Partner in Studien einbezogen (Basson et al. 1996, Brown et al. 1989, Koller et al. 1990).

Methoden

Die skizzierten Forschungslücken bzw. die sich daraus ableitenden Fragestellungen waren der Ausgangspunkt für die Auswahl des Studiendesigns.

Instrument

Eigens für diese Untersuchung wurde jeweils ein Erhebungsinstrument für den Patienten und dessen Partner konstruiert. Der Fragebogen gliedert sich in folgende Bereiche:

- ◆ Allgemeine Angaben zur Person und zum sozialen Umfeld
- ◆ Angaben zur Partnerschaft
- ◆ Angaben zur Erkrankung und Medikation
- ◆ Angaben zur Sexualität
- ◆ Informationsstand über mögliche Auswirkungen der Erkrankung auf Sexualität

Die ersten drei Abschnitte (Skalen) entsprechen den vermuteten Haupteinflussfaktoren auf die Sexualität. Die Methode des Testinstruments besteht darin, sowohl das sexuelle Erleben und Verhalten als auch die Haupteinflussgrößen wie demographische und soziale Faktoren, Symptome, Medikamente, Partnerschaft usw. in zwei Zeiträumen zu erfassen. Somit wird zunächst ermöglicht die sexuellen Dysfunktionen im Verlauf – d.h. vor und nach der Erkrankung – zu betrachten. Ferner können Zusammenhänge zwischen den genannten Einflussfaktoren und der Sexualität in beiden Zeiträumen hergestellt werden. Mit speziellen Items konnten die Betroffenen und ihre Partner ihre subjektive Einschätzung hinsichtlich der vermuteten Beziehungen geben; so z.B. hinsichtlich des Einflusses parkinsonspezifischer Pharmaka auf die Sexualität bzw. bestimmter Symptome und der Sexualität.

Die Mehrzahl der überwiegend geschlossenen ordinalskalierten Fragen wird in zwei Zeitebenen *vor der Diagnose* und *seit der Diagnose* gestellt. Hierbei finden sich im allgemeinen vier abgestufte Merkmalsausprägungen. Die Zeitebenen lassen daher auch einen Rückschluß auf das Ausmaß sexueller Funktionsstörungen im Verlauf der Erkrankung zu. Inhaltlich basieren die Fragebögen auf erprobten und normierten Instrumenten wie z.B. dem Hahlweg-Partnerschaftsbogen mit Fragen zum Streitverhalten, zur Kommunikation und Zärtlichkeit als Gradmesser für den Zustand der Partnerschaft (Hahlweg 1996). Die Erfassung sexueller Funktionsstörungen von Betroffenen und deren Partnern erfolgt in Anlehnung an die DSM IV- Klassifikation, dem 'Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen' (APA 1994), so daß die Studienergebnisse auf international gültigen Operationalisierungen basieren. In einem letzten Abschnitt des Fragebogens werden der Kenntnisstand betroffener Paare über mögliche Veränderungen ihrer Sexualität sowie die Form der Krankheitsbewältigung (coping) erfaßt.

Studiendurchführung

Die erste Version des Erhebungsinstrumentes ist nach einer eingehenden Entwicklungs-

phase, in der die Fragebögen (Patient und Partner) wiederholt mit Vertretern der Selbsthilfvereinigung für Parkinsonkranke (dPV) und anderen Experten diskutiert und modifiziert wurden (Validierung), im August 1997 zu einem ersten Vortest an eine Stichprobe von betroffenen Paaren (N=26) versendet worden. Es folgte eine Optimierungsphase mit dem Ziel, die Validität zu erhöhen. Im Ergebnis der zweiten Vorstudie (N=62) erwies sich das Testinstrument als hinreichend präzise und stabil (Retest-Reliabilität). Die Auswahl der Teilnehmer dieser Vorstudie (N=62), wurde aus allen Mitgliedern der Selbsthilfeorganisation durch deren Geschäftsführer getroffen.

Ergebnisse

Aus der Vorstudie wurden die Antworten von 8 Patientinnen mit Partner und 43 Patienten mit Partnerinnen (N=51 betroffene Paare) ausgewertet. Das Durchschnittsalter für Männer beträgt 61 Jahre und für Frauen 57 Jahre.

Erkrankung

Die Krankheitsdauer beträgt durchschnittlich 7 (Frauen) bzw. 9 (Männer) Jahre. Die Rangfolge der vorherrschenden Symptome auf somatischer Ebene sind bei beiden Geschlechtern Hypokinese, gefolgt von Rigor, Tremor bzw. Akinese. Das Auftreten von Depression im Zusammenhang mit der Erkrankung zeigt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, jedoch liegt bei den Frauen eine deutliche Zunahme (etwa 2-3fach) der Häufigkeit von Depressionen vor, nachdem die Krankheit diagnostiziert wurde. Bei mehr als der Hälfte der erkrankten Frauen und etwa 20% der betroffenen Männer sind, treten Ängste auf.

Tab.1: Häufigkeit von Symptomen vor und seit der Diagnose M. Parkinson bei Patienten/innen (N=51)

FBek-Skala	Gruppe	N	M	SD	t	p
Attraktivität/ Selbstvertrauen	Wöchnerinnen	100	10.25	2.18	5.76	.000***
	Schwangerverd.	18	7.17	1.42		
Akzentuierung des Erscheinungsbildes	Wöchnerinnen	100	6.67	2.27	.10	.921
	Schwangerverd.	18	6.61	2.57		
Unsicherheit/ Besorgnis	Wöchnerinnen	100	3.12	1.97	- 4.13	.000***
	Schwangerverd.	18	5.28	2.45		
Körperlich-sex. Mißempfinden	Wöchnerinnen	100	1.87	.97	- 2.91	.009**
	Schwangerverd.	18	2.78	1.28		

Sexualität der Erkrankten

Das Spektrum der Veränderungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens ist sehr vielfältig. In den folgenden Ausführungen und Abbildungen werden die wesentlichen Ergebnisse, die Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen sowie geschlechtstypische Unterschiede dargestellt. Es geht in erster Linie darum, die veränderte Sexualität der Betroffenen im Verlauf – d.h. vor und nach der Diagnose – zu betrachten und in diese Betrachtung zusätzlich den Partner einzubeziehen. In den beiden folgenden Diagrammen

sind jeweils die wichtigsten sexuellen Dysfunktionen sowie die Frequenz sexueller Aktivitäten für die Patienten (männlich – Abb.1 / weiblich – Abb. 2) dargestellt.

Abb. 1: Häufigkeiten sexueller Funktionsstörungen, Aktivität und Zufriedenheit vor und seit der Diagnose M. Parkinson (MP) bei 43 Patienten, (P) = mit Partner, (M) = bei Masturbation

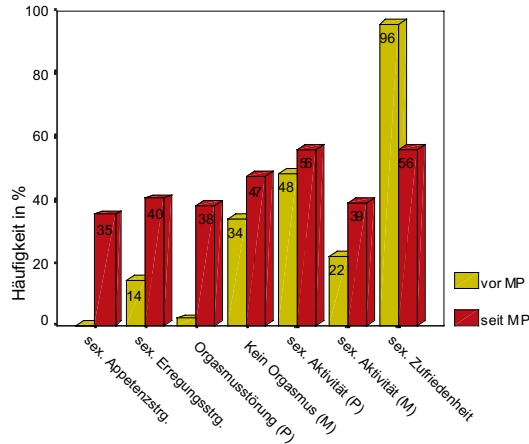
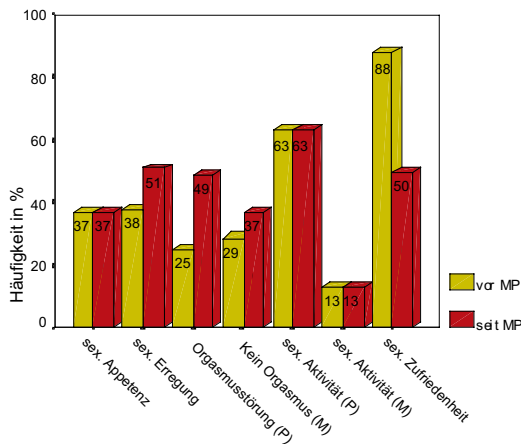


Abb. 2: Häufigkeiten sexueller Funktionsstörungen, Aktivität und Zufriedenheit vor und seit der Diagnose M. Parkinson (MP) bei 8 Patientinnen, (P) = mit Partner, (M) = bei Masturbation



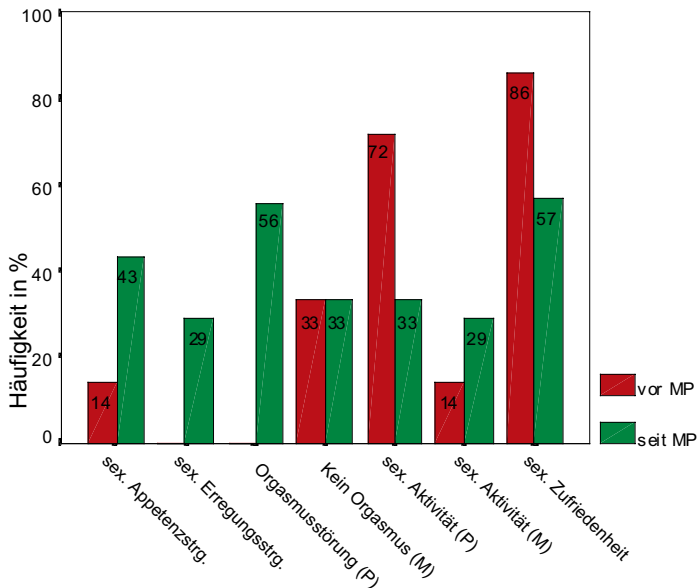
Bei männlichen und weiblichen Betroffenen lassen sich im Vergleichszeitraum vor und nach der Diagnose Morbus Parkinson deutliche Zunahmen von verschiedenen sexuellen Dysfunktionen feststellen. Bei den betroffenen Männern treten mit der Erkrankung erstmals sexuelle Appetenzstörungen (35%) und Orgasmusstörungen (38%) auf; Erektionsstörungen erhöhten sich auf 40% von 14% vor der Diagnose M. Parkinson. Im Vergleich zu dem Zeitraum vor der Diagnose sind Männer seit der Erkrankung häufiger mit dem

Partner sexuell aktiv (56 %) und masturbieren verstärkt (39%) (Abb.1). Auffallend ist, daß Frauen schon vor der Erkrankung Störungen in allen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus angaben. Im Vergleich zu der Zeit davor erhöhen sich mit der Erkrankung sexuelle Erregungsstörungen (51%) und Orgasmusstörungen (49%); die sexuellen Appetenzstörungen sind unverändert (37%). Ebenso bleiben die Häufigkeiten sexueller Aktivitäten der Frauen sowohl mit dem gesunden Partner (63%) als auch bei Masturbation (13%) gleich (Abb.2).

Sexualität der Partner

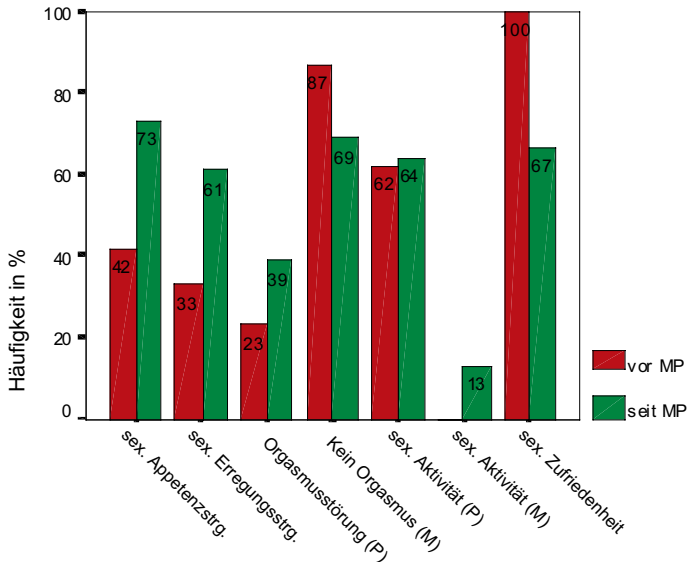
Die Zahl der sexuellen Dysfunktionen bei den gesunden weiblichen und männlichen Partnern ist seit der Diagnose Morbus Parkinson mindestens genauso hoch wie die der Betroffenen (vgl. Abb. 3 und 4). So berichten männliche Partner über erstmalig auftretende Erektions- (29%) und Orgasmusstörungen (56%). Sexuelle Appetenzstörungen erhöhen sich seit der Diagnose auf 43%. Während sich die Masturbationsfrequenz der gesunden Männer im Vergleichszeitraum *vor und seit der Diagnose* von 14% auf 29% erhöht, geben diese an, erheblich seltener mit ihren erkrankten Partnerinnen sexuell aktiv zu sein (33%) als vor der Diagnose (72%). Der Orgasmus der gesunden Männer bleibt zu beiden Untersuchungszeiträumen unverändert bei 33% aus. Bei den gesunden weiblichen Partnern, die schon vor der Erkrankung ihres Lebensgefährten sexuelle Funktionsstörungen hatten, erhöht sich die Appetenzstörung auf 73%, die sexuelle Erregungsstörung auf 61% wie auch die Orgasmusstörung auf 39%. Die Zahl der Frauen, die mit ihrem erkrank-

Abb. 3: Häufigkeiten sexueller Funktionsstörungen, Aktivität und Zufriedenheit bei den 8 Partnern von Patientinnen (vgl. Abb. 2) vor und seit der Diagnose M. Parkinson (MP), (P) = mit Partner, (M) = bei Masturbation



kranken Partner sexuell aktiv ist, bleibt unverändert bei 63%. Während vor der Erkrankung des Mannes keine der Frauen masturbierte, ist dies danach bei 13% der Fall.

Abb. 4: Häufigkeiten sexueller Funktionsstörungen, Aktivität und Zufriedenheit bei den Partnerinnen von 43 Patienten (vgl. Abb. 1) vor und seit der Diagnose M. Parkinson (MP), (P) = mit Partner, (M) = bei Masturbation



Parkinsonspezifische Pharmaka und Sexualität

46% (n=23) der Patienten berichten über einen Einfluß der Antiparkinson-Medikation auf ihre Sexualität. Dabei sind die am häufigsten angegebenen Pharmaka Levodopa, Dopaminagonisten und Budipin (Abb. 5).

Abb. 5: Häufigste Medikamente, die nach Angaben der MP-Patienten (N=23), die Sexualität beeinflussten

♦ Levodopa/ Madopar®:	40%
♦ Dopaminagonist/ Parkotil®, Almirit®:	16%
♦ Budipin/ Parkinsan®:	9%
♦ Sonstige(z.B. Anticholinergika)	35%
	100%

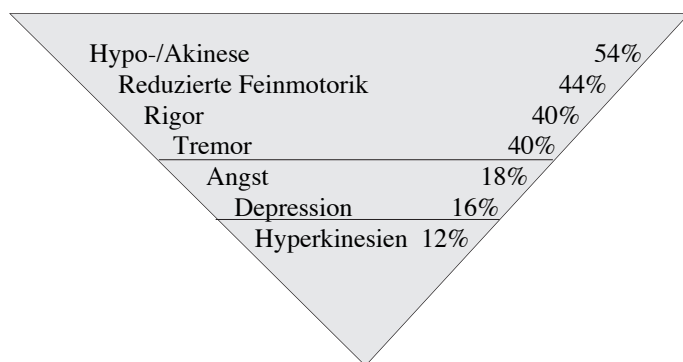
Das Spektrum der Einflußnahme auf sexuelles Erleben und Sexualverhalten reicht von vermehrten sexuellen Phantasien über Erregungsstörungen bis hin zu weiblichen und männlichen Orgasmusstörungen. Dies entspricht den Beobachtungen anderer Autoren (Bowers et al. 1971, Kolodny 1978, Harvey 1988, Balon 1996, Courty et al. 1997, Korpelainen et al. 1998, O'Sullivan et al. 1998). Zudem wird die Frequenz sexueller Akti-

vitäten sowohl bei der Masturbation als auch mit dem Partner beeinflusst. Zusammenhänge zwischen spezifischen Veränderungen der Sexualität und einzelnen Medikamenten können aufgrund dieses heterogenen Erscheinungsbildes und der begrenzten Datenlage nicht hergestellt werden.

Zusammenhang zwischen Symptomen und Sexualität

Wie bereits angeführt, werden die Symptome des Morbus Parkinson als eine der ätiologischen Faktoren angesehen. In einem speziellen Item wurden die Patienten nach einem für sie eventuell erkennbaren Zusammenhang zwischen den spezifischen Symptomen der Erkrankung und ihrer sexuellen Zufriedenheit befragt. 98% der Patienten geben an, sich durch verschiedene Krankheitssymptome in ihrer Lustempfindung oder sexuellen Aktivität beeinträchtigt zu fühlen (Mehrfachantworten möglich).

Abb. 6: Prozentualer Anteil der die Sexualität beeinflussenden Krankheitsymptome, die von Parkinsonpatienten (N=51) angegeben wurden



Wie aus der Abb. 6 ersichtlich ist, werden in erster Linie körperliche Symptome als störend für die Sexualität angesehen; erst dann folgen die psychischen Veränderungen wie Angst und Depression. Dies ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Fall.

Partnerschaftliche und sexuelle Zufriedenheit

Patienten sowie Partner wurden in einem Item danach befragt, wie zufrieden sie insgesamt mit ihrer Partnerschaft und in einem weiteren, wie zufrieden sie mit ihrer Sexualität sind bzw. waren – jeweils vor und seit der Diagnose Morbus Parkinson.

Tab. 2: Partnerschaftliche und sexuelle Zufriedenheit bei Betroffenen und deren Partnern vor und seit Diagnose M. Parkinson (N=51)

	Patienten/ Patientinnen (N=51)		Partner/ Partnerinnen (N=51)	
	vor der Diagnose	seit der Diagnose	vor der Diagnose	seit der Diagnose
Zufriedenheit mit Partnerschaft	94 %	88 %	95 %	90 %
Zufriedenheit mit Sexualität	96 %	55 %	98 %	65 %

Während sich im Verlauf der Erkrankung die Zufriedenheit mit der Partnerschaft kaum ändert, sinkt der Grad der sexuellen Erfüllung: Nachdem MP diagnostiziert wurde, sind nur noch die Hälfte der Patienten und zwei Drittel der Partner zufrieden.

Medizinische Betreuung

96 % der Patienten geben an, nicht über die Nebenwirkungen parkinsonspezifischen Pharmaka hinsichtlich der Sexualität informiert worden zu sein.

96% der Patienten sind der Ansicht, daß die Betreuung in Bezug auf die Sexualität verbessert werden sollte.

Diskussion

Die Sexualität der von M. Parkinson betroffenen Patienten-(paare) wird ebenso wie die Sexualität Gesunder von zahlreichen Faktoren, wie z.B. dem Alter, dem Geschlecht, dem Familienstand, dem Zustand der Partnerschaft und nicht zuletzt von der bereits gelebten Sexualität des Paares beeinflusst. Mit dem Auftreten einer chronischen Erkrankung wie M. Parkinson können zusätzliche Einflüsse, wie die Auswirkungen krankheitsspezifischer Symptome und Pharmaka sowie soziale und intrapsychische Faktoren (Ängste und Depressionen) die Partnerschaft und Sexualität der Patienten und deren Partner erheblich beeinträchtigen. Die Auswertung des Items zur subjektiven Einschätzung eines möglichen Zusammenhangs zwischen Antiparkinson-Pharmaka und der Sexualität bestätigen die u.a. von Basson 1996 beschriebenen Veränderungen der sexuellen Appetenz sowie des Sexualverhaltens unter dopaminergem Medikation. Von besonderer Bedeutung ist sowohl die Art der Krankheitsverarbeitung (coping) durch die Betroffenen – sofern eine Partnerschaft besteht – als auch die Zufriedenheit mit der Partnerschaft seit der Diagnose. Ein wesentliches Ergebnis der Studie ist die Feststellung, daß nicht nur weibliche und männliche Betroffene des M. Parkinson in hohem Ausmaß unter sexuellen Dysfunktionen leiden, sondern daß das sexuelle Erleben und Verhalten der Partner mindestens genauso stark verändert ist. Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der sexuellen Dysfunktionen bei den gesunden Partnern wurden in den wenigen vorliegenden Studien, bei denen Partner einbezogen worden sind, von einigen Autoren berichtet (Basson 1996, Brown et al. 1990 und Koller et al. 1990). In der hier vorgestellten Studie leiden die gesunden Frauen sogar häufiger als die erkrankten an Veränderungen ihrer Sexualität.

Wie deutlich das gesamte (Er)-Leben der Patienten und somit auch das des Partners – sofern ein solcher existiert – durch die Parkinson'sche Erkrankung beeinträchtigt werden kann, zeigt der folgende Erfahrungsbericht einer 54jährigen Parkinsonpatientin, die den Einfluß von Parkinsonmedikamenten auf ihr Sexualleben beschreibt:

„Ich bekam das Medikament Pravidel (Dopaminagonist). Bei einem Gespräch mit jungen männlichen Parkinsonpatienten, die über ihre veränderte Potenz unter der Einnahme von Pravidel sprachen, wurde ich gefragt, wie das denn bei Frauen sei. Ich sagte, daß bisher keine Frau mit mir darüber gesprochen habe. Da ich an mir keine Veränderung verspüre, gehe ich davon aus, daß dies auch bei anderen Frauen so sei.

Darauf schaltete sich mein Mann in das Gespräch ein. Er sagte, daß aus seiner Sicht sehr wohl eine Veränderung in Richtung verstärkter sexueller Aktivität zu verzeichnen sei. Danach stellte ich das auch selbst fest. Als das Medikament abgesetzt wurde, beobachtete ich einen deutlichen Rückgang der

sexuellen Bedürfnisse.

Später unter Einfluß von Dopergin (ein weiterer Dopaaminagonist) registrierte ich wieder ein erhöhtes Sexualbedürfnis. Nach dem Absetzen beobachtete ich die gleiche Reaktion an mir wie beim Absetzen des Pravidel.

Anschließend nahm ich an einer Cabergolin - Studie teil. Es veränderte sich nichts, außer meinem Sexualbedürfnis. Die sexuellen Vorstellungen waren gesteigert, ebenso meine Potenz. Unter Erhöhung der Medikamentendosis erhöhte sich auch Libido und Potenz (Dieses Präparat mußte aus anderen Gründen abgesetzt werden).

Als nächstes wurde ich auf Parkotil (ein weiterer Dopaminagonist) umgestellt. Erst normalisierte sich das Ganze. Nach einigen Wochen stellte sich der erhöhte Bedarf an sexueller Aktivität erneut ein. Zeitweise waren die Wunschvorstellungen so stark ausgeprägt, daß sie schon einem Suchtverhältnis nahe kamen. Trotz ausgefüllter sexueller Aktivität war dieses Bedürfnis kaum zu befriedigen. Im Kopf ging es zu wie auf einem Karussell. Ich hatte große Mühe, mich auf andere Dinge zu konzentrieren. Nur unter größten geistigen Anstrengungen war mir dies möglich. Unter äußerster Selbstdisziplin gelang es mir, meinen Alltag zu bewältigen.“

Sowohl bei weiblichen Patienten als auch bei gesunden Frauen treten die wesentlichen sexuellen Dysfunktionen schon vor der Erkrankung auf. Dies wurde schon von der Arbeitsgruppe Uitti et al. (1989) beschrieben, die vor Krankheitsbeginn ein breites Spektrum der Sexualität der Patienten beobachteten, welches von einer beglückenden Sexualität bis zu erhöhtem sexuellen Verlangen reichte.

In der hier vorgelegten Studie sind bei männlichen Betroffenen wenige Sexualstörungen ausgeprägt (nur Erektionsstörungen: 14%), bevor die Erkrankung festgestellt wurde. In den anderen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus machen sich die sexuellen Störungen in einem hohen Prozentsatz erst mit der Erkrankung bemerkbar. Die parkinsonkranken Männer haben demnach mit einer zusätzlichen Schwierigkeit zu kämpfen, die ihnen bis dahin nicht bekannt war. In persönlichen Gesprächen mit jungen Parkinsonkranken beschrieben die betroffenen Männer diese mit dem Widerspruch zwischen zunehmendem Leistungsdruck auf sexuellem Gebiet und dabei sinkendem Selbstwertgefühl aufgrund nachlassender körperlicher Kraft und Bewegungsfähigkeit.

Gesunde Männer, deren erkrankte Frauen unter starken Erregungs- und Orgasmusstörungen leiden, sind mit ihrer Sexualität unzufrieden und entwickeln erstmalig verschiedenste Sexualstörungen (sexuelle Appetenz- und Orgasmusstörungen). Es läßt sich vermuten, daß die Attraktivität der erkrankten Partnerinnen aufgrund der körperlichen Symptome wie die Hypo- und Akinese sinkt bzw. daß Männer zu unvorbereitet sind, um auf die veränderten sexuellen Bedürfnisse der Frauen einzugehen.

Im Verhältnis zu den Männern leiden wesentlich mehr Frauen - sowohl erkrankte als auch gesunde - unter den verschiedenen sexuellen Dysfunktionen.

Bei den gesunden Frauen sind nach der Erkrankung ihres männlichen Partners sexuelle Appetenz- und Erregungsstörungen häufig, dennoch bleibt die Frequenz der sexuellen Aktivität mit dem Partner gleich. Die erhöhte Masturbationsfrequenz und die verringerte Zahl von (vor der Erkrankung häufigen) Orgasmusstörungen bei der Selbstbefriedigung sprechen für einen sexuellen Rückzug dieser Frauen. Dieser könnte andererseits aber auch zu einer Entdeckung bis dahin nicht bekannter sexueller Bedürfnisse bzw. deren Befriedigung geführt haben, was in anderen Studien bisher nicht beschrieben worden ist.

Insgesamt nimmt die Zufriedenheit mit der Sexualität bei fast der Hälfte der betroffenen

Paare im Verlauf der Erkrankung ab. Dabei scheint die sexuelle Zufriedenheit stärker als die partnerschaftliche Zufriedenheit von den mit der Erkrankung einhergehenden Veränderungen beeinflusst zu sein, denn letztere verringert sich nur geringfügig.

Die Hauptschwierigkeit für die Patientenpaare, die mit ihrer Sexualität nicht glücklich sind, besteht offensichtlich zunächst darin, daß sie mit Veränderungen in der gewohnten Sexualität konfrontiert werden und sich mit diesem Thema allein gelassen fühlen. Trotz der 'Sexualisierung' unserer Gesellschaft durch die Medien fällt es schwer mit Fremden über Intimität zu sprechen. Unternimmt ein Patient dennoch den Versuch, das für ihn belastende Problem zu thematisieren, findet er häufig kein Gehör – auch bei Ärzten (die nicht selten auf Allgemeinplätze ausweichen) oder anderen Ansprechpartnern. Dies ist nicht verwunderlich und soll auch nicht als Vorwurf verstanden werden, schließlich sind sexualmedizinische Inhalte bisher kein Bestandteil der medizinischen Ausbildung

Dabei wäre es wichtig, die Patienten zu ermutigen, die mit der Erkrankung einhergehenden Veränderungen hinsichtlich der Partnerschaft und der Sexualität wahrzunehmen und diese gegenüber beruflichen Helfern offen anzusprechen. Zu diesem Zweck ist einerseits geplant, nach Abschluß der Hauptstudie den Patienten-(paaren) mittels Broschüren die notwendigen Informationen zu vermitteln. Andererseits müßte auch die Wahrnehmungsfähigkeit für sexuelle Schwierigkeiten bei Allgemein- und Fachärzten verbessert werden, wofür sich spezielle curricular fundierte sexualmedizinische Fortbildungen anbieten (vgl. Vogt et al. 1995; Loewit & Beier 1998) Auf diese Weise könnten sowohl seitens der Patienten als auch der beruflichen Helfer Berührungsängste in partnerschaftlichen und sexuellen Fragen abgebaut werden, was dazu beitragen würde, Sexualität als wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität für Patienten-(paare) positiv verfügbar zu machen.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition; Washington: APA press.
- Balon, R. (1996): Intermittent amantadine for fluoxetine-induced anorgasmia. *J Sex Marital The* 22 (4): 290-2.
- Basson, R. (1996): Sexuality and Parkinson's Disease. *Parkinsonism and Related Disorders* 2 (4): 177-185.
- Bowers, M.B. Jr.; Van Woert, M.; Davis, L. (1971): Sexual behavior during L-dopa treatment for Parkinsonism. *Am J Psychiat* 127 (12): 1691-3.
- Brown, M.; Jahanshahi, M.; Quinn, N.; Marsden, C.D. (1990): Sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 55: 480-486.
- Courty, E.; Durif, F.; Zenut, M.; Courty, P.; Lavarenne, J. (1997): Psychiatric and sexual disorders induced by apomorphine in Parkinson's disease. *Clin Neuropharmacol* 20 (2): 140 - 147.
- Goecker, D.; Babinsky, S.; Beier, K.M. (1998): Sexualität und Partnerschaft bei Multipler Sklerose. *Sexuologie* 5 (4): 193-202.
- Hahlweg, K. (1996): Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Harvey, N.S. (1988): Serial cognitive profiles in levodopa-induced hypersexuality. *Brit J Psychiat* 153: 833-6.
- Hyypä, M.; Rinne, U.K.; Sonninen, V. (1970): The activating effect of L-dopa treatment on sexual functions and its experimental backgrounds. *Acta Neurol Scand* 46 (Suppl 43): 223.
- Koller, W.C.; Vetere-Overfield, B.; Williamson, A.; Busenbark, K.; Nash, J.; Parrish, D. (1990): Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Clin neuropharmacol* 13 (5): 461-463.
- Kolodny, R. C. (1978): Effects of alpha-Methyldopa on male sex function. *Sexuality and disability* 1: 223-228.

- Korpelainen, J.T.; Hiltunen, P.; Myllyla, V.V. (1998): Moclobemide-induced hypersexuality in patients with stroke and Parkinson's disease. *Clin Neuropharmacol* 21 (4): 251-4.
- Loewit, K.; Beier K.M. (1998): Standortbestimmung der Sexualmedizin, *Sexuologie* 2 (5): 49-64
- O'Sullivan, J.D.; Hughes, A.J. (1998): Apomorphine-induced penile erections in Parkinson's disease. *Movement Disord* 13 :536-9.
- Quinn, N.P.; Toone, B.; Lang, A.E.; Marsden, C.D.; Parkes, J.D. (1983): Dopa dose - dependent sexual deviation, *Brit. J. Psychiat* 142: 296-298.
- Singer, C.; Weiner, W.J.; Sanchez-Ramos, J.R.; Ackerman, M. (1989): Sexual Dysfunction in Men with Parkinson's Disease. *J Neuro Rehab* 3: 199-204.
- Szasz, G. (1989): Sexuality in persons with severe physical disability: a guide to the physician. *Can Fam Physician* 35: 345-351.
- Uitti, R.J.; Tanner, C.M.; Rajput, A.H.; Goetz, C.G.; Klawans, H.L.; Thiessen, B. (1989): Hypersexuality with Antiparkinson Therapy. *Clin Neuropharmacol* 12 (5): 375-383.
- Vogel, H.P.; Schiffter, R. (1983): Hypersexuality a complication of Dopaminergic Therapy in Parkinson's Disease. *J Pharmacopsychiat* 16: 107-110.
- 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 (2): 65-89.
- Wermuth, L.; Stenager, E. (1992): Sexual Aspects of Parkinson's disease. *Semin Neurol* Juni 12 (2): 125-126.
- Wermuth, L.; Stenager, E. (1995): Sexual Problems in young patients with Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand* 91: 453-455.

Anschrift der Autoren

Maja Lüders, ÄiP; S. Boxdorfer AiP; Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin an der medizinischen Fakultät (Charité) der Humboldt-Universität, Tucholskystr. 2, D-10117 Berlin, e-mail: maja.lueders@charite.

Verhaltenstheoretische Aspekte des Sexualverhaltens

Behavioral Aspects of Sexuality

H. P. Rosemeier

Die verhaltenswissenschaftliche Methodenperspektive

Wenn wir uns der faszinierenden Beschreibung etwa des „Elektra-Konfliktes“ erinnern, in dem das kleine Mädchen das Begehren entwickelt, seinen Vater zu lieben und seine Mutter als Rivalin aus dem Weg zu räumen, dann reagieren wir spontan beteiligt, weil wir uns gerne von einer Idee anstecken lassen, die vor allem evident ist, die zudem literarisch auf ästhetisch ansprechenden Niveau formuliert ist und deren Gegenstand phänomenologisch überzeugend nachvollziehbar ist. Daraus interpretieren wir: Im Elektra-Konflikt entwickeln Mädchen zur Erprobung eigener Sexualität Liebesimpulse gegenüber dem gegengeschlechtlichen Elternteil, während es gleichzeitig das gleichgeschlechtliche Elternteil mit einem Tötungsimpuls belegt.

Solch evidente Schlußfolgerungen – so überzeugend sie wirken – verstoßen gegen eine Reihe von naturwissenschaftlichen Erkenntniskriterien und sind einem kargerem Vorgehen, das einer konsequenten Verhaltensanalyse gehorcht, wesensfremd. In der Schilderung der Handlungsabsichten und der inneren Bedürfnisse des Mädchens in der Elektra-Situation werden etliche Annahmen über das Erleben des Kindes vorausgesetzt, die zwar einer gewissen Plausibilität nicht entbehren, die jedoch einer Fremdbeobachtung überhaupt nicht zugänglich sind. Die Diagnose „Elektra“ setzt also schon früh als interpretative Gestalt, als Routine-Erwartung unseres Urteilens ein. Der Wiedererkennungswert ist um so höher desto evidenter ein Schema wie der Elektra- oder der Ödipuskonflikt sind. Also schon vor der Beobachtung besteht dieser charakteristische deduktive Erwartungsdruck. Eine sich selbst generierende Vorhersage erfüllt meist den Tatbestand des Beurteiler-Fehlers nach dem Prinzip der „self-fulfilling-prophecy“.

Schon die Verwendung anschaulicher Sprache anstelle derer der Mathematik ist ein klarer Verstoß gegen den Methodenkanon von Exaktheit und Naturwissenschaftlichkeit. In der Sexualmedizin und Sexualpsychologie müssen wir uns entscheiden, welche Vorgehensweise wir wählen: Entweder erlangen wir den Vorteil der „Lebensnähe“ durch eine anschaulich-beschreibende Phänomenologie der Anmutungen von Experten, die allerdings als Nachteil über eine nur schwer kontrollierbare Interpretationsmacht verfügen, und um den Preis des Verzichtes auf etliche methodische Kriterien wie Zuverlässigkeit, Wiederholbarkeit, Vorhersagbarkeit. Oder wir wählen eine verhaltenswissenschaftliche Vorgehensweise mit einer Einengung der Fragestellung auf das quasi-experimentell darstellbare, auf die meßbaren, steuerbaren Variablen wie Reizkonfigurationen und Reaktionen. Dabei enthalten wir uns allerdings einer allzu anschaulichen Interpretation – mit dem Nachteil, daß die Schlichtheit der sprachlichen Darstellung weniger überzeugend

wirkt, aber wir verwirklichen das naturwissenschaftliche Magerkeitsprinzip. Damit sind einige weitere methodische Kriterien erfüllbar wie Meßbarkeit, Wiederholbarkeit, Effektivitätsmessungen und Erklärbarkeit. Auf der Grundlage von Verhaltensgesetzen können hohe Effizienz in der Behandlung, auch und gerade in der schlichten Beseitigung von Symptomen und Defiziten erreicht werden. Außerdem entstehen in einem solchen Vorgehen z. B. zwischen endokrinologischen, verhaltens-physiologischen und klinisch-psychologischen Erkenntnissen und Applikationen keine die Interdisziplinarität belastenden methodischen Widersprüche oder wissenschaftsprachlichen Differenzen im Sinne von Schulenstreit.

Zur experimentalpsychologischen Perspektive

Analog zu den Beziehungen der Fächer innerhalb der Medizin untereinander bestehen ähnliche Zusammenhänge in der Psychologie und ihrer Methodik: Zwischen einer methodisch dem physikalischen Vorbild verpflichteten Physiologie und der klinischen Anwendung dieser naturwissenschaftlichen Erkenntnisse in der Inneren Medizin bestehen die gleichen Beziehungen wie zwischen der experimentalpsychologischen Grundlagenforschung, und ihrer Anwendung in der Klinischen Psychologie und in der Verhaltenstherapie. Die Experimentalpsychologie arbeitet methodisch streng auf naturwissenschaftlicher Basis. In den Bereichen der Hirnforschung und der Schmerzforschung sind die Arbeitsgruppen der Neurophysiologie und die der Neuropsychologie in ihren Labors methodisch kaum zu unterscheiden. Der Eindruck, daß die vorherrschende psychotherapeutische Haltung phänomenologisch und interpretativ sei und diese daher im naturwissenschaftlichen Denken als eher spekulativ abzulehnen sei, rührt daher, daß die verhaltenswissenschaftlichen Gesetze und Theorien bislang noch wenig Eingang in die traditionellen Schulen der Psychotherapie gefunden haben.

Radikal haben die Laborexperimente zur „sexuellen Reaktion“ in den 70er Jahren gewirkt und nachdem uns die Ergebnisse bekannt sind, müssen sie nicht wiederholt werden. Die Sichtweise der sexualphysiologisch-experimentellen Laboruntersuchungen von Masters und Johnson wurden für die radikale Einengung auf die fremdbeobachtbare sexuelle Reaktion beispielgebend. Auch in den kürzlich vorgenommenen gesetzlichen Regelungen zur Approbation von niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten hat daher die Verhaltenstherapie als Schwerpunkt Eingang gefunden. Da die verhaltenswissenschaftlich kontrollierten Psychotherapien offenbar erfolgreich sind, sollten wir etwa in der Analyse und Modifikation von Symptomen und Defiziten des Sexualverhaltens einige ausgewählte Prinzipien der verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen sichten.

Demnach ist Verhaltenstherapie methodisch ein Psychotherapieverfahren auf experimentalpsychologischer Grundlage. Verhaltenstherapie könnte z. B. versuchen eine systematische Veränderung der Empfindlichkeitsschwelle bei einem Orgasmus praecox zu modifizieren.

Im Zusammenhang mit Verhaltenstherapie ist auch manchmal von „Lerntherapie“ die Rede; das geht auf die historischen Wurzeln der ersten Konditionierungsversuche in der behavioristischen Psychologie zurück. Der psychologische Begriff „Lernen“ steht hier nicht für das Speichern von Wissen im Gedächtnis und das Erinnern solcher Fakten sondern für ein experimentell gut untersuchtes psychologisches Phänomen, der Verhaltensänderung. Das Prinzip des Lernens als Verhaltensänderung gilt lebenslang, aber insbe-

sondere für den frühen individuellen Erwerb sexueller, emotionaler und technischer Kompetenzen in der Lebensbiographie der Patienten. Das wird die „Lerngeschichte“ genannt und verstanden als eine Erwerbbiographie bestimmter persönlichkeitspezifischer Verhaltensstile. Das ist ein effektives Mittel und Ansatzpunkt einer sexualtherapeutischen Verhaltensveränderung bzw. Verhaltensmodifikation für den Fall, daß konfliktreiches, neurotisches oder defizitäres Verhalten sich herausgebildet haben sollten.

Reduktion von Handlung in Verhaltensvariablen

Im Alltagsleben werden wir als teilnehmende Beobachter mit relativ komplizierten und im einzelnen unübersichtlichen Handlungsketten von Personen konfrontiert, die sich einer unmittelbaren und exakten Analyse auch dadurch entziehen, daß der Beobachter selbst Akteur in diesem Interaktionsprozeß ist. Es ist ein bewährtes Prinzip naturwissenschaftlichen Beobachtens, Erkennens und Urteilens solche Knäuel von Anmutungen, die leicht zu spekulativen Schlußfolgerungen verleiten, zuerst durch Distanz zu objektivieren und dann einer systematischen Verhaltensanalyse zuzuführen, um die Vielschichtigkeit der Variablen zu reduzieren.

Verhaltenstheoretisch arbeitende Therapeut(inn)en zerlegen also in der Problemanalyse komplexe Handlungen von Patienten in bekannte Verhaltensstrukturen. Dabei hat die Analyse von Verhalten den Vorteil das psychische Geschehen als fremdbeobachtbare Variable zu erfassen. Verhalten ist darüber hinaus aus zahlreichen Experimenten in seinen Strukturen prinzipiell gut bekannt. Das Verhalten ist wiederum selbst noch multivariat, aus typischen Einzelreaktionen zusammengesetzt, die reizgesteuert sein können, durch motivationale Prozesse ausgelöst oder durch operante Konditionierung (durch Verstärkungsprozesse) aufrechterhalten.

Darstellung von Verhalten als Reaktionsmuster

Ein Therapeut findet folgende Paar-Interaktion vor: Wenn die Frau abends spät auf ihren Partner zugeht, zärtlich, leicht bekleidet und auffordernd, entzieht er sich ihr deutlich, indem er ein getrennt angeordnetes Bett zum Schlafen bevorzugt und gibt vor, er sei erschöpft. Kürzlich hatte er sie bei einer Lüge ertappt und mit einem Jugendfreund gesehen. Der Mann reagiert mit „Liebesentzug“ in einer Situation nach einem möglichen Ausbruchversuch seiner Frau. Für den Mann haben Reize, die bisher Signale von Zuwendung, Lust und Zärtlichkeit seiner Partnerin gewesen sind, jetzt eine andere demotivierende Wirkung und führen zu einem Vermeidungsverhalten.

Reize als Input in das Verhaltenssystem

Reize sind lernpsychologisch relevant als Außen-Variablen, die von den Sinnesorganen des Organismus erfaßt und die meist in das Verhaltensrepertoire hineinwirken. Der Reiz ist als kleinstes physikalisches Element in der Lage im Organismus zahlreiche verschiedene Reaktionen auszulösen. Bestimmte Außenreize können als angeborenes Repertoire mit spezifischen Reaktionen fest assoziativ verknüpft sein. Zunächst, wenn ein Organismus bzw. ein Individuum noch eine wenig differenzierte Lernbiographie aufweist, sind noch nicht allzu viele Verknüpfungen zwischen den Variablen „Reiz“ und „Reaktion“

hergestellt. Es gibt demnach „neutrale Reize“, die bei einer Person auch dann nicht zu bestimmten Reaktionen führen, wenn solche Reize bei anderen Personen durchaus zu dieser Reaktion führen. Erst wenn Lernprozesse einsetzen – oft sind es Konditionierungsvorgänge – dann haften im Verlauf der weiteren Entwicklung des Individuums charakteristische Reizkonfigurationen fest verknüpfte erworbene, d. h. von ihm erlernte Reaktionen an. Eine Person kann das gleiche Geschlecht jahrelang als neutralen Reiz wahrnehmen und ohne jede sexuelle Reaktion bleiben, sie kann aber nach einer Verhaltensänderung im Sinne eines „späten Coming-Out“ die bisherige Orientierung ändern, ohne daß Außenstehende Einblick in diesen Lernprozeß haben müßten.

Reize als Input-Variable in ein Verhaltenssystem können als „Auslöser“ spezifische Emotionen oder Reaktionen erzeugen, müssen es jedoch nicht; denn das Individuum ist den Reizen nicht völlig fremdgesteuert ausgeliefert, sondern die Wirkung wird motivational überformt und kognitiv mitgesteuert. Die Output-Variablen eines Reiz-Reaktions-Systems, also die Reaktionen, sind im allgemeinen abhängig von genetischen Dispositionen, von der aktuellen Bedürfnislage der Person und den vorausgegangenen Lernprozessen und Gewohnheiten des Individuums. Das sind Moderatorvariablen, die die eintreffenden Reize filtern oder verstärken und die Reaktionen eher mehr oder weniger wahrscheinlich auslösen. Reizkonfigurationen steuern in einer für das Individuum charakteristischen Weise Anteile des Verhaltens. Was eine Person in einer Situation großer Spontaneität (z. B. im Karneval) an Offenheit als Reiz-Angebot darbietet, kann sie schon wenige Tage später völlig abgelegt haben. Wann jemand offen für Ansprache ist, liegt in den Motiven und in der Vorgeschichte „verborgen“.

Verknüpfungen von Reizen und Reaktionen

Bei der Darbietung und Wahrnehmung von Reizen spielen Reizschwellen, Mindestintensitäten eine ausschlaggebende Rolle für die Bereitschaft des Organismus überhaupt zu reagieren bzw. stark zu reagieren. Der Organismus lernt auf ähnliche Reizkonstellationen gleichartig zu reagieren (Generalisation) oder er lernt, auf geringe Reizdifferenzen bereits unterschiedlich zu reagieren (Diskriminationslernen). Die Reizschwelle ist bei sexueller Süchtigkeit und beim Don-Juanismus verschoben, gesenkt. Schwellenwerte sexueller Wahrnehmung treten immer dann auf, wenn innerhalb eines großen Reizangebotes (z. B. Konzertbesucher) entschieden werden soll, wenn man überhaupt wahrzunehmen bereit ist, bzw. wem man sich gar zuwendet.

Um ein vielfaches häufiger erfolgt also der Ausschluß von Kontakt als die echte Zuwendung.

Die erworbenen Verhaltensrepertoires aus Lernprozessen verlöschen (Extinktion), wenn nicht immer wieder aufrechterhaltende Bedingungen hinzutreffen. Ein Beispiel für eine solche Löschung ist das allmähliche Ausbleiben einer früher voll vorhandenen genitalen Erektion oder spontanen Lubrikation nach inzwischen erworbenem Libidorückgang.

Sexuelle Reaktionen können generalisieren: bestimmte sexuelle Praktiken, werden von einer Person als luststeigernd und befriedigend erlebt; nach einem Partnerinnenwechsel neigt er dazu diese Erfahrung einseitig zu generalisieren und erwartet die gleichen Praktiken auch am anderen Objekt als erfolgreich, wie sich jedoch erweist zu unrecht!

Uniformierte Auslösebedingungen (wie fetisch-ähnliche Bekleidung z. B. Lack oder Leder) können sich vom Partnern loslösen, sich als Lustquelle durch klassische Konditio-

nierung verselbständigen. Die sexuelle Erregung findet dann nicht auf den Ansprache-partner bezogen statt, sondern auf das von immer anderen Personen darbietbare konstante Reizmaterial.

Im Diskriminationslernen, einer als Verfeinerungen anzusehenden Reiz-Reaktionsverküpfung wirken gerade geringste Unterschiede in sensibler Unterscheidung: Im Ehealltag bemerken die Partner plötzlich allergeringste Verhaltensabweichungen, vor allem, wenn ein Anlaß für Eifersucht gegeben ist. Durch lange Übung in Diskrimination erkennt der skeptische Partner feinste Stilbrüche, geringes Zögern und Ausdrucksminiaturen, an denen er Unwahrheiten zu entdecken meint. Nur geringste Abweichung von einem Ritual, das sich ein Paar gegeben hat, lassen eine(n) der beiden aufmerken.

Der sexuelle Reaktionszyklus – klassisches Beispiel für Verhaltensanalyse

Die Analyse des sexuellen Reaktionszyklus ist typisch verhaltenstherapeutisch. Der Ablauf sexueller Erregung bei Koitus, Petting oder Masturbation wurde aufgrund der experimentellen Untersuchungsergebnisse von Masters & Johnson und als Ergebnis ihrer Befragungen als Phasen eines Zyklus von Erregung, Plateau, Orgasmus und Rückbildung ermittelt. Bei prinzipieller Gleichartigkeit des Phasenverlaufes zwischen Frau und Mann sind die Reaktionen zwischen Mann und Frau nur schwer synchronisierbar. Die Erlebnisqualitäten und die erlangte Befriedigung divergieren sowohl intra- und interindividuell erheblich.

Erregungsphase: Beim Mann ist die Erektion leicht durch sexuell stimulierende Auslöser zu kontrollieren. Die Frau ist unter Anstieg der Erregung leichter irritierbar. Klitoris bzw. Penis schwellen an. Die Labien weichen auseinander. Während der zunehmenden Erregung richtet sich der Uterus partiell auf. An der Brust vergrößern sich die Mamillen. Die Muskulatur neigt zu willkürlicher Spannung, besonders augenfällig in der Ausdrucksmotorik. In den Genitalien steigert sich die Durchblutung stark. Bei beiden Geschlechtern steigen Pulsfrequenz und Blutdruck zum Orgasmus hin an.

Plateauphase: Die sexuellen Erregungsreaktionen spezialisieren sich (gesteigerte Erektion), die Hoden vergrößern sich. Die Klitoris verlagert sich, verändert Farbe und Umfang. Starkes Erröten der Frau (sexflush in Gesichts-, Hals- und Brustregion), Vagina verlängert und verbreitert, vaginale Lubrikation. Labien schwellen weiter an. Der vordere Abschnitt der Vagina wird stark durchblutet, verengt ihren nach außen gerichteten Teil erheblich (orgastische Manschette). Der Uterus ist voll aufgerichtet.

Orgasmusphase: Erregungsmaximum, Klitoris und Hoden unverändert. Atemfrequenz und Atemtiefe steigen. Klitoris zieht sich zwischen die Labien zurück, kann schmerzempfindlich reagieren. Vagina und Penis weisen jetzt starke rhythmische Reaktionen auf. Vagina und Uterus kontrahieren heftig in dem Syndrom der „orgastischen Manschette“. Penis kontrahiert mehrmals, Anusmuskulatur zeigt unwillkürliche Kontraktionen; Bauchmuskulatur verspannt. Alle beteiligten Muskelspannungen werden nun unkontrollierbar. Der Sexflush nimmt zu, ausgeprägte Bewußtseinsveränderungen mit euphorisierender Tönung und Befriedigung.

Rückbildungsphase: Mit Ausnahme der verlagerten Position des Uterus (pro-konzeptiv), bilden sich Reaktionen rasch zurück. Transpiration setzt vorwiegend erst jetzt ein. Erröten geht schnell zurück. Beim Mann Rückkehr zu normalpsychischer Aktivität rascher als bei der Frau. In der Vernüchterung und Abkehr von vorangegangenen zärtlichen Verhal-

tensmustern kann das männliche Verhalten kränken. Die Frau schwingt auch nach Orgasmus noch länger nach, das ist ein weiterer Beleg für die Asynchronie der heterosexuellen Abläufe. Die Refraktärperiode ist die Dauer bis zur Wiederansprechbarkeit für neue Erregung nach Orgasmus – beim Mann eine längere, bei der Frau eine kürzere gedämpfte Reiz-Ansprechbarkeit.

Ergebnisse von Masters & Johnson, die in die klinische Behandlung von sexuellen Störungen Eingang gefunden haben, sind ihre sexualtherapeutischen Trainingsprogramme. Zu Erregungsbeginn ist eine leichte Ablenkbarkeit der Frau zu konstatieren; multiple Orgasmen konnten als für die Frau eher charakteristisch beobachtet werden, eine raschere Rückbildung der Erregung beim Mann nach dem Orgasmus wurde bestätigt. Ausserdem wurde die Gefahr einer klitoralen Überstimulation durch den Partner erkannt; allzu heftige Friktionen sind in der Plateau- und Orgasmusphase, in der die Klitoris hinter die Labien zurücktritt, als schmerzhaft kontraindiziert.

Die verhaltenstherapeutische Vorgehensweise

Der verhaltenstherapeutische Prozeß (Fliegel 1998) hat mindestens folgendem Ablauf:

- * Informationserhebung und Verhaltensanalyse
- * Veränderungsziele und Therapieplanung
- * Verhaltenstherapeutische Interventionen

In der Informationserhebung werden organmedizinische Befunde abgeklärt, eine gründliche Anamnese und Exploration der Paarbeziehung und des Sexualverhaltens durchgeführt; Tagebücher, Fragebögen können herangezogen werden. Die Informationserhebung schließt bereits die Formulierung des anzugehenden Problems ein. Die dann folgende Problemanalyse oder Verhaltensanalyse dient der Eruiierung der Lern- und Problemgeschichte in der Biographie der Patienten – nahe am Problem entwickelt. Dabei wird insbesondere nach den „aufrechterhaltenden Bedingungen“ gesucht, die das unerwünschte Verhalten zur Zeit noch speisen oder nach Konditionen, die das fehlende, jedoch noch zu entwickelnde Verhalten bisher behinderten. Das Sexualverhalten läßt sich in einem Anamneseschema wie dem folgenden an einem Raster von Elementen vorgefundener sexueller Reaktionen kategorisieren, differenzieren und vor allem gemeinsam mit den Patienten erfassen und beschreiben:

- * **Art des gewählten Verhaltens:**
Koitus, Petting, Masturbation
- * **Häufigkeit dieser sexuellen Aktivitäten:**
Masturbationsfrequenz, Gesamt-Triebbefriedigung
- * **Verlauf des Sexualverhaltens:**
Ermitteln des individuellen sexuellen Reaktionszyklus
- * **Variationsbreite sexuellen Verhaltens:**
Kreative Spielbreite, Phantasien, Anteil Lust/Schmerz, Promiskuität
- * **Intensität sexueller Bedürfnisse:**
Kontaktbedürfnis, Alibidinie, sexuelle Süchtigkeit?

- * **Objekt des sexuellen Interesses, sexuelle Orientierung:**
Heterosexualität, Homosexualität, Fetischismus, Kombinationen?
- * **Ausmaß der erreichten sexuellen Befriedigung:**
Defizite, Anorgasmie, Funktionsstörungen
- * **Abweichendes Sexualverhalten:**
Pädophilie, Exhibitionismus?
- * **Grad der Soziabilität, Einbettung der Sexualität in Bindung:**
Beziehungsdefizite, „Klammern“, Bindungsängste, Beziehungsfähigkeit

Die Vorbereitung der Verhaltensanalyse wird an folgendem Fallbeispiel demonstriert:

39jährige halbtags berufstätige Studienrätin, in zweiter Ehe, getrennt lebend, 2 Abbrüche mit 24 und 27 Jahren, eine ausgetragene Schwangerschaft, Tochter jetzt 9 Jahre, berichtet über ihre sexuelle Situation und Probleme: Liebhaber, 54 Jahre, erfolgreicher Redakteur, guter Ratgeber und geduldiger Gesprächspartner, zärtlich, leider jedoch sexuell „tollpatschig“, lebt in anderer Stadt; Kontakt und GV höchstens 1x monatlich, eher seltener, bei ihr leichte Alibidinie, wenn er zu Besuch kommt, leichtes Lubrikationsdefizit während Koitus, nach Koitus lang andauerndes relativ hohes Erregungsniveau statt Rückbildung; sie verbleibt erregt aber unbefriedigt. Dagegen erregende und voll befriedigende Sexualität bei Masturbation - trotz leichten Schuldgefühls wegen isoliert stattfindender Sexualität; intensive Sexualträume. Seit zwei Jahren besteht eine lesbische Beziehung zu einer Sportlehrerin und Kollegin, die sie an Wochenenden trifft; hier keine Anorgasmie, rasche Rückbildung nach befriedigender (oraler) Stimulation.

Schematische Darstellung der sexuellen Situation im Fallbeispiel:

- * Art des gewählten Verhaltens: Koitus, Masturbation, Sexualträume und orale Stimulation.
- * Häufigkeit dieser sexuellen Aktivitäten: Koitus monatlich, oral wöchentlich?
- * Verlauf des Sexualverhaltens: Lubrikationsdefizit bei Koitus, danach andauerndes hohes Erregungsniveau statt Rückbildung, verbleibt erregt nach Koitus
- * Variationsbreite sexuellen Verhaltens: Spielbreite noch erweiterbar.
- * Intensität sexueller Bedürfnisse: homoerotischer Beziehung unkommentiert, weitere Kontabedürfnisse offen
- * Objekt des sexuellen Interesses, sexuelle Orientierung: bisexuelles Verhalten.
- * Ausmaß der erreichten sexuellen Befriedigung: unbefriedigender heterosexueller Koitus, Anorgasmie; Erregung und Befriedigung bei Masturbation (leichtes Schuldgefühl); und bei lesbischem Oralkontakt.
- * Abweichendes Sexualverhalten: nicht erwähnt.
- * Soziabilität, Einbettung der Sexualität in Bindung: Beziehung auf Distanz, frühere Beziehungen gescheitert.

Veränderungsziele und Therapieplanung

Wenn als Abschluß der Verhaltensanalyse das Problem als ganzes formuliert worden ist – meist als komplexe Mischung aus realistischen und unrealistischen Hoffnungen, dann gilt es das Ziel der Verhaltenstherapie möglichst operational und sogar eng zu definieren, um es damit eher erreichbar zu machen. Denn der Erfolg durch ein erreichtes Teiltherapieziel kann die Vertrauensbeziehung im weiteren Verlauf enorm verstärken. Am besten ist die Therapiechance, wenn ein Verfahren (zum Beispiel ein Lernprogramm) zur Korrektur des Problemverhaltens existiert. Typische sexualtherapeutische Ziele sind: Wiederannäherung an eine Person, Verzögerung einer ejaculatio praecox, Wiederherstellung einer vollen Erektion, Aufheben eines Vaginismus, die Wahrscheinlichkeit eines Orgasmus erhöhen, sexuelle Süchte sozial kontrollieren, bei der Findung einer sexuellen Orientierung mitwirken.

Analyse von Verhalten nach lernpsychologischen Gesetzmäßigkeiten

Viel soziale und sexuelle Ängste entstehen durch „Klassische Konditionierung“. In Reflexen sind Reiz und Reaktion fest verknüpft; in der klassischen Konditionierung löst ein früher neutraler Reiz jetzt die gelernte Reaktion aus. Die bedingte Reaktion kann zum Beispiel die ängstliche Fluchtreaktion vor der sexuellen Nähe einer Partnerin sein; das Verhalten ist innerhalb eines bedingten Reflexes durch klassische Konditionierung entstanden, wenn zum Beispiel die Partnerin ihn in Versagenssituationen oft genug gehänselt, bestraft oder gekränkt hat. Vorher folgte dem sexuellen Reiz immer die unbedingte Reaktion wie eine Erregung oder Erektion; nach der Konditionierung folgt dem sexuellen Reizangebot die neu gelernte Flucht- und Angstreaktion. Ein Fetischismus kann als konditioniert erklärt werden. Wenn ein Individuum oft genug mit einer ihn erregenden Bezugsperson verkehrt und diese regelmäßig dabei fetischisierende Angebote wie Lederkleidung anbietet, so kann es zu einer bedingten sexuellen Reaktion direkt auf das Leder kommen, sich von der Person abkoppeln; alle reflex-verwandten, körpernahen Assoziationen, wie Tierhaut Lack und Leder lassen sich leicht als neue Reiz-Reaktionsverknüpfungen konditionieren; es gilt jedoch immer, daß nur die ursprünglich Reaktion in diesem Fall die sexuelle Erregung auslöst wird; so erhält die sexuelle Erregung jedoch eine neue auslösende Bedingung, den Fetisch.

Die operante Konditionierung ist die verbreitetste Modifikationsmethode von vorhandenen Reaktionen. Sie arbeitet mit verschiedenen Formen von Belohnung (Lernen am Erfolg). Sie wirkt durch die Konsequenz belohnender Verstärkungsprozesse oder durch den belohnenden Wegfall dauerhaft aversiver bzw. strafender Reizkonfigurationen. Das Prinzip, nachdem Verhaltensweisen, denen befriedigende Zustände folgen, beibehalten werden, heißt Effektgesetz. Eine Verstärkung nach dem Prinzip des operanten Konditionierens wirkt als Belohnung, erfolgt als Reiz, der einem zu modifizierenden Verhalten folgt; dabei ist seltene, intermittierende Applikation oft effizienter. Die Wirkung einer Verstärkung ist abhängig von der Motivlage, an die der Verstärker bei der Person anknüpft. Verhaltensänderung im intendierten Sinne ist immer nur wahrscheinlich, wenn die Zielperson belohnt und nicht etwa direkt oder indirekt bestraft wird.

Ein paarpsychologisches Beispiel für eine Verhaltensanalyse in der das Lernen am Erfolg im Mittelpunkt steht ist folgendes: Jemand will intentional das eigenen Zuwendungsver-

halten zu einer Beziehungsperson reduzieren (Liebesentzug als Bestrafung, Verweigerung von Nähe); gezielt kann diese Person im zweiten Schritt absichtlich eine Wiederaufnahme von Zärtlichkeiten als instrumentelle Verstärkung (Belohnung) herbeiführen, jedoch nur unter der Bedingung einer erfolgten erwünschten Adaptation der Partnerin.

Analog zur Wirkung von Belohnung, der positiven und negativen Verstärkung, lassen sich die Folgen von Bestrafung diskutieren; Bestrafung kommt demnach in zwei Varianten vor: als Auftreten eines Strafreizes und als Entzug eines erwünschten Reizes. Dabei entstehen eine Reihe von unerwünschten Nebenwirkungen der Bestrafung. Die Anwendung von Bestrafung beeinflusst oft den Strafenden selbst. Strafende Partner können durch das Ausbleiben der unerwünschten Aktivitäten ihrer Partnerin negativ verstärkt werden. Diese Belohnung forciert die strafende Person in der Wahl der Intensität gewählter Strafmaße, die Strafdosierung steigt. Wenn sexuelle Eigenheiten eines Partners durch Bestrafung gelöscht werden sollen, kann das als Nebeneffekt eine Dämpfung des gesamten Sexualbedürfnisses bewirken im Sinne eines artifiziellen Defizites.

Verhaltenstherapeutische Interventionstechniken

Operante Konditionierung und Verstärken: Das „Lernen am Erfolg“ ist eines der wirksamsten verhaltenstherapeutischen Prinzipien. Viele einzelne, weiter unten aufgeführte spezifischere Therapietechniken stellen lediglich Sonderformen der operanten Techniken dar. Der Therapeut nutzt bei der operanten Konditionierung die Tatsache aus, daß Handlungen und Reaktionen, denen befriedigende Zustände folgen, von Patienten eher beibehalten werden. Die eigentliche Modifikation des Verhaltens entsteht dann durch die Belohnung („positive Verstärkung“) oder durch den belohnenden Wegfall dauerhaft strafender Reizkonfigurationen („negative Verstärkung“). Verstärker werden im Therapieplan nach Ermittlung der motivationalen Ausgangslage und ja nach Therapieziele planvoll appliziert. Die therapeutische Kunst liegt darin, den Transfer von der in-vivo-Situation einer artifiziellen Umgebung in der psychotherapeutischen Behandlung in die Lebenswelt der Patienten zu unterstützen.

Die Verstärkung muß als Reaktion des Umfeldes, der Umwelt oder des Sexualpartners möglichst unmittelbar zeitlich und räumlich auf das zu konditionierende Verhalten hin erfolgen. Das erwünschte Sexualverhalten muß schon angelegt sein bzw. schon ansatzweise ausgeübt werden, damit es überhaupt verstärkt, herauskristallisiert und als Teil des individuellen Verhaltensrepertoires etabliert werden kann. Dabei kann eine von einem Patienten bisher sehr selten ausgeübte Reaktion durch regelmäßige und intensive Belohnung sehr bald als neues, weniger störendes Verhalten fest verankert werden. Ist ein Handlungsschema dagegen schon Teil des Verhaltensspektrum einer Person, genügt oftmals eine gelegentliche und Verstärkung geringerer Intensität; eine solche intermittierende Applikation ist sogar effizienter. Die Wirkung einer Verstärkung ist natürlich abhängig von der aktuellen Motivlage der Patienten, an die der Verstärker anzuknüpfen hat. Ein Patient mit gelegentlichen Erektionsstörung, kann durch nichts besser „überzeugt“ werden, als durch einen gelungenen sexuellen Vollzug mit durchgehaltener Erregung und erfolgter Befriedigung als positiver Verstärkung. Selbst wenn nur die strafende Konsequenz des eigenen Versagens vor einer bereits sensibilisierten, wachsamem Partnerin ausbleiben sollte, ist nach dem Wirkmechanismus der „negativen Verstärkung“ diese indirekte Belohnung bereits ein „Lernen am Erfolg“.

Systematische Desensibilisierung: Unter Nutzung diffuser Gefühle, der psychischen Unvereinbarkeit sich ausschließender Emotionsinhalte werden Angstreize in einer Ranghierarchie ihrer subjektiven Intensität in vivo (oder in der Vorstellung) gleichzeitig mit Entspannung dargeboten. Das Ziel ist die Löschung von Angst und Verschiebung der Reaktionsschwelle: es gelingt eine Reduktion der Empfindlichkeit einer Reaktion. Das kann angewandt werden bei einer angstbesetzten Partnerwahrnehmung und kann Dekonditionierung bewirken.

Shaping ist ein Reaktionsaufbau und eine Verhaltensaushöpfung im Sinne des Diskriminationslernens, in schrittweisem Vorgehen unter Anwendung strikter Kontingenzstrategien und spezifischer Verstärkerpläne. Shaping ist ein lerntherapeutisches Verfahren, das auf vorhandenes Verhalten wirkt, das zwar defizitär ist, aber sich durch sehr konsequente operante Konditionierung aufbauen läßt. Verstärker kann man einsetzen, wo die Reaktion nicht prompt genug einsetzt; wenn Spontaneität in einer Partnerschaft reduziert sein sollte oder wo eine Versandung droht.

Prompting ist Lernen am Erfolg unter Zuhilfenahme gezielter und direkter intervenierender therapeutischer Hilfestellung durch den Therapeuten mit Verstärkungswirkung. Prompting ist bei großen Defiziten indiziert. Bei ausgebliebenem Orgasmus in der Vorerfahrung kann eine betroffene Frau oder ihr Partner masturbatorische Hilfen und technische Hilfsmittel anwenden, um zu Erregung hinzuführen- und um Erregung zu unterstützen – auch durch den Partner als Kotherapeut. Durch den „induzierten Erfolg“ kann die Erfahrung verstärkt werden. So kann ein prothetisch erlangter Orgasmus über die damit assoziierte Befriedigung indirekt auch in der gewünschten Paarsituation wiederhergestellt werden.

Flooding ist eine gezielte extreme Reizüberflutung zur Extinktion sensibler und sensibilisierender aufschaukelnder Verhaltenstendenzen, meist angstbesetzter Reaktionen. Eine Person wird ständig sehr intensiv umworben, schließlich kann sie sich den starken erotischen Reizen kaum mehr entziehen.

Biofeedback: unter Zuhilfenahme technischer Rückmeldesysteme, einem Aufbau von Regelkreissystemen zur Eigensteuerung von Lust, Angst, Schmerz, Entspannung oder Konzentrationsleistung; auch wenn ein Paar über seine Erregungszustände kommuniziert.

Gedankenstopp ist eine reizgesteuerte nachhaltige Unterbrechung einer sich verselbständigenden Verhaltenskette, einsetzbar etwa bei risikobehafteten Inzestgrübeleien mit zwanghaften Tendenzen.

Kognitives Lernen und Lernen durch Einsicht nützt funktionale Denkprozesse; und die Antizipation von eigenem Handeln. Für Schüchterne kann systematisch geplant werden wie eine Erstbegegnung mit einer geliebten Person gelingen könnte. In therapeutisch-kognitiver Vision kann ein Patient Zukünftiges durch Probehandeln mit Feedback erkunden.

Mündliche Verträge mit Patienten über ihre Selbstkontrolle eines Problemverhaltens werden abgeschlossen, ein Beispiel für einen solchen Kontrakt ist das Einhalten eines vereinbarten Koitusverbots als Therapieschritt.

Attribuieren heißt, Objekten der Welt seelische Bedeutungen und Werte zuzuschreiben. Diese Assoziationen können umgewidmet und zum Zwecke der Therapie mit anderer Bedeutung neu zugeschrieben werden. In der Technik der Re-Attribuierung können Neubewertungen eines Sexualpartners nach schmerzlicher Trennung erlangt werden.

Resümee

Die Verhaltenstherapie ist unter den anderen sexualmedizinischen Interventionen diejenige, die spezifisch und effizient versucht sexuelles Verhalten zu kontrollieren und zu modifizieren. Auch ihr Wirken bedarf einer Evaluation und die behandelten Fälle bedürfen einer Katamnese. Soweit wir das heute beurteilen können, ist die Verhaltenwissenschaftlich tätige Sexualtherapie am erfolgreichsten, wo in vivo von Paaren unter Anleitung direkt am Verhalten gearbeitet und im neuen Reagieren geübt wird. Das erzeugt manchmal ungewöhnliche und auch kreative Situationen. In den letzten 10 Jahren ist der Unterschied zu den anderen Psychotherapieschulen geringer geworden, weil emotionale und kognitive Aspekte in der Verhaltenslehre Einzug gehalten haben.

Bei sexualmedizinischen Interventionen sind Elemente der Verhaltenstherapie sinnvoll zu integrieren. Sie ermöglichen, das problemlösungsorientierte Vorgehen sexualmedizinischer Behandlung zu optimieren, indem unter Einbeziehung möglichst beider Partner sexuelles und partnerschaftliches Verhalten modifizierbar wird. Viele behandlungstechnische Elemente der Verhaltenstherapie sind geeignet, um Veränderungen zu fördern, indem vor allem Aneignungstechniken eingesetzt werden, die auf Einstellungen, erwartungen und Haltungen Einfluß nehmen, dabei aber an den realen Möglichkeiten des Paares ansetzen. Die Besonderheit der sexualmedizinischen Behandlung besteht sicher darin, daß neben diesen psychologischen Mitteln prinzipiell auch der Einsatz von somatischen Therapieoptionen zusätzlich immer auch in Betracht kommt. Ohne Frage bedarf dieses (Zusammen-)Wirken verschiedener Behandlungselemente einer Evaluation und die behandelten Fälle einer katamnetischen Aufarbeitung.

Literatur

- Buddeberg, C. (1996): Sexualberatung. 3. Aufl. Stuttgart: Enke.
Fiedler, P. (1997): Verhaltenstherapie als psychologische Therapie. *Psychmed.* 9/4: 201-205.
Fliegel, S. (1996): Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In: Senf W.; Broder M.: *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
Fliegel, S. (1998): Verhaltenstherapie bei sexuellen Störungen. In: Strauß, B.: *Psychotherapie der Sexualstörungen*. Stuttgart: Thieme: 81-99.
Loewit, K., Beier, K.M. (1998): Standortbestimmung der Sexualmedizin. In: *Sexuologie* 5: 49-64.
Reinecker, H. (1990): *Lehrbuch der klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
Reinecker, H. (1994): *Grundlagen der Verhaltenstherapie*. 2. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlag.

Anschrift des Autors

Prof. Dr. H.P. Rosemeier, Abteilung für med. Psychologie, Fachbereich Humanmedizin, FU-Berlin, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Habelschwerdter Alle 45, 14195 Berlin

Katatone Schizophrenie bei hypophysärem Hypogonadismus (Kallmann-Syndrom) - Überlegungen zur Bedeutung der Psychotherapie bei endokrinologischen Erkrankungen

Katatone Schizophrenie bei hypophysärem Hypogonadismus (Kallmann-Syndrom) – Reflections on the Significance of Psychotherapy in the Case of Endocrinological Disease

G. Løyen

Zusammenfassung

Im Rahmen einer betreuungsrechtlichen Begutachtung eines mutistischen Patienten mit katatoner Schizophrenie (ICD 10: F 20.20) wird die Krankheitsentwicklung rekonstruiert. Beim Ausbleiben sekundärgeschlechtlicher Merkmale in der Pubertät wird erstmals ein hypophysärer Hypogonadismus diagnostiziert. Der Patient erhält kurzfristig ein Testosteron-Präparat, jedoch keine psychotherapeutische Begleitung. Die körperlichen und seelischen Veränderungen bewegen ihn zum Abbruch der Therapie. Im Verlauf der Jahre entwickelt sich eine schwere schizophrene Psychose. Es wird diskutiert, wie diese Entwicklung vor dem Hintergrund aktueller Schizophreniekonzepte sowie unter tiefenpsychologischen Aspekten gedeutet werden kann und ob der Krankheitsverlauf durch rechtzeitige psychotherapeutische Behandlung hätte positiv beeinflusst werden können.

Abstract

A mutistic patient suffering from catatonic schizophrenia and living under guardianship is examined, and the course of his disorder is described. A pituitary hypogonadism is for the first time diagnosed when secondary sex characteristics fail to appear during adolescence. The patient is given short-term testosterone medication, but no psychotherapy to go along with that. The physical and psychological changes which he undergoes during the treatment make him break off the hormone therapy. Over the years catatonic schizophrenia evolves. This paper is to discuss how this development may be interpreted under aspects of depth psychology, contemporary schizophrenia-concepts and whether or not the course of the psychic disorder might have been positively influenced by a timely psychotherapy.

Einleitung

Nachdem ich im vorliegenden Fall zum Sachverständigen ernannt worden war, wurde bald deutlich, dass ich mich ausschliesslich auf fremdanamnestic Angaben, Verhaltensbeobachtungen und schriftliche Vorbefunde stützen müsste. Der Patient hatte seit ca. 7 Jahren praktisch nicht mehr gesprochen und blieb auch während der Untersuchungen stumm. Aufgrund einer Vielzahl von Dokumenten und fremdanamnestic Angaben

wurde die Rekonstruktion der Krankengeschichte möglich. Die Fragestellung des Gerichtes lautete im wesentlichen: Besteht im gegebenen Fall die Notwendigkeit zur geschlossenen psychiatrischen Unterbringung zum Zweck einer zwangsweisen medizinischen Behandlung?

Anamnese

Die Eltern berichteten, Herr B. sei 1954 als letztes von drei Kindern geboren worden. Die Familienanamnese war insgesamt unauffällig. Die frühkindliche Entwicklung sei „ganz normal“ gewesen. Er wuchs in einer großbürgerlichen Umgebung auf. Trotz regelmässiger ärztlicher Untersuchungen sei niemals etwas Besonderes aufgefallen. In seinem 16. Lebensjahr habe man bemerkt, dass Bartwuchs und Stimmbruch ausblieben. Erst zu diesem Zeitpunkt sei aufgefallen, dass der Hodendescensus nicht stattgefunden hatte. Ein hinzugezogener Urologe habe über einige Monate lang Testosteron-Injektionen verabreicht und habe eine operative Verlegung der Hoden empfohlen, eine weitergehende Diagnostik sei jedoch nicht erfolgt. Die Angehörigen hätten bemerkt, dass Herr B. in dieser Zeit sehr aufgewühlt gewesen sei. Insbesondere nach den Injektionen sei er ausgesprochen nervös gewesen, habe über seine Gefühle aber nicht sprechen wollen. Es habe damals keine ausgiebige ärztliche Aufklärung oder gar Psychotherapie stattgefunden. Seine damalige Freundin habe sich von ihm getrennt, nachdem er ihr mitgeteilt habe, dass er nicht zeugungsfähig sei. Er habe sich nie wieder eine Partnerin gesucht. Kurz nach der Trennung habe er die Hormonbehandlung abgebrochen, in der Familie sei über dieses Thema nie wieder gesprochen worden.

Er sei stets ein guter Schüler gewesen, habe sich danach aber noch intensiver für die Schule interessiert. Auf Drängen des Vaters habe er dann das Studium des Maschinenbaus begonnen. Dies habe sich zunächst auch ganz gut angelassen, dann jedoch sei er mit ca. 20 Jahren an seinem Studienort „in eine Sekte geraten“. Er habe sich zunehmend für spirituelle und religiöse Dinge interessiert und sein Studium vernachlässigt. Im Alter von etwa 25 Jahren brach er das Studium kurz vor dem Abschluss ab und äusserte den Wunsch, eine Schreinerlehre zu machen. Er begann dann eine Reihe von Praktika, ohne diese jedoch zu Ende zu führen. Er zog sich zunehmend aus allen sozialen Kontakten zurück. In der Hoffnung, den Sohn zum Ausstieg aus der Sekte und zum Abschluss einer Ausbildung bewegen zu können, entzogen ihm die Eltern die finanzielle Unterstützung. Kurz darauf sei er mit einer selbständigen Lebensführung nicht mehr zurechtgekommen und habe dann eine Dachwohnung im elterlichen Haus bezogen. Anfänglich habe er noch gelegentlich das Haus verlassen und auch noch gesprochen, nach wenigen Monaten habe er aufgehört zu sprechen und das Haus nicht mehr verlassen. Jegliche ärztliche oder sonstige Hilfe habe er abgelehnt. Die Eltern waren ratlos, arrangierten sich jedoch mit der bizarren Situation. Ca. 16 Jahre lang versorgten sie den Sohn in seiner Dachkammer-Wohnung, in welcher Herr B. sich nur noch selten aus seinem Bett erhebt.

Als der Vater dann akut erkrankt und in einem Krankenhaus behandelt wird, besucht Herr B. diesen auf massives Drängen der Mutter. Im Krankenhaus fällt sein Erscheinungsbild einem zufällig vorbeigehenden Endokrinologen auf. Nach einem kurzen Gespräch stellt dieser erstmalig die Diagnose eines hypophysären Hypogonadismus (Kallmann-Syndrom¹). Nach Jahren des Schweigens spricht er zum ersten Mal über seine Gefühle und erklärt, dass er seinen Zustand als gottgewollt akzeptiere, er fürchte sich vor den Veränderungen, die

eine erneute Hormonbehandlung bedeuten würden. Das Angebot einer fachärztlichen Behandlung lehnt er erneut ab.

Im Alter von 43 Jahren initiieren die Eltern eine gesetzliche Betreuung, und das Gericht bestellt eine professionelle Betreuerin. Diese setzt per Gerichtsbeschluss erstmalig eine stationäre psychiatrische Behandlung durch. Herr B. erhält Haldoperidol und beginnt, über seine Gedanken und Phantasien zu reden. Er berichtet den Ärzten, er glaube von Gott eine Aufgabe erhalten zu haben. Seine Erkrankung sei eine Prüfung, alle Hilfen oder Behandlungsversuche seien widernatürlich und widersprächen dem „göttlichen Auftrag“. Er lehne daher grundsätzlich alle Medikamente ab. Im weiteren Behandlungsverlauf kommt es zu Komplikationen: Eine kardiovaskuläre Entgleisung, Fieber und Muskelkrämpfe machen eine intensivmedizinische Behandlung notwendig, nach Absetzen der hochpotenten Neuroleptika bessert sich sein Zustandsbild rasch². Er erhält daraufhin Sulpirid, worauf sich Autismus und Mutismus ein wenig bessern. Nach wenigen Wochen stationärer Behandlung kehrt er wieder in seine Wohnung im Hause der Eltern zurück. Seither lehnt er die Medikamenteneinnahme ab und fiel in sein altes Verhalten zurück: Er spricht nicht mehr, kommuniziert nur noch mit sparsamen Gesten und lässt sich vollständig versorgen. Er liegt den ganzen Tag stumm im Bett oder sitzt zusammengesunken in einem Stuhl.

Medizinische Befunde

45jähriger, 190 cm grosser, schlanker Mann mit fehlender Körperbehaarung und femininen Gesichtszügen. Anosmie, fehlender Hodendescensus, kleines Genitale. Er verharrt in seiner Körperhaltung, auch wenn diese ihm von außen auferlegt wird im Sinne einer *Flexibilitas cerea*. CCT und Routinelabor o.B. Der Hormonstatus wurde nicht bestimmt, da er für die Fragestellung des Gutachtens ohne Bedeutung war.

Überlegungen zum Krankheitsverlauf

Im Rahmen der umfangreichen fremdanamnestischen Erhebungen wurde deutlich, dass das Familienklima von Ideal preussischer Pflichterfüllung geprägt ist. Von den Söhnen wird männliche Selbstbehauptung und beruflicher Erfolg erwartet. Probleme sollen mit Willenskraft überwunden werden und gefährden den innerfamiliären Frieden. Das Gespräch mit den Angehörigen war schwierig und von Scham- und Schuldgefühlen geprägt. Vor diesem Hintergrund erscheint es nachvollziehbar, dass ein junger Mann erst mit 16 bemerkt, dass er gar keine Hoden hat und überdies über kein Geruchsempfinden verfügt. Die Familie konsultiert einen Urologen, dieser rät zur Injektion von Testosteron. Diese Behandlung löst offensichtlich körperliche und seelische Folgen aus, auf die Herr B. nicht vorbereitet ist. Die Eltern bemerken nur, dass er in dieser Zeit „etwas nervöser“ gewesen sei. Eine professionelle Aufarbeitung dieses Geschehens, etwa im Rahmen einer psychotherapeutischen Kurzintervention, erfolgt nicht. Ganz offensichtlich ist er mit der Situation überfordert, er entschliesst sich zum Abbruch der Therapie und will lieber so bleiben wie er ist. Er trennt sich von seiner Freundin und engagiert sich noch mehr in Schule und Beruf. Das Thema „Hormonbehandlung“ wird fortan in der Familie totgeschwiegen.

Offensichtlich hat ihn die Frage, warum er so „anders“ ist, sehr beschäftigt. Ohne äussere Hilfe gelang ihm nur eine „Lösung“ dieses Konfliktes auf neurotischer Ebene: Er begreift sein Anders-sein als Gottes Willen und die damit verbundenen Schwierigkeiten als Prüfung

seines Glaubens. Im Kontakt mit einer Sekte erfährt diese neurotische Konstruktion Bestätigung und erhält den Charakter einer überwertigen Idee, verselbständigt sich schliesslich zu einem paranoiden System, welches zunehmend alle Energie des Betroffenen konsumiert. Diese destruktive Entwicklung beschleunigt sich, als er sein Studium und normale zwischenmenschliche Beziehungen abbricht. Er verliert den Kontakt zur Realität und ersetzt diese durch sein paranoides System, es entwickelt sich eine schizophrene Psychose. Durch die Wiederaufnahme in das Elternhaus wird dieses System stabilisiert.

Hier stellt sich natürlich die Frage, warum sich bei Herrn B. eine schwere Psychose entwickelte, warum es nicht bei der neurotischen Konfliktverarbeitung blieb. Seit den 70er Jahren münden die Ergebnisse der Schizophrenieforschung zunehmend in mehrdimensionalen Modellen, die die vermutete Multikausalität der Entwicklung schizophrener Psychosen widerspiegeln. Zubin und Spring (1977) postulierten als erste das sogenannte Vulnerabilitäts-Streß-Coping-Modell. Es wird vermutet, daß die Exacerbation einer schizophrener Psychose Folge einer besonderen Disposition bzw. Vulnerabilität des biologischen Substrates oder der erlernten Streßbewältigungsmechanismen ist. Die Zwillingsforschung hat die hohe Konkordanz eineiiger Zwillinge hervorgehoben (Flekkoy 1987). Huber (1987) nennt die Schizophrenie eine „vorwiegend erbbedingte Erkrankung“.

Im Hinblick auf Sexualität wird von einigen Autoren angenommen, daß sexuelle Aktivitäten als Streßfaktor wirken können und bei gegebener Disposition eine psychotische Episode auslösen oder den Verlauf der Erkrankung verschlimmern können. (Arieti 1975, Federn 1978, Ciompi 1982). Maßmann et al. (1998) sowie Kowohl und Weig (1998) weisen darauf hin, daß „befriedigende Sexualität eine positive Wirkung auf die Lebensführung und die subjektive Zufriedenheit schizophrener Menschen hat“. Sie könne somit auch einen stabilisierenden Faktor darstellen.

Im vorliegenden Fall stellte der unerkannte hypophysäre Hypogonadismus den Patienten in einen unlösbaren Konflikt, der durch die psychotherapeutisch unvorbereitete Hormonbehandlung noch zusätzlich verschärft wurde. Obwohl die Familienanamnese bezüglich genetisch disponierender Faktoren leer war, könnte das schizoid wirkende Familienklima möglicherweise auf eine genetische Belastung hindeuten. Die deutlich spürbare Haltung der Familie, Konflikte, Aggressionen und Sexualität zu unterdrücken, hatte Herr B. überdies nur unzureichend auf diesen Konflikt vorbereitet und begünstigte nach deren Ausbruch die Chronifizierung der Psychose.

Ergebnisse des Gutachtens

Der langjährige Verlauf sowie das Vorhandensein von Stupor, Mutismus, Negativismus, Flexibilitas cerea sowie eines religiös dominierten Wahnsystems rechtfertigen die Diagnose einer katatonen Schizophrenie (ICD 10: F 20.2 Vor dem Hintergrund dieser neurotischen Familienkonstellation kam ich zu dem Schluss, dass Herr B. langfristig aus seiner Isolation herausgeholt und in einem Heim für psychisch Kranke untergebracht werden sollte, wo er zwischenmenschliche Kontakte erfahren und milieutheraeutische Hilfe bekommen könnte. Eine geschlossene psychiatrische Unterbringung mit dem Ziel einer erneuten neuroleptischen Einstellung kann nur dann erfolgreich sein, wenn der Betroffene anschliessend in ein solches Heim und nicht wieder in die Familiensituation zurückkehrt. Sofern diese Integration in ein Heim und die neuroleptische Therapie eine Remission der psychotischen Symptomatik bewirken, wäre langfristig auch eine sehr vorsichtige Therapie mit Androge-

nen denkbar, jedoch nur unter der Aufsicht eines erfahrenen Sexualmediziners.

Resümee

In der Literatur wird immer wieder darauf hingewiesen, wie wichtig die eingehende Beratung des Patienten für den Therapieerfolg der körper-medizinischen Behandlung ist (Langer 1998). Auch anhand des vorliegenden Falles wird deutlich, daß die einseitige Orientierung auf körpermedizinische Aspekte zu kurz greift. Zu einem Zeitpunkt, wo durch Viagra „die Medikalisierung der Sexualität“ eine neue Dimension erreicht, kann der Stellenwert der ganzheitlichen, psycho-somatischen Beratung nicht hoch genug eingeschätzt werden. Eine Medizin, die das nicht leistet, ist halbe Medizin.

Anmerkungen

- ¹⁾ Hypophysärer Hypogonadismus, Kallmann-Syndrom: Das 1944 erstmals von Kallmann beschriebene Syndrom hat eine Inzidenz von 1:7500 männlichen Geburten und ist beim männlichen Geschlecht sechsmal häufiger als beim weiblichen. Bei der genetischen Variante konnte nachgewiesen werden, dass das Fehlen wichtiger Proteine zu Störungen der axonalen Ausreifung, neuronaler Chemotaxis und Zelladhäsion führt. Hierdurch kommt es zu einer Fehlbildung der gonadotropinerzeugenden Kernregionen im Hypothalamus sowie zu einer Hypo- bzw. Aplasie des Bulbus olfactorius mit Anosmie. (Meng 1997)
- ²⁾ Ob es sich hier möglicherweise um ein malignes neuroleptisches Syndrom handelte, ließ sich im Nachhinein nicht sicher klären.

Literatur

- Arieti, S. (1975): Sexual problems of the schizophrenic and preschizophrenics. In: Sandler, M.; Gessa, G.L. (Hrsg.): Sexual behavior: pharmacology and biochemistry. New York: Raven Press: 277-285.
- Ciampi, L. (1982): Affektlogik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Federn P. (1978): Ich-Psychologie und die Psychosen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Flekkoy, K. (1987) In: Kisker, K.P. et al.: Psychiatrie der Gegenwart Bd.4, Schizophrenien. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag: 120 - 153.
- Huber, G. (1987): Psychiatrie - Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag: 272.
- Kowohl, S.; Weig W. (1998): Zur Bedeutung der Sexualität im Erleben schizophrener Menschen. Sexuologie 6 (1): 11-29.
- Langer, D. (1998): Frauen ohne Scheide: Katamnese der Problembewältigung und psychosexuellen Entwicklung vor und nach vaginalplastischer Operation. Sexuologie 6 (3): 131 - 155.
- Maßmann, A. et al. (1998): Schizophrenie und Sexualität - Die Bedeutung der Sexualität in den Theorien endogener Psychosen. Sexuologie 5 (2): 82 - 90.
- Meng, W.; Ziegler, R. (1997): Endokrinologie-Grundlagen Klinik-Praxis, Stuttgart: G. Fischer Verlag: 382-385.
- .

Anschrift des Autors

Dr. med. G. Loyen, Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach, Schlodderdicher Weg 23a,
51469 Bergisch-Gladbach

Der Ursprung der Syphilis

Eine medizinische und kulturgeschichtliche Untersuchung.

Zweite Abteilung*

Von Dr. med. Iwan Bloch

Die Nichtexistenz der Syphilis im klassischen Altertum.

§ 37. Wesen der antiken Liebe.

Die Beweise für die Nichtexistenz der Syphilis bei den Alten gründen sich nicht nur auf eine Kritik und Widerlegung der in der antiken Litteratur vorkommenden Äusserungen über angebliche syphilitische Erkrankungen, sondern vor allem auf eine allgemeine *kritische Betrachtung des Geschlechtslebens* der Alten überhaupt, durch die jene litterarischen Angaben erst in ihrem wahren Lichte erschienen. Erst die genaue Kenntnis der allgemeinen und speciellen Erscheinungen im Geschlechtsleben der Griechen und Römer ermöglicht eine objektive und unbefangene Würdigung der antiken „Syphilis“ im Lichte der modernen Forschung, sowohl in Beziehung auf die objektive Seite, die mit dem Geschlechtsleben zusammenhängenden *Krankheiten*, als auch subjektiv hinsichtlich des Reflexes auf die allgemeinen Anschauungen der Laien und der Aerzte.

Es ist daher zunächst unsere Aufgabe, die Geschichte der öffentlichen Sittlichkeit und des individuellen Geschlechtslebens bei den Alten unter den erwähnten Gesichtspunkten ganz kurz darzustellen. Es kann sich im Rahmen dieses Werkes naturgemäss nur um einen *allgemeinen Überblick* handeln, mit besonderer *Berücksichtigung der neueren Forschungen*, während für eingehendere Details auf die älteren sittengeschichtlichen Werke von *Forberg*¹, *van Limburg Brouwer*², *Julius Rosenbaum*³ und *Ludwig Friedländer*⁴ verwiesen sei, deren Thatsachenmaterial allerdings durch neuere Entdeckungen auf litterarischem und archäologischem Gebiete wesentlich vermehrt worden ist. Auch hat nur *Rosenbaum* die Frage mit Bezugnahme auf die Syphilis behandelt, deren Existenz er irrümlicherweise annahm und durch seine Untersuchungen über gewisses sexualpsychologische und sexualpathologische Erscheinungen bei den Alten zu stützen suchte. Wir werden sehen, daß seine Beweisführung schon damals eine unzureichende war und heute sogar völlig nichtig ist, ja im Lichte der *modernen* dermatologischen und venerologischen Forschungen das *Gegenteil* ergeben muss: die Nichtexistenz der Syphilis im klassischen Altertum.

Hat es im klassischen Altertum etwas wie *Liebe* gegeben? Jene moderne Liebe, die ein

* Zit. n. 1. Auflage, Gustav Fischer Verlag, Jena 1911: 508-544. Die Wiedergabe des Textes ist teilweise den in der Zeitschrift üblichen Regeln angepaßt worden. Eckige Klammern zeigen von der Redaktion vorgenommene Auslassungen an, griechische Begriffe wurden dt. ausgeschrieben und in runde Klammern gesetzt.

durchaus individuelles, mehr geistig als sinnlich betontes Geschlechtsverhältnis zwischen Mann und Weib als freien selbständigen *Persönlichkeiten* darstellt? Diese Frage muß sowohl für die Griechen als auch für die Römer verneint werden, wenn auch das hellenische Hetärenwesen Ansätze zu einer solchen individuellen Gestaltung der Liebe zeigt und wenn auch – wovon weiter unten kurz die Rede sein wird – in späteren Zeit Spuren der sog. „romantischen“ Liebe nachweisbar sind. Im *großen und ganzen* ist der Charakter der antiken Liebe ein durchaus *sinnlicher*, freilich ist diese Sinnlichkeit in den Blütezeiten der Griechen und der Römer eine ganz und gar naive, harmonische, aus dem natürlichen Wesen des Menschen mit Notwendigkeit hervorgehende und zeigt durch die unbefangene Auffassung des *nackten* Menschen und der Körperschönheit durchaus *plastisch-ästhetische Züge*. Die für die christliche Kulturwelt so charakteristische dualistische Trennung von Leib und Seele übte noch nicht ihren verhängnisvollen Einfluss auf das Geschlechtsleben aus. Deshalb müssen sogar die sog. sexuellen Perversitäten der Alten anders beurteilt werden als die moderne Psychopathia sexualis, obgleich *beide* durchaus anthropologische Erscheinungen sind und als solche sowohl bei Kultur- als auch bei Naturvölkern beobachtet werden⁵. Auch hier erscheint das Sinnliche ungebrochener und minder raffiniert. Für den antiken Menschen lag eben das Geschlechtliche jenseits von gut und böse. Der christliche Begriff der „*Sünde*“ wurde darauf nicht angewendet. Höchstens galten gewisse Ausartungen als „widernatürlich“ oder als „*Krankheit*“ (nosos). Es gab aber keinen mönchischen „Kampf“ zwischen Fleisch und Geist, sondern das „Fleisch“ war nur die schöne äussere Form des inneren, geistigen Lebens. In der sinnlichen Schönheit verehrte und genoss man die geistige. Der ideale Mensch ist der *nackte*, nicht bekleidete⁶. Die grosse Verbreitung der Knabenliebe bei den Griechen, auf die wir später noch zurückkommen, wäre nicht möglich gewesen, ohne diese tiefe Wirkung der blossen Körperschönheit, die bei den jugendlichen männlichen Gestalten noch mehr hervortrat als bei den hellenischen Mädchen. Wie man heute grossen Denkern und Dichtern, so errichtete man damals hervorragend *schönen* Männern Denkmäler⁷. Auch die Geschlechtsmerkmale waren Gegenstand eines naiven ästhetischen Genusses. *Fr. Th. Vischer* meint, dass die Griechen mit gutem Grunde die Kraft der männlichen Geschlechtsteile wichtig behandelt und sich dessen ebensowenig geschämt haben, als wenn das Buch Hiob vom Nilpferd so gewaltig sagt: „Die Adern seiner Scham starren wie ein Ast.“⁸ Der physische Geschlechtsgenuss in allen seinen Aeusserungen und Bethätigungen, auch den sog. perversen, war den Alten etwas Natürliches, Elementares, das weder unterschätzt noch überschätzt wurde, wie etwa bei den modernen europäischen Kulturvölkern, wo das Schwanken zwischen diesen beiden Extremen gerade die unheilvollen Disharmonien des Geschlechtslebens hervorruft. Eine kräftige, ja glühende Sinnlichkeit, deren Zusammenhang mit dem südeuropäischen Klima⁹ nicht geleugnet werden kann, war das hervorstechende Merkmal in der antiken Liebe. Die „*Satyriasis*“ d. h. die sexuelle Hyperästhesie, ist eine sepecificisch antike Krankheit. Die alten Ärzte beschreiben den unersättlichen Trieb nach Geschlechtsgenuss als ein sehr häufiges Leiden¹⁰, während diese Zustände heute recht selten sind. Offenbar hingen sie auch mit den weiter unten zu erwähnenden orgiastischen Ausschweifungen zusammen, von denen *Fr. Th. Vischer* (a. a. O. II, 236) sagt: „Die Genüsse gaben jeden Taumel der Lust frei und das Orgiastisch der Orientalen war namentlich noch in den Dionysien sichtbar.“ Das, was wir „geschlechtliche Korruption“ nennen, entstand in Griechenland und Rom erst durch die Berührung mit fremden, besonders orientalischen Völkern, am frühesten

bei den kleinasiatischen Griechen¹¹, später dann in der hellenistischen Zeit und in Rom zuerst durch den Einfluss der griechischen Kolonien Italiens und dann infolge des Zusammenflusses der Völker unter dem Imperium. Hierfür gewährt z. B. das *Vocabularium eroticum* interessante Anhaltspunkte¹².

Wenn man von der furchtbaren geschlechtlichen „Korruption“ des kaiserlichen Rom spricht, so darf man nicht vergessen, dass das ganz antike Geschlechtsleben sich in weit grösserer *Oeffentlichkeit* abspielte als das moderne und dass die Naivetät der Ausschweifung den Begriff des Lasters, der Sünde immerhin weniger aufkommen liess als heutzutage. Das werden wir im einzelnen noch nachweisen.

Es ist jedenfalls eine eigentümliche Erscheinung, dass der antike Mensch die leidenschaftlichsten Ausbrüche elementarer Sinnlichkeit für weit weniger verhängnisvoll hielt hinsichtlich ihrer Wirkung auf seine persönliche Tüchtigkeit und die Menschenwürde, die (*kalokagadia*) oder *virtus*, als ein zu tiefes seelisches Erleben der Liebesleidenschaft. „Stets empfanden die Griechen“, sagt *Erwin Rohde*, „eine stürmisch übermächtige Gewalt der Liebe wie ein demütigendes Unheil, ein „Pathos“ zwar, aber nicht ein heroisch aktives, sondern ein rein passives¹³, das den sicheren Willen verwirrte, dem Verstande des lenkende Steuer aus der Hand schlug, und den Menschen, wenn es ihn in einen Abgrund leidenschaftlicher Verwirrung hinabriss, nicht im Untergange erhob, wie die heroischen Frevelthaten der tragischen Helden, sondern ihn trübselig niederdrückte und vernichtete“¹⁴.

Gewiss hat es auch bei den Alten die ewigen Gefühle einer leidenschaftlichen, romantisch individuellen Liebe zwischen Mann und Frau gegeben, aber sie wurden teils durch Gesetz und Sitte *unterdrückt*, teils auf die Knabenliebe *abgelenkt*, die bei den Griechen wenigstens deutliche Kennzeichen einer solchen Individualisierung des Liebesgeföhles aufweist. Die alexandrinische Zeit freilich trug auch in die heterosexuelle Liebe eine romantisch-sentimentale Empfindungsweise hinein. Erst der Hellenismus erzeugte den griechischen Liebesroman.

Das eigentliche eheliche Leben der Griechen und Römer entbehrte gänzlich der Romantik. Nach *Finck*¹⁵ waren es wesentlich drei Ursachen, die das Gedeihen der romantischen Liebe in Griechenland verhinderten: die entwürdigende, unfreie Stellung des Weibes, das Fehlen des unmittelbaren vorehelichen Liebeswerbens und die Unmöglichkeit, eine persönliche Bevorzugung auszuüben, da die Gattenwahl Sache der Eltern war.

Die antike *Ehe*¹⁶ wurde nicht aus Liebe, sondern nur wegen der Erzeugung von Nachkommenschaft geschlossen, wie dies z. B. *Soranos* mit dürren Worten ausspricht¹⁷. Ebenso spricht *Tacitus* (*Hist. I, c. 6*) von „jenen echten Römern, die ohne Liebe heirateten und ohne Feinheit und Hochachtung liebten“¹⁸). Die Frauen führten innerhalb des Hauses ein abgeschlossenes unfreies Dasein, unterworfen dem Willen des Mannes und ferngehalten von jeder Bethätigung am öffentlichen Leben und von der Gesellschaft der Männer.

Dagegen hatten die Männer des klassischen Altertums in einem weit ausgedehnterem Masse die Möglichkeit, ihre brutalen geschlechtlichen Instinkte zu befriedigen, sich sexuell auszuleben, als die modernen Männer, da die *Irradiation* des geschlechtlichen Momentes in alle Lebensverhältnisse eine bedeutend grössere und intensivere war als heute. Der Betrachtung dieser Erscheinungsformen des Sexualtriebes im öffentlichen Leben des Altertums sei der folgende Paragraph gewidmet¹⁹.

§ 38. Die sexuellen Phänomene im öffentlichen Leben der Alten

Der folgende kurze Ueberblick über die sexuellen Phänomene im öffentlichen Leben der Alten gliedert sich naturgemäss in vier Abschnitte: 1. das Hervortreten dieser Erscheinungen im *religiösen Leben*, 2. in *Sitte und Brauch* (einschliesslich der Volkssprache), 3. in der *Literatur* und 4. in der *Kunst*.

1. [...] Die merkwürdigen Beziehungen zwischen Religion und Geschlechtlichkeit treten uns nirgends deutlicher und sinnfälliger entgegen als in den *phallischen Kulturen*²⁰, d.h. der Symbolisierung der zeugenden Naturkräfte durch die Genitalien. Und nirgends wiederum bildet diese Vergöttlichung des Zeugungsaktes und der Zeugungsteile einen so hervortretenden Zug im religiös-sexuellen Leben wie bei den Griechen und Römern. Das gilt von den ältesten und von späteren Zeiten. Die Personifizierung und Verehrung des Phallus oder Priapus als des schöpferischen Naturprinzips gab den *Mittelpunkt* ab für die natürlich naive, prominente Rolle des Geschlechtlichen im Leben und Fühlen, Sitte und Brauch der antiken Völker. Hier erschliesst sich das eigentliche *Verständnis* für den fundamentalen Unterschied zwischen antiker und moderner Kultur in Beziehung auf die sog. „moralische“ Auffassung sexueller Dinge.

Der Phallus als materielles Symbol der Zeugungskraft der Natur²¹ und der diese repräsentierenden Gottheiten, nämlich des *Dionysos* (Bacchus), der *Priapos*, des *Hermes* (Herodot, Hist. II, 51), auch des *Herakles* (Herkules)²², spielte die Hauptrolle bei den diesen Gottheiten geweihten Kulturen, Mysterien, Volksfesten und Schauspielen, wobei er als Symbol des Gottes einhergetragen wurde unter Absingung von „phallischen“ obscönen und erotischen Liedern und Vornahme geschlechtlicher Akte²³ mit Freudenmädchen, Tänzerinnen oder auch Knaben. [...]

Der Phallos wurde dabei auf zweierlei Arten getragen: entweder herabhängend oder aufgerichtet, nach oben aufgebunden. Es handelt sich um eine *naive* Verehrung der geschlechtlichen Prinzipien und um eine ebenso naive sexuelle Bethätigung zu Ehren der Zeugungsgottheiten²⁴, die oft in einen wahren *Geschlechtsrausch* überging und dann freilich nicht selten ausschweifende und widernatürliche Formen annahm und sich in obscönen Reden²⁵, onanistischen Prozeduren und perversen Geschlechtsakten äusserte. [...]

Eine Gottheit der Zeugungskraft, die gerade in der Geschichte der venerischen Krankheiten eine literarische Rolle spielt, war *Priapus*, dessen Symbol ein aufrecht stehendes, meist in übernatürlicher Grösse dargestelltes männliches Glied war. Sein Kultus scheint ursprünglich in der Gegend des Hellespont (besonders in Lampsacus) heimisch gewesen zu sein[...].

Von hier kam der Priapuskult über Griechenland nach Italien, wo er hauptsächlich als Schutzgott der Gärten und Äcker verehrt wurde, als Schrecken der Diebe und Vögel, die „*furum aviumque maxima formido*“ des *Horatius*. Als Strafen für solche Versündigungen gegen das Garten- und Feldeigentum werden vielfach sexuelle Akte des Priapus angedroht, normaler und perverser Natur. Diese eigentümliche Rolle des Priapus tritt uns besonders in den „*Carmina priapea*“ entgegen²⁶, in denen uns das Symbol des Gottes in seinen verschiedenen Bethätigungen vorgeführt wird. Gerade hier hätte es nahe gelegen, als solche Strafe auch die Syphilis anzudrohen, falls eine Schilderung der Syphilis am Platze gewesen. Wie wir sehen werden, ist aber hier nichts davon zu finden. [...]

2. Wie im religiösen Leben, so trat auch in Sitte und Brauch der Alten, also im ganzen Bereiche des gesellschaftlichen Lebens, das sexuelle Element sehr stark und unverhüllt hervor. [...]

Als „unzüchtiger Finger“ par excellence galt der *vorgestreckte Mittelfinger* der rechten Hand, der italienische „dito impuro“²⁷. [...] Diogenes beschimpfte den *Demosthenes*, indem er ihn einigen Bekannten mit dem Mittelfinger zeigte (Diog. Laert. 6, 34). Besonders wurde der päderastische Pathicus und Kinaede so bezeichnet. [...] Wenn also ein Grieche oder Römer den Mittelfinger gegen jemand ausstreckte oder die Nase berührte [...], schalt er in stillschweigend einen cinaedus oder pathicus.

Eine interessante Darstellung dieser obscönen Gebärde findet sich auf einer Vase des Museo Nazionale zu Neapel. Ein bärtiger nackter Mann, die Linke an die Stirn gelegt, geht auf einen vor ihm hockenden nackten Mann zu, der die Rechte hoch erhebt und den Zeigefinger derselben emporstreckt.²⁸

Eine andere unzüchtige Gebärde war die sogenannte „fica“, [...], die Feige²⁹, das Hindurchstrecken des Daumens zwischen Mittel – und Zeigefinger, als Zeichen des Coitus. *Gerhard* und *Panofka* beschreiben eine antike phallische Bronze von der Form eines Armes, dessen Enden einerseits durch das männliche Glied, andererseits durch eine geschlossene Hand mit dem Zeichen der Fica gebildet werden³⁰.

Nicht selten kam auch direkter *Exhibitionismus* vor. [...] Cyniker verübten solche exhibitionistische Akte auf dem Markte (Lucian. Peregrin. 17), die übrigens bei der Beschaffenheit des griechischen Chitons oft unfreiwillig vorkamen.

Ausser dem stummen, aber vielsagenden Ausdrücke der obscönen Geberden gab es im Altertum einen äusserst reichen *obscönen Wortschatz*. Mit Recht bemerkt *Stoll*³¹, dass es kaum einen, auf geschlechtliche Handlungen und Situationen oder auf die Geschlechtsteile selbst bezüglichen bildlichen Ausdruck giebt, der nicht schon in der erotischen Literatur des Altertums reichliche Belegstellen fände. „Der geschlechtliche Verkehr“, sagt *Hübner*, „in seinen natürlichen Grenzen wie in seinen unnatürlichen Verirrungen, wird von Griechen und Römern, wie von den südeuropäischen und manchen anderen Nationen noch jetzt, ja bis in das sechzehnte Jahrhundert und weiter herab auch bei uns, mit einer natürlichen Offenherzigkeit und Deutlichkeit behandelt, die unser Gefühl verletzen“³².

Das „*Vocabularium eroticum*“ der Griechen und Römer bietet ein bedeutendes Interesse als getreues Spiegelbild der geschlechtlichen Korruption und der geradezu ungläublichen naiven Differenzierung der Geschlechtsgenüsse. [...]

3. Was die Erscheinung des sexuellen Elementes in der *Litteratur* betrifft, so kann man – trotz der Existenz raffinierter Lehrbücher der *Ars amandi* bei den Indern – die *Griechen* als die eigentlichen Schöpfer der sogen. „erotischen“ Literatur und der Pornographie im engeren Sinne bezeichnen. Darin wurden sie die Vorbilder der Römer, des Mittelalters und der Neuzeit, deren bekannteste Produkte auf diesem Gebiete überall Anklänge an die griechisch-römische Erotik verraten. Es ist klar, dass diese Literatur bei den Alten ganz anders beurteilt werden muss als bei den Neueren, da sie bei jenen aus einer viel naiveren und freieren Auffassung des Geschlechtlichen entsprang und selbst raffinierte Perversitäten ihnen in anderem Lichte erschienen als später, wo der durch das Christentum scharf betonte Dualismus von Körper und Seele das rein Geschlechtliche als minderwertig und sündhaft stigmatisiert hatte. Mit Recht bemerkt *Friedländer*³³, dass die damaligen völlig von den unsrigen verschiedenen Anstands begriffe ehrbaren Frauen Vieles unbedenklich

erscheinen liessen, was heute jedes weibliche Schamgefühl empören würde. Es ist sogar in dieser Beziehung charakteristisch für die antike Erotik, dass unter den überlieferten Namen von Pornographen mehrere weibliche sich befinden, ganz abgesehen von der fabelhaften *Astyanassa*, der Magd der Helena, die nach *Suidas* zuerst über die *Figurae Veneris* geschrieben haben soll³⁴. [...]

4. Wie die Litteratur, so wurde auch die bildende Kunst bei den Alten im weitesten Umfange in den Dienst des sexuellen Genusslebens gezogen. Die Massenhaftigkeit der antiken künstlerischen Produktion machte sich auch auf erotischem Gebiete geltend. [...]

Wenn Hartwig den Unterschied zwischen antiken und modernen Darstellungen darin erblickt³⁵, dass bei ersteren nie der Beschauer als Supplement der Darstellung gedacht ist und sie rein objektiv sind, so gilt das nur für die ältere Zeit, nicht für die spätere, wo es auf die Reizung der raffiniertesten Sinnlichkeit abgesehen ist, auch gilt es mehr für die sakrale als für die profane erotische Kunst. [...]

Wenn allerdings schon Aristoteles es für nötig hielt (Polit. VII, 17, 14, II p. 1336, Bekker), den Behörden Massregeln zu empfehlen, damit die Jugend nicht durch den Anblick lasciver Bilder und Statuen verdorben werde, so dürfen wir annehmen, dass solche Kunstwerke bereits zu seiner Zeit allgemein verbreitet waren. Die alexandrinische Epoche war jedenfalls eine der Blütezeiten der antiken erotischen Kunst, und die meisten Motive der Kaiserzeit sind dieser Epoche entnommen. Das gilt besonders von Mosaiken und Gebrauchsgegenständen³⁶. Was allerdings die obscönen Darstellungen auf Vasen betrifft, so reichen sie in sehr viel frühere Zeiten hinaus. *Brygos* z. B. (um 500 v. chr.) hat diese Gattung von Darstellungen zu einem besonderen Zweige seiner Malerei ausgebildet. Obscöne Darstellungen kommen in Menge schon auf älteren Gefässen vor. *Hartwig*³⁷ zählt solche auf. So z. B. sieht man auf der Schale des *Epilykos* im Louvre (*Gazette archéol.* 1888, p. 172) obscöne Gruppen der unflätigsten, meist widernatürlichen Art, zwischen Männern und Frauen. Eine andere Schale mit dem Schlagworte *prosaгорео* in der Sammlung Bourguignon in Neapel stellt folgendes Sujet dar: Ein Mann sitzt vor einer nackten Frau und fasst an ihre Scham, in dieselbe mit der Rechten einen undeutlichen Gegenstand, wohl einen künstlichen Phallus einführend. Um eine „schmerzhaft“ Operation, wie man gemeint hat, handelt es sich hier sicher nicht. Die Gesten der Hetäre beweisen das Gegenteil. [...]

Drei berühmte Maler der Alexanderepoche, *Aristeides*, *Pausias* und *Nikophanes* werden von Polemon (bei Athen. XIII, p. 567 B) ausdrücklich als „Pornographen“ bezeichnet. Diese Richtung äussert sich dann auch in der späteren Vasenmalerei, die, wie es durch eine Reihe von Gefässen sogenannten neuattischen und unteritalienischen Stiles bezeugt wird, vollständig die Fähigkeit besass, unzüchtige Gegenstände in einer die Sinne reizenden Weise zu behandeln. Besonders zahlreiche Beispiele hierfür liefert die Sammlung Pourtalès³⁸. Auf den lasciven Bildern der campanischen Wandmaler sind die Träger der Handlung Satyrn, Pane, Bacchantinnen und der Hermaphrodit in unzweideutig wollüstigen Situationen. Von diesem mythologischen obscönen Bildern unterscheiden sich die realistischen, dem wirklichen Leben entnommenen. Jene erscheinen nach *Helbig* als in die Welt der Fabel entrückt weniger anstössig, da die ideale Sphäre die Entwicklung hinreichend schöner Formen und Geberden gestattet. Bei der zweiten Gruppe giebt der Maler irdische Erscheinungen mit allen Mängeln und Zufälligkeiten wieder. Der an-

dere Unterschied zwischen den beiden Richtungen zeigt sich in der Wahl des darzustellenden Momentes. Die realistische Richtung wählt mit Vorliebe das Symplegma selbst, die mythologische die dem eigentlichen Akte vorhergehende Scene³⁹.

Man kann sagen, dass wir besonders durch die zweite realistische Richtung einen höchst anschaulichen Einblick in das gesamte Unzucht- und Genussleben des Altertums bekommen haben, der alle litterarischen Nachrichten darüber durchaus bestätigt. Erotische Symposien, das Prostitutions- und Bordelleben und die Ausübung sämtlicher sogenannter sexuellen Perversitäten werden uns so im Bilde vorgeführt. Die erwähnten Werke von *Eduard Fuchs*, *Hartwig Helbig*, *Gerhard*, sowie die „Raccolta pornografica“ von *Fiorelli* und das berühmte „Musée secret“⁴⁰ erschöpfen die Reichhaltigkeit der Ueberreste der antiken erotischen Kunst noch lange nicht.

Anmerkungen

- ¹ Antonii Panormitae Hermaphroditus. Primus in Germania edidit et Apophoreta adjecit Frider. Carol Forbergius, Coburg 1824.
- ² P. van Limburg Brouwer, Histoire de la Civilisation morale et religieuse des Crecs. 6 Bände (besonders Bd. I u. II), Groningen 1833 ff.
- ³ Julius Rosenbaum, Geschichte der Lustseuche im Alterthume, nebst ausführlichen Untersuchungen über den Venus- und Phalluscultus, Bordelle, (Nousos theleia der Skythen, Paederastie und andere geschlechtliche Ausschweifungen der Alten usw., Halle 1839; 6. unveränderte Auflage, Halle 1893.
- ⁴ Ludwig Friedländer, Darstellungen aus der Sittengeschichte Roms in der Zeit von August bis zum Ausgang der Antonine, 6. Auflage, 3 Bände, Leipzig 1888.
- ⁵ Vgl. d. Kap. „Die anthropologische Betrachtung der Psychopathia sexualis“ in meinem Werke „Das Sexualleben unserer Zeit in seinen Beziehungen zur modernen Kultur“, Berlin 1908, S. 503-526.
- ⁶ Vgl. hierüber die schönen Ausführungen bei Hippolyte Taine, Philosophie der Kunst, Deutsche Ausgabe, Jena 1907, S. 58 ff.
- ⁷ Vgl. J. J. Winckelmann's Geschichte der Kunst des Alterthums, herausg. von Julius Lessing, Berlin 1870, S. 94.
- ⁸ Friedrich Theodor Vischer, Aesthetik oder Wissenschaft des Schönen, Reutlingen und Leipzig 1847, Bd. II, S. 161. – Bei den Römern ist der Gartengott Priapus das Symbol dieser naiven Auffassung des Geschlechtlichen.
- ⁹ Vgl. meine „Beiträge zur Aetiologie der Psychopathia sexualis“, Dresden 1902, Bd. I, S. 20-23. – Die „sotadische Zone“ Richard Burton's umfaßt Spanien, das südliche Frankreich, Italien, Griechenland, Kleinasien, Nordafrika.
- ¹⁰ Vgl. Alexander v. Tralles, Original-Text und Übersetzung nebst einer einleitenden Abhandlung. Ein Beitrag zur Geschichte der Medizin von Dr. Theodor Puschmann, Wien 1878, Bd. I, S. 275-277.
- ¹¹ Vgl. U. von Wilamowitz-Möllendorf, Aus Kydathen, Berlin 1880, S. 40.
- ¹² Vgl. Fr. O. Weise, Die griechischen Wörter im Lateinischen. Leipzig 1882: „Mit den asiatischen Sklaven hielt freilich auch die Unzucht und die Unsittlichkeit in potenziertester Gestalt ihren Einzug in Rom. War schon früher, wie dies bei einer Handelsstadt nicht zu verwundern ist, mancher unläßliche Brauch dort eingebürgert worden, und z. B. die Maitressenwirtschaft durch die ältesten griechischen Kolonien (oder gar schon die Phöniciere?) auf italischen Boden verpflanzt worden (vergl. pelex, paelax = (pallax)), so hören wir jetzt von Ehebruch (moechus, moecha, moechisso, moechor, moechimonium, moechias u. a.) [clinopale, embasicoetas, salaco u.a. sind meist dichterische, nicht entlehnte Ausdrücke; vergl. aber masturbor] und Knabenschänderei (paedicare von (ta paidika) Fick, Wörterbuch II, 153; moechocinaedus, vergl. pathicus, labda) [...]“.
- ¹³ Leidenschaftliche Liebe heisst daher (nosos), (nosema); vorzüglich bei Euripides: z. B. Hippol. 477, 730, 764 ff., fr. 340;4,404.
- ¹⁴ Erwin Rohde, Der griechische Roman und seine Vorläufer, 2. Aufl., Leipzig 1900, S. 29.

- ¹⁵ H. T. Finck, *Romantische Liebe und persönliche Schönheit*, 2. Aufl., Breslau 1894, Bd. I, S. 159.
- ¹⁶ Vgl. Friedrich Jacobs, *Vermischte Schriften*, Leipzig 1830, Bd. III, S. 233 bis 307; W. Wachsmuth, *Allgemeine Culturgeschichte*, Leipzig 1850, Bd. I, S. 199 bis 200; Ernst v. Lasaulx, zur *Geschichte und Philosophie der Ehe bei den Griechen*. In *Abhandl. der Kgl. bayr. Akademie der Wissenschaften*, Bd. VII, Abth. I, München 1853, S. 23-128; van Limburg Brouwer, a. a. O. Bd. II, S. 80-173.
- ¹⁷ Vgl. H. Haeser, *Lehrbuch der Geschichte der Medizin*, 3. Aufl., Jena 1875, Bd. I, S. 308.
- ¹⁸ Ein Beispiel hierfür liefert der alte Cato, dem die Ehefrau nur ein „notwendiges Übel“ und nur der Kinder wegen da war. Vgl. Mommsen, *Römische Geschichte*, 6. Aufl., Berlin 1874, Bd. I, S. 868.
- ¹⁹ Die niedrige Stellung der Frau bei den Griechen hat sich bis auf den heutigen Tag erhalten. Vgl. Ferdinand Hueppe, *Zur Rassen- und Sozialhygiene der Griechen im Altertum und in der Gegenwart*, Wiesbaden 1897, S. 52.
- ²⁰ Die ältere Litteratur darüber bei Rosenbaum, a. a. O. S. 64, Anmerk. 3; vgl. ferner J. A. Dulaure, *Des divinités génératrices ou du culte du phallus chez les Anciens et Modernes*. Réimprimé sur l'édition de 1825, revue et augmentée, Paris 1885; *Les Priapeia*, Note de Lessing, Traduite de l'allemand et augmentée de commentaires. Par Philomneste Junior (= Gustave Brunet), Brüssel 1866; Otto Stoll, *Das Geschlechtsleben in der Völkerpsychologie*, Leipzig 1908, S. 654-667.
- ²¹ So erscheint er auf der Darstellung einer griechischen Stele im Britischen Museum: Eine Frau streut Samen auf ein Beet aus, aus welchem vier große Phalloi hervorspriessen. Vgl. Paul Hartwig, *Die griechischen Meisterschalen der Blütezeit des strengen rotfigurigen Stiles*, Berlin 1892, S. 346.
- ²² Vgl. Alexandre Colson, „Hercule phallophore dieu de la génération“. In: *Annales du Musée Guimet*, Paris 1882, Tome IV, p. 39-44.
- ²³ Vgl. die „Acharner“ des Aristophanes.
- ²⁴ Vgl. über diese ursprünglich natürlichen Grundlagen der phallischen Kulte die zutreffenden Bemerkungen von Emile Begin, *Lettres sur l'histoire médicale du Nord-Est de la France*, Metz 1840, S. 54, wo der Auffassung entgegengetreten wird, als ob nur eine „korruptierte Gesellschaft“ den Priapus angebetet habe.
- ²⁵ *Is quidem (= Jamblichus) loquitur de illis (aischrologiais pros hijerois) quibus non Cerealia solum et Dionysia sed etiam aliorum deorum sacra perstrepebant nec omnino festi coetus carere videbantur*. K. Lobeck, *Aglaophamus sive de Theologiae Mysticae Graecorum causis*, Königsberg 1829, Bd. I, S. 689.
- ²⁶ *Priapeia sive Diversorum Poetarum in Priapum lusus aliaque incertorum auctorum poemata emendata et explicata*, 1787; *Petronii Satirae et Liber Priapeorum*. Tertium edidit Franciscus Buecheler, Berlin 1895, S. 137-158 (Buch-Ausgabe); *Carmina Priapeia*. In *Nachdichtung von Alexander von Bernus mit einer kritischen Einführung von Adolf Danneger*, Berlin und Leipzig 1905.
- ²⁷ Auch der Zeigefinger wurde in diesem Sinne gebraucht.
- ²⁸ Vgl. H. Heydemann, *Die Vasensammlungen des Museo Nazionale zu Neapel*, Berlin 1872, S. 395 (Nr. 2835).
- ²⁹ Vgl. Grimm, *Wörterbuch*, Leipzig 1862, Bd. III, Spalte 1444; C. J. Jagemann, *Dizionario Italiano-Tedesco*, Leipzig 1803, Bd. I, S. 459.
- ³⁰ *Neapels antike Bilderwerke*. Beschrieben von E. Gerhard und Th. Panofka, Stuttgart u. Tübingen 1828, Bd. I, S. 465.
- ³¹ Otto Stoll, *Das Geschlechtsleben in der Völkerpsychologie*, Leipzig 1908, S. 751.
- ³² E. Hübner, *Martial*. In: *Deutsche Rundschau* 1889, Bd. XV, S. 92.
- ³³ a. a. O., I, 481.
- ³⁴ Citat aus Suidas bei Antonii Panormitae *Hermaphroditus* ed. F. C. Forberg, Koburg 1824, S. 207.
- ³⁵ Paul Hartwig a. a. O., S. 347
- ³⁶ Vgl. L. Friedländer a. a. O., III, S. 291
- ³⁷ Hartwig a. a. O., S. 345 Anm. 2.
- ³⁸ W. Helbig a. a. O.
- ³⁹ Vgl. W. Helbig, *Untersuchungen über die campanische Wandmalerei*, Leipzig 1873, S. 86-87; S. 250.
- ⁴⁰ M. L. Barré. *Musée Secret*. Paris 1862. Gr. 8°, 260 S., 60 Tafeln.

**23. Fortbildungstage für Sexualmedizin
und Psychosomatik
zugleich
6. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin**

Kiel 13. bis 15. Mai 1999

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

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

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 6. Jahrestagung für die Zeit vom 13. bis 15. Mai 1999 nach Kiel 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 1999

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

Die Themen der Plenarvorträge und Seminare – die, wie auch in den Vorjahren, für die Weiterbildungsgänge zur Erlangung der Zusatzbezeichnungen 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

PD Dr. med. H.A.G. Bosinski

komm. Ltr. der Sexualmedizinischen Forschungs- und Beratungsstelle Klinikum der Christian-Albrechts-Universität A.-Heller-Str. 12; D-24105 Kiel

Tel.: 0431/597-3651; Fax: 0431/597-3984

Email: hagbosi@sexmed.uni-kiel.de

Tagungsort

Die Plenarveranstaltungen finden in der Kunsthalle Kiel, die Seminare in Räumen des Universitätsklinikums statt.

Vorläufiges wissenschaftliches Programm

Donnerstag, 13. Mai 1999

8.30 Uhr
Eröffnung: Grußworte

9.00 – 10.30 Uhr:
Opfer sexueller Übergriffe

R. Volbert (Berlin): Psychische Symptome sexuellen Kindesmißbrauchs
J.M. Fegert (Rostock): Werden mißbrauchte Kinder später zu Tätern?
I. Wachter (Dresden): Gynäkologische Befunde bei sexuell mißbrauchten Mädchen

11.00 – 12.30 Uhr: Seminargruppen

14.30 bis 16.00 Uhr:
Sexualstraftäter

R. Egg (Wiesbaden): Zur Rückfälligkeit bei Sexualstraftätern
S. Vaih-Koch, J. Ponseti (Kiel): Zur Ätiologie der Sexualdelinquenz
R. Ewert, H.A.G. Bosinski (Kiel): Intramurale Behandlung von Sexualstraftätern

16.30 – 18.00 Uhr: Seminargruppen

Freitag, 14. Mai 1999

9.00 bis 10.30 Uhr:
Biopsychosoziale Grundlagen der Partnerwahl

R. Ferstl (Kiel): Neuere Befunde zur Partnerwahl aus psychoimmunologischer Sicht
A. Riehl-Emde (Zürich): Lieben und sich verlieben
C. Wendt, Ch. Ahlers (Berlin): Das Paar in biopsychosozialer Forschungspers-

11.00 – 12.30 Uhr: Seminargruppen

14.30 bis 16.00 Uhr:
Somatopsychische Aspekte sexualmedizinischer Behandlung

H.-J. Vogt (München): Hormone
U. Hartmann (Hannover): Sildenafil
G. Fröhlich (Lohne): Urologische Erkrankungen

16.30 – 18.00 Uhr: Seminargruppen

19.00 Uhr: Gesellschaftsabend im Kieler Yachtclub

Samstag, 15. Mai 1999

9.00 – 10.30 Uhr:
Sexualität in der zweiten Lebenshälfte

O. Jürgensen (Frankfurt/M.): Sexualität der älteren Frau
W. Krause (Marburg): Sexualität des älteren Mannes
K. Loewit (Innsbruck): Sexualität des älteren Paares

11.00-12.30 Uhr: Seminargruppen

14.30 – 16.00 Uhr:
Zukunft der Sexualmedizin

H.A.G. Bosinski (Kiel): Sexualmedizin in Forschung und Lehre
K.M. Beier (Berlin): Sexualmedizinische Fort- und Weiterbildung
G. Haselbacher (München): Sexualmedizin in der Praxis des niedergelassenen Arztes

16.30 Uhr: Verabschiedung

Themen und LeiterInnen der Seminargruppen

- | | |
|--|---|
| 1. Sexualmedizinische Anamneseerhebung
(G. Kockott) | 7. Themenzentrierte Selbsterfahrung II
(W. Dmoch) |
| 2. Sexualmedizinische Probleme in der gynäkologischen Praxis
(F. Conrad, G. Haselbacher) | 8. Sexuelle Deviationen und Störungen in tiefenpsychologischer Sicht
(H. Völkel) |
| 3. Sexualmedizinische Probleme von Männern
(G. Fröhlich) | 9. Sexualmedizinisch-forensische Begutachtung
(R. Wille) |
| 4. Sexualtherapeutische Interventionen
(K. Loewit) | 10. Therapie von Sexualstraftätern
(I. Wiederholt) |
| 5. Fallseminar - Gruppensupervision
(K. Pingsten) | 11. Diagnostik und Therapie bei Geschlechtsidentitätsstörungen
(D. Poland, P. Diederichs) |
| 6. Themenzentrierte Selbsterfahrung I
(R. Lammerer) | |

Veranstaltungshinweise

16. ANDROLOGIE – FORTBILDUNGSTAGE. Jena, 4. und 5. Juni 1999. Themen der Veranstaltung: Andrologie – Basiswissen über Fertilitäts- und Sexualstörungen. Klinisch-andrologisches Praktikum (Falldiskussionen). Spermatologisches Laborpraktikum. Veranstalter: Hautklinik und Urologische Klinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Arbeitskreis Andrologie der deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Arbeitskreis Andrologie der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Deutsche Gesellschaft für Andrologie. Information: Herr B. Hochheim, Prof. Dr. med. G. Schreiber, Klinik für Hautkrankheiten der FSU Jena, Erfurter Straße 35, 07740 Jena, Tel.: 03641/937 338, Fax: 03641/937315.

25th Anniversary Meeting of the International Academy of Sex Research. Stony Brook, New York, USA, 23-26 Juni 1999. Information: Kenneth J. Zucker, IASR Secretary/Treasurer Child and Family Studies Centre, Clarke Institute of Psychiatry, 250 College St., Toronto, Ontario M5T 1R8, Canada, Tel: 416-979-4747, ext. 2271, Fax: 416-979-4668, Email: zuckerk@cs.clarke-inst.on.ca

XVI Harry Benjamin International Symposium. August 17-21, 1999, London, England. Richard Green, Chair. Conference Information: Bean Robinson, Executive Director, HBGDA, 1300 S. 2nd Street, Ste. 180, Minneapolis, MN 55454 USA. Fax: 001-612-626-8311; e-mail: robin009@gold.tc.umn.edu.

Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten

AIDS in der Bundesrepublik Deutschland

(Quelle: 132. Bericht des AIDS-Zentrums im Robert-Koch-Institut, AIDS-HIV-Quartalsbericht IV/98)

Tab. 1: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei Kindern (<13 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31. 12. 98)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 96 –Dez. 97	Jan. 98 –Dez. 98	Gesamt
Hämophile	0 0,0 %	0 0,0 %	9 7,8 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	0 0,0 %	0 0,0 %	13 11,2 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern*	4 100 %	1 100 %	92 79,3 %
Keine Angaben	0 0,0 %	0 0,0 %	2 1,7 %
Gesamt	4 100 %	1 100 %	116 100 %

Tab. 2: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31. 12. 98)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 96 –Dez. 97	Jan. 97 –Dez. 98	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	398 64,3%	212 56,5%	11682 73,9%
i. v. Drogenabhängige	66 10,7%	36 9,6%	1745 11,0 %
Hämophile	4 0,6%	1 0,3 %	535 3,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	2 0,3%	2 0,5%	124 0,8 %
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	31 5,0 %	22 5,9%	473 3,0%

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 96 –Dez. 97	Jan. 97 –Dez. 98	Gesamt
Patienten aus Pattern-II-Ländern	28 4,5%	29 7,7%	245 1,5 %
Keine Angaben	90 14,5%	73 19,5%	1010 6,4%
Gesamt	619 100 %	375 100 %	15814 100 %

Tab. 3: Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (>12 Jahre) nach Infektionsrisiko und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose (Stand: 31. 12. 98)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Diagnose		
	Jan. 96 –Dez. 97	Jan. 97 –Dez. 98	Gesamt
i. v. Drogenabhängige	43 28,7%	13 19,7%	938 46,3%
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)	1 0,7%	1 1,5%	142 7,0%
Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	55 36,7%	27 40,9%	605 29,9%
Patienten aus Pattern-II-Ländern	31 20,7%	20 30,3%	197 9,7%
Keine Angaben	20 13,3%	5 7,6%	143 7,1 %
Gesamt	150 100 %	66 100 %	2025 100 %

Tab. 4: HIV-Bestätigungsteste unter Ausschluß erkennbarer Mehrfachmeldungen nach Infektionsrisiko, Geschlecht und aufgeführten Zeiträumen der Einsendung der Seren (Stand: 31. 12. 98)

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	Jan. 96 –Dez. 97	Jan. 97 –Dez. 98	Gesamt
Homo- oder bisexuelle Männer	904 18,7%	767 19,0%	13229 15,2 %

Infektionsrisiko	Zeitraum der Einsendung des Serums		
	Jan. 96 –Dez. 97	Jan. 97 –Dez. 98	Gesamt
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht männlich	250 5,2%	178 4,4%	4760 5,5 %
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht weiblich	104 2,2%	64 1,6%	2278 2,6%
i. v. Drogenabhängige / Geschlecht unbekannt	8 0,2%	19 0,5%	399 0,5 %
Hämophile	6 0,1%	0 0,0%	1863* 2,1%
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht männlich	4 0,1 %	5 0,1 %	309 0,4 %
Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile) / Geschlecht weiblich	3 0,1 %	3 0,1%	223 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)	149 3,1%	164 4,1%	1818 2,1%
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht weiblich (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	150 3,1%	143 3,6%	1753 2,0 %
Heterosexuelle Kontakte / Geschlecht unbekannt (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)	3 0,1%	7 0,2%	99 0,1 %
Patienten aus Pattern-II-Ländern	475 9,8%	382 9,5%	2408 2,8%
Prä- oder perinatale Infektion	50 1,0%	52 1,3%	963 1,1 %
Keine Angaben / Geschlecht männlich	1866 38,7%	1478 36,7%	37690 43,4%
Keine Angaben / Geschlecht weiblich	530 11,0 %	479 11,9%	9214 10,6 %
Keine Angaben / Geschlecht unbekannt	324 6,7%	287 7,1%	9746 11,2%
Gesamt	4826 100 %	4028 100 %	86773 100 %

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

Buchbesprechung

A. Marneros: **Sexualmörder. Eine erklärende Erzählung**. Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag 1997, 288 Seiten, Preis: DM 44,-

„Eine erklärende Erzählung“ unterteilt Marneros sein Buch „Sexualmörder“ und weckt damit Erwartungen, von einem Fachmann zu erfahren, was es auf sich hat mit diesen Menschen, deren Denken und Handeln uns „Normalbürgern“ so unbegreiflich, so unvorstellbar und so vermeintlich völlig fern unserer eigenen Erlebniswelt ist.

Der Titel weckt ferner Hoffnung auf eine Entmystifizierung dieses Phänomens „Sexualmörder“, dieser furchteinflößenden Spezies von Verbrechern, die als diffuse Bedrohung heute mehr denn je in den Köpfen der Menschen spukt. Hoffnung auch auf eine Entdämonisierung, auf ein Verstehbarmachen des Unbegreiflichen, dem Grauen seinen Schrecken zu nehmen durch die Möglichkeit eines rationalen Zugangs zu dieser sonst so emotionsüberladenen Thematik.

Die Ankündigung im Innern des Schutzumschlages verspricht „einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung über ein hochaktuelles Thema“. Die Form der Erzählung, „eine emphatische Wissenschaftlichkeit“ mache es möglich, „sich mit dem unbegreiflichen Thema zu befassen, trotz Betroffenheit Distanz zu wahren und das Buch bereichert um Wissen und Verständnis aus der Hand zu legen“.

In seinem Buch stellt Marneros 26 Menschen vor, die in Zusammenhang mit Sexualität getötet haben. 26 Täter, die er mit Pseudonymen der Anfangsbuchstaben A-Z versieht.

Anhand dieser Fälle, die jeweils Einzelschicksale darstellen, wird u.a. ein Überblick gegeben über das Tätigkeitsfeld foren-

sischer Psychiater, über die Kriterien der Schuldfähigkeits- und Prognosebegutachtung sowie der Problematik der Therapie von Sexualstraftätern.

In wechselnder Ausführlichkeit werden Täterpersönlichkeiten, deren Biographien sowie die Umstände der Taten beschrieben und dabei die forensisch-psychiatrischen Diagnosen sehr anschaulich und für den Laien verständlich erläutert.

Die Reihenfolge der dargestellten Tatgeschichten scheint willkürlich, inhaltlich zeigen sie sehr anschaulich die Heterogenität dessen, was sich hinter dem Etikett „Sexualmörder“ verbergen kann. Anhand der Fälle macht Marneros deutlich, daß es *den* Sexualmörder nicht gibt.

Es sind die verschiedensten Täter, Schicksale, Motive und Tathergänge, die hier geschildert werden. Ebensowenig wie *den* „Sexualmörder“ gibt es *den* „Sexualmord“. Die Taten, über die Marneros berichtet, sind nicht immer primär sexuell motiviert, Sexualität spielt jedoch in jedem der Fälle eine wesentliche Rolle.

In eigenen Kapiteln des Buches werden Fachausdrücke wie Perversion, Devianz und Paraphilie erklärt und Beschreibungen der unterschiedlichen Ausprägungen sexueller Deviationen angeführt. Neben den jedermann vertrauten devianten Spielarten wie Sadismus, Masochismus, Pädophilie und Fetischismus führt Marneros hier auch skurril-perverse Ausprägungen wie Koprophagie, Urophilie und Kannibalismus ins Feld.

Ergänzend werden jeweils Erklärungsansätze für die Entstehung einzelner Abweichungen aus verhaltenstheoretischer und psychoanalytischer Sicht veranschaulicht, die jedoch in diesem Rahmen naturgemäß nur sehr selektiv und bruchstückhaft bleiben

können. Dem interessierten, aber fachunkundigen Leser wird so mitunter eine allzu einseitige und schlichte „Erklärung“ geliefert, eine differenziertere Darstellung dieser vielschichtigen Problematik sowie einen Hinweis auf das noch weitgehend spekulative Moment und die ausstehenden wissenschaftlichen Belege der dargelegten Modelle sucht man vergebens.

Marneros schafft Fakten, wo mitunter ein Fragezeichen angebracht wäre: „Auf jeden Fall kann folgendes festgehalten werden: Der gemeinsame Nenner der Perversion ist eine tiefgreifende psychische Problematik. Häufig ein erstes Erlebnis. Häufig eine frühe Störung der Mutter-Kind-Beziehung auf unbewußter oder bewußter Ebene.“ (33) „Maßregelvollzug ist sicherer als das Gefängnis“ (124) und bleibt in den meisten Fällen die Quelle seiner Aussagen schuldig: „Versagensängste werden ‚neutralisiert‘ [...] ihre Gefährlichkeit wird zurückgebunden. Solche Theorien fanden teilweise auch experimentell ihre Bestätigung dadurch, daß ein abweichendes sexuelles Verhalten vorübergehend provoziert werden konnte.“ (29) Was von wem an wem provoziert werden konnte, wird der wissensdurstige Leser nie erfahren.

Für den Sachunkundigen sehr hilfreich ist ein kurzer Abriß Marneros' über die Eingangskriterien der §§ 20/21 StGB mit Erläuterungen der juristischen und medizinischen Terminologie. Der Autor beschreibt dem Leser ohne jegliche medizinische Vorbildung sehr anschaulich, worum es sich bei den psychiatrischen Krankheitsbildern wie Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeit, Oligophrenie u.a. handelt und stellt deren Bedeutung im Rahmen forensischer Fragestellungen verständlich dar, wenn auch hier wiederum die Quellen relevanter Aussagen vorenthalten werden.

Die einzelnen Falldarstellungen des Buches sind eingebettet in eine Ich-Erzählform des

Autors. Er beschreibt sie als Begegnungen, in deren Schilderungen sich sachlich-darstellende Informationen aus der professionellen Sichtweise des Gutachters vermischen mit einer sehr subjektiven und mitunter trivial-theatralisch anmutenden Emotionalität.

So werden Begutachtungssituationen beschrieben, die bestückt sind mit Schilderungen wie: „So sitzt man, wenn man friert [...] oder wenn man sich unsichtbar machen will. [...] Unsichtbar? Vor wessen Augen? [...] waren die langen Pausen für uns beide quälend, drohten sie uns beide zu ersticken.“ (19) „[...] erzählte er mir mit stockender Stimme, mit großen würgenden Pausen, fast flüsternd, ein schreiendes Flüstern.“ (22) „Sein kindlich aussehendes Gesicht zuckte kein einziges Mal, seine Augen wurden nicht feucht [...] Er redete sich weg. Er ritt auf den Worten galoppierend davon. Seine verwirrte Psyche suchte diesen Ausweg.“ (95).

Die „erklärende Erzählung“ mutiert stellenweise zur Märchenstunde, nicht nur, wenn es in der Darstellung einer Hauptverhandlung heißt: „Er war nicht der biblische Richter, nicht der blitzende Zeus, nicht der herausfordernde Intellektuelle. Er war nicht weich, aber auch nicht hart. Er sprach nicht mit leiser, betroffener Stimme aber [...] auch nicht zornig.“ (96).

Bei der Schilderung der Kasuistiken bleibt die gerade in dieser Materie angebrachte Sachlichkeit häufig auf der Strecke. An deren Stelle tritt völlig überflüssigerweise eine kaum zu ertragende Theatralik vom Niveau eines Groschenromans: „[...] nahmen die Fremdvernichtungsphantasien zu, bis sie Christians Hirn und Herz vollkommen besetzt hatten. Sie wurden Wunsch und Drang. Sie wurden Macht und Ohnmacht. Sie führten in die Katastrophe.“ (94) „Das andere Mädchen ließen sie zurück in dem Wald, in dem sich das Drama abgespielt hatte. Genug! Die Tat dauerte Stunden!“ (95) „Allein

die Beschreibung seiner Tat [...] umfaßte in meinem Gutachten mehr als 50 Seiten. [...] Das genügt. Das ist entsetzlich genug.“ (103)

Im Laufe der Lektüre stellt sich zwangsläufig die Frage nach der Zielgruppe der Leser und der intendierten Botschaft des Autors. Marneros selbst beantwortet diese Frage wie folgt (49): „Es ist ja nicht Zweck dieser Erzählung, die sensationelle furchtbare Dramaturgie darzustellen. Bestimmte Leser wollen wir nicht haben. Wir wollen nur Leser, die uns verstehen.“

Dem aufgeschlossenen Laien werden neben sachlicher Information und anschaulich vermittelter Fachkunde immer wieder Weisheiten vermittelt, die keine sind: „Sexuell deviante oder perverse Handlungen sind kein Vergehen, wenn sie die Akzeptanz des Partners haben, z.B. verschiedene sadomasochistische Handlungen, [...], Analverkehr oder die sogenannten autoerotischen Handlungen.“ (39) „[...] die progrediente Verlaufsform der Perversion [...] ist die Stufe, die man häufig bei sexuellen Tötungsdelikten findet, und sie ist sehr beunruhigend.“ (37) „Geistig behinderte haben selten Perversionen im engeren Sinne“. (171)

Der wissenschaftlich interessierte und in der Materie nicht ganz unkundige Leser wird in Marneros Werk neben den (sicher nicht unbeabsichtigt an den Anfang des Buches platzierten) skurril-perversen Kasuistiken kaum etwas Neues erfahren.

Starkes Unwohlsein gar wird denjenigen beschleichen, der – selbstkritisch und der eigenen Fehlbarkeit bewußt – ebenfalls auf dem Gebiet der Sexualdelinquenz gutachterlich tätig ist, bei der wiederholten Hervorhebung der prognostischer Kompetenzen des Autors sowie der damit einhergehenden Entwertung von Vorgutachtern und Richtern: „[...] Bequemlichkeit, die töten kann“ (159), „Ich habe das Gericht in einem 180seitigen Gutachten auf Ottos Gefährlichkeit und Therapiebedürftigkeit hingewiesen, [...] Otto wi-

derlegte selbst den vorherigen Sachverständigen. Dessen Gutachten umfaßte nur fünfeinhalb Seiten.“ (192)

Wenngleich Marneros mit seinem Werk keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, so hätte es in diesem Rahmen doch Erwähnung verdient, daß längst nicht alle Sexualstraftäter psychiatrische Patienten sind. Es wäre wünschenswert gewesen, aufzuzeigen, daß gerade die Psychiatrie bei der Therapie und Begutachtung dieser so heterogenen Klientel an ihre Grenzen stößt. Marneros selbst räumt dies zwar ein: „Die Rückführung der Tat auf eine psychische Störung ist oft schwieriger als die Stellung der Diagnose selbst.“ (70), hat jedoch die Lösung schon parat: „Aufgrund meiner langjährigen Erfahrung [...] komme ich zu dem Schluß, daß in jedem Sexualmörder zuerst ein psychisch gestörter Mensch gesehen werden muß, sowohl in seinem eigenen Interesse, als auch in dem der anderen!“ (132) Aus sexualmedizinischer Sicht bleibt hier nur ungläubiges Staunen.

Die Sehnsucht psychiatrischer Omnipotenz findet ihren Ausdruck bereits im einleitendem Kapitel dieses Buches, wenn es heißt: „Was ich erzählen werde, versucht, meine Anteilnahme, meinen Respekt vor den Opfern, vor den Angehörigen der Opfer zu zeigen, vor allem auch meine Sorgen um zukünftige Opfer. Wenn dadurch einige Dramen verhindert werden können, hat diese Erzählung ihr Ziel erreicht.“ (17)

Ein enormer Anspruch, der kaum erfüllbar scheint durch eine Aneinanderreihung von Tatgeschichten, ein schummriger Blick hinter den Vorhang, ein bißchen ‚Schicksalsroman‘, ein bißchen ‚Freud für Anfänger‘ und immer wieder ein Hauch von ‚Hannibal Lector‘.

Vielleicht endet auch vor diesem Hintergrund das erste Kapitel mit den Worten: „Stehen wir es durch. Sie und ich.“ (17)

S.Vaih-Koch (Kiel)