
Psychiatrische Praxis

Federführende Schriftleitung:

Hans K. Rose, Hannover

Redaktionsassistent:

Gunther Kruse, Bremen

Herausgeber:

Helmut Koester, Düren
Hans K. Rose, Hannover
Alexander Veltin,
Mönchengladbach

Beirat:

M. Bauer, Offenbach/Main
G. Bosch, Berlin
H. Dilling, Lübeck
A. Finzen, Wunstorf
T. Held, Bonn

H. Katschnig, Wien
M. Richartz, Maastricht
W. Stumme, Mainz
A. Uchtenhagen, Zürich

Psychiat. Prax. 10 (1983) 153–157
© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

Sexualberatung in der klinisch-psychologischen Praxis

Gerlinde Röbbeling, U. Clement, Hamburg

Sexualberatung in der klinisch-psychologischen Praxis

Gerlinde Röbbeling, U. Clement, Hamburg

Sexual Counselling in Clinical-Psychological Practice

The Hamburg sexual counselling unit has been working since 1979 as a model project of the Federal Ministry of Youth, Family and Health. The therapeutic work done by the unit is based on the concept originally worked out by Masters and Johnson, which was modified at the Department of Sex Research at Hamburg University in such a manner that it is both helpful and feasible as a treatment pattern for patients coming from all social classes. Basing on sexual symptoms, a problem definition is worked out which aims at underlining the subjective importance for the patient of the symptom concerned. The important factor is the ratio of stabilizing and destabilizing elements of a disturbance, in other words, the question as to the function of the sexual disturbance in the psychic or partnership balance either in the sense of rejecting desires for change or of reinforcing the „healthy“ components of the symptom in the sense of prompting a motivation for change. In this regard, therapy is considered as one of many possibilities of effecting a change. Particularly successful has been the employment of couple therapy and group therapy for couples and for women.

Zusammenfassung

Die Hamburger Sexualberatungsstelle arbeitet seit 1979 als Modellprojekt des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. Die therapeutische Arbeit beruht auf dem von Masters & Johnson ausgearbeiteten Konzept, das in der Abteilung für Sexualforschung der Universität Hamburg so modifiziert wurde, daß es als Behandlungsmöglichkeit für Patienten aller sozialen Schichten hilfreich und praktikabel ist. Ausgehend von der sexuellen Symptomatik wird eine Problemdefinition erarbeitet, die auf die subjektive Bedeutung des Symptoms für die Patienten zielt. Dabei spielt das Verhältnis stabilisierender und labilisierender Elemente der Störung die entscheidende Rolle, die Frage also, wieweit die sexuelle Störung für den psychischen Haushalt oder die Partnerschaftsbalance eine solche Funktion hat, daß die Veränderungswünsche abgewehrt werden oder wieweit die ‚gesunden‘ Anteile des Symptoms Basis für eine Veränderungsmotivation sein können. Therapie wird hier als eine von vielen Möglichkeiten der Veränderung gesehen, wobei sich Paartherapie, Paargruppen und Frauengruppen besonders bewährt haben.

Beratung und Behandlung sexueller Störungen sind psychotherapiegeschichtlich relativ jung. Psychotherapie und Sexualwissenschaft hatten sich bis in die sechziger Jahre nur am Rande um die sogenannten „sexuellen Funktionsstörungen“ gekümmert. 1970 legten *Masters & Johnson* ihr Therapiekonzept vor, das bis heute beispielhaft geblieben ist. Auf ihrer Arbeit fußen alle folgenden therapeutischen Entwicklungen

in diesem Bereich, die im wesentlichen methodische Differenzierungen der Therapieforschung, Variationen des therapeutischen Settings oder therapietechnische Erweiterungen darstellen (Literaturübersichten: *Lobitz & LoPiccolo* 1972, *LoPiccolo & LoPiccolo* 1980, *Marks* 1981, *Pfäfflin & Clement* 1981).

Dabei änderte sich im Laufe der letzten 10 Jahre die Konzeption von „gestörter Sexualität“ und ihrer Therapie. *Masters & Johnson* waren noch von „natürlichen“ Trieben ausgegangen, die durch religiöse und moralische Skrupel überlagert und gehemmt werden. Sexuelle Störungen sind in ihrem Sinne gleichbedeutend mit sexuellen Hemmungen. Ihre Therapie verstanden sie als eine Auflösung dieser Hemmungen durch gewährende Therapeuten, die die Patienten von ihrem moralischen Druck entlasten. Mit dem Stichwort „arousal reconditioning“ geben dann *LoPiccolo & Lobitz* (1972) den Anstoß zu therapeutischen Entwicklungen, die sich weniger am gehemmten Sexualtrieb als an der Herstellbarkeit und Trainierbarkeit von sexueller Erregung orientieren.

Im Mittelpunkt stehen hier Masturbationstechniken und körperliche Selbsterfahrungsübungen, die immer mehr in die Therapie einbezogen werden (*Barbach* 1974, *Hauch u.a.* 1980, *LoPiccolo & Lobitz* 1972, *Schneidman & McGuire* 1976, *Wallace & Barbach* 1974). Teilweise erweitert sich das therapeutische Interesse in fragwürdiger Weise zu marital-enrichment-, sexual-enhancement- oder sexual-growth-Kursen, die zu einer Bereicherung des stumpf gewordenen Geschlechtslebens dienen sollen (*Gunther* 1971, *Hartman & Fithian* 1971, *Kaufman & Krupka* 1975, *Otto* 1975), Veranstaltungen, die eher unter marktwirtschaftlichen als therapeutischen Kategorien zu fassen sind.

Neben solchen Versuchen gibt es Bemühungen von Therapeuten verschiedener Schulrichtungen um eine Weiterentwicklung des Masters-Johnson-Konzepts. Sie behalten zwar als Gerüst der Therapie die halbstandardisierten Verhaltensanleitungen bei, reflektieren sie aber im Zusammenhang mit einem psychodynamischen Verständnis der Funktion von Sexualität und ihren Störungen (*Benz & Ausländer* 1979, *Bieber* 1974, *Brady* 1968, *Ellis* 1975, *Friedman* 1973, *Kaplan* 1974, *Levy & Kagle* 1978).

Das gilt auch für die an der Abteilung für Sexualforschung der Universität Hamburg seit 1973 entwickelte Modifikation des Masters-Johnson-Ansatzes (*Arentewicz & Schmidt* 1980). Hier werden psycho- und partnerdynamische Aspekte stärker einbezogen, die bei *Masters & Johnson* sehr restriktive Indikation erweitert und schließlich eine ökonomischere Durchführung des formalen Therapiesettings erarbeitet.

Statt der aufwendigen Zwei-Wochen-Intensivtherapie (tägliche Sitzungen) mit zwei Therapeuten, die *Masters & Johnson* praktizierten, machte das Hamburger Team vergleichbar gute Erfahrungen mit nur einem Therapeuten und mit einer zeitlich verteilten (2 Sitzungen/Woche) Therapie. Dieses modifizierte Konzept ist eine effiziente, allen sozialen Schichten zugängliche und in der therapeutischen Praxis gut anwendbare Form der Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen.

Wie groß der *Bedarf* an professioneller Hilfe bei sexuellen Störungen ist, zeigte eine Umfrage bei Hamburger Ärzten (*Schorsch* u.a. 1977). Danach suchen in einer einzigen Woche mindestens 1 100 Hamburger Männer und Frauen einen Arzt ausdrücklich wegen eines sexuellen Problems auf. Die ärztliche Behandlung beschränkt sich in der Regel auf unspezifische Beratungsgespräche oder auf die Verschreibung von Psychopharmaka und Hormonpräparaten*, was die meisten der befragten Ärzte als ungenügend beurteilen und daher ausdrücklich Fortbildung auf diesem Gebiet wünschen.

Um die Versorgungs- und Fortbildungssituation zu verbessern, hat die Abteilung für Sexualforschung der Psychiatrischen und Nervenklinik des Universitätskrankenhauses Eppendorf im Juli 1980 die Sexualberatungsstelle eingerichtet, die zunächst für 3 1/2 Jahre vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) im Rahmen der Modellaktion „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“ finanziert wird. Aufgrund intensiver Bemühungen haben wir inzwischen eine – wiederum befristete – Mischfinanzierung aus Bundes- und Landesmitteln (BMJFG und Behörde für Wissenschaft und Forschung, Hamburg) erreichen können; eine Etablierung der Sexualberatungsstelle steht noch aus.

Die Sexualberatungsstelle befindet sich in einem halb-öffentlichen, halb-privaten Gebäude in der Nähe des Hamburger Hafens in einem einfachen und nüchternen Wohn- und Büroviertel. In der Sexualberatungsstelle arbeiten vier Psychologen und eine Sachbearbeiterin, außerdem zeitlich begrenzt jeweils zwei bis vier Praktikanten sowie freie Mitarbeiter.

Kern der Arbeit der Sexualberatungsstelle bilden die Patientenbehandlung und die Entwicklung eines Beratungskonzepts. Anfangs wurden die Patienten mehr durch niedergelassene Ärzte, Beratungsstellen oder Kliniken zu uns überwiesen; mit zunehmendem Bekanntheitsgrad nimmt der Anteil der Patienten zu, die sich direkt an die Sexualberatungsstelle wenden. Nach telefonischer Anmeldung erhalten die Patienten einen Termin für ein Erstgespräch, an das sich je nach Indikation und individueller Problemlage unterschiedlich viele Folgegespräche oder eine Therapie anschließen. Die Patientenbehandlung wird kontinuierlich begleitet durch teaminterne Supervision, Balint-Gruppe sowie Reflexion und Weiterentwicklung des Beratungskonzepts.

Fortbildung ist in unserem Konzept der notwendigen Integration von Sexualberatung in die therapeutische Versorgung ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit. Entsprechend der Bedeutung, die Sexualität als Problemfeld in den jeweiligen Arbeits-

*In der o.a. Untersuchung nicht erwähnt, aber durchaus verbreitet sind operative Behandlungen sexueller Probleme (z. B. Durchtrennung des Frenulum bei vorzeitigem Samenerguß, Scheidenweitung bei Vaginismus, Uterus-Entfernung bei chronischen Unterleibsschmerzen).

bereichen hat, ist das Fortbildungsangebot unterschiedlich ausführlich und reicht von intensiven Fortbildungskursen zu Paartherapie und Sexualberatung über kontinuierliche Supervisionsgruppen bis zu einmaligen Veranstaltungen, Seminaren oder Vorträgen.

Uns geht es darum: Der Gefahr, Sexualität aus dem Lebenszusammenhang der Patienten zu isolieren, ist sinnvoll nur zu begegnen, wenn sexuelle Konflikte und Wünsche in dem medizinischen oder psychosozialen Zusammenhang, in dem sie auftauchen – beim Hausarzt, in der Schule, auf der psychiatrischen Station, in der Erziehungs- oder Eheberatungsstelle – angstfrei angesprochen werden können. Erst dann kann das immer noch heikle Thema Sexualität als bewußter Bestandteil therapeutischer Arbeit selbstverständlich werden.

1. Symptome und Probleme

Die meistgenannten sexuellen Schwierigkeiten sind bei Frauen Erregungs- und Orgasmusstörungen; seltener sind Vaginismus und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Männer klagen am häufigsten über Erektionsstörungen und vorzeitigen Samenerguß, sehr viel seltener über ausbleibenden Samenerguß und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Unser Interesse gilt nicht so sehr der an physiologischen Funktionen festgemachten Symptombeschreibung. Wichtiger ist uns eine übergreifende Problemdefinition, die sich an der *subjektiven Wirklichkeit* der Patienten orientiert, gestützt durch Hypothesen über den *Bedeutungsgehalt* des Symptoms. Wir wollen das am Beispiel einiger häufig genannter Problemdefinitionen illustrieren:

„Ich fühle mich taub und lustlos“

Eine 30jährige Frau, seit 10 Jahren verheiratet, leidet seit einigen Jahren an depressiven Verstimmungen und an mangelndem sexuellem Interesse. Hin und wieder läßt sie ihrem Mann zuliebe den Geschlechtsverkehr über sich ergehen, empfindet dabei weder Erregungs- noch Lustgefühle. Weder auf Selbstbefriedigung noch auf andere Männer hat sie Lust. Ihr Mann reagierte zunächst wütend, dann resigniert auf ihre Unlust. Sie glaubt nicht, daß ihre Lustlosigkeit mit ihrem Mann zu tun hat. Sie kommt mutlos und verunsichert in die Sexualberatungsstelle, weil sie sich eine Klärung erhofft, woran ihr sexuelles Desinteresse liegt.

Sexuelle Verweigerung und Lustlosigkeit als Grund ihrer Verunsicherung beschreiben häufiger Frauen als Männer. Männer erleben ihre sexuelle Störung eher als Unfähigkeit, seltener als Gefühllosigkeit. Beides kann das Ergebnis latenter Trennungswünsche sein, die zwischen den Partnern nicht angesprochen werden, oder der unbewußte Ausdruck von Abgrenzungswünschen von einem Partner, der sich selbst als besonders sexuell aktiv und appetent sieht. Die Unsicherheit gegenüber der eigenen Lustlosigkeit führt zu Selbstbeobachtung, Verspannung und emotionalem Druck, der sich dann häufig zu einer generellen Abwehr, selbst harmloser Körperberührungen, verfestigt.

„Ich bin nicht gut genug“

Eine Frau, Anfang 40, hat über Jahre ihre Sexualität als befriedigend erlebt, ohne dabei je einen Orgasmus gehabt zu haben. Durch Gespräche mit Freundinnen und entsprechende Lektüre geriet sie jedoch zunehmend unter Druck, mit ihr könne etwas nicht stimmen. Als ihr Mann schließlich davon erfährt, unterstützt er die Befürchtung seiner Frau dadurch, daß er zunächst voller Hoffnung und mit

besten Absicht versucht, durch verschiedene Stimulationstechniken ihren Orgasmus zu erreichen. Auf seinen Mißerfolg reagiert er mit Resignation und Enttäuschung, die Frau mit Erregungsstörungen. Versagensängste haben beide Partner unter den Druck einer „Erlebnisleistung“ gebracht.

Für Belastungen wie Erfolgsorientierung und Leistungsansprüche, ist Sexualität besonders empfindlich. Objektiver Leistungsdruck und Minderwertigkeitsgefühle können dazu führen, daß auch die Sexualität als „Rückzugsmöglichkeit“ beeinträchtigt wird oder daß sie – wie im Beispiel ebenfalls als Bereich der Leistung erlebt wird, in Form zielgerichteter Erfolgssexualität und Gefühlskontrolle.

„Ich bin kein richtiger Mann / keine richtige Frau“

Ein Mann, Mitte 30 und verheiratet, leidet in den letzten Jahren seiner Ehe zunehmend unter seinem vorzeitigen Samenerguß. Als Jugendlicher hatte er lange Zeit gestottert. Er studiert seit Jahren, ohne zu einem Abschluß zu kommen. Seine Frau, die drei Kinder mit in die Ehe brachte, ist neben ihrem Beruf als Lehrerin sehr engagiert in der Gewerkschaft und aktive Sportlerin. Neben ihr fühlt er sich wertlos und als Versager.

Die Verunsicherung der eigenen Männlichkeit oder Weiblichkeit ist bei den Geschlechtern unterschiedlich geprägt. Frauen berichten häufiger Probleme, die sich auf ihr Körpergefühl beziehen. Sie fühlen sich dann unattraktiv, unbeholfen, wissen mit ihrem Körper nicht viel anzufangen. In sexuellen Situationen fühlen sie sich nüchtern, haben Angst vor Kontrollverlust und leiden gleichzeitig darunter, sich nicht hingeben zu können. Männer nennen seltener solche Schwierigkeiten. Ihre Verunsicherung äußert sich eher in der fundamentalen Angst, „kein richtiger Mann“, ein „Schlappschwanz“ zu sein. Ist diese Angst in der individuellen Lerngeschichte vorbereitet, so findet sie in einer leichten Beeinträchtigung der sexuellen Funktion neue Nahrung, die dann zu einer chronischen Störung führen kann.

„Ich bin allein“

Ein Seemann klagt über Erektionsschwierigkeiten. Es hat seit Jahren kein Zuhause, wohnt an Land immer in Notunterkünften, hat weder Freunde noch eine Partnerin. Er glaubt, so lange keine Freundin zu finden, bis seine Erektionsschwierigkeiten behoben sind. Außerdem werde ja doch keine Frau auf ihn warten.

Das „eigentliche“ Problem ihrer sozialen Isolation sehen Männer oft – wie im Beispiel – als sexuelles. So kann die Illusion eines ganz anderen Lebens, wenn erst einmal das sexuelle Symptom behoben ist, gewahrt bleiben und vor der viel belastenderen Einsicht schützen, unfähig zu dauerhaften Beziehungen zu sein. Frauen schildern weniger ihre objektive Isolation als das Gefühl, nicht mehr gebraucht oder nicht mehr wahrgenommen zu werden. Das gilt etwa für die Vereinsamung der älteren Frauen, die sich nutzlos fühlen, nachdem die erwachsenen Kinder das Haus verlassen haben. Auch hier ist das sexuelle Problem, etwa einer völligen Lustlosigkeit, Ausdruck einer bedrückenden Lebenssituation.

„Ich kann nicht ich selbst sein“

Eine 30jährige Frau leidet seit Jahren unter Orgasmusschwierigkeiten. Ihr Freund gehe damit sehr verständnisvoll um. Er sei aber nicht mitgekommen, weil sie das zunächst allein klären will. Außerdem habe sie

in langen Gesprächen mit ihrem Freund erarbeitet, daß sie nun einmal etwas für sich selbst tun müsse. Im Zusammensein mit ihrem Freund hatte sie immer das Gefühl, sich mehr nach ihm als nach den eigenen Bedürfnissen zu richten. Allerdings seien ihr die eigenen Bedürfnisse auch nicht so klar.

Solche Autonomiekonflikte werden gerade von Patienten häufig geäußert, die in sehr engen Partnerschaften mit der Angst leben, dadurch weniger eigenen partnerunabhängigen Wünschen nachzugehen. Ein sexuelles Symptom kann dann die Bedeutung einer „Autonomiewahrung“ haben. Es bindet die Angst, sich durch sexuelle Hingabe abhängig zu machen und dient als Reservat der Eigenständigkeit, als Schutz vor Autonomieverlust bei der gleichzeitigen Möglichkeit, Nähe herzustellen. Diese Funktion können sexuelle Symptome in Partnerschaftsbeziehungen bekommen, in denen gegenseitige Autonomie- und Gemeinsamkeitserwartungen zu einem Konflikt geworden sind (*Clement* 1981, *Frenken* 1981, *Willi* 1975).

Wir haben bei der Beschreibung dieser Problemfelder nicht zwischen Heterosexuellen und Homosexuellen unterschieden. Die genannten Probleme betreffen beide sexuellen Orientierungen. Für die speziellen Probleme der Homosexuellen haben zwei ehrenamtliche Mitarbeiter der Sexualberatungsstelle eine „Informationsstelle Homosexualität“ eingerichtet. Schwerpunkt ist hier nicht Beratung und Therapie, sondern politische Arbeit sowie Lebenshilfe in Einzelfällen (z. B. Mietprobleme im Zusammenhang mit der Homosexualität, Unsicherheit im Kontakt mit der homosexuellen Subkultur). Allerdings nehmen insgesamt Probleme im Umgang mit der Homosexualität in der Sexualberatungsstelle nur einen geringen Stellenwert ein. Das verstärkte Selbstbewußtsein von Homosexuellen und die Organisation von Selbsthilfe macht sich damit auch in unserer Beratungsarbeit bemerkbar (*Dannecker* 1975).

Sexuelle Deviationen, sexuelle Strafdelikte und Transsexualität machen zwar einen nennenswerten Teil unserer Arbeit aus, können jedoch hier nicht näher dargestellt werden. (Literatur: *Lohse & Röbbeling* 1980, *Schorsch* 1975, *Sigusch u. Reiche* 1975, *Stoller* 1975).

2. Theoretisches Konzept sexueller Störungen und therapeutische Grundhaltung

Sexuelle Symptome stehen immer im Zusammenhang mit anderen Schwierigkeiten und Konflikten. Sie können auf passageren Unzufriedenheiten, Lebenskrisen oder chronischen Persönlichkeitsstörungen beruhen, können Ausdruck einer individuellen Problematik oder von Partnerkonflikten sein. Die Analyse des Bedeutungsgehaltes und der Funktion einer sexuellen Störung sind Grundlage für ihr Verständnis und für den therapeutischen Zugang.

Direkt erlebt und *individuell* verarbeitet wird vom Patienten zunächst der Leidensaspekt des Symptoms. Es bedeutet Schwäche, Makel und Krankheit; das Selbstwertgefühl des Patienten kann erheblich daran leiden; starke depressive Reaktionen können die Folge sein. Der Patient fühlt sich verzweifelt und hilflos der Störung ausgeliefert.

Über das unmittelbare Leiden hinaus hat das Symptom noch andere, meist unbewußte Funktionen zu erfüllen, die der Stärkung des psychischen Gleichgewichts dienen. Das

Symptom kann Ausdruck einer symbolischen momentanen Konfliktlösung sein, wo Bedürfnisse nach Autonomie und Abgrenzung verschlüsselt in Erscheinung treten, so daß Ängste vor Verlassenwerden oder Ablehnung in Schach gehalten und Schuldgefühle beschwichtigt werden. Umgekehrt können Wünsche nach Nähe und Verschmelzung im Symptom realisiert werden ohne Gefahr des Vereinnahmt-Werdens, des Kontrollverlustes und der Selbstaufgabe.

Aggressive unsoziale Impulse, die verleugnet werden, können in der sexuellen Symptomatik ebenso ihren Ausdruck finden. So können beschämende, niederträchtige Anteile, etwa Wünsche nach Erniedrigung, Entwertung, Rachegefühle, sich im sexuellen Symptom ausdrücken und zwar in einer vergleichsweise gezähmten Form. Der vorzeitige Samenerguß eines Mannes etwa kann seinen unbewußten Wunsch erfüllen, Frauen zu enttäuschen, ihm gleichzeitig aber eine kurzfristige Nähe und teilweise Befriedigung seiner Verschmelzungswünsche ermöglichen.

Im sexuellen Symptom zeigen sich also bei reflektierter Betrachtung auch Stärken, nämlich symbolische Wunscherfüllung und Konfliktlösung bei gleichzeitiger Bindung von Ängsten und Schuldgefühlen.

In der *Interaktion* mit dem Partner bedeutet das sexuelle Symptom zunächst Schwäche und Hilflosigkeit; sekundäre Reaktionen sind Schamgefühle, Traurigkeit und Resignation. Der Patient mobilisiert in seinem Partner Mitgefühl, Sorge und Hilfsbereitschaft oder auch gegensätzliche Gefühle wie Ärger und Unverständnis, wenn das Mitgefühl überstrapaziert wird.

Ein Patient, der sich vernachlässigt fühlt, kann durch die sexuelle Dysfunktion bei seinem Partner Aufmerksamkeit erregen, gleichzeitig aber befürchtete aggressive Reaktionen oder Enttäuschung durch seine Schwächedemonstration beschwichtigen. Darüber hinaus kann das Symptom auch einen Schutz für den Partner oder die Partnerschaft haben: der Vaginismus einer Frau etwa kann ihren Partner vor seinen Potenzängsten schützen, die er dann nicht wahrzunehmen braucht.

Das *Verhältnis labilisierender und stabilisierender Elemente* in der Symptomatik hat erheblichen Einfluß auf die Motivation des Patienten zur Veränderung. Überwiegen die stabilisierenden Elemente, wird der Patient sich gegen eine Veränderung wehren, weil er das Symptom zur Aufrechterhaltung seines inneren Gleichgewichts braucht. Ist das Verhältnis zugunsten der labilisierenden Anteile unausgewogen, erhöht sich der Druck auf Veränderung. Die labilisierenden Faktoren haben insofern für den Patienten *progressiven* Charakter, weil sie auf Veränderung drängen. Die stabilisierenden Faktoren haben eher *regressiven* Charakter, motivieren zum Rückzug und zur Abwehr von Veränderungsimpulsen. Die therapeutische Aufgabe besteht darin, den Patienten auch in seinen Stärken und den 'gesunden' Anteilen des Symptoms zu akzeptieren. Aufbauend auf der Stärke, die in dem sexuellen Symptom liegt, kann der Therapeut sich den beunruhigenden Faktoren der Störung zuwenden und den Patienten erleichtern, das Risiko einer Veränderung einzugehen, ohne daß er befürchten muß, sich selbst aufzugeben.

3. Beratung und Therapie

In unserer Beratungsarbeit orientieren wir uns am Paartherapiekonzept, wie es in der Abteilung für Sexualforschung entwickelt worden ist (Arentewicz & Schmidt 1980), einem verhaltenstherapeutischen Ansatz also, der durch eine paar- und psychodynamische Sicht sexueller Symptome erweitert ist.

Die Paartherapie ist allerdings in vielen Fällen keine praktikable Alternative, etwa wenn der Patient keinen Partner hat oder die Einbeziehung des Partners therapeutisch nicht sinnvoll ist. Außerdem ist der Entschluß, in die Sprechstunde der Sexualberatungsstelle zu gehen, nicht gleichbedeutend mit der Absicht, eine zeitlich und emotional aufwendige Therapie zu machen. Bei den meisten Patienten ist der ausdrückliche Wunsch, eine Therapie zu machen, nicht oder nur ambivalent vorhanden. Viele haben nur unklare Vorstellungen, was sie von einem Erstgespräch erwarten.

Einige Patienten suchen die Möglichkeit einer Aussprache, die sie sonst nicht haben, zumindest nicht bei einem sexuellen Thema. Beratung in diesem Sinne „ersetzt“ eigentlich den fehlenden Partner oder Freund, entlastet den Patienten, ohne daß er den Wunsch nach einer weiteren Konfliktbearbeitung hätte. Die Aufgabe des Beraters ist hier eine stützende und verstehende, keine aufdeckende und konfrontierende.

Andere Patienten erwarten vom Beratungsgespräch eine Art „Experten“-Urteil über die eigene Sexualität. Die in diesem Zusammenhang oft gestellte Frage, ob die eigene Sexualität „normal“ sei, drückt dann eine Beunruhigung aus, das eigene Erleben mit sozial vermittelten oder phantasierten Ansprüchen in Einklang zu bringen. Hinter der Frage einer Frau, ob die Lustlosigkeit ihres Mannes normal sei, kann ihre eigene Angst vor sexueller Erregung versteckt sein oder die Kränkung, nicht begehrt zu werden. Aufgabe des Beraters ist es hier, die Motive, z. B. Angst, anzusprechen und mit der Patientin zu überlegen, wie weit sie zu einer Aufarbeitung ihrer Ängste bereit ist.

Beides sind Beispiele für sehr unterschiedliche Motive, zu einem Erstgespräch zu kommen, Motive, die keineswegs eine Therapiemotivation bedeuten müssen. Ganz abgesehen von den Grenzen, die unsere Kapazität an Therapieplätzen hat sind wir vorsichtig mit einem Therapieangebot als bestem Weg der persönlichen Entwicklung. Therapie – gleich welcher Schulrichtung – ist nur eine von vielen Möglichkeiten, Symptome zu lindern, persönliche Konflikte zu klären oder sich mit seinem Leiden zu versöhnen. In diesem Sinne besteht Beratung als Alternative zur Therapieindikation oder im Vorfeld einer Therapieindikation aus Überlegungen und Gesprächen darüber, wie weit der Patient in seinem realen Lebensbereich solche anderen Möglichkeiten hat, wahrnimmt und nutzen kann.

Dennoch kann Therapie – bei entsprechend hoher Motivation – sinnvoll sein. Bei unserer Arbeit haben sich die folgenden Möglichkeiten als sinnvoll erwiesen:

– *Paargruppen* (4–5 Paare; weiblicher und männlicher Therapeut, ca. 30 Sitzungen). Sie sind in einer späteren Phase der Therapieentwicklung in der Abteilung für Sexualforschung als Erweiterung der Einzel-Paartherapie durchgeführt worden, zunächst „als Paar-

therapie in der Gruppe“ dann stärker unter Einbeziehung gruppendynamischer Aspekte.

- *Frauengruppen* (6–8 Frauen; zwei Therapeutinnen, ca. 30 Sitzungen) für Frauen, bei denen die Entwicklung einer selbstbestimmten Sexualität und der Autonomie in anderen Bereichen im Vordergrund steht.
- *Einzel-Paartherapien*. Sie werden vorwiegend im Rahmen der Fortbildungstätigkeit (Kotherapie eines erfahrenen mit einem in der Fortbildung befindlichen Therapeuten) und bei besonders schwierigen Paaren durchgeführt (18–40 Sitzungen).

Das therapeutische Vorgehen läßt sich an dieser Stelle nicht im einzelnen ausführen. Es ist detailliert bei Arentewicz & Schmidt (für die Einzelpaartherapien und die Paargruppen) und bei Barbach (1977) und Meulenbelt (1980) (für die Frauengruppen) nachzulesen.

Für die Patienten dagegen, die vorwiegend eine Aussprache suchen, die einen vorsichtigen Versuch machen, einmal über ihre Sexualität zu sprechen, die sich über ihre Veränderungswünsche nicht klar sind, die eine Stellungnahme zu einem umgrenzten Problem wollen, sind Beratungsgespräche eine sinnvolle und oft hilfreiche Möglichkeit der Orientierung und psychischen Stabilisierung. Dabei spielt die Beratung im wörtlichen Sinne eines Ratgebens eine relativ geringe Rolle. Viel wichtiger ist die Herstellung einer Gesprächsatmosphäre, die entlastet und die es dem Patienten ermöglicht, sein Leiden unter einem neuen Gesichtspunkt zu sehen und seine Veränderungs- und Beharrungswünsche zu durchdenken.

Literatur

- Arentewicz, G., G. Schmidt (Eds.): Sexuell gestörte Beziehungen. Berlin: Springer, 1980
- Barbach, L.G.: Group treatment of preorgasmic women. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1 (1974) 139–145
- Barbach, L.G. For Yourself. Berlin: Ullstein 1977
- Benz, A.E., J. Ausländer: Analytisch orientierte Kurz-Psychotherapie der Impotenz und Ejaculatio praecox. *Psyche* 5 (1979) 395–406
- Bieber, J.: The psychoanalytic treatment of sexual disorders. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1 (1974) 5–15
- Brady, J.P.: Psychotherapy by a combined behavioral and dynamic approach. *Comprehensive Psychiatry* 9 (1968) 536–543
- Clement, U.: Bürgerliche Verbesserung der Liebe. *Sexualität konkret* (1981) 47–48
- Dannecker, M.: Warum die Therapie der Homosexualität die Lage der Homosexuellen verschlechtert. In V. Sigusch (Hrsg.) *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart, Thieme 1975
- Ellis, A.: The rational-emotive approach to sex therapy. *Counseling Psychologist* 5 (1975) 14–21
- Frenken, J.: Sex role related differences between men and women in experiencing sexuality and in fusion versus dissociation of sex

- and affection. Vortrag beim „Seventh Annual Meeting of the International Academy of Sex Research, Haifa, Israel, Juni 1981
- Friedman, M.: Success phobia and retarded ejaculation. *American Journal of Psychotherapy* 27 (1973) 78–84
- Gunther, B.: Sensory awakening and sensuality. In H. Otto (Ed.) *The new sexuality*. Palo Alto (California): Science & Behavior Books, 1971
- Hartmann, W.E., M.A. Fithian: Enhancing sexuality through nudism. In H. Otto (Ed.) *New Sexuality*. Palo Alto (California): Science & Behavior Books, 1971
- Hauch, M., G. Arentewicz, M. Gaschae: Manual zur Paartherapie sexueller Funktionsstörungen. In G. Arentewicz, G. Schmidt (Eds.) *Sexuell gestörte Beziehungen*. Berlin: Springer, 1970 188–282
- Kaplan, H.S.: *The new sex therapy*. New York: Brunner, Mazel, 1974
- Kaufman, G., J. Krupka: A sexual enrichment program for couples. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 12 (1975) 317–319
- Levy, A.N., A. Kagle: Recent advances in sex therapy: Integration with the dynamic therapies. *Psychiatric Quarterly* 50 (1978) 5–16
- Lobitz, W.C., J. LoPiccolo: New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 3 (1972) 265–271
- Lohse, H., G. Röbbeling: Therapie von nicht-inhaftierten Sexualstraftätern. Vortrag auf dem Kongreß für klinische Psychologie und Psychotherapie der DGVT und GwG in Berlin, Febr. 1980
- LoPiccolo, J., W.C. Lobitz: The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior* 2 (1972) 163–171
- LoPiccolo, J., L. LoPiccolo (Eds.) *Handbook of sex therapy*. New York, London: Plenum Press, 1978
- Marks, J.: Review of Behavioral Psychotherapy, II: Sexual Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 6 (1981) 750–757
- Masters, W.H., V.E. Johnson: *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown, 1970
- Meulenbelt, A.: Für uns selbst. München: Frauenoffensive, 1980
- Otto, H.A.: Marriage and family enrichment programs in North America – Report and analysis. *Family Coordinator* 24 (1975) 137–142
- Pfäfflin, F., U. Clement: Sexualstörungen. In U. Baumann, H. Berball, G. Seidensticker (Hrsg.) *Klinische Psychologie – Trends in Forschung und Praxis*. Bern: Huber (1981) 287–307
- Schneidman, B., L. McGuire: Group therapy for nonorgasmic women: Two age levels. *Archives of Sexual Behavior* 5 (1976) 239–247
- Schorsch, E.: Sexuelle Perversionen: Ideologie, Klinik, Kritik. In V. Sigusch (Hrsg.) *Therapie sexueller Störungen*, Stuttgart, Thieme, 1975
- Schorsch, E., T. Brand, G. Schmidt, A. Spengler: Zur Versorgung von Patienten mit sexuellen Störungen. *Sexualmedizin* 6 (1977) 585–590
- Sigusch, V., R. Reiche: Die Untersuchung und Behandlung transsexueller Patienten. In V. Sigusch (Hrsg.) *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart, Thieme, 1975
- Stoller, R.J.: *Perversion: Die erotische Form von Haß*. Reinbek: Rowohlt, 1979
- Wallace, D.H., L.G. Barbach: Preorgasmic group treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1 (1974) 146–154
- Willi, J.: *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt, 1975

Dipl.-Psych. Gerlinde Röbbeling, Dipl.-Psych. Ulrich Clement, Sexualberatungsstelle, Seewartenstr. 7, 2000 Hamburg 11

Die Behandlung sexueller Delinquenz mit Antiandrogenen

G. Kockott, München

Treatment of Sexual Delinquency by Means of Antiandrogens

A review of the literature published during the past ten years reveals a clear drop in the number of publications on the treatment of sexual deviations with antiandrogens. Although only one double-blind study has been published so far, we can safely say on the basis of the other experience reports that the antiandrogen Cyproterone acetate reduces appetite in males and also that this effect is reversible, besides an established good body tolerance of the preparation. At first, the spectrum of indications was very broad, and it is now markedly narrowed down, although it is still very inhomogeneous. The need of combining treatment with antiandrogens with psychotherapeutic measures has been generally recognized. Catamnestic reports are extremely rare. This means we are unable to give a satisfactory answer to essential questions, such as the range of indication, the duration of treatment with the preparation under discussion, the number of relapses after discontinuing the administration, etc. Further research in this field is imperative.

Zusammenfassung

Ein Literaturüberblick über die letzten 10 Jahre läßt einen deutlichen Rückgang der Veröffentlichungen zur Behandlung sexueller Deviationen mit Antiandrogenen erkennen. Obwohl bisher nur eine einzige Doppelblindstudie vorliegt, kann aufgrund der übrigen Erfahrungsberichte die appetenzreduzierende Wirksamkeit des Antiandrogens Cyproteronacetat beim Mann und die Reversibilität dieser Wirkung sowie die gute körperliche Verträglichkeit als hinreichend gesichert angesehen werden. Der anfänglich sehr weit gesteckte Indikationsbereich wurde deutlich eingeeengt, ist jedoch noch immer sehr uneinheitlich. Die Notwendigkeit, die Antiandrogenbehandlung mit psychotherapeutischen Maßnahmen zu kombinieren, ist allgemein anerkannt. Äußerst selten sind katamnestiche Berichte. Dadurch können wesentliche Fragen, die zum Beispiel den Indikationsbereich, die Dauer der medikamentösen Behandlung, die Zahl der Rückfälle nach Beendigung der medikamentösen Therapie betreffen, weiterhin nicht befriedigend beantwortet werden. Hier ist weitere Forschung zwingend.

Einleitung

Die Bemühungen um eine medikamentöse Behandlung sexueller Delinquenten haben keine lange Vorgeschichte. Nach den Angaben von Freund (1980) benutzte 1944 Foote als erster Antiandrogene, um den sogenannten Sexualtrieb zu reduzieren. Wie auch später andere Autoren (Golla und Hodge 1949, Whittaker 1959; Scott 1964, Allen 1979) verwandte er hierzu Östrogenpräparate. Die Nebenwirkungen der Behandlung, wie Übelkeit, Brechreiz, Feminisierung, irreversible Gynäkomastie, Hodenatrophie und Gefahr einer Osteoporose wa-

ren jedoch so erheblich, daß sie sich niemals recht durchsetzte. Mit der erfolgreichen Einführung der Neuroleptika in die Psychiatrie begann der Versuch, diese Psychopharmaka auch in der Therapie sexueller Deviationen zu erproben. Die Ergebnisse der Behandlung mit Thioridazin (Litkey und Fenicy 1967, Bartholomew 1964), Fluphenazin (Bartholomew 1968) und Benperidol (Sterkmans und Geerts 1966) waren nicht sehr überzeugend. Die einzige Doppelblindstudie (Tennent et al. 1974) hierzu, die die Wirkung eines Butyrophenons (Benperidol) und eines Phenothiazins (Chlorpromazin) gegen Placebo verglich, ergab eine insgesamt leicht reduzierende, aber klinisch nicht relevante Wirkung der Psychopharmaka auf das deviante Sexualverhalten gegenüber Placebo und konnte keine bessere Wirksamkeit eines der beiden Medikamente über das andere aufzeigen. 1962 entdeckten Neumann u. Mitarb. (Hamada et al. 1963) zufällig, daß das Cyproteronacetat (CA), das von Wiechert ein Jahr zuvor im gleichen Labor synthetisiert worden war, starke antiandrogene Wirkungen hat. Heute ist auch die gestagene antigonadotrope Wirkung des CA bekannt. Der antiandrogene Effekt wird auf eine kompetitive Hemmung der Androgene an den Rezeptoren der Erfolgsorgane zurückgeführt. Damit kann das CA alle funktionell oder morphologisch androgenabhängigen Organsysteme beeinflussen. Diese Zusammenhänge sind in tierexperimentellen Studien untersucht worden (Übersicht bei Neumann u. Steinbeck 1974). 1966 wurde CA erstmals beim Menschen zur Reduktion der sexuellen Appetenz angewandt (Laschet u. Laschet 1967). Seit 1968 ist eine Reihe von Berichten über Behandlungserfahrungen bei Menschen erschienen (erste Mitteilungen von Giese, Krause u. Schmidt 1968, Laschet u. Laschet 1968, Seebandt 1968). Bisher sind 57 Veröffentlichungen mit sehr unterschiedlichem Niveau erschienen, davon nur noch 17 in den letzten sieben Jahren – und eine einzige Doppelblindstudie.

Parallel zu dieser Entwicklung berichtet J. Money 1968 erstmals über die Anwendung von Medroxyprogesteronacetat (MPA) in den USA zur Beeinflussung sexual devianter Erregbarkeit. Seither ist eine Reihe weiterer Erfahrungsberichte dieser Behandlungsform, vornehmlich in den USA, erschienen (für einen Überblick siehe Walker et al. im Druck). Aber auch hier liegen bis heute keine Doppelblindstudien an größeren Patientengruppen vor.

Klinische Wirkung des Cyproteronacetat (CA):

Eine Tagesdosis von 100 mg bis 200 mg, im Ausnahmefall bis zu 300 mg, führt nach einer Woche, maximal nach drei Wochen zu einer Verminderung der sexuellen Appetenz, die dosisabhängig ganz erlöschen kann. Außerdem läßt die