

Homöopathie bei sexuellen Störungen

Maria Schäfgen



 Haug



Maria Schäfgen (Jg. 1967) Dipl. Psych., Heilpraktikerin und freie Autorin mit Praxissitz in Berlin. Therapeutische Schwerpunkte sind die Behandlung von sexuellen Störungen bei Frauen und Männern, chronischen Krankheiten und Depressionen mit klassischer Homöopathie, Osteopathie und Energetischer Psychotherapie. Maria Schäfgen ist Autorin mehrerer Bücher und als Dozentin deutschlandweit tätig.

www.maria-schaeften.de

Maria Schäfergen

Homöopathie bei sexuellen Störungen

2 Abbildungen

3 Tabellen

Karl F. Haug Verlag · Stuttgart

**Bibliografische Information
der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Anschrift der Autorin

Maria Schäfgen
Dernburgstr. 59
14057 Berlin

© 2010 Karl F. Haug Verlag in
MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co. KG
Oswald-Hesse-Str. 50, 70469 Stuttgart

Unsere Homepage: www.haug-verlag.de

Printed in Germany

Zeichnungen: Christine Lackner, Ittlingen
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlagfoto: bpk/RMV/Bulloz, Berlin
Satz: stm|media GmbH, Köthen
gesetzt in: Adobe InDesign CS4
Druck: AZ Druck und Datentechnik GmbH

ISBN 978-3-8304-7298-8

1 2 3 4 5 6

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Vorwort

Sexualität ist ein Thema, das uns alle angeht. Wir sind durch einen sexuellen, aber leider nicht immer liebevollen Akt ins Leben gerufen worden und tragen als Menschen den Auftrag in uns, durch Sexualität unsere Art zu erhalten. Darüber hinaus dient Sexualität natürlich auch der Bindung der Partner aneinander – und hier gibt es oft schon die größten Störfelder: Sexualität wird häufig „entbunden“ gelebt, losgelöst von Emotionen wie Liebe, Zärtlichkeit und Verbindlichkeit. Sex ist ein Marktwert geworden, Frauen und Männer werden nach ihrem „Fuckability-Quotienten“ taxiert und „Sex sells“ – wie man in der Werbung sagt. Neotantrische Strömungen verführen Patienten dazu, ihre Beziehungen nach außen zu öffnen und polygam zu leben, bevor sie eine Beziehung zu sich selbst geöffnet und eine polygame Beziehung zu ihren eigenen Persönlichkeitsaspekten entwickelt haben. Das führt häufig zu Retraumatisierungen der sexuellen Wunden und der Beziehungswunden.

Für mich ist die klassische Homöopathie eine zutiefst beziehungsorientierte Medizin. Denn sexuelle Störungen werden immer im Kontext mit der Beziehungsfähigkeit des Patienten gesehen und behandelt. Aus diesem Grund werden die Themen „soziale Unsicherheit“ und „Depression“ im Zusammenhang mit sexuellen Problemen auch besonders umfassend in dem Kapitel 6.1.1 und 6.1.2 dargestellt.

Es scheint so zu sein, dass die menschliche Sexualität in ihrer umfassenden Bedeutung für Lebensqualität und Lebensfreude ein Thema ist, das homöopathisch sehr gut durch die Polychreste behandelbar ist. Das macht die Therapie mitunter recht einfach. Für viele, insbesondere junge Kolleginnen und Kollegen, ist das schwer zu begreifen, würden sie doch viel lieber exotische Mittel wie z.B. *Agraulis vanille* oder *Ficus benjamini* geben. Sie verordnen auch häufig solche oder andere exotische Mittel und scheitern: Die Symptome verändern sich nicht und die Patienten bleiben der Praxis fern. Vielleicht lässt sich die große Bedeutung der Polychreste damit erklären, dass Sexualität mit ihren Bedürfnissen, Bestrebungen und

Besessenheiten so tief in uns verwurzelt ist, dass die „großen“ homöopathischen Arzneimittel die wichtigsten Themen wie Libidoverlust, Orgasmusstörung, *Ejaculatio praecox*, erektile Dysfunktion, *Dyspareunie* und *Vaginismus* abdecken.

Herausfordernd an der homöopathischen Sexualtherapie ist neben der Arzneimittelwahl vor allem die Kommunikation mit den Patienten. Auch dieser Aspekt wird ausführlich in den Kapiteln 5.1, 5.2 und 5.4 beleuchtet.

Möge mein Resümee aus 17 Jahren homöopathischer Sexualtherapie dazu beitragen, dass mehr Menschen geholfen werden kann, in ihrer Sexualität wieder in Beziehung zu gehen und dass mehr liebevolles Beziehungsgeschehen in die Sexualität Einzug hält.

Meinen Kolleginnen und Kollegen wünsche ich, dass dieses Buch Anregungen gibt, Lust und Lebensfreude auch in erotischer Hinsicht in ihre Behandlungsabläufe zu integrieren.

Berlin, im Juni 2010

Maria Schäfgen

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
1 Sexuelle Störungen: Definition und Epidemiologie	1
1.1 Sexuelle Funktionsstörungen	1
1.2 Epidemiologische Aspekte	2
1.3 Sexualmedizinische Aspekte in der Homöopathie	3
2 Grundlagen der Sexualmedizin	4
2.1 Dimensionen und Funktion menschlicher Sexualität	4
2.2 Entwicklung der Sexualforschung	5
2.2.1 Erste Ansätze	5
2.2.2 Frühe Pioniere	7
2.2.3 Moderne Sexualforschung zur weiblichen Sexualität	8
2.2.4 Moderne Sexualforschung zur männlichen Sexualität	11
2.2.5 Jenseits von Zuschreibungen: weibliche und männliche Sexualität	13
2.3 Physiologie der weiblichen sexuellen Reaktion	14
2.3.1 Historische Aspekte	14
2.3.2 Physiologie des Erregungszyklus	16
2.4 Physiologie der männlichen sexuellen Reaktion	17
2.5 Weiblicher und männlicher sexueller Reaktionszyklus: Unterschiede und Gemeinsamkeiten	18
3 Grundzüge sexualmedizinischer Diagnostik und Therapie	20
3.1 Diagnostische Kriterien	20
3.1.1 DSM-IV und ICD-10	20
3.1.2 Sexualanamnese	21
3.2 Aspekte der konventionellen Therapie	21
3.2.1 Medikamentöse Therapie	21
3.2.2 Psychotherapeutische Behandlungsmethoden	22
4 Sexualmedizinische Störungen	26
4.1 Sexuelle Funktionsstörungen der Frau	26
4.1.1 Appetenzstörungen	26
4.1.2 Erregungsstörungen	27
4.1.3 Orgasmusstörungen	28
4.1.4 Schmerzstörung: Dyspareunie	30
4.1.5 Schmerzstörung: Vaginismus	31
4.2 Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes	32
4.2.1 Appetenzstörungen	32
4.2.2 Erektionsstörungen	32
4.2.4 Ejaculatio praecox	34
5 Grundlagen einer homöopathischen Sexualtherapie	37
5.1 Behandlungsanlässe: Patienten in der Praxis	37
5.2 Heilungsaussichten sexueller Probleme durch klassische Homöopathie	38
5.3 Historische Aspekte: Gallavardin als Begründer der homöopathischen Sexualtherapie ...	40

5.4	Homöopathische Sexualtherapie im Rahmen einer konstitutionellen Behandlung	40
5.4.1	Sexualanamnese im Erstgespräch	41
5.4.2	Gesprächsleitfaden	42
5.4.3	Hinterfragen des eigenen Wertesystems	44
5.4.4	Hinterfragen der Symptome	45
5.4.5	Typische Wahnideen bei sexuellen Störungen	46
5.5	Von der Diagnose zur Verordnung	48
5.5.1	Diagnose, Hypothesen und Erwartungen an die Arznei.	48
5.5.2	Rolle und Funktion des Therapeuten.	50
6	Spezielle Aspekte der homöopathischen Sexualtherapie	56
6.1	Komorbiditäten	56
6.1.1	Soziale Phobie	57
6.1.2	Depressive Episode	57
6.2	Zyklusbedingte Veränderungen	61
6.3	Hypersexualität	61
7	Homöopathische Praxis mit Fallbeispielen	63
7.1	Orgasmusstörungen bei Frauen	63
7.2	Folgen von sexuellem Missbrauch bei Frauen	68
7.2.1	Strukturierende Fragen	69
7.2.2	Häufig vorkommende Arzneimittel	69
7.2.3	Folgen von sexuellem Missbrauch bei Männern	70
7.3	Schuldgefühle nach Sex	71
7.3.1	Symptome	71
7.3.2	Häufig vorkommende Arzneimittel	71
7.4	Folgen von unterdrückter Sexualität	74
7.5	Sexuelle Störungen bei Männern	76
7.6	Fallbeispiele erfolglos behandelte Fälle	79
8	Materia medica der homöopathischen Arzneimittel	85
8.1	Acidum nitricum	86
8.2	Acidum phosphoricum	87
8.3	Anacardium orientale	89
8.4	Argentum nitricum	90
8.5	Arsenicum album	91
8.6	Barium carbonicum	93
8.7	Bufo rana	94
8.8	Cactus grandiflorus	95
8.9	Calcium carbonicum	96
8.10	Cantharis (lytta) vesicatoria	97
8.11	Caulophyllum thalictroides	98
8.12	Causticum Hahnemanni	98
8.13	China officinalis	99
8.14	Coffea cruda (arabica)	100
8.15	Conium maculatum	101
8.16	Gelsemium sempervirens	102
8.17	Graphites naturalis	103
8.18	Hyoscyamus niger	103

8.19	Ignatia amara	105
8.20	Kalium bromatum	107
8.21	Kalium phosphoricum	107
8.22	Lachesis muta	108
8.23	Lycopodium clavatum	110
8.24	Medorrhinum	112
8.25	Natrium muriaticum	114
8.26	Nux vomica	116
8.27	Opium	117
8.28	Phosphorus	117
8.29	Platinum metallicum	119
8.30	Pulsatilla pratensis (nigricans)	120
8.31	Selenium	122
8.32	Sepia succus	122
8.33	Silicea terra	124
8.34	Staphisagria (Delphinium staphysagria)	125
8.35	Sulfur	127
9	Repräsentation der Symptome im Repertorium	129
9.1	Weibliche Genitalien	129
9.1.1	Empfindungslosigkeit, Taubheit	129
9.1.2	Abneigung gegen Koitus	130
9.1.3	Modalitäten des Koitus	130
9.1.4	Modalitäten des Orgasmus	131
9.1.5	Schmerzhafte Sexualität	131
9.1.6	Heftiges sexuelles Verlangen	132
9.1.7	Unterdrücktes sexuelles Verlangen	132
9.1.8	Starkes sexuelles Verlangen	132
9.1.9	Geringes sexuelles Verlangen	134
9.1.10	Vaginismus	135
9.2	Männliche Genitalien	136
9.2.1	Ejakulation – Modalitäten	136
9.2.2	Impotenz – fehlende Erektionen	137
9.2.3	Schmerzhafte oder lästige Erektionen	139
9.3	Gemüt	139
	Literatur	140
	Sachverzeichnis	142

1 Sexuelle Störungen: Definition und Epidemiologie

1.1	Sexuelle Funktionsstörungen	1
1.2	Epidemiologische Aspekte	2
1.3	Sexualmedizinische Aspekte in der Homöopathie	3

Sexuelle Störungen lassen sich in folgende Hauptgruppen unterteilen:

- sexuelle Funktionsstörungen
- sekundäre Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens infolge anderer Grunderkrankungen und/oder deren Behandlung oder von sexueller Traumatisierung
- Paraphilien (Störungen der sexuellen Präferenz, sexuelle Perversionen, sexuelle Abweichungen) mit Überschneidungen zur Sexualdelinquenz
- Störungen der Geschlechtsidentität inkl. Transsexualität und Transgender-Problemen

Die in diesem Buch vorgestellten Störungen beziehen sich auf Störungen der Sexualität, die vor allem psychogenen Ursprungs sind und bei denen körperliche Ursachen weitgehend ausgeschlossen werden können. Bei diesen sexuellen Funktionsstörungen ist die Ätiologie meist komplex und nicht durch einen eindeutigen Kausalzusammenhang anzugeben – auch deshalb ist die klassische Homöopathie ein sinnvolles Therapieverfahren.

1.1

Sexuelle Funktionsstörungen

Definition

Sexuelle Funktionsstörungen sind Störungen im sexuellen Verlangen und in den psychophysiologischen Veränderungen, die den sexuellen Reaktionszyklus charakterisieren, wodurch ein deutliches Leiden sowie zwischenmenschliche Schwierigkeiten hervorgerufen werden (nach American Psychiatric Association. DSM-IV [Marthol 2004]).

Sexuelle Funktionsstörungen sind meist multifaktoriell bedingt und es lässt sich häufig nicht genau unterscheiden, ob unmittelbare (primäre) oder mittelbare (sekundäre) psychogene Ursachen – neben möglichen, aber nicht notwendigerweise vorhandenen, körperlichen Ursachen – bestehen (Aslan und Fynes 2008). Bei sexuellen Funktionsstörungen ist immer von somatischen und psychischen Faktoren in der Ätiologie und/oder Aufrechterhaltung auszugehen.

1.2

Epidemiologische Aspekte

Mindestens 15% der Patienten, die einen Arzt aufsuchen, haben behandlungsbedürftige sexuelle Probleme. Am häufigsten klagten Frauen über vermindertes sexuelles Verlangen und Orgasmusstörungen, Männer über Erektionsstörungen und vorzeitige Ejakulation. Vaginismus und verzögerte Ejakulation treten seltener auf.

In klinischen Populationen, d. h. Personen mit körperlichen und/oder psychischen Störungen, werden die Anteile sexueller Funktionsstörungen auf bis zu 50% geschätzt.

Studien

Studien zur Prävalenz sexueller Störungen sind meist länderspezifisch und unterscheiden nicht zwischen spezifischen funktionellen Störungen. Zudem sind ein Problem dieser Studien die selektiven Teilnehmerkohorten, die sich aus Patienten von Sexualkliniken zusammensetzen, die bereits wegen sexueller Probleme in Behandlung waren. Eine englische Studie wurde in einer Allgemeinarztpraxis durchgeführt.

- Sexuelle Dysfunktion als Folge von Unfällen/Verletzungen: 30,5% der Teilnehmer einer großen amerikanischen Studie (10 122 Teilnehmer zwischen 18–84 Jahren, 12 Monate nach dem Unfall) berichteten, unter sexuellen Störungen zu leiden (Sorensen et al. 2008).
- Viele sexuelle Dysfunktionen treten infolge einer Depression und als Nebenwirkung antidepressiver Medikation auf (Baldwin 2004). Es besteht eine Komorbidität zur Schizophrenie, häufig auch aufgrund der antipsychotischen Medikation (Malik 2007). Auch andere psychiatrische Störungen können zur Ausprägung sexueller Störungen führen (Zemishlany und Weizman 2008). Sexuelle Störungen können überdies als Folge von Sucht und/oder Drogenkonsum auftreten (Palha und Esteves 2008).
- In einer türkischen Studie wurde untersucht, welche Ursachen es bei in einer Sexualklinik behandelten Ehepaaren (1 880 Befragte) für Ihre Nichtsexualität bzw. die Nichterfüllung ehelicher Pflichten gibt. Es waren bevorzugt die Frauen, die die Sexualität nicht wollten

(67%), in seltenen Fällen der Mann (7%) und in manchen Fällen ging dieser Wunsch von beiden Partnern aus (26%). Vaginismus war der häufigste Grund (81%), zudem Erektionsstörungen (10,5%) oder EP (5%) [Ozdemir et al. 2008].

- Prävalenz und Komorbidität sexueller Störungen in Portugal (96 Teilnehmer): Erektionsstörungen (70%), verringerte sexuelle weibliche Libido (40,4%), Ejaculatio praecox (22,4%), Vaginismus (25,5%) und weibliche Orgasmusstörungen (21,3%). Bei Frauen bestand eine höhere Tendenz zur Komorbidität (s. Kap. 6.1) der sexuellen Störungen (Nobre et al. 2006).
- In einer englischen Allgemeinarztpraxis wurden 170 Patienten zu möglichen Sexualstörungen befragt: 35% der Männer berichteten eine spezifische Sexualstörung (31% Ejaculatio praecox, 17% Erektionsstörungen). 42% der Frauen gaben an, unter Sexualstörungen zu leiden (30% Vaginismus, 23% Anorgasmia, [Read et al. 1997]).
- Bei einer anderen Londoner Studie in einer Klinik, an der 63 heterosexuelle Männer und 63 heterosexuelle Frauen teilnahmen, lagen ähnliche Zahlen vor:
Bei Männern: Erektionsstörungen (19%), Ejaculatio praecox (22%)
Bei Frauen: Vaginismus (25%) und Anorgasmia (22%; [Goldmeier et al. 1997]).
- Die verlässlichsten, jedoch schon etwas älteren Zahlen stammen aus einer Metastudie von Spector und Carey (1990), in der eine kritische Sichtung der empirischen Literatur zum Vorkommen der Sexualstörungen durchgeführt wurde:
Das Vorkommen in der Normalpopulation von weiblichen Orgasmusstörungen ist mit 5–10%; männliche Orgasmusstörungen mit 4–10%, Erektionsstörungen mit 4–10% und Ejaculatio praecox mit 36–38% angegeben bzw. errechnet worden.

Andere Sexualstörungen konnten auch durch die Sichtung der Literatur nicht bestimmt werden, da die Datenlage nicht ausreichte.

1.3

Sexualmedizinische Aspekte in der Homöopathie

Im Erstgespräch, wie es traditionell in der klassischen Homöopathie durchgeführt wird, ist die Aufnahme von Symptomen aus dem Sexual- und Genital-Bereich Bestandteil der Fallaufnahme. Symptome aus dem Sexualleben sollten erfragt und in die Repertorisation aufgenommen werden. Streng genommen wird homöopathische Sexualtherapie immer schon angewendet, da neben den vorherrschenden Symptomen auch sämtliche andere Lebensbereiche abgefragt und in die Behandlung einbezogen werden. Doch es liegt in der Natur der sexuellen Problematik begründet, dass sich der Umgang mit dem Thema häufig komplex und nicht selten kompliziert gestaltet. Homöopathen werden bislang weder in der Technik der Sexualanamnese noch in der systematischen Behandlung von sexuellen Störungen ausgebildet. Daraus folgt, dass viele Kollegen die Fragen nach dem Sexualleben in der Anamnese aussparen oder auf eine Weise fragen, die es dem Patienten unmöglich macht, sich zu öffnen und vertrauensvoll sexuelle Probleme, Versagensängste oder deviante Neigungen zu berichten. So habe ich in meiner Ausbildung noch gelernt, einzig mit der Frage: „Gibt es denn etwas ganz Schlimmes in der Sexualität, was Sie mir erzählen müssten?“ die Sexualanamnese einzuleiten. Diese Einleitung war meistens schon das Ende der Sexualanamnese. Die Patienten haben diese Frage selbstverständlich verneint. Was ist denn etwas ganz Schlimmes in der Sexualität? Wenn Frau nicht feucht wird? Wenn der Mann keine oder nur eine unvollständige Erektion bekommt? Wenn er von Schlägen träumt oder zu einer Domina geht und deshalb Schuldgefühle hat? Wenn Frau japanische Fesselungen toll findet? Oder wenn Frau nur mit dem Vibrator in der Badewanne kommt? Wenn der Mann bereits vor dem Eindringen in die Vagina einen Samenerguss hat? Wenn man keine Lust auf Sex hat? Wenn man seine Frau nicht mehr riechen kann?

Was ist schlimm? Mit dieser Frage lässt sich der Fragende vor allem selbst tief in die Karten bzw. sein eigenes Wertesystem blicken. Er unterteilt sexuelle Praktiken und Probleme in schlimme und weniger schlimme bzw. nicht so schlimme,

er wertet und wird moralisch. Wenn jemand das sein möchte und es Teil seines Behandlungsstils ist, möge er das tun. Wer aber den menschlichen Nöten und Variationen in ihrer Symptomenvielfalt aufgeschlossen und neugierig gegenüber stehen möchte, sollte sich eine etwas wertneutralere Fragetechnik aneignen. Neben der Frage nach dem Guten und Schlimmen stellt sich ja weiterhin auch die Frage nach dem Normalen und dem Unnormalen? Was ist normal und was ist unnormal? Ist die Missionarstellung noch normal, weil sie am einfachsten ist und ist Analsex unnormal, weil dabei Fäkalspuren ins Spiel kommen können oder weil Analsex traditionell tabuisiert wurde, weil eine Zeugung dadurch unmöglich ist? Man sollte sich dessen bewusst sein, dass der Katholizismus das gesellschaftlich verankerte Sexualverständnis so nachhaltig geprägt hat, dass wir heute noch mit den Spuren zu tun haben: Aus Sicht der katholischen Kirche ist der Beischlaf bis heute nur erlaubt, wenn er der Zeugung dient, weshalb Kondome auch nach wie vor päpstlich verboten sind. Aber zurück zur Fragetechnik.

Wie fragen wir? Wie bekommen wir das heraus, was wir wissen wollen? Und wie genau wollen wir es denn wissen?

2 Grundlagen der Sexualmedizin

2.1	Dimensionen und Funktion menschlicher Sexualität	4
2.2	Entwicklung der Sexualforschung	5
2.3	Physiologie der weiblichen sexuellen Reaktion	14
2.4	Physiologie der männlichen sexuellen Reaktion	17
2.5	Weiblicher und männlicher sexueller Reaktionszyklus: Unterschiede und Gemeinsamkeiten	18

Gegenstand der Sexualmedizin sind die Sexualität des Menschen und ihre Störungen. Als Lebensäußerungen, die im Zusammenhang mit der Lust- und Fortpflanzungsfunktion auftreten (s. unten) umfasst die Sexualität verschiedene Empfindungen und Handlungen. An diesem äußerst komplexen Bereich menschlichen Verhaltens sind nach Kinsey „... biologische, psychologische und soziologische Faktoren beteiligt, aber sie alle wirken gleichzeitig, und das Endergebnis ist ein einziges, zur Einheit verschmolzenes Phänomen, das seiner Natur nach nicht nur biologisch, psychologisch oder soziologisch ist“ (Kinsey et al. 1948).

Aufgrund der Komplexität des Themenbereichs Sexualität müssen in der Sexualmedizin verschiedene Fachdisziplinen berücksichtigt werden. Die Sexualmedizin integriert sowohl die Erkenntnisse und Verfahren der medizinischen als auch der psychologischen und sozialwissenschaftlichen Disziplinen.

2.1

Dimensionen und Funktion menschlicher Sexualität

► Definition

Mit Sexualität wird die Gesamtheit der Lebensäußerungen bezeichnet, die im Zusammenhang mit der Lust- und Fortpflanzungsfunktion auftreten und

erlebt werden. Sexuelles Erleben und Verhalten ist das Resultat einer individuellen Verarbeitung (Individuum) eines Prozesses aus biologischen Anteilen und sozialen Prägungen (Komplexität). Sexualität ist einerseits angeboren und andererseits erlernt; sie vollzieht sich sowohl real als auch in der Phantasie in Beziehungen zu anderen Menschen. Das bedeutet, dass wir sexuelle Erfahrungen als Mann oder Frau machen und die Erfahrung mit der eigenen Männlichkeit und Weiblichkeit das sexuelle Verhalten prägt.

Sexualität ist die Voraussetzung für die Erhaltung der Art, sie ist wichtig für die Bindung der Partner und für die Befriedigung des Einzelnen. In der Psychoanalyse gilt sie als stärkste Triebkraft des Menschen. Sexualität ist immer auch innerhalb des soziokulturellen Kontextes zu sehen, um bestehende Normen zu erkennen. Aber das Thema Sex wirft noch viele weitere Fragen auf, die trotz interessanter Forschungsergebnisse teilweise bis heute nicht beantwortet werden können:

- Was ist überhaupt normale Sexualität?
- Welche Rolle spielt die Sexualität im Bindungsverhalten von Paaren?
- Wie funktioniert Anziehung, die zum Sex führt?
- Was macht einen Orgasmus zum Orgasmus?
- Wie definiert man den weiblichen Orgasmus?
- Wie erleben Männer einen Orgasmus, die dabei keine Ejakulation haben?

- Was passiert biochemisch, neurologisch und neuromuskulär?
- Wie muss ein Orgasmus sein, damit man/frau ihn befriedigend erlebt?
- Wann erlebt man Sex als befriedigend, obwohl man keinen Orgasmus hatte?
- Wie wichtig ist ein Orgasmus für Frauen/Männer?
- Wie viel Sex ist normal?
- Was ist ein übersteigerter Geschlechtstrieb?
- Wie ist es mit Homosexualität bei Frauen und Männern, mit Transsexualität, mit Transvestitismus?

Spätestens beim Thema „sexuelle Gewalt“ wird klar, wie wichtig wissenschaftliche Erkenntnisse auch für die Gesetzgebung sind. Wann ist abweichendes Sexualverhalten eine sexuelle Vorliebe und wann ist es als krankhaft zu bezeichnen? So sind z.B. sadistische Praktiken, die im gegenseitigen Einvernehmen geschehen und mit dem Kürzel SSC (safe, sane, consensual; dies bedeutet sicherheitsbewusst, mit klarem Verstand und einvernehmlich) bezeichnet werden, nicht strafbar. Die heutzutage mit dem Oberbegriff BDSM (Bondage, Dominance, Submission, Masochism) – zuvor auch Sadomasochismus (SM) benannten sexuellen Vorlieben gelten als deviant, als abweichend – wie auch die männliche und weibliche Homosexualität – jedoch nicht mehr als krankhaft. BDSM, früher als Sadomasochismus bezeichnet, ist gesellschaftsfähig geworden, das schlägt sich auch in der Gesetzgebung nieder. Es gibt übrigens Kink Aware Professionals (KAP) – ein privater, gemeinnütziger Dienst, der aus medizinischen, psychologischen, juristischen und anderen Fachleuten besteht, die sich mit dem Thema BDSM (im englischen auch als *Kink* bezeichnet) und den Problematiken sadomasochistischer Klienten auseinandergesetzt haben und dem BDSM-Personenkreis vorurteilsfrei gegenüberstehen und diese adäquat begleiten.

Die Sexualforschung sollte auch auf folgende, beispielhaft genannten Fragen, Antworten geben können: Wie wirkt sich Sexualität auf eine schwangere Frau und das ungeborene Kind aus? Welche Auswirkungen hat die Art der sexuellen Aufklärung auf die Entwicklung der Sexualität des Jugendlichen und wie etabliert sich die Sexualität abhängig von der Art der Aufklärung im Erwachsenenalter?

2.2

Entwicklung der Sexualforschung

Die Geschichte der Sexualforschung ist eine überwiegend männliche dominierte Geschichte. Zunächst waren es Philosophen, später Kirchenväter, die Normen für adäquates sexuelles Verhalten vermittelten. Danach interpretierten und pathologisierten Mediziner die Sexualität zunächst anhand von Perversionen und forensischen Fällen (Krafft-Ebing, 1868; Tissot, 1758). Erst daraufhin entwickelte sich die Sexualforschung zu einer Wissenschaft, die Sexualität nicht mehr nur unter ethisch-moralischen, sondern unter therapeutischen und schließlich biologischen und sozialpsychologischen Aspekten erforscht. Die Sexualforschung der letzten 100 Jahre spiegelt den wissenschaftlichen und soziokulturellen Umgang mit Sexualität und die zur Verfügung stehenden Untersuchungs- und Forschungsmethoden dieses Gebiets wider.

Die Geschichte der Sexualforschung zeigt, dass es in einer Gesellschaft viele verschiedene Ebenen bezüglich der Aneignung und Verwaltung von Wissen gibt. Diese Aneignung und Verwaltung von Wissen geschah, soweit es schriftlich dokumentiert ist, nur durch Männer. Frauen hatten dazu kaum oder keinen Zutritt. Traditionelles Frauenwissen von z.B. Hebammen über Sexualität, Verhütung, Geburt, Abbruch und Schwangerschaft wurde nicht archiviert und verwaltet. Offiziell existierte es nicht.

2.2.1 Erste Ansätze

Frühe Ansätze der Sexualforschung sind in schriftlichen Zeugnissen zu finden, in denen erstmals versucht wurde, geschlechtliche und sexuelle Vorgänge sowie anatomische Details vor dem Hintergrund des eigenen Weltbilds zu beschreiben – je nach dem vorherrschenden Zeitgeist sachlich und objektiv oder wertend.

Die Untersuchung der Sexualfunktionen, auch unter sozialen Gesichtspunkten, reicht bis ins Altertum zurück. Die bekannten griechischen Philosophen Aristoteles (384–322) und Platon (427–347) setzten sich beispielsweise auf rationaler Ebene mit sexuellen Krankheiten und Störungen respektive Fragen der Sexualerziehung auseinander.

Im Mittelalter mit der Vorherrschaft der Kirche wurde die menschliche Sexualität dämonisiert. Trotzdem bestand weiterhin ein wissenschaftliches Interesse an der Erforschung der Sexualität: Die menschliche Anatomie, die Funktion und Stimulation der Geschlechtsorgane oder der Eifollikel sind brisante Entdeckungen dieser Zeit. Masturbation und die Krankheiten, die von der „Selbstbefleckung“ herrühren, sind weitere Schwerpunkte. Gegen Ende des Mittelalters zeigten Gelehrte und Künstler der Renaissance mit Entwicklung der experimentellen Wissenschaft neues Interesse am menschlichen Körper: So stellte z.B. Leonardo da Vinci in seinen Skizzenbüchern, die auf eigenen anatomischen Studien beruhten, die sexuelle Reaktion, den Koitus, die Entwicklung des Fötus sehr genau dar. Sein Werk wurde von nicht weniger berühmten Anatomen, wie Fallopio, Berthelsen (Bartholinus) und de Graaf, fortgesetzt, die menschliche Leichen seziierten und so einen Beitrag zum besseren Verständnis der inneren Geschlechtsorgane leisteten.

Die zunehmende Kenntnis der Anatomie im 16. und 17. Jahrhundert half Patienten wirksamer zu behandeln – auch bei bestimmten Fortpflanzungsproblemen. Das im 17. Jahrhundert aufkommende humanistische Gedankengut trug in Europa, insbesondere in Frankreich und England dazu bei, dass sich die moralischen Restriktionen hinsichtlich der Sexualität lockerten: Protestantische Reformisten, wie z.B. Luther, sahen im Sex keine Sünde an sich und in Keuschheit und Zölibat kein Zeichen von Tugend. In Nordamerika hingegen regierten die Puritaner mit ihrer rigiden Haltung zum Ehebruch und vorehelichen Geschlechtsverkehr, eindrucklich illustriert durch Nathaniel Hawthorne (1850) in seinem Roman *The Scarlet Letter*.

Mitte des 18. Jahrhunderts hielten Tugendhaftigkeit und Prüderie auch in Europa erneut Einzug. Während des Viktorianischen Zeitalters waren Reinheit und Unschuld die teuersten Schätze der Frau und nicht einmal durch einen unreinen Gedanken zu gefährden. Diese Haltung rief folgerichtig eine Gegenströmung hervor: Im Untergrund florierte das Geschäft mit der Prostitution und Pornographie. Ferner galten die strengen viktorianischen Regeln nicht für alle sozialen Schichten. Die Wissenschaft und Medizin leisteten ihren

ganz eigenen Beitrag in dieser Zeit: Masturbation sollte so z.B. alle möglichen Krankheiten verursachen, das Gehirn und Nervenzentrum zerstören und unweigerlich zum Wahnsinn führen. Zudem wurde den Frauen bescheinigt, nur wenig bzw. keine sexuelle Reaktionsfähigkeit zu besitzen. Paradoxerweise begann der medizinische Kreuzzug gegen die Masturbation im selben Augenblick, als freidenkende Philosophen die Askese des Christentums in Frage zu stellen begannen und als verschiedene Forscher mit neuen Informationen über das ungehemmte Sexualverhalten bei Naturvölkern aus den entferntesten Winkeln der Erde zurückkehrten. Bougainville und Cook fanden auf Tahiti und anderen Pazifikinseln glückliche, sinnenfrohe Menschen, und diese Entdeckungen ließen erhebliche Zweifel an der europäischen Sexualmoral aufkommen. Voltaire und Diderot kritisierten die bestehenden Normen offen als inhuman, und in der Französischen Revolution wurde erneut der Ruf nach Gesetzesreform und größerer sexueller Freiheit laut. In England wurde die traditionelle Überbewertung der Fortpflanzung durch Thomas A. Malthus in seinem *Essay on the Principle of Population* (1798) in Frage gestellt. Er prophezeite, dass die Bevölkerung schneller wachsen würde als der Nahrungsvorrat. Um dieses Unglück abzuwenden, empfahl er „Selbstbeherrschung“ und späte Heirat. Derlei Vorschläge wurden jedoch von aufgeklärteren Autoren zurückgewiesen, die stattdessen Verhütungsmittel propagierten. Den wichtigsten Versuch in dieser Hinsicht unternahm der nordamerikanische Arzt Knowlton in seinem Buch *The Fruits of Philosophy or the Private Companion of Young Married People* (1832). Einerseits ausgesprochen nüchtern und andererseits reichlich moralistisch geschrieben, bot dieses Handbuch eine sehr umfassende Beschreibung von Verhütungsmethoden seit der Zeit des römischen Arztes Soranus (98–138 n.Chr). Trotz der wissenschaftlichen Qualitäten des Buches missfiel es den Behörden: Knowlton kam daraufhin ins Gefängnis. In den nächsten Jahrzehnten wird die Aufklärung der Bevölkerung systematisch durch die Kirche verhindert. Diese Haltung wird von der Wissenschaft übernommen, worauf die Forschung stagniert. Stattdessen erblüht die Psychiatrie als neue Disziplin. Von nun an stellt die Psychiatrie Kriterien für normales

und pathologisches Sexualverhalten auf. Ende des 19. Jahrhunderts in Wien publiziert der Völkerkundler Salomon Krauss in einem umfassenden Werk *Fakten und Mythen zur Sexualität*, ihm folgt Sigmund Freud mit seinen sexualtheoretischen Abhandlungen zur Sexualentwicklung.

2.2.2 Frühe Pioniere

Richard von Krafft-Ebing

Richard von Krafft-Ebing (1840–1902), ein österreichischer Psychiater und Gerichtsmediziner, veröffentlichte 1868 *Psychopathia sexualis*, das erste sexualmedizinische Fachbuch in lateinischer Sprache. Es war Krafft-Ebing, der die heute noch gültigen Begriffe Sadismus, Masochismus und Sadomasochismus prägte. Aus diesen Gründen gilt er noch heute für viele Wissenschaftler als der Begründer der modernen Sexualkunde. Es fällt auf, dass er sich vor allem mit der Pathologie unter moralischen Aspekten befasst hat (Haeblerle 1985). Zu bemerken ist darüber hinaus, dass er sadomasochistische Praktiken zwar immerhin benannt, sie jedoch als pathologisch gewertet hat.

Sigmund Freud

Der Wiener Psychiater Sigmund Freud (1856–1939) vertrat die Ansicht, dass die Sexualität die primäre menschliche Motivationskraft und Hauptursache aller menschlichen Neurosen sei. Darüber hinaus stellte er die These auf, dass auch Säuglinge und Kleinkinder sexuelle Wesen seien. Freuds persönliche Einstellung zur Sexualität wirkte eher sachlich und stand im starken Kontrast zur Prüderie und Heuchelei seiner Zeit. Dies führte zu Konflikten und heftigen Auseinandersetzungen mit Fachkollegen. Sigmund Freud legte für weibliche und männliche Sexualität sehr unterschiedliche und wissenschaftlich nicht fundierte Maßstäbe an. Zwei nie bewiesene Thesen Sigmund Freuds über weibliche Sexualität sind:

- Weibliche Sexualität ist tendenziell masochistisch.
- Es gibt einen unreifen und einen reifen Orgasmus. Der klitorale Orgasmus ist Ausdruck unreifer Weiblichkeit, während der vaginale Orgasmus ein sogenannter reifer und deshalb erstrebenswerter Orgasmus ist.

Obwohl diese Thesen heute als widerlegt gelten, sind sie zu einer Art Mythos geworden: Viele Frauen und Männer glauben bis heute, dass der klitorale Orgasmus kein „richtiger“ Orgasmus sei. Bei aller Fortschrittlichkeit und seinen Verdiensten für die Psychologie hat Sigmund Freud der Entwicklung weiblicher Sexualität eher geschadet als genutzt.

Havelock Ellis

Der US-Amerikaner Havelock Ellis (1859–1939) war einer der ersten Ärzte, der Sexualität hauptsächlich unter therapeutischen und weniger unter moralischen Aspekten untersuchte. Sein Hauptwerk ist das sechsbändige *Studies in the Psychology of Sex* (1897–1910). Ellis' für seine Zeit revolutionäre Ansichten sind an seinen Hauptthesen zu erkennen:

- Selbstbefriedigung ist bei beiden Geschlechtern in allen Altersgruppen gleichermaßen vertreten.
- Frauen haben eine eigene Libido. Damit widerspricht er der Vorstellung, dass „anständige“ Frauen gar kein Sexualverlangen besitzen.
- Sexualerziehung und die Emanzipation von Frauen sind wichtig für die Gesellschaft.

Er sah die Ursachen sexueller Problemen insbesondere in der Psyche und weniger in physiologischen Faktoren. Mit seinen Thesen stieß er eher auf Unverständnis und Ablehnung. So waren seine Werke in England und den USA bis 1935 nur für Ärzte legal zu erwerben.

Im Gegensatz zu Autoren wie Krafft-Ebing und Freud, interessierte sich Ellis nicht für das pathologische, sondern für das normale menschliche Sexualverhalten. Als solcher war er ein wichtiger Vorreiter sowohl für die Betrachtungen von Kinsey (s. Kap. 2.2.3), als auch für die Experimente von Masters und Johnson (s. Kap. 2.2.3).

Albert Moll

Der Berliner Psychiater Albert Moll (1862–1939) gilt aufgrund seiner Veröffentlichungen – *Die konträre Sexualempfindung* (1891), *Untersuchungen über die Libido sexualis* (1897) und *Sexualleben des Kindes* (1909) – als ein weiterer wichtiger Pionier der Sexualforschung. Er war einer der ersten, der über Homosexualität und kindliche Sexualität