

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

LIEBE UND SEELISCHE STÖRUNG

Neurochemische und anatomische Aspekte von Liebe und Verliebtheit – Stalking – Eifersuchtswahn – Pädophilie – Manie – Demenz – Rauschdrogen – Arzneimittel – Nymphomanie – Depression – Zoophilie (Sodomie) – u. a.

„Liebe und Psychiatrie“ oder konkreter „Liebe und seelischer Störung“ – was fällt einem dazu ein? Vielerlei? Wirklich? Man bedenke, hier geht es nicht um ein Phänomen, das sich so nett in dem Sinnspruch fassen lässt: „Wenn die Menschen sagen, sie hätten ihr Herz verloren, ist es meistens nur der Verstand“. Hier geht es um mehr als „nur“ den Verstand. Hier geht es um die Seele als übergeordnete Einheit aller emotionalen (gefühlsmäßigen) und geistigen Vorgänge des Menschen – und das alles krankhaft entgleist, also seelische Störung.

Was also fällt einem zu der Begriffs-Verbindung „Liebe und seelische Störung“ ein? Jetzt eher weniger? Doch auch das stimmt nicht. Es kommt nur selten zur Sprache. Und wenn es zum Thema wird, dann zu einem belastenden, was man gerne wieder verdrängt, vergisst, ungeschehen macht. Das aber sollte man ebenfalls nicht. Denn psychische Störungen nehmen zu, gehören in den nächsten Jahrzehnten zu den häufigsten Leiden der westlichen Welt, sagen die Experten. Und da kann es nicht schaden, wenn man sich auch mit einem Phänomen beschäftigt, das zum Wichtigsten eines menschlichen Lebens gehört, der Liebe. Denn auch die durch seelische Erkrankung beeinträchtigte, erloschene, übersteigerte, entgleiste, gestörte, ja bedrohliche, gewalttätige oder gar vernichtende Liebe wird damit vermutlich zunehmen.

So ist es nicht falsch, sich mit einem Thema zu beschäftigen, und sei es auszugsweise wie hier, das zum Menschsein gehört, auch wenn es schicksalhaft gestört ist – und damit nicht nur sich selber, sondern auch andere belastet.

Nachfolgend deshalb eine Serie zum Thema „Liebe und seelische Störung“, beginnend mit dem Ideen-Anstoß und der biologischen Grundlage („alles, auch die Liebe ist Chemie“) und fortgeführt mit krankhaften Formen wie

- *Stalking*: Belästigung oder Verfolgung durch wiederholte böswillige Attacken.
- *Krankhafter Eifersuchtswahn*: organische Psychosen (also Geisteskrankheiten aufgrund einer meist hirn-organischen Ursache) wie der früher so bezeichnete „senile Eifersuchtswahn“ und heute bei dementiellen Prozessen wie Alzheimer-Demenz – s. u., ferner die wahnhaften Störungen (früher als Paranoia bezeichnet), die Alkoholpsychosen (durch Alkoholvergiftung ausgelöste Geisteskrankheiten), die schizophrene Psychose und – deutlich seltener – neurotische und Persönlichkeitsstörungen sowie Depressionen und manische Hochstimmung.
- *Pädophilie*: Im Volksmund als „Kinderschänder“ bezeichnet, in der Wissenschaft Pädosexuelle genannt, von den Gelegenheitstätern (häufiger, als gemeinhin angenommen) bis zu den so genannten stabilen Pädosexuellen mit bedenklich hoher Rückfallgefahr.
- *Manische Hochstimmung* (Manie als Gegenstück zur Depression) mit ihren Gefahren, vor allem für betroffene Frauen (manische Verliebtheit, manisches Liebes- und Sexualverhalten, manischer Liebeswahn u. a.).
- Die *Demenz*, hier vor allem die Alzheimer´sche Krankheit, früher als präsenile Demenz bezeichnet, inzwischen deutlich zunehmend und viele partnerschaftliche, familiäre, gesellschaftliche und zuletzt pflegerische Probleme aufwerfend. Und ein Phänomen, das nur selten zur Sprache kommt, meist verlegen vertuscht wird: Liebe im höheren Lebensalter und vor allem Liebe bei altersbedingt hirnanorganisch veränderten Menschen mit entsprechenden Konsequenzen.
- *Liebe, Rauschdrogen und Arzneimittel*: Da fallen einem zuerst die Aphrodisiaka ein, also Substanzen zur Steigerung des sexuellen Erlebens und zur Verbesserung der Sexualfunktion, von Pflanzen, Mineralien, Tierstoffen über Nahrungsmittel bis zu modernen synthetischen Potenzhilfen. Aber auch bestimmte Rauschdrogen (die bereits von den Naturvölkern dafür gezielt eingesetzt wurden) und Arzneimittel mit entsprechenden Nebenwirkungen.
- Die *Nymphomanie*, veraltete Bezeichnung für „exzessive Sexualität“, aber seltsamerweise nur beim weiblichen Geschlecht (der Vorwurf der „Mannstollheit“ ist allseits bekannt, von „Frauentollheit“ hat noch niemand gehört). Was hat es auf sich mit dieser Bezeichnung und gibt es sie heute noch?

- *Depressionen* gehören zu den gefürchtesten Krankheiten schlechthin, das muss nicht weiter betont werden. Dass sie auch Liebe und Sexualität beeinträchtigen, ist nachvollziehbar. Es gilt aber auch einige Besonderheiten zu berücksichtigen, die offenbar weniger bekannt sind.
- *Sodomie* war früher ein Sammelbegriff für eine ganze Reihe von „sexuellen Verfehlungen“ und konnte als „widernatürliche Unzucht“ sogar mit dem Tode bestraft werden (bis in die Neuzeit hinein). Heute sieht man das anders und der Fachbegriff dafür heißt *Zoophilie*. Auch er stößt aber noch auf viel Befremden, obgleich man den Eindruck hat, die nicht nur erotischen, sondern auch sexuellen Mensch-Tier-Kontakte würden wieder eher zunehmen, nicht zuletzt durch den risikolosen Meinungs-austausch im Internet.

Kurz: Liebe und seelische Störung bzw. Liebe und „nicht-konventionelle Sexualität“ im Rahmen von zumindest früher als seelisch krank eingestufte Sexualität sind ein Kapitel, über das man sich zumindest informieren sollte. Die reine Entrüstung ist wenig hilfreich, denn schließlich steht hinter allem ein Mitmensch, der durch seine möglicherweise krankhaft gebahnten sexuellen Vorlieben, wenn nicht gar Zwänge, auf jeden Fall aber Belastungen an den Rand der Gesellschaft gedrängt zu werden droht. Und das kann viel mehr Menschen aus dem weiteren oder gar näheren Umfeld betreffen, als wir vielleicht ahnen. Dann wäre es gut, man würde über einen ausreichenden Informationsstand verfügen. Denn Wissen ist nicht nur Macht, sondern auch die Basis von Toleranz und Hilfe.

Erwähnte Fachbegriffe:

Liebe – Liebe und seelische Störung – Liebe und Psychiatrie – Verliebtheit – „Organe der Verliebtheit“ – Sensitivität – Empfindsamkeit – Liebes-Phantasien – Sexual-Phantasien – Liebe aus neurochemischer Sicht – Liebe aus neuroradiologischer Sicht – Liebe aus sozialwissenschaftlicher Sicht – Partner-Auswahl-Kriterien – Bindungs-Entwicklung – Körperkontakt – Trennungsangst – „Liebes-Hormone“ – „Liebes-Substanzen“ – Phenyletylamin (PEA) – Glücksgefühle – Schokolade – Pheromone – Dehydroepiandrosteron (DHEA) – Oxytocin – Vasopressin – Neurotransmitter – Dopamin – Serotonin – Sexualhormone – Testosteron – Östrogene – „Glückshormone“ – funktionell-bildgebende Gehirn-Untersuchungsverfahren – Kernspintomographie (fMRT) – romantische Liebe – Mutterliebe – Gehirn-Liebes-Aktivierungsmuster – Gehirn-Anatomie – u.a.m.

Stalking – Belästigung – Verfolgung – Heranpirschen – Erotomanie – Eromanie – Erotikomanie – Amor insanus – „Geschlechtswahnsinn“ – „Liebeswut“ – „Liebestollheit“ – Weibertollheit“ – „Mannstollheit“ – Narzissmus – Geschlechterhass – Psychose – Schizophrenie – Stalker-Typen – zurückgewiesener Stalker – nahe-suchender Stalker – inkompetenter Stalker – nachtragender Stalker – räuberischer Stalker – wahnhafter Stalker – rach-

süchtiger Stalker – Intrusionen – Größenphantasien – Prominenten-Stalker – Star-Stalker – Politiker-Stalker – Therapeuten-Stalker – Psychotherapeuten-Stalker – Arzt-Stalker – Psychiater-Stalker – Persönlichkeitsstörung – dependente Persönlichkeitsstörung – paranoide (wahnhafte) Persönlichkeitsstörung – antisoziale Persönlichkeitsstörung – querulatorische Persönlichkeitsstörung – fanatische Persönlichkeitsstörung – Psychopathie – hysterische Persönlichkeitsstörung – histrionische Persönlichkeitsstörung – narzisstische Persönlichkeitsstörung – Borderline-Persönlichkeitsstörung – Stalking-Opfer – Stalking-Traumatisierung – Stalking-Opferreaktionen – Stalking-Beschwerdebild – Stalking-Geschlecht – Stalking-Gewalttätigkeit – Stalking-Behandlung – Stalking-Gesetzgebung – u.a.m.

Eifersucht – Eifersuchtwahn – Eifersucht und Gesellschaft – Eifersucht und Zeitgeschichte – normale Eifersucht – krankhafte Eifersucht – Eifersuchts-Sinnsprüche – psychotische Eifersucht – Othello-Syndrom – alkoholischer Eifersuchtwahn – wahnhafter Trinker – eifersüchtiger Trinker – Delirium tremens – Alkohol-Psychose – anhaltende wahnhafte Störung – Eifersucht und Geschlecht – Eifersucht und Demenz – Eifersucht und Alzheimer-Demenz – Eifersucht und organische Psychose – Eifersucht und Alkohol – Paranoia – Eifersucht und Schizophrenie – Eifersucht und Neurose – Eifersucht und Persönlichkeitsstörung – Eifersucht und Depressionen – Eifersucht und Manie – illusionäre Verkennung – verfälschte Fehlwahrnehmung – Halluzination – Sinnestäuschung – Trugwahrnehmung – Demütigung – Minderwertigkeitsgefühle – Narzissmus – Selbstliebe – Selbstverherrlichung – Bedrohungsängste – Eifersuchts-Vererbung – Alkohol-Halluzinose – Alkohol-Delir – Eifersuchts-Gewalttätigkeit – Eifersuchts-Behandlung – u.a.m.

Pädophilie – Pädosexualität – Gelegenheitstäter – stabile Pädosexuelle – echte Pädophilie – „Kinderschänder“ – Pädophilie-Täter – Pädophilie-Opfer – Anwerbe-Strategien – Anwerbe-Orte – Pädophilie-Kreise – Pädophilie-PR-Arbeit – Pädophilie-Begründungen – Pädophilie-Hintergründe – Pädophilie mit Mädchen – Pädophilie mit Knaben – Pädophilie-Konsequenzen – Pädophilie-Bestrafung – Pädophilie-Therapie – Pädophilie-Schuldfähigkeit – hirnorganische Pädophilie-Ursachen – Pädophilie-Opferbehandlung – Pädophilie-Täter-Behandlung – Pädophilie-Heilungsaussichten – u.a.m.

Manie – manische Hochstimmung – Hypomanie – Submanie – maniformes Syndrom – manisches Krankheitsbild – manische Sexualität – manische Promiskuität – manische Vergewaltigungsversuche – manische Erotik – manische Ausstrahlung – manisches Äußeres – manische Kleidung – manische Bewegung – manische Verjüngung – manischer Wortschatz – manische Kontaktsuche – manisches Liebesverhalten – manisches Sexualverhalten – manische Verliebtheit – manische Kinderliebe – manische Liebessucht – manischer Liebeswahn – manische Distanzlosigkeit – manische „Partner“-Verklärung – hypomanische Sexualität – submanische Sexualität – maniforme Sexualität – manische Aussage – manisches Fenster zur Persönlichkeit – Manie-Therapie – u.a.m.

Alzheimer-Demenz – Demenz – Liebe und höheres Alter – Morbus Pick – Stirnhirn-Pick – Gehirnkrankheit und Liebe – Persönlichkeitsveränderung und Liebe – altersbedingte Wesensänderung – Alzheimer-Wesensänderung – präsenile Demenz – Alzheimer-Liebesbedürftigkeit – Alzheimer-Distanzlosigkeit – Alzheimer-Therapie – u.a.m.

Psychotrope Substanzen und Liebe – Rauschdrogen und Liebe – Cannabis sativa – Haschisch und Liebe – Marihuana und Liebe – Rauschgift-Ekstase – Down-Trip – Bad-Trip – Damiana-Blätter – Joints for sex – Halluzinogene und Liebe – LSD – Nachtschattengewächse – Windengewächse – Fruchtbarkeitskulte – Mescaline und Liebe – Aphrodisiaka – Pflanzen-Aphrodisiaka – Yohimbin – Ginseng – Stechapfel – Bilsenkraut – Tier-Aphrodisiaka – Kanthariden – Hippomanes – Moschus – Mineralien-Aphrodisiaka – Nahrungsmittel-Aphrodisiaka: Sellerie, Fenchel, Meeresfrüchte, Spargel – synthetische Aphrodisiaka: Partydrogen, erektionsfördernde Medikamente – aphrodisierende Arzneimittel – Potenzsteigerung – Erektions-Stärkung – Methaqualon – Analgetika – Schmerzmittel – Antitussiva – Hustenmittel – Apomorphin – Hydrocodon – Ersatz-Rauschdrogen – Schnüffelstoffe – Inhalationsstoffe: Chloroform, Ether, Amylnitrit – Peniswellkörper-Injektionen – Sildenafil – Tadalafil – Vardenafil – PDE-5-Hemmer – Antidepressiva und Liebe – Trazodon – Serotonin-Agonist – Diuretika – harntreibende Arzneimittel – Betarezeptorenblocker – Opiate – Antiandrogene – Kontrazeptiva – Östrogene – Gestagene – Nebennierenrinden-Hormone – antivirale Medikamente – Zytostatika – Krebsmittel – Psychopharmaka – Neuroleptika – Thioridazin – SSRI-Antidepressiva – Tranquilizer – Beruhigungsmittel – Schlafmittel – Antihypoxidotika – Nootropika – u.a.m.

Nymphomanie – exzessive Sexualität – Mannstollheit – Metromanie – Andromanie – Kytheromanie – furor uterinus – Satyriasis – Frauentollheit u. a.m.

Depressionen – Depression und Liebe – Depressions-Beschwerdebild – Depressions-Ursachen – depressives Liebes-Bedürfnis – Depression und Partnerschaft – Depression und Treue – Depressions-Schuldgefühle – Depressions-Beziehungsstörungen – Depressions-Erstarrung – emotionale Entleertheit – Gefühlskälte – Gefühl der Gefühllosigkeit – Libidostörung – sexuelle Desinteresse – Potenzstörungen – depressive Selbstanschuldigungen – Sexualstörungen-Dauer – Depressions-Therapie – Depressions-Aussichten – u. a.m.

Zoophilie – Sodomie – sexuelle Mensch-Tier-Kontakte – Zooerastie – Bestialität – Bestiophilie – Sodomie in früheren Kulturen – Sodomie und Kirchenrecht – Sodomie heute – Sodomie in der Kunst – Zoophilie-Häufigkeit – Zoophilie: Alter, Geschlecht, sozialer Status u. a. – Zoophilie: Ursachen und Hintergründe heute – Zoophilie und Internet – Zoophilie-Schaulust – Mixoscopia bestialis – Tier-Fetischismus – Zoonekrophilie – Zoosadismus – Tier-Bordelle – Zoophilie-Voyeurismus – Zoo-Pornographie – Tier-Pornos – Zoophilie und heutige Gesetzeslage – u.a.m.

A. ALLGEMEINE ASPEKTE

Wie wäre es mit dem Thema „die Liebe und die Psychiatrie“, fragte der Schriftleiter einer medizinischen Fachzeitschrift seine Kollegen – und stieß erst einmal auf Verblüffung. Diese wich zwar dann einer wachsenden Begeisterung (siehe Kasten) – aber der konkrete Ertrag blieb vorerst dürftig. Das muss umso mehr verwundern, als es sich nicht nur um eine Fachzeitschrift für allgemeinmedizinische Fragen, sondern für Psychiater handelt, hier zumeist in noch in eigener Praxis tätig, also durchaus an der „täglichen Front“ stehend.

Amor & Psyche

Bei einem Treffen mit Kollegen, das der Suche nach psychiatrischen Themen galt, die von allgemeinem Interesse sein könnten, tauchte der Gedanke auf, doch einmal den Zusammenhängen von Liebe und Psychiatrie nachzugehen. Das zuvor über lange Strecken schon etwas schwerfällig und müde gewordene Gespräch begann plötzlich aufzublühen wie ein Tulpenbeet in der warmen Frühlingsluft und bewies damit schlagkräftig, dass sogar einem akademischen Zirkel eine Brise Leben eingehaucht werden kann, wenn Frau Venus – und sei es auch nur von Ferne – ein klein wenig zwinkert.

Viele Ideen kamen auf und einer der Teilnehmer überraschte schließlich durch eine besonders gelungene Zusammenfassung der Thematik mit dem Satz: „Wenn Liebe Krankheit wird“.

Aus dem Editorial des Schriftleiters Privatdozent Dr. med. Albert Zacher der Fachzeitschrift *NeuroTransmitter – Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie für die Praxis*, Sonderheft 2, 2004, offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen e.V. (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP).

Die Idee hatte also erst einmal eingeschlagen – doch dann kam die Ernüchterung. Denn als sich der Schriftleiter an die Arbeit machte um die gepaarten Begriffe „Liebe und Psychiatrie“ in Lehrbüchern, medizinischen Lexika und schließlich im Internet zu suchen, musste er feststellen, „dass Psychiater anscheinend mit Liebe nicht viel im Sinn haben, zumindest nicht als Lehrbuchautoren oder als Forscher“. Eine einzige Ausnahme machten drei ame-

rikanische Wissenschaftler, die in ihrem Buche versuchten psychoanalytische Liebestheorien mit dem Ergebnis neurobiologischer Forschung in Einklang zu bringen. Dort werden – so der Schriftleiter – auf mehr als zweihundert Seiten alle möglichen Arten von Liebe zwar einfallsreich und trotzdem sehr systematisch dargestellt, aber doch „nur“ neurobiologisch, also letztlich „Liebe biochemisch“ gesehen.

Immerhin ist es der Redaktion des NeuroTransmitter in dem Sonderheft zum DGPPN-Kongress 2004 (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) zumindest in deutscher Sprache erstmals gelungen, eine Übersicht über die Phänomene gesunder und krankhaft veränderter Liebe wissenschaftlich zusammenzustellen, einschließlich „heißer“ Themen wie „Stalking“, wahnhafte Eifersucht, Pädophilie und die Liebe in der Arzt-Patient-Beziehung. Nachfolgend deshalb eine komprimierte Darstellung zu diesem Thema, wie es in dieser Fachzeitschrift zusammengefasst wird, ergänzt durch eigene Kapitel zum Thema Liebe und Manie, Depression, Rauschdrogenkonsum, Arzneimittel, Alzheimer-Demenz, Zoophilie u. a. Der Anstoß dazu aber kommt von dem thematisch pionierhaften Sonderheft, das bei Interesse zur vertieften Lektüre empfohlen sei.

● LIEBE ALS SPEZIFISCHER GEHIRNPROZESS?

Begonnen werden muss mit einem eher „spröden“ Text, der vielleicht erst einmal weniger Freude und Interesse auslöst, gleichwohl die Basis und der Forschungsschwerpunkt der Zukunft ist, nämlich: Liebe als spezifischer Gehirnprozess (in dem entsprechenden Artikel des NeuroTransmitter von den Autoren Prof. Dr. Dieter F. Braus, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Dr. Dietrich Klusmann, Abteilung Medizinische Psychologie, beide Universität Hamburg sowie Dr. Bartosz Zurowski, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck).

Schon im ersten Satz kommen die Wissenschaftler zur Sache: „Auch das Schönste aller Gefühle, die Liebe, basiert letztendlich auf Gehirnprozessen“. Dies ist nachweisbar und wird immer besser objektivierbar, vor allem durch neurochemische Prozesse und die so genannten bildgebenden Verfahren (s. später). Im Einzelnen:

Charakteristika der Verliebtheit

Die *Liebe* ist ein vielschichtiger Begriff, der wohl von allen menschlichen Phänomenen am meisten besprochen, besungen, beschrieben und insbesondere in den Medien pausenlos ge-(miss-)braucht wird. Deshalb kann man mit einer entsprechenden Abhandlung gar nicht beginnen, ehe man nicht festlegt, zu welcher Kategorie man sich zu äußern gedenkt.

Das stellt sich mit einem anderen Phänomen ganz anders dar, nämlich der *Verliebtheit*. Die Verliebtheit beginnt in der Regel mit einem plötzlich einsetzenden Interesse für einen anderen: der berühmte „überspringende Funke“. Ausgangspunkt sind die Augen. Sie sind die initialen „Organe der Verliebtheit“ (und nicht etwa das Herz oder die Genitalien).

Es muss aber nicht ein „Donnerschlag“ sein, der den Verliebten plötzlich erstarren oder flattern lässt, es kann sich eine Verliebtheit auch ganz langsam und fast unbemerkt entwickeln, schon eine Weile vorhanden sein, obgleich man sich ihrer noch nicht bewusst ist. Die Verliebtheit – so die Autoren, amerikanische Wissenschaftler zitierend – wächst an Widerständen, nimmt zunehmend Raum ein und schließlich kehren die Gedanken an die geliebte Person unwillkürlich immer wieder.

Interessant auch ein weiteres Phänomen: Selbst wenn das Liebesobjekt fast immer als attraktiv empfunden wird („Liebe macht schön“), vor allem in den Augen des Verliebten, spielen sexuelle Phantasien in dieser Phase nur selten eine Rolle. Da bewegt die grundlegende Frage viel stärker, ob das eigene Gefühl auch erwidert wird.

Noch interessanter aber ist etwas anderes, was man beispielsweise auch in der manischen Hochstimmung (siehe später) immer wieder findet: eine Intensivierung der Sinneswahrnehmungen. Die Farben werden heller, die Sonnenstrahlen fühlen sich wärmer an, die Welt ist in ein rosiges Licht getaucht. Das alles erzwingt geradezu eine Schlussfolgerung, die uns zwar nicht sonderlich erbaut, aber der Realität sicher näher kommt, nämlich:

Liebe, vor allem aber Verliebtheit ist nicht unbedingt ein unerforschtes Mysterium (mögliches Geheimnis). Hier müssen in bestimmten Gehirnregionen körpereigene Botenstoffe verstärkt produziert werden, um zu diesem be rauschenden Gefühl zu kommen (was erfahrungsgemäß dann auch nicht ewig anhält, jedenfalls nicht in dieser Intensität).

Nachfolgend aber erst einmal tabellarisch aufgelistet die wichtigsten Charakteristika der Verliebtheit, wie sie die Autoren zitieren:

Kennzeichnende Merkmale einer Verliebtheit

- Gedanken an die geliebte Person, die unwillkürlich und wie von selbst auftauchen, kehren immer wieder.
- Der Wunsch nach Erwidern der Gefühle.
- Es besteht eine erhöhte Sensitivität (verstärkte Empfindsamkeit, Aufmerksamkeit, fast feinnervige Überempfindlichkeit) für alles, was als Zeichen von Zuneigung oder Zurückweisung interpretiert werden könnte.
- Die eigene Stimmung hängt vom Verhalten des Liebesobjektes (also des anderen) ab.
- Lebhaftes Phantasieren zur Frage: wie erwidert der andere die eigenen Gefühle?
- In Gegenwart des anderen bestehen Angst vor Zurückweisung und damit Schüchternheit, ja Unbeholfenheit.
- Wird die Zuneigung offensichtlich erwidert, hat der Verliebte das Gefühl „wie auf Wolken zu schweben“.
- Während dieser Zeit besteht die Unfähigkeit, zur gleichen Zeit auf eine andere Person genau so verliebt zu reagieren.
- Das Gefühl der Verliebtheit intensiviert sich noch, wenn trennende Hindernisse überwunden werden müssen.

- Die meisten anderen Angelegenheiten des Lebens treten in den Hintergrund.
- Das Bild des anderen wird „geschönt“, und zwar sowohl äußerlich, als auch seelisch, geistig, charakterlich, beruflich u. a. Es werden also die bewundernswerten Züge hervorgehoben, die negativen übergangen oder gar ins Positive umgedeutet.

Zitiert von F. Braus, D. Klusmann und B. Zurowski, modifiziert

Bis hierher kann jeder Mensch ohne wissenschaftliche Vorbildung und aus eigener Erfahrung dem Mysterium Liebe oder Verliebtheit folgen. Aber was steckt dahinter, biologisch oder konkreter: neurochemisch bzw. „neuroradiologisch“?. Denn hier muss sich etwas gleichsam stereotyp (immer wiederkehrend) und damit programmiert ändern. Wie erklärt man sich das alles?

Sozialwissenschaftliche Erklärungsmuster

Die Ersten, die gefragt sind, sind die Sozialwissenschaftler. Je nachdem, welcher Einstellung sie näher stehen (mehr soziokulturell oder gar philosophisch bzw. mehr naturwissenschaftlich orientiert), ist für sie Liebe oder Verliebtheit ein entsprechend gelagertes Phänomen (bis hin zum „kulturellen Mythos“) oder ein biologischer Mechanismus, auch wenn er durch die jeweilige kulturelle Form auf besondere Weise geweckt, betont, ausgestaltet oder gedämpft, auf jeden Fall geprägt wird. Tatsächlich lassen sich soziale Konstruktionen, wie das die Experten nennen, durch kulturell spezifische Verhaltensformen erklären (ein gutes Beispiel ist die Übersteigerung der romantischen Liebe im 19. Jahrhundert). Doch die Gleichartigkeit, mit der die Liebe von historischen Quellen bis heute und in allen Kulturen dieser Erde beschrieben wird, spricht letztlich für einen universellen *biologischen* Mechanismus. Der kann nun rein biologisch, aber auch psychologisch interpretiert werden. Bei Letzterem geht es vor allem um ein so genanntes Bindungsverhalten.

Um es kurz zu machen: Die Bindung zwischen zwei Menschen kann zwar einerseits Liebe und Verliebtheit unter Erwachsenen erklären, könnte aber auch auf die evolutionsgeschichtlich entscheidende Mutter-Kind-Bindung zurückgehen. Denn nur diese intensive Verbindung garantiert das Überleben eines lange Zeit unselbstständigen Kindes (im Gegensatz zu den meisten Tier-Kindern, die relativ früh selbstständig werden müssen). Der nachfolgende Kasten schildert als Vergleich das Bindungs-Verhalten von Erwachsenen (Verliebtheit oder Liebe) und von Mutter und Kind.

Ähnliches Bindungs-Verhalten zwischen erwachsenen Liebenden sowie Mutter und Kind

- *Ähnliche Auswahl-Kriterien:* freundliche Zuwendung, Ähnlichkeit, Vertraulichkeit.
- *Ähnliche Bindungs-Entwicklung:* Suche nach körperlicher Nähe, starke mentale Repräsentation der geliebten Person.
- *Ähnlicher körperlicher Kontakt:* berühren, kuscheln, schmusen.
- *Ähnliche Reaktion auf Trennung:* Angst, Depression, Wut, Schmerz, Protest.
- *Ähnliche Auswirkung auf allgemeine Körperfunktionen:* nach Trennung anfälliger für Krankheit und frühen Tod.
- *Ähnliche biologische Mechanismen:* die Bindung regulierende so genannte neuroaktive Substanzen wie Oxytocin, Vasopressin, Dopamin u. a.

Zitiert von F. Braus, D. Klusmann und B. Zurowski, modifiziert

Die Grundlage – so mancher Sozialwissenschaftler, vor allem wenn sie ethologisch als Verhaltensforscher orientiert sind – ist also die Mutter-Kind-Bindung. Sie ist – grob gesprochen – im Gehirn verankert und hat sich offensichtlich auch seit Jahrtausenden in der Paar-Bindung von Erwachsenen bewährt. Aber wie im Gehirn? Das ist ein kompliziertes Phänomen, das vor allem auf zwei Ebenen beforscht und hier erläutert werden soll, nämlich 1. neurochemisch und 2. durch so genannte bildgebende Verfahren. Im Einzelnen:

Neurochemische Aspekte von Liebe und Verliebtheit

Was Liebe ist, kennen also die meisten (ob beglückt oder frustriert). Dass man es nicht nur als Mysterium abtun kann, ist inzwischen auch allen klar. Also, was bleibt als Erklärungsmuster? Die reine Stofflichkeit oder konkreter: bestimmte Gehirnzentren für bestimmte Gefühlsbereiche und noch detaillierter: bestimmte chemische Prozesse innerhalb dieser offensichtlich spezialisierten Gehirnzellen in ihren Gehirnzentren?

Nun ist das Ganze nicht nur überaus kompliziert und damit unbefriedigend allgemeinverständlich darzustellen, es ist auch noch wissenschaftlich im Fluss, d. h. man steht letztlich am Anfang eines zwar faszinierenden, aber derart komplexen Funktionsablaufs, dass man gut tut, alles so bescheiden wie möglich zu formulieren, ohne aber sein Ziel aus den Augen zu verlieren. Vor allem ist und bleibt eines zu beachten, das den gesamten Ablauf noch vielschichtiger und damit unübersichtlicher macht, nämlich die sozialen bzw. psychosozialen, vor allem höchst individuellen Einflussfaktoren, denen jeder Einzelne ausgesetzt ist.

Wie stellt man sich nun derzeit die neurochemische Seite vor? Wie jedes Gefühl ist auch die Verliebtheit nur durch neurochemische Veränderungen in bestimmten Nervenzellen bestimmter Gehirnregionen zu erklären. Alle anderen Erläuterungsversuche kann man zwar historisch würdigen, sie sind aber keine Basis moderner Forschungsbemühungen mehr (die ja auch diagnostisch und therapeutisch nutzbar sein sollten, siehe Liebe als Krankheit, wie sie später in ihren wichtigsten Störmustern kurz dargelegt werden sollen).

Welches sind nun die wesentlichsten Substanzen, die an Entstehung und Aufrechterhaltung von Zuneigung, Verliebtheit und gemütsmäßiger Bindung beteiligt sind? Nachfolgend eine komprimierte Übersicht. Sie haben zwar reichlich komplizierte Namen, sollen aber trotzdem kurz skizziert werden. Auch darf man nicht vergessen: Verliebtheit ist nicht gleichbedeutend mit dem einzelnen Wirk-Effekt dieser Substanzen. Verliebtheit ist ein kompliziertes Gefüge, wie erwähnt. Um was handelt es sich also?

- *Phenyletylamin (PEA)* ist eine Schlüsselsubstanz neurochemischer Verliebtheits-Hypothesen. Sie ist vor allem für die plötzliche Aktivierung („der Funke springt über“) und die späteren Hochgefühle mit verantwortlich. Eng sind auch ihre Beziehungen zum so genannten dopaminergen „Belohnungssystem“ (der Neurotransmitter Dopamin hat viele Funktionen und ist krankheitsbedingt beispielsweise an erworbenem Schwachsinn (z. B. Alzheimer-Demenz), Schizophrenie, ADHS („Zappelphilipp“) u. a. beteiligt und hat auch in Sachen „Glücksgefühle“ mitzureden). PEA selber kann zwar von außen zugeführt werden (z. B. Schokolade: schwache und kurzfristige Stimmungshebung), ist aber vor allem eine körpereigene Substanz, die beispielsweise bei Liebesphantasien (Liebesromane, Erinnerung an romantische Situationen) verstärkt in die Blutbahn ausgeschüttet wird.
- Eine wichtige Funktion im Rahmen von Liebe und Verliebtheit nehmen auch die so genannten *Pheromone* und *Dehydroepiandrosteron (DHEA)* ein – und warum? Sie entscheiden mit darüber, ob man jemand „riechen kann“ oder nicht, ja ob man sich angezogen oder abgestoßen fühlt. Sind zwar nicht wahrnehmbar wie Parfüm oder Unrat, werden aber hormonabhängig in der Haut frei gesetzt und sorgen für entsprechende Reaktionen – innerlich, vor allem im Gehirn. Besonders DHEA soll die Aufmerksamkeit auf einen Partner lenken und halten und sein sexuelles Verlangen erhöhen. So führt ein erhöhter DHEA-Spiegel auch zu sexueller Erregung und erleichtert den Orgasmus.
- *Oxytocin* erhöht bei Tieren die Berührungsempfindlichkeit und fördert bei beiden Geschlechtern die Paarungsbereitschaft sowie das Bedürfnis nach Nähe. Bei der Geburt löst es die Wehen aus und lindert durch eine endorphinähnliche Wirkung (körpereigene Opiate) die Schmerzen. Auch steuert es – vermutlich nicht nur bei Tieren – die Bindung der Mutter an das

Neugeborene. Oxytocin fördert also den Wunsch nach Berührung, was wiederum seinen eigenen Glücksspiegel erhöht.

Dieser „Aufschaukelungsprozess“ erklärt auch die Entwicklung so mancher anfänglich lauer Liebesbeziehungen zu einer echten Leidenschaft. Es muss offenbar nur für genügend Berührungsgemeinschaften gesorgt werden. Beim Menschen hat man übrigens noch herausgefunden, dass diese Substanz das sichere Erkennen emotional gesteuerter Gesichtsausdrücke erleichtert, und damit die zwischenmenschliche und vor allem gemütsmäßige Wahrnehmung (wie steht er/sie zu mir, was kann ich vom Gesicht ablesen?).

- *Vasopressin* schließlich hat ebenfalls viele Wirkungen, nicht zuletzt auf das Sexual- und Bindungsverhalten, letzteres vor allem in Kombination mit dem erwähnten Oxytocin (zuständig für die längerfristige menschliche heterosexuelle Paarbindung?).
- Dies alles ist aber nur ein Teil der wahrscheinlich emotional und besonders in puncto Verliebtheit beteiligten neurochemischen Substanzen. Ergänzt werden sie natürlich noch durch Sexualhormone (Testosteron, Östrogene), den schon erwähnten Neurotransmitter Dopamin, der das Belohnungssystem steuert und Serotonin (das für die Zentrierung verliebter Gedanken hilfreich sein soll).

Wer diesen zugegebenermaßen komplizierten Ausführungen bis hierher gefolgt ist, versteht dafür inzwischen auch, dass die Chemie zwar eine wichtige Rolle spielt, aber derart vielschichtig und in gegenseitige Wechselwirkungen eingebunden, dass es auch in Zukunft nicht einfach sein dürfte, nicht nur eine allseits verständliche und handliche, sondern auch für alles passende Erklärung zu finden. Daran sollte man sich im Übrigen vor allem dann erinnern, wenn wieder einmal in den Medien und manchen Sachbüchern von naiv vereinfachenden Begriffen und Formeln die Rede ist („Glückshormone“).

Was kann man im Gehirn sehen?

Früher konnte man sich nur das Röntgenbild vorstellen, heute hat sich der Einblick in das Gehirn auf faszinierende Weise erweitert. Das liegt vor allem an der so genannten funktionellen Kernspintomographie (fMRT). Dies ist ein Verfahren, das einen nicht-invasiven (also nicht eine Schädelöffnung erzwingenden) Einblick in die Funktionen des lebenden Gehirns ermöglicht. Es gehört zu den funktionell-bildgebenden Methoden (also modernen, gleichsam „super-stereo-röntgen-ähnlichen“ Verfahren), wobei es vor allem um die Koppelung von Blutgefäßsystem und Nervenzellen geht, was zu einer indirekten Analyse zentral nervöser Aktivierungszustände beiträgt. Oder kurz: Die arteriellen (also sauerstoffreichen) Gehirngefäße erweitern oder verengen sich je nach nervlichem Kommando. Damit ändern sich auch der örtliche Blutfluss in den einzelnen Gehirnregionen und bestimmte Eigenschaften des Blutes (z. B. Sauerstoffgehalt). Und das lässt sich sichtbar machen, früher durch

künstliche, heute durch „natürliche Kontrastmittel“ im Sinne der jeweiligen Sauerstoffsättigung des Blutes.

Wenn man nun standardisierte (methodisch vereinheitlichte) Stimulationen setzt (z. B. Gefühl, Bewegung, Gemüt, geistige Aktivität u. a.), kann man die sich örtlich ändernden Anregungs- oder Erregungszustände in Form von „Funktionslandkarten des Gehirns“ indirekt erfassen und darstellen. Dies gilt natürlich nicht nur für positive, sondern auch negative Veränderungen (Stichwort: „dysfunktionale Reiz-Verarbeitungsprozesse“), wie sie beispielsweise bei seelischen Störungen auftreten können.

Auf diese Weise versucht man die verschiedenen Krankheitsbilder sichtbar zu machen, was für Diagnose, Differentialdiagnose (was könnte es sonst noch sein), vor allem aber Therapie und ggf. später auch Prävention (Vorbeugung) bedeutsam sein könnte.

Für die vorliegende Fragestellung aber drängt sich jedoch ein ganz anderes Interesse auf, nämlich: In welchen Regionen des Gehirns finden sich – falls überhaupt – hirn-funktionelle Veränderungen durch Liebe oder Verliebtheit?

Liebe und ihre funktionellen bildgebenden Befunde im Gehirn

Das Gehirn ist das komplizierteste Organ des Menschen. Das sieht jeder ein. Es ist unvorstellbar, was von diesem rund eineinhalb Pfund schweren, von außen eher unscheinbar wirkenden Organ mit seinen Milliarden Nervenzellen erwartet werden kann – wenn alles seinen optimalen Verlauf nimmt (von den erblichen Voraussetzungen bis zur störungsfreien Funktion). Einzelheiten über die Anatomie und Physiologie des Gehirns siehe die entsprechende Fachliteratur. Dort wird dann auch rasch deutlich: Nichts ist schon rein anatomisch so kompliziert gebaut wie diese zwei in Hirnflüssigkeit verpackten halbkugeligen Hemisphären, verbunden durch einen „Balken“ und aufgeteilt in ein Groß- und Kleinhirn sowie den anschließenden Hirnstamm mit Mittelhirn und verlängertem Mark.

Wenn das Gehirn auch äußerlich eher unansehnlich wirkt, so ist es doch der „Gipfel der Schöpfung“, da besteht kein Zweifel, trotz aller kritischen Einwände, die gelegentlich wohl auch ihre Berechtigung haben. Kompliziert ist auch die Funktion der erwähnten Milliarden Nervenzellen, die neurochemisch miteinander in Verbindung stehen und dadurch zu einer Art „gigantischem Riesen-Computer“ verschaltet sind.

Um zum eigentlichen Thema, nämlich der Liebe aus wissenschaftlicher Sicht zurück zu kommen, muss gleich eingeschränkt werden: Es gibt wenig Untersuchungen zu dieser Frage (Fachbegriff: neuronale Korrelate oder gar Grundlagen der Liebe). Diejenigen, die zu fassbaren Erkenntnissen führten (nebenbei noch gar nicht so lange zurückliegend, nämlich aus den Jahren 2000 und 2003) zeigen aber interessante Aktivierungsmuster im Gehirn, wenn es um das

Phänomen Liebe geht (Präsentation von Liebesobjekten auf einem Bildschirm und Messung der entsprechenden Hirnaktivität). Dabei wurden zwei Gruppen gebildet, zum einen verliebte Studenten („romantische Liebe“), zum anderen junge Mütter (Mutterliebe).

Die bildgebenden Untersuchungsbefunde ergaben zwar auffällig ähnliche Aktivierungsmuster, allerdings mit bestimmten Unterschieden (s. u.). Wer sich für die Orte besonderer Liebes-Aktivierung im Gehirn interessiert, dem seien wenigstens einige Fachbegriffe zugemutet: Beteiligt sind offenbar vor allem limbische Areale, wie der vordere Anteil des Gyrus cinguli, die Inselregion und subcortikale Strukturen wie das ventrale Striatum. Spezifisch aktiviert im Falle einer „romantischen Liebe“ sind offenbar auch der Hippocampus (Gyrus dentatus), die dopaminerge ventrale tegmentale Area (VTA) und der Hypothalamus (letzterer wahrscheinlich für die sexuelle Stimulation zuständig). Damit erst einmal genug.

Wichtig aber auch die Erkenntnis: Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es bei der „romantischen Liebe“ bezüglich funktioneller Aktivierung offenbar nicht.

Wie steht es nun um die „mütterliche Liebe?“ Hier ist es vor allem der laterale orbito-frontale Cortex und das periaquäduktale Grau, das bei Müttern aktiviert wird. Besonders Letzteres ist eine entwicklungsgeschichtlich alte Struktur zur Steuerung mütterlichen Verhaltens (im Tierversuch gut nachstellbar).

Diese Befunde bestätigen ältere Untersuchungsergebnisse aus den 80-er Jahren des 20. Jahrhunderts, in denen schon damals auf die Bedeutung des orbito-frontalen Cortex für relevante Gemütsregungen und eine positive Stimmungsaktivierung hingewiesen wurde. Um wenigstens hier eine allgemein verständliche Erklärung zu der komplizierten Gehirn-Anatomie zu geben: Es handelt sich um die augenhöhlen-nahe Stirnhirn-Region.

Doch zurück zur Liebe. Es gibt nämlich nicht nur aktivierte Gehirnregionen, sondern auch im Rahmen der Liebe nicht so gut mit sauerstoffreichem Blut versorgte und damit weniger aktive Zentren, die wir uns aber namentlich hier schenken, weil es dann noch komplizierter wird. Interessant jedenfalls die Erkenntnis: Offenbar von der liebes-dynamischen Aktivität zurückgenommen sind im Liebeszustand jene Teile des Gehirns, die ansonsten höhere kognitive (intellektuelle, geistige) Leistungen vermitteln und auch an der Wiedergabe gespeicherter Informationen (Gedächtnis) beteiligt sind. Das gibt natürlich Anlass zu so mancher Spekulation. Dabei fällt auch dem Nicht-Fachmann sofort der Satz ein: „Liebe macht blind“ (Platon, griech. Philosoph, 427-347 a.C.).

Oder als Schlussfolgerung der Wissenschaftler: „Während die offenbar „heruntergefahrenen“ Hirnareale ansonsten eine adäquate und vor allem erfahrungsgel leitete Einschätzung des Gegenüber vermitteln, werden sie im Falle gut bekannter oder gar geliebter Personen nicht mehr so gebraucht und damit weniger eingesetzt, womöglich sogar unterdrückt.“

Während man bei Liebenden diese Ergebnisse noch am ehesten nachvollziehen und schmunzelnd tolerieren kann, ist aber auch bei der Mutterliebe mit gewissen „Differenzierungen“ zu rechnen (oder auf Deutsch: „Mutterliebe macht auch nicht gerade kritischer...“). Doch das würde in diesem Zusammenhang zu weit führen (und auch gar nicht mehr den gleichen augenzwinkernden Zuspruch erlangen).

Schlussfolgerung

Die Wissenschaft macht vor nichts mehr Halt. Das weiß man inzwischen und akzeptiert es auch letztlich, erhofft man sich doch vor allem Vorteile für sich selber, was Diagnose, Therapie und Vorbeugung von Krankheiten (nicht zuletzt seelischer Art) anbelangt. So gibt es inzwischen eine wachsende Zahl von funktionell bildgebenden Studien zu Gefühlsregungen wie Angst, Ekel, Depressionen u. a. Untersuchungen, die sich ausdrücklich mit der Liebe beschäftigen, sind dafür vergleichsweise selten – noch.

Das aber, was man bisher weiß, spricht für eine hohe Übereinstimmung zwischen Untersuchungen am Menschen und tierexperimentellen Befunden. Hier macht die Natur also keine großen Unterschiede. Schon diese vorsichtig formulierte Erkenntnis aber dürfte auf wenig Sympathie, ja erhebliche Vorbehalte stoßen. So schlicht will man sich nun doch nicht anatomisch strukturiert und physiologisch bzw. neurochemisch funktionierend wissen.

Tatsächlich lebt der Mensch in einem komplexeren Umfeld, was gerade Verliebtheit und Liebe komplizierter machen als im Tierreich. Ob es aber bei den Endgliedern funktioneller Gehirn-Abläufe so viel anders zugeht, bleibt eine offene Frage. Die Wissenschaftler äußern sich hier nachvollziehbar sehr verhalten. Die bisherigen Ergebnisse legen aber nahe, dass man auf dem besten Weg ist, selbst eine so diffizile menschliche Regung oder Gefühlswelt wie Verliebtheit und Liebe auch in ihrem „Innersten“ zu erforschen, was vielleicht manchen erst einmal Angst macht, im Guten genutzt, aber auch Segen bringen kann.

Literaturhinweise am Ende dieser Serie und bei den Autoren.

B. LIEBE UND PSYCHISCHE KRANKHEIT

● STALKING

Durch Belästigung oder Verfolgung vorsätzlich böswillig und wiederholt attackieren

Ein neuer Fachbegriff geistert durch die Medien, natürlich aus dem Englischen: „Stalking“. Noch kann nicht jeder etwas damit Konkretes verbinden. Doch eines ist den meisten klar: Es hat was mit Liebe zu tun, verfehlter, belästigender, gewalttätiger Liebe.

Tatsächlich handelt es sich um eines der psychiatrisch interessantesten Phänomene, wenngleich für die Opfer extrem belastend, vielleicht sogar den gesamten Lebensbezug zerstörend. Neu ist es allerdings nicht (übrigens praktisch alles, was die Psychologie, die Seelenkunde und die Psychiatrie, die Seelenheilkunde betrifft). Aber es wird offenbar immer häufiger – und ist kriminalistisch, juristisch, soziologisch, psychologisch und psychiatrisch schwer zu fassen – zu Lasten der Opfer. Um was handelt es sich?

- *Begriff*: Stalking kommt aus dem Englischen, dem Verb to stalk, was soviel bedeutet wie „heranpirschen“.
- *Vorgang*: Sich an sein Opfer heranpirschen ist nicht neu, eine alte Jagd-Methode, die das Überleben des Jägers sichern soll. Das Gleiche gilt für gewalttätige Auseinandersetzungen unter Menschen (polizeiliche Verfolgung, Krieg). In Friedenszeiten und ohne Legitimation (z. B. Sicherheitskräfte) ist es hochgradig verdächtig und sieht schnell nach krimineller Absicht aus (wenn es keine kindlichen Spiele sind, die aber auch immer aggressiver (gemacht) werden oder sonst wenigstens halbwegs vertretbare Rempelen oder entsprechende „Anmache“). Und deshalb ist es auch so alt wie die Menschheit, auch wenn es erst seit Jahrzehnten im angelsächsischen Bereich und seit wenigen Jahren auch zum wissenschaftlichen, Medien- und allgemein-interessierenden Thema wurde. Einzelheiten zu Methode, Motivation und Ursache siehe später.

Eines aber soll zuvor kurz gestreift werden, nämlich die gesellschaftliche Einstellung des meist zwischenmenschlich, erotisch oder sexuell motivierten Heranpirschens. Den so genannten Liebeswahn gab es schon früher, die Erotomanie (siehe Kasten). Er deckt zwar nur einen kleinen Teil der Stalkingfälle ab, dürfte aber den Kern des Geschehens prägen. Auf jeden Fall wurde

Stalking nicht immer als ein persönliche Grenzen verletzendes oder gar grenzwertiges bis kriminelles Verhalten eingestuft. Es gab sogar Epochen, wo man solche „romantischen Manöver“ nicht als aufdringlich oder gar abnorm verurteilte, sondern als „gefühlbetontes Ideal“ aufwertete (z. B. der berühmte italienische Dichter Dante und seine Zeit).

Erotomanie

Erotomanie, auch Eromanie, Erotikomanie, Amor insanus oder volkstümlich „Geschlechtswahnsinn“ genannt, ist eine ältere, kaum noch gebrauchte Bezeichnung für „Liebeswut“ oder „Liebestollheit“ („zügellostes“ Suchen und Eingehen von sexuellen Beziehungen: Weiber- bzw. Mannstollheit bei ansonsten psychisch Gesunden). Später auch bedeutungsgleich für Liebeswahn (siehe dieser).

Als Ursachen einer solchen „Hypersexualität“ werden diskutiert:

- *psychologische Gründe*: z. B. Impulsivität oder ungehemmte Wesensart, narzisstische Selbstbestätigung („sexuelle Eroberungen“), Hass gegen das andere Geschlecht (Sieg, Triumph, Unterwerfung) usw.,
- *psychotische Gründe*: organische Psychosen (Enthemmung durch entsprechende Gehirn-Störungen), endogene Psychose (Manie: Antriebssteigerung, Enthemmung, sexuelle Wünsche), Schizophrenie (scheinbare Hemmungslosigkeit, mangelhafte Kontrolle), zentralnervöse Erkrankungen in bestimmten Regionen des Gehirns,
- *hormonelle Gründe*: Zufuhr entsprechender Sexualhormone (?) bei Mann und Frau,
- *medikamentös*, z. B. durch so genannte Aphrodisiaka (sexuell anregende Mittel) sowie
- *Rauschdrogen*: Cannabis (Haschisch), Kokain u. a.

Warum nimmt aber Stalking derzeit ein so beunruhigendes Ausmaß an? Dr. med. Ion Anghelescu, Oberarzt an der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, erzählt in seinem kurzen und interessanten Beitrag über Stalking („ein psychiatrisch wie juristisch relevantes Phänomen“) in der eingangs erwähnten Fachzeitschrift *NeuroTransmitter* 2/2004 folgende Gründe auf:

Psychosoziale Isolation mit Verlust familiärer Bindungen bei gleichzeitiger Zunahme des Medienkonsums, was sicherlich zur generellen Verbreitung des Stalking-Phänomens beigetragen hat.

Dabei führte er auch gleich die Charakteristika an, die die Psychiater interessieren, nämlich psychotisch (geisteskrank) bzw. nicht-psychotisch, die sehr individuelle Motivation und das persönliche Verhältnis von Stalker und Opfer sowie zusätzliche Faktoren wie Alter und Geschlecht der Beteiligten.

Wie häufig ist Stalking und wen trifft es besonders?

Stalking ist nicht selten. Je nach Untersuchung (der Autor zitiert zahlreiche Untersuchungen) sind 2 bis 15% in der Allgemeinbevölkerung mindestens einmal im Laufe ihres Lebens betroffen, und zwar entweder als Täter oder Opfer.

- *Geschlechtsspezifisch* sind die meisten Stalker männlich. Etwa 10 bis 20% aber sind auch als Frauen, als Stalkerinnen aktiv.
- Die *Motivationen* von Frauen sind denen der Männer durchaus ähnlich. Weibliche Stalker suchen jedoch im Gegensatz zu den männlichen eher Opfer aus, die sie vorher kannten und die nicht selten bei ihnen auch eine Helferrolle einnahmen (zunehmend Ärzte, vor allem Psychiater und psychotherapeutisch tätige Psychologen).

Psychiater als Opfer?

Die Ergebnisse mehrere Fragebogenuntersuchungen aus dem angloamerikanischen Sprachraum beziffern die Häufigkeit sexueller oder geschlechtsbezogener Belästigung von Ärztinnen mit 37 bis 67%. In einer deutschen Befragung eines Universitätsklinikums gaben insgesamt 67% an, bereits verbal oder tätlich-aggressives Verhalten durch Patienten erfahren zu haben. Bei Ärztinnen und Ärzten in der Psychiatrie waren es sogar in 92% verbale Bedrohungen und in 64% tätliche Angriffe. In anderen medizinischen Bereichen liegt der Prozentsatz bei 53% bzw. 25%.

Allerdings war nicht in allen Untersuchungen direkt von „Stalking“ die Rede. Dort aber, wo man konkret auf dieses Problem einging, waren es mehr als die Hälfte aller befragten Ärztinnen und Ärzte, die belästigendes bis bedrohliches Stalking-Verhalten bejahten.

Nach I. Borski, M. Kamleiter und N. Nedopil: Psychiater als Opfer von Stalking. Nervenarzt 2 (2005) 331

Interessanterweise gibt es übrigens nicht nur das Stalker-Verhältnis Mann-Frau (in welcher Täter-Oper-Relation auch immer), sondern auch in etwa 10% gleichgeschlechtliches Stalking (Mann-Mann / Frau-Frau).

Welches sind die wichtigsten Stalker-Typen?

Zur Klassifizierung der Stalker sind offenbar verschiedene Prägnanz-Typen herausgearbeitet worden (Literatur siehe der Übersichtsartikel von I. Anghelescu). Dabei unterscheidet man:

1. **der „zurückgewiesene Stalker“** (englischer Fachbegriff: rejected stalker): Diese Art von Stalker verfolgt hauptsächlich frühere Sexualpartner, nur selten Familienmitglieder oder Freunde. Das vorherrschende Motiv: Wiedergutmachung.

Nicht selten geht es diesen Tätern aber auch um die Kanalisierung von Rachegefühlen (die sich auf bestimmte Personen konzentrieren). Und um die Umwandlung von erlittenen Enttäuschungen (objektiv oder nur subjektiv empfunden) in aktives Vorgehen (von passiv erlitten zu aktiv, das Geschehen bestimmend). Häufig finden sich bei zurückgewiesenen Stalkern schon häusliche Gewalttaten in der Vorgeschichte.

2. **Der „nähe-suchende Stalker“** (englischer Fachbegriff: intimate stalker): Bei diesem Stalker-Typus handelt es sich vorwiegend um Menschen mit einem Liebeswahn bzw. einer Erotomanie (siehe Kasten).

„Nähe-suchende Stalker“ sind oftmals davon überzeugt, dass die gemütsmäßige Bindung, die sie (subjektiv) verspüren, auch erwidert wird (bzw. nur nicht zum Ausdruck kommt, quasi herausgelockt werden muss). Wenn sich die unglücklichen Zielpersonen wehren und die Sache richtig stellen, dann reagieren sie mit Unverständnis oder völlig „taub“, ja, sie interpretieren selbst Zurückweisungen als (schwach) positive Antworten.

In der Vergangenheit sind diese Stalker in ihren intimen Beziehungen häufig frustriert, zurückgewiesen und enttäuscht worden. Durch das nähe-suchende Stalking bauen sie sich eine Schein-Beziehung auf, die es ihnen erlaubt, Hoffnungen und Träume zu entwickeln und zu leben – und sei es auf Kosten von hilflosen anderen, die sie mit ihren Wünschen überrumpeln und deren Not sie (zumindest nicht völlig) realisieren.

Ein besonderer und meist spektakulärer, weil in den Medien hervorgehobener Stalker-Untertyp ist der so genannte „Star-Stalker“. Bei ihnen ist das Opfer

eine Frau oder ein Mann mit hohem Bekanntheitsgrad aus dem öffentlichen Leben (nicht selten aus dem Show-Business).

3. **Der „inkompetente Stalker“** (englischer Fachbegriff: incompetent suitor, also auch konkreter als „inkompetenter Verfolger“ bezeichnet): Das sind Charaktere, die im zwischenmenschlichen Bereich erhebliche Defizite ertragen müssen, die sie jedoch durch penetrantes (aufdringliches) Verhalten zu überspielen suchen. Ihnen geht es mehr um die Beziehung an sich. Die Situation oder Wünsche der Zielperson interessieren sie kaum. Auch sind sie nur selten verliebt, wie es bei den anderen Stalker-Typen zumindest angenommen werden kann.

Nachdem der „inkompetente Stalker“ seinen unerwünschten Kontakt zum Opfer aufgebaut hat, hebt er das Stalking in der Regel nach einigen Tagen oder zumindest Wochen wieder auf. Der ohnehin begrenzte Befriedigungswunsch ist abgesättigt; meist locken jedoch neue Zielpersonen.

4. **Der „nachtragende Stalker“** (englischer Fachbegriff: resentful stalker): Dieser Stalker-Typus will sein Opfer einschüchtern. Seine Motivation ist es, subjektiv empfundenenes Unrecht oder persönlich erlittene Kränkungen zu sühnen. Das Groteske daran: Hier stellt sich der Stalker selber als Opfer dar, das nicht anders konnte, vom Schicksal förmlich dazu gezwungen wurde.

Der psychologische Verstärkermechanismus, der dieses eigenartige, meist krankhafte, aber letztlich (zumindest für den Stalker selber) nachvollziehbare Verhalten aufrechterhält ist zum einen die Befriedigung und zum anderen das Gefühl von Macht und Kontrolle über das Opfer.

5. **Der „räuberische Stalker“** (englischer Fachbegriff: predatory stalker): Dieser Begriff ist nicht sonderlich glücklich gewählt, spricht aber Bände. Ein „räuberischer Stalker“ versucht sich vor allem in sexuellen Attacken. Er zeichnet sich durch eine geduldige Beobachtung der Zielpersonen aus und – was die Tat anbelangt – in einer bemerkenswert konsequenten Kombination aus Informationsstand, Größenphantasien und Intrusionen, wie der Fachbegriff lautet (auf Deutsch: Eindringen, hier in den persönlichen und intimen Bereich eines Opfers).

Stalking ist in diesem Fall nur ein Mittel zum Zweck. Die Methode ist der Angriff, Gewinn und Vergnügen sind das Gefühl von Macht und Kontrolle. Dabei spielen nicht selten auch voyeuristische Anteile eine zusätzliche, verstärkende Rolle (Voyeurismus = krankhafte „Schaulust“, sexuelle Befriedigung bei der Beobachtung (sexueller) Handlungen anderer – siehe das spezielle Kapitel über sexuelle Variationen).

Vereinfachte psychiatrische Klassifizierung der Stalker

Die Stalking-Forschung ist noch im Fluss. Definitive Klassifikationen stehen noch aus. Trotzdem muss sich die Psychiatrie, besonders die Forensische Psychiatrie (Teilgebiet der Psychiatrie, die sich mit den juristischen Fragen befasst, die sich im Zusammenhang mit psychisch kranken Menschen stellen) dieser Aufgaben konkret annehmen. Also hat man sich seitens der Ton angehenden Institutionen (z. B. Weltgesundheitsorganisation – WHO, insbesondere aber Amerikanische Psychiatrische Vereinigung – APA) auf eine praxisrelevante und alltags-taugliche Kurzfassung verständigt. Sie sieht vor allem drei Gruppen vor:

1. der nähe-suchende Stalker (intimate stalker – s. o.)
2. der wahnhafte Stalker
3. der rachsüchtige Stalker

Gewalttätigkeit kann in allen drei Gruppen auftreten, wobei der nähe-suchende und wahnhafte Stalker schließlich auch zu einem rachsüchtigen Stalker werden kann. Vor allem ist Gewalttätigkeit in der Vergangenheit (in der Vorgeschichte der betreffenden Person) der stärkste Prädiktor (also das wichtigste Vorhersage-Kriterium, wie es weitergehen dürfte). Fehlende Gewalttätigkeit sagt aber leider nichts aus, bestehende um so mehr.

Außerdem gilt eine interessante Faustregel:

Je geringer die vormalige Beziehung zwischen Stalker und Opfer, desto schwerer ist der Stalker offensichtlich psychisch gestört. Oder kurz: Wer gleichsam ohne nachvollziehbare Vorgeschichte (Kontakte, teils persönlich, teils durch Telefon, Brief, E-Mail u.a.), plötzlich und offenbar unausgewählt ein Opfer attackiert, ist besonders verdächtig auf eine seelische Störung (z. B. Schizophrenie, wahnhafte Störung, manische Hochstimmung, Liebeswahn u.a.).

Dafür gibt es gleichsam eine Entwarnung, was die Verbindung zwischen Stalking und Zwangsstörung anbelangt. Das Stalking-Verhalten hat zwar meist zwanghaften Charakter, eine Zwangsstörung als eigenes Krankheitsbild (und damit Diagnose) ist aber nicht häufiger als in normalem Alltag zu finden.

Was bietet nun die psychiatrische Stalking-Klassifizierung an verwertbaren Erkenntnissen?

- *Beim nähe-suchenden Stalker (intimate stalker)* finden sich nicht selten zusätzlich Anpassungsstörungen (früher auch als depressive Reaktion, reaktive Depression, Trauerreaktion u. a. bezeichnet). Möglich sind auch Persönlichkeitsstörungen: dependente (= abhängige), paranoide (= wahnhaft) und antisoziale Psychopathien, wie dies früher bezeichnet wurde. Die Opfer sind oft (ehemalige) Liebespartner.
- Bei den *wahnhaften Stalkern* (ein neuer Begriff, Einzelheiten siehe wahnhaftige Störungen) handelt es sich nicht selten um schizophrene Psychosen, affektive Störungen (also Depressionen oder manische Hochstimmung) bzw. einen Liebeswahn (oft auch im Rahmen einer manischen oder schizophrenen Störung). Die Opfer sind zunehmend Ärzte, Psychologen oder Pflegepersonal. Nicht selten übrigens auch – wie erwähnt – Psychotherapeuten, und zwar nicht nur männlichen, sondern auch weiblichen Geschlechts. Gerade hier können Frauen als Täter durchaus unangenehme bis unerwartet bedrohliche Aktivitäten entwickeln.
- Die *rachsüchtigen Stalker* (ebenfalls ein neuer Begriff in diesem Zusammenhang) sind oftmals seelisch erkrankt, meist an Schizophrenie oder wahnhafter Störung. Konkret handelt es sich um paranoide (= wahnhaft), querulatorische und/oder fanatische Persönlichkeitsstörungen. Bei den Opfern stehen an erster Stelle Liebespartner, aber auch (Psycho-)Therapeuten und schließlich „berühmte Personen der Zeitgeschichte“.

Stalker aus psychiatrischer Sicht sind nach I. Angheliescu (entsprechende Untersuchungen zitierend) vor allem Patienten, die zur forensischen Begutachtung einbestellt wurden. Dabei wird besonders eines deutlich: Psychisch krank im Rahmen eines Stalking heißt nicht nur Liebeswahn an sich. Dieses Phänomen mag eine Rolle spielen, aber keine dominante.

Die Psychiater finden in dieser Gruppierung vor allem Diagnosen wie Substanzmittelmissbrauch oder -abhängigkeit (meist Alkohol und Rauschdrogen), affektive Störungen (Depressionen und manische Hochstimmung), Anpassungsstörungen (reaktive Depression, Trauerreaktion u. a.), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen. Vor allem aber Persönlichkeitsstörungen, und hier nicht zuletzt histrionische (= hysterische), antisoziale, narzisstische (siehe das ausführliche Kapitel über die krankhafte Selbstverliebtheit) und Borderline-Persönlichkeitsstörungen (ebenfalls siehe das entsprechende Kurz-Kapitel).

Dabei fallen zwei Aspekte auf: Zum einen weisen Stalker, die schließlich forensisch begutachtet werden müssen ein eher überdurchschnittliches Ausbildungsniveau auf. Trotzdem sind sie häufig nur in geringer Beschäftigung tätig oder gar arbeitslos. Zum anderen sind diese Patienten ein – wie bereits erwähnt – ernst zu nehmendes Problem im klinischen Alltag, in Ambulanz, Poliklinik und Praxis, da sie gar nicht so selten nach Beendigung der Behandlung ihren Therapeuten belästigen, bedrohen oder gar verfolgen.

Was weiß man über die Opfer?

Je unsicherer die Gesellschaft und damit die Medien, die Sicherheitskräfte, die Rechtsprechung, die Medizin und die Wissenschaftler gegenüber einem Phänomen sind, desto weniger dürfen sich die Opfer Verständnis, Zuwendung und Hilfe erhoffen – jedenfalls lange, mitunter unverständlich lange. Das ist eine Reaktion, die vielleicht erst einmal ganz natürlich anmutet („abwarten, gezielte Informationen einholen“), den Betroffenen allerdings weit weniger.

So auch beim Stalking. Das zeigt sich schon in der erstaunlich geringen Zahl von Untersuchungen, die sich auf die Konsequenzen der Opfer beziehen. Wie schon erwähnt: Es ist nicht nur eine Frage der Epoche und gesellschaftlichen Einstellung (s. o.), es ist auch die allseits verbreitete Schwierigkeit, sich so etwas bis in die letzte Konsequenz vorzustellen, Verständnis zu entwickeln und damit Hilfsangebote zu überlegen. Da ist es leichter, das Ganze eher amüsiert oder abwertend zu interpretieren, natürlich wiederum zu Lasten der Opfer.

Diese sind also auf allen Ebenen schlecht dran: Die Täter lassen nicht locker und greifen ggf. zu immer infameren Methoden, das Umfeld nimmt es nicht ernst, zieht es ins Lächerliche oder unterstellt gar einen Verfolgungswahn. Es ist der ideale „Nährboden“ für eine Traumatisierung (seelische bzw. psychosoziale Verwundung) mit langfristigen Folgen (Zitat: „Das bekommt man nicht mehr so schnell aus den Kleidern ...“).

Was droht den Betroffenen? Als Erstes verändert sich ihr Alltagsverhalten. Dies hört sich zwar nicht so problematisch an, kann aber tiefgreifende Konsequenzen erzwingen. Das geht von einer neuen, jetzt geheimen Telefonnummer bis zum Meiden bestimmter Straßen, Plätze, Geschäfte, Märkte, Verkehrsmittel, Vergnügungsstätten, Restaurants u. a. Wenn dies alles nichts mehr nützt, dann müssen vielleicht sogar Wohnung oder Arbeitsplatz aufgegeben werden (wissenschaftlich heißt dies: Wohnung und Arbeitsplatz „wechseln“, nur was das konkret bedeutet, das kommt in diesem Begriff nur unzulänglich zum Ausdruck, es denke nur einmal jeder über eine solche Notlage in eigener Sache nach).

Natürlich kommt es auch zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen: seelisch, zwischenmenschlich, psychosomatisch und rein körperlich. Stichworte: Angst- und Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, Merk- und Konzentrations-einbußen („immer nur an dasselbe denken müssen“), Probleme mit Partner, Familie, Nachbarn, Arbeitskollegen, Leistungseinbußen im Beruf, körperliche Störungen auf seelischer Grundlage, ohne dass ein organischer Befund erhoben werden kann („seien Sie beruhigt, das ist nur psychisch...“). Nicht zuletzt Verstärkung von bisher knapp kompensierten organischen Leiden, die unter diesem Dauer-Stress erneut durchbrechen.

Da spielt die Furcht vor gewalttätigen Übergriffen – so sonderbar sich das anhört – noch eine geradezu moderate Rolle. Manchen Opfern wäre es sogar lieber, es käme einmal zu einer handfesten Auseinandersetzung, die dann

auch handfeste Aufklärungs- und juristische Schritte nach sich zöge, als dieses ständige Anschleichen, Beschatten, Belauern, Belästigen und Bedrohen, ohne dass man einen allseits überzeugenden Beweis in die Hand bekommt („können Sie Zeugen nennen?“).

Gleichwohl fürchtet man sich natürlich auch vor gewalttätigen Verhaltensweisen, über die die Statistik nebenbei noch am wenigsten Fundiertes zu berichten weiß. Die Häufigkeit gewalttätiger Übergriffe hängt nämlich von der jeweiligen Stichprobe ab, die man zu diesem Thema untersucht hat, und das sind in der Regel forensische Studien, eine gesamthafte gesehen nur kleine Negativ-Auswahl, die zudem nicht viel Erhellendes beitragen kann. Das geht schon aus der ungewöhnlichen Bandbreite der entsprechenden Zahlenangaben zwischen 2,7 und 55% hervor und reicht – konkret – von Ohrfeigen und Tritten bis zu schweren Formen der Körperverletzung (wobei Tötungsdelikte eher selten sind, ein schwacher Trost). Interessant in diesem Zusammenhang:

Weibliche Stalker sind dabei ähnlich riskant bis gefährlich wie männliche.

Interessant auch zur Vorbeugung: In mehr als acht von zehn Fällen gehen offener Gewaltanwendung verbale oder schriftliche Drohungen voraus. Und eine Erkenntnis, die ebenfalls konkret verwertbar ist: Schwere Gewalttätigkeit hängt überdurchschnittlich häufig mit „ehemaliger sexueller Nähe zwischen Stalker und Opfer“ zusammen, oder kurz:

Ehemals enge Beziehungen sind in puncto Gewalttätigkeit riskanter.

Auch finden sich bei dieser Form von Stalkern weniger psychische, insbesondere psychotische Störungen. Hier geht es offenbar mehr um Kränkung als um seelische Störungen, insbesondere Geisteskrankheiten (wobei psychisch kranke Menschen dafür öfter fremde Personen überraschend angreifen).

Gerade bei dem Begriff „Kränkung“ ist bei „zurückgewiesenen und nähesuchenden Stalkern die Persönlichkeitsstruktur von Bedeutung, was sich in einer Untersuchungsgruppe männlicher Täter durch besondere Defizite in den Faktoren Verträglichkeit, Durchhaltevermögen, emotionale (gemütsmäßige) Stabilität und durch eine besonders ausgeprägte Sensitivität, also (Über-)Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisungen, Verlassenwerden und Verlusten aller Art ausdrückt. Hier besteht also als Grundlage eine besonders schwer steuerbare Vulnerabilität, wie der Fachausdruck heißt (seelische Verwundbarkeit), die sich dann durch die Stalking-Handlungen auch noch zu einer besonders fatalen Vulnerabilität des Opfers ausweitet.

Was kann man tun?

Bestrafung der Täter, das ist der erste Gedanke, der einem in diesem Zusammenhang kommt. Das entscheidet das Gesetz. Hier aber stellt sich bereits die Frage: Ist der Stalker seelisch gesund? Wenn ja, gibt es keine Diskussion. Wenn nein, bedarf es einer Therapie (und sei es stationär in einer Forensischen Abteilung). Denn wenn man nicht der krankhaften Grundlagen Herr wird, geht das ganze von vorne los, mit neuen Opfern.

- Die *Behandlung des psychisch kranken Stalkers* richtet sich nach der seelischen Grunderkrankung. Wissenschaftlich gibt es darüber noch sehr wenige Untersuchungen. Nach einer Verurteilung mit Behandlungs-Verpflichtung ist die Therapie zwar erst einmal angeordnet, aber ob sie wirklich akzeptiert wird, ist eine andere Frage. Und freiwillig, was sinnvoller wäre, ist selten genug. Denn viele Täter haben nur ein mäßig ausgeprägtes Problembewusstsein und eine noch geringer angelegte Therapie-Motivation. Bei neurotischer Störung (siehe das entsprechende Kapitel über Neurosen) lauten die Therapie-Stichworte „tiefen-psychologische und/oder kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze“ (was schon vorsichtig ausgedrückt eine gewisse Unsicherheit enthält, ob man damit auch Erfolg haben wird). Bei Persönlichkeitsstörungen wird es schon schwieriger (Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel).

Sind Arzneimittel gefragt, dann handelt es sich meist um Psychopharmaka. Darüber gibt es noch weniger gesichertes Wissen. In der Regel wird man aber – je nach vorherrschendem Beschwerdebild – mit Antidepressiva und Neuroleptika (Antipsychotika) vorgehen. Eine besonders anti-aggressive Wirkung entfalten bekanntlich die so genannten Benzodiazepin-Tranquilizer, bei denen aber schon bei kurz- bis mittelfristigem Gebrauch eine Suchtgefahr droht.

- Für die *Opfer* sieht es etwas besser aus, was die Behandlungsmotivation anbelangt, obgleich auch hier nur relativ wenige einen Psychiater oder Psychologen aufsuchen. Man will es selber schaffen, will sich nicht durch einen „irren Fremden“ oder „früheren Bekannten, der jetzt durchdreht“ zum seelisch Gestörten machen lassen (eine Mischung aus Wut, Ohnmacht und Verzweiflung). Hier kann aber eine ambulant stützende Psychotherapie (vor allem Gesprächspsychotherapie), kombiniert mit dem Erlernen von Entspannungsverfahren (autogenes Training, Yoga, Jacobson) manches mildern. Schlafstörungen müssen, wenn sie nach und nach alle Reserven zu untergraben drohen, medikamentös behoben werden. Beruhigungsmittel können vorübergehend nützlich sein. Antidepressiva sind wahrscheinlich nur selten zwingend.
- Was einer Therapie bzw. „inneren Stabilisierung“ besonders abträglich ist, sind die *strafrechtlichen Grenzen*, die ein Rechtsstaat auferlegt. Denn eine strafrechtliche Verfolgung ist erst dann möglich – auch wenn sich das erst einmal unfassbar anhört –, wenn es tatsächlich zu nachweisbarer Nötigung

oder Bedrohung, zu Hausfriedensbruch, Sachbeschädigung oder Körperverletzung gekommen ist. Meist bleiben aber die Stalking-Verhaltensweisen unterhalb einer rechtlich relevanten Schwelle. Zivilrechtlich kann man zwar einen Unterlassungsanspruch geltend machen, jedoch meist mit erheblichem Kostenrisiko. Dabei muss nicht extra betont werden, dass solche Maßnahmen manche Stalker erst richtig „in Fahrt bringen“.

- Schließlich entwickelt Stalking noch eine besondere Komponente, nämlich die schon mehrfach erwähnte *Belastung von therapeutischem Personal*: Psychiater, Psychologen, ggf. Sozialarbeiter, Schwestern, Pfleger u. a. Das bezieht sich meist auf „seelisch kranke Stalker“, die nicht nur immer häufiger Unbekannte, sondern auch zunehmend „Behandelnde“ zum Opfer machen.

Diese Konstellation hat eine besondere, fast schon niederträchtige Komponente. Nicht nur, dass der Helfer zum Freiwild wird, er kann sich auch noch weniger wehren bzw. er kann es nicht und will es meist auch nicht. Denn – zumindest in den Augen mancher Kollegen – ist es nicht nur ein Schwächezeichen, sondern auch noch der Hinweis, dass die vorangegangene Behandlung erfolglos war, der Therapeut also (in diesem Fall) unfähig sein muss. Da schweigt man lieber (weshalb Ärzte und Psychologen als Gewalt-Opfer kaum in die Statistik eingehen). Kurz: Stalking erweitert seinen Opferkreis auch zunehmend auf Therapeuten, die erfahrungsgemäß mit besonders wenig Unterstützung rechnen dürfen.

Schlussfolgerung

Stalking ist – wie I. Angheliescu auf der Grundlage der vorliegenden wissenschaftlichen Literatur zusammenfasst – ein psychologisch, psychiatrisch und juristisch bedeutsames, ja wachsendes Phänomen in unserer Zeit und Gesellschaft. Die böartige (oder krankhaft gebahnte) Verhaltensweise ist relativ einheitlich. Motivation, Ursachen und äußere/innere Bedingungen sind aber sehr unterschiedlich. Das macht das Problem noch komplizierter. Die Therapie ist schwierig und wird in den meisten Fällen von den Tätern gar nicht gewünscht (bzw. unterlaufen). Die rechtliche Situation ist für die Opfer unbefriedigend. Die Behandlung der Betroffenen ist – wenigstens derzeit – ebenfalls eher selten, was aber keine gute Lösung ist, auf jeden Fall mittelfristig oder gar auf Dauer. Denn diese Art von seelischer Verwundung ruiniert sein Opfer im Geheimen, zumal man in diesem Fall auch wenig Verständnis von seinem Umfeld erwarten kann und schon deshalb zurückhaltend ist.

Stalking ist in den angelsächsischen Ländern bereits ein zahlenmäßig ernst zunehmendes Problem geworden. Auch bei uns greift es um sich. Man sollte aus den bisher vorliegenden Erfahrungen lernen, denn zumindest ein Teil davon lässt sich schon im Vorfeld unterdrücken, regeln oder (zwangsweise) behandeln.

Anmerkung: Trotz allem tut sich auch im deutschsprachigen Bereich etwas: Forschungsprojekte, Arbeitsgruppen, konkrete Studien durch repräsentative Bevölkerungsbefragungen, Internet-Aufrufe, Telefon-Interviews, forensische Untersuchungen in Spezialabteilungen und -kliniken, Opfergruppen, ja sogar polizeiliche Sondereinheiten (z. B. Bremen), Doktor- und Diplomarbeiten u. a.

Da es auch immer häufiger Prominenten- und Politiker-Stalkingfälle gibt, ist mit vermehrter Initiative seitens der zuständigen Stellen zu rechnen.

Eine interessante Übersicht vermittelt der Tagungsband der ersten interdisziplinären Fachveranstaltung zum Thema „Stalking“ in Deutschland: kriminologische Studienwoche und internationaler Studientag „Stalking – Möglichkeiten und Grenzen der Intervention“ des Instituts für Kriminologische Sozialforschung an der Universität Hamburg. Jetzt in Buchform verfügbar:

Julia Bettermann, Moetje Feenders (Hrsg.): Stalking. Möglichkeiten und Grenzen der Intervention. Verlag für Polizeiwissenschaft, Clemens Lorei, Frankfurt 2004

Weitere Literaturhinweise am Ende dieser Serie und beim Autor.

● VON „WAHNSINNIG EIFERSÜCHTIG“ BIS ZUM KRANKHAFTEN EIFERSUCHTSWAHN

„Eifersucht ist eine Leidenschaft, die mit Eifer sucht, was Leiden schafft“, wer kennt ihn nicht, den etwas platten Spruch aus Volkes Munde (allerdings mit etlichen Vorgängern aus unterschiedlicher Quelle – s.u.).

Im übrigen muss man feststellen: Es gibt zwar viele Aphorismen zu dieser dramatischen bis tragischen Wesensart bzw. Reaktion, aber zumeist etwas „verkopft“; man spürt, die Autoren sind sich wohl mangels persönlicher Erfahrung in diesem komplizierten Seelen-Gemenge nicht ganz sicher.

Gleichwohl: Die „alltägliche Eifersucht“ ist nicht nur ein für Außenstehende faszinierendes, für die Betroffenen lästiges bis qualvolles und für Literatur (seit jeher), Film, Funk und Fernsehen ergiebiges Phänomen. Es kann auch Besorgnis erregende Ausmaße mit ernststen Konsequenzen annehmen, nämlich den *Eifersuchtswahn*.

Nachfolgend deshalb eine komprimierte Übersicht zu diesem Thema.

Normale, „physiologische“, alltägliche Eifersucht

Wer die verschiedenen Themen dieser Internet-Serie „psychosoziale Gesundheit bzw. Lose-Blatt-Sammlung“ („Psychische Störungen heute“) aufmerksam verfolgt, wird bei den meisten Themen einen immer wiederkehrenden Satz entdecken: „... ist so alt wie die Menschheit“. Das ist keine Floskel, das ist die Realität, auf die auch immer wieder verwiesen werden muss, nicht zuletzt aus Verständnisgründen. So auch hier:

Eifersucht als Gefühl ist so alt wie die Menschheit bzw. menschliche Beziehung. Eifersucht als Krankheitszeichen desgleichen (denn man kann davon ausgehen, dass seelische Störungen ebenfalls so alt sind wie die Menschheit, selbst in den Übergangsphasen zur eigentlichen Menschwerdung).

Nun ist schon das Phänomen der „*normalen Eifersucht*“ schwer zu definieren. Das hängt mit kulturellen, gesellschaftlichen und sogar modischen Einflüssen zusammen. So wurden Eifersuchts-Gedanken im Laufe der Jahrhunderte ganz unterschiedlich gewertet: von abnorm, geschmacklos, kleinlich bis nachvollziehbar, ja notwendig und sozial erwünscht (beispielsweise im Sinne von Leidenschaft oder Passion).

In den letzten Jahrzehnten hat sich wieder ein Wertewandel vollzogen: von der monogam geführten Ehe zur eher freien, individuell bestimmten Partnerwahl

bis zum Extrem der gesellschaftlich sanktionierten Promiskuität (häufiger Partnerwechsel). Und damit von der früher zumindest geduldeten Eifersucht zur heutigen Einstellung: Eifersucht als überwiegend krankhafte Reaktions- oder Erlebnisform (also auch die normale Eifersucht „pathologisierend“ bzw. „psychiatrisierend“).

So war die Grenze zwischen normaler und krankhafter Eifersucht schon früher schwer zu ziehen und ist derzeit noch schwieriger festzulegen.

Der historische Werdegang der „normalen Eifersucht“ lässt sich auch gut in den Grundlagen gesellschaftlicher Bewertung nachvollziehen, nämlich den Lexika-Definitionen. Vor etwa einem halben Jahrhundert: „Eifersucht ist ein leidenschaftliches Streben nach Alleinbesitz mit hasserfüllter Angst vor jedem möglichen Nebenbuhler“ (der Große Brockhaus, 1953). Und heute: Eifersucht ist ein qualvolles Gefühl vermeintlichen oder tatsächlichen Liebesentzugs.

Über die Historie des Eifersuchts**wahns** siehe unten.

Wie es in der Allgemeinheit eingeschätzt wird, lassen die verschiedenen Sätze erkennen, wobei allerdings deutlich wird, dass man sich in der Bevölkerung damit weniger auseinandersetzt als in „höheren geistigen Dimensionen von Philosophie, Psychologie, Ethik“ u. a. Aber auch hier geht das Meinungsbild weit auseinander, wie nicht anders zu erwarten, denn das Phänomen als solches mag zwar im Alltag häufig sein, ist aber auch „physiologisch“ (also „normal funktionierend“) schwer erklärbar.

Ganz anders in krankhafter Beziehung. Nachfolgend deshalb eine etwas ausführlichere Darstellung des *krankhaften Eifersuchts*wahns.

Eifersucht in aphoristischer Kürze*

Die Eifersucht ist der Zoll der Liebe (*Sully Prudhomme*).

Die Eifersucht nährt sich vom Zweifel. Wird der Zweifel Gewissheit, steigert sie sich zur Wut oder vergeht (*Francois de La Rochfoucauld*).

Eifersucht ist eine Krankheit. Aber die natürlichste von allen (*Ephraim Kishon*).

Ein Eifersüchtiger weiß nichts, ahnt viel und fürchtet alles (*Curt Goetz*).

In der Eifersucht ist mehr Eigenliebe als Liebe (*Francois de La Rochfoucauld*).

Neun Frauen von zehn sind eifersüchtig (chinesisches Sprichwort).

Eifersucht ist die Seele der Liebe (japanisches Sprichwort).

Oh Eifersucht, Eifersucht, du Leidenschaft, die mit Eifer sucht, was Leiden schafft (*Miguel de Cervantes-Saavedra*).

Verflucht ist eine Leidenschaft, die mit Eifer sucht, was Leiden schafft (*Friedrich Schlegel*).

Eifersucht ist die unnötige Besorgnis um etwas, das man nur verlieren kann, wenn es sich sowieso nicht lohnt, es zu halten (*Ambrose Bierce*).

Eifersucht ist Liebesneid (*Wilhelm Busch*).

Eifersucht ist die Gelbsucht der Seele (*John Dayden*).

Eifersucht ist ein Verschönerungsspiel. Eifersüchtige neigen oft dazu, den Rivalen zu idealisieren (*Nancy Friday*).

Eifersucht ist die Angst vor dem Vergleich (*Max Frisch*).

Eifersucht ist die radikalste, ursprünglichste und unverholendste Form der Bewunderung – Bewunderung in Kriegsbemalung sozusagen (*Robert Louis Stevenson*).

Eifersucht ist leidenschaftlicher Neid (*Gerhard Ohlenbruck*).

Eifersucht ist Erpressung zur Treue. Treue ist Konkurrenzausschluss (*Helma Nahr*).

Eifersucht: Geständnis der Austauschbarkeit (*Elazar Benyoitz*).

* Auswahl, die zugegebenermaßen mehr auf eine flotte Feder und damit Einprägsamkeit als auf psychologische Aspekte Wert legt ...

Der Eifersuchtwahn

Was Eifersucht ist, wurde bereits deutlich. Was aber ist ein Wahn? Ein Wahn ist die krankhaft entstandene Fehlbeurteilung der Realität. An dieser Fehlbeurteilung wird mit absoluter Gewissheit und unkorrigierbar festgehalten, selbst wenn sie im Widerspruch zur Wirklichkeit, zur eigenen Lebenserfahrung und zum Urteil gesunder Mitmenschen steht (weitere Einzelheiten siehe die entsprechenden Wahnformen: Liebeswahn, wahnhafte Störung, Wahn im Rahmen einer Schizophrenie oder Depression u. a.).

Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht zum Thema Eifersuchtwahn, wie sie der Psychiater und Arzt für Psychotherapeutische Medizin sowie Experte

der Forensischen Psychiatrie Prof. Dr. A. Deister von der Psychiatrischen Klinik Itzehoe im NeuroTransmitter 2/2004 zusammengefasst hat:

Begriff und Definition

Der Eifersuchtswahn (bedeutungsgleiche Begriffe: krankhafte Eifersucht, psychotische Eifersucht, „Othello-Syndrom“ nach Shakespeare's Drama, engl. erotic jealousy syndrome u. a.) ist die wahnhaftige Überzeugung, vom Partner betrogen zu werden. Der Patient (wie man den Betroffenen im Rahmen einer wahnhaften Störung bezeichnen muss) ist von der Untreue des anderen unkorrigierbar überzeugt, neigt zum Kontrollieren und Bespitzeln und führt dann lächerlich anmutende Beweise an. Deshalb auch die Begriffe „Wahn der sexuellen, partnerschaftlichen oder ehelichen Untreue“. Dass es sich um eine krankhafte Entwicklung handelt, geht auch schon aus dem populärmedizinischen Begriff *Eifersucht* hervor (-sucht: abgeleitet von „siech“ = krank).

Der Eifersuchtswahn medizin-historisch gesehen

Historische Aspekte sind gerade bei Eifersucht/Eifersuchtswahn überaus interessant. Früher also „nur“ ein partnerschaftliches, familiäres, ein Problem in Nachbarschaft, Freundeskreis, am Arbeitsplatz u. a. Dann aber begann man sich auch wissenschaftlich dafür zu interessieren. Auslöser war vor etwa 150 Jahren vor allem die alters- sowie alkoholbedingte krankhafte Eifersucht. Darüber gibt es eine Reihe von wegweisenden Einzelfallschilderungen und ersten statistischen Erkenntnissen (R. v. Krafft-Ebing, 1891: Eifersuchtswahn findet sich bei 80% der noch in sexueller Beziehung stehenden Alkoholisten).

Eine erste differenzierte Untersuchung legte der später als Philosoph berühmt gewordene Psychologe Prof. Dr. Karl Jaspers vor, wobei er sich detailliert mit der Psychopathologie des Eifersuchtswahns auseinander setzte. Dabei beschäftigte ihn besonders die Frage: Handelt es sich hier eher um die „Entwicklung einer Persönlichkeit“ oder um ein mehr prozesshaftes Geschehen, das schicksalhaft in das Leben einbricht. Das Ergebnis aus seiner Sicht: Bei der Eifersucht sind Persönlichkeitsentwicklung und prozesshafter Ablauf gemischt, wobei allerdings Letzteres überwiegt. Dabei lassen sich aus seiner Sicht vier Typen der Eifersucht unterscheiden:

- „normale“ oder „psychologische“ Eifersucht,
- wahnhaftige Eifersucht bei vulnerablen (verwundbaren) Individuen,
- wahnhaftige Eifersucht als „psychischer Prozess“ sowie
- wahnhaftige Eifersucht als Symptom einer Geisteskrankheit.

So wird es auch heute noch in der Mehrzahl psychiatrischer Interpretationen gesehen.

Die „normale Eifersucht“ beschrieb er auf Grund ihres noch komplexeren Gefüges als „auf der einen Seite wechselnde, bald hier, bald dort Nahrung ziehende Eifersuchtsideen, bald vergessen, bald wieder neu gebildet, bald auf die eine, bald auf die andere Weise begründet“.

Die „krankhafte Eifersucht“ dagegen sei „ein langsamer oder schneller entwickeltes System der Eifersucht mit über Jahren festgehaltenen Beweisgründen, die kaum vergessen, nur hier und da vermehrt wurden“.

Abzugrenzen davon sei die „wahnhaftige Eifersucht“ durch „überall auftauchende, entsprechende Ideen, Beobachtungen, vergessen und neu gebildet, ohne jede Form der Kritik“ (zitiert nach M. Soyka, 1995).

Das war und ist für eine klassifikatorische Darstellung vor einem ganzen bzw. halben Jahrhundert eine wegweisende Leistung. Allerdings machte sich auch der berühmte Karl Jaspers nichts vor, in dem er zu dem resignierenden Schluss kam, dass die Entstehung des Eifersuchtschwahnes „natürlich ein völligiges Rätsel ist“. Und „dass er in für uns absolut unverständlicher Weise auftritt, ist eben das Verrückte“.

Die Psychiater nach K. Jaspers beschränkten sich deshalb auf konkrete Krankheitsbilder mit Eifersuchts-Folgen. So Prof. Dr. O. Kolle (1932), der beim *alkoholischen Eifersuchtschwahn* drei Typen unterschied:

- den eifersüchtigen Trinker, bei dem eine allgemein misstrauische Wachsamkeit zur Grundlage seiner Eifersuchtsideen wird,
- die „exogenen (von außen einwirkenden) Psychosen, bei denen vor allem das Delirium tremens (mit u. a. ausgeprägtem Zittern, deshalb tremens) und andere Alkohol- Psychosen (alkohol-vergiftungsbedingte Geisteskrankheiten) die entscheidende Rolle spielen sowie
- die wahnhaften Trinker, bei denen er die Vermutung äußerte, dass es sich hier eigentlich um eine schizophrene chronische Alkoholvergiftung handele.

Neben einer Vielzahl von Eifersuchts-Forschern in den kommenden Jahrzehnten, die hier nur gestreift werden können, sei aber noch auf die psychoanalytische Interpretation des Eifersuchtschwahns zurückgekommen, die Prof. Dr. Sigmund Freud aufstellte. Er ging davon aus, dass mit Hilfe der paranoiden (wahnhaften) Eifersucht die eigene Homosexualität abgewehrt würde.

In den modernen Diagnose-Systemen bzw. tonangebenden Klassifikationen der weltweit wichtigsten Institutionen wie Weltgesundheitsorganisation (WHO)

und Amerikanische Psychiatische Vereinigung (APA) gibt es keine einheitlichen Empfehlungen, wie Patienten mit einem Eifersuchtswahn klassifiziert werden sollen. In der ICD-10 (WHO) wird der Eifersuchtswahn den „anhaltenden wahnhaften Störungen“ zugeordnet und das DSM-IV-TR (APA) beschreibt Eifersuchtswahn als Subtyp der Wahnhaften Störungen und Eifersucht als Symptom bei paranoiden Persönlichkeitsstörungen.

Der Typus der wahnhaften Störung mit Eifersuchtswahn wird im DSM-IV-System wie folgt beschrieben: Das zentrale Wahnthema besteht darin, dass der (Ehe-)Partner untreu ist. Dieser Glaube entsteht ohne ausreichenden Grund und basiert auf falschen Schlussfolgerungen sowie kleinsten „Beweisen“ (z. B. in Unordnung gebrachte Kleidung oder Flecken auf Bettlaken), die gesammelt werden, um den Wahn zu rechtfertigen. Der Wahnkranke konfrontiert normalerweise den (Ehe-)Partner mit seinen Vorwürfen und versucht, der vermeintlichen Untreue entgegenzuwirken (z. B. die Unabhängigkeit des (Ehe-)Partners einzuschränken, den Partner heimlich zu verfolgen, den vermeintlichen Liebhaber zu beobachten, den (Ehe-)Partner anzugreifen u. a.).

Häufigkeit – Geschlecht – Alter

Wer den Ausführungen bis hierher gefolgt ist, kann sich gut vorstellen: Bei einer solchen Konstellation lassen sich keine sicheren Daten erheben. Wie häufig die „normale Eifersucht“ im Alltag zu finden ist, lässt sich ohnehin nicht feststellen. Und selbst bei krankhafter Eifersucht stößt man rasch an seine Grenzen. Angaben in der Fach-Literatur sind abhängig von den jeweils verwendeten Diagnose-Kriterien bzw. dem Patienten-Kollektiv, das erfasst wurde. Eines aber scheint allen gemeinsam:

Ein Eifersuchts*wahn* ist zwar spektakulär, wenn er bekannt wird, aber insgesamt eher selten.

Tatsächlich variieren – selbst auf der Grundlage von Tausenden von Krankenakten, die rückwirkend auf verschiedene Fragestellungen hin durchgearbeitet wurden – die Häufigkeitsangaben zwischen 0,1 und 1,1%. Allerdings muss man eine hohe Dunkelziffer annehmen (also nicht wenige unerkannte Fälle, besonders leichter bis mittelschwerer Natur). Dies dürfte insbesondere das höhere Lebensalter betreffen (früher als „seniler Eifersuchtswahn“ bezeichnet).

Tatsächlich ist das Phänomen Eifersuchtswahn eher unspezifisch und kommt bei verschiedenen seelischen Störungen vor.

- Nach der umfassenden Zusammenstellung von M. Soyka (1995) stehen an erster Stelle organische Psychosen (also Geisteskrankheiten auf Grund einer (meist hirn-)organischen Ursache) wie der erwähnte „senile Eifersuchtswahn“ bei dementiellen Prozessen (siehe die Kapitel Demenz bzw.

Alzheimer-Demenz). Dort fanden sich fast 7% der Patienten in einen Eifersuchtswahn verstrickt.

- An zweiter Stelle liegen die wahnhaften Störungen (früher als „Paranoia“ bezeichnet – siehe später und vor allem das entsprechende umfangreiche Kapitel) mit ebenfalls fast 7%.
- Erst an dritter Stelle kommen die Alkoholpsychosen (durch Alkohol-Vergiftung ausgelöste Geisteskrankheiten), die früher das Forschungs-Feld dominierten mit 5,6%.
- Danach die schizophrenen Erkrankungen (2,5%, siehe das entsprechende Kapitel) und – abgeschlagen, auch gesamthaft gesehen – neurotische und Persönlichkeitsstörungen sowie affektive (Gemüts-)Erkrankungen wie Depression und Manie (weniger als 0,1%).

Zur geschlechtsspezifischen Häufung siehe die einzelnen Krankheitsbilder (s. u.).

DER EIFERSUCHTSWAHN IM RAHMEN KONKRETER KRANKHEITSBILDER

Ein Eifersuchts-„Wahn“ soll und kann nur dann diagnostiziert werden, wenn dabei die grundlegenden Wahnkriterien erfüllt sind (zusammengefasst nach A. Deister, 2004):

- die Unmöglichkeit des Inhaltes (Inhalt ist objektiv falsch),
- die Unbeeinflussbarkeit durch andere und
- die Unkorrigierbarkeit bzw. das fehlende Argumentationsbedürfnis des Patienten (siehe auch die obige Definition des Wahns).

Vor allem steht der Eifersuchtswahn nicht als isoliertes krankhaftes Erleben im Mittelpunkt eines menschlichen Daseins, sondern wird flankiert von illusionären Verkennungen (verfälschte Fehlwahrnehmungen von real Vorhandenem), von Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen), Erinnerungen, Belastungen, Kränkungen, Demütigungen, eigener Unsicherheit u. a. Dies führt dann seinerseits zu depressiven Verstimmungen, zu mangelndem Selbstbewusstsein bis hin zu Gefühlen der Minderwertigkeit und damit – gleichsam auf der psychosozialen Ebene – zu Ärger, Streit, Aggressionen.

Auch sind natürlich Persönlichkeitsaspekte von Bedeutung, die bei der „normalen Eifersucht“ stärker in Erscheinung treten, im Rahmen einer krankhaften

Eifersucht mit konkreten psychiatrischen Leiden in der Regel von deren Symptomen abhängig sind.

Was die Persönlichkeitsaspekte anbelangt, so wird besonders auf den in letzter Zeit vermehrt diskutierten Faktor „Narzissmus“ hingewiesen: ich-bezogene Menschen mit Neigung zu übertriebener Selbstliebe und Selbstverherrlichung und dem Wunsch nach „passivem“ Geliebtwerden, die sich als unwiderstehlich erleben, auch wenn es nicht der Realität entspricht. Gerade, weil ihnen Letzteres doch irgendwie – bewusst oder unbewusst – deutlich wird, kommt es dann zu einer Mischung aus Minderwertigkeitsgefühlen, Angst, Unsicherheit und vor allem ausgeprägter Überempfindlichkeit.

Auch Zwänge sind oft mit Eifersuchtsgedanken kombiniert. Und nicht selten werden solche eigenen Ängste und Minderwertigkeitsgefühle auf den anderen projiziert, vor allem den Partner. Das zieht dann häufig Bedrohungsängste nach sich, besonders die Angst vor Untreue, ja die Furcht vor der Unfähigkeit zu lieben (und zwar nicht nur beim Partner, auch bei sich selber) bis hin zum Verdacht homosexueller Neigungen. Einzelheiten dazu siehe die spezielle Literatur.

Eine erbliche Komponente ist offenbar nicht zu unterschätzen. Bei ca. der Hälfte aller Patienten soll bei exakter Exploration (Erhebung der Vorgeschichte) ein „möglicher“, meist versteckter oder verheimlichter Eifersuchtwahn bei Eltern, Großeltern und nahen Verwandten oder die krankhafte Eifersucht bei einer entsprechend gestörten Persönlichkeit (überempfindlich, misstrauisch) aufgefallen sein.

Für den alkoholbedingten Eifersuchtwahn (siehe unten) wurden häufig Potenzstörungen als bedeutsam herausgestellt. Das ist aber nicht zwingend. Auch leiden nicht wenige Alkoholabhängige an sexuellen Funktionsstörungen ohne Eifersuchtwahn. Das Gleiche gilt für eine Reihe weiterer Krankheitsbilder bzw. ihre Betroffenen. Eine alkoholbedingte Impotenz kann zwar dazu beitragen, muss aber nicht.

Welches sind nun die wichtigsten Krankheitsbilder, bei denen mit Eifersuchtwahn zu rechnen ist (nach M. Soyka, 1995)?

- **Bei den anhaltenden wahnhaften Störungen** entwickelt sich ein einzelner Wahn oder mehrere aufeinander bezogene Wahnhalte, die in der Regel sehr lange, manchmal ein ganzes Leben lang andauern – und das eigene Schicksal, ggf. das anderer belasten bis ruinieren. Der Unterschied zur schizophrenen Psychose (Geisteskrankheit) wird aber durch einige Charakteristika deutlich: Es fehlen nämlich in der Regel völlig inakzeptable oder gar unmögliche Wahnüberzeugungen, wie man sie bei schizophrenen Erkrankten findet. Das gleiche gilt für anhaltende Sinnestäuschungen oder Trugwahrnehmungen jeglicher Sinnesmodalität (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen). Das sind

Symptome, die in der Regel rasch und undiskutabel in die zutreffende diagnostische Richtung weisen, bei der wahnhaften Störung aber fehlen. Dafür kämpfen diese Patienten mit Niedergeschlagenheit, Resignation oder einer ausgeprägten Depression, zumindest zwischenzeitlich. Alle anderen Bereiche wie Denken, Sprache und Verhalten sind weitgehend unauffällig.

Die Störung beginnt in der Regel im mittleren Lebensalter, schließt aber auch jüngere oder ältere Jahrgänge nicht aus. Die Ursachen sind weitgehend ungeklärt, eine erbliche Belastung ist in der Regel nicht erkennbar.

Dagegen sind es vor allem psychosoziale Beeinträchtigungen, die den Inhalt des Wahns oder den Zeitpunkt seines Auftretens (mit-)bestimmen. Die zwischenmenschlichen Konsequenzen sind hart (Partnerschaft, Familie, weitere Angehörige, Nachbarschaft, Freundeskreis, Arbeitsplatz), nicht zuletzt deshalb, weil das Leiden unbehandelt zermürbend lange andauern kann, bisweilen lebenslang.

Der Verlauf ist meist wellenförmig, d. h. die seelischen und psychosozialen Beeinträchtigungen bzw. Konsequenzen sind mal mehr, mal weniger auffällig und damit belastend (nach A. Deister, 2004).

- Der **Alkoholranke** stand früher im Zentrum des Interesses, was den Eifersuchtswahn anbelangt. Natürlich ist er noch immer bei einer Alkoholhalluzinose oder einem Delirium tremens (siehe Kasten) möglich, allerdings auch meist rasch wieder vorbei. Problematischer wird es beim chronischen Alkoholismus und ggf. chronischen Eifersuchtswahn.

- **Alkoholhalluzinose:** vor allem akustische Sinnestäuschungen (Stimmen). Bewusstsein und Orientierung sind erhalten. Häufig sind so genannte abortive (also verkürzte) Formen. Sie äußern sich in nächtlichen Verwirrheitszuständen oder akustischen Halluzinationen. Bisweilen kommt es zu einem Mischbild aus Delir (s. u.) und Alkoholhalluzinose.

Dabei glauben sich die Betroffenen beschimpft, verfolgt, bedroht, vor Gericht gestellt. Es kann sich um Einzel- oder mehrere Stimmen handeln. Häufig führen sie einen Dialog, der u. U. auf die intimsten Bereiche des Patienten zentriert ist. Überhaupt sind die Inhalte der Halluzinationen von den persönlichen Konflikten des Patienten geprägt. Die akustische Halluzinose ist fast immer durch Verfolgungsideen („Belagerungszustand“), gelegentlich von Beziehungs- und Eifersuchtsvorstellungen begleitet. Manche Kranke verriegeln die Tür, rennen sinnlos durch die Straßen, bitten Fremde um Hilfe und neigen sogar zu suizidalen Handlungen. Eine Alkoholhalluzinose entwickelt sich langsam, dauert einige Tage bis Wochen, klingt meist ohne Folgen ab, kann aber auch in einen geistigen Defekt münden.

- **Alkoholdelir:** Ein Delirium ist eine Bewusstseinstörung mit Erregungszuständen, Verwirrtheit, Sinnestäuschungen und Wahnideen. Delirien können durch verschiedene Schadstoffe auftreten. Das alkoholische Delir ist das häufigste. Der Begriff Delirium *tremens* bezeichnet eines der augenfälligsten Symptome, nämlich das alkoholbedingte Zittern vor allem von Fingern, Händen und Kopf.

Das Delir bricht nur scheinbar plötzlich aus. In Wirklichkeit häufen sich zuvor unmotivierte Schweißausbrüche und morgendliches Erbrechen mit dem „dicken roten Kopf“. Das Zittern nimmt zu, die Leistungsfähigkeit schwindet, es häufen sich delirante Erlebnisse, zuerst im Traum.

Manchmal bleibt es bei diesem Vorstadium, charakterisiert durch Depressionen, kurzdauernde Sinnestäuschungen und Eifersuchtsideen. Es kann aber auch zu Krampfanfällen kommen und schließlich zum Vollbild des Delirs: desorientiert, drängende Betriebsamkeit (nesteln ständig an sich herum, versuchen das Bett zu verlassen, ihrer beruflichen Tätigkeit nachzugehen u. a.). Die Beeinflussbarkeit, insbesondere die Suggestibilität (manche lesen sogar vom leeren Blatt ab) ist erhöht, die Kritikfähigkeit herabgesetzt.

Kennzeichnend sind Trugwahrnehmungen auf den verschiedensten Sinnesgebieten: Käfer, Fäden, Fusseln (ganz selten aber die berühmten „weißen Mäuse“), ferner vermeidliches Kribbeln durch Käferkolonnen, Schwanken des Bettes, Einstürzen der Wände oder akustische Halluzinationen (Stimmen, Musik, Straßenlärm), bisweilen ganze Szenen.

Dabei lassen sich offenbar zwei Typen erkennen:

- Zum einen der (häufigere) Typ mit einem so genannten mono-symptomatischen Verlauf (also nur einem einzigen Krankheitszeichen, nämlich dem Eifersuchtswahn), der sich nur langsam entwickelt und bei dem dafür andere Wahnsymptome oder Sinnestäuschungen fehlen.
- Zum anderen der seltenere, eventuell aus einer Alkoholhalluzinose (s. o.) hervorgehende „schizophreniforme“ Typ, der – wie der Name sagt – im Verlauf eher einer chronischen schizophrenen Psychose ähnelt (M. Soyka, 1995).

Der Eifersuchtswahn des Alkoholikers (meistens Männer) ist nach außen eine Komödie, für die Betroffenen aber die Hölle und führt nicht selten zu häuslichen Auseinandersetzungen und bisweilen erheblichen Gewaltakten, die sich fast immer gegen den Partner, so gut wie nie gegen den vermeintlichen Konkurrenten richtet.

Im nüchternen Zustand versuchen die Betroffenen diese Szene zu bagatellisieren. Mitunter aber bauen sie die Anschuldigungen zu einem unverbrüchlichen Wahn aus. Dann reißen die „grotesken“ Szenen nicht mehr ab (nachts

unter dem Bett kontrollieren, in Wäscheschränken wühlen, um Spuren „sexueller Betätigung zu finden“, schimpfen, toben und schlagen).

- **Schizophrene Erkrankungen** sind ohnehin oft von wahnhaften Störungen beeinträchtigt, wobei in diesem Zusammenhang der Eifersuchtswahn meist in eine generelle Wahnthematik eingebunden ist. Beispiele: Beeinträchtigungs- und Verfolgungs- sowie Eifersuchtswahn. Auch finden sich hier dann die entscheidenden Sinnestäuschungen, teils als Halluzinationen, teils als illusionäre Verkennungen und insbesondere ausgeprägte Denkstörungen (Einzelheiten siehe das ausführliche Kapitel über die Schizophrenien).

Unter diesem Aspekt gilt der Eifersuchtswahn bei schizophrenen Psychosen als weniger belastend (das gesamte wahnhafte Beschwerdebild allerdings schon), wobei aber die Prognose (die Heilungsaussichten) insofern günstig sind, als eine schizophrene Psychose gut auf die entsprechende antipsychotische Medikamenten-Behandlung anspricht – und damit auch der schizophrene Eifersuchtswahn zurück geht.

- Schließlich kann es auch im Rahmen von **Persönlichkeitsstörungen** zu einem Eifersuchtswahn kommen, und hier vor allem bei *paranoiden Persönlichkeitsstörungen*. Solche Menschen sind durch Gefühle tief greifenden Misstrauens und Argwohns gegenüber anderen beeinträchtigt, was zu entsprechenden zwischenmenschlichen, nachbarschaftlichen, beruflichen u.a. Konsequenzen führt. Einzelheiten siehe die ausführlichen Kapitel.

- Zuletzt muss – wenn auch zahlenmäßig begrenzt – auf weitere seelische Krankheitsbilder verwiesen werden, bei denen ein Eifersuchtswahn nicht auszuschließen ist. Dazu gehören neben den schizo-affektiven Psychosen (schizophrene und depressive bzw. manische Erkrankungen zugleich oder rasch hintereinander) die rein affektiven Psychosen (Depression und manische Hochstimmung) und gelegentlich auch Rauschdrogen-Abhängigkeit, vor allem Weckmittel(Amphetamin-) und Kokain-Missbrauch. Einzelheiten siehe später.

Gerichtliche Folgen eines Eifersuchtswahnes

Eifersucht ist schon unter „normalen Alltagsbedingungen“ ein explosibler Zündfunke. Kommt noch eine seelische Störung hinzu, kann das Ganze rasche eskalieren, sprich: erhöhte Aggressivität, Gewalttätigkeit, wenn nicht gar Tötungsgefahr. Letzteres ist wahrscheinlich übertrieben und durch spektakuläre Einzelfallschilderungen (Medien?) verzerrt. Doch sind aggressive Durchbrüche bei krankhafter Eifersucht nie auszuschließen, vor allem im familiären Bereich.

Dabei richten sich die *Gewalttaten* in erster Linie gegen den Partner, der der Untreue verdächtigt wird und nur selten gegen den vermeintlichen oder tatsächlichen Rivalen und praktisch nie gegen außen stehende Personen.

Bei der *gutachterlichen Beurteilung* muss so weit wie möglich geklärt werden, wo es sich um eine psychologisch ableitbare oder wahnhafte (krankhafte) Eifersucht handelt. Bei der nicht-krankhaften Eifersucht kann schon auch einmal das Merkmal der „tiefgreifenden Bewusstseinsstörung“ im Sinne der §§ 20 und 21 StGB diskutiert werden. Die wahnhafte Eifersucht lässt aber schon eher an verminderte oder aufgehobene Schuldfähigkeit auf Grund einer krankhaften seelischen Störung denken. Das ist Aufgabe des forensisch tätigen Psychiaters, der gerade in dieser Hinsicht mit einiger Erfahrung ausgestattet sein sollte.

Was kann man tun?

Dass es schon bei der „normalen Eifersucht“ schwierig ist, korrigierend oder zumindest mildernd einzugreifen, geht bereits aus dem einleitenden Sprichwort hervor, ergänzt durch einen weiteren, nicht weniger treffenden: „Ein Eifersüchtiger weiß nichts, ahnt viel und fürchtet alles“ (Curt Goetz). Dies muss man sich vor Augen halten, wenn man meint, eine krankhafte Eifersucht erfolgreich behandeln, d. h. heilen zu können.

Allerdings gibt es gerade hier in bestimmten Fällen erstaunlich gute Therapiechancen, nämlich je nach zugrunde liegendem Krankheitsbild. Dabei ist es besonders die Pharmakotherapie, die Behandlung mit Arzneimitteln, die auf das zentrale Nervensystem und damit Seelenleben wirken. Dass die Unterstützung durch Psychotherapie und soziotherapeutische Verfahren den Behandlungserfolg zu sichern vermag, versteht sich von selber. Jedoch muss man immer wieder mit einer Rückfall-Gefahr rechnen.

Was steht zur Verfügung?

- Die wichtigsten *Psychopharmaka* bei der krankhaften Eifersucht sind die antipsychotisch wirkenden Neuroleptika (siehe das ausführliche Kapitel). Sie sind besonders erfolgreich bei pathologischer Eifersucht im Rahmen einer schizophrenen oder auch schizo-affektiven Psychose (Letzteres die Kombination aus schizophrenem, depressivem und/oder manischem Beschwerdebild).

Handelt es sich um eine rein depressive Symptomatik, insbesondere bei den (früher so genannten) endogenen Depressionen, dann sind es die Antidepressiva, die bei einer ohnehin nur zeitlich befristeten Krankheitsepisode weiter helfen.

Bei organischen Psychosen auf Grund eines krankhaften körperlichen (z. B. Hirn-)Prozesses sind Neuroleptika in Bezug auf Wahnstörungen ebenfalls erfolgreich. Eine definitive Erleichterung aber ist nur durch die erfolgreiche Behandlung der Grundkrankheit zu erwarten.

Beim alkoholbedingten Eifersuchtswahn kann das Wahn-Leiden nach längerfristiger Abstinenz abklingen, was aber leider nicht in jedem Fall erhofft werden darf.

Bei den wahnhaften Störungen würde man auf den ersten Blick annehmen, dass auch hier Neuroleptika die günstigsten Behandlungsvoraussetzungen sind. Doch das ist von der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstruktur abhängig. Ähnliches gilt für neurotische Entwicklungen, bei denen Neuroleptika ohnehin kaum indiziert (therapeutisch geboten) und vor allem nicht selten mit erheblichen Nebenwirkungen behaftet sind.

Schließlich machen insbesondere paranoide (wahnhafte) Persönlichkeitsstörungen mit ihrer seelischen Grundhaltung und oft langfristigen Beeinträchtigung die größten therapeutischen Schwierigkeiten. Zum einen sind sie „von Natur aus (krankhaft) misstrauisch“, zum anderen fehlt ihnen oft die Krankheitseinsicht (was bei den Psychosen ähnlich, dort aber medikamentös besser beeinflussbar ist).

In diesem Zusammenhang soll auf eine weitere medikamentöse Behandlungsmöglichkeit hingewiesen werden, nämlich die sonst gerne verteufelten *Benzodiazepin-Tranquilizer*. Sie sind nämlich – ärztlich kontrolliert und sparsam dosiert eingesetzt – bei Angst und innerer Unruhe eine oft erfreulich erfolgreiche medikamentöse(!) Alternative. Dies gilt nicht nur für Überforderungs- und Konfliktreaktionen ansonsten psychisch Unauffälliger, sondern auch für wahnhafte Störungen aller anderen Ursachen (einschließlich endogener Psychosen). Aggressivität beispielsweise wird häufig durch Angst („Angstbeißer“ gibt es nicht nur unter kleinen Hunden) und – im Falle des Eifersuchtswahns – beschämenden Demütigungs-Verdacht ausgelöst. In beiden Fällen – Angst- und Gewaltbereitschaft bei wahnhaften Störungen – können diese Benzodiazepin-Tranquilizer im Rahmen eines Gesamt-Behandlungsplans in der Tat eine entlastende, manchmal sogar entscheidend entlastende Wirkung entfalten.

- Das Wichtigste aber ist und bleibt die gezielte *Psychotherapie* und *soziotherapeutische Stützung*. Sie beginnt mit dem Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut, geht über die Aufarbeitung biographisch bedeutsamer Erfahrungen und Konflikte (einschließlich dem Bewusstmachen kritischer Verhaltensmuster), konzentriert sich auf die Stärkung des Selbstwertgefühls und mündet in eine so genannte „End-Dynamisierung des Wahns“, die Verbesserung der sozialen Integrationsfähigkeit (kurz: den Wahn abbauen und die zwischenmenschliche Normal-Kontakte fördern). Und schließt am Ende die Zusammenarbeit mit

dem betroffenen Partner nicht aus (wobei bei Zuspitzung oder unkorrigierbarer Verhärtung der zwischenmenschlichen Beziehungen auch einmal der Abschluss einer Beziehung empfohlen werden muss, bevor nun wirklich fatale Folgen drohen – siehe aggressive Durchbrüche).

- Zuletzt ein zwischenmenschlicher Aspekt, der gerade im Falle des Wahns für Therapeut und Angehörige von großer alltags-relevanter, d. h. zwischenmenschlicher Bedeutung ist: Einen Wahn sollte man nicht versuchen auszureden, schon gar nicht auf der Grundlage von Vernunft, Objektivität oder Realität („frag doch mal die anderen ...“). Ein Wahn ist – wir wissen es inzwischen – eine erst einmal unkorrigierbare Realität „im Kopf des Betroffenen“, die man nicht einfach „wegbeweisen“ kann. Das würde nur dazu führen, dass sich der Patient unverstanden und eingekreist wähnt – und damit schon gar nicht mehr zugänglich ist.

Es gilt also sehr vorsichtig zu argumentieren und – wie auch immer eingefädelt – einen Fachmann, also Psychiater oder Psychologen zu konsultieren.

Literaturhinweise am Ende dieser Serie und beim Autor.

● „KINDERSCHÄNDER“ – PÄDOPHILE – PÄDOSEXUELLE

Täglich überrollen uns Presse, Funk und Fernsehen mit Informationen, auf die man lieber verzichten würde. Da spielt natürlich auch die alte Erkenntnis eine Rolle: „Nur schlechte Nachrichten sind gute Nachrichten“, was zumindest das Interesse stimuliert, so die Journalisten. In den meisten Fällen aber hat man sich schon an die schlechten Nachrichten gewöhnt, man lässt sie Kopf schüttelnd an sich abtropfen: So ist halt diese Welt.

In einigen wenigen Fällen aber gehen die Wellen doch noch hoch, reagieren selbst die abgebrühtesten Gemüter irritiert, angewidert, entsetzt oder „mit ohnmächtiger Wut“. Dann ist die Rede von „Kinderschändern“. Das scheint sich in letzter Zeit zu häufen. Wird diese Welt, d. h. diese Zeit und Gesellschaft tatsächlich immer „schlechter“?

Das muss man streng objektiv hinterfragen, auch wenn sich die dafür zuständigen Wissenschaftler (Psychiater, insbesondere forensisch tätige Nervenärzte, ferner Psychologen, Kriminologen u. a.) dem Vorwurf der „Beschönigung“ oder gar „Vertuschung kriminellen Verhaltens“ aussetzen, das doch aufs höchste zu missbilligen und zu bestrafen sein sollte.

Zum einen lohnt sich ein historischer Rückblick, und zwar nicht um etwas zu entkriminalisieren, sondern um zu erkennen, dass gewisse, durchaus grenzwertige oder heute als abartig empfundene Handlungsweisen früher anders interpretiert wurden – und zwar offiziell, nicht nur in „dunklen Kreisen“. Einzelheiten dazu siehe die spezielle Literatur (z. B. kurz gefasst im Handbuch Sexualität, Deutscher Studien-Verlag, Weinheim 1992).

Zum anderen gilt es Tat und Täter sehr genau zu analysieren. Und zwar nicht um zu entschuldigen, sondern um zu einer angepassten gesellschaftlichen Reaktion zu kommen, was nicht nur Strafe, sondern auch Therapie und damit Vorbeugung anbelangt. Diese Erkenntnis wird gerne vergessen. Impulsiv gefordert werden Sühne, Bestrafung, ja Rache. Doch das ist keine Lösung, das ändert nicht die hinter diesem Verhalten stehenden Beweggründe, psychologischen Verstärkermechanismen oder gar genetischen Anlagen. Eine solche kritische und damit für Opfer, Täter und die Gesellschaft konstruktive Arbeit leisten beispielsweise die schon erwähnten forensischen Psychiater. Die forensische Psychiatrie - das wurde bereits mehrfach in dieser Serie erläutert - ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit den juristischen Fragen befasst, die sich im Zusammenhang mit psychisch kranken Menschen stellen. Wie beurteilen nun solche Experte die Pädophilie heute? Nachfolgend ein kurz gefasster Überblick von Prof. Dr. H. L. Kröber vom Institut für Forensische Psychiatrie der Charité-Universitätsmedizin Berlin in seinem Beitrag „Wenn Kinderliebe sich verirrt“ in der Fachzeitschrift NeuroTransmitter 2/2004.

- **Begriff:** Der Begriff „*Kinderschänder*“, nebenbei eine schon ältere Worterschöpfung der Medien, die damit vor allem die hochkochenden Emotionen bedienen, tut laut Prof. Kröber weder den Tätern (mit denen nachvollziehbarer Weise niemand Erbarmen hat), aber auch – und das ist viel wichtiger – den Opfern keinen Gefallen. Außerdem verwischt er die Möglichkeit, den unterschiedlichen Gefährlichkeitsgrad der Täter differenzierter darzustellen. „Sachwissen hilft besser als verbale Aufrüstung“, mahnt Prof. Kröber.

Der Begriff *Pädophilie* geht auf den bekannten Sexualexperten Prof. Dr. R. v. Krafft-Ebing vor etwa 100 Jahren zurück und ist derzeit auch wissenschaftlich akzeptiert (zusammengesetzt aus dem Griechischen: pädos = Kind, Knabe, Mädchen und philos = lieb, freundlich, befreundet). Allerdings macht auch er sich – wortgeschichtlich streng genommen – einer Beschönigung schuldig, weshalb man heute den Begriff „*Pädosexuelle*“ bzw. „*Pädosexualität*“ für treffender hält.

Um was handelt es sich dabei?

- **Klassifikatorisch** wird Pädophilie in den einschlägigen Lehrbüchern der weltweit tonangebenden Institutionen, nämlich der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bzw. dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) als eine stabile „Störung der Sexualpräferenz“ – der sexuellen Präferenz für Kinder in der Vorpubertät oder in einem früheren Pubertätsstadium – definiert (Sexualpräferenz heißt jene sexuelle Handlungsweise, die ein Mensch für sich vorzieht, vom Lateinischen: praeferre = vorziehen, vorwegnehmen, vorantragen u. a).

Dabei geht es aber – und das ist nicht unwichtig – auch um das subjektive Erleben des Betreffenden und nicht nur um sein tatsächliches Verhalten. Das bedeutet nämlich, dass es – diagnostisch gesehen – Pädophile gibt, die nie in ihrem Leben eine pädophile Straftat ins Auge fassen würden, geschweige denn begangen haben.

Oder kurz: Es gibt mehr Menschen, die sich zu Kindern in sexueller Hinsicht hingezogen fühlen, als man gemeinhin anzunehmen gewillt ist, die aber – und das ist entscheidend – dieser Neigung in sexuell „übergriffiger“ Weise keinesfalls nachgeben würden.

Was gibt es für pädophile Formen?

Natürlich gibt es viele Möglichkeiten, sexuelle Abweichungen einzuteilen: psychiatrisch, psychologisch, soziologisch, ja ethisch-moralisch u. a. Wenn es denn zur Tat gekommen ist, zählt aber erst einmal das kriminologische Wissen, das dann den Juristen zur möglichst fundierten Beurteilung und damit ggf. Verurteilung unterstützend informieren soll. Was gibt es hier für Unterschiede?

Als Erstes die Unterscheidung zwischen Tätern, die konstant(!) auf Jungen und solche, die auf Mädchen ausgerichtet sind. Das ist nicht unwichtig, wie nachfolgend gleich deutlich werden soll:

- Pädophile, deren sexuelle Neigung sich auf *Knaben* konzentriert, fallen besonders durch bestimmte Anlaufpunkte und „Anwerbe-Strategien“ auf (eine Erkenntnis, die auch ganz banal vorbeugend genutzt werden kann): Hallenbäder, Sportstadien, Spielwarenabteilungen der Kaufhäuser, Wohnheime und andere Einrichtungen (auch und nicht zuletzt für geistig behinderte Kinder).

Sie sind aber auch über bestimmte Kneipen miteinander vernetzt, gleichsam im informellen Informationsaustausch über „günstige Gelegenheiten und drohende Gefahren“ verbunden.

Solche Pädophile sind jedoch nicht nur heimlich tätig, sie können auch eine durchaus gezielte, ja raffinierte Public-relations-Arbeit leisten. Ziel: Die Unschädlichkeit pädophiler Handlungen zu beweisen und damit eine Straf-Freiheit für sexuelle Kontakte zu bahnen.

Diese Erkenntnis verleitet zu der irrtümlichen Schlussfolgerung, hier seien bestimmte Kreise geradezu systematisch und professionell unterstützt daran, eine „verabscheuungswürdige Neigung gesellschaftsfähig zu machen“. Und so etwas ist – weitere Schlussfolgerung – wohl nur möglich, wenn sich hier geradezu mafia-artig organisierte Kreise zusammentun und im Untergrund ihren moralischen Umsturz planen. Und dies möglichst noch unter Einbezug hochrangiger Persönlichkeiten aus Politik und Wirtschaft, Kultur, Medien, Wissenschaft oder gar Theologie. Gleichsam eine Art sexuelle Revolution zur Ausbeutung von Kindern, wie manche journalistische Verschwörungstheorien nahe legen, warnt Prof. Dr. H. L. Kröber.

Doch solche Strukturen sind nach seiner Ansicht weder möglich noch sinnvoll, denn gerade hochgestellte Personen sind bei pädosexuellen Übergriffen einer schrankenlosen Erpressbarkeit ausgeliefert, die nicht lange durchgehalten und vor allem geheim gehalten werden kann.

- Schwieriger wird es bei der Täterschaft, deren sexuelle Vorlieben sich auf *Mädchen* konzentrieren. Ihr Tatmuster ist weniger einheitlich, schwerer

klassifizierbar und dadurch voraussehbar. Auch finden sich hier etwas häufiger Persönlichkeitsstörungen und sonstige sexuelle Variationen. Das macht sie besonders schwer fassbar (und nebenbei auch therapierbar), legt aber auch die Erkenntnis nahe, dass gerade hier ein einheitliches Verschwörungsmuster kaum realisierbar ist.

Pädophilie als gleichberechtigte Beziehungsmuster?

Viel problematischer als schwere seelische „Abartigkeiten“ (konkret: Störungen oder Krankheiten) sind Diskussionsansätze, die der Pädophilie das Gesetzlose nehmen und die zwischenmenschliche Bindung oder Liebe in den Vordergrund rücken wollen. So machen laut Prof. Kröber nicht wenige Pädosexuelle geltend, sie seien auf der Suche nach einer quasi partnerschaftlichen oder pädagogischen Bindung. Ihre eigene Erlebniswelt sei eben auf das Kind ausgerichtet und ihre sexuellen Handlungen nichts anderes als die unausweichliche Konsequenz einer gleichberechtigten Beziehung – angeblich.

Das aber lässt sich in den seltensten Fällen objektivieren, falls überhaupt. Die Alltagsbeobachtungen sprechen vielmehr dafür, dass es sich – seit jeher und bis heute unverändert – um eine gezielte und bewusste Ausnützung, vor allem um ein „Gefälle an Macht und sozialer Kompetenz“ handelt. Und – so Kröber – es bedarf einer ziemlichen Realitätsverleugnung, um zu bestreiten, dass Körpererleben, Sinnlichkeit und Sexualität präpubertärer Kinder auf der einen und Erwachsener auf der anderen Seite nun einfach schon entwicklungsgeschichtlich nicht zusammen gehen können. Das Kind wird vielmehr seelisch, psychosozial und körperlich überrollt.

Wie aber kommt es, dass viele „Täter“ durchaus glaubwürdig versichern, ihnen sei nun wirklich an der „Liebe“ dieses Kindes gelegen. Und wie sehr man selbst geliebt werde.

Diese Konstellation irritiert den Fachmann allerdings nicht. Für ihn tut sich hier das breite, psychodynamisch spannende und im Alltag durchaus folgenschwere Feld des Narzissmus auf, der krankhaften Selbstverliebtheit, die keine Rücksicht kennt, was die eigenen Bedürfnisse anbelangt. Einzelheiten dazu siehe das ausführliche Kapitel über den Narzissmus.

Und dass es um die Bedürfnisse der Kinder überhaupt nicht geht, ja gehen kann, wird nicht zuletzt darin sichtbar, dass nicht selten sozial besonders schwache, psychisch anfällige, wenn nicht gar geistig behinderte Kinder ausgewählt werden. Denn von denen und sogar deren Angehörigen sind am wenigsten Anzeigen zu befürchten. Und im juristischen Ernstfall auch nur dürftige Zeugenaussagen, die von einem cleveren Verteidiger erfolgreich in Frage gestellt werden können.

Außerdem: Diese Art von „Liebe“ endet allemal, wenn das Kind aus der Altersspanne heraus wächst, in der es für den Täter sexuell reizvoll ist, mahnt Prof. Kröber.

Was steht wirklich dahinter?

Eine zwar nüchterne, aber aufschlussreiche Übersicht zur Frage: Um was handelt es sich nun wirklich, objektiv, statistisch untermauert, wird im nächsten Abschnitt ausgeführt. Zuvor aber die Frage: Was sind das für Täter und was spielt sich hier innerseelisch (Fachbegriff: intrapsychisch) ab?

Der Verdacht, es gehe hier um Menschen, die keine tragfähigen Beziehungen zu Gleichaltrigen wagen, aufbauen und durchhalten können, ist tatsächlich nicht aus der Luft gegriffen. Nicht selten handelt es sich um ein „Ausweichverhalten“ von Männern, deren Kontakte zu erwachsenen Partnern immer wieder scheitern oder als unbefriedigend erlebt werden. Manche sind auch schon primär kontaktgestört und weichen deshalb grundsätzlich auf Unterlegene aus, um einer vermuteten, befürchteten oder bereits schon schmerzlich erfahrenen Abweisung bzw. Kränkung durch erwachsene Partner mit eigenem Meinungs-bild und der Möglichkeit, sich konsequent zu wehren, zu entgehen.

Weniger als die Hälfte der sexuellen Übergriffe auf Kinder wird von stabil pädosexuellen Männern begangen. Oder auf Deutsch: Hier steht nichts anderes zur Diskussion, es müssen Kinder sein.

Die allerdings relativ zahlreichen Übergriffe auf pubertäre, jedoch noch nicht 14-jährige Mädchen dagegen werden überwiegend von so genannten Gelegenheitstätern begangen. Sie sind eigentlich heterosexuell orientiert (also auf erwachsene Frauen ausgerichtet), nutzen aber die konstante Nähe zu einem Mädchen aus (z. B. die Tochter der Lebenspartnerin), um ihre sexuellen Erfolgserlebnisse zu komplettieren oder Misserfolge zu kompensieren.

Vor Gericht stellt sich dann aber doch ein mehrschichtiges Bild dar: Die einen haben keine einschlägigen Vorstrafen, andere sehr wohl, und zwar nicht nur in sexueller Hinsicht. Das breite Spektrum fehlender sozialer Rücksichtnahme spricht dann für sich: Vom Verkehrsdelikt über den Diebstahl bis zu Vergewaltigung, Körperverletzung und Raub.

Das größte Entsetzen – und zwar mit Recht – brandet aber dann auf, wenn ein Kind im Rahmen sexuellen Missbrauchs schließlich getötet wird. Dies ist jedoch glücklicherweise relativ selten (auch wenn jeder Mord selbstredend eine menschliche Katastrophe ist). Man spricht von etwa fünf Fällen pro Jahr, was zwar erschauern lässt, aber mit 80 Millionen Mitbürger verrechnet werden muss. Und nebenbei den tröstlichen Hinweis enthält: Solche Kapitalverbrechen werden grundsätzlich entdeckt und gesühnt (zumal diese Täter auch schon anderweitig straffällig geworden sind).

Die Pädophilie im Spiegel von Strafverfahren und Strafarten

Pro Jahr werden in Deutschland etwa 16.000 sexuelle Übergriffe gegen Kinder angezeigt. Das ist nicht mehr, wie allgemein vorwurfsvoll vermutet wird, sondern deutlich weniger als in den 50-er und 60-er Jahren.

Erhöht hat sich dagegen die Quote der Tatverdächtigen, die überführt und verurteilt werden, und zwar um etwa 20% der angezeigten Fälle. Im Klartext: Im Jahre 2001 waren es 1.432 Erwachsene sowie 222 Jugendliche und Heranwachsende, die wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern mit Körperkontakt verurteilt wurden. Dazu 458 Erwachsene und 41 „Unter-21-Jährige“, denen sexueller Missbrauch ohne Körperkontakt nachgewiesen wurde. Diese Täter hatten sexuelle Handlungen vor Kindern begangen oder von Kindern durchführen lassen, nicht zuletzt zur Herstellung von Fotos oder Videos.

- *Geschlechtsspezifisch* spricht die Statistik eine deutliche Sprache: Von den insgesamt 2.152 Verurteilten waren nur 33 Frauen. 99% der Angeklagten sind demnach Männer.
- Auch *altersmäßig* bietet sich ein eindeutiges Bild: 9 von 10 (88%) der Verurteilten sind 21 Jahre oder älter.

Ein Fünftel der verurteilten Erwachsenen kamen mit einer Geldstrafe davon, bei der Hälfte wurde die Freiheitsstrafe zur Bewährung ausgesetzt, ein Viertel erhielt eine Freiheitsstrafe ohne Bewährung. 107 Jugendliche und Heranwachsende (41%) erhielten eine Jugendstrafe, die überwiegend zur Bewährung ausgesetzt wurde. Die restlichen 156 wurden mit einer milderer Maßnahme bedacht.

Deutlich höher liegen die Strafen dann, wenn Gewalt angewandt wurde und der Tatbestand der Vergewaltigung oder sexuellen Nötigung erfüllt war.

Wie häufig ist der „geisteskranke“ Triebtäter?

Wie stand es nun bei den verurteilten Tätern um ihre geistige bzw. seelische Verantwortlichkeit? Handelt es sich hier nicht zumeist um psychisch Kranke? Das ist ein stereotypes Vorurteil, das man zwar nur selten direkt ausformuliert hört, aber „im Hinterkopf“ spielt es keine geringe Rolle: der „geisteskranke Triebtäter“.

Die Wirklichkeit sieht anders aus, wie so oft: Die Realität hat dann keine Chance, wenn das Vorurteil das Meinungsbild beherrscht, offen zugegeben – oder eben meistens nicht.

Von den im Jahre 2001 verurteilten(!) 1.890 Erwachsenen waren nur 12 schuldunfähig (das ist nicht einmal 1%) und 175 vermindert schulfähig (9,3%). 50 Täter (2,6%) wurden in einer psychiatrischen Maßregelklinik gemäß § 63 StGB untergebracht, 7 in einer Erziehungsanstalt (§ 64 StGB). Mit anderen Worten:

Täter mit sexuellem Missbrauch werden nur in einer kleinen Minderheit als psychisch krank diagnostiziert und deshalb einer entsprechenden Therapie zugeführt.

Hohe, wenn auch späte Rückfall-Gefahr

Was weiß man aber über die Rückfall-Gefahr, von der immer wieder beunruhigt die Rede ist?

Die Rückfälligkeit bei Sexualdelikten ist tatsächlich ein heiß diskutiertes Thema. Sie bestimmt natürlich auch das Urteil, die Diagnose, die therapeutischen Strategien und die Prognose (Heilungsaussichten). Im Einzelnen:

- Bei den so genannten *Gelegenheitstätern* ist die Rückfallgefahr für Sexualdelikte gering. Hier führte meist die Situation zur Tat, die Reue und Vorsicht zur Korrektur und der Wille zum Erfolg. Dies betrifft besonders diejenigen Täter, die innerfamiliär die pubertierende Tochter der Lebensgefährtin sexuell missbraucht haben. Sie werden – wenn sie bestraft werden – nur in 10% der Fälle mit neuen Delikten rückfällig. Hier war „der Schock heilsam“ (Zitat).

Wenn es trotzdem einen Rückfall gibt, dann spielt die Persönlichkeitsstruktur bzw. persönlichkeitsbedingte Krankheit eine Rolle. Meist spricht man dann von allgemeiner Dissozialität und Deliktbereitschaft (siehe das Kapitel Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die dissozialen Fälle).

- Anders sieht die Situation bei den so genannten *stabilen Pädosexuellen*, also den echten *Pädophilen* aus, mahnt Prof. Dr. H. L. Kröber.

Zum einen werden diese Täter zwar durchschnittlich weniger schnell(!) rückfällig als andere Wiederholungstäter. Sie schaffen es auch in der Regel recht gut, Bewährungszeiten ohne erneute Straftat zu überstehen. So vergehen bei nicht wenigen sogar fünf und mehr Jahre bis zum nächsten Rückfall. Andererseits aber spricht die Statistik eine ernüchternde Sprache (10-Jahres-Rückfallstudie der Kriminologischen Zentralstelle Wiesbaden, 2001, 2002):

Gerade im Bereich des strafrechtlich weniger schwerwiegenden sexuellen Kindesmissbrauchs (also Fälle ohne körperliche Gewalt) droht eine einschlägige Rückfallgefahr bis ins hohe Alter. Dem gemäß ist die Langzeitprognose bei stabilen Pädosexuellen schlecht. Die meisten werden eines Tages wieder rückfällig. Da ist es nur ein geringer Trost, dass sie in puncto Art und Intensität ihrer Tat in der Regel keine Steigerung erkennen lassen. Oder kurz: Dasselbe noch mal und ggf. noch mal.

Da drängt sich eine andere Frage auf, die immer wieder diskutiert wird: Wann ergibt sich eine verminderte Schuldfähigkeit und damit geringere Strafe bzw. psychiatrische Behandlung?

Die Beurteilung der Schuldfähigkeit

Die *Beurteilung der Schuldfähigkeit* ist ein schwieriges Unterfangen, das in der Regel nur erfahrenen Experten (Psychiatern, Nervenärzten, entsprechend spezialisierten Psychologen) anvertraut wird. Am häufigsten sind hier die forensischen Psychiater eingebunden. Was muss man wissen (nach H. L. Kröber und entsprechenden Lehrbüchern)?

Entscheidend ist nach BGH-Rechtsprechung der Zustand bzw. Rechtsbegriff der so genannten „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ im Sinne der §§ 20 und 21 StGB. Dann nimmt man nämlich eine erheblich beeinträchtigte Steuerungsfähigkeit an, die zu Strafminderung und unbefristeter Zwangsunterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug führen kann. Mit anderen Worten: Nur wenn eine so genannte sexuelle Devianz (Abweichung von einer bestimmten Norm – siehe das entsprechende Kapitel über sexuelle Variationen) in eine schwerwiegende Persönlichkeitsstörung eingebunden ist, besteht auch die Voraussetzung für eine verminderte Schuldfähigkeit und damit psychiatrische Unterbringung. Genau das will der empörte Laie natürlich realisiert sehen, wenn es schon nicht die „normale Gefängnisstrafe“ (Vollzugsanstalt) sein soll oder darf.

Doch so einfach liegen die Dinge nicht. Auch bei einer die Allgemeinheit aufwühlenden Tat muss der rechtliche Rahmen gewahrt bleiben. Nicht einmal die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung oder einer abweichenden sexuellen Präferenz (Vorliebe, siehe erneut das entsprechende Sexualkapitel), also hier einer Pädophilie, rechtfertigt allein die Annahme eines Zustandes, der ohne weiteres obigen Paragraphen 20 bzw. 21 StGB entspricht.

Tatsächlich sind die – laut H. L. Kröber – pädophilen Täter mit einer psychiatrischen Erkrankung im engeren Sinne in der psychiatrischen Begutachtung eine Rarität. Was die Lehrbücher füllt, sind (bisher) Fälle, die bislang sozial bestens angepasst waren, im Rahmen einer präsenilen Frontalhirnerkrankung (degenerativer Abbau des Stirnhirns im Rückbildungsalter, z. B. der Morbus Pick) aber plötzlich sexuell übergriffig werden. Doch das ist – wie erwähnt – selten, wenn auch eindrucksvoll und betrifft, wenn es denn schon vorkommt, meist ausgesprochen vitale und gesund erscheinende ältere Herren.

Etwas häufiger, wenngleich insgesamt ebenfalls selten, sind die so genannten dissoziale Verhaltensweisen wie narzisstische und histrionische (hysterische) Muster, doch meist in nicht besonders ausdrucksvoller Ausprägung. Auch sind pädophile Neigungen nur selten mit anderen Paraphilien kombiniert (z. B. Feti-

schismus, Transvestitismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Sadomasochismus u. a. – siehe das spezielle Kapitel).

Was bleibt also für die Mehrzahl der Pädophilen? Dazu die fachliche Stellungnahme von Prof. Dr. H. L. Kröber im Kasten.

„Die deviante (abweichende), pädosexuelle Orientierung an sich schafft genau so wenig einen unbeherrschbaren Handlungsdruck wie Homosexualität oder reife Heterosexualität.

Pädosexuelle sind nicht triebhafter als andere Menschen; normale Heterosexuelle haben zu Zeiten nicht minder mit ihrem sexuellen Begehren zu kämpfen. Gleichwohl ist allen auferlegt und in aller Regel möglich, sich an die normativen Vorgaben zu halten.

Insofern Sexualität mit Kindern generell verboten ist, ist das Praktizieren von Sexualität für Pädosexuelle sofort von Strafe bedroht und es wird ihnen mehr Verzicht abverlangt als den meisten anderen. Das bedeutet aber keineswegs, dass dieser Verzicht nicht leistbar und – im Hinblick auf die Bedürfnisse der Kinder – nicht zumutbar wäre.

Auch die Heterosexualität unterliegt bis heute vielfältigen sozialen Einschränkungen; die absolute Zahl Heterosexueller, die z. B. ungewollt sexuell abstinent leben, ist sicherlich höher als die der Pädosexuellen. Aber ihnen wird man nicht unterstellen, dass sie daher früher oder später gar nicht anders können als zu vergewaltigen.

H. L. Kröber in *NeuroTransmitter 2* (2004) 33

Was kann man tun?

- **Täter:** Menschen mit sexuellen Variationen (s. o.) neigen nicht gerade häufig zu einem Behandlungswunsch aus eigenem Antrieb heraus. Da pflegt in der Regel schon etwas Druck von außen eine Rolle zu spielen. Nicht selten wird die Frage der Therapie erst dann aktueller, wenn es um die Vermeidung einer drohenden Strafe geht. In diesen Fällen sind die Heilungsaussichten begrenzt.

Das ist bei Pädosexuellen nicht anders. Es gibt auch Pädophile, die sich um eine echte Korrektur bemühen. Hier bietet sich vor allem die Verhaltenstherapie an. Ein einfaches „Wegschließen“, wie es nicht selten in der Allgemeinheit gefordert wird, besonders nach dem Bekanntwerden eines solchen „Verbrechens“, wie es in hochgespannter Atmosphäre gerne genannt wird, bringt aber nichts. Wie soll das auch auf Dauer gehen. Auch ist – wie Prof. Kröber die

Erfahrung der Sexualtherapeuten zusammenfasst – nicht zu erwarten, dass sich die sexuelle Orientierung des Pädophilen ändert oder sich seine entsprechenden Wünsche einfach verflüchtigen.

Das bescheidene, aber im Alltag durchaus realisierbare Ziel ist eine Umstrukturierung des Verhaltens. Konkret: Die ungeschönte Analyse des bisherigen Verhaltensstils, die strikte Vermeidung von Kontakten zu Kindern, der Verzicht auf sexuelle Stimulierung und die Umstrukturierung von Alltags- und Freizeitverhalten, bei denen die dortigen Bedingungen wieder zu Rückfällen führen können.

Eine Übersicht über die bisherigen Therapiestrategien legt im Übrigen nahe, neben der Verhaltenstherapie auch bestimmte Psychopharmaka zu nutzen.

- **Opfer:** Während die Therapie der „Täter“ die eigentliche Aufgabe wäre (dann gäbe es nämlich immer weniger Opfer), in der Öffentlichkeit aber kein Thema zu sein scheint, ist die Betreuung der betroffenen Kinder ein durchaus heiß diskutiertes Thema.

Von den Pädophilen-Netzwerken (die die heutigen Möglichkeiten der Meinungsmanipulation durchaus geschickt zu nutzen verstehen) wird gerne behauptet: Niemand werde wirklich geschädigt und den meisten Kindern würde es sogar gefallen.

Das ist natürlich eine Zweckbehauptung, falsch und auch auf bisweilen verborgene eigene Wünsche ansonsten völlig unauffälliger Mitbürger zielend, die selbstverständlich niemand zugeben würde. Sexuelle Übergriffe, und dazu noch bei Kindern, sind grundsätzlich zu verurteilen, auch wenn sie von den Betroffenen nur als ekelig, widerwärtig, verunsichernd oder verängstigend erlebt werden, ohne dass dauerhafte Schäden zu befürchten sind.

Andererseits – so Prof. Kröber – ist es ebenfalls bedenklich, ja bisweilen sogar von brutaler Rücksichtslosigkeit geprägt (Aufklärung ist alles, denn nur dann kann man bestrafen) jedes Opfer sexuellen Missbrauchs als „lebenslang geschädigt“ darzustellen, ja regelrecht zu „psychiatisieren“. Selbst die Empfehlung einer Psychotherapie muss mit Bedacht gestellt werden, fordert Prof. Kröber, denn das kann zur Belastung eigener Art werden, und zwar nicht nur zeitlich.

Es gilt deshalb deutliche Unterschiede in den bleibenden(!) Folgen für Opfer sexueller Straftaten je nach Art und Ablauf des Übergriffs herauszuarbeiten. Dabei hilft die Kenntnis wissenschaftlicher Untersuchungen, die vielleicht ein wenig emotionslos wirken, dafür aber die Urteilsfindung mit einer stichhaltigen Basis-Information unterstützt. Sie besagt, dass bei nicht-gewaltsamen(!) sexuellen Übergriffen die große Mehrheit der Kinder keine Dauerschäden erleiden. Dagegen benötigen Kinder mit starkem sexuellen Gewalterlebnissen durchaus therapeutische Hilfe, vor allem wenn sich ein ausgeprägtes Maß an Angst, ja

dem Gefühl ohnmächtigen Ausgeliefertseins abzeichnet. Doch selbst hier gilt es genau abzuwägen, wie viel Hilfe zur Selbsthilfe das Kind benötigt und wünscht.

Die zwar nachvollziehbare, aber nicht immer die Langzeitwirkung berücksichtigende emotionale Reaktion in der Allgemeinheit, besonders nach gerade bekannt gewordenen Taten, ist durchaus zu verstehen, darf aber nicht die psychologischen und psychiatrischen Erkenntnisse übergehen, die auf Grund jahrzehntelanger Erfahrung mehr im Auge haben, als kurzfristige Empörung (Täter) bzw. überzogene Behandlungs-Anordnungen. Diese Einstellung unterschätzt nicht die Konsequenzen pädosexueller Übergriffe, sondern regt nach ausführlicher Diagnose zu dosierter Betreuung an, schließt Prof. Dr. H. L. Gröber seine bemerkenswerten Ausführungen.

Literaturhinweise am Ende dieser Serie und beim Autor.

● MANIE, LIEBE UND SEXUALITÄT

Die Depression ist in aller Munde. Von der *Manie*, ihrem Gegenstück, der krankhaften Hochstimmung mit entsprechenden Folgen, hört man dagegen kaum etwas. Und das, obgleich dieses Leiden subjektiv zwar weniger quälend, für den Betroffenen und seine Umgebung jedoch ungleich belastender ausfallen kann als die Mehrzahl anderer psychischer Störungen: Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Beruf, Karriere, Finanzen und nicht zuletzt das, was man einen „guten Ruf“ nennt, auch heute noch. Und das ist nicht zuletzt das Thema: *Manie, Liebe und Sexualität*.

Manie – eine kurze Übersicht

Dass die Manie bereits im Altertum bekannt war, beweist schon ihr Name (griechisch: mania = Raserei, Wut, Wahnsinn, aber auch Begeisterung, Ekstase und Entrückung). Früher differenzierte man aber noch nicht so genau. Erst Mitte des 19. Jahrhunderts ordnete man der Manie endgültig die eher heitere, der Melancholie die mehr depressive Verstimmung zu und fasste sie zu einer eigenen Krankheitsgruppe zusammen. Heute gilt die Manie als ein vielschichtiges Syndrom (also eine Gruppe zusammengehöriger Krankheitszeichen), das man – im Gegensatz zur Depression mit ihrer „Herabgestimmtheit“ – als krankhafte „Heraufgestimmtheit“ bezeichnen könnte.

Charakteristisch ist aber nicht so sehr die Art, mehr das überbordende Ausmaß und der ständige Wechsel dieser Gemütsverfassung. Das *manische Krankheitsbild* (von einem Beschwerde- oder Leidensbild kann man ja nicht reden, denn Beschwerden hat der Maniker keine) ist von verwirrender Vielfalt. Es ist besonders anfangs schwer einzuordnen, aber auch später häufig irritierend und nicht selten nach Inhalt und Form rasch wechselnd. Die Manie täuscht verhängnisvoll lange sogar Angehörige und Arzt, wohl nicht zuletzt deshalb, weil nicht sein kann, was nicht sein darf.

Die am häufigsten angeführten Krankheitszeichen der Manie sind gehobene Stimmung, Rededrang und krankhaft gesteigerte Aktivität. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur (die allerdings – gemessen am anderen Stimmungspol, den Depressionen, erstaunlich bescheiden ausfällt). Nachfolgend dafür ein etwas ausgiebigeres Kapitel zum erwähnten Spezial-Problem (denn ein Problem ist die Liebe beim Maniker sehr wohl, wie sich gleich zeigen wird).

Wie Prof. Dr. Volker Faust vom Zentrum für Psychiatrie in Ravensburg-Weissenau in seinem Buch „Manie: eine allgemein-verständliche Einführung in Diagnose, Therapie und Prophylaxe der krankhaften Hochstimmung“ (Enke-

Verlag, Stuttgart 1997) detailliert ausführt, sind manische Patienten in ihrem Sexualverhalten eigentlich viel konformer, als man im Allgemeinen annimmt. Anders lautende Vermutungen gehen in der Regel auf einzelne, spektakuläre Ereignisse zurück, die auch am ehesten in Erinnerung bleiben. Dabei stellen sich allerdings Patienten mit einer manisch-depressiven Erkrankung etwas besser als solche mit einer schizo-affektiven Psychose (bei der manische und später depressive sowie schizophrene Symptome gleichzeitig oder kurz hintereinander auftreten).

Ein besonderes Phänomen ist aber die gesteigerte erotische Ansprechbarkeit, die insbesondere manischen Frauen zum Verhängnis werden. Was gilt es also zu wissen?

Manische Sexualität – Lehrmeinung und Realität

Sexuelle Fehlhandlungen gehören offenbar zur Manie. Sie basieren auf einer krankheitsbedingten Hypersexualität. Dabei spielt natürlich die Persönlichkeitsstruktur, die psychosoziale Ausgangslage, ferner Intensität und Verlauf des manischen Zustandsbildes sowie weitere Faktoren eine wichtige Rolle (z. B. Konsum oder Missbrauch von Alkohol, Rauschdrogen, das Umfeld mit entsprechenden (Verführungs-)Gelegenheiten u. a.). So die meisten Lehrbücher in ihren komprimierten Schilderungen.

Und weiter: Es beginnt mit vermehrt erotischen Gedanken und geht über den Verlust des Schamgefühls und eine – bisher meist unbekannt, ja unfassbare – sexuelle Aufdringlichkeit bzw. Gefährdung bis hin zur offenen Promiskuität (häufiger Geschlechtsverkehr mit wechselnden Partnern). Sogar eindeutig kriminelle Aspekte wie Vergewaltigungsversuche sind nicht auszuschließen. Das hört sich schon heftiger an. Und schließlich: Trotz der knisternden erotischen Atmosphäre bleibt der Maniker beiderlei Geschlechts auch in sexueller Hinsicht oberflächlich, leicht ablenkbar und zu keinem tieferen Erleben fähig.

Das ist eine regelrechte Aburteilung und liegt daran, dass die Manie noch nie ein beliebtes Forschungsobjekt der Psychiater war und die notwendigen Lehrbuch-Texte auch noch verkürzt und damit einseitig ausfallen. Hört man sich aber die Meinungen jener Psychiater an, die sexuelle Störungen im Allgemeinen und solche mit einer manischen Psychose im Besonderen behandeln, liest sich dies schon anders: Denn allgemein findet man bei der Manie etwa gleich häufig eine Vermehrung wie eine Verminderung von sexueller Wunschwelt und Leistungsfähigkeit. Es gibt also auch hyposexuelle, ja sogar asexuelle Manien. Etwas „heftiger“ geht es – wie bereits erwähnt – bei den schizo-affektiven Psychosen zu, doch das sind keine reinen Manien mehr.

Viel wichtiger aber ist etwas anderes, was weitgehend ausgeblendet bleibt, nämlich:

Die erotische Ansprechbarkeit des Manikers

Natürlich gibt es auch unter den Manikern Menschen, die jede erotische Ausstrahlung vermissen lassen. Doch im Allgemeinen ist den meisten Manikern eines gemeinsam: eine verstärkte erotische Ansprechbarkeit bis hin zu einem unnachahmbaren *erotischen Fluidum*.

In der Tat geht von vielen dieser Patienten etwas eigentümlich „Erotisierendes“ aus, auch wenn sie in gesunden Tagen noch so unfrei, genierlich, verschüchtert oder „verklemmt“ bis sexualfeindlich wirken. Manchmal ist es geradezu rührend zu sehen, wie ansonsten völlig verhuschte Geschöpfe wie verwandelt auftreten, wo sie doch in gesunden Tagen allein schon bei dem Gedanken daran vor Scham in den Boden versinken würden.

Zwar können auch manische Männer plötzlich charmant und sexuell anziehend wirken, doch im Allgemeinen ist es den weiblichen, insbesondere jüngeren Manikern gegeben, hier „neue Seiten aufzuschlagen“. Dazu kommt der äußere Aspekt, wie er gerade wiederum den Maniker auszeichnet: Bewegung, Mimik, Gestik, Gang, ferner Make-up, Frisur – vom verbalen „Feuerwerk“ manischen Auftritts ganz zu schweigen.

Zudem die Kleidung, die alles eröffnet (im wahrsten Sinne des Wortes). Auf jeden Fall kommt der Gesamteindruck so an, wie er – wenn auch krankhaft forciert – gemeint ist: lebensfroh, auffallend und kontaktfreudig.

Und dann die Körpersprache, die elegant und irgendwie „flotte“, auf jeden Fall stimulierende, fast „aufregende“ bis aufreizende Art, mit der vor allem Manikerinnen sitzen, stehen, gehen, kurz: sich in Gesellschaft zwanglos und sicher bewegen, wie es ihnen sonst in ihrem ganzen Leben nicht gegeben ist. Daneben führen sie eine anregende, vielleicht unbewusst leichtfertige, manchmal fast „eindeutige“ bis erotisch oder gar sexuell betörende Sprache, bei der es auch an Zweideutigkeiten nicht mangeln muss. Wenn es sich offen darbietet, fällt es jedem auf. Meist aber bleibt es zwischen den Zeilen und man wundert sich nur, wie der „Mensch von gestern“ sich heute plötzlich so verändert hat.

Da der Maniker beiderlei Geschlechts sich nicht wie der Schwermütige zurück zieht, sondern gerne Gesellschaften und sonstige Treffen aufsucht und im Übrigen vermehrt eingeladen wird (weil er in der Tat eine „erfrischende Komponente“ darstellt), ergeben sich permanent Gelegenheiten, in denen man sich auch näher kommen kann (siehe später).

Natürlich spielt hier die zugrunde liegende Wesensart eine wichtige Rolle. Doch dabei kann man so manche Überraschung erleben. Allerdings auch in negativer Hinsicht, trotz „manischer Enthemmung“ (Fachbegriff). Da spürt man nämlich rasch, wie hilflos manche Patienten sind, ja verwirrt und ratlos, hin- und hergerissen zwischen den Normen, Ge- und Verboten ihrer Erziehung und

Gesellschaft – und dem scheinbar flott-selbstsicheren Auftreten. Einer Manie erliegt man, wie der treffende Ausdruck lautet.

Das manische Liebes- und Sexualverhalten

Ein eigenartiges und oft folgenreiches Phänomen ist besonders bei weiblichen Manikern die geradezu *naive Verliebtheit*, die alles gleichsam traumhaft verklärt. Das rein Sexuelle steht erst einmal gar nicht im Vordergrund. So legt es auch die Mehrzahl der manischen (Ehe-)Frauen nicht unbedingt auf den sexuellen Vollzug an (sehr im Gegensatz zu ihrem „schlechten Ruf“, in den sie rasch zu geraten drohen), schon um möglichst unerwünschte Konsequenzen zu vermeiden. Wenn sie trotzdem immer wieder in heikle Situationen geraten, dann hat das auch andere Gründe, z. B. der missverstandene Aufforderungscharakter, der von diesem nicht als krankhaft erkannten Verhalten ausgehen kann („ich war der Meinung, sie wollte es“).

Außerdem werden im Rahmen des manischen Rededrangs häufig auch sexuelle Themen angeschnitten. Beim männlichen Geschlecht geschieht dies häufig als lautstarkes und meist durchsichtiges Aufschneiden, wie viele Frauen man gehabt habe (wobei interessanterweise manisch verliebte Männer insbesondere Frauen aus höheren sozialen Schichten begehren, also ein psychodynamisch mehrschichtiges Anersinnen).

Bei weiblichen Manikern findet sich dafür eher die erwähnte Verliebtheit, nicht einfach so, sondern häufig in eine bestimmte reale, dann aber doch unerreichbare Person. Das kann sogar recht betagte Patientinnen betreffen. Auch hier spielt also das rein sexuelle keine vordergründige Rolle. Der geliebte Mensch wird eher romantisch idealisiert (treffender Vorwurf: „Hast du dir wieder einen Prinzen gebaut!?“).

Tragischerweise hat diese Liebesbedürftigkeit bisweilen auch eine handfeste Komponente, nämlich den Wunsch, schwanger zu werden. Hier fließt die Verliebtheit in das andere Geschlecht in eine Kinderliebe über (die im Übrigen nicht nur weibliche Maniker äußern). Tragisch ist auch der Hintergrund solcher Wünsche, nämlich gar nicht so selten ein sexuell unbefriedigendes Dasein, ob mit oder ohne Partner.

Wenn die manische Verliebtheit fordernd wird

Zwar sind folgenschwere Entgleisungen im Rahmen einer manischen Verliebtheit eher selten, aber auch nicht ausgeschlossen. So kann es schon vorkommen, dass nicht nur Verwandte, Bekannte, Nachbarn, Arbeitskollegen, Lehrer, Ärzte, ja sogar Unbekannte oder Honoratioren aus Politik, Wirtschaft, Sport und Kultur mit überschwänglichen Liebesbeteuerungen belästigt, vielleicht sogar mit eindeutigen Versen angedichtet oder zuletzt mit delikaten Zeilen oder langen Liebesbriefen in Verlegenheit gebracht werden, von der telefonischen

Kontaktaufnahme ganz zu schweigen (der Maniker und das Telefon, ein besonderes Kapitel). Die Konsequenzen kann man sich denken, denn auch das zuerst hilflos reagierende Opfer ergreift schließlich die notwendigen Maßnahmen.

Etwas anderes aber sind die nun doch mitunter wahllosen und vielleicht zuletzt lästigen bis riskanten Bekanntschaften, die kostspieligen Verhältnisse, die unbegreiflichen Partnerschaften bis hin zu Eifersuchtsszenen, öffentlichen Auseinandersetzungen – und schließlich ungewollte Schwangerschaften und Abtreibungen. Auch Verlobungen und selbst „unfassbare“ Eheschließungen sind möglich. Auf jeden Fall aber eine bedenkliche Zahl von (auch nur vorübergehenden) Trennungen und zuletzt Scheidungen und damit der Zerfall von Familien (wobei der Plural darauf hinweist, dass meist zwei, wenn nicht gar mehr Familien betroffen sind).

Der manische Liebeswahn

Mitunter entwickelt sich auch ein regelrechter *manischer Liebeswahn*. Dann wird es noch kritischer. Einzelheiten siehe die verschiedenen Kapitel, auch in dieser Serie und besonders über wahnhaftige Störungen. Der manische Liebeswahn hat dabei noch eine besondere Komponente, nämlich den gesteigerten Antrieb: Briefe, Telefonate, Überraschungsbesuche, öffentliche Auftritte mit Distanzlosigkeit, Aufdringlichkeit, verbalen sexuellen Anzüglichkeiten, herausfordernder Garderobe oder gar Entblößungsszenen bis hin zum öffentlichen Ärgernis. Dann brechen alle Dämme.

Glücklicherweise ist der Liebeswahn im Allgemeinen und der manische im Speziellen eher selten. Dann auch nicht von jener vernichtenden Wut, wie sie von vereinzelt „Tragik-Komödien“ ausgeht, wie das schließlich interpretiert wird. Allerdings hat ein solcher Liebeswahn auch eine gewisse Beharrlichkeit und kann selbst dann fortauern, wenn sich alle anderen Symptome weitgehend zurück gebildet haben.

Konsequenzen je nach Geschlecht?

Eine Manie ist immer von Übel, doch pflegen die Konsequenzen für beide Geschlechter nicht gleich folgeschwer auszugehen. Das hängt nicht zuletzt mit der gesellschaftlichen Toleranzgrenze zusammen, die für Männer und Frauen noch immer große Unterschiede aufweist. Frauen dürfen sich nach wie vor weit weniger herausnehmen als Männer, insbesondere was aktive Sexualität anbelangt. Was beim Mann eher hingenommen, ggf. sogar bewundert wird, kann eine Frau rasch diskriminieren (bezeichnenderweise gibt es für den Begriff „mannstoll“ keinen vergleichbaren Ausdruck für sexuell entgleisende Männer – siehe das Kapitel über „Nymphomanie“).

Männer können auch eher den Eindruck erwecken, es handele sich bei Ihnen um ein „natürliches Bedürfnis, das es eben zu stillen gilt“. Frauen geraten – nicht als manisch erkannt – sehr schnell in den schlechtesten Ruf, der sie auch nach Genesung noch auf das Peinlichste beschäftigen kann: Tuscheleien, Gerüchte, erzwungene Verhältnisse, Erpressung, juristische Folgen mit ständiger Aufarbeitung der meist gar nicht mehr erinnerlichen oder verdrängten Szenen u. a.

Vor allem ihre erotisierende Ausstrahlung machen Frauen immer wieder zum Opfer männlicher Überrumpelungsversuche, was bereits angedeutet wurde. Dabei muss es sich auf der anderen Seite keinesfalls um gewissenlose oder brutale „Machos“ handeln. Man ist eben angesichts der geradezu knisternden erotischen Spannung der Überzeugung, hier habe eine reale sexuelle Einladung vorgelegen. Manche, insbesondere einfach strukturierte Männer können sich in einer solchen Situation nicht mehr steuern, geraten durch den scheinbar „plötzlichen Gesinnungswandel“ und die damit verbundene „Abfuhr“ in Wut und bringen damit die manische Patientin in riskante Situationen.

Weniger folgenschwer pflegen solche Beziehungen – ob Frau oder Mann, von Letzterem aber eher genutzt – dann auszugehen, wenn sich mit dem sexuellen Überschwang ein (typisch manischer) Reisetrieb und die damit notwendigen Mittel paaren. Dann bekommt davon lange niemand etwas mit, obgleich man dabei natürlich nie sicher sein kann.

Verliebtheit oder Manie?

In diesem Zusammenhang wird bisweilen die Frage gestellt: Was ist normale Verliebtheit, was ist manische (also krankhafte) Verliebtheit? Das eine ist ein „Himmels Geschenk“, das andere ggf. ein Schicksalsschlag. Unter eindeutigen krankhaften Bedingungen stellt sich diese Frage nicht. Bei grenzwertigen Entwicklungen aber sehr wohl. Und vor allem dann, wenn der Betroffene schon einmal eine manische Episode erlitten hat. Dann kann er sich praktisch nie mehr verlieben, ohne dass nicht überall die Alarmglocken läuten. Was gilt es also zu wissen?

Die *manische Verliebtheit* geht entweder im Rahmen eines manischen Krankheitsbildes auf, wobei die Verliebtheit dann nur ein Symptom von verschiedenen darstellt (auch wenn sie vielleicht am meisten auffällt, insbesondere jenseits jener Altersgrenze, wo man meint, sich so etwas gar nicht mehr vorstellen zu können – oder zu dürfen...). Zum anderen kann die manische Verliebtheit auch einmal als (scheinbar) einziges Symptom auftreten. Das ist durchaus möglich, wenn auch treffender als einzig auffallendes(!) Symptom bezeichnet, denn bei genauerer Diagnose kommt dann doch noch einiges zusammen.

Am einfachsten wäre es, wenn der Betroffene zumindest dezente sonstige Symptome einer Manie zeigen würde: Braucht plötzlich weniger Schlaf (ist aber rasch „wieder voll da“), isst kaum, dennoch blühendes Aussehen, dabei

rede- und telefonierfreudig, etwas lockerer Geldbeutel, besonders was den verschönernden Eigenbedarf anbelangt, dazu unternehmungslustig (Reise-wünsche) und kontaktfreudig. Außerdem: fühlt sich „glänzend“, hat (plötzlich) keine Beschwerden mehr, im Gegenteil („klarer Kopf“, „warme Hände und Füße“) u. a.

Außerdem findet sich bei der Manie etwas, was schon die normale Verliebtheit so überraschend und bisweilen unverständlich macht: die plötzliche Verliebtheit „auf den ersten Blick“ (siehe auch das Kapitel „Liebe als spezifischer Gehirnprozess“ mit den entsprechenden neurochemischen „Überflutungen“). Dann aber gibt es schon kleine Unterschiede. Wer im normalen Zustand von dieser beglückenden(?) Situation gestreift wird, kann, wenn er will, zwar auch darüber reden, vielleicht sogar etwas abgehoben. Der Maniker aber findet für dieses Phänomen so großartige Worte, vor allem was Einzelheiten anbelangt (z. B. Händedruck, Blick, Stimme, Atmosphäre, Strudel des Wohlgefühls, sexuelle Erfüllung), dass man sich dann doch seine Gedanken machen muss.

Zudem gibt es beim Maniker für das fast schon kennzeichnendes Merkmal der Verliebtheit eine noch nahezu für unmöglich gehaltene Steigerung, nämlich die *Verklärung des anderen*. Dies betrifft mitunter nicht nur den Partner (der sich vielleicht gar nicht als solcher empfindet), sondern auch sein Umfeld. Das Ganze mündet dann in eine unkritische Überhöhung dieser Person, seiner beruflichen und gesellschaftlichen Stellung usw. Und bisweilen findet sich sogar die befremdlich bis lächerlich anmutende Verklärung eindeutig negativer Charakterzüge, gesundheitlicher Probleme, beruflicher Nachteile, gesellschaftlicher Einbußen, verwandtschaftlicher Belastungen, suspekter Freunde u. a. Manchmal, wenn es sich völlig abwegig anhört, geht jeder (innerlich) auf Distanz. Bisweilen aber klingt alles so überzeugend, dass man sich dann auch wieder nicht sicher ist.

Und ein weiterer Aspekt gibt zu denken: Die scheinbar beneidenswert gelassene bis unbekümmerte oder fast leichtfertig erscheinende Art, wie mit den irritierten, resignierten oder deprimierten Angehörigen umgegangen wird („mein Mann ist natürlich völlig ratlos, meine Kinder sind verwirrt, am heftigsten reagieren meine Eltern, aber was bedeutet das alles, ich erlebe zum ersten Mal ...“).

Schwer zu erkennen: die Hypomanie

Ein „verliebtheits-verdächtiger“ Zustand, der wirklich schwer zu erkennen ist, auch für den Fachmann, kann die *Hypomanie* werden, auch als Submanie oder maniformes Syndrom bezeichnet. Das ist der leichtere, weniger ausgeprägte, wohl auch weniger folgenschwere Zustand manischer Gehobenheit.

Auch die Hypomanie ist seit altersher bekannt. Am häufigsten finden sich

- eine länger anhaltende, leicht gehobene Stimmung, wenigstens einige Tage hintereinander,
- ein gesteigerter Antrieb mit entsprechender Aktivität, auch in zwischenmenschlicher Hinsicht, „sexuelle Grenzwertigkeiten“ eingeschlossen,
- ein auffallendes Gefühl von Wohlbefinden,
- eine vermehrte körperliche sowie geistige Leistungsfähigkeit.
- Typisch sind auch gesteigerte Geselligkeit und Gesprächigkeit, ggf. ungewöhnliche Vertraulichkeiten und vermindertes Schlafbedürfnis.

Doch alles bewegt sich in noch vertretbarem Rahmen, der Betreffende ist in der Lage, sein Verhalten in sozial angepassten Grenzen zu kontrollieren.

Was das erwähnte sexuelle Verlangen anbelangt, so ist es vor allem – und eben nicht ohne Erfolgs- bzw. Risiko-Garantie – gekoppelt mit einer gehobenen Stimmung, die in der Regel als „ungewöhnlich gut drauf“, fröhlich oder „high“ beschrieben wird, bisweilen auch ein inhaltsloses Wohlgefühl an der Grenze zur Glückseligkeit, das vor allem ansteckend wirkt (wie überhaupt der Maniker seine gute Stimmung charakteristischerweise faszinierend zu übertragen vermag: die ansteckende(!) Heiterkeit ist ein wichtiges Kennzeichen).

Und das alles vermehrt mit den erwähnten erfreulichen Eigenschaften wie gesteigerte Leistungsfähigkeit und Geselligkeit, routinierte Vertraulichkeit (ohne dass der Hypomaniker in die Gefahr gerät, rasch distanzlos zu wirken) und die erwähnte „gesprächige Redegewandtheit“.

Das alles sind natürlich schon „fruchtbare Voraussetzungen für ein tolles Liebesverhältnis“ (Zitat, nicht ohne ironischen Unterton – danach).

Hinter der verrückten Fassade ein persönliches Problem erkennen lernen

Doch hinter jeder endogenen Manie steht nicht nur ein biologisch begründbares Krankheitsbild, sondern häufig auch eine individuelle Not, die nicht unwesentlich an Ausbruch, Beschwerdebild und Verlauf dieses – scheinbar rein organisch vorgegebenen – Leidens beteiligt ist. Leider schaut nur jeder auf das offensichtliche Fehlverhalten und seine Folgen. Dennoch sollte man sich zwingen, hinter dieser „verrückten Fassade“ ein persönliches Problem, ja Leid identifizieren zu lernen. Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel über die Manie mit dem Unterkapitel über die manische Aussage (die manische Hochstimmung als Fenster zur Persönlichkeit). Eines aber sollte man auch bei der manischen Verliebtheit nicht vergessen (nach H. L. Kröber):

Der Maniker lebt in seiner gesunden Zeit vor allem auf seine soziale Umgebung bezogen. Bedeutsam sind für ihn überkommene Normen und externe Leistungsvorgaben (tun, was „man“ tun muss). Auch erlebt er sich meist als unfrei, kontrolliert, in seiner Selbstständigkeit und Entwicklungsmöglichkeit beschnitten.

In seiner gesunden Zeit duckt er sich. Während der manischen „Explosion“ aber versucht er die Änderung dieser Situation, allerdings biologisch gleichsam auf Schienen gesetzt und damit unkritisch, undiplomatisch, wenn nicht gar rücksichtslos. Vor allem seine scheinbar längst begrabenen Autonomiewünsche realisierend und nichts mehr von seiner zuvor praktizierten Selbstunterwerfung wissen wollend. Er ist zukunftsorientiert, voller Pläne, veränderungsbereit, aktiv – leider ungesteuert aktiv – und damit für seine Umgebung nicht selten schon dadurch „krank“.

Und dies gilt auch für den gemütsmäßigen Bereich der Liebe einschließlich ihrer sexuellen Umsetzungsmöglichkeiten.

Wenn er/sie nun den manischen Höhenrausch überwunden hat (wie das die gesunde Umgebung zu sehen pflegt), dann schlägt die Ernüchterung zu – und zwar grausam. Jetzt drohen Bestrafung und erneut Unterwerfung. Damit werden auch legitime und wichtige Veränderungswünsche blockiert, die dem Leben des entmutigten Manikers endlich die richtige Richtung vermitteln könnten. Das sollte allen Beteiligten zu denken geben, auch wenn man – nach außen durchaus gerechtfertigt – hier anderer Meinung ist. Doch es gilt die alte Erkenntnis:

Auch der Maniker muss aus seiner Erkrankung und ihren Fehlhandlungen lernen dürfen. Es gibt nicht nur negative Folgen einer Manie. Es kann auch zur Nachreifung kommen. Deshalb sollte man das Fenster, durch das wir Einblick in die Persönlichkeit des manischen Patienten erhalten, nicht einfach leichtfertig zuschlagen, auch wenn es sich um verirrte Liebe und befremdliche Sexualität handelt – kurz und folgenschwer.

Literaturhinweise am Ende dieser Serie und beim Autor

● LIEBE UND ALZHEIMER-DEMENZ

Liebe ist vor allem eine Domäne der Jugend. Im mittleren Alter entbehrte sie früher schon nicht einer gewissen Peinlichkeit. Das höhere Alter war davon gänzlich ausgeschlossen. Dies jedenfalls versuchten uns insbesondere die werbe-geleiteten Medien lange einzureden. Wer das nicht glaubt, hat ein kurzes Gedächtnis (auf das ohnehin spekuliert wird).

Inzwischen aber bahnt sich eine Wende an. Liebe wird auch im dritten Lebensalter für möglich gehalten. Allerdings hat auch diese Erkenntnis einen werbe-psychologischen Hintergrund. Die Jungen werden immer weniger, die Älteren immer mehr – und offenbar immer aktiver und damit konsum-freudiger.

In Wirklichkeit gab und gibt es Liebe in jeder Altersstufe, wobei sich nicht einmal Unterschiede in Intensität und Vorgehensweise ausmachen lassen.

Für die Psychiater, die leider überwiegend für negative Entwicklungen und ihre Abmilderung vorgesehen sind, ergibt sich beim Thema „Liebe und höheres Alter“ tatsächlich auch eine Aufgabe, die nicht nur im zu erwartenden Rückgang des Liebeslebens, sondern in einem krankhaften Zuviel zum Ausdruck kommt. Vom Morbus Pick und anderen Gehirnkrankheiten war bereits die Rede. Das sind allerdings seltene Ereignisse mit nebenbei heutzutage rasch diagnostizierbaren Gehirnveränderungen (degenerativer Schwund bestimmter Hirnregionen mit zunehmender Persönlichkeitsveränderung, insbesondere Verlust ethischer Hemmungen: „Stirnhirn-Pick“).

Gesellschaftlich bedeutsamer, und zwar mehr denn je aber ist die Demenz. Das ist ein Sammelbegriff für den erworbenen Abbau intellektueller Funktionen oder Leistungen mit einer sich meist schleichend entwickelnden Wesensänderung: Nachlassen von Gedächtnis und Erlebnisfähigkeit, Vergröberung entsprechender Charaktereigenschaften, Merk- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Einengung des Interessenkreises, Gefühlslabilität, Kritik-schwäche u. a. Im Endzustand einschneidende körperliche Behinderungen.

Die zumindest zahlenmäßig wichtigste Demenz-Form ist die *Alzheimer'sche Krankheit* (Demenz vom Alzheimer-Typ – DAT), früher auch als präsenile Demenz bezeichnet). Einzelheiten siehe die beiden großen Kapitel über Alzheimer-Demenz und Alzheimer-Pflege.

Und aus Letzterem zitieren wir aus der Vielzahl der Belastungen für Angehörige und Pflegepersonal einen Aspekt, der wahrscheinlich nur wenigen, und hier insbesondere nahen Verwandten bekannt ist und zu entsprechenden Problemen führen kann, nämlich

Liebe, Sexualität und Alzheimer-Krankheit

Die Sexualität ist ein komplexes Phänomen im Leben des Menschen, in dem – auch heute noch, trotz aller Fassadenhafter Freizügigkeit – letztendlich mehr verschwiegen als ausdiskutiert wird. Das geht schon unter Gesunden so, das wird im höheren Lebensalter trotz der erwähnten durchaus positiven Entwicklung nicht viel besser – und schon gar nicht im Falle einer Alzheimer-Erkrankung mit ihren vielfältigen und z. T. erschütternden Folgen. Die meisten dieser Patienten leben nämlich zu Hause, und dann kommt der alte Erfahrungssatz zum Tragen: Patienten haben auch Angehörige ...

Tatsächlich können „Liebe“ und Sexualität die Beziehung zweier Menschen, von denen einer an einer Alzheimer-Demenz erkrankt ist, ob weiblich oder männlich völlig auf den Kopf stellen. Das gilt übrigens nicht nur für den Partner, auch für sonstige Angehörige und selbst Pflegepersonen.

Manche Partner empfinden trotz lebenslangem guten Verhältnisses den Wunsch nach sexuellem Kontakt schon im Vorfeld einer Demenz als unpassend, wenn nicht gar belastend. Einige machen sich sogar Vorwürfe, doch das sollten sie nicht. Es ist schon schwer, den Alltag gemeinsam zu gestalten, noch schwieriger den sexuellen Kontakt. So etwas konnte man nicht lernen, man wurde überrollt und damit überfordert.

Etwas hilfreicher ist vielleicht die Erkenntnis, dass in einem ggf. befremdlichen sexuellen Verlangen des Alzheimer-Patienten auch der Wunsch nach Nähe, Geborgenheit, Beieinander und Angenommen-Sein steckt. Das kann man auf jeden Fall erfüllen, vielleicht ergibt sich daraus später wieder ein halbwegs tragbares sexuelles Erleben – für beide.

Das pflegt sich allerdings im fortgeschrittenen Krankheits-Stadium zu ändern. Dann kommt es nicht selten zu einer Enthemmung sexueller Wünsche („Liebesbedürftigkeit“). Ja, das kann sich sogar in einem unangemessen freizügigen oder gar fordernden sexuellen Verhalten äußern, und zwar sowohl dem Partner als auch weiteren Personen gegenüber (siehe oben: Pflegepersonal, aber auch gegenüber Freunden, Nachbarn, ja sogar Fremden). Das muss man dann mit dem zuständigen Arzt besprechen.

Ansonsten gilt: Eine gewisse Distanz und auch getrennte Zimmer können durchaus hilfreich sein. Doch sollte man nicht alle Wünsche brüsk ablehnen, sondern eher – wie auf anderen Gebieten auch – behutsam „aussteuern“. Und vieles kann man dadurch mildern, dass man die Zärtlichkeit in den Vordergrund stellt, also Umarmungen, Streicheln, Massage, Handhalten, sanfte Berührungen und vor allem liebevolle Bemerkungen.

Die Sexualität allerdings, das sei nicht verschwiegen, kann durchaus ein belastender Prüfstein in der Partnerschaft mit einem Alzheimer-Kranken werden. Hier muss man ggf. versuchen Zuwendung und Distanz in einem tragbaren

Gleichgewicht zu halten. Und sich gemütsmäßig dadurch zu stabilisieren, dass man die Sexualität nicht überbewertet, sondern als *einen* normalen Aspekt des menschlichen Miteinanders betrachtet, der im Rahmen eines hirnorganischen Abbaus seine eigene Ausdrucksformen (man muss es nicht gleich Krankheitszeichen nennen) entwickelt.

Und auf einen weiteren, ggf. noch peinlicher wirkenden Aspekt weisen die Experten hin: Im Krankenhaus oder Heim verkennen die Dementen oft andere Menschen als ihren Ehepartner, tauschen bisweilen sogar Zärtlichkeiten aus, manchmal sogar, wenn der eigene Partner zu Besuch ist. Auch dies sollte, wenn es auch nachvollziehbar schwer fällt, kein Anlass für Betroffenheit oder gar Vorwürfen sein. Man muss dieses Verhalten einfach aus der Sicht des Verwirrten zu sehen versuchen.

Weitere Einzelheiten zu diesem Thema, das mehrschichtiger und damit belastender ist als sich die Allgemeinheit vorzustellen vermag, siehe die erwähnten beiden Kapitel über Alzheimer-Krankheit und Alzheimer-Pflege im Alltag.

Literaturhinweise am Ende dieser Serie und bei den entsprechenden Kapiteln dieser Internet-Serie.

● **LIEBE, RAUSCHDROGEN UND ARZNEIMITTEL**

In einer Serie über „Liebe und seelische Störung“ darf auch der Einfluss von psychotropen Substanzen nicht fehlen, d. h. Stoffe mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben, das durch diese Intoxikation (Vergiftung) aus dem Gleichgewicht geraten kann. Einzelheiten dazu siehe die Fachliteratur. Zuvor aber schon jetzt eine Richtigstellung: Obgleich es vor allem Rauschdrogen-Konsumenten, aber auch die Nutzer mancher chemischer Substanzen mit Heilwirkung möglicherweise gerne verwechseln und die unerfahrene und uninformierte Allgemeinheit entsprechenden Angaben lange glauben mag: der künstliche biochemische Effekt hat nichts mit Liebe an sich zu tun (s. u.).

Nachfolgend deshalb einige kurz gefasste Hinweise, beginnend mit

Rauschdrogen

Bestimmte Rauschdrogen können aber in der Tat sexuell(!) stimulieren, ja sogar erotisieren, was dann – gemütsmäßig gesehen – schon eine höhere Komponente ist. Denn unter Erotik versteht man die Sinnlichkeit, also auch sinnliche Liebe (früheres Stichwort: „Liebeskünstler“). Dann können die Grenzen schon fließend werden, wenn auch nicht auf natürliche Art und Weise, von

innen. Allerdings muss man auch eingestehen, dass die „natürliche Liebe“ nicht im luftleeren Raum entsteht, kein übernatürliches Phänomen ist, sondern handfeste biochemische Grundlagen hat (siehe das einleitende Kapitel). Gleichwohl ist die künstliche Zuführung von erotisierenden, noch mehr von rein sexuell stimulierenden Natur- oder chemischen Stoffen keine „wahre“ Liebe und nicht einmal eine echte Erotik.

Trotzdem sollte man darum wissen, denn der gezielte Einsatz solcher Substanzen ist so alt wie die Menschheit. Das Stichwort lautet *Aphrodisiaka*, also Mittel, die die Libido, den Geschlechtstrieb anregen oder steigern. Manche dieser Substanzen werden dafür ausschließlich genutzt, andere haben „lediglich“ oder für die Nutzer eine erfreulicherweise zusätzliche aphrodisierende Wirkung. Deshalb gleich hier eine kurz gefasste Übersicht zu diesem Thema und später ein eigenes kleines Kapitel.

Aphrodisiaka einst und heute

Aphrodisiaka sind Substanzen und Mischungen, denen eine Steigerung des sexuellen Erlebens und eine Verbesserung der Sexualfunktion zugeschrieben wird. Ihre Wirksamkeit ist bestritten, je nach Bestandteil aber auch durchaus in wissenschaftlicher Diskussion. Bei zahlreichen Rezepturen dürfte es sich jedoch um einen Placebo-Effekt, also eine rein seelische Wirkung handeln, die vor allem bei Zubereitungen tierischen Ursprungs eher auf einem magischen Verständnis beruht.

Die *Inhaltsstoffe* umfassen ein breites Spektrum:

- *Pflanzen* bilden den größten Anteil, vor allem unter pflanzlichen Rauschmitteln wie Damiana, Yohimbin, Ginseng, Stechapfel, Bilsenkraut sowie zahlreiche Gewürze und Duftstoffe.
- *Tiere* werden entweder wegen chemischer Wirkstoffe verwendet (Kanthariden, Hippomanes) oder – besonders in Asien und Afrika – wegen magischer Zuschreibungen (Tiger, Nashorn, Zibetkatzen, Moschustiere, aber auch Haselmaus u. a.).
- *Mineralien* spielen vor allem unter magischen Vorstellungen als Liebeszauber und Bestandteil von Aphrodisiaka eine Rolle. Hier speziell Versteinerungen (so genannte Drachenknochen) in asiatischen Rezepturen.
- Bestimmte *Nahrungsmittel* gelten in zahlreichen Kulturen als sexuell stimulierend: Sellerie, Fenchel, Meeresfrüchte, Spargel u. a.
- Heute sind es besonders *synthetische Wirkstoffe*, die wegen ihrer sexuell stimulierenden Eigenschaften immer mehr Verbreitung finden: Partydrogen, erektionsfördernde Medikamente u. a.

- Die derzeit wohl am häufigsten gebrauchte Rauschdroge ist *Cannabis* (Hanf), also Haschisch (Harz der weiblichen Pflanze des indischen Hanf – *Cannabis sativa varica indica*) und das deutlich schwächere Marihuana (Blüten und Blätter des indischen Hanfs). Über Cannabis muss nicht mehr viel erzählt werden muss, die entsprechende Literatur ist nicht mehr überblickbar. Das wahrscheinlich aus Zentralasien stammende Cannabis dürfte bereits seit dem 6. Jahrtausend a.C. bekannt sein und war schon früh in vielseitiger Verwendung, vor allem um sich in religiöse bzw. sexuelle Ekstase zu versetzen. Letzteres hängt nicht zuletzt von der augenblicklichen psychischen Gestimmtheit ab. Oder kurz: Die seelische, körperliche und psychosoziale Ausgangsstimmung entscheidet darüber, was unter Cannabis zu erwarten steht.

Bei positiver Gestimmtheit überwiegt meist das Gefühl des „Eins-Sein mit der Welt“, verstärkt durch eine oft wohlige Entspannung. Bei negativer Gestimmtheit kann es dagegen zu Reizbarkeit und Aggressivität kommen, bis hin zum „Down- oder Bad-Trip“. So ist der Rauschverlauf nur selten exakt vorhersagbar. Dies gilt auch für die dem Cannabis zugeschriebene erotisierende Wirkung.

Bei positiver Ausgangslage soll sie eine Steigerung des sexuellen Lustempfindens ermöglichen. (In Teilen Afrikas wird mit Cannabis-Harz versetztes Marihuana unter der Bezeichnung „Khala-Kif“ als Aphrodisiakum zum Rauchen angeboten; die Hippies rauchten u. a. mit Damiana-Blättern und anderen „aphrodisierenden“ Pflanzen vermischte „Joints for sex“.)

Wichtig im Guten wie im Schlechten ist eine Veränderung von Körpergefühl und Wahrnehmung. Dadurch können feinere erotische Kontakte unter Haschischwirkung verlängert und offenbar genussreicher durchlebt werden. Vor allem die Haut wird gegenüber bereits geringen Reizen hochempfindlich und die Steigerung des Tast- und Berührungsempfindens kann bei gleichzeitigem Abbau von Hemmungen zu einem intensiveren sexuellen Erleben beitragen (s. u.).

- Dies soll auch für manche *andere Halluzinogene* (einst übergeordneter Begriff für alle Halluzinationen (Sinnestäuschungen) auslösenden Substanzen wie Haschisch, LSD u. a.) gelten. Das führte besonders früher zur Nutzung zahlreicher Nachtschatten- und Windengewächse sowie bestimmter Pilze, ausgehend von Fruchtbarkeitskulten in der Altsteinzeit bis heute zu rein chemischen Substanzen. Dabei wird – und das scheint den Liebes-Theorien am ehesten zu entsprechen –, bei manchen Arten nicht nur die Libido,

sondern vor allem die Phantasie gestärkt (z. B. ausgeprägte Visionen erotischen Inhaltes).

Inwieweit es tatsächlich zu aphrodisierenden Effekten kommen kann, ist umstritten. Auf jeden Fall kann man sie zumindest teilweise mit den bereits erwähnten Veränderungen der taktilen Sinneswahrnehmung (Haut) im Rauschzustand erklären. Auch eine verstärkte Durchblutung der erogenen (sexuelle Erregung auslösenden) Körperzonen, insbesondere aber der Genitalien ist nicht auszuschließen (manchmal auch verbunden mit einem Gefühl besonderer körperlicher Elastizität, z. B. bei Mescaline). Schließlich wird sogar eine direkte Stimulierung der spinalen Zentren der Genitalorgane im Sakralmark (unterster Abschnitt des von der Wirbelsäule umschlossenen Rückenmarks) mit entsprechender Gefäßerweiterung und damit verstärkter Durchblutung der Genitalien diskutiert.

Jedenfalls ist die Verbindung religiös-ritueller und sexuell-stimulierender Eigenschaften, die den entsprechenden Pflanzen zugeschrieben werden augenscheinlich. Das hängt damit zusammen, dass für viele Naturvölker eine „mystische Vereinigung“ gleichzeitig eine Teilhabe am göttlichen Ursprung des Lebens bedeutete. Deshalb auch die intensive Nutzung dieser aphrodisierenden Rauschmittel als Heilmittel, von denen etwa zwanzig in der Alten Welt und etwa 130 in Mittel- und Südamerika bekannt geworden sind (Th. Geschwinde, 2003).

- Auch bei den *Narkotika* und hier vor allem bei den *Opiaten* wird von bisweilen erhöhter sexueller Erregbarkeit berichtet (wahrscheinlich aber mehr ein euphorisierendes Glücksgefühl, verbunden mit Angstlösung und Senkung der individuellen Hemmschwelle). Auch drohen bei längerfristigem Gebrauch eher sexuelles Desinteresse und schließlich Impotenz.
- Unter den *Stimulanzien* ist es besonders das *Kokain*, das schon von den Indios wegen seiner aktivierenden, hier vor allem auch stimulierenden und insbesondere aphrodisierenden Wirkung genutzt wurde („göttliches Blatt“). Dabei dürfte es vor allem die etwa 30 Minuten andauernde starke Euphorisierung sein, die den entscheidenden „Kick“ bringt: Verstimmungen schwinden, Belastendes wird zwar nicht verdrängt, verliert aber seinen zermürbenden Stellenwert, die Kontakt-, aber auch Risikofreudigkeit nimmt mit gesteigertem Aktivitätsdrang zu (bis hin zu Omnipotenz-, d. h. „Allmächtigkeits“-Phantasien). Das vermag zwar alles zur Linderung von sexuellen Hemmungen beitragen, kann aber auch in Distanzlosigkeit und insbesondere Aggressivität umschlagen und dann riskant werden kann (wie die Beteiligten mitunter schockiert feststellen müssen, Stichwort: „Bordell-Droge“).

Eine gewisse erotisierende Wirkung wird unter den Stimulanzien auch den *Weckmitteln*, *Psychostimulanzien*, *Aufputzmitteln* oder wenn man eine konkrete Substanz damit meint den *Amphetaminen* zugeschrieben: Dabei ist der

Sexualtrieb zwar zeitlich begrenzt gesteigert, doch die periphere Vasokonstriktion (Verengung der Gefäße außerhalb des Kopfes) ist der Erektion dann wiederum nicht förderlich.

Arzneimittel mit aphrodisierender Wirkung?

Aphrodisierende Arzneimittel (nicht zu verwechseln mit „potenzsteigernden“, die lediglich „der Erektions-Stärke“ dienen) sind auch unter den chemischen Substanzen zu finden.

Eines dieser Beispiele war das (inzwischen aus dem Handel genommene) *Methaqualon*, ein so genanntes nicht-barbiturales Hypnotikum (also ein Schlafmittel, das nicht der damals führenden Gruppe der Barbiturate angehörte). Als Schlafmittel war es befriedigend, als Rauschmittel-Ersatz und Aphrodisiakum wurde es schließlich berühmt (vor allem – man höre – in Afrika). Inzwischen ist es vom Markt und kein Thema mehr.

Auch die stark-wirksamen Analgetika (Schmerzmittel) und Antitussiva (Hustenmittel) hatten (und haben noch?) einige aphrodisierende Vertreter (z. B. Apomorphin und Hydrocodon?). Ähnliches gilt für die Gruppe der Ausweich- und Substitutionsmittel (Ersatz-Rauschdrogen), für einige Schnüffel- und Inhalationsstoffe (Chloroform, Ether, Amylnitrit?).

Arzneimittel mit Wirkung auf die Erektion

Derzeit beherrschen vor allem die „potenzsteigernden“ Arzneimittel die Medien und damit das Alltagsgespräch. Gemeint sind damit meist die erektionsfördernden Medikamente, die über unterschiedliche Wirkungsmechanismen das Zustandekommen, die Dauer bzw. die „Qualität“ einer Erektion positiv beeinflussen können. Das war schon früher – wenn auch nur halbwegs befriedigend – möglich mit Apomorphin, Naltrexon, Yohimbin oral oder durch Substanzen, die in den Penisschwellkörper injiziert wurden. Auch bestimmte Aphrodisiaka (s. o.) können u. U. erektionsfördernd wirken. Neuerdings insbesondere die wirtschaftlich erfolgreichen Substanzen Sildenafil, Tadalafil und Vardenafil (Handelsnamen siehe die Fachliteratur bzw. die Medien), meist auf der Basis so genannter PDE-5-Hemmer.

Daneben gibt es auch Arzneimittel, deren unerwünschte Nebenwirkungen ebenfalls sexueller Natur sein können. Beispielsweise das ältere Antidepressivum Trazodon (ein Serotonin-Agonist), das zu einer Zunahme nächtlicher Erektionen führen kann, ggf. bis zum Priapismus, also einer langanhaltenden ungewöhnlichen Peniserektion, was eventuell notfallmäßiger Behandlung bedarf.

Umgekehrt kann aber auch die „Liebe“ psychopharmakologisch gehemmt werden, entweder durch Rückgang der sexuellen Motivation (Fachbegriff: Ap-

petenzstörungen = anhaltender oder immer wiederkehrender Mangel an sexuellen Phantasien bzw. Verlangen nach sexueller Aktivität) oder die Sexualreaktion selber betreffend, konkret: sexuelle Erregungsstörungen, Orgasmusstörungen bzw. Erlebnisstörungen.

Solche pharmakogenen Sexualhemmungen sind beispielsweise möglich durch kardiovaskulär wirksame Medikamente (Herz-Kreislauf), z. B. Diuretika (harn-treibend), Betarezeptorenblocker (z. B. gegen Bluthochdruck), stark wirksame Schmerzmittel (z. B. Opiate – s. o.), Hormone und hormonähnlich wirksame Medikamente (z. B. Antiandrogene zur Behandlung von Akne oder Glatzenbildung sowie Kontrazeptiva, also die Pille), ferne Östrogene, Gestagene und Hormone der Nebennierenrinde bzw. solche mit hormonellen Begleitwirkungen anderer Indikationen. Und natürlich zur so genannten antiviralen Medikation, d. h. gegen HIV-Infektionen, Pilzbefall, Parasiten u. a. Auch einige Zytostatika (zur Krebsbehandlung) gehören hier her.

Und – leider, denn das macht die ohnehin krankheits-bedingten sexuellen Störungen manchmal noch problematischer – eine Reihe von Psychopharmaka. Das können Neuroleptika sein (also antipsychotisch wirkende Psychopharmaka wie Thioridazin = z. B. Ejakulations-(Samenerguss)verzögerung bei erhaltener Erektion), Antidepressiva (gegen Depressionen, z. B. die ansonsten sehr erfolgreichen SSRI-Antidepressiva mit ihren bisweilen irritierenden sexuellen Empfindungsstörungen) und Tranquilizer (Beruhigungsmittel, vor allem bei mittel- bis langfristigem Einsatz). Und natürlich psychotrope Arzneimittel, d. h. „Psychopharmaka im weiteren Sinne“ wie Schlafmittel, die erwähnten stark wirksamen Schmerzmittel u. a. Umgekehrt schien man früher der Meinung zu sein, dass bestimmte Arzneimittel, die die Gehirndurchblutung verbessern sollen (Fachbegriffe: Antihypoxydotika, Nootropika) in Einzelfällen und bei stimulierender Wirkung nicht nur Unruhe, Nervosität, Schlaflosigkeit und ggf. Depressionen, sondern auch (insbesondere bei älteren Menschen?) eine gewisse sexuelle Ungezügelterheit provozieren, auch wenn sie sich meist nur in distanzlosem Verhalten äußerte.

Literaturhinweise am Ende dieser Serie.

● NYMPHOMANIE

Es gibt Begriffe aus der Fachliteratur, die sich auch im Laienverständnis tief eingegraben haben, was sexuelle Belange im weitesten Sinne anbelangt. Als besonders negativ belastete Bezeichnungen gelten beispielsweise Pädophilie (oder noch eindeutiger: „Kinderschändung“), Sodomie (früher mit dem Tode bestraft – siehe das entsprechende Kapitel) und – weniger dramatisch, aber doch eindeutig abwertend – die Nymphomanie. Auch wenn heute kaum jemand mehr weiß, um was es sich hier konkret handelt, früher war es eindeutig,

und zwar negativ. Nachfolgend deshalb auch dazu einige Zeilen, stark verkürzt in Anlehnung an das interessante Buch von Carol Groneman: *Nymphomanie – die Geschichte einer Obsession*, 2001.

Der Begriff *Nymphomanie* ist eine veraltete Bezeichnung für „exzessive Sexualität“, aber nur beim weiblichen Geschlecht (bezeichnend die weitgehend unbekannte Erkenntnis, dass es den Vorwurf der „Mannstollheit“ nur für Frauen gibt, von „Frauentollheit“ hat noch niemand gehört...).

Historische Aspekte

Nymphomanie als Krankheitsbild ist relativ neu. Aber die Wurzeln von Begriff und „abweichender Norm“, was sexuelle Motivation und Aktivität anbelangt, gehen schon auf das 2. nachchristliche Jahrhundert zurück. So meinte der bekannte antike Arzt Galen, dass es sich hier um ein übersteigertes sexuelles Begehren vor allem bei jungen Witwen handle, die die mangelnde sexuelle Befriedigung in den Wahnsinn treibe. Die antike Theorie der Harmonie der Körpersäfte versuchte auch zu erklären, warum Frauen ihr Verlangen weniger gut beherrschten und deshalb ihren fleischlichen Genüssen sehr viel stärker ausgeliefert seien als Männer.

Das Bild der vermeintlichen sexuellen Unersättlichkeit der Frau und die traditionellen religiösen Überlieferungen (Eva als Verführerin) blieben bis ins 18. Jahrhundert bestimmend. Dann vollzog sich ein grundlegender Wandel, aber nicht in toleranter Aufgeklärtheit, sondern unter der Geißel moralischen Übereifers. So wurde dem Ideal der „weiblichen Leidenschaftslosigkeit“ das exzessive sexuelle Begehren der Nymphomanin gegenübergestellt und mit einer Reihe von Fachbegriffen belegt: Metromanie, Andromanie, Kytheromanie und – besonders eindrucksvoll bzw. entlarvend: „furor uterinus“ (wörtlich übersetzt als „Raserei der Gebärmutter“).

Die medizinischen Fortschritte des 19. Jahrhunderts erbrachten viele diagnostische und therapeutische Meilensteine, aber einen Stillstand in dieser Frage, der jetzt lediglich anatomisch-physiologisch untermauert wurde. So wurde das männliche Gegenstück zur Nymphomanie, die Satyriasis, anders, d. h. verständnisvoller und vor allem weitaus seltener diagnostiziert. Nicht „Fleischeslust“, sondern Sittsamkeit und Unterwürfigkeit blieben der Inbegriff des weiblichen Charakters. Frauen galten von Natur aus als weniger leidenschaftlich, weniger rational, dafür sexuell anfälliger, insbesondere in kritischen Phasen (Pubertät, Menstruation, Schwangerschaft und Menopause). Sie seien von Natur aus tugendhafter und keuscher als Männer, die Rolle der Mutter wichtiger als die der Sexualpartnerin. Mit anderen Worten: Der Ton wurde verbindlicher, der restriktive Inhalt blieb.

Die Krankheit „Nymphomanie“

In diesem sozialen Umfeld entstand schließlich das konkrete Krankheitsbild „Nymphomanie“. Es traf vor allem Frauen der Mittel- und Oberschicht. Die Grundschicht und vor allem die Einwanderer wurden ohnehin als primitiv, animalisch (tierisch) und promiskuitiv (mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr) diskriminiert. Nymphomaninnen waren aus der damaligen ärztlichen Sicht vor allem Frauen aus der Mittelschicht, die aktiv den Geschlechtsverkehr suchten, ein gesteigertes sexuelles Verlangen an sich feststellten, masturbierten (Selbstbefriedigung) und von Sex träumten.

Dieses einseitige Bild der Nymphomanie, ein damals schwer durchschaubares strafrechtliches, medizinisches, psychologisches und kulturelles Phänomen, das nicht nur die Allgemeinheit, sondern auch die Wissenschaft erheblich beschäftigte, wurde erst im 20. Jahrhundert aufgelockert, z. B. durch den Kinsey-Report, der durch seine verdeckt-ironische Definition der Nymphomanie auf bisher verdrängte Hintergründe aufmerksam machte: Nymphomanie – „jemand, der mehr Sex hat als man selber“.

Nymphomanie heute

Inzwischen hat sich die Bedeutung der Sexualität von Grund auf gewandelt. Man sieht sie nicht mehr in erster Linie als Mittel zur Fortpflanzung, sondern versteht sie als Teil des Selbstwertgefühls – vorhanden, fehlend, konstruktiv aufgebaut oder niedergemacht und zerstört, je nach Schicksal. Sexualität wird nicht nur gelebt, sondern auch genossen. So gesehen ist die Nymphomanie auch kultur-, gesellschafts- und medizin-geschichtlich bedeutsam: zuerst ein organisches Leiden, später eine psychische Störung, wenn nicht Perversion, heute eine amüsiert registrierte überholte Bezeichnung für ein Phänomen, das als extreme sexuelle Variante nicht in Abrede gestellt, aber auch nicht als abnormal, verwerflich oder krank diskriminiert wird. Nachfolgend deshalb einige Zeilen aus dem Nachwort von Prof. Dr. Carol Groneman (Professorin für Geschichte am John Jay College of Criminal Justice an der City University of New York) in ihrem Buch: Nymphomanie (Campus-Verlag, Frankfurt-New York 2001):

„Nachdem wir die Entwicklung des Begriffs über zwei Jahrhunderte verfolgt haben, hat sich gezeigt, dass ein Verhalten, das vor 30, 50 oder 100 Jahren als nymphomanisch galt, heute alltäglich ist. Aber obwohl die doppelte Moral, die darüber bestimmte, wer Sex genießen darf und wie viel Sex „normal“ ist, durch die sexuelle Revolution angeblich abgeschafft wurde, herrscht in der Gesellschaft nach wie vor eine starke Ambivalenz gegenüber weiblicher Sexualität.“

Die alte Doppel-Moral wurde durch eine nuancenreichere und komplizierte Glaubenslehre ersetzt. Frauen befinden sich nach wie vor in einer schizophrenen Situation: Sie sollen sinnlich sein, aber nicht allzu aggressiv. Sie dürfen die lesbische Liebe leben, solange sie nicht als Mannweib auftreten. Sie dürfen sexuell erfahren sein, aber nicht erfahrener als ihr Partner...“.

Dem ist nichts hinzuzufügen, auch nicht in einer Serie über „Liebe und seelische Störung“.

Literaturhinweise am Ende dieser Serie und in oben zitiertem Buch.

● DEPRESSIONEN

Dass das Thema „Liebe und Psychiatrie“ überwiegend Negatives, Belastendes, ja ggf. Folgeschweres zum Inhalt hat, ist spätestens jenen Lesern klar geworden, die uns bis hierher begleitet haben. Auch wenn sich diese bittere Erkenntnis nicht ausschließlich durch alles psychische Geschehen zieht, so muss man sie doch hinzunehmen lernen – wenngleich nicht völlig tatenlos. Auch das – so hoffen wir – kam bisher aus gegebenem Anlass zum Ausdruck.

Besonders verdüsternd, und zwar nicht nur für den Betroffenen, wird nun zu Recht eine seelische Störung empfunden, die zudem immer häufiger zu werden droht: die Depression. Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Kapitel. Nachfolgend das spezielle Thema „Depression und Liebe“, das nun schon im Voraus nichts Gutes ahnen lässt. Was gilt es zu wissen, was kann man tun?

Depression und belastetes Umfeld

Tatsächlich gibt es kaum ein Krankheitsbild, das auch Angehörige, insbesondere den Partner, aber auch Freunde, selbst Nachbarn und Arbeitskollegen so belastet, beeinträchtigt, herabzieht, ja selber niedergeschlagen macht, bis hin zu eigenen Gefühlen der Verzweiflung, Ohnmacht und Hilflosigkeit – wie die Depression. Und das keinesfalls, weil der Patient seine Umgebung bewusst oder aktiv niederdrückt, es reicht schon die Atmosphäre von Unglücklichsein, Freudlosigkeit, Ratlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, um alle in Resignation versinken zu lassen.

Kein Wunder, dass sich nach einiger Zeit diejenigen nicht mehr sehen lassen, die sich das am ehesten leisten können, und nach und nach auch alle anderen auf zumindest innere Distanz gehen, um nicht irgendwann selber in diese abgrundtiefe Düsternis gestoßen zu werden. Und doch braucht der Depressive seine Umgebung jetzt dringender denn je. Nun wird sich zeigen, wer auch in Notzeiten für ihn da ist.

In der Regel sind das nicht allzu viele, wie nicht anders zu erwarten. Vielleicht ist das auch in den meisten Fällen zuviel verlangt. Was man aber verlangen darf, ist die Empfehlung oder Bitte, sich mit dem Krankheitsbild soweit vertraut zu machen, dass man dem Betroffenen (und seinen Angehörigen) so manche Basishilfe oder konkrete Stütze vermitteln kann.

Auf was ist zu achten (nachzulesen in den entsprechenden Kapiteln dieser Internet-Serie bzw. Loseblatt-Sammlung oder in dem kurz gefassten Buch: Volker Faust: Schwermut, Hirzel-Verlag 1999)?

Das nähere Umfeld, insbesondere aber den Partner belastet praktisch alles, was auch den Patienten quält: die seelische und körperliche Herabgestimmtheit, das „totale Unglück, das überall zu herrschen scheint“ (im Grunde aber nur die durch Trostlosigkeit verdunkelte schwarze Sichtweise, die dem Depressiven plötzlich aufgezwungen ist), die tränenlose Trauer (die häufig noch mehr mitnimmt als verzweifeltes Weinen), die alles verdüsternde Freudlosigkeit, der Überdruß am Leben, die Unfähigkeit, überhaupt etwas zu empfinden und damit halbwegs adäquat zu reagieren. Die Interesslosigkeit ist mehr eine Aufgabe der Aktivierung durch die Umgebung, desgleichen die verminderte Aufmerksamkeit, Energielosigkeit (besonders am Morgen) und rasche Erschöpfbarkeit, kurz: das ständige Bild des Jammers.

Noch anstrengender aber wird es, wenn der Patient unruhig, nervös, fahrig, von leerem Beschäftigungsdrang, ziel- und rastlos umhergetrieben wird oder gar jammerig-klagsam und vor allem anklammernd seine Umgebung „nervt“, bis es zu jenen Verzweiflungs-Szenen kommt, die alle noch ratloser, reizbarer und aggressiver machen – und mit Schuldgefühlen überziehen.

Ganz besonders zermürbend sind die Mutlosigkeit, die Verzagttheit bis hin zur Hoffnungslosigkeit, die geradezu lächerliche Überbewertung aller Probleme, die demütigenden Minderwertigkeitsgefühle, die ansteckenden Angstzustände, die überzogene Empfindlichkeit und damit leichte Verletzlichkeit und Kränkbarkeit, die aber auch mit vorwurfsvollem Rückzug verbunden sein kann. Und schließlich können manche Depressive (vor allem im höheren Lebensalter) sogar böse, ja feindselig werden, was die Atmosphäre dann regelrecht vergiftet, besonders wenn es sich um eine chronische Depression ohne Aussicht auf Besserung handelt.

Das besondere Liebes-Bedürfnis des Depressiven

Zu den zermürbendsten Symptomen gehört ein anhaltendes Problem-Grübeln mit immer gleichen Denkinhalten und sinnlosem Gedankenkreisen. Das kann in eine Überbewertung früherer oder aktueller Ereignisse münden, natürlich wiederum nur negativ gesehen, maßlos überzogen oder gar grundlos. Hier setzen dann Schuldgefühle an, die sich beispielsweise in durchaus verhängnisvollen Selbstanschuldigen äußern können – ob mit oder ohne Grund bzw. meist übertrieben selbstanklagend.

Inhaltlich können das kriminelle Handlungen sein (die aber gar keine sind, bestenfalls „grenzwertige Korrekturen“, die in unserer Zeit und Gesellschaft durchaus üblich sind), was noch niemand aufregt. Schwieriger wird es in Fragen von Partnerschaft und Ehe, d. h. konkret: Treue. Da können dann durchaus weit zurückliegende, bekannte, besprochene oder auch unbekanntere Ereignisse plötzlich quälend hochgespielt und vor allem jäh, unvermittelt und dauerhaft selbstanklagend in den Raum gestellt werden.

Sind es Geständnisse, die ohnehin irgendwann einmal der Klärung bedurft hätten, dann ist gerade jetzt sicher nicht der Zeitpunkt dafür. Oft aber handelt es sich auch um so genannte „frei flottierende Schuldgefühle“ ohne adäquaten Grund, zumindest in dunkle Andeutungen verpackt oder so verworren wie der Patient sich und sein Umfeld, die Vergangenheit und Zukunft gerade sieht. Auch dann erkennt die Umgebung meist den krankhaften Hintergrund – doch es bleibt auch ein Stachel. Denn gerade diese unausgeräumten Verdachtsmomente, die die eheliche Treue oder sonstige intime Aspekte betreffen, kann man nicht einfach so wegstecken, auch wenn der Patient gerade (darunter) leidet. Hier gibt es Klärungsbedarf – und der findet nicht statt, nicht im Moment der Erkrankung und oft auch nicht später.

Große Probleme bereiten auch die Beziehungsstörungen, das heißt der Verlust des gefühlsmäßigen Schwingens zwischen den Menschen, ein ganz natürliches Phänomen, das in der Regel erst dann auffällt, wenn es gestört ist. Konkret bedeutet dies das Nachlassen von Interesse, Zuneigung, Mitleid und insbesondere Liebe, und zwar nicht nur für Menschen, sondern auch Tiere und Dinge. Und das alles ohne dass der Betroffene (und nicht zuletzt seine Angehörigen) etwas dagegen unternehmen kann. Eine solche „emotionale Entleertheit“ ist wie eine Glasglocke, die sich gnadenlos über ihr Opfer senkt und alles um ihn herum aussperrt – und ihn selber in eine erschreckende Isolation treibt.

Dazu kommt noch eine überzogene Anspruchshaltung auf Zuwendung, Unterstützung und vor allem Liebe, möglicherweise noch im jammerig-vorwurfsvollem Ton – eine überaus riskante Diskrepanz, besonders für unaufgeklärte Mitmenschen.

Wird es noch dramatischer, dann fühlt sich der Patient innerlich völlig leer, ja ausgebrannt, spricht eventuell vom „Absterben aller Gefühle“ und meint damit das klassische Depressions-Symptom „Gefühl der Gefühllosigkeit“. Dann ist zwischenmenschlich gar nichts mehr zu erwarten, und doch hat dieses extreme innere Erkalten einen Vorteil: Jetzt schöpfen auch die Ahnungslosen Verdacht, hier könnte es sich bei einem sonst gemüt- und liebevollen Menschen um eine krankhafte Entwicklung handeln.

Körperliche Depressions-Symptome mit Hinweis-Charakter

Auch das *körperliche Beschwerdebild einer Depression* sorgt für Aufregung, ist aber leichter nachvollziehbar und führt rascher zum Arzt – wenn auch erst in die falsche Untersuchungsrichtung.

Ein organisches Symptom, das aber fast immer zu Missverständnissen führt, solange man nicht weiß, was dahinter steckt, sind depressionsbedingte Störungen von Libido und Potenz. Es beginnt mit dem in der Regel ohnehin schwer fassbaren Phänomen des erwähnten „seelischen Erkalten“ im zwischenmenschlichen Bereich: desinteressiert, abweisend oder gar kränkend. Dann folgt ein möglicherweise ungewöhnliches sexuelles Desinteresse mit

Gleichgültigkeit und Zurückweisung des ahnungslosen Partners. Da kann dann schon einmal der Verdacht auftauchen, hier könnte ein „Verhältnis“ eine Rolle spielen. Dieser Verdacht bleibt meist lange unausgesprochen und vergiftet die Atmosphäre, bis es schließlich zur (halb-)offenen Beschuldigung kommt.

Folgt danach die Klärung, bleibt zwar der immer noch nicht ersichtliche Grund, nämlich die Depression bestehen, doch der Verdacht hat sich relativiert. Kommt dann aber das bereits erwähnte verhängnisvolle Depressions-Symptom „Schuldgefühle mit Selbstanschuldigungen ohne Grund“ hinzu, dann drohen ernste Konsequenzen.

Es gilt also auch bei Libido- und Potenz-Störungen („plötzlich und ohne Grund“) solche krankheitsbedingte Ursachen in Erwägung zu ziehen, selbst wenn es der Patient ablehnt, der Arzt sich unsicher bedeckt hält und den ahnungslosen Angehörigen auch sonst keine depressions-typischen Symptome auffallen (können).

Zuletzt sei noch auf eine besonders unangenehme, ja eigentlich „hinterhältige“ Depressions-Folge hingewiesen: Gemeint ist das in der Regel überlange Fortdauern solcher Libido- und Potenz-Störungen, manchmal weit über die letzten Depressions-Symptome hinaus. Dann ist alles andere „ausgestanden“ – nur nicht die sexuellen Einbußen. Und es bleibt die zwar falsche, aber eben auch nachvollziehbare und vor allem zermürbende Erkenntnis: Das ist der Preis, so wird es bleiben...

Doch zum Trost: So bleibt es nicht, jedenfalls nicht in der Regel. Auch die depressionsbedingten Libido- und Potenz-Störungen gehen eines Tages völlig zurück, von der einstmals so bedrückenden mangelhaften emotionalen Schwingungsfähigkeit oder einfach „Gemütskälte“ ganz zu schweigen. Depressionen gehören zu den gefürchtesten Krankheiten, doch sie geben ihren Opfer eines Tages wieder frei und es bleibt nichts zurück.

Schlussfolgerung

Depressionen lassen im Rahmen ihres unerreicht vielschichtigen Beschwerdebildes auf seelischer, organischer und psychosozialer Ebene praktisch keinen Bereich aus, in dem sie nicht irritierend eingreifen. Dazu gehört auch die Liebe im weitesten Sinne, konkret Zuneigung, emotionale Wärme, gemütsmäßige Schwingungsfähigkeit u. a., von Libido und Potenz ganz zu schweigen. Das alles gerät ins Schwanken, und offensichtlich ohne nachvollziehbaren Grund. Dazu kommen Wesens-Merkmale, die man an dem Betreffenden zuvor nicht bemerkt hat und was man lange nicht als Krankheit einordnen kann. Und manchmal kommt eine fast „klammernde Liebes-Bedürftigkeit“ hinzu, die nicht nur für sich genommen belastend ist, sondern in Relation zu den anderen Phänomenen als verunsichernd, unzumutbar, demütigend, kränkend, ja ärgerlich empfunden wird.

Was folgt, ist der bekannte Teufelskreis, der aus Unkenntnis depressiven Leids schwere partnerschaftliche, familiären und sonstige Missverständnisse und Probleme schaffen kann, die die unerkannte Krankheit Depression sogar „lebens-riskant“ macht. Das Thema „Liebe“ im weitesten Sinne ist also gerade bei einer der ältesten seelischen Störungen der Menschheit, nämlich der Melancholia bzw. Schwermut besonders im Auge zu behalten.

Literaturhinweise am Ende dieser Serie.

● ZOOPHILIE (SODOMIE): SEXUELLE MENSCH-TIER-KONTAKTE

Es gibt kaum einen Begriff, der mit so viel Negativem belegt ist wie *Sodomie*. Das geht schon auf seine etymologische Herkunft zurück (Sodom und Gomorra), wird bereits im Alten Testament festgeschrieben, hält sich bis zur Todesstrafe weit in die Neuzeit hinein, ist sogar noch bis Mitte des 20. Jahrhunderts juristisch bedeutsam und löst sich erst seit einigen Jahrzehnten von seiner belastenden Vorgeschichte – allerdings noch lange nicht in allen Köpfen. Einzelheiten dazu siehe die Fachliteratur und als Übersicht der spezielle Beitrag in dieser Serie über Zoophilie.

Begriffe

Denn *Zoophilie* ist der moderne Begriff, der die Sodomie abgelöst hat, die früher eine ganze Reihe von „sexuellen Verfehlungen“ („Sodomiter“) umfasste. Um was handelt es sich?

Definition – Häufigkeit – Alter – Geschlecht

Zoophilie bezeichnet eine Form von Sexualverhalten, bei der sexuelle Erregung und Befriedigung überwiegend oder ausschließlich durch sexuelle Handlungen an/mit Tieren erreicht wird.

- Die *Häufigkeit* einer lebenslangen sexuellen Orientierung auf Tiere ist gering, so vermutet man. Exakte Daten liegen aber nicht vor. Eine hohe Dunkelziffer (d. h. unerkannte Fälle) ist nicht auszuschließen. In den USA schätzte man vor etwa fünf Jahrzehnten die Häufigkeit auf 8% beim männlichen und rund 5% beim weiblichen Geschlecht. In den 70iger-Jahren soll sich dies deutlich reduziert haben. Heute lässt die wachsende Diskussion des Themas in entsprechenden Schriften und vor allem im Internet vermuten, dass Verbreitung und Förderung entsprechender Neigungen eher wieder zunehmen.
- Was *Alter* und *Geschlecht* anbelangt, so sah man die Zoophilie früher vor allem bei Heranwachsenden und hier insbesondere bei männlichen Jugendlichen (vermehrt auf dem Lande?). Im fortgeschrittenen Alter sei sie dann auch beim weiblichen Geschlecht häufiger als vermutet.
- Das *früher landläufige Bild* (geistig zurückgeblieben, asozial, alkoholkrank oder gar psychotisch) gehört aber offensichtlich der Vergangenheit an. Zwar scheinen erstmalige Kontakte weiterhin relativ früh zu liegen, erstrecken sich aber dann auch auf das mittlere (und höhere?) Lebensalter, umfassen keinesfalls nur einfache oder gar asoziale Kreise (im Gegenteil?) und schließen nach

wie vor Menschen beiderlei Geschlechts ein. Und diese scheinen durchaus beruflich integriert, heterosexuell orientiert (und oft auch partnerschaftlich gebunden) zu sein und sehen ihre sexuellen Beziehungen zu einem in der Tat geliebten(!) Tier als zwar besondere, aber für sie wesentliche Art von Liebe an (die nicht nur die Sexualität umfasse).

Natürlich mögen darunter auch psychisch Labile, Gestörte oder Kranke sein (welcher Diagnose auch immer, konkrete Hinweise gibt es nicht), doch die Mehrzahl scheint keine ausgeprägten psychischen Störungen zu haben (auch wenn sich das aus herkömmlicher Sicht erst einmal ungewöhnlich anhört und Ausnahmen sicher nicht auszuschließen sind).

Zoophilie heute?

Im Allgemeinen gehen aber die Experten bei aller Vorsicht davon aus, dass die Zoophilie heute nicht mehr von vorn herein mit einer (zumindest schweren) psychischen Störung oder gar mit geistig-seelischen Defekten in Verbindung gebracht werden kann. Hier könnte auch die neuere gesellschaftliche Einstellung eine Rolle spielen. Jedenfalls lässt sich derzeit eine starke Tendenz zur „Ent-Pathologisierung“ ausmachen (also die Neigung, nicht gleich alles für seelisch krank zu erklären, was nicht dem durchschnittlichen Geschmack entspricht). Das würde dann auch erklären, dass sich immer mehr Zoophile zu „outen“ getrauen, was dann zwar bei Verwandten, Bekannten oder Freunden auf Erstaunen stößt, aber auch die Überlegung anregt, dass die Betroffenen ja gar keine „Sex-Monster“ sind, sondern ganz normale Mitmenschen.

Dem entspricht auch, dass sich die Zoophilen selber als in der Regel nicht „krank“ und schon gar nicht behandlungsbedürftig erleben. Das Gleiche gilt für ihre Beziehungsfähigkeit im „normalen Alltag“. Interessant auch der wachsende Hinweis der Betroffenen, dass sie ihre Neigung nicht als „ich-dyston“ erleben, was soviel heißt wie fremd, unerwünscht und der eigenen Wesensart nicht entsprechend. Im Gegenteil, viele beteuern eine „wahre Liebe“, die ihnen jene Erfüllung gebe, die sie sonst nirgends finden würden. Und so gibt es auch weniger Schuldgefühle (als früher?), es sei denn gegenüber den (alten) Eltern, die sich wegen dieser „besonderen Sexualitätsform“ ihre Sorgen machen könnten.

Tatsächlich sprechen die Sexualwissenschaftler inzwischen von einem „Strukturwandel des Sexualität“ gegen Ende des 20. Jahrhunderts (Stichwort: „neo-sexuelle Revolution“). In diesem Rahmen würden nicht nur verstärkt neue sexuelle Dimensionen und Vorlieben auftauchen (die bisher verschüttet waren oder nur im Verborgenen praktiziert werden konnten), es wird diese Entwicklung auch immer häufiger gesellschaftlich anerkannt bzw. toleriert. Das führe dann auch zu einer scheinbaren Vielfalt „neuer“ Sexualformen, die natürlich allesamt nicht neu sind (vielleicht abgesehen vom Cyber-Sex im Netz).

Ursachen und Hintergründe

Über die psychologischen, biologischen, schicksalhaften oder sonstigen Ursachen und Hintergründe der Zoophilie siehe das spezielle Kapitel. Dazu nur einige Stichworte: biologisch angelegte genetische Variante der menschlichen Natur? Frühe Prägung in der Kindheit? Ersatz für einen nicht vorhandenen Sexualpartner (auch als Gelegenheits- oder gar Not-Zoophilie bezeichnet)? Intensiver Wunsch nach Umwandlung des eigenen Körpers in ein Tier, wobei der Mensch-Tier-Kontakt als Ersatz oder Übergangslösung interpretiert wird (so absurd sich dies anhört, offenbar gar nicht so selten)? Ausleben sadistische Neigungen, in diesem Fall gegenüber einem wehrlosen Tier?

Über die Auswahl der sexuellen Tier-Partner

Über die Auswahl der sexuellen Tier-Partner oder gar die jeweiligen Sexual-Praktiken siehe die spezielle Literatur. Auch hier nur einige Stichworte: Ein wichtiger Faktor ist die subjektiv empfundene Attraktivität des Tieres, ferner Größe, Form, Sauberkeit und Geruch.

Unter den Haustieren dominiert mit Abstand der Hund (in jeglicher Größe). Nicht selten aber auch Pferde, vom Pony bis zu Hengst oder Stute, dazu Esel, Rinder, Kälber, Kühe, Ziegen, Schafe, Schweine u. a. Katzen sind möglich, haben aber ihren eigenen Kopf. Vom Kontakt mit Groß-Katzen wird gelegentlich berichtet. Beim Federvieh sind es Hühner, Gänse und Enten, deren Körperbau (eier-produzierende Kloake als Geschlechtsorgan beim weiblichen Tier) vor allem in bestimmten Regionen dieser Erde zu Übergriffen führt, die für die Tiere meist tödlich enden. Es wird aber auch von Fischen, kleinen Schlangen, Mäusen und Ziervögeln berichtet. Wiederum: konkrete Einzelheiten dazu siehe die Spezialliteratur einschließlich möglicher Risiken und Gefahren, und zwar nicht nur für den tierischen Sexualpartner.

Zoophilie und andere sexuelle Normabweichungen

Ein besonderes Problem, nicht zuletzt für die Zoophilen selber, die sich als Tierfreunde, wenn auch mit sehr speziellem Verhältnis sehen, ist die Kombination von Zoophilie mit anderen „sexuellen Normabweichungen“. Auch hier wieder nur einige Stichworte: Mixoscopia bestialis (das lustvolle Zusehen bei zoophilen Handlungen), Tier-Fetischismus, ja Zoo-Sadismus (Quälen von Tieren während des sexuellen Aktes bis zur Tötung), Tier-Pornos (in Deutschland verboten, in anderen Nationen erlaubt) oder Tier-Bordelle (desgleichen).

Zoophilie einst und heute

Wer die frühere Sodomie und jetzige Zoophilie mit Entrüstung von sich weist, befindet sich natürlich auf der sicheren Seite. Sollte er sich aber mit histo-

rischen Aspekten des sexuellen Mensch-Tier-Kontaktes beschäftigen, muss er einiges akzeptieren. Das beginnt bei Fels-Gravierungen (etwa 5.000 Jahre alte Felszeichnungen aus der Jungsteinzeit), geht über die frühesten Mythologien, Volksmärchen und Sagen, ist offenbar Bestandteil nicht weniger früher Religionen und wurde auf diese Ebene vor allem für die monotheistischen Religionen schließlich zu einem Prüfstein sittlicher Haltung bis hin zur Inquisition, d. h. Folter und Tod (von Mensch und Tier). Dabei ist zwischen europäischen und außereuropäischen Regionen zu unterscheiden (wobei Letztere sich nach der Christianisierung den Gesetzen der Alten Welt anpassen mussten).

Nach der Strafrechtsreform 1969 wurde das Delikt der Sodomie im Sinne von Zoophilie schließlich aus dem Strafrecht entfernt. Heute werden sexuelle Mensch-Tier-Kontakte nur noch dann juristisch relevant, wenn es sich um Tierquälerei handelt. Eine freizügigere Einstellung wird besonders durch das Internet gefördert.

Literaturhinweise in den speziellen Kapitel dieser Internet-Serie über Zoophilie (Sodomie).

LITERATUR

Auswahl zum Thema „Liebe und Psychiatrie“ bzw. konkreter: „Liebe und seelische Störung:

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störung – DSM-IV-TR. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2003

Amann, G., R. Wipplinger (Hrsg.): Sexueller Missbrauch: Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. dgvt-Verlag, Tübingen 1997

Baeyer, W. v.: Wähnen und Wahn. Enke-Verlag, Stuttgart 1979

Beier, K.-M.: Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1995

Bergener, M. u. Mitarb. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie. Wiss. Verlagsges., Stuttgart 2005

Berner, P.: Das paranoische Syndrom. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1965

Bettermann, J., M. Feenders (Hrsg.): Stalking. Möglichkeiten und Grenzen der Intervention. Verlag für Polizeiwissenschaft, Clemens Lorei, Frankfurt 2004

Deister A., H.-J. Möller: Schizophrenie und verwandte Psychosen. Wiss. Verlagsges., Stuttgart 1998

Dekkers, M: Geliebtes Tier. Hanser-Verlag, München 1994

Dunde, S.R. (Hrsg.): Handbuch Sexualität. Deutscher Studien-Verlag, Weinheim 1992

Elz, J.: Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern: sexuelle Gewaltdelikte. Kriminologie und Praxis Bd. 34. Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden 2002

Faust, V.: Drogen - Ausdruck unser Zeit. Teil II: Rauschgift. Hoheneck-Verlag, Hamm 1974

Faust, V.: Drogen - Ausdruck unser Zeit. Teil III: Alkohol. Hoheneck-Verlag, Hamm 1975

- Faust, V. u. Mitarb.:* **Drogengefahr.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1982
- Faust, V.:* **Suchtgefahren in unserer Zeit.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1983
- Faust, V.:* **Depressionen.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1989
- Faust, V., H. Baumhauer:* **Psychopharmaka: Loseblatt-Sammlung.** ecomed-Verlag, Landsberg ab 1990
- Faust, V.:* **Depressionsfibel.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-New York 1995
- Faust, V.:* **Medikamente und Psyche.** Wiss. Verlagsges., Stuttgart 1995
- Faust, V.:* **Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1996
- Faust, V.:* **Manie.** Enke-Verlag, Stuttgart 1997
- Faust, V.:* **Schwermut.** S. Hirzel-Verlag, Stuttgart-Leipzig 1999
- Faust, V.:* **Psychische Störungen heute.** Verlag C.H. Beck, München 2000
- Feuerlein, W. u. Mitarb.:* **Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1998
- Förstel, H. (Hrsg.):* **Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2003
- Foerster, K. (Hrsg.):* **Psychiatrische Begutachtung.** Verlag Urban & Fischer, München 2004
- Freud, S.:* **Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität.** Gesammelte Schriften, S. Fischer-Verlag, Frankfurt 1924
- Füsgen, I.:* **Demenz – Praktischer Umgang mit der Hirnleistungsstörung.** MMV-Medizin-Verlag, München 1992
- Geschwinde, Th.:* **Rauschdrogen. Marktformen und Wirkungsweisen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2003
- Groneman, C.:* **Nymphomanie.** Campus-Verlag, Frankfurt-New York 2001
- Hoffmann, C., V. Faust:* **Psychische Störungen durch Arzneimittel.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1983

Hein, B., W. Kraus (Hrsg.): **Notfall Altenpflege? Ein Ratgeber für Betreuer und Angehörige.** Verlag C.H. Beck, München 2005

Hoffmann, A.: **Das Lexikon der Tabubrüche.** Schwarzkopf & Schwarzkopf-Verlag, Berlin 2003

Jaspers, K.: **Eifersuchtswahn.** Gesammelte Schriften. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1963

Katzung, W.: **Drogen in Stichworten.** ecomed-Verlag, Landsberg, 1994

Krafft-Ebing, R. v.: **Über Eifersuchtswahn beim Mann.** Jahrbuch der Psychiatrie 10, 1891

Krafft-Ebing, R.: **Psychopathia sexualis.** Budapest 1894

Kröber, H.-L.: **Krankheitserleben, Krankheitsverarbeitung und Persönlichkeit bipolar affektiv psychotischer Patienten.** Habilitationsschrift, Heidelberg 1989

Marneros, A.: **Behandlung von Wahnsyndromen.** In: H.-J. Möller (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Enke-Verlag, Stuttgart 1993

Massen, J.: **Zoophilie. Die sexuelle Liebe zu Tieren.** Pinto-Press-Verlag, Köln 1994

Olbrich, H. M. (Hrsg.): **Halluzination und Wahn.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1987

Poser, W., S. Poser: **Medikamente - Missbrauch und Abhängigkeit.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1996

Psyhyrembel – Wörterbuch Sexualität. Verlag Walter de Gruyter, Berlin-New York 2003

Radebold, H. u. Mitarb.: **Depressionen im Alter.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 1997

Rasch, W, N. Konrad: **Forensische Psychiatrie.** Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2004

Retterstöl, N.: **Nicht-schizophrene paranoide Entwicklungen und Paranoia.** In: K. P. Kisker u. Mitarb. (Hrsg.): Schizophrenien. Psychiatrie der Gegenwart: Band IV. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1987

Scharfetter, C.: **Allgemeine Psychopathologie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2002

Scharfetter, C.: **Wahn.** Verlag Wissenschaft & Praxis, Sternenfels 2003

Scharfetter, C.: **Schizophrene Menschen.** PsychologieVerlagsUnion, München 1995

Schneemann, N.: **Eifersucht und Eifersuchtswahn.** Enke-Verlag, Stuttgart 1989

Sigusch, V. (Hrsg.): **Sexuelle Störungen und ihre Behandlung.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2001

Singer, M.V., S. Teyssen (Hrsg.): **Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999

Soyka, M.: **Alkoholismus.** Wiss. Verlagsges., Stuttgart 1997

Wächtler, C. (Hrsg.): **Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1997

Wetterling, T.: **Gerontopsychiatrie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2001

Wolfersdorf, M., M. Schüler: **Depressionen im Alter.** Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2005

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 2000