

### 1.3. Sexuelle Entwicklung über die Lebensspanne

*„Human beings are sexual beings throughout their entire lives.“*

(DeLamater, 2002, S. 10).

#### 1.3.1. Frühes Kindesalter

Die psychosexuelle Entwicklung beginnt genau genommen schon im Mutterleib. Die sexuellen Reflexe funktionieren schon vor der Geburt. Ultraschalluntersuchungen haben gezeigt, dass männliche Föten schon vor der Geburt Erektionen haben (Calderon, 1983). Viele Neugeborene zeigen in den ersten 24 Stunden nach der Geburt deutliche genitale Reaktionen: eine Erektion des Penis bzw. der Klitoris (Langfeldt, 1981). Säuglinge reagieren auf eine ganze Reihe physischer Reize mit Anzeichen sexueller Erregung, wie eben die Erektion des Penis oder der Klitoris und Lubrikation der Vagina. Die Wahrnehmung der Wärme der Mutter und der Berührungen beim Kosen und Schmusen, sowie die intensive Stimulation der Sensoren in den Lippen beim Saugen senden Signale an das Gehirn, die als angenehm interpretiert werden und so sexuelle Reflexe auslösen (Masters, Johnson & Kolodny, 1987). Dabei ist das Bewusstsein noch nicht so ausgeprägt, dass es gerechtfertigt wäre, von erotischer Erregung zu sprechen (Martinson, 1981). Dennoch ist die Reaktion der Eltern auf diese ersten Anzeichen von sexuellem Erleben bei ihren Kindern Teil der ersten sexuellen Lernerfahrungen im Leben.

Die ersten Monate nach der Geburt sind eine wichtige Phase der kindlichen Sexualentwicklung. Das Kind erfährt in dieser Zeit ein Höchstmaß an körperlicher Nähe und Wärme durch Halten, Kosen und Schmusen, Baden, Wickeln etc. Das ist auch die Zeit des „Bondings“, der Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung. Deren Bedeutsamkeit für die Gestaltung der späteren Sexualität und zufriedenstellender intimer Beziehungen wird vielfach insbesondere von Bindungstheoretikern betont (u.a. Bowlby, 1965; Luria, 1987). Berührungen wie das Brustgeben bereiten angenehme Empfindungen und können Sexualreflexe auslösen. Mit der Entwicklung der motorischen Fähigkeiten werden die Kinder aktiver, sie beginnen, mit ihren äußeren Genitalien zu spielen. Mütter berichten von Beobachtungen, wie Babys den eigenen Körper erforschen, ihre Genitalien berühren, damit spielen und sie reiben (Luria, 1987). Lustempfindungen spielen anscheinend bei der Selbststimulation durchaus eine Rolle. Selbststimulation kann Reaktionen wie Lächeln oder Girren

hervorrufen (Masters, Johnson & Kolodny, 1993). Diese Aktivitäten können, wie u.a. Kinsey et al. (1953) herausfanden, durchaus zum Orgasmus führen. Babys im Alter von drei bis vier Monaten zeigen Zeichen freudiger Erregung während der Stimulation ihrer Genitalien (Kaplan, 1974; Martinson, 1980) und werden irritiert und ärgerlich, wenn sie dabei unterbrochen werden (Bakwin, 1974). Kinder, denen es in den ersten Lebensmonaten an körperlicher und emotionaler Zuwendung mangelt, sind gefährdet, Schwierigkeiten mit intimen und sexuellen Beziehungen zu entwickeln (Ainsworth, 1962). Darauf deuten auch Ergebnisse früherer Forschung wie z. B. von Spitz und Spitz (1949), die beobachteten, dass Kinder die in Familien aufwachsen, mehr Interesse an genitalen Spielen zeigten als Kinder, die in Waisenhäusern aufwachsen.

Im Alter von zwei Jahren fangen die meisten Kinder an zu gehen und zu sprechen. Sie haben ein Bewusstsein für ihre Geschlechtszugehörigkeit entwickelt. Auffällig ist dabei, dass die richtige verbale Zuordnung vor der nonverbalen Zuordnung erfolgt, ein Indiz für die Bedeutung der Sprache in der Entwicklung der Geschlechtsidentität (Weinlaub, 1984). Mit Neugier und wachsendem Interesse werden in den folgenden Jahren der eigene Körper und Körperteile anderer Kinder im Spiel betrachtet und erkundet (DeLamater, 2002). Gleichzeitig verändern sich Wissen, Gefühle und Bewertungen, wie z.B. Scham oder Schüchternheit, mit dem Alter (Goldmann & Goldmann, 1982). In dieser Zeit entwickeln Kinder auch ein Bewusstsein für die Einstellungen ihrer Eltern. Es kann sehr „verwirrend“ sein, ständig darin bestärkt zu werden, seinen Körper zu entdecken und die Genitalien dabei aber auszuschließen, nonverbal oder verbal kommuniziert. Masters und Johnson (1970) betonen neben anderen Autoren (u.a. Calderone, 1978; Money, 1980), dass negative Rückmeldungen von Seiten der Eltern in diesem Alter („das macht man nicht“, „so was ist unanständig, schmutzig“) frühe Grundlagen für spätere sexuelle Störungen sein können. Die frühe Kindheit ist dadurch geprägt, dass Kinder lernen, körperliche, geschlechtsbezogene Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen zu erkennen (Goldmann & Goldmann, 1982). Im Alter von zwei bis drei Jahren bildet sich ein Gefühl für das eigene Geschlecht, die Geschlechtsidentität, heraus. Parallel erfolgt zumeist die Sozialisierung entsprechend gesellschaftlicher Geschlechtsrollenerwartungen (Bussey & Bandura, 1999).

Im Alter von vier Jahren haben Kinder eine sehr konkrete, plastische Vorstellung von ihrer Welt. Sie beginnen Fragen zu stellen, z.B. danach, woher denn nun die Babys kommen. Sie entwickeln sehr bildhafte Vorstellungen von den erklärten Vorgängen, wie z.B. von der Erde im Mutterbauch, in die der väterliche Samen abgelegt wird, der dann dort auch gewässert und gepflegt werden muss, damit er richtig wachsen kann (Masters et al., 1987). Im Kindergarten treffen sie auf andere Kinder, mit denen sich diese neue aufregende Welt noch viel besser erforschen lässt, oft auch gegen die Auffassung der Erzieherin und später der Lehrer, die neben den Eltern entscheidend dazu beitragen, sexuelle Einstellungen zu formen. „Doktorspiele“ sind psychologisch wenig bedenklich, sondern vielmehr eine wertvolle psychosoziale Erfahrung (Money, 1980). Es wurden keine negativen Auswirkungen interaktiver sexueller Spiele von Kindern untereinander auf sexuelle Erfahrungen im Erwachsenenalter gefunden (Greenwald & Leitenberg, 1989, Leitenberg et al. 1989, Okami, 1997). Kindliche sexuelle Erlebnisse scheinen zu einem „normalen“ Erfahrungsschatz zu gehören.

Aus der kindlichen Perspektive ist Spiel gleich Spiel, problematisch sind eher widersprüchliche Reaktionen der Erwachsenen, deren unterschwellige Einstellungen und Befürchtungen von den Kindern vielleicht noch nicht verstanden, aber sehr wohl wahrgenommen werden. Masters et al. (1987) berichten, dass sexuelle Erkundungen im Grundschulalter bei Jungen und Mädchen unterschiedlich bewertet werden. Während Mädchen oft klare negative Rückmeldungen bekommen, werden Jungen zwar auch verwarnt und bestraft, aber oft mit einer Attitüde der Resignation und des Stolzes im Sinne von „Jungs sind eben so“. Diese „doppelten Standards“ verstärken sich im Verlauf der Entwicklung, insbesondere in der Pubertät. In sexuell freizügigen Kulturen ist eine große Spielbreite frühkindlichen sexuellen Verhaltens und Erlebens anzutreffen. Ford und Beach (1968) berichten, dass z.B. bei den Hopi und Sirioni in Afrika die Beschäftigung mit den Genitalien zu den festen Gewohnheiten gehört, z.T. masturbieren auch die Eltern ihre Kinder.

### 1.3.2. Adoleszenz

Entgegen der Freudschen Annahme einer Latenzzeit in der späten Kindheit bis zum Einsetzen der Pubertät, zeigt die Empirie, dass das Interesse an der eigenen Körperlichkeit und Sexualität nicht zum Erliegen kommt: Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich das Experimentieren jetzt eher im Verborgenen abspielt. (Currier, 1981; Kinsey et al., 1953). Larrson & Svedin (2002) befragten eine Stichprobe von Abiturienten (n=269) nach ihren Erinnerungen an sexuelle Erlebnisse vor dem 13. Lebensjahr sowie nach einhergehenden Gefühlen und Bewertungen. Die Häufigkeit der Ereignisse legte eine Einteilung in zwei Altersgruppen, 6.-10. und 11.-12. Lebensjahr, nahe. Die häufigsten mit sexuellen Aktivitäten verbundenen Gefühle waren Aufregung bzw. Erregung, angenehme Körpergefühle und Bewertungen der Erlebnisse als natürlich. Dies zeigt, dass in diesem Alter von einem Bewusstsein für die erotische Komponente des Erlebens ausgegangen werden kann. Mädchen berichteten mehr gleichgeschlechtliche Erfahrungen, weniger Masturbationserlebnisse sowie häufiger Schuldgefühle. Des Weiteren berichten Mädchen (6,3%) jedoch ebenfalls häufiger, zur Teilnahme an sexuellen Aktivitäten, z.B. Genitalien zeigen und gezeigt bekommen, bei Masturbation zuschauen müssen, den anderen masturbieren müssen, vaginaler Geschlechtsverkehr, von Erwachsenen gezwungen worden zu sein (Larrson & Svedin, 2002). Goldman und Goldman (1982) kamen in ihrer Studie mit über 800 Kindern zu dem Schluss, dass das Interesse an körperlicher Erkundung und Sexualität bei Kindern im Alter von fünf bis 15 Jahren linear zum Alter steigt, aber in keiner Zeit vollständig zum Erliegen kommt. Im Alter von acht bis zehn Jahren haben die meisten Kinder einen Sinn für Erotik entwickelt. Sexuelle Erregung entsteht mehr als nur zufällig, sie wird bewusst herbeigeführt, oft begleitet von sexuellen Phantasien und von ersten Anzeichen des Verliebtseins (Gadpaille, 1975; Money, 1980). Diese Erfahrungen sind in der kindlich sexuellen Entwicklung insofern von Bedeutung, als dass die Kinder so ihre ersten Erfahrungen mit sexuellen zwischenmenschlichen Beziehungen und Gefühlen machen können (Gadpaille, 1975; Martinson, 1976; Money, 1980). Sexualverhalten entwickelt sich nicht allein durch Reifung und Instinktsteuerung. Mit aller nötigen Vorsicht vor naiver Übertragung von Ergebnissen aus der Tierpsychologie auf den Menschen, sei an dieser Stelle auf die Untersuchungen von Harlow und Harlow (1962) an Rhesusaffen verwiesen. Sie

zeigten, dass isoliert aufgezogene Tiere im Erwachsenenalter nicht in der Lage waren zu kohabitieren. Die Weibchen gaben sich gegen Annäherungsversuche aggressiv und nach erzwungener Schwangerschaft und Geburt fehlte ihnen mütterliches Pflegeverhalten. Dies stimmt mit den Befunden von Ford und Beach (1968) überein, nach denen Unwissenheit und Mangel an Vorbereitung in Kindheit und Jugend die Wahrscheinlichkeit optimalen sexuellen Verhaltens und Erlebens verringern.

Pubertät und Adoleszenz sind durch ein Zusammenspiel erheblicher Veränderungen auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene geprägt. Die Jugendlichen machen erste sozio-sexuelle Erfahrungen von ersten zweisamen Treffen, Küssen, über passives und aktives Genitalpetting bis zum Geschlechtsverkehr (Beier, 2001). Auf körperlicher Ebene verändert sich in der Entwicklung der Mädchen ca. im achten bis zehnten Lebensjahr die hypophysäre Abgabe der gonadotropen Hormone LH und FSH, bedingt durch die erhöhte hypothalamusregulierte Sekretion des Releasinghormons LHRH. Die gonadotrope Wirkung äußert sich in einer allmählichen Vergrößerung der Gonaden und einer damit einhergehenden ansteigenden Absonderung von Sexualhormonen, Östrogenen und Progesteron. Schambehaarung, Brüste und Brustwarzen beginnen zu wachsen. Vagina, Gebärmutter und Schamlippen vergrößern sich. Parallel häufen sich Masturbationsaktivitäten in Begleitung von sexuellen Träumen und Phantasien (DeLamater, 2002). Mit der Menarche zeigt sich der einsetzende Ablauf des Menstruationszyklus (Beier, 2001). Das durchschnittliche Menarchealter sank in Deutschland von 16,5 Jahren 1980 auf 11,5 Jahre 2004 (Rabe et al., 2004, Oerter & Dreher, 2002). Mit Veränderungen des Körpers prägt sich zunehmend das Körper selbstbild in Verbindung mit dem einem Gefühl der eigenen körperlichen Attraktivität aus. Bei jungen Frauen überwiege eine Vorliebe für mädchenhaftes Aussehen (Oerter & Dreher, 2002). Die Unzufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung steige bei adoleszenten Mädchen mit dem Gewicht an, je älter sie werden. Mädchen hätten häufiger als Jungen ein negatives Körper selbstbild sowie negative selbstbezogene Gedanken in Verbindung mit dem Körper selbstbild (Mrazek, 1987, Hankin, 2001). Die Adoleszenz ist eine Zeit, in der Jugendliche den in der Kindheit begonnenen Prozess der Ausbildung ihrer Geschlechtsidentität vervollständigen. Einen wichtigen Aspekt der Geschlechtsidentität stellt die sexuelle Orientierung dar. Diese beinhaltet u.a. die Vorstellung darüber, ob gleich- oder

gegengeschlechtliche Sexualpartner präferiert werden (Luria, 1987). Studien zum Sexualverhalten der 14-17-jährigen Jugendlichen in der BR Deutschland der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung dokumentieren, dass 2001 28% der 14-jährigen Mädchen noch keine sexuellen Erfahrungen hatten. 70% hatten Erfahrungen mit Küssen. 76% der 17-jährigen Mädchen im Jahre 2001 gaben an, schon einmal Brustpetting, 71% passives Genitalpetting und 70 % aktives Genitalpetting erlebt zu haben. Ungefähr ein Drittel der 14-17-jährigen Mädchen hatte schon einmal Geschlechtsverkehr. Das Durchschnittsalter beim ersten Geschlechtsverkehr lag 2001 bei 15,1 Jahren. Dieser wurde von 58% der Mädchen als schön und von 15 % als unangenehm erlebt. Das Erleben erster Erfahrungen mit intimen Beziehungen und damit verbundene Entscheidungen sind wichtige Themen in der Adoleszenz (Luria, 1987).

Nicht nur aufgrund der körperlichen Reifung, sondern vielmehr auch aufgrund der parallel dazu angenommenen psychischen Krise wird die Pubertät oft als sehr problembehaftet erlebt. Mead (1959) hat in sog. Primitivkulturen auf Samoa die Pubertätskrise nicht beobachten können. Diese scheint auszubleiben, wenn die jungen Menschen nach Menarche und Ejakularche (erster Samenerguss) rasch und uneingeschränkt von der Kindesrolle in die Erwachsenenrolle überführt werden. Vielfach wird der Eintritt ins Erwachsenenalter besonders zeremoniell vollzogen (Mead, 1959). Wo aber junge Menschen längere Zeit brauchen, um voll in die komplexe Kultur der Erwachsenenwelt hineinzuwachsen und anerkannt zu werden, kann es leicht zu Schwierigkeiten kommen. Möglicherweise sind also Krisen nicht in erster Linie biologisch angelegte Erscheinungen, sondern Konsequenzen einer kulturell gesetzten Statusunsicherheit (Oerter & Dreher, 1995). Dass körperliche Vorgänge hierbei eine Rolle spielen können, erscheint plausibel, wenn man z.B. bedenkt, dass manche Jugendliche unaufgeklärt von der Menarche bzw. Ejakularche überrascht werden. Mädchen erleben die Menarche oft negativ und asexuell. D.h., die Menarche ist ein Reifezeichen, das vom aufgeklärten Mädchen erwartet und beim Eintritt positiv zur Kenntnis genommen wird, aber sexuelle Gefühle bzw. körperliche Lustgefühle im Genitalbereich treten dabei nicht auf. Insofern regt die Menarche, anders als die Ejakularche bei Jungen, sexuelle Aktivitäten nicht ausdrücklich an. Es werden, im Gegenteil, insbesondere bei mangelnder Sexualaufklärung, Angst und

Ekel vor dem Genitalbereich und vor der Sexualität gefördert. Die Menstruation macht eine besondere Hygiene erforderlich, vielfach werden dabei Mädchen zu übertriebener Zurückhaltung, z.B. beim Sport, angehalten (Selg et al., 1979). Nach Mead (1959) sind die in den westlichen Kulturen verbreiteten Menstruationsbeschwerden nicht in allen Kulturen anzutreffen, also offensichtlich auch von erlernten Erwartungen abhängig.

Nahezu jeder männliche Jugendliche hat Erfahrungen mit der Masturbation gemacht. Etwa 80% der 14-jährigen und über 90% der 17-jährigen Jungen kennen sie. Bei Mädchen liegen die Zahlen mit etwa 40 bis 50% deutlich darunter (Schmidt & Sigusch, 1970).

Trotz der ansteigenden Häufigkeit der Masturbationserfahrungen seit Kinsey et al. (1953) (39% der Mädchen und 56% der Jungen) hat sich die Rate von begleitenden Schuldgefühlen nicht verändert. Drei Viertel der Mädchen und 45% der Jungen berichten von Schuld- und Schamgefühlen im Zusammenhang mit der Masturbation (Sorenson, 1973; Masters et al., 1987). Dabei erfüllt das Masturbationsverhalten, ähnlich wie sexuelle Phantasien, wichtige psychologische Funktionen: Es hilft sexuelle Spannungen abzubauen, schafft ein sexuelles und körperliches Selbstbewusstsein, ermöglicht einen direkten Zugang zu Erfahrungen und Informationen über den eigenen Körper und seine Reaktionen und ist eine Möglichkeit mit Gefühlen der Einsamkeit und Entfremdung umzugehen.

Zu Zeiten der Studie von Kinsey und Kollegen (1948; 1953) waren fast 40% der 15-jährigen und fast 70% der 18-jährigen Jungen koituserfahren, aber weniger als 10 bis 20% der Mädchen. Clement (1986) fand heraus, dass zum Zeitpunkt seiner Untersuchung 60% der 18-jährigen Mädchen und 50% der 18-jährigen Jungen koituserfahren waren. Im Jahr 1966 lagen die entsprechenden Zahlen noch bei 11% für Mädchen und 25% für Jungen. Der Häufigkeitsanstieg in der Koituserfahrung ist eher kurvilinear, wie eine Untersuchung von Schmid-Tannwald und Urdze (1983) zeigt. Eine Studie zur Jugendsexualität von Schmidt et al. (1993) an 16-17-jährigen Jugendlichen, erhoben 1970 und 1990, zeigte, dass männliche Jugendliche ihre Sexualität als weniger drängend empfanden, als es ihre Altersgenossen 20 Jahre zuvor getan haben. Grenzen und Wünsche ihrer Freundinnen bzgl. Sexualität konnten sie 1990 leichter respektieren. Gleichzeitig berichtet eine Vielzahl der Mädchen 1990 von

Erfahrungen sexuellen Zwangs und Gewaltandrohung im Zusammenhang mit gleichaltrigen Jungen. Bezüglich der von Schmidt beschriebenen zunehmenden Verhandlungsmoral lässt sich hier zeigen, dass diese alleine nicht zu zufriedenstellenden Kompromissen zwischen jugendlichen Sexualpartnern führt.

Geschlechtsunterschiede in bezug auf Koitus haben sich nach einer Untersuchung von Clement (1986) aufgelöst, Studentinnen der Untersuchung hatten im gleichen Alter wie ihre männlichen Kommilitonen und im gleichen Umfang wie diese Koituserfahrungen. Erstaunlich an der Studie von Schmidt ist, dass 1990 sowohl Mädchen als auch Jungen deutlich weniger Masturbationserfahrungen als die 1970 befragten weiblichen Jugendlichen berichteten. Zusätzlich beschrieben die Mädchen 1990 Petting, Geschlechtsverkehr und Masturbation als weniger lustvoll. Liebe und Bindung wurden 1990 von Jungen wie Mädchen als wichtiger erachtet als in der Vergleichsgruppe 1970.

Für den ersten Geschlechtsverkehr spielt offensichtlich die körperliche Attraktivität eine große Rolle, wobei eine höhere Attraktivität mit früheren Koituserfahrungen einhergeht (Selg et al. 1979). Doch wird der Koitus zunächst relativ sporadisch ausgeführt (Sigusch & Schmidt, 1973). Während der Orgasmus beim Jungen in der Regel mit der Ejakulation verbunden ist, diese wiederum beim Geschlechtsverkehr regelmäßig eintritt, gelangt etwa die Hälfte der koituserfahrenen Mädchen häufig, ein Viertel nie zum Orgasmus (Broderick, 1970). Nach Schnabl (1972) erleben Frauen den Orgasmus im Koitus durchschnittlich etwa drei Jahre nach dem ersten Geschlechtsverkehr. Je jünger die Mädchen beim ersten Koitus sind, desto länger scheinen sie auf den Orgasmus warten zu müssen. (Kinsey, et al., 1953; Schnabl, 1972). Laut Kinsey (1966) erleben 3% der Frauen in dem Zeitintervall von der Pubertät bis zum 15. Lebensjahr ihren ersten Orgasmus. Zwischen 16 und 20 Jahren sind es bereits 23% der befragten Frauen, zwischen 21 und 25 Jahren 31%. Pettingerfahrung haben in Kinseys Studie bis zum 15 Lebensjahr 39%, bis zum 18 Lebensjahr 81%, bis zum 25. Lebensjahr 91%. Als Zentralwert für erste sexuelle Erfahrung wird für die vor 1900 Geborenen das 18. Lebensjahr angegeben, für die nach 1920 Geborenen die Spanne zwischen 15. und 16. Lebensjahr.

In den Arbeiten von Masters und Johnson (1979) zeigt sich, dass der erste Koitus von Mädchen und Frauen sich über die Jahre hinweg zeitlich vorverlagert hat.

Sorenson (1973) fand bei 13-jährigen 9%, bei 14-jährigen 15%, bei 15-jährigen 26%, bei 16-jährigen 35%, bei 17-jährigen 37%, bei 18-19-jährigen 45% Frauen mit Koituserfahrung. Zelnik und Kantner (1981) geben 23% Koituserfahrung für die 15-jährigen, 38% für die 16-jährigen, 49% für die 17-jährigen 57% für die 18-jährigen und 69% für die 19 Jahre alten Frauen an.

In der Untersuchung von Kluge (1996) zum Sexualverhalten Jugendlicher, in die in bezug auf den ersten Koitus nur Daten der alten Bundesländer eingegangen sind, zieht sich die Entwicklung der zeitlichen Vorverlagerung sexueller Erfahrungen weiter fort. Etwa zwei Fünftel der Mädchen hatten ihren ersten Koitus mit 16 Jahren (39%), knapp ein Drittel mit 15 Jahren (31%) und etwas weniger als ein Fünftel mit 14 Jahren (18%). Der Median lag bei 14.9 Jahren.

Kluge und Sonnenmoser (2001) stützen sich dabei auf folgende Studien: „Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern“ (1980; 1981; 1994; 1998), „Körper und Schönheit als soziale Leitbilder“ (1998) und „Sexualleben der Deutschen“ (2000). Anhand dieser Daten geben Kluge und Sonnenmoser eine Schätzung für die Beischlaferfahrung jugendlicher Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren in naher Zukunft ( vgl. Tab. 2 ).

Tabelle 2 „Beischlaferfahrungen 14-17jähriger Mädchen“

<b>Mädchen</b>			
	<b>1998</b>	<b>2001</b>	<b>2010</b>
<b>14- Jährige</b>	11%	12%	16%
<b>15- Jährige</b>	29%	32%	42%
<b>16- Jährige</b>	45%	48%	56%
<b>17- Jährige</b>	67%	69%	74%

(aus: Prof. Dr. N. Kluge und Dr. M. Sonnenmoser, Forschungsstelle für Sexualwissenschaft und Sexualpädagogik, Universität Landau, August 2001)

Die Autoren weisen darauf hin, dass diese Entwicklung noch schneller verlaufen oder auch stagnieren könnte. Auch in näherer Zukunft werde es junge Erwachsene geben, die den ersten Koitus mit 18 Jahren noch nicht erlebt haben, ihn gegebenenfalls ihr ganzes Leben hindurch nie erleben werden. Weiterhin zeigt sich, dass die Jugendlichen als häufigsten Grund für einen noch nicht stattgefundenen Koitus angeben, dass sie den richtigen Partner noch nicht gefunden haben - ein Hinweis darauf, dass dem ersten Mal viel Bedeutung beigemessen wird. 47% der Mädchen gaben an, das Gefühl gehabt zu haben, dass es bald zum Koitus kommen würde. 32% konnten den Tag vorherbestimmen, 19% waren völlig überrascht vom Ereignis ihres ersten Mals. Je länger die Beziehung, desto besser konnten die Mädchen den Zeitpunkt des ersten Koitus vorherbestimmen (Kluge, 1996).

59% der Mädchen betrachten ihren ersten Koitus als ein schönes Erlebnis, 16% als unangenehm, 13% als nichts Besonderes und 12% hatten ein schlechtes Gewissen. Deutlich zeigt sich, dass Mädchen, die den ersten Koitus als positiv erleben, eher erneut mit dem Partner intim werden, als solche, die den ersten Koitus als nicht Besonderes empfanden oder ein schlechtes Gewissen hatten. Mädchen mit unangenehmen Erinnerungen an ihr erstes Mal, haben in der Folgezeit auch weniger sexuellen Verkehr. Wird der erste Koitus negativ bewertet, ist die Beziehung nachfolgend von kürzerer Dauer, als wenn das erste Mal positiv bewertet wird.

### ***1.3.3. Erwachsenenalter***

So wie zwischen Kindheit und Jugend kann auch zwischen Jugend und Erwachsenenalter nur akzentuiert getrennt werden. Die Phase des jungen Erwachsenenalters ist die Zeit, in der schwerwiegende Lebensentscheidungen zu treffen sind, wie z.B. Heirat, Karriere und Lebensgestaltung. Sie ist für einige die Zeit großer sexueller Unsicherheit, für andere dagegen die Zeit höchster sexueller Erfüllung. Mögliche Konflikte können entstehen, wenn moralische Einstellungen und Schuldgefühle aus den früheren Jahren übernommen wurden und nun mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen kollidieren. Die pubertäre Beschäftigung mit den Fragen der sexuellen Normalität ist nicht immer vollständig abgeschlossen und die Sorge um die eigene Attraktivität, körperlich und auch als potentieller Partner für Sex und Beziehung, besteht weiterhin. Trotz dieser Schwierigkeiten sind junge Erwachsene

heute sexuell aktiver als noch zu Kinseys Zeiten. Es herrscht die Überzeugung vor, dass sexuelle Erfahrungen zu sammeln, wichtiger bei der Vorbereitung auf eine feste Partnerschaft ist, als seine Jungfräulichkeit zu erhalten.

„Singles“ sehen sich einer Reihe sexueller Konflikte gegenüber. So hat sich zwar die Einstellung gegenüber vorehelichem Geschlechtsverkehr in den letzten 40 Jahren dramatisch verändert, doch haben sich junge Frauen mit einer hohen Frequenz wechselnder Sexualpartner immer noch mit diversen Vorurteilen auseinander zu setzen. Und auch wenn die meisten „Singles“ nicht glauben, Liebe sei eine notwendige Voraussetzung für eine befriedigende Sexualität, zeigt sich doch eine deutliche Frustration durch unverbindliche Affären und „One-Night-Stands“ (Simenauer & Carroll, 1982; Rubenstein, 1983). Martin (1983) sieht die Gründe hierfür darin, dass sexuelle Freiheit nicht uneingeschränkt positive Konsequenzen hat. Sie führt auch zu einem enormen Druck. Außerdem erweitert sich mit dem Spektrum der möglichen Erfahrungen auch das Spektrum möglicher Verletzungen und Enttäuschungen. Auch Washburn (1981) kommt zu dem Schluss, dass die zunehmende Kommerzialisierung der Sexualität unrealistische Erwartungen produziert, die notwendigerweise zu Enttäuschungen führen müssen.

#### *1.3.3.1. Körperbild und Sexualität*

Körperliche Attraktivität hat erwiesenermaßen in allen Altersstufen einen Einfluss darauf, wie eine Person von anderen gesehen und wahrgenommen wird (Hatfield & Sprecher, 1986). Der Ausdruck Körperkonzept bezieht sich auf die subjektive Erfahrung des Aussehens des eigenen Körpers. Körperlich-genitale Empfindungen und körperbezogene Phantasien sind für den Aufbau eines differenzierten Körperbildes von grundlegender Bedeutung. Eine Person benötigt ein sicheres Konzept über die eigene genitale Funktionalität und weiterhin ein ausreichendes Maß an Selbstvertrauen, um sich der weniger vertrauten Genitalität des Sexualpartners zuzuwenden (Beier et al., 2001). Ein Jugendlicher erwirbt seine persönliche Identität, indem er sich selbst als körperliches Wesen wahrnimmt, d.h. indem er ein realistisches Bild seiner körperlichen Erscheinung entwickelt und sich dabei akzeptiert. Mit Eintritt in ihre körperlich fruchtbare Phase der Weiblichkeit, wird jungen Mädchen der Besuch beim Frauenarzt wohlwollend als "Service" für den

Körper nahegebracht. Dem Mädchen wird dadurch schon früh vermittelt, dass ihre Geschlechtlichkeit kontrollbedürftig ist und ihre Geschlechtsorgane besonders krankheitsanfällig sind. So werden Mädchen wenig motiviert, die eigenen körperlichen Impulse wahrzunehmen, oder gar ihnen zu trauen.

Das entstehende Körperkonzept ist nicht nur davon abhängig, wie jemand objektiv aussieht, sondern auch davon, wie die Person selbst und andere Menschen sein Aussehen bewerten und davon, in welchem Verhältnis dieses zu allgemeinen Schönheitsidealen steht (Zimbardo, 1988). Kluge und Sonnenmoser (2001) von der Forschungsstelle für Sexualwissenschaft und Sexualpädagogik der Universität Landau ließen 1466 Deutsche im Alter von 14-92 Jahren nach ihren Vorstellungen von körperlicher Schönheit, nach ihrem Sexualleben und nach verschiedenen Einstellungen und Merkmalen befragen. Ausgangspunkt der Untersuchung war die Überlegung, dass körperliche Attraktivität bei der Paarfindung und -bindung lebenslang ein Thema bleibt. Nicht selten wird der Grund für Erfolg oder Misserfolg in der Liebe beim äußeren Erscheinungsbild gesucht. Es sollte der Frage nachgegangen werden, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen Schönheit und Sexualität, d.h. also, ob körperliche Attraktivität einen Einfluss hat auf den Erfolg bei der Partnersuche, auf dauerhafte Bindung und auf die sexuelle Zufriedenheit hat. Die Ergebnisse zeigen, dass zwei Drittel der Befragten körperliche Attraktivität als wichtige Voraussetzung für ein erfülltes Liebes- und Sexualleben ansehen (Gruppe 1). Ein Drittel teilt diese Meinung weniger oder gar nicht (Gruppe 2). Es zeigten sich einige Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen, die darauf hinweisen, dass eine größere Bedeutung der körperlichen Attraktivität für das Sexualleben mit höheren Ansprüchen an das Äußere, mit einer größeren Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen, mit vermehrten Bemühungen um die Schönheit (Ernährung und Bewegung) und mit einer größeren Bedeutung verschiedener sexueller Verhaltensweisen für das Sexualleben einhergehen.

Langer und Langer (1988) fokussierten in ihrer empirischen Untersuchung anhand von Selbstdarstellungen von sexuell gestörten und sexuell zufriedenen Frauen auch auf das Körperselbstbild. Der Bezug zum eigenen Körper wurde von den 40 Frauen, die wegen sexueller Probleme eine Therapie aufsuchten, ausführlich und differenzierend beschrieben. 45% der Frauen haben zu ihrem Körper überwiegend

positive, 28% überwiegend negative Gefühle. Die Hälfte der befragten Frauen schämt sich nackt vor dem Partner. Wesentlich schlechter ist der Bezug zu den eigenen Geschlechtsteilen. Ein Viertel der Frauen hat sie noch nie genau betrachtet, bei einem knappen Viertel löst das Betrachten Schuld-, Scham- und Angstgefühle aus. Fast 40% finden sie abnorm, abstoßend und ekelhaft, 30% können sie nur mit negativen Gefühlen anfassen. Besonders das Überwiegen positiver Gefühle bezüglich des Aussehens der eigenen Geschlechtsteile unterscheidet die ungestörten von den gestörten Frauen. Die Reaktion auf den Anblick der Geschlechtsteile des Partners ist bei den ungestörten Frauen fast durchweg positiv: 88% empfinden sie erregend gegenüber jeder dritten sexuell gestörten Frau. Weiterhin gibt jede zweite sexuell gestörte Frau an, beim Anblick der Geschlechtsteile des Partners negative Gefühle wie Angst oder Ekel zu empfinden, während dies nur bei 14% der ungestörten Frauen der Fall ist.

#### *1.3.3.2. Ehe und Familiengründung*

Mit der Heirat, immer noch ein normatives Lebensereignis, d.h. die überwiegende Mehrheit der Erwachsenen heiratet mindestens einmal in ihrem Leben, und der Elternschaft verändern sich auch die sexuellen Herausforderungen. So zeigen Studien, dass Frauen die mit ihrem Partner zusammenleben, mehr sexuelle Erfahrungen haben, als Singles. Und während auch die subjektive Zufriedenheit und die wahrgenommene Orgasmusfähigkeit sich in diesen beiden Gruppen kaum unterscheiden, so haben doch Frauen in Partnerschaft eine deutlich höhere Orgasmusfrequenz (Newcomb, 1986).

Im Prozess des Verblässens der anfänglichen Euphorie, durch das Lernen, mit den Eigenheiten des Anderen zu leben, den Focus auf die Details des alltäglichen Lebens auszurichten, ist es sehr leicht möglich, dass der Sex weniger aufregend und befriedigend erlebt wird. So sinkt auch die statistische Häufigkeit des ehelichen Geschlechtsverkehrs in den ersten 6 Ehejahren (Greenblatt, 1983). Sex ist nicht mehr die große aufregende Heimlichkeit, wie noch in der Pubertät und auch nicht die „stylistic tour de force“ (Masters et al., 1987) der Jahre des „Singledaseins“. Während der sexuelle Genuss nicht geopfert wurde oder gänzlich verloren ist, so wird er doch

ausbalanciert von anderen Ansprüchen und Verantwortungen einander gegenüber, in Erfüllung einer Entwicklungsaufgabe im Lebenszyklus.

In den sechziger Jahren vollzogen sich nachhaltige Veränderungen im Hinblick auf das familiäre Zusammenleben. Zurückgehende Heiratsziffern, Zunahme der Anzahl Paare, die unverheiratet zusammenleben, gewandelte Sexualmoral, Geburtenrückgang und zunehmende Scheidungshäufigkeit charakterisieren den vielschichtigen familialen Wandel. Die These von einer Krise der Ehe und Familie als Lebensform entstand (Bertram, 1991). Wandlungsformen des traditionellen Familienleitbildes, Pluralisierung familiärer Lebensformen, sowie Optionserweiterungen werden in zahlreichen Veröffentlichungen thematisiert (u.a. Schneewind & von Rosenstiel, 1992; Tyrell & Herlth, 1994). Doch ungeachtet des Individualisierungsschubes der weiblichen Normalbiographie (Beck & Beck-Gernsheim, 1990), des Wandels der Bildungsbeteiligung, der verstärkten Berufsorientierung von Frauen auch in familiären Lebensphasen (Gavranidou, 1993; Rerrich, 1990) bleiben Kinder bedeutsame Bestandteile der Lebensplanung. Die ideale Kinderzahl wird von den meisten Befragten verschiedener Studien mit zwei Kindern angegeben, wobei die tatsächliche Geburtenrate häufig darunter liegt (Schneewind et al., 1992). Der Anteil der bewusst kinderlosen Paare wird auf acht bis zehn Prozent geschätzt (Backmund et al., 1992). Mit einer Schwangerschaft verändert sich nicht nur das körperliche Erleben der Frau, auch das Paar wird vor große Herausforderungen gestellt.

Schneewind et al. (1992) weisen darauf hin, dass Kinder eher eine Bereicherung für die Partnerschaft darstellen, wenn sie in ein Paarklima hinein geboren werden, das von den werdenden Eltern übereinstimmend als positiv wahrgenommen wird. Bei Cowan und Cowan (1992) waren es die Paare, die noch in der letzten Phase der Schwangerschaft keinen Konsens über ihre Lebensziele erreicht hatten und der Gruppe der konfliktreichen Paare angehörten, die eine schlechte Prognose hinsichtlich ihrer Partnerschaftszufriedenheit aufwiesen.

Auch die sexuelle Aktivität in der Schwangerschaft ist weitgehend von kulturellen Einstellungen abhängig. Mead (1959; 1961) beschrieb Gruppen, in denen der Geschlechtsverkehr mit einer schwangeren Frau verboten war und andere Gruppen, in denen der Koitus für einige Wochen als notwendig erachtet wurde, um

das Kind aufzubauen. Bei anderen Gruppen ist der Koitus zu jedem Zeitpunkt, bis die Geburtswehen einsetzen, zulässig (Ford & Beach, 1968).

Für einige Frauen ist ihre Schwangerschaft eine Zeit erhöhter sexueller Aufmerksamkeit und Bewusstheit, für andere hat sie überhaupt keine Konsequenzen auf ihre sexuellen Gefühle. Davis (1929) fand bei ihren Untersuchungen an amerikanischen Ehefrauen, dass 11,6% keinen Geschlechtsverkehr mehr gehabt haben, nachdem sie wussten, dass sie schwanger waren. 62% berichteten, dass mindestens während eines Teils der Schwangerschaft noch Kohabitationen vorgekommen seien und mehr als ein Viertel setzte den Koitus die gesamte Zeit der Schwangerschaft hindurch fort. In der Befragung von Simons (1972) in Frankreich hatte ein Drittel (31%) erklärt, über die gesamte Schwangerschaft den Geschlechtsverkehr fortgesetzt zu haben und eine gleiche Anzahl von 31% während der 7 oder 8 ersten Monate. 38% hatten vor dem siebten. Monat aufgehört zu kohabitieren. In der großen Mehrzahl der Fälle war das Verhalten bezüglich der partnerschaftlichen Sexualität in der Schwangerschaft ein Ergebnis eines gemeinsamen Entschlusses oder eines stillschweigenden Übereinkommens. Masters und Johnson (1966) fanden, dass Frauen mit starken Begleitorscheinungen, wie Morgenübelkeit und Erschöpfungszuständen, verständlicherweise ein vermindertes Interesse an sexuellen Aktivitäten im ersten Trimester berichteten, während andere Frauen in der gleichen Zeit genau gegensätzliche Erfahrungen machten. Im zweiten Trimester dann allerdings verspürten gut 80% der Frauen ein verstärktes Interesse an Sex und eine erhöhte sexuelle Reagibilität. Im dritten Trimester sank die Rate der sexuellen Aktivitäten dann wieder ab, wobei es interessant ist, dass die Frauen dies eher auf ihre mangelnde Attraktivität zurückführten, während die Männer darauf bestanden, nur aus Sorge um das ungeborene Kind zu handeln.

Andere Untersuchungen widersprechen den Ergebnissen von Masters und Johnson über die sexuelle Appetenz in den einzelnen Trimestern. Die Befragung von 100 Frauen nach der Entbindung (Pasini, 1973; 1974) zeigte eine stetige Abnahme der sexuellen Aktivität während der Schwangerschaft. Bei einer Aufgliederung nach Verlangen, Häufigkeit, und Befriedigung sank vor allem die Häufigkeit des sexuellen Verkehrs, das Verlangen blieb im Allgemeinen eher erhalten als die erlebte Befriedigung, ging jedoch progredient über die ganze Schwangerschaft zurück. Eine

Abnahme des sexuellen Verlangens am Ende der Schwangerschaft zeigten 73% der befragten Frauen, nur 15% berichteten von keiner Veränderung und 10% von einer Steigerung. Mehr als 50% Frauen gaben an, dass sie Angst hätten, der Geschlechtsakt könnte das Kind verletzen oder die Geburt gefährden. In einer weiteren Studie an 260 Frauen zeigte Wagner (1975), dass mit fortschreitender Schwangerschaft die sexuelle Aktivität und die Koitusfrequenz linear abfällt.

Einige Ärzte warnen vor Orgasmen im letzten Trimester. Und es ist auch richtig, dass Uteruskontraktionen in wenigen Fällen zu verfrühten Wehen führen. Doch lässt sich empirisch kein Zusammenhang zwischen Orgasmus, Koitus und vorzeitigen Wehen feststellen (Perkins, 1979). Nach der Geburt zeigten die Untersuchungen von Masters und Johnson (1966), dass Mütter, die stillten, ein höheres Maß an sexuellem Interesse in den ersten drei Monaten nach der Geburt zeigten, als die Frauen, die nicht stillten. Nach Masters und Johnson (1966) steht das sexuelle Verlangen der Frau in direktem Zusammenhang mit dem Stillen. Des Weiteren zeigte sich, dass das Stillen für einige Frauen zu sexueller Erregung bis hin zum Orgasmus führte.

Der beste Zeitpunkt sexuelle Aktivitäten wieder aufzunehmen, ist von u.a. medizinischen Faktoren (Blutungen, Episiotomie, Uterusrückbildung, etc.) und psychologischen Faktoren (z.B. Wochenbettdepressionen) abhängig und variiert stark von Frau zu Frau. Manche Frauen leiden nach der Geburt unter sexuellen Funktionsstörungen wie Algopareunie Orgasmusstörungen und Libidoverlust. Organische Ursachen wie schlecht verheilte Narben oder eine weite Scheide können dafür verantwortlich sein (Eicher, 1979). Ein primärer Libidoverlust hängt nach Eicher (1977) und Pasini (1974) weniger mit der bekannten endokrinologischen Umstellung mit Beendigung der Geburt zusammen, sondern ist vielmehr häufig Ausdruck einer Depression oder einer reaktiven Störung. Nach Pasini (1974) kommen ätiologisch drei Faktoren dafür in Frage: die Schwangerschaft, die Geburt und die Postpartalperiode (Wochenbett). Ein während der Schwangerschaft entstehender Konflikt zwischen Mutterschaft und Sexualität kann erst nach der Geburt aufbrechen. Ein Ehekonflikt kann durch das Ereignis Schwangerschaft verdeckt sein und nach der Geburt aufleben. Das Erlebnis der Geburt selbst beeinflusst das Mutter-Kind-Verhältnis einerseits und das Selbstverständnis als Frau andererseits. Hinzu kommen

noch die Lebensumstellungen, die durch den neuen Mitbewohner verursacht werden, und an die sich das Paar erst anpassen muss (Eicher, 1977). Nach Schneewind et al. (1992) ist die Qualität der Partnerschaft vor der Schwangerschaft ein wichtiger Prädiktor für das Bewältigen der Umstellung nach der Geburt.

In Bezug auf Schwangerschaftsunterbrechungen, überwiegen für viele Autoren die Vorteile die psychologischen Risikofaktoren einer Abtreibung (Osofsky et al., 1971; Singer & Singer, 1972; Nadelson, 1978). Schwerwiegende Probleme, die eine psychiatrische Behandlung erfordern, treten in weniger als 3 von 100.000 Fällen auf (David, 1978). Bei einem Teil der Frauen kommt es zu kurzfristigen depressiven Verstimmungen, begleitet von Verlusterleben, Schuld- und Schamgefühlen (Masters & Johnson, 1987; Eicher, 1977). Die meisten Konflikte entstehen für die Frauen in der Entscheidungsphase vor einer möglichen Schwangerschaftsunterbrechung (Gilligan, 1982). Wird die Frau in ihrer Entscheidung für eine Unterbrechung von ihrem Partner unterstützt, wird auch die Unterbrechung als weniger traumatisch erlebt und schneller verarbeitet (Freeman, 1979). Aus einer Studie von Gebhardt und Kollegen (1958) geht hervor, dass bei ledigen Frauen, die sich einer Schwangerschaftsunterbrechung unterzogen, keine außergewöhnlichen sexuellen Störungen bzw. Orgasmusschwierigkeiten im ersten Jahr als Folge eintraten. Das Trauma einer Abtreibungserfahrung, welches sicher psychisch verarbeitet werden muss, bewirkt offensichtlich keine länger anhaltende Orgasmusunfähigkeit. Nach Stubblefield und Kollegen (1984) erhöht sich nach einer Abtreibung die Wahrscheinlichkeit besser zu verhüten. Dies mag als Beleg dafür gewertet werden, dass die Möglichkeit einer legalen Abtreibung Frauen nicht nachlässiger in Fragen der Verhütung macht. Ausgenommen der hormonellen Kontrazeptiva, zu deren Auswirkungen es eine ganze Reihe von Untersuchungen und Veröffentlichungen gibt (u.a. Cohen, 1977; Dickey & Dorr, 1969; Döring, 1983; Eicher, 1977; Ullrich, Appelt & Strauß, 1987), lassen sich in der Literatur so gut wie keine Studien über den Zusammenhang von verschiedenen Verhütungsmethoden und dem sexuellen Erleben der Frau finden. Zumeist werden mögliche Vor- und Nachteile bei der Anwendung verschiedener Methoden beschrieben (s. Masters & Johnson, 1987; Geer et al., 1984, Luria et al., 1987). Dabei wird deutlich, dass die Wahl der Verhütungsmethode eng verknüpft ist mit dem Körperbewusstsein der Frau, der Kommunikation in der Partnerschaft,

vorangegangenen Erfahrungen mit Kontrazeptiva und dem Grad der Aufklärung (Masters & Johnson, 1987).

In einer Untersuchung von Eicher (1977) zum Auftreten von Libido- und Orgasmusstörungen bei Ovulationshemmern an 586 Frauen wurden neben einem hormonellen Einfluss wesentliche psychosoziale Faktoren (fehlende Sexualerziehung, negativ erlebte Sexualität, unerwünschte Schwangerschaft vor der Pilleneinnahme, Ehekonflikte) und körperliche Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen, Dysphorie, Gewichtszunahme) gefunden, die für die Störung der Erlebnisfähigkeit verantwortlich zu machen sind. Eine negative Beeinflussung der Libido und Orgasmuskapazität unter Ovulationshemmern trat bei 6% der befragten Frauen auf. Aresin (1967) berichtet über Befunde bei 250 Frauen unter Kombinationspräparaten und stellte eine Abnahme der Libido bei 4,4% der befragten Frauen fest. Sie fand in fast allen diesen Fällen die Ehe disharmonisch. Häufig handelt es sich um schon vorher gestörte Frauen, die vor der Pille die Knaus-Onigo-Methode (Bestimmung der fruchtbaren Tage nach Kalender) benutzten, um unter Bezugnahme auf die gefährliche Zeit ihre ehelichen Sexualkontakte auf ein Mindestmaß zu beschränken (Aresin, 1967). In anderen Untersuchungen liegen die Quoten höher. Petersen (1969) gibt bei oraler Kontrazeption einen verminderten Wunsch nach Sexualität bei 19% der Frauen an. Cohen (1977) befragte 100 Frauen, welche Kombinationspräparate (Minipille) verwendeten. 24% bemerkten eine Veränderung, 10% erlebten den Geschlechtsverkehr als befriedigender als vorher, 14% weniger befriedigend, 9% reagierten nicht mehr bis zum Orgasmus und 5% hatten gar kein sexuelles Verlangen mehr.

Es ist nicht ganz geklärt, in welchem Maß sexuelle Unzufriedenheit zu Scheidungen führt. Auch wenn viele Paare mit Problemen in ihrer Ehe auch sexuelle Schwierigkeiten haben, ist das Ursache-Folge-Verhältnis nicht eindeutig zu bestimmen (Masters et al., 1987). Es gibt relativ wenig Forschung über die Sexualität nach einer Ehe. Es läge nahe anzunehmen, dass die neu erworbene Freiheit nach einer Scheidung zu einer höheren Rate sexueller Aktivitäten führt. Diese Annahme wird u.a. durch eine Studie von Simenauer und Carroll, (1982) an 367 geschiedenen Paaren bestätigt. In der gleichen Untersuchung berichteten allerdings auch 27% der Männer und 36% der Frauen, dass sie nun weniger Sex hätten.

Interessant sind die Ergebnisse zu Forschungen im mittleren Erwachsenenalter, also in den Jahren nach dem 40. Lebensjahr in denen Männer vermeintlich der berüchtigten „midlife-crisis“ zum Opfer fallen. Für Frauen sieht das alltagspsychologische Verständnis das „empty-nest-syndrome“ vor, nachdem die Kinder das Haus verlassen haben. Nun zeigt jedoch die Forschung, dass Männer den Auszug der Kinder als genauso stressvoll erleben können wie ihre Frauen (Roberts & Lewis, 1981). Andererseits hat für einige Paare, der Auszug der Kinder durchaus positive Effekte auf die Ehe. Sie haben die Möglichkeit sich wieder auf ihre partnerschaftlichen Interaktionen zu konzentrieren und neue Möglichkeiten für entspannteren und freieren Sex zu schaffen.

An dieser Stelle sei auf die von der Forschung weitgehend vernachlässigte, aber nach Ergebnissen von Kolodny (1982) doch sehr verbreitete Problematik des „sexual burnouts“ im mittleren Erwachsenenalter eingegangen. Anders als das berufliche „burnout“, welches oft als Folge übermäßigen Engagements in Zeit und Energie in der Arbeit auftritt, gepaart mit anhaltendem emotionalen Stress (Pines, Aronson & Kafry, 1981), liegen die Ursachen für ein „sexual burnout“ in einer Sättigung, resultierend aus sexueller Routine. Anders als sexuelle Langeweile, ist das Syndrom gekennzeichnet von weiteren Symptomen, wie emotionale Leere und einem negativen sexuellen Selbstbild. „Sexual burnout“ ist auch abzugrenzen von einer nachlassenden sexuellen Appetenz als Folge einer Depression, die sich zusätzlich auszeichnet durch Schlafstörungen, Appetitstörungen und einem generellen Verlust an Freude an jeglichen Aktivitäten. Die Prognose für „sexual burnout“ Patienten ist in der Regel positiv, da die meisten sich spontan erholen. Aber ca. 10% verbleiben mehr oder weniger chronisch sexuell inaktiv. Eine mögliche Erklärung dafür liegt in der Annahme, dass das selbstaufgelegte Zölibat als angenehmere Alternative zu sozialem Druck erscheint. Eine andere Erklärung wäre, dass die Betroffenen keinen Weg finden konnten, die negativen Folgen des Syndroms adäquat zu verarbeiten. Dabei sind nicht nur verheiratete Paare betroffen. „Sexual burnout“ findet sich auch bei sexuell vormals sehr aktiven Singles (Masters et al., 1987).

Während Männer die Freuden der Sexualität bereits in ihren 20ern lustvoll entdecken und ausleben, fällt es vielen Frauen insbesondere der vorangegangenen Generationen schwerer, sich von überholten Normvorstellungen zu befreien, die einer

erfüllten Sexualität im Weg stehen können. Als ein Resultat erleben viele dieser Frauen einen Prozess der sexuellen Neuentdeckung in ihren 40ern, manchmal sogar begleitet vom ersten Orgasmus. Frauen in diesem Alter haben ein genauso großes Interesse an außerehelichen Affären, wie ihre Männer (Fuchs, 1978). Rubin (1982) fand, dass das hervorstechendste Merkmal ihrer 160 Frauen mittleren Alters umfassenden Stichprobe eine verbesserte Sexualität war. Die Frauen hatten ein entspannteres Verhältnis zu ihrer Sexualität, waren besser in der Lage eigen Wünsche zu artikulieren und ergriffen häufiger die sexuelle Initiative, als sie es in jüngeren Jahren taten.