



14. März 2019

**Ehrenmitglied
Vilmos Szilágyi
Josika u. 2
Budapest, 1077**

Lieber Vilmos,
**herzlichen Glückwunsch
zum 90. Geburtstag.**

Die DGG wünscht Dir alles Gute und noch lange gute Gesundheit für ein zufriedenes Leben, zuerst aber ein erlebnisreiches Geburtstagsfest im Kreise Deiner Lieben.

Für unser Ehrenmitglied aus Ungarn bringe ich den großen Ehrenbrief der DGG mit und einen Band zur multinationalen Comenius-Schul-Forschung. Sie beschäftigte sich 2006/07 mit Sexualerziehung und Prävention an allen beteiligten Schulen in Lettland, Polen, Ungarn, Slowakei und St. Petersburg und Federführung der deutschen Gustav-Walle-Schule in Würzburg.

So wie ich Dich bei den Besuchen in Deutschland und Ungarn (Foto priv.: Linus und Vilmos (2009) am Heldenplatz (sic!) in Budapest) erlebt habe, z. B. 2011 mit der eindrucksvollen und unvergesslichen persönlichen Führung durch Deinem Arbeitszimmer inmitten Deiner inzwischen 32 selbst verfassten Fach-Bücher, genauso möchte ich Dich auch als engagierten freigeistigen Sexualwissenschaftler in Erinnerung behalten. Ich hoffe auf noch zahlreiche Begegnungen zum Fachgespräch als Zeichen der lang andauernden Freundschaft. Wir haben an Deinem Ehrentag nicht nur an Dich gedacht oder Dir eine Mail geschickt, sondern uns dankbar für eine weitere persönliche Begegnung auf den Weg gemacht zu einem Besuch bei Dir in Ungarn.

Bleibe gesund und munter, der Wissenschaft ideologiefrei gewogen!
Darauf ein PROSIT! In Freundschaft, Dein Linus Dietz





E H R E N B R I E F

LOB, DANK, RESPEKT und ANERKENNUNG

Budapest/Würzburg

14. März 2019

Die DGG gratuliert dem Ehrenmitglied

Vilmos Szilágyi

Budapest/Ungarn

zum **90. Geburtstag.**

**und verspricht dankbar für die aktive Beteiligung an der DGG
zur Förderung der schulisch verpflichtenden Sexualerziehung in Theorie
und Praxis**

dauerhaftes Ehrenvermächtnis.

Herzlichen Glückwunsch, lieber Vilmos, zu Deinem Jubel-Geburtstag! Wir wünschen Dir noch viele, glückliche und gesunde Jahre mit der Hoffnung auf ein Wiedersehen. Du bleibst als Ehren-Mitglied der DGG allzeit verbunden mit Respekt und Anerkennung.

*Für die sexualwissenschaftliche Leistung bei der DGG und insbesondere in der ungarischen Gesellschaft sind wir Dir alle zu großem Dank verpflichtet.
Diese Lebensleistung verdient respektvoll größtes Lob.*

Alles Gute weiterhin. In aller Freundschaft: a d m u l t o s a n n o s !

Vorsitzender/Präsident
Linus Dietz

Szilágyi Vilmos [szilvil@axelero.hu]

Stand: 14. März 2019 200

Betreff: Website <http://www.szexualpszichologia.hu>

Prof Dr Vilmos Szilágyi - szilagyi.vilmos8@upcmail.hu

www.szexualpszichologia.hu/furdeutsche.html

www.szexualpszichologia.hu

Budapest/Würzburg: Die DGG eV gratuliert respektvoll und dankbar zum 90. Geburtstag ihrem Ehrenmitglied Vilmos Szilágyi in Budapest.

„Vilmos, ad multos annos!“

Vilmos Szilágyi lebt und arbeitet in Budapest/Ungarn, ist viele Jahre Mitglied der DGG und Ehrenmitglied seit 2008.

Er verfasste 32 Fach-Bücher –

Eine immense sexualwissenschaftliche Fachliteratur:

Diese Wissenschaftliche Lebensleistung verdient großes Lob und öffentliche Anerkennung.

E-Mail von der WAS Sexuality Education Committee

osmo.kontula@vaestoliitto.fi

Zum **90. Geburtstag 14. März 2019** für **Prof Dr Vilmos Szilágyi - szilagyi.vilmos8@upcmail.hu**

www.szexualpszichologia.hu/furdeutsche.html

www.szexualpszichologia.hu

Für lange Jahre sexualwissenschaftlicher Arbeit

Lob, Dank und Anerkennung für mehr als 40 Jahre couragierte Arbeit in Theorie und Praxis der Sexualwissenschaft in Ungarn. Als Ehren-Mitglied der DGG eV Deutschland hat sich Vilmos sehr verdient gemacht um die Grenzen übergreifende wissenschaftliche Arbeit bei der Sexualbildung mit zahlreichen Veröffentlichungen, inzwischen als Autor von 32 sexualwissenschaftlichen Fach-Büchern.

Zum 90. Geburtstag würdigen wir die grandiose Lebensleistung und wünschen für das weitere Leben alles Gute.

<http://www.worldsexology.org/committees/education-committee/>

osmo.kontula@vaestoliitto.fi Chair: Osmo Kontula (Finland) Vice-Chair:

Cristina Tania Fridman (Argentina) Members: Christine Winkelmann

(Germany) Doortje Braeken (United Kingdom) Ekua Yankah (Germany)

Esther Corona (Mexico) Patti Britton (United States)

Recherche zum Lebenswerk: **Szexológia Magyarországon**

(Sexology in Hungary) A szexológia, mint a nemek viselkedésének és viszonyának tudománya, Magyarországon is fontos szerepet tölthet be az egyének és közösségek életében, bár művelését - néhány lelkes szakembertől eltekintve - az illetékesek elhanyagolják.

Párválasztás (Partnerwahl) in English Szexológiai Szemle (Sexologische Rundschau)

Szexológia-történet (Geschichte) Linkek Ajánlott irodalom (Literatur) Pályázatok (Bewerbungen)

Recenziók Szex.pszich tankönyv (Lernbuch Sexualpsychologie)

Honlapunk főleg az első magyar, főhivatású szexuálpszichológus, dr. Szilágyi Vilmos munkásságát mutatja be, s ezen keresztül a szexológia hazai helyzetét és lehetőségeit körvonalazza.

Dr. Szilágyi Vilmos, pszichológus. Született: Sopron, 1929. Elvált. Gyermekei: Béla, 1955, operaénekes, András, 1968, biofizikus. Tanulmányok: Budapest, ELTE BTK, filozófia, majd pszichológia szak. 1974-ben szexuálpszichológiai témájú disszertációjának megvédésével doktori fokozatot nyert. Életút: érettségi után vidéki lapnál újságíró. Egyetemi évei alatt az Élet és tudomány c. folyóirat, majd a Tudományos Ismeretterjesztő Társaság munkatársa. 1958-tól 1968-ig ifjúságvédelmi felügyelő a XII. kerületben, ahol Nevelési Tanácsadót is szervez. 1968-tól 1981-ig a Tankönyvkiadó felelős szerkesztője. Megindítja és szerkeszti többek között a „Pszichológia – nevelőknek” című könyvsorozatot. Közben szexológiai adatgyűjtéseket folytat és könyveket ír. 1981 óta szellemi szabadfoglalkozásuként a szexuális— párkapcsolati kultúra fejlesztését és terjesztését tekinti hivatásának. Egyetemi kurzusokat, kiképző csoportokat és workshopokat vezet, továbbá szexuális tanácsadást, terápiát folytat és könyveket ír.

Könyvei: (Seine Bücher)

1. Magyar nyelven (in ungarischer Sprache)

Bevezetés a szexuálpedagógiába. 1973, Tankönyvkiadó, 186 p. (Einführung in die Sexualpädagogik)

Párválasztás. A partnerkapcsolatok pszichológiája. 1974 (Buda Bélával) Gondolat, 372 p.(2. kiad. 1988)

Pszichoszexuális fejlődés –párválasztási szocializáció. 1976, Tankönyvk., 168 p. (2. kiad. 1978)

Nemi nevelés a családban. 1976, Medicina, 336 p.

Pszichológia. 1976 (Tankönyv, társszerzőkkel) Tankönyvk., 446 p. (10. kiad. 1996)

A házasság jövője – avagy a jövő házasságai. 1978, Minerva, 226 p.

Mélylélektan és nevelés. 1979, Tankönyvk., 256 p.

Szexualitás és párkapcsolat a felnőttkorban. 1979 (Buda B. és Cseh-Szombathy L.-val) Tankönyvk., 264 p

Szexuális kultúránkról. 1983, Lapkiadó, 176 p. (Bővített k.: 1986, 326 p.)

A pszichológus válaszol – szerelemről, szexről. 1984, Gondolat, 299 p.

Szerelmi kultúránk. Képeskönyv a szexről. 1988, M.E.Sz., 192 p. (részben eszperantóul)

Tizenévesek szexualitása. 1988 (Németh E.-vel) Folk-Union, 160 p.

Nyitott házasság – korszerűbb életstílus. 1988, I.P.V., 192 p.

Hogyan éljek? Az életvezetés ABC-je. 1989, Content, 174 p.

A gyönyör művészete. Az erotikus örömszerzés. 1990, Unió Kft., 224 p.

Intimkapcsolat kézikönyve. Szeretkezés felsőfokon. 1994, szerző kiadása, 272 p.

Szexuálpedagógia – a fogyatékosok körében. év n., B.G. Gyógyped. Főisk., 48 p.

Szexuális szocializáció. Nemi nevelés a családban. 1997, Medicina, 324 p.

Vezérfonal az intézményes szexuális neveléshez. 2000. (M. Szexol. Szemle különszáma)

Szexuális életünk dilemmái. 2002, Hungarovox, 168 p.

Párválasztásaim - naplók, levelek, randevúk tükrében. 2003, szerző kiadása, 352 p.

Üdvözlégy, változás! 2003, 3BT Kiadó, 147 old.

A szexuálpszichológus válaszol – szexről, párkapcsolatról. 2004, Animula, 260 p.

2. Idegen nyelven (In ausländische Sprache)

Bgyescseto na braka, ili brakovete na bgyescseto. 1981, Nauka i izkustvo, Szófia, 228 p.

Kultúra Milosci. 1990, Wyd. KLEKS, Bielsko-Biala, 78 p.

Kultúra na ljubovta. 1990, Pres Esperanto, Szófia, 176 p.

Die Zukunft der Ehe. 1981, Urania V., Leipzig (Lefordították, de nem adták ki)

3. Lefordított könyvek (Übersetzte Bücher)

Ruth Bang: A segítő kapcsolat, mint a személyes segítség alapja. 1980, Tankönyvk., 178 p.

Kurt Starke: Te meg én – mi ketten. Az ifjúkori partnerkapcsolatok. 1988, Móra K., 208 p.

Jürg Rüedi: Bevezetés az individuálpszichológiai pedagógiába. 1998, Animula, 88 p.

Karl Dienelt: Freudtól Franklig. (kézirat, 140 p.)

Norbert Kluge: A gyermeklét antropológiája. 2004, Animula,

4. Megszerkesztett könyv és folyóirat (Redigierte Bücher und Zeitschrifte)

A családi élet mai problémái -- ahogyan hazai szakértőink látják. 1980, Tankönyvk., 150 p.

Együttérzés, önzetlenség, felelősség. A proszociális magatartás vizsgálata. 1983, Tank., 184 p.

Az első magyar szexológiai konferencia referátumai. 1985, M.P.T., 118 p.

Magyar Szexológiai Szemle. 1998—2002, Magánéleti kultúra – korszerű életvezetés Alapítvány

Szexológiai Dokumentumok. Válogatás prof. E.J.Haeberle munkáiból. 2004, M.k. Alapítvány, 170 p.

Alapismeretek a szexuálterápiáról. Prof. E.J. Haeberle e-learning kurzusai alapján. 2004 Animula Magánéleti kultúra... Alapítvány, 154 p.

Iskolai szexuális nevelés – Németországban. 2004, Animula, & Magánéleti kultúra... Alapítvány

Alapítványa 1998-ban létrehozta a Magánéleti kultúra – korszerű életvezetés Alapítványt, amelynek kuratóriumát vezeti. A kuratórium tagjai: dr. Buda Béla pszichiáter, szakíró, [dr. Aszódi Imre, nőgyógyász, szakíró], Molnár Tamás szakpszichológus és Bányai Éva Aliz addiktológus. Az Alapítvány főbb céljai : 1. A magánéleti kultúra és a korszerű életvezetés jelentőségének tudatosítása és beépítése a köznevelésbe. 2. A magánélet olyan területeinek kiemelt fejlesztése, mint a partnerkapcsolat (szerelem, házasság, családi élet). Ennek érdekében a fiatalok felkészítése a sikeres párválasztásra (önismeretük, emberismeretük és pszichoszexuális érettségük fejlesztésével). 3. Pályázatok kiírásával és eszmecserek szervezésével ösztönözni az érintetteket a fentiek megvalósítására. 4. A szexuális kultúra terjesztése érdekében kiadni az első magyar tudományos és ismeretterjesztő szexológiai folyóiratot.

A célkitűzések egyike így valósult meg: 1998 és 2002 között negyedévenként megjelent a Magyar Szexológiai Szemle című folyóirat, amelynek honlapja kezdettől fogva ismertette a tartalomjegyzékeket és minden számból egy cikket (lásd fent). 2002-es számai viszont már csak ezen a honlapon jelentek meg, teljes terjedelmükben. A korábbi, füzet alakú számokból esetleg kedvezményesen lehet rendelni a szerkesztőtől (dr. Szilágyi V.), telefonon (1-3889-600), vagy az alábbi e- mail címen:

szilvil@axelero.hu

vagy

pszichologia@szexualpszichologia.hu

Az Alapítvány egyéb céljaival és működésével kapcsolatban további információ található e honlap különböző rovataiban. A célok megvalósításához azonban még jó néhány kulturált ember, így az Ön támogatása is szükséges !

Für deutsch sprechende Leser

Sexologie in Ungarn

Sexuologie als Wissenschaft des Verhaltens und gegenseitige Beziehungen der Geschlechter, kann eine wichtige Rolle im Leben der Individuen und Gemeinschaften auch in Ungarn erfüllen, aber ihre Entwicklung ist wegen weltanschauliche Schwierigkeiten sehr behindert.

Diese Website skizziert hauptsächlich die Tätigkeit des ersten ungarischen Sexualpsychologe, dr. Vilmos Szilágyi - und dadurch die Situation und Möglichkeiten der Sexuologie in Ungarn. Seine Adresse: Josika u. 2. Budapest, H - 1077. E-mail: szilagyivilmos8@upcmail.hu

Die Website ist im allgemeinen nur ungarisch lesbar (es gibt auch eine englische Seite), aber in den folgenden kann man das Inhaltsverzeichnis der beiden Textbücher (Sexualpsychologie und Sexualpädagogik) ausserdem einige Artikel auch in deutsche Sprache lesen. Zum Beispiel: Der 8. Weltkongress der Sexologie, 1987, Heidelberg

[Geschichte der Geschlechterziehung in Ungarn](#)

[Krisenvolle Jubiläen der Geschlechterziehung in Deutschland](#)

[Ärztliche Kommunikation über sexuelle Probleme](#)

Vilmos Szilágyi Sexualpsychologie

Lehrbuch und Dokumentation 2006, Medicina V., 278 p.

Inhalt:

Einführung

1. Definition der Grundbegriffe (Sexualität und Psychosexualität)

2. Begriff und Entwicklung der Sexualpsychologie

Ihre Voraussetzungen und Hindernisse Entwicklung der Sexualpsychologie

Interdisziplinäre Beziehungen, Thematik und Methodik der Sexualpsychologie

3. Gebiete der Anwendung von Sexualpsychologie

Dokumentation

1. Übersicht der Entwicklung von Sexualpsychologie (nach E.J. Haeberle)

2. Sexologische Fachausbildung in Europe (Sexology in Europe, 1999)

Empfohlenes Literatur

Kontrollfragen

1. Teil: Die phylogenetische und kulturhistorische Gestaltung des Geschlechtsverhaltens

1. Sexuelles Verhalten unserer nächsten Tier-Verwandten

2. Sexuelles Verhalten nach der Menschwerdung

Erscheinung des Tauschhandels

Der Mann als Privateigentümer

„Der Ursprung der erotischen Liebe“

Partnerwahlsitten der „Naturvölker“

Humanisierung des sexuellen Verhaltens

3. Änderungen des Geschlechtslebens im Laufe der Geschichte

Heiratsriten und Tabus

Prostitution: weibliche Körper als Warensorte

Geschichte des Geschlechtsverhaltens

Anfänge der Liberalisierung

Vernunftehen und romantische Liebe

Einige Belehrungen

4. Erkennbare Trends unseres Zeitalters auf dem Gebiet der Sexualität

Sexualität im 20. Jahrhundert

Premarital Sex und Empfängnisverhütung

Die Wirkungen der Sexologen

Frauenbewegung, Akzeleration, Homosexualität
 Reformen in der Beziehung der Geschlechter (und in der Sexualtherapie)
 Sexueller Pluralismus, AIDS und Gegenrevolution
 Die heimatliche Lage des Sexualverhaltens
 Neue Modelle des Zusammenlebens (weltweit)
 Moralische und rechtliche Beurteilungen
 Dokumentation
 (Fachbücher und Expertisen)
 Diamond, J: Warum ist die Sex wonnig?
 Csányi, V.: Vom Standpunkt eines Human-Etologes
 Keyserling, H.:(Hg.): Buch über die Ehe
 Runkel, G.: Sexualethik der Christentum
 Feher, L. – J. Forrai (Hg.): Prostitution und Menschenhandel
 Haerberle, E.J.: Pornographie. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft
 Hadas, M.: Geburt des modernen Mannes
 Hite, Sh.: The Hite Report – on Male Sexuality
 Foucault, M.: Geschichte der Sexualität
 Francoeur, R.T.& A.K (eds): The Future of Sexual Relations
 Bell, R.: Gegenwart und Zukunft der Ehe und Familie
 Szilágyi, V.: Über Sexualpolitik
 Empfohlenes Literatur
 Kontrollfragen
 2. Teil: Ontogenese des Geschlechtsverhaltens
 1. Ursprung der individuellen sexuelle Fähigkeiten
 Zerfall der Trieb-Programme
 Schlüsselreize und Lernfähigkeit
 Rolle der sozialen „Scripts“
 2. Sexuelle Identität und Geschlechtsrolle
 Annahme des biologischen Geschlechts
 „Gender“ als soziale Konstruktion
 Deviationen von der erwarteten Geschlechtsrolle
 3. Entwicklung der sexuellen Orientierung
 Die möglichen Objekte des Sexualverhaltens
 Bisexualitäts-Konzeption von S. Freud
 Andere Theorien, empirische Ergebnisse
 Dokumentation
 1. Bosinski, H.A.G.: Geschlechtlichkeit und Sexualität...
 2. Kon, I.S.: Über geschlechtliche Identität
 3. Krampen, G.: Eine Skala zur Messung der normativen Geschlechtsrollen-Orientierung
 Empfohlenes Literatur
 Kontrollfragen
 4. Psychosexuelle Entwicklung im ersten Jahrzent
 Entwicklungsperiode
 Sexuelle Reaktionsfähigkeit, primäre Bedürfnisse
 „Libidoentwicklung“ im Säuglingsalter
 Kleinkindalter: anale Phase
 Oedipus- oder Kleinfamilienkomplex?
 Inzesttabu, erste Liebe
 Prepubertät, gleichgeschlechtliche Referenzgruppen
 5. Psychosexuelle Entwicklung in Teenagerzeit. Reifung zur Partnerwahl
 Probleme der Masturbation
 Psychische Selbstständigkeit, Unabhängigkeit von Eltern
 Von den Freundschaften bis zur Partnerschaft

Funktionen der „rendez-vous“
 Entwicklung des erotischen Verhaltens vom Petting bis zum Geschlechtsverkehr
 Entwicklung der sexuellen Reaktionsfähigkeit und der Liebesfähigkeit
 Entstehung des Bildes von idealen Partner
 Gattenideale und Eheerwartungen
 Entwicklung der Gattenwahlreife
 6. Psychosexuelle Entwicklung im Erwachsenenalter
 Geschlechtsrollenverhalten der Erwachsenen
 Tiefenpsychologische Ehetheorien
 Sozialpsychologische Ehetheorien
 Probleme der Ehe als Familie
 Sexuelle Zusammenstimmung
 Eheleiche Rollenspannungen und Konflikte
 Interaktiv „Games“, Taktiken
 Ehe oder Zusammenleben der älteren Menschen
 Bewertung und Prognose der Bewährung von Beziehungen
 Der Prozess der Scheidung und ihre Folgen
 Umstellung des Lebens, neue Beziehungen
 Dokumentation
 1. Aresin, L. & K. Starke: Sexualität im Lebenszyklus
 2. Szilágyi, V.: Theorien über weiblichen Orgasmus
 3. Haeberle, E.J.: Alte und neue Modelle der menschlichen Sexualewicklung
 4. Csikszentmihályi M.: FLOW. Sex als flow
 5. Bagdy, E.: Vom unbewussten Kollusion bis zur Wir-Entwicklung
 6. Davis, M.S.: Intimate Relations
 Empfohlenes Literatur
 Kontrollfragen
 7. „Normalität“ und „Abnormalität“ Orientierung und Disfunktionen
 Extremitäten und Vorurteile, heutige „scripte“
 Begriff der sexuellen Gesundheit und Krankheit
 Orientation und Funktion
 Problematische Verhaltensweisen („Perversionen“, „Parafilias“)
 Sexuelle Funktionstörungen
 8. Addiktionen, sexuelle Gewalt und Missbräuche
 Sexuelle Addiktionen und Ko-Dependenz
 Wirkungen der Drogen auf dem Sexualverhalten
 Eifersucht als Addiktion
 Pedofilie, Inzest, Kinderprostitution
 9. Sexuelle Gesundheitschutz und Therapie
 Erkenntnis der psychosexuellen Entwicklungsstörungen
 Prevention: umfassende und institutionelle Geschlechtserziehung
 Psychologie der wichtigeren Richtungen der Sexualtherapie
 Dokumentation
 1. Haeberle, E.J.: Sexualdiagnostische Anamnese
 2. Strauss, B., D. Heim: Standardisierte Verfahren
 3. Mandel, K.H.& A.H. Rosenthal: Einübung der Liebesfähigkeit
 4. Szilágyi, V.: Über Eifersucht
 5. Somlai P.: Konflikt und Verständigung
 6. Szilágyi, V.: Drogstrategien – aus sexualpsychologischen Aspekt
 7. Széche, O. (Hg.): Sexuelle Kindermissbräuche in der Familie
 8. Comer, R.J.: Störungen des Geschlechtsleben und der sexuellen Identität
 Empfohlenes Literatur
 Kontrollfragen

Fachliteratur
 Vilmos Szilagyí
 Sexualpädagogik
 Sexuelle Gesundheitserziehung
 2006, Athenaeum V.
 Inhalt:
 Vorwort (von dr. Béla Buda)
 Einführung
 Gefährdung der sexuelle Gesundheit
 Kommentare
 I. Begriffe, Typen, Ziele und Grundlagen der Sexualpädagogik
 Sexualerziehung als Prevention und Sozialisation
 Ihre Verhältnis zu anderen Aufgaben der Erziehung
 Typen der Geschlechtererziehung
 Ziele und Grundlagen der progressiven Geschlechtererziehung
 Fürsorge und Förderung der sexuelle Funktionen
 Kommentare
 II. Historische Rückblick
 Konservativen und Sexualreformer
 Skandinavische Anlässe und deutsche Fortsetzung
 Ungarische Versuche in den letzten Jahrzehnten
 Kommentare
 III. Bedingungen einer erfolgreichen Erziehung
 Subjektive und objektive Bedingungen
 Vorbereitung und Gewinnung der Eltern
 Abwehr einer „doppelten Erziehung“
 Integration: einflechten in die Lehrgegenstände
 Kommentare
 IV. Grundrisse der psychosexuellen Entwicklung
 Psychosexuelle Entwicklung in Kindergarten- und Grundschulalter
 Psychosexuellen Entwicklung in Tenage-alter
 Emotionale Ablösung von den Eltern
 Hindernisse des Erwachsenwerdens
 Entwicklung der Paarbeziehungen
 Reifung der Liebes-Erlebnisse
 Petting-Erlebnisse und Koitarche
 Entwicklung der Partnerwahlreife
 Störungen der psychosexuellen Entwicklung
 V. Programme einer umfassenden Geschlechtererziehung
 Struktur der umfassenden Program
 Aufgabenverteilung der elterlichen und Schulerziehung
 Grundbegriffe und Themenkreise:
 1. Menschliche Entwicklung
 2. Beziehungen
 3. Persönliche Bereitschaften
 4. Sexuelles Verhalten
 5. Sexuelle Gesundheit
 6. Gesellschaft und Kultur
 VI. Planung und Methoden der Geschlechtererziehung
 Über die Messungen
 Messungen des Wissenstandes und der Gezogenheit
 Erschaffung sexualpädagogischer Situationen: Interviews, Fragebögen, Skalen
 Organisierung der schulischen Sexualerziehung

Programmbereitung. Methoden und Mittel
 Koedukation als Problem der Methodik
 Vorträge und Gespräche. Die Tonart
 Bearbeitung der Lektüren. Audiovisuelle Mittel
 Programmieretes Lernen
 Anwendung der Gruppenarbeit
 Persönliche Beschäftigung und Beratung
 Ergänzungen zur Programme nach Lebensalter:
 a) In Kindergarten und Grundschule
 b) Bei Teenagern
 Kommentare
 VII. Gelegentliche sexuelle Probleme in der Schule
 „Intime Verhältnisse“ zwischen Lehrer und Schüler
 Masturbation in der Schule
 Pornographie in der Schule
 Obszöne Gespräche
 Sexuelle Beziehungen in der Pubertät
 Hausliche Bummeleien und Gruppensex; Disco- und Drogwirkungen
 Gewaltsame Aktionen und Verführungen von Erwachsenen
 Unerwünschte Schwangerschaften und Abbrechungen
 Sexuelle Krankheiten bei Schülern
 Kommentare
 Konklusionen und Forschungsaufgaben
 Fachliteratur
 Titel und Kapitel eines neuen Buches von V. Szilágyi:
 (2010)
 "Die Zukunft der Geschlechterbeziehungen":
 Einführung: Problematik der Geschlechterbeziehungen
 1. Historische Trends auf dem Gebiet von privaten und öffentlichen Leben
 2. Offene Gesellschaft -- offene Beziehungen
 3. Gleichrangigkeit und Elastizität der Geschlechtsrollen
 4. Treue -- ohne Ausschliesslichkeit und Eifersucht
 5. Selbstverwirklichung und gemeinsame Entwicklung in Paarbeziehungen
 6. Neue Grundlagen für Eltern--Kinder Beziehungen
 7. Umwertung der Geschlechtsrollen und die androgyne Persönlichkeit
 8. Ausgleiche der öffentlichen Rollen der Geschlechter
 9. Sexualpolitik, neuer Lebensstil und Gesellschaft
 Ermessung der sexuellen Attitude in Ungarn, 2010:
 Fragen in ein Online Fragebogen "Meinungen über Sexualität":
 (Mit mehrere Antwortmöglichkeiten bei alle Fragen)
 1. Können Sie frei sprechen mit jemandem über Sexualität?
 2. Wie wichtig halten Sie Sexualität für uns, Menschen?
 3. Haben Sie zur Zeit irgendwelche sexuelle Probleme?
 4. Ist sexuelles Verhalten nach Ihnen triebhaft oder gelernt?
 5. Wenn gelernt, wie kann man sexuelles Verhalten erlernen?
 6. Gehören Liebe und erotisches Verhalten eng zusammen?
 7. Wie oft benötigen Sie erotische Befriedigungen?
 8. Was denken Sie über Masturbation?
 9. Mit welchen Bedingungen ist akzeptabel nach Ihnen das Geschlechtsleben für 15-18jährige Teenager?
 10. Was denken Sie über Homosexualität?
 11. Akzeptieren Sie verschiedene erotische Praktiken ausser dem Geschlechtsakt?
 12. Wie bewerten Sie Nacktheit und Freikörperkultur?

13. Was meinen Sie über pornographische Bilder, Filme und Texte?
 14. Was denken Sie über die heutige Verbreitung und Wirkung der Prostitution?
 15. Was meinen Sie über die Anwendung der antikonzeptionelle Methoden?
 16. Wie beurteilen Sie die heutige Regelung der Schwangerschaftsabbruchung?
 17. Denken Sie, dass die Ehe hat noch eine Zukunft?
 18. Ist es wahr nach Ihnen, dass Frauen nur nach Ausschliesslichkeit, aber Männer nach Abwechslung streben?
 19. Was für Partnerbeziehungen sind nach Ihnen die Besten?
 20. Was soll man vorerst von intimen Beziehungen erwarten?
 21. Was für Grundbedingungen soll eine erfolgreiuche Ehe haben?
 22. Welche Lösungen gibt es, wenn Liebe und Sex fast verschwinden in einer Ehe?
 23. In welchen Fällen ist Eifersucht begründet nach Ihnen?
 24. Was denken Sie über die sogenannte "sexuelle Revolution"?
 25. Was denken Sie über gleichrangige und geöffnete Ehen?
 26. Wie beurteilen Sie die sexuelle Kultur der erwachsene Männer und Frauen?
- (Zum Schluss einige ergänzende persönliche Daten: Geschlecht, Alter etc.)

Die genannte Artikel:

8. Weltkongress der Sexologie

1987, Heidelberg

Mir war es nicht leicht auf diesen Kongress teilzunehmen.. (ebenso, wie auf dem 5. Kongress in Jerusalem). Ich habe also nur gewisse Vergleichsmöglichkeiten. Zum Glück, ein sexoologischer Kongress ist immer interessant. Wir sollen aber in Betracht nehmen, dass die Sexologie eine komplexe Wissenschaft ist und uns interessiert – hier und jetzt – nicht die ganze Sexologie, sondern zufolge unseres Faches eigentlich und in erster Reihe nur die Sexualtherapie. Vorerst aber möchten wir natürlich einen Überblick des ganzen Kongresses haben.

Eine der ersten Fragen lautet: Wie viele waren dort und von wo sind sie gekommen?

Der Kongress hatte umg. Ein und halb Tausend Teilnehmer aus allen Teilen der Welt. Die Teilnehmer waren meistens Ärzte und Psychologe, aber es kamen auch Soziologe, Pädagoge, Juristen und auch andere Fachleute. Natürlich ziemlich viele waren von Westdeutschland, aber weniger aus der DDR (etwa nur 8-10 Fachleute, z.B. die berühmte KollegeN: S. Schnabl, K. Starke, L. Aresin usw.) Ausser der Deutsche waren die amerikaner im Mehrzahl. Aber es kamen aus Indien, Japan, Australien usw. Auch aus den sozialistischen Länder kamen einige. Z.B. aus der Sovietunion war nur eine Gynecologin dort, aber die berühmte russische Sexologen I.S. Kon und G.S. Wasilschenko nahman nicht teil. Aus Ungarn kamen nur nur einige Gynecologe. Bei un sin Ungarn gibt es nämlich heute noch keine Gesellschaft oder Institut für Sexologie.

Kehren wir aber zurück zum Kongress. Die Weltorganisation für Sexologie (World Association for Sexology) organisiert zweijährlich Kongresse. Weil die Sexologie eine komplexe, interdisziplinäre Wissenschaft ist, es war die Rede neben der medizinische Probleme über viele andere Fragen. Die Teilnehmer haben ihre verschiedene Untersuchungsergebnisse mitgeteilt und ihre Meinungen ausgetauscht, z.B. über die gesellschaftliche Lage der Frauen, über Sexualerziehung und über die Rolle der Pornoindustrie.

Die Hauptvorträge wurden in offizielle englische Sprache gehalten, aber simultan deutsch, französisch und spanisch verdolmetschert. Vormittags waren die Vollsitzungen, nachmittags die parallele Symposia und Diskussionen gehalten. Die verschiedene Themen wurden in die Themenkreise Privat- und Gesellschaftsleben eingereiht. Neben eine Programheft wurde auch ein Büchlein mit den Auszügen der Vorträge (die sog. Abstracts) ausgegeben.

Der Kongress wurde von Prof. Dr. Rita Süsmuth, die westdeutsche Minister für Jugend, , Familie, Frauen und Gesundheit eröffnet. Ich denke, es zeigt die Anerkennung der Sexologie. Die Themen des ersten Tages waren: 1. Sexualität und weibliche Rollenkonflikt, 2. Sexuelle Viktimisation (also das Opfer-werden), 3. soziologische Aspekte der männliche Homosexualität und 4. soziale Bezüge der Sexologie. Nachmittag wurden 4 Symposia (über Transsexualismus; Krebs und Sexualität;; Geschichte der Sexologie; holländische Sexualberatung) und daneben noch 10 „freie Diskussionen“ (über Sexualethik, Empfängnis-verhütung etc.) gehalten.

Hauptthemen des zweiten Tages: 1. Fertilität, Familienplanung, 2. Sterilität und Sexualität. Nacmittag wurden 6 Symposia und 10 freie Diskussionen gehalten. Interessieren können uns z.B. solche Themen, als die sexuelle Beziehungen der Behinderten, der Älteren, der Kranken usw. Auf dem dritten Vormittag hörten wir Vorträge über die furchtbare, neue Krankheit AIDS und über die Geschlechterziehung der Kinder und Teenagers. Nachmittag waren wieder 5 Symposia und 9 freie Diskussionen gehalten

Die zwei Hauptthemen des vierten und letzten Tages waren die Sexualität der Kranken und die neue Trend sin Sexualtherapie. Neben den Vorträgen hat man nachmittags gesondert Filme und Videos gezeigt, unter denen auch ein Film vpn Siegfried Schnabl: „Man und Frau intim“. Schnabl fertigt übrigens auch ein neues Film über die Homosexualität. Auf jeden Tag waren auch Posterexhibitionen:, täglich 10 neue Poster ausgehängt. Darüber hinaus waren noch zwei Kunstaustellungen zum Kongress geknüpft: erotischer Kunst von deutschen Künstler.

Und wenn ich noch auch die sog. „Pre-Congress Workshops“, also Lernprogramme und internationale Symposia dazi zähle, dann wird es klar sein für jeder, dass dieser Kongress war so reich und gab für den Teilnehmer so viel, dass ein Mensch allein kann das nicht durchschauen und weitergeben. Die parallel gehaltene Symposia und Diskussionen haben es sowieso unmöglich gemacht. Ich kann also nur Einzelheiten, einige Teilfragen referieren. In den Rahmen der Möglichkeiten probiere ich natürlich die für mich als Therapeut wichtigsten und interessantesten Kenntnisse Ihnen mitteilen. So sind z.B. die Kenntnisse über die neue, tödliche Krankheit AIDS. Von den Berichten der Sexualforscher wird offenkundig, dass die Leute verstehen noch immer nicht die die Grösse der drohenden Gefahr. Oder sie kümmern sich nicht genügend um dieser Gefahr. Die Tatsache ist – nach der bisherigen Untersuchungen -- , dass die überwiegende Mehrheit hat seine sexuelle Gewonheiten bisher überhaupt nicht geändert. Jene, die bisher leichtsinnig ihre Partne wechselten, pflegen es weitwrmachen, also kaum wollen sie die Gefahr einer Infektion zu mindern. Umsonst hat man im Westen eine Bewegung im Interesse der sexuellen Sicherheit organisiert, (ie sog. „Safe Sex“). Umsonst propagiert man auf Flugblätter die Regel der AIDS-Prevention oder verteilen kostenlose Preservative

m vorläufig kann man kein Erfolg sehen.

Ein weiteres Problem in Verbindung mit dem AIDS ist nach Sexualforscher: wie könnte man erreichen, dass die Virusträger ihre Infektion einerseits nicht weitergeben, andererseits sich nicht in tiefe Verzweiflung senken lassen. Die psychische Faktoren spielen nämlich in der Gestaltung aller Krankheiten eine entscheidende Rolle. Solche psychische Faktoren sind unter anderen die Beziehungen zwischen den Familienmitglieder. In einer Familie leben im allgemeinen verschiedene Geschlechter zusammen, auch das gehört in die Zuständigkeit der Sexologie. (Also Familientherapie und Sexualtherapie sind verwandt.)

Ich weiss nicht, wie das in der DDR ist, aber in Ungarn sind schon umg. 150 Virusträger und dieser Zahl vermehrt sich, leider, Eben darum müsste die sexuelle Aufklärung und Erziehung viel wirksamer sein. Leider die Sexualerziehung in Ungarn ist kaum mehr als nichts. Umsonst hatte ich mehrere Bücher im Interesse der Sexualerziehung geschrieben, die Lage verbesserte sich nicht. Ich sehe so und hoffe jedenfalls, dass in der DDR die sexuelle Kultur der Gesamtbevölkerung höher ist, als bei uns.

Auch war es interessant: nach einem holländischen Forscher die sexuelle Begierde und Befriedigung der Frau begünstigt Ihre Empfängnis. Daraus folgt: unbefriedigte Frauen werden seltener Schwanger. Zum Thema der weiblichen Befriedigung knüpft sich eine interessante Diskussion auf diesen Kongress. Seit Jahren können wir einiges über die Existenz der sog. „Gräfenberg-Zone“, also eine sehr sensible Zone an der vordere Wand der Schide, die gereizt werden kann. Diese Reizung trägt dann zu einer besonders intensiven Gefühl des Orgasmus bei, und löst auch eine „weibliche Ejakulation“ aus. Diese Ejakulation kommt nicht aus der Scheide, wie man bisher dachte, sondern aus der Harnröhrenöffnung. Es handelt aber dabei nicht um Urin. Die Samen-ähnliche Flüssigkeit wird gewissen urethralen Drüsen produziert, die entsprechen der Prostata bei männlichen Geschlecht. Nach E. Gaeberle ejakulieren nur relativ wenige Frauen auf diese Weise; nach andere Forscher ejakulieren alle Frauen, nur vielleicht bemerken sie das nicht. Jasogar nach einer amerikanischen Sexologin die Frauen können nicht nur aus der Scheide oder aus der Harnrohröffnung, sondern auch aus dem Kitzler ejakulieren! Das ist aber noch nicht bewiesen.

Was die Sexualtherapie betrifft, der Kongress brachte nicht zu viel neues. Interessanterweise die Gründer der modernen Sexualtherapie, W. Masters und V. Johnson und andere wichtige Forscher, z.B. H.S. Kaplan waren nicht dort. Am meisten interessant war für mich eine neue Behandlungsmethode der weiblichen „Frigidität“ durch Laser-Strahlen. J. Waynberg, der Direktor eines sexologischen Institutes in Paris verkündete ein erfolgreiches Experiment. Das wesentliche der Handlungsweise ist das Erwärmen der Umgebung des Kitzlers mit Laser-Strahlen unter gleichförmige Bewegung. Die Strahlen sollen natürlich nur mittelmässig stark sein. Die Bestrahlung verursacht eine Hyperämie und eine angenehme sensorische Lust. Also schafft die körperliche Vorbedingungen einer sexuellen Erregung, gelegentlich auch Orgasmus. Natürlich auch das hat gewisse Wert nur dann, wenn die psychische Voraussetzungen sind ebenso ausgebildet. Nämlich wenn eine Frau hat zu viele Hemmungen, dann sind die körperliche Voraussetzungen vergeblich gegeben, Eben darum muss man auch andere und zwar psychotherapeutische Methoden anwenden, parallel mit der Laser-Bestrahlung. Diese Behandlung dauert bis 6-8 Wochen, dreimal in der Woche. Daneben empfängt man auch Masturbationsübungen .

Was meine Meinung über diese Therapie betrifft: die Laser-Strahlungen können ja erfolgreich sein aber ich hoffe denselben Erfolg erreichen zu können auch mit einer Infralampe oder mit einem elektrischen Massage-Gerät. Waynberg gründet seine Therapiemethoden auch in anderen Beziehungen auf der moderne Technik. Z.B. er hat gewisse sexualtherapeutische Diaphil-Serien und Videokassetten. Farbige Diaserien habe ich von ihm gekauft: Serien über Vaginismus und über „ejaculatio praecox“. Zum Schluss noch eine Frage: die Pornography. Auf dem letzten Tag hatten wir eine ziemlich heftige Debatte über Pornography erlebt. In den westlichen Ländern ist dieses Problem natürlich viel schwerer und akuter, wie bei uns, wo die Pornography nur langsam aber ständig Eroberungen macht. Man muss schon rechnen mit dieser Erscheinung, die früher oder später tritt im Leben fast aller Individuen auf. Ein Hauptproblem ist, dass die Pornoindustrie verbreitet nicht nur die schöne, wertvolle Formen der Liebe und der sexuelle Begegnung, sondern vielmehr die patriarchalische, jasogar bestialische Formen der Kopulierung.

Die Sexologen führen schon lange verschiedene Untersuchungen über die Wirkungen der Pornography. Die bisherige Daten zeigen, dass die Wirkungen sind sehr verschieden, aber im allgemeinen nicht so gross, wie es früher vorausgesetzt war. Man könnte sagen: es hängt ab... (von vielen Faktoren). Hauptsächlich zwei Faktoren spielen in der Wirkung eine gewisse Rolle. Einer ist der Inhalt der Pornography. Genauer gesagt, ob die dargestellte Erotik gesund und kulturiert, oder abnormal und geschmacklos ist. Es ist offenbar, dass die ersteren eine günstige, die letzteren dagegen ungünstige Wirkungen haben können. Obgleich letzten Endes hängt alles davon ab, was ein Individuum mit der Pornography anfangen kann, wie er oder sie es bewerten kann. Und es ist der zweitwichtigste Faktor, der wird vom Alter, von den Umständen und im allgemeinen von der Rüstung definiert. Eben diese Rüstung sollte sorgfältiger gegründet und entwickelt sein. Die Sexologen sind damit alle einverstanden, ob wir sollen nur gegen die schlechte und zu viele Pornography kämpfen. Und weniger mit administrativen Mitteln, als eher mit der Gestaltung der öffentlichen Meinung und mit einer

wirksamen Geschlechtererziehung.

Szilágyi Vilmos

Dr. Vilmos Szilágyi:

Geschichte der Geschlechtererziehung
in Ungarn

Geschichtlich gesehen der Anfang und Wesen der Geschlechtererziehung ist sexuelle Aufklärung. Aber im kommunistischen Regim konnte man bis den 1960-er Jahren keine sexuelle Aufklärungsbuch publiziert werden und die Schulen beschäftigten sich überhaupt nicht mit diesen Problemen.. Auch in den 1960-er Jahren tauchten nur einige solche Bücher und Artikel auf, darunter das beste war das Buch „Schutz der Frauen!“ von dr. Imre Hirschler, ein Gynecologe und dann (als zweiter Schritt) das Buch von dr Bela Buda: „Moderne Theorien der Sexualität“ in 1972. Übrigens um 1970 erstmals erschienen einige Daten und mehrere Artikel über die Notwendigkeit der sogenannten Erziehung für Familienleben, hauptsächlich wegen der viele Scheidungen und Abtreibungen.

Was mich betrifft, ich – als Diplom-Psychologe und Jugendschutz-Fachman begann auch um 1970 meine Beschäftigung mit Sexualpsychologie und Sexualpädagogik. Teils habe ich die westliche Fachliteratur studiert, teils organisierte ich Datensammlungen im Kreis der Mittelschul-Schüler(innen) um ihre sexuelle Kultur und psychosexuelle Entwicklungsniveau zu messen. In alledem hat mir das genannte Buch von Béla Buda viel geholfen (dessen Ausgabe habe ich – als verantwortlicher Redakteur - selbst vorbereitet und redigiert). Auf Grund dieser Studien habe ich die Notwendigkeit der Geschlechtererziehung und die dazu nötige Belehrung der Lehrer(innen) und alle Erzieher identifiziert. Eben darum habe ich das Buch „Einführung in die Sexualpädagogik“ (1973) geschrieben.

Die Publikation und Verbreitung dieses Buches wurde aber vom ungarischen Parteizentrum verboten und nur als ein Kollegheft für pädagogische Hochschulen gestattet . So konnte ich erreichen, dass aufgrund dieser Kollegheft in den meisten Hauptschulen fakultative Seminare (sog. Spezielle Kollegien) organisiert wurden, für die Teilnahme waren viele Studenten gemeldet. Sie sollten zwar keine Prüfungen daraus ablegen, hatten oftmals eine schwache Leitung. Ausserdem fast alle Direktoren dieser Hochschulen hielten diesen neuen Lehrfach überflüssig und so wurden die sexualpädagogische Kurse in einigen Jahren nach der Einführung überall abgestellt und sind vom Lehrmaterial der werdende Lehrer völlig ausgeblieben.

Es war doch im Gegensatz damit, dass in 1973 ein bevölkerungspolitischer Regierungsbeschluss ausgegeben wurde, in dem -- unter anderen -- die Einführung der „Erziehung für Familienleben“ in allen staatlichen Schulen vorgeschrieben wurde. Dieser Beschluss konnte auch für die institutionelle Geschlechtererziehung weite Raume eröffnen, aber ihre Verwirklichung von der Regierung wurde nicht gesichert. Zwar vom Ministerium der Lehrwesen wurden kleine Broschuren an den Schulen zugesandt und von den 5. Klassen jährlich 2-4 Stunden Beschäftigung mit der Erziehung für Familienleben verordnet. Aber die Lehrer(innen) waren darauf überhaupt nicht vorbereitet, ausgebildet und kontrolliert für diese neue Arbeit.

So wurden zwar einige Vorträge oder Besprechungen über die Schönheit und Nützlichkeit des Familienlebens, aber die Themen der Sexualität wurden von fast alle Lehrer(innen) vermieden. Oder sie pflegten einen Arzt einladen, der hielt den Schülern einen Aufklärungsvortrag – und damit war die „Sexualerziehung“ beendet. Die Ärzte konnten natürlich nur ärztliche Kenntnisse über Schwangerschaft, Empfängnisverhütung und Geschlechts-Krankheiten kommunizieren. Das war aber überhaupt nicht genügend zur Kompensierung der pornographische Wirkungen der Massenmedien und Reklame. So ist es geschehen, dass die „sexuelle Aufklärung“ der Schuljugend schon in den 80-er Jahren meistens durch die Pornographie übernommen wurde. Infolge dessen die Schüler(innen) konnten einige „Technik der Sex“ sehr früh kennen lernen, aber in grundlegende Fragen sind sie – nach mehreren Ermessungen – völlig desorientiert geblieben.

Interessanterweise war diese Lage trotzdem so schlecht, dass in den 70-er und 80-er Jahren wurden mehrere und immer bessere Aufklärungsbücher in Ungarn publiziert, die schnell verkauft waren. Der steigende Anspruch auf Sexualaufklärung meldete sich auch dadurch, dass zu den Teilen „Der Arzt antwortet“ oder „Der Psychologe antwortet“ in einigen Zeitschriften und Magazinen sind sehr viele Briefe von Lesern angelangt, in denen Jugendliche und Erwachsene Aufklärung und persönliche Hilfe baten. Um 1980 auch ich habe in einem Jugendmagazin einen solchen Teil jahrelang geleitet und von den typischen Fragen und Antworten habe ich ein Buch zusammengestellt mit dem Titel: „Der Psychologe antwortet – über Liebe und Sex“ (1984). Das war mein sechstes Buch über sexologische Themen; -- es wurde später aktualisiert und in 2004 wieder publiziert (jasogar meines Erachtens könnte für den Teenager eine obligatorische Lektüre werden – natürlich wurde es nicht).

Obwohl die schulische Einführung der Geschlechtererziehung war nicht gelungen, die Einbürgerung der Sexologie wurde von mir in den Vordergrund gestellt Eine Möglichkeit dazu gab es in 1980 durch die Gründung der Ungarische Psychiatrische Gesellschaft, durch einer deren Vorsitzenden, dr. Bela Buda, der Autor des Buches „Moderne Theorien der Sexualität“. Mit seiner Hilfe habe ich in den Rahmen der sozialpsychiatrische Sektion eine Sexologische Arbeitsgruppe (Workshop) in 1983 organisiert, die zahlte bald mehr als 200 Mitglieder von Ärzten, Psychologen und andere Fachleuten. Wir hielten monatliche Zusammenkünfte, Vorträge und Auseinandersetzungen und haben einen Arbeitsplan, ein Projekt ausgearbeitet, in dem auch die Analyse und Weiterbildung der Geschlechtererziehung eine Hauptrolle spielte.

Mit Rücksicht auf der grossen Interesse und Aktivität der Mitglieder, bald tauchte der Anspruch und die Möglichkeit der Organisation einer Konferenz auf. Die erste ungarische Konferenz für sexuelle Gesundheit wurde in Februar 1984 im grossen Lehrsaal der psychiatrischen Klinik gehalten. Insgesamt 15 Vorträge waren besprochen, die bald darauf auch publiziert wurden.

Diese schön beginnende Arbeit der sexologischen Arbeitsgruppe wurde aber nach der Konferenz von aussen gestört, indem der Organisator und Sekreter der Gruppe unbegründet angegriffen und zum Rücktritt aufgefordert wurde. In den folgenden Jahren konnten die einander wechselnde, neue Sekretäre den Schwung des Anfangs nicht halten und so die Nummer und Aktivität der Mitglieder war stark zurückgefallen. Daran änderte nicht zuviel, dass mit Rücksicht der Ansprüche Bela Buda und ich selbst, wir haben mehrmals sexual-therapeutische Ausbildungskurse in 70 Stunden geleitet für Gruppen mit 10-14 Mitglieder (Ärzte und Psychologe). Leider, diese Ausbildungen waren von der Staat nicht anerkannt und so konnten die Teilnehmer sich mit Beratung und Therapie nur nebensächlich, in der Freizeit beschäftigen. Ausserdem wurden sie fachlich nicht kontrolliert und hatten keine Supervision.

Diese Lage verbesserte sich auch dann nicht, wenn von den wenigen, noch bleibenden Mitgliedern der Arbeitsgruppe in 1989 eine Ungarische Sexologische Gesellschaft organisiert wurde, mit der Leitung einer älteren, konservativen und religiösen Psychologin. Die nicht mehr als 15 Mitglieder dieser Gesellschaft besuchten einige Seminare geleitet von dieser Psychologin und dann nannten sich als „Sexualpsychologe“, ja sogar haben in Privatpraxis Sexualtherapie angefangen (ohne in den genannten Ausbildungskurse teilgenommen haben). Dieser Privatpraxis war im wesentlichen psychoanalytisch orientiert. Wir beide, dr. Buda und ich haben wegen theoretische Meinungsunterschiede in dieser Gesellschaft nicht teilgenommen. Zwar konnte man in ihren Program auch über Geschlechts-erziehung lesen, aber im Interesse dessen haben sie ausser individuellen Ratgebung nichts getan und erreicht.

Seit unsere politische Systemwechsel, also seit 1990 wurde die Lage der Sexologie und Sexualpädagogik noch mehr ambivalent und gegensätzlich gebildet. Es kamen zwar einige Privatinitiative im Gebiet der „Erziehung für Familienleben“ (z.B. dr. Endre Czeizel und andere haben darüber auch Bücher publiziert), oder im Interesse der Erziehung auf kulturiertes Privatleben, aber diese konnten die Lage nur durchgänglich und in kleinen Kreisen verbessern. Es zeigte sich nämlich ein starker Widerstand seitens konservative Kreise, einige Kirchen und Parteien, die aber konnten auch die grosse Sexwelle, die schnelle Verbreitung der Pornographie und Prostitution nicht verhindern.

Wegen all diese negative Entwicklungen habe ich in 1998 eine Stiftung „Kultur des Privatlebens, moderne Lebensführung“ gegründet, deren Hauptziel die Verbreitung der sexuellen Kultur war und dafür habe ich sofort mit der Ausgabe der erste „Ungarische Rundschau der Sexologie“ angefangen. Diese Rundschau war eine wissenschaftliche und auch eine populäre Vierteljahrschrift, die 4 Jahre lang ermöglichte für ihre 130-140 Abonnenten (und auch durch Bibliotheken) einen Ausblick auf 4 Wissenschaftsgebiete der Sexologie, und zwar Sexualpädagogik, medizinische Sexologie, Sexualpsychologie und Sexual-soziologie, mit systematische Kennenlernen der westliche Periodika und neue Fachbücher. Alle Inhaltsverzeichnisse und viele Artikel sind lesbar in meiner Homepage: www.sexualpsychologia.hu Diese Sexologische Rundschau wurde ohne moralische und finanzielle Unterstützung geblieben und wurde in 2002 abgestellt. Aber schon nach 2 Jahren hat meine Stiftung eine Bücherreihe gestartet mit dem Titel „Fachbücher der sexuelle Gesundheitsschutz“. Die erste 5 Bände dieser Reihe sind die folgende:

1. Sexologische Dokumente (2004) Dieses Buch beinhaltet einerseits Studien von Prof. E.J. Haeblerle, andererseits die neue Empfehlungen der WHO im Interesse der sexuelle Gesundheit und Erziehung.

2. Grundkenntnisse über Sexualtherapie (2004) Dieser Band beinhaltet den 1. und 5. elearning Kurse von Prof. E.J. Haeblerle; von denen alle 6 Kurse sind lesbar in meiner Übersetzung auf der genannten Website.

3. Schulische Sexualerziehung in Deutschland (2004) Dieser Band ist eine etwas gekürzte und aktualisierte ungarische Ausgabe des Buches „Sexualerziehung von Anfang an!“, ein Sammelband, ausgegeben von Prof. Petra Milhoffer. Mit diesem Buch könnte man eine Ausführung von der Sackgasse der ungarischen Geschlechtererziehung erwarten, wenn es wäre in der Aus- und Weiterbildung der Lehrer(innen) angewendet.

4. Sexualpsychologie. Textbuch und Dokumentation. (2006) Dies ist das erste solche Textbuch, das in Europe (oder mindestens in Mittel- und Osteurope) publiziert wurde. Seine Anwendung in Universitätskreisen beginnt aber nur fakultativerweise in diesen Tagen in der Universität ELTE in Budapest.

5. Sexualpädagogik. Sexuelle Gesundheitserziehung (2007) Es ist das erste ungarische Textbuch der Geschlechtererziehung. Es wurde bisher nur in der Ausbildung der Studenten der Heilpädagogik eingeführt, aber wird hoffentlich auch in der Aus- und Weiterbildung der Lehrer(innen) und Sozialarbeiter aufgenommen.

Die 2 letzte Bücher wurden von mir geschrieben und beide sind völlig lesbar auch in meiner Website. (Mit diesen beiden habe ich insgesamt 26 sexologische Bücher publiziert.) Die erste drei genannten wurden von mir übersetzt und redigiert, ebenso, wie das Buch von Prof. Norbert Kluge „Anthropologie der Kindheit“ und einige andere.

Es gab noch andere Bücher mit verschiedenen sexologische Themen, aber sie berühren kaum die Fragen

der sexuellen Erziehung oder schreiben darüber nur einseitig und mit konservativer Annäherung. Ähnlich ist die Lage bei den solchen Webseiten, wie z.B. die Wissenschaftliche Gesellschaft der Obstetrik und Gynäkologie, die gibt den Jugendlichen ausschliesslich medizinische Aufklärung, mit staatlichen Unterstützung.

Die Geschlechtererziehung in Ungarn kann also überhaupt nicht gut und gegründet funktionieren, obwohl die sexuelle Gesundheit ist von vielerlei Krankheitserreger gefährdet. Die sind z.B. die heutige Weltkrise der Ehe und Familie, die zeigt sich vorerst in der ständig grössende Nummern der Scheidungen und Getrenntleben,

ausserdem das Fehlen der Kinderwunsch. In Ungarn sind seit Jahrzenten viel weniger Kinder geboren, als wie viele Leute sterben, so unser Volk ist statt Bevölkerungszuwachs jährlich abgenommen. In den letzten Jahren umg. 8 Prozent der Lebendgeburten sind bei jugendliche Mutter und 11% der Abtreibungen bei Teenager (also zehnmal mehr als in den westeuropäischen Länder) geschehen. Dies alles ist in erster Reihe die Folge der fehlende umfassende und institutionalisierte Geschlechtererziehung .

Abgesehen von den anderen negative Faktoren es ist evident, dass die weitreichende Einführung der wissenschaftlich begründete Geschlechtererziehung und die Entwicklung der sexuelle Kultur ist nicht nur dringend nötige, sondern nachdrücklich eine Nation-schützende Aufgabe, was müsste schon längst erkannt sein bei den Kompetenten der öffentlichen Bildung und Gesundheit auch in Ungarn. Darüber können und müssen wir viel zu lernen, unter anderen auch von unseren deutsche Kollegen.

Vilmos Szilágyi

Krisenvolle Jubiläen der Sexualerziehung
in Deutschland

Es ist (oder sollte) allgemein bekannt sein, dass Qualität und Charakter des Sexualverhaltens spielt eine Schlüsselrolle im Leben der Individuen und Gesellschaften. Da bei den Menschen es nicht triebhaft ist, also nicht

mit uns geboren, sondern gelernt, wir sollten uns darauf bewusst und gründlich bereit machen. Anfänglich ist es eine elterliche Aufgabe, später eine Verantwortlichkeit der Schule und vom Jugendalter immer mehr die eigene Aufgabe der Selbsterziehung und Selbstentwicklung.

Die Representanten der Sexologie wussten das schon am Anfang des 20. Jahrhundert und ein Hauptziel der sexuellen Reformbewegungen war eben die allgemeine Sexualaufklärung und Erziehung. In Form von Artikel und

Bücher schien das mehr oder weniger verwirklicht schon in der ersten Hälfte des Jahrhundert, zwar es war natürlich nicht zu jeden hingelangen. Glücklicherweise die Schweden als ersten haben die Geschlechtererziehung in den Schulen schon in den 1950-en Jahren eingeleitet und auch eine spezielle Bildung der Erzieher war bei ihnen angefangen.

In 1968 hatte auch die Kultusminister-konferenz der BRD „Empfehlungen zur Sexualerziehung in den Schulen“ einstimmig beschlossen. Damit konnte auch eine sexualpädagogische Belehrung der Erzieher angefangen werden. Diese Aufgabe hatte aber gleich einige Haken. Zwar es gab schon viele Fachliteratur, hier und dort organisiert man frei-wählende, kurze Kurse für Lehrer, die Sexualpädagogik wurde kein Lehrmaterial der lehrerbildende Institute.

So verlaufen 10 Jahre bis jemand bemerkte, man müsste die schulische Sexualerziehung und die „Richtlinien“ der Kultusminister endlich ernst nehmen. Dieser „jemand“ war Rudi Maskus, ein Mitarbeiter der Lehrerbildungsinstitut von der Universität Bonn. Seine Vorlesungen über sexuelle Problematik waren von den Studenten schon vorher begeistert empfangen. Er organisierte in 1978 die erste Deutsche Gesellschaft für Geschlechtererziehung. Nämlich der Beispiel der bonner Universität (wo die Studenten sollten Prüfungen davon ablegen) wurde von anderen Lehrerbildungsinstituten nicht gefolgt, so die Lehrer blieben ungebildet und brauchten Hilfe. Die allgemeinnützig anerkannte Gesellschaft der Geschlechtererziehung gab für ihre Glieder monatlich Zeitschriften aus und organisierte Jahrestagungen in verschiedenen Grossstädten, wo die Möglichkeiten der Entwicklung von Sexualerziehung wurden mit eingeladenen Spezialisten erörtert. Auf den Jahrestagungen die

Teilnehmer haben Beschlüsse angenommen und darüber die Leiter der Erziehungspolitik und die Medien immer verständigt.

In 2008, bei der Angelegenheit der 30. Jubiläum der DGG wurde unter anderen der folgende Resolution geboren:

„Sexualerziehung heute ist mehr als Prevention, mehr als die Umsetzung des Mottos „Wissen schützt“. Sie ist ein Beitrag zum Kinder- und Jugendschutz. 40 Jahre nach dem gesetzlichen Verpflichtung zur Sexualerziehung an Schulen ist Aufklärung und wissenschaftlich fundierte Sexualerziehung, AIDS- und Missbrauch-prävention in Schulen aller Schularten auf allen Jahrgangsstufen immer noch keine Selbstverständlichkeit...“ usw.

Diese Resolution könnte auch in Ungarn bestätigt sein, zwar bei uns gibt es noch keine staatliche Richtlinien zur Geschlechtererziehung; obwohl schon in 1973 war ein Regierungsbeschluss in Bevölkerungsfragen geboren, der vorschrieb unter anderen, dass man soll in Klassen der 10 bis 18-jährigen die sogenannte „Erziehung für Familienleben“ einführen. Es könnte prinzipiell auch die Geschlechtererziehung behalten. Aber über Verwirklichung, Kontrollierung und hauptsächlich über die sexualpädagogische Ausbildung der werdende und

schon arbeitende Lehrer wurde auch hier nicht besorgt. Unsere Situation ist also sehr ähnlich zur Lage in Deutschland /wo ist doch etwas mehr erreicht).

Aber mit Grund taucht die Frage auf: warum musste die institutionelle (schulische)

Geschlechterziehung einen fast völligen Misserfolg erleiden?

Der genannte Stifter der DGG, Professor Maskus hat darüber auf den Jubiläum-Tagung folgende gesagt: in Deutschland konnte eine Rolle spielen, dass der Leiter einer deutschen sexologischen Gesellschaft, Helmut

Kentler

publizierte erfolgreiche Bücher über die emanzipatorische, non-repressive Sexualerziehung und das wurde von vielen Lehrer(innen) angenommen. Aber nachdem einige Gruppen der Eltern waren damit nicht einverstanden, sie klagten deswegen beim Verfassungsgericht, dessen Urteil (in 1977) war, dass Kentlers Schriften ideologisch einseitig sind und verletzen den Verbot der „Indoktrinierung“. Auch die schulische Sexualerziehung soll nämlich offen sein in Richtung der verschiedene Wertsysteme, also man muss Rücksicht nehmen in pluralistischen Gesellschaften.

Maskus fügte hinzu: „Die Übermittlung von wissenschaftlichen Fakten zur Sexualität des Menschen unterliegen nicht diesem Verbot. Denn dazu gibt es keine Alternativen. Jedoch die Bewertung dieser Fakten ist unterschiedlich. Sie hängt ab von der Herkunft eines Menschen, seiner Erziehung, seiner politischen Einstellung, seiner religiösen Überzeugung, seiner Lebenserfahrung. Nur wenn in der Sexualerziehung diese unterschiedlichen

Bewertungen korrekt zur Sprache kommen, besteht für die Schülerschaft die Voraussetzung, sich selbst in dieser Hinsicht zu entscheiden und sich nicht nur von aussen gängeln zu lassen.“

Aber weil die Lehrer nehmen Verbote nicht gerne an, nach Maskus es wäre richtiger von einer Empfehlung zu sprechen, die eine vielseitige Besprechung der verschiedenen Auffassungen bedeutet, z.B. über die sexuelle Beziehungen: einige stellen keine Grenze, aber andere die vor- oder ausseneheliche und die homosexuelle Beziehungen, ja sogar auch die Selbstbefriedigung stark verurteilen. Maskus betont: alle individuelle Standpunkte

muss man in Ehren halten! Es ist zweifellos Recht, mit der Ergänzung, dass wissenschaftliche Fakten und Bewertungen dürfen nicht ausser Acht bleiben, in Frage gestellt oder relativiert werden. Wenn die Sexualerziehung wissenschaftlich begründet bleiben soll, dann darf auch die Bewertung der Fakten nicht unwissenschaftlich sein und müssen den Schülern eindeutig mitgeteilt werden. Natürlich neben andere Bewertungen und Meinungen mit Hinweisungen, ob die sind nicht zuverlässig, ja sogar schädlich. Die Schüler können dadurch nicht nur frei, sondern begründet zwischen den verschiedene Bewertungen wählen.

Maskus bestätigt mit Recht, dass eine gesonderte Sexualethik überflüssig ist, weil die Ethik auf jeden Gebieten des Lebens gültig ist. Die Frage ist nur ob was für Ethik sollen wir wählen und preferieren, da es gibt mehrere Ethiken, von Kants „Pflicht-Ethik“ bis zur hedonistische „Liberal-Ethik“. In dieser Beziehung er empfiehlt den Befehl der Toleranz. Zufügt aber, dass auch damit darf man kein Missbrauch treiben, nämlich im Falle der Übertreibung können alle Werte gefährlich sein. Eben darum soll auch die Toleranz ihre Gränze haben. Man soll die schädliche Standpunkte auch im Gebiet der Sexualverhalten nicht tolerieren. Dazu gehören extreme Liberalität ebenso, wie religiöse Verurteilung und Demonisierung der Sexualität. Die schulische Sexualerziehung

soll beide Extremitäten vermeiden.

Maskus betont: „Wir wollen uns von Ideologien lösen und uns von unserer selbstverschuldeten Unmündigkeit befreien, wozu uns Kant aufgerufen hat. Damals waren die religiösen Ideologien, denen die Menschen folgten und als fremde Autoritäten anerkannten, anstatt sich auf die eigene Vernunft zu besinnen. Heute

sind es die politischen Ideologien...“ All das bedeutet – auch nach Maskus - einen Rückfall auf den Niveau vor Zeiten der Aufklärung!

In den Geschlechterziehung soll man daher die viele Variationen der sexuellen Orientierungen und Wertsysteme zu zeigen, ebenso wie die religiöse und politische Ideologien und Mode-Strömungen. Aber keine soll man ohne Kritik annehmen oder verurteilen; ihre Representanten soll man beachten (wenn wir niemand mit Gewalt überzeugen wollen). Auf diesen Punkt Maskus kritisiert stark die sog. „emanzipatorische und nichtrepressive“

Sexualerziehung von Kentler (als „Hedonismus“), die steht in Gegensatz mit den ethischen Prinzipien von Kant, die entsprechen an den christlichen Ethik: „Liebe deine Nächsten, wie dich selbst.“ Das gilt nach Maskus auch für den sexuellen Umgang miteinander. Vielleicht eben darum gibt es so viele Scheidungen, weil diese ethische Prinzip von vielen ausser Acht gelassen ist.

Ob wieweit stand Kentlers „Bewegung“ in Gegensatz mit diesen Prinzip, das kann ich so nachträglich nicht mehr beurteilen. Es kann sein, dass sie es irgendwie übertrieben haben. Aber theoretisch die emanzipatorische Bestrebung und die Nicht-Repressivität steht überhaupt nicht in Gegensatz mit den genannten ethischen Prinzipien, ja sogar stehen eher in Harmonie mit ihnen. Die genannte Bestrebungen sind meines Erachtens ebenso

wenig schädlich in der Geschlechterziehung, als die Selbstverwirklichung, was nach Maskus übertriebene Egoismus und aggressives Fehlverhalten ist. Das scheint ein bedauerlicher Missverständnis der originellen Theorie

der Selbstverwirklichung von Maslow zu sein, dessen Theorie richtet sich eindeutigerweise auf die Entwicklung

der positive menschliche Fähigkeiten, unter denen auch die prosoziale Fähigkeiten wesentliche Rolle haben. Maskus beruft sich fehlweise auf die christliche Ethik, die (nach Ihn) sollte anerkannt sein auch von denen, die weit von der christlichen Religion stehen. Die genannte Prinzip der christlichen Ethik kann nämlich verschiedene Interpretationen haben. Z.B. es ist nicht klar, wer müssen wir als „Nächste“ anerkennen? Unsere Selbstliebe sollen wir nach der Religion dem Gottesfurcht und der religiösen Geboten/Verboten unterordnen, die uns eher auf Absagung und Selbstopfung benötigen.

Das „Zauberwort“ Empathie - empfohlen von Maskus – charakterisiert überhaupt nicht die stark religiöse Christianer. Die dogmatische und extrem einseitige Ideologie der christlich/katholische Religion war auch für Maskus klar. Sein Standpunkt scheint also eine zwanghafte Kompromiss zu sein. Oder hängt damit zusammen, dass er konnte sich nicht von der Glaube der Transzendenz losreißen - aber es ist in Widerspruch mit der wissenschaftlicher Sichtweise. Nach Maskus wir brauchen doch diese Glaube, weil wir geben umsonst sexuelle Aufklärungen über das richtige Sexualverhalten, die Triebe sind stärker als unser Vernunft - das zeigt auch die psychoanalytische Lehre von Sigmund Freud. Also, für Stärkung unseres Vernunft wir brauchen die Transzendenz-Glaube, das heisst, eine Verantwortlichkeit an einem Macht über uns (also an Gott). Es ist ziemlich unverständlich und bedauerlich, dass eben Maskus „klebt sich ab“ zur freudschen Triebtheorie und zu genauso veraltete Misticismus. So auch bei ihn ist gültig, was er in seinen Memoiren von Martin Luther schrieb, nämlich ob Luther „steht mit halben Fuss noch im Mittelalter“: Maskus probierte diesen eigenartigen Widerspruch damit rechtfertigen, dass er war ganz erschrocken in Indien, da er sah die „heilige Kühe“, deren Tabu-Charakter viel stärker war, als der Kraft des Hunger-Triebes bei den verhungerten Inder. Er beruft sich auch auf dem Schweinflisch-Tabu der religiösen Juden, in dem kein vernünftiges Ermessen, sondern ein religiöser Verbot (also die Transzendenz) eine Hauptrolle spielt.

Aber in unseren Gesellschaft gibt es kein Tabu. Also umsonst wissen alle, ob Rauchen ist schädlich, doch rauchen viele, und die Lage ist ähnlich mit den verschiedenen Drogen. Es ist auch bekannt, dass der Geschlechtsverkehr ohne Schutz bedeutet Infektionsgefahr, doch viele schützen sich nicht. Das heisst, es genügt nicht den Jugendlichen Aufklärung zug eben, sondern eher ihre Augen darauf öffnen: sie müssen verantwortlich sein an einen transzendenten Macht, also an Gott.

Hier aber muss man Stop halten! Heisst das, ob wir brauchen religiöse Verbote und Gottesfurcht für ein kulturiertes Sexualverhalten? Das zu realisieren, man müsste nicht nur das Recht der Erziehung an christlichen (und anderen) Kirchen durchlassen, sondern auch das Recht der Verwaltung des öffentlichen Lebens und das ganze Rechtssystem. Also soll nach dem „Partei-Staat“ wieder ein „kirchlicher Staat“ kommen? Denkt es Maskus wirklich ernst? Auch, wenn es würde überhaupt nicht unsere Vernunft stärken, sondern eben schwächen?

Es ist kaum denkbar, dass er möchte wieder transzendente Tabus in die schulische Sexualerziehung einzuführen.

Mit Recht taucht die Frage auf, ob nicht eben diese inkonsequente Kompromisse hatten eine grosse Rolle in der Entstehung der heutigen Krise der Geschlechtererziehung?

Die schulische Sexualerziehung ist in Deutschland 40 Jahre verbindlich. Aber die Aufrüstung der Lehrer(innen) für diese Aufgabe ist ebenso vergessen, wie bei uns nach dem Regierungsbeschluss in 1973. Also vergeblich gründete Maskus vor 30 Jahre die DGG, auch diese konnte die Lage nicht ändern. Das heisst, wir müssen gründlich durchdenken, was folgt daraus: ist es annehmbar die Geschlechtererziehung entweder an Kirchen, oder an Pornindustrie überlassen (wie es heute geschieht).

Oder gibt es eine andere Möglichkeit?

[Kommunikation bei sexuellen Problemen](#)

Vilmos Szilágyi

(Kapitel des Buches „Orvosi kommunikáció“, 2008)

Einleitung

Patienten, die sich mit psychosomatischen Symptomen an einen Arzt wenden, sind sich meist der tieferen Ursachen ihrer Beschwerden und Symptome nicht bewusst, dabei lassen sich diese oft auf Störungen des Sexuallebens und der Partnerbeziehung zurückführen. Erkennt der Arzt diese Ursachen nicht, so kann die Behandlung oberflächlich, sogar erfolglos werden. Auch heute noch bleiben viele solcher Probleme unbemerkt.

Die schweren Folgen dieses Mangels verrät z.B. ein um Hilfe bittender Brief, dessen Verfasser, ein Mann in mittleren Jahren schreibt, dass er während der mehrjährigen Behandlung ungefähr 40 verschiedene Medikamente erhalten hatte, seine Beschwerden (Beklemmungen, Depressionen) jedoch nicht gelindert wurden. Inzwischen hatte er erkannt, dass ein bedeutend größeres Problem als alle seine anderen Krankheiten seine sexuellen Probleme waren, die praktisch nirgends zur Sprache kamen.

„Beziehungsweise habe ich die Erfahrung gemacht“ – schrieb er -, „dass jeder Arzt oder Psychologe, der danach fragte, nach einigen Fragen beschämt auf ein anderes Thema überging.“ Im Weiteren schildert er, dass seine sexuellen Probleme auch der Grund für seine „nervöse Überlastung“ seien, deshalb wäre es das Wichtigste, diese zu behandeln - nur das eben sei nie geschehen! Da er nicht wisse, an wen er sich wenden könnte, um eine tatsächliche Hilfe bei der Lösung seines Hauptproblems zu erhalten, beschäftige er sich seit einiger Zeit ernsthaft mit Selbstmordgedanken.

Solchen schweren Folgen könnte vorgebeugt werden, wenn der Arzt bei den ihn mit verschiedenen Beschwerden aufsuchenden Patienten ihren sexuellen Beziehungsproblemen mehr Aufmerksamkeit

schenken und auch einem ausführlicheren Gespräch darüber nicht ausweichen würde. Dazu kann natürlich eine gewisse Vorbereitung notwendig sein. Das Erkennen der versteckten Häufigkeit und Bedeutung von sexuellen Problemen, sowie die effektiven Methoden ihres Erfassens und Behandeln verstehen sich nämlich nicht ganz von selbst.

Die Kompensierung des anhaltenden Sexualtabus

Es muss vielleicht nicht bewiesen werden, dass in vielen trotz der Sexualwelle der letzten Jahrzehnte in Werbung und Pornographie eine sexuelle Hemmung weiterlebt, besonders hinsichtlich eines offenen und ausführlichen Gesprächs über „intime Fragen“. Das gilt natürlich in erster Linie für die ältere Generation, ist aber auch bei Jüngeren keine Seltenheit (mit Ausnahme im gleichgeschlechtlichen Freundeskreise, wo viele auch hemmungslos prahlen).

Natürlich hängt viel davon ab, wer mit wem über diese Fragen spricht und in welchem Verhältnis die Gesprächspartner zueinander stehen. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist in dieser Hinsicht auch ein ziemlich spezieller Fall. Die Patienten fürchten sich meist davor, sich dem Arzt auszuliefern und entschließen sich auch wegen der üblichen Rahmenbedingungen (zu wenig Zeit, Anwesenheit anderer usw.) schwer zu einer vollkommen aufrichtigen Aussage. Gleichzeitig erwarten sie dagegen vom Arzt Hilfe, was verständlich und berechtigt ist. Der Arzt aber ist manchmal bei der sexuellen Kommunikation selbst nicht frei von Hemmungen und einige umgehen mit verschiedenen Vorwänden das Thema der Sexualität und Partnerbeziehung. Vorwände sind z.B., dass der Arzt „den Patienten nicht in eine unangenehme Situation bringen möchte“ oder nicht mit „indiskreten Fragen“ belästigen will, eventuelle Missverständnisse vermeiden möchte oder einfach keine Zeit für solche Gespräche hat usw.

In Wirklichkeit handelt es sich natürlich eher darum, dass die meisten Ärzte sich unvorbereitet fühlen, denn sie bekommen weder während des Studiums, noch anderswo eine diesbezügliche Ausbildung, und so wissen sie auch nicht richtig, was sie mit den sexuellen Problemen des Patienten beginnen sollen.

Dieser Mangel besteht nicht nur in Ungarn, sondern mehr oder weniger in ganz Europa, ja sogar weltweit, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß. Ein englischer Forscher hat z. B. festgestellt, dass die sexologische Bildung des medizinischen Personals noch immer sehr mangelhaft ist, sich die Medizinstudenten nicht ganz tauglich finden, um eine Sexualanamnese aufzunehmen und die Geschlechtsorgane zu untersuchen. Darauf müssten jedoch die Studenten während des Studiums vorbereitet werden – wie auch darauf, dass sie dem Patienten nicht mit Vorurteilen gegenüberzutreten. Patricia d'Ardenne, die Chefredakteurin der Zeitschrift *Sexual and Marital Therapy* schrieb (1999/2) unter anderem: „Überall in der ärztlichen Praxis kommen Geschlechtskrankheiten und sexuelle Funktionsstörungen vor, deshalb wäre dort auch ihr Platz in der Bildung. Die verschiedenen medizinischen Disziplinen ... könnten eine deutliche Rolle bei der sexualtherapeutischen Vorbereitung der Ärzte spielen.“ Im *British Medical Journal* wurde vor kurzem eine Serie über den Schutz der sexuellen Gesundheit, unter anderem über die Erhebung der Sexualanamnese, die Untersuchung der Patienten mit verschiedenen Störungen des Sexuallebens usw. publiziert. Die Autoren der Zeitschrift machten auf die Wichtigkeit der sexuellen Kommunikation und des Erwerbs von Sexualkenntnissen aufmerksam und stellten gleichzeitig fest, dass auch bei ihnen die diesbezügliche Weiterbildung nicht vollkommen gelöst ist. Bei uns in Ungarn fehlt dagegen die sexuelle Bildung von Ärzten und Psychologen nicht nur vollkommen, sondern es macht sich auch das traditionelle Sexualtabu stärker bemerkbar, die überholten Ansichten, Vorurteile sind auch stärker ausgeprägt als in westlichen Ländern, wo die Sexologie an mehreren medizinischen Universitäten schon Pflichtfach ist.

Die Patienten, die sich an einen Arzt wenden, haben meistens das Gefühl: es schickt sich nicht, vor dem Arzt mit ihren sexuellen Problemen „herauszurücken“. Sie melden sich lieber mit den unterschiedlichsten organischen Beschwerden, auch schon aus dem Grund, weil sie selbst ihre sexuellen Probleme einer organischen Krankheit zuschreiben. Und sie denken, wenn sie ihre organischen Beschwerden mit Hilfe des Arztes überwinden, dann wird es auch keine Probleme mehr mit dem Sex geben. Der Arzt akzeptiert die angebotenen Beschwerden sehr leicht, ordnet sie in einen „diagnostischen Kasten“ und schon verschreibt er ein Medikament oder eine Überweisung zur fachärztlichen Untersuchung.

Die sexuellen Probleme kommen also oft gar nicht ans Tageslicht, und so können sie natürlich auch nicht gelöst werden. Wenn der Patient doch eine zaghafte Bemerkung über sein Sexualleben fallen lässt, dann ist eine häufige Reaktion des Arztes: „Komplizieren wir die Dinge nicht“ oder „Darauf kommen wir später zurück!“ (und dann kommt er nicht darauf zurück) bzw. „Damit wenden Sie sich lieber an einen Spezialisten!“, z.B. sollen eine Frau den Frauenarzt, ein Mann den Urologen, Andrologen, oder beide einen Psychiater, Psychologen konsultieren. Ob dann der Patient den empfohlenen „Spezialisten“ tatsächlich aufsucht und dieser auch helfen kann, ist sehr fraglich. Eine Ausbildung in Sexologie oder Sexualtherapie haben nämlich auch diese Fachärzte nicht erhalten. Das Überweisen des Patienten ist also meistens nur ein Abschieben der Aufgaben. (Das wird solange die Regel sein, bis es auch in Ungarn in ausreichender Zahl ausgebildete Sexualtherapeuten gibt.)

Der Gesprächsrahmen bei Sexualproblemen

Will man jedoch helfen – was von einem Arzt zu Recht zu erwarten ist – so sollte man Folgendes beachten. Da die Sexualität auch heute noch für viele ein „heikles Thema“ ist, muss man natürlich darauf achten, die Empfindlichkeit und moralischen Werte des Patienten nicht zu verletzen. Andererseits sollte

man die sexuellen Fragen und Probleme des Patienten mit ihm verständlichen Ausdrücken behandeln. Deshalb sollte man zuerst mit neutralen Themen eine relativ unmittelbare und vertrauliche Beziehung aufbauen, den Bildungsstand und das Wertesystem des Patienten erfassen und dementsprechend auf die Fragen seines Sexuallebens übergehen.

Beim Aufdecken der Probleme muss man sich also dem Patienten anpassen, was in der Regel und hauptsächlich das Vermeiden von Extremen bedeutet, einerseits von medizinischen Fachausdrücken, andererseits von einer „Blumensprache“ oder vulgären Ausdrücken. Viele berufen sich darauf, dass es keine akzeptablen, salonfähigen“ Ausdrücke für die heiklen Themen der Sexualität gibt. Das ist aber nur ein Vorwand, um sich vor der Aufgabe zu drücken, denn in Wirklichkeit gibt es für alles die passenden Wörter. Statt Penis kann man z. B. männliches Glied, statt Vagina Scheide, statt Klitoris Kitzler, statt Koitus Beischlaf, Geschlechtsverkehr oder Liebesakt sagen. Es gibt keine sexuelle Handlung, die sich nicht allgemeinverständlich (und nicht mit vulgären Wörtern) ausdrücken ließe.

Das bedeutet natürlich nicht, dass man die bekannteren Fachausdrücke um jeden Preis meiden sollte. Man sollte aber – wenigstens anfangs – eine Erklärung dazu abgeben. Benutzt man z.B. das Wort Orgasmus, so sollte man dazusagen, dass das die sexuelle Befriedigung bedeutet. Genauso kann man auch die Begriffe Heterosexualität, Bisexualität und Homosexualität erklären, und zu letzterem die Erklärung schwul und lesbisch hinzufügen.

Fragen bezüglich des Sexuallebens sollte man natürlich erst dann stellen, wenn man schon bei einem oder mehreren Vorgesprächen das Vertrauen des Patienten gewonnen hat. Aber auch in diesem Fall sollte man ihn nicht mit einer Reihe konkreter Fragen überschütten, sondern lieber mit etwas Ermutigung erreichen, dass der Patient von alleine über seine diesbezüglichen Erlebnisse und Probleme spricht. Fällt ihm das schwer, dann kann man ihm die Situation natürlich mit einfachen unterstützenden oder lenkenden Fragen erleichtern. Diese dienen der genauen Klärung der Probleme, der Vermeidung eventueller Missverständnisse. Ungefähr so: „Wenn ich Sie richtig verstanden habe, dann sieht Ihre Situation folgendermaßen aus ...“

Bei der Formulierung der Fragen sollte man den soziokulturellen Hintergrund des Betroffenen immer berücksichtigen, weil dieser es deutlich bestimmt, wie viel der Patient von dem Gesagten versteht, wie er die Fragen auslegt und inwieweit er sie auch beantworten kann. Manchmal kann man dieselbe Frage in unterschiedlicher Form stellen, weil sich dann die Antworten ergänzen und die wesentlichen Zusammenhänge deutlicher werden lassen. Besonders dann muss man die Frage in einer anderen (dem Patienten besser angepassten) Form wiederholen, wenn er sichtlich um Antwort ringt. Dabei sollte man aber auch darauf achten, dass man die Antwort auf diese Frage nicht erzwingt, sondern sie eher vorübergehend fallenlasse, um dann später darauf zurückzukommen – oder man sollte das Thema von einer anderen Seite, aus anderer Sicht angehen.

Es ist von grundlegender Wichtigkeit, dass man den richtigen Rahmen für ein erfolgreiches Gespräch über sexuelle Probleme schafft. Diese Rahmenbedingungen sind teils objektiver, teils subjektiver Natur. Der objektive Rahmen besteht vor allem aus dem Gespräch unter vier Augen und der ungestörten Atmosphäre. Es liegt auf der Hand, dass die meisten über Intimfragen nur unter vier Augen und in ruhiger Umgebung, an einem passenden Ort und ohne Zeitdruck sprechen können. Die übliche Sprechstunde, die Anwesenheit einer Assistentin oder anderer Mitarbeiter, der enge Zeitrahmen und die ständige Möglichkeit von Störungen machen eine erfolgreiche Kommunikation fast unmöglich. Zu diesem Gespräch muss man also einen passenden Ort finden und sich ausreichend Zeit nehmen. Der vorgesehene Zeitraum kann natürlich nicht unbegrenzt sein, sollte sich aber den Umständen entsprechend ändern, eventuell verlängern lassen, besonders beim ersten Gespräch.

Einem Facharzt oder Allgemeinpraktiker steht aber in der Regel nicht viel Zeit zur gründlichen Besprechung der Probleme zur Verfügung. Aber auch wenn er dafür nur 5-10 Minuten aufwenden kann, sollte er dem Gespräch nicht aus dem Weg gehen, denn auch eine Kurzintervention kann schon erfolgreich sein, besonders wenn sie mehrmals erfolgt.

Auf jeden Fall ist es gut, wenn man die Kompetenzgrenzen und seinen eigenen Wissensstand kennt, genau beurteilen kann, womit man diesem Patienten helfen kann (z. B. durch Anhören seiner Probleme, Zerstreuung von Missverständnissen usw.) und wann man ihn zu einem anderen Facharzt überweisen sollte, der über mehr Zeit und Erfahrung verfügt.

Zu den Rahmenbedingungen gehört noch eine ruhige und bequeme Gesprächsatmosphäre, wo die Aufmerksamkeit der Gesprächspartner durch keinerlei äußere Reize abgelenkt wird und sie sich relativ heimisch fühlen. Die bequemen Sitzgelegenheiten sollten so platziert sein, dass man sich nicht direkt gegenüber sitzt, sondern in der sog. Beratungsanordnung, d.h. der Stuhl des Arztes steht hinter dem Schreibtisch, der Patientenstuhl an der Seite des Tisches. Auf dem Tisch sollte ausreichend Platz für das Ausbreiten eventueller Dokumente und Befunde sein.

Vielleicht noch wichtiger ist der subjektive Rahmen, vor allem das Schaffen einer vertrauensvollen Atmosphäre. Das hängt natürlich auch davon ab, wie lange man den Patienten kennt, wie die bisherigen Gespräche verliefen, und ob man unter vier oder sechs Augen spricht. Letzteres ist z.B. dann der Fall, wenn an dem Gespräch auch der Partner des Patienten teilnimmt. Das lässt sich nicht ausschließen, ja es kann auch von Vorteil sein, denn Sexualprobleme stellen sich in der Regel in einer Beziehung, deshalb sollte zur Diagnosefindung und Beratung auch der Partner zugezogen werden.

Die moderne Sexualtherapie ist auch sonst grundsätzlich eine Paartherapie. Das schließt natürlich nicht aus, sich auch einzeln mit den Betroffenen zu beschäftigen, besonders zu Beginn des Aufdeckens von Sexualproblemen. Ein Gespräch unter vier Augen erleichtert das Angleichen, genauer das empathische Einstimmen auf den Patienten, was die wichtigste subjektive Bedingung einer effektiven Arbeit ist. Damit geht auch eine freundlich interessierte und akzeptierende Attitüde einher, d.h. eine Distanzierung von negativen Urteilen und Bewertungen, und zwar nicht nur bei der verbalen Kommunikation, sondern auch bei der Metakommunikation. Die Betroffenen reagieren in dieser Hinsicht nämlich sehr empfindlich und blocken schnell ab, wenn sie keine totale Akzeptanz und Ermutigung verspüren. Inkongruente Situationen sind also zu meiden (wenn Worte und Gesten des Arztes nicht harmonisieren).

Um Missverständnissen vorzubeugen: das bedeutet nicht, dass man alles für richtig befinden muss, was die Betroffenen schildern. Beim empathischen Anhören empfängt man die Vorurteile, falschen Vorstellungen oder Gewohnheiten des Patienten mit der Absicht des Verständnisses, zeigt aber an, dass „man auf diese noch zurückkommen wird“ oder versucht, die Gründe und Funktionen der Störfaktoren mit Fragen zu klären.

Es ist eine wichtige subjektive Bedingung, dass man selbst ruhig und gelöst sei und diese Haltung auch beim Patienten mit allen Mitteln fördere. In angespanntem Nerven- und Gefühlszustand ist es weder lohnend noch empfehlenswert, über sexuelle Probleme zu sprechen, deshalb sollte man in dieser Situation das Gespräch verschieben oder vorübergehend auf ein anderes Thema übergehen. Nach einiger Zeit kann man dann versuchen, von dem neutraleren und beruhigenderen Thema auf die sexuellen Probleme zurückzukommen. Eine der besten Entspannungsmethoden ist es, wenn man dem Patienten sein aufrichtiges Interesse zeigt und ihn nach den wichtigsten Ereignissen seines Lebens fragt. In der Regel spricht jeder gern über sein eigenes Leben und das bietet viele Anhaltspunkte zum Aufdecken sexueller Probleme und der Klärung ihrer Hintergründe. Auch schafft die Unterhaltung über die jüngste Lebensgeschichte des Patienten eine vertrauliche Atmosphäre, was auch das Gespräch über sexuelle Probleme fördert.

Es ist wichtig, dem Patienten (oder dem Paar) ständig Rückmeldungen zu geben, dass man das Gesagte verstanden hat und die aufrichtige Selbstoffenbarung anerkennt – wobei man betonen sollte, wie sehr das die Lösung der Probleme voranbringt. Ist etwas nicht ganz klar, dann kann man sofort nachhaken und dann das Verlautete mit eigenen Worten zusammenfassen (und um Bestärkung oder Berichtigung bitten). Spricht man mit einem Paar, so ist es wichtig, die Meinung des anderen Partners zu dem Gesagten zu erfragen, Unterschiede in der Sicht der Dinge aufzudecken, was ein wichtiger Kausalfaktor der auftauchenden Sexualprobleme sein kann. Hier ist nicht das Ziel, einem der beiden Partner Recht zu geben, sondern man sollte nur die Besprechung der Meinungsverschiedenheiten ermöglichen. Die Klienten neigen oft dazu, dem Therapeuten die Rolle eines Richters zuzuschreiben, und sie erwarten, dass sie dem Partner gegenüber Recht erhalten. Aber wenn das geschehen würde, wäre es schwer sie akzeptieren zu lassen, dass für das Auftreten von Problemen in der Regel beide Partner verantwortlich sind und auch beide zu ihrer Lösung beitragen, also einander helfen müssen. Gerade deshalb ist eine neutrale und beide Partner unterstützende Einstellung und Kommunikation erforderlich.

Zu klärender Kontext

Zum Verstehen von sexuellen Beziehungsproblemen ist es unerlässlich, ihren soziokulturellen Hintergrund abzuklären. Ein Teil der Probleme ist kulturhistorisch bedingt, wie z. B. die historische Dominanz der männlichen Sexualität, der auch in unseren Tagen noch vorhandene Patriarchalismus, dessen prägnanteste Äußerung der „Machismo“ ist, d.h. die Anhäufung von Eroberungen, die Ausnutzung der Frau, ihre Behandlung als Objekt. Aber auch viele andere Faktoren können zu Störungen des Sexuallebens führen.

Solche Faktoren sind unter anderem die Barrieren der psychosexuellen Entwicklung, z. B. der Mangel an Sexualkultur und Informationen durch die fehlende institutionelle Sexualerziehung, das häufige Fehlen eines männlichen Musters in der Familie und in der Schule, die enge Mutter-Sohn-Beziehung (besonders bei Einzelkindern), das durch Pornographie (und in der Regel durch die Massenkommunikation) vermittelte extreme Männerideal (der Machotyp), das die Gleichaltrigen meist auch akzeptieren und verbreiten, in vielen damit das Gefühl der sexuellen Minderwertigkeit auslösend. Wichtig zum Verstehen der sexuellen Probleme ist neben der Abklärung des soziokulturellen Hintergrunds (gesellschaftliche Position, Bildung, Religionszugehörigkeit, Lebensstil, Freizeitaktivitäten usw.) auch eine ungefähre Klärung des bisherigen Sexuallebens der Betroffenen. Um dieses diagnostisch verwerten zu können, muss man die allgemeinen Gesetzmäßigkeiten der psychosexuellen Entwicklung kennen, solche Schlüsselbegriffe, wie sexuelle Identifizierung, d. h. sich mit dem eigenen, biologischen Geschlecht zu identifizieren und es zu akzeptieren (was nicht immer eintritt), oder die allmähliche Aneignung der Sexualrolle, des Weiteren die sexuelle Orientierung, also das Bevorzugen eines andersoder gleichgeschlechtlichen Partners. Diese bilden die Basis der psychosexuellen Entwicklung, welche das ganze Leben der Person als eine der Hauptlinien der Persönlichkeitsentwicklung durchzieht und während der die Person bis zum Erreichen des Erwachsenenalters die Reife zur Partnerwahl erlangt, also die psychische Qualifikation zur Ehe und zur Elternrolle.

Diese Entwicklung kann beim Fehlen der richtigen Kautelen leicht stecken bleiben, auf der Stufe des

Kindes- und Jugendalters verharren und das blockiert die Liebesfähigkeit, die Entfaltung der psychosexuellen Reife. Jugendliche, ja auch junge Erwachsene bleiben auch heute noch oft auf der Stufe der mit Schuldbewusstsein erlebten Selbstbefriedigung und wagen es nicht, eine sexuelle Beziehung anzuregen oder auf die Näherung eines möglichen Partners einzugehen. „Sexuelle Beziehung“ muss natürlich nicht unbedingt Beischlaf bedeuten, denn das „Petting“, also das Liebkosen ohne eigentlichen Geschlechtsverkehr kann auch zur Befriedigung beider Partner führen, was gleichzeitig unerwünschte Schwangerschaften und Infektionen mit Geschlechtskrankheiten verhütet. (Wer den frühen Beginn des „Sexuallebens“ verurteilt, vergisst in der Regel, dass dieser Begriff nicht unbedingt den eigentlichen Geschlechtsverkehr bedeutet, denn z. B. Küssen und Petting gehören auch dazu.)

Sehr viele Probleme können sich aus der Vorherrschaft des Leistungsprinzips auch auf sexuellem Gebiet ergeben. In unserer leistungsorientierten Gesellschaft kommt es häufig vor, dass sowohl Männer als auch Frauen sich auch in ihren Sexualbeziehungen um eine gewisse Leistung bemühen, und deshalb einem gewissen Zwang unterliegen, der dann in der Regel zum Misserfolg führt. Der Leistungsdruck kann sich im Bemühen um die maximale Lust, ein schnelles und/oder mehrmaliges Erreichen des Orgasmus, eventuell der gleichzeitigen Befriedigung äußern. Das kann besonders Frauen dazu verführen, Lust oder Befriedigung vorzutäuschen.

Es ist also wichtig zu klären, ob die Partner beim sexuellen Beisammensein nicht etwas erzwingen wollen. Und weil sich hinter dem Leistungsdruck in der Regel verschiedene Ängste verbergen, muss man sich bemühen, diese Ängste zu formulieren. Eine der größten Ängste ist die Furcht vor einem Misserfolg. Es kann bei jedem vorkommen, dass das sexuelle Erlebnis nicht seinen Erwartungen entspricht (aus Müdigkeit oder wegen anderer Ursachen). Bei ausreichendem Selbstvertrauen und in einer harmonischen Beziehung machen die Partner daraus kein Problem. Beim Fehlen dieser Bedingungen kann es jedoch leicht vorkommen, dass sich der Betreffende – bewusst oder unbewusst – vor einem neuen Misserfolg fürchtet und sich schon beim Vorspiel ängstlich beobachtet, was den normalen Verlauf von sexueller Erregung und Lust hemmt. So kann dann die Angst vor dem Misserfolg dominant werden.

Ängste können aber nicht nur einen Misserfolg zur Ursache haben, sondern auch viele andere, echte oder eingebildete Gefahren. Das ist z.B. die Angst vor einer unerwünschten Schwangerschaft, vor Geschlechtskrankheiten oder vor den „übertriebenen“ Erwartungen des Partners, vor einer zu starken Bindung an den Partner oder vor dem Verlust der Freiheit usw. Es gibt Personen, die sich deswegen vor der Intimität selbst und der damit verbundenen, als einseitig betrachteten Auslieferung an den Partner fürchten, weil sie ihm nicht vertrauen. (Die Ursache ist in der Regel mangelndes Selbstvertrauen.)

Unbedingt zu klären sind auch die äußeren Umstände des sexuellen Beisammenseins: geschieht es an einem ungestörten Ort und ohne Zeitnot, in welchem körperlichen und seelischen Zustand befinden sich die Partner. Können doch ein unbequemer Ort (z.B. Auto), fehlende Hygienemöglichkeiten, Angst vor Störungen oder Zwang zur Eile ebenso sexuelle Probleme verursachen, wie Erschöpfung, verschiedene Krankheiten oder Alkoholgenuss. Gleichfalls kann sich störend auswirken, wenn jemand aus irgendeinem Grund längere Zeit über in keiner Form sexuell aktiv war, so „aus der Übung gekommen ist“ und er das selbst oder sein Partner nicht berücksichtigt. Aber auch gewisse Elemente der Lebensführung, wie Rauchen und verschiedenen Suchtkrankheiten können die sexuellen Fähigkeiten schwer schädigen.

Eine besondere Beachtung erfordert die Beziehung der Sexualpartner zueinander und dabei hauptsächlich die Dauer und Motivation der Freundschaft oder Partnerschaft. Bei einer gerade erst begonnenen Partnerschaft gibt es ganz andere Gründe für sexuelle Probleme als bei einer seit Jahren bestehenden Beziehung. Bei einer neuen und viel versprechenden Beziehung kann die Liebe eine sehr starke Motivation sein, besonders wenn sie gegenseitig und gleich intensiv ist, was die Anpassung an den Partner erleichtert. Der Wunsch, dem Partner zu entsprechen, kann aber auch auf sexuellem Gebiet zu Leistungsdruck und Misserfolg führen. Liebe allein ist also keine Garantie für sexuelle Harmonie.

(Meine eigene Praxis haben oft Liebespaare mit sexuellen Problemen aufgesucht. In diesem Fall muss man natürlich nicht die Liebe, sondern die Befürchtungen und den Leistungsdruck überwinden.)

Auch in langjährigen Beziehungen ist ein gewisser Druck nicht auszuschließen, der sich aus der Bemühung ergibt, den durch Gewohnheit oder emotionale Erkaltung ausgelösten Libidomangel oder das Desinteresse zu kompensieren. Aber bedeutend häufiger ist ein vergrauen, ein immer langweiliger werden des sexuellen Aktes ohne Anstrengungen und das Suchen nach Abwechslung, in der Regel durch einen äußeren Partner. Der „Seitensprung“ erfolgt oft nur in der Phantasie und auch das kann schon mit Schuldbewusstsein einhergehen und sich negativ auf das Eheleben auswirken. Aber es kann auch vorkommen, dass sich dadurch das sexuelle Begehren des Ehepartners vorübergehend steigert. Die gleiche Doppelwirkung kann ein tatsächlicher Seitensprung haben, egal ob er ans Licht kommt oder nicht. Bei einem Paar mit konservativen Ansichten kann ein Seitensprung oder ein längeres außereheliches Verhältnis die Beziehung der Ehepartner vollkommen zerstören, bei anderen stellt sich nur eine leichte, vorübergehende Krise ein. Ein „Verhältnis“ führt also allein nicht unbedingt zu ernsthaften sexuellen Problemen. Hier ist es sehr wichtig, mit allen Betroffenen die eventuellen Übertreibungen bei der Bewertung des Verhältnisses zu klären.

Das ist wahrscheinlich bei der Exploration der Situation der schwierigste Punkt. Einerseits ist es sehr schwer, ehrliche und zuverlässige Antworten zu erhalten, andererseits ist auch oft die subjektiv ehrliche Antwort verzerrt, weil sie unbewusst ein Machtspiel spiegelt (s. E. Berne „Spielarten und Spielregeln der

Liebe“) oder auf einem stillschweigenden Übereinkommen, auf Kompromissen beruhen (Kollisionskonzept von Jürg Willi). In diesen Fällen sollte die Hilfe eines erfahrenen Psychologen in Anspruch genommen werden.

Eine richtige Analyse ist aber nur in Kenntnis der Basisdaten möglich. Dazu gehören die Folgenden: Alter, Geschlecht, Beruf, Schulbildung, Wohnort und Familienstand, des Weiteren bestehende oder frühere Krankheiten (mit besonderer Hinsicht auf Krankheiten mit Auswirkungen auf das Geschlechtsleben). In Abhängigkeit von den Antworten kann man dann natürlich vieles Weitere erfragen, z. B. Zahl der Kinder, Abtreibungen usw.

Richtlinien für Diagnostik, Beratung und Therapie

Da sexuelle Probleme auf allen Gebieten der medizinischen Praxis auftreten und mit den verschiedensten organischen Beschwerden zusammenhängen können, stände es nicht im Einklang mit dem Beruf des Arztes, ihnen einfach auszuweichen, oder den Patienten mit nicht ernst zu nehmenden Ratschlägen (z. B. trinken sie vorher etwas Hochprozentiges!) abzuspeisen. Die Sexualtherapie ist zwar eine eigenständige Disziplin der Medizin, die eine besondere Ausbildung erfordert, da es aber in Ungarn bisher für diese Disziplin noch keine (staatlich akkreditierte) Facharztzulassung gibt, kann hier ein Patient nicht einfach in die entsprechende Facharztpraxis überwiesen werden. (Eine Ausnahme bilden scheinbar nur die andrologischen Praxen für die mit Versteifungsproblemen kämpfenden Männer, die aber auch hier meistens nur ein Medikament verschrieben bekommen, was nichts mit moderner Sexualtherapie zu tun hat.)

Der Arzt (Allgemeinpraktiker?) kann zwar meistens keine Sexualtherapie im engeren Sinne des Wortes übernehmen, muss aber auch für die Beratung über ein gewisses sexologisches Basiswissen verfügen. Die Weltgesundheitsorganisation hat schon 1974 auf die Notwendigkeit der Sexualbildung für Mediziner aufmerksam gemacht. 2000 wurde auf einer internationalen Konferenz eine Erklärung zum Schutz der sexuellen Gesundheit abgefasst. Darin (s. Sexologische Dokumente, 2004) wird die sexuelle Gesundheit als das physische, psychologische und soziokulturelle Wohlergehen auf sexueller Ebene definiert. Das drückt sich in der freien und verantwortungsvollen Äußerung der sexuellen Fähigkeiten aus, wodurch das harmonische individuelle und soziale Wohlbefinden gestärkt und so das Leben auf beiden Ebenen bereichert wird. Die sexuelle Gesundheit ist also nicht einfach das Fehlen von Funktionsstörungen, Krankheiten oder Behinderungen. Zum Erreichen der sexuellen Gesundheit müssen die sexuellen Rechte anerkannt und garantiert werden (Sexuelle Rechte s. Anhang).

Die Basis für ein sexuelles Wohlbefinden ist natürlich der gepflegte Körper ohne Störungen und Krankheiten, sowie die dem Alter entsprechende gute Funktion der Geschlechtsorgane. Um diese zu garantieren, muss man seine Aufmerksamkeit auf mögliche Gefahren und Schadfaktoren richten, besonders auf die Geschlechtskrankheiten, die bei später Diagnose oder Vernachlässigung schwer behandelbar werden, ja auch fatal enden können – man denke nur z. B. an HIV-Infektionen und AIDS als ihre Folge. Es gibt aber auch eine Reihe anderer Krankheiten oder physischer Zustände, welche die sexuelle Gesundheit gefährden oder einschränken, oft ohne dass sich die Betroffenen über die Auswirkungen im Klaren wären. Der Arzt aber muss sie kennen und bei seinen Untersuchungen routinemäßig kontrollieren.

Ein Arzt mit modernem Betrachtungsrahmen muss außerdem wissen, dass das sexuelle Verhalten beim Menschen nicht instinktiv erfolgt, sondern ein gelerntes Verhalten ist, das während der Sozialisierung entsteht – geformt, entwickelt und korrigiert werden kann. Die sexuelle Einstellung (Hetero-, Homo- oder Bisexualität) ist auch nicht angeboren, sondern bildet sich in Abhängigkeit von den Einflüssen während der individuellen psychosexuellen Entwicklung und wird in der Regel im Alter von 10-16 Jahren endgültig. (Später ändert sie sich nur selten, obwohl das auch nicht auszuschließen ist.) Störungen der sexuellen Orientierung (umgangssprachlich „Perversionen“, in der Fachsprache „Paraphilien“) sind relativ selten. Zu sexuellen Problemen führen eher die sexuellen Funktionsstörungen, bei Männern am häufigsten Erektions- und Orgasmusstörungen, in erster Linie früher Orgasmus und vorzeitiger Samenerguss (Ejaculatio praecox), bei Frauen Ausbleiben der Befriedigung (Anorgasmie), Schmerzhaftigkeit (Dyspareunie) oder Unmöglichkeit des Geschlechtsverkehrs (Vaginismus). Man sollte wissen, dass man z. B. von Impotenz nur dann sprechen kann, wenn ein relativ gesunder Mann trotz diesbezüglicher Versuche über einen längeren Zeitraum (Monate) keine zum Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion hat. Frigidität ist auch nicht gleich Anorgasmie, sondern bedeutet, dass die Frau überhaupt nicht erregbar ist, unabhängig von der Art und Dauer der Reizung (was sehr selten vorkommt). All das sollte man bei der Diagnose von fraglichen sexuellen Problemen in Betracht ziehen. Ohne eine ausführliche Exploration unter vier Augen bzw. Anamneseerhebung kann man zwar eine ungefähre Diagnose erstellen, aber kaum richtige und effektive Ratschläge. Es gibt zwar gewisse Hilfsmethoden, welche die Diagnosefindung erleichtern und beschleunigen (z. B. Fragebögen), diese allein reichen aber nicht aus und bedürfen in jedem Fall der mündlichen Bestätigung oder Ergänzung.

Namhafte Ärzte-Sexologen haben eine kurze, zuverlässige und vom Klienten selbst durchführbare Methode zur Messung der Erektionsfunktion entwickelt, die sich auch in anderen Kulturen anwenden lässt und die Veränderungen während der Behandlung mit psychometrischer Sensibilität misst. Das Wesen der Methode besteht darin, dass über die Fachliteratur, bzw. Befragung der an Erektionsstörungen leidenden Patienten und ihrer Partner festgestellt wurde, welches die Hauptmerkmale der sexuellen

Funktion in den verschiedenen Kulturen sind. Es wurde ein Fragebogen erstellt und an Patienten erprobt, dann ließ man die Ergebnisse von einem Expertenteam bewerten. Der endgültige Fragebogen mit 15 Kategorien – unter dem Namen Internationaler Index der erektilen Funktion (IIEF) – wurde in 10 Sprachen und in mehreren Ländern auf seine Zuverlässigkeit, Struktur und Gültigkeit kontrolliert.

Das Ergebnis war, dass es fünf Hauptfaktoren für das Sexualleben des Mannes gibt:

Erektionsfunktion, Orgasmus, sexuelle Erregung, Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr und mit dem Sexualleben im Allgemeinen. Während der Studie stellte sich heraus, dass ein enger Zusammenhang zwischen den fünf Faktoren besteht, und die Wiederholung des Tests zeigt zuverlässig auf allen fünf Gebieten die Veränderungen während der Therapie.

Der deutschsprachige Kurzfragebogen bezieht sich auf die letzten 6 Monate und umfasst folgende 5 Fragen:

1. Frage: Wie zuversichtlich sind Sie, eine Erektion zu bekommen und aufrechterhalten zu können?
2. Frage: Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr, die Erektion bis zum Ende des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten?
3. Frage: Wenn Sie bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug, um in Ihren Partner einzudringen?
4. Frage: Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?
5. Frage: Wie oft waren Sie beim Geschlechtsverkehr in der Lage, die Erektion aufrechtzuerhalten, nachdem Sie in Ihren Partner eingedrungen waren?

Zu jeder Frage gibt es vorgegebene Antworten, von denen nur eine angekreuzt werden soll. Eine ungarische Version dieses Tests mit gleichfalls 5 Fragen lag in den Wartezimmern der Hausärzte aus (bis sie ausgingen). Es ist eine andere Frage, wie der Hausarzt den Männern, bei denen sich aufgrund der Antworten eine erektile Dysfunktion herausstellt, helfen kann – abgesehen davon, dass er ihnen eventuell ein „potenzsteigerndes“ Medikament verschreibt. (Gar nicht davon zu reden, dass auch der Fragebogen etwas veraltet scheint, da er das Sexualleben nur auf den Geschlechtsverkehr beschränkt.) Dieser internationale Index erleichtert zwar die Diagnosefindung, enthält aber keine therapeutischen Richtlinien und ist so keine Hilfe die konservative Sichtweise vieler Ärzte zu ändern, die erektile Dysfunktionen hauptsächlich auf somatische Ursachen zurückführen und dementsprechend eine medikamentöse (oder mechanische und prothetische) Versorgung für notwendig und entscheidend erachten.

Nach Erhebungen der letzten Jahre betreffen erektile Dysfunktionen in Ungarn fast eine halbe Million Männer. Ihre Häufigkeit beträgt in der Altersgruppe der 40-49-Jährigen 30%, der 50-59-Jährigen 50% und der über 60-Jährigen 80 %. Die erektile Dysfunktion besteht hauptsächlich darin, dass ein Eindringen oder ein wenigsten 4-5 Minuten dauernder Geschlechtsverkehr unmöglich ist.

Mögliche Ursachen der erektilen Dysfunktion sind die Folgenden:

Somatische Störungen

- Kreislaufstörungen (Herzprobleme, Stroke, Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel)
- Zuckerkrankheit
- Neurologische Anomalien
- Nebenwirkungen einiger Medikamente (gewisse Medikamente gegen Bluthochdruck, Antipsychotika, Antidepressantien, einige Beruhigungsmittel)
- Testosteronmangel

Risikofaktoren in der Lebensführung

- Übertriebener Alkoholgenuss
- Bewegungsarmut
- Fettleibigkeit
- Rauchen

Psychische Risikofaktoren

- Stress, Ängste, Beklemmungen
- Leistungsdruck
- Depression
- Probleme in der Partnerschaft

Im ersten Schritt der Ursachenermittlung bei erektiler Dysfunktion sollte man klären, ob der Patient nachts im Schlaf Erektionen hat. Das kann in einem Schlaflabor mit einem speziellen Band zum Messen des Umfangs kontrolliert werden. Das Band wird um den Penis gelegt und die dünnen Kunststoffstreifen reißen bei einer Erektion. (In Ungarn kann dieses Band durch Anlegen eines kleinen Briefmarkenstreifens ersetzt werden, der Streifen reißt bei Erektion entlang der Perforation.) Das Auftreten von nächtlichen Erektionen zeugt nämlich davon, dass die erektile Dysfunktion keine biologische Ursache hat. Dieser Fall erfordert jedoch keine Medikation, sondern eine Psychotherapie (Paartherapie, kognitiv-verhaltenswissenschaftlich fundierte Sexualtherapie) oder Beratung.

Ähnlich verhält es sich auch mit dem bei jungen Männern häufigen frühen Orgasmus, bei dem eine medikamentöse Therapie selten ausreicht (ja oft schadet). Der Grund ist hier eine falsche Innervation, die meist durch übereilte Selbstbefriedigung entstanden ist und dann in der Partnerbeziehung bestehen blieb. Die Lösung kann also nur das Ausbilden einer neuen Innervation mit langsamer Reizung, Erlernen des verzögerten Orgasmus und Samenflusses sein. Dabei empfiehlt es sich, den Geschlechtsverkehr für

einige Zeit zu meiden und die Verzögerung mit leichter regulierbaren Erregungsmethoden zu üben. Bei Männern tritt eine andere Orgasmusstörung seltener auf, bei der sie beim Geschlechtsverkehr nicht oder nur selten zur Befriedigung kommen. Organische Ursachen lassen sich auch hier leicht ausschließen, wenn mit anderen Methoden, z. B. Petting oder Selbstbefriedigung keine Probleme bestehen – hier sind psychische Gründe zu klären.

Bei Frauen liegt die Ursache von sexuellen Problemen meist darin, dass bei ihnen die Orgasmusfähigkeit in der Pubertät nicht von alleine eintritt, wie bei den Jungen, sondern sie diese lernen müssen, ausbilden müssen (was am einfachsten und sichersten mit Üben der Selbstbefriedigung geschehen kann). Nur dass sie in unseren Tagen niemand darauf aufmerksam macht und so viele vom Partner und der Liebesheirat „automatisch“ die Lust erwarten.

Männer kennen aber in der Regel die fehlende Orgasmusfähigkeit der Frauen und die sich daraus ergebende „nachteilige Situation“ nicht und streben sofort nach dem Geschlechtsverkehr, wobei auch Frauen mit ansonsten ausgebildeter, aber schwacher Orgasmusfähigkeit auch nur viel schwerer zur Befriedigung gelangen, als durch die direkte Reizung des Kitzlers. (Besonders wenn Vorspiel und Koitus zusammen nur einige Minuten dauern.) Deshalb bleiben viele Frauen beim traditionellen Geschlechtsverkehr unbefriedigt, und wenn sie nicht wagen, das ihrem Partner sofort einzugestehen und mit ihm zu besprechen, dann können sie dazu neigen, ihm etwas vorzuspielen, die Lust vorzutäuschen. Das verschlimmert nur ihre sexuellen Probleme. Stellt sich der Orgasmusmangel (Anorgasmie) aber nur beim Geschlechtsverkehr ein, so ist das in keiner Hinsicht als pathologisch anzusehen (im Gegensatz zu früheren falschen Thesen der Psychoanalyse).

Man sollte wissen, dass es viele Ähnlichkeiten in den sexuellen Reaktionen von Männern und Frauen gibt. Bei der Entwicklung der Sexologie im 20. Jahrhundert wurde, besonders durch die klassischen Laborstudien von Masters und Johnson, festgestellt, dass sich die sexuelle Reaktion beider Geschlechter in vier Phasen einteilen lässt: 1. Begehren und Erregung, 2. Plateauphase, 3. Orgasmus und 4. Entspannung. Der Orgasmus, der Höhepunkt des Lustgefühls ist aus physiologischer Sicht ein Reflexphänomen: auf der Höhe der sexuellen Erregung erfolgen spontane Muskelkontraktionen um die Harnröhre bzw. im unteren Drittel der Scheide. Bei Männern geht das in der Regel mit der Ejakulation einher, aber die Forschungen der letzten Jahrzehnte haben auch bei Frauen einen Fluss aus der Harnröhre bei Reiz der sog. G-Zone nachgewiesen. (Die G-Zone erhielt ihren Namen nach dem Erstbeschreiber Gräfenberg.) Die Erklärung dieses Phänomens liegt darin, dass die weibliche Harnröhre parallel neben der Scheide verläuft und so durch die vordere Scheidenwand gereizt werden kann. Dabei schwillt die Wand der Harnröhre genauso an wie Kitzler und Schamlippen und durch die Hyperämie produzieren einige kleine Drüsen ein Sekret, das in die Harnröhre gelangt und durch die Muskelkontraktionen des Orgasmusreflexes ausgestoßen wird. Untersuchungen haben erbracht, dass dieses Sekret kein Urin ist (obwohl es viele damit verwechseln), sondern in der Zusammensetzung eher der Samenflüssigkeit ähnelt (natürlich ohne Spermien). Dieses Phänomen tritt aber nicht bei jeder Frau auf – man muss es aber kennen, da es oft (irrtümlich) für eine sexuelle Störung bzw. für „Einnässen“ gehalten wird. Mit der Erklärung des Prozesses kann man die Frau beruhigen.

Die sexuellen Funktionsstörungen sind bei Frauen ähnlich zu denen der Männer auf biologische, psychologische und soziokulturelle Ursachen zurückzuführen. Biologische Ursachen sind z. B. Zuckerkrankheit, verschiedene neurologische Krankheiten, Nebenwirkungen einiger Medikamente und psychotroper Mittel, hormonelle Änderungen durch Menstruation und Menopause. Psychologisch sind häufige Ursachen neben Traumen im Kindesalter (z. B. sexueller Missbrauch) Konflikte oder Erkalten der Partnerschaft, soziokulturell eine zu strenge, konservative Erziehung gegen Sex, die zu Informationsmangel, Irrglauben und starker Hemmung, Abneigung gegen Sex oder Furcht davor führen kann. Diese Frauen wünschen keinen Sex und genießen ihn meist auch nicht. Dieses Verhalten bezeichnet die Fachsprache als „Libidomangel“ oder „hypoaktives sexuelles Begehren“. Laut Studien kommt es bei 20-30 % der Frauen vor und artet manchmal in eine Aversion gegen Sex aus. Was den schmerzhaften Geschlechtsverkehr und den Vaginismus (Scheidenmuskelkrampf) betrifft, können beide körperliche und/oder seelische Ursachen haben. Eventuelle somatische Ursachen der Dyspareunie (schmerzhafter Geschlechtsverkehr) können mit gynäkologischer Untersuchung leicht nachgewiesen werden. Bei einem negativen Befund sind seelische Ursachen zu suchen: fürchtet die Frau, dass der Geschlechtsverkehr schmerzhaft sein wird oder andere unangenehme Folgen haben wird, dann bleibt die Scheide trocken und kann schmerzhaft aufgerieben werden (Dyspareunie) oder der Scheidenmuskel zieht sich krampfhaft zusammen und widersteht dem Eindringen des Penis (Vaginismus). Das ist für beide Partner unangenehm, obwohl die Frau durch andere Reizung, unter Vermeiden des Koitus auch zu einem Orgasmus fähig ist. Hier ist statt der Koitus-Orientierung vorübergehend „Petting“ und Einüben der langsamen Entspannung der Scheidenmuskulatur (sog. Kegelübungen) zu empfehlen.

Bei der Besprechung sexueller Probleme sind in jedem Fall die möglichen Störfaktoren zu klären und die Bedingungen der normalen Funktion bewusst zu machen, darunter in erster Linie die zur Einstimmung notwendige körperliche und seelische Ruhe und das Vermeiden des Erzwingens. Um den Stress zu mindern, empfehlen sich verschiedene Relaxationsübungen (die übrigens auch in der

Sexualtherapie oft angewandt werden). Bei Beratungen sollte man die Partner auch darauf aufmerksam machen, dass der Partner, der beim sexuellen Beisammensein einen Zwang verspürt, dass zum Ausdruck bringen sollte, den Partner unterbrechen und seine Probleme mit ihm besprechen sollte und dann den Liebesakt in einer spielerischeren, zwangsfreien Atmosphäre fortsetzen sollte.

Der wichtigste Faktor, die Vorbedingung zur Lösung der Probleme und gleichzeitig zur Entwicklung der Partnerschaft sind ein vollkommenes Vertrauen und Ehrlichkeit der Partner, das ausführliche Besprechen der sexuellen Bedürfnisse oder Befürchtungen. So ist es auch die primäre Aufgabe des Arztes, das zu fördern – mit Ermunterung, Ermutigung -, und er sollte bei der Besprechung von sexuellen Fragen ein kommunikatives Vorbild sein.

Schwierigkeiten und Störungen kann es aber nicht nur im sexuellen oder erotischen Verhalten im engeren Sinne geben, sondern auch beim Kinderwunsch und der Kinderzeugung, ja auch beim sozialen, geschlechtlichen Rollenverhalten. Das steht natürlich alles in engem Zusammenhang, denn Meinungsverschiedenheiten über den Kinderwunsch oder über Zeugungs- bzw. Empfängnisunfähigkeit, also Unfruchtbarkeit können auch die emotionale-erotische Harmonie einer Partnerbeziehung stark gefährden. Aus vielen Studien ist bekannt, dass solche Probleme nicht nur organische Ursachen haben, sondern sich im Hintergrund auch psychische Faktoren verbergen können, die eine Psychotherapie erforderlich machen können.

Zusammenfassung

In diesem Kapitel haben wir betont, dass das menschliche Sexualverhalten nicht instinktiv abläuft, sondern stark vom Umfeld, soziokulturellen Faktoren, Alter und Lebensführung sowie verschiedenen Reizen abhängt, also erlernt wird. Störungen infolge der individuellen psychosexuellen Entwicklung lassen sich lösen, wenn man fähig ist, sie mit entsprechender Information und vollkommen ehrlich zu besprechen. Das bedarf eines gewissen Kenntnisstands und einer Kommunikationsfähigkeit, deren Hauptfaktoren besprochen wurden.

Im Laufe von Vieraugengesprächen mit dem Patienten können unter Berücksichtigung der auch heute noch vorhandenen Tabuisierung der Sexualität oder der Hemmungen infolge anderer Störfaktoren die Klärung der sexuellen Probleme und die Berichtigung von irrümlichen Vorstellungen durch ermunterndes Zuhören, unterstützende und klärende Fragen gefördert werden. Bei Zeitmangel ist zu empfehlen, mehrere kürzere Gespräche zu führen und nach Möglichkeit auch den Partner des Patienten einzubeziehen, ist doch das Problem ein gemeinsames und so bedarf auch die Lösung der Kooperation des Partners. Wir haben auch betont, dass die moderne Sexualtherapie das Problem psychosomatisch angeht und sich nicht nur auf Medikation oder invasive Eingriffe verlässt.

In komplizierten Fällen sollte unbedingt ein Experte für Sexualtherapie konsultiert, der Patient eventuell an ihn überwiesen werden. Oft helfen dem Patienten auch meinungsformende Kenntnisse aus der allgemeinverständlichen Fachliteratur und Ratschläge zur Selbsthilfe.

Kontrollfragen

- Wovon hängt das ungestörte individuelle Sexualverhalten ab?
- Welche sind die häufigsten Formen der sexuellen Dysfunktion bei der Frau und beim Mann?
- Welche sind die wichtigen Grundprinzipien des ärztlichen Gesprächs über sexuelle Probleme?
- Welche Therapieform sollte bei sexuellen Dysfunktionen bevorzugt werden?
- Wie kann die Bereitschaft (Fähigkeit) zur Lösung von sexuellen Problem gesteigert werden?
- Was empfiehlt die WHO zur Garantie der sexuellen Gesundheit?

Anhang

Millennium Deklaration zur sexuellen Gesundheit

Die Förderung sexueller Gesundheit ist von zentraler Bedeutung für die Erhöhung menschlichen Wohlbefindens. Die Verwirklichung einer diesbezüglich nachhaltigen Entwicklung ist die Umsetzung der Millenniums-Entwicklungsziele. Durch Förderung individueller und gesellschaftlicher Verantwortung und gerechter sozialer Interaktionen erhöht sexuelle Gesundheit die Lebensqualität und im weiteren die Verwirklichung des Friedens. Deshalb fordert die World Association for Sexual Health (WAS) alle Regierungen und internationalen Agenturen, die Privatwirtschaft, akademischen Institutionen und die Gesellschaft insgesamt auf, folgende Punkte umzusetzen:

Erkennen, Förderung sowie Wahrung sexueller Rechte für alle Menschen

Sexuelle Rechte sind ein Bestandteil der grundlegenden Menschenrechte und daher unveräußerlich und universell.

Sexuelle Gesundheit ist ein integraler Bestandteil des Rechts auf den Genuss des am höchsten zu erreichenden Standards von Gesundheit. Ohne sexuelle Rechte für alle kann sexuelle Gesundheit nicht erreicht oder beibehalten werden.

Fortschritt in Richtung Gleichstellung und Gleichbehandlung

Sexuelle Gesundheit erfordert die Gleichstellung der Geschlechter, Gerechtigkeit und Respekt.

Geschlechtsbezogene Ungerechtigkeiten und Ungleichheiten von Machtverteilung verhindern konstruktive und harmonische menschliche Interaktionen, und damit die Verwirklichung sexueller Gesundheit.

Verurteilung, Bekämpfung und Reduzierung jeglicher Form von sexueller Gewalt

Sexuelle Gesundheit kann nicht erreicht werden, bis Menschen frei von Stigmatisierung, Diskriminierung,

sexuellem Missbrauch, Zwang und Gewalt sind.

Allgemeiner Zugang zu umfassender Sexualerziehung, Information und Gesundheitsvorsorge

Zur Erreichung der sexuellen Gesundheit müssen alle Menschen während ihres gesamten Lebenszyklus

ungehindert Zugang zu umfassender Sexualerziehung, Informationen und Gesundheitsleistungen haben.

Sicherstellen, dass reproduktive Gesundheits-Programme die zentrale Bedeutung sexueller Gesundheit anerkennen

Die menschliche Fortpflanzung ist, wenn gewünscht und geplant, eine der kritischen Dimensionen der menschlichen Sexualität. Sexuelle Gesundheit ist aber ein umfassenderes Konzept und nicht auf reproduktive Gesundheit reduzierbar. Aktuelle reproduktive Gesundheits-Programme müssen ausgeweitet werden, um die verschiedenen Dimensionen von Sexualität und sexueller Gesundheit in umfassender Weise zu erfassen. Sie sollen

nicht nur Beratung und Betreuung bei Fortpflanzung sein, sondern eine Verbesserung der Lebensqualität und persönlicher Beziehungen nach sich ziehen.

Stoppen der Ausbreitung von HIV / AIDS und anderer sexuell übertragbaren Infektionen

Unabdingbar sind ein allgemeiner Zugang zu effektiver Prävention, freiwilliger Beratung und Tests. Überaus wichtig, um die sexuelle Gesundheit zu erhalten sind eine umfassende Betreuung und Behandlung von HIV / Aids

und anderen sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten. Programme hierzu müssen weltweit verstärkt angeboten werden.

Erkennen, ansprechen und behandeln sexueller Anliegen, Funktionsstörungen und Erkrankungen

Da sexuelle Grundbedürfnisse, Funktionsstörungen und Erkrankungen einen Einfluss auf die Lebensqualität haben, sowohl die allgemeine wie auch die sexuelle Gesundheit betreffend, sollten sie als Erkrankung anerkannt, verhindert und behandelt werden.

Anerkennung der sexuellen Lust als eine Komponente des Wohlbefindens

Sexuelle Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Sexuelle Lust und Befriedigung sind integraler Bestandteil des Wohlbefindens und erfordern universelle Anerkennung und Förderung.

Literatur

Berne, Eric (1984): *Emberi játszmák*. Gondolat Kiadó, Budapest.

Buda Béla (1997): *A szexualitás lélektana. Élmény, magatartás, emberi kapcsolat*. 7. kiadás, MAPET, Végeken Alapítvány, Budapest.

Buda Béla (1994): *Szexuális viselkedés. Jelenségek és zavarok – társadalmi és orvosi dilemmák*. Animula Kiadó, Budapest.

Buda Béla (2002): *A merevedési zavarok diagnosízának és terápiájának pszichológiai irányelvei*. *Pszichoterápia*, (5): 365-371.

Comer, Ronald (2000): *A szexuális élet és a nemi identitás zavarai*. In uő: *A lélek betegségei*. Osiris Kiadó, Budapest, 425-458.

Haeberle, Erwin (2004): *Alapismeretek a szexuálterápiáról*. Animula & Magánéleti Kultúráért Alapítvány, Budapest.

Haeberle, Erwin (2006): *Szexualitás Atlasz*. Athenaeum Kiadó, Budapest.

Híte, Shere (2000): *A nők szexuális életéről*. Magyar Könyvklub, Budapest.

Szilágyi Vilmos (2001): *Elméletek a női orgazmusról*. *Magyar Szexológiai Szemle*, (1): 10-18.

Szilágyi Vilmos (2006): *Szexuálpszichológia*. Tankönyv és dokumentáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Szilágyi Vilmos (szerk.) (2004): *Szexológiai dokumentumok*. Magánéleti Kultúra Alapítvány, Budapest.

Tóth Miklós (1989): *Házasságterápia*. Gondolat Könyvkiadó, Budapest