Was muss der Mediziner wissen?

Homo- und Dissexualität in der Hausarztpraxis

Der Linzer Allgemeinarzt und Sexualmediziner Dr. Georg Pfau bindet über 500 homosexuelle Männer aus einem größeren Einzugsgebiet an seine Praxis. In einer Fragebogenaktion ging er den Gründen für die Bevorzugung einer sexualmedizinischen Praxis gegenüber der Konsultation beim vertrauten Hausarzt nach.

Diesen Bedarf belegen eindrücklich Studien zur Suizidalität bei homo- bzw. bisexueller Orientierung unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen, betonte Dr. Tobias Hellenschmidt, Berlin Friedrichshain.

Sechs mal so viele Suizidversuche

In der heterosexuell orientierten, männlichen Normalbevölkerung liegt die Rate an versuchtem Suizid oder Suizidge-danken bei rund 2,6%, so das Ergebnis einer Untersuchung von Weissmann und Mitarbeitern. Demgegenüber fand die erste wissenschaftliche Studie in Österreich zur Suizidalität von Schwulen und Lesben in der Schule eine sechsfach erhöhte Suizidversuchsrate im Vergleich zur Normalbevölkerung (19% unter den 18–26-jährigen Männern).

Vermehrten Anlass für Diskussionen bieten in letzter Zeit Störungen der Sexualpräferenz, so Hellenschmidt. Diese Jugendlichen präsentieren sich oft mit einem enormen Leidensdruck.

Prägung für's Leben

Wie Hellenschmidt erläuterte, entwickelt und entfaltet sich die sexuelle Präferenz im Verlauf der somato- und psychosexuellen Reifung in den ersten beiden Lebensdekaden (gemäß ICD 10: F 65). Die Prägung bleibt dann im Wesentlichen für das gesamte Leben bestehen, so Hellenschmidt. Die Mechanismen hinter der Entwicklung dieser Präferenz entziehen sich jedoch bisher der wissenschaftlichen Kenntnis.

In der Praxis spielen auch Jugendliche mit dissexuellen Verhaltensweisen – ein sich im Sexualleben ausdrückendes Sozialversagen – eine Rolle, erklärte Hellenschmidt. Meist leiden diese Jugendlichen auch unter psychiatrische Komorbiditäten, darunter affektive Störungen, Zwang- und/oder Sucht-/Angststörung, hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens und Per-

sönlichkeitsstörungen. Wie Hellenschmidt betonte, sind Jugendliche mit Dissexualität nicht mit Erwachsenen und entsprechenden Störungsbildern gleichzusetzen. Die Einschätzung der Dissexualität bei Jugendlichen erfordere vielmehr eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Therapie unter Berücksichtigung psychosozialer Belastungsfaktoren. Dabei gelte es, die noch nicht abgeschlossene Entwicklung der Jugendlichen zu berücksichtigen.

Was ist in Zukunft notwendig?

Wie Hellenschmidt einräumte, sind viele Phänomene und Fragestellungen zum Thema „Sexualmedizin im Kindes- und Jugendalter“ nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht und geklärt. Zu den notwendigen und denkbaren Behandlungssettings für die Zukunft gehören seiner Ansicht nach Kooperationsnetzwerke, interdisziplinäre Fallkonferenzen, gemeinsame Schwerpunktsprechstunden und gemeinsame Forschungsprojekte.

(Wolfgang Zimmermann)

Vortrag: „Homosexualität in der Praxis: Was man über gleichgeschlechtliche Beziehungen wissen muss“ im Rahmen der Gemeinsamen Jahrestagung für Sexualmedizin und Sexualtherapie der OEASM und DGSMTW, Salzburg 2012

Viele Fragestellungen zum Thema Sexualmedizin sind noch nicht ausreichend geklärt.