

Sexuelle Funktionsstörungen in der therapeutischen Praxis

Kurt April

Sexual Dysfunction in Therapeutic Practice

Abstract

Sexual dysfunction remains a common condition and has been on the rise in men since around 2005. Up to four generations present themselves in the practices. The text gives a brief outline of important socio-cultural developments that correlate with the therapeutic developments: 1. ICD-10 still differentiates between organic versus psychological sexual dysfunctions, which is dropped in ICD-11 in favor of an etiological classification. 2. Human rights are given more importance in the newer diagnostic manuals. 3. On the one hand, the biopsychosocial model of sexuality is undisputed. Nevertheless, with medicalization, especially for erectile dysfunction, biological factors are overestimated, which results in unsuccessful treatments with PDE-5 inhibitors.

Conclusion: Further research is necessary; available sex-medical findings must be included in the therapeutic training curricula – being able to draw up a sexual anamnesis is still not a matter of course.

Keywords: Sexual history, Sexual health, Sexual dysfunction, Diagnosis and treatment of sexual dysfunction

Zusammenfassung

Sexuelle Funktionsstörungen sind nach wie vor ein häufiges Leiden, bei Männern nehmen sie seit etwa 2005 zu. In den Praxen stellen sich bis zu vier Generationen vor. Der Text gibt einen kurzen Abriss wichtiger soziokultureller Entwicklungen, die mit den therapeutischen Entwicklungen korrelieren: 1. ICD-10 unterscheidet noch zwischen organisch versus psychischen sexuellen Funktionsstörungen, was im ICD-11 zugunsten einer ätiologischen Einteilung fallen gelassen wird. 2. Menschenrechte erhalten in den neueren Diagnosemanualen mehr Bedeutung. 3. Einerseits ist das biopsychosoziale Modell der Sexualität unbestritten. Gleichwohl werden mit der Medikalisierung, insbesondere der erektilen Dysfunktion, biologische Faktoren überbewertet, was erfolglose Behandlungen mit PDE-5-Hemmern zur Folge hat.

Fazit: Weitere Forschungen sind notwendig, vorliegende sexualmedizinische Erkenntnisse müssen in die therapeutischen Ausbildungscurricula eingehen – eine Sexualanamnese erstellen zu können, ist nach wie vor keine Selbstverständlichkeit.

Schlüsselwörter: Sexualgeschichte, sexuelle Gesundheit, sexuelle Dysfunktion, Diagnose u. Behandlung sexueller Dysfunktionen

Sexualität im Wandel

Das Verständnis von Sexualität hat sich in den letzten 200 Jahren radikal verändert. Dennoch, trotz zunehmender Vielfalt und Autonomie, finden sexuelle Begegnungen zumeist in „traditionellen“ festen Beziehungen statt, werden sie als die intimste Form menschlicher Kommunikation erlebt und sind entsprechend störungsanfällig. Zudem werden eine religiös geprägte Sexualmoral und das entsprechende sexuelle Verhalten seit längerem durch Evidenz basierte Erkenntnisse überformt, was nicht verhinderte, dass – als Erbe der Psychiatrie des 19. Jh. – Kriterien in die ICD übernommen wurden, die Homosexualität, Fetischismus, sexuellen Sadismus und Masochismus stigmatisierten (Haag, o.J.). Erst nach 1980 hielten menschenrechtliche Überlegungen – auch als Folge der drei „sexuellen Revolutionen“ (Sigusch, 2013) – Einzug in die Manuale. Heute gilt als „State of the Art“ – dies betonen die WHO und alle medizinischen Fachgesellschaften immer wieder (Reisman et al., 2015) – ein biopsychosoziales Verständnis von Sexualität.¹

Die gegenwärtige *Gesellschaft der Singularitäten* (Reckwitz, 2020) ist in verschiedene, oft für sich abgeschlossene „Identitäten“ gegliedert, deren Sozialisation, insbesondere ab der Pubertät unterschiedlich verlaufen kann, und somit für die therapeutische Praxis entsprechende Kenntnisse einfordert. Die 68er-, die X- und Y-Generationen können Menschen mit einer Suchtvergangenheit oder exzessive Pornokonsumenten, Feministinnen oder LGBT*IQ sein. Freizügigkeit im Sexuellen wie in den Beziehungen gilt als beinahe grenzenlos: „Man darf alles, muss nichts“ (Clement, 2016). Dies überfordert partiell, weckt den Ruf nach Leitwerten (Illouz, 2013), die wiederum – u.a. in paradoxer Weise die Tenenz zur Überforderung verstärkend – auf Einzigartigkeit, Autonomie und Selbstoptimierung abzielen. Entsprechend soll Sexualität nicht nur höchstes Glück bedeuten, sondern auch beste Gesundheit, zudem bestens „performen“ (Schmid, 2015). Verminderte Lust scheint damit vorprogrammiert (Schmid, 2013, AAPOR, 2016), trotz oder gerade wegen der Übersexualisierung. Dem tritt eine technologische Entwicklung zur Seite, die einen narzisstischen Persönlichkeitsstil mit geringer Sozialkompetenz, gepaart mit einem vielschichtigen Suchtverhalten (Grubbs et al., 2019) befördert.

¹ „Sexualität wird durch das Zusammenspiel biologischer, psychologischer, sozialer, wirtschaftlicher, politischer, kultureller, rechtlicher, historischer, religiöser und spiritueller Faktoren beeinflusst.“ (WHO, 2006, 10)

Im Kontrast zu diesen Formen der Sexualisierung ist Sprechen über Sexualität weder in den Schlafzimmern noch bei Ärzten und Therapeuten gängige Praxis. Für Letztere sollte es selbstverständlich sein, all den ‚postmodernen‘ Menschen ebenso wie jenen mit einem christlichen Hintergrund unbefangen und ohne Diskriminierung zu begegnen, auch wenn der weltanschauliche Hintergrund selbst nicht geteilt wird (Fiedler, 2018).

Die sexuelle Reaktion

Von Masters und Johnson (1966) wurde sexuelle Reaktion in den 1960er Jahren als lineares, uniform ablaufendes Modell gleichermaßen für Mann und Frau postuliert. Darauf basierten auch die Diagnosemanuale von ICD und DSM. Basson (2006) erkannte, dass die weibliche Reaktion häufig nicht linear verläuft, sondern vielfältiger – d.h., eine Phase nicht automatisch in die nächste übergeht. Die Erregungsphase kann dem sexuellen Appetit vorausgehen und die Plateauphase muss nicht automatisch in eine Orgasmus-Phase übergehen. Hingegen kann die Erholungsphase viel kürzer sein, so dass mehrere Orgasmen nacheinander möglich sind. Ebenso verwies Basson darauf, dass emotionale Faktoren, wie Stimmung und Nähe oder Akzeptanz in der Partnerschaft für Frauen wichtiger sind als beim Mann (Basson, 2006). Niedrigeres sexuelles Verlangen, wie die Abwesenheit sexueller Gedanken oder Tagträume sowie reduzierte bzw. fehlende spontane sexuelle Lust sind für viele Frauen durchaus normal und kein Zeichen einer sexuellen Störung, ebenso, wie dass körperliche sexuelle Erregung und subjektives Erregungsgefühl nur gering miteinander korrelieren (Hoyer & Velton, 2017). Mit anderen Worten: Viele Frauen haben ausreichende Lubrikation, ohne sich erregt zu fühlen, oder umgekehrt (Laan, 2013). Sie beschreiben vielmehr ein responsives sexuelles Verlangen, welches sich erst im Verlauf einer sexuellen Interaktion entwickelt.

Demgegenüber ist die sexuelle Reaktion bei Männern uniformer, eine intakte Erektion ist ihnen sehr wichtig, sie haben meist mehr sexuellen Appetit, mehr den Wunsch nach sexueller Vielfalt und körperlicher Befriedigung. Männer sind oft sexuell aktiver, werden stärker visuell erregt, masturbieren häufiger und schauen öfter Pornofilme als Frauen (Buss, 2003). Gemeinhin werden beim Mann aber entsprechend gängigen Klischees emotionale Faktoren wie das Bedürfnis nach Nähe, sich sexuell attraktiv und begehrt zu fühlen, unterschätzt.

Die Übereinstimmung der sexuellen Bedürfnisse und deren Befriedigung von Mann und Frau sind grösser als die Differenzen: neben der Befriedigung von Lust verbinden sie die sozialen Grundbedürfnisse: Geborgenheit, Sicherheit, Akzeptanz und Nähe. Die Unterschiede der Geschlechter zu betonen, wie es manchmal politische korrekt erscheint, ist der sexuellen Zufriedenheit eher abträglich. (Beier & Loewit, 2011)

Epidemiologie der Sexuellen Dysfunktionen [SD]

Repräsentative Studien der 1990er und frühen 2000er Jahre kommen auf vergleichsweise hohe Prävalenzen für sexuelle Dysfunktionen (SD). Lindau et al. (2007), West et al. (2008), Laumann et al. (1999a) schätzten die Prävalenz von SD für Frauen auf 43 % und für Männer auf 31 %. Die häufigsten Störungen der sexuellen Funktionen sind bei Männern die erektilen Dysfunktionen (ED) und die Ejaculatio praecox (EP) und bei Frauen Appetenz-, Orgasmusstörungen und Schmerzen. V.a. jüngeren Männern verursachen diese Störungen einen beachtlichen Leidensdruck, während sich Frauen besonders durch sexuell bedingte Schmerzen beeinträchtigt fühlen. Die Resultate von Umfragen, die sexuelle Probleme betreffen, differieren oft erheblich. Dafür werden verschiedene Gründe verantwortlich gemacht: Die Art der Befragung, unterschiedliche Definitionen der sexuellen Probleme/Störungen, teilweise große systematische Verzerrungen, mögliche Beschönigung respektive Vertuschung durch befragte Personen und andere mehr (Ahlers et al., 2008, Dekker et al., 2020). Operationalisierte Fragebögen verbessern die Genauigkeit der Resultate wenig.

Im Vergleich zu oben aufgeführten Studien mit hohen Prävalenzen berichten neuere epidemiologische Erhebungen über geringere Prävalenzen. Eine britische Studie (Mitchell et al., 2016) untersuchte die sexuellen Dysfunktionen bei 11.509 16–74-Jährigen: 38,2 % der Männer und 22,8 % der Frauen berichteten über eines oder mehrere Probleme (geringe Beschwerden). Werden die Kriterien des DSM-5 für SD berücksichtigt (Dauer, Symptomschwere und Leiden) geben nur 4,2 % der Männer und 3,6 % der Frauen eine SD an. Eine deutsche Befragung (Briken et al., 2020) an 18–75-Jährige ergab eine Prävalenz von 33,4 % für Männer und 45,7 % für Frauen mit geringen Beschwerden an. An SD litten nach den Kriterien des ICD-11 13,3 % der Männer (ED: 6,6 %, EP: 4,5 %) und 17,5 % der Frauen (vermindertes sexuelles Verlangen: 6,9 %, Orgasmusstörungen: 5,8 %). Orgasmusstörungen gaben Frauen etwa doppelt so häufig an wie Männer.

Mit dem Alter nehmen die SD bei Frauen und Männern zu, hingegen sinkt der Leidensdruck (Laumann et al., 1999b), wobei einige Studien berichten, dass Frauen in ihrer Lebensmitte sexuelle Probleme schlechter ertragen (Nappi et al., 2016). Unbestritten ist hingegen, dass SD in jedem Alter direkt mit psychischen und körperlichen Krankheiten sowie mit Nebenwirkungen von Medikamenten korrelieren kann, auch wenn diese nicht direkt die Sexualität betreffen (Parish et al., 2019; Burnett et al., 2018) Das gilt auch für chronische Krankheiten und Behinderungen (Field, 2013), zudem häufen sich mit dem Älterwerden körperliche Krankheiten, welche zunehmende sexuelle Probleme und Störungen verursachen (Dekker et al., 2020).

Evidenz einer Zunahme von SD nach 2005

Etwa bis 2005 waren die ED-Raten bei sexuell aktiven Männern unter 40 Jahren mit 2–6 % niedrig (Laumann et al., 1999a; Kafka, 2010). In den sexualmedizinischen Praxen zeichnete sich danach eine deutliche Zunahme von ED und „Pornosucht“ bei Männern unter 40 J. ab. Eine Schweizer Erhebung zum *Cybersex Use* fand bei Männern im Alter von 18 bis 24 Jahren hohe ED-Raten von etwa 30 % (Mialon et al., 2012). Die Rate schwerer ED lag mit knapp 10 % höher als bei Männern jenseits von 40 Jahren (O’ Sullivan et al., 2014). Mehrere Studien berichteten bei jungen Männern über eine deutlich geringe sexuelle Zufriedenheit (> 40 %), ein geringes Verlangen (> 40 %) und eine hohe Rate von SD (> 45 %), wobei psychogene ED stärker anstiegen als organische ED (Wilcox et al., 2014; Hartmann, 2018). Die Rate sexueller Probleme stieg vorübergehend auch bei Frauen an (AAPOR, 2016). Bei einer kleinen repräsentativen US-Studie von 2019 gaben bei 18–50-Jährigen 10,3 % der Männer und 7,0 % der Frauen eine Hypersexualität an (Müller, 2019).

Die Gründe für diesen Anstieg werden kontrovers diskutiert, insbesondere hinsichtlich des Pornokonsums junger Männer (Korte et al., 2018). Eine Befragung unter jungen Schweizer Männern ergab, dass etwa 80 % der Befragten regelmäßig, zumindest einmal im Monat, einen Pornofilm anschauen. Allerdings scheint es sich bei der Mehrheit um keinen problematischen Konsum zu handeln. Dennoch wurde bei 40 % ein problematischer Konsum mit einem psychischen oder sexuellen Symptom festgestellt und bei 8,9 % wurden drei und mehr Symptome eruiert (Studer et al., 2019). Einige Autoren sehen keine negativen Auswirkungen von Cybersex Konsum auf das sexuelle Verhalten (Böthe et al., 2020). Andere Autoren sehen die Einflüsse von Pornofilmen auf das sexuelle Erleben und Verhalten als wesentlichen Grund für den Anstieg der SD bei Männern unter 40 Jahren. Diskutiert wird eine sexuelle Konditionierung insbesondere bei Jugendlichen mit SD (Wery et al., 2018).

Diagnostik und Therapie sexueller Funktionsstörungen

Bis in die 1970er Jahre dominierten Konzepte, die die Psychosomatik in Diagnostik und Behandlung sexueller Funktionsstörungen betonten. Tiefenpsychologisch galten Neurosen als ungelöste, unbewusste Konflikte, die in der Kindheit durch familiäre Konstellationen entstanden wären. In den 1970ern kam eine multifaktorielle Sichtweise zum Tragen (Kaplan, 1987), Elemente aus Verhaltens- und Systemischer-Therapie kamen hinzu, zudem wurden medikamentöse und chirurgische Behandlungsmethoden miteinbezogen.

Anfang der 1980er Jahre schlug das Pendel um, als sich PDE-5-Hemmer und Serotonin-Wiederaufnahmehemmer zur

Behandlung von erektilen Dysfunktionen (ED) und Ejaculatio praecox (EP) als wirksam und nebenwirkungsarm erwiesen und neue Optionen eröffneten, die bislang weder Ärzte noch Männer missen möchten (Althof, 2006, 2010; Althof et al., 2010). „Medikalisierung“ gilt somit häufig als erste Wahl, oft ohne die bestehenden psychosozialen Aspekte zu berücksichtigen (Simonelli et al., 2010). Begünstigt wird dies durch Marketingstrategien der Pharmaindustrie und durch Ärzte, denen Zeit oder Interesse für eine ausführliche Sexualanamnese fehlt, sowie durch Betroffene, die sich nach einer einfachen, sofortigen „Lösung“ sehnen, ohne ausführlich über das schambesetzte Thema ED sprechen zu müssen (Hartmann, 2018).

In den letzten 40 Jahren wandelten sich Inhalte und Kriterien hinsichtlich der sexuellen Störungen beim ICD und beim DSM teilweise erheblich (Falkei & Wittchen, 2015). Die nachfolgenden Überlegungen beschränken sich auf sexuelle Dysfunktionen [SD], im Sinne sexueller Funktionsstörungen, entsprechend dem ICD, die nach heutigem Standard einen interdisziplinären Behandlungsansatz erfordern, der psychische und biologische Ansätze integriert (Reisman et al., 2015). Der Terminus „sexuelles Problem“ wird nachfolgend verwendet, wenn jemand von Auffälligkeiten oder Schwierigkeiten mit der Sexualität berichtet. Der Begriff Störungen wird nach den Definitionen im ICD oder DSM für „sexuelle Funktionsstörungen“ verwendet.

Das ICD klassifiziert alle somatischen und psychischen Krankheiten, das DSM ausschließlich psychische Störungen. Das ICD-10 (WHO, 1992) setzt Sexualität grundsätzlich normal und wünschenswert voraus, gravierende Abweichungen werden als Störungen klassifiziert, wobei sexuelle Funktionsprobleme oder paraphile Störungen ohne Leidensdruck nicht als Störung eingestuft werden. Im ICD-10 werden Funktionsstörungen noch in psychische Kapitel (F52) und organische Ursachen aufgliedert.

Im überarbeiteten ICD-11 (seit dem 1. Januar 2022 in Kraft) wird die Trennung in organische und nichtorganische sexuelle Dysfunktionen (SD) aufgegeben und stattdessen nach ätiologischen Ursachen kategorisiert. Sexuelle Störungen werden als ein multidimensionales Zusammenspiel von psychologischen, sozialen, kulturellen und physiologischen Anteilen angesehen, wobei sich ein Faktor oder auch mehrere auf die sexuelle Reaktion auswirken und jedes Stadium beeinträchtigen kann (Bruchhaus, 2018). Im ICD-11 fließen neue Erkenntnisse der Sexualmedizin und vermehrt menschenrechtliche Gesichtspunkte mit ein, so dass Menschen mit sexuellen Erkrankungen oder Störungen respektiert und nicht pathologisiert werden, bisherige Diagnosen wie „sexueller Kontrollverlust“, „Hypersexualität“ oder „Sexsucht“ sind unter „zwanghafte Sexualverhaltensstörung“ zusammenfasst. Die Diagnose wird nur angewandt, wenn ein zwanghaftes Sexualverhalten vorliegt, welches exzessives und schwer kontrollierbares Leiden verursacht, welches meist alle Lebensbereiche beeinträchtigt und zu starkem Stress führt, wie dies von anderen Suchterkrankungen her bekannt ist. Die ICD-11 unterscheidet zwischen dem subjektiven

Tab. 1: Sexuelle Funktionsstörungen im Wandel der Zeit

ICD-10 (WHO, 1992)	ICD-11 (Reed et al., 2016)	DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015)
Sexuelle Funktionsstörungen (nicht verursacht durch eine organische Störung oder Erkrankung)	Sexuelle Funktionsstörungen (verursacht durch eine organische oder nichtorganische Ursache)	Sexuelle Funktionsstörungen (nur psychische Ursachen)
Dysfunktionen des sexuellen Verlangens und der sexuellen Erregung (Dekker et al., 2020)		
F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen	Dysfunktionen mit Hypoaktivität des sexuellen Verlangens bei Mann und Frau	F52.0 Störungen mit verminderter sexueller Appetenz beim Mann F52.22 Störungen des sexuellen Interesses bzw. der Erregung bei der Frau
F52.10 Sexuelle Aversion und F51.11 mangelnde sexuelle Befriedigung	entfällt	entfällt
Störungen der sexuellen Erregung		
F 52.2 Versagen genitaler Reaktionen bei Mann und Frau	Erektionsstörungen Weibliche Erregungsstörung	F52.21 Erektionsstörungen F52.43 Weibliche Erregungsstörungen
Orgasmusstörungen - Dysfunktionen des Orgasmus/Ejakulation		
F52.3 Orgasmusstörungen bei Mann und Frau	Orgasmusstörungen bei Mann und Frau. Unterscheidung zwischen subjektivem Erleben und Ejakulation beim Mann	F52.31 Weibliche Orgasmusstörungen
F52.4 Ejaculatio praecox	Frühe Ejakulation Verzögerte Ejakulation	52.4 Vorzeitige (frühe) Ejakulation F52.32 Verzögerte Ejakulation
Sexuelle Schmerz-Penetrationsstörungen		
F52.5 Nichtorganischer Vaginismus	Sexuelle Schmerz-Penetrationsstörung (Vaginismus)	F52.6 Genito-pelvine Schmerz-Penetrationsstörung (Dyspareunie/Vaginismus)
F52.6 Dyspareunie	Im Kapitel zu urogenitalen Störungen	
Gesteigertes sexuelles Verlangen		
F52.7 Gesteigertes sexuelles Verlangen (Hypersexualität)	zwanghafte Sexualverhaltensstörung	entfällt

Erleben des Orgasmus und der Ejakulation. Bei den Erregungsstörungen (ED) werden weibliche und männliche Störungen gesondert klassifiziert (vgl. Tabelle 1).

Bezüglich der Symptome ist anzumerken, dass jede Diagnose der Problematik unterliegt, dass es zumeist ein Kontinuum zwischen „normal“ und „pathologisch“ gibt. Es existieren keine allgemein akzeptierten Definitionen, was normal ist resp. davon abweicht: Wo beginnt eine hyper- oder hyposexuelle Störung oder wann ist eine Erektion zu kurz oder zu lang (verzögerte oder EP). Die Diagnose einer EP wird im DSM-5 vergeben, wenn die intravaginale-Zeit unter einer Minute liegt. Andere Autoren nehmen als Grenze zwei Minuten (Waldinger et al., 2005). Das ICD-10 verzichtet auf eine Zeitangabe und

definiert EP als Unfähigkeit, die Ejakulation ausreichend zu kontrollieren, damit der Geschlechtsverkehr für beide Partner befriedigend ist. Trotz den Bemühungen um Objektivität wird auch ein „klinisch relevanter Leidensdruck“ in Studien unscharf definiert, da diese meist auf subjektive Angaben beruhen. Operationalisierte Instrumente können als Ergänzung hilfreich sein, sind aber immer mit derselben subjektiven Beurteilung versehen: den Erinnerungen, Emotionen, Gedanken und Vorstellungen der untersuchten Person und dem unterschiedlichen Verständnis eines „normalen“ Reaktionszyklus.

Alle Definitionen der verschiedenen Diagnosemanuale verlangen folgende Kriterien: Erstens soll ein klinisch relevanter Leidensdruck vorliegen und/oder die Störung verunmöglicht

eine gewünschte sexuelle Beziehung oder die Beziehung respektive der Partner leidet darunter. Zweitens bestehen zeitliche Kriterien: die Funktionsstörung besteht über einen längeren Zeitraum (>als 6 Monate) oder ist wiederkehrend und kommt häufig vor. Außerdem unterscheiden die Diagnosemanuale in primäre (lebenslange, seit Beginn der sexuellen Aktivität) oder sekundäre (später, nach einer zunächst guten Funktion) Störungen (Field et al., 2013).

Diagnostisches Vorgehen

Sexuelle Funktionsstörungen benötigen eine eingehende, interdisziplinäre Abklärung. Eine ausführliche Sexualanamnese steht immer an deren Anfang und ist meist der wichtigste Teil der Diagnostik (Kossat, 2018). Die Sexualanamnese gibt wichtige Hinweise für notwendige klinische und gezielte Laboruntersuchungen. Für die Diagnostik und Differentialdiagnostik existieren ausgefeilte „Algorithmen“, wie sie in Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften zu finden sind. Für Psychiater und Psychotherapeuten ist der Ausschluss oder die Diagnose von körperlichen Ursachen der Funktionsstörungen unumgänglich. Bei Männern weist das Vorhandensein von morgendlichen Erektionen und eine uneingeschränkt funktionierende Masturbation stark auf eine psychogene Funktionsstörung hin.

Große Bedeutung kommt einer eingehenden Besprechung mit dem Patienten von Befunden, Diagnosen und weiterem Procedere, wie weitergehende Abklärungen und Behandlungsmöglichkeiten, zuteil. Falls Hinweise für andere sexuelle Probleme zu Tage treten, sollen entsprechende Schritte für eine umfassende Diagnostik in die Wege geleitet werden. Mögliche weitere Probleme, die in Zusammenhang mit der Sexualität stehen, können zahlreich sein: Sexuell übertragbare Infektionen, paraphile Störungen, sexueller Missbrauch, eine Suchtproblematik, oder auch psychische Probleme und Paarkonflikte wie Liebeskummer, Eifersucht oder Suizidalität können im Vordergrund stehen.

Die Sexualanamnese

Die Sexualanamnese ist der erste und meist auch wichtigster Teil der Diagnostik sexueller Probleme. Die Erhebung der Sexualanamnese wird Ärzten, Psychiatern oder Psychotherapeuten allerdings weder in der gängigen Aus-, Fort- noch Weiterbildung gelehrt (Hartmann, 2018), zumal in der medizinischen Diagnostik und Behandlung die Situation besteht, dass häufig Intimitätsgrenzen überschritten werden müssen. Das Gespräch über sexuelle Probleme findet in der ärztlichen, auch der psychiatrischen und psychotherapeutischen, Sprechstunde selten oder nur oberflächlich statt, wie Studien aus westlichen Ländern zeigen (Briken & Berner, 2013). Die WHO (2001), die amerikanischen Gesundheitsbehörden CDC und NGOs (April

& Bitzer, 2015) sehen im ärztlichen Umgang mit der Sexualität ihrer Patienten und deren Probleme schon länger weltweit einen Mangel, weshalb sie Handlungsempfehlungen für Ärzte herausgegeben haben.

Einer repräsentativen Schweizer Studie (Meystre-Agustoni et al., 2011) untersuchte diese Problematik: Die befragten Personen waren 18–70jährige Patienten einer Poliklinik in Lausanne. Nur 40 % wurden jemals von einem Arzt auf ihre Sexualität angesprochen. 20 % wurden auf sexuell übertragbare Infektionen, Risikoverhalten oder die Anzahl bisheriger Sexualpartner befragt. Hingegen gaben 95 % an, sie fänden es normal, vom Arzt auf Sexualprobleme angesprochen und beraten zu werden. 90 % erhofften sich sogar die Erhebung einer Sexualanamnese; 60 % wünschten sich bei der Erstkonsultation im Rahmen einer allgemeinen medizinischen Anamnese auch den Einbezug der Sexualität. Nur etwa 25 % der Patienten mit sexuellen Problemen suchten von sich aus einen Arzt auf. 85 % fanden, sie würden durch Fragen eines Arztes nach der Sexualität keineswegs peinlich berührt. Nur 15 % gaben an, dass sie sich bei Fragen nach der Sexualität geniert hätten. Aber selbst von dieser Patientengruppe hätten es doch 75 % geschätzt, vom Arzt auf ihre Sexualität angesprochen zu werden. Diese Resultate sollten uns ermutigen, das Thema Sexualität in unseren Beratungs- und Behandlungsgesprächen aktiv anzusprechen.

Eine SD kann auch durch eine nicht diagnostizierte andere Krankheit verursacht sein. Schon aus diesem Grunde ist eine eingehende körperliche Untersuchung je nach den Ergebnissen der Sexualanamnese angebracht. Eine ED kann als Risikofaktor einer Herz-Kreislauf-Erkrankung um Jahre den Herz-Kreislauf-Manifestationen vorausgehen (Ghanem et al., 2013). SD kann als Symptom der unteren Harnwegs-Erkrankung (LUTS) beim Mann z.B. bei einer gutartigen Prostatohyperplasie (BPH) auftreten und umgekehrt. Hormonstörungen können bei Frauen und Männern zu verschiedenen SD führen (Basaria, 2014, van Lankveld, 2010). Bei Risikoverhalten für sexuell übertragbare Infektionen wie HIV, Hepatitis B- und C-Infektion oder Syphilis sind Tests und Partnerinformationen mit Beratung angezeigt.

Der Gesprächseinstieg und -aufbau

Es braucht etwas Übung und Einfühlungsvermögen, ein Gefühl für den richtigen Zeitpunkt und die passende Gelegenheit, um Sexualität zu thematisieren. Bei akuten Erkrankungen ist ohne Anhaltspunkt auf eine sexuelle Beteiligung ein Ansprechen auf sexuelle Fragen wenig sinnvoll.

Ersucht ein Patient wegen sexueller Probleme um eine Konsultation, ist die Erhebung einer ausführlichen Sexualanamnese im Erstgespräch selbstverständlich. Die Frage „Sind Sie zufrieden mit Ihrer Sexualität?“ sollte dem Patienten im Verlaufe einer Behandlung immer gestellt werden. Wird diese mit einem „Ja“ beantwortet, erübrigt sich zu diesem Zeitpunkt eine weitere Nachfrage. Bei chronischen körperlichen Erkran-

kungen, psychischen Problemen oder entsprechender Medikation sollten immer Fragen nach SD gestellt werden. Folgende offene Fragen eignen sich als Einstieg: „Wie geht es Ihnen in der Partnerschaft? und in der Sexualität? Wollen Sie darüber sprechen? Bei anderen Patienten mit ähnlichen Erkrankungen oder Medikamenten wirkten sich diese auf die Sexualität aus. Haben Sie auch solche Veränderungen bemerkt?“

Berichten Patienten erstmals von ihren sexuellen Problemen, sind ihre ersten Schilderungen oft diffus. Sie brauchen vom Arzt oder Therapeuten eine direkte Ansprache, Orientierung und Struktur, damit Arzt und Patient ein Verständnis für die Schwierigkeiten bekommen. Der Miteinbezug des Partners bei sexuellen Problemen erweist sich zumeist für Diagnose und Behandlung als Vorteil.

Obwohl in den Medien Sexualität ein Dauerthema ist, fehlen in der deutschen Sprache und in den Mundarten oft die treffenden Bezeichnungen. Allgemein ist auf eine sachliche Wortwahl zu achten, um Vertrauen aufzubauen und Kompetenz zu vermitteln (Sarela, 2013). Auf Ausdrücke aus der Welt von Adoleszenten oder der Gossensprache ist zu verzichten. Anatomie und sexuelle Vorgänge sollten konkret beim Namen genannt werden, je nach Bildungsstand entweder auf Deutsch, „Glied“ und „Scheide“, oder mit medizinischen Termini wie „Penis“ und „Vagina“. Am Anfang eines Gespräches helfen offene Fragen, um sexuelle Probleme grob verstehen zu lernen. Im weiteren Verlauf der Anamnese kann man es sich und dem Gegenüber leichter machen, wenn fehlende Angaben präzise nachgefragt und mit anschaulichen Beispielen erläutert werden, damit ein „Ja“ oder „Nein“ des Patienten genügt.

Bezüglich der Verwendung eines standardisierten Fragebogens zur Sexualanamnese gibt es unterschiedliche Sichtweisen. Routinierte Psychotherapeuten verzichten gerne auf den starren Rahmen eines Fragebogens und entwickeln die Anamnese im Gespräch. Screeningverfahren, bei denen die Patienten den Fragebogen schon ausgefüllt zur Konsultation mitbringen, können sich als sinnvoll erweisen, schon aus zeitökonomischen Gründen oder damit keine Symptome übersehen werden (Berkert & Hippus, 2019).

Patientenorientierte Gesprächsführung

Die Arzt-Patienten-Beziehung hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich gewandelt. Viele Patienten sind heute gut informiert und konfrontieren die Ärzte mit ihrem Wissen. Das bedeutet, dass der Arzt oder Psychotherapeut zunächst vom Patienten erfahren muss, wo er in seinen Überlegungen steht. Heute lernen bereits Studenten und Assistenzärzte die Prinzipien der patientenorientierten Gesprächsführung (General Medical Council, 2008). Auch ein Gespräch über Sexualität basiert darauf. Erst wenn der Therapeut die Probleme und Meinungen des Patienten erfasst hat, kann er ihn dort abholen, wo er sich emotional und kognitiv befindet.

Der Arzt soll – wenn möglich – auch seine Sicht der Dinge darlegen und Argumente für eine vielleicht etwas andere Sicht der Dinge liefern. Er sollte sich dabei nicht hinter einer „partnerschaftlichen“ oder „neutralen“ Haltung verstecken, sondern, wo notwendig, auch aus fachlicher Sicht Position beziehen (April & Bitzer, 2015). Diese Haltung in der Gesprächsführung erleichtert es dem Patienten, sich aufgrund einer gut untermauerten ärztlichen Stellungnahme selbst für eine Verhaltensänderung, eine weitergehende Beratung oder eine Therapie zu entscheiden.

Ein „offenes Ohr“ darf vom Therapeuten erwartet werden

Freud schrieb 1905 „Wir [...] legen also Wert darauf, dass man den seelischen Faktor des Sexuallebens nicht übersehe und unterschätze“ (Freud, 1905). Heutzutage werden selbst im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting Gespräche über sexuelle Probleme vermieden, obwohl es Patienten als wünschenswert erachten. Das müsste nicht sein.

Ist der Psychiater oder Psychotherapeut ohne sexualmedizinische Ausbildung überhaupt dazu geeignet und in der Lage? Wie oben erwähnt, wissen über 90 % der Patienten ein Gespräch über die Sexualität zu schätzen. Über Sexualität zu sprechen, sollte für Ärzte und Psychotherapeuten gleich selbstverständlich und unbefangen geschehen, wie ein Gespräch über Depressionen oder Ängste. Die Sexualanamnese erfordert eine spezifische Kompetenz (Briken & Berner, 2013). Ärzte geben vier Hauptgründe an, warum sie Gespräche über sexuelle Probleme vermeiden: 1. Ein Gespräch über Sexualität könnte dem Patienten unangenehm sein; 2. es sei wegen Zeitmangel nicht möglich; 3. wegen eigener Unsicherheiten fühlen sie sich persönlich unzulänglich; 4. über 80 % erachten ihre Ausbildung und ihr Wissen über Sexualmedizin als unzulänglich (Hartmann, 2018). Zeitmangel ist für andere Fachärzte zutreffend, denn sie werden für ein ausführliches Gespräch von der Krankenkasse nicht bezahlt. Psychiater und Psychotherapeuten wird die notwendige Zeit hingegen zugestanden. Viele Patienten würden sich erleichtert fühlen, sich über sexuelle Probleme aussprechen zu können. Ein offenes Ohr, das heißt Interesse und Verständnis für diese tabuisierten Meinungen oder Emotionen zu haben, kann der Patient erwarten und ist häufig schon hilfreich. Es liegt an den Behandlern aktiv ein Gespräch über Sexualität zu initiieren. Ein Interesse an verborgenen Themen zeichnet die Psychiatrie-Psychotherapie-Profession ja grundsätzlich aus. Hinzu kommt die lernende Haltung, sich ein neues Gebiet durch „learning by doing“ anzueignen. Um ein aktives Ansprechen zu erlernen, eignen sich das Selbststudium sexualmedizinischer Literatur sowie Supervision, Wochenendseminare und vor allem eine sexualmedizinische Ausbildung, wie sie auch in der Schweiz angeboten wird (Althof & Rosen, 2010). Oft ist der Psychiater oder Psychotherapeut die erste Person, der

Patienten ein bisher streng gehütetes Geheimnis erzählen können. Von diesen Fachpersonen darf erwartet werden, dass sie versuchen die Schwierigkeiten vorbehaltlos entgegen zu nehmen. Manchmal können einfache Ratschläge oder Überlegungen helfen, den gordischen Knoten zu lösen. Oft genügt es, den Patienten zu ermutigen, mit dem Partner offen über die Ängste zu sprechen. Beispielsweise ist bekannt, dass Frauen meist mit ED oder EP der Männer recht gut umgehen können. Im besten Fall wird es einem Paar dadurch ermöglicht, Wege für eine sexuell befriedigende Sexualität zu finden.

Leidet der Patient aber an einer tieferliegenden sexuellen Störung, ist eine Überweisung an eine spezialisierte Fachperson notwendig. Patienten erwarten in der Behandlung von Problemen mit der sexuellen Gesundheit dieselbe hohe Qualität, wie auch bei anderen Gesundheitsproblemen.

Die körperliche Untersuchung

Viele Patienten erleben eine erste sexuelle körperliche Untersuchung der Sexualorgane beim Hausarzt, Urologen oder Gynäkologen als peinlich, insbesondere Patienten, die unter sexuellen Dysfunktionen oder Schmerzen leiden. Sexuelle Dysfunktionen gehen oft mit Scham, Schuldgefühlen und Verlegenheit einher und sind begleitet von einem verminderten Selbstwertgefühl, Frustration, Angst und Depression. Eine entspannte Atmosphäre macht es dem Patienten nicht nur leichter, sondern liefert konsistentere und zuverlässigere klinische Befunde. Es ist selbstverständlich, Informationen über Sinn und Fortgang der einzelnen Untersuchungsschritte im Voraus zu erklären. Gelingt es dem Patienten nicht, sich zu entspannen, ist es eine gute Option, die Untersuchung zu verschieben. Das Angebot einer Anwesenheit von Begleitpersonen für männliche und weibliche Patienten ist aus beruhigenden und medizinisch-rechtlichen Gründen eine gute Praxis (Bachmann et al., 2006).

Behandlung

Menschen, die eine Behandlung wünschen, berichten meistens von einem bedeutenden Leidensdruck, der ihr Lebensgefühl stark beeinträchtigt. Bei Personen mit sexuellen Problemen, die als wenig störend empfunden werden, wird keine Diagnose gestellt. Das beugt unnötiger Pathologisierung und Stigmatisierung vor. Manchmal hat der „Patient“ mit den Funktionsstörungen weniger ein Problem als der Partner, was häufig bei einer EP oder bei Präferenzbesonderheiten wie Fetischismus vorkommt. Die Vorstellungen und Bedürfnisse von Sexualität sind bei einem Paar praktisch immer unterschiedlich, so dass sie Kompromisse finden müssen, wie in allen anderen Partnerschaftsbereichen auch. Es ist wichtig, zwischen Beratung und Behandlung zu unterscheiden. Beratung bei sexuellen Problemen oder Funktionsstörungen soll jeder Psychiater, Psycho-

therapeut und Arzt aktiv leisten. Für eine Behandlung soll der Patient der Diagnose entsprechend an einen gut ausgebildeten Spezialisten überwiesen werden, wie Sexual- und Paartherapeuten, Urologen, Gynäkologen, Andrologen oder Gefäßchirurgen. Oft ist es sinnvoll, dass zwei oder mehrere Spezialisten in Kooperation die Behandlung durchführen, wie z.B. ein Urologe und ein Sexualtherapeut.

Sexualberatung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis:

- Beratung bedeutet nicht Ratschläge zu erteilen, sondern mit dem Patienten gemeinsam seine Probleme „herauszuschälen“. Sexualberatung ist indiziert bei leichteren sexuellen Problemen.
- Entlastung des Patienten bewirkt schon viel: „Das geht vielen so, aber Sie können etwas dagegen tun.“
- Psychiater und Psychotherapeuten sprechen den Patienten aktiv auf die Sexualität an.
- Sie haben ein „offenes Ohr“ für sexuelle Probleme und verstehen sich als empathische Begleiter.
- Sie sind unterstützend: „Versuchen Sie mit dem Partner auch über Sexualität zu sprechen. Am Anfang braucht es etwas Mut, danach wird es einfacher.“
- Sie überweisen für weitere Abklärungen oder Therapien an geeignete Fachpersonen.
- Sexuelle Funktionsstörungen gehören in die Hände von erfahrenen Fachpersonen.

Behandlung durch Spezialisten:

Bei der Behandlung der Funktionsstörungen wird ebenso von einer biopsychosozialen und multifunktionalen Genese ausgegangen. Nach heutigem Standard erfordern SD nach einer eingehenden interdisziplinären Diagnostik einen Gesamtbehandlungsplan, bei dem psychologische und biologische Methoden integriert sind (Reisman et al., 2015).

Die häufigsten Themenkreise bei Paar und Sexualtherapeuten beziehen sich Bruchhaus (2018) zufolge auf:

1. Libidodiskrepanz: Der eine Partner wünscht sich öfter Sex als der andere;
2. Sexuelle Funktionsstörungen, die eine unbeschwerte Sexualität für einen oder (meistens) beide Partner beeinträchtigen;
3. Seelische Verletzungen durch einen Seitensprung oder sich wiederholende Affären;
4. Partnersuche;
5. Sexsucht mit exzessivem Pornografiekonsum;
6. Menschen mit sexuellen Präferenzbesonderheiten wie Fetischismus, Sadomasochismus, Pädophilie, die u.a. zu persönlichem Leidensdruck oder zu Paarkonflikten führen.

Jede sexuelle Dysfunktion hat ihre eigenen Ursachen und wird dementsprechend unterschiedlich behandelt (Kossat, 2018). Libidostörungen können sehr unterschiedliche Gründe haben: der Lebensstil und die Beziehung. Stress in vielen Formen ist einer der Hauptfaktoren, die angegangen werden müssen, bspw. weil neben dem Beruf, der Familie für Partnerschaft und Sexualität zu wenig Zeit verbleibt. Paarkonflikte sollten eruiert und gebessert werden. Außerdem kann eine biologische Diskrepanz der Libido vorliegen, mit der ein Paar umzugehen lernen muss. Bei hormonellen Störungen wie Hyperprolaktinämie, Hypogonadismus oder Hypothyreose könnte eine adäquate Therapie das sexuelle Verlangen auch kurzfristig verbessern. Wenn der klinische Zustand dies zulässt, ist im Falle von Hyperprolaktinämie eine Modifikation des verwendeten Arzneimittels ratsam.

Zusammenfassende Stellungnahme zu den PDE-5-Hemmern

Obwohl bei der Behandlung der ED von einem psychosozialen Modell ausgegangen werden kann, hat sich im Zusammenhang mit der Medikalisierung (Klein & Briken, 2016) eine einseitige biologische Betrachtung bei der Behandlung und Beratung erhalten (Sigusch, 2018). Die Wirksamkeit bei den einzelnen PDE-5-Hemmer liegt bei 60–80 %. 90 % der Männer mit ED bekommen PDE-5-Hemmer als erste Wahl. Im Allgemeinen werden PDE-5-Inhibitoren auf On-Demand-Basis (p.r.n.) erfolgreich eingesetzt. In Bezug auf die Wirksamkeit und Nebenwirkungen zeigen alle derzeit vermarkteten PDE-5 keine klinisch bedeutsamen Unterschiede. Eine Ausnahme bilden Farbsehstörungen, die nur bei Sildenafil und Lodenafil bei wenigen Prozent auftreten. Mit dem länger wirkenden PDE-5-Hemmer Tadalafil einmal täglich (5 mg) gibt es eine sehr effektive, sichere und attraktive Alternative zur Einmal-Dosierung. Der Vorteil ist, dass sexuelle Aktivitäten nicht geplant werden müssen und damit ein spontanes Sexualleben möglich ist, wie vor der ED-Manifestation. Bei Männern, die sowohl an ED als auch an LUTS leiden, kann Tadalafil beide Erkrankungen erfolgreich behandeln.

Diese Behandlung ist oft eine hilfreiche Entscheidung für die Fälle, bei denen in erster Linie biologische Gründe vorliegen. Im psychotherapeutischen Setting kann der zusätzliche Einsatz von PDE-5-Hemmern bei chronifizierten ED äußerst gut wirken, indem sie den „Teufelskreis“ der Versagensängste zu durchbrechen vermögen, und so psychologische Methoden erfolgreicher angewendet werden können. Entscheidend bei der Verordnung von PDE-5-Hemmern ist eine ausgewogene biopsychosoziale Beratung oder Behandlung.

Die Rate der Männer, die die Behandlung mit PDE-5-Hemmer abrechnen, liegt – trotz der guten Wirksamkeit und Sicherheit dieses Medikamentes bei 30–80 % (Corona et al, 2016; Hartmann, 2018). Der Grund für diese hohe Abbrechrate dürfte in der vielschichtigen Wechselbeziehung zwischen Wirksamkeit, sexueller Zufriedenheit und den komplizierten psychosozialen

und Lifestyle-Faktoren liegen (Simonelli & Fabrizi, 2010). Ärzte unterlassen häufig eine umfassende Information über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten, und eine eventuell notwendige und sinnvolle Überweisung an einen Paar- oder Sexualtherapeuten findet nur selten statt, wodurch eine nachhaltige Behandlung verpasst wird, da die PDE-5-Hemmer die Ursachen in der Partnerschaft oder in einer gestörten Intimbeziehung kaum zu verbessern vermögen (Mc Cabe et al., 2010).

Ein weiterer problematischer Gesichtspunkt der „Medikalisierung“ besteht darin, dass Männer in ihrem internalisierten Leistungsmodell vom „perfekten Sex“ bestärkt werden, welches durch die aktuelle, postmoderne und leistungsorientierte Kultur forciert wird. Aus dieser Warte beurteilt, erscheint die Abbrechrate von PDE-5-Hemmer von 30–80 % – trotz der guten Wirksamkeit und Sicherheit – nochmals in einem anderen Licht (Corona et al., 2016).

Für die psychotherapeutischen Behandlung gilt nach heutigen Standards ein eklektischer Ansatz als Methode der ersten Wahl. Das bedeutet ein massgeschneiderter Behandlungsplan für den individuellen Patienten resp. das Paar. Eklektisch meint hier einerseits Integration sinnvoller verhaltenstherapeutischer-, systemischer-, suchttherapeutischer-, syndyastischer- oder psychotherapeutischer Ansätze und andererseits hilfreiche biologische Behandlungen (Medikamentenwechsel, wirksame Medikamente oder Hormone und Chirurgie), und selbstverständlich müssen sozio-kulturelle Faktoren miteinbezogen werden.

Fazit

Die Sexualität gehörte bei den Begründern der wissenschaftlichen Psychologie und Psychotherapie zu den Kernelementen des menschlichen Daseins, und entsprechend wichtig beurteilten sie diese sowohl für die psychische Gesundheit als auch für das Verständnis von Neurosen (Freud, 1905; Goddemeier, 2012). Die Gründe, warum Psychiater und Psychotherapeuten seit 50 Jahren dieses Thema vermeiden und Sexualität nicht selbstverständlich zu ihrer Ausbildung zählt, sind unklar, und müssten untersucht werden. Die WHO, die ESSM und viele Autoren fordern der sexuellen Gesundheit mehr Bedeutung zuzuweisen. Gerade bei Psychiatern und Psychotherapeuten sollte die Sexualanamnese eine Selbstverständlichkeit sein.

Sexuelle Funktionsstörungen sind in ihrer Genese vielfältig und in ihrer Behandlung anspruchsvoll. Eine sexualmedizinische Ausbildung ist notwendig. Es gibt unzählige Aspekte, die zu berücksichtigen sind: Die persönliche Situation des Patienten, biologische Aspekte, wie der Einfluss von körperlichen Erkrankungen und selbstverständlich die vielfältigen kulturellen Einflüsse der letzten 200 Jahre.

Aus meiner persönlichen Erfahrung in Diskussionen mit Kollegen sind die älteren kulturellen Einflüsse bis in die 1970er

Jahre eher bekannt als die der Postmoderne. Unterhalte ich mich mit der X-Genera­tion (Geburtsjahre 70–90er Jahre) über Sexualität, so antworten sie nicht selten: Ihr „Alt-68er“ oder „ihr Alt-Hyppies“ seid übersexualisiert. „Eure Ideale der antiautoritären Erziehung beförderten doch auch Pädophile, die sich nicht weniger schlimmer verhielten als die schwarzen Schafe der konservativen katholischen Kirche. Lasst uns mit Euren Sexualkonzepten in Ruhe. Für uns ist der Sex nie so zentral wie er bei Euch war oder ist.“

Demgegenüber zeigt sich soziologischen Untersuchungen eine starke Zunahme sexualisierter Bilder von Männern und Frauen in den Medien. Ein noch stärkerer Zuwachs an „hypersexualisierten Bildern“ betrifft Frauen. Hatton (2011) kritisiert, dass Frauen auf Bildern und in Pornofilmen nicht nur als sexy gezeigt werden, sondern auch als willige und passive Objekte, die für sexuelle Gelüste anderer zur Verfügung stehen.

Meiner klinischen Beobachtung nach, hat die Sexualisierung in den letzten 12 Jahren weiter zugenommen, parallel dazu die Zahl der Patienten mit Pornosucht. Eindrücklich erscheint der Anstieg der SD insbesondere bei Männern. Wie ist dieser wahrscheinlich unvergleichliche Anstieg in der Geschichte der Menschheit zu erklären? Geht er einher mit dem Einfluss der Pornoindustrie und der sozialen Media wie Facebook, WhatsApp oder Tinder auf das Hirn junger Menschen?

Ich kann mich nur dem Urteil der Schweizer Autoren (Studer et al., 2019) anschließen, dass Cybersex Use in seiner Assoziation mit soziodemografischen, sexuellen und psychologischen Aspekten betrachtet werden muss. Besonders Personen in Gesundheitsberufen müssten diese Aspekte stärker berücksichtigen, damit sie Prävention und Interventionen den Bedürfnissen der Patienten besser anpassen können.

Somit viele Fragen und viele offene Antworten. Es bedarf weiterer Forschungen zu diesen Themen.

Literatur

- AAPOR (Association for Public Opinion Research), 2016. Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 9th ed., Alexandria, Virginia.
- Ahlers, C.J., Neutze, J., Mundt, I., Hupp, E., Konrad, A., Beier, K.M., Schaefer, G.A., 2008. Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis – Teil II. *Sexuologie* 15 (3–4), 82–103.
- Althof, S.E., 2006. Sexual Therapy in the Age of Pharmacotherapy. *Annu Rev Sex Res* 17, 116–31.
- Althof, S.E., 2010. What's new in sex therapy? *J Sex Med* 7 (1), 5–13.
- Althof, S.E., Rosen, R.C., 2010. Combining Medical and Psychological Interventions for the Treatment of Erectile Dysfunction. In: Levine, S.B., Risen, C.B., Althof, S.E. (Hg.), 2010. *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals*. 2. Aufl. Routledge, New York, 251–266.
- April, K., Bitzer, J., 2015. Sexuelle Gesundheit in der ärztlichen Praxis – Call to Action. *Sexuologie* 22 (3–4), 71–80.
- Bachmann, G.A., Rosen, R., Pinn, V.W., Utian, W.H., Ayers, C., Basson, R. et al., 2006. Vulvodynia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management. *J Reprod Med* 51 (6), 447–456.
- Basaria, S., 2014. Male hypogonadism. *Lancet* 383 (9924), 1250–63.
- Basson, R., 2006. Sexual Desire and Arousal Disorders in Women. *N Engl J Med* 354 (14), 1497–1506.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2011. *Praxisleitfaden Sexualmedizin: Von der Theorie zur Therapie*. Springer Verlag, Heidelberg.
- Benkert, O., Hippus, H. (Hg.), 2019. *Kompodium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. 12. Aufl. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 782–788.
- Bóthe, B., Tóth-Király, I., Potenza, M.N., Orosz, G., Demetrovics, Z., 2020. High-Frequency Pornography Use May Not Always Be Problematic. *J Sex Med* 17 (4), 793–811.
- Briken, P., Berner, M. (Hg.), 2013. *Praxisbuch sexuelle Störungen: Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen*. Thieme Verlag, Stuttgart/New York.
- Briken, P., Matthiesen, S., Pietras, L., Wiessner, C., Klein, V., Reed, G.M., Dekker, A., 2020. Estimating the prevalence of sexual dysfunction using the new ICD-11 guidelines. *Dtsch Arztebl Int* 117 (39), 653–658. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0653.
- Bruchhaus Steinert, H., 2018. *Sexualstörungen*. Carl-Auer Verlag, Heidelberg.
- Burnett, A.L., Nehra, A., Breau, R.H., Culkin, D.J., Faraday, M.M., Hakim, L.S. et al., 2018. *Erectile Dysfunction: AUA Guideline*. *J Urol* 200 (3), 633–641.
- Buss, D.M., 2003. *The Evolution of Desire: Strategies of Human Mating*. Basic Books, New York.
- Clement, U., 2016. *Dynamik des Begehrens: Systemische Sexualtherapie in der Praxis*. Carl-Auer Verlag, New York.
- Corona, G., Rastrelli, G., Burri, A., Serra, E., Gianfrilli, D., Mannucci, E. et al., 2016. First-generation phosphodiesterase type 5 inhibitors dropout: a comprehensive review and meta-analysis. *Andrology* 4 (6), 1002–1009.
- Dekker, A., Matthiesen, S., Cerwenka, S., Otten, M., Briken, P., 2020. Gesundheit, sexuelle Aktivität und sexuelle Zufriedenheit. *Dtsch Arztebl Int* 117 (39), 645–652.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U. (Hg.), 2015. *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Hogrefe, Göttingen.
- Fiedler, P., 2018. *Sexuelle Störungen*. Belz Verlag, Weinheim.
- Field, N., Mercer, C.H., Sonnenberg, P., Tanton, C., Clifton, S., Mitchell, K.R. et al., 2013. Associations between health and sexual lifestyles in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 382 (9907), 1830–1844.
- Freud, S., 1905. *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Nikol, Hamburg.
- General Medical Council, 2008. *Consent: Patients and doctors making decisions together*.
- Ghanem, H.M., Salonia, A., Martin-Morales, A., 2013. SOP: Physical Examination and Laboratory Testing for Men with Erectile Dysfunction. *J Sex Med* 10 (1), 108–110.
- Goddemeier, C., 2012. Alfred Adler (1870–1937): Begründer der Individualpsychologie. *Dtsch Arztebl PP* 6, 265–268.
- Grubbs, J.B., Kraus, S.W., Perry, S.L., 2019. Self-reported addiction to pornography in a nationally representative sample: The roles of use habits, religiousness, and moral incongruence. *J Behav Addict* 8 (1).
- Haag, O., Als der homo sexuell homosexuell wurde. Diskurs über Richard von Krafft-Ebing: Psychopathia Sexualis. In: Webportal für die Geschichte der Männlichkeiten des Instituts für Geschichte der Universität Wien. https://maennergeschichte.univie.ac.at/koerper/sexualitaet_01.htm
- Hartman, U. (Hg.), 2018. *Sexualtherapie. Ein neuer Weg in Theorie und Praxis*. Springer Verlag, Berlin.

- Hatton, E., 2011. *The Temp Economy: From Kelly Girls to Permatemps in Postwar America*. Temple University Press, Philadelphia.
- Hoyer, J., Velten, J., 2017. Sexuelle Funktionsstörungen: Wandel der Sichtweisen und Klassifikationskriterien. *Bundesgesundheitsbl* 60 (9), 79–86.
- Illouz, E., 2013. *Die neue Liebesordnung: Frauen, Männer und Shades of Grey*. Suhrkamp, Berlin.
- Kafka, M.P., 2010. Hypersexual Disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* 39 (2), 377–400.
- Kaplan, H., *Sexual Adversion, Sexual Phobias, and Panic Disorder*. Brunner/Mazel, New York.
- Klein, V., Briken, P., 2016. Ungedeckter medizinischer Bedarf? Kommentar zu dem erneuten Versuch, die sexuelle Unlust der Frau zu medikalisieren. *Z Sex Forsch* 29 (2), 158–169.
- Korte, A., 2018. Pornografie und psychosexuelle Entwicklung im gesellschaftlichen Kontext: Psychoanalytische, kultur- und sexualwissenschaftliche Überlegungen zum anhaltenden Erregungsdiskurs. *Psychosozial Verlag, Giessen*.
- Kossat, J., 2018. *Sexualität: Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen*. Elsevier, München.
- Laan, E., Rellini, A.H., Barnes, T., 2013. Standard operating procedures for female orgasmic disorder: consensus of the International Society for Sexual Medicine. *J Sex Med* 10 (1), 74–82.
- Laumann, E.O., Paik, A., Rosen, R.C., 1999a. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 281 (6), 537–544.
- Laumann, E.O., Paik, A., Rosen, R.C., 1999b. The epidemiology of erectile dysfunction: results from the National Health and Social Life Survey. *Int J Impot Res* 11 (Suppl 1), 60–64.
- Lindau, S.T., Schumm, L.P., Laumann, E.O., Levinson, W., O'Muirheartaigh, C.A., Waite, L.J., 2007. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 357 (8), 762–774.
- McCabe, M., Althof, S.E., Assalian, P., Chevret-Measson, M., Leiblum, S.R., Simonelli, C., Wylie, K., 2010. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 7 (1), 327ff.
- Masters, W.H., Johnson, V.E., 1966. *Human Sexual Response*. Little/Brown, Boston.
- Meston, C.M., Buss, D.M., 2007. Why humans have Sex. *Arch Sex Behav* 36 (4), 477–507.
- Meystre-Agustoni, G., Jeannin, A., de Heller, K., Pécoud, A., Bodenmann, P., Dubois-Arber, F., 2011. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* 141:w13178.
- Mialon, A., Berchtold, A., Michaud, P.-A., Gmel, G., Suris, J.-C., 2012. Sexual dysfunctions among young men: prevalence and associated factors. *J Adolesc Health* 51 (1), 25–31.
- Mitchell, K.R., Jones, K.G., Wellings, K., Johnson, A.M., Graham, C.A., Datta, J. et al., 2016. Estimating the prevalence of sexual function problems: the impact of morbidity criteria. *J Sex Res* 53 (8), 955–967.
- Müller, T., 2019. Sexuelle Verhaltensstörung häufiger als angenommen. *Uro-News* 23, 8.
- Nappi, R.E., Cucinella, L., Martella, S., Rossi, M., Tiranini, L., Martini, E., 2016. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas* 94, 87–91.
- O'Sullivan, L.F., Brotto, L.A., Byers, E.S., Majerovich, J.A., Wuest, J.A., 2014. Prevalence and characteristics of sexual functioning among sexually experienced middle to late adolescents. *J Sex Med* 11(3), 630–641.
- Parish, S.J., Hahn, S.R., Goldstein, S.W., Giraldo, A., Kingsberg, S.A., Larkin, L. et al., 2019. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. *Mayo Clin Proc* 94 (5), 842–856.
- Reckwitz, A., 2020. *Die Gesellschaft der Singularitäten*. Suhrkamp, Berlin.
- Reed, G.M., Drescher, J., Krueger, R.B., Atalla, E., Cochran, S.D., First, M.B. et al., 2016. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human right considerations. *World Psychiatry* 15 (3), 205–221.
- Reisman, Y., Porst, H., Lowenstein, L., Tripodi, F., Kirana, P.S. (Eds.), 2015. *The ESSM Manual of Sexual Medicine*. 2., aktual. Aufl. Medix, Amsterdam.
- Sarela, A., 2013. Stop sitting on the fence: recommendations are essential to informed decision making. *BMJ* 347:f7600.
- Schmid, W., 2013. *Liebe: Warum sie so schwierig ist und wie sie dennoch gelingt*. Insel Verlag, Berlin.
- Schmid, W., 2015. *Sexout: Und die Kunst, neu anzufangen*. Insel Verlag, Berlin.
- Shaw, D., Elger, B., 2013. Evidence-based persuasion: an ethical imperative. *JAMA* 309 (16), 1689–1690.
- Sigusch, V., 2013. *Kultureller Wandel der sexuellen Verhältnisse*. In: Briken, P., Berner, M. (Hg), *Praxisbuch Sexuelle Störungen: Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen*. Thieme Verlag, Stuttgart/New York, 18–24.
- Sigusch, V., 2018. 20 Jahre Viagra®. *Z Sex Forsch* 31 (2), 156–166.
- Simonelli, C., Fabrizi, A., Rossi, R., Silvaggi, C., Tripodi, F., Michetti, P.M., 2010. Clinical sexology: An integrated approach between the psychosomatic and the somatopsychic. *Sexologies* 19 (1), 3–7.
- Studer, J., Marmet, S., Wicki, M., Gmel, G., 2019. Cybersex use and problematic cybersex use among young Swiss men: Associations with sociodemographic, sexual, and psychological factors. *J Behav Addict* 8 (4), 794–803.
- van Lankveld, J.J.D.M., Granot, M., Weijmar Schultz, W.C.M., Binik, Y.M., Wesselmann, U., Pukall, C.F. et al., 2010. Women's sexual pain disorders. *J Sex Med* 7 (1, pt. 2), 615–631.
- Waldinger, M.D., Quinn, P., Dilleen, M., Mundayat, R., Schweitzer, D.H., Boolell, M., 2005. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *J Sex Med* 2 (4), 492–497.
- Wéry, A., Deleuze, J., Canale, N., Billieux, J., 2018. Emotionally laden impulsivity interacts with affect in predicting addictive use of online sexual activity in men. *Compr Psychiatry* 80 (1) 192–201.
- West, S.L., D'Aloisio, A.A., Agans, R.P., Kalsbeek, W.D., Borisov, N.N., Thorp, J.M., 2008. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med* 168 (13), 1441–1449.
- WHO, 1992. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Genf.
- WHO, 2001. *Promotion of sexual health. Recommendations for action*. New York.
- WHO, 2006. *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002*, Genf.
- Wilcox, S.L., Redmond, S., Hassan, A.M., 2014. Sexual functioning in military personnel: Preliminary estimates and predictors. *J Sex Med* 11 (10), 2537–2545.

Autor

Dr. med. Kurt April, MD, Seestr. 126, 8810 Horgen, Schweiz, e-mail: praxis@drapril.ch
