

Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

Inhalt

Themenschwerpunkt

- 3 State-of-the-Art der Sexualtherapie und Anforderungen an ihre Weiterentwicklung
Uwe Hartmann
- 25 Inzidenz sexueller Probleme in der gynäkologischen Praxis
Hans-Joachim Ahrendt, Daniela Adolf, Cornelia Friedrich
- 30 Störungen der weiblichen Appetenz – Auslösende Faktoren und Therapieoptionen
Birgit Delisle
- 48 Persistierende genitale Erregung bei Frauen (PGAD) – Beschreibung des Krankheitsbildes inklusive zweier erfolgreicher Therapien
Susanne Philippsohn
- 57 Medikamentöse Therapie der Erektile Dysfunktion – Aktueller Stand und Ausblick
Thomas C. Stadler, Christian G. Stief, Armin J. Becker
- 65 Ejaculatio praecox – Kritische Anmerkungen und deren Umsetzung in der täglichen Praxis
Michael J. Mathers, Frank Sommer, Herbert Sperling, Stephan Roth
- 72 Sexsucht – Diagnose, Differentialdiagnose, Therapieansätze und ein Fallbeispiel
Julia Kobs, Miriam Spenhoff, Uwe Hartmann
- 81 Zur Ergebnisqualität ambulanter Paar-Sexualtherapie unter Berücksichtigung der Beziehungsqualität
Jantje Kramer, Wolfgang Weig
- 85 Syndyastische Sexualtherapie – Begriff und Grundlagen
Kurt Loewit, Klaus M. Beier
- 95 „Es ist eine gute Basis entstanden, sich sicher zu fühlen“ – ein sexualtherapeutischer Fallbericht
Dirk Rösing

Fortbildung

- 98 Körpererleben in der Pflege geriatrischer Patienten
Edina Corbic

Aktuelles

- 102 Rezensionen, Programm der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualtherapie (DGSMT) und der Akademie für Sexualmedizin (ASM) im November 2011

Anschrift der Redaktion

Redaktion der Sexuologie, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030 / 450 529 301 (Fax: -529 992), e-mail: sexuologie@sexualmedizin-akademie.de

Anzeigen: MediaService Marschall, AnzeigenMarketing, Tel. 030-7719959, 030-81877980, Fax: 030-7713432, www.mediamarschall.de, info@mediamarschall.de

Anzeigenpreise: Gültig ist die Preisliste vom 1. Januar 2010

Lieferkonditionen (2010): Volume 17 (1 Band mit 4 Heften, Auslieferung in zwei Doppelheften)

Abopreise* (2010): Deutschland, Österreich, Schweiz: Institutionelle Abnehmer 212,00 €; persönliche Abonnenten 156,00 €; Mitglieder der Akademie für Sexualmedizin beziehen die Sexuologie zum Sonderpreis, bitte anfragen.

* Die Preisangaben sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen müssen wir uns vorbehalten. Alle Preise verstehen sich exklusive Versandkosten und exklusive Umsatzsteuer. Bei der Rechnungsstellung wird Umsatzsteuer gemäß der zum Rechnungszeitraum geltenden Richtlinien erhoben. Kunden in den EU-Ländern werden gebeten ihre Umsatzsteuernummer anzugeben.

Abonnements: Redaktion der Sexuologie, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Luisenstrasse 57, D-10117 Berlin, Tel.: 030 / 450 529 301 (Fax: -529 992), e-mail: sexuologie@sexualmedizin-akademie.de

Kündigung von Abonnements: Abonnements laufen jeweils für ein Kalenderjahr und werden unbefristet bis auf Widerruf verlängert, falls nicht bis zum 31. Oktober des Jahres gekündigt wird.

Bankverbindung: Deutsche Ärzte und Apothekerbank, Account No. 070 3829952 (BLZ 30060601); IBAN: DE04300606010703829952; BIC/SWIFT: DAAEDED

Bitte geben Sie bei der Zahlung Ihre vollständigen Daten an.

Copyright: Alle Artikel, die in dieser Zeitschrift veröffentlicht werden, sind urheberrechtlich geschützt, alle Rechte vorbehalten. Ohne schriftliche Erlaubnis der Akademie für Sexualmedizin ist es verboten, Teile der Zeitschrift in irgendeiner Form zu reproduzieren. Dies beinhaltet ebenso die Digitalisierung, als auch jede andere Form der elektronischen Weiterverarbeitung, wie Speichern, Kopieren, Drucken oder elektronische Weiterleitung des digitalisierten Materials aus dieser Zeitschrift (online oder offline). Für den allgemeinen Vertrieb von Kopien für Anzeigen- und Werbezwecke, für die Neuzusammenstellung von Sammelbänden, für den Wiederverkauf und andere Recherchen muss eine schriftliche Erlaubnis von der Akademie eingeholt werden.

Satz: Rainer Alisch, Taunusstraße 8, 12161 Berlin

Druckerei, Bindung: Gutenberg Druckerei GmbH Weimar · Postfach 2008 · 99401 Weimar (∞) Seit Band III, Heft 1 (1996) erfüllt das Papier, das für diese Zeitschrift genutzt wurde, die Anforderungen von ANSI/NISO Z39.48-1992 (Beständigkeit von Papier).

Hergestellt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten.

Covergestaltung: Lothar Jänichen, Dornburg/Saale unter Verwendung eines Motives von Getty Images) ((Deutsche Fachpresse)

© Akademie für Sexualmedizin



Abstracted/Indexed in BIOSIS --CAB Abstracts --Chemical Abstracts Service (CAS) --Chemical Abstracts (SEXUEX) --EMBASE/Excerpta --Medica --PSYINDEX --PsycINFO

Ungewollt kinderlos? Wege zum Wunschkind

Jedes 7. Paar in Deutschland ist ungewollt kinderlos. Die Ursachen hierfür lassen sich auf rein „weibliche“, rein „männliche“, auf „gemischte“ und „unbekannte“ Faktoren verteilen. Dank medizinischer Fortschritte kann heute vielen ungewollt kinderlosen Paaren geholfen werden. Bei einigen Fruchtbarkeitseinschränkungen hilft oft die IVF-Behandlung, die so genannte Retortenbefruchtung. Ist die Samenqualität sehr schlecht, lässt sich nur noch mittels ICSI, die so genannte Mikroinsemination, eine Schwangerschaft erreichen.

Was aber, wenn keine Samen produziert werden, die o. g. Verfahren versagt haben, oder diese Methoden wegen bestehender Risiken abgelehnt werden? Die Adoption ist in Deutschland ein schwieriges Unterfangen, warten doch 7 - 8 adoptionswillige Paare auf jeweils ein Kind.

Auch gelten erschwerende Faktoren, wie das elterliche Alter und der Ehestand. Eine gar nicht so selten durchgeführte Methode ist die sogenannte donogene- oder heterologe Insemination, also die Verwendung von Spendersamen. In Deutschland werden jährlich etwa 1500 Kinder auf diese Weise gezeugt.

Das Paar

Natürlich sollte aus verständlichen Gründen der Kinderwunsch des Paares stark genug sein, um mit dieser Form der Familienbildung umgehen zu können. Gespräche mit entsprechend ausgebildeten Sozialarbeitern/Soziologen oder Therapeuten sind empfehlenswert. Der (anonyme) Austausch in Internetforen hilft bei der Entscheidungsfindung. Es gibt auch eine zunehmende Anzahl von Büchern in deutscher Sprache zu diesem Thema.

Die **Berliner Samenbank** stellt Samenproben qualifizierter Spender bereit. Die Proben werden zur Befruchtung bei Paaren eingesetzt, die diesen Weg gewählt haben, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Die Behandlung der Paare erfolgt meist in einer gynäkologischen Praxis oder einem Zentrum für Reproduktionsmedizin. Einige Samenbanken versenden auch Proben an entsprechende Ärzte in anderen Städten, damit die Behandlung auch in größerer

Entfernung durchgeführt werden kann. Die **Berliner Samenbank** genießt das Vertrauen vieler Zentren in Deutschland.

Es kann davon ausgegangen werden, dass bei dieser Behandlung eine normale Schwangerschaftsrate (SSR) von 17-20 % pro Zyklus zu erreichen ist. Dies entspricht der ganz normalen SSR. Oftmals ist es durch Kooperation mit dem „Hausgynäkologen“ möglich, mit nur einem Besuch in Berlin auszukommen. Eine hormonelle Stimulation ist nur in begründeten Fällen erforderlich.

Sollte die Samenübertragung nach mehreren Zyklen nicht zum Erfolg geführt haben, oder ist bei der Grunddiagnostik der Frau ein Eileiterverschluss diagnostiziert worden, ist auch mit Spendersamen eine IVF-Behandlung möglich.

Spender

In unsere Kartei werden nur Samenspenden aufgenommen, die in allen Punkten unseren hohen Qualitätsanforderungen entsprechen.

Die Inhalte der Qualitätssicherung richten sich nach den Arbeitsrichtlinien des „Arbeitskreis(es) für donogene Insemination“ und den entsprechenden Beschlüssen der Bundesrepublik Deutschland. Dazu gehören folgende Punkte:

Durch gründliche Voruntersuchungen und eine sorgfältige Auswahl werden nur Proben von gesunden Spendern angeboten. Regelmäßige Untersuchungen und Quarantänelagerung gewährleisten, dass alle verwendeten Samenproben ohne Infektionsrisiko sind. Dadurch ist unter anderem auch die Übertragung von Hepatitis-, HIV-, Syphilis- und Tripper-Erregern sowie Chlamydien ausgeschlossen. Von jeder eingefrorenen Samenprobe wird eine Stichprobe aufgetaut und die Vitalität der Spermien geprüft, unzureichende Spenden werden verworfen. Darüber hinaus wird die Qualität jeder Spermprobe direkt vor der Verwendung überprüft.

Spenderauswahl

Die oft große Zahl unterschiedlicher Spender aller Blutgruppen erlaubt dem Paar die Auswahl eines

Spenders mit gewünschten Merkmalen, welche meist denen des Ehemannes/Partners entsprechen soll. Hierzu zählen allgemeine äußere Merkmale wie körperliche Erscheinung, Haar- und Augenfarbe etc., aber auch die Blutgruppe und die Rhesusformel. Die Spender sind auch nach Beruf und Interessenprofil katalogisiert. So ist es möglich, auf Wesensmerkmale und Schulbildung rückzuschließen.

Auf Wunsch des Paares führt die Samenbank eine Vorauswahl durch, die abschließende Entscheidung obliegt dem Paar. Bei dieser Vorauswahl wird das Äußere des Ehemannes/Partners mit verschiedenen Spendern abgeglichen.

Rechtliche Regelungen

Die Spendersamenbehandlung ist in Deutschland seit vielen Jahren nicht mehr verboten, einige wenige rechtliche Verbesserungen hat es gegeben, wie z.B. das Kindschaftsreformgesetz und das Kinderrechtsverbesserungsgesetz.

Die Herbeiführung einer größtmöglichen Rechtssicherheit für alle an diesem Verfahren beteiligten Personen (Kind, beide soziale Eltern, Samenspenden/genetischer Vater, Arzt) wird mittels eines Notarvertrages erzielt.

Eine entsprechende Dokumentation garantiert das im Grundgesetz verankerte Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung. Die Behandlung mit Spendersamen ist sowohl bei Ehepaaren als auch bei Frauen, die in einer „eingetragenen Partnerschaft“ leben, möglich, wenn auch rechtlich problematischer.

Unter bestimmten Umständen ist auch die Durchführung der donogenen Insemination bei Paaren in lesbischer Partnerschaft möglich.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Homepage

www.berliner-samenbank.de

BERLINER SAMENBANK GmbH

Kryokonservierung von

- Spendersamenproben für die künstliche Befruchtung
- befruchteten Eizellen aus der Reagenzglasbefruchtung (IVF)
- Hodengewebeproben zur Spermien-gewinnung für ICSI

für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch

- durch absolut männliche Zeugungs-unfähigkeit
- nach Versagen anderer moderner Methoden wie IVF (Reagenzglas-befruchtung oder ICSI (sog. Mikroinsemination))
- bei Ablehnung von IVF oder ICSI



BERLINER SAMENBANK

Be cool.
Komm bei uns ;)

Neue Adresse: Friedrichstraße 79 /
Ecke Französische Straße · 10117 Berlin-Mitte

Tel. 030-301 88 83 · kommen@berliner-samenbank.de

Ab 2010 lagert die Berliner Samenbank auch unbefruchtete Eizellen ein!

- Vor einer Krebstherapie
- Als „Fertilitätsreserve“,
sog. „social freezing“

Weitere Informationen:

www.berliner-samenbank.de

Dr. med. David J. Peet, Geschäftsführer

State-of-the-Art der Sexualtherapie und Anforderungen an ihre Weiterentwicklung

Uwe Hartmann

Sex therapy: State-of-the-art and requirements for its future development

Abstract

The aim of the present article is to give the reader a state-of-the-art review of sex therapy and to examine the available empirical evidence to regarding its effectiveness and to prognostic factors. This is preceded by sections in which the concept and techniques of classic sex therapy are summarized and in which the different developmental stages that have crystallized since the groundbreaking work by Masters and Johnson in the year 1970 are described. In addition, the most important points of criticism of the classic model are discussed. The contribution is concludes with a view of corner points and requirements regarding the future of the sex therapy and the sex therapy of the future.

Keywords: Sex therapy, sex therapy – outcome, treatment of sexual dysfunction, sex therapy – conceptual development

Zusammenfassung

Dieser Beitrag verfolgt das Ziel, dem Leser eine Übersicht zum State-of-the-Art der Sexualtherapie zu geben und die vorhandene empirische Evidenz zu ihrer Wirksamkeit und zu prognostischen Faktoren zu sichten. Dem vorgeschaltet sind Abschnitte, in denen Konzept und Vorgehen der klassischen Sexualtherapie noch einmal vergegenwärtigt und die verschiedenen Entwicklungsphasen, die sich seit der Grundlegung durch Masters und Johnson im Jahr 1970 herauskristallisiert haben, beschrieben werden sollen. Dabei werden auch die wichtigsten Kritikpunkte in den Blick genommen, die gegen das klassische Modell vorgebracht worden sind. Abgeschlossen werden diese Ausführungen mit einem Ausblick, in dem Eckpunkte und Anforderungen an die Zukunft der Sexualtherapie und an eine Sexualtherapie der Zukunft abgesteckt werden sollen.

Schlüsselwörter: Sexualtherapie, Sexualtherapie – Effektivität, Behandlung sexueller Dysfunktionen, Sexualtherapie – konzeptuelle Weiterentwicklung

Dieser Beitrag verfolgt das Ziel, dem Leser eine Übersicht zum State-of-the-Art der Sexualtherapie zu geben und die vorhandene empirische Evidenz zu ihrer Wirksamkeit

und zu prognostischen Faktoren zu sichten. Dem vorgeschaltet sind Abschnitte, in denen Konzept und Vorgehen der klassischen Sexualtherapie noch einmal vergegenwärtigt und die verschiedenen Entwicklungsphasen, die sich seit der Grundlegung durch Masters und Johnson im Jahr 1970 herauskristallisiert haben, beschrieben werden sollen. Dabei werden auch die wichtigsten Kritikpunkte in den Blick genommen, die gegen das klassische Modell vorgebracht worden sind. Abgeschlossen werden diese Ausführungen mit einem Ausblick, in dem Eckpunkte und Anforderungen an die Zukunft der Sexualtherapie und an eine Sexualtherapie der Zukunft abgesteckt werden sollen.

Entsprechend seinem Hauptfokus wird dieser Beitrag fast ausschließlich Bezug nehmen auf die in der internationalen Literatur vorhandenen sexualtherapeutischen Standardwerke, Reviews und maßgeblichen Arbeiten zu Outcome, Prognose und Stabilität der Effekte der Sexualtherapie, die im einzelnen im entsprechenden Abschnitt aufgeführt werden. Der an einer umfassenden Diskussion neuerer sexualtherapeutischer Ansätze sowie an der Grundlegung und Beschreibung einer Weiterentwicklung der Sexualtherapie interessierte Leser sei auf das dazu erscheinende Buch des Verfassers verwiesen (Hartmann, 2012).

Konzept und Vorgehen der klassischen Sexualtherapie

Das Konzept von Masters & Johnson

Konzept und Vorgehen der auf die bahnbrechende Arbeit von Masters und Johnson (1970) zurückgehenden „klassischen“ Sexualtherapie¹ sind so häufig beschrieben und dargestellt, dass hier ein kurzer Abriss der „Essentials“ ge-

¹ Dieser Beitrag befasst sich ausschließlich mit den sexualtherapeutischen Konzepten und Modellen, die sich in irgendeiner Form auf das Programm von Masters und Johnson beziehen bzw. als Weiterentwicklungen oder Modifikationen verstehen. Ansätze anderer Therapieschulen finden sich zwar gelegentlich in der Literatur (z.B. Richter-Appelt (2001) zur Psychoanalyse), sind jedoch empirisch nicht überprüft und haben in der klinischen Praxis allenfalls eine marginale Bedeutung.

nügen soll. Gleichzeitig erscheint es jedoch außerordentlich lohnenswert, sich die Ursprünge und Eckpfeiler (in Herleitung, Setting und konkretem Vorgehen) des Behandlungsprogramms von Masters und Johnson zu vergegenwärtigen, da mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass dieses Originalprogramm wohl außerhalb des Instituts von Masters & Johnson selbst so gut wie nie durchgeführt wurde und zudem die allermeisten sexualtherapeutisch Tätigen (speziell die jüngeren) das originäre Therapiekonzept nur aus der Sekundärliteratur kennen. Die Gründe dafür werden in der Beschreibung des Modells von Kaplan sowie in den Entwicklungslinien kurz analysiert. Es erscheint daher durchaus legitim zu sagen, dass in vielem von dem, wo in der Folgezeit Masters & Johnson „draufstand“, nur wenig oder kaum noch Masters & Johnson enthalten war.

Das Behandlungsmodell von Masters & Johnson lässt sich mit den drei Kernmerkmalen **intensiv**, **Paar** und **Team** charakterisieren (Masters & Johnson, 1970; Masters, Johnson, Kolodny, 1995; Arentewicz & Schmidt, 1980).

Intensiv, weil das Therapieprogramm in einem gleichsam „teilstationären“ Setting durchgeführt wurde, in dem die Paare ursprünglich in einem dreiwöchigen, später aus praktisch-organisatorischen, aber auch aus behandlingstechnischen Überlegungen auf 2 Wochen reduzierten Format behandelt wurden und sie dafür an den Behandlungsort reisen mussten, wo sie in der Regel in einem Hotel untergebracht waren. Durch tägliche Sitzungen und zusätzliche tägliche Übungen, die das Paar für sich ausübte, sollten so schnelle Veränderungen ermöglicht werden. Gleichzeitig war es ausdrücklich erwünscht, dass das Paar auf diese Weise von seinen Alltagsverpflichtungen freigestellt wird.

Paar, weil hier die berühmt gewordene Maxime galt, dass es bei sexuellen Dysfunktionen keinen unbeteiligten Partner gibt und daher das Paar „der Patient“ ist. Für Masters & Johnson war dies eine diagnostische wie therapeutische Grundvoraussetzung, um eine sexuelle Störung verstehen und effektiv behandeln zu können und sie führten die Therapien im Ursprungsprogramm daher auch nur im Paarsetting durch. Ohne Zweifel ist es dieses Merkmal, das von fast allen Adaptationen übernommen wurde und daher als das einflussreichste und wegweisendste Kernmerkmal gelten kann.

Team, weil im ursprünglichen Behandlungsprogramm alle Paare ebenfalls von einem gemischtgeschlechtlichen Therapeutenpaar behandelt wurden. Liest man heute noch einmal die Texte von Masters & Johnson selbst, wird deutlich, dass beiden besonders dieses Merkmal ihres Konzepts außerordentlich wichtig war. Beeindruckt von ihren sexualphysiologischen Forschungen waren sie der Auffassung, dass kein Mann das sexuelle Er-

leben einer Frau wirklich nachvollziehen kann und umgekehrt. Durch das Therapeutenpaar sollte so jeder Partner einen „Interpreten“ gleichen Geschlechts besitzen, um so Verzerrungen und Missverständnisse zu vermeiden. Eine weitere Funktion bestand in dem Konzept mit seinen starken edukativen und informationsvermittelnden Elementen darin, dass die Therapeuten abwechselnd „Diskutant“ und „Beobachter“ sein sollten. Darüber hinaus sollte diesem Merkmal eine eindeutige Kontrollfunktion zukommen, einerseits innerhalb des Therapeutenpaars, mehr aber noch im Hinblick auf – vor allem erotische – Übertragungsphänomene zwischen Patienten und Therapeuten. Die Existenz und Bedeutung solcher Phänomene, die in der tiefenpsychologischen Tradition als Übertragung und Gegenübertragung bezeichnet werden, wurde von Masters & Johnson zwar ausdrücklich gewürdigt, für ihr Intensivkonzept aber als kontraproduktiv angesehen. Vielmehr sollte die Bezogenheit **innerhalb des Patientenpaars** (und nicht zwischen Patienten und Therapeuten) erhöht werden. Schließlich sollte dem Therapeutenpaar eine Modellfunktion bezüglich der von Masters & Johnson als weiteren zentralen Aspekt betrachteten kommunikativen Fertigkeiten zukommen.

Der **therapeutische Ansatz** im engeren Sinne lässt sich als erfahrungsorientiert, symptomzentriert, zielgerichtet und zeitbegrenzt umschreiben. In ihrem weitgehend unätiologischen (aber nicht a-theoretischen) und nicht-klinischen Modell ging es Masters & Johnson darum, die Hindernisse zu identifizieren, die eine „effektive sexuelle Funktion“ blockieren, und dann dem Paar dabei zu helfen, diese Hindernisse zu beseitigen oder zu modifizieren. So sollten die „natürlichen Funktionen“ wieder ungestört ablaufen können, die im übrigen im Unterschied zu allen anderen physiologischen Funktionen als extrem „plastisch“ (z.B. unbegrenzt hemmbar) angesehen wurden. Die Haupt-Gegenspieler ungestörter Sexualfunktion waren für Masters & Johnson die Versagensangst (performance anxiety) bzw. sexuelle Leistungsängste sowie die Selbstbeobachtung (spectatoring). So wurde betont, dass „Angst vor Versagen das größte Hindernis für eine volle sexuelle Funktionsfähigkeit darstellt“ (1973, 13). Für die weiter unten dargestellten Kritikpunkte am klassischen Vorgehen ist es bedeutsam, dass Masters & Johnson dabei gar nicht die Angst per se, sondern die durch sie verursachte **Ablenkung** (von der Rezeption sexueller Reize) als entscheidend ansahen. Speziell für die therapeutische Modifikation dieser Faktoren entwickelten Masters & Johnson die erfahrungs- und körperorientierten „Übungen“ (exercises, assignments), im Besonderen die „sensitive focus“ Übungen (Sensualitätsübungen), für die das Konzept berühmt wurde und die gemeinhin als „großer Wurf“ und zentraler Wirkfaktor des gesamten Programms betrachtet werden. Diese Übungen sind ne-

ben dem erwähnten Paarsetting (auf Patientenseite) das zweite Kernmerkmal, das fortan von praktisch allen Adaptationen übernommen worden ist. Sensate Focus soll das Paar (zusammen mit dem vorübergehenden „Verbot“ genitaler Sexualkontakte) von destruktiven Leistungs- und Versagensängsten entlasten und eine (Wieder)Entdeckung von Sinnlichkeit und genussvoller Berührung ermöglichen. Gleichzeitig sollen Kommunikationsfertigkeiten vermittelt und eine offene Kommunikation des Paares gefördert werden, v.a. im Zusammenhang mit den individuellen sexuellen Ängsten beider Partner.

Das Modell von H.S. Kaplan – die Klinifizierung der Sexualtherapie

Der Grund, warum das Modell von Kaplan in diesem Abschnitt und nicht bei den Entwicklungsphasen dargestellt wird, liegt darin, dass das Kaplan-Konzept sehr rasch eine starke Dominanz gewann und die Entwicklung aller weiteren Programme und Modelle bis hin zur Klassifizierung sexueller Dysfunktionen im DSM maßgeblich beeinflusste. Mit ihrem 1974 erschienenen Buch „The New Sex Therapy“ prägte sie darüber hinaus maßgeblich den Begriff Sexualtherapie und mit ihrem fünf Jahre später erschienenen Buch zu den Störungen des sexuellen Verlangens steckte sie das Terrain dieser fortan so bedeutsamen Störungsgruppe ab.

Kaplan definierte ihre „neue Sexualtherapie“ als **störungsspezifische Form der Psychotherapie** und vertrat ein multikausales, psychosomatisches Ätiologiekonzept. Hellsichtig erkannte sie das enorme Potenzial der erfahrungsorientierten Übungen im Masters & Johnson Programm, die sie in ihr sehr pragmatisches, aber eindeutig psychodynamisches Therapiemodell integrierte. Die populäre Sichtweise, nach der Kaplan damit das Masters & Johnson Konzept um „psychodynamische Elemente“ ergänzte, trifft den tatsächlichen Sachverhalt nicht, da Kaplan vielmehr Masters & Johnson Elemente in ihr psychiatrisch-psychotherapeutisches Konzept der Behandlung sexueller Funktionsstörungen einbaute. Kaplan definierte ihr Vorgehen daher auch kaum über ihre Unterschiede zu Masters & Johnson, sondern viel stärker über ihre Modifikationen traditioneller psychotherapeutischer Ansätze, unter denen sie zwei als entscheidend ansah: (1) die Beschränkung der Behandlungsziele auf die Beseitigung oder Verbesserung sexueller Symptome und (2) die Kombination von Psychotherapie mit der gezielten Anleitung zu spezifischen sexuellen Erfahrungen (Kaplan, 1974).

Weitere wichtige Veränderungen bestanden darin, dass Kaplan das von Masters & Johnson aufgestellte Modell der sexuellen Reaktion zu einem biphasischen Mo-

dell vereinfachte, das nur noch aus den Kernelementen Erregung und Orgasmus bestand. Dieses erweiterte sie später durch Vorschaltung einer Komponente und Phase des sexuellen Verlangens zu ihrem einflussreichen triphasischen Modell (Appetenz – Erregung – Orgasmus). Viel intensiver als Masters & Johnson beschäftigte sie sich mit den Ursachen sexueller Dysfunktionen, deren multikausales Kontinuum der „Verursachungstiefe“ sie in ein Zwei-Ebenen-Modell der „unmittelbaren“ und „tiefer verwurzelten“ Ursachen komprimierte, welches sie der psychosomatischen Krankheitslehre entlehnte (Abb. 1). Mit diesem Modell verband sie die Grundannahme ihres Konzepts, nach der die Symptome sexueller Dysfunktionen grundsätzlich **immer** das Endprodukt von im Hier-und-Jetzt wirkenden destruktiven kognitiven oder emotionalen Faktoren und Abwehrvorgängen sind. Die unmittelbaren Ursachen sind somit die „gemeinsame Endstrecke“, auf der eine Vielzahl von (größtenteils unspezifischen) somatischen, dyadischen oder intrapsychischen Faktoren die sexuellen Funktionen beeinträchtigen können. Für Kaplan hieß dies auch, dass sexuelle Dysfunktionen durchaus auf tiefer verwurzelten (neurotischen) psychischen Konflikten beruhen **können**, aber nicht unbedingt **müssen**. Im Unterschied zum klassischen tiefenpsychologischen Verständnis postulierte sie einen der entscheidenden Eckpfeiler der neuen Sexualtherapie, dass nämlich die Symptome sexueller Dysfunktionen nur dann wirkungsvoll verbessert werden können, wenn es gelingt, die unmittelbaren Ursachen zu korrigieren. Genau hier sah sie den Stellenwert der therapeutisch angeleiteten Erfahrungen nach Masters & Johnson, die Kaplan allerdings – anders als bei Masters & Johnson – nicht in einem festen, standardisierten Stufenprogramm, sondern indikativ einsetzte.

Pragmatisch ging Kaplan davon aus, dass vorhandene tiefer verwurzelte Faktoren nur dann bearbeitet werden müssen, wenn sie sich dem Therapieprozess als Hindernisse bzw. Widerstand „in den Weg stellen“. Selbst wenn dies geschieht, empfahl Kaplan aber zunächst das Manöver des „Umgehens“ (Bypassing) dieser Probleme, indem die Konflikte zwar de facto weiter bestehen, aber so ausgegrenzt oder umschifft werden, dass sie die sexuellen Funktionen nicht beeinträchtigen – eine Methode, die später zum Teil heftig kritisiert wurde (z.B. Schnarch, 1991, Apfelbaum, 2001). Nur wenn auch diese Ausgrenzung scheitert, müssen die tiefer liegenden Faktoren psychotherapeutisch bearbeitet und „aufgelöst“ werden. Die „Eleganz“ der neuen Sexualtherapie sah Kaplan in der Kombination von sexuellen Interaktionen mit Psychotherapie, wobei für sie ganz klar die „meisten Interventionen in der Praxis“ psychotherapeutische sind und in „aktiver Deutung, Hilfestellung, Klärung und Integration der Erlebnisse“ (Kaplan, 1995, 65) bestehen.

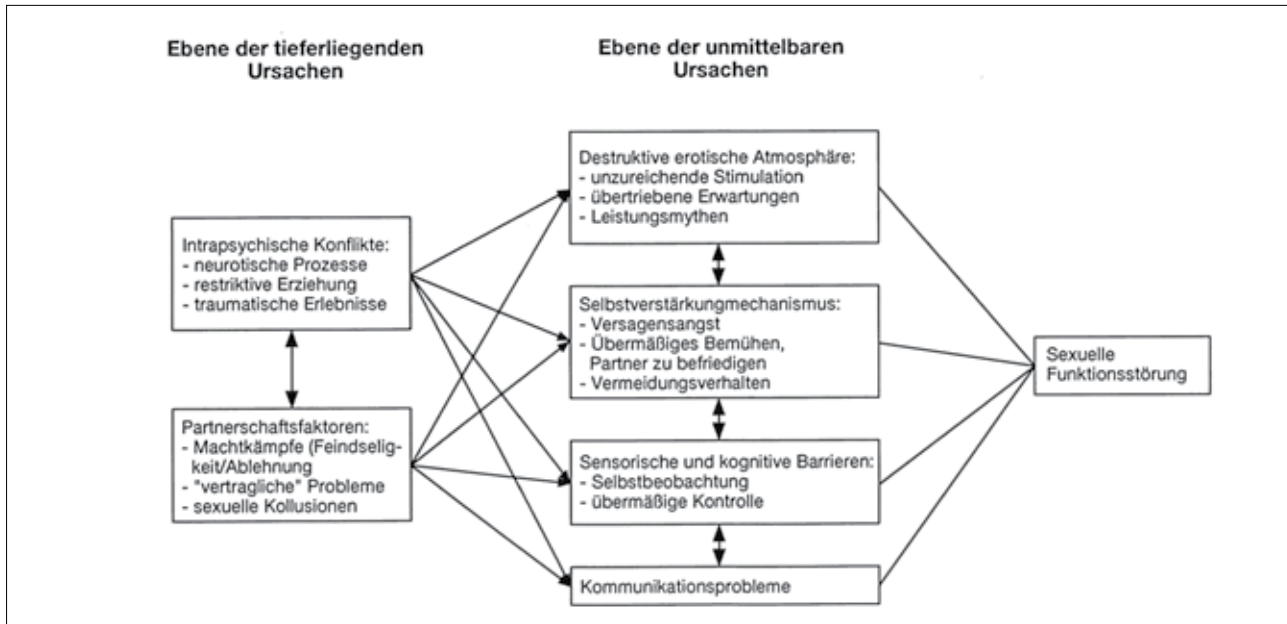


Abb. 1 Das Zweiebenen-Verursachungsmodell von Kaplan

Nach den Arbeiten von Kaplan waren damit die **Kernmerkmale der Sexualtherapie**, wie sie fortan am häufigsten als „eklektisches“ Verfahren in der Praxis angewendet wurde, abgesteckt. Sie können wie folgt zusammengefasst werden:

- ◆ Sexualtherapie besteht aus der Integration von systematisch strukturierten sexuellen Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Bearbeitung der intrapsychischen Konflikte des Patienten sowie der Dynamik der Partnerinteraktion.
- ◆ Die sog. „Übungen“ bieten die Möglichkeit zu spezifischen, neuen sexuellen Erfahrungen und sind von großer Bedeutung für den therapeutischen Prozess, weil sie die entscheidende Dynamik des Problems enthüllen und für die Therapiesitzungen verfügbar machen.

Bezüglich der **Zielsetzung** der Sexualtherapie ist es entscheidend, die unmittelbaren, im Hier-und-jetzt wirkenden Verursachungsfaktoren zu beseitigen oder zu mildern, d.h. den Selbstverstärkungsmechanismus aus Versagensängsten und Vermeidungsverhalten aufzulösen und Lerndefizite bzw. verzerrte Vorstellungen zu modifizieren. Dabei müssen vorhandene tieferliegende Störungsursachen nur „bei Bedarf“, d.h. wenn sie den therapeutischen Prozess tatsächlich behindern, bearbeitet werden. Vorher kann noch der Versuch gemacht werden, die ursächlichen psychodynamischen Konflikte und Ängste aus der Sexualität „auszuklammern“ (Bypassing). Die Bedeutung der sexuellen Störung für das Paar sollte transparent gemacht werden und die zugrundeliegenden Partnerkonflikte sollten behoben oder gemildert werden.

Der **schematische Ablauf** des Vorgehens lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- ◆ Gemäß Symptomatik und diagnostischer Evaluation angemessene Erfahrungsanleitungen mit dem Paar entwickeln („Hausaufgaben“, Übungen)
- ◆ Die Erfahrungen des Paares bei der Durchführung dieser Übungen analysieren.
- ◆ Die positiven Erfahrungen und die Hindernisse/Widerstände (Einstellungen, Ängste, Konflikte) identifizieren.
- ◆ Wege erarbeiten, um diese Hindernisse so zu modifizieren/ reduzieren, so dass die Erfahrungsvorgaben erfolgreich ausgeführt werden können.
- ◆ Den nächsten Erfahrungsschritt entwickeln.

Die Frage, warum das Konzept von Kaplan so erfolgreich wurde, erfordert eine vielschichtige Antwort, die diesen Rahmen sprengen würde. Ein entscheidendes Erfolgsgeheimnis lag u.E. in der **Klinifizierung** des weitgehend nicht-klinischen Masters & Johnson-Ansatzes, der von Kaplan gesichtet und sortiert und in den Korpus von Psychiatrie und Psychotherapie eingeordnet wurde. Durch ihr dezidiertes Votum, dass Sexualtherapie Psychotherapie ist und durch den fortbestehenden psychodynamischen Rahmen des therapeutischen Geschehens „besänftigte“ sie die traditionelle Psychotherapie und Psychiatrie und durch die von ihr übernommenen und ausgestalteten Neuerungen gewann sie diejenigen, die sich für den Masters & Johnson-Durchbruch begeisterten. In gewisser Weise machte sie so die Sexualtherapie klinisch-psychotherapeutisch „gesellschaftsfähig“. Was Kaplan Masters

& Johnson voraus hatte, war ihre enorme therapeutische Erfahrung (mit psychischen Störungen generell und mit Sexualstörungen im besonderen) sowie ihre Verankerung in klinischer Psychiatrie, Psychosomatik und Psychoanalyse. Dadurch und durch ihre sprachliche Eleganz waren ihre Bücher und die darin vertretenen Ansichten viel leichter zugänglich als das sperrige Buch von Masters & Johnson (1970), das primär als Bericht über ein Forschungsprojekt verfasst wurde. Es ist immer wieder einmal darüber spekuliert worden, ob und wie der Gang der Geschichte wohl anders verlaufen wäre, wenn Masters & Johnson das von ihnen angekündigte „Therapiebuch“, in dem die therapeutischen Feinheiten ihres Vorgehens detailliert beschrieben werden sollten, tatsächlich veröffentlicht hätten. De facto ist dies nie geschehen, was sicherlich auch damit zusammenhängt, dass das hochkomplexe und dynamische Prozessgeschehen des so „trügerisch einfachen“ (Apfelbaum, 1995) Masters & Johnson Programms außerordentlich schwer abzubilden war.

Entwicklungsphasen der Sexualtherapie

In der folgenden, durchaus subjektiven Einteilung sollen die wesentlichen Entwicklungsphasen kurz nachgezeichnet werden, um danach die wesentlichen aktuellen Kritikpunkte und Problemfelder der Sexualtherapie in den Blick zu nehmen.

Phase 1: Urknall und frühe Blüte – die 1970er Jahre

Der „Masters & Johnson-Durchbruch“ (Apfelbaum, 1995) kann ohne große Übertreibung als Urknall der modernen Sexualtherapie bezeichnet werden. Das neue Technikkonzept und die bis dato unvorstellbaren Erfolgsquoten führten in kürzester Zeit zu einer Aufbruchstimmung, in der sich die Möglichkeiten des neuen Therapieansatzes mit dem Zeitgeist von Liberalisierungen, tiefgreifenden gesellschaftlichen Veränderungen und der Blütezeit der humanistischen Psychologie verbanden. Rasch wurde die neue Sexualtherapie in der Behandlung sexueller Funktionsstörungen konkurrenzlos. In den 1970er-Jahren wurden zahlreiche Beiträge zur „direkten“ oder „aktiven“ (wie sie in Abgrenzung zu den herkömmlichen Verfahren oft bezeichnet wurde) Behandlung sexueller Dysfunktionen veröffentlicht, von denen neben dem bereits dargestellten Konzept von Kaplan als wichtigste die Arbeiten von Lobitz und LoPiccolo (Lobitz & LoPiccolo, 1972, LoPiccolo & Lobitz, 1973, LoPiccolo & LoPiccolo, 1978), Apfelbaum (1997a, 1977b) oder Hartman & Fithian (1974) gelten können. Es wurden

Gruppensettings erprobt (Leiblum et al., 1976) und populäre Ratgeber publiziert, z.B. „Male Sexuality“ (Zilbergeld, 1978), „Becoming orgasmic“ (Heiman & LoPiccolo, 1976) oder „For Yourself“ (Barbach, 1974), viele mit einem Fokus auf (weibliche) Orgasmusstörungen.

Phase 2: „Verwissenschaftlichung“, erste Ernüchterung und neue Herausforderungen – die 1980er Jahre

Die zweite Phase der Entwicklung der Sexualtherapie wurde vor allem von drei Veröffentlichungen eingeläutet und bestimmt: (1) dem Buch „Disorders of Sexual Desire“ von Helen Kaplan (1979), mit dem die Luststörungen die Bühne betraten; (2) die primär methodisch orientierte Fundamentalkritik an Masters & Johnson von Zilbergeld und Evans („The Inadequacy of Masters & Johnson“ [1980]); (3) die Veröffentlichung der Ergebnisse des im Hamburger Institut für Sexualforschung durchgeführten Forschungsprojekts zu Prozessen und Ergebnissen eines modifizierten Masters & Johnson-Programms zur Paartherapie sexueller Dysfunktionen inklusive ausführlichem Therapiemanual („Sexuell gestörte Beziehungen“ [Arentewicz & Schmidt, 1980]).

Das Hamburger Projekt ist neben der Serie von Masters & Johnson selbst bis heute eine der größten (über 200 Paare) und methodisch besten Studien zur Sexualtherapie, die darin anhand verschiedener Störungsbilder und verschiedener Settings überprüft wurde. Das Therapiemanual lieferte den Lernenden dabei genau das, was Masters & Johnson selbst versäumt haben, nämlich eine Anleitung, wie eine Paartherapie Schritt für Schritt aufgebaut und wie mit den Übungen gearbeitet werden kann. Das Hamburger Projekt steht damit prototypisch für eine Reihe von methodisch anspruchsvolleren (im Vergleich zur ersten Phase) Studien der 1980er-Jahre, in der die Sexualtherapie bezüglich Outcome (Heiman & LoPiccolo, 1983), Settingvariablen (Crowe et al., 1981, Clement & Schmidt, 1983, Heiman & LoPiccolo, 1983, LoPiccolo et al., 1985), Stabilität der Effekte (Dekker & Everaerd, 1983, De Amicis et al., 1985; Hawton et al., 1986) und prognostischen Faktoren (Hawton & Catalan, 1986) unter die Lupe genommen wurde. Diese deutlich distanziertere „Verwissenschaftlichung“ löste den euphorischen Impetus der Anfangszeit ab, verbunden mit einer Korrektur der Erfolgsquoten nach unten und einer Ernüchterung bezüglich der Grenzen des neuen Ansatzes. Gleichzeitig etablierte sich die Sexualtherapie damit aber weiter im Kanon wissenschaftlich überprüfter Therapiekonzepte, in welchem sie auch mit korrigierten Erfolgsraten durchaus gut „mithalten“ konnte. Die Studien zum Setting ließen erkennen, dass der Einsatz eines einzelnen Therapeuten sowie wöchentlicher statt täglicher Sitzungen keinen bedeutsamen Unterschied bezüglich der Therapieeffekte brachten.

Während die Kritik von Zilbergeld und Evans an Masters & Johnson, die sich primär gegen deren Darstellung der (Miss)Erfolgsquoten in ihrer Studie richtete, trotz seines damaligen Beitrags zur „Entzauberung“ von Masters & Johnson heute nur noch von historischem Wert ist, sollte das Buch von Kaplan zu den Störungen des sexuellen Verlangens, in dem sie auch ihr neues triphasisches Konzept der sexuellen Reaktion vorstellte (s.o.), nachhaltigen Einfluss auf die weitere Entwicklung der Sexualtherapie nehmen. Die Luststörungen, die rasch zur am häufigsten diagnostizierten sexuellen Problematik der Frau wurden, schienen den Rahmen der vom sexuellen Reaktionszyklus und von der Zielsetzung, die natürlichen sexuellen Reaktionen zu entblockieren, abgesteckt wurde, zu sprengen und neue Ansätze erforderlich zu machen. Schnell galten die Luststörungen als komplizierter und schwieriger zu behandeln, obwohl dazu so gut wie keine zuverlässigen Daten vorlagen. Für Kaplan waren sie jedenfalls eine Bestätigung ihres klinisch-psychotherapeutischen Ansatzes, da sie vom Therapeuten nach ihrer Ansicht ein breites Instrumentarium psychotherapeutischer Fertigkeiten verlangten.

Phase 3: Das Imperium schlägt zurück. Medikalisierung und Stagnation – die 1990er Jahre

Die dritte Phase der Entwicklung der Sexualtherapie begann bereits Anfang der 1980er Jahre, nahm dann aber erst in den 1990er Jahren „richtig Fahrt“ auf und ist streng genommen keine Entwicklung der Sexualtherapie selbst, sondern vor allem eine der Urologie und Andrologie, die sich mit zunehmendem Impetus der Diagnostik und Therapie der männlichen Erektionsstörungen zuwandten. Aus der sog. „Impotenzforschung“ entwickelte sich über drei Jahrzehnte eine immer noch stark urologisch-andrologisch geprägte internationale Sexualmedizin wie sie sich publikatorisch vor allem im *Journal of Sexual Medicine* abbildet und inzwischen etwas gegenüber anderen Disziplinen und Sichtweisen geöffnet hat. Die Geschichte dieser urologisch-andrologischen Schiene kritisch zu beleuchten, würde einen umfangreichen eigenen Beitrag erfordern und kann und muss in diesem Kontext nicht erfolgen. Nur drei Entwicklungsstufen seien kurz hervorgehoben:

- ◆ Stufe 1: Gefäßchirurgische Ansätze (v.a. arterielle Revascularisierungsoperationen und Venenligaturen) sowie die Entwicklung zunehmend tauglicherer Penisimplantate
- ◆ Stufe 2: Die Schwellkörperinjektionen vasoaktiver Substanzen
- ◆ Stufe 3: Die Entwicklung der PDE5-Hemmer als erste

wirksame orale Medikamente zur Behandlung sexueller Dysfunktionen.

Während die gefäßchirurgischen Bemühungen mangels Erfolg nahezu komplett verlassen werden mussten, haben sich die technisch erheblich weiter entwickelten Penisimplantate als „ultima ratio“ in der Behandlung sonst therapieresistenter Erektionsstörungen etablieren können. Die Schwellkörperinjektionen, die vor der Markteinführung der PDE5-Hemmer die Pharmakotherapie der erektilen Dysfunktion dominierten, spielen heute ebenfalls nur noch eine komplementäre Rolle in der Behandlung und eine etwas bedeutendere in der Diagnostik. Die Vorherrschaft der Schwellkörperinjektionen wie auch die ungebremste Begeisterung für eine hochintensive organische „Impotenzdiagnostik“, die so invasive und die Patienten belastende Methoden wie Angiographien, Cavernosographien oder die Ableitung nervaler Potenziale im Schwellkörper des Penis umfasste, wurden durch die Markteinführung von Sildenafil, dem ersten oral wirksamen Medikament, das speziell zur Behandlung einer sexuellen Dysfunktion entwickelt wurde, in den Rang einer kurzen historischen Episode verwiesen. Nach Masters & Johnson kann die Verfügbarkeit der PDE5-Hemmer zweifellos als der zweite große Umbruch der neueren Zeit in der Therapie sexueller Dysfunktionen eingeordnet werden, auch wenn diese Substanzen nur bei Erektionsstörungen wirksam sind und bis heute für keine andere sexuelle Dysfunktion eine vergleichbare Option vorliegt.

Für die Sexualtherapie selbst war diese Entwicklungsphase überwiegend geprägt von einer Zeit der Stagnation und Defensive, die nur zum Teil durch den Aufschwung der somatischen Ansätze bedingt waren. Einflussreiche Veröffentlichungen wie „The stagnation of sex therapy“ (Schover & Leiblum, 1994) oder „Sex therapy research: has it withered on the vine?“ (Hawton 1992) brachten die Situation damals auf den Punkt. Neben der Medikalisierung war die Bedrohung durch die sexuell übertragbare Immunschwächekrankheit AIDS wohl der wichtigste externe Faktor, der die „Pro-Sex-Aufbruchsstimmung“, von der die Sexualtherapie bis in die 1980er Jahre hinein getragen wurde, endgültig kollabieren ließ. Die private und später auch berufliche Trennung von William Masters und Virginia Johnson Anfang der 1990er Jahre und der Tod von Helen Kaplan 1995 symbolisierten diesen Prozess und markierten das Ende einer Epoche. Aus heutiger Sicht war diese Phase für die weitere Entwicklung der Sexualtherapie allerdings auch sehr bedeutsam, da sie auf zentrale „interne“ Probleme der Sexualtherapie verwies, die in den nächsten Abschnitten thematisiert werden. Dort wird auch der Ansatz von David Schnarch beschrieben, einem der wichtigsten Kritiker der traditionellen Sexualtherapie, dessen Buch „Constructing the

Sexual Crucible“, mit dem er sein Konzept begründete, 1991 erschien.

Phase 4: Diversifizierung, neue Einflüsse und Konzepte zu einer Sexualtherapie der 2. Generation – Ende der 1990er Jahre bis heute

Schon zuvor, aber erst recht in der „Nach-Viagra-Ära“ musste sich die Sexualtherapie viele, zum Teil unverhohlenen hämische Kommentare gefallen lassen, die alle einen ähnlichen Tenor hatten, wonach das Postulat der überwiegend psychisch bedingten Verursachung sexueller Dysfunktionen ja nun als „Irrglaube“ entlarvt worden sei, der Pharmakotherapie (da effektiver und von den Patienten bevorzugt) die Zukunft gehöre und der Sexualtherapie eine düstere Prognose gestellt wurde. Die Schwanengesänge, mit denen stereotyp viele Beiträge zur somatischen Therapie sexueller Dysfunktionen eingeleitet wurden, haben sich nicht bewahrheitet, sondern es ist eher das Gegenteil eingetreten: die durch die Verfügbarkeit neuer Therapieoptionen und die Medienoffensive verstärkte Suche nach professioneller Hilfe für sexuelle Probleme hat auch zu einer klaren Erhöhung der Nachfrage nach qualifizierter Sexualtherapie geführt, die größtenteils nicht befriedigt werden kann.

Diese Entwicklungsphase ist weiterhin gekennzeichnet durch Rekonzeptualisierungen verschiedener sexueller Dysfunktionen (Beispiele: Dyspareunie/Vaginismus oder weibliche Lust- und Erregungsstörungen) und neue Modelle weiblicher Sexualität (Basson, 2000, 2001, 2010; Tiefer, 2001, Tiefer et al., 2002), die rasch große Popularität gewannen, obwohl praktisch keine Daten vorhanden waren und sind, die sie belegen können (Sand, 2007). Bis heute steht diese Phase für eine starke Betonung der Geschlechterdifferenz, die mit einer Verve der „politischen Korrektheit“ auftrat (Bancroft, 2009) und erst in letzter Zeit wieder in Frage gestellt wird (Meana, 2010a, 2010b, Kleinplatz, 2011).

Während neue Modelle und Klassifikationsansätze sexueller Dysfunktionen entstanden und sich Bedingungsgefüge in der Gesellschaft und Therapielandschaft veränderten (Stichworte neben der Geschlechterdifferenz: die Verfügbarkeit von Internet und neuen Medien sowie der zunehmende Fokus auf sexuelle Übergriffe und sexuellen Missbrauch) und damit Einfluss auf die Behandlung sexueller Störungen nahmen, blieb das für die Sexualtherapie spezifische Interventionsportfolio auch in dieser Phase weitgehend unverändert (Leiblum, 2007). Entwicklungen gab es in der Techniktheorie, was man z.B. in den verschiedenen Auflagen des Buches zum Konzept der Hamburger Gruppe reflektiert findet (Arentewicz & Schmidt, 1993, 1996, Hauch, 2006), viel weniger

in der Technik selbst, die als „real existierende“ Sexualtherapie heute in aller Regel eine stark individualisierte Mischung aus klassischen sexualtherapeutischen Interventionen ist, die eher unsystematisch bzw. indikativ und kaum im vollständigen Stufenprogramm eingesetzt werden, angereichert mit oder eingebettet in Techniken, die sich je nach Grundausbildung (Tiefenpsychologie/ Psychoanalyse vs. Verhaltenstherapie) und Zusatzqualifikationen (z.B. systemische Therapie, Traumatherapie) des Therapeuten unterscheiden. In Deutschland besteht durch Richtlinienpsychotherapie und Psychotherapeutengesetz eine spezielle Situation, da die Behandlung „reiner“ sexueller Dysfunktionen bis vor kurzem nicht zum Leistungsspektrum der GKV gehörte und Paartherapie in den Richtlinien nicht vorgesehen ist, was Psychotherapeuten nicht gerade zur (Paar)Therapie sexueller Funktionsstörungen motiviert und wahrscheinlich nachhaltige Auswirkungen auf die tatsächliche Behandlungspraxis hat als jede Weiterentwicklung der Sexualtherapie selbst. Darüber hinaus machen die Diversifizierung und Individualisierung der Sexualtherapie Qualitätssicherung, Therapieforschung und Fort- und Weiterbildung nicht einfacher.

Die skizzierten Tendenzen lassen sich auch in den aktuellen internationalen Standardwerken zur Therapie sexueller Dysfunktionen ablesen (z.B. Balon, 2008; Balon & Segraves, 2005, 2009, Leiblum et al., 2007, Levine, Althof, Risen, 2010; Porst & Buvat, 2006), in denen die Diagnostik und Behandlung nicht mehr im Rahmen einer störungsübergreifenden Sexualtherapie, sondern durchweg nur noch als *störungsorientiertes* Vorgehen für die einzelnen Dysfunktionen dargestellt wird. Üblicherweise werden in diesen Büchern die aktuellen Therapieoptionen für die verschiedenen sexuellen Funktionsstörungen von Frauen und Männern (oft von denselben Autoren in den verschiedenen Werken) abgehandelt, ergänzt durch Kapitel über besondere Themen (z.B. chronische Krankheiten, sexueller Missbrauch oder Alter), deren Spektrum sich je nach Zielrichtung des Buches unterscheidet. Die klassische Sexualtherapie nach Masters & Johnson und Kaplan wird dabei zum Teil „als bekannt vorausgesetzt“ und fließt in die beschriebenen Therapieoptionen ein, findet sich in einer auf empirische Evidenz konzentrierten Sichtweise mitunter aber auch gar nicht mehr berücksichtigt. Eine Weiterentwicklung der Sexualtherapie „als Ganzes“ kann so nicht stattfinden und wird überwiegend auch nicht intendiert. Stattdessen wird oft die Integration somatischer Optionen als Leitthema und Desideratum gesetzt, doch bei genauerer Betrachtung von Datenlage und klinischer Realität ließe sich urteilen: oft propagiert, selten (systematisch) angewendet, (so gut wie) nie empirisch überprüft.

Kritikpunkte, Herausforderungen und Probleme der Sexualtherapie

Mit diesem Abschnitt wird die chronologische Perspektive wieder verlassen und der Versuch gemacht, die zentralen Kritikpunkte an der klassischen Sexualtherapie aus der Literatur kurz zusammen zu fassen.

Einer der grundlegenden Kritikpunkte ist bereits weiter oben angeklungen, nämlich dass es seit spätestens Mitte der 80er-Jahre zu einer Stagnation der Konzeptentwicklung, Forschung und Innovationsanstrengungen in der Sexualtherapie gekommen ist. In seinem Kern beruht das therapeutische Vorgehen somit auf Konzepten der 1960er und 70er Jahre, die nicht mehr „zeitgemäß“ seien. Für diesen Zustand werden – neben externen Faktoren wie dem Umstand, dass es kaum möglich ist, für Sexualtherapieforschung Fördermittel zu bekommen – verschiedene Gründe verantwortlich gemacht. So wird argumentiert, dass die Sexualtherapie anfangs „zu viel Erfolg“ gehabt habe, zu schnell ohne ernsthafte Konkurrenz gewesen sei und sich so auf der Basis der beeindruckenden Erfolgsquoten eine Selbstgefälligkeit entwickelt habe, die keinen Nährboden für Veränderungsimpulse mehr geboten hat. Ein weiteres Stichwort, das häufiger als Erklärung herangezogen wird, ist „professionelle Isolierung“ (z.B. Kleinplatz, 2001), ein Begriff, der auf die irrixe und mitunter arrogante Überzeugung abzielt, dass Sexualtherapie etwas Einzigartiges und Besonderes sei, mit ganz eigenen Spielregeln. Durch dieses Bewusstsein seien Modernisierungen entscheidend behindert worden, da die Sexualtherapie sich von anderen Entwicklungen, v.a. in der Psychotherapie, weitgehend abgekoppelt habe.

Ein anderer, wenngleich in ähnliche Richtung gehender Kritikpunkt bezieht sich auf die zu geringe Theoriebasierung der Sexualtherapie (Kleinplatz, 2001, Bancroft, 2009). Vor allem Kleinplatz prononciert diesen Vorwurf, wenn sie argumentiert, dass die Sexualtherapie so tue, als ob sie Antworten auf grundlegende sexualwissenschaftliche Fragen habe, die in Wirklichkeit meist noch nicht einmal gestellt, geschweige denn beantwortet wären. Allerdings muss man hier entgegen halten, dass es eine wirkliche Zuarbeit seitens der Sexualwissenschaft zu kaum einem Zeitpunkt gegeben hat, da es weder in Deutschland noch international zur stärkeren Herausbildung einer **klinischen Sexualwissenschaft** gekommen ist und auch Bancroft sich viel mehr mit einer Stärkung der Theorie in der **Sexualforschung** (Bancroft, 2000) als in der **Sexualtherapie** beschäftigt hat.

Eine Reihe weiterer Kritikpunkte lassen sich wohl am besten unter der Rubrik „externe Probleme“ der Sexualtherapie subsumieren. Hierunter ist zu nennen, dass die klassische Sexualtherapie älteren Patienten, Patienten

ohne Partner oder sog. „psychotherapiefern“ Patienten nur begrenzte Angebote machen kann. Gemäß den aus Studien extrahierten prognostischen Kriterien (Hawton & Catalan, 1986) ist die klassische Sexualtherapie vorwiegend geeignet für **Mittelschichtpaare** mit ausreichender Verbalisierungsfähigkeit und noch einigermaßen intakter Beziehung. Ähnliche Grenzen gelten auch für somatisch komplizierte Störungen, wie sie im höheren Lebensalter oder bei den häufigen Störungen durch Krankheit und Behandlung eher die Regel als die Ausnahme sind. Schließlich ließe sich hier noch anführen, dass die Sexualtherapie sich um die Medikalisierung und die sich darin auch ausdrückenden Bedürfnisse vieler Patienten nach einer „unkomplizierten Lösung“ ihrer sexuellen Probleme zu wenig gekümmert und ihr Angebotsportfolio dem nicht mehr angepasst hat.

Diese, zum Teil sicher nicht unberechtigten Kritikpunkte sollen an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden, da für unsere Aufgabenstellung die „internen Probleme“, d.h. die Kritikpunkte, die sich auf das sexualtherapeutische Konzept und Vorgehen im engeren Sinne beziehen, vorrangige Bedeutung haben.

Eine häufig erhobene Kritik bezieht sich auf den Fokus der Sexualtherapie auf den **Faktor Angst** in seiner ätiopathogenetischen Funktion und auf die Angstreduzierung als Therapieziel und Voraussetzung einer Symptommodifikation. Dem wird von den Kritikern entgegen gehalten, dass diese Sichtweise generell therapeutisch zu einseitig und zu eng, noch mehr aber, dass sie wissenschaftlich widerlegt sei, da Angst nicht inkompatibel zu sexueller Erregung und sexueller Funktion sei, wie es von den Pionieren der Sexualtherapie behauptet wurde. Als Beleg dafür werden zumeist Arbeiten des Angstforschers Barlow (Beck & Barlow, 1984; Barlow, 1986) angeführt, die fast immer aber verkürzt dargestellt und interpretiert werden (ausführlich dazu: Langer & Hartmann, 1992). In der Tat konnte die experimentelle Angstforschung etwas belegen, was jedem erfahrenen Sexualtherapeuten auch vorher schon geläufig war, dass Angst nämlich nicht in einer einfachen kontrapunktischen Beziehung zu sexueller Erregung steht, sondern diese in einer umgekehrt U-förmigen Kurve bis zu einem gewissen Grad sogar verstärken kann (man denke an die Paraphilien oder an bewusst grenzüberschreitende Erregungsszenarien). Die wirklich wichtigen Resultate der Studien der Barlow-Gruppe waren daher andere, und zwar die Einsichten, dass (a) Probanden mit und ohne sexuelle Dysfunktionen in einer sexuellen Situation kognitiv-affektiv hoch-unterschiedlich reagieren und sich quasi in „verschiedenen Welten“ befinden und (b) es weniger die Angst als Emotion oder Emotionsgemisch selbst ist, die der sexuellen Funktion im Wege steht, sondern eher kognitive Aspekte wie verschobene Aufmerksamkeit, Ablenkung und Kontrollman-

gel (Barlow, 1988). Es sei daran erinnert, dass Masters & Johnson ebenfalls nicht die Angst selbst, sondern die durch sie bedingte Ablenkung als entscheidenden Faktor ansahen (s. Punkt 1) und sich bei Kaplan (1979) in ihrer Ebene der unmittelbaren Ursachen die Kategorie sensorische und kognitive Barrieren findet. Darüber hinaus hat die von Barlow beschriebene subjektive Verfassung und Informationsverarbeitung der sexuell dysfunktionalen Probanden sehr starke Ähnlichkeit zur Versagensangst (performance anxiety), wie sie von den sexualtherapeutischen Pionieren beschrieben worden ist. Insgesamt kann man zu diesem häufig vorgebrachten Kritikpunkt sagen, dass die neuere Angstforschung das zentrale Diktum der Sexualtherapie zur Angst zwar relativiert, keineswegs aber grundsätzlich widerlegt hat. Allerdings hat die klinische Erfahrung der vergangenen Jahrzehnte gezeigt, dass Angst (definiert als komplexer kognitiv-affektiver Zustand) nicht bei allen sexuellen Dysfunktionen und vor allem nicht bei allen Patienten gleichermaßen bedeutsam ist und zudem eine ganz unterschiedliche Tönung haben kann. In ähnlicher Weise ist deutlich geworden, dass generell eine Reduzierung hemmender oder blockierender Faktoren im Sinne einer „Beseitigung von Hindernissen“ für eine dann wieder ungestört ablaufende sexuelle Reaktion, wie sie eindeutig von Masters & Johnson, letztlich aber auch von Kaplan als zentraler Prozess der Sexualtherapie gesehen wurde, bei einer substantiellen Anzahl von Patienten unzureichend ist und zu kurz greift.

Der ebenfalls häufig erhobene Vorwurf, v.a. auch von den neueren Ansätzen (Schnarch, 1991, 2000, Clement, 2004), dass die Sexualtherapie mit ihrem klassischen Ansatz und Instrumentarium bei den Störungen des sexuellen Verlangens nicht wirkungsvoll ist und nur mäßige Erfolgsquoten aufweist, lässt sich – wie im nächsten Abschnitt zusammen gefasst – datenmäßig weder eindeutig bestätigen noch widerlegen. In den Pionierwerken noch gar nicht vorhanden, haben Lief (1977) und dann vor allem Kaplan (1979, 1995) diese Kategorie eingeführt und auch Modifikationen und Erweiterungen des sexualtherapeutischen Vorgehens beschrieben. Während Kaplan selbst bei einer umfangreichen Patientengruppe mit Luststörungen durchaus gute Erfolgsquoten berichtet (Kaplan, 1995), wobei die Einschätzung des Outcome allerdings methodisch problematisch ist, zeigen andere Studien ein pessimistischeres Bild, vor allem, was die Stabilität der Therapieeffekte angeht (DeAmicis et al., 1985). Unstrittig scheint heute, dass Luststörungen Modifikationen im sexualtherapeutischen Vorgehen erfordern wie z.B. eine prononciertere Bearbeitung der Beziehungsdynamik, eine intensivere Auftrags- und Zielbestimmung und ein subtiles Timing der erfahrungsorientierten Therapieinterventionen, deren Potenzial nicht vorschnell und unbedacht verspielt werden darf. Dass die Sexual-

therapie bei diesen Problemen aber generell „am Ende“ sei, ist nicht belegbar.

Einige Kritikpunkte richten sich auch direkt gegen das „Herzstück“ der Sexualtherapie, nämlich die Übungen, insbesondere den Sensate Focus. Hier wird u.a. die „Künstlichkeit“ dieser Übungen angeprangert (z.B. Schnarch, 1997), ohne dass bedacht wird, dass genau das, nämlich eine Unterbrechung der normalen, probleminduzierenden Interaktion des Paares, mit den Übungen erreicht werden soll (und kann). Ernst zu nehmender sind Erfahrungen, dass es bei den Übungen nicht zu den intendierten Erfahrungen, also u.a. einer Auflösung von Ängsten, sondern zu einer Art Meta-Versagensangst kommen kann. Dies ist auch nach eigenen Erfahrungen durchaus möglich, sprengt aber keinesfalls den oben abgesteckten Rahmen des sexualtherapeutischen Vorgehens, da dann Hintergründe geklärt und kognitive und emotionale Schemata modifiziert werden müssen. Auch hier sei daran erinnert, dass Masters & Johnson den Sensate Focus als „Fehler produzierendes Verfahren“ konzipiert haben, in dem es zumindest anfänglich nicht um „schöne Gefühle“, sondern um neue Wahrnehmungen und Erfahrungen geht sowie um die Hier-und-Jetzt Manifestation der jeweiligen Blockaden und Hindernisse.

Kritikpunkte aus den neueren Ansätzen

Es ist nicht verwunderlich, dass die schärfste Kritik an der klassischen Sexualtherapie von denjenigen geübt wurde, die Weiterentwicklungen und neue Ansätze konkret vorgelegt bzw. diese angemahnt haben.

Streng genommen müsste übrigens auch das sog. „Hamburger Modell“, also das am Hamburger Institut für Sexualforschung auf der Basis des Masters & Johnson-Programms konzipierte und weiter entwickelte Konzept der Paartherapie zu den neueren Ansätzen gezählt werden, da es in der aktuellen Version (Hauch, 2006) erstmals signifikante Veränderungen des Vorgehens aufweist, nachdem die vorherigen Auflagen (Arentewicz & Schmidt, 1980, 1986, 1993) überwiegend kleinere Modifikationen der Techniktheorie enthielten. Andererseits gehört es auch wieder nicht in diesen Abschnitt, da dieses Konzept sich nie primär über seine Unterschiede zu Masters & Johnson definiert hat und dies auch in der aktuellen Version nicht tut. Vielmehr gehört es zu den Ansätzen, die den Wurzeln und Prinzipien des Masters & Johnson Therapieprogramms am treuesten geblieben sind, indem z.B. weiterhin das sexuelle Symptom bzw. Problem als solches ernst genommen wird und im Fokus steht, die Ziele per se „bescheiden“ und an der sexuellen Funktionsfähigkeit orientiert sind und die erfahrungsorientierten Interventionen in der Regel im klassischen

Stufenprogramm durchgeführt werden. Stichworte zum aktuellen Vorgehen, das wiederum in ein detailliertes Manual gefasst ist, sind etwa das „Prinzip Selbstverantwortung“, eine Sichtweise der Übungen als „projektive Tests“ und des Stufenprogramms als „körperbiographischer Zeitreise“ sowie eine stärkere Betonung individueller körperlicher Selbsterfahrung. Da das Programm in seinem Kern aber letztlich nicht wirklich verändert wurde und sich in einer mitunter solipsistischen Manier primär mit sich selbst und seinen eigenen Entwicklungslinien beschäftigt und wenig externe Einflüsse (etwa aus der Psychotherapieforschung) aufnimmt, bezieht sich die im folgenden beschriebene Kritik der neueren Ansätze an der klassischen Sexualtherapie auch auf das „Hamburger Modell“.

Einer der wichtigsten Beiträge zur zweiten Welle der Sexualtherapie stammt von der kanadischen Sexualtherapeutin Kleinplatz (2001), die in dem von ihr herausgegebenen Buch fundamentale Kritik übt, aber auch – in eigenen Beiträgen und durch die beteiligten Autoren – innovative Wege aufzuzeigen versucht. Ihre Hauptkritikpunkte am Grundkonzept der Sexualtherapie, die stellvertretend für andere Stimmen – vor allem auch aus feministischen Positionen – stehen, zielen darauf, dass die Sexualtherapie ihre Patienten letztlich an normativen „Performance Standards“ anpasse, basierend auf einem naturalistischen Verständnis der menschlichen Sexualität, in dem die an einem normalen Reaktionszyklus orientierte (und darauf begrenzte) Symptombehebung konventionelles Ziel ist. Kleinplatz verweist darauf, dass diese Performanceorientierung die spezifisch humanen Qualitäten sexuellen Erlebens (u.a. Erotik, Leidenschaft, Hingebung, Erfüllung, Ekstase, Spiritualität) ausblendet. Ein sehr bedeutsamer Kritikpunkt, der uns im letzten Abschnitt noch beschäftigen wird, bezieht sich darauf, dass die Sexualtherapie einen zu starken Fokus auf die Symptomatik bzw. Störung legt, bei zu geringer Berücksichtigung der Personen oder Persönlichkeiten, die die Probleme haben. Daraus resultieren zu standardisierte Ziele und zu standardisierte Therapien bei einer Tendenz zur Marginalisierung der Verschiedenartigkeit und Unterschiedlichkeit der Probleme und Patienten. Engagiert plädiert Kleinplatz für ein mutigeres, individualisiertes und diversifiziertes Angebots- und Zielfportfolio der Sexualtherapie, denn nur wenn man den Patienten verschiedene und weitergehende Ziele anbietet, sie nach ihrer Auffassung auch die Chance haben, sich dafür entscheiden zu können.

Dem amerikanischen Sexualtherapeuten Schnarch (1991, 1997) gebührt ohne Zweifel das Verdienst, der etwas eingeschlafenen Theorie und Praxis der Sexualtherapie in den 1990er-Jahren einen Weckruf erteilt zu haben. In seinem – später von ihm als „Crucible Thera-

pie²“ bezeichneten – Konzept ging es ihm zunächst darum, die weitgehend separaten Felder der Sexualtherapie und der Paar- bzw. systemischen Therapie (ursprünglich: marital therapy) zu integrieren. Entwickelt hat sich dabei letztlich ein sehr eigenes Konzept, das mit systemischer Sexualtherapie (Schnarch 2000) nur sehr unzureichend beschrieben ist, inzwischen aber auch sehr kommerzielle Züge aufweist. Den Ansatz von Schnarch adäquat darzustellen würde den vorliegenden Rahmen deutlich sprengen. Auf einige Aspekte werden wir im letzten Abschnitt noch eingehen, beschränken uns hier aber schwerpunktmäßig auf seine Kritikpunkte an der klassischen Sexualtherapie, die von Schnarch als „Paradigma der ersten Generation“ bezeichnet wird, während er mit seinem Ansatz die zweite Generation begründen möchte. Ähnlich wie Kleinplatz sieht Schnarch (1991) die Sexualtherapie in einem Defizitfokus gefangen, gebunden an ein normatives, uniformes Störungsmodell, das die Menschen in sexuell funktionale und dysfunktionale unterteilt. Dieser Defizitorientierung setzt Schnarch ein ressourcenfokussiertes Modell (asset model) entgegen, in dem nicht Symptom oder Dysfunktion, sondern das „sexuelle Potenzial“ im Mittelpunkt stehen. Wie andere Ansätze der zweiten Welle oder Generation der Sexualtherapie rückt Schnarch von dem sexuellen Problem bzw. der sexuellen Dysfunktion selbst wieder weg und sieht die Sexualität primär als „Fenster“ oder „Vehikel“ für persönliches Wachstum (growth). Er steht damit stellvertretend für die sog. Elicitation-Konzepte (wörtlich: Entlockungs-Konzepte), die Clement (2004) auf die griffige – wenn auch in dieser apodiktischen Form kaum haltbare – Formel bringt: „Therapie bringt nichts in die Menschen hinein, sondern etwas aus den Menschen heraus“ (S. 41). In seinem fast ausschließlich auf die sexuelle Lust (desire) und Lustprobleme fokussierten Modell setzt Schnarch ganz auf die individuelle persönliche Entwicklung (Terminus bei Schnarch: Differenzierung) beider Partner und sieht diese und die Differenz viel mehr als die Gemeinsamkeit als Schlüssel zu Potenzialaktualisierung und sexueller Leidenschaft. Die sexualtherapeutischen Übungen als strukturierte und angeleitete Erfahrungsmöglichkeiten lehnt Schnarch vehement ab und mokiert sich – in seinen Vorträgen mehr noch als in seinen Schriften – darüber, wenn er sinngemäß ausführt, dass kein Therapeut, der diese Übungen jemals selbst gemacht hat, sie seinen Patienten empfehlen würde. Stattdessen setzt Schnarch auf von ihm selbst entwickelte „Werkzeuge“ (tools) wie „hugging till relaxed“ (sich in den Arm nehmen, bis man entspannt

² Der englische Begriff „crucible“ hat eine Doppelbedeutung und wird auch von Schnarch so als Sinnbilder für sein Therapiemodell verwendet. Crucible bezeichnet einerseits in der Metallurgie einen Schmelztiegel, in dem „heiße Prozesse“ ablaufen können, ohne dass das Gefäß damit verschmilzt. Die zweite Bedeutung lässt sich mit „Feuerprobe“ übersetzen.

ist) oder „eyes-open sex“ (Sex mit geöffneten Augen, insbesondere beim Orgasmus), wobei er generell gern kontrapunktische Positionen zur klassischen Sexualtherapie einnimmt, so, wenn er dem traditionellen Fokus auf Angststreduzierung in seinem Ansatz einen Fokus auf Angsttoleranz entgegengesetzt.

In seiner Adaptation und Ausgestaltung des Ansatzes von Schnarch bringt Clement (2004) seine Kritikpunkte an der klassischen Sexualtherapie teilweise noch griffiger und plakativer vor. Auch er sieht die Sexualtherapie unumkehrbar an einen normativen sexuellen Reaktionszyklus als „universelle Grammatik“ gefesselt, wodurch therapeutische Handlungsmöglichkeiten limitiert werden, „zähe Therapieverläufe“ resultieren und die Gefahr einer „Verharmlosung“ der Sexualität droht. Clement erklärt die klassische Sexualtherapie zur Vergangenheit und ihr therapeutisches Paradigma, dessen Kraft aus einer „einzigartigen Passung von gesellschaftlicher Entwicklung und therapeutischem Konzept“ (23) entstammte, für „erschöpft“ oder „verbraucht“. Genau wie Schnarch ändert Clement in seinem Vorgehen den Fokus vom „nicht können“ zum „nicht wollen“, stellt das „Begehren“ und die „Differenz“ ins Zentrum der therapeutischen Prozesse, und interpretiert das Symptom nicht als Mangel, sondern als Ressource. Anders als Schnarch setzt Clement allerdings durchaus auf (systemische) Interventionen oder Verhaltensverschreibungen (wie z.B. das „ideale sexuelle Szenario“), die er aber nicht einsetzt, um „Defizite ühend (nachholend) zu kompensieren“, sondern um sexuelles Begehren zu entwickeln oder zu profilieren.

Die von Beier und Loewit (2004) vorgelegte „syndyastische³ Sexualtherapie“ (vgl. in d. Heft, S. 85ff) kann ebenfalls zur zweiten Welle oder Generation der Sexualtherapie gezählt werden. Der Ansatz selbst kann an dieser Stelle wiederum nur grob skizziert werden, mit dem Fokus auf die Unterschiede zur klassischen Sexualtherapie. Beier & Loewit sehen ihren Ansatz dezidiert als eigenständiges „Therapiekonzept der Sexualmedizin“, die sie (und nicht etwa die Sexualtherapie) als „klinischen Arm der Sexualwissenschaft“ verstehen. Entsprechend ihrem Verständnis von Sexualmedizin sehen sie ihren Therapieansatz auch nicht als Form bzw. „Sonderform“ der Psychotherapie bzw. Anwendung „etablierter psychotherapeutischer Techniken auf sexuelle Störungen“ (wie dies für sie in der klassischen Sexualtherapie der Fall ist), sondern als „umfassendes Konzept menschlicher Sexualität und Bindung“. Ausgehend von den von Loewit (1992, 1994) entwickelten Konzepten, in denen Sexualität als

Sprache, Kommunikation oder „verliebte Beziehung“ gesehen wird, sieht die syndyastische Sexualtherapie die Wurzeln **aller** sexuellen Störungen in „frustrierten Grundbedürfnissen“ und setzt deshalb auch nicht an den sexuellen Dysfunktionen selbst, sondern an eben diesen Wurzeln an. Ganz im Mittelpunkt des Ansatzes stehen die „unverzichtbaren psychosozialen Grundbedürfnisse“ nach „Nähe, Wärme, Geborgenheit, Sicherheit und Akzeptanz“ und durch den therapeutischen Fokus auf diese Ebene soll die Sexualität in einen „erweiterten Sinnzusammenhang“ gestellt werden. Der „eigentliche kurative Faktor“ soll darin bestehen, dass „über das körpersprachliche Vermitteln gegenseitiger Zuneigung für die beiden Partner die syndyastische Erfüllung leiblich erfahrbar gemacht werden soll“ (4). Der syndyastischen Sexualtherapie geht es somit primär um „Bewusstseinsbildung“ und erst in zweiter Linie um die Modifikation gestörter sexueller Funktionen. Im Zentrum des therapeutischen Prozesses steht die „Bedeutungserteilung“ oder „Bedeutungszuweisung“, durch die der Therapeut dem Paar die syndyastische Dimension seiner Sexualität bewusst macht und ihm die spezielle, körpersprachlich-kommunikative Bedeutung von sexueller Lust und Erregung erschließt. Im Unterschied zu Schnarch verzichten Beier & Loewit nicht auf den erfahrungsorientierten Teil der klassischen Sexualtherapie, setzen deren Übungen aber im Sinne einer veränderten Techniktheorie und ergänzt um die „neue Bedeutungsdimension“ ihres Ansatzes ein. Einen weiteren Unterschied zum klassischen Vorgehen sehen die Autoren darin, dass die Übungen nicht im Sinne eines strukturierten Stufenprogramms vom Therapeuten vorgeschlagen bzw. verschrieben werden, sondern vom Paar als „selbstverschriebene Erfahrung“ oder als „gemeinsam gefasster Vorsatz“ selbst entdeckt wird. Im Kern bleibt es dabei allerdings bei den bekannten Erfahrungsbestandteilen des klassischen Vorgehens, die natürlich nicht wirklich vom Patientenpaar selbst entwickelt werden können, die aber hier passgenauer und „behutsamer“, man könnte wohl auch sagen im Sinne einer „partizipativen Entscheidungsfindung“ (shared decision making) eingesetzt werden sollen. Trotz einiger Unterschiede zu den anderen beschriebenen Konzepten gehört auch die syndyastische Sexualtherapie zu den Elicitation-Ansätzen, da es um die „Aktivierung von grundsätzlich bereits vorhandenen Erlebnispotentialen“ geht und „lediglich etwas (wieder) hervorgeholt und nichts „hineingegeben“ (Anführungszeichen im Original)“ werden soll.

In eine ganz andere Richtung gehen schließlich Stimmen, deren Kritik im wesentlichen darauf abzielt, dass alle sexualtherapeutischen Ansätze, die sich im weitesten Sinne am Modell von Kaplan orientieren, entscheidende und innovative Basismerkmale des Konzepts von Masters & Johnson wieder aufgeben, um nicht zu sagen „verra-

³ Der Begriff „Syndyastik“ geht nach den Ausführungen der Autoren auf ein vom antiken Denker Aristoteles benutztes griechisches Wort zurück, das übersetzt etwa „disponiert zur Zweierbeziehung“ bedeutet (Beier & Loewit 2004, 2).

ten“ haben. Der profilierteste Vertreter dieser Argumentation ist ohne Zweifel der kalifornische Sexualtherapeut Apfelbaum (1977a, 1977b, 1981, 1995, 2001), gewisse Anklänge finden sich auch bei Schnarch (1991). In seinen oft intellektuell subtilen Gedankengängen vertritt Apfelbaum die Ansicht, dass insbesondere Kaplan, aber auch andere neuere Ansätze, die Komplexität der von Masters & Johnson tatsächlich angewendeten Konzepte und Therapie nicht rezipiert und die Übungen für die ganze Therapie gehalten bzw. mit ihr verwechselt haben. So sind sie in ihrem Bemühen, über Masters & Johnson „hinaus zu gehen“ tatsächlich wieder in die Prä-Masters & Johnson-Ära zurückgefallen. Während Masters & Johnson bei ihren Patientenpaaren Hindernisse aus dem Weg räumen wollten, um so den freien Ablauf sexueller Reaktionen (wieder) zu ermöglichen, tritt nach Apfelbaum bei Kaplan erneut das „sexuelle Symptom“ in den Vordergrund, wenn auch in einem modifizierten Verständnis und verbunden mit einem erweiterten Behandlungsansatz. Eindrucksvoll analysiert Apfelbaum die Komplexität des Masters & Johnson'schen Konzepts der „Performance Anxiety“ (die mit Versagensangst im Deutschen nur unzureichend übersetzbar ist) und die wirkliche Intention und Erfahrungsvielschichtigkeit des *Sensate Focus*. Auch verweist er auf die Einsichten von Masters & Johnson (1970, 1979) in die vielfältigen „Zwangsrituale“ der Paarsexualität (wie z.B. das Reziprozitätsgebot), die einer genussvollen und Potenziale entfaltenden Sexualität entgegen stehen und für die Masters & Johnson in ihrem Programm das Prinzip der Vermeidung von „Zielorientiertheit“ und das „nondemand pleasuring“ entwickelt haben. Darüber hinaus war die Spontaneitäts-limitierende und kontra-intuitive Therapie dazu angelegt, die leistungsorientierten Zwangsrituale effektiv zu durchbrechen. Schließlich weist Apfelbaum darauf hin, dass Aspekte wie Intimität und Selbstöffnung, die in den neueren Ansätzen der zweiten Welle der Sexualtherapie zum Teil ganz in den Fokus gerückt wurden, ebenfalls bereits von Masters & Johnson betont worden sind, die den „Austausch von Vulnerabilitäten“ in der besonderen, intensiven Intimität wie sie wohl nur Sexualität erlebbar machen kann, sowohl als Therapieziel wie als kurativen Faktor gesehen haben. Apfelbaum (2001) spricht in diesem Zusammenhang auch von der „Kraft der sexuellen Vulnerabilität“, die in einer gelungenen Sexualtherapie entfaltet werden kann.

Auf dem Weg zu einer evidenzbasierten Sexualtherapie? Die Datenlage zur Effektivität

Dieser Abschnitt verfolgt das Ziel, die Datenlage zur Effektivität der Sexualtherapie möglichst kompakt zusammen zu fassen. Dabei greifen wir ausschließlich auf Überblicks- und Sammelarbeiten zurück, insbesondere auf den Abschlussbericht der Kommission „Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction“, in dem eine Expertengruppe unter Mitwirkung des Verfassers für die zweite internationale Konsenskonferenz über sexuelle Dysfunktionen, die 2003 in Paris stattfand, alle vorhandenen Therapiekontrollstudien sichtet, nach ihrem Evidenzlevel kategorisierte und Schlussfolgerungen zog (Althof et al., 2004, 2005)⁴. Die zweite wesentliche Grundlage dieser Ausführungen bildet die Übersichtsarbeit von Heiman und Meston (1997) zu empirisch validierten Behandlungsmethoden für sexuelle Dysfunktionen, in der die Autorinnen die vorhandene Studienlage für die einzelnen sexuellen Dysfunktionen anhand eines Kriteriensystems der amerikanischen Psychologengemeinschaft (APA) in die Effektivitätskategorien „gut nachgewiesen“ (well-established) und „wahrscheinlich wirksam“ (probably efficacious) eingeteilt haben. Cochrane Reviews gibt es bislang nur über Spezialaspekte der Behandlung sexueller Funktionsstörungen, die für unsere Darstellung keine Relevanz haben. Eine genaue Übersicht findet der Leser auf der Website der Cochrane Collaboration oder bei Berner und Kockott (2010). Weitere Quellen sind die internationalen Standardwerke zur Therapie sexueller Dysfunktionen in ihren jeweils aktuellen Auflagen (Balon & Segraves, 2004, 2009, Bancroft, 2009, Levine, Risen & Althof, 2010, Leiblum, 2007, Porst & Buvat, 2006).

Überblicksarbeiten im Bereich der Sexualtherapie sind allein schon deshalb schwierig, weil es letztlich nicht allzu viel zu überblicken gibt, da methodisch passable Studien zu Wirksamkeit und Nachhaltigkeit eher rar sind. Dafür gibt es verschiedene Gründe, die ausführlicher bei Heiman & Meston sowie Althof et al. (2004) aufgeführt sind und zu denen neben der Schwierigkeit Fördermittel zu akquirieren und der bereits oben angesprochenen stagnativen Selbstgefälligkeit eine Reihe methodischer Probleme gehören. So betrifft ein zentrales Problem die Wahl klinischer Endpunkte bzw. „Erfolgskriterien“. Allgemein herrscht Einigkeit, dass ein so komplexes Phäno-

⁴ Da der Bericht der entsprechenden Kommission für die dritte Konsensuskonferenz (2009) nur als Zusammenfassung vorliegt (McCabe et al., 2010) und bezüglich der Effektivität der Sexualtherapie keine neue Datenlage bietet, wird er hier nicht weiter berücksichtigt.

men wie die menschliche Sexualität nicht allein durch die Erfassung von Häufigkeiten bestimmter sexueller Verhaltensweisen abgebildet werden kann, obgleich diese noch am einfachsten und reliabelsten festgehalten werden können. Hinzu kommen das Problem der Komorbidität (innerhalb der sexuellen Dysfunktionen und zu anderen somatischen und psychischen Krankheiten) sowie der Einfluss von Variablen wie Alter oder Beziehungsstatus und -dauer. Die häufigsten Mängel sexualtherapeutischer Outcomestudien lassen sich in Anlehnung an Spence (zit. nach Althof et al., 2004) in die folgenden Punkte fassen:

- ◆ (Zu) kleine Stichprobengrößen,
- ◆ Keine experimentellen Kontrollgruppen (Warteliste, keine Behandlung, Erwartungsplacebo, „Treatment as usual“),
- ◆ Keine randomisierte Zuordnung in die Behandlungsarme,
- ◆ Keine eindeutig definierten diagnostischen Kriterien sowie Ein- und Ausschlusskriterien,
- ◆ Zumeist keine Erfassung der Stabilität der Behandlungseffekte bzw. unzureichender Follow-Up Zeitraum,
- ◆ Keine adäquate Beschreibung der tatsächlich angewendeten Therapiemethoden; kein manualisiertes Behandlungsprogramm,
- ◆ Schlechte Replizierbarkeit als Konsequenz dieser Mängel.

Vor diesem Hintergrund soll im folgenden die Datenlage zur Effektivität der Sexualtherapie für die verschiedenen Störungsgruppen komprimiert und schlagwortartig präsentiert werden.

Die Behandlungseffektivität bei den sexuellen Dysfunktionen der Frau

Appetenzstörungen

Obwohl sie als mit Abstand häufigste sexuelle Dysfunktion der Frau gilt, existieren nur wenige methodisch akzeptable Studien zu den Appetenzstörungen, die zudem in besonderem Maße mit definitorischen, normativen und Heterogenitätsproblemen zu kämpfen haben. Die Daten kontrollierter Studien in der Übersicht:

- ◆ Hawton et al. (1986): Bei 56% der Paare Besserung der Lust bei Therapieende; 75% Relapserate bei 1-6 Jahren Follow-Up.
- ◆ McCabe (2001): Bei Frauen mit HSDD (und anderen sex. Problemen) nach 10 Sitzungen mit kognitiv-behavioraler Therapie Besserung bei 44%.
- ◆ Trudel et al. (2001): Am Ende eines speziellen kogni-

tiv-behavioralen Programms Symptombesserung bei 74% der Patientinnen sowie Verbesserung partnerschaftlicher und intrapsychischer Parameter.

- ◆ Im Review von Heiman & Meston konnte die Effektivität der Sexualtherapie bei Appetenzstörungen aufgrund mangelnder Datenlage nicht geratet werden.

Orgasmusstörungen

Zu den Orgasmusstörungen der Frau liegen insgesamt die meisten Therapiestudien überhaupt vor, allerdings stammt die Mehrzahl aus der Anfangszeit der Sexualtherapie. Die Datenlage in der Übersicht:

- ◆ Für die sexualtherapeutische Behandlung der primären bzw. globalen Anorgasmie gibt es überzeugende Wirksamkeitsnachweise (Rating bei Heiman & Meston: well-established). Die effektivste Methode ist die „directed masturbation“ (angeleitete Masturbation), die sich dem Sensate Focus und der systematischen Desensibilisierung überlegen zeigte.
- ◆ Für die Behandlung der sekundären bzw. situativen (bezogen auf den Partnerkontakt/Koitus) Orgasmusstörungen sind die Erfolgsquoten sehr viel ungünstiger und die Verbesserungen instabiler (Heiman & Meston: wahrscheinlich wirksam). Als Ursachen werden diskutiert: Heterogenität der Stichproben, tiefer liegende Ursachen (Partner-/intrapsychische Konflikte), fehlerhafte Klassifikation der Störung (Erregungs- oder Lustproblematik).

Sexuelle Schmerzstörungen (Vaginismus/Dyspareunie)

Die sexuellen Schmerzstörungen gelten heute als multifaktorielle, heterogene Störungsgruppe, in der der früher im Fokus stehende „isolierte“ Vaginismus nur als eine (eher seltene) Ausprägungsform betrachtet wird und zudem meist als Koitus- bzw. Penetrationsabwehr imponiert. Diskutiert wird, ob diese Dysfunktionen eher den Schmerzstörungen zuzuordnen und auch dementsprechend zu behandeln sind (Bergeron et al., 2010; Binik et al., 2007). Die Datenlage in der Zusammenfassung:

- ◆ In den älteren Studien hatte der Vaginismus überwiegend sehr gute und stabile Erfolgsquoten. Das sexualtherapeutische Basisvorgehen wurde mit einer systematischen Desensibilisierung (Finger, Hegarstifte) ergänzt. Im Review von Heiman & Meston (1997) wurde die Therapie des Vaginismus als „wahrscheinlich wirksam“ geratet.
- ◆ Zur Dyspareunie/Vulvodynie liegen kaum kontrollierte Studien vor. Nach sorgfältigem Ausschluss somatischer Faktoren wird i.d.R. ein multimodales Vorgehen empfohlen (Eduktion, Sexualtherapie, Biofeedback, schmerztherapeutische Elemente).

Die Behandlungseffektivität bei den sexuellen Dysfunktionen des Mannes

Erektionsstörungen

Für die erektile Dysfunktion existieren relativ viele methodisch akzeptable Studien, die jedoch überwiegend vor der breiten Anwendung somatischer Therapieoptionen durchgeführt wurden. Die Datenlage in der Übersicht:

- ◆ Insgesamt zeigen die Daten sehr gute (60-80% Besserung am Behandlungsende) Erfolgsquoten für die sekundäre ED, z.T. deutlich niedrigere für die primäre ED. Effektivitätsrating bei Heiman & Meston: well-established.
- ◆ Einige Beispiele: Masters & Johnson (1970): 69% Besserung bei sekundärer und 59 % bei primärer ED. Arentewicz & Schmidt (1980): 79% nach Therapieende, relativ stabil nach 1 Jahr. Hawton & Catalan (1986): 68% posttherapeutisch, ebenfalls recht stabil.
- ◆ Die Sexualtherapie muss sich damit vor den Erfolgsquoten der somatischen Optionen nicht verstecken. Fraglich bleibt aber, ob diese Quoten auch für die heute veränderte Klientel erektionsgestörter Männer gelten (Ø Alter der ED-Patienten in der Hamburger Studie von Arentewicz & Schmidt = 34 Jahre!).

Ejakulationsstörungen

Für die quantitativ bedeutsamste Gruppe der männlichen Sexualstörungen, die Ejaculatio praecox, gibt es nur wenige Studien, die fast alle in den 1970er und 80er Jahren durchgeführt wurden. Zur verzögerten/ausbleibenden Ejakulation liegen keine systematischen Studien vor. Die Datenlage:

- ◆ Die fulminanten und stabilen Erfolgsquoten von Masters & Johnson von annähernd 100% konnten nie wieder repliziert werden. Spätere Studien erbrachten Quoten zwischen 60 und 80%, allerdings mit eher schlechter Langzeitstabilität. Rating bei Heiman & Meston: wahrscheinlich wirksam.
- ◆ Eine aktuelle Studie mit einem kognitiv-behavioralen Ansatz erbrachte gegenüber einer Wartelistenbedingung eine achtfache Zunahme der intravaginalen Ejakulationslatenzzeit (De Carufel & Trudel, 2006).
- ◆ Die meisten älteren Studien zeigten gute Ergebnisse für die Squeeze-Technik, während sich in der Praxis eher die von Kaplan favorisierte Stop-Start-Technik durchgesetzt hat.
- ◆ Systematische Studien zur Kombination von Sexualtherapie mit den inzwischen verbreitet eingesetzten pharmakotherapeutischen Optionen (SSRIs) liegen nicht vor.

Zusammenfassung: Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Sexualtherapie

- ◆ Nach den vorhandenen Studien und Reviews hat die Sexualtherapie eine gut nachgewiesene (well established) Wirksamkeit bei der primären Anorgasmie der Frau und den Erektionsstörungen des Mannes. Darüber hinaus ist sie wahrscheinlich wirksam (probably efficacious) bei der sekundären Anorgasmie der Frau und vielleicht wirksam beim Vaginismus und der vorzeitigen Ejakulation.
- ◆ Die Langzeitstabilität der sexualtherapeutischen Effekte ist am schlechtesten bei Appetenzstörungen, dem vorzeitigen Orgasmus und sekundären Erektionsstörungen.
- ◆ Die Psychotherapie-Evaluation von Grawe et al. (1994) bescheinigte der Sexualtherapie eine recht gute, aber ausgesprochen differentielle Wirksamkeit, d.h. sie wirkt bei einem Teil der Patienten gut bis sehr gut, bei einem anderen Teil aber nur unbefriedigend bis schlecht. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die prognostischen Faktoren hingewiesen, die vor allem die Gruppe um Hawton (Hawton et al., 1986, Hawton & Catalan, 1986) extrahiert hat: (a) sozioökonomischer Status; (b) Qualität der Paarbeziehung ; (c) Interesse der Frau an Sexualität und an einer Fortführung der Paarbeziehung; (d) frühes Einlassen auf die Therapie und frühe Mitarbeit (besonders beim Mann).
- ◆ Zu beachten ist bei allem, dass fast sämtliche dieser Schlussfolgerungen auf Studien der 1970er und 80er Jahre beruhen (müssen).

Ausblick: Die Zukunft der Sexualtherapie – Die Sexualtherapie der Zukunft

Im letzten Abschnitt dieses Beitrags sollen im Sinne eines Resümees und Ausblicks Überlegungen zur Zukunft der Sexualtherapie und zur Sexualtherapie der Zukunft angestellt werden. Dabei werden wir uns zunächst mit einer „Kritik der Kritik“ befassen, danach kurz mit „strategischen“ Gesichtspunkten zur Positionierung der Sexualtherapie, um mit einigen Gedanken zu den Eckpunkten einer Sexualtherapie der Zukunft zu schließen. Nicht beteiligen wollen wir uns an gelegentlich geführten Debatten, ob Sexualtherapie Psychotherapie ist oder nicht. Generell halten wir solche, meist mit strategischen oder ideologischen Motiven verbundene Diskussionen für wenig zielführend und eher geeignet, die Therapie sexueller Dysfunktionen auch weiterhin in einer entwicklungs-

blockierenden „Sonderstellung“ zu halten. Anders als Sexualberatung oder sexualmedizinische Behandlung im weiteren Sinne bezieht sich der Begriff „Sexualtherapie“, wie er sich im Anschluss an Masters & Johnson und Kaplan konturiert hat, eindeutig auf die Behandlung sexueller Dysfunktionen mit psychotherapeutischen Mitteln. Dabei erfüllt das Vorgehen der ersten Generation der Sexualtherapie ebenso wie das aller Ansätze der zweiten Welle alle Merkmale gängiger Definitionen von Psychotherapie wie sie etwa von Senf und Broda (1996) umrissen wurde.

Kritik der Kritik

Unsere Kritik der Kritik setzt noch einmal an dem Umstand an, dass praktisch alle Weiterentwicklungen der ersten und zweiten Generation das Masters & Johnson Konzept als zu „oberflächlich“ betrachtet und in unterschiedlicher Weise „angereichert“ haben. Wie wir weiter oben aufgezeigt haben, ist das bereits in hohem Maße im Konzept von Kaplan geschehen, am radikalsten aber von Schnarch und in seinem Gefolge von Clement vollzogen worden, die das Masters & Johnson Programm und seine Fundierung in toto für obsolet und kurzerhand zur Vergangenheit erklären. Dem ist entgegen zu halten, dass u.E. keine Veranlassung besteht, das in seiner Wirksamkeit für die Mehrzahl sexueller Dysfunktionen nachgewiesene Konzept und Interventions-Instrumentarium der klassischen Sexualtherapie (insbesondere deren erfahrungsorientierten Anteil) einfach „über Bord zu werfen“. Ein solches Vorgehen erscheint vielmehr leichtfertig und wissenschaftlich nicht begründbar. Zudem ist wahrscheinlich weniger die Sexualtherapie bzw. deren Paradigma „erschöpft“ (Clement, 2004), sondern vielleicht die Sexualtherapeuten der ersten Generation, wohingegen – wie wir an verschiedenen Stellen versucht haben aufzuzeigen – das Potenzial des Masters & Johnson Ansatzes möglicherweise nie ausgeschöpft worden ist. Kritisch zu betrachten ist weiterhin, dass v.a. die recht trendy daherkommenden „systemischen“ Ansätze sich fast ausschließlich auf Probleme des sexuellen „Begehrens“ zurückziehen und auf differenzierte, psychisch und körperlich weitgehend gesunde (Mittelschicht)- Paare zugeschnitten sind. Sie gehen damit an großen Teilen des realen Versorgungsbedarfs vorbei, mit der Konsequenz, dass sexuelle Dysfunktionen wie Erektionsstörungen oder die vorzeitige Ejakulation damit überwiegend der Pharmakotherapie überlassen würden.

Der wahrscheinlich bedeutsamste Kritikpunkt bezieht sich darauf, dass keiner der Ansätze der zweiten Generation über irgendeine empirische Evidenz verfügt. Weder zum Konzept von Schnarch und zu dem eng mit

ihm verwandten von Clement noch zum Modell von Beier & Loewit liegen kontrollierte Studien zum Outcome und zur Stabilität von Behandlungseffekten vor. So gibt es auch keine Belege für die Wirksamkeit der erfahrungsorientierten „Tools“ der systemischen Konzepte, weder für die von Schnarch propagierten Übungen „hugging till relaxed“ oder „eyes-open sex“ noch für Clements „Ideales sexuelles Szenario“. Es existieren nicht einmal Kasuistiken, die nicht von den Autoren selbst stammen. Dieses Manko ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Ansätze der zweiten Welle der Sexualtherapie sich überwiegend als Universalmodelle verstehen und mit ihrem spezifischen Konzept für alle Dysfunktionen gültig sein wollen. Hohagen et al. (2009) verweisen demgegenüber mit Blick auf den Stand der Psychotherapieforschung darauf, dass es keine Universalitätsansprüche einzelner Therapieschulen mehr geben sollte und dass eine plausibel erscheinende Theorie keine ausreichende Rechtfertigung für eine unüberprüfte Anwendung einer Therapie ist. Sie plädieren entschieden für eine Abkehr vom pseudokausalen Denken hin zu evidenzbasierten, störungsorientierten Psychotherapiekonzepten. In dieser Betrachtung stellt es sich so dar, dass alle Ansätze der zweiten Generation sich nicht auf dem Stand und den Erkenntnissen der Psychotherapieforschung inklusive der neurobiologischen Forschung zu psychischen Störungen und ihren Veränderungsmöglichkeiten begründen, sondern letztlich „abgeschottete“ Modelle sind, die sich meist einen Aspekt oder ein Konzept herausgreifen und darauf einen Universalansatz begründen (Differenzierung und idiosynkratisches Intimitätskonzept bei Schnarch; zusätzlich dazu sexuelle Differenz und Nicht-Wollen statt Nicht-Können bei Clement; Bindungsbedürfnis und syndyastische Bedeutungserteilung bei Beier & Loewit). Dabei sind deutliche Skotomisierungstendenzen, z.B. bezüglich der in den Fokus gerückten Grundbedürfnisse, auszumachen. Schnarch geht es in dem von den beiden großen Grundmotiven Bindung/Angenommen-Sein/Geborgenheit versus Autonomie/Selbstaktualisierung/Potenzialentwicklung aufgespannten Spektrum ganz um die Autonomie bzw. Differenzierung, da hier der Schlüssel zu Lust und Leidenschaft darin besteht, sich unabhängig zu machen, von der Fremd- in die Selbstvalidierung zu gehen, sich selbst regulieren zu können und auf den eigenen Füßen zu stehen. Dieser Teil der Motivwaage wird demgegenüber im Konzept von Beier & Loewit weitgehend ausgeblendet, da hier unter psychosozialen Grundbedürfnissen allein das Bedürfnis nach Nähe, Wärme und Geborgenheit verstanden wird. Dieses Grundmotiv soll durch den „syndyastischen Fokus“ und die „Bedeutungserteilung“ in der sexuellen Begegnung als „verlieblichte Kommunikation“ erfahrbar gemacht werden und so gleichsam „nebenbei“ oder automatisch auch die sexuelle

Dysfunktion aufgelöst werden. Dabei erscheint die Überzeugung, dass Sexualität – auch und gerade in ihren interpersonellen Manifestationsformen – primär Ausdruck ultimativer Intimität, Kommunikation und dyadischer Verbindung ist, als eine idealistisch und romantisch getönte Vorstellung, die freilich an der Realität wohl nur allzu oft zerbricht (vgl. dazu Masters & Johnson, 1979, Apfelbaum, 1991, Bancroft, 1989, 2009).

Gemeinsam ist allen oben beschriebenen Ansätzen der zweiten Generation, dass sie mehr oder minder von der Funktionsstörung selbst abrücken und im Sinne der Elicitation- oder Growth-Konzepte „mehr erreichen“ wollen und die Sexualität vorwiegend als „Fenster“ (in die Persönlichkeit, Dyade, Grundbedürfnisse etc.) oder „Vehikel“ (für Wachstum, Differenzierung usw.) betrachten. Sie gehen damit eindeutig in die Prä-Masters & Johnson-Ära zurück und weisen eher Ähnlichkeiten zu Konzepten der humanistischen Psychologie auf. Im Unterschied zum Gebot der Neutralität, das für Masters & Johnson einen äußerst hohen Stellenwert hatte (der Therapeut soll kein „cheerleader“ sein), handelt es bei den neueren Ansätzen um nicht-neutrale Konzepte, in denen der Therapeut etwas Bestimmtes vom Paar erwartet, ihm ganz bestimmte Erfahrungen oder Überzeugungen vermitteln oder es auf ein neues Level der Entwicklung heben möchte. Bei Schnarch in seinem Leitbild von Intimität als höchste Form der Autonomie ist das so ausgeprägt, dass Apfelbaum (2001) sein Modell zu den „demand approaches“ (fordernden Ansätzen) zählt, mit der inhärenten Gefahr, dass der Patient vom Therapeuten in ein bestimmtes Bild gepresst oder zu bestimmten Zielen gedrängt wird und so letztlich Sexualität wieder zu einem Test der Kompetenz wird (nicht mehr bezüglich sexueller Funktion, sondern bezüglich Entwicklung, Differenzierung, Intimität, Reife etc.). Zu diesem Eindruck passt der Umstand, dass sowohl bei Schnarch und noch prononcierter bei Beier & Loewit der Leser (und potenzielle Therapeut) bereits in der Einleitung und im gesamten Text immer wieder auf die Grundüberzeugungen des jeweiligen Konzepts „eingeschworen“ wird, so dass – etwas überspitzt formuliert – mitunter der Eindruck entsteht, es gehe um den Eintritt in eine Glaubensgemeinschaft und nicht um einen Ansatz zur Behandlung sexueller Probleme. Dadurch entsteht die Gefahr einer tautologischen Falle, in der das Konzept immer Recht hat, denn wenn kein Erfolg eintritt, hat man sich eben nicht überzeugt und ausreichend genug an das Konzept gehalten. Eine derartige zirkuläre Argumentation, wie sie etwa der Psychoanalyse in bestimmten Phasen durchaus zu Recht vorgeworfen wurde, macht eine empirische Überprüfung dann so gut wie unmöglich.

In dieses kritisch zu hinterfragende Bild passt darüber hinaus, dass in allen Ansätzen der zweiten Welle fast ausschließlich Falldarstellungen präsentiert werden, in

denen in wenigen Sitzungen eindrucksvolle Veränderungen stattfinden. Als Therapeut mit ca. 30jähriger Praxis in der Behandlung sexueller Störungen kann man hier neidisch, aber auch ein wenig ungläubig werden angesichts der eigenen Erfahrung, nach der Veränderungsprozesse bei den so gut wie immer chronifizierten, oft durch komorbide Störungen komplizierten sexuellen Dysfunktionen dazu neigen, bisweilen mühsam und zäh zu sein, manchmal im Verlauf auch sprunghaft und kühn, aber dann wieder in Widerstände verwickelt, mäandernd und kleinschrittig. Clement (2004) bringt es wie so oft griffig auf den Punkt, wenn er sagt, dass Therapien nach dem klassischen Modell oft zäh seien, in der systemischen Sexualtherapie dagegen „spannend“. Auch dies erinnert an Ansätze der humanistischen Psychologie (wie z.B. die Gestalttherapie), die den Beweis ihrer Nachhaltigkeit oft schuldig geblieben sind, so dass man wahrscheinlich sagen kann, dass in der Sexualtherapie meist sowohl Sprinter- als auch Langstreckenqualitäten gefragt sind, wobei manche Strategie der neueren Ansätze im Sprintbereich fraglos sehr bereichernd sein können.

Eine letzte Kritik an der Kritik ist in den bisherigen Ausführungen implizit schon thematisiert worden, nämlich die Kritik an dem Vorwurf, dass die klassische Sexualtherapie an das Prokrustesbett des sexuellen Reaktionszyklus gekettet sei und die Patienten so in ein enges normatives Gerüst presse. Zunächst erscheint der – weithin und von allen Ansätzen der zweiten Generation erhobene – Vorwurf merkwürdig angesichts der Tatsache, dass die Konzepte der zweiten Welle mindestens ebenso normativ sind. Sie basieren lediglich auf anderen Normen, die wir im Verlauf der Darstellung verschiedentlich herausgestellt haben und die Clement (2004, 216) in seiner Tabelle der „erotischen Qualität“, in der säuberlich aufgeführt ist, wonach sich schlechter, mittelmäßiger und guter Sex bemessen, expliziert. Inwieweit eine nicht-normative Sexualtherapie überhaupt vorstellbar ist, muss hier dahingestellt bleiben, ebenso wie die (klinisch bedeutsamere) Frage, welcher normative Rahmen – derjenige der klassischen oder der Sexualtherapien der zweiten Welle – das therapeutische Geschehen in welcher Weise und stärker beeinflusst.

Die Zukunft der Sexualtherapie

An dieser Stelle sollen einige wenige Überlegungen zur Zukunft der Sexualtherapie angestellt werden. Es wird also gleichsam eine externe oder strategische Perspektive eingenommen, die sich mit Fragen zu befassen hat wie:

- ◆ wie muss sich die Sexualtherapie „im Markt“ positionieren,

- ◆ welche (genuinen/komplementären/integrativen) Angebote sollte sie vorhalten,
- ◆ was sollten Ärzte und Psychologen, die Patienten mit sexuellen Problemen behandeln, wissen und können.

Betrachtet man die Versorgungssituation im Bereich sexueller Dysfunktionen, dann wird deutlich, dass die Sexualtherapie in den vergangenen 15 Jahren „Marktanteile“ an die Pharmakotherapie verloren hat – und gleichzeitig immer stärker gebraucht wird, da gerade die weite Verbreitung der Pharmakotherapie die Komplexität sexueller Störungen aufzeigt und damit auch ihre eigenen Grenzen deutlich macht. Einige der Konsequenzen der Medikalisierung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- ◆ Im Bereich der erektilen Dysfunktion werden ca. 90% der behandlingssuchenden Männer mit PDE5-Hemmern behandelt. Dies entspricht den Wünschen der großen Mehrheit der Männer, die eine orale Pharmakotherapie allen anderen Optionen vorzieht.
- ◆ Patienten mit Ejaculatio praecox werden inzwischen ebenfalls zu einem hohen Prozentsatz pharmakotherapeutisch behandelt, wenngleich die Akzeptanz der dafür zugelassenen Substanz Dapoxetin weit hinter den Erwartungen der Firma zurückblieb.
- ◆ Gleichwohl ist bei männlichen Dysfunktionen die Sexualtherapie quantitativ zu einer Randerscheinung geworden.
- ◆ Mehr Betroffene suchen Hilfe, v.a. auch ältere. Die Eintrittspforte zur Hilfesuche liegt zu ca. 95% beim Arzt. Die stärkere Einbindung der sexuellen Dysfunktionen in das Medizinsystem hat für die Patienten zu einer gewissen De-Stigmatisierung und Schwellenerniedrigung geführt.
- ◆ Für die sexuellen Dysfunktionen der Frau gibt es – bis auf die Ausnahme eines Testosteronpflasters für eine sehr kleine Indikation – bislang keine effizienten und zugelassenen pharmakotherapeutischen Optionen. Der Stopp der Markteinführung der zentral wirksamen Substanz Flibanserin nach einer negativen Bewertung durch die FDA machte einmal mehr deutlich, dass es hier sehr wahrscheinlich keine Erfolgsgeschichte wie bei den Männern geben wird.
- ◆ Auch bei den Männern ist die Situation allerdings keineswegs so positiv wie sie scheinen mag: 60% der Patienten, die PDE5-Hemmer verschrieben bekommen, brechen die Behandlung innerhalb der ersten 3 Monate wieder ab. Hierfür dürfte eine Reihe von Gründen verantwortlich sein (Nebenwirkungen, Kosten, Reaktion der Partnerin, die erhoffte Problemlösung bleibt aus).
- ◆ Bei den meisten Patienten bestehen erhebliche Widerstände gegen ein „lebenslanges Angewiesen-Sein“

auf Pharmakotherapie und eine geringe Bereitschaft (oft aber auch gar keine Möglichkeit), für die Kosten aufzukommen.

Dafür, dass die Sexualtherapie in Zeiten der Medikalisierung sexueller Dysfunktionen im Rahmen eines **integrativen Optionsmodells** eine besonders wichtige Bedeutung einnehmen könnte, gibt es darüber hinaus auch klinische Gründe. So beruhen therapeutisch induzierte Veränderungen auch bei sexuellen Dysfunktionen auf korrigierenden Erfahrungen. Wenn diese durch pharmakotherapeutische Effekte allein möglich sind und dies mit dem Patientenauftrag übereinstimmt, wäre die Sache gleichsam „erledigt“. In der Realität kommt es allerdings einer reinen Spekulation gleich, darauf zu hoffen, dass der Patient schon irgendwie „von selbst“ die richtigen Erfahrungen machen wird oder das Medikament allein das kann. Hier bietet sich ein Vergleich zur Pharmakotherapie bei Depressionen an, wo sich gezeigt hat, dass eine Behandlung, in der das Zeitfenster der Medikamenteneinnahme nicht psychotherapeutisch bzw. generell lebensverändernd genutzt wird, wenig erfolgreich und mit hohen Rückfallquoten verbunden ist. Bezogen auf sexuelle Dysfunktionen bedeutet das, dass es viel Erfolg versprechender und zielführender wäre, wenn man die pharmakologisch (z.B. durch PDE5-Hemmer, SSRIs, DA-Agonisten) geprinten und geförderten Möglichkeitsräume dann gezielt Beraterisch/therapeutisch strukturieren und beeinflussen würde.

Für unsere Überlegungen zur Zukunft der Sexualtherapie folgt daraus, dass pharmakotherapeutische Optionen nicht der „Feind“ der Sexualtherapie sind, sondern vielleicht sogar ein neuer, wenngleich kein unproblematischer, Verbündeter. Der Sexualtherapeut bzw. Sexualmediziner wäre der prädestinierte Case-Manager in der Behandlung sexueller Dysfunktionen, benötigt allerdings ein breites Wissen und umfangreiches Interventionsrepertoire. Analog zu den in Nordamerika fest etablierten „Mental Health Professionals“ (Experten für seelische Gesundheit), eine Qualifikation, die dort ganz selbstverständlich nicht an eine bestimmte Berufsgruppe gebunden ist, benötigen wir „Sexual Health Professionals“, also Experten für sexuelle Gesundheit, die sich möglichst zu Zentren für sexuelle Gesundheit zusammenschließen oder untereinander vernetzen sollten.

Betrachtet man schließlich die Zukunft der Sexualtherapie unter dem Blickwinkel ihres Angebotsportfolios, so sollten neben den etablierten Formaten neue flexible und kreative (hinsichtlich Setting und Therapiefokus) Versorgungsangebote entwickelt werden. Beispiele könnten sein:

- ◆ PDE5- oder SSRI-„Entwöhnungsbehandlungen“

- ◆ Komplementäre Angebote zur Pharmakotherapie,
- ◆ Telefonische oder Online-Beratung von Patienten bzw. Kollegen,
- ◆ Sexualtherapeutische/paartherapeutische Kurzinterventionen,
- ◆ Intensivangebote (Doppelstunden u.ä.)/stationäre/teilstationäre Angebote,
- ◆ Hoch- bzw. Niederfrequenzangebote.

Die vielleicht größte Herausforderung für die Zukunft der Sexualtherapie liegt allerdings weiter darin, dass bis heute in der Mehrzahl medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen die Themen Sexualität und sexuelle Gesundheit ausgeblendet werden und in den Curricula der Medizin- und Psychologiestudiengänge sowie der psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute eine entweder marginale oder gar keine Rolle spielen. Dafür einzutreten, dies zu ändern, sollte nach wie vor eine hohe Priorität besitzen, wenngleich die Veränderungsprozesse sich so frustrierend langsam und zäh gestalten wie in mancher Therapie.

Die Sexualtherapie der Zukunft

Im letzten Abschnitt dieses Beitrags soll es darum gehen, Eckpunkte und Anforderungen an eine Sexualtherapie der Zukunft zu umreißen. Die Ausführungen werden allerdings notgedrungen skizzenhaft bleiben, da eine ausführlichere konzeptuelle Grundlegung und detaillierte Darstellung des therapeutischen Programms einer „Sexualtherapie der dritten Generation“ den hier gesteckten Rahmen weit übersteigen würden (siehe dazu Fagan, 2004, Bancroft, 2009, Hartmann, 2012).

Vergegenwärtigt man zunächst nochmals den Ist-Zustand unter dem Motto „Sexualtherapie heute“, dann kann man festhalten, dass die tatsächlich praktizierte Behandlung sexueller Dysfunktionen in der Regel eine hochgradig individuelle und eklektische Mischung traditioneller sexualtherapeutischer Elemente mit anderen Psychotherapie-Komponenten und/oder somatischen Optionen ist. Kaum jemand praktiziert das klassische Vorgehen gemäß der vorgegebenen Struktur und der Gesamtheit der Stufen. Was teilweise als befreite Flexibilität „verkauft“ wird (nach innen und außen), ist – auch nach eigenen Erfahrungen aus Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und Supervisionsgruppen zu urteilen – tatsächlich oft „Sexualtherapie light“, der es an theoretischer Fundierung, Fokus und Struktur mangelt (den besten Prädiktoren für einen **negativen** Outcome von Psychotherapie). Es ist zu einer (für die Psychotherapie nicht unüblichen) Diversifizierung von Schulen und Ansätzen gekommen (z.B. systemische Sexualtherapie, Sexo-

Corporelle-Ansatz, syndyastische Sexualtherapie), die sämtlich über keine oder nur minimale Wirksamkeitsnachweise verfügen. Vor diesem Hintergrund sind für eine Weiterentwicklung der Sexualtherapie verschiedene Desiderata zu formulieren:

- ◆ Die Therapie sexueller Störungen muss ihr Tun rational begründen können und möglichst theoriebasiert vorgehen, denn „*Sexualtherapeuten sollten nicht ohne eine explizite Theorie sexueller Lust, Erregung und Befriedigung dastehen*“ (Gunter Schmidt, 1994). Dazu bedarf es einer engagierten Weiterentwicklung der wissenschaftlichen und therapeutischen Grundkonzepte und einer Stärkung der klinischen Sexualwissenschaft und Sexualforschung.
- ◆ Die Sexualtherapie muss die enormen Fortschritte der Neurobiologie, klinischen Psychologie/Psychiatrie und vor allem der internationalen Psychotherapieforschung berücksichtigen und aufnehmen und sich so auch den Herausforderungen und Standards einer Evidenz-basierten Medizin bzw. Psychotherapie stellen.
- ◆ Sie benötigt überprüfbare und strukturierte Konzepte zur Integration pharmakotherapeutischer Optionen.

Dekliniert man diese Anforderungen ansatzweise mit Blick auf die Psychotherapieforschung durch, dann benötigt die Sexualtherapie wie jede veritable Psychotherapie

- ◆ eine **Entwicklungslehre**,
- ◆ eine **Störungslehre**,
- ◆ eine **Veränderungstheorie** und
- ◆ **therapeutische Techniken**.

Ein entscheidendes Desideratum ist in diesem Kontext, dass eine Sexualtherapie der Zukunft **lehr- und lernbar** sein muss. Eine sexualtherapeutische Schule, die letztlich nur von ihren Begründern und einem mehr oder minder kleinen Kreis von „Eingeweihten“ beherrscht wird, ist ebenso wenig zielführend wie hochkomplexe Konzepte, die nur von Therapeuten ausgeübt werden können, die in mehreren Psychotherapieverfahren ausgebildet sind. Dabei ist gleichwohl zu beachten, dass eine effektive Behandlung sexueller Dysfunktionen praktisch immer eine Kombinationstherapie ist – sowohl auf der psychotherapeutischen Seite selbst, als auch in der Einbeziehung medizinischer Optionen. Dabei werden vier Verständniszüge benötigt:

- ◆ ein intrapsychisch/psychodynamischer,
- ◆ ein lerngeschichtlich/verhaltenstherapeutischer,
- ◆ ein paarbezogen/systemisch-interpersonaler,
- ◆ ein (neuro)biologisch/medizinisch/pharmakologischer.

Der einzelne „Sexual Health Professional“ wird diese Zugänge in unterschiedlichem Maße beherrschen und anwenden, entscheidend ist, dass ihm keiner dieser Zugänge fremd ist und er beurteilen kann, wann welcher indiziert ist.

Hinsichtlich ihrer programmatischen Konzeption wird eine „Sexualtherapie der dritten Generation“ aus einer Verbindung und Integration verschiedener Komponenten bestehen müssen, von denen die wichtigsten in Abbildung 2 dargestellt sind. Darüber hinaus wird sie **konzeptuelles Wissen** (z.B. über die verschiedenen Dysfunktionen, ihre Symptome und Ursachen) bereitstellen müssen, noch mehr aber **prozedurales Wissen**, das dem Lernenden eine strukturierte und schrittweise Anleitung anbietet, *wie* eine Behandlung durchzuführen ist. Dieses sollte sich auf die unten beschriebenen typischen Phasen und Elemente in der Therapie einer bestimmten sexuellen Dysfunktion beziehen.

Ein sehr wichtiges Merkmal einer Sexualtherapie der dritten Generation besteht darin, dass sie eine Kombination bieten sollte aus **störungsübergreifenden Prinzipien** und einem **störungsorientiertem Vorgehen**, eine auf den ersten Blick widersprüchlich erscheinende, aber mögliche Amalgamierung (vgl. Herpertz, Caspar und Mundt, 2008).

Die Sexualtherapie der Zukunft muss – wie die klassische Sexualtherapie – in einer Art „Mantel“ störungsübergreifende Prinzipien und Interventionen („Standardmethoden“) anbieten, weil man als Therapeut nicht für jede sexuelle Dysfunktion ein spezifisches Verfahren lernen und beherrschen kann. Dabei sollten in Anlehnung an Berger (2010) und Hohagen et al. (2009) störungsübergreifende Module und Techniken in einer Art „Baukastensystem“ aufbereitet werden, sowohl bezüglich **typischer Phasen und Aufgaben in der Therapie** (Beziehungsaufbau, Anamnese und Problemanalyse, Auftragsklärung, Akzeptanz- und Veränderungsorientierte Strategien und Interventionen, Motivations-/Widerstandsarbeit, Evaluation, Stabilisierung und Rückfallvermeidung) als auch bezüglich **erprobter Standardmethoden** (z.B. Sensate Focus, individuelle Selbsterkundung etc.). Aus einer multimodalen Fallkonzeption muss eine klare, rational begründbare Behandlungsstrategie (inklusive „Dosisfindung“) ableitbar sein, die dann adaptiv dem Verlauf der Therapie angepasst wird und evaluierbar ist.

Wir haben mehrfach darauf hingewiesen, dass die Behandlung sexueller Dysfunktionen sich nach Masters & Johnson ganz überwiegend zu einer störungsfokussierten Therapie entwickelt hat und damit Gefahr läuft, die Störungen von den Personen zu trennen (z.B. Balon & Segreaves, 2005, 2009, Leiblum, 2007). Diagnostik und therapeutisches Instrumentarium richten sich ganz auf bestimmte Störungsbilder (Ejaculatio praecox, Lust-

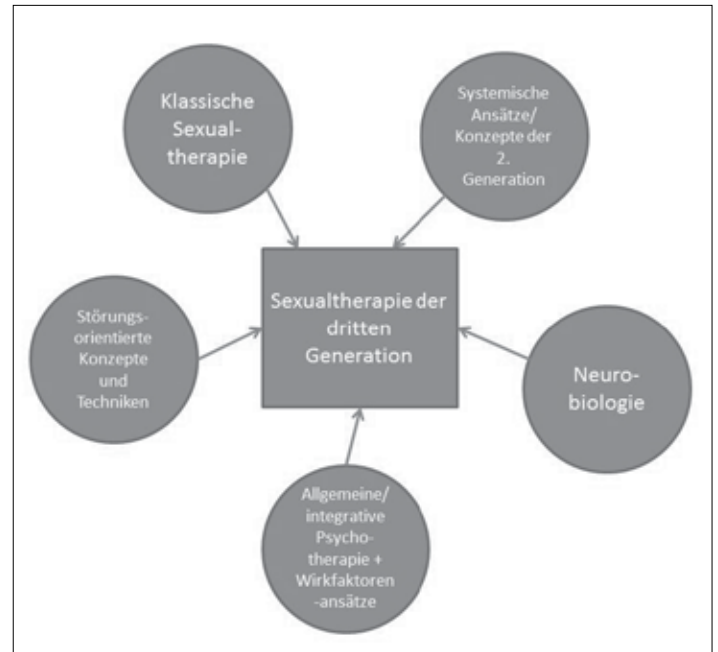


Abb. 2 Komponenten einer Sexualtherapie der dritten Generation

störung, Schmerzstörung etc.) und weniger auf einen bestimmten Persönlichkeits- bzw. Paartypus bzw. entsprechende Systeme. Das entspricht weder der realen klinischen Arbeit noch der Entwicklung der internationalen Psychotherapiekonzeptbildung, deren große Konvergenzbegriffe (a) Persönlichkeit/Persönlichkeitssystem, (b) Emotion/emotionale bzw. Affekt-Regulation und (c) Beziehung/Beziehungsmatrix sind. Für viele Forscher und Kliniker stellt die Persönlichkeit – begriffen als dynamisches, multidimensionales System – den besten Rahmen dar, um zu verstehen, wie psychische Symptome entstehen und aufrecht erhalten werden und wo und wie Interventionen erfolgen müssen. Es ist daher kein Zufall, dass entscheidende Weiterentwicklungen der Psychotherapie (in tiefenpsychologischen Verfahren, aber auch in der sog. dritten Welle der Verhaltenstherapie) aus der Therapie von Persönlichkeitsstörungen entstanden sind (Allen, Fonagy, Bateman, 2008, Crane, 2009, Fisher & Wells, 2009, Magnavita, 2000, 2005, Rudolf 2006, Saxe, 2004, Wells, 2009). Daneben gibt es überzeugende Evidenz, dass Beziehungsfaktoren zu den wirksamsten Ingredienzien der Psychotherapie gehören. In Beziehungen formt sich, wer und wie wir sind und es ist die therapeutische Beziehungsmatrix, die uns korrigierende Erfahrungen und damit Veränderungen ermöglicht. Auch dies gilt es in einer Sexualtherapie der Zukunft adäquat zu berücksichtigen.

Die neurobiologische Komponente ist wichtig, da die neurobiologische Psychotherapieforschung (z.B. Deneke, 2001, Förstl et al., 2006, Grawe, 2004, Hüther, 2001) uns zeigen kann, wie aus Erfahrungen (Gehirn)Strukturen

werden und wie diese am effektivsten durch korrigierende Erfahrungen wieder geändert werden können. Unter diesem Blickwinkel ist das Ziel jeder Therapie letztlich eine stabile Modifikation von affektiven, motorischen und kognitiven Nutzungsmustern im ZNS, die erreicht wird durch eine effektive strukturelle Reorganisation neuronaler und synaptischer Verschaltungen. Eine effektive Therapie muss daher auch bei sexuellen Dysfunktionen „neuroplastisch“ wirken. Aufgrund der Trägheit und Veränderungsresistenz des ZNS braucht es dafür eine intensive emotionale Dynamik bzw. kraftvolle emotionale Aktivierungen.

Konkret bedeutet das, dass wir Phasen „kritischer Instabilität“ identifizieren und therapeutisch nutzen und bei unseren Patienten(paaren) durch konstruktive Stressreaktionen eine nachhaltige Dynamisierung des neuro-biologischen Systems erreichen müssen, ohne eine unkontrollierbare Belastungsreaktion zu induzieren. Hierfür eignen sich etwa Elemente des „Sexual Crucible“ Ansatzes von Schnarch (1997, 2009) sehr gut. Wichtig ist allerdings – wie besonders Grawe (2004) es hervorhebt – dass es uns gelingt, die Patienten erst zur Veränderung einzuladen bzw. sie dazu zu begeistern und so in den notwendigen „Change-Modus“ zu versetzen. Erst dann können erfahrungsorientierte Interventionen wie etwa der Sensate Focus auf fruchtbaren Boden fallen. Manche ungünstige Verläufe in Sexualtherapien sind wahrscheinlich damit zu erklären, dass erfahrungsorientierte Übungen angesetzt wurden, bevor dieser wichtige, oft mit einer intensiven Ziel- und Auftragsklärung und dem Verständnis zentraler intrapsychischer und interpersoneller Konflikte verbundene Prozess erfolgt war.

Dafür, dass die klassische Sexualtherapie als Komponente in dem Entwurf einer zukünftigen Sexualtherapie enthalten sein muss, haben wir im Verlauf dieses Beitrags so viele Argumente zusammen getragen, dass es dem Leser kaum entgangen sein dürfte, dass wir eine kritische Rückbesinnung auf die Wurzeln der modernen Sexualtherapie für sehr lohnend halten. Dabei versteht sich von selbst, dass eine simple Rückkehr zu Masters & Johnson nicht die Lösung sein kann. Spannend und ergiebig kann es dagegen sein, vor dem Hintergrund der aktuellen neurobiologischen und psychotherapeutischen Forschung, aber auch der sexualwissenschaftlichen Modellbildungen wie des Modells der dualen Kontrolle von Bancroft (Bancroft, 1999, 2009, Bancroft & Janssen, 2000) den Originalansatz von Masters & Johnson zu re-analysieren. Dabei wird z.B. deutlich, dass dieses Konzept alle vier von Grawe und anderen (1994) identifizierten psychotherapeutischen Wirkprinzipien „an Bord“ hatte – lange bevor diese formuliert worden sind:

◆ Ressourcenaktivierung,

- ◆ Problemaktualisierung (Prinzip der realen Erfahrung),
- ◆ Aktive Hilfe zur Problembewältigung (reale Bewältigungserfahrung),
- ◆ Therapeutische Klärung (über sich selbst klarer werden).

Bei den durchweg (geringeren) Erfolgsquoten nach Masters & Johnson hat sich keiner gefragt, ob es vielleicht daran liegt, dass vielleicht gar kein richtiges Masters & Johnson Programm mehr durchgeführt wurde und in intendierten Verbesserungen und Anreicherungen tatsächliche Stärken des Programms geopfert worden sind.

Insgesamt bedeutet die Erarbeitung einer Sexualtherapie der 3. Generation eine vielschichtige Integrationsaufgabe, um aus den beschriebenen (und ggf. noch weiteren) Komponenten eine anwendbare und v.a. lehr- und lernbare Therapie sexueller Störungen zu machen. Diese kann und darf jedoch nicht nur am Theorie-Reißbrett entworfen werden, sondern sollte immer auf reflektierten klinischen Erfahrungen beruhen, da ihre Tauglichkeit sich letztlich in den Praxen der Sexualtherapeuten entscheidet und sich anhand der Zufriedenheit der Patienten bemisst. Hierzu bedarf es eines intensiven und kontinuierlichen Dialogs aller, die mit der Behandlung sexueller Dysfunktionen befasst sind und durch den dann vielleicht auch das weit verbreitete „Schweigen der Kliniker“ beendet werden kann.

Literatur:

- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W., 2008. *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing: Washington DC.
- Althof, S.E., 2010. What's new in sex therapy. *Journal of Sexual Medicine*. 7: 5–13.
- Althof, S.E. et al., 2004. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. In: Lue, T. et al. (eds.): *Sexual Medicine: Sexual Dysfunctions in Men and Women*. Health Publications: Paris.
- Althof, S.E. et al., 2005. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*. 2: 793–818.
- Apfelbaum, B., 1977a. Sexual functioning reconsidered. In: Gemme R. & Wheeler, C.C. (eds.): *Progress in sexology*. Plenum Press: New York.
- Apfelbaum, B., 1977b. On the etiology of sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 3: 50–62.
- Apfelbaum, B., 1981. Review: H.S. Kaplan, *Disorders of Sexual Desire*. *Journal of Sex Research*. 17: 182–184.
- Apfelbaum, B., 1995. Masters & Johnson revisited: a case of desire disparity. In: Rosen, R.C. & Leiblum, S.R. (eds.): *Case studies in sex therapy*. Guilford Press: New York.
- Apfelbaum, B., 2001. What the sex therapies tell us about sex. In:

- Kleinplatz, P.J. (ed.): New directions in sex therapy. Brunner-Routledge: Philadelphia.
- Arentewicz, G., Schmidt, G., 1980. Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie. Springer: Heidelberg. (2. Aufl. Enke: Stuttgart 1986; 3. Aufl. Enke: Stuttgart 1993).
- Balon, R., (ed.), 2008. Sexual dysfunction. The brain-body connection. Karger: Basel.
- Balon, R., Segraves, R.T. (eds.), 2005. Handbook of sexual dysfunction. Taylor & Francis: Boca Raton.
- Balon, R., Segraves, R.T. (eds.), 2009. Clinical manual of sexual disorders. American Psychiatric Publishing: Washington DC.
- Bancroft, J., 1989. Human Sexuality and Its Problems. Churchill Livingstone: Edinburgh and New York, 2nd ed.
- Bancroft, J., 1999. Central inhibition and sexual response in the male: a theoretical perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 23: 763–784.
- Bancroft, J. (ed.), 2000. The role of theory in sex research. Indiana University Press: Bloomington.
- Bancroft, J., 2009. Human Sexuality and Its Problems. Churchill Livingstone: Edinburgh, 3rd ed.
- Bancroft, J., Janssen, E., 2000. The dual control model of sexual response: a theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 24: 571–579.
- Barbach, L.G., 1974. For Yourself. Anchor/Doubleday: New York.
- Barlow, D.H., 1986. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54:140–48.
- Basson, R., 2000. The female sexual response: a different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 26: 51-65.
- Basson, R., 2001. Human sex response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 27: 33 -43.
- Basson, R., 2010. Women's difficulties with low sexual desire, sexual avoidance, and sexual aversion. In: Levine, S.B., Risen, C.B., Althof, S.E. (eds.): Handbook of clinical sexuality for mental health professionals. Routledge: New York, 2nd ed.
- Beck, J.G., Barlow, D.H., 1984. Current conceptualizations of sexual dysfunction: a review and an alternative perspective. *Clinical Psychology Review*. 4: 363–378.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2004. Syndyastische Sexualtherapie. Springer: Heidelberg.
- Berger, M., 2010. Zeit für einen Paradigmenwechsel. *Nexus News*. Heft 2/2010.
- Bergeron, S., Meana, M., Binik, Y.M., Khalifé, S., 2010. Painful sex. In: Levine, S.B., Risen, C.B., Althof, S.E. (eds.): Handbook of clinical sexuality for mental health professionals. Routledge: New York, 2nd ed.
- Berner, M.M., Kockott, G., 2009. Sexualstörungen. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Urban & Fischer: München 3. Aufl.
- Binik, Y.M., Bergeron, S., Khalifé, S., 2007. Dyspareunia and vaginismus: so-called sexual pain. In: Leiblum, S.R. (ed.): Principles and Practice of Sex Therapy. Guilford: New York, Guilford, 4th ed.
- Clement, U., 2004. Systemische Sexualtherapie. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Clement, U., Schmidt, G., 1983. The Outcome of sex therapy for sexual dysfunctions using three different formats. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 9: 67–78.
- Crane, R., 2009. Mindfulness-based cognitive therapy. Routledge: London.
- Crowe, M.J., Gillan, P., Golombok, S., 1981. Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction: a controlled study. *Behavior Research and Therapy*. 19: 47–54.
- De Amicis, L.A., Goldberg, D.C., LoPiccolo, J., Friedman, J., Davies, L., 1985. Clinical Follow-up of Couples Treated for Sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*. 14: 467–489.
- De Carufel, F., Trudel, G., 2006. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *Journal of Sex & marital Therapy*. 32: 97–114.
- Dekker, J., Everaerd, W., 1983. A long-term follow-up study of couples treated for sexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 9: 99–113.
- Deneke, F.W., 2001. Psychische Struktur und Gehirn. Schattauer: Stuttgart 2. Aufl.
- Fagan, P.J., 2004. Sexual disorders. Perspectives on diagnosis and treatment. Johns Hopkins University Press: Baltimore.
- Fisher, P., Wells, A., 2009. Metacognitive therapy. Routledge: London.
- Förstl, H., Hautzinger, M., Roth, G. (Hrsg.), 2006. Neurobiologie psychischer Störungen. Springer: Heidelberg.
- Grawe, K., 2004. Neuropsychotherapie. Hogrefe: Göttingen.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F., 1994. Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Hogrefe: Göttingen.
- Hartmann, U., 2012. Therapie sexueller Dysfunktionen. Konzept und Technik der Sexualtherapie der dritten Generation. Springer: Heidelberg.
- Hartman, W.E., Fithian, M.A., 1974. Treatment of sexual dysfunction: A bio-psycho-social approach. Jason Aronson: New York.
- Hauch, M. (Hrsg.), 2006. Paartherapie bei sexuellen Störungen. Thieme: Stuttgart.
- Hawton, K., 1992. Sex therapy research: has it withered on the vine? *Annual Review of Sex Research*. 3: 49–72.
- Hawton, K., Catalan, J., Martin, P., Fagg, J., 1986. Long-term outcome of sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 24: 665–675.
- Hawton, K., Catalan, J., 1986. Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 24: 377-385.
- Heiman, J. R., Meston, C. M.: Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, Vol. VIII (1997) 148–194.
- Heiman, J.R., LoPiccolo, J., 1976. Becoming orgasmic. Prentice Hall Press: New York.
- Heiman, J.R., LoPiccolo, J., 1983. Clinical outcome of sex therapy. *Archives of General Psychiatry*. 40: 443–449.
- Herpertz, S.C., Caspar, F., Mundt, C. (Hrsg.), 2008. Störungsorientierte Psychotherapie. Urban & Fischer: München.
- Hohagen, F. et al., 2009. Psychotherapie. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Urban & Fischer; München 3. Aufl.
- Hüther, G., 2001. Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- Kaplan, H.S., 1974. The new sex therapy. Brunner/Mazel: New York.
- Kaplan, H.S., 1979. Disorders of sexual desire and other new

- concepts and techniques in sex therapy. Brunner/Mazel: New York (dt.: Hemmungen der Lust. Enke: Stuttgart 1981).
- Kaplan, H.S., 1995. The sexual desire disorders. Brunner/Mazel: New York (dt.: Sexualtherapie bei Störungen des sexuellen Verlangens. Thieme: Stuttgart 2000).
- Kleinplatz, P.J. (ed.), 2001. New directions in sex therapy. Brunner-Routledge: Philadelphia.
- Kleinplatz, P.J., 2001. A critique of the goals of sex therapy, or the hazards of safer sex. In: Kleinplatz, P. (ed.): New directions in sex therapy. Brunner-Routledge: Philadelphia.
- Kleinplatz, P.J., 2011. Arousal and desire problems: conceptual, research and clinical considerations or the more things change the more they stay the same. *Sexual and Relationship Therapy*. 26: 3–15.
- Langer, D., Hartmann, U., 1992. Psychosomatik der Impotenz. Bestandsaufnahme und integratives Konzept. Enke: Stuttgart.
- Leiblum, S.R. (ed.), 2007. Principles and Practice of Sex Therapy. Guilford: New York, Guilford, 4th ed.
- Leiblum, S.R., Rosen, R.C., Pierce, D., 1976. Group treatment format: Mixed sexual dysfunctions. *Archives of Sexual Behavior*. 5: 313–322.
- Levine, S.B., Risen, C.B., Althof, S.E. (eds.), 2010. Handbook of clinical sexuality for mental health professionals. Routledge: New York, 2nd ed.
- Lief, H., 1977. What's new in sex research? Inhibited sexual desire. *Medical Aspects of Human Sexuality*. 2: 94–95.
- Lobitz, W.C., LoPiccolo, J., 1972. New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunction. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*. 3: 265–271.
- Loewit, K., 1992. Die Sprache der Sexualität. S. Fischer: Frankfurt am Main.
- Loewit, K., 1994. Kommunikationszentrierte Sexualtherapie: Theorie und Umsetzung. *Sexuologie*. 1: 101–112.
- LoPiccolo, J., Lobitz, W. C.: The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2 (1972) 163–171.
- LoPiccolo, J., LoPiccolo, L., 1978. Handbook of sex therapy. Plenum: New York.
- Magnavita, J.J., 2000. Relational therapy for personality disorders. Wiley: New York.
- Magnavita, J.J., 2005. Personality-guided relational psychotherapy. American Psychological Association: Washington DC.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., 1970. Human sexual inadequacy. Little/Brown: Boston. (Deutsch: Impotenz und Anorgasmie. Goverts: Frankfurt 1973).
- Masters, W. H., Johnson, V. E., 1979. Homosexuality in perspective. Little/Brown: Boston.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., Kolodny, R.C., 1995. Human sexuality. Harper Collins: New York.
- McCabe, M., 2001. Evaluation of a cognitive behaviour therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 27: 259–271.
- McCabe M. et al., 2010. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*. 7: 327–336.
- Meana, M., 2010a. When love and sex go wrong: helping couples in distress. In: Levine, S.B., Risen, C.B., Althof, S.E. (eds.): Handbook of clinical sexuality for mental health professionals. Routledge: New York, 2nd ed.
- Meana, M., 2010b. Elucidating women's (hetero)sexual desire: definitional challenges and content expansion. *Journal of Sex Research*. 47: 104–122.
- Porst, H., Buvat, J., 2006. Standard practice in sexual medicine. Blackwell Publishing: Malden.
- Richter-Appelt, H., 2001. Psychoanalyse und sexuelle Funktionsstörungen. In: Sigusch, V. (Hrsg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Thieme: Stuttgart.
- Rudolf, G., 2006. Strukturbezogene Psychotherapie. Schattauer: Stuttgart 2. Aufl.
- Sachse, R., 2004. Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die psychologische Psychotherapie. Hogrefe: Göttingen.
- Sand, M., Fisher, W.A., 2007. Women's endorsement of models of female sexual response: the nurses' sexuality study. *Journal of Sexual Medicine*. 4: 708–719.
- Schmidt, G., 1994. Die Potenz des Settings. *Zeitschrift für Sexualforschung*. 7: 43–51.
- Schnarch, D.M., 1991. Constructing the sexual crucible. W.W. Norton & Co.: New York.
- Schnarch, D.M., 1997. Passionate marriage. W.W. Norton & Co.: New York.
- Schnarch, D.M., 2000. Systemic sex therapy. In: Leiblum, S.R., Rosen, R.C. (Eds.): Principles and practice of sex therapy. Guilford: New York, 3rd ed.
- Schnarch, D.M., 2009. Intimacy and desire. Beaufort Books: New York.
- Schover, L.R., Leiblum, S.R., 1994. The stagnation of sex therapy. *Journal of Psychology and Human Sexuality*. 6: 5–30.
- Senf, W., Broda, M., 1996. Was ist Psychotherapie? Versuch einer Definition. In: Senf, W., Broda, M. (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Thieme: Stuttgart.
- Tiefer, L., 2001. Feminist critique of sex therapy: foregrounding the politics of sex. In: Kleinplatz, P.J. (ed.): New directions in sex therapy. Brunner-Routledge: Philadelphia.
- Tiefer, L., Hall, M., Tavis, C., 2002. Beyond dysfunction: a new view of women's sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 28: S1225-S1232.
- Trudel, G. et al., 2001. The effect of a cognitive behavioural group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and Relationship Therapy*. 16: 145–164.
- Wells, A., 2009. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford Press: New York.
- Zilbergeld, B., 1978. Male sexuality. Bantam books: Toronto.
- Zilbergeld, B., Evans, M., 1980. The inadequacy of Masters and Johnson. *Psychology Today*. August: 29–43.

Autor

Prof. Dr. Uwe Hartmann, Dipl.-Psych., Arbeitsbereich Klinische Psychologie, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, 30623 Hannover, Fon: 0049 511 532-2407, Fax: 0049 511 532-8407, email: hartmann.uwe@mh-hannover.de

Inzidenz sexueller Probleme in der gynäkologischen Praxis

Hans-Joachim Ahrendt, Daniela Adolf, Cornelia Friedrich

Frequency of sexual problems in gynecological practice

Abstract

Disorders of sexual function play an important role in daily gynecological practice. They usually concern reproduction: contraception, pregnancy, infertility. The dimensions of desire and relationship receive relatively little attention due to the lack of time, competence, and financial compensation. Many patients are reluctant to speak with their gynecologist about their sexuality and often do so only when queried by the doctor. Little data on the frequency of sexual problems is available in Germany and other countries.

In the study of Ahrendt and Friedrich patients were asked about sexual problems during routine gynecological examinations. They were asked about the frequency and nature of the problems and given the opportunity to raise their own questions. The study distinguished between patients who posed questions themselves and those who replied to questions of the doctor. 4493 patients were included in the study. Disorders involving sexual desire and dyspareunia were those most frequently mentioned.

Most of these problems and issues could be resolved within routine gynecological practice. In some cases additional therapy was needed, although not all patients heeded this advice.

Keywords: Sexual problems, incidence, gynecological practice

Zusammenfassung

Störungen der sexuellen Funktion spielen in der täglichen gynäkologischen Praxis eine bedeutende Rolle. Das betrifft an erster Stelle die Fortpflanzungsdimension im Bereich Kontrazeption, Schwangerschaften, unerfüllter Kinderwunsch. Der Beziehungs- und der Lustdimension werden dagegen aus Gründen der fehlenden Zeit, dem Gefühl mangelnder Kompetenz und der fehlenden Honorierung noch zu wenig Beachtung geschenkt.

Viele Patientinnen scheuen sich nach wie vor, von sich aus ihren Gynäkologen, ihre Gynäkologin auf das Thema Sexualität anzusprechen oder tun dies oft nur, wenn sie im Rahmen der Anamnese darauf angesprochen werden. Über die Häufigkeit von sexuellen Problemen liegen aus Deutschland aber auch aus anderen Ländern bisher nur wenige Daten vor.

In der Studie wurden im Rahmen der Anamnese in der gynäkologischen Routinesprechstunde die Patientinnen nach möglichen Problemen in der Sexualität befragt. Dabei wurden die Häufigkeit und die Art der sexuellen Probleme und Fragen erhoben. Außerdem wurde unterschieden, ob die Patientinnen dieses Thema von sich aus oder erst nach Befragen des Arztes ansprachen. In die Studie eingeschlossen wurden 4493 Patientinnen. Am häufigsten wurden Störungen der sexuellen Appetenz und die äußere und innere Dyspareunie benannt. Die meisten dieser Probleme und Fragen konnten innerhalb der gynäkologischen Routinesprechstunde geklärt werden. Bei einem Teil der Patientinnen wurde die Indikation zur weiteren Therapie gestellt, die jedoch nicht von allen Gynäkologinnen und Gynäkologen mit Fragen der Sexualität konfrontiert. Dies betrifft u.a. die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (Adoleszenz und Klimakterium, Kontrazeption, Kinderwunsch und Infertilität. Schwangerschaft und Postpartalzeit, u.a.) und die gynäkologische Onkologie (HPV-assoziierte Erkrankungen, Zervixkarzinom, u.a.)

Schlüsselwörter: Sexuelle Probleme, Inzidenz, Gynäkologische Praxis

Einleitung

Kein Fachgebiet in der Medizin ist so vielfältig mit der Sexualität verbunden wie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe. In fast allen Bereichen dieses Faches sehen sich Gynäkologinnen und Gynäkologen mit Fragen der Sexualität konfrontiert. Dies betrifft u.a.:

- ◆ die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (Adoleszenz und Klimakterium, Kontrazeption, Kinderwunsch und Infertilität. Schwangerschaft und Postpartalzeit, u.a.),
- ◆ die gynäkologische Onkologie (HPV-assoziierte Erkrankungen, Zervixkarzinom, u.a.),
- ◆ Sexualität bei gynäkologischen Erkrankungen (Endometriose, Adnexitis, gynäkologischen Tumoren und Operationen, Descensus und Harninkontinenz, u.a.),
- ◆ Genitale Infektionen und sexuell übertragbare Krankheiten (Vulvovaginitis, Gonorrhoe, Chlamydien, Trichomoniasis, HIV, u.a.),

- ◆ Sexuelle Funktionsstörungen (Störungen der sexuellen Appetenz, der Erregung, des Orgasmus),
- ◆ Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen (Dyspareunie, Vaginismus),
- ◆ Geschlechtsidentitätsstörungen
- ◆ Sexueller Missbrauch.

Gynäkologinnen und Gynäkologen sehen sich dabei nicht nur den objektiven Parametern einer Krankheit gegenüber. Sie müssen sowohl bei der Diagnostik als auch dem beratenden Gespräch mit der Patientin die drei Dimensionen der Sexualität umfassend berücksichtigen.

Die **Fortpflanzungsdimension** spielt in der frauenärztlichen Praxis und der Klinik naturgemäß eine bedeutende Rolle und wird meist gebührend berücksichtigt. Reproduktionsmedizin mit allen ihren Fassetten nimmt in der Frauenheilkunde einen hohen praktischen Stellenwert ein.

Die **Beziehungsdimension** wird von Frauenärzten/-innen zunehmend berücksichtigt. Sie ist für das Handeln unerlässlich insbesondere bei der Betreuung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch, bei der Betreuung der Patientin mit schwerwiegenden Erkrankungen wie Patientinnen mit Mammakarzinom bei gynäkologischen Operationen, aber auch bei sexuellen Funktionsstörungen u.a.

Der **Lustdimension** wird aus verschiedenen Gründen (Kompetenz, Zeit, Honorierung) in der frauenärztlichen Betreuung zurzeit noch wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Somit sehen sich Frauenärzte und Frauenärztinnen in ihrer täglichen Arbeit zunehmend mit Fragen und Problemen zur Sexualität konfrontiert. Wie oft werden diese Probleme in der gynäkologischen Routinepraxis geäußert?

Täglich werden in der frauenärztlichen Sprechstunde Sexualprobleme von den Patientinnen angesprochen. Häufig werden diese Probleme jedoch als Sekundärprobleme benannt. Nicht immer benennt die Patientin das Problem aktiv von sich aus. Oft stellt sich das Problem erst nach anamnestischer Befragung. Seltener kommt die Patientin wegen des alleinigen Sexualproblems in die Sprechstunde. Über die Häufigkeit von sexuellen Problemen liegen aus Deutschland aber auch aus anderen Ländern bisher keine verlässlichen Daten vor. Viele der bisherigen Studien und Publikationen lassen keine Vergleichbarkeit zu, da es sich um eine meist unterschiedliche Klientel handelt.

Die meisten vorliegenden Studien stellen Analysen des sexualmedizinischen Patientengutes dar (office/clinic samples) und lassen damit keine Rückschlüsse für die allgemeine Bevölkerung zu (community samples). (Beier et al., 2000) Soziologische Studien zum Sexualverhalten

haben darüber hinaus oft eine geringe Rücklaufquote, so dass sie den Anforderungen an eine repräsentative Studie nicht genügen.

Im Jahr 1989 gaben in einer Studie von 887 Patientinnen einer gynäkologischen Routinesprechstunde in New Brunswick (New Jersey) 19% der Frauen sexuelle Probleme an. Von diesen hatten 48% eine Dyspareunie und 21% Libidostörungen (Bachmann et al., 1989). In einer Analyse der National Health and Social Life Survey 1999 gaben von 1749 Frauen 43% sexuelle Probleme an: davon 27–32% Libidostörungen und 8–21% Dyspareunie (Laumann et al., 1999). Bei einer Internetrecherche von Berman und Mitarbeitern gaben 77% der 3807 Frauen Libidostörungen und 62% Erregungsstörungen an. 24% der Frauen gaben sexuell bedingte Schmerzen an (Berman et al., 2003).

In einer randomisierten Studie mittels zugeschickter Fragebögen in Australien gaben von 857 Frauen zwischen dem 20. und 70. Lebensjahr 16% der Frauen ein vermindertes sexuelles Verlangen (HSDD) an, 7% eine Störung der sexuellen Erregung, 8% eine Orgasmusstörung, und 1% eine Dyspareunie an (Hayes et al., 2008).

In einer von Berner initiierten Studie in Deutschland über die Häufigkeit von Sexualstörungen in der Gynäkologie gaben 12,5% der Frauen sexuelle Probleme in der Sprechstunde an (Berner et al., 2010). Von diesen hatten 75,5% Libidostörungen, 69,7% Erregungsstörungen, 66,7% Orgasmusstörungen, 66,7% mangelnde Befriedigung, 60,0% Dyspareunie und 20,6% Vaginismus. 70% der Frauen sprachen das Thema von sich aus an. Jedoch betrug die Rücksendequote nur 14,6%. Von 1390 angeschriebenen, niedergelassenen Gynäkologen/-innen schickten nur 203 die entsprechenden Fragebögen zurück. Die angegebenen Daten beruhen nicht auf statistischen Erhebungen sondern auf Schätzungen der teilnehmenden Ärzte. Aussagekräftiger ist die Studie von Wallwiener und Kollegen (2010). Die Befragung mittels Internet von 1219 Medizin-Studenten mehrerer deutscher Universitäten (auswertbare Bögen 1086) ergab folgende Häufigkeit von Sexualstörungen unter den Studentinnen: Störung der Libido 5,8%, der Erregung 1,0%, des Orgasmus 8,7%, Dyspareunie 1,1%.

Ziele der vorliegenden Studie

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, zu ermitteln:

- ◆ wie häufig Patientinnen in der gynäkologischen Routine-Sprechstunde den Wunsch haben, mit ihrem Frauenarzt, mit ihrer Frauenärztin über sexuelle Probleme zu sprechen,

- ◆ ob sie die sexuellen Problem selbst aktiv ansprechen,
- ◆ welche sexuellen Fragen und Probleme geäußert werden.

Material und Methode

Die Autoren haben in ihren gynäkologischen Sprechstunden – Ahrendt in Magdeburg und Friedrich in Köthen – in der Zeit vom 01.04. 2010 bis zum 30.09. 2010 eine Analyse der Sprechstundensituation durchgeführt. Mittels eines selbst entwickelten standardisierten Erhebungsbogens der nach jeder Konsultation ausgefüllt wurde, wurde für jede Patientin erfasst, ob sie Fragen zur oder/und Probleme mit der Sexualität hatte. Stellte eine Patientin von sich aus keine Fragen zur Sexualität, wurde dies vom Arzt bzw. der Ärztin thematisiert. Es wurden sowohl die Häufigkeit und Art der sexuellen Probleme erfasst als auch der Bedarf an weiterführender Diagnostik, Beratung oder Therapie. In diesem Zeitraum stellten sich 5403 Patientinnen vor. Von diesen wurden 4493 (83,15%) in die Analyse eingeschlossen.

910 (16,84%) Patientinnen, die in dieser Zeit ebenfalls die Sprechstunde aufsuchten, wurden nicht erfasst. Die Gründe dafür waren: Zeitnot in der Sprechstunde (62,5%), akute Erkrankung der Patientin (23,2%), multimorbide Patientin (9,0%), Patientin erschien nicht offen (5,3%), Patientin war noch Kind (0,5%).

Die Daten wurden mit vorgefertigtem Erhebungsbogen erfasst und grafisch dargestellt. Die statistische Auswertung erfolgte mittels SAS 9.2 (SAS Institute Inc, USA). Zur Beurteilung der Homogenität zwischen den Altersgruppen wurde Fishers exakter Test verwendet. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Patientin ein Problem selbst anspricht wurde mittels der Binomialverteilung bewertet, wobei signifikante Abweichungen vom Wert 50% herausgestellt wurden. Ein p-Wert von 0,05 bildet die Grenze zur Signifikanz, im Sinne des multiplen Testens wurde dabei eine Bonferroni-Korrektur vorgenommen (vgl. Tab. 1).

In dieser Studie befanden sich auch 396 Schwangere und Wöchnerinnen, die unabhängig vom Alter gesondert ausgewertet wurden.

Ergebnisse

60,45% der befragten Patientinnen gaben an, Fragen, Beschwerden oder Probleme in Zusammenhang mit der Sexualität an. Dies unterschied sich signifikant zwischen den Altersgruppen ($p < 0,0001$). Auf die Patientinnen bezogen (siehe Abb. 1) betraf dies am wenigsten die Teenager.

Tab. 1 Altersverteilung der Patientinnen (n= 4493)

Altersgruppen	N	%
< 20 Jahre	437	11
20 bis 39 Jahre	1490	33
40 bis 59 Jahre	1310	29
>60 Jahre	824	18
Schwangere und Post partum	396	9

Mehr als die Hälfte der Patientinnen (54,8%) sprachen ihre Probleme selbst aktiv an. 45,2% der Patientinnen taten dies erst auf konkretes Befragen. Dies unterschied sich allerdings stark für die verschiedenen Probleme: Während innere und äußere Dyspareunie in 66,3% bzw. 78,5% der Fälle von der Patientin angesprochen wurden (je $p < 0,0001$) und Blutungen beim Sex mit 89,5% am häufigsten aktiv angesprochen wurden ($p < 0,0001$), wurden Libido-Probleme nur zu 34,1% ($p < 0,0001$), Partnerkonflikte am wenigsten (22,9%, $p < 0,0001$) aktiv von der Patientin angesprochen. Auch der aktive Umgang mit diesen Problemen unterschied sich teilweise hochsignifikant zwischen den Altersgruppen, da zumeist die 20- bis 39-Jährigen am häufigsten selbst auf die entsprechenden Probleme eingingen.

Libidostörungen und Dyspareunie waren die am häufigsten genannten Störungen. Sie stellen mehr als die Hälfte (53,5%) aller Störungen dar. Von den „Problem-Patientinnen“ gaben 23,1% Störungen der sexuellen Appetenz und 30,4% Dyspareunien an. (vgl. Abb. 2).

Libidostörungen mit Leidensdruck (Hypoactive Sexual Desire Disorder, HSDD) gehören in der Sprechstunde zu den häufigsten Sexualstörungen, die von den Pati-

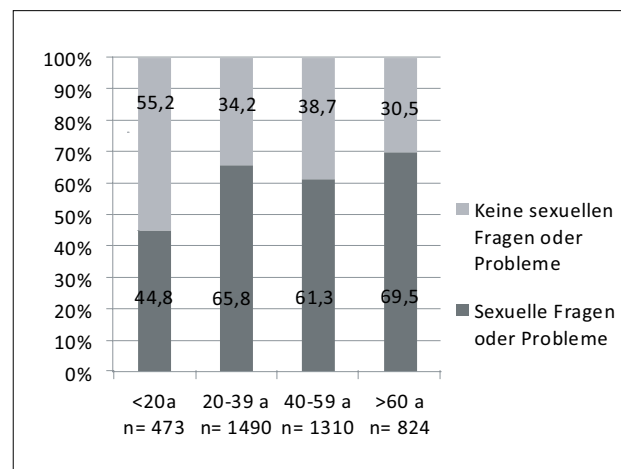


Abb. 1 Altersverteilung der Häufigkeit sexueller Fragen und Probleme (n= 4493)

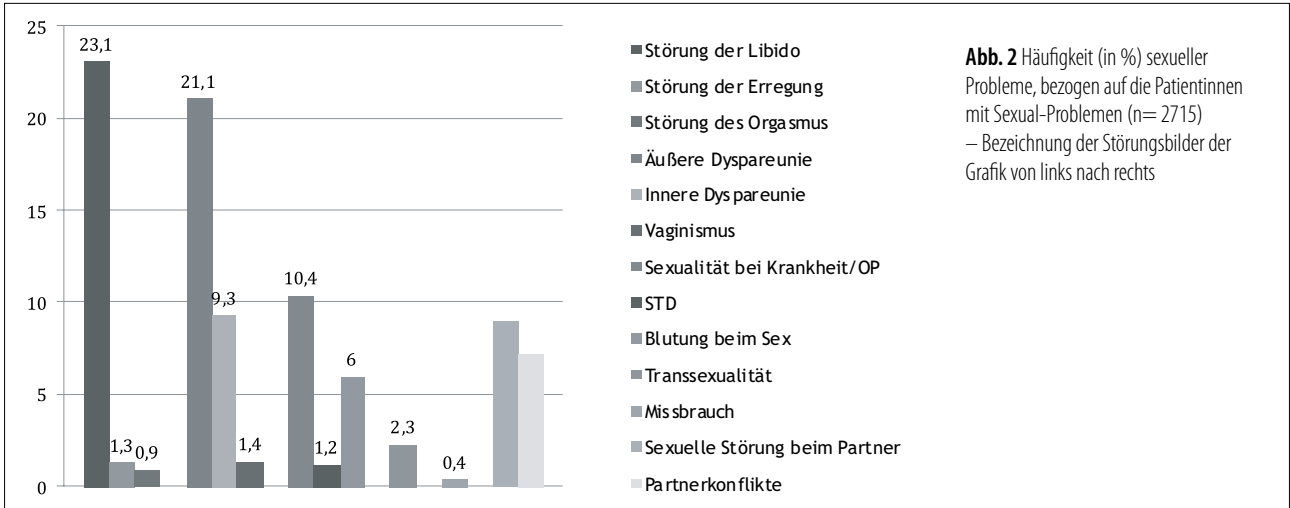


Abb. 2 Häufigkeit (in %) sexueller Probleme, bezogen auf die Patientinnen mit Sexual-Problemen (n= 2715) – Bezeichnung der Störungsbilder der Grafik von links nach rechts

entinnen benannt werden. Etwa 15% aller Patientinnen beklagten eine Störung der Libido, wobei sich die Altersgruppen insofern signifikant voneinander unterschieden ($p=0,0033$), als die Gruppe der Teenager nur zu knapp neun Prozent Libido-Probleme angab. Dagegen wurden Störungen der Erregung und des Orgasmus selten und fast ausschließlich von den 20- bis 59-Jährigen geäußert (vgl. Abb. 3).

Meist wird die Abnahme der sexuellen Appetenz von der Patientin mit einer konkreten Lebenssituation in Zusammenhang gebracht, etwa dem Klimakterium oder der Einnahme hormonaler Kontrazeptiva oder der Postpartalzeit. Seltener wird ein primärer Zusammenhang mit Konflikten in der Partnerschaft und anderen psychosozialen Einflussfaktoren in der Sprechstunde dargestellt.

Die **Dyspareunie** stellt das häufigste von den Patientinnen in der gynäkologischen Sprechstunde benannte sexuelle Problem dar. In 21,1% der benannten Probleme konnte eine äußere Dyspareunie (verstärkt bei den unter

20-Jährigen, $p<0,0001$) und in 9,3% eine innere Dyspareunie (vor allem bei den 20- bis 39-Jährigen, $p<0,0001$) diagnostiziert werden. Im Gegensatz zu anderen Definitionen (Kao A et al., 2008) wird in der gynäkologischen Sprechstunde aus praktischen Gesichtspunkten die äußere und die inneren Dyspareunie wie folgt unterschieden: Die **äußere Dyspareunie** schließt sexuell bedingte Schmerzen im Bereich der Vulva, des Introitus vaginae und der Scheide mit ein.

Patientinnen geben insbesondere Schmerzen beim Eindringen des Penis in die Scheide oder während des Sexualverkehrs in der Scheide an (als Brennen, Stechen, Ziehen, Druckgefühl). Als gynäkologische Ursachen kommen u.a. in Frage entzündliche Veränderungen i.S. einer Vulvovaginitis, Veränderungen nach gynäkologischen OP oder Radiatio, Anatomische Variationen: Enge Scheide, Vaginalgseptum und Hymenalreste. Vor allem aber auch die Trockenheit der Scheide ist eine häufig zu findende Ursache (vgl. Abb. 4).

Bei der **inneren Dyspareunie** bestehen sexuell bedingte Schmerzen im Bauchraum. Meist durch das Anstoßen des Penis an die Portio vaginalis uteri und das dadurch bedingte „Hochschieben“ des Uterus. Dies ist dann als „physiologisch“ anzusehen, wenn dies selten bzw. nur bei bestimmten sexuellen Stellungen auftritt. Bei permanentem Auftreten kann sie durch chronische Krankheiten bedingt sein und muss durch übliche Organdiagnostik (Palpation, Sonographie, Pelviskopie, u.a.) abgeklärt werden. Als organische Ursachen finden sich oft eine Endometriose, Adhaesionen, Ovarialtumore, Uterus myomatosus, u.a. Genitalerkrankungen (vgl. Abb. 5).

Auch wenn bei der Dyspareunie ein organisches Substrat diagnostiziert werden kann, muss immer auch an ein psychosomatisches Geschehen, Partnerkonflikte, Traumatisierungen u.a. gedacht werden und gegebenenfalls eine Paarberatung oder Paartherapie erfolgen.

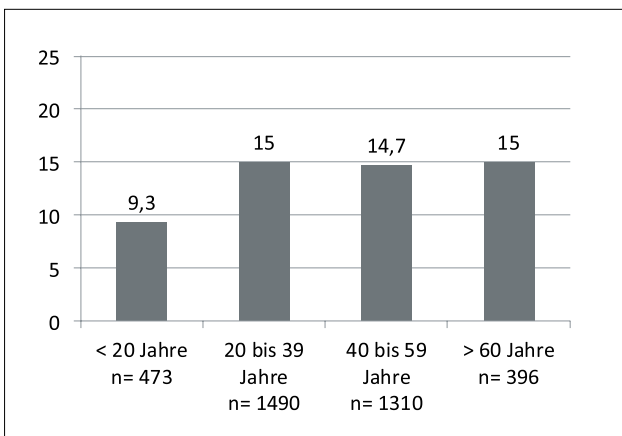


Abb. 3 Patientinnen mit Libidostörungen (in%) bezogen auf alle Patientinnen dieser Altersgruppe

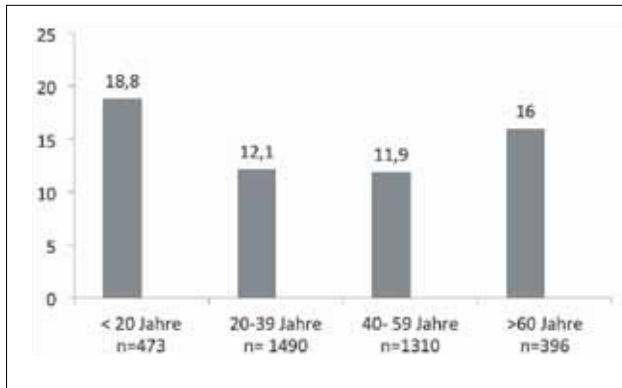


Abb. 4 Patientinnen mit äußerer Dyspareunie (in%) bezogen auf alle Patientinnen dieser Altersgruppe

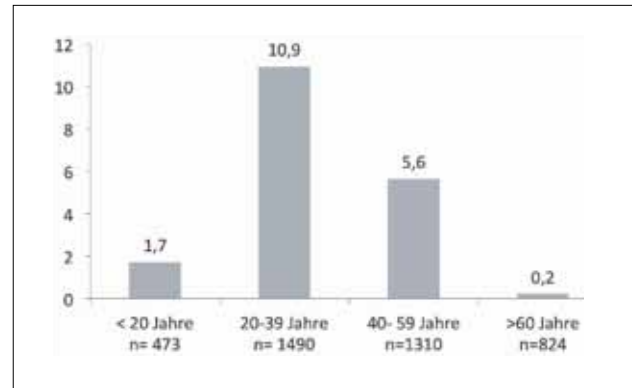


Abb. 5 Patientinnen mit innerer Dyspareunie (in%) bezogen auf alle Patientinnen dieser Altersgruppe

Schlussfolgerungen

Der Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe ist entscheidend für die sexualmedizinische Basisbetreuung der Frauen. Es ist gehört zu seinen grundlegenden Aufgaben eine sexualmedizinische Anamnese zu erheben, um mögliche Probleme aufzudecken. Noch immer wird dies nicht angemessen umgesetzt. Die Ursachen hierfür sind eine unausreichende Honorierung, die mangelnde Zeit in der Sprechstunde, aber auch fehlende Kompetenz. (Ahrendt, Friedrich, 2010, Hartmann, 2009)

Es liegt in der Verantwortung der Frauenärzte/-innen dann von ihrer Überweisungskompetenz Gebrauch zu machen, wenn die Grenze der Beratungsmöglichkeit überschritten ist und eine Sexualtherapie, Paartherapie oder Psychotherapie von einem Spezialisten erforderlich ist.

Von den 2715 Patientinnen mit Fragen oder Problemen zur Sexualität der eigenen Klientel wurde bei 146 (5,38%) die Indikation zu einer weiteren Therapie (Sexualtherapie, Paartherapie oder Psychotherapie) gestellt. Dieses Angebot nahmen letztlich jedoch nur 28 Patientinnen (1,03%) wahr.

Literatur

- Ahrendt, H.J., Friedrich, C., 2010. Prävention und Therapie sexueller Störungen. *J f Frauengesundheit* 1, 11–26.
- Beier, K.M., Hartman, U., Bosinski, H.A.G., 2000. Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung. *Sexuologie* 7 (2), 63–95.
- Berman, L., Berman, J., Felder, S., Pollets, D., Chhabra, S., Miles, M., Powell, J.A., 2003. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertility and Sterility* Vol. 78, No 3.
- Berner, M., Schmidt, E., Weinhäupl, C., Günzler, C., Kriston, L., Zahradnik, H.-P., 2010. Prävalenz, Diagnostik und Therapie weiblicher sexueller Funktionsstörungen in der gynäkologischen Praxis. *Geburtsh Frauenheilk*.
- Hartmann, U., 2009. Sexuelle Funktionsstörungen. Betrachtungen aus der Perspektive der ambulanten Praxis.1. Überblick, *Gynäkol Praxis* 33, 115–127.
- Hayes, R.D., Dennerstein, L., Bennett, C.M., Fairley, C.K., 2008. What is the "true" prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med* 5, 777–787.
- Kao, A., Binik, Y.M., Kapuscinski, A., Khalifé, S., 2008. Dyspareunia in postmenopausal women: A critical review. *Pain Res Manage* 13(3), 243–254.
- Laumann, E.O., Paik, A., Rosen, R.C., 1999. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors *JAMA*. 281(6), 537ff.
- Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt, 3. Satzung zur Änderung. *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt*, H 3, 2011, Anlage, 29–30.
- Wallwiener, M., Wallwiener, L.M., Seeger, H., Mück, A.O., Bitzer, J., Zipfel, S., Wallwiener, C., 2011. Die Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen unter deutschen Medizinstudentinnen und der Einfluss der Kontrazeption auf die Libido. *Geburtsh Frauenheilk* 71, 76–78.

AutorInnen

Prof. Dr. med. Hans-Joachim Ahrendt, Praxis für Frauenheilkunde und Klinische Forschung, Zentrum für sexuelle Gesundheit, Halberstädter Str. 122, 39112 Magdeburg, email: ahrendt@prof-ahrendt-frauenarzt.de

Dipl.-Stat. (FH), Daniela Adolf, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Institut für Biometrie und Medizinische Informatik, Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg

Cornelia Friedrich, Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Zentrum für sexuelle Gesundheit, Schalaunische Str. 6/7, 06366 Köthen

Störungen der weiblichen Appetenz – Auslösende Faktoren und Therapieoptionen

Birgit Delisle

Disorders of women's sexual desire – Determining factors and therapy options

Abstract

Female sexual dysfunction is a common disorder. Diminished sexual desire is the most frequently cited problem. Given the great variability in women's normal sexual response there are various models of female sexual response. The aim of the article is to give an overview of the etiological factors and the current therapy options. The female sexual function is subject to biological, psychological, sociocultural and relationship influences and is modulated by sex hormones and neurotransmitters. The therapy options must respond to the etiological factors. Counselling is often successful. In cases where low sexual desire is a cause of distress sexual therapy which includes the woman's partner may be helpful. Pharmacological treatment can support the therapy, but only a few medicines have been approved for HSDD. The causes of sexual desire disorders are usually manifold (bio-psycho-social). Sexual desire disorders frequently occur in combination with stimulation and orgasmus disorders and with the lack of sexual satisfaction. To be successful the treatment must consider all these many factors.

Keywords: Sexual dysfunction, sexual desire, sexual therapy, orgasmus disorders, pharmacological treatment

Zusammenfassung

Sexuelle Funktionsstörungen der Frau treten häufig auf, wobei sexuelle Lustlosigkeit die am häufigsten genannte Beschwerde ist. Da die sexuelle Reaktionsweise der Frau sehr variabel ist, gibt es verschiedene Modelle der sexuellen Reaktion der Frau. Nachfolgende Darstellung gibt einen Überblick über die auslösenden Faktoren für Appetenzstörungen und die zur Zeit möglichen Therapieoptionen. Die Sexualfunktion der Frau ist biologischen, psychologischen, soziokulturellen und partnerschaftlichen Einflüssen unterworfen und wird durch Sexualhormone und Neurotransmitter moduliert. Therapieoptionen zur Behandlung ergeben sich aus den ätiologischen Faktoren. Oft ist eine Basisberatung ausreichend. Bei Leidensdruck sollte eine Sexualtherapie mit Einbeziehung des Partners eingeleitet werden. Eine Pharmakotherapie kann die Behandlung unterstützen, aber es gibt zurzeit nur wenige

zugelassene Medikamente. Die Ursachen von sexuellen Luststörungen sind meist multifaktoriell (bio-psycho-soziale Ursachen) bedingt. Sexuelle Luststörungen treten häufig in Kombination mit Erregungs- und Orgasmusstörungen und Störungen der sexuellen Befriedigung auf. Die Behandlung sollte daher auch alle Faktoren berücksichtigen, da sie sonst nicht erfolgversprechend ist.

Schlüsselwörter: Sexuelle Funktionsstörungen, Appetenzstörung, Sexualtherapie, Orgasmusstörung, Pharmakotherapie

Einführung

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Einstellung gegenüber der Sexualität der Frau stark verändert. Bis weit ins 20. Jahrhundert hinein war das Bild der Frau, einschließlich ihrer Sexualität, von einer männlichen Sichtweise bestimmt. Da als primäres Ziel der Sexualität die Fortpflanzung galt, wurde Sexualität mit Geschlechtsverkehr gleichgesetzt, den der Mann initiierte. Demgegenüber galt weibliches Begehren und sexuelles Lustempfinden nicht nur als unschicklich, sondern auch als unerwünscht. Eine „anständige“ Frau empfand nicht intensiv, nur „verderbte“ Frauen verhielten sich „triebhaft“. Innerhalb der ehelichen Gemeinschaft wurde Sexualität als eine „Pflicht“ angesehen, die vor allem der Zeugung von Nachkommen zu dienen hatte.

Ab Mitte der Sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts wandelte sich die Einstellung zur Sexualität. 1960 kam in den USA die erste Pille auf den Markt, 1961 in Deutschland, was zur sogenannten *Sexuellen Revolution* beitrug, denn die Angst vor ungewollter Schwangerschaft wurde durch die „Pille“ gebannt, mit der Folge, dass Sexualität nun weniger mit Fortpflanzung verbunden war. Dennoch dauerte es in Deutschland noch mehrere Jahre bis auch unverheiratete Frauen Zugang zu Ovulationshemmern erhielten. Oswald Kolle trug mit seinen Filmen wie *Deine Frau das unbekannte Wesen* oder *Das Wunder der Liebe* mit entscheidend dazu bei, dass nun auch über das Thema Sexualität offener gesprochen wurde. Hinzu kam ein deutlicher Wandel hinsichtlich der mit Sexualität verbundenen Beziehungskonstellationen: Nicht nur die Partnerschafts- und Familienformen veränderten sich, auch die

restriktive Sexualmoral wurde durch eine Verhandlungsmoral abgelöst. Allerdings hat der von nun an mögliche freizügige Umgang mit der Sexualität in westlichen Gesellschaften auch den Alltag übersexualisiert und zu neuen sexuellen Leistungsansprüchen geführt – mit teilweise fragwürdigen Sexualbildern und neuen sexuellen Skripten für die Frau.

Modelle weiblicher Sexualreaktion

Die weibliche Sexualreaktion ist sehr komplex und die in den letzten 40 Jahren entworfenen Modelle haben nach wie vor alle ihre Gültigkeit:

- ◆ 1966 stellten Masters & Johnson das erste Modell der weiblichen Sexualfunktion vor. Sie unterschieden vier Phasen der sexuellen Reaktion: die Erregungsphase, die Plateauphase, Orgasmusphase und Rückbildungsphase.
- ◆ Die amerikanische Sexualforscherin Singer Kaplan entwarf 1975 in ihrem ersten Buch noch ein zweiphasiges Modell der menschlichen sexuellen Reaktion und Störung (Störung der Erregung und Störung der Orgasmusphase).
- ◆ Durch Misserfolge bei der Therapie mancher Paare, stellte sie dann fest, dass das sexuelle Verlangen, die Appetenz, als ein subjektiver Erlebniszustand bislang zu wenig berücksichtigt wurde und führte 1981 ein dreiphasiges Modell ein (Kaplan, 1981). Sie ergänzte das Modell von Masters und Johnson um das „sexual desire“ – das sexuelle Verlangen (vgl. Abb. 1).

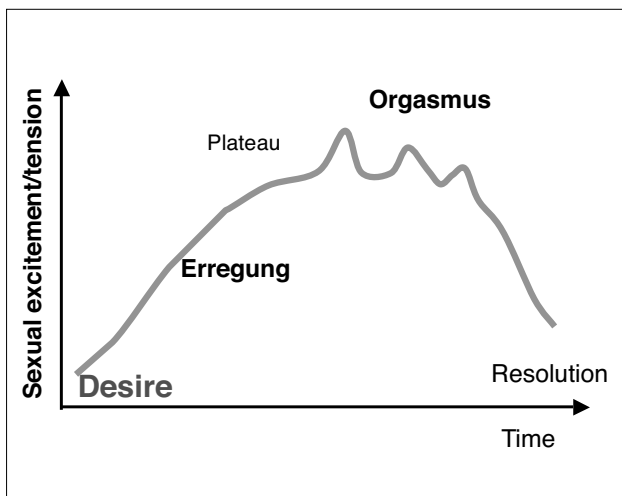


Abb. 1 Lineares Modell der sexuellen Reaktion nach Kaplan – Masters und Johnson (nach Masters, W.H., Johnson, V.E., 1966. Human Sexual Response, Kaplan, S., 1981, The New Sex Therapy)

Die Klassifikation der sexuellen Funktionsstörungen nach ICD 10 und DSM-IV beruht auch heute noch auf dem linearen Modell der sexuellen Reaktion nach Masters & Johnson und Kaplan. Nachdem diese Störungen erkannt worden waren, wurde angenommen, dass Appetenzstörungen die wahrscheinlich häufigsten Sexualprobleme bei Frauen in der klinischen Praxis sind.

In verschiedenen Arbeitsgruppen unter der Leitung von Rosmarie Basson konnte jedoch festgestellt werden, dass diese linearen Modelle nicht für alle Frauen zutreffen, da die weiblichen sexuellen Funktionen komplexer und variabler als beim Mann sind. Das sexuelle Erleben der Frau ist – viel stärker als beim Mann – an äußere Rahmenbedingungen wie zum Beispiel die Qualität der Partnerschaft, körperliche und auch emotionale Befriedigung in der Beziehung, aber auch an die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper gebunden. Bei den traditionellen Modellen wird ein spontanes sexuelles Verlangen als Grundlage für die sexuelle Reaktion angenommen. Aber ein Drittel der Frauen berichten, dass sie selten oder nie spontanes sexuelles Verlangen haben, aber durch emotionale Nähe und durch adäquate Stimulation im Laufe der sexuellen Begegnung Lust entwickeln (Basson, 2001). Der Basson Zyklus (vgl. Abb. 2) berücksichtigt somit zusätzlich psychosoziale Faktoren wie Intimität, Zufriedenheit mit der Beziehung, Selbstbild, aber auch die adäquate Stimulation, und stellt eine Ergänzung dar, die biologische, psychische und soziale Aspekte mit in Betracht zieht (Sand, 2007).

Definition der Appetenzstörung

Bei Appetenzstörungen fehlen sexuelles Verlangen und Begehren. Die motivationalen Kräfte sexuell aktiv zu sein, oder auf sexuelle Reize zu reagieren oder gar sexuelle Kontakte zu suchen, sind nicht vorhanden. Am häufigsten formulieren die Patientinnen sehr allgemein, „ich habe keine Lust mehr auf Sex“ – eine Aussage, die einen breiten Bedeutungsspielraum eröffnet, weil das Wort „Lust“ im deutschen Sprachgebrauch eine vielfältige Bedeutung hat. Lust auf Sex kann somit einmal bedeuten, Lust während der sexuellen Aktivität, denn Sex führt zu Lustgefühlen, die gleichsam die Belohnung darstellen. Zum anderen kann es darum gehen, dass ein sexuelles Erlebnis Lust bereitet hat, zur sexuellen Befriedigung geführt hat und damit wiederum die Bereitschaft erhöht wird, sich erneut auf sexuelle Begegnungen einzulassen. Sind diese Rahmenbedingungen über längere Zeit nicht erfüllt, verliert die Frau ihre Genussfähigkeit, ihr sexuelles Verlangen und auch das Interesse an sexuellen Begegnungen. Eine Frau kann über einen Mangel an Lust kla-

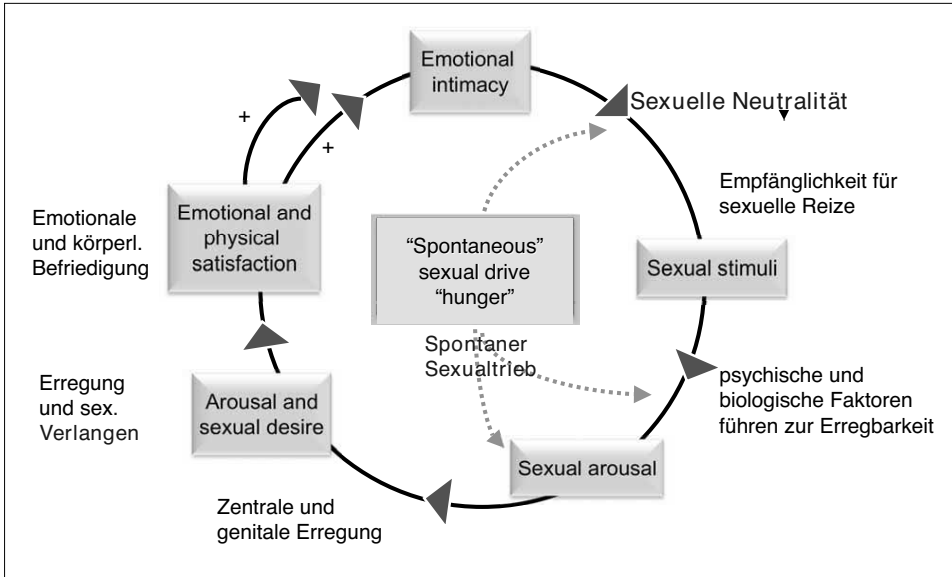


Abb. 2 Sexueller Reaktionszyklus der Frau (nach Basson, R. Obstet Gynecol 2001, 98: 350ff)

gen, weil sie ihr persönliches Lustideal nicht erreicht, weil sie das Gefühl hat, dass sie weniger Lust hat als andere Frauen, oder weil eine Diskrepanz zwischen dem eigenen Verlangen und dem des Partners besteht.

Die sexuelle Lust ist eng an die sexuelle Erregung gekoppelt und kann vor, während und nach der sexuellen Erregung auftreten. Erregungs- und Orgasmusstörungen, geringe sexuelle Befriedigung und Schmerzen bei dem Geschlechtsverkehr führen in der Regel, bei längeren Bestehen, zu einer Appetenzstörung. Sexuelle Funktionsstörungen werden nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) oder nach dem Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) in der aktuellen Version (DSM-IV-TR) klassifiziert.

Klinische Klassifikation der Appetenzstörungen

nach ICD 10 (F52.0): Mangel oder Verlust an sexuellen Verlangen

nach DSM IV (302.79): Hypoactive Sexual Desire Disorder HSDD. Ein vermindertes sexuelles Interesse oder Verlangen, wobei sexuelle Gedanken oder Fantasien und sexuelle Ansprechbarkeit ständig oder oft reduziert sind oder ganz fehlen. Die Störung ist nicht auf eine andere Störung (mit Ausnahme einer anderen sexuellen Störung), auf die direkte physiologische Wirkung einer Substanz (einschließlich Medikamenten) oder eine andere Erkrankung zurückzuführen. Die Störung führt zu einem erheblichen **persönlichen Leidensdruck** oder zwischenmenschlichen Problemen

Die nach DSM-IV-TR aus dem englischen Sprachraum eingeführte Bezeichnung *Hypoaktive Sexual Desire Disorder* (HSDD) setzt sich zunehmend auch im deutschen Sprachraum durch. Die neueren Ausführungen von DSM-IV-TR berücksichtigen dabei, dass man erst dann von einer Störung spricht, wenn das verminderte sexuelle Verlangen zu einem persönlichen Leidensdruck und / oder zu zwischenmenschlichen Problemen führt und wenn andere Krankheiten, wie zum Beispiel Depressionen, oder Medikamente nicht der Auslöser sind. Wie bei allen sexuellen Funktionsstörungen unterscheidet man zwischen einer primären (seit Beginn der sexuellen Erfahrung lebenslang bestehenden) oder einer sekundären (erworbenen) und zwischen einer generalisierten (bei allen Partnern und Praktiken stets vorhandenen) oder situativen (nur in bestimmten Situationen auftretenden) Störung der sexuellen Appetenz. Die Appetenzstörungen umfassen ein weites Spektrum von nur leicht vermindertem Interesse bis zur vollkommenen Ablehnung und Ekel vor sexuellen Kontakten (sexuelle Aversion).

Ein Teil der Frauen hat nur ein relativ geringes sexuelles Verlangen und fühlen sich dadurch nicht gestört, weil zum Beispiel kein Partner vorhanden ist oder weil andere Interessen im Vordergrund stehen.

Andererseits leiden Frauen darunter, dass trotz guter Partnerschaft und beiderseitiger Zuneigung kein Verlangen nach sexuellen Kontakten besteht. Sie fühlen sich in ihrer weiblichen Rolle und ihrem Selbstwertgefühl minderwertig.

Die Störung beeinflusst fast jeden Aspekt ihres Lebens und kann zu einer ständigen Belastung werden. Inappetente Frauen können, im Gegensatz zu Männern mit Erektionsstörungen, Geschlechtsverkehr über sich ergehen lassen, aber auf die Dauer führt mangelnder Verlangen zu Vermeidung und Abwehrreaktionen.

Klinische Klassifikation der Störung mit sexueller Aversion

Nach **ICD 10** (F 52.1)

Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung

Nach **DSM-IV** (302.79)

Sexuelle Aversion – Sexual Aversion Disorder. Eine anhaltende oder wiederkehrende extreme Aversion gegenüber und Vermeidung von jeglichem (oder fast jeglichem) genitalen Kontakt mit einem Sexualpartner.

Die extremste Form der Appetenzstörung sind *sexuelle Aversionen*. Es besteht eine extreme Abneigung gegenüber jeglichem (oder fast jeglichem) sexuellen genitalen Kontakt mit einem Sexualpartner bis hin zur aktiven Vermeidung jeglicher sexuellen Kontakte. Es besteht Ekel, Furcht und Angst vor sexuellen Aktivitäten. Die Abneigung kann sich auf bestimmte Aspekte der sexuellen Erfahrung beziehen, wie zum Beispiel gegenüber genitaler Sekretion, gegenüber einem erregierten Penis oder gegenüber vaginaler Penetration, kann aber auch generalisiert auftreten, sodass auch Küsse und Berührungen vermieden werden. Bei der schwersten Form kann es zu Panikattacken, Atembeschwerden, Schwindelanfällen bis zur Ohnmacht kommen (Beier et al., 2005).

Epidemiologie

Während weibliche Sexualstörungen früher eher selten untersucht wurden, gab es in den letzten 10 Jahren zahlreiche Studien zur Prävalenz weiblicher Sexualstörungen, jedoch mit deutlich unterschiedlichen Zahlen, je nach Land, Alter der Frauen, und Dauer des Beobachtungszeitraums. In US-Studien von Lauman (1999) berichteten 33,4% der befragten Frauen mangelndes Interesse an Sexualität und 21,2%, dass sie Sexualität nicht genießen können. In der Women's International Study of Health and Sexuality (Leiblum et al., 2006) zeigten 24–36% der Frauen ein geringes sexuelles Verlangen, 9–26% erfüllten die Kriterien für HSDD. In der PRESIDE Studie (Sexual Problems and Distress in United States) wies Shifren (2008) eine Prävalenz von 22–69% für geringes sexuelles Verlangen nach, während 7,4–8,9% unter HSDD fielen. In europäischen Studien zeigten sich etwas niedrigere Zahlen. Nach den Untersuchungen von Dennerstein haben 16–46% der westeuropäischen Frauen, mit deutlichen nationalen Unterschieden, ein niederes sexuelles Verlangen, 9–16% erfüllten die Diagnose für HSDD (Dennerstein, 2006).

In einer deutschen Studie von Beutel (2008) wurde das sexuelle Verlangen und die sexuelle Aktivität von Männern und Frauen über die Lebensspanne erfragt. Es nahmen 1271 Frauen im Alter zwischen 18–93 Jahren teil. Bei dieser Studie zeigten altersabhängig zwischen 1,7% und 81,4 % (bei Frauen über 70 Jahre) ein sehr niedriges oder fehlendes sexuelles Verlangen, ohne Berücksichtigung des Faktors *distress*. Die Intensität des sexuellen Verlangens war abhängig vom Alter, Fehlen einer Partnerschaft, sexueller Misshandlung im Kindesalter, externalem Denkstil. Eine in Deutschland 2010 veröffentlichte Studie (Wallwiener) ergab nach einer online Befragung von Medizinstudentinnen eine Prävalenz von 5,8% „sexual desire dysfunction“.

Seitdem die sexuellen Appetenzstörungen der Frau zunehmend thematisiert werden, beobachtet man weltweit und auch in Deutschland, dass Frauen wegen Appetenzstörungen in sexualmedizinischen Ambulanzen und Praxen Hilfe suchen. Kritisch hinterfragt werden muss, ob es tatsächlich eine echte Zunahme gibt, oder ob nur, durch die zum Teil von Pharmafirmen initiierten Studien, eine Störung überdiagnostiziert und überbewertet wird und ob nicht ein Teil der „Appetenzstörungen“ auf andere sexuelle Funktionsstörungen zurückzuführen sind.

Andererseits sucht trotz Leidensdruck nur ein geringer Teil der Frauen ärztliche oder sexualtherapeutische Hilfe, da Geschlechtsverkehr auch ohne sexuelle Lust möglich ist. Die mangelnde Anspruchnahme von therapeutischer Hilfe liegt zum Teil auch daran, dass nach wie vor Frauen es nicht gewohnt sind, ihre sexuellen Probleme anzusprechen, dass aber auch seitens der Ärzte immer noch große Scheu besteht, das Thema sexuelle Störungen anzusprechen und dass es nach wie vor wenig therapeutische Möglichkeiten gibt.

Ursachen oder bedingende Faktoren für sexuelle Luststörungen

Sexualstörungen werden in der Regel durch eine Kombination von biologisch-medizinischen, psychischen, partnerschaftlichen und sozialen Faktoren verursacht.

Fallbeispiel

In diesem Beispiel möchte ich aufzeigen, wie biologische, psychische, partnerschaftliche und soziale Faktoren bei der Entstehung einer Appetenzstörung ineinander greifen.

Eine 39-jährige Akademikerin klagt in meiner sexualmedizinisch-gynäkologischen Sprechstunde über sexuelle Lustlosigkeit seit der Geburt ihres Sohnes vor einem Jahr.

Sexualanamnese

Erste sexuelle Erfahrungen mit 20 Jahren bei einer kurzen sehr „heftigen“ Beziehung, die der Partner beendete, da er eine andere Frau heiratete. Ca. fünf Jahre keine sexuellen Kontakte, nur flüchtige Bekanntschaften: „Da ich mich voll auf mein Studium konzentrierte, fehlte mir in dieser Zeit auch nicht die Sexualität. Einen Partner hätte ich jedoch gerne gehabt.“ In ihrer ersten Stelle verliebte sie sich in einen verheirateten Vorgesetzten und ging mit ihm nach zwei Jahren eine sexuelle Beziehung ein, die über acht Jahre andauerte. In dieser Beziehung kam es jedoch nur zu sporadischen Sexualkontakten, da sie nicht die einzige außereheliche Beziehung war. Die sexuellen Begegnungen waren immer sehr erregend aber unbefriedigend, da sie nie wusste, wann der nächste Kontakt stattfinden würde. In dieser Zeit hatte sie sehr starke sexuelle Wünsche und hatte zum Ausgleich intensive Selbstbefriedigung erlebt. Mit 34 Jahren lernte sie bei einem Betriebsfest ihren jetzigen Partner kennen, der sie bald zu gemeinsamen Unternehmungen einlud. Es zeigten sich viele gemeinsame Interessen. Zu sexuellen Kontakten kam es erst nach einem halben Jahr, nach der Verlobung. Der Partner war sexuell sehr unerfahren und Frau B. musste häufig die Initiative übernehmen. Nach der Heirat wollte das Paar schnell Kinder und da nach einem Jahr keine Schwangerschaft eintrat begab sich das Paar in ein Kinderwunschzentrum zur Behandlung. In den zwei Jahren der Sterilitätsbehandlung mit mehreren Inseminationen, zwei In vitro Fertilisationen war die Sexualität vom Kinderwunsch geprägt. Es kam nur selten zu spontanen sexuellen Begegnungen. Eine sexualmedizinische Begleitung fand in dieser Zeit nicht statt. Nachdem das Paar den Kinderwunsch aufgegeben hatte, trat eine spontane Schwangerschaft ein. In der Schwangerschaft verzichtete das Paar auf jeden sexuellen Kontakt. Die gewünschte Spontangeburt trat nicht ein, sodass nach 24 Stunden frustrierten Wehen ein Kaiserschnitt durchgeführt werden musste. Die ersten sexuellen Kontakte fanden erst ein halbes Jahr nach der Geburt wieder statt.

Das Paar hat zurzeit 3–4 Mal im Monat Sexualkontakt. Die Initiative geht jeweils vom Mann aus. Frau B. hat zurzeit keinerlei Bedürfnis sexuell aktiv zu werden, willigt aber meistens dem Mann zuliebe ein. Sexuelle Phantasien und Träume sind ausgesprochen selten und auch zur Selbstbefriedigung fehlt die Patientin die Lust. Mit dem Partner hat sie bisher nicht über die Probleme gesprochen. Zur sexuellen Erregung und zum Orgasmus kommt sie nur gelegentlich und eher „mühsam“. Sie fühlt sich nicht mehr als vollwertige Frau und will dies ändern.

Frau B. hat sechs Monate voll gestillt und stillt jetzt noch morgens und abends. Seit der Geburt ist ihre Regelblutung noch nicht wieder eingetreten. Sie fühlt sich noch immer müde, hat noch zehn Kilo Gewicht mehr wie vor der Schwangerschaft. Der Partner wird als sehr liebe- und rücksichtsvoll geschildert, ist aber beruflich zurzeit sehr engagiert und daher sehr selten zu Hause. Sie fühlt sich mit dem Kind allein gelassen, es fällt ihr zu Hause die „Decke auf den Kopf.“ „Ich hätte nie gedacht, dass ein Kind ein 24 Stunden Job ist.“ Sie würde gern beruflich wieder aktiv werden, fühlt sich jedoch zur Zeit nicht in der Lage.

Körperliche Untersuchung

Sie ergab gut verheilte Geburtswunden, aber einen deutlichen vaginalen Östrogenmangel. Auf eine Hormondiagnostik der Sexualhormone wurde verzichtet, da keine Konsequenzen daraus gezogen werden können. Das Blutbild war in Ordnung. Die Schilddrüsendiagnostik ergab eine Hypothyreose bei Schilddrüsenautoantikörper (Hashimoto-Thyreoiditis), die Prolaktinwerte waren erhöht.

Diagnose

- ◆ sexuelle Appetenzstörung
- ◆ Hypothyreose, Östrogenmangel, Hyperprolaktinämie bei Stillen,
- ◆ Belastende Erfahrung durch Sterilitätstherapie und Geburt.
- ◆ Mangelndes Selbstwertgefühl
- ◆ Mangelnde Partnerkommunikation

Therapie und Verlauf

Es fand eine Basisberatung und mehrere Individualgespräche, teilweise zusammen mit dem Partner, statt. Nach der Beratung hat die Patientin sich einen Nachmittag eine Kinderbetreuung organisiert und nahm an einem Tanzworkshop teil, um ihr Selbstwertgefühl zu steigern. Durch ein Paargespräch wurde die Kommunikation zwischen dem Paar verbessert und eine feste „Verabredung“ für gemeinsame Unternehmungen wie Theater, Ausstellungen oder Abendessen vereinbart. Unter Gabe von Schilddrüsenhormonen und nach dem Abstillen kam es zu normalen Periodenblutungen.

Nach einem halben Jahr stellt sich die Patientin wieder vor. Sie hat ihr Selbstwertgefühl wiedererlangt, da sie auch wieder einen Teilzeitjob hat. Die Sexualität ist nach wie vor nicht das Wichtigste in der Beziehung, aber sie fühlt sich zufrieden in ihrer jetzigen Situation. An zwei Abenden im Monat unternimmt das Paar etwas gemeinsam ohne Kind.

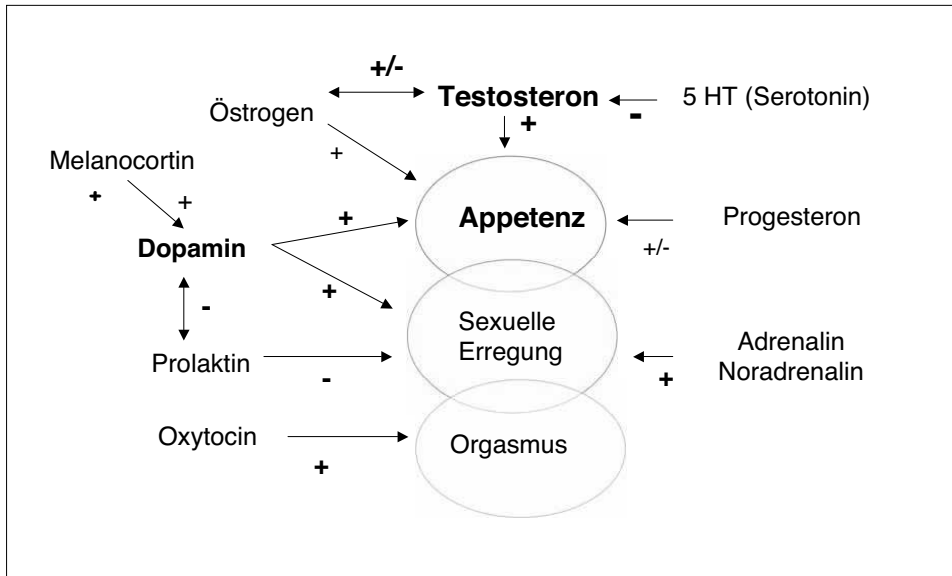


Abb. 3 Auswirkung von Sexualhormonen und Neurotransmittern (nach Clayton, A., J Sex Med 2007 [4]: 260ff)

Appetenz und Appetenzstörungen – Faktoren, Einflüsse und Bedingungen

Hormonelle Faktoren

Schilddrüsenerkrankung, vor allem die *Hypothyreose*, führen zur Störungen der Regulation der Sexualhormone und zur *Hyperprolaktinämie*. Zusätzlich haben eine allgemeine Verlangsamung, Müdigkeit und depressive Verstimmungen negative Auswirkungen auf die Sexualität. Eine *Hyperprolaktinämie* (Stillzeit, Medikamente, Prolaktinome, fokale Epilepsie) führt zu Libidostörungen. Sexualhormone haben auf die Sexualität eine modulierende Funktion (vgl. Abb. 3).

Östrogen ist ein Oberbegriff für die wichtigsten weiblichen Geschlechtshormone, wie Estradiol, Estron und Estriol. Östrogene werden vor der Menopause in den Granulosazellen der Ovarien und im Fettgewebe aus Testosteron und Androstendion gebildet. Nach der Menopause werden in extragonadalen Zellen aus DHE, DHEAS und Androstendion Östrogene gebildet, jedoch in viel geringeren Ausmaß und Wirksamkeit.

Mit Einsetzen der Geschlechtsreife führen die Östrogene zur Ausbildung der sekundären weiblichen Geschlechtsorgane und Geschlechtsmerkmale (Brustentwicklung, weibliche Beckenform, weibliche Erscheinungsbild in Figur, Haut und Behaarung) und zur Reifung der inneren und äußeren weiblichen Geschlechtsorgane (Uterus, Vagina, große und kleine Labien). Erst mit dieser Reifung ist ein schmerzfreier Geschlechtsverkehr möglich. Die erste Periodenblutung (Menarche) setzt in der Regel zwei Jahre nach Beginn der Pubertät ein mit zunächst anovulatorischen, später ovulatorischen Zyklen.

Bis zum Abfall der Hormonproduktion in den Wechseljahren ist die Frau einem Zyklus unterworfen und steht unter dem Einfluss von unterschiedlich hohen Hormonspiegeln. Die zyklischen Schwankungen werden durch die Schwangerschaft, Laktation und evt. auch durch Ovulationshemmer unterbrochen. Im Gehirn wurden zahlreiche Östrogenrezeptoren gefunden, vor allem im Bereich der Raphe-Kernen, dem Ursprungsort serotonerger Neuronen und einem wichtigen Zentrum der Regulation von Emotionen und Stimmungen. Sexualsteroidrezeptoren befinden sich intrazellulär in allen neuronalen Zelltypen und Neurotransmittersystemen mit vor allem Auswirkungen auf Dopamin- und Serotoninausschüttung. Für die sexuellen Reaktionen haben Östrogene eine fördernde Funktion. Sie können zur Verbesserung auf das Ansprechen auf sexuelle Reize und sich positiv auf die Stimmung auswirken. Östrogene sind wichtig für die Durchblutung und Elastizität der Scheide. Östrogene fördern die Stickoxid (NO) Bildung im Bereich der äußeren Genitale und fördern die Durchblutung der Vulva und Klitoris. Sexuelle Lustentwicklung ist jedoch auch bei niedrigen Östrogenspiegeln möglich, wenn die Frau das entsprechende Setting hat (Dennerstein, 2005).

Die Wirkung des *Progesterons* auf die Sexualität ist relativ wenig erforscht. In Bezug auf sexuelles Verlangen scheint es eine duale Rolle zu spielen. Geringe Mengen können die sexuelle Motivation steigern, während höhere Konzentrationen eher sich hemmend auswirken (Bitzer, 2008).

Die *androgene Steroide* Testosteron und Dehydrotestosteron (DHT) und deren biologisch aktiven Precursor DHEA, DHEAS und Androstendion werden in den Ovarien und Nebennieren gebildet. Die zirkulierenden Hormone sind im Blut an verschiedene Albumine gebunden,

deren wichtigster Vertreter das Sexualhormon bindende Globulin (SHBG) ist. Nur ungebundene Androgene sind biologisch wirksam. In den letzten Jahren wurde verstärkt der Frage nachgegangen, wie sich Androgene auf die Sexualität der Frau auswirken. Problematisch ist, dass es keine exakten Messungen der niederen Androgenspiegel gibt und dass auch Frauen mit relativ niederen Androgenspiegeln normales Sexualverhalten zeigen können. Nur bei beidseits ovariectomierten Frauen konnte eine deutliche Korrelation zwischen Androgenabfall und allgemeinem Energieverlust, vermindertem sexuellen Verlangen und Ansprechbarkeit auf sexuelle Reize gezeigt werden (Shifren, 2008, Dennerstein, 2006).

Testosteron und DHT werden auch intrazellulär gebildet und es konnte nachgewiesen werden, dass Sexualhormone auch im Gehirn gebildet werden und dort stärker ausschlaggebend für das Sexualverhalten sind als periphere Androgene. Das unterschiedliche Ansprechen auf Androgene kann auch an den Variationen im Bereich der Androgenrezeptoren liegen (Brotto, 2010).

Sowohl Östrogen-, wie Androgenmangel kann negative Auswirkungen auf die Sexualität haben, aber meist ist die Kombination mit anderen psycho-sozialen Faktoren der entscheidende Faktor bei der Entstehung einer sexuellen Funktionsstörung (Dennerstein, 2005, Gracia, 2004, Gracia, 2007)

Einfluss von Verhütungsmitteln

Immer wieder wird diskutiert, in wie weit Verhütungsmittel, insbesondere orale kombinierte Ovulationshemmer (OC), die sexuelle Appetenz beeinflussen. Einerseits stellen die OC eine Befreiung für die Sexualität der Frau dar. Die Angst vor Schwangerschaft war für viele Frauen vor der Einführung der OC vor 50 Jahren eine starke Bremse der sexuellen Lust. Die positiven Nebenwirkungen der OCs, wie verminderte Blutungsstärke mit weniger Anämie, weniger Dysmenorrhoe, planbare Blutung, Verbesserung von Akne und Hirsutismus, können zur Verbesserung der sexuellen Funktionen führen.

Andererseits führte die Pille zur vermehrten „Verfügbarkeit“ der Frau. Die katholische Kirche lehnt nach wie vor die Pille ab und religiöse Frauen geraten in Gewissenskonflikt. (*Encyclica humanae vitae*: „Sex ist nur erlaubt, wenn er zu neuem Leben führen könnte“). Mit der Einnahme von OC sind auch oft Ängste verbunden, wie Angst vor Unfruchtbarkeit, Angst vor Gewichtszunahme und Angst, den Körper durch die „Chemie“ zu schaden, teilweise auch Krebsängste.

In der Literatur wird dieses Thema kontrovers diskutiert. Es gibt einige Studien, die eine positive Auswirkung (Caruso, 2009) oder keine Auswirkung (Graham, 2007)

von oralen Contraceptivas auf die Sexualität belegen. Andere Studien haben eine deutliche Verminderung des freien Testosterons unter oralen kombinierten Ovulationshemmern nachgewiesen (Panzer, 2006, Warnock, 2006). Besonders intensiv wird diskutiert, inwiefern die die Senkung der zirkulierenden Androgene durch Hemmung der Androgenproduktion (speziell bei antiandrogenwirkenden Gestagenen) und Anstieg des Sexualhormon bindenden Globulin (SHBG) eine negative Auswirkung auf die Appetenz haben kann.

Interessant ist die Studie von Wallwiener aus dem Jahre 2010 unter Beteiligung von deutschen Medizinstudentinnen. Bei dieser Untersuchung wurden die Probandinnen unterteilt in:

- ◆ keine Verhütung (13%),
- ◆ nicht hormonelle Verhütung (Kondom 22,4%),
- ◆ natürliche Familienplanung (1,6%),
- ◆ andere Methoden (0,7%),
- ◆ orale hormonelle Verhütung (69,2 %),
- ◆ nicht orale hormonelle Verhütung (Vaginalring 7,2%),
- ◆ Implantat (0,7 %).

Der Female Sexual Funktionsindex (FSFI) nach Rosen war am höchsten bei nicht hormoneller Verhütung, gefolgt von keiner Verhütung und OC und am geringsten bei nicht oralen hormonellen Verhütungsmitteln. Frauen mit keiner Verhütung und nicht hormoneller Verhütung zeigten bei dieser Untersuchung ein höheres sexuelles Verlangen, als Frauen mit hormoneller Verhütung (Wallwiener, 2010).

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss kritisch diskutiert werden, dass die meisten Frauen mit oraler hormoneller Verhütung in dieser Untersuchung, in längerfristigen, stabilen Partnerschaften lebten und dass in solchen Fällen auch generell ein Rückgang des sexuellen Verlangens bei Frauen zu beobachten ist und nicht unbedingt geschlossen werden kann, dass die hormonellen Veränderungen durch die Verhütungsmittel ausschlaggebend sind. Auch waren die Fallzahlen für andere Verhütungsmethoden wesentlich niedriger. Eine Unterscheidung in OCs mit oder ohne antiandrogene Wirkung wurde nicht getroffen.

Rolle der Neurotransmitter

Für das sexuelle Ansprechen spielen im Gehirn neben den Hormonen Neurotransmitter und biogene Amine eine Rolle (vgl. Abb. 3). *Adrenerge* Botenstoffe (Adrenalin und Noradrenalin) führen zur Empfänglichkeit von sexuellen Reizen und wirken sich positiv auf die sexuelle Erregung aus.

Dopamin wirkt sich positiv auf das sexuelle Verlangen, wie auf die sexuelle Erregung aus. Östrogen und Testosteron fördern die Bildung von Dopamin. Prolaktin hemmt die Dopaminausschüttung und umgekehrt.

Serotonin spielt eine komplexe Rolle bei der Modulation von Gefühlen und Stimmung. Serotoninüberschuss wirkt sich eher hemmend auf das sexuelle Verlangen aus.

Ein relativer Dopamin- und Noradrenalinmangel und ein Serotoninüberschuss können den sexuellen Reaktionszyklus hemmen und das Ansprechen auf sexuelle Reize vermindern. Daher ist bei Medikamenten, die eine Auswirkung auf Neurotransmitter haben, eine negative Auswirkung auf die sexuelle Appetenz möglich – siehe nachfolgende Übersicht.

Medikamente mit negativer Auswirkung auf die Appetenz

Kardiovaskuläre Medikamente	β -Blocker, Methyl dopa, Lipidsenker, Spironolacton
Neuroleptika	Butyrophenone, Risperidon, Amisulprid
Antidepressiva	SSRI, SNRI, Tricyclika, MAO Hemmer, Lithium
Magen-Darm Medikamente	Cimetidin, Metoclopramid
Hormone-Antihormone	Danazol, GnRH-Agonisten und Antagonisten, Aromatasehemmer, Cyproteronacetat, Cortikosteroide

Psychiatrische Erkrankungen

In der Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen sind deutliche Geschlechtsunterschiede vorhanden. Frauen sind doppelt bis dreimal so häufig von Depression, Angststörungen oder der posttraumatischen Belastungsstörung betroffen wie Männer. Diese Unterschiede sind nicht nur auf die Sozialisation zurückzuführen, sondern auf die Wirkung der Sexualhormone auf Neurotransmittern im Gehirn. Mit dem Eintritt in die Wechseljahre kommt

es, bei einem Teil der Frauen, durch die Hormonschwankungen zu verstärkten Stimmungsschwankungen oder gar zu einer Exazerbation psychischer Erkrankungen.

Libidoverlust ist eines der typischen Symptome *depressiver Störungen* und tritt schon bei leichteren Formen der Depressionen auf. Andererseits kann als Nebenwirkung von Antidepressiva (SSRI, SNRI, Tricyclika, MAO Hemmer) eine Sexualstörung auftreten. Daher sollte bei Sexualstörungen, die durch Antidepressiva ausgelöst werden, auf alternative Antidepressiva (Bupropion, Mirtazapin, Clobemid) gewechselt werden.

Angststörungen können mit sexueller Aversion einhergehen. Die meisten *Psychopharmaka* führen zu einem Anstieg des Prolaktinspiegels und anderen Hormonstörungen, die sich negativ auf die sexuelle Lust auswirken können.

Jede schwere Krankheit und deren Therapie kann das Sexualverlangen beeinflussen. Besonders Frauen mit *onkologischen Erkrankungen* sind von Sexualproblemen und -störungen betroffen. Nach Bewältigung der ersten Krise bei der Diagnose Krebs, bei der nur der Wille zum Überleben und Gesundwerden zählt, stellt eine zufriedenstellende Sexualität wieder ein Stück Normalität dar. Viele Frauen und Paare haben jedoch tiefverwurzelte Ängste, Angst vor Ansteckung, Angst vor Verletzung, Wiederaufflackern der Krankheit, sodass von beiden Seiten auf Sexualität verzichtet wird. Auch die Therapie mit Chemotherapeutika, Immunsuppressiva und Aromatasehemmern greifen massiv den Körper an und führen häufig zu Appetenzstörungen (Zettl, 1997).

Nicht selten aber vermischen sich organische Ursachen und seelische Folgen, z.B. nach Krebserkrankungen, schweren Operationen oder Allgemeinerkrankungen.

Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen die *Geburten bzw. die Geburtserlebnisse*. Das Erlebnis von Schmerz, des Kontrollverlustes, der Ängste und Unsicherheit können zur Verunsicherung der Frau aber auch des Partners führen und damit auch zu Sexualproblemen.

Gynäkologische Operationen und Erkrankungen (rezidivierende Entzündungen, Unterbauchschmerzen, Endometriose) können zu negativen Auswirkungen auf die Sexualität führen, besonders wenn Frauen nicht genügend Aufklärung und Unterstützung erhalten. Belastungsfaktoren für die Sexualität sind auch Genitalsekungen, Inkontinenz und chronische Dyspareunie.

Individuelle psychische Faktoren

Psychische Faktoren haben gerade bei der Frau einen starken Einfluss auf das sexuelle Verlangen. Die Motive sexuell aktiv zu werden zeigen sich in den drei Dimensionen der Sexualität. Die Fortpflanzungsfunktion dient

dazu ein Kind zu zeugen und zu gebären und ist für die meisten Menschen ein inneres Bedürfnis. Probleme können auftreten, wenn Sexualität und Fortpflanzung getrennt werden, wie es bei modernen Verhütungsmitteln geschieht oder wenn die Sexualität nur noch diesem einen Ziel dient, ohne dass die anderen Dimensionen der Sexualität beachtet werden, wie bei Paaren bei der Kinderwunschbehandlung der Fall ist. Die Lustdimension, durch die Sexualität den Partner oder auch sich selbst lustvoll zu erleben, zu sexuellem Genuss zu gelangen und sexuelle Spannungen abzubauen kann allein nur bei kurzfristigen Partnerschaften funktionieren, bei längerfristigen Partnerschaften muss sie in die Beziehungsdimension mit integriert werden. Für die Motivation sexuell aktiv zu werden, sind daher auch andere Faktoren entscheidend wie dem Partner emotional nahe zu sein, den Partner zu befriedigen, sich weiblich, machtvoll und angenommen zu fühlen (Hartmann, 2001).

Frühe Bindungserfahrungen, emotionale und physische Vernachlässigungen und Gewalt in der Kindheit, der Umgang mit der Sexualität im Elternhaus (Sexualerziehung, gelebte Sexualität der Eltern) sind prägende Erfahrungen. Schwere Kränkungen, sexuelle Übergriffe und sexueller Missbrauch besonders in der frühen Kindheit durch nahestehende Personen haben negative Auswirkungen auf die Sexualität (Leonard, 2002, Oberg, 2002). Die sexuelle Gewalterfahrung wird nur sehr selten thematisiert und oft von der Patientin bewusst oder unbewusst verdrängt. Der letzten Repräsentativbefragung der *Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung* aus dem Jahre 2010 zufolge haben 13% der deutschen Mädchen und 19% der Mädchen mit Migrationshintergrund sexuelle Gewalterfahrung erlebt. Negative erste sexuelle Erfahrungen in der Pubertät wie Schmerzen, Erniedrigungen oder Abwertung können zu einem negativen inneren Skript führen. Das „erste Mal“ (Kohabitarche) kann zufällig unter Alkoholeinfluss, niederschmetternd durch Druck und Zwang von außen durch die Peer Gruppe oder den Partner sein oder aber auch positiv durch das Erleben der Intimität mit einem Partner. Dieses Erleben findet schon lange vorher auf der Ebene der Phantasie statt, nach dem ersten Intimkontakt ist die Ebene der Realität erreicht. Je weniger Erwartung und Realität oder Wunsch und Wirklichkeit sich entsprechen, desto größer ist die Frustration. Je jünger die Mädchen beim ersten Verkehr sind, desto häufiger weicht die Realität von den Phantasien ab. Es erleben wenige Mädchen den ersten Geschlechtsverkehr durchweg positiv, aber viele Mädchen verzichten deshalb nicht auf weiteren Verkehr. Mädchen müssen Schmerzen heutzutage nicht als Versagen interpretieren. Junge Frauen gehen heutzutage mit wesentlich mehr Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein in die ersten sexuellen Beziehungen. Wichtige Voraussetzung für ein

positiv erlebtes erstes Mal ist die emotionale Situation, die Sicherheit und keine Angst vor Grenzüberschreitungen bietet.

Heimliche Sexualerzieher sind auch die Medien. Viele Jugendliche orientieren sich an den Medien, bekommen dadurch ein unrealistisches Bild von der Sexualität. Während früher durch ängstliche, asexuelle Erziehung, durch falsche religiöse Vorschriften oder starre gesellschaftliche Zwänge Frauen ihre sexuelle Lust nicht ausleben konnten, finden wir heute eher Leistungsdruck, Überforderung durch zu hohe Ansprüche und Reizüberflutung als Ursache.

In den mittleren Lebensjahren können Probleme der Verhütung und lange Sterilitätsbehandlungen Appetenzstörungen auslösen. Eine besondere Herausforderung für einen Teil der Frauen stellt das „Mutterwerden“ dar. „Die deutsche Angst vorm Kinderkriegen“ so lautet der Titel der kürzlich veröffentlichten Studie des Kölner Rheingold-Instituts (Online 11/2010). Junge Mütter stehen unter einem Perfektionsdruck. Sie sehen sich dem Druck ausgesetzt, stets als Mutter „funktionieren“ zu müssen und sich von ihrer inneren Zerrissenheit zwischen liebender Mutter und attraktiver bzw. erfolgreicher Frau nichts anmerken lassen zu dürfen. Rund 50% geben an, dass das Kind in der Beziehung im Mittelpunkt stehe und die Partnerschaft in den Hintergrund rücke. 56 % der Frauen fühlen sich überfordert, wenn es darum geht, Partnerschaft, Job und Kinder zu vereinbaren. „Kinderkriegen“ wird von Frauen als Unfreiheit, sowie Auflösung und Verlust des eigenen Ichs wahrgenommen. Viele Frauen haben Angst nach der Geburt vom Partner nur noch als Mutter und nicht mehr als Frau wahrgenommen zu werden. Das obengenannte Fallbeispiel spiegelt genau diesen Konflikt wieder.

Die Wechseljahre sind eine Lebensphase, die in dem Ausmaß Männer nicht erleben. Das Ende der Fruchtbarkeit, die körperlichen und psychischen Veränderungen werden individuell sehr unterschiedlich verarbeitet. Während graue Schläfen und Falten beim Mann die sexuelle Attraktivität nicht beeinträchtigen, leiden Frauen meist deutlich darunter, dass sie als sexuelle Wesen nicht mehr wahrgenommen werden. Sexuelle Anziehung wird heutzutage an schlanken, faltenlosen, jugendlichen Frauen gemessen und nicht an der Erfahrung von älteren Frauen. Nicht allen Frauen gelingt eine Neuorientierung, besonders im sexuellen Bereich. Müdigkeit, Stimmungsschwankungen und körperliche Beschwerden werden oft bei Frauen, die sexuell nur geringe Befriedigung in ihrer Partnerschaft erfahren haben, vorgeschoben, um den sexuellen Aktivitäten zu entgehen. Bei befriedigender Partnerbeziehung klagen jedoch nur 13% der Frauen über Nachlassen der Libido nach der Menopause. Das Verlangen nach Körperkontakt, Intimität und Sexualität ist in

jedem Alter vorhanden und erlischt nicht mit der Hormonfunktion der Frau. Entscheidender ist die Partnerschaft.

Circa 1,3% der Frauen sind homosexuell orientiert und circa 4–5% der Frauen sind bisexuell. Unsere Gesellschaft ist trotz abnehmender Diskriminierung der Homosexualität, heterosexuell orientiert. Frauen mit unklarer sexueller Orientierung sind zunächst verunsichert und müssen sich in ihrer zur „Normalbevölkerung“ veränderten sexuellen Vorlieben einen Stellenwert finden

Mangelndes Selbstwertgefühl, das Gefühl als Frau, als sexuell erotisch attraktives Wesen, nicht anerkannt zu werden, kann sich auf die Sexualität negativ auswirken (Wiedermann, 2000, Hartmann, 2002)

Partnerschaftliche Faktoren

Häufig beklagen sich Frauen, dass am Anfang der Beziehung, die Lust auf Sex viel größer war und dass sie im Laufe der Beziehung stark zurückgeht. Für das sexuelle Verlangen spielt die Dauer einer Partnerschaft eine entscheidende Rolle. Egal in welchem Lebensalter eine sexuelle Beziehung aufgenommen wird, die sexuelle Bereitschaft und Motivation ist in den ersten 6 Monaten am höchsten und klingt in der Regel bei beiden Partnern – bei Frauen deutlich ausgeprägter – ab (Klusmann, 2002, Starke, 2007). Probleme treten auf, wenn die Diskrepanz zwischen den Partnern sehr hoch ist, das heißt, wenn ein Partner ein hohes, der andere ein niedriges Sexualverlangen hat.

Einen großen Einfluss auf die Appetenz der Frau haben Sexualstörungen des Partners, besonders die *ejaculatio praecox und erectile Dysfunktion* (Rubio-Aurioles, 2009). Mangelnde sexuelle Befriedigung durch den Partner, sei es durch die häufigste Sexualstörung des Mannes, den vorzeitigen Samenerguss, durch inadäquate Stimulation durch den Partner oder Erregungs- und Orgasmusstörung, führen zu einer, sich selbst verstärkenden Spirale der Lustlosigkeit, die bis zur sexuellen Aversion gehen kann.

Auch wenn der Partner erkrankt ist, reagieren viele Frauen darauf und nehmen die „Schuld“ auf sich. Ihnen ist ihre Beziehung wichtiger als die sexuelle Befriedigung. „Ich bin wohl zu alt, sexuell nicht mehr attraktiv“ ist eine der häufigsten Reaktionen der Frauen, die sich mit dem Verlust des Sexuallebens abgefunden haben.

Gerade bei Befragung von Frauen mit höherem Alter nach ihrem Sexualleben hört man: „Mein Mann kann nicht mehr, mein Mann ist an der Prostata operiert, mein Mann hatte einen Schlaganfall“ und ähnliches. Viele Frauen orientieren sich nur noch an der Sexualität des Mannes und nicht an ihren eigenen sexuellen Bedürfnis-

sen. Mangel an Nähe und Kontakt, nicht genügend Zeit füreinander und keine gemeinsamen Aktivitäten, fehlende oder unzureichende Kommunikation über die eigenen Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen und Interessen sind besonders für Frauen ein Grund für das Nachlassen des sexuellen Verlangens. Aber auch banale Dinge wie allgemeine Vernachlässigung des Körpers oder mangelnde Körperpflege des Partners, sind Gründe für die Frauen lustlos zu werden.

Viele Frauen reagieren auf Unzufriedenheit mit dem Partner, Konflikte und Kränkungen durch den Partner mit sexueller Lustlosigkeit, ohne dass ihnen das bewusst wird. In der Sexualität werden häufig auch Partnerschaftskonflikte und Machtkämpfe ausgetragen mit den typischen Kollusionsmustern (Willi, 1975). Sexuelle Lustlosigkeit kann eine Auflehnung gegen Abhängigkeit und Unterwerfung sein, eine strategische Lustlosigkeit, sich dem Partner zu entziehen, als Verweigerungslustlosigkeit, um über die Sexualität Macht auszuüben. Erschreckend hoch ist die Zahl der Frauen, die in einer Beziehung leben, in der es zu körperlichen und sexuellen Übergriffen kommt, wobei sich viele Frauen sehr schwer oder überhaupt nicht aus dieser Beziehung lösen können.

Soziokulturelle Faktoren

Der sexuelle Trieb ist angeboren, aber alles, was wir in Bezug auf Sexualität für richtig oder falsch, für gut oder unanständig halten, welche Aktivität oder welchen Partner wir als angemessen oder als falsch ansehen, ist ein Resultat unserer Lernerfahrung, der Wertevorstellung unserer Kultur, Gesellschaft und Religion. Das kulturelle Rollenscript hat sich im Laufe der Zeit gewandelt. Während in früheren Jahrhunderten Frauen mit starkem sexuellem Verlangen als suspekt galten, ist es heute genau umgekehrt. Es gibt inzwischen ein „Lust-Diktat“ für die Frauen, das vorschreibt, immer, gleichzeitig mit dem Partner und auf dasselbe Lust zu haben. Vor allem der Druck von außen ist dann das Problem der Frauen. Wer sein Lustprofil am eigenen Maßstab misst, gerät weniger unter Druck. Wirtschaftliche Probleme, ungünstige Wohnverhältnisse, Mehrgenerationenprobleme und Arbeitslosigkeit sind existentielle Fragen, die nicht selten mit Depression, Hoffnungslosigkeit und sozialem Rückzug verbunden sind und sich auch auf die Sexualität auswirken können.

Übersicht zu Ursachen von Mangel oder Verlust von sexueller Appetenz

Biologische Ursachen	Hormone
	Sexualhormone
	Hypothyreoidismus Hyperprolaktinämie
Psychische Ursachen	Psychiatrische Störungen
	Depressionen, Angststörungen
	Chronische Krankheiten
Soziokulturelle Ursachen	Medikamente
	Partnerschaftsprobleme und -störungen
	Innerpsychische Faktoren
Soziokulturelle Ursachen	Armut
	Niedriges Einkommen
	Arbeitsbedingungen
	Sexuelle Normen
	Religiöse Normen

(Adaptiert nach www.fsdeducation.eu; Educational Slide Sets, Module 2 : Classification of Female Sexuality)

oder liegen andere Gründe (organisch, medikamentös) vor. Eine gynäkologische Untersuchung kann organische Ursachen für Sexualstörungen aufdecken. Der Proliferationsgrad der Vagina verändert sich bei Östrogenmangel, daher lässt sich ein Östrogenmangel gut am Zielorgan der Östrogene, der Vagina, ohne Laborbestimmung feststellen. In manchen Fällen ist auch eine Laboruntersuchung sinnvoll. Ein Hormonstatus sollte bei prämenopausalen Frauen in der Follikelphase zwischen dem 3.–7. Zyklustag, früh nüchtern vor Stress erfolgen. Folgende Hormone können hilfreich sein:

- ◆ Gonadotropine (FSH/LH),
- ◆ Östrodial, bei Werten unter 30pg/ml besteht ein Östrogenmangel; die genaue Bestimmung der absoluten Östrogenwerte ist nicht mehr möglich,
- ◆ Androgene: Testosteron, wird überwiegend in den Ovarien gebildet,
- ◆ DHEAS, wird überwiegend in der Nebennierenrinde gebildet,
- ◆ SHBG, Sexualhormon bindendes Globulin,
- ◆ Prolaktin, erhöht in der Stillzeit, bei Stress, Medikamenten, Hypothyreose, TSH

Therapieoptionen

Die meist multifaktoriellen Ursachen für weibliche Appetenzstörungen fordern ein therapeutisches Vorgehen, das biologische, psychische und soziale Aspekte beachtet – siehe nachfolgende Übersicht.

Diagnosestellung

Zur Diagnosestellung ist es zunächst wichtig, dass der Patientin die Möglichkeit gegeben wird, ihr Problem zu schildern. Gemeinsam wird dann besprochen, seit wann die Störung besteht, ob sie plötzlich oder allmählich begonnen hat, wie das frühere Sexualleben war, was sich seitdem geändert hat, ob das Problem immer oder nur bei bestimmten Situationen besteht. Hilfreich ist es auch, wenn die Patientin eine Episode beschreibt.

Auf diesen Weg soll die Hauptstörung herausgefunden werden – handelt es sich um primäre oder sekundäre Appetenzstörung, global oder situativ, einmalig oder beständig, bestehen fördernde Faktoren?

Bei der Ursachenforschung ist es hilfreich, wenn die Patientin ein Erklärungsmodell, eine „Laienhypothese“, zur Verfügung stellt. Gemeinsam werden die Gründe und Ursachen besprochen, liegen sie mehr intrapsychisch (in der eigenen Lebensgeschichte und Entwicklung), interpsychisch (in der Partnerschaft), in dem sozialen Umfeld

Lustverlust – Problem oder Störung?

Basisberatung

Information über Reaktionszyklen von Mann und Frau, über die Realität und Vielfalt menschlicher Sexualität, Abbau von Sexualmythen, Lebensführung (Stress, Alkohol, Drogen, Burn-out)

Persönliches Lustprofil

Weniger Lust als der Partner?
Weniger Lust als andere Frauen?
Weniger Lust als früher?

Was ist ihr Problem? Leidet die Patientin darunter?

Gemeinsame (realistische) Zieldefinition

Basisberatung

Für viele Frauen ist zunächst einmal hilfreich, wenn sie in einfühlsamer und verständnisvoller Atmosphäre über ihre sexuellen Probleme reden können. Dabei können sie lernen, über die eigenen Gefühle, Wünsche, Erwartungen, Sorgen oder Ängste in Bezug auf ihre eigene Sexualität zu reden. Die Möglichkeit, über Sexualität zu reden, erleichtert auch die Kommunikation mit dem Partner und hilft die sexuelle Sprachlosigkeit, die in vielen Beziehungen vorhanden ist, zu überwinden. Dabei können Fehlvorstellungen und Mythen über die Sexualität beseitigt und Lerndefizite (mangelndes Wissen, mangelnde Aufklärung) nachgeholt werden. Da meist bei der Entstehung von Sexualstörungen mehrere Faktoren eine Rolle spielen, sollte dies der Patientin bewusst gemacht werden. Oft ist dieses Gespräch für die Frau hilfreich. Ein Behandlungsauftrag entsteht, wenn auf die Frage: „Wollen Sie etwas verändern?“ mit ja beantwortet wird. Es wird eine gemeinsame Zieldefinition erarbeitet, die sich auf realistische Ziele beschränkt.

Biologisch-medizinische Faktoren, die sich hemmend auf die Appetenz auswirken, sollten besprochen und wenn möglich therapiert werden. Eine Hypothyreose wird mit Schilddrüsenmedikamenten, eine Hyperprolaktinämie,

die nicht durch Medikamente oder das Stillen verursacht wird, mit Prolaktinhemmern behandelt.

Bei Allgemeinerkrankungen muss eine interdisziplinäre Abstimmung erfolgen und Medikamente, die sich negativ auf die Sexualität auswirken, umgestellt werden (zum Beispiel bei Antihypertensiva)

Die Behandlung von *Psychiatrischen Erkrankungen* wie Depressionen und Angststörungen sollte mit dem Nervenarzt abgesprochen werden und es sollten Antidepressiva ausgewählt werden, die keine negative Wirkung auf die Sexualfunktion haben (Bupropion, Mirtazapin, Clobemid). Auch Psychopharmaka, die zu einem Anstieg des Prolaktinspiegels führen, müssen beachtet werden.

Bei schweren Krankheiten, vor allem onkologischen Erkrankungen, vermischen sich organische Ursachen, die zu Appetenzstörung führen, mit seelischen Ursachen (Zettl, 1997). Eine Psychoonkologische Betreuung sollte den Frauen angeboten werden.

Gynäkologische Schmerzsyndrome bedürfen sorgfältiger Abklärung und Behandlung. Die Dyspareunie, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, kann organisch bedingt sein, durch rezidivierende Genitalinfektionen, Überempfindlichkeitsreaktionen, Hormonmangel oder Lichen sclerosus, aber auch psychisch bedingt sein. Jede Schmerzsymptomatik kann zur sekundären Lusthemmung und -störung führen. Nicht zu unterschätzen ist die Beeinträchtigung der Sexualität durch Urogynäkologische Erkrankungen wie Inkontinenz (Gauruder-Burmester, 2007). Leider gibt es wenige wissenschaftliche Untersuchungen, die sich mit diesem Thema befassen.

Übersicht zu den Therapieoptionen bei biologisch-medizinischen Faktoren der Appetenzstörung

Faktoren	Optionen
Sexualhormone Hypothyreose Hyperprolaktinämie	Schilddrüsenmedikamente Prolaktinhemmer
Psychiatrische Erkrankungen Depressionen Angststörungen Psychosen	Psychiatrische Therapie Antidepressiva Psychopharmaka
Chronische Krankheiten	Psycho-onkologische Therapie
Medikamente Antidepressiva (SSRI, Tricyclica) Antihypertensiva Chemotherapie Antihormone	Umstellung auf Medikamente die geringen Einfluss auf die Sexualfunktion haben Antidepressiva (Bupropion) Antihypertensiva (ACE- Hemmer)

Einzelberatung

Jeder Mensch hat ein unterschiedliches Lustprofil. In der Einzelberatung wird besprochen, auf was die Frau Lust hat, wie bei der Frau Lust entsteht, welche Faktoren sich hemmend auf die Lust auswirken. Typisch für Frauen ist oft der Ausspruch: „Lust auf Nähe, Küssen, Streicheln und Umarmungen habe ich schon, nicht aber Lust auf genitalen Sex“. Viele Frauen haben nicht gelernt, für ihre eigene Lust zu sorgen, sie warten darauf, dass der Partner dies für sie erledigt. Sie haben gelernt zu funktionieren, aber verlernt, sich selbst zu spüren. Ratschläge zur Entdeckung der eigenen fünf Sinne: Sinnliche Gerüche und Seheindrücke wirken sich direkt stimulierend auf das Sexualzentrum aus, der Geschmacksinn ist damit direkt verbunden, das Hören verstärkt die anderen Sinneindrücke und der Tastsinn – Berühren und Berührtwerden – ist essentiell für sexuelle Begegnung. Anregung zur Selbstuntersuchung und Selbstbefriedigung fördern die Genussfähigkeit (Barbach, 1975, Barbach, 2002). Für manche Frauen ist eine erotische Lektüre, erotische Filme

oder Sexspielzeug ein Weg ihre Lust wieder zu finden. Um Sexualität genießen zu können, muss die Frau sich selbst annehmen können, nur so kann sie ihre eigene sexuelle Identität erfahren und ein positives Körperbild aufbauen. In der Adoleszenz sind junge Frauen oft sehr kritisch gegenüber ihrem eigenen Körper. Viele finden sich zu dick und haben schon viele Diäten, meist nur mit beschränktem Erfolg, hinter sich. Die Essstörungen (*Anorexia nervosa*, *Bulimie*) treten vor allem bei Frauen in sehr jungen Jahren auf. Auch nach Entbindungen, in den Wechseljahren und nach Operationen, die das Körperbild verändern wie zum Beispiel nach Brustoperationen, müssen Frauen ihren neuen, veränderten Körper annehmen und sich als sexuell begehrtes Wesen fühlen. Besonders schwierig wird es für die Frau, wenn der Partner und die Umwelt sie nicht mehr als sexuell attraktives Wesen spiegeln. Vor allem Frauen im fortgeschrittenen Alter bekommen das zu spüren (Bitzer, 2009).

Lusthemmende Faktoren wie Stress und ungünstige Umgebungsfaktoren (enge Wohnverhältnisse zu Eltern oder Schwiegereltern, Kinder im Bett oder Raum) müssen vermindert werden. In der Einzelberatung kann die Basis für weitere Gespräche z.B. mit dem Paar geschaffen werden oder Hilfe durch einen Psychotherapeuten oder Psychiater angeregt werden wie zum Beispiel bei schweren Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, traumatischen Erlebnissen und / oder Missbrauchserfahrungen.

Übersicht zu den Therapieoptionen bei innerpsychischen Faktoren der Appetenzstörung

Faktoren	Optionen
Mangelndes Selbstwertgefühl	Erkennen der eigenen Lust und Sinnlichkeit
Schuld- und Schamgefühl Körperbild	Aufbau eines positiven Selbstwertgefühls, Körpergefühls
Unklare sexuelle Orientierung	positive Zuordnung zum eigenen Geschlecht
Ängste, Überforderung, z.B. n. sexuellen Übergriffen	Aufarbeitung von (sexuellen) Übergriffen und Kränkungen Hilfsmittel (erotische Lektüre, Softpornos, erotisches Spielzeug)

Paarberatung

Da Sexualität in der Regel mit einem Partner ausgeübt wird, ist meist eine *Paarberatung* notwendig. Das Paargespräch ist für viele Ärzte ungewohnt, es müssen daher nicht nur die Widerstände der Patienten beachtet werden, sondern auch ärztliche Widerstände. Ein Paargespräch hat nur einen Sinn, wenn der Arzt eine klare positive Haltung zum Paargespräch hat, denn er soll ja Sicherheit und Kompetenz vermitteln. Das Setting in der Paartherapie ist allerdings ein ganz anderes als beim Einzelgespräch (Hasselbacher, 2007).

Es gibt verschiedene Ebenen der menschlichen Kommunikation, die verbale und nonverbale (körpersprachliche) Kommunikation. Viele Paare haben nicht gelernt miteinander zu reden und einander richtig zuzuhören. Bei der Paarberatung wird das Paar ermutigt über ihre Probleme sich auszutauschen und gemeinsame Lösungen zu suchen. Dabei muss auch oft gelernt werden, ein gutes Streitgespräch zu führen, ein Feedback zu geben, ohne den anderen oder sich selbst zu verletzen. Es macht Sinn, dass das Paar sich miteinander verabredet, also feste Termine vereinbart, an denen es Probleme bespricht. Dabei sind nicht nur gemeinsame Gespräche, sondern auch gemeinsame Unternehmungen und gemeinsames Gestalten (zum Beispiel: Hausmusik, Sport, Tanzen), bei denen sich das Paar wieder näher kommt, förderlich. Die sinnliche Berührung, nicht nur körperlicher Art, bleibt, wenn überhaupt, der Kennenlernphase vorbehalten und kann wieder erlernt werden. In einer Partnerschaft geht es immer um eine Kompromissfindung, da zwei individuelle Persönlichkeiten gemeinsam ihre Partnerschaft und Liebesbeziehung gestalten müssen.

Die *Sexualberatung* ist erfolgreich bei einer kurzen Dauer der Störung, bei Informations- und Kommunikationsdefiziten, bei Krankheiten, die sexuelle Störungen mitbewirken oder auslösen und bei äußeren Störquellen. Eine *Psychiatrische Intervention* ist bei Depressionen, Angststörungen, Borderline Störungen, dissoziative Störungen und eine Psychotherapie bei traumatischen Störungen und Missbrauch angeraten.

Eine *Sexualtherapie* muss eingeleitet werden bei Sexualstörungen, die länger als sechs Monate andauern, bei ausgeprägtem Vermeidungsverhalten und Aversion und bei ausgeprägter Kommunikationsstörung.

Da die auslösenden Faktoren für eine Appetenzstörung meist in verschiedenen Bereichen liegen, muss eine Kombination von biomedizinischen und psychosozialen Interventionen erfolgen (Bitzer, 2008, 2009). Die Behandlung erfolgt ressourcenorientiert, das heißt, nicht nur Störfaktoren werden ausgeschaltet, sondern die vorhandenen Ressourcen der Frau oder des Paares werden aktiviert. Die Therapie erfolgt schrittweise, mit laufender

Übersicht zu den Therapieoptionen bei partnerschaftlich bedingten Ursachen der Appetenzstörung

Faktoren	Optionen
Zu wenig Zeit miteinander	Paarberatung „Sich verabreden“
Gesundheitliche u. sexuelle Probleme des Partners	Paartherapie Kompromissfindung Kommunikations-training Syndyastische Therapie
Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen beider Partner	
Machtkämpfe „Verweigerungs-Lustlosigkeit“ „strategische- Lustlosigkeit“ Kränkungen Übergriffe	

Anpassung von Diagnose und Therapie. Versteckte Widerstände gegen die Behandlung müssen erkannt werden. Folgende Fragen haben sich als Formulierung der gewünschten Veränderung und des therapeutischen Ziels herausgestellt (Bitzer, 2008):

- ◆ Was soll sich verändern?
- ◆ Was soll sich gleich ändern?
- ◆ Welche Veränderungswünsche sind realistisch?
- ◆ Was muss eventuell als nicht veränderbar akzeptiert werden?
- ◆ Welche Risiken und Gefahren bringen Veränderungen?

Die „klassische“ Sexualtherapie (sensate focus) nach Masters und Johnson wird heute durch modifizierte, individualisierte Therapiekonzepte ersetzt. Kaplan (1981) entwickelte die Methode der Psychosexualtherapie, die das verhaltenstherapeutische Vorgehen der klassischen Sexualtherapie mit den psychoanalytischen Elementen der traditionellen Einsichtstherapie verbindet (Beier, 2005). Dieses Konzept ist auch heute noch eine wichtige Basis für weitere Therapiekonzepte. Der kognitiv-behavioral Behandlungsansatz (Trudel, 2001, Hawton, 1991) zielt darauf, lusthemmende Prozesse auszuschalten und lustfördernde Faktoren zu verstärken. Weiter Therapiekonzepte sind die psychodynamische Therapie und die systemische Therapie (Clement, 2004, Schnarch, 2009).

Die *Syndyastische Therapie* (Beier & Loewit, 2004) stellt eine Weiterentwicklung der klassischen Sexualtherapie nach Masters & Johnson und Kaplan dar. Die psycho-sozialen Grundbedürfnisse nach Nähe, Wärme, Geborgenheit und Akzeptanz stehen im Zentrum, da sie unabhängig vom Geschlecht erfüllt sein wollen und sie sich besonders in einer sexuellen Begegnung auch ganz konkret körperlich erfahren lassen. Die Besonderheit der Behandlung besteht in der Paarbezogenheit. Der diagnostisch-therapeutische Prozess muss ein umfassendes Konzept menschlicher Sexualität und Bindung in einem biopsychosozialen Zusammenhang beachten. Das Sprechen über die eigene „sexuelle Weltanschauung“, die psychosexuelle Entwicklung, die Körperlichkeit, eigene Bedürfnisse und Wünsche sind in Beziehung zu setzen mit denen des Partners, der Partnerin. Der Fokus der Behandlung verfolgt das Ziel einer Verbesserung der sexuellen Beziehungszufriedenheit. Neue Erfahrungen mit verbaler und nonverbaler Kommunikation (sprechen über und durch Sexualität) zwischen den Partnern, sollen helfen die Aufmerksamkeit auf die Erfüllung von Grundbedürfnissen zu lenken, sie bewusst auch körperlich erlebbar werden zu lassen, ohne dabei Gefühle von Versagensängsten oder Leistungsdruck zu verspüren, sich also wieder aufeinander besinnen zu können, auch und gerade dann, wenn genitale Funktionen „behindert“ sind. Damit kann es möglich werden, negativ Erlebtes positiv zu überschreiben, die Bedeutungszuweisung von Sexualität zu erweitern und wieder lustvoller die (sexuelle) Beziehung erleben zu wollen und zu können (Beier & Loewit, 2004).

Pharmakotherapie

Die *Pharmakotherapie* weiblicher Sexualstörungen hat bisher noch keinen durchschlagenden Erfolg gebracht, obwohl für manche Frauen mit HSDD eine medikamentöse Unterstützung durchaus hilfreich wäre.

Seit jeher versuchen die Menschen, das sexuelle Begehren mit Hilfsmitteln anzufachen. In allen Kulturen gab es „Liebestränke“, und viele Kräuter und andere Substanzen wurden auf ihre Wirksamkeit getestet. Auch heute erfreuen sich pflanzliche Stimulantien großer Beliebtheit, aber ein wissenschaftlicher Nachweis über die Wirksamkeit in placebokontrollierten Studien fehlt bei den meisten Substanzen. Substanzen aus der Volksmedizin sind Alraune (Alkaloide mit zentral stimulierendem Effekt), Duftstoffe der Trüffel (Stimulierung des limbischen Systems), Reizung des Urogenitaltrakts durch Liebstöckel, Allermannsharnisch, Meerrettich und Sellerie. Aus Südamerika werden bei uns Damiane, Maca-Wurzel und Potenzholz (Miura puma) angeboten, wobei es bei den letzten beiden Substanzen Humanstudien zur Wirksamkeit

Übersicht zu den Therapieoptionen bei hormonell bedingten Ursachen der Appetenzstörung

Faktoren	Optionen
Lokaler Östrogen (Androgen) Mangel	<p>Lokale Östrogentherapie Bessere Durchblutung, Elastizität, Lubrikation und weniger Dyspareunie</p> <p>Systemische Östrogen / Gestagentherapie Verbessert die Ansprechbarkeit auf und Empfänglichkeit für sex. Reize</p>
Östrogenmangel Klimakterische Beschwerden	<p>Tibolon (Östrogene/gestagene und androgene Wirkung)</p> <p>Auswirkung von Ovulationshemmern auf die sexuelle Appetenz?</p>
Androgenmangel nach Ovariectomie bds. Postmenopause	<p>Testosteronsubstitution Testosteronpflaster: zugelassen z.B. n. Ovariectomie (natürlich Menopause im Zulassungsverfahren)</p>
Vorzeitiges Ovarversiegen (PIF) Nebenniereninsuffizienz	<p>(Testosteronangel in Entwicklung)</p>
Relativ zu hoher SHBG Spiegel (orale Östrogene, Antiepileptika) Antiandrogen Therapie	<p>DHEA Nahrungsergänzungsmittel in Deutschland nicht zugelassen, nachgewiesene Wirksamkeit bei NNR insuffizienz</p>

gibt. *Yohimbin* ist ein Stoff, der aus der Rinde des afrikanischen Yohimbe-Baums gewonnen wird. Die Naturvölker Westafrikas nutzen ihn seit langem als Aphrodisiakum. Yohimbin ist ein Antagonist an α_2 -Adrenozeptoren mit zentraler und peripherer Wirkung. Eine Blockade dieser Rezeptoren in den Gefäßen führt zu einer Erweiterung der Gefäße. Es interagiert mit zahlreichen Serotonin

5-HT Rezeptoren. Eine kurzfristige Appetenzsteigerung und sexuelle Enthemmung kann durch *dopaminerge Drogen* wie Alkohol, Amphetamin, Cocain und Cannabinoide erreicht werden.

Durch die negative Bewertung der *Hormontherapie* in den letzten Jahren besteht heute seitens der Ärzte eine zunehmende Zurückhaltung eine Hormontherapie zu verordnen und seitens der Frauen Hormone anzuwenden. Die vulvovaginale Atrophie in der Postmenopause ist in der Regel auf niedrige Östrogenkonzentrationen in den betroffenen Organen zurückzuführen. Eine systemische bzw. lokale ET verhindert die Atrophie bzw. führt zu ihrer Rückbildung (AWMF, 2009). Die Vaginalepithelien produzieren wieder Glykogen. Dies führt zu einer Re-Etablierung der Döderleinflora. Das daraus resultierende saure Milieu schützt vor rezidivierenden Kolpitisiden. Auch kann bei rezidivierenden Harnwegsinfekten eine *vaginale Östrogenbehandlung* empfohlen werden. Wenn durch den Hormonabfall die Vaginalwand austrocknet und die Dehnbarkeit verliert, geht auch häufig die Lust verloren, weil Sex plötzlich Schmerz bedeutet. Bei sexuell aktiven Frauen mit regelmäßigem Geschlechtsverkehr setzt dieser Prozess langsamer und später ein. Aber bei sporadischen sexuellen Kontakten oder bei Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr kann eine lokale Östrogentherapie, die nur geringe systemische Auswirkung hat, zu einer deutlichen Verbesserung führen (Goldstein, 2005, Lachowsky, 2009). Frauen mit einem vorzeitigen Einsetzen der Menopause stellen eine sehr heterogene Gruppe dar. Definiert wird eine vorzeitige Menopause mit einem Eintritt der Menopause vor dem abgeschlossenen 40. Lebensjahr. Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen der idiopathischen prämenopausalen Menopause, d.h. dem POF-Syndrom im eigentlichen Sinne, und einer vorzeitigen Menopause aufgrund einer operativen Entfernung der Eierstöcke oder durch Bestrahlung, mit starkem Abfall von Östrogenen und Androgenen. Es wird empfohlen eine Hormontherapie bei Frauen mit prämenopausaler Menopause bis zum durchschnittlichen Menopausealter durchzuführen (AWMF, 2009, NAMS Board, 2007). Indikation für Hormontherapie in den Wechseljahren sind vor allem Hitzewallungen, Schlafstörungen, verschiedene körperliche Beschwerden, Harnwegsbeschwerden, sexuelle Probleme, Stimmungsänderungen sind typischer Weise häufiger in den Wechseljahren und bedingt durch die Östrogenschwankungen, bzw. Östrogenabfall. Eine Hormontherapie kann zur deutlichen Linderung der Beschwerden führen. Bei Appetenzstörung kann die Kombination *Östrogenen* mit Androgenen eine hilfreiche Ergänzung der Sexualtherapie sein (Lobo, 2006, Dennerstein, 2005).

Gynodian depot[®] ist ein Östrogen in Kombination mit DHEA in Injektionsform. Das früher weit verbreitete

Medikament war bei einem Teil der Frauen sehr beliebt, da es eine positive Wirkung auf die Vitalität und Sexualität zeigte, wird heute auch durch die zunehmende negative Beurteilung der Hormonersatztherapie kaum noch angewandt.

Tibolon (Liviella®) ist ein synthetisches orales Steroid mit teils östrogenen und androgenen Wirkung. Das spezielle Gestagenderivat, das 7-Methyl-Norethynodrel, das selbst nur geringe Eigenwirkungen entfaltet, wird im Wesentlichen zu zwei Metaboliten mit östrogenen Wirkung (3α -OH-Tibolon, 3β -OH-Tibolon) und einem Metaboliten mit gestagener und androgenen Wirkung umgewandelt. Daher wird bei Tibolontherapie auch für Frauen mit Uterus keine Kombination mit Gestagen für notwendig erachtet. Bei postmenopausalen Frauen können damit Wechseljahrsbeschwerden und auch Appetenzstörungen positiv beeinflusst werden. Da Tibolon die gleichen Risiken bezüglich Brustkrebses aufweist, wie die konventionelle HT, wird es nicht sehr häufig verordnet (Egarter, 2003).

Dehydroandrostendion (DHEA) ist in Deutschland als Medikament nicht zugelassen, in den USA als Nahrungsergänzungsmittel auf dem Markt. Bei Störungen der Nebenniere werden positive Erfahrungen berichtet (Arlt et al., 1999). Die Studien bezüglich der Wirkung auf Libidostörungen bei normaler Nebennierenfunktion sind widersprüchlich.

Die *Testosteronbehandlung* bei Frauen hat in den letzten Jahren zunehmend an Interesse gewonnen, da ein gut verträgliches Testosteronpflaster (Intrinsa®) speziell für Frauen entwickelt wurde. In zahlreichen Studien (Shifren, 2000, Davis, 2006, Simon, 2005) konnte eine positive Wirkung von Intrinsa® auf die Stimmung, Wohlbefinden, Vitalität, Orgasmusfähigkeit und sexuelle Appetenz bei Frauen mit beidseitiger Oorektomie und Hysterektomie mit HSDD nachgewiesen werden. Für diese Indikation wurde es in Deutschland und den USA zugelassen. Eine Zulassung für die natürlich menopausalen Frauen wurde angestrebt, da auch bei dieser Gruppe eine positive Auswirkung auf die Sexualität nachgewiesen wurde (Shifren, 2006, Schwenkhagen, 2009). Verschiedene Pharmahersteller arbeiten an Alternativen zur Applikation von Testosteron (Gel, Nasenspray), da nicht alle Frauen Pflaster vertragen und auch teilweise störend empfinden.

Im Oktober 2010 hat die Firma Warner Chilcott sich entschieden, den Zulassungsantrag für die Erweiterung der Indikation von Intrinsa für menopausale Frauen aus wirtschaftlichen Gründen zurückzuziehen. Dieser Entschluss ist eine Konsequenz des Ergebnisses der Anhörung vor dem *Committee for Medicinal Products for Human Use* (CHMP) Ende September 2010.

Vor einigen Jahren wurde die Substanz *Bromelanotide* (PT 141) ein Metabolit von Melatonin II in der Presse

hoch gelobt als „der Prickelspray für die sexuelle Lust“. Die Firma Palatin USA musste jedoch die Weiterentwicklung wegen gravierender Nebenwirkungen einstellen (Hypertonie).

Flibanserin ist ein 5-HT_{1A}-Serotoninrezeptoragonist und 5-HT_{2A}-Serotoninrezeptorantagonist mit Wirkung auf das zentrale Nervensystem. Flibanserin wurde ursprünglich als Antidepressivum mit schnell einsetzender Wirksamkeit entwickelt, zeigt jedoch geringe antidepressive Wirkung aber eine positive lustfördernde Wirkung. Die Substanz Flibanserin befand sich schon in der Phase III der Zulassung, als am 8.10.2010 der Pharmakonzern Boehringer Ingelheim die Entwicklungsarbeiten einstellte. Die Aussage der Firma Böhlinger lautet: „Man sei weiterhin von der Wirksamkeit des Präparats überzeugt – aber der Aufwand, um die Zulassung in den USA zu erhalten, sei zu groß. Ein Expertenausschuss der US-Aufsichtsbehörde FDA hatte sich im Juni gegen eine Zulassung ausgesprochen, Grund: „Es sei nach den vorhandenen Studiendaten nicht wirksam genug, um die Risiken von Nebenwirkungen zu rechtfertigen“

Literatur

- Arlt, W., Callies, F., van Vlijmen, J. C., Koehler, I., Reincke, M., Bidlingmaier, M., Huebler, D., Oettel, M., Ernst, M., Schulte, H. M., Allolio, B., 1999. Dehydroepiandrosterone replacement in women with adrenal insufficiency. *N Engl J Med* 341: 1013–20.
- AWMF Leitlinien 9/2009. Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Hormontherapie in der Peri- und Postmenopause.
- Barbach, L., 1975. *For yourself. Die Erfüllung weiblicher Sexualität.* Ullsteinverlag, Berlin.
- Barbach, L., 2002. *Gemeinsame Freude an der Liebe.* Rowohlt, Reinbeck.
- Basson, R., 2001. Neubewertung der weiblichen sexuellen Reaktion, *Sexuologie* 9(1), 23–29.
- Beier, K.M., Bosinski, H., Loewit, K., 2005. *Sexualmedizin.* 2.Auf., Elsevier-Verlag, München.
- Beier, K.M., Loewit, K., *Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie.* Springer, Heidelberg.
- Beutel, M. E., Stobel-Richter, Y., Brähler, E., 2008. Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: results from a representative German community survey. *BJU Int* 101: 76–82.
- Bitzer, J., 2008. *Die sexuelle Dysfunktion der Frau – Ursachen und aktuelle Therapieoptionen.* uni-med, Bremen, London, Boston.
- Bitzer, J., Brandenburg, U., 2009. Psychotherapeutic Interventions for femal sexual dysfunction. *Maturitas* 63: 160–163.
- Brotto, L. A., Petkau, A. J., Labrie, F., Basson, R., 2010. Predictors of Sexual Desire Disorders in Women. *J Sex Med* (epub ahead).

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), 2006, 2010. Representative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Caruso, S., et al., 2009. Quality of sexual life in hyperandrogenic women treated with oral contraceptive containing chlormadinon acetate, *J Sex Med* 14.
- Caruso, S., Rugolo, S., Agnello, C., Romano, M., Cianci, A., 2009. Quality of sexual life in hyperandrogenic women treated with an oral contraceptive containing chlormadinone acetate. *J Sex Med* 6: 3376–84.
- Clement, U., 2004. Systemische Sexualtherapie. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Davis, S. R., van der Mooren, M. J., van Lunsen, R. H., Lopes, P., Ribot, C., Rees, M., Moufarege, A., Rodenberg, C., Buch, A., Purdie, D. W., 2006. Efficacy and safety of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial. *Menopause* 13: 387–96.
- Dennerstein, L., Lehert, P., Burger, H., 2005. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril* 84: 174–80.
- Dennerstein, L., Koochaki, P., Barton, I., Graziottin, A., 2006. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med* 3: 212–222.
- Egarter, Ch., 2003. Libido und Hormonersatztherapie mit Tibolon, *Journal of Menopause* 10, Sonderheft.
- Gauruder-Burmester, A., 2007. Urogynäkologische Aspekte bei Appetenzstörungen – somatische Ursachen nicht vergessen. *Gynäkologie & Geburtshilfe* 4: 26–28.
- Gnielka, M., 2006. Über Sexualität reden. Die Zeit der Pubertät. Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- Goldstein, I., Alexander, J.L., 2005. Practical aspects in the management of vaginal atrophy and sexual dysfunction in perimenopausal and postmenopausal women. *J Sex Med* 2 (suppl 3), 154–165.
- Gracia, C. R., Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., Mogul, M., 2007. Hormones and sexuality during transition to menopause. *Obstet Gynecol* 109: 831–40.
- Gracia, C. R., Sammel, M. D., Freeman, E. W., Liu, L., Hollander, L., Nelson, D. B., 2004. Predictors of decreased libido in women during the late reproductive years. *Menopause* 11: 144–50.
- Graham, C. A., Bancroft, J., Doll, H. A., Greco, T., Tanner, A., 2007. Does oral contraceptive-induced reduction in free testosterone adversely affect the sexuality or mood of women? *Psychoneuroendocrinology* 32: 246–55.
- Graziottin, A., 2009. Prevalence and evaluation of sexual health problems--HSDD in Europe. *J Sex Med* 4 Suppl 3: 211–9.
- Hartmann, U., 2001. Gegenwart und Zukunft der Lust. Ein Beitrag zu biopsychologischen und klinischen Aspekten sexueller Motivation. *Sexuologie* 8 (3/4) 191–204.
- Hartmann, U., Heiser, K., Ruffer-Hesse, C., Kloth, G., 2002. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol* 20: 79–88.
- Haselbacher, G., 2007. Sexuelle Lustlosigkeit – Vorkommen und Behandlung in der gynäkologischen Sprechstunde. *Sexuologie* 14 (3–4) 109–113.
- Hawton, K., Catalan, J., Fagg, J., 1991. Low sexual desire: Sex therapy results and prognostic factors. *Behav Res Ther* 29: 217–24.
- Hayes, R. D., Dennerstein, L., Bennett, C. M., Koochaki, P. E., Leiblum, S. R., Graziottin, A., 2007. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril* 87: 107–12.
- Kaplan, S., 1974. *The New Sex Therapy*. Brunner & Mazel, New York.
- Kaplan, S., 1981. *Disorders of Sexual Desire – Hemmung der Lust: neue Konzepte der Psychosexualtherapie*. Enke, Stuttgart.
- Klusmann, D., 2002. Sexual motivation and the duration of partnership. *Arch Sex Behav* 31:275–87.
- Lachowsky, M., Nappi, R., 2009. The effects of oestrogen on urogenital health. *Maturitas* 63: 149–151.
- Laumann, E.O., Paik, A., Rosen, R.C., 1999. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 281: 537–44.
- Leiblum, S. R., Koochaki, P. E., Rodenberg, C. A., Barton, I. P., Rosen, R. C., 2006. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause* 13: 46–56.
- Leonard, L.M., Follette, V.M., 2002. Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: Review of the empirical literature and clinical implications. *Ann Rev Sex Res* 13: 346–88.
- Lobo, R. A., Belisle, S., Creasman, W. T., Frankel, N. R., Goodman, N. F., Hall, J. E., Ivey, S. L., Kingsberg, S., Langer, R., Lehman, R., McArthur, D. B., Montgomery-Rice, V., Notelovitz, M., Packin, G. S., Rebar, R. W., Rousseau, M., Schenken, R. S., Schneider, D. L., Sherif, K., Wysocki, S., 2006. Should symptomatic menopausal women be offered hormone therapy? *MedGenMed* 8: 40ff.
- Masters, W.H., Johnson, V.E., 1966. *Human sexual response*. Little, Brown & Co, Boston.
- North American Menopause Society (NAMS Board), 2007. Estrogen and progestogen use in peri- and postmenopausal women. March 2007 position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*.
- Oberg, K., Fugl-Meyer, K., Fugl-Meyer, A., 2002. On sexual well-being in sexually abused Swedish women: Epidemiological aspects. *Sex Relat Ther* 17: 329–41.
- Panzer, C., Wise, S., Fantini, G., Kang, D., Munarriz, R., Guay, A., Goldstein, I., 2006. Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels: a retrospective study in women with sexual dysfunction. *J Sex Med* 3: 104–13.
- Rosen, R. C., Connor, M. K., Maserejian, N. N., 2010. The HSDD registry for women: a novel patient registry for women with generalized acquired hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med* 7: 1747–56.
- Rubio-Aurioles, E., Kim, E. D., Rosen, R. C., Porst, H., Burns, P., Zeigler, H., Wong, D. G., 2009. Impact on erectile function and sexual quality of life of couples: a

- double-blind, randomized, placebo-controlled trial of tadalafil taken once daily. *J Sex Med* 6: 1314–23.
- Sand, M., Fisher, W.A., 2007. Women's endorsement of models of female sexual response: The nurses' sexuality study. *J Sex Med* 4: 708–19.
- Schnarch, D., 2009. *Die psychologie sexueller Leidenschaft*. Piper, München, Zürich.
- Schwenkhagen, A., Studd, J., 2009. Role of Testosteron in the treatment of hypoactive sexual desire disorder. *Maturitas* 63: 152–159.
- Shifren, J. L., Braunstein, G. D., Simon, J. A., Casson, P. R., Buster, J. E., Redmond, G. P., Burki, R. E., Ginsburg, E. S., Rosen, R. C., Leiblum, S. R., Caramelli, K. E., Mazer, N. A., 2000. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N Engl J Med* 343: 682–8.
- Shifren, J. L., Davis, S. R., Moreau, M., Waldbaum, A., Bouchard, C., DeRogatis, L., Derzko, C., Bearnson, P., Kakos, N., O'Neill, S., Levine, S., Wekselman, K., Buch, A., Rodenberg, C., Kroll, R., 2006. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the INTIMATE NM1 Study. *Menopause* 13: 770–9.
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., Johannes, C. B., 2008. Sexual problems and distress in United States women (PRESIDE). Prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 112: 970–8.
- Simon, J.A., 2005. Restoring Sexual Desire After Surgical Menopause: Update on Assessment and Managment. *Current Women's Health Review* 1: 143–149.
- Starke, K., et al., 2007. Postmenopause und Sexualität Forschungsbericht 2007. *Frauenarzt*, 10 (Beilage).
- Trudel G.; Marchand A.; Ravart M.; Aubin S.; Turgeon L.; Fortier P., 2001. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Relat Ther* 16: 145–64.
- Wallwiener, C. W., Wallwiener, L. M., Seeger, H., Muck, A. O., Bitzer, J., Wallwiener, M., 2010. Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *J Sex Med* 7: 2139–48.
- Warnock, J. K., Clayton, A., Croft, H., Segraves, R., Biggs, F. C., 2006. Comparison of androgens in women with hypoactive sexual desire disorder: those on combined oral contraceptives (COCs) vs. those not on COCs. *J Sex Med* 3: 878–82.
- West, S. L., D'Aloisio, A. A., Agans, R. P., Kalsbeek, W. D., Borisov, N. N., Thorp, J., 2008. Prevalence of Low Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorder in a Nationally Representative Sample of US Women. *Arch Intern Med* 168: 1441–1449.
- Wiederman, M.W., 2000. Women's body image self-consciousness during physical intimacy with a partner. *J Sex Res* 37: 60–8.
- Willi, J., 1975. *Die Zweierbeziehung*. Rowohlt, Reinbeck.
- Zettl, S., Hartlapp, J., 1997. *Sexualstörungen durch Krankheit u. Therapie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.

Autorin

Dr. med. Birgit Delisle, Fürstenrieder Straße 35, 80686 München, email: ebermdelisle@t-online.de

Persistierende genitale Erregung bei Frauen (PGAD) – Beschreibung des Krankheitsbildes inklusive zweier erfolgreicher Therapien

Susanne Philipppsohn

Persistent genital arousal disorder (PGAD): An overview of the disease and its treat- ment – including two successfully treated cases

Abstract

Persistent genital arousal disorder (PGAD) is characterized by unwanted genital arousal that occurs in the absence of sexual desire and does not easily subside. The lack of desire distinguishes it from hypersexuality. Its prevalence is unknown, but assumed to be low. It causes suffering and is often associated with social withdrawal and even suicidal thoughts. Theories exist regarding causes, triggers, and pathophysiology, but nothing is known for sure. Consequently, no therapy has yet been established. Case reports describe successful medical, physical, or surgical treatment on the basis of extensive theoretical considerations. Sometimes the addition of psychotherapy seems to be beneficial. A detailed sexual and general interview followed by comprehensive clinical diagnostics is necessary to establish the possible underlying pathophysiology. It can take some time to find adequate therapy; for some women, only marginal relief can be achieved. The present paper provides an overview of the actual knowledge and describes two successfully treated cases.

Keywords: persistent genital arousal disorder, PGAD, persistent sexual arousal disorder, PSAD, hypersexuality, priapism

Zusammenfassung

Persistierende genitale Erregung (PGAD) ist ein vermutlich seltenes, vor allem aber wenig bekanntes Krankheitsbild, das die betroffenen Frauen stark belastet. Es ist gekennzeichnet durch ungewollte genitale Erregung in Abwesenheit psychischen sexuellen Verlangens, daher nicht zu verwechseln mit Hypersexualität. Die betroffenen Frauen ziehen sich häufig sozial zurück, es kann zu Suizidgedanken kommen. Bezüglich möglicher Auslöser oder Ursachen gibt es ebenso wie zur Pathophysiologie viele Ideen und Theorien, aber kaum gesicherte Erkenntnisse. Entsprechend verhält es sich mit möglichen Therapien: Es handelt sich im

Allgemeinen um medikamentöse, physikalische oder operative Therapieversuche auf der Basis ausgedehnter theoretischer Überlegungen. Psychotherapie kann begleitend sinnvoll sein. Eine gründliche Sexual- und Allgemeinanamnese ist unbedingt notwendig, zusammen mit einer umfassenden Diagnostik. Für einen Erfolg ist Geduld auf Seiten der Patientin und des Therapeuten erforderlich. Für manche der betroffenen Frauen gibt es bislang keine wirksame Therapie. Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über den bisherigen Kenntnisstand und beschreibt zwei erfolgreiche Therapieverläufe.

Schlüsselwörter: Persistierende genitale Erregung, persistent genital arousal disorder, PGAD, persistent sexual arousal disorder, PSAD, Hypersexualität, Priapismus, sexuelle Dysfunktion

Persistierende genitale Erregung bei Frauen ist ein bisher wenig bekanntes Krankheitsbild. Es wurde in der Literatur gelegentlich beschrieben (Modell, 1989), meistens unter der Diagnose des Priapismus (Berk & Acton, 1997, Brodie-Meijer et al., 1999, Levenson, 1995, Lozano & Castaneda, 1981, Medina, 2002, Modell, 1989, Pescatori et al., 1993), einer klitoralen Tumescenz (Blin et al., 1991) oder einer Hypersexualität (Riley, 1994). Erste mögliche Hinweise auf eine solche Erkrankung gehen fast 2000 Jahre zurück (Drabkin & Drabkin, 1951, Soranus, um 100, Temkin, 1956). Trotz ursprünglich begrifflicher Unklarheiten ist Persistierende genitale Erregung von Hypersexualität klar abgegrenzt; bei letzterer geht es um ein hohes psychisches Begehren nach Sexualität, welches bei ersterem völlig fehlt (Leiblum & Nathan, 2001, Leiblum & Seehuus, 2009).

2001 haben Leiblum & Nathan erstmalig ein umfassenderes Phänomen unter der Bezeichnung *Syndrom der persistierenden sexuellen Erregung* (persistent sexual arousal syndrome, PSAD) vorgestellt. Ein internationales Expertenkomitee schlug 2003 die Aufnahme als diagnostische Kategorie in die Liste weiblicher sexueller Funktionsstörungen vor (Basson et al., 2003, 2004). Damit wurden vermehrt Fälle unter einem neuen Blickwinkel beschrieben, und es begannen erste systematische Forschungen an Fallgruppen von bis zu 23 Teilnehmerinnen

im Labor und 103 Teilnehmerinnen an Fragebögen im Internet. 2006 wurde das Syndrom von Goldmeier & Leiblum erstmals als *Persistierende genitale Erregung* (persistent genital arousal disorder, PGAD) bezeichnet. Dieser neue Begriff betont, dass die Erregung nichts mit sexuellen Wünschen, Gedanken oder Handlungen zu tun hat.

Im Folgenden wird das Krankheitsbild mit den bisher bekannten möglichen Ursachen und Therapien vorgestellt. Zur Veranschaulichung begleiten zwei Fallbeispiele die Ausführungen. In einem der beiden Fälle wurde ein Therapieversuch mit einem bisher noch nicht eingesetzten Medikament, basierend auf dem momentanen Stand der Erkenntnisse, gestartet – bislang erfolgreich.

Symptome

Das Krankheitsbild hat bislang noch keine Aufnahme in gängige Diagnoseklassifikationen wie ICD oder DSM gefunden. Zurzeit werden im Allgemeinen die folgenden, von Leiblum und Mitarbeiter (2005) entwickelten Diagnosekriterien angewendet (Brotto et al., 2010, Goldmeier et al., 2009, Waldinger et al., 2009a):

- ◆ Die unwillkürlichen, für genitale und klitorale Erregung charakteristischen Symptome dauern über einen verlängerten Zeitraum (Stunden, Tage oder Monate) an.
- ◆ Die genitale Erregung klingt trotz eines oder mehrerer Orgasmen nicht komplett ab.
- ◆ Die körperliche genitale Erregung ist nicht mit subjektiven Gefühlen sexueller Erregung oder sexuellen Verlangens verbunden.
- ◆ Die Persistierende genitale Erregung wird nicht nur durch sexuelle Aktivität ausgelöst, sondern auch durch nichtsexuelle Stimuli, oder es gibt keine ersichtlichen Auslöser.
- ◆ Die Persistierende genitale Erregung wird als ungewollt erlebt; entsprechend ist mit ihr ein mindestens mäßiger bis größerer Leidensdruck verbunden.

In der Tat leiden die betroffenen Frauen sehr unter ihren Symptomen, angefangen mit sozialem Rückzug, über Verzweiflung, Dysthymie, Agitiertheit, Ängstlichkeit und Depression bis hin zu Suizidgedanken oder einem Wunsch nach Entfernung der Klitoris (Korda et al., 2009, Leiblum et al., 2007, Leiblum & Nathan, 2001, Waldinger et al., 2009a, 2009b, 2009c, 2010a, 2010b). Im Schlaf kann sich die Symptomatik noch erheblich verschlimmern, ebenso durch Vibrationen, wie z.B. beim Autofahren (Wylie et al., 2006). Kleidung, besonders enge Unterwäsche wird oft als störend empfunden (Waldinger et al.,

2009c). Die Persistierende genitale Erregung tritt häufig gemeinsam mit einer hyperaktiven Blase und einem Syndrom der ruhelosen Beine (restless legs syndrome) auf. Deswegen sprechen Waldinger und Mitarbeiter (2009b) von einem Syndrom der ruhelosen Genitalien (restless genital syndrome).

Fallbeispiel 1

Eine 41-jährige Frau, Ärztin, feste Partnerschaft seit 21 Jahren, verheiratet, vier Kinder. Aufgrund einer reaktiven Depression erhielt Frau A. Amitriptylin in niedriger Dosierung. Nach einigen Tagen entstand zunehmend das Gefühl, dass ihre Hosen im Schritt kniffen. Nach dem nächsten Geschlechtsverkehr mit Orgasmus mit ihrem Ehemann entstanden dann unerwartet Gefühle von Harndrang und genitaler Dauererregung, die bestehen blieben und fast als schmerzhaft empfunden wurden. In der folgenden Zeit führte Geschlechtsverkehr regelmäßig zu vorübergehender Besserung der Symptome, ebenso Ablenkung und kalte Duschen, Masturbation dagegen eher zu einer Verschlimmerung. Autofahren verstärkte die Symptome ebenfalls. Absetzen des Amitriptylins änderte nichts. Schließlich begann Frau A. sich im Internet zu informieren. Währenddessen verschlimmerte sich die Symptomatik weiterhin, bis Frau A. sogar Suizidgedanken entwickelte. „Die PSAD macht alles schwierig, da hätte ich lieber Krebs.“

Fallbeispiel 2

Eine 36-jährige Frau, Verkäuferin, feste Partnerschaft seit 13 Jahren, verheiratet, ein zehnjähriges Kind. Die Beschwerden begannen vor vier Jahren mit einem leichten Ziehen in der Klitoris, von der Schmerzqualität her pochend, stechend. Zusätzlich trat Harndrang mit häufigem Wasserlassen auf. Eine bestehende Zystitis wurde therapiert, ebenso ein benigner Tumor der Harnblase. Die Symptome besserten sich dadurch nicht. Die Schmerzintensität in der Klitoris beschreibt sie als 1-2/10 als Dauerzustand. Bis zu dreimal pro Woche wacht sie nachts von einem Orgasmus auf, den sie als rhythmisches Zucken der Klitoris spürt. Er wird von keinerlei anderen Zeichen körperlicher Erregung wie verstärkter Atmung, erhöhter Herzfrequenz, Feuchtwerden der Scheide oder sexuellen Träumen begleitet. Danach sind die Schmerzen für mehrere Stunden besonders stark (8/10).

Auslöser und Ursachen

In vielen Einzelfallberichten wurde über – aufgrund eines zeitlichen Zusammenhanges vermutete – Auslöser berichtet. Gesicherte Erkenntnisse gibt es dazu bislang nicht. Zu den möglichen Auslösern gehören die Einnahme oder das Absetzen von SSRIs, die Gabe von Norethisteron, eine Ganglion-Stellatum-Blockade, Änderungen des Hormonstatus, z.B. prämenstruell, während der Schwangerschaft oder zu Beginn der Menopause, Cannabiskonsum, Beendigung eines Cannabiskonsums oder Entwöhnung vom Tabakrauchen (Berk & Acton, 1997, Brodie-Meijer et al., 1999, Freed, 2005, Goldmeier et al., 2006, Goldmeier & Leiblum, 2008, Korda et al., 2009, Leiblum & Goldmeier, 2008, Modell, 1989, Riley, 1994, Waldinger et al., 2009b, 2009c, Yanik, 2004). Für viele Frauen ist kein Auslöser feststellbar (Waldinger et al., 2009c). Ist die Erkrankung erst einmal aufgetreten, kann sie vermutlich spontan remittieren, häufig bleibt sie aber ohne Therapie unverändert über Jahre bestehen oder verschlechtert sich sogar. Bei Vorhandensein der Erkrankung gibt es viele Dinge, die das Auftreten der Symptome triggern oder diese verschlechtern können. Dazu gehören Anspannung, Erschrecken, Ärger, Sorgen, akute Angst, akuter Stress, Vibrationen beim Autofahren oder sexuelle Stimulation (Goldstein et al., 2006, Hallam-Jones & Wylie, 2001, Korda et al., 2009, Leiblum et al., 2005, Waldinger et al., 2009b). Auch im Schlaf kann sich die Symptomatik verschlechtern (Wylie et al., 2006). Ängstlichkeit kann ebenso wie Depression einer persistierenden genitalen Erregung vorausgehen, kann aber auch bestehende Symptome durch Fokussierung verstärken und perpetuieren (Goldmeier & Leiblum, 2008).

Auch über mögliche ursächlich wirkende Substanzen gibt es keine gesicherten Erkenntnisse. Vermutungen bestehen ebenfalls aufgrund zeitlicher Zusammenhänge. Im Unterschied zu den Auslösern verschwinden bei den im Folgenden genannten Substanzen die Symptome nach Beendigung der Einnahme üblicherweise wieder. Zu den möglichen Ursachen zählen eine exzessive Aufnahme von Soja (Amsterdam et al., 2005) oder die Einnahme von Trazodon (Goldstein et al., 2006, Medina, 2002, Pescatori et al., 1993), Bupropion (Levenson, 1995), Bromocriptin (Blin et al., 1991), Venlafaxin (Leiblum & Goldmeier, 2008, Mahoney & Zarate, 2007), Fluoxetine, Paroxetin, Sertralin oder Escitalopram (Leiblum & Goldmeier, 2008). Goldstein und Mitarbeiter (2006) berichten vom Auftreten eines Priapismus der Klitoris nach Einnahme von Trazodon, Citalopram, Nefazodon oder Olanzapin, sodass auch diese Substanzen als mögliche Verursacher einer Persistierenden genitalen Erregung nicht ausgeschlossen werden können. In einem Fall wur-

de Bauchtanz, bei dem die gleichen Muskelgruppen wie bei den Kegel-Übungen angespannt werden, als mögliche Ursache angenommen (Hallam-Jones & Wylie, 2001).

Fallbeispiel 1

Zum Zeitpunkt des ersten Auftretens der Symptome nahm Frau A. wegen einer reaktiven Depression seit kurzer Zeit Amitriptylin in niedriger Dosierung ein. Bislang ist Amitriptylin als auslösendes oder verursachendes Medikament noch nicht beschrieben worden. Wegen der niedrigen Dosierung ist es als Auslöser auch nicht unbedingt zu erwarten.

Fallbeispiel 2

Bei Frau B. ist kein auslösendes Moment feststellbar. Auffällig ist der Beginn der gesamten Symptomatik inklusive Harndrang im Zusammenhang mit einer leichten bakteriellen Cystitis und einem benignen Blasenpolypen.

Epidemiologie

Die Erkrankung ist mit sehr viel Scham verbunden; Frauen trauen sich häufig nicht, darüber zu sprechen (Hallam-Jones & Wylie, 2001, Leiblum & Nathan, 2001, Rosenbaum, 2010). Überwinden sie ihre Scham, stoßen sie überwiegend auf Unverständnis ihrer Ärzte und erleben, dass sie nicht ernst genommen, bzw. für „verrückt“ erklärt werden. Daher gibt es zurzeit keine verlässlichen Zahlen bezüglich der Prävalenz (Brotto et al., 2010). Zu Beginn der letzten Dekade kam selten eine Frau in Therapie, und es wurden nur einzelne Fälle in Publikationen beschrieben. Seit die Erkrankung bekannter wird und auch deutlich leichter im Internet zu finden ist, scheint sich die Frequenz der Inanspruchnahme fachlicher Hilfe zu erhöhen. Laut Waldinger und Mitarbeiter (2009c, 2010b) tritt das restless genital syndrome vorwiegend bei peri- und postmenopausalen Frauen und bei prämenopausalen Frauen prämenstruell oder während der Schwangerschaft auf. Es sind aber Fälle jeden Alters, beginnend mit der Kindheit (Korda et al., 2009), beschrieben.

Fallbeispiel 1

Die zuerst angesprochene Psychotherapeutin deutete die Symptome als reine Somatisierung. Daraufhin informierte sich Frau A. ausführlich im Internet, bis sie ihre Diagnose gefunden hatte. Erst dann wagte sie sich mit ihren Symptomen in ein spezialisiertes Zentrum. Dort berichtete sie zunächst sehr zögerlich. Erst als sie merkte, dass sie nicht belächelt wurde,

begann sie offener zu sprechen. Sie empfand es als große Erleichterung, erstmals mit ihren Symptomen ernst genommen zu werden.

Fallbeispiel 2

Wegen des Harndrangs begab sich Frau B. zu einem Urologen, von den anderen Symptomen traute sie sich nicht zu berichten. Sie hatte aber das Glück, sowohl bei ihrer Hausärztin als auch bei ihrem Gynäkologen Verständnis zu finden, auch wenn ihr beide keine Hilfe anbieten konnten. Später versuchte sie, sich spezifischere Hilfe zu holen, hatte aber das Gefühl, sowohl von den deswegen aufgesuchten Ärzten als auch von deren Mitarbeitern als „verrückt“ angesehen zu werden. Erst als die Symptome für sie unerträglich wurden, wandte sie sich an ein Spezialzentrum.

Pathophysiologie

Auf der Basis etlicher Fallbeschreibungen und einiger systematischer Untersuchungen gibt es bereits mehr oder weniger gestützte Vermutungen über mögliche Pathomechanismen. Dazu gehören vor allem zentrale oder periphere neurologische Veränderungen, vaskuläre Veränderungen, Medikamente und psychische Beeinträchtigungen. Sie werden im Folgenden ausführlicher erläutert.

Zentrale neurologische Veränderungen

Hierunter fallen z.B. posttraumatische Veränderungen des Hirns, angeborene Hirnläsionen und Epilepsien. So beschreiben Anzellotti und Mitarbeiter (2010) eine Frau mit Persistierender genitaler Erregung, bei der das Magnetoenzephalogramm (MEG) einen epileptischen Fokus im linken Gyrus insularis posterior zeigte, der zusammen mit einer in der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) gefundenen intra-hemisphärischen Hyperkonnektivität zwischen Lobus parietalis inferior und Gyrus temporalis inferior beidseits die Symptomatik erklären könnte. Auch Reading & Will (1997) berichten von einem Fall einer Persistierenden genitalen Erregung durch einen rechten vorderen frontotemporalen epileptischen Fokus. Korda und Mitarbeiter (2009) berichten von einer Patientin, die zur Raucherentwöhnung den partiellen Agonisten am nikotinischen ACh-Rezeptor Vareniclin einnahm. Darunter verschwanden deren PGAD-Symptome nahezu vollständig. Daraus schließen sie, dass auch eine vermehrte zentrale Dopaminausschüttung als mögliche Ursache infrage kommt.

Periphere neurologische Veränderungen

Waldinger und Mitarbeiter (2010b) stellen für das Syndrom der unruhigen Genitalien (restless genital syndrome) eine differenzierte Ursachenhypothese auf: Am Beginn könnte eine mechanische Irritation der Nn. dorsalis clitoridis und pudendus stehen, die sich klinisch als isolierte sensorische Neuropathie der dünnen Fasern manifestiert. Durch „Crosstalk“ mit anderen spinalen oder supraspinalen nervalen Schaltkreisen entstünden das Syndrom der unruhigen Beine und die überaktive Blase. Da SSRIs und Cannabis C-Fasern hemmen, könnte umgekehrt das Absetzen dieser Substanzen ein restless genitals syndrome auslösen. Zusätzlich vermuten sie, dass auch das Erleben eines Orgasmus über die dünnen Fasern und durch die Vasodilatation auch die Blutfüllung der Clitoris, Schamlippen und Scheide über die C-Fasern geleitet werden könnten. Im MRT fanden Waldinger und Mitarbeiter (2009c) überzufällig häufig milde bis mäßige Varizen der Vagina, der großen und/oder kleinen Labien und des Uterus und in allen Fällen Beckenvarizen. Sie vermuten, dass diese eventuell mechanisch die Neuropathie triggern könnten (2009a, 2010b).

Vaskuläre Veränderungen

Hierbei geht es im Wesentlichen um mögliche genitale Mehrdurchblutung oder venöse Stauung als Ursache ödematöser Veränderungen.

Goldstein und Mitarbeiter (2006) sehen eine Verwandtschaft der Persistierenden genitalen Erregung mit dem Priapismus. Sie sehen die PGAD als low-flow-Form oder als stotternden Priapismus an. Als pathophysiologischen Mechanismus nehmen sie ein Auslösen der Relaxation oder eine Verhinderung der Kontraktion der genitalen glatten Muskelzellen an, was zu genitaler Mehrdurchblutung führen würde. Umgekehrt könnte eine Aktivierung des sympathischen Nervensystems, z.B. durch Schmerzen oder Kältezufuhr, zum Abklingen der Symptome führen. Pathophysiologisch führt sie zu Kontraktion der glatten Muskelzellen bzw. verhindert deren Entspannung. Involviert sein könnten hier die α -Rezeptoren, Endothelin-1, das ρ -Kinase-System und die Phosphodiesterase-5. Goldmeier und Mitarbeiter (2006) vermuten beim Auftreten einer persistierenden genitalen Erregung durch Absetzen eines SSRIs den folgenden Mechanismus: Serotonin supprimiert die Produktion des Atrialen natriuretischen Peptids (ANP) im Herzvorhof. Das Absetzen eines SSRIs würde also zu einer vermehrten Ausschüttung dieses Hormons führen, das vasodilatatorisch wirkt. Folge könnte eine lokale genitale Mehrdurchblutung sein. Ein ähnlicher Mechanismus wurde auch

von Bell und Mitarbeiter (2007) in einem Fall vermutet; durch einen Vorhofseptumdefekt bestand eine deutlich erhöhte Konzentration an ANP bei sichtbaren ödematösen Labien, Vulva und Klitoris mit vergrößerten Gefäßen. Eine genitale Mehrdurchblutung vermuten auch Goldmeier & Leiblum (2008) in Fällen einer genitalen Vergrößerung durch Prolaps.

Goldstein und Mitarbeiter (2006) beschreiben einen Fall mit einer arteriovenösen Malformation im Becken als Ursache. Thorne & Stuckey (2008) berichten von einem Fall einer Persistierenden genitalen Erregung bei Varizen in Becken (Ovarialvarizen), Vaginalwand, Perineum und Leistenregion. Sie stellen die Varizen als eine mögliche Ursache dar. Da es allerdings auch Frauen mit Ovarialvarizen ohne Beschwerden gibt, stellen sie diese mögliche Ursache gleich wieder in Frage. Rosenbaum (2010) beschreibt eine Viert-Gravida mit deutlicher ödematöser Vergrößerung der Vulva und Glans clitoridis mit erhöhter Spannung des M. obturator internus. Sie vermutet, dass auf diese Weise der Alcock Kanal eingeengt werden und damit der N. pudendus an dieser Stelle irritiert sein könnte. Diese Irritation könnte zu zusätzlichen Verspannungen der Mm. ischiocavernosus und bulbocavernosus führen, die wiederum Druck auf die V. dorsalis clitoridis ausüben und damit den Rückfluss behindern würde.

Medikamente

Battaglia & Venturoli (2009) fanden in einem Fall von Persistierender genitaler Erregung nach Einnahme von Trazodon im Ultraschall eine vergrößerte Klitoris mit erhöhter Durchblutung, die auch bis zu 15 Minuten nach Orgasmus nicht abklang. Auch hier ist die Vermutung, dass Trazodon direkt als α -Blocker (Goldstein et al., 2006) oder indirekt über das Atriale natriuretische Hormon eine Vasodilatation hervorrufen könnte.

Psychische Veränderungen

In dem Abschnitt über Auslöser und Ursachen wurde bereits beschrieben, dass Anspannung, Erschrecken, Ärger, Sorgen, akute Angst und akuter Stress das Auftreten der Symptome triggern oder bestehende Symptome verstärken können. Leiblum und Mitarbeiter (2007) stellen für eine Untergruppe von Frauen ein erheblich weitergehendes psychologisches Modell auf. Sie gehen davon aus, dass Frauen mit Persistierender genitaler Erregung weit aufmerksamer kleine Veränderungen in ihrem physischen Wohlbefinden beobachten als Frauen, die spontane genitale Erregung erleben, ohne sich dadurch gestört zu fühlen. Ursache dafür könnten die bereits beschriebene

vermehrt vorausgehende Ängstlichkeit oder Depression sein. Auch eine Kombination mehrerer dieser Mechanismen ist vorstellbar (Brotto et al., 2010).

Fallbeispiel 1

Frau A. berichtete über gleichzeitig auftretende Harndrangsymptomatik, was ein neurologisches Geschehen als Ursache wahrscheinlich macht. Zusätzlich hatte sie ein Jahr hinter sich, in dem sie ihre gleichaltrige, beste Freundin im Sterben begleitet hatte. Zusammen mit Beruf und Versorgung ihrer vier Kinder war die Belastung extrem gewesen. Nach dem Tod der Freundin hatte sie keine Gelegenheit, diesen zu verarbeiten. Aus diesem Grunde reagierte sie vermutlich mit einer Depression. Die weitere Anamnese erbrachte, dass körperliche Symptome als Reaktion auf psychischen Stress bei ihr bereits von Kindheit an ein typisches Reaktionsmuster sind: „Mein Körper zieht die Bremse, wenn ich mich nicht um mich selbst kümmere.“ Die Kindheit erscheint sehr belastet. Nach Besserung der Symptome durch Therapie traten weiterhin verstärkte Beschwerden bei schwierig zu lösenden Problemen oder Überlastung auf. Das spricht für eine deutliche psychische Beteiligung.

Fallbeispiel 2

Die Anamnese erbrachte keinen Hinweis auf psychische Symptome außer der Reaktion auf die Belastung durch das dauernde Gefühl genitaler Erregung und der damit verbundenen Schmerzen und durch den durch die Orgasmen beeinträchtigten nächtlichen Schlaf. Auf Bitten der Therapeutin untersuchte sich die Patientin zu Hause selbst. Dabei stellte sie fest, dass sich bei stärkeren Schmerzen die Klitoris größer und aufgerichteter anfühlte. Nach nächtlichen Orgasmen waren die kleinen Schamlippen genauso vergrößert wie nach gewollter sexueller Erregung bei Geschlechtsverkehr. Das gemeinsame Auftreten der Harndrangsymptomatik und der genitalen Symptome lassen eine Neuropathie der kleinen Nervenfasern, wie sie von Waldinger und Mitarbeiter (2010b) beschrieben wurde, vermuten.

Diagnostik

Eine ausführliche medizinisch-sexuelle Anamnese ist wichtig. Diese sollte insbesondere die Symptome, die Entwicklung der Symptome und die Umstände ihres ersten Auftretens genau erfragen. Ebenso wichtig sind Begleiterkrankungen, besonders Harndrang, unruhige Beine

und Varizen, aber auch sämtliche anderen körperlichen Erkrankungen und Beschwerden, um alle zuvor beschriebenen Zusammenhänge prüfen zu können, dazu eine ausführliche Medikamentenanamnese unter Einschluss der Medikamente zum Zeitpunkt des ersten Auftretens. Zusätzlich sollte nach bislang eingesetzten Coping-Strategien, wie Masturbation, Koitus oder Ablenkung und nach den Reaktionen des Partners gefragt werden.

An körperlichen und technischen Untersuchungen sollten wie beim Standardprotokoll Waldingers und Mitarbeitern (2009b, 2009c, 2010b) Routinelaborwerte, Hormone, EEG und MRT des Kopfes und des Beckens durchgeführt werden, zusätzlich, wenn möglich, eine manuelle Untersuchung des N. dorsalis clitoridis entlang des R. inferior ossis pubis und ein Sensibilitätstest der Genitalregion, da sich in diesen Regionen häufig Triggerpunkte zum Auslösen der Symptome befinden (Waldinger, 2009c). Ebenso sollte eine normale gynäkologische Untersuchung zum Ausschluss einer genitalen Dermatose und eines genitalen Prolapses stattfinden (Goldmeier & Leiblum, 2008). Ein Ultraschall zum Ausschluss von Raumforderungen oder Varikosis im Becken (Goldmeier et al., 2009) runden das Bild ab. Reading & Will (1997) fordern die zerebrale Bildgebung mit Kontrastverstärkung, um vaskuläre Malformationen besser erkennen zu können.

Fallbeispiel 1

Es wurden lediglich eine manuelle gynäkologische Untersuchung und eine gynäkologische Ultraschalluntersuchung bei einem nicht auf Persistierende genitale Erregung spezialisierten Gynäkologen durchgeführt, da die Patientin eine weitergehende Diagnostik nicht wünschte. Dabei ergaben sich keinerlei Auffälligkeiten im Sinne von Hautaffektionen, Ödemen, Prolaps oder Raumforderungen. Im Ultraschall waren deutlich Beckenvarizen zu erkennen. Varizen des äußeren Genitales konnten mit der benutzten Ultraschall-Methode nicht gesehen oder ausgeschlossen werden.

Fallbeispiel 2

Eine ein Jahr nach Beginn der Symptomatik durchgeführte MRT des Beckens war unauffällig, ebenso die Blutuntersuchungen, die gynäkologische Tastuntersuchung und der gynäkologische Ultraschall. Eine manualtherapeutische Untersuchung der Beckenbodenmuskulatur ergab deutliche Verspannungen im Perinealbereich. Es konnte lediglich ein Triggerpunkt über dem M. gluteus medius gefunden werden. An den Beinen bestanden Varizen.

Therapie

Therapieempfehlungen beruhen bislang ausschließlich auf einzelnen erfolgreichen Therapieversuchen. Es gibt bislang keine Studien. Generelle Empfehlungen kann es von daher noch nicht geben. Es ist deswegen häufig notwendig, verschiedene Möglichkeiten durchzuprobieren.

Allgemeine Maßnahmen

Wichtig ist das Absetzen aller Medikamente, die eine Persistierende genitale Erregung verursachen können, wie Trazodon, Bupropion, Bromocriptin, Venlafaxin, Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin, Escitalopram, Citalopram, Nefazodon oder Olanzapin. Bei erhöhter Zufuhr von Soja und Sojaprodukten sollte eine Nahrungsumstellung erfolgen.

Frauen mit Persistierender genitaler Erregung berichten über Erleichterung durch Masturbation oder Geschlechtsverkehr mit einem oder mehreren Orgasmen, Reiben, heiße oder kalte Bäder, körperliche Bewegung und kognitive Ablenkungsstrategien wie Hobbys oder Gespräche (Hallam-Jones & Wylie, 2001, Korda et al., 2009, Leiblum et al., 2005, Waldinger et al., 2009b, Wylie et al., 2006). Daher können alle diese Maßnahmen begleitend getestet werden. Häufig ist es aber gerade die notwendige hohe Frequenz an sexueller Aktivität, die zu Problemen und schließlich zur Konsultation führt; dann kommen Masturbation oder Geschlechtsverkehr als erleichternde Maßnahmen nicht in Frage. In einem der ersten beschriebenen Fälle half ein Lokalanästhetikum (Leiblum & Nathan, 2001).

Manche Frauen sind so verzweifelt, dass sie eine Klitoridektomie wünschen. Eine solche Therapie sollte jedoch keinesfalls durchgeführt werden. Waldinger und Mitarbeiter (2010a) beschreiben den Fall einer Frau, die vor Aufsuchen ihrer Ambulanz aufgrund eines drohenden Suizids eine Klitoridektomie erhalten hatte. Ihre sämtlichen üblichen Symptome bis hin zum dauernden Gefühl eines bevorstehenden Orgasmus waren unverändert weiter bestehen geblieben, lediglich die Frequenz der Orgasmen selbst hatte sich vermindert.

Ansatzpunkt: Zentrales und peripheres Nervensystem

Korda und Mitarbeiter (2009) und Yero und Mitarbeiter (2006) berichten von insgesamt drei Fällen mit bipolarer Depression, in denen wiederholte Elektrokrampftherapie (EKT) für einen jeweils unterschiedlich langen Zeitraum zur Besserung der genitalen Symptome führte. Anzello-

tti und Mitarbeiter (2010) therapierten erfolgreich eine durch einen epileptischen Fokus im linken Parietallappen Persistierende genitale Erregung mit dem Antiepileptikum Topiramate. Ebenso waren Reading & Will (1997) in einem Fall eines rechten anterioren frontotemporalen epileptischen Fokus erfolgreich mit einer antiepileptischen Therapie mit Carbamazepin. Wylie und Mitarbeiter (2006) hatten in einem Fall mit dem die Prolaktinkonzentration erhöhenden Medikament Risperidon Erfolg. Pramipraxol, ebenfalls ein Dopaminagonist, zeigte bei Untersuchungen Waldingers und Mitarbeiter (2009b) dagegen keine Wirkung.

Für Waldinger und Mitarbeiter (2009c, 2010b) ist die Neuropathie der dünnen Fasern das besondere Merkmal, weswegen sie eine transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) mit äußerlich angebrachten Elektroden vorschlugen, Frequenz 110Hz, Impulsdauer 80ms. Diese wirkt über die Aktivierung der dickeren, myelinisierten A β -Fasern und dadurch Hemmung der dünnen, myelinisierten A δ - und unmyelinisierten C-Fasern. Sie erzielten damit in zwei Fällen gute Ergebnisse (Waldinger et al., 2010b).

In einigen Fällen wurde eine Therapie mit psychotropen Substanzen versucht. In einem von Hiller & Hekster (2007) beschriebenen Fall führte die Gabe des trizyklischen Antidepressivums Amitriptylin, kombiniert mit kognitiver Verhaltenstherapie und Sexualtherapie im Paarsetting, bei der auch Ablenkung eingeübt wurde, zu verminderter Ängstlichkeit und vermindertem Drang zu masturbieren. In zwei weiteren Fällen brachte Amitriptylin nur eine vorübergehende Besserung (Bell et al., 2007, Hallam-Jones & Wylie, 2001). Goldmeier & Leiblum (2008) berichten von einem Fall, bei dem unter Therapie mit dem SSRI Fluoxetin die Symptome beträchtlich vermindert waren. Bei Untersuchungen Waldingers und Mitarbeiter (2009b) brachten Therapieversuche mit Clonazepam bei der Hälfte der Frauen eine Milderung der Symptome. Oxazepam zeigte ebenfalls einen Effekt. Tramadol brachte Milderung für etwa vier Stunden.

Ansatzpunkt: GefäÙe

In einem Fall einer Persistierenden genitalen Erregung bei Ovarialvarizen ist es Thorne & Stuckey (2008) gelungen, durch endovaskuläre Okklusion der Ovarialvene die Beschwerden deutlich zu vermindern. Rosenbaum (2010) beschreibt den Fall einer Viertgravida mit Persistierender genitaler Erregung und deutlich sichtbaren genitalen Ödemen. Sie führte eine manuelle Lockerung des M. obturator internus durch, um über die Vergrößerung des Alcock-Kanals eine mögliche Einengung des N. pudendus zu beseitigen. Zusätzlich empfahl sie das Tra-

gen eines V-Brace. Die Patientin blieb bis zum Ende der Schwangerschaft beschwerdefrei.

Ansatzpunkt: Psyche

Eine Psychotherapie kann die Ängstlichkeit reduzieren, eventuell als negativ verarbeitete Symptome positiv umdeuten, Entspannungs- und Ablenkungstechniken vermitteln, im einfachen Fall auch nur zu einer höheren Akzeptanz chronischer Beeinträchtigungen beitragen (Goldmeier et al., 2009).

Fallbeispiel 1

Masturbation führte bei Frau A. zu Verschlechterung der Symptome, Geschlechtsverkehr nicht zu einem Verschwinden, aber wenigstens zu einer Besserung – eine Entwicklung, über die ihr Ehemann sich anfangs freute; später begann er sich ausgenutzt zu fühlen. Frau A. berichtete ebenfalls von Akupunktur, die Besserung für drei Tage brachte. Ein Versuch mit TENS (wechselnde Frequenzen) wirkte sich kontraproduktiv aus. Ihre Medikation bestimmte sie selbst: Um schlafen zu können, nahm sie Clonazepam 1mg zur Nacht, wegen der Schmerzkomponente Pregabalin. Andere Medikation lehnte sie ab, aus Angst, dass sich die Symptome weiter verschlimmern könnten. Diese Kombination führte bereits zu einer Besserung der Symptome. Ein Auslassversuch des Pregabalins brachte die Symptome unverändert stark zurück. Nach Beratung in der sexualmedizinischen Sprechstunde entschied sich Frau A. zusätzlich für eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie, um den Tod ihrer Freundin und die damit verbundenen Überlastungen zu verarbeiten. Ein weiteres Thema sollte ihre Neigung zu Selbstüberforderung sein. Nach einigen Wochen berichtete sie von deutlicher Besserung der Symptomatik, im Nachgespräch ein halbes Jahr später von einem weiteren Rückgang der Symptome. An vier bis fünf Tagen im Monat waren die Symptome noch in mäßiger Stärke vorhanden, immer dann, wenn die Alltagsbelastungen hoch wurden. Damit konnte sie aber leben, da sie wusste, dass es ihr schnell wieder besser gehen würde.

Fallbeispiel 2

Ablenkung half nicht. Selbst hatte Frau B. bereits Paracetamol, Ibuprofen und Novalgin ausprobiert, die alle keine Linderung brachten. Einzig das Auftragen anaesthetisierender Salben im Bereich der Klitoris führte zu minimaler Verbesserung. Ein Therapieversuch mit Duloxetin 60 mg führte bereits nach wenigen Tagen zu massiver Verbesserung des Befindens:

Die Schmerzen sanken auf ein erträgliches Maß von 1/10, sie konnte gut schlafen, nächtliche Orgasmen traten nur noch in Ausnahmefällen auf. Dieser gute Zustand hielt bis zur Fertigstellung der vorliegenden Veröffentlichung sieben Monate nach Beginn der Therapie unverändert an.

Diskussion der in den Fallbeispielen angewandten Therapien

Im ersten Fall ließen die begleitende Harndrangsymptomatik und der Auslassversuch des Pregabalins auf eine deutliche somatische Komponente schließen. Die Vorgeschichte mit der bereits bekannten Somatisierungstendenz der Patientin legte aber auch eine psychische Überlagerung durch allgemeine Überlastung und den unverarbeiteten Tod der Freundin nahe. Zusätzlich bestand eine deutliche Verstärkung der Symptome durch die Beschäftigung mit der Erkrankung. Aus diesem Grunde wurde eine zusätzliche Psychotherapie durchgeführt. Tatsächlich stellte sich bei fester Dosierung der Medikamente im Verlauf der Psychotherapie eine zunehmende Verminderung der Krankheitssymptome ein.

Im zweiten Fall war keinerlei Psychopathologie erkennbar. Aufgrund intensiver somatisch-pathophysiologischer Überlegungen fiel die Entscheidung zugunsten eines Therapieversuchs mit Duloxetin. Dieser kombinierte Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer ist für die Behandlung der Stress-Harninkontinenz zugelassen. Es wird vermutet, dass er aufgrund der besonders hohen Dichte der α_1 - und der 5HT₂-Rezeptoren vor allem im Ncl. N. pudendi, dem Ursprung des N. pudendus, wirkt (Boy et al., 2006). Die hier beginnenden Nerven steuern sowohl die Muskulatur der Harnblase als auch die sich beim Orgasmus kontrahierenden Muskeln. Zusätzlich zu der beschriebenen Wirkung auf die Muskulatur der Blase und der Genitalien könnte über eine Aktivierung der α_1 -Rezeptoren und die damit verbundene Anspannung der Gefäßmuskulatur eine Verminderung der genitalen Durchblutung stattfinden.

Schlussfolgerungen

Bei der Persistierenden genitalen Erregung handelt es sich um ein noch nicht lange bekanntes und wenig erforschtes Krankheitsbild. Frauen haben oft eine lange Zeit des Leidens hinter sich, ehe sie sich professionelle Hilfe suchen. Das Wichtigste ist, die Beschwerden der Frauen ernst zu nehmen und ihnen damit zu helfen, ihre Scham abzubauen. Es gibt etliche Hinweise auf mögliche körperliche

und/oder vielleicht auch psychische Ursachen – gesichert ist bislang noch nichts. Möglicherweise handelt es sich sogar um ein ganzes Bündel unterschiedlicher Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen. Mit entsprechenden Unsicherheiten sind die therapeutischen Optionen verbunden. Es gibt viele Ansätze, die in einzelnen Fällen geholfen haben, in anderen nicht. Daher ist es wichtig, nach einer umfassenden Anamnese und Diagnostik einen auf dieser Basis möglichst viel versprechenden Therapieversuch zu starten und bei Unwirksamkeit umzustellen. Geduld ist dabei auf beiden Seiten erforderlich. Psychotherapeutische Begleitung ist oft notwendig, spätestens bei Anzeichen von Suizidgefährdung.

Literatur

- Amsterdam, A., Abu-Rustum, N., Carter, J., Krychman, M., 2005. Persistent Sexual Arousal Syndrome Associated with Increased Soy Intake. *J Sex Med* 2, 228–240.
- Anzellotti, F., Franciotti, R., Bonanni, L., Tamburro, G., Perrucci, M.G., Thomas, A., Pizella, V., Romani, G.L., Onofri, M., 2010. Persistent Genital Arousal Disorder Associated with Functional Hyperconnectivity of an Epileptic Focus. *Neuroscience* 167, 88–96.
- Arntzen, B.W.G.Z., de Boer, C.N., 2006. *BJOG* 113, 742–743.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heimann, J.R., Laan, E., Meston, S., Schover, L., van Lankveld, J., Weijmar Schulz, W., 2003. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynecol* 24, 221–229.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heimann, J.R., Laan, E., Meston, S., Schover, L., van Lankveld, J., Weijmar Schulz, W., 2004. Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction. *J Sex Med* 1, 40–48.
- Battaglia, C., Venturoli, S., 2009. Persistent Genital Arousal Disorder and Trazodone. Morphometric and Vascular Modifications of the Clitoris. A Case Report. *J Sex Med* 6, 2896–2900.
- Bell, C., Richardson, D., Goldmeier, D., Crowley, T., Kocsis, A., Hill, S., 2007. Persistent sexual arousal in a woman with associated cardiac defects and raised atrial natriuretic peptide. *International Journal of STD & AIDS* 18, 130–131.
- Berk, M., Acton, M., 1997. Citalopram-associated clitoral priapism: a case series. *International Clinical Psychopharmacology* 12, 121–122.
- Blin, O., Schwertschlag, U.S., Serratrice, G., 1991. Painful clitoral tumescence during bromocriptine therapy. *The Lancet* 337, 1231–1232.
- Boy, S., Reitz, S., Wirth, B., Knapp, P.A., Braun, P.M., Haferkamp, A., Schurch, B., 2006. Facilitatory Neuromodulative Effect of Duloxetine on Pudendal Motor Neurons Controlling the Urethral Pressure: A Functional Urodynamics Study in Healthy Women. *European Urology* 50, 119–125.
- Brodie-Meijer C.C.E., Diemont, W.L., Buijs, P.J., 1999. *International Clinical Psychopharmacology* 14, 257–258.

- Brotto, L.A., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S., Luria, M., 2010. Women's Sexual Desire and Arousal Disorders. *J Sex Med* 7, 586–614.
- Drabkin, M.F., Drabkin, I.E. (Eds.), 1951. *Caelius Aurelianus, Gynaecia. Fragments of a Latin version of Soranus' Gynaecia from a thirteenth century manuscript*, The John Hopkins Press, Baltimore.
- Freed, L., 2005. Persistent Sexual Arousal Syndrome. *J Sex Med* 2, 743.
- Goldmeyer, D., Bell, C., Richardson, D., 2006. Withdrawal of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) May Cause Increased Atrial Natriuretic Peptide and Persistent Sexual Arousal in Women? *J Sex Med* 3, 376.
- Goldmeier, D., Leiblum, S., 2008. Interaction of organic and psychological factors in persistent genital arousal disorder in women: a report of six cases. *International Journal of STD & AIDS* 19, 488–490.
- Goldmeier, D., Mears, A., Hiller, J., Crowley, T., 2009. Persistent genital arousal disorder: a review of the literature and recommendations for management. BASHH special interest group for sexual dysfunction. *International Journal of STD & AIDS* 20, 373–377.
- Goldstein, I., De, E.J.B., Johnson, J.A., 2006. Persistent sexual arousal syndrome and clitoral priapism, in: Goldstein, I., Meston, C.M., Davis, S.R., Traisch, A.M. (Eds.), *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment*. Taylor and Francis, London, pp. 674–685.
- Hallam-Jones, R., Wylie, K.R., 2001. Traditional dance – a treatment for sexual arousal problems? *Sexual and Relationship Therapy* 16, 377–380.
- Hiller, J., Hekster, B., 2007. Couple therapy with cognitive behavioural techniques for persistent sexual arousal syndrome. *Sexual and Relationship Therapy* 22, 91–96.
- Korda, J.B., Pfaus, J.G., Goldstein, I., 2009. Persistent Genital Arousal Disorder: A Case Report in a Woman with Lifelong PGAD Where Serendipitous Administration of Varenicline Tartrate Resulted in Symptomatic Improvement. *J Sex Med* 6, 1479–1486.
- Korda, J.B., Pfaus, J.G., Kellner, C.H., Goldstein, I., 2009. Persistent Genital Arousal Disorder (PGAD): Case Report of Long-Term Symptomatic Management with Electroconvulsive Therapy. *J Sex Med* 6, 2901–2909.
- Leiblum, S., Brown, C., Wan, J., Rawlinson, L., 2005. Persistent Sexual Arousal Syndrome: A Descriptive Study. *J Sex Med* 2, 331–337.
- Leiblum, S., Goldmeier, D., 2008. Persistent Genital Arousal Disorder in Women: Case Reports of Association with Anti-Depressant Usage and Withdrawal. *Journal of Sex & Marital Therapy* 34, 150–159.
- Leiblum, S., Seehuus, M., 2009. FSFI Scores of Women with Persistent Genital Arousal Disorder Compared with Published Scores of Women with Female Sexual Arousal Disorder and Healthy Controls. *J Sex Med* 6, 469–473.
- Leiblum, S., Seehuus, M., Goldmeier, D., Brown, C., 2007. Psychological, Medical, and Pharmacological Correlates of Persistent Genital Arousal Disorder. *J Sex Med* 4, 1358–1366.
- Levenson, J.L., 1995. Priapism Associated with Bupropion Treatment. *Am J Psychiatry* 152, 813.
- Lozan, G.B.L., Castaneda, P.F., 1981. *British Journal of Urology* 53, 390.
- Mahony, S., Zarate, C., 2007. Persistent sexual arousal syndrome: A case report and review of the literature. *Journal of Sex & Marital Therapy* 33, 65–71.
- Medina, C.A., 2002. Clitoral Priapism: A Rare Condition Presenting as a Cause of Vulvar Pain. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 100, 1089–1091.
- Modell, J.G. 1989. *J Clin Pharmacol* 9, 63–65.
- Riley, A.J., 1994. Premenstrual hypersexuality. *Journal of Sexual and Marital Therapy* 9, 87–93.
- Reading P. J., Will, R. G., 1997. Unwelcome orgasms. *The Lancet* 350, 1746.
- Rosenbaum, T. Y., 2010. Physical Therapy Treatment of Persistent Genital Arousal Disorder During Pregnancy: A Case Report. *J Sex Med* 7, 1306–10.
- Soranus von Ephesos, *Corpus medicorum Graecorum IV, Liber III* 25.
- Temkin, O., Eastman, N.J., Edelstein, L., Guttmacher, A.F. (Übersetzer), 1956. *Soranus' Gynecology*, The Johns Hopkins Press, Baltimore.
- Thorne, C., Stuckey, B., 2008. Pelvic Congestion Syndrome Presenting as Persistent Genital Arousal: A Case Report. *J Sex Med* 5, 504–508.
- Waldinger, M.D., van Gils, A.P.G., Ottervanger, H.P., Vandenbroucke, W.V.A., Tavy, D.L.J., 2009a. Persistent Genital Arousal Disorder in 18 Dutch Women: Part I. MRI, EEG, and Transvaginal Ultrasonography Investigations. *J Sex Med* 6, 474–481.
- Waldinger, M.D., Schweitzer, D.H., 2009b. Persistent Genital Arousal Disorder in 18 Dutch Women: Part II – A Syndrome Clustered with Restless Legs and Overactive Bladder. *J Sex Med* 6, 482–497.
- Waldinger, M.D., Venema, P.L., van Gils, A.P.G., Schweitzer, D.H., 2009c. New Insights into Restless Genital Syndrome: Static Mechanical Hyperesthesia and Neuropathy of the Nervus Dorsalis Clitoridis. *J Sex Med* 6, 2778–2787.
- Waldinger, M.D., Venema, P.L., van Gils, A.P.G., Schutter, E.M.J., Schweitzer, D.H., 2010a. *J Sex Med* 7, 1029–1034.
- Waldinger, M.D., de Lint, G.J., Venema, P.L., van Gils, A.P.G., Schweitzer, D.H., 2010 (Epub ahead of print). Successful Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation in Two Women with Restless Genital Syndrome: The Role of A δ - and C-Nerve Fibers. *JSM*.
- Wylie, K., Levin, R., Hallam-Jones, R., Goddard, A., 2006. Sleep Exacerbation of Persistent Sexual Arousal Syndrome in a Postmenopausal Woman. *J Sex Med* 3, 296–302.
- Yanik, M., 2004. Spontaneous Orgasm Started With Venlafaxine and Continued With Citalopram. *Canadian Journal of Psychiatry* 49, 786.
- Yero, S.A., McKinney, T., Petrides, G., Goldstein, I., Kellner, C.H., 2006. Successful Use of Electroconvulsive Therapy in 2 Cases of Persistent Sexual Arousal Syndrome and Bipolar Disorder. *J ECT* 22, 274–275.

Autorin

Dr. Susanne Philippsohn, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, email: philippsohn.susanne@mh-hannover.de

Medikamentöse Therapie der Erektile Dysfunktion – Aktueller Stand und Ausblick

Thomas C. Stadler, Christian G. Stief, Armin J. Becker

Erectile dysfunction pharmacotherapy – recent developments and perspectives

Abstract

The development of the phosphodiesterase-5(PDE5)-inhibitors Sildenafil (Viagra), Vardenafil (Levitra) and Tadalafil (Cialis), combining a high response rate and the advantage of on-demand intake, is the result of the scientific characterization of the physiology of the penile erectile smooth muscle. The introduction of these compounds as safe and well-tolerated orally active drugs for the treatment of erectile dysfunction is not only a worldwide clinical success; it has also provided the basis for the development and introduction of several new therapeutic modalities for the management of male and female sexual dysfunction. Moreover it has drawn further attention to cyclic nucleotide phosphodiesterases as putative pharmacological targets in a variety of disorders, such as pulmonary arterial hypertension, Raynaud's disease, Peyronie's disease, the benign prostatic syndrome, endothelial dysfunction, disturbances of male ejaculatory function (premature ejaculation), and female sexual dysfunction. Because the concept of taking a pill to cure an illness or relieve disease symptoms has become widely accepted by consumers, pharmacological research and development is focusing primarily on selective orally available drugs that influence peripheral intracellular or central regulatory mechanisms. For patients not responding to these agents even in high dosages, local pharmacotherapy via intracavernosal injection or transurethral application is available.

Keywords: Erectile dysfunction, conservative treatment, phosphodiesterase-5(PDE5)-inhibitors, local pharmacotherapy

Zusammenfassung

Die Erektile Dysfunktion (ED) stellt noch häufig ein Tabu-Thema in der ärztlichen Praxis dar. Da sich aber Störungen der Erektionsfähigkeit nicht selten als erste klinische Symptome einer bis dahin unerkannten generalisierten Gefäß-Kreis-lauferkrankung zeigen können, sollte auch beim älteren Patienten zumindest eine orientierende Evaluation der Sexualfunktion stattfinden. Heute lassen sich in der Therapie der Erektile Dysfunktion eine Vielzahl an oral und lokal applizierbaren Substanzen sowie mecha-

nische Hilfsmittel einsetzen. Nach Abwägung der entsprechenden Indikationen bzw. der Kontraindikationen und unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedürfnisse und Vorstellungen des Patienten kann eine individuell angepasste Behandlung geplant werden. Die drei kommerziell verfügbaren PDE5-Inhibitoren repräsentieren heute – bei Beachtung der Kontraindikationen, d. h. etwa keine Kombination mit Nitraten und anderen NO-Donatoren – den Goldstandard in der First-line-Therapie der ED. Es ist wahrscheinlich, dass zukünftig neue PDE5-Inhibitoren mit einer höheren Selektivität und/oder verbesserten Pharmakokinetik in dieser Indikation verfügbar sein werden. Die Zulassung von Sildenafil für die Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie und die verfügbaren klinischen und präklinischen Daten, welche die Verwendung von PDE5-Inhibitoren in weiteren urologischen und nicht-urologischen Indikationsbereichen betreffen, zeigen, dass sich das Spektrum der Anwendung für diese Klasse von Substanzen kontinuierlich erweitert und inzwischen nicht mehr ausschließlich auf die Therapie der ED fokussiert ist. Im Falle des Nichtansprechens auf diese Substanzen stehen darüber hinaus zur Therapie der erektilen Dysfunktion gut wirksame lokal applizierbare Wirkstoffe zur Verfügung.

Schlüsselwörter: Erektile Dysfunktion (ED), konservative Therapie, Phosphodiesterase-5(PDE5)-Hemmstoffe, lokale Pharmakotherapie

Einleitung

Heute stehen in der Therapie der Erektile Dysfunktion eine Vielzahl an oral und lokal applizierbaren Substanzen, aber auch mechanische Hilfsmittel und als Ultima ratio die Schwellkörperimplantation zur Verfügung. Nach Abwägung der entsprechenden Indikationen bzw. der Kontraindikationen und unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedürfnisse und Vorstellungen des Patienten kann eine individuell angepasste Behandlung geplant werden. Als so genannte „first-line“ Therapie werden neben eventueller Sexualtherapie und Androgensersatztherapie orale Hemmstoffe der Phosphodiesterase 5 eingesetzt, im Falle einer unwirksamen oder kontraindizierten oralen Behandlung können Schwellkörperautoinjektionsthera-

pie, intraurethrale Applikation, Vakuum-Erektionshilfen (Stufe 2) und schließlich die Schwellkörperimplantation (Stufe 3) wichtige Beiträge zur Behandlung von Erektionsstörungen leisten (McVary, 2007a). Im Folgenden werden die aktuellen medikamentösen Therapieoptionen der Erektile Dysfunktion und deren vielversprechende Weiterentwicklungen dargestellt.

Selektive Hemmstoffe der Phosphodiesterase 5 (PDE5)

Während einige Körpergewebe fast alle Subtypen des Enzyms Phosphodiesterase exprimieren, finden sich in anderen nur wenige Isoenzyme. Selbst in Organen und Geweben, in denen zahlreiche PDE exprimiert werden, dominieren nur wenige die Regulation der zellulären Funktionen. Diese relative Gewebespezifität und die Sensitivität gegen selektive Inhibitoren macht die PDE zu einem interessanten Ziel der pharmakologischen Beeinflussung durch selektive PDE-Inhibitoren.

In der Urologie dominieren die selektiven PDE5-Inhibitoren Sildenafil (VIAGRA®), Vardenafil (LEVITRA®) und Tadalafil (CIALIS®) die orale Pharmakotherapie der Erektile Dysfunktion (ED). Die Resultate basiswissenschaftlicher Arbeiten und klinischer Studien lassen vermuten, dass das Konzept der PDE-Inhibition auch auf andere urologische Erkrankungen wie das Benigne Prostatasyndrom (BPS), Störungen der Speicher- und Entleerungsfunktion der Harnblase, die Ejaculatio praecox und Beeinträchtigungen der weiblichen Sexualfunktion (female sexual dysfunction, FSD) anwendbar sein könnten.

Die PDE5 ist eines der funktionell relevanten PDE-Isoenzyme in der glatten Muskulatur des Corpus cavernosum penis (CC) und der das CC perfundierenden Gefäße. Die Relaxation dieser Muskulatur ist eine Voraussetzung für die Einleitung und Aufrechterhaltung der Erektion und wird durch die endotheliale und neuronale Freisetzung von Stickoxid (NO) vermittelt. Die PDE5-Inhibitoren hemmen den hydrolytischen Abbau von cGMP, das als primäres Produkt der NO-induzierten Aktivität des Enzyms Guanylatzyklase (sGC) die Depletion der intrazellulären Ca²⁺-Konzentration und somit die Relaxation der cavernösen Muskulatur vermittelt (Ückert 2001, 2006).

PDE5-Inhibitoren in der oralen Pharmakotherapie der ED

Sildenafil

Der selektive PDE5-Inhibitor Sildenafil (VIAGRA®) hat die Pharmakotherapie der ED seit seiner Markteinführung im Jahre 1998 revolutioniert. Die Effektivität von Sildenafil wurde in zahlreichen klinischen Studien an mehr als 6000 Männern untersucht. Zu den Ursachen der ED zählten psychogene Genesen ebenso wie Diabetes mellitus, Wirbelsäulentraumata und Operationen im kleinen Becken. Die Analyse von 11 doppelblinden, placebokontrollierten Studien (mittlere Studiendauer 12 Wochen, gegeben wurden flexible Dosen zwischen 25 und 100 mg) mit >2500 Patienten zeigte signifikante Verbesserungen der erektilen Funktion im Vergleich zur Placebogruppe. Die-se Verbesserung war unabhängig vom Alter, der Ätiologie, des Grades und der Dauer der ED oder vorhandener Komorbiditäten. Patienten, die Sildenafil erhielten, berichteten häufiger über GV-taugliche Erektionen als diejenigen in der Placebogruppe. Sildenafil wird rasch resorbiert und erreicht seine maximale Plasmakonzentration innerhalb von ca. 60 min, die Halbwertszeit beträgt etwa vier Stunden. Die Effektivität lag bei 84% in der Gruppe der Patienten mit einer psychogenen ED, jedoch nur bei 43–52% bei solchen Patienten, deren lokale (cavernöse) Produktion von Stickoxid (NO) durch einen Diabetes oder nach Operationen im kleinen Becken beeinträchtigt war. Die-se Beobachtung unterstützt die Tatsache, dass Sildenafil, ebenso wie die anderen PDE5-Inhibitoren, nur dann wirksam sein können, wenn die Unversehrtheit der neuronalen und endothelialen Strukturen des CC gewährleistet ist (Stief 1997). Die häufigsten Nebenwirkungen unter der Einnahme von Sildenafil sind Kopfschmerzen (18%), Gesichtsröte (11%), Dyspepsie (7%), Schwellung der Nasenschleimhäute (5%) und Störungen des Farbsehens (2%) (Francis 2005). Diese Nebenwirkungen erklären sich durch die Verteilung der PDE5, die nicht nur im CC, sondern auch in anderen Organen wie den Blutgefäßen und dem Gastrointestinaltrakt vorhanden sind. Die Ursache der Beeinträchtigung des Farbsehens ist die Hemmung der Aktivität der PDE6, welche an der Phototransduktion in der Retina beteiligt ist, durch Sildenafil (Ückert, 2001).

Vardenafil

Vardenafil (LEVITRA®) gehört zu den neueren PDE5-Inhibitoren, deren Substanz hemmt die Hydrolyse von

cGMP um einen Faktor 10 stärker als Sildenafil (IC₅₀ Tadalafil = 0,7 nM vs. IC₅₀ Sildenafil = 6,6 nM) (Saenz de Tejada, 2001). Der IC₅₀-Wert gibt an, welche Konzentration einer Inhibitorsubstanz die Aktivität einer isolierten Enzymfraktion um 50% hemmt. Je geringer dieser Wert ist, desto höher ist die Affinität des Inhibitors zum Zielenzym.

Die empfohlene Dosierung von Vardenafil liegt zwischen 10 und 20 mg, das Zeitintervall bis zum Erreichen der maximalen Plasmakonzentration beträgt ca. 40 min, bei 50% der Patienten manifestiert sich die klinische Wirkung allerdings deutlich früher. Die Plasmahalbwertszeit von Vardenafil beträgt vier–fünf Stunden (Sommer, 2005).

Die Wirksamkeit von Vardenafil wurde in großen doppelblinden, placebokontrollierten Studien untersucht, welche Patienten einschlossen, deren ED durch verschiedene Ätiologien und Komorbiditäten, darunter Diabetes mellitus und Zustand nach radikaler Prostatektomie, charakterisiert waren. Abhängig vom Schweregrad der ED (mild bis moderat oder schwer) lag die Effektivität nach Einnahme von 20 mg Vardenafil zwischen 79% und 40%, verglichen mit 20% und 4% in der Placebogruppe (Salem, 2006). Vardenafil wurde gut vertragen, die häufigsten Nebenwirkungen waren Kopfschmerzen (8%), Gesichtsröte (6–10%), Dyspepsie (5%) und Schwellung der Nasenschleimhäute (6%), diese waren mild bis moderat und häufig nur von kurzer Dauer. Effekte des Genusses von lipidreicher Nahrung oder Alkohol auf die Pharmakokinetik der Substanz sind nicht beschrieben. Seit Kurzem steht auch eine Vardenafil-Schmelztablette mit einer Dosierung von 10 mg zur Verfügung, die ohne Wasser eingenommen werden soll. Die Schmelztablette wird binnen einer Minute von der Mundschleimhaut resorbiert und entfaltet dann eine Wirkungsstärke, die laut Firmenangaben der oralen Applikation einer 20 mg Tablette entspricht. Auch in dieser, von vielen Männern bevorzugten Applikationsform zeigte sich Vardenafil effektiv und gut verträglich (Sperling, 2010).

Unter der Medikation zeigte sich keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) während der sexuellen Aktivität. In Kombination mit Nitroglycerin verursachte die Gabe von 10 mg Vardenafil nur geringe Änderungen des Blutdruckes und der Pulsrate, diese Änderungen waren vergleichbar mit denen, die nach der Applikation von Nitroglycerin und Placebo beobachtet wurden (Mazzu, 2001, Thadani, 2002). Dennoch ist die Kombination von PDE5-Inhibitoren und Nitraten oder anderen NO-Donatoren grundsätzlich kontraindiziert. Die Analyse der Daten einer Phase-III-Studie zeigte, dass Vardenafil auch in einer Gruppe von Patienten, die unter einer antihypertensiven Therapie mit Diuretika, Betablockern, Calciumantagonisten oder ACE-Hemmern standen, effektiv war und gut vertragen wurde.

Tadalafil

Tadalafil (CIALIS®) ist wie Vardenafil ein Vertreter der neuen selektiven PDE5-Inhibitoren, die Substanz zeigt lediglich geringe Aktivität gegen die PDE1, PDE4, PDE7 und PDE10 (IC₅₀-Ratio >10.000). Allerdings ist Tadalafil durch eine 5-fach höhere Selektivität für die PDE11A charakterisiert (IC₅₀-Ratio = 7,1) als Sildenafil (IC₅₀-Ratio = 203) und Vardenafil (IC₅₀-Ratio = 346) (Eardly, 2002). Die physiologische Wertigkeit der PDE11, die beim Menschen in der Prostata, den Hoden und der Skelettmuskulatur nachgewiesen wurde, ist bisher noch nicht vollständig evaluiert und verstanden (Yuasa, 2000).

Die chemische Struktur von Tadalafil unterscheidet sich deutlich von der des Sildenafil und Vardenafil. Die Zeit bis zum Erreichen der maximalen Plasmakonzentration beträgt ca. 120 min, die klinische Wirkung tritt jedoch deutlich früher ein. Mit 17,5 Stunden ist die Plasmahalbwertszeit von Tadalafil deutlich länger als die von Sildenafil und Vardenafil. In placebokontrollierten Studien mit mehr als 4000 Patienten, die Dosierungen von ≤ 25 mg des Medikaments verwendeten, berichteten 88% der Probanden über eine Verbesserung der Erektion und 73% über einen erfolgreich durchgeführten GV. Auch in der Gruppe der Patienten mit Diabetes zeigte sich eine Verbesserung der Erektionsfähigkeit, die klinische Effektivität betrug 64% im Vergleich zu 25% in der Placebogruppe. 60% der Patienten gaben an, dass auch bis zu 36 Stunden nach der Einnahme von Tadalafil GV möglich war. Interaktionen zwischen Nahrung und/oder Alkoholenuss auf die Pharmakokinetik des Wirkstoffs sind nicht bekannt. In den letzten Jahren wurden auch Untersuchungen zu neuen Therapieschemata mit Tadalafil durchgeführt. Hier zeigte sich die kontinuierliche Einnahme von 5 mg Tadalafil täglich als wirksame und gut verträgliche Alternative zur bedarfsorientierten Applikation. So könnte vielen Patienten mit erektiler Dysfunktion die Wiedererlangung eines spontanen Sexuallebens ermöglicht werden. Außerdem zeichnete sich ab, dass die regelmäßige Einnahme im Gegensatz zur sporadischen die Gefäßendothel-Funktion signifikant verbessern könnte (Porst 2008, 2009).

Häufige Nebenwirkungen nach der Applikation von Tadalafil sind Kopfschmerzen (Tadalafil: 23% vs. Placebo: 17%), Dyspepsie (11% vs. 7%) und Myalgie (4% vs. 2,4%). Zwar wird unter der Gabe von Tadalafil kein Red-flush-Phänomen beobachtet, allerdings berichteten in den klinischen Studien 5% der Patienten über Rückenschmerzen (Placebo 0%) (Brock 2002). Es wird vermutet, dass diese Nebenwirkung, die in der Regel nach wiederholter Einnahme der Substanz nicht mehr auftritt, auf die inhibitorische Aktivität des Tadalafil gegen die PDE11A zurückzuführen ist (Gebekor, 2001). In Dosierungen ≤ 20

mg hat Tadalafil keinen Einfluss auf Herzfrequenz oder den Blutdruck. Studien, welche die Interaktion zwischen Tadalafil und Nitraten untersuchten, zeigten nur eine moderate Senkung des Blutdrucks als Folge des synergistischen Effekts (Emmick, 2002).

Neue PDE5-Inhibitoren

Udenafil (DA-8159)

Udenafil ist ein neuer oraler PDE5-Inhibitor, der bisher lediglich in Südkorea für die Therapie der ED verfügbar ist. Eine Phase-II-Studie zeigte nach 12 Wochen Therapie auch bei Patienten mit schwerer ED eine signifikante Verbesserung der erektilen Funktion. Udenafil wird als gut verträglich beschrieben. In männlichen Ratten mit Hypercholesterämie oder Diabetes führte sowohl die akute (0,3 oder 1 mg/kg) als auch die chronische Applikation (20 mg/kg) von Udenafil zu einer Zunahme des intrakavernösen Druckes und einem Rückgang der Plasmakonzentration des vasokonstriktorischen Peptids Endothelin 1 (ET-1) und asymmetrischen Dimethylarginin (ADMA), eines endogenen Inhibitors der Stickoxidsynthese (NOS) (Kang, 2005, Salem, 2006).

Avanafil

Avanafil, das als schnell wirksamer, hochselektiver PDE5-Inhibitor charakterisiert ist, wird gegenwärtig von der Fa. VIVUS Inc. (Mountain View, CA, USA) zur Verwendung in der oralen Therapie der ED entwickelt. Die hohe Affinität des Wirkstoffs zum Zielenzym PDE5 resultiert aus der besonderen chemischen Struktur des Moleküls, die sich wesentlich von denen der PDE5-Inhibitoren Sildenafil, Vardenafil und Tadalafil unterscheidet.

Eine multizentrische, doppelblinde, randomisierte Paralleldesignstudie zeigte, dass $\leq 84\%$ der Probanden etwa 30 min nach der Einnahme von Avanafil unter sexueller Stimulation Erektionen entwickelten, die für eine vaginale Penetration geeignet waren. Relevante Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Die 2-malige tägliche Gabe der Substanz führte nicht zu einer Akkumulation im Plasma. Die Kombination mit Nitraten hatte lediglich einen geringen Einfluss auf Blutdruck und Herzfrequenz der Probanden (VIVUS 2008, Bayes, 2006).

Lodenafil

Im Gegensatz zum Avanafil und Udenafil befindet sich das Lodenafil(carbonat) gegenwärtig noch in der präklinischen Phase der Entwicklung. Lodenafil hemmt die Hydrolyse von cGMP in isolierten Fraktionen humaner Blutplättchen um einen Faktor 2 stärker als Sildenafil und potenziert in vitro die durch Acetylcholin oder elektrische Feldstimulation (EFS) induzierte NO- und endothelabhängige Relaxation isolierter glatter Muskulatur des humanen CC. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Wirksubstanz in realen klinischen Szenarien in der Therapie der ED bewähren wird (De Nucci, 2006).

PDE5-Inhibitoren – mehr als nur ED-Therapie

Nichturologische Indikationen

Wie bereits erwähnt, zeigen die Resultate klinischer Studien, dass das Konzept der PDE5-Inhibition auch auf andere urologische und nichturologische Erkrankungen anwendbar ist. So ist Sildenafilcitrat inzwischen unter dem Handelsnamen REVATIO® auch für die Therapie der pulmonalen arteriellen Hypertonie (PAH) zugelassen, die empfohlene Dosierung beträgt 3x 20 mg/Tag. Galie und Mitarbeiter (Galie, 2006) zeigten in einer Studie an 278 Patienten mit PAH nach der Gabe des PDE5-Inhibitors eine signifikante Zunahme der mittleren Gehstrecke, einen Rückgang des pulmonalen arteriellen Druckes und eine Verbesserung des „WHO Function Scores“.

Eine Arbeit von Foresta und Mitarbeitern bestätigt die Hypothese einer protektiven Funktion von PDE5-Inhibitoren auf die Funktion des Endothels. Die Gabe von Tadalafil führte in einem Kollektiv von Patienten mit ED zu einer signifikanten Erhöhung zirkulierender endothelialer Prekursorzellen. (Foresta, 2006) Diese im Knochenmark produzierten Zellen sind wesentlich für die Regeneration von Schäden des vaskulären und cavernösen Endothels und somit von großer Bedeutung für die Aufrechterhaltung seiner vasoaktiven Funktionen.

Caglayan und Mitarbeiter untersuchten den Effekt von Vardenafil in Patienten mit primärem und sekundärem Morbus Raynaud. Sie registrierten in 70% der Probanden nach der Applikation von 2-mal 10 mg Vardenafil (2-mal täglich für 14 Tage) eine signifikante Zunahme des peripheren Blutflusses und eine Verbesserung der klinischen Symptome. Positive Effekte zeigten sich bereits etwa 1 Stunde nach der Gabe des Präparats (Caglayan, 2006).

Urologische Indikationen

In der Urologie sieht man in der Sexualmedizin und der Therapie des BPS einschließlich LUTS (lower urinary tract symptomatology), BPH (benign prostatic hyperplasia) und BPH-assoziiierter Störungen der Speicher- und Entleerungsfunktion der Harnblase interessante Indikationsgebiete für PDE5-Inhibitoren. Ferrini und Mitarbeiter untersuchten am Tiermodell der Ratte mögliche protektive Effekte von Vardenafil auf die durch eine intratunical Injektion von „transforming growth factor β_1 “ (TGF- β_1) induzierte Bildung von Plaques in der Tunica albuginea, einer sklerotischen Induration, welche für Peyronie's Disease charakteristisch ist. Sie fanden eine Reduktion des Verhältnisses von Kollagen zu glatter Muskulatur, Kollagen III zu Kollagen I und Myofibroblasten sowie einen Anstieg des apoptotischen Index in den Plaques in der Gruppe der Tiere, die mittelbar nach der Applikation von TGF- β_1 Vardenafil erhalten hatten (Ferrini, 2006).

In-vitro-Untersuchungen zur Bedeutung der NO-cGMP-Signaltransduktion in der Kontrolle der humanen Vesicula seminalis und die Ergebnisse initialer klinischer Studien lassen auf eine mögliche Verwendung von PDE5-Inhibitoren in der Pharmakotherapie der Ejaculatio praecox schließen (Ückert, 2006). Inzwischen gibt es Hinweise darauf, dass PDE5-Inhibitoren nicht nur in der Therapie von Störungen der männlichen Sexualfunktion effektiv sind, sondern dass auch Frauen mit FSAD- (Female-sexual-arousal-disorder-)Symptomatik von einer Therapie mit dieser Klasse von Wirkstoffen profitieren können (Ückert, 2006, Mayer, 2007).

Stief und Mitarbeiter untersuchten in einer randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten und multizentrischen Studie die Wirkung von Vardenafil bei Patienten mit BPH/LUTS (lower urinary tract symptomatology) und einem IPSS (International Prostate Symptom Score) von ≥ 12 . Über einen Zeitraum von 8 Wochen erhielten 108 Patienten täglich 2-mal 10 mg Vardenafil, 113 Patienten erhielten ein Placebopräparat. In der Verumgruppe ergab sich eine Reduktion des IPSS-Scores um $-5,9$ (vs. $-3,6$ in der Placebogruppe) und eine deutliche Zunahme der mit dem „Quality-of-life-9-“ (QoL-9-) Fragebogen evaluierten Lebensqualität der Patienten (Stief, 2008). Ähnliche Resultate präsentieren Arbeiten von McVary und Andersson (McVary, 2007b, Andersson, 2011), welche die Effekte von Tadalafil in einem Studienprotokoll untersuchten, das dem von Stief und Mitarbeitern verwendeten entspricht.

Androgen-Substitutionstherapie

Bei der Diagnostik von Erektionsstörungen zeigt sich nicht selten ein Testosteronmangel im Rahmen eines late-onset Hypogonadismus. Dieser Mangel kann neben der Schwellkörperfunktion auch auf viele andere Organsysteme negativen Einfluss nehmen und eine empfindliche Einschränkung der Lebensqualität des Patienten bewirken. Hat ein Patient mit klinischen Symptomen wie Verlust des sexuellen Interesses, Antriebsminderung und Veränderungen der sekundären Geschlechtsmerkmale einen gesicherten Testosteronmangel, so ist eine Substitutionstherapie dringend anzuraten. Nach dem Ausschluss von Kontraindikationen wie einem Prostatakarzinom oder einer schweren Blasenobstruktion kann Testosteron transdermal oder intramuskulär als Depot verabreicht werden.

Der Therapieerfolg sollte durch die regelmäßige Bestimmung von Serum-Testosteronspiegeln überwacht werden, während der Behandlung ist das Monitoring des Blutbildes und von eventuellen Nebenwirkungen wie Hitzewallungen, Schlafapnoe, Leberfunktionsstörungen und Hyperlipidämie erforderlich (Nieschlag, 2005).

Schwellkörperautoinjektionstherapie

Bei der Schwellkörperautoinjektionstherapie (SKAT) wird eine definierte Dosis eines lokal wirksamen gefäßaktiven Stoffes vom Patienten selbst vor gewünschtem Geschlechtsverkehr in den Schwellkörper injiziert. Diese Methode wurde bereits in den frühen 1980er Jahren eingeführt und bedeutete damals einen Meilenstein bei der Behandlung von Erektionsstörungen, da so erstmals eine sichere und hocheffektive pharmakologische Möglichkeit zur Behandlung der ED verfügbar wurde. Die Anleitung des Patienten zur Selbstinjektion sollte durch einen Urologen erfolgen, während und nach der ersten Anwendung ist eine ärztliche Überwachung sinnvoll.

In der Diagnostik spielt die Schwellkörperinjektion eine wichtige Rolle bei der Beurteilung der Schwellkörperfunktion, ein unterschiedliches Ansprechen auf verschiedenen Dosen des applizierten Wirkstoffes lässt oft bereits Rückschlüsse auf die Ursache der Erektionsstörung zu. Nach der Injektion sollten eine farbkodierte Duplex-Sonographie zur Bestimmung der Flussgeschwindigkeit in den tiefen Penisarterien und eine klinische Evaluation der Tumescenz und der Rigidität des Penis nach definierten Kriterien erfolgen.

Das Wirkungsprinzip beruht auf einer Relaxation der Muskelzellen sowohl in der Gefäßmuskulatur als auch im

Corpus cavernosum. Die Blutgefäße erweitern sich und Blut strömt vermehrt in die Schwellkörper. Es kommt also hier, anders als bei den oralen PDE 5-Hemmstoffen, unabhängig von sexueller Stimulation zu einer Erektion. Sofern der Patient auf diese Behandlungsform anspricht, tritt die Wirkung nach etwa 5 bis 20 Minuten ein. Die am häufigsten eingesetzte Substanz ist ein Analagon des körpereigenen Botenstoffes Prostaglandin E1 (PGE1), Alprostadil (Viridal®, Caverject®), das über eine Stimulation der Adenylatzyklase bei den meisten Formen der ED eine hohe Effektivität und geringe Nebenwirkungs- und Komplikationsrate zeigt.

Alprostadil kann je nach Ätiologie und Ausprägung der Erektionsstörung und in Abhängigkeit von der jeweiligen Wirkung in Dosen von 2,5, 5, 10, 20 oder 40 µg appliziert werden.

Weitere in Frage kommende Substanzen sind Papaverin (unspezifische Hemmung der Phosphodiesterase) und Phentolamin (Hemmung von α_1 - und α_2 -Adrenozeptoren), diese sind jedoch zugunsten des PGE1 in den Hintergrund getreten. Allerdings können bei einem Misserfolg mit PGE1 – auch mit der höchsten Dosis Alprostadil – alle drei Wirkstoffe kombiniert als „Triple-Mix“ eine Wirkung erzielen. Diese Möglichkeit sollte vor der Planung einer Schwellkörperimplantation unbedingt ausgeschöpft werden.

Als unerwünschte Nebenwirkungen und Langzeitkomplikationen kommen bei der SKAT lokale Entzündungen und Hämatome, unnatürliches Spannungsgefühl und Schmerzen im Penis, sowie unter Langzeitanwendung Schwellkörpervernarbungen in Betracht. Die Dauer der Erektion nach Schwellkörperinjektion liegt zwischen 30 Minuten und 2–3 Stunden, länger anhaltende, prolongierte Erektionen bedürfen unter Umständen einer ärztlichen Intervention. Auch nach der radikalen Prostatektomie ist die Schwellkörperinjektionstherapie ein geeignetes Mittel zur Wiederherstellung und Unterstützung der Potenz, allerdings kann sie aufgrund ihrer Invasivität und möglicher Komplikationen nicht als Mittel der ersten Wahl angesehen werden und sollte erst nach entsprechender erfolgloser Behandlung mit oralen Wirkstoffen erfolgen (Alexandre, 2007, Seyam, 2005).

Intraurethrale Applikation – MUSE®

Der Wirkstoff Alprostadil, der bei der Autoinjektionstherapie in den Schwellkörper gespritzt wird, findet auch bei MUSE® (Medicated Urethral System for Erection) Anwendung. Mittels eines speziellen Applikators wird hierbei der Wirkstoff als kleines Zäpfchen in die Harnröhre eingebracht. Von dort gelangt er über die Schleim-

haut und über gemeinsame Blutgefäße aus dem Corpus spongiosum in die Corpora cavernosa und entfaltet dort seine Wirkung. Diese komfortable Methode ist für Patienten geeignet, die die Injektionstherapie ablehnen oder weil sie auf Grund anderer Gegenanzeigen nicht in Frage kommt. Um Läsionen der Harnröhre beim Einführen des Zäpfchens zu vermeiden, sollte der Patient vor der Applikation Wasser lassen, um die Harnröhre zu befeuchten. Die Wirkstoffmenge muss im Vergleich zur SKAT deutlich höher angesetzt werden (500 bis 1000 µg), da die Substanz durch die Harnröhre und das Corpus spongiosum zum eigentlichen Wirkungsort gelangen muss. Die Gliedsteife stellt sich in der Regel 15 bis 20 Minuten nach der Applikation ein und hält für etwa 30 bis 60 Minuten an. Die Härte der Erektion kann gegebenenfalls durch die zusätzliche Verwendung eines Kunststoffringes an der Penisbasis verbessert werden.

Obwohl ca. 80% des Wirkstoffes innerhalb von 10 Minuten von der Harnröhrenschleimhaut absorbiert werden, kann bei schwangeren Sexualpartnerinnen die Konzentration von PGE1 im Ejakulat ein Risiko darstellen, daher wird in solchen Fällen nach der Verwendung von MUSE® geschützter Geschlechtsverkehr empfohlen. Die möglichen Nebenwirkungen sind aufgrund der intraurethralen Applikation der Substanz schmerzhaft Harnröhrenreizungen bis hin zu Harnröhrenblutungen, Miktionsbeschwerden und Kreislaufreaktionen sowie damit verbundene Blutdruckabfälle und Schwindelgefühl. Bei Männern mit Induratio penis plastica und bei Patienten, die auf Grund von Erkrankungen wie Sichelzellanämie, multiplem Myelom oder Leukämien zur Entwicklung eines Priapismus neigen, darf diese Behandlungsform nicht angewendet werden (Spivack, 1997).

Literatur

- Alexandre, B., Lemaire, A., Desvaux, P., Amar, E., 2007. Intracavernous injections of prostaglandin E1 for erectile dysfunction: patient satisfaction and quality of sex life on long-term treatment. *J Sex Med.* 4(2): 426–31.
- Andersson, K.E., de Groat, W.C., McVary, K.T., Lue, T.F., Maggi, M., Roehrborn, C.G., Wyndaele, J.J., Melby, T., Viktrup, L., 2011. Tadalafil for the treatment of lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia: Pathophysiology and mechanism(s) of action. *Neurourol Urodyn*.doi: 10.1002/nau.20999. (Epub ahead of print)
- Bayes, M., Rabasseda, X., Prous, J.R., 2006. Gateways to clinical trials. *Methods Find Exp Clin Pharmacol* 29: 697–673.
- Brock, G.B., McMahon, C.G., Chen, K.K., Costigan, T., Shen, W., Watkins, V., Anglin, G., Whitaker, S., 2002. Efficacy and safety of tadalafil for the treatment of erectile dysfunction: results of integrated analyses. *J Urol* 168: 1332–1336.
- Caglayan, E., Huntegeburth, M., Karasch, T., Weihrauch, J.,

- Hunzelmann, N., Krieg, T., Erdmann, E., Rosenkranz, S., 2006. Phosphodiesterase type 5 inhibition is a novel therapeutic option in Raynaud disease. *Arch Intern Med* 166: 231–233.
- De Nucci, G., Lorenzetti, R., Okuyama, C.E., 2007. Pharmacological characterization of the novel phosphodiesterase type 5 (PDE5) inhibitor lodenafil carbonate on human and rabbit corpus cavernosum. *Urology* 70 (Suppl 3A): 105.
- Eardly, I., Cartledge, J., 2002. Tadalafil (CIALIS) for men with erectile dysfunction. *Int J Clin Pract* 56: 300–304.
- Emmick, J.T., Stuewe, S.R., Mitchell, M., 2002. Overview of the cardiovascular effects of tadalafil. *Eur Heart J* 4(Suppl H): 32ff.
- Ferrini, M.G., Kovanez, I., Nolzaco, G., Rajfer, J., Gonzalez-Cadavid, N.F., 2006. Effects of long-term vardenafil treatment on the development of fibrotic plaques in a rat model of Peyronie's disease. *BJU Int* 97: 625–633.
- Foresta, C., Ferlin, A., De Toni, L., Lana, A., Vinanzi, C., Galan, A., Caretta, N., 2006. Circulating endothelial progenitor cells and endothelial function after chronic tadalafil treatment in subjects with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 18: 484–488.
- Francis, S.H., Corbin, J.D., 2005. Sildenafil: efficacy, safety, tolerability and mechanism of action in treating erectile dysfunction. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 1: 283–293.
- Galie, N., Ghofrani, H.A., Torbicki, A., Barst, R.J., Rubin, L.J., Badesch, D., Fleming, T., Parpia, T., Burgess, G., Branzi, A., Grimminger, F., Kurzyna, M., Simonneau, G.; Sildenafil Use in Pulmonary Arterial Hypertension (SUPER) Study Group, 2005. Sildenafil citrate therapy for pulmonary arterial hypertension. *N Engl J Med* 353: 2148–2157.
- Gebekor, E., Bethell, S., Fawcett, L., 2001. Selectivity of sildenafil and other phosphodiesterase type 5 inhibitors against all human phosphodiesterase families. *Eur Urol* 1(Suppl 1): 63.
- Kang, K.K., Yu, J.Y., Yoo, M., Kwon, J.W., 2005. The effect of DA-8159, a novel PDE5 inhibitor, on erectile function in the rat model of hypercholesterolemic erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 17: 409–416.
- Mayer, M.E., Bauer, R., Schorsch, I., Sonnenberg, J.E., Stief, C.G., Ückert, S., 2007. Female sexual dysfunction: what's new? *Curr Opin Obstet Gynecol* 19: 536–540.
- Mazzu, A., Nicholls, A., Zinny, M., 2001. Vardenafil: a new highly selective PDE5 inhibitor, interacts minimally with nitroglycerin in healthy middle-aged subjects. *Int J Impot Res* 13(Suppl 5): 64.
- McVary, K.T., 2007. Clinical practice. Erectile dysfunction. *N Engl J Med*. 357(24): 2472–81.
- McVary, K.T., Monnig, W., Camps, J.L. Jr., Young, J.M., Tseng, L.J., van den Ende, G., 2007. Sildenafil citrate improves erectile function and urinary symptoms in men with erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia: a randomized, double-blind trial. *J Urol* 177: 1071–1077.
- Nieschlag, E., Swerdloff, R., Behre, H.M., Gooren, L.J., Kaufman, J.M., Legros, J.J., Lunenfeld, B., Morley, J.E., Schulman, C., Wang, C., Weidner, W., Wu, F.C.; International Society of Andrology (ISA); International Society for the Study of the Aging Male (ISSAM); European Association of Urology (EAU), 2005. Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. ISA, ISSAM, and EAU recommendations. *Eur Urol*. 48(1): 1–4.
- Porst, H., Rajfer, J., Casabé, A., Feldman, R., Ralph, D., Vieira, L.F., Esler, A., Wolka, A.M., Klise, S.R., 2008. Long-term safety and efficacy of tadalafil 5 mg dosed once daily in men with erectile dysfunction. *J Sex Med*. 5(9): 2160–9.
- Porst, H., Hell-Momeni, K., Büttner, H., 2009. Chronic PDE-5 inhibition in patients with erectile dysfunction. New treatment approach using once daily Tadalafil. *Urologe* 48: 1318–1329.
- Saenz de Tejada, I., Angulo, J., Cuevas, P., Fernández, A., Moncada, I., Allona, A., Lledó, E., Körschen, H.G., Niewöhner, U., Haning, H., Pages, E., Bischoff, E., 2001. The phosphodiesterase inhibitory selectivity and the in vitro and in vivo potency of the new PDE5 inhibitor vardenafil. *Int J Impot Res* 13: 282–290.
- Salem, E.A., Kendirci, M., Hellstrom, W.J., 2006. Udenafil, a long-acting PDE5 inhibitor for erectile dysfunction. *Curr Opin Investig Drugs* 7: 661–669.
- Seyam, R., Mohamed, K., Akhras, A.A., Rashwan, H.A., 2005. Prospective randomized study to optimize the dosage of trimix ingredients and compare its efficacy and safety with prostaglandin E1. *Int J Impot Res*. 17(4): 346–53.
- Sommer, F., 2005. Potency and selectivity of vardenafil: a phosphodiesterase type 5 inhibitor. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 1: 295–301.
- Sperling, H., Debruyne, F., Boermans, A., Beneke, M., Ulbrich, E., Ewald, S., 2010. The POTENT I randomized trial: efficacy and safety of an orodispersible vardenafil formulation for the treatment of erectile dysfunction. *J Sex Med*. 7(4 Pt 1): 1497–507.
- Spivack, A.P., Peterson, C.A., Cowley, C., Hall, M., Nemo, K.J., Stephens, D., Tam, P.Y., Todd, L.K., Place, V.A., 1997. Long-term safety profile of transurethral alprostadil for the treatment of erectile dysfunction. *J Urol* 157: A792.
- Stief, C.G., Porst, H., Neuser, D., Beneke, M., Ulbrich, E., 2008. A randomized, placebo-controlled study to assess the efficacy of twice-daily vardenafil in the treatment of lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol* 53: 1236–1244.
- Thadani, U., Mazzu, A., 2002. Exercise-induced ischemia was not adversely affected by vardenafil during exercise stress test in men with coronary artery disease. *Eur Urol* 1(Suppl 1): 151.
- Ückert, S., Kütke, A., Stief, C.G., Jonas, U., 2001. Phosphodiesterase isoenzymes as pharmacological targets in the treatment of male erectile dysfunction. *World J Urol* 19: 14–22.
- Ückert, S., Hedlund, P., Andersson, K.E., Truss, M.C., Jonas, U., Stief, C.G., 2006. Update on phosphodiesterase (PDE) isoenzymes as pharmacological targets in urology: present and future. *Eur Urol* 50: 1194–1207.
- Ückert, S., Mayer, M.E., Jonas, U., Stief, C.G., 2006. Potential future options in the pharmacotherapy of female sexual dysfunction. *World J Urol* 24: 630–638.
- VIVUS Inc., 2008. Data on file. VIVUS Inc., Mountain View, CA, USA (<http://www.vivus.com>)
- Yuasa, K., Kotera, J., Fujishige, K., Michibata, H., Sasaki, T., Omori, K., 2000. Isolation and characterization of two novel phosphodiesterase PDE11A variants showing unique structure and tissue-specific expression. *J Biol Chem* 275: 31469–31479.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Thomas C. Stadler, Urologische Klinik und Poliklinik der Universität München, Campus Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München, email: thomas.stadler@med.uni-muenchen.de, <http://uro.klinikum.uni-muenchen.de>

Ejaculatio praecox – Kritische Anmerkungen und deren Umsetzung in der täglichen Praxis

Michael J. Mathers, Frank Sommer, Herbert Sperling, Stephan Roth

Premature ejaculation – Critical remarks and implementation in everyday practice

Abstract

Premature ejaculation is a frequent male sexual complaint or sexual disturbance. The prevalence is strongly dependent on the definition and ranges between 3% and 25%. Subjectively, the inability to delay ejaculation and the distress resulting from it, is relevant for the patient and his partner. **Intravaginal ejaculation latency time (IELT)** is used as an objective parameter. Nevertheless, in everyday routine practice this objective parameter is not measurable. Clinically two questionnaires (Premature Ejaculation Profile and Index of Premature Ejaculation) have asserted themselves. Studies could show that self-assessment of patients correlate relatively well with the objective IELT measured by means of stopwatch. Beside topical anaesthetics and **elective serotonin reuptake inhibitors (SSRI)**, especially Dapoxetine, which has been approved in Germany in 2009 are treatment options. These drugs differ particularly in their use (daily or on-demand) and their effectiveness (measured by x-fold increase of IELT). Beside the definition, prevalence, aetiology and neurophysiology of EP, this article deals with the clinical approach and the different pharmacological therapies possible while taking the guidelines of the Internationally Society for Sexual Medicine into account.

Keywords: Premature ejaculation, definition, diagnosis, therapy, SSRI, Dapoxetine

Zusammenfassung

Die Ejaculatio praecox (EP) ist eine häufige männliche Sexualbeschwerde oder -störung. Die Prävalenz ist stark von der Definition abhängig und bewegt sich zwischen 3% und 25%. Subjektiv ist die Unfähigkeit, die Ejakulation zu verzögern und der daraus resultierende Leidensdruck für den Patienten und dessen PartnerIn relevant. Als objektivierbare Hilfsgröße dient die intravaginale Latenzzeit (IELT). In der täglichen Routinepraxis ist dieser objektive Parameter jedoch nicht messbar. Klinisch haben sich zwei Fragebögen (Premature Ejaculation Profile und Index of Premature Ejaculation) durchgesetzt. Studien konnten zeigen, dass die Selbsteinschätzung von Patienten relativ gut mit der

objektiven, mittels Stoppuhr gemessenen IELT, korreliert. Pharmakologisch werden neben topischen Anästhetika vor allem selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und das seit 2009 in Deutschland zugelassene Medikament Dapoxetine eingesetzt. In Anwendung (täglich oder on-demand) und vor allem Wirkung (x-fache Verlängerung der IELT) unterscheiden sich die Medikamente stark. Dieser Artikel beschäftigt sich neben der Definition, Prävalenz, Ätiologie und Neurophysiologie der EP vor allem mit der klinischen Vorgehensweise und den verschiedenen pharmakologischen Therapiemöglichkeiten unter Berücksichtigung der Leitlinie der International Society for Sexual Medicine.

Schlüsselwörter: Ejaculatio praecox, Definition, Diagnostik, Therapie, SSRI, Dapoxetine

Einleitung

Auch in wissenschaftlichen Artikeln ist es üblich, die Einleitung mit dem Satz: „Die Ejaculatio praecox (EP) ist die häufigste männliche Sexualstörung mit einer Prävalenz von ca. 25%“ zu beginnen. Diese Aussage suggeriert, dass die EP generell eine Störung/Erkrankung der männlichen Sexualität darstellt. Wenn man allerdings zwischen einer „Beschwerde“ und einer Störung/Erkrankung differenziert, erscheint es plausibler zu behaupten, dass die EP die häufigste Sexualbeschwerde des Mannes darstellt mit einer Prävalenz von ca. 25%.

Nach den Kriterien von *Evidence Based Medicine* ist die Prävalenz der EP als Erkrankung in der männlichen Bevölkerung bisher nicht genügend untersucht worden. Man kann aber davon ausgehen, dass die Prävalenz deutlich niedriger als 25% ist.

Erstmals ist 2009 in Deutschland ein Medikament zur Therapie der EP zugelassen worden: Dapoxetine®. Die *International Society for Sexual Medicine* hat auf Grund der Aktualität eine entsprechende Leitlinie veröffentlicht, auf die in diesem Artikel Bezug genommen wird, sowie auf die praktische Handhabung der Diagnosestellung und auf einen Vergleich der verschiedenen pharmakologischen Therapieansätze.

Definition der EP

Zahlreiche medizinische Gesellschaften haben die EP unterschiedlich definiert (Mathers, 2007). Alle Kernpunkte der verschiedenen Definitionen sind in den kürzlich erschienenen Leitlinien der *International Society for Sexual Medicine* (ISSM) für die lebenslange EP berücksichtigt. Dort wird die EP als „eine männliche Sexualstörung“ definiert, die charakterisiert ist durch (Althof, 2010):

- ◆ eine Ejakulation, die immer oder fast immer vor oder innerhalb von etwa einer Minute nach Einführen des Gliedes in die Scheide erfolgt; und
- ◆ die Unfähigkeit zur Verzögerung der Ejakulation bei jeder oder fast jeder vaginalen Penetration; und
- ◆ negative persönliche Folgen, wie etwa Leidensdruck, Ärger, Frustration und/oder die Vermeidung sexueller Intimität.

Es ist anzunehmen, dass diese Definition auch für die erworbene EP zutrifft – evidence-based Daten hierzu gibt es allerdings nicht. Die Ejakulation ante portas, also die Ejakulation vor vaginaler Penetration, ist allerdings mit einzubeziehen. Nicht mit eingeschlossen sind die verschiedenen Unterformen der EP wie beispielsweise die EP bei anderen Sexualpraktiken ohne vaginale Penetration oder bei der Homosexualität, da hierzu ebenfalls die wissenschaftlichen Daten fehlen.

Waldinger schlägt zwei Subtypen vor: die natürliche variable EP und die EP ähnliche Ejakulations-Dysfunktion. Hier werden Männer einbezogen, die einen Leidensdruck auf Grund ihrer Ejakulation haben, aber nicht die strengen Kriterien der ISSM erfüllen (Waldinger, 2008). Klinisch sind es meistens Männer, die eine EP beklagen, hiervon betroffen. Dennoch ist die Klassifikation dieser Subtypen als provisorisch anzusehen, da auch hier evidenz-basierte Untersuchungen fehlen (Tab. 1).

Tab. 1 Klassifikation der Ejakulatio praecox (modifiziert nach Waldinger 2008; EP = Ejakulatio praecox, IELT = Intravaginal Ejaculation Latency Time oder intravaginale Latenzzeit)

	lebenslange EP	erworbene EP	natürliche (variable) EP	subjektives Gefühl der EP
IELT	sehr kurz	kurz	normal	normal
Ätiologie	neuro-biologisch / genetisch	medizinisch / psychologisch	normale Variation	psychologisch
Prävalenz	niedrig	niedrig	hoch	hoch

Die natürliche variable EP ist charakterisiert durch eine frühe Ejakulation, die irregulär und unbeständig mit einem verminderten Gefühl der Kontrolle auftritt. Dieser Subtyp wird allerdings nicht als eine sexuelle Dysfunktion angesehen, sondern als eine normale Variation der Sexualität. Die EP ähnliche Ejakulations-Dysfunktion ist durch folgende Kriterien charakterisiert: subjektives Gefühl einer vorzeitigen Ejakulation, die imaginäre Vorstellung des Kontrollverlustes der Ejakulation, ohne dass eine psychiatrische Erkrankung vorliegt, eine intravaginale Latenzzeit (IELT) im normalen Rahmen und die Fähigkeit, die Ejakulation zu verzögern.

Prävalenz der EP

Verlässliche, wissenschaftlich belegte Zahlen gemäß der ISSM Definition zur Prävalenz der EP sind kaum vorhanden. Abgesehen von dem Einfluss der geographischen, religiösen, demographischen, ethnischen und sozialen Unterschiede, sind die unterschiedlichen Definitionen hauptsächlich für die stark schwankenden Prävalenzzahlen verantwortlich. Die subjektive Selbsteinschätzung einer kurzen IELT und nicht die objektivierbare mit Stoppuhr gemessene IELT-Zeit, ist Ursache der bereits in der Einleitung erwähnten Tatsache, dass die EP als häufigste männliche Sexualstörung bezeichnet wird. Je strenger man die medizinischen/wissenschaftlichen Kriterien zur Definition anlegt, desto geringer wird die Prävalenz. Legt man ausschließlich eine mit Stoppuhr gemessene IELT (ca. 1 Minute), gemäß der ISSM Definition zu Grunde, zeigt sich in einer populationgestützten Kohorte von 500 Männern eine Prävalenz von 1–3% (Waldinger, 2009; Jannini, 2005). Diese Prävalenz deckt sich auch mit der Anzahl von Männern, die ärztliche Hilfe aufsuchen. Nichtsdestotrotz ist die EP in der täglichen Praxis eine auf Selbsteinschätzung basierte Diagnose, die einer sorgfältigen Evaluation und ggf. Therapie bedarf.

Durchschnittliche intravaginale Latenzzeit (IELT)

Erst vor kurzem sind multinationale (Niederlande, Großbritannien, Vereinigte Staaten von Amerika, Spanien und Türkei) Studien zur durchschnittlichen IELT publiziert worden (Abdel-Hamid, 2006, Waldinger, 2005). Die durchschnittliche IELT betrug 5,4 Minuten (0,55–44,1 Minuten). Mit zunehmendem Alter verminderte sich die IELT. Die durchschnittliche IELT ist unabhängig vom

Kondomgebrauch oder dem Zustand nach Circumcision (Waldinger, 2005).

Bei diesen Untersuchungen zeigt sich, dass die Verteilung der IELT auf einer Kurve nicht einer Gauß'schen Verteilung folgte, sondern positiv „skewed“ ist (Waldinger, 2009). Statistisch bedeutet dies, dass das durchschnittliche Mittel einen zu hohen Wert wiedergibt. Besser und statistisch korrekt ist der geometrische Durchschnitt, der dann benutzt wird, wenn ein geeignetes Mittelmaß für Größen, von denen das Produkt anstelle der Summe zu interpretieren ist. In vielen interventionellen Untersuchungen zur EP wird diese statistische Gegebenheit nicht berücksichtigt und hat zur Folge, dass die IELT zu lange und damit positiv beurteilt wird. Es ist auf jeden Fall wichtig, bei dem Vergleich von Ergebnissen entweder die durchschnittliche IELT oder das geometrische Mittel der IELT miteinander zu vergleichen.

Um die einzelnen Substanzen der Therapie besser miteinander vergleichen zu können, wird häufig die x-fache Verlängerung der IELT im Vergleich zur Placebo-gruppe angegeben (vgl. Tab. 2).

Ätiologie

Erstmalig wurde die EP 1887 in der medizinischen Literatur erwähnt und seitdem unter anderem hinsichtlich der Ätiologie kontrovers diskutiert. 1943 differenzierte

als erster Bernhard Schapiro zwischen einer primären (lebenslangen) und einer sekundären (erworbenen) EP. Er postulierte auch, dass die Ätiologie der EP nicht aus dem neurotischen Formenkreis entsteht, sondern eher eine psychosomatische Erkrankung mit einer genetischen Komponente ist. Dies begründete Schapiro mit der Entdeckung, dass in einigen Familien die EP gehäuft vorkommt. Jahrzehnte später publizierten Waldinger und Mitarbeiter ihre Hypothese, dass die lebenslange EP und IELT genetisch determiniert sein könnten (Waldinger, 1998). In einer finnischen Zwillingsstudie konnte gezeigt werden, dass einige Männer eine Prädisposition zur frühzeitigen Ejakulation haben (Jern, 2007). In einer DNA-Studie mit 89 Männern mit lebenslanger EP konnte im Vergleich zu einer Kohorte von geistig und physisch gesunden holländischen Männern gezeigt werden, dass es eine positive Korrelation mit dem 5HTLPR Genpolymorphismus und der Dauer der IELT gibt. Die Männer mit einer IELT < 1 Minute und mit einem LL Genotyp ejakulierten deutlich schneller als Männer mit EP und einem SL und SS Genotyp. Es zeigte sich keine unterschiedliche Verteilung in der Prävalenz von LL, SL oder SS Genotypen bei den Männern mit EP im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung, sodass man auch hier eher von einer Prädisposition ausgehen sollte.

Neben Schilddrüsenfunktionsstörungen und rezidivierenden Prostatitiden spielen vor allem psychologische Faktoren bei der Ätiologie eine Rolle. Historisch gesehen wurde in der Vorstellung, dass die EP nicht eine neuro-

Tab. 2 Zusammenfassung der empfohlenen pharmakologischen Therapie der Ejakulatio praecox (modifiziert nach Althof 2010). In Deutschland ist nur Dapoxetin® zur Therapie der Ejakulatio praecox zugelassen)

Pharmakon	Einnahme	Dosierung	x-fache Steigerung der IELT	Nebenwirkungen
Dapoxetin®	on-demand	30–60 mg	2,5-3	Übelkeit, Diarrhöe, Kopfschmerzen, Schwindel
Paroxetin®	täglich	10–40 mg	8	Fatigue, Gähnen, leichte Übelkeit, Diarrhöe, Schwitzen. Libidoverlust und erektile Dysfunktion
Paroxetin®	täglich für 30 Tage, dann on-demand	10–40 mg	11,6	siehe Paroxetin
Paroxetin®	on-demand	10–40 mg	1,4	siehe Paroxetin
Clomipramin®	täglich	12,5–50 mg	6	siehe Paroxetin
Sertralin®	täglich	50–200 mg	5	siehe Paroxetin
Fluoxetin®	täglich	20–40 mg	5	siehe Paroxetin
Citalopam	täglich	20–40 mg	2	siehe Paroxetin
Topische Therapie				
Lidocain®	on-demand	25 mg / m ²	2–4	penile Taubheit, genitale Taubheit des Partners, Hautirritationen, erektile Dysfunktion
Prilocain®	on-demand	25 mg / m ²	2–4	

tische sondern eine psychosomatische Erkrankung ist, von dem Dermatologen Schapiro die Behandlung der EP mit anästhetischen Salben vorgeschlagen.

In der Annahme, das die Ejakulation erlernbar und dadurch manipulierbar ist, beschrieb 1956 der englische Urologe James Seaman die heute noch bekannte Stopp-Start-Technik, die dann von dem Ehepaar William Masters und Virginia Johnson als Squeeze-Technik modifiziert wurde. Durch die Einführung der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oder Serotonin Re-Uptake Inhibitoren (SSRI) in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts begann sich das Verständnis der EP zu verändern. Hiermit begann der neurobiologische Ansatz. In der Folge führten Tierexperimente und vor allem Stoppuhr-Messungen zu einem Evidence-Based Ansatz. Eine neue Ära wurde 2004 mit groß angelegten Studien mit dem Medikament Dapoxetin® eingeleitet.

Neurophysiologie

Die Ejakulation ist ein vom autonomen Nervensystem gesteuerter lumbosakraler Reflex, der aus der Emissions- und Expulsionsphase besteht. Er wird von spinalen Ejakulationszentren, insbesondere dem spinalen Ejakulationsgenerator, koordiniert. Supraspinale Zentren (Thalamus, Hirnstamm, Mittelhirn und Hypothalamus (MPOA)) kontrollieren die Ejakulation (Giuliano, 2006; Giuliano, 2005). Supraspinale und spinale Signale werden von einer Reihe von regulatorischen Neurotransmittern übermittelt. Sie werden bei der Steuerung sexuell exzitatorischer und inhibitorischer Mechanismen freigesetzt, welche gegenseitiger Rückkopplung unterliegen und das autonome Nervensystem kontrollieren. Inhibitorisch wirken endogene Opioide und vor allem Serotonin (5-HT) (Pfaus, 2009), das auf Grund seiner ejakulationshemmenden Wirkung eine Schlüsselrolle spielt. Heute nimmt man an, dass die 5-HT-Ausschüttung aus terminalen Axonen in L3-5 auf spinaler Ebene einen inhibitorischen Einfluss auf die Ejakulation hat, während auf zentraler Ebene der serotonerge Einfluss auf das MPOA einen hemmenden Einfluss nimmt (Giuliano, 2009).

Vermutlich handelt es sich bei der EP um eine neurobiologische Erkrankung, die auf einer zentralen serotonergen Hypoaktivität beruht, also einer unzureichenden biochemischen Hemmung des Ejakulationsreflexes. Es wird postuliert, dass Männer mit lebenslanger EP an einem kongenitalen Ungleichgewicht der 5-HT-Rezeptoraktivität leiden, was zu verminderten 5-HT-Spiegeln führt (Giuliano, 2008; Abdel-Hamid, 2006). Psychophysiologisch scheint es ein dysfunktionelles Antwortmuster auf die genitale Stimulation, den Prozess des

Geschlechtsaktes und die sexuelle Erregung zu geben. Psychosomatische Überlagerungen können bei der Ursache und Verstärkung der Fehlfunktion eine Rolle spielen (Salonia, 2009, Rowland, 2005).

Klinische Vorgehensweise

Ein generelles Screening der männlichen Allgemeinbevölkerung ist gemäß den Leitlinien nicht angemessen, wohl aber bei Männern mit erektiler Dysfunktion (ED) (Althof, 2010).

Eine ausgiebige Sexualanamnese ist für die Diagnosefindung und ggf. eine Therapie unentbehrlich. Stoppuhr-Messungen sind für wissenschaftliche Untersuchungen unabdingbar, aber in der täglichen Routinepraxis ungeeignet. Studien konnten zeigen, dass Patienten- oder Partnerbefragungen relativ gut mit der objektiven, mittels Stoppuhr gemessener IELT korrelieren (McMahon, 2008; Rosen, 2007) und für die Diagnosefindung hilfreich sein können. Diese Fragebögen sind ebenfalls nützlich, um Veränderungen des klinischen Zustandes zu beurteilen. Klinisch haben sich zwei validierte Fragebögen durchgesetzt vor allem zur Diagnosestellung und der Evaluierung einer Therapie: Premature Ejaculation Profile (PEP) (Patrick, 2009) und Index of Premature Ejaculation (IPE) (Althof, 2006) (vgl. Abb. 1 und 2). Der PEP erfasst durch die Selbsteinschätzung („Patient-Reported Outcomes“ – PRO) des Patienten und ggf. dessen PartnerIn den PE-bezogenen persönlichen Leidensdruck und zwischenmenschlichen Schwierigkeiten aufgrund der PE. Leider sind beide Fragebögen in der deutschen Sprache nicht validiert. Die körperliche Untersuchung kann für die Erkennung von Begleiterkrankungen vor allem bei der erworbenen EP hilfreich sein.

Pharmakologische Therapie der EP

Die älteste Form der pharmakologischen Therapie sind anästhetische Salben, um die Sensitivität der Glans penis zu reduzieren (Schapiro, 1943). Die Einführung der SSRI wie z. B. Paroxetin, Sertralin, Fluoxetin, Citalopram und das trizyklische Antidepressivum Clomipramin haben die Therapie der EP revolutioniert. Diese Medikamente blockieren die axonale Wiederaufnahme von Serotonin im synaptischen Spalt der zentralen serotonergischen Neurone durch 5-HT-Transporter. Das Resultat ist eine verstärkte 5-HT Neurotransmission und Stimulation der postsynaptischen 5-HT-Autorezeptoren. Eine Zusammenfassung der verschiedenen pharmakologischen Therapiemöglichkeiten ist in Tab. 2 dargestellt.

Abb. 1 Das Premature Ejaculation Profile (PEP, modifiziert nach Patrick, 2009)

1. Im letzten Monat war Ihre Kontrolle über den Samenerguss beim Geschlechtsverkehr:	
Sehr gering	0
Gering	1
Mäßig	2
Gut	3
Sehr gut	4
2. Im letzten Monat war Ihre Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr:	
Sehr gering	0
Gering	1
Mäßig	2
Gut	3
Sehr gut	4
3. Wie hoch war im letzten Monat der Leidensdruck darüber, dass Sie beim Geschlechtsverkehr zu schnell zum Höhepunkt kommen?	
Extrem hoch	0
Hoch	1
Mäßig	2
Ein wenig	3
Extrem niedrig	4
4. Wie stark führte im letzten Monat die Tatsache, dass Sie beim Geschlechtsverkehr zu schnell zum Höhepunkt kommen, zu Problemen in Ihrer sexuellen Beziehung mit Ihrem Partner?	
Überhaupt nicht	0
Wenig/geringfügig	1
Ziemlich	2
Sehr	3
Extrem stark	4

Topische Anästhetika

Die Behandlung der EP mit Lidocain oder Prilocain in Form von Salbe, Gel oder Spray ist mäßig effektiv (vgl. Tab. 2).

SSRIs

Tägliche Behandlungen mit SSRIs sind in der Behandlung der EP effektiv (vgl. Tab. 2), allerdings nicht für diese Indikation (off-label) zugelassen. Eine Metaanalyse konnte zeigen, dass Paroxetin® die Ejakulation am läng-

sten verzögert. Die IELT verlängert sich bis zu 8,8-fach (Waldinger, 2004).

Die Ejakulationsverzögerung beginnt in der Regel innerhalb von 5 bis 10 Tagen nach Beginn der Medikamenteneinnahme und bleibt auch in der Langzeitbehandlung bestehen. Nebenwirkungen sind im Allgemeinen gering und verschwinden häufig bei kontinuierlicher Einnahme. Diese sind Fatigue, Gähnen, leichte Übelkeit, Diarrhöe oder Schwitzen. Über Libidoverlust und erektile Dysfunktion werden vor allem bei EP-Patienten ohne Depression selten berichtet (Waldinger, 2007). SSRIs sollten Männern mit einer bipolaren Depression nicht erhalten. Vorsicht ist geboten bei der Verschreibung von SSRIs bei Patienten, die jünger als 18 Jahre sind und bei denen depressive Verstimmungen bekannt sind. Das plötzliche Absetzen kann zu dem bekannten Entzugssyndrom (SSRI Withdrawal Syndrom) führen.

Die on-demand Gabe von SSRIs (ca. 3-6 Stunden vor Geschlechtsverkehr) ist wirksam (Mathers, 2009), aber deutlich weniger effektiv als die kontinuierliche Einnahme.

Dapoxetin®

Dapoxetin® ist inzwischen in mehreren Ländern zur Therapie der EP zugelassen. Es besitzt eine rasch einsetzende Wirkung, so dass eine on-demand Therapie sinnvoll erscheint. Interaktionen mit anderen Medikamenten einschließlich Phosphodiesterase-Inhibitoren (PDE5-I) sind nicht bekannt.

In randomisiert kontrollierten Studien zeigt sich, dass die Einnahme ca. 1 bis 2 Stunden vor gewünschtem Geschlechtsverkehr die IELT um das 2,5 bis 3-fache verlängert. Zusätzlich wird über eine bessere Ejakulationskontrolle und eine verbesserte sexuelle Zufriedenheit berichtet, sowohl bei der lebenslangen als auch der erworbenen EP (Porst, 2010). Nebenwirkungen wie Übelkeit, Diarrhöe und Schwindel sind dosisabhängig und führen in 4% (30 mg) bzw. 10% (60 mg) der Fälle zum Therapieabbruch.

Individuell sollte entschieden werden, ob die Gabe von Dapoxetin (on-demand) oder die kontinuierliche Einnahme eines SSRIs erfolgen sollte.

Phosphodiesterase-Inhibitoren

Männer mit EP und ED können mit PDE5-I behandelt werden (Sommer, 2005). Die Studienlage rechtfertigt zurzeit noch keine PDE5-I-Therapie bei Männern mit EP ohne ED (Althof, 2010).

Abb. 2 Index of Premature Ejaculation (IPE, modifiziert nach Althof, 2006)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf sexuelle Probleme und deren Auswirkungen auf Ihr Sexualleben der letzten vier Wochen. Bitte beantworten Sie diese so aufrichtig und genau wie möglich. Der Fragebogen ist auf heterosexuellen, vaginalen Geschlechtsverkehr abgestimmt. Für die Beantwortung gelten somit die folgenden Definitionen:

Geschlechtsverkehr: Eindringen mit dem Penis in die Scheide

Ejakulation: Ausstoß von Samen aus dem Penis

Kontrolle: Ejakulation, wenn Sie dazu bereit sind

1. Wenn Sie **in den letzten vier Wochen** Geschlechtsverkehr hatten, wie oft hatten Sie Kontrolle über den Zeitpunkt der Ejakulation?

kein Geschlechtsverkehr / Frage nicht zutreffend
fast immer / immer
meistens (in wesentlich mehr als der Hälfte aller Fälle)
gelegentlich (in etwa der Hälfte aller Fälle)
manchmal (in wesentlich weniger als der Hälfte aller Fälle)
fast nie / niemals

2. Wenn Sie **in den letzten vier Wochen** Geschlechtsverkehr hatten, wie zuversichtlich waren Sie, Ihre Ejakulation kontrollieren zu können?

kein Geschlechtsverkehr / Frage nicht zutreffend
extrem zuversichtlich
sehr zuversichtlich
mäßig zuversichtlich
nur wenig zuversichtlich
überhaupt nicht zuversichtlich

3. Wenn Sie **in den letzten vier Wochen** Geschlechtsverkehr hatten, wie oft war der Geschlechtsverkehr für Sie zufriedenstellend?

kein Geschlechtsverkehr / Frage nicht zutreffend
fast immer / immer
meistens (in wesentlich mehr als der Hälfte aller Fälle)
gelegentlich (in etwa der Hälfte aller Fälle)
manchmal (in wesentlich weniger als der Hälfte aller Fälle)
fast nie / niemals

4. Wenn Sie **in den letzten vier Wochen** Geschlechtsverkehr hatten, wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Gefühl der Kontrolle über die Ejakulation?

kein Geschlechtsverkehr / Frage nicht zutreffend
extrem zufrieden
sehr zufrieden
mäßig zufrieden
nur wenig zufrieden
überhaupt nicht zufrieden

5. Wenn Sie **in den letzten vier Wochen** Geschlechtsverkehr hatten, wie zufrieden waren Sie mit der Zeitdauer bis zur Ejakulation?

kein Geschlechtsverkehr / Frage nicht zutreffend

extrem zufrieden
sehr zufrieden
mäßig zufrieden
nur wenig zufrieden
überhaupt nicht zufrieden

6. Wie zufrieden waren Sie **in den letzten vier Wochen** mit dem Sexualleben mit Ihrer Partnerin?

kein Geschlechtsverkehr / Frage nicht zutreffend
extrem zufrieden
sehr zufrieden
mäßig zufrieden
nur wenig zufrieden
überhaupt nicht zufrieden

7. Wie zufrieden waren Sie **in den letzten vier Wochen** insgesamt mit Ihrem Sexualleben?

kein Geschlechtsverkehr / Frage nicht zutreffend
extrem zufrieden
sehr zufrieden
mäßig zufrieden
nur wenig zufrieden
überhaupt nicht zufrieden

8. Wie sehr haben Sie **in den letzten vier Wochen** den Geschlechtsverkehr genossen?

kein Geschlechtsverkehr / Frage nicht zutreffend
extrem genossen
sehr genossen
mäßig genossen
nur wenig genossen
überhaupt nicht genossen

9. Wie sehr waren Sie **in den letzten vier Wochen** über die Zeit bis zur Ejakulation besorgt / beunruhigt?

kein Geschlechtsverkehr / Frage nicht zutreffend
extrem beunruhigt
sehr beunruhigt
mäßig beunruhigt
nur wenig beunruhigt
überhaupt nicht beunruhigt

10. Wie sehr waren Sie **in den letzten vier Wochen** über Ihre Kontrolle über die Ejakulation besorgt/beunruhigt?

kein Geschlechtsverkehr / Frage nicht zutreffend
extrem beunruhigt
sehr beunruhigt
mäßig beunruhigt
nur wenig beunruhigt
überhaupt nicht beunruhigt

Andere pharmakologische Behandlungen

Eine on-demand Therapie mit Tramadol, ein zentral wirksames Analgetikum, sowie intrakavernöse Injektionen ver-

schiedener vasoaktiver Substanzen sind beschrieben worden (Safarinejad, 2006, Cavallini, 1995). Es gibt Anhaltspunkte, dass diese beiden Therapien eine Wirksamkeit entfalten, der Einsatz für die Behandlung der EP wird aber nicht empfohlen (Althof, 2010). Andere medikamentöse Therapien oder chirurgische Behandlungen können zurzeit ebenfalls nicht empfohlen werden (Althof, 2010).

Literatur

- Abdel-Hamid, I.A., 2006. Pharmacologic treatment of rapid ejaculation: levels of evidencebased review. *Curr Clin Pharmacol* 1, 243–54.
- Althof, S.E., Abdo C.H., Dean, J., Hackett, G., McCabe, M., McMahon C.G., Rosen, R.C., Sadovsky, R., Waldinger, M., Becher, E., Broderick, G.A., Buvat, J., Goldstein, I., El-Meliegy A.I., Giuliano, F., Hellstrom, W.J., Incrocci, L., Jannini, E.A., Park, K., Parish, S., Porst, H., Rowland, D., Seagraves, R., Sharlip, I., Simonelli, C., Tan, H.M., 2010. International Society for Sexual Medicine. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med.*7 (9): 2947–69.
- Althof, S., Rosen, R., Symonds, T., Mundayat, R., May, K., Abraham, L., 2006. Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control, and distress associated with premature ejaculation. *J Sex Med.*3(3): 465–75.
- Cavallini, G., 1995. Alpha-1 blockade pharmacotherapy in privative psychogenic premature ejaculation resistant to psychotherapy. *Eur Urol.* 28(2): 126–30.
- Giuliano, F., Clement, P., 2005. Neuroanatomy and physiology of ejaculation. *Ann Rev Sex Res* 16: 190–216.
- Giuliano, F., Clément, P., 2006. Serotonin and premature ejaculation: from physiology to patient management. *Eur Urol* 50: 454–66.
- Giuliano, F., Hellstrom, W.J., 2008. The pharmacological treatment of premature ejaculation. *BJU Int* 102: 668–75.
- Jannini, E.A., Lenzi, A., 2005. Epidemiology of premature ejaculation *Curr Opin Urol.* 15(6): 399–403.
- Jern, P., Santtila, P., Witting, K., Alanko, K., Harlaar, N., Jo-hansson, A., von der Pahlen, B., Varjonen, M., Vikström, N., Algars, M., Sandnabba, K., 2007. Premature and delayed ejaculation: genetic and environmental effects in a population-based sample of finish twins. *J Sex Med.* 4(6): 1739–49.
- Mathers, M. J., Schmitges, J., Klotz, T., Sommer, F., 2007. Introduction Into the Diagnostics and Treatment of Premature Ejaculation *Dtsch Arztebl* 104(50): A–3475.
- Mathers, M.J., Klotz, T., Roth, S., Lümmer, G., Sommer, F., 2009. Safety and efficacy of Vardenafil versus sertraline in the treatment of premature ejaculation: a randomised, prospective and crossover study. *Andrologia.* 41(3): 169–75.
- McMahon, C.G., 2008. Clinical trail methodology in premature ejaculation observational, interventional, and treatment preference studies – part 1 – defining and selecting the study population *J Sex Med.* 5(8): 1805–16.
- Patrick, D.L., Giuliano, F., Ho, K.F., Gagnon, D.D., McNulty, P., Rothman, M., 2009. The Premature Ejaculation Profile: validation of self-reported outcome measures for research and practise. *BJU Int.* 103(3): 358–64.
- Pfaus, J.G., 2009. Pathways of sexual desire. *J Sex Med* 6: 1506–33.
- Porst, H., McMahon, C.G., Althof, S.E., Sharlip, I., Bull, S., Aquilina, J.W., Tesfaye, F., Rivas, D.A., 2010. Baseline characteristics and treatment outcomes for men with acquired or lifelong premature ejaculation with mild or no erectile dysfunction: integrated analyses of two phase 3 Dapoxetine trails. *J Sex Med.* 7(6): 2231–42.
- Rosen, R.C., McMahon, C.G., Niederberger, C., Broderick, G.A., Jamieson, C., Gagnon, D.D., 2007. Correlates to the clinical diagnosis of premature ejaculation: results from a large observational study of men and their partners. *J Urol.* 177(3): 1059–64.
- Rowland, D.L., 2005. Psychophysiology of ejaculatory function and dysfunction. *World J Urol* 23: 82–8.
- Safarinejad, M.R., Hosseini, S.Y., 2006. Safety and efficacy of tramadol in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study. *J Clin Psychopharmacol.* 26(1): 27–31.
- Salonia, A., Saccà, A., Briganti, A., Del Carro, U., Dehò, F., Zanni, G., Rocchini, L., Rabaer, M., Guazzoni, G., Riggatti, P., Montorsi, F., 2009. Quantative sensory testing of peripheral thresholds in patients with lifelong premature ejaculation: A case-controlled study. *J Sex Med* 6: 1755–62.
- Schapiro, B., 1943. Premature ejaculation, a review of 1130 cases. *J Urol* 50: 374–9.
- Sommer, F., Klotz, T., Mathers, M.J., 2005. Treatment of premature ejaculation: A comparative vardenafil and SSRI crossover study. *J Urol* 173: 202.
- Waldinger, M.D., Berendsen, H.H., Blok, B.F., Olivier, B., Holstege, G., 1998. Premature ejaculation and serotonergic antidepressants-induced delayed ejaculation: the involvement of the serotonergic system. *Behav Brain Res.* 92(2): 111–8.
- Waldinger, M.D., Zwinderman, A.H., Schweitzer, D.H., Olivier, B., 2004. Relevance of methodological disegne for the interpretation of efficacy of drug treatment of prematureejaculation: a systematic review and meta-analyse. *Int J Impot Res.* 16(4): 369–81.
- 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): 492–7.
- Waldinger, M.D., 2007. Premature ejaculation: definition and drug treatment. *Drugs.* 67(4): 547–68.
- Waldinger, M.D., 2008. Premature ejaculation: different pathophysiologicals and etiologies determine its treatment. *J Sex Marital Ther.* 34(1): 1–13.
- Waldinger, M.D., McIntosh, J., Schweitzer, D.H., 2009. A five-nation survey to assess the distribution of the intravaginal ejaculatory latency time among the general male population. *J Sex Med.* 6(10): 2888–9.

Autoren

Priv.-Doz. Dr. med. Michael J. Mathers, Urologische Gemeinschaftspraxis Remscheid, Kooperationspraxis der Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Wuppertal, Universität Witten/Herdecke, email: irtima@t-online.de

Prof. Dr. med. Frank Sommer, Institut für Männergesundheit, Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. med. Herbert Sperling, Urologische Klinik, Kliniken Maria Hilf Mönchengladbach

Prof. Dr. med. Stephan Roth, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Wuppertal, Universität Witten/Herdecke

Sexsucht – Diagnose, Differentialdiagnose, Therapieansätze und ein Fallbeispiel

Julia Kobs, Miriam Spenhoff, Uwe Hartmann

Sexual addiction – Diagnosis, assessment and treatment approaches

Abstract

Sexual addiction not only represents a phenomenon of increasing public interest, but also a challenging new field for mental health care and research. Theoretical controversy about the designation and the recognition of *sexual addiction* as a distinct disorder is accompanied by the practical need for an appropriate encounter with this heterogeneous patient group. Personal distress and/or functional impairment caused by addictive sexual behaviour are seen as indispensable criteria of clinical relevance. Careful clinical diagnostics are necessary to avoid overlooking comorbidities or underlying conditions. The Dual-Control-Model and characteristics accompanying addictive sexual behaviour patterns help to understand the phenomenon. Research about *sexual addiction* has largely focussed on male populations. Treatment suggestions include multimodal approaches. Integration of family or couple therapy is possible. Symptomatology, diagnosis and treatment options are illustrated by an exemplified case.

Keywords: sexual addiction, hypersexuality, sexual compulsivity, diagnosis, assessment, treatment approaches

Zusammenfassung

Sexsucht hat als Phänomen, das nicht nur viel öffentliches Interesse auf sich zieht, sondern auch ein herausforderndes neues Feld in klinischer Praxis und Forschung bildet, gerade in den letzten Jahren deutlich an Aufmerksamkeit gewonnen. Die theoretische Kontroverse über die Begrifflichkeit und Anerkennung als eigenständiges Störungsbild wird begleitet von einem praktischen Bedarf einer adäquaten Begegnung dieser heterogenen Patientengruppe. Signifikanter Leidensdruck und/oder die Einschränkung wichtiger Lebensbereiche, die durch die sexuellen Verhaltensmuster verursacht werden, gelten auch hier als unumgängliches Kriterium klinischer Relevanz. Verlässliche Diagnostik und Differentialdiagnostik sind notwendig, damit komorbide oder zugrunde liegende Problematiken nicht übersehen werden. Das Modell der *Dualen Kontrolle* sowie mit *Sexsucht* einhergehende Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale tragen zum Verständnis des Phänomens bei. Forschungsergebnisse

über *Sexsucht* basieren größtenteils auf männlichen Stichproben. Derzeit eingesetzte Therapieansätze beinhalten eine mehrschrittige Behandlungsplanung, wobei eine Integration von Familien- oder Paartherapie möglich ist. Die Symptomatik, Diagnostik und Behandlungsvorschläge sind anhand eines Beispielfalles veranschaulicht.

Schlüsselwörter: *Sexsucht*, sexuelle Sucht, Hypersexualität, sexuelle Zwanghaftigkeit, Diagnostik, Differentialdiagnostik, Therapieansätze

Einleitung

Sexsucht ist ein umstrittener Begriff, der in den letzten Jahren vor allem in den Medien thematisiert und durch sie popularisiert worden ist. Gibt man den Begriff *Sexsucht* beispielsweise in die Internetsuchmaschine *Google* ein, werden ungefähr 140.000 Ergebnisse gefunden (Zugriffsdatum: 18.01.2011). Links zu Informations- und Selbsthilfeplattformen mischen sich dabei mit Angeboten zur Selbstdiagnostik, aber auch pornographischen Inhalten, in denen *Sexsucht* die Form einer erotischen Wunschvorstellung annimmt.

Die Personengruppe, die sich mit dem Begriff *Sexsucht* identifiziert, entspricht diesem uneinheitlichen Bild. Sexuell süchtige Verhaltensmuster können mit signifikantem Leidensdruck und einer Einschränkung in wichtigen Lebensbereichen einhergehen, was zur Konsultation professioneller Hilfe führen kann. Sowohl unter Betroffenen als auch unter Fachleuten herrscht jedoch noch Unsicherheit im Hinblick auf den Umgang mit diesem Phänomen, das durch die zunehmende Nutzung des Internets auf eine neue Stufe gehoben scheint.

Dieser Artikel kann als erster Berührungspunkt mit der Thematik dienen. Dazu bietet er zunächst einen Kurzüberblick zum Phänomen *Sexsucht* aus klinischer Sicht und beleuchtet dann den Stand der Theoriebildung bezüglich diagnostischer Einordnung und Differentialdiagnose. Die Ausführungen leiten letztendlich zu möglichen Behandlungsansätzen hin und werden anhand eines Beispiels illustriert.

Begriff und Phänomen in Theorie und Praxis

Das Phänomen der *Sexsucht* hat nicht nur öffentliches Interesse geweckt, sondern ist in den letzten drei Jahrzehnten auch immer häufiger zum Thema der wissenschaftlichen Fachliteratur geworden. In internationalen Publikationen sind für ähnliche Konstrukte verschiedene Termini verwendet worden, zu denen neben dem Suchtbegriff selbst (Engl.: *sexual addiction*) auch beispielsweise Hypersexualität (*hypersexuality*), sexuelle Zwanghaftigkeit (*sexual compulsivity*) und Paraphilie-verwandte Störungen (*paraphilia-related disorders*) zählen. Ob im Hinblick auf Sexualität von einer *Sucht* im engeren Sinne gesprochen werden kann, wird aktuell kontrovers diskutiert (z.B. Goodman, 2008, Todd, 2007). Auch die Betrachtung von *Sexsucht* als eigenständiges Störungsbild ist im Gespräch (Kafka, 2010, Mick & Hollander, 2006).

Im deutschsprachigen Raum wird der von Giese (1962) geprägte Begriff *süchtiges Erleben der Sexualität* gegenwärtig nicht nur wiederbelebt, sondern auch in einen neuen Bedeutungskontext gestellt. Briken und Mitarbeiter (2009, 219) definieren *sexuelle Sucht* als „nicht deviante Verhaltensmuster, die durch die ihnen zugrunde liegenden Motive, ihre Intensität und ihre Konsequenzen Störungscharakter bekommen.“ Weitere Autoren aus dem deutschsprachigen Raum betonen die Notwendigkeit einer Unterscheidung zwischen paraphilen und nicht paraphilen sexuellen Verhaltensweisen, diskutieren Vulnerabilität und Risikofaktoren und spezifische Behandlungsziele (z.B. Briken & Basdekis-Jozsa, 2010, Roth, 2007).

Das Spektrum der nicht devianten Verhaltensmuster, die unter den Begriff *Sexsucht* fallen können, umfasst autoerotische und partnerschaftliche sexuelle Aktivitäten wie exzessive Masturbation (in ungefähr 70% der Fälle), Pornographiekonsum (in ungefähr 50% der Fälle; aktuell häufig im Internet und zumeist in Kombination mit Masturbation), Cybersex, Telefonsex, sexuelle Aktivität mit Prostituierten oder wechselnden Partnern (Kafka & Hennen, 1999). Paraphile sexuelle Verhaltensweisen (z.B. Exhibitionismus) können ebenfalls suchtähnliche Verlaufsformen annehmen, stellen aber eine von der hier thematisierten *Sexsucht* unabhängige Störungsgruppe dar.

Die Personengruppe, die ihr eigenes sexuelles Verlangen oder Verhalten als übermäßig oder zwanghaft empfindet, beziehungsweise sich für *sexsüchtig* hält und aus diesem Grund spezielle Beratungs- oder Therapieangebote nutzt, ist jedoch genauso heterogen wie die individuellen Vorstellungen von „normaler“ Sexualität und bleibt deshalb in Forschung und klinischer Praxis weiterhin als Ganzes nur schwer fassbar (Levine, 2010). Als Gemeinsamkeit dieser Personen bleiben der subjektive Leidensdruck und/oder die Belastung der Partnerschaft, des So-

ziallebens, der finanziellen Situation oder Probleme am Arbeitsplatz, die im Zusammenhang mit den gezeigten sexuellen Verhaltensmustern auftreten können. Ob diese Verhaltensmuster aber Ursache oder Konsequenz von Leidensdruck und Belastungsfaktoren sind, kann nur bei ausreichender individueller Betrachtung festgestellt werden (Muench et al., 2007).

Epidemiologie

Obwohl die Heterogenität der Betroffenen und die Uneinigkeit über Begrifflichkeit und Definition von *Sexsucht* die Feststellung von Prävalenzen deutlich erschweren, sind einige wenige epidemiologische Daten bekannt. So nennen Grüsser und Thalemann (2006) Prävalenzraten zwischen 3 und 6% im deutschsprachigen Raum. Långström und Hanson (2006), die sexuelle Merkmale einer schwedischen Stichprobe von 1279 Männern und 1171 Frauen untersucht haben, stuften 12.1% der Männer und 7.0% der Frauen als „hochgradig hypersexuell“ (*high level hypersexuals*) ein. Die Autoren konnten darüber hinaus nachweisen, dass der „hochgradig hypersexuelle“ Anteil der Studienteilnehmer häufiger bereits professionelle Sexualberatung in Anspruch genommen hatte als dies beim übrigen Anteil der Fall war. Diejenigen Studienteilnehmer, die exzessiv sexuellen Verhaltensweisen nachgingen, bei denen die Partnerbindung eine untergeordnete oder keine Rolle spielt (Masturbation, sexueller Kontakt mit Prostituierten oder mit häufig wechselnden Partnern), waren im Hinblick auf mehrere Gesundheitsindikatoren (Konsum von psychotropen Substanzen, Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit körperlicher und psychischer Gesundheit) ungesünder als die übrigen Teilnehmer.

Hinsichtlich ihrer Berücksichtigung beider Geschlechter stellt diese Studie eine Ausnahme dar. Der bisherige Wissensstand über *Sexsucht* basiert größtenteils auf Untersuchungen mit ausschließlich männlichen Teilnehmern, was darauf zurückzuführen ist, dass der größte Anteil der Betroffenen männlich ist. In der bereits erwähnten Studie von Briken und Mitarbeiter (2007) berichteten Sexualtherapeuten über 97 *sexsüchtige* Patienten, wovon 20% weiblich waren. Der Prozentsatz der Frauen unter den „hochgradig Hypersexuellen“ in der Studie von Långström und Hanson (2006) lag bei 37%.

Diagnostik und Differentialdiagnostik

Die aktuellen Diagnostikmanuale ICD-10 und DSM-IV-TR beinhalten bisher keine festen Kategorien für *Sex-*

sucht. Das ICD-10 bietet jedoch die Möglichkeit, diese als *gesteigertes sexuelles Verlangen* (F52.7) zu kodieren (WHO, 1993). Im DSM-IV kann zwischen einer *sexuellen Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet* (302.9) und einer *Impulskontrollstörung, nicht näher bezeichnet* (312.3) gewählt werden (APA, 2000).

Kürzlich hat Kafka (2010) eine Hypersexuelle Störung (*hypersexual disorder*) als Kategorie für die nächstfolgende Ausgabe des DSM vorgeschlagen. Die von ihm beschriebene Symptomatik umfasst: wiederkehrende und intensive sexuelle Phantasien, sexuelles Verlangen oder Verhalten, dem über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten nachgegangen wird, ebenso wie signifikanten Leidensdruck oder eine Einschränkung in wichtigen Lebensbereichen. Spezifische Merkmale der problematischen sexuellen Verhaltensmuster inklusive des zeitlichen Rahmens und der Progredienz sollten im Rahmen einer ausführlichen Sexualanamnese erfasst werden. Verschiedene (Screening-)Instrumente zur Unterstützung bei der Diagnose liegen auch für den deutschsprachlichen Raum vor. Auch der im Fallbeispiel verwendete Sexual Addiction Screening Test (SAST) ist bereits als deutsche Fassung veröffentlicht worden (Roth, 2007).

Suchtartige Sexualität kann der Gruppe der stoffungebundenen oder Verhaltenssuchte zugeordnet werden (Grüsser & Thalemann, 2006, Mick & Hollander, 2006), aber auch als Störung der Impulskontrolle (Barth & Kinder, 1987), Zwangsstörung (Coleman, 1990), oder Vermeidungssymptomatik im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung (Schwartz, 1992) betrachtet werden. All diese Betrachtungswinkel finden ihre Rechtfertigung in der Heterogenität der Gruppe. Komponenten von Suchterkrankung, Impulskontrollstörung und Zwangsstörung können zu individuellen Anteilen in der von Betroffenen berichteten Symptomatik enthalten sein, weshalb der Differentialdiagnostik besondere Aufmerksamkeit gelten sollte. Moser (1993) hat darauf hingewiesen, dass *Sexsucht* als klinisches Störungsbild leicht mit anderen Problematiken zu verwechseln ist (z.B. mit einer depressiven Episode oder persönlichen Konflikten mit gesellschaftlichen Normvorstellungen). Eine unabhängige Betrachtung dieser Symptomatik kann somit die Gefahr bergen, zusätzliche für die Behandlung relevante Störungsbilder unbeachtet zu lassen.

Während eine Störung der Impulskontrolle plötzliches Verhalten mit unklaren Motiven impliziert, setzt eine Zuordnung zur Gruppe der Verhaltenssuchte eine Veränderung des subjektiven Erlebens und eine zeitweise Verzerrung der Einsicht in das eigene Handeln voraus, mit der das Verlangen, dem sexuellen Verhaltensmuster trotz möglicher schädlicher Folgen exzessiv nachzugehen, erklärt werden kann. Auch eine qualitative und quantitative Progredienz des Verhaltens, die als ein Zeichen für

den Kontrollverlust über das eigene Handeln betrachtet wird, kann als Symptom einer Sucht gewertet werden. Ob aber alle Kriterien für Substanzabhängigkeit (z.B. Toleranzentwicklung), auch bei *sexueller Sucht* vorkommen, bleibt bisher ungeklärt.

Bei *Sexsucht* werden sexuelle Gedankeninhalte normalerweise als sexuell erregend wahrgenommen. Im Gegensatz dazu lösen sexuelle Zwangsgedanken im Rahmen einer Zwangsstörung oft heftige Angstgefühle aus. Zu sexuellen Handlungen kommt es dann meist nicht (Schwartz & Abramowitz, 2003). Sowohl suchtartige sexuelle Verhaltensweisen als auch Zwangshandlungen können jedoch dem Wunsch nach Zurückgewinnung von Kontrolle dienen und als ich-dyston wahrgenommen werden.

Die diagnostischen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung müssen ebenfalls abgeklärt sein. Spezifische Hinweise zur Differentialdiagnostik von Borderline Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie und manischen Episoden bieten Briken und Basdekis-Jozsa (2010).

Zur Komorbidität von *Sexsucht* sind einige Untersuchungsergebnisse bekannt. In erster Linie kommen Stimmungsstörungen (Depression, [Hypo-]Manie und Bipolare Störung), Angststörungen und Substanzabhängigkeiten vor. Aber auch ADHS, Essstörungen, Spielsucht und Paraphilien werden genannt (Kafka, 2007, Kafka & Hennen, 2002).

Ätiologische Überlegungen – das Dual Control Model

Vollständige Entstehungs- und Erklärungsmodelle für das Phänomen *Sexsucht* liegen bisher nicht vor. Vergleichbar mit der Gruppe der sexuellen Funktionsstörungen gilt *Sexsucht* grundsätzlich als multifaktoriell verursacht, wobei somatische und psychische Faktoren in einem komplexen und individuellen Prozessgeschehen Einfluss nehmen (Hartmann, 2005).

Zur theoretischen Erklärung von *Sexsucht* kann das von Bancroft (1999) etablierte Modell der dualen Kontrolle (*Dual Control Model*) herangezogen werden. Sexuelle Störungen entstehen demnach durch eine gestörte Balance zwischen Erregungs- und Hemmungssystemen, die voneinander unabhängig agieren und jeweils ein neurobiologisches Substrat aufweisen.

Vor diesem Hintergrund kann *Sexsucht* aus einer Neigung von zu wenig sexueller Hemmung, einer Neigung von zu viel sexueller Erregung oder einer Kombination aus beiden entstehen (Bancroft, 2009). Da *Sexsucht* aber

nicht nur mit einer gestörten Balance, sondern darüber hinaus mit negativen Stimmungslagen (z.B. Angst, Wertlosigkeit, Schuldgefühl) assoziiert wird, bei denen sexuelles Verlangen und Erregung normalerweise gehemmt sein sollten, kann dieses Erklärungsmodell noch ergänzt werden (Bancroft & Vukadinovic, 2004). So können Verlangen und Erregung sich im Rahmen eines Lernprozesses auf die jeweilige negative Emotion übertragen, was dann zum Fortführen der sexuellen Verhaltensmuster trotz negativer Konsequenzen führt (Bancroft, 2009).

Mit Sexsucht einhergehende Merkmale

Auch andere mit *Sexsucht* assoziierte Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale sowie Erfahrungsmuster tragen zum Verständnis des Symptombildes bei. Reid und Carpenter (2009) haben die Persönlichkeit von 152 männlichen Studienteilnehmern untersucht, die sich selbst als „hypersexuell“ identifiziert hatten. Darauf basierend unterscheiden die Autoren vier Subtypen innerhalb dieser Zielgruppe: den normal funktionierenden Subtypen (*normal functioning subtype*), den alexithymen Subtypen (*alexithymic subtype*), den depressiven Subtypen (*depressive subtype*) und den verzweifelten Subtypen (*distressed subtype*). Beim ersten Subtypen werden keine Hinweise auf Persönlichkeitspathologie oder relevanten Leidensdruck gefunden werden (38% der Stichprobe). Der alexithyme Subtyp dagegen leidet unter Sorgen, die mit seinem Selbstwert und sozialer Unsicherheit im Zusammenhang stehen. Beim depressiven Subtyp zeigen sich Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit und Schuldgefühle, während beim verzweifelten Subtypen das allgemeine Funktionsniveau signifikant vermindert ist und sich Persönlichkeitsakzentuierungen/-pathologie manifestieren.

Der Persönlichkeit, aber auch den individuellen Ressourcen zur Herstellung von Intimität und interpersonaler Bindung, sollte also bei der Betrachtung des Phänomens besondere Aufmerksamkeit zukommen, obwohl ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen Defiziten in diesen Bereichen und *Sexsucht* bisher ungeklärt bleibt (Reid et al., 2008, Zapf et al., 2008).

Die Verwendung spezifischer Fragebögen, wie etwa des Inventars Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen mit dem dazugehörigen Ergänzungsmodul (IKP und IKP-Eg, Andresen, 2006), der Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26, Kupfer et al., 2001) und der deutschen Version des Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-RD, Ehrental et al., 2009) kann bei der Exploration behilflich sein.

Betrachtet man den Bedeutungsgehalt suchtartiger sexueller Verhaltensmuster, können diese auch zum Schutz gegen starke Verlassenheits- oder Leereängste bzw. zur Abwehr von Traumatisierungserinnerungen dienen. Sex wird dann als Analgetikum gegen negative Gefühle genutzt. Weil dadurch für den Betroffenen kurzfristig seelischer Schmerz und Spannung reduziert werden, kann zunächst ein illusionäres Gefühl von „Kontrolle“ entstehen. Dennoch ist oft eine starke Aggressionsproblematik erkennbar, die mit Verleugnung und Rationalisierung einhergeht.

Das Internet als Beschaffungsmedium

Als mögliches Risiko für das Entwickeln von *Sexsucht* bei gefährdeten Personenkreisen ist das Internet häufig thematisiert worden, das als relativ neues Kommunikationsmedium inzwischen in beinahe jedermanns Alltag Einzug genommen hat. Das Internet ist eine wichtige Quelle erotischen Filmmaterials und bietet zahllose Möglichkeiten sexuell aktiv zu werden, so beispielsweise in Cybersex-Chaträumen oder auf Kontaktseiten. Die Anonymität der Nutzer ist dort überwiegend gewährleistet, wodurch die Hemmschwelle zur sexuellen Aktivität vergleichsweise niedrig liegt (Cooper et al., 1999). Interpersonale Bindungen spielen dabei oft eine untergeordnete Rolle, was zu einer Vermeidung von Kontakten in der realen Welt führen kann (Hill et al., 2007). Zusätzlich kann die leichte und kostengünstige Zugangsmöglichkeit süchtige Entwicklungen begünstigen (Cooper, 1998).

Bei Weitem nicht jeder Konsument von sexuellem Material im Internet entwickelt jedoch suchtartige Verhaltensmuster. In einer Studie von Cooper und Mitarbeitern (2000), an der 9265 Nutzer von sexuellen Online-Angeboten teilnahmen, wurde mit Hilfe eines speziellen Fragebogens nur bei 17% eine derartige Problematik festgestellt. Darüber hinaus stehen den Risiken sexueller Aktivität im Internet auch Chancen gegenüber (beispielsweise bei Schüchternheit, Selbstunsicherheit oder körperlicher Behinderung). Diese Chancen sollten jedoch hiervon gesondert betrachtet werden (Hill et al., 2007).

Therapieansätze

Neben einem besseren Verständnis des Gegenstandsbereiches darf die Forschung eines nicht aus den Augen verlieren: die Hinleitung auf ein Modell, aus dem konkrete Behandlungsansätze ableitbar werden. Nur so kann Betroffenen die Hilfestellung geleistet werden, die sie brauchen. Um dies zu erreichen, gilt es die Gemeinsam-

keiten innerhalb der heterogenen Gruppe zu erfassen, aber gleichzeitig den nötigen Raum für individuelle Unterschiede zu lassen.

Richtlinien zur Behandlung von *Sexsucht* gibt es bisher jedoch noch nicht. Deutsche Sexualtherapeuten neigen dazu, diese Problematik mit individueller Psychotherapie zu behandeln, die eher auf einer psychodynamischen als auf einer kognitiv-behavioralen Modellvorstellung beruht (Briken et al., 2007), auch wenn eine Kombination beider Ansätze in Einzelfällen durchaus im Praxisalltag ihre Anwendung findet.

In einzelnen Fallbeschreibungen ist auch eine erfolgreiche Behandlung mit *Eye Movement, Desensitisation and Reprocessing* (EDMR) oder auch Pharmakotherapie (v.a. Naltrexon und selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer [SSRI]) dokumentiert (Cox & Howard, 2007, Raymond et al., 2002).

Die Ausführungen in den vorangehenden Abschnitten lassen jedoch erkennen, dass es neben dem eigenen Leidensdruck oftmals die Partnerbeziehungen sind, die unter der Problematik leiden. Daher spricht in den Fällen, wo der Betroffene in einer partnerschaftlichen Beziehung lebt, vieles für eine Einbeziehung der Partnerin/des Partners in die Therapie (Bird, 2006). Wie im unten dargestellten Fallbeispiel deutlich wird, ist diese Einbeziehung, wenngleich wünschenswert, in der Praxis nicht immer umsetzbar. Dies ändert jedoch oft nichts an dem häufigsten Behandlungsziel, mit dem die Betroffenen den Weg in die Beratung/Therapie suchen: ihre Beziehung zu erhalten. Bei diesen Patienten erscheinen dann dieselben Vorgehensweisen sinnvoll wie bei Betroffenen, die in keiner partnerschaftlichen Beziehung stehen. Vereinfacht gesagt geht es vor allem darum zu erkennen, welche eigentlichen Bedürfnisse hinter dem exzessiven sexuellen Verhalten stehen und wie diese auf anderem Wege befriedigt werden könnten.

Darüber hinaus existieren momentan vor allem in größeren Städten spezifische Selbsthilfegruppen, die auf einem mit den Anonymen Alkoholikern vergleichbaren 12-Schritte-Modell basieren (AS, Anonyme Sexaholiker, SLAA, Sex- und Liebessüchtige Anonym).

Letztendlich ist ein stufenförmiger mehrschrittiger Behandlungsplan mit individueller Zielsetzung eine vielversprechende Methode (Briken & Basdekis-Jozsa, 2010, Kafka, 2007), das außer Kontrolle geratene sexuelle Verhalten wieder in den Griff zu bekommen.

Sprechstunde bei exzessivem sexuellen Verhalten an der Medizinischen Hochschule Hannover

Um Betroffenen, die sich für sexsüchtig halten, trotz bisher fehlender evaluierter Therapieansätze und aller

beschriebenen Heterogenität der Patientengruppe bestmöglich Hilfestellung gewähren zu können, wurde im letzten Jahr am Arbeitsbereich Klinische Psychologie der Medizinischen Hochschule Hannover von den Autoren eine Spezialsprechstunde bei exzessivem sexuellen Verhalten eingerichtet.

Ziel dieser Sprechstunde ist zunächst eine umfassende Diagnostik zur Erfassung des sexuellen Verhaltens im Sinne einer *Sexsucht* nach den oben beschriebenen Kriterien. Darüber hinaus erfolgt eine umfassende Erhebung möglicher Komorbiditäten und anderer möglicher Störungsbereiche. So ist es möglich, ein individuelles aussagekräftiges Bild des Erlebens und Verhaltens des einzelnen Ratsuchenden zu erhalten, um besser zu verstehen, wie die *Sexsucht* entstanden ist und durch welche Faktoren sie weiter aufrecht erhalten wird. In weiteren Beratungsgesprächen wird dann mit dem Patienten das individuelle therapeutische Vorgehen besprochen und, soweit die Kapazitäten es zulassen, an der MHH durchgeführt.

Welche diagnostischen Schritte dieses Beratungsangebot umfasst und wie ein solcher Therapieverlauf aussehen kann, wird im nächsten Abschnitt dargelegt. Das ausführlich vorgestellte Fallbeispiel macht einmal mehr deutlich, dass erst durch das Verständnis, welche Sehnsüchte und Bedürfnisse durch die sexuellen Verhaltensweisen erfüllt und befriedigt werden sollen, ein individueller Zugang zum Problem *Sexsucht* geschaffen werden kann. Erst, wenn der Patient selbst versteht, wozu er seine *Sexsucht* benutzt, kann mit ihm nach Lösungen gesucht, bzw. können diese Muster durchbrochen werden.

Fallbeispiel Herr G.

Zur Person:

Herr G. ist zu Behandlungsbeginn 46 Jahre alt und in zweiter Ehe verheiratet. Aus dieser Ehe sind zwei Töchter hervorgegangen, vier und zwei Jahre alt. Die jüngere Tochter ist so schwer herzkrank, dass immer damit zu rechnen sei, dass sie bald sterben müsse.

Sozial fühle Herr G. sich gut integriert, berichtet davon, im Freundeskreis und im Sportverein beliebt zu sein und gibt an, schon immer die Rolle des „Klassenkaspers“ innegehabt zu haben.

Herr G. ist als zweitjüngstes Kind eines gläubig katholischen Landwirtehepaares geboren worden, nachdem deren Kinderplanung eigentlich bereits abgeschlossen war, so dass vier seiner Geschwister deutlich älter als er selbst sind.

Herr G. arbeitet als studierter Maschinenbauingenieur in leitender Position. Sein Arbeitsalltag sei mit vielen Auslandsreisen und dauerhaft erhöhtem Stress verbunden.

Konsultationsanlass:

Beim ersten Gesprächstermin in der *Sprechstunde bei exzessivem sexuellen Verhalten* an der Medizinischen Hochschule Hannover schildert Herr G., dass er sich seit vielen Jahren eindeutig für sexsüchtig halte, woran auch bereits seine erste Ehe gescheitert sei. Seinen Verdacht der Sexsucht begründet er damit, mehrfach in der Woche im Internet nach Sexvideos zu suchen und runterzuladen, zu denen er dann masturbierende und mindestens 1x pro Woche wechselnde Prostituierte aufzusuchen. Seine Pornosammlung umfasse inzwischen mehr Filme, als er je sehen könnte. Trotz wiederholter Versuche – und vor allem aufgrund der mit seinem sexuellen Verhalten verbundenen negativen Konsequenzen in seinen Paarbeziehungen – sei es ihm nicht möglich, diese Verhaltensweisen auch nur für einen kurzen Zeitraum aufzugeben.

Die Problematik besteht zu diesem Zeitpunkt bereits seit etwa 25 Jahren, in den ersten Jahren mit steigender Konsumrate, diese sei inzwischen seit etwa acht Jahren stabil.

Als Konsultationsanlass gibt Herr G. zu diesem Zeitpunkt an, seine Ehe retten zu wollen. Dies sei nur möglich, wenn er seine Sexsucht loswerde.

Anamnese:

Die anamnestischen Gespräche ergeben, dass die schwere Erkrankung der jüngeren Tochter und die daraus resultierende Belastung der einzige Grund sei, warum seine Ehefrau sich nach der zufälligen Aufdeckung seiner Sexsucht (kurz nach der Geburt der zweiten Tochter) bisher nicht von ihm getrennt habe. Das Paar lebe seitdem zwar nach außen hin noch als Ehepaar, es gebe aber seit diesem Zeitpunkt keinerlei Austausch von Zärtlichkeiten oder Intimität mehr zwischen beiden. Auch zur Teilnahme an Herrn G.s Therapie sei die Ehefrau unter keinen Umständen bereit.

In seiner Herkunftsfamilie war Sexualität stets ein Tabuthema, über das nicht gesprochen wurde. Heute wisse Herr G. jedoch, dass seine drei Brüder ebenfalls zu Prostituierten gingen. Seine sexuelle Entwicklung habe er als unproblematisch erlebt, den ersten Geschlechtsverkehr im Alter von 19 Jahren gehabt, der für ihn jedoch eher „Prostituiertencharakter“ gehabt habe und eher anstrengend als schön gewesen sei.

Diagnostik:

- ◆ Die diagnostischen Gespräche machen den Leidensdruck von Herrn G. und ein ausgeprägtes Schuldgefühl seiner Frau gegenüber deutlich. Die

wiederholt gescheiterten Versuche, die Besuche bei Prostituierten oder das Herunterladen von pornographischem Material aus dem Internet zu unterlassen, zusammen mit der steigenden Konsumrate über mehrere Jahre hinweg legen die Diagnose *gesteigertes sexuelles Verlangen* (ICD-10: F. 52.7) nahe.

- ◆ Im SAST (s.o.) erreicht Herr G. 17 von 25 Punkten, wodurch die Diagnose „Sexsucht“ nach diesem Screening-Verfahren zu vergeben ist.
- ◆ Die Kriterien nach Kafka (s.o.) sind ebenfalls erfüllt.
- ◆ Weitere diagnostische Erhebungen (SKID I) lassen eine *leichte depressive Episode* (ICD-10: F32.0) erkennen.
- ◆ In der Persönlichkeitsdiagnostik zeigen sich bei Herrn G. auffällige Werte im Narzissmusinventar, vor allem auf der Skala *Gier nach Lob und Anerkennung*.
- ◆ Auffällig ist außerdem der im TAS-26 (Toronto-Alexithymie-Skala-26) erfasste deutlich unterdurchschnittlich ausgeprägte Zugang zu den eigenen Gefühlen, sowohl auf der Skala *Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen*, als auch auf der Skala *Schwierigkeiten beim Beschreiben von Gefühlen*.
- ◆ Bei Herrn G. zeigt sich außerdem eine dysfunktionale Stressverarbeitung, jedoch keinerlei Auffälligkeit hinsichtlich Zwanghaftigkeit oder Impulsivität.
- ◆ Eine auffällige Persönlichkeitsakzentuierung findet sich im IKP/IKP-Eg lediglich für die Skala opponierend-streitbar.

Behandlungsverlauf:

Mit Herrn G. wurden zu verschiedenen Zeitpunkten der Therapie *Behandlungsziele* festgelegt, die sich im Laufe der etwa anderthalb-jährigen Therapie mehrfach veränderten. Zu Behandlungsbeginn wurden diese folgendermaßen benannt:

- ◆ nicht mehr zu Prostituierten gehen,
- ◆ keine Pornos mehr herunterladen und ansehen!

Die dahinter liegenden *Ziele*, die Herr G. erreichen wollte, waren:

- ◆ seine Ehe zu retten!
- ◆ seine Ehefrau nicht mehr zu enttäuschen
- ◆ sich beherrschen zu können und
- ◆ (wieder) die Kontrolle über das eigene Verhalten zu haben („ich will mir wieder vertrauen können“)

In den ersten Wochen lag dementsprechend der Schwerpunkt der Therapie darin, Herrn G. v.a. mittels verhaltenstherapeutischer Ansätze den Zusammenhang zwischen auslösenden Situationen (vor allem Stress, Überlastung und Hilflosigkeit bei der Arbeit, aber auch im Familienleben) und dem daraus resultierenden sexuellen Aktivitäten (Gang zu Prostituierten nach der Arbeit oder Pornos während der Arbeit/abends zuhause am Laptop zu sehen) zu verdeutlichen.

Herr G. erkannte, dass er einen vermehrten Drang verspürt, zu Prostituierten zu gehen, wenn er unter Stress steht. Die daraus resultierenden Veränderungen waren:

- ◆ Erlernen von Entspannungstechniken (PMR)
- ◆ Mehr Zeit für sich nehmen
- ◆ Einen Hund anschaffen

Durch diese Veränderungen im Umgang mit Stress sank das Bedürfnis, zu Prostituierten zu gehen deutlich ab, konnte jedoch nicht vollständig aufgegeben werden.

Das Herunterladen und Ansehen pornographischer Materials konnte durch die Auseinandersetzung mit diesen Zusammenhängen bereits nach etwa drei Monaten deutlich reduziert werden und spielte nach einem Jahr so gut wie keine Rolle mehr.

Enttäuscht darüber, die Besuche bei Prostituierten nicht auch so einfach aufgeben zu können, wurde im nächsten Therapieabschnitt das Augenmerk darauf gelegt, mit Herrn G. zu erarbeiten, welche aufrechterhaltenden Faktoren dazu beitragen, dass er diese Besuche nicht aufgeben kann.

Dadurch änderten sich seine *Behandlungsziele* zum ersten Mal:

- ◆ Herr G. wollte nun vor allem verstehen, wozu er die Prostituierten braucht.

Dahinter lagen verschiedene, bisher nicht erfüllte Bedürfnisse:

- ◆ eine ausgeprägte Sehnsucht nach Intimität!
- ◆ der Wunsch, geliebt zu werden „ich fühle mich zu Hause wie ein Besucher“
- ◆ ein großes Bedürfnis nach Anerkennung (v.a. im Job) und
- ◆ die Angst, andere zu enttäuschen

Herr G. erkannte für sich, dass er durch den Sex mit Prostituierten seine Sehnsucht nach Intimität zu befriedigen sucht, die er in seiner Ehe oder auch

in vorherigen Beziehungen nicht erfüllen, bzw. verdeutlichen konnte. Den Grund darin sieht Herr G. in seinem Wunsch, stets überlegen und souverän zu erscheinen, sich „keine Schwächen zu leisten“. Jedoch steht dies in krassem Widerspruch zu dem eigentlichen Wunsch, so akzeptiert zu werden, wie er ist, ohne dafür etwas „leisten“ zu müssen. Herr G. erkannte, dass er seine eigenen Bedürfnisse zumeist verschweige, um sein sich von ihm auferlegtes Rollenmodell erfüllen zu können. So fühlte er sich beispielsweise zu diesem Zeitpunkt zuhause wie ein Besucher und wie der Ernährer, jedoch nicht als Teil der Familie.

Diese zunächst kognitiv ausgerichtete Näherung ermöglichte es Herrn G. nach einigen Wochen, sich auch emotional schrittweise auf die Therapie einzulassen.

Mit dem Erkennen, wie nahezu unmöglich es ihm zumeist ist, anzugeben, was er fühlt, wurde Herrn G. bewusst, dass hier ein wichtiger Baustein zum Verständnis des eigenen problematischen Verhaltens liegt.

Wieder änderte sich dadurch der Fokus in der Behandlung, Herr G. wollte nun vor allem einen Zugang zu seinen Gefühlen und Bedürfnissen bekommen, um sich letztendlich selbst akzeptieren zu können. Durch die Bearbeitung dieses Themas ergaben sich im Verlauf der Therapie nach und nach weitere *Veränderungen im Erleben und Verhalten* von Herrn G.:

- ◆ weitgehende Befreiung von Schuldgefühlen
- ◆ verbringt mehr Zeit mit den Kindern
- ◆ spürt mehr Nähe zu den Kindern
- ◆ sucht sich einen anderen, weniger stressigen Job
- ◆ vorsichtige Annäherung an die Ehefrau, zugleich offensiveres Verhalten ihr gegenüber
- ◆ **der Drang zu Prostituierten zu gehen nimmt ab!**
- ◆ **daraus resultieren deutlich seltenere Besuche bei Prostituierten**

Nach etwa anderthalb Jahren ist Herr G. mit sich und seinem Leben deutlich zufriedener, kann offener mit seiner Ehefrau über persönliche Dinge sprechen und die Annäherung zwischen beiden erfolgt schrittweise. Seine Vaterrolle nimmt er mit deutlich mehr Freude und Initiative wahr, auch das Verhältnis zu seinen Kindern ist deutlich wärmer und emotionaler. Herr G. sagt nun, dass er spüren könne, zuhause erwartet und gebraucht zu werden.

Durch regelmäßige Entspannung kann er in seinem neuen Job mit den Anforderungen gelassen umgehen. Pornographische Filme spielen im Leben von Herrn G. keine Rolle mehr, jedoch geht er weiterhin

etwa alle ein bis zwei Monate zu einer Prostituierten. Herr G. empfindet nach seinen Angaben jedoch keinen Drang mehr, dorthin zu gehen, was er glaubhaft verdeutlichen kann. In seiner Ehe gibt es nach wie vor (noch) keinerlei Sexualität, diese lehnt die Ehefrau bisher ab. Den Besuch bei Prostituierten sieht Herr G. daher als eine Art „Ersatz.“, da er durchaus sexuelles Verlangen verspüre.

Auch ohne das Einbeziehen der Ehefrau waren bei Herrn G. deutliche Verbesserungen im problematischen Verhalten erreichbar. Der Schlüssel lag hier eindeutig in einem unterdrückten Bedürfnis nach Intimität und fehlendem Zugang zu den eigenen Emotionen. Nachdem diese Bedürfnisse erkannt und schrittweise erfüllt wurden, nahm der Drang nach Sexualität als Ersatz spürbar und dauerhaft ab.

Dieses Fallbeispiel zeigt, wie wichtig es im Umgang mit sexsüchtigen Patienten ist, genau zu erfassen, was sie bewegt, statt sich nur auf die sexuelle Problematik zu konzentrieren.

Fazit

Die Auseinandersetzung mit dem umstrittenen Konstrukt *Sexsucht* macht nicht nur die Heterogenität der Gruppe von Betroffenen deutlich, sondern ebenso die Vielzahl der Aspekte, die bei der Frage, ob es sich hierbei um ein eigenes Störungsbild handelt, berücksichtigt werden müssen. Auch die Erfahrungen in der klinischen Praxis unterstreichen die Vielfältigkeit relevanter Einflussfaktoren. Das vorgestellte Fallbeispiel wurde bewusst gewählt, da der Erfahrungsalltag immer wieder zeigt, dass genau diese beiden Bereiche, fehlende Intimität und fehlender Zugang zu den eigenen Gefühlen, bei dem größten Teil der Patienten, die sich für sexsüchtig halten, eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der Störung, sowie ihrer Aufrechterhaltung spielen und daher besonderer Aufmerksamkeit in der Behandlung bedürfen.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA), 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth ed. – textrevison (DSM-IV-TR). APA-Press, Washington, DC.
- Andresen, B., 2006. Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP). Dimensionale Diagnostik nach DSM-IV und ICD-10. Manual. Hogrefe, Göttingen.
- Bancroft, J., 1999. Central inhibition of sexual response in the

- male: A theoretical perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 23, 763–784.
- Bancroft, J., 2009. *Human sexuality and its problems*, third ed. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Bancroft, J., Vukadinovic, Z., 2004. Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity or what? Toward a theoretical model. *J Sex Research* 41, 225–234.
- Barth, R.J., Kinder, B.N., 1987. The mislabelling of sexual impulsivity. *J Sex Marital Ther* 13, 15–23.
- Bird, M.H., 2006. Sexual addiction and marriage and family therapy: Facilitating individual and relationship healing through couple therapy. *J Sex Marital Ther* 32, 297–311.
- Briken, P., Hill, A., Berner, W., 2009. Syndrome sexueller Sucht, in: Batthyány, D., Pritz, A. (Eds.), *Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte*. Springer, Wien, pp. 219–238.
- Briken, P., Habermann, N., Berner, W., Hill, A., 2007. Diagnosis and treatment of sexual addiction: A survey among German sex therapists. *Sexual Addiction & Compulsivity* 14, 131ff.
- Briken, P., Basdekis-Jozsa, R., 2010. Sexuelle Sucht? Wenn sexuelles Verhalten außer Kontrolle gerät. *Bundesgesundheitsbl* 53, 313–318.
- Coleman, E., 1990. The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior. *American Journal of Preventive Psychiatry & Neurology* 2, 9–14.
- Cooper, A., 1998. Sexuality and the internet: Surfing into the new millennium. *CyberPsychology & Behavior* 1, 181–187.
- Cooper, A., Delmonico, D.L., Burg, R., 2000. Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. *Sexual Addiction & Compulsivity* 7, 5–29.
- Cooper, A., Scherer, C., Boies, S.C., Gordon, B.L., 1999. Sexuality on the internet: From sexual exploration to pathological expression. *Pathological Psychology* 30, 154–164.
- Cox, R.P., Howard, M.D., 2007. Utilization of EMDR in the treatment of sexual addiction: A case study. *Sexual Addiction & Compulsivity* 14, 1–20.
- Ehrental, J.C., Dinger, U., Lamla, A., Funken, B., Schauenburg, H., 2009. Evaluation der deutschsprachigen Version des Bindungsfragebogens “Experiences in Close Relationships – Revised” (ECR-RD). *Psychother Psych Med* 59, 215–223.
- Giese, H., 1962. *Zur Psychopathologie der Sexualität*. Enke, Stuttgart.
- Goodman, A., 2008. Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochemical Pharmacology* 75, 266–322.
- Grüsser, S.M., Thalemann, C.N., 2006. *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Hogrefe, Göttingen.
- Hartmann, U., 2005. Neurobiologische Aspekte sexueller Funktionsstörungen, in: Nissen, G., Csef, H. Berner, W., Badura, F. (Eds.), *Sexualstörungen. Ursachen, Diagnose, Therapie*. Steinkopff, Darmstadt, pp. 26–40.
- Hill, A., Briken, P., Berner, W., 2007. Pornographie und sexuelle Gewalt im Internet. *Bundesgesundheitsbl* 50, 90–102.
- Kafka, M.P., 2007. Paraphilia-related disorders: The evaluation and treatment of nonparaphilic hypersexuality, in: Leiblum, S. (Ed.), *Principles and practice of sex therapy*, fourth ed. Guilford Press, New York, pp. 442–476.
- Kafka, M. P., 2010. Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav*. DOI: 10.1007/s10508-009-9574-7.
- Kafka, M.P., Hennen, J., 1999. The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders. *Sexual Addiction & Compulsivity* 8, 227–239.

- Kafka, M.P., Hennen, J., 2002. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (N=120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment* 14, 349–366.
- Kupfer, J., Brosig, B., Brähler, E., 2001. Toronto-Alexithymie-Skala-26. Deutsche Version (TAS-26). Manual. Hogrefe, Göttingen.
- Långström, N., Hanson, R.K., 2006. High rates of sexual behaviour in the general population: Correlates and predictors. *Arch Sex Behav* 35, 37–52.
- Levine, S.B., 2010, What is sexual addiction? *J Sex Marital Ther* 36, 276–81.
- Mick, T.M., Hollander, E., 2006. Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectrums* 11, 944–955.
- Moser, C., 1993. A response to Aviel Goodman's "Sexual addiction: Designation and treatment". *J Sex Marital Ther* 19, 220–224.
- Muench, F., Morgenstern, J., Hollander, E., Irwin, E., O'Leary, A., Parsons, J.T., Wainberg, M.L., Lai, B., 2007. The Consequences of compulsive sexual behavior: The preliminary reliability and validity of the compulsive Sexual Behavior Consequences Scale. *Sexual Addiction & Compulsivity* 14, 207–220.
- Quadland, M.C., 1985. Compulsive sexual behavior: Definition of a problem and an approach to treatment. *J Sex Marital Ther* 11, 121–132.
- Raymond, N.C., Grant, J.E., Kim, S.W., Coleman, E., 2002. Treatment of compulsive sexual behavior with naltrexone and serotonin reuptake inhibitors: two case studies. *International Clinical Psychopharmacology* 17, 201–205.
- Reid, R.C., Carpenter, B.N., Spackman, M., Willes, D.L., 2008. Alexithymia, emotional instability, and vulnerability to stress proneness in patients seeking help for hypersexual behaviour. *J Sex Marital Ther* 34, 133–149.
- Reid, R.C., Carpenter, B.N., 2009. Exploring relationships of psychopathology in hypersexual patients using the MMPI-2. *J Sex Marital Ther* 35, 294–310.
- Roth, K., 2007. *Sexsucht – Krankheit und Trauma im Verborgenen*. Ch. Links Verlag, Berlin.
- Schwartz, M.F., 1992. Sexual compulsivity as post-traumatic stress disorder: Treatment perspectives. *Psychiatr Ann* 22, 333–338.
- Schwartz, S.A., Abramowitz, J.S., 2003. Are nonparaphilic sexual addictions a variant of obsessive-compulsive disorder? A pilot study. *Cognitive & Behavioral Practice* 10, 372–377.
- Todd, T., 2007. Premature Ejaculation of "Sexual Addiction" Diagnoses, in: *The Handbook of Brief Sex Therapy*. W.W. Norton & Company, New York.
- World Health Organization (WHO), 1993. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber, Bern.
- Zapf, J.L., Greiner, J., Carrol, J., 2008. Attachment styles and male sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity* 15, 158–175.

AutorInnen

Cand. Dr. Dipl.-Psych. Julia Kobs, M.Sc. Psych. Miriam Spenhoff, Prof. Dr. Uwe Hartmann, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, email: Kobs.Julia@mh-hannover.de



Kornelius Roth, *Sexsucht, Krankheit und Trauma im Verborgenen*

Christoph Links Verlag 2010, 3. Aufl., 216 Seiten, broschur, ISBN-978-3-86153-586-7, Preis 14,90 €)

Nach seriösen Schätzungen leben allein in Deutschland eine halbe Million Sexsüchtige. Sie werden von Kick zu Kick getrieben, rastlos, wahllos und letztlich unbefriedigt. Von Außenstehenden wird Sexsucht hingegen oft als "zu viel des Guten" verkannt und nicht als Suchterkrankung ernst genommen. Dabei sind die Folgen für Betroffene und Angehörige gravierend, finanziell und gesundheitlich, besonders aber in den sozialen Beziehungen, am Arbeitsplatz und in der Partnerschaft. Angehörige stehen den Problemen meist ratlos gegenüber: Was ist schon süchtig und was noch normal? Kann dieses Verhalten beeinflusst werden, wo bekommt man Hilfe? Kornelius Roth arbeitet seit Jahren als Psychotherapeut mit Sexsüchtigen. Anhand von Fallgeschichten schildert er Formen, Probleme, Auswirkungen der Sexsucht und geht auf die Besonderheiten der Online-Abhängigkeit ein. Vor allem zeigt er Wege auf, wie Betroffene der Sucht entkommen können.

Pressestimmen

"Besonders stark ist die Studie dort, wo Roth die Vernetzung der Sex- mit einer anderen Sucht schildert: jener nach Online-Tätigkeiten: Menschen, die nach Cyber-Sex abhängig sind." – Die Welt

"Das wichtigste Buch zur Sexsucht in Deutschland hat der Psychotherapeut Kornelius Roth geschrieben." – 3sat

Zur Ergebnisqualität ambulanter Paar-Sexualtherapie unter Berücksichtigung der Paarbeziehungsqualität

Jantje Kramer, Wolfgang Weig

The results of ambulatory sex therapy for couples and the quality of pair relations

Abstract

The present investigation is a catamnesis of patients who completed an ambulatory sex therapy for couples due to sexual dysfunction at various times between 1990 and 2005. Firstly, the quality of the intervention is evaluated by several indicators of the results. Short-term effects are measured by symptom reduction as rated by the therapist and by retrospective evaluation of the intervention by the participant. Long-term effects are estimated with data about the current subjective satisfaction and current symptom-referred distress in the patients. A further complex of questions concerns the connection between the different measures of "therapy success" and aspects of the quality of the pair relations. The rating of the therapists shows in an improvement rate of 95.8% after completion of the therapy. Clear improvements or even complete symptom-freeness are obtained by 62.5%. The participants retrospectively judge the intervention and thus the competence of the therapist, the program itself and its effectiveness as predominantly positive. The majority of participants report sexual problems again in the long-term. However, only a small proportion of these complaints can be classified as disturbing. The subjective satisfaction is predominantly high and proves closely connected with the presence of disturbing sexual symptoms, not however with sexual problems in general. Beyond this, the pair relations quality contributes largely to the clearing-up of the variance in current subjective satisfaction. In conclusion, the majority of participants can be described as successful, content and healthy. The connection between result quality and pair relations quality suggests that dimensions of pair relations, central risk factors and resources of a pair relationship should be considered for therapy planning because they contribute to long-term relapse prevention.

Keywords: Sex therapy for couples, sexual dysfunction, pair relations quality, relapse prevention

Zusammenfassung

Die Untersuchung stellt eine Nachbefragung von Patienten dar, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten zwischen den Jahren 1990 und 2005 aufgrund einer sexuellen Funktionsstörung eine ambulante Paar-Sexualtherapie absolviert haben. Zum einen

wird die Ergebnisqualität der Maßnahme zum Zwecke der Qualitätssicherung erfasst. Dazu werden neben der Einschätzung des kurzfristigen symptombezogenen Therapieerfolgs durch den Therapeuten auch die retrospektive Beurteilung der Intervention durch die Teilnehmer sowie Daten zu deren aktueller subjektiver Zufriedenheit und Symptombelastung erhoben, um Hinweise auf langzeitstabile Effekte zu erhalten. Ein weiterer Komplex von Fragestellungen betrifft den Zusammenhang der verschiedenen Operationalisierungen von „Therapieerfolg“ mit Aspekten der Paarbeziehungsqualität. Das Therapeutenrating ergibt eine Besserungsrate nach Beendigung der Therapie von 95,8%. Deutliche Verbesserungen oder sogar völlige Symptombefreiheit erzielen dabei 62,5% der Teilnehmer. Die Teilnehmer beurteilen die Intervention und somit das Therapeutenverhalten, das Programm an sich sowie dessen Wirksamkeit rückblickend überwiegend positiv. Langfristig berichtet ein Großteil der Teilnehmer wieder über sexuelle Probleme. Nur ein geringer Anteil dieser Beschwerden ist jedoch als störungswertig einzuschätzen. Die subjektive Zufriedenheit ist überwiegend eher hoch und erweist sich als eng verbunden mit dem Vorhandensein störungswertiger sexueller Symptome, nicht aber mit dem Vorliegen allgemeiner sexueller Probleme. Die Daten zur Paarbeziehungsqualität leisten darüber hinaus einen großen Beitrag zur Aufklärung der vorhandenen Varianz insbesondere der aktuellen subjektiven Zufriedenheit. Es zeigt sich das Bild mehrheitlich erfolgreicher, eher zufriedener und unbelasteter Teilnehmer. Die Zusammenhänge zwischen Ergebnis- und Paarbeziehungsqualität legen nahe, dass eine systematische Erfassung der Beziehungsdimension und somit zentraler Risikofaktoren und Ressourcen einer Paarbeziehung sowie die Berücksichtigung dieser Ergebnisse innerhalb der Therapieplanung zum Zwecke der Rückfallprophylaxe zur Verbesserung der Langzeiteffektivität beitragen können.

Schlüsselwörter: Paar-Sexualtherapie, Sexuelle Funktionsstörung, Paarbeziehungsqualität, Rückfallprophylaxe

Methodik

Die hier vorgestellte schriftliche Patientennachbefragung umfasst 33 Patienten, die sich zwischen 1990 und 2005 aufgrund einer nichtorganischen sexuellen Funktionsstörung in sexualtherapeutischer Behandlung befanden. Erhoben

werden allgemeine sexuelle Probleme, Hinweise auf das Vorliegen einer sexuellen Funktionsstörung (modifiziertes Screeninginstrument nach Müller & Gensch, 2003), aktuelle subjektive Zufriedenheit (Items 5–22 des „Fragebogen zur Nachbefragung“ von Arentewicz et al., 1975, und Items 5–11 des „Nachbefragungsbogen zu Sexualität und Partnerschaft“ von Zimmer, 1988) sowie verschiedene Aspekte der Paarbeziehungsqualität („Partnerschaftsfragebogen“ und „Problemliste“ von Hahlweg, 1996; „Zufriedenheit in Partnerschaften“ von Hassebrauck, 1991, „Paarklimaskalen“ von Schneewind & Kruse, 2002; „Marburger Einstellungsinventar für Liebestile“ von Bierhoff et al., 1993, „Tübinger Skalen zur Sexualtherapie“ von Zimmer, 1988) und die retrospektive Zufriedenheit mit der Intervention (Item 15 des „Nachbefragungsbogen zu Sexualität und Partnerschaft“ von Zimmer, 1988, sowie Items 1–4 des „Fragebogen zur Nachbefragung“ von Arentewicz et al., 1975). Zusätzlich wird die retrospektive Einschätzung des Therapieerfolgs durch den Therapeuten erfasst (sechsstufige Ratingskala in Anlehnung an Arentewicz & Schmidt, 1986).

Ergebnisse

Die Stichprobe ($N = 33$) umfasst elf Patientenpaare und elf Einzelpersonen. Die Geschlechter sind annähernd gleich verteilt. Das Alter der Teilnehmer rangiert zwischen 30 und 69 Jahren ($M = 45,76$), wobei gut drei Viertel der Indexpatienten in die Gruppe der unter 50jährigen fallen.

Die Teilnehmer setzen sich zusammen aus 24 Indexpatienten, davon einem mit Doppeldiagnose und neun Partnern ohne Diagnose. Drei Viertel der ehemaligen Patienten litten zu Beginn der Intervention unter einer klassischen Funktionsstörung im engeren Sinne (hauptsächlich Erregungsstörungen), die Appetenzstörungen sind mit einem Viertel der Fälle somit in der Minderheit. Die Behandlungen verteilen sich nahezu gleich auf die drei Abschnitte 1990–1994, 1995–1999 und 2000–2005. Die mittlere Sitzungsanzahl beträgt $M = 8,79$ ($SD = 4,83$), ein Viertel der Patienten benötigte allerdings mehr als zehn Sitzungen.

Die Daten zur soziosexuellen Entwicklung zeigen einen im Mittel sehr späten ersten Geschlechtsverkehr ($M = 21,36$ Jahre), wobei die Spannweite der Werte sich von 13 bis 39 Jahren erstreckt ($SD = 6,57$). Dabei entfallen etwa 15% auf die unter 16jährigen, eine ebenso kleine Gruppe hatte erst mit 25 oder später zum ersten Mal koitalen Geschlechtsverkehr. Die deutliche Mehrheit (über zwei Drittel) erlebte den ersten Sex zwischen 16 und 25 Jahren. Eine signifikante Korrelation zwischen Pubertätseintritt (Menarchen- bzw. Spermarchenalter) und dem Alter beim ersten Koitus besteht allerdings nur bei den Frauen

der Stichprobe ($r = 0,54$; $p = 0,03$). Sexualität an sich wird im Vergleich zu anderen Lebensbereichen eine mittlere Wichtigkeit eingeräumt, wobei interindividuell große Unterschiede in der Bedeutungszumessung von Sex bestehen, wobei den Männern Sexualität tendenziell wichtiger zu sein scheint als den Frauen ($F = 2,97$, $df = 1$; $p < 0,1$).

Bis auf zwei Männer sind alle Indexpatienten ($n = 24$) noch mit dem Partner aus Zeiten der Sexualtherapie zusammen. Die durchschnittliche Beziehungsdauer beträgt $M = 19$ Jahre, bei einer Spannweite zwischen 3 und 50 Jahren ($SD = 11,92$). 19 dieser Patienten sind verheiratet, einer lebt in Scheidung, vier leben unverheiratet zusammen. Zum Zeitpunkt der Therapie waren die Paare im Durchschnitt $M = 10,48$ Jahre zusammen. Dem aktuellen Bundesdurchschnitt entsprechend haben die Teilnehmer im Mittel 1,39 gemeinsame Kinder mit dem derzeitigen Partner. Vier Patienten haben zudem Kinder aus anderen Beziehungen. Das Alter bei der Geburt des ersten Kindes beträgt für die gesamte Stichprobe $M = 29,61$ Jahre ($SD = 4,86$; Range = 20–40 Jahre). Dabei waren die Männer im Schnitt 30,67 Jahre alt ($SD = 5,12$; Range = 25–40 Jahre). Das durchschnittliche Erstgeburtsalter der Frauen beträgt 28,81 Jahre ($SD = 4,65$; Range = 20–36). Zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes waren die Paare im Schnitt 7,25 Jahre zusammen ($SD = 4,46$), bei einer großen Range von 2 bis 16 Jahren.

Die Daten zur Paarbeziehungsqualität ergeben geschlechtsunabhängig ein recht homogenes Bild mehrheitlich zufriedener und auf der Beziehungsebene unbelasteter Teilnehmer. Die Werte sind insgesamt durchgängig den Vergleichswerten von Kontrollgruppen ähnlicher als denen einer Therapiegruppe. Außerdem zeigen sich wie bei Hahlweg (1996) berichtet jeweils hohe Interkorrelationen in erwarteter Richtung zwischen der Problemliste (PL) und den Skalen Streitverhalten, Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation des Partnerschaftsfragebogens (PFB). Lediglich die Ergebnisse der Paarklimaskalen (PKS) liefern – ebenfalls geschlechtsunabhängig – ein eher ungünstiges Profil der Stichprobe bezüglich des Paarklimas: Dieses ist bei jeweils etwa einem Drittel der Teilnehmer durch erhöhte „Konfliktneigung“ und geringe „Verbundenheit“ gekennzeichnet. Die Übereinstimmung der Einschätzungen des Paarklimas der Partner liegt mehrheitlich im mittleren Bereich.

Die Mittelwerte der Skalen des MEIL, verstanden als Ausprägungen verschiedener Liebestile, unterscheiden sich nicht wesentlich von den bei Bierhoff und Mitarbeitern (1993) berichteten Vergleichswerten. Nur die hohe Ausprägung der Altruistischen Liebe (Agape) der männlichen Teilnehmer fällt in den Bereich der klinischen Vergleichsstichprobe. Bei der Altruistischen Liebe zeigt sich zudem ein höchstsignifikanter Geschlechtsunterschied ($F = 12,55$; $df = 1$; $p < 0,001$). Des Weiteren ergibt ein Ver-

gleich der Skalenwerte zwischen den jeweiligen Partnern mit Hilfe von kritischen Differenzen insgesamt auf fast allen Skalen mehrheitlich deutliche bis sehr deutliche Übereinstimmungen, wenn auch einzelne Paare auf einzelnen Skalen Unterschiede aufweisen. Insbesondere eine Differenz auf der Eros-Skala (Romantische Liebe), die immerhin über ein Drittel der Gruppe aufweist, gilt als inhaltlich bedeutsam. Eine Ausnahme bildet die Skala Agape (Altruistische Liebe), bei der knapp 73% der Paare Differenzen zeigen, wobei mehrheitlich die Frauen bedeutsam niedriger punkten als die Männer. Dieses Ergebnis steht im krassen Gegensatz zu den von Bierhoff et al. berichteten Intra-Paar-Korrelationen, bei denen diese Skala immer mit am höchsten zwischen den Partnern korreliert. Besonders hohe Übereinstimmungen werden in der vorliegenden Stichprobe auf den Skalen Ludus (Spielerische Liebe) und Mania (Besitzergreifende Liebe) erzielt (jeweils über 90% der Paare übereinstimmend), was ebenfalls den Ergebnissen von Bierhoff und Mitarbeitern widerspricht, bei denen Ludus inkonsistente und Mania geringe bis keine Intra-Paar-Korrelationen aufweist. Von den Ergebnissen bzgl. der Unterschiede zwischen Paaren mit und Paaren ohne Kinder kann lediglich der Befund repliziert werden, dass Elternschaft mit geringerer Ausprägung der Romantischen Liebe (Eros) einhergeht ($p = 0,01$). Des Weiteren werden Zusammenhänge zwischen den Liebesstilen und Merkmalen der Partnerschaft untersucht. Genau wie bei Bierhoff und Mitarbeitern berichtet, sind insbesondere Eros und auch Agape jeweils positiv assoziiert mit Glück in der Partnerschaft (Terman-Rating: „Wie glücklich würden Sie Ihre Partnerschaft im Augenblick einschätzen?“). Ein hoher Ludus-Wert (Spielerische Liebe) hängt dagegen negativ mit Partnerschaftsglück zusammen. Auch das Korrelationsmuster zwischen den Liebesstilen und den Skalen des PFB ist zum großen Teil gut mit den Ergebnissen von Bierhoff und Mitarbeitern vereinbar: Hohe Ausprägungen in der Romantischen Liebe (Eros) sind häufig mit viel Zärtlichkeit und Gemeinsamkeiten sowie positiver Kommunikation und wenig negativem Streitverhalten assoziiert. Erwartungsgemäß umgekehrt stellen sich die Zusammenhänge zwischen den Partnerschaftsskalen und der Spielerischen Liebe (Ludus) dar. Zusätzlich zu den von den Autoren berichteten Ergebnissen zeigen sich bei der vorliegenden Stichprobe deutliche Zusammenhänge zwischen den Skalen des PFB und der Altruistischen Liebe (Agape), die inhaltlich denen mit Eros entsprechen.

Zur Beurteilung des Erfolgs der Intervention selbst sei zunächst die anhand der Verlaufspunkte ermittelte Besserungsrate von 95,8% angeführt. Der Anteil deutlicher Erfolge (Heilung sowie deutliche Verbesserungen) daran beträgt 62,5%. Kein Patient hat sich im Vergleich zum Therapiebeginn verschlechtert. Darüber hinaus bilden die patientenseitigen Informationen zu aktuellem Befin-

den und sexueller Zufriedenheit sowie die retrospektive Beurteilung der Intervention die Grundlage zur Einschätzung des Therapieerfolgs. Diesbezüglich ist festzustellen, dass zwei Drittel der Teilnehmer die Therapiemaßnahme rückblickend positiv einschätzen, das verbleibende Drittel bildet eine gemischte Beurteilung ab. Die subjektive Zufriedenheit liegt überwiegend im mittleren bis hohen Bereich, kein Teilnehmer bezeichnet sich als grundsätzlich unzufrieden.

Konsistent mit kritischen Betrachtungen der Epidemiologie sexueller Probleme vs. Funktionsstörungen zeigt sich, dass die Mehrheit der Teilnehmer zwar über sexuelle Probleme klagt, nur bei einer Minderheit allerdings tatsächlich noch oder wieder vom Vorliegen einer störungswertigen Symptomatik auszugehen ist: Die Frage nach allgemeinen sexuellen Problemen bejahen knapp 60%, davon haben 42,1% funktionelle Schwierigkeiten. 31,6% der belasteten Teilnehmer berichten Appetenzprobleme und 26,3% haben andere Missstände zu beklagen (bspw. eine Diskrepanz zwischen der erwünschten und der tatsächlichen Frequenz sexueller Interaktion). Eine störungswertige Problematik dagegen ist lediglich bei 21,2% der Teilnehmer festzustellen, davon bei 57,1% eine Funktionsstörung im engeren Sinne und bei 42,9% eine Appetenzstörung. 78,8% der Teilnehmer weisen demnach keine klinisch bedeutsame sexuelle Störung auf, bei 15,2% dieser Gruppe bestehen allerdings andere Probleme wie z.B. eine Diskrepanz zwischen der erwünschten und der tatsächlichen Frequenz von Geschlechtsverkehr oder andere partnerschaftliche Konflikte.

Auf Grundlage dieser Daten lassen sich vier verschiedene Verlaufskategorien unterscheiden: Die neun teilnehmenden Partner ohne Diagnose gehen als vorher und nachher ungestört in die Statistik ein. Es gibt also niemanden, der ungestört an der Therapie teilnahm und nun störungswertige Symptome aufweist. Von den teilnehmenden Indexpatienten, also den zu Therapiebeginn sexuell gestörten Personen, weisen zum Erhebungszeitpunkt zwölf keine störungswertigen Symptome auf. Bei acht der ehemaligen Indexpatienten bestehen zum Untersuchungszeitpunkt vermutlich immer noch bzw. wieder sexuelle Probleme mit Krankheitswert. Die übrigen vier ehemaligen Indexpatienten klagen über andere, nicht kategorisierbare Probleme, die als nicht störungswertig zu betrachten sind, aber auch nicht uneingeschränkt als ungestört kategorisiert werden können. Von den 24 ehemaligen Indexpatienten erscheint also die Hälfte nun ungestört, mindestens ein Drittel aber leidet noch bzw. wieder unter störungswertigen sexuellen Problemen.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen subjektiver Zufriedenheit und Vorhandensein von sexuellen Problemen vs. Störungen ergibt sich, dass subjektive Zufriedenheit in der Regel mit der Abwesenheit sexueller Probleme einhergeht, während die Abwesenheit sexueller Probleme

keinesfalls mit subjektiver Zufriedenheit gleichzusetzen ist. Es zeigt sich aber kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Außerdem wird deutlich, dass die Abwesenheit einer störungswertigen sexuellen Problematik eine notwendige Bedingung, aber keine Garantie für subjektive Zufriedenheit darstellt. Im Gegensatz zu den sexuellen Problemen wird bei den störungswertigen Symptomen der Zusammenhang mit subjektiver Zufriedenheit signifikant ($\Phi = 0,42$; $p = 0,03$). Die Überprüfung der Zusammenhänge der verschiedenen Erfolgsmaße untereinander ergibt keine bedeutsamen Korrelationen zwischen der Therapieeinschätzung und den übrigen Variablen. Umso deutlicher zeigt sich erwartungsgemäß der Zusammenhang zwischen aktueller subjektiver Zufriedenheit und retrospektiver Einschätzung der Intervention durch die Teilnehmer ($\Phi = 0,54$; $p = 0,02$). Letztere korreliert des Weiteren tendenziell signifikant mit dem Vorhandensein sexueller Störungen (Testwert nach dem Exakten Test nach Fisher = 5,07; $p = 0,07$), nicht aber mit Klagen über sexuelle Probleme.

Schließlich werden Unterschiede zwischen hinsichtlich der verschiedenen Operationalisierungen von Therapieerfolg erfolgreichen vs. erfolglosen Teilnehmern untersucht. Dabei stellt sich heraus, dass insbesondere Variablen, die das subjektive Empfinden verschiedener Aspekte des partnerschaftlichen Miteinanders abbilden, zur Varianzaufklärung der vorhandenen Unterschiede beitragen. Dazu gehören Skalenwerte von TSST, PFB, PL, MEIL, PKS und ZIP sowie das Terman-Rating. Formale Aspekte der Partnerschaft einerseits sowie der Intervention andererseits erweisen sich als wenig hilfreich zur Differenzierung der Gruppen. Lediglich die geringere subjektive Zufriedenheit von Eltern gegenüber Kinderlosen bezüglich der aktuellen Sexualität zeigt sich deutlich. Außerdem geht Unzufriedenheit in der Regel mit einem höheren Störungsmaß laut TSST einher. Unterschiede zwischen sexuell belasteten vs. unbelasteten Teilnehmern bilden sich erwartungsgemäß im Störungsmaß sowie in der Wahrnehmung und Kommunikation der Probleme ab. Außerdem sinkt die Belastung mit steigendem Bildungsgrad und Einkommen. Unterschiede zwischen tatsächlich sexuell Gestörten und Ungestörten bilden sich zunächst ebenfalls im Störungsmaß ab, des Weiteren zeigen in diesem Fall aber wieder insbesondere die verschiedenen Aspekte der subjektiven Einschätzung der Beziehungsqualität das höchste Diskriminanzpotential. Ebenfalls geht wieder höheres Einkommen mit geringerer Wahrscheinlichkeit von sexueller Störung einher. Außerdem überwiegt der Anteil von Katholiken unter den sexuell aktuell Gestörten den der Protestanten deutlich mit 7:1.

Diskussion

Die Beurteilung der Ergebnisqualität der Intervention fällt positiv aus: Es zeigt sich das Bild mehrheitlich erfolgreicher, eher zufriedener und unbelasteter Teilnehmer. Es wird aber auch deutlich, dass die Sexualität des Menschen einen leicht störbaren Bereich darstellt und das Wiederauftreten alter bzw. das Auftreten neuer Symptome einen zu erwartenden Umstand auch nach erfolgreichen sexualtherapeutischen Interventionen darstellt. Der Stellenwert intensiver Rückfallprophylaxe kann deshalb im Rahmen von Sexualtherapie nicht hoch genug eingeschätzt werden. Dieser dienlich sind neben den bewährten Partnerübungen eine achtsame Selbstbeobachtung sowie eine gute Beziehungsqualität. Die bei der vorliegenden Stichprobe größtenteils vorhandenen vielfältigen partnerschaftlichen Ressourcen können in der Regel genutzt werden, um mit wieder auftretenden Symptomen oder neuen Problemen umzugehen. Die Zusammenhänge zwischen Ergebnis- und Beziehungsqualität legen nicht zuletzt nahe, dass eine systematische Erfassung der Beziehungsdimension und somit zentraler Risikofaktoren und Ressourcen einer Partnerschaft sowie die Berücksichtigung dieser Ergebnisse innerhalb der Therapieplanung zum Zwecke der Rückfallprophylaxe zur Verbesserung der Langzeiteffektivität beitragen können.

Literatur

- Arentewicz, G., Bulla, R., Schoof-Tams, K., & Schorsch, E., 1975. Verhaltenstherapie sexueller Funktionsstörungen: Erfahrungen mit 23 Paaren. In: E. Schorsch & G. Schmidt (Hrsg.). Ergebnisse zur Sexualforschung. Köln: Wissenschafts-Verlag.
- Arentewicz, G. & Schmidt, G. (Hrsg.) 1986. Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie. (2. Aufl.). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bierhoff, H.W., Grau, I. & Ludwig, A., 1993. Marburger Einstellungs-Inventar für Liebesstile (MEIL) – Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K., 1996. Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik – Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Hassebrauck, M., 1991. ZIP – Ein Instrumentarium zur Erfassung der Zufriedenheit in Partnerschaften. Zeitschrift für Sozialpsychologie, 256–259.
- Müller, M.J. & Gensch, C., 2003. FZS – Fragebogen zur Sexualität. PUK Mainz.
- Schneewind, K. & Kruse, 2002. PKS – Die Paarklimaskalen. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Zimmer, D., 1988. Fragebogen zu Sexualität und Partnerschaft (ASP, TSST, NSP) (3., korrig. Aufl.) DGVT-Materialie Nr. 19. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

AutorInnen

Dipl.-Psych. Jantje Kramer, Humboldtstraße 33, 49074 Osnabrück, email: Jantje.Fiedler@web.de, Prof. Dr. med. Wolfgang Weig, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt der Magdalenen-Klinik, Bischofsstr. 28, 49074 Osnabrück, email: wolfgang.weig@magdalenen-klinik.de

Syndyastische Sexualtherapie – Begriff und Grundlagen

Kurt Loewit, Klaus M. Beier

Syndyastic sexual Therapy – concept and foundations

Abstract

The concept Syndyastic Sexual Therapy (SST) designates an all-encompassing, relationship and communication oriented form of sexual therapy. Its foundations, i.e., the concept of human sexuality on which it rests, and its presuppositions and practical limitations are discussed in this article. SST manifests specific characteristics that are not learned and practiced in regular medical studies. Thus additional training is required. The principle of Syndyastic Focussing is explained and its usefulness beyond the field of sexual medicine emphasized.

Keywords: Sexual therapy, syndyastic focussing, sexual communication, psychosocial basic needs, additional training in sexual medicine

Zusammenfassung

Der Begriff Syndyastische Sexualtherapie (SST) bezeichnet eine ganzheitliche, beziehungs- und kommunikationsorientierte Form von Sexualtherapie. Ihre Grundlagen bzw. das dahinter stehende Konzept menschlicher Sexualität werden erläutert, Voraussetzungen und Grenzen ihrer Anwendung besprochen. SST weist charakteristische Besonderheiten auf, die im üblichen Medizinstudium nicht gelernt und eingeübt werden, sie erfordert daher eine zusätzliche Weiterbildung. Das Prinzip des Syndyastischen Fokussierens wird dargestellt und seine Bedeutung über die Sexualmedizin hinaus betont.

Schlüsselwörter: Sexualtherapie, syndyastisches Fokussieren, sexuelle Kommunikation, psychosoziale Grundbedürfnisse, sexualmedizinische Weiterbildung

Auch nach beinahe 10 Jahre langer Verwendung des Begriffes, ist *Syndyastisch* eine erklärungsbedürftige Bezeichnung: Der Name leitet sich vom altgriechischen Wort ‚syndyastikós‘ – disponiert zur Paarbeziehung – ab, mit dem Aristoteles (384–ca.322 v. Chr.) „die natürliche Neigung des Menschen zur Paarbildung“ bezeichnete, „die stärker ist als die zur Bildung von größeren Gemeinschaften, so wie ja auch die Hausgemeinschaft früher und wichtiger ist als die des Staates“ (Nikomachische Ethik,

Buch VIII, Kap. 12)¹. Der Begriff verweist also auf die bereits stammesgeschichtlich angelegte innere Programmierung des Menschen auf Bindung und Beziehung, vorzugsweise in Form von Paarbeziehungen von der Mutter-Kind- bis zur Mann-Frau-(Mann-Mann-, Frau-Frau-) Dyade. Bindung und Beziehung sind überlebenswichtig zur Erfüllung universeller Grundbedürfnisse (s. u.) an den Wurzeln von Gesundheit, Lebensfreude und Lebensqualität (vgl. Beier u. Loewit, 2004a, b).

Die zugrunde liegenden neurobiologischen Vorgänge bzw. beteiligten Gehirnstrukturen werden als *Syndyastisches System* bezeichnet: „So haben wir immer wieder erfahren, wie die Angst verschwand, wenn jemand in unserer Nähe war, der uns mit seiner Wärme Sicherheit und Schutz bot, der uns liebte. Das war die erste eigene Erfahrung, die wir in unserem Leben gemacht haben. Die Verschaltungen hierfür wurden immer wieder gebahnt [...] und tief in das Gehirn eines jeden Menschen eingegraben“ (Hüther, 2005). Über diese Verschaltungen sind inzwischen konkrete Details bekannt, etwa über das komplexe Zusammenspiel zwischen Strukturen zur kritischen sozialen Erkennung im präfrontalen Cortex und den Mandelkernen, die an der emotionalen Situationsbewertung, der Entstehung von Angst, Aggression und Stress mit den entsprechenden vegetativen Reaktionen beteiligt sind, dem Belohnungssystem im Striatum, den Sexualzentren einschließlich der entsprechenden Botenstoffe, also von Neurotransmittern und Hormonen, vor allem dem Bindungshormon Oxytocin, das bei positiven Bindungs- / Beziehungserfahrungen freigesetzt wird. Es deaktiviert im präfrontalen Cortex sozialkritisches Urteilen und negative Emotionen, sodass Vertrauen zunimmt; es senkt die Aktivität in den Mandelkernen: Angst, Abscheu und Aggression, Stress wird vermindert; zugleich aktiviert es das parasympathische und das Belohnungssystem, ruft Glücksgefühle hervor, erhöht soziale Kontaktfähigkeit, fördert in Summe Bindung und Beziehung direkt und indirekt (s. Abb. 1) (Bartels u. Zeki, 2004).

Die *Syndyastische Sexualtherapie* (SST) – als eigenständige Interventionsform der Sexualmedizin, die somatische, pharmakologische, physikalische, psycho- und sozio-therapeutische Optionen umfasst und nicht mit

¹ Herrn Dr. Thomas Poiss, Institut für Klassische Philologie der Humboldt-Universität Berlin, verdanken wir den Hinweis auf diese Quelle.

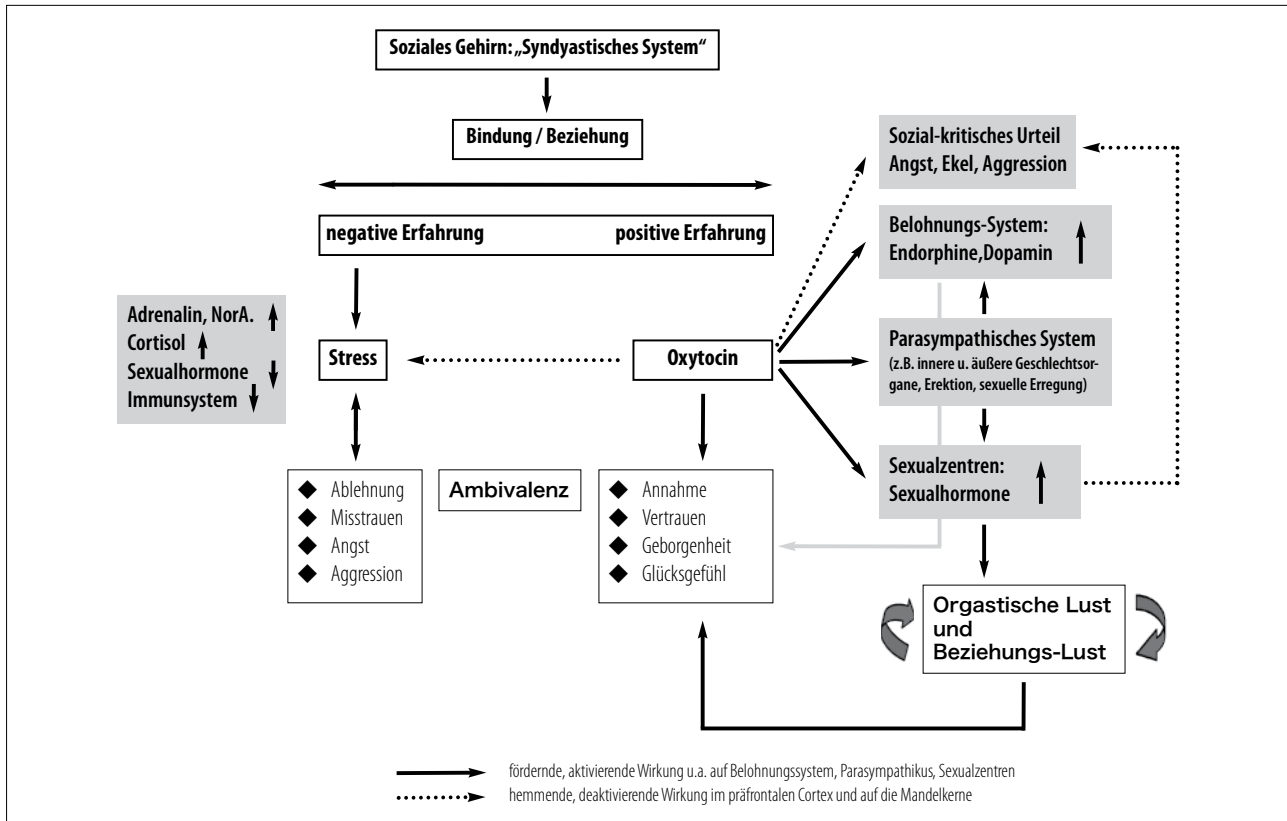


Abb. 1 Rolle von Oxytocin als Vermittler der Bindungsdimension von Sexualität

Psychotherapie verwechselt werden darf, macht sich diesbezügliches Wissen zu eigen und ist die therapeutische Umsetzung eines Konzeptes menschlicher Sexualität, welches interdisziplinär humanwissenschaftliche Erkenntnisse aus Biologie, Medizin, Psychologie und Soziologie, vergleichender Verhaltensforschung usw. integriert. Sie geht von einem biopsychosozialen, also möglichst ganzheitlichen Ansatz aus: Was immer geschieht, es betrifft den ganzen, unteilbaren Menschen zugleich in seiner Körperlichkeit, in seiner psychischen Verfassung und in seinen sozialen Bezügen. Damit sind alle Aufspaltungen, etwa in somatisch oder psychisch (u.U. mit Prozentangaben für organisch oder psychosozial bedingte Ursachen einer Störung) nicht realitätsgerecht und müssten obsolet sein –, *oder* müsste durch *und* ersetzt werden. Davon kann leider noch keine Rede sein (vgl. ICD 10!), daher müssen diese scheinbaren Selbstverständlichkeiten und ihre unmittelbar therapeutisch-praktischen Auswirkungen immer wieder betont und bewusst gemacht werden. Ein bezeichnendes Beispiel stellt der erst vereinzelt beginnende Wandel in der Verschreibung von PDE-Hemmern bei Erektile Dysfunktion dar: Ohne Sexual- und Beziehungs-Anamnese, vor allem ohne Einbeziehen der Partnerin im Paargespräch ist eine seriöse Indikationsstellung so wenig möglich wie ohne somatische Befunderhebung. Dennoch stellt reflexhaftes

Rezeptieren „auf gut Glück“ eher die Regel, als die Ausnahme dar. Konsequentes bio-psychoziales Denken ist also eine weithin noch nicht selbstverständliche, aber unerlässliche Grundvoraussetzung (nicht nur) von SST.

Das Konzept menschlicher Sexualität

Das Konzept menschlicher Sexualität, welches der SST zugrunde liegt, geht aus:

- ◆ vom Menschen als biopsychosozialem Beziehungswesen: Lange vor der naturwissenschaftlich fundierten Medizin wurde der Mensch als ein auf Gemeinschaft angewiesenes ‚Beziehungswesen‘ (zoon politikon, ens sociale bei den antiken Griechen bzw. Römern) verstanden, wobei die Zweierbeziehung (Dyade) die kleinste Form von Gemeinschaft darstellt. In heutiger Terminologie könnte man von der bei allen sozial organisierten Säugetieren und im besonderen beim Menschen stammesgeschichtlich angelegten und in der eigenen Biographie aktualisierten, überlebensnotwendigen inneren Programmierung auf Bindung und Beziehung sprechen. Die salutogene und / oder pathogene Bedeutung von Bindung und Beziehung

für Gesundheit bzw. Krankheit stellt einen in den bisherigen ätiopathogenetischen Ansätzen der Medizin weitgehend vernachlässigten Einflussfaktor dar.

◆ Die zentralen Inhalte aller Beziehungen, im besonderen von Liebesbeziehungen, sind die universellen und unverzichtbaren menschlichen Grundbedürfnisse bzw. Ur-Sehnsüchte. Das Ausmaß ihrer (Nicht-) Erfüllung bestimmt – von allem Anfang an – das Ausmaß an Lebens- (Un-) Zufriedenheit und Lebensqualität. Die subjektiv empfundene Qualität einer Beziehung hängt also primär von der Erfüllung der in ihr gesuchten Akzeptanz, Zugehörigkeit, Zuwendung, Nähe, Wärme ab, aus denen sich Geborgenheit und Sicherheit, d.h. Selbstwert, Entängstigung, Stressbewältigung, und innere Harmonie ergeben. Solche grundlegenden Sehnsüchte oder Bedürfnisse stellen universale psychosoziale Existenzmimima dar. Sie werden dann besonders intensiv erlebt, wenn Annahme, Zuwendung, Zugehörigkeit, „innere Verbundenheit“ etc. auch körperlich-sinnenhaft, also körpersprachlich, vermittelt, „vollzogen“ werden. Daher sind intime Beziehungen (im weitesten und im sexuellen Sinn) besonders geeignet diese Inhalte zu vermitteln und zugleich zu erfüllen. Diese Grundbedürfnisse sind in jedem Menschen angelegt, unabhängig von sexueller Präferenz und Orientierung. Gewisse sexuelle Präferenzen können möglicherweise innerhalb einer Therapie vom Paar in eine partnerschaftliche Beziehung integriert werden, bei anderen muss lebenslang auf die Erfüllung der Beziehungswünsche verzichtet werden (z.B. Pädophilie). Was die sexuelle Orientierung betrifft, so beruht SST im Prinzip bei heterosexuellen und homosexuellen Paaren auf denselben menschlichen „Lebensnotwendigkeiten“. Allerdings gibt es bei Mann-Mann und Frau-Frau-Beziehungen einige Besonderheiten, die sich aus dem Fehlen sogenannt „typischer“ Geschlechtsunterschiede ergeben. Es bleibt zwar die individuelle Fremdheit des/der „Anderen“ (Moeller, 1991) zu akzeptieren, aber vom Geschlecht her ist man/frau sich vertrauter, während in der Mann-Frau-Beziehung zusätzliche Probleme aus der Geschlechtsverschiedenheit resultieren, nicht zuletzt im Erleben der Sexualität. Wird in einer Paarbeziehung die Erfüllung dieser Grundbedürfnisse frustriert, so kann es zu den verschiedensten psychosomatischen Beeinträchtigungen, auch zu sexuellen Funktionsstörungen kommen, wobei immer beide Partner involviert und betroffen sind, auch wenn es scheinbar nur einen Symptomträger gibt. Ähnliches trifft auf alle Arten „beziehungslos“ gelebter Sexualität zu, wo zwar die Lustfunktion befriedigt werden kann, die Grundbe-

dürfnisse aber unerfüllt bleiben (z.B. Pornographie, Prostitution, Surrogatpartner, sexuelle Gewalt, Missbrauch etc., aber ebenso anonymer Cyber-Sex bzw. der Ersatz realer durch virtuelle Beziehungen).

◆ Für das Verständnis von Sexualität spielt ihre in der Evolution entstandene Multifunktionalität eine wichtige Rolle. So lassen sich drei verschiedene, je eigenen „Gesetzen“ gehorchende, wenn auch nicht gänzlich voneinander unabhängige, Funktionsbereiche bzw. Dimensionen von Sexualität differenzieren.

Die reproduktive Dimension

Sie entwickelte sich aus der Parasexualität bei Protozoen zur Förderung der genetischen Rekombination, während die Fortpflanzung im Sinne der Vermehrung asexuell erfolgte. Erst bei höheren Vielzellern wurden genetische Rekombination und Fortpflanzung gekoppelt. Brunstzeiten binden Sexualverhalten an Fortpflanzungsfähigkeit. Sie relativieren bzw. verlieren sich in der Entwicklung zum Menschen hin. Zudem erfolgt ein Bedeutungs- und Funktions-Wandel des bisherigen reproduktiven Sexualverhaltens: es erhält zusätzlich soziale Bedeutung und wird dadurch mehrdeutig und missverständlich (s.u.). Beim Menschen schließlich wurde die Reproduktionsfunktion (erst nach dem Erkennen des Zusammenhanges zwischen Koitus und Konzeption und unter der falschen Vorstellung des Samens als Träger des Lebens) über Jahrtausende als eigentlicher Sinn und Zweck der Sexualität angesehen. Genauere Kenntnisse sind erstaunlich jung: Z. B. erfolgte die Entdeckung der Spermien erst Ende des 17. Jh., der menschlichen Eizelle 1826 und der fruchtbaren/unfruchtbaren Zeiten im weiblichen Monatszyklus um 1930! Die Reproduktionsfunktion ist zudem erst ab der Geschlechtsreife gegeben und erlischt bei der Frau mit der Menopause, obwohl der Mensch auch vor der Fortpflanzungsfähigkeit und nach ihrem Erlöschen ein sexuelles Wesen ist und die Dauer der „postreproduktiven“ Lebensphase deutlich zugenommen hat. Die Fortpflanzungsdimension stellt zudem eine von den unterschiedlichsten Faktoren abhängige fakultative Dimension dar und lässt sich erstmals in der Geschichte durch verlässliche Kontrazeption oder assistierte Reproduktion von den anderen Dimensionen trennen.

Die soziale oder syndyastische Dimension

Sie entstand in der Stammesgeschichte auf der Stufe der Vögel und Säugetiere und erlangte ihre größte Bedeutung bei den Primaten. Weil sexuelle Signale ver-

lässlich wahrgenommen und automatisch beantwortet werden und weil jede Paarung die Überwindung von Aggressions- bzw. Fluchttendenzen, sowie von Territorialität und Rangunterschieden voraussetzt, erhält Sexualverhalten auch eine soziale Bedeutung: Es fördert individuelle Bindungen und den Gruppenzusammenhalt, baut Spannungen ab, hemmt Aggression und stellt Vertrautheit her (z.B. Bonobos). Diese Effekte werden auch in der neuen, sozialen Bedeutung erreicht, da sich nicht das Verhalten an sich, sondern seine Bedeutung ändert (z. B.: Genitalpräsentieren). Das führt allerdings zur Mehrdeutigkeit und somit Missverständlichkeit: Ist ein bestimmtes Verhalten als sexuell oder als sozial zu verstehen? (Wickler, 1969, Wickler u. Seibt, 1984) Beim Menschen (der sich von seinen tierischen Vorfahren in spezifischer Weise durch Sprache und Kultur unterscheidet) wird diese soziale Funktion zur sozial-kommunikativen (syndyastischen) Bindungs-Funktion. Wegen der „Unmöglichkeit nicht zu kommunizieren“ (Watzlawick et al., 1969) bzw. „nicht in Beziehung zu treten“ ist sie eine obligatorische, nicht der willkürlichen Verfügbarkeit unterworfen, lebenslang relevante Funktion und ermöglicht als körpersprachliche Kommunikation zugleich Ausdruck und Erfüllung der in allen Beziehungen (einschließlich der „Beziehung zu sich selbst“) zentralen biopsychosozialen Grundbedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe, Geborgenheit und Sicherheit. Die „Geschlechts- oder Fortpflanzungsorgane“ sind auch „Kommunikationsorgane“ geworden. Diese Bindungs-/Beziehungsfunktion der menschlichen Sexualität scheint die am wenigsten bekannte oder in ihrer Bedeutung bewusst wahrgenommene der drei Dimensionen zu sein.

Die Lust-Dimension

Sie steht zumeist im subjektiven Erleben von Autoerotik oder Koitus, in der Erfahrung von erotischer Anziehung, Leidenschaft und Ekstase im Vordergrund. Die sexuelle Lust-Dimension gibt der Sexualität durch das einzigartige sinnliche Erleben von sexueller Erregung und Orgasmus eine besondere Qualität, die sie von anderen menschlichen Erfahrungsmöglichkeiten abhebt. Sie begründet die motivationale Eigenschaft der Sexualität und stellt gleichsam den Antrieb und die Belohnung sexuellen Verhaltens dar (Beier et.al., 2001). Im dualistisch geprägten leib- und lustfeindlichen Abendland steht sie seit jeher im Spannungsfeld zwischen Verteufelung und Verherrlichung. Sie kann – von Fortpflanzung und Beziehung getrennt – isoliert gelebt werden, lässt sich aber dennoch nur schwer isoliert betrachten, weil sie mit den anderen Funktionen eng verbunden ist. So lässt sich neben der genitalen Lust an sich, auch die Lust und Freude an der

Beziehung und an der Fähigkeit Eltern werden zu können unterscheiden und diese drei Aspekte verleihen der Lust eine sehr komplexe Qualität. Diese Komplexität wird durch „typische“ Geschlechtsunterschiede bezüglich des Stellenwertes und der Voraussetzungen von Lusterleben noch vergrößert. Doch gerade weil die Lustdimension der Sexualität so wichtig ist, lässt sie sich vordergründig leicht missbrauchen: Sexualität kann zur Ware, Partner können instrumentalisiert werden. Einschlägige Medien, Porno- und Sex-Industrie etc. propagieren ein so einseitiges Überwiegen der Lust-Dimension, dass die anderen Dimensionen der Sexualität in den Hintergrund treten. Gleichzeitig ist aber Lustlosigkeit die derzeit am weitesten verbreitete sexuelle Funktionsstörung.

Syndyastische Sexualtherapie, die sich als fokussierende Kurztherapie versteht, geht nach diesem Konzept also davon aus, dass der Mensch existentiell auf Bindung programmiert ist und seine Lebensqualität von der Qualität seiner Beziehungen, d.h. vom Ausmaß der in ihnen erlebten Erfüllung seiner psychosozialen Grundbedürfnisse abhängt. Sofern es der Qualität der Partnerschaft entspricht, ermöglicht die syndyastische Dimension der Sexualität als körpersprachliche Kommunikation von Angenommensein, Nähe und Geborgenheit zugleich Ausdruck und Erfüllung dieser Grundbedürfnisse auch auf sexuelle Weise als „Sprache der Sexualität“ (Loewit, 1992). Sexuelle Lust wird dadurch mehrdimensional und mit persönlicher Beziehung verknüpft: Genital-organische Lust und Lust und Freude an und aus der Beziehung (z. B.: über das Erwählt- und Angenommen-Sein) potenzieren sich, wenn die Beziehung stimmt. Dann kann Sexualität ihr salutogenes (heilendes und gesunderhaltendes) Potential entfalten, andernfalls wird ihr pathogenes überwiegen, indem beziehungsloses, liebloses, gewalttätiges und menschenverachtendes Sexualverhalten anstatt die unverzichtbaren Grundbedürfnisse zu erfüllen, sie verweigert oder ins Gegenteil verkehrt.

Dementsprechend ist auch das Ziel von SST nicht (eindimensional) nur die rasche Beseitigung einer Funktionsstörung, sondern (mehrdimensional) die Erhöhung der sexuell-partnerschaftlichen Zufriedenheit insgesamt und damit die (Wieder-)Freisetzung grundlegender biopsychosozialer Ressourcen, eben des salutogenen Potentials der Sexualität im engeren und weiteren Sinn. Dieses Ziel kann von allem Anfang an und unabhängig von sexuellem Verlangen, Erektion oder Orgasmus in jeder vom Paar vereinbarten „neuen Erfahrung“ erreicht werden, nicht erst am Ende von therapeutisch verordneten „Übungen“ als Vorstufen des „Eigentlichen“! Das zu erfassen, sind wesentliche (erste) Lern- bzw. Arbeitsschritte. Damit sind auch die wichtigsten Unterschiede zu bisherigen Therapieformen benannt.

Voraussetzungen und Grenzen von SST

Da der Beziehungsaspekt der Sexualität und die authentische Erfüllung der Grundbedürfnisse bei der SST eine zentrale Rolle spielen und dementsprechend echte Zuneigung, Akzeptanz etc. den Schlüssel zum Erfolg darstellt, ist SST überall dort kontraindiziert, wo diese wesentlichen Voraussetzungen nicht gegeben, nicht möglich und auch nicht (wieder) herstellbar sind. Dies trifft z. B. bei floriden Süchten (unbehandelter Alkoholismus), bei akuten Psychosen oder Wahnvorstellungen, bei schwersten Persönlichkeitsstörungen zu. Dasselbe gilt für gleichzeitig bestehende sexuelle Außenbeziehungen, die beibehalten werden wollen, während das Thema Seitensprung an sich nicht selten Anlass zur (Wieder-) Besinnung auf die Beziehung und Grund zur Therapie ist. Es ist also abzuklären ob „das Feuer im Herd“ wirklich erloschen, oder noch „Glut unter der Asche“ vorhanden ist, was erstaunlich oft zutrifft.

Positive Voraussetzungen sind also die Therapiemotivation beider Partner, d.h. ihre Beziehung und die Erhöhung der partnerschaftlich-sexuellen Beziehungszufriedenheit (nicht bloß eine rasche Symptombeseitigung) ist ihnen ein Anliegen und beide sind bereit und in der Lage die nötigen zeitlichen und ev. finanziellen Aufwendungen mitzutragen.

Des Weiteren ist zu klären, ob gleichzeitig eine andere Therapie durchgeführt wird und welche Prioritäten bestehen. Die Frage der Empfängnisverhütung muss geregelt sein und – vor allem zu Beginn – ein zusammenhängender Zeitraum für wöchentliche oder vierzehntägige Sitzungen und dazwischen für gemeinsame „neue partnerschaftliche Erfahrungen“ zur Verfügung stehen.

Letztlich bestimmen individuelle Beziehungsfähigkeit (sicher, unsicher/ambivalent Gebundene, vgl. Bowlby 1969) und der Wille zur Beziehung seitens der Paare, bzw. die Identifikation mit dem beziehungsorientierten, syndyastischen Konzept seitens der TherapeutInnen die Grenzen der Methode. Wer nie die Erfahrung erfüllter Grundbedürfnisse machen konnte oder den Glauben an diese Möglichkeit verloren hat, wer „Sex“ nicht als Kommunikation und Sprache der Beziehung verstehen kann oder will, bei dem kann SST nicht andocken, es fehlen die „Rezeptoren“ bzw. der/die kann mit diesem Konzept als Therapeut/in nicht arbeiten: Wer nur den Mangel, die syndyastische Deprivation kennt, weiß eigentlich nicht, worüber gesprochen wird, wonach gefragt werden soll. Eigene syndyastische Kompetenz ist die *Conditio sine qua non* für SST.

Wenn es somit auch Patienten/Paare gibt, die mit dem Behandlungskonzept der SST, der syndyastischen Fokussierung, kaum erreicht werden können, so besteht doch andererseits keine Gefahr, gegen das oberste Prinzip des

nil nocere (niemals schaden) zu verstoßen. Im Gegenteil können in den allermeisten Fällen für die Patienten/Paare Evidenzerlebnisse ermöglicht und – mit relativ wenig Aufwand – wesentliche Hilfestellungen gegeben werden.

Im Medizinstudium nicht/kaum abgedeckte Besonderheiten der Sexualmedizin/SST

Von der ganzheitlich-biopsychosozialen Sicht des Menschen und seiner Sexualität, von seiner Angewiesenheit auf Bindung und von den universellen Grundbedürfnissen als den zentralen Inhalten seiner Beziehungen sowie von den drei Dimensionen Lust, Bindung und Fortpflanzung seiner Sexualität war bereits die Rede. Darüber hinaus sind weitere Besonderheiten zu beachten:

Ein anderer Krankheitsbegriff

Anstelle organ- oder psychopathologischer Störungen innerhalb von Individuen handelt es sich um biopsychosoziale Beziehungsstörungen in Systemen: Menschen mit sexuellen Störungen – die primär u./o. sekundär zugleich Beziehungsstörungen darstellen – sind zumeist weder somatisch noch psychopathologisch krank, sondern „medizinisch gesund“, aber dennoch Leidende (DSM IV !), also „Patienten“. Sofern auch somatische Befunde vorliegen, dürfen die eigentlichen (Mit-)Ursachen bzw. Auswirkungen nicht übersehen werden.

Ein ungewohnter Patientenbegriff

Anstelle erkrankter Individuen liegt eine „kranke Beziehung“ vor und bei Paaren handelt es sich nicht um zwei Einzelpatienten, sondern um eine neue Ganzheit: „das Paar ist der Patient“.

Eine andere Arzt–Patient–Beziehung

Die gewohnte Arzt-Patient-Zweierbeziehung wird zur – allparteilichen – „Arzt-Paar-Beziehung“, das ärztliche Gespräch zum Arzt-Paar-Gespräch mit seinen Besonderheiten. Die Behandlung von Störungen innerhalb einer Paarbeziehung mit nur einem Partner ist buchstäblich „eine halbe Sache“, daher von Anfang an defizitär und entspricht nicht dem „state of the art“ (s. Abb. 2). Die erste Wahl bei SST ist von Beginn an das Gespräch mit beiden Partnern, nur unter besonderen Umständen kann eine Einzeltherapie daraus werden. In der ärztlichen (auch psychotherapeutischen) Praxis findet es in der Regel genau umgekehrt statt: (Fach-) Ärzte behandeln ihre/n Patienten/in und ziehen, wenn überhaupt, einmal auch den/die Partner/in hinzu.

Ein doppeltes Behandlungsziel

Es geht, wie erwähnt, nicht nur (falls dies überhaupt notwendig ist) um die Beseitigung organisch-funktioneller

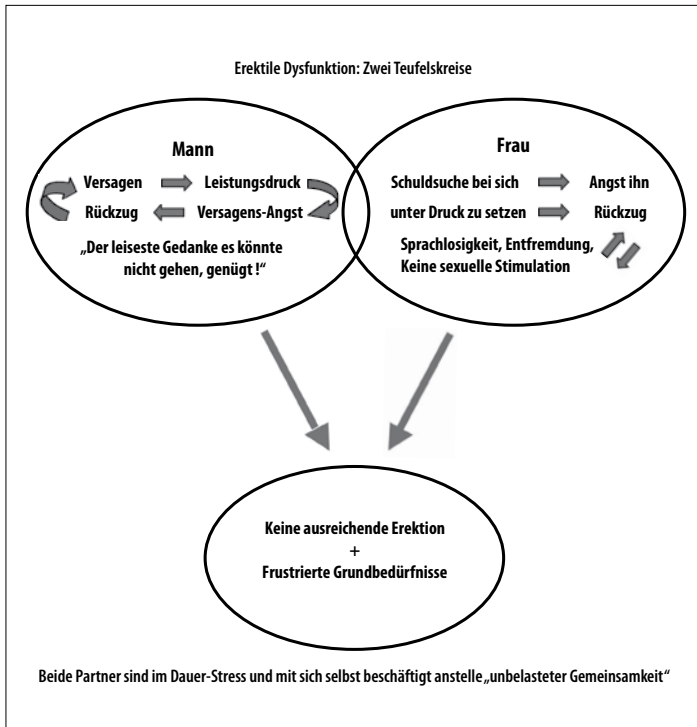


Abb. 2 Die Erektile Dysfunktion als Paarproblem

Störungen (z.B. die Behandlung einer vorwiegend somatisch bedingten Erektions- oder Orgasmusstörung), sondern zugleich um die Behandlung einer Beziehungsstörung mit dem Ziel erhöhter partnerschaftlicher und sexueller Zufriedenheit durch (Wieder-) Erfüllung von „Grundbedürfnissen“. Da der Hinweis auf die unverzichtbaren psychosozialen Grundbedürfnisse sofort Evidenzerlebnisse auslöst, ist dieser erste Schritt unmittelbar einleuchtend; weniger bewusst ist zumeist die Beziehungs- und Kommunikationsfunktion der Sexualität. Für viele ist die Deutung von „Sex“ als körpersprachliche Kommunikation und buchstäbliche Verkörperung der Grundbedürfnisse neu, ungewohnt und schwierig (z.B.: Was heißt es für Sie miteinander zu schlafen?). Zur verstandesmäßigen Erkenntnis oder Einsicht muss daher das bestätigende (oder Probleme aufzeigende) eigene emotional-sinnliche Erleben in den vereinbarten „neuen Erfahrungen“ dazu kommen, bevor sexuelle Lust und Beziehung salutogen integriert werden können bzw. der häufig anzutreffende Gegensatz zwischen (abgelehntem) Sex und (erwünschter) Liebe überwunden und gegenstandslos werden kann.

Eine differenziertere ärztliche Identität

Dies meint ein differenzierteres Bewusstsein für die beiden Rollen des Arztes als Experte, also wissender Problemlöser einerseits und als nicht-wissender, nachfragender Gehilfe, Begleiter, Änderungsassistent andererseits. Seine Aufgabe besteht darin eine „geschützte Werkstatt“

zu bieten und „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu leisten: Das Paar heilt sich selbst. Beide Identitäten müssen situationsgerecht verfügbar sein. Für die Rolle des „Gehilfen“ und für das Paargespräch bringen Ärztinnen und Ärzte aus ihrem Studium kaum Vorerfahrungen und Sicherheit mit. Die Gefahr ist groß, bei verunsichernden Schwierigkeiten in die vertraute Rolle des Experten, Machers und Problemlösers zurückzuwechseln und damit die Aufgabe des Paares selbst zu übernehmen und höchstwahrscheinlich daran zu scheitern. Gerade an diesem Punkt wird die Notwendigkeit einer gediegenen Weiterbildung deutlich.

Eine andere Anamnesetechnik und Art nachzufragen

Statt geschlossener Fragen mit knappen, zeitsparenden „Ja/Nein“-Antworten, die „Fakten“ zutage fördern, braucht es offene „W“-Fragen (wer, was, wann, wo, wie), welche die subjektive, d. h. auch die emotionale „Bedeutung“ der Fakten erheben, ohne die man deren Gewicht nicht einschätzen kann. Dabei gilt es, sich nicht mit der Makro-Ebene zu begnügen, sondern auf der „Mikro-Ebene“ weiter nachzufragen (z.B.: wie haben Sie das erlebt?

– Es war wunderschön! – Was gehört alles dazu, damit es für Sie wunderschön ist? – Wir haben uns ganz nah gefühlt! – Was macht für Sie Nähe aus? – Ich habe gemerkt ich bin wirklich gemeint usw.). Erst durch solch minutiöses Nachfragen auf der Bedeutungs-Ebene (Syndyastisches Fokussieren) wird dem Patienten / Paar deutlich, worum es eigentlich geht.

Syndyastisches Fokussieren

Dies ist das methodische Grundprinzip der SST (vgl. Abb. 3). Es ist der „Ariadne-Faden“, ohne den man sich als Therapeut/in im Labyrinth berichteter Fakten, möglicher Problembereiche oder Diagnosen und Therapien leicht verirren und den Ausgang nicht finden kann. Den syndyastischen Fokus nicht zu verlieren bedeutet, jeweils die entscheidende Frage nach Erfüllung versus Deprivation der Grundbedürfnisse nicht aus den Augen zu verlieren. Nur dadurch wird die Ebene der Grundbedürfnisse erreicht, sozusagen der „gewachsene Fels“, die tiefste relevante Schicht bzw. im Störungsfall der wahre Grund der Irritation gefunden, nicht bloß Symptome oder Sekundärfolgen. Diese Art des therapeutischen Vorgehens kann als Prinzip auch in andere, z.B. psychotherapeutische Methoden oder in die Beratungsarbeit integriert und übernommen werden (s. Abb. 4).

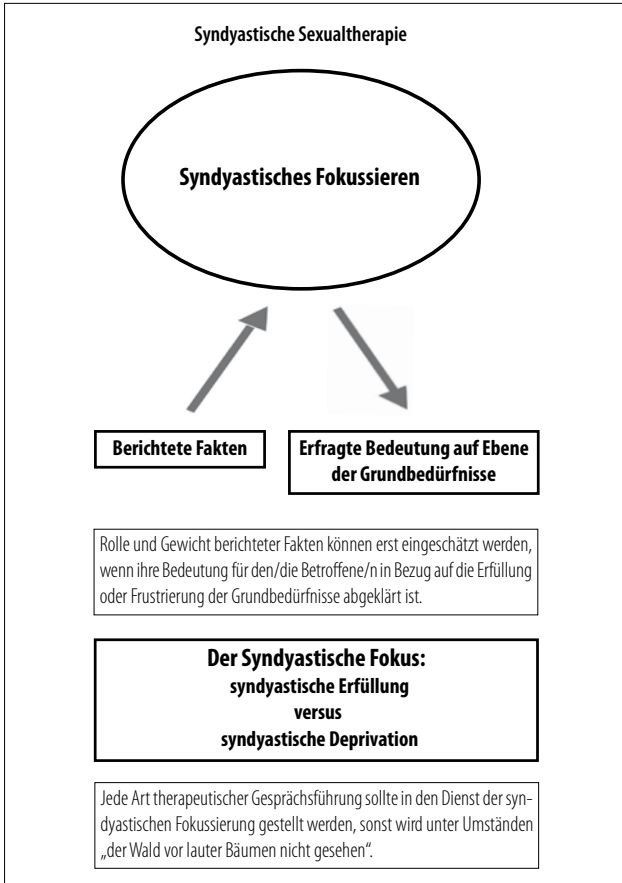


Abb. 3 Syndyastisches Fokussieren als methodisches Prinzip der SST

Auszüge aus einem Fallbeispiel zur Illustration des Syndyastischen Fokussierens

Ein Ehepaar in den 50ern, eine zarte Frau und ein „Bär von einem Mann“, beide in zweiter Ehe seit 10 Jahren verheiratet, beide mit bereits erwachsenen Kindern, führen eine Wochenendbeziehung, da sie zwischen getrennten Wohnsitzen pendeln und kommen wegen der Lustlosigkeit und Dyspareunie der Ehefrau in Behandlung. Seit einem Jahr findet kein Geschlechtsverkehr und kein Körperkontakt mehr statt. Die Frau hat in ihrer ersten Ehe „Sex als Pflicht“ gegenüber dem Mann erlebt, als Grenzüberschreitung und Missachtung ihr gegenüber und obwohl sie ihren jetzigen Mann als sehr liebevoll beschreibt, „erstarrt“ sie bei jedem Versuch einer körperlichen Annäherung. Sie wirft ihm vor, sie viel zu fest anzufassen. Als Konsequenz aus der Bewusstmachung der verletzten Grundbedürfnisse können diese als der eigentliche Störfaktor angesprochen werden:

„Also geht es eigentlich gar nicht darum wie Ihr Partner Sie anfasst, sondern, dass Sie sich in Ihrem Grundbedürfnis nach Achtung und Respektiert-wer-

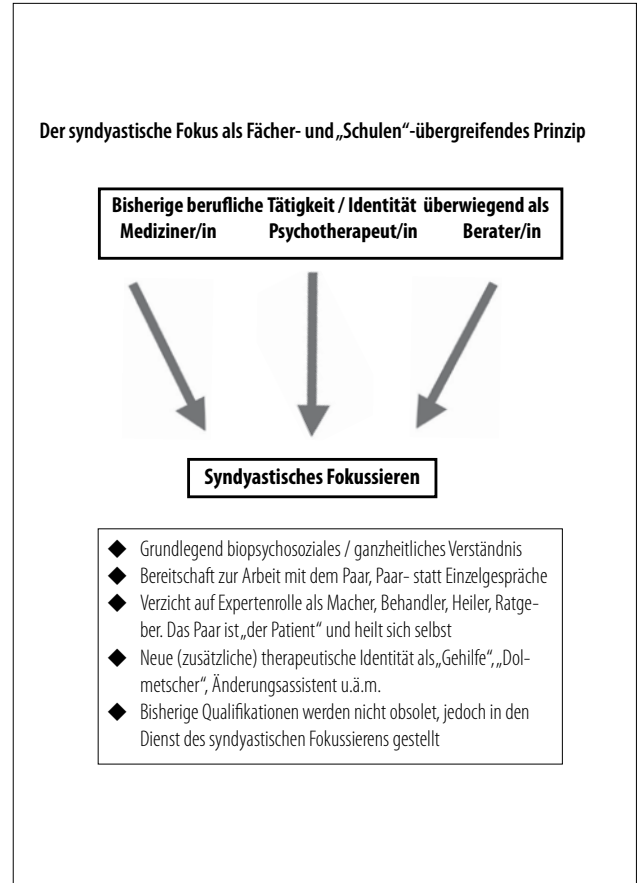


Abb. 4 Der syndyastische Fokus als generell anwendbares therapeutisches Prinzip

den verletzt fühl(t)en. Spielt dieses Thema auch sonst im Alltag Ihrer Beziehung eine Rolle? Wie äußert sich das und waren Ihnen diese Zusammenhänge bewusst? Wie ließe sich besser damit umgehen, was könnten Sie ändern? Hätten Sie den Wunsch es bis zu unserem nächsten Treffen zu versuchen oder gibt es dringendere Wünsche? Im Sinne Ihrer Abmachung, sich Zeit für neue Erfahrungen zu nehmen, ist es ganz wichtig, dass Sie *gute* Erfahrungen machen, was möchten Sie sich also ganz konkret vornehmen und glauben Sie (beide Partner befragen), dass es so Aussicht auf Erfolg haben kann? Sie erinnern sich an unser einleitendes Gespräch: Die entscheidenden Dinge geschehen zwischen den Therapiestunden.“

Im weiteren Verlauf gelingt es dem Therapeuten bei diesem Paar nicht, den Partner von seinen stereotypen Antworten „Du musst dich doch nicht verkrampfen, ich tue dir doch nichts. Ich liebe dich doch und darum will ich mit dir schlafen, das ist doch nur natürlich“, also von seiner Außensicht auf der Sach- und Handlungsebene weg zu einer „Innensicht“ und auf die emotionale Ebene zu führen. Der Therapeut fühlt sich ohnmächtig, schwachmatt gesetzt und verspürt Ärger aufsteigen. Das Erkennen

und Reflektieren seiner eigenen Gefühle – wiederum auf der Ebene der Grundbedürfnisse – führt zur Überlegung, ob es sich nicht auch um Gefühle des Patienten handeln könnte, der nicht mehr weiß, wie er mit seiner Frau in Berührung kommen kann? Was immer er versucht ist nicht richtig und das macht ihn hilflos und zugleich aggressiv (sodass er vielleicht ohne sich dessen bewusst zu sein etwas härter zupackt?). Also bietet er seine Gefühle in fragender Form dem Ehemann an: „Wie immer Sie es versuchen und sich nach besten Kräften bemühen – Ihre Frau reagiert negativ! Macht Sie das nicht irgendwie hilflos und unsicher – vielleicht sogar verzweifelt und zugleich auch ein bisschen ärgerlich?“ Tatsächlich bejaht der Mann dies sofort, fühlt sich verstanden und nun konnte über seine Gefühle bzw. frustrierten Grundbedürfnisse nach Akzeptanz, Kontakt und Nähe gesprochen werden. Für seine Frau, die sich durch ihn immer bedroht fühlte, war die Konfrontation mit seiner Hilflosigkeit gänzlich neu und veränderte die Gesamtsituation, bot einen neuen Ansatzpunkt.

Die Kunst den syndyastischen Fokus nicht zu verlieren

Zunächst ist der Grund des Behandlungswunsches zu klären: Liegt primär ein sexuelles oder ein Beziehungsproblem vor bzw. was steht im Vordergrund? Nach ausführlicher Sexual- und Beziehungsanamnese (Diagnose, Differentialdiagnose, Verlauf, sexuelle Präferenzstruktur, Grundverständnis und Dimensionen von Sexualität etc.) könnte auf die Beziehung übergeleitet werden, z. B.: „Wie wirkt sich das alles auf Ihre Beziehung insgesamt aus?“ Oder: „Wie glauben Sie hängt die Störung mit Ihrer Beziehung zusammen?“ Und: „Was ist für Sie in einer Partnerschaft unverzichtbar?“ Hier geht es um die subjektiv empfundene Beziehungsqualität im Spannungsfeld zwischen Erfüllung und Frustration/Deprivation von Grundbedürfnissen (s. Kasten Partnerschaft).

Die nächste weiterführende Frage sollte zum Thema Kommunikation (verbal und non-verbal, körpersprachlich) führen, z.B.: „Sprechen Sie miteinander über diese Themen? Kennen Sie die Ansichten und Gefühle des/der Partners/in? Auch über Sexualität? Wie sagen und zeigen Sie sich Ihre Gedanken, Gefühle, Befindlichkeit, Ihre Liebe bzw. woran erkennen Sie die jeweiligen Botschaften?“ Die Einschätzung der Paar-Kommunikation einschließlich der Erkennung und Übersetzung non-verbaler Botschaften ist unerlässlich, wenn später Sexualität als Kommunikationsform begriffen werden soll. Sehr häufig dienen die ersten „neuen Erfahrungen“ der Verbesserung der Kom-

Partnerschaft im Spannungsfeld zwischen syndyastischer Erfüllung und Deprivation

Partnerschaft
Syndyastische Erfüllung
versus
syndyastische Frustration,
(jeweils im Alltag und im Sexuellen)

Wahrgenommen-/begehrt werden
Achtsamkeit, Interesse

vs.

Übersehen werden, Desinteresse

Offenheit, Vertrauen

vs.

Verschlossenheit, Misstrauen

Nähe, Wärme, Kontakt

vs.

Distanz, Kälte, Einsamkeit

Freiraum lassen, Grenzen respektieren

vs.

Einengung, Grenzüberschreitungen

Geborgenheit, Sicherheit

vs.

Angst, Zweifel, Unsicherheit

Insgesamt: Annahme

vs.

Ablehnung

munikation im Alltag. Eine wichtige nächste Frage bezieht die Sexualität mit ein: z.B.: „Sehen Sie Zusammenhänge zwischen Kommunikation und Sexualität, zwischen Zärtlichkeit und ‚Sex‘?“ Nicht selten lautet die Antwort „das hat nichts miteinander zu tun“. Dann ist erst eine Hinführung zum Verständnis von Sexualität als „Verkörperung von Grundbedürfnissen auf genitale Weise“ nötig. Wo dies bereits bewusst ist (Patienten-Zitat: „Das ist unser Stückchen Himmel“), kann „Sex“ als Körpersprache konkretisiert werden, z.B. durch Übersetzung des Koitus (analog zum Kasten Partnerschaft) als intensivste Form von Zärtlichkeit mit denselben Inhalten: Dabei erschließt sich für Viele erstmals eine neue Bedeutung und zugleich eine neue Sinndimension. Für andere wird dieses Verständnis (das nicht den Zeitgeist bzw. medialen Mainstream abbildet) bestätigt und verstärkt. Durch die Verknüpfung von sexueller Lust und Leidenschaft mit der Beziehung wird die Lustfunktion der Sexualität mehrdimensional und – da Beziehung und Kommunikation von keinen historisch bedingten Tabus belastet sind – befreit und „ent-fesselt“.



Beier, Klaus M., Loewit, Kurt

Lust in Beziehung

Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Therapiekonzept der Sexualmedizin

1. Aufl. 2004, 160 S., 4 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-540-20071-0, Preis EUR [D] 29,95

Syndyastik – der tiefe Wunsch nach Beziehung und Zugehörigkeit ... und seine Erfüllung macht wieder Lust!

Werden in einer Paarbeziehung die menschlichen Grundbedürfnisse nach Nähe und Geborgenheit nicht erfüllt, entstehen daraus häufig sexuelle Funktionsstörungen, wie z.B. Unlust oder Erektionsstörungen.

Die hier erstmals vorgestellte Syndyastische Sexualtherapie rückt nicht die gestörte Sexualfunktion in den Mittelpunkt, sondern die zu Grunde liegende frustrierte partnerschaftliche Beziehung.

Syndyastische Sexualtherapie ist

- schulenübergreifend
- die Fokussierung auf innere Grundbedürfnisse
- das Mittel zur Verbesserung der sexuellen Kommunikation
- frei von mechanistischen "Übungen" oder "Hausaufgaben"
- wirksam ohne langwierige Therapiesitzung

Anwendbar ist die Syndyastische Sexualtherapie bei sexuellen Funktionsstörungen des Mannes und der Frau, bei unerfülltem Kinderwunsch, Sexualität im Alter, krankheits- und behandlungsbedingten Sexualstörungen, sexuellen Präferenz- und Verhaltensstörungen und Geschlechtsidentitätsstörungen.

Dieser neue Therapieansatz geht weit über die klassische Psychotherapie hinaus und ist geeignet für alle Ärzte und Psychotherapeuten, die in ihren Praxen mit sexuellen Funktionsstörungen konfrontiert werden.



Beier, Klaus M., Loewit, Kurt

Praxisleitfaden Sexualmedizin. Von der Theorie zur Therapie

1. Auflage, 2011, 100 S., Softcover

ISBN: 978-3-642-17161-1, Preis EUR [D] 29,95

Der Praxisleitfaden Sexualmedizin dient der schnellen Orientierung über die wichtigsten sexualmedizinischen Störungsbilder und der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweise. Zahlreiche Indikationsgebiete, z.B. Störungen der geschlechtlichen Identität oder auch Störungen des sexuellen Verhaltens, die im klinischen Alltag zu beachten sind, werden prägnant charakterisiert und erlauben Ärzten/innen, Psychologen/innen sowie professionelle Helfern/innen im Gesundheitssystem, sich schnell zu orientieren, um adäquate Schritte einzuleiten.

Dabei berücksichtigt das Buch auch neue Herausforderungen, die sich durch Internet und neue Medien ergeben und keineswegs nur das „Patientenwissen“ beeinflussen, sondern sexuelles Selbstbild, Geschlechtsrollendefinition und letztlich auch die sexuelle Präferenz bzw. das Sexualverhalten der heranwachsenden Generationen beeinflussen könnten. Schließlich aber gibt es neue Erkenntnisse zur Prävention von sexuellen Verhaltensstörungen, über die dieser Praxisleitfaden genauso informiert, um auch diesbezüglich klinisch relevantes Wissen für eine möglichst große Fachöffentlichkeit verfügbar zu machen.

Eine weiterführende Frage könnte auf die praktische Umsetzung des jeweils in der Stunde Besprochenen zielen. Am Ende jeder Therapiestunde sollten – von der ersten Stunde an – konkrete Veränderungswünsche des Paares zur Ermöglichung neuer Erfahrungen angeregt und von den Partnern entwickelt werden. Dabei kann es um allgemeine Anliegen (z.B.: Kommunikations-Verbesserung, gemeinsame Unternehmungen, mehr Achtsamkeit, Zärtlichkeit usw.) oder um sexuelle Wünsche gehen. Methodisch ist in der Regel ein schrittweises Vorgehen anzustreben, welches das Erleben sexueller (extragenitaler und genitaler) Kommunikation in neuer Bedeutung ermöglichen soll. Dabei ist wichtig, Störfaktoren zu vermeiden, z. B.: durch Verzicht auf Geschlechtsverkehr („Koitusverbot“ bei Masters & Johnson) und Lust und Beziehung zu verknüpfen, um orgasmische und Beziehungs-Lust bewusst zu erleben. Diese Schritte können analog zu Masters & Johnson (1970) erfolgen, wobei aus „Sensate Focus“ – „Syndyastisches Fokussieren“ wird. Der grundsätzliche Unterschied besteht aber im expliziten Therapieziel die Beziehungszufriedenheit insgesamt zu erhöhen, und dies ist nicht erst nach einer Reihe von „Vorstufen“, sondern bei jeder einzelnen „neuen Erfahrung“ bereits voll erreichbar und dient zugleich der Behebung der sexuellen (Funktions-) Störung.

Für eine ausführliche Befassung mit dem Thema sei auf den „Praxisleitfaden Sexualmedizin“ verwiesen (Beier u. Loewit 2011).

Literatur

- Aristoteles, 2001. Nikomachische Ethik. Reclam, Stuttgart.
- Bartels, A., Zeki, S., 2004. The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage* 21, 1155–1166.
- Beier, K.M., Bosinski, H.G., Hartmann, U., Loewit, K., 2001. Sexualmedizin, Grundlagen und Praxis. Urban & Fischer, Stuttgart, München.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2004a. Syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Konzept der Sexualmedizin. *Sexuologie* 10 (4), 114–127.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2004b. Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie. Springer, Berlin-Heidelberg.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2011. Praxisleitfaden Sexualmedizin. Von der Theorie zur Therapie. Springer, Berlin-Heidelberg.
- Bowlby, J., 1969. Attachment and loss. Basic books, New York, Vol 1. 2, 3.
- Hüther, G., 2005. Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden.
- Loewit, K., 1992. Die Sprache der Sexualität. S. Fischer, Frankfurt/M.
- Masters, W.H., Johnson, V.E., 1970. Human Sexual Inadequacy. Little & Brown, Boston, deut. Übers. Impotenz und Anorgasmie. Zur Therapie funktioneller Sexualstörungen. Govers-Krüger-Stahlberg, Frankfurt/M 1973.
- Moeller, M.,L., 1991. Die Liebe ist das Kind der Freiheit. Rowohlt, Reinbek/Hamburg.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D., 1969. Menschliche Kommunikation. Huber, Bern-Stuttgart-Wien.
- Wickler, W., 1969. Sind wir Sünder? Naturgesetze der Ehe, Droemer Knaur, München-Zürich.
- Wickler, W., Seibt, U., 1984. Männlich, Weiblich. Der große Unterschied und seine Folgen. Piper, München-Zürich, 2.Aufl.

Autoren

Prof. em. Dr. med. Kurt Loewit, Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Innsbruck, A-6020 Innsbruck, Schöpfstr. 23a, mail: kurt.loewit@i-med.ac.at
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus. M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Universitätsklinikum Charité Campus Mitte, Freie Universität und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin-Mitte, email: klaus.beier@charite.de

„Es ist eine gute Basis entstanden, sich sicher zu fühlen“ – ein sexualtherapeutischer Fallbericht

Dirk Rösing

„We developed a good basis for feeling secure with one another“ – a sexual therapeutic case report

Abstract

Sexual function disturbances lead to considerable suffering in relationships, no matter what their cause. Therefore both partners must be involved in the diagnosis and treatment: the couple is the patient. The focus on psycho-social basic needs offers broader access to sexuality in that not only the desire dimension is considered but the relationship dimension as well. The case presented here shows that sexuality without fear and the pressure to succeed is possible when the meaning of sexuality, desire and partnership is successfully broadened both verbally and non-verbally.

Keywords: Syndyastic sexual therapy, psycho-social basic needs, sexual function disorder, early orgasm

Zusammenfassung

Störungen der sexuellen Funktion führen unabhängig von den Verursachungsmechanismen zu erheblichem Leidensdruck innerhalb einer Beziehung. In Diagnose und Therapie sind daher beide Partner einzubeziehen, Patient ist das Paar. Der Fokus auf die psychosozialen Grundbedürfnisse bietet einen erweiterten Zugang zur Sexualität, wenn neben der Lustdimension die Beziehungsdimension beachtet wird. Der vorliegende Fall zeigt, dass ein angstfreier und nicht leistungsorientierter Umgang mit Sexualität dann möglich wird, wenn es gelingt, die Bedeutung von Sexualität, Lust und Beziehung verbal und non-verbal zu erweitern.

Keywords: Syndyastische Sexualtherapie, psychosoziale Grundbedürfnis, sexuelle Funktionsstörung, vorzeitiger Orgasmus

Sexualität entzieht sich einer eindimensionalen Sichtweise. Sie ist durch Multifunktionalität und Multidimensionalität geprägt. Für die Frage, wodurch eine Sexualstörung ausgelöst bzw. aufrechterhalten werden kann, ist neben der Lustdimension und der reproduktiven Dimension die Beziehungsdimension entscheidend. Dies spielt auch dann eine Rolle, wenn die Symptomatik auf einen organischen Ursprung verweist. Ein bio-psycho-soziales Verständnis einer Sexualstörung ist somit die

Grundvoraussetzung, um das Störungsbild komplex zu diagnostizieren und zu therapieren. Mit der Syndyastischen Sexualtherapie wird auf die Verwirklichung bzw. Frustration psychosozialer Grundbedürfnisse fokussiert. Damit soll die Bedeutung von Sexualität für die Betroffenen von einer anfänglich lustorientierten Betrachtung um die Bindungsdimension erweitert werden. Die Behandlungsmethode ist besonders für Patientenpaare mit einer sexuellen Funktionsstörung geeignet. Letztendlich ist aber eine syndyastische Fokussierung bei allen Sexualstörungen sinnvoll, da die innere stammesgeschichtlich angelegte Programmierung auf Bindung und die Bedeutsamkeit von Sexualität für die Bindung ubiquitär sind. Im nachfolgenden Fallbericht wird der Ablauf einer 10stündigen Syndyastischen Sexualtherapie am Beispiel einer Orgasmusstörung des Mannes (vorzeitiger Orgasmus: ICD 10 F52.4, DSM IV 302.75) dargestellt.

Fallbericht

Ein Paar stellt sich in der Sprechstunde vor. „Wir haben Probleme mit unserem Sexualeben“. Die sexuellen Kontakte würden seit über einem Jahr sehr selten stattfinden. Die Erektion wäre nicht zufriedenstellend. Seine Lust auf Sexualität wäre erloschen. Er berichtet über Arbeitsstress, er sei Geschäftsführer von drei Firmen und häufig unterwegs. Der Druck, sexuell funktionieren zu müssen, sei zu groß, und deshalb habe er sich immer weiter zurückgezogen. Seine Frau ist Hebamme und habe sich bei ihrer Gynäkologin auf Grund rezidivierender Scheidenbeschwerden vorgestellt. Die Schmerzen würden auch beim selten stattfindenden Geschlechtsverkehr auftreten. Sie habe sich nun getraut, ihren Mann anzusprechen und freue sich, dass er mitgekommen ist. „Wir haben lange gebraucht, überhaupt darüber zu reden“. Jetzt hätten sie eine gute Basis gefunden und hofften auf Hilfe. Die Sexualanamnesen werden einvernehmlich mit dem Paar gemeinsam erhoben.

Herr W. ist Ende 30 und körperlich gesund, Medikamente werden nicht regelmäßig eingenommen. Die beklagte Erektionsstörung ist situativ; bei Selbstbefriedigung könne er ohne Probleme eine Erektion erreichen.

Das Orgasmuserleben ist geprägt von fehlender Kontrollierbarkeit und wird als vorzeitig beschrieben. Diese Vorzeitigkeit würde schon immer bestehen, hätte aber in den ersten drei Jahren der Beziehung keine so bedeutende Rolle gespielt. Die anfänglich beklagte Lustlosigkeit ist Folge der Funktionsstörung im Sinne einer Vermeidungsstrategie vor Versagensgefühlen.

Das Paar ist seit 12 Jahren zusammen. Nach der Geburt der Kinder (6 und 4 Jahre alt) habe sich die Sexualität verändert. Sie sei häufig frustriert gewesen, „wenn es wieder schnell vorbei war“. Sie habe gemerkt, wie unangenehm ihm dies war. „Um ihn nicht seelisch zu verletzen“, habe sie nichts gesagt.

Seine Frau wäre schon immer „die Aktivere“ gewesen; er liebe sie und müsse auch dafür sorgen, dass sie ihre Sexualität gut erleben könne. Da er zunehmend das Gefühl habe, dass sie sich nicht wohl fühle, ziehe er sich zurück.

Aus der Vorgeschichte ist zu erfahren, dass er mit einer 6 Jahre älteren Schwester aufwächst, zu der er ein sehr gutes Verhältnis beschreibt. Er berichtet, zu den Eltern kein gutes Verhältnis zu haben. Der Vater, ein Ingenieur, sei alkoholkrank gewesen. Die Mutter, eine Krankenschwester, habe er oft weinend und mit dem Vater streitend erlebt. Sie habe sich aber nicht von ihrem Mann trennen wollen. Anerkennung habe er über schulische und sportliche Leistungen erfahren. Mit 14 Jahren wechselt er auf eine Sportschule und trainiert auf hohem Leistungsniveau. Die Pubertät vollzieht sich ohne große Besonderheiten, Selbstbefriedigung findet regelmäßig statt. Er ist ausschließlich auf Frauen orientiert, der erste GV erfolgt mit 16 Jahren. Paraphile Phantasien oder Verhaltensmuster sind nicht eruierbar.

Nach dem Abitur und Zivildienst folgt ein Studium zum Speditionskaufmann und Finanzwirt. Mit 20 Jahren hat er die erste feste Partnerin. Er habe immer Probleme gehabt, Mädchen anzusprechen. Seit zwei Jahren nimmt er seine Sexualität als Problem wahr. Dies steht zeitlich im Zusammenhang mit beruflichen Problemen, die sich auch auf die Beziehung des Paares ausgewirkt hätten. Die Vorzeitigkeit des Orgasmus wird für ihn deutlich präsenter, er zieht sich immer mehr zurück und begründet dies mit seiner Lustlosigkeit auf Sex. Sie habe es in der Vergangenheit zwar versucht, anzusprechen, habe aber keine echte Reaktion gespürt. Sie sei nun aber an dem Punkt, eine Veränderung einleiten zu müssen, da sie die fehlende Intimität so nicht mehr akzeptieren möchte.

Sie berichtet, mit einem zwei Jahre jüngeren Bruder aufgewachsen zu sein. Die Mutter wäre wegen einer Depression schon lange in Behandlung, die Eltern hätten sich vor 4 Jahren getrennt. Auch sie habe viel Streit zu Hause erlebt. Für Außenstehende habe die Familie intakt gewirkt. In der Pubertät habe sie sich mehr als Junge

gefühlt. Sie fand sich nie hübsch und beschreibt sich als Einzelgängerin. Sie sei oft unglücklich gewesen, habe viel gegrübelt und geweint. Mit 16 Jahren habe sie eine Lehre zur Hebamme angefangen und sei von zu Hause weggegangen. Im Internat habe sie Freundschaften geschlossen und sich deutlich besser gefühlt. Mit 17 kommt der erste Freund, mit dem sie auch Geschlechtsverkehr hat. Das sei „ganz gut gelaufen“. Die Beziehung hält 8 Jahre. Selbstbefriedigung sei in der Pubertät eher unbewusst, aber mit Mitte 20 sehr bewusst durchgeführt worden. Nach der Trennung sucht sie Bestätigung in verschiedenen kurzen Männerbekanntschaften. Ihren jetzigen Partner lernt sie auf einer Segeltour kennen. Begeistert ist sie von seinem Äußeren und seiner ruhigen, aber bestimmten Art. Sie kann kaum glauben, dass er sich für sie interessiere. Vertrauen sei ihr in einer Beziehung das Wichtigste. Sexuell sei ihr der Penis sehr wichtig. In ihren sexuellen Phantasien spielen das Fesseln des Partners eine erregende Rolle sowie sich komplett wehrlos hingeben zu können. Sie sei in der partnerschaftlichen Sexualität in den ersten Jahren leicht erregbar und orgasmusfähig gewesen. Verzweifelt wirkend, sagt sie: „Liebe und Sexualität kann man trennen“. „Manchmal habe ich mir gewünscht, dass er in ein Bordell geht, um Erfahrungen zu sammeln“.

Damit gelingt ein guter Einstieg in die Frage, welche Bedeutung der Sexualität und deren Erleben über die Spanne der Beziehung beigemessen wird. Die Problematik würde ja schon immer bestehen, sei aber nun deutlich präsenter in den Blick beider geraten.

Das Paar vermisse die gegenseitige Bestätigung. Für ihn, sich als Mann „potent“ und für sie, sich als „Frau begehrt zu fühlen“. Die Arbeitsbelastung beider im Beruf und mit den Kindern habe die Achtsamkeit füreinander vermissen lassen. „Sein Geruch, seine Berührungen und Zärtlichkeiten“ seien ihr immer wichtig gewesen. Der Orgasmus habe dabei für sie eine geringere Rolle gespielt. Für ihn sei immer der Orgasmus seiner Frau ganz wichtig gewesen. Sie befriedigen zu können, habe einen hohen Stellenwert und er wolle alles tun, damit sie sexuelle Zufriedenheit erlebe.

Beide erkennen in den Gesprächen sehr schnell den selbst auferlegten Leistungsaspekt und die Notwendigkeit, sich ohne diesen wieder begegnen zu können und eine Sprache zu finden, die die entstandene Sprachlosigkeit überwinden hilft. Eine deutliche Entlastung erfahren beide, da sie nun Wünsche und Bedürfnisse ansprechen sollen und können. Sein Rückzug resultiert aus der Angst zu versagen, die Erwartungen nicht erfüllen zu können und sich in seiner Männlichkeit gekränkt zu fühlen. Er hört dabei nicht ihre Sehnsucht nach Zuwendung und Geborgenheit, unabhängig von sexuellen körperlichen Reaktionen. Therapeutisch unterstützt, einigen sich beide darauf, neue Erfahrungen sammeln zu wollen, in denen

es um Achtsamkeit füreinander geht. Im Vordergrund soll dabei das wechselseitige Wahrnehmen körperlicher Zuwendung und Annahme stehen. Als Sicherheit für ein geschütztes Einlassen auf diese Erfahrungen vereinbaren beide, auf einen koitalen Verkehr zu verzichten, Erregung und Orgasmus sollen dabei ebenso in den Hintergrund gerückt werden. Es findet hier also eine bewusste Entkopplung zwischen der Lust- und Beziehungsdimension statt. Anders allerdings, als sie es in ihrer Verzweiflung einst eingefordert hatte („er solle sich im Bordell Erfahrungen holen“ also beziehungslose Sexualität praktizieren, was per se nicht gegangen wäre).

Das Paar pflegt einen sehr zugewandten, liebevollen Umgang miteinander. Beide erleben die neuen Erfahrungen als sehr wohltuend und können den Austausch von Zärtlichkeiten entlastend erleben. Sie berichten über eine weitere Vereinbarung, die Unterwäsche anzubehalten, um ganz bewusst nicht unter Druck zu geraten. Durch die bereits verbesserte Kommunikation über Sexualität und das konkrete Erleben körperlicher Zuwendung i. S. einer bewussteren non-verbale Kommunikation wird dem Paar die Bedeutungserweiterung von Sexualität schnell deutlich. Äußerungen wie: „ich habe gemerkt, er liebt mich so wie ich bin, [...] es war total schön und entspannend, [...] ich kann ihren Körper bewusster wahrnehmen, [...] ich spüre ihre Akzeptanz, [...] es macht mich glücklich, wenn ich ihn richtig merke“ können gut genutzt werden, um auch die Genitalien mit Bedeutung zu besetzen und die Untrennbarkeit von Lust und Beziehung im wahrsten Sinn des Wortes „greifbar zu machen“. Zunehmend fallen „alle Hüllen“ und die schrittweise Einbeziehung der Brust, der Scheide und des Penis ist in den darauf folgenden Wochen gut möglich. Die Geschwindigkeit der einzelnen Schritte wird dabei vom Paar bestimmt.

Den nun erlebten Orgasmus und seine Erektion können beide entspannt genießen und erleben dies als besonderes Maß an Offenheit zueinander. „Ich habe dadurch das Gefühl, dass er mich attraktiv findet, ich ihn erregen kann.“ „Wenn er nun schnell kommt, bedeutet das für mich sogar ein Kompliment, weil es wegen mir ist“. Sie spüre keine Enttäuschung mehr bei ihm, was er bestätigt. „Darüber zu reden entlastet mich am meisten“, sagt er. Sie sei ebenso orgasmusfähig und könne das entspannt genießen. Das Angebot, die Vorzeitigkeit mittels Startstopp-Methode besser kontrollieren zu lernen oder medikamentös zu unterstützen, lehnen beide ab. Sie seien sehr zufrieden mit dem Erreichten, die Nähe zueinander

sei wieder hergestellt. Sexualität findet nun unverkrampft statt. Man sei „geistig auf einer Ebene“.

Eine Nachkontrolle nach zwei Monaten, es ist die zehnte Therapiestunde, bestätigt den guten Verlauf. Man habe wieder mehr Verständnis für den Anderen, der Alltag sei leichter zu bewältigen, beide experimentieren sexuell miteinander und wollen sich dafür Zeit nehmen. Sie betonen, wie wichtig das Reden miteinander ist. Das gelegentliche Ausbleiben der Erektion und die fortbestehende Vorzeitigkeit seines Orgasmus besetzen beide nicht mehr negativ. Er habe vor allem gelernt, ihre wirklichen Bedürfnisse zu hören und fühle sich nun nicht mehr unter einem so starken Leistungsdruck. Beide verbalisieren nicht nur, sondern zeigen auch körpersprachlich, dass sie sich wohl fühlen und den eingeschlagenen Weg fortsetzen wollen.

Fazit

Das Reden über die eigene Sexualität mit dem Partner, sich zu trauen, Bedürfnisse aber auch Enttäuschungen anzusprechen, das Benennen von Bedeutungen sexuellen Erlebens und Handelns und das Erfahren körperlicher Zuwendung als besondere Form durch Sexualität miteinander in Verbindung zu gelangen, sich also auch körpersprachlich etwas mitzuteilen, sind wichtige Voraussetzungen für Sicherheit in einer sexuellen Beziehung. Dies bedarf wie im vorliegenden Fall einer Moderation, die auf die basalen Bedürfnisse beider Partner fokussiert und damit den Weg begleitet, den das Paar selber gehen muss. Dabei ist es wichtig, in der Diagnostik die Voraussetzungen herauszufinden, die ein Paar mitbringt, wenn es um die Frage geht, wie Anerkennung, Wertschätzung, Nähe und Sicherheit im Alltag und in der sexuellen Begegnung gelingen. Ist es möglich, in seiner Sexualität mehr als einen Lustgewinn zu erleben, d. h. die Bedeutung auf die Beziehung zu richten? Im vorliegenden Fall war es für das Paar möglich, die Erweiterung in der Bedeutungszuteilung von Sexualität nicht nur durch das gesprochene Wort, sondern eben auch durch direkt erlebte Körperlichkeit, unabhängig vom Funktionieren müssen, zu erfahren. Wenn dies gelingt, ist mit wenigen Sitzungen langfristig eine Verbesserung erreichbar. „Es ist eine gute Basis entstanden, sich sicher zu fühlen. Das kann uns nicht mehr genommen werden.“

Autor

Dr. med. Dirk Rösing, Universitätsklinikum der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Klinik und Poliklinik für Urologie, Fleischmannstr. 42–44, 17475 Greifswald, email: roesing@uni-greifswald.de

Körpererleben in der Pflege geriatrischer Patienten

Edina Corbic

Physical needs of geriatric patients in care-giving facilities

Abstract

This article calls attention to a particular problem of care-giving. It is important that care-givers develop a viewpoint that is characterized by discretion and tact and by a good balance between distance and understanding. In order to appreciate the need for sexuality and intimacy among geriatric patients, it is necessary to accept one's own attitude toward sexuality and intimacy and integrate them into one's own life. At the same time, every effort should be made to overcome the tabu surrounding the topic in order to be able to speak openly about it in geriatric institutions.

Keywords: Care-giving, intimacy, sexuality, physical needs geriatric patients,

Zusammenfassung

Dieser Beitrag soll für ein Thema, das in besonderer Weise die Pflege berührt, sensibilisieren. Für Pflegende ist es wichtig, eine Haltung zu entwickeln, die sich sowohl durch Diskretion und Taktgefühl auszeichnet als auch durch ein gutes Gleichgewicht zwischen Abstand und Anteilnahme. Um mit dem Bedürfnis nach Sexualität und Intimität selbstverständlicher umgehen zu können, muss einerseits das eigene Verhältnis zu Sexualität und Intimität akzeptiert und in das eigene Leben integriert werden. Andererseits sollte jedoch auch daran gearbeitet werden, das Thema zu enttabuisieren, um in geriatrischen Einrichtungen offen darüber sprechen zu können.

Schlüsselwörter: Pflege, Intimität, Sexualität, Körpererleben, geriatrische Patienten

Alte Menschen werden oft noch als geschlechtslose Menschen betrachtet. Auch besteht in unserer Gesellschaft das Vorurteil, ältere Menschen würden keinerlei sexuelle Gefühle mehr kennen. Der Pflegewissenschaftler Alex Comfort sagte: „Ältere Menschen wurden noch nie über ihre sexuellen Aktivitäten befragt, weil jeder annahm, sie hätten keine – und jeder nahm an, sie hätten keine, weil man sie nie befragt hat“¹. Und so sie nun doch noch sexuelle

Gefühle haben, besteht in unseren Köpfen und unseren Empfindungen immer noch die Vorstellung, dass sich Sexualität im Alter „nicht gehört“.

Wenn alte Menschen in der Öffentlichkeit Zärtlichkeiten austauschen, wird dies oft als abweichendes, nicht normgerechtes Verhalten betrachtet. Es ist nicht leicht, wirklich zu akzeptieren, dass Sexualität bis ins hohe Alter zur Individualität des Menschen gehört. Auch auf unserer Station erntete ein sich küssendes älteres Paar von jungen und älteren Mitarbeitern viele missbilligende Blicke und Bemerkungen. Auf diese Weise versucht man, sexuelle Äußerungen zu ignorieren oder zu sanktionieren.

Was ist das Besondere des Pflegeberufes?

Pflege ist eine der intimsten „Dienstleistungen“ in unserer Gesellschaft – sie ist oft sogar intimer als intim. Im Privatleben sind wir auf der Toilette allein und schließen uns ein. Insbesondere in der Geriatrie, in der es viele schwerstpflegebedürftige Menschen gibt, muss die Pflegekraft auf der Toilette dabei sein – und oft noch viel dichter: Sie wechselt das Inkontinenzmaterial und führt die Intimpflege durch, oder wie wir sagen: das „Untenrumwaschen“. Die Pflege muss in Körperöffnungen eindringen und z.B. die Ohren säubern, den Mund mit Mundpflegestäbchen reinigen, beim Essenanreichen den Löffel in den Mund führen oder den Blasenkatheter versorgen. Pflege muss also oft über die Intimität hinausgehen, die Menschen in einer sexuellen Beziehung miteinander haben. Sie ist eine Grenzen überschreitende Dienstleistung und berührt insofern kulturelle Tabus.

Menschen sind nirgends so kränkbar wie im Bereich der Intimität und Sexualität. Das gilt für zu pflegende Menschen, aber umgekehrt auch für die Pflegenden. Wenn Tabus oder bestimmte Normen berührt werden, löst dies oft Scham- und Schuldgefühle aus. „Wenn die Pflegenden in Kontakt mit Dingen geraten, die als Tabu gelten“, so schreibt die schwedische Pflegewissenschaftlerin Astrid Norberg², „ruft dies bei ihnen unangenehme Gefühle hervor, wie Peinlichkeit, Scham- und Schuldgefühle, und sie versuchen, diesen Kontakt zu meiden.“

¹ Comfort, A., 1990. zit. n. Platt, D. Sexualität im Alter. Dtsch Ärztebl, 87: 1438–1440.

² Norberg, A., 1996. Nähe und Distanz. Tabus in der Pflege. In: Gero-Care Report 5: 23–33.

Es ist deshalb wichtig, dieses Thema zu benennen und diskutabel zu machen. Hier wollen wir Beispiele nennen, wo und wie Pflegekräfte solche Situationen erleben und wie ein konstruktiver Umgang damit aussehen könnte. Bevor an dieser Stelle detailliertere Beispiele geschildert werden, soll ein wenig in die Atmosphäre einer geriatrischen Station eingeführt werden.

Zunächst sei darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, mit der Intimität und Entblößung des Körpers einfühlsam und sorgsam umzugehen. Wie oft etwa wird in einem Mehrbettzimmer an einen Sichtschutz gedacht? Ist es notwendig, den Körper zum Waschen vollständig zu entblößen oder kann man sensibler vorgehen? Was für eine Beziehung nehme ich dabei auf? Nehme ich die Gefühle des zu pflegenden Menschen und meine eigenen wahr? Beim Umgang zwischen Schwestern und pflegebedürftigen Frauen gibt es seltener Probleme. Es fällt auf, dass diese sich anders verhalten als pflegebedürftige Männer: Sie werden z.B. nicht übergriffig. Manche, insbesondere die, die ohne Beziehung sind, genießen die Versorgung und den Körperkontakt, manche schätzen insbesondere junge Pfleger. Manchmal merken sich sogar demente Frauen den Namen eines jungen Mannes. Andere Frauen wiederum möchten nicht von Männern gepflegt werden. Es gibt Männer, die lieber von der eigenen Frau versorgt werden wollen. Deshalb ist es wichtig, einen angemessenen Umgang mit Intimität und Sexualität zu entwickeln, der sowohl die menschliche Würde als auch das Selbstwertgefühl und die Identität des Menschen erhält und im besten Fall positiv beeinflusst. Bislang machen wir uns das viel zu selten bewusst.

Wie also geht das Pflegepersonal damit um, wenn es unvorhergesehen in Situationen involviert wird? Ein einfaches, zugleich aber doch komplexes Beispiel soll dies anschaulich machen.

Beispiel 1: Sexualität im Krankenhaus?

Ein Patient Ende 60, Künstler, an Enzephalitis erkrankt, liegt im Einzelzimmer. Er ist oft unruhig, zeitweise zeitlich und örtlich desorientiert. Mehrmals versucht er das Krankenhaus zu verlassen, um nach Hause zu seiner Lebensgefährtin zu gehen. Sie ist deutlich jünger, besucht ihn regelmäßig. Eines Tages, als eine Schwester unvorbereitet eintritt, liegen die beiden halb ausgezogen gemeinsam im Bett, kuscheln und küssen sich. Die Schwester ist sehr unangenehm berührt, als sie auf diese unerwartete Situation trifft. Sie empfindet die Situation als peinlich und weiß nicht, wie sie zukünftig damit umgehen soll.

Es ist möglich, die Situation im Team zu besprechen. Die Meinungen, wie damit umgegangen werden soll, sind

unterschiedlich: „Das gehört nicht ins Krankenhaus!“ oder: „Das gehört sich überhaupt nicht!“ – „Ich gehe nicht mehr in das Zimmer, ich weiß nicht, was mich dort erwartet.“ – „Das ist doch schön, das kann ich gut verstehen.“

Es gibt ein Bedürfnis danach, zu diskutieren, was richtig und was erlaubt ist. Wäre es z.B. vorstellbar, dass vor dem Patientenzimmer – ähnlich wie im Hotel – ein „Bitte nicht stören“-Schild hängt, das den Patienten und Pflegenden schützt? Wie verhält es sich dann mit der Aufsichtspflicht? In solchen Situationen entsteht auch das Bedürfnis nach professioneller und institutioneller Absicherung. Darf man solche Situationen überhaupt zulassen? Was sagen der Chefarzt, der Pfarrer oder die Psychologin dazu? Die Schwester ist unangenehm berührt, weil

- ◆ sie ungewollt in den Raum der Intimität eines fremden Paares eindringt,
- ◆ dieses Verhalten unter Umständen ihrem eigenen Verhaltenskodex widerspricht,
- ◆ sie verunsichert ist, ob sie dies überhaupt zulassen darf oder ob solch ein Verhalten „meldepflichtig“ ist, und sie unvorbereitet auf eine Situation trifft, für die es kein Verhaltensmuster gibt, weil solche Situationen normalerweise kein Gegenstand der Diskussion in Teamsitzungen oder auf Leitungsebene sind.

Angesichts dieser Situation ist unsere Professionalität gefordert, aber gibt es wirklich eine Lösung?

Beispiel 2: Das alte Ehepaar

Ein Ehepaar, sie 80, er 90 Jahre, werden gemeinsam ins Krankenhaus aufgenommen. Sie hatten sich im Altenheim kennen und lieben gelernt und geheiratet. Die Frau hat eine Oberschenkelhalsfraktur, er leidet unter einer Demenz und hat verschiedene internistische Probleme. Von Anfang an war im Team klar, dass das Paar in einem Doppelzimmer untergebracht werden soll. Das Pflegepersonal macht auf Wunsch aus den zwei Betten ein Ehebett. Es ist schön zu sehen, dass Bedürfnisse nach Intimität und Sexualität auch im hohen Alter nicht verloren gehen. Beide schlafen nachts eng aneinandergekuschelt, streicheln und küssen sich auch tagsüber, ohne dass Peinlichkeit entsteht. Der allgemeine Tenor der Schwestern lautet: „Das ist aber süß!“ Es wirkt auf alle harmlos. Die Intimität dieses Paares wird befürwortet und gefördert – ganz im Gegensatz zu der des Paares im ersten Beispiel. Es ist offensichtlich, dass das Alter des Paares den Unterschied ausmacht.

Im Verlauf verschlechtert sich der Gesundheitszustand des Mannes. Er wird zunehmend unruhig, verwirrt

und manchmal aggressiv. Der Frau macht der Ehemann Angst, so kennt sie ihn nicht. Er benötigt schließlich immer mehr Hilfe bei der Pflege. Zu unserem Erstaunen reagiert die Ehefrau jetzt bei der Intimpflege und Inkontinenzversorgung des Mannes eifersüchtig. Sie beschimpft ihn heftig. Für sie ist es schwer zu ertragen, dass er es zulässt, dass ich als Schwester intim mit ihm umgehe, ihn wasche, Hautkontakt habe und den Blasenkatheter pflege. Zunächst bin ich überrascht über die Reaktion der Frau, die Situation ist mir peinlich und ich bekomme Schuldgefühle. Mein Problem ist, dass ich offensichtlich durch meine professionelle Tätigkeit die Gefühle der Ehefrau verletze. In diesem Beispiel bin ich unangenehm berührt,

- ◆ weil die Frau die Pflege als Eindringen in ihre Intimsphäre als Paar erlebt;
- ◆ auch wenn ich eine klare innere Haltung habe und Respekt zeige und tue, was ich tun muss, wirkt die Pflege in dieser Situation „grenzüberschreitend“.

Im Team spreche ich darüber, dass es wichtig ist, mit der Ehefrau in erster Linie über die Notwendigkeit der Pflegemaßnahmen zu sprechen. Uns fällt auf, dass es ebenfalls wichtig ist, sie um ihre Erlaubnis zu bitten, dies tun zu dürfen. Damit kann ich zeigen, dass ich mir der Grenzüberschreitung bewusst bin. So kann die Ehefrau diese besser zulassen. Dies ermöglicht schließlich einen besseren Umgang für alle Beteiligten.

Beispiel 3: Öffentliche Herabsetzung

Eine Angehörige, Anfang 70, klingelt nach der Schwester. Als ich das Vierbettzimmer betrete, sagt sie vor dem im Bett liegenden Ehemann zu mir: „Mein Mann stinkt.“ Auch hier entsteht das Gefühl der Peinlichkeit. Ich erlebe, dass der Mann vor meinen Augen und Ohren gekränkt wird. Durch seinen Gesichtsausdruck merke ich, wie unangenehm dies für ihn ist.

Ich bitte die Frau, vor dem Zimmer zu warten, um weitere aggressive Äußerungen ihrerseits zu vermeiden. Während ich ihn versorge, bringe ich ihm Verständnis entgegen und spreche ihn auf seine Situation an. Ich sage ihm, dass es sicher schwer für ihn ist, den Stuhlgang nicht spüren und halten zu können, und habe den Eindruck, dass er sich angenommen fühlt. Außerdem spüre ich Ärger auf die Ehefrau und frage mich, warum diese ihren Mann so verletzend behandelt. Vor der Zimmertür kommt es zu einem Gespräch mit ihr. Ich spreche sie an und frage sie, ob ihr bekannt ist, dass ihr Mann inkontinent ist. Sie ist darüber informiert, habe aber nicht bedacht, was für Ausmaße die Inkontinenz annehme und

dass sie es schwer ertragen könne. Es „stinke“ ihr einfach zu sehr. Ich bitte sie, dies nicht mehr in seiner Gegenwart auszusprechen, weil es für ihn auch sehr schwer sei, diese Situation zu ertragen. Sie äußert, dass sie in Zukunft überlegter damit umgehen will.

In diesem Beispiel wird die Pflege ungewollt Zeuge einer massiven Störung der Partnerschaft. Weswegen wir dazu gemacht werden, wissen wir nicht. Deutlich wird jedoch, dass die Frau vor ihrem Mann und der Schwester in unangemessener Weise über ihn redet und ihn damit in seiner Würde verletzt. Aufgabe der Pflege ist es auch, den Patienten und seine Würde zu schützen und dies angemessen zu vertreten. Wenn wir uns das nicht bewusst machen, kommt es oft zur Distanzierung von den Angehörigen, ohne dass ihnen klar wird, weshalb dies geschieht.

Beispiel 4: Unbewusste Übergriffigkeit

Ein dementer Patient Anfang 80 reagiert, wenn eine Schwester das Zimmer betritt, verbal und körperlich übergriffig. Bei jeder pflegerischen Tätigkeit, sei es die Essensvorbereitung oder das Waschen, fasst er die Schwestern „überall“ (insbesondere an den sekundären Geschlechtsmerkmalen) an und versucht, sie zu sich ins Bett zu ziehen. Eine Schwester wird von seinem Verhalten so überrascht und ist so perplex, dass sie schreiend aus dem Zimmer läuft und sich weigert, diesen Patienten weiter zu versorgen. Ein männlicher Pfleger steht nicht zur Verfügung. Um uns vor seinen Übergriffen schützen zu können, legen wir fest, nur zu zweit zu ihm zu gehen und ihn anzuweisen, sich an der Bettstange festzuhalten, während wir ihn versorgen. Trotzdem befinden wir uns ständig in einer Habachtstellung und in körperlicher Spannung. Der Patient versteht, dass wir eine Grenze setzen, wir müssen ihn jedoch immer wieder auf deren Einhaltung hinweisen. Die Stationsärztin wird informiert, und im Team sprechen wir darüber.

Bei diesem Patienten sind die gesellschaftlich adäquaten Hemmungen unter der Demenz entfallen, er wird übergriffig, kann aber gleichzeitig nicht dafür verantwortlich gemacht werden. Wir verstehen, dass der Patient ein Bedürfnis nach Körperkontakt hat und er offensichtlich denkt, wenn wir ihn berühren, dürfe er das auch. Mit Recht versuchen wir Schwestern uns zu schützen, Verstärkung zu holen und mit Anweisungen den Übergriffen Herr zu werden. Fallen uns aber aus einer größeren Distanz weitere, bessere Lösungen ein?

Beispiel 5: Bewusste sexuelle Übergriffigkeit

Ein relativ junger Patient Anfang 60 nach einem Schlaganfall mit einem komplexen rechtshirnigen Störungsbild ist desorientiert. Wir zeigen ihm viel Zuwendung, weil er diese besonders braucht. Wir erfahren, dass seine Frau vor kurzer Zeit verstorben ist, worunter er noch immer leidet. Er hat zwei Söhne, die sich seither intensiv um ihn kümmern. Seine Pflege ist mit viel körperlichem Kontakt verbunden.

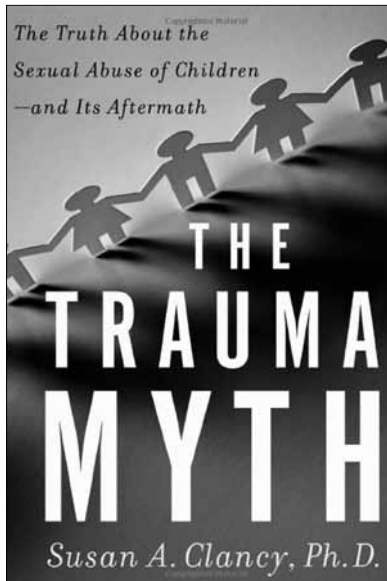
Nach einiger Zeit nutzt er jedoch beim Transfer jede Gelegenheit, die Schwestern sexuell übergriffig zu berühren, und äußert Aufforderungen wie „Komm in mein Bett“. Hatten wir anfangs Verständnis für sein Bedürfnis nach Körperkontakt, so reagieren wir jetzt mit Distanz und wollen ihn nur noch so wenig wie möglich berühren. Als ich ihn das erste Mal so grenzüberschreitend er-

lebe, kann ich nicht reagieren. Ich gehe hinaus und frage mich, wie er so mit mir umgehen kann; ich bin innerlich empört. Ich setze schließlich eine klare Grenze und sage ihm, dass ich nicht angefasst werden möchte. Er guckt daraufhin sehr böse und beleidigt und sagt nichts mehr. Es kommt zu keinen weiteren Grenzüberschreitungen. Im Team wird über die Übergriffigkeit gesprochen, aber nicht darüber, was sie für die einzelne Schwester bedeutet. Ich selbst gehe auf Abstand zu dem Patienten und rede nicht mehr so viel mit ihm. Diese Distanz hat er gespürt.

Im Gegensatz zum vorherigen Beispiel ist dieser Mann verantwortlich für sein Tun. Der Druck ist noch viel massiver als bei dem übergriffigen dementen Patienten. Es löst Ängste, Wut und Trauer bei mir aus. Es stellt sich die Frage, warum man überhaupt in diesem Beruf tätig ist. In diesem letzten Beispiel wird deutlich, wie dicht es in der Pflege auch um das persönliche Erleben geht und wie wenig es doch bisher möglich ist, dies im professionellen Rahmen zu besprechen.

Autorin

Edina Corbic, Stellvertretende Stationsleitung, Wichern-Krankenhaus im Evangelischen Johannesstift, Schönwalderallee 26, 13587 Berlin, email: edina.corbic@johannesstift-berlin.de



Clancy, Susan A.: **The Trauma Myth: The truth about the sexual abuse of children – and its aftermath**, New York: Basic Books 2010 (236 S., geb., ISBN-13: 978-0465016884, Preis, je nach Bezugsquelle, ca. 18,00 €)

Der Titel dieses Buches, das in Amerika einiges Aufsehen erregt hat, könnte zu der Annahme verleiten, die Autorin halte Traumatisierung durch sexuellen Kindesmissbrauch für einen Mythos. Und auch der Subtitel weckt einige Erwartungen. Immerhin sind über zweihundert Interviews mit Erwachsenen, die als Kinder sexuell missbraucht worden waren, in dieses Buch eingeflossen. Ist die Erwartung berechtigt, der Wahrheit durch die Lektüre ein Stück näher zu kommen?

Die Interviewten, die über Anzeigen in der Tagespresse zur Mitarbeit gewonnen wurden, berichteten zu etwa 90% bei den Missbrauchserlebnissen in ihrer Kindheit Befremdung, Irritierung, Abscheu, Ekel, gelegentlich aber auch Spaß erlebt zu haben, manchmal auch einverständnis mitgemacht zu haben, jedenfalls keiner körperlichen Gewalt und auch keiner Traumatisierung ausgesetzt gewesen zu sein. Etwa 10% schilderten die Erlebnisse als erschreckend, überwältigend, lebensbedrohlich oder schockierend und insgesamt als traumatisierend, was meistens mit dem Erleben von physischer Gewalt und Bedrohung einherging. Fast sämtliche 100% der Befragten haben indessen angegeben, in ihrem späteren Leben unter den Folgen des Erlebten gelitten zu haben.

Aus diesen Befunden werden zwei Dinge abgeleitet: Erstens die Bestätigung, dass sexueller Kindesmissbrauch ein Risikofaktor für eine Vielzahl psychischer Probleme und Störungen ist, und zweitens Zweifel daran, dass sich diese psychischen Folgen unterschiedslos demselben Störungsmodell zuordnen lassen, welches deren Genese einer Traumatisierung zuschreibt.

Susan Clancy, ursprünglich Kognitionspsychologin an der Harvard Universität, hat sich dem Gebiet des sexu-

ellen Kindesmissbrauchs von der Gedächtnispsychologie her genähert. Sie hinterfragt auf Grundlage ihrer Befunde die nach wie vor gängige Erklärung für psychische Beeinträchtigungen nach sexuellem Kindesmissbrauch als Posttraumatische Belastungsstörung. Sie vertritt die Ansicht, dass dieses Modell bzw. diese Diagnose den Opfern in vielen Fällen Schaden zufügt und stellt eine andere Erklärung für ihre Beobachtung auf, dass viele Opfer zunächst unbeeinträchtigt weiterleben, ehe das Erlebte Jahre später zu gravierenden Problemen führt.

Für das Fehlen von Traumatisierung nennt die Autorin drei Gründe, welche die meisten Missbrauchsdelikte charakterisieren. Es handelt sich dabei nicht um neue Erkenntnisse, sie werden in der (öffentlichen) Diskussion aber nach wie vor oft vernachlässigt und sind wichtig für das Verständnis von sexuellem Kindesmissbrauch. Erstens handelt es sich bei fast allen Tätern um Personen, denen das Opfer glaubt vertrauen zu können. Zweitens fehlen in vielen Fällen (über 90% in Clancys Stichprobe) physische Gewalt oder Bedrohung. Drittens verstehen die Opfer nicht die Bedeutung dessen, was ihnen widerfährt, da sie keinen Begriff von (erwachsener) Sexualität besitzen. Dass der Missbrauchstäter Verbotenes tut, wird zwar häufig erahnt, es fehlt Kindern aber die Möglichkeit, dies mit Sicherheit beurteilen zu können. Auch wenn sie die Handlungen nur widerwillig über sich ergehen lassen, ist dies für sie kein hinreichendes Kriterium dafür, sich wehren zu dürfen oder Hilfe holen zu müssen. Kinder sind an die Autorität Erwachsener gewöhnt und finden nichts Ungewöhnliches daran, dass vertraute Personen wie Lehrer, Betreuer, Priester, Onkel, Tanten ebenso wie ihre leiblichen Eltern gelegentlich Dinge von ihnen verlangen, die sie nur widerwillig tun.

Allerdings liegt die Annahme, kindliche Opfer erleben bei den Missbrauchshandlungen mehr oder weniger zwangsläufig psychische Traumata, nahe. Sexuelle Handlungen von Erwachsenen mit Kindern, für die Kinder generell nicht verantwortlich sind und zu denen sie kein Einverständnis (im Sinne eines *informed consent*) geben können, werden von Erwachsenen automatisch aus der eigenen, adultozentrischen Perspektive beurteilt. Es wird das Wertesystem und das Verständnis der Sexualität Erwachsener angelegt.

Eigene Ängste und Abneigungen gegenüber dem Delikt, bei dem Kinder unschuldig sexuell ausgenutzt und betrogen werden, werden auf die Opfer projiziert. Es wird vorausgesetzt, dass Kinder gleich oder zumindest ähnlich empfinden. Dies trifft auf das Erleben eines Kindes schlicht nicht zu. Kinder haben ihr eigenes „Verständnis“ des Erlebten, welches vor allem durch Nicht-Verstehen gekennzeichnet ist.

Wie kam es zur Konzeptualisierung von sexuellem Kindesmissbrauch als Psychotrauma und warum besteht diese so unverrückbar im Bewusstsein der Öffentlichkeit und auch in den Köpfen vieler Professioneller? Clancy führt dies auf die starke Politisierung des Themas zu-

rück, für die sie wissenschaftshistorische Gründe anführt. Während der längsten Zeit des zwanzigsten Jahrhunderts, und auch zuvor, wurde sexueller Kindesmissbrauch und dessen schädliche Auswirkungen gerade auch von der Fachwelt in Abrede gestellt oder bagatellisiert. Nicht nur die Folgen wurden auf perfide Art auf vermeintlich vorbestehende psychische Probleme der Opfer zurückgeführt, auch die Verantwortung für sexuelle Handlungen zwischen Erwachsenen und Kindern wurde häufig den Opfern zugeschrieben. Dies änderte sich erst in den 1960er und 70er Jahren. Die Fachwelt begann die Auswirkungen körperlicher Misshandlungen von Kindern anzuerkennen, was recht bald auch zu gesetzgeberischen Aktivitäten führte. Damit geriet auch sexueller Kindesmissbrauch in das Blickfeld der Wissenschaft. Mehr noch trug die aufkommende Emanzipations- und Frauenrechtsbewegung dazu bei, das Thema ins öffentliche Bewusstsein zu rufen, Kinder von einer Mitschuld an Missbrauchshandlungen freizusprechen und dessen schädliche Folgen für die Opfer anzuerkennen. Unglückseligerweise wurde sexueller Kindesmissbrauch in diesem Zuge mit Vergewaltigung gleichgesetzt und als sexuelles Gewaltdelikt definiert. Dies trifft die objektiven Tatsachen indes nur in den Fällen, die mit körperlicher Gewalt oder Bedrohungen einhergehen.

Nachdem sexueller Kindesmissbrauch von der Öffentlichkeit und der Wissenschaft zur Kenntnis genommen worden war, stellte sich das Problem, für die uneinheitlichen Beschwerden, die Opfer beklagen, eine diagnostische Kategorie zu finden und einen Kausalzusammenhang zu ihren Missbrauchserlebnissen herzustellen. Ein Modell, welches beides ermöglichte, wurde gefunden, als in den 1980er Jahren die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) klinisch beschrieben wurde und Eingang in die diagnostischen Systeme fand. Die Symptomatik war bei Kriegsveteranen zwar bereits bekannt, erhielt aber erst durch ihr Auftreten bei den Veteranen des Vietnamkrieges wissenschaftliche Anerkennung. Die Diagnose (lt. DSM-IV) setzt voraus, dass eine für das Leben oder die körperliche Unversehrtheit bedrohliche Situation erlebt wurde, in der intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzten bestand. Ein solches Erleben wurde der Autorin jedoch nur von Betroffenen berichtet, die auch körperliche Gewalt oder Bedrohung bei den sexuellen Übergriffen erlebt hatten. Clancy kritisiert, dass PTSD als *pars pro toto* für das psychopathologische Geschehen bei allen Fällen von sexuellem Kindesmissbrauch übernommen wurde. Dies werde den meisten Opfern nicht gerecht.

Stattdessen wird eine alternative Erklärung für die Folgen von sexuellem Kindesmissbrauch beim Fehlen von Traumatisierung angeführt. Diese treten allerdings nicht unmittelbar ein, sondern entwickeln sich erst nach geraumer Zeit. Nach Auffassung der Autorin sind die meisten Opfer zunächst einmal froh, wenn die Handlungen des Täters, aus welchem Grund auch immer, zu einem Ende kommen. Die Opfer bleiben meist allein mit ihren Erin-

nerungen. Mehr als die Hälfte der von Clancy Interviewten gab an, die Taten niemals zuvor anderen gegenüber erwähnt zu haben. Mit der Zeit entwickeln sich Erinnerungen an diese Missbrauchserlebnisse ebenso wie andere Erinnerungen an Unangenehmes und Unverstandenes (und nicht Traumatisierendes) auch: Es wird immer seltener oder gar nicht mehr daran gedacht. Dieser Zustand findet allerdings ein Ende, wenn sich die Betroffenen, nun herangereift und mit einem erwachsenen Konzept von Sexualität ausgestattet, früher oder später wieder an das Geschehene erinnern und es einer Rekonzeptualisierung unterziehen. Mit diesem neuen Verständnis von Sexualität bekommen die Geschehnisse der Vergangenheit eine völlig andere Bedeutung. Den Opfern wird klar, dass die Menschen, denen sie einstmal vertrauten, sie betrogen und für eigene Zwecke missbraucht haben. Wie bei der Rückschau auf vergangenes Handeln häufig, beurteilen auch die Opfer von sexuellem Kindesmissbrauch ihr Empfinden und Handeln der Vergangenheit mit den Maßstäben der Gegenwart und fragen sich, wie sie die Handlungsweise der Täter zulassen konnten, warum sie sich nicht dagegen wehrten, oftmals mitmachten und vielleicht sogar versuchten, dem Ganzen Positives abzurufen. Sie verstehen ihr eigenes Empfinden und Handeln nicht, beginnen, sich dafür zu verurteilen und schreiben sich (Mit-)Verantwortung für das Geschehene zu. Daraus entsteht schließlich Scham über das eigene Verhalten und wird fortan zur dominierenden Emotion.

Hinzu kommt, dass angesichts der verbreiteten Ansicht, dass sexueller Kindesmissbrauch per se traumatisierend wirkt und mit überwältigenden Emotionen einhergehen muss, Opfer sich nach der Neubewertung des Geschehenen fragen, warum sie dies nicht so erlebt haben. Sie beginnen ihren Erinnerungen und ihrem Empfinden zu misstrauen. Zu allem Überfluss erleben sie oft, wenn sie sich hilfeschend an andere Menschen wenden, dass sie mit Unverständnis konfrontiert werden. Geben sie an, das Erlebte eben nicht im Sinne der erwarteten Traumatisierung verarbeitet zu haben, wird häufig mit Schuldzuweisungen und/oder Bagatellisierung reagiert. Mit dieser tiefgreifenden Verunsicherung quälen sich Opfer über Jahre herum, in der Regel die Jahre der Pubertät oder Adoleszenz, in denen diese Problematik zu allen anderen entwicklungsbedingten Problemen hinzukommt. Kein Wunder, wenn dies zu einer Beeinträchtigung der gesamten Persönlichkeitsentwicklung führt.

Besonders fatal wird lt. Clancy die Situation für Betroffene, wenn professionelle Helfer oder Helferinnen das Fehlen von Erinnerungen an Gewalt, Zwang und Traumatisierung als „Verdrängung“ interpretieren und die psychischen Probleme ihrer Patientinnen und Patienten durch Aufdeckung vermeintlicher Erinnerungen zu „heilen“ versuchen.

An dieser Stelle greift die Autorin das Paradigma der *recovered memories* an. Sie stellt klar, dass es gerade die mit überwältigenden Emotionen einhergehenden, trau-

matisierenden Erlebnisse im Sinne der PTSD sind, die nicht vergessen oder „verdrängt“ werden. Im Gegensatz zu nicht traumatisierenden Erlebnissen, bei denen man froh ist, irgendwann nicht mehr daran denken zu müssen, und die im Laufe der Zeit tatsächlich immer weiter aus dem Bewusstsein geraten können.

Clancy hat ihre Untersuchungen im Wesentlichen im Zeitraum von 1996 bis 2005 durchgeführt. Sie wirft schließlich die Frage auf, was sich in der Zeit seit den Siebzigerjahren des letzten Jahrhunderts für die Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs geändert hat und kommt zu dem ernüchternden Ergebnis: Nicht viel. Sexueller Missbrauch ist immer noch ein großes Tabu, und es ist für Betroffene kaum leichter geworden, darüber zu reden. Für mehr als die Hälfte ihrer Stichprobe war Clancy die erste Person, mit der die Interviewten über ihren Missbrauch sprachen (eine hohe Zahl im Vergleich zu anderen Studien). Für viele war es besonders schmerzhaft, dass ihnen bislang nicht richtig zugehört worden war. Der Autorin zufolge wünschen sich Opfer aber genau dieses, dass man ihnen genau zuhört und ernst nimmt, was sie sagen. Sie hält für notwendig, ihnen zu vermitteln, dass sie nicht falsch gehandelt oder empfunden haben, sondern aufgrund ihres Entwicklungsstandes schlicht nicht anders konnten und ihnen zu ermöglichen, ihr Scham- und Schuldgefühl zu bewältigen, indem man ihnen unmissverständlich klar macht, für das Geschehene in keiner Weise verantwortlich gewesen zu sein.

Im Verlauf des Buches beschreibt die Autorin auch den Wandlungsprozess ihrer eigenen Vorstellung über sexuellen Kindesmissbrauch und dessen Auswirkungen. Sie sei beim Einstieg in die Thematik absolut von der Richtigkeit der gängigen Vorstellungen zwangsläufiger Traumatisierung überzeugt gewesen. Aber bereits die ersten Interviews hätten ihre Erwartungen durchbrochen und im Verlauf habe sie erhebliche Zweifel an den Ergebnissen, an der Zusammensetzung der Stichprobe (die umfangreich, aber selbstverständlich nicht repräsentativ ist, was bei der enormen Dunkelziffer auch nicht erwartet werden kann) und an ihrem wissenschaftlichen Vorgehen gehabt und sich häufig ungläubig hinterfragt. Clancy betont an vielen Stellen die gravierenden Auswirkungen von sexuellem Kindesmissbrauch, und es ist grotesk, ihr Bagatellisierung oder Banalisierung vorwerfen zu wollen. Sie vertritt aber dezidiert die Ansicht, dass sich die Situation Betroffener nur verbessern lässt, wenn die theoretischen Vorstellungen weiterentwickelt und dabei sämtliche empirischen Befunde, gerade auch dem gängigen Paradigma widersprechende, integriert werden.

Wer von dem vorliegenden Buch die Darstellung umfangreicher statistischer Analysen erwartet, wird enttäuscht werden. Zahlen sind eher Mangelware. Dafür werden Thesen des Buches durch zahlreiche exemplarische Ausschnitte aus Interviews mit den Betroffenen illustriert und untermauert. Auch muss man sich klar darüber sein, dass viele der dargestellten Aspekte nicht neu sind.

Umso wichtiger ist aber, dass mit dem vorliegenden Buch der Versuch unternommen wurde, diese Erkenntnisse einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen, um deren Vorstellungen von den Folgen sexuellen Kindesmissbrauchs der Wirklichkeit ein Stück näher zu bringen.

Der Inhalt ist sehr gut und umfangreich recherchiert, stringent und nachvollziehbar dargestellt und gut lesbar, wenn auch bislang nur in englischer Sprache. Es wäre zu begrüßen, wenn die Diskussion über sexuellen Kindesmissbrauch, der nach wie vor hauptsächlich im Verborgenen stattfindet und dort oftmals auch verbleibt, unter Einbeziehung dieser Überlegungen sachlich weitergeführt würde. Die Chancen dafür stehen nicht gut, wie es die Autorin, die sich während ihrer Arbeit heftigen Anfeindungen ausgesetzt sah, in einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung im Sommer vergangenen Jahres selbst einschätzt (<http://www.sueddeutsche.de/wissen/sexueller-missbrauch-die-kinder-fuehlen-sich-im-stichgelassen-1.959798>): „Das Thema regt die Menschen zu sehr auf“. Vielleicht ist ja diesseits des Atlantiks etwas weniger Aufregung möglich.

Martin Budde (Kiel)

Claire Denis: **J'ai pas sommeil / Ich kann nicht schlafen**. DVD, Edition Salzgeber, Berlin 2011, 110 m., PAL, deutsche Synchronfassung; französische Originalfassung mit deutschen Untertiteln, 11,95 €

Seit fast 20 Jahren produziert die Berliner Edition Salzgeber Videos und DVDs – auch für den häuslichen Gebrauch. Diese Filme sind durchweg von hoher Qualität und zählen oft – aber keineswegs immer – zur Gattung des anspruchsvollen Schwulen- und Lesbenfilms. Salzgeber brachte Dokumentarfilme wie „Before Stonewall“, „Blue Note – A Story of Modern Jazz“ und „Paris was a Woman“ heraus, Spielfilme von Regisseurinnen wie Ulrike Ottinger und Monika Treut oder von Regisseuren wie Derek Jarman und Gus van Sant. 2004 war die Firma Mitinitiator von CinemaNet Europa, einem Netzwerk zur Einführung des digitalen Kinos. 2006 begann eine neue Reihe „Classica im Kino“ mit Opern- und Ballett-Inszenierungen. Traditionell wird der Nachwuchs gefördert. Dazu gehören Hochschul-Abschlussfilme und Kurzfilme. Ein Beispiel für die gute Kooperation von Produzenten und Künstlern ist wohl, dass Volker Koepp seit „Herr Zwilling und Frau“ seine professionelle Heimat bei Salzgeber hat.

Mit „J'ai pas sommeil / Ich kann nicht schlafen“ wird nun ein bereits 1994 entstandenes Werk von Claire Denis wieder zugänglich. Denis ist Regisseurin und Autorin zugleich. Sie wurde zwar in Paris geboren, wuchs aber in Afrika auf. Ihr Handwerk lernte sie bei Jim Jarmusch, Jacques Rivette und Wim Wenders. Sie selbst führte erstmals Regie in „Chocolat (Verbotene Sehnsucht,

198X)“. Weitere Spiel- und Dokumentarfilme folgten, darunter „Nénette et Boni“ (1996), „Beau Travail“ (1999) und „White Material“ (2009). 2011 erhielt sie den Großen Berliner Kunstpreis. „Ihre Filme erzählen mit Kraft und Eleganz jenseits erzählerischer Standards von der Grenze zwischen Eigenem und Fremdem in einer postkolonialen Welt“, heißt es in der Jurybegründung der Berliner Akademie der Künste.

Formell ist „Ich kann nicht schlafen“ eine Art Krimi. Es geht um drei Einwanderer, die sich in Paris treffen. Am Anfang fährt die junge Ex-Sowjetbürgerin Daiga (gespielt von Katerina Golubeva) mit ihrem alten Wolga in die Stadt und den Film hinein. Sie ist hereingelegt worden. Ihr Festivalflirtpartner aus Vilnius gibt ihr keineswegs in Paris den versprochenen Job. Die slawische Schicksalsgemeinschaft fängt sie auf. Sie trifft Mona (Béatrice Dalle), die Freundin von Théo (Alex Descas), dem Musiker aus Martinique, den es in seine (eigentlich bloß imaginierte) Heimat zurückzieht. Théos Bruder Camille (Richard Courcet), arbeitet als Transvestit, kann aber seinen aufwendigen Lebensstil nicht finanzieren und wird zum Verbrecher. Diese Figur ist Thierry Paulin nachempfunden, einem schönen schwarzen schwulen Serienkiller, der noch vor seinem Prozess starb. In der Großstadt begegnen sich diese drei Außenseiter, verschachteln sich ihre geheimnisvollen Geschichten in nur sechs Tagen und Nächten (daher der Titel). Die Perspektiven verschieben sich ständig – auch optisch. Nicht nur die Hauptfigur Camille strahlt eine androgyne Sinnlichkeit aus, Rassismus und Mysogynie sind ominipräsent. „Schöne“ Paris-Szenen mit touristischem Flair fehlen. Fremd wie am Anfang fährt Daiga aus dem Film hinaus.

Höhepunkte des Films sind nach Meinung des Rezensenten die Tanz- und Musikszene. Zu „A Whiter Shade of Pale“ von Procol Harum tanzen eine alte und junge Frau miteinander und finden erotisch zusammen, während sich zur gleichen Musik zwei Männer trennen. Wie eine Sexszene inszeniert ist Camilles Lip Singing (Karaoke) zu „Le Lien Defait“ („Die gelöste Verbindung“). Die Songtexte werden gleichsam getanzt, die Zerbrechlichkeit der Figur (immerhin ein Serienmörder) wird geradezu körperlich fühlbar.

Liebhaber gutgemachter Thriller (z.B. Hitchcock-Fans) werden vermutlich enttäuscht sein. Zu unkonventionell ist die Erzähltechnik, zu lapidar die Präsentation der aus Geldgier begangenen grauslichen Morde an den alten Damen. Auch konzentriert sich Claire Denis nicht auf Schlaflosigkeit, wie es etwa der bekannte US-amerikanische Film „Insomnia“ mit Al Pacino tut. Dennoch handelt es bei „J'ai pas sommeil“ zweifellos um ein frühes Meisterstück. Dazu tragen nicht zuletzt die Kamera (Agnes Godard) und der Tonschnitt (Anne-Marie L'Hôte) bei. Untertitel (von Synchronisation ganz zu schweigen) sind oft Glückssache. Nicht in diesem Fall. Jan Künemund hat hier hervorragende, Arbeit geleistet.

Volker Gransow (Berlin)

Tabuthemen ansprechen



Sexuelle Störungen
100 Fragen 100 Antworten

2008. 263 S., Kt
€ 19,95 /
CHF 33,90
ISBN 978-3-456-84555-5

Brigitte Vetter
Sexuelle Störungen –
100 Fragen 100 Antworten

Ursachen, Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten sexueller Störungen.



Pervers, oder?
Sexualpräferenzstörungen
100 Fragen 100 Antworten

2009. 331 S., 1 Tab.,
Kt € 24,95 /
CHF 42,00
ISBN 978-3-456-84672-9

Brigitte Vetter
Pervers, oder?
Sexualpräferenzstörungen –
100 Fragen 100 Antworten

Um sich für dieses Buch zu interessieren, brauchen Sie nicht «pervers» zu sein. Vielleicht haben Sie nur Fragen, weil Sie Betroffene kennen, weil Sie beruflich damit beschäftigt sind oder aus ganz anderen Gründen mehr erfahren möchten.



Transidentität – ein unordentliches Phänomen
Wenn das Geschlecht nicht zum Bewusstsein passt

2010. 346 S., Kt
€ 24,95 / CHF 42,00
ISBN 978-3-456-84842-6

Brigitte Vetter
Transidentität – ein unordentliches Phänomen
Wenn das Geschlecht nicht zum Bewusstsein passt

Es gibt eine Vielzahl von Geschlechtsvarianten und Geschlechtsidentitäten, die nicht alle krank sein können.

Erhältlich im Buchhandel oder über
www.verlag-hanshuber.com

HUBER 

**Triebe – Freiheit – Schicksal?
Licht und Schatten der Sexualität**
**Gemeinsame Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin und
der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualtherapie**

Frankfurt am Main vom 04. – 06. November 2011

Tagungsleitung

Prof. Dr. Uwe Hartmann, Hannover und Prof. Dr. Hartmut A. G. Bosinski, Kiel
Die Tagung findet auf dem Campus Westend der Goethe-Universität Frankfurt am Main statt
(Grüneburgplatz 1 | 60323 Frankfurt am Main)

Kongressorganisation: cpo-hanser-service

Büro Hamburg, Hanser & Co GmbH, Postfach 1221, 22882 Barsbüttel, Telefon: +49 – 40 – 670 88 20, Fax: +49 – 40 – 670 32 83,
Online auf www.sexualmedizin-kongress.de oder smk2011@cpo-hanser.de

Vorläufiges wissenschaftliches Programm

Freitag, 4. November 2011

- | | |
|---------------|---|
| 13.15 | Begrüßung |
| 13.30 – 15.00 | Allheilmittel Testosteron?
Vorsitz: C. Stief (München) |
| | Testosteron und Prostata
(W. Weidner, Gießen) |
| | Testosteron und Psyche
(T. Krüger, Hannover) |
| | Testosteronmangel: Eine unterdiagnosti-
zierte Volkskrankheit?
(M. Zitzmann, Münster) |
| 15.30 – 17.00 | Weibliche Sexualität
Vorsitz: N N |
| | Sexuelle Schmerzsyndrome und
Dyspareunie der Frau
(A. Gauruder- Burmester, Berlin) |
| | Persistent Genital Arousal Syndrome
(Persistierende genitale Erregung):
Symptome, Ursachen, Therapieansätze
(S. Philippsohn, Hannover) |
| | Brauchen Frauen keine Pharmako-
therapie für ihre sexuellen Probleme?
(J. Bitzer, Basel) |
| 17.15 – 18.45 | Mitgliederversammlungen der
Akademie für Sexualmedizin und der
Deutschen Gesellschaft für Sexual-
medizin und Sexualtherapie |

- | | |
|---------------|---|
| 19.00 – 20.30 | Gemeinsame Mitgliederversammlung
Anschließend: Geselliges Beisammensein
und Ausklang |
|---------------|---|

Sonnabend, 05. November 2011

- | | |
|---------------|---|
| 9.00 – 10.30 | Neuroimaging sexueller Devianz
Vorsitz: T. Krüger (Hannover) |
| | Neue Methoden in der Diagnostik der
Pädophilie (J. Ponseti, Kiel) |
| | Ist die Pädophilie eine neuronale
Entwicklungsstörung? Aktuelle Befunde
aus Morphometrie und Neuropsychologie
(B. Schiffer, Essen) |
| | Ätiologie und funktionelle Biomarker in
der Diagnostik und Behandlung der
Pädophilie (M. Walter, Magdeburg) |
| 11.00 – 12.30 | Trauma durch Sexualität – Trauma der
Sexualität
Vorsitz: N N |
| | Pädophilie und Hebephilie: Wirksamkeit
(primär-)präventiver Therapie
(K. Beier u. Mitarb., Berlin) |
| | Sexualstörungen als Folge sexueller
Traumatisierungen (H. Bosinski, Kiel) |
| | Behandlungstechnische Anmerkungen zur
Sexualtherapie bei traumatisierten
Patienten – was können wir von der
Traumatherapie lernen?
(N. Christoff, Hannover) |

12.30 – 14.00 **Mittagspause**

14.00 – 16.00 **Workshops**

1. Besondere Aspekte in der Sexualtherapie für Schwulen und Lesben (*D. Goecker, NN*)

2. Themenzentrierte Balint-Arbeit (*H. Berberich*)

3. Ressourcenaktivierung in der Sexualtherapie und Sexualberatung (*C. Hartmann, C. Neuhof*)

4. Weiblich – sinnlich – lustvoll: Gesprächsführung und Beratung bei weiblichen Sexualproblemen (*E. Bragagna*)

5. Geschlechtsidentitätsstörungen (*H. Bosinski, M. Sohn*)

6. Sexualität – ein „ganz normales“ Thema im Arbeitsalltag? Ein Workshop für Unentschlossene (*M. Weiß, D. Rösing*)

7. Syndyastische Sexualtherapie (*K. Loewit*)

8. Die gynäkologische Problempatientin mit chronifizierten larvierten Sexualstörungen (*D. Richter*)

9. Sexualität und Krebs – Belastung oder Chance? Sexualtherapeutische Aspekte anhand von Beispielen aus der uro-gynäkologischen Praxis. (*M. Christoff, G. Haselbacher*)

10. Aktuelle sexualmedizinische Aspekte der Kontrazeption (*B. Delisle*)

11. Paare in der Beratung (*N. Rückert*)

16.30 – 17.30

Festvortrag

„Pablo Picasso und Ernst-Ludwig Kirchner – Hypersexualität und Pädophilie?“ (*D. Schultheiss, Gießen*)

20.00

Gesellschaftsabend

Sonntag, 06. November 2011

09.30 – 11.00

Aktuelles aus der Forschung (freie Beiträge aus dem Call for Abstracts)

Vorsitz: *NN*

11.15 – 12.15

Was wirkt? Wirkfaktoren in der Sexualtherapie und ihr optimaler Einsatz

Vorsitz: *NN*

State-of-the-Art der internationalen Psychotherapieforschung (*S. Herpertz, Heidelberg - angefragt*)

State-of-the-Art der Sexualtherapieforschung und klinische Implikationen (*U. Hartmann, Hannover*)

12.15

Verabschiedung und Ausblick auf 2012

Die Beiträge für die Sexuologie gliedern sich in Originalarbeiten, Kasuistiken und Fallberichte, Historia, sowie Buchrezensionen. Eingerichtete Manuskripte werden anonymisiert beurteilt. Der Korrespondenzautor erhält einen Korrekturabzug (Fahnen). Die Redaktion bittet, folgende Hinweise zu beachten:

Manuskripte einschließlich Literaturverzeichnis, Abbildungen, Abbildungslegenden und Tabellen sind wie folgt einzureichen, per E-mail unter: sexuologie@sexualmedizin-akademie.de oder postalisch unter: **Redaktion Sexuologie, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin.**

Die Arbeiten sollten folgendem Aufbau entsprechen: Ein gesondertes Blatt enthält: 1. einen kurzen, klaren Titel der Arbeit, 2. die Namen, Vornamen aller Autoren, 3. die vollständige Anschrift mit Bezeichnung der Abteilung, Klinik bzw. Institut, 4. die Korrektur- und Korrespondenzadresse mit Telefonnummer und ggf. Faxnummer und e-mail Adresse.

Vor dem Text stehen: 1. der Titel in Deutsch und Englisch, 2. die Autorennamen, 3. eine deutsche und eine englische Zusammenfassung (jeweils ca. 250 Worte), die Hintergrund, Methodik und Ergebnisse der Arbeit darstellen. Unter den Zusammenfassungen stehen jeweils drei bis fünf „key words“ bzw. Schlüsselwörter, entsprechend dem Medical Subject Heading des Index Medicus. Der Beitrag ist zu gliedern, bei Originalarbeiten z.B. durch kurze, klare Zwischenüberschriften wie Methodik, Ergebnisse, Diskussion. Hervorhebungen sind kursiv möglich; die Wörter im Manuskript kursiv schreiben oder unterstreichen; Texte in Kleindruck (petit) bitte deutlich durch eine entsprechende Schriftgröße abheben.

Tabellen, Abbildungen sind zu numerieren und mit einer Überschrift zu versehen. Die Einschaltstelle ist im Text zu kennzeichnen. Abbildungen – falls sie nicht als Grafikdatei vorhanden sind – sind als reproduktionsfertige Vorlagen zu liefern: etwa als Strichzeichnungen, Graphiken, Computerausdrucke oder als schwarz/weiß Fotos. Der Abdruck von Farbabbildungen erfordert eine Rücksprache mit der Redaktion. Falls Abbildungen von Patienten verwendet werden, dürfen diese nicht erkennbar und identifizierbar sein.

Für Maßeinheiten wird das SI-System verwendet. Gebräuchliche ältere Maßangaben können in Klammern ergänzt werden. Weitere Abkürzungen sollten nach Möglichkeit vermieden werden. In jedem Fall sollte der ersten Verwendung der Abkürzung die ausgeschriebene Vollform vorangestellt werden. Bei Medikamenten werden die Generika angegeben. Präparatennamen (Handelsnamen) können in Klammern ergänzt werden. Bei Geräten oder Instrumenten sollten generell die allgemeinen Bezeichnungen verwendet werden. Herstellerbezeichnungen können in Klammern ergänzt werden.

Für die Literaturangaben und die Zitierweise im Text sind nachfolgende Vorgaben unbedingt einzuhalten:

Im Text: 1. *Single author:* the author's name (without initials, unless there is ambiguity) and the year of publication;

2. *Two authors:* both authors' names and the year of publication;

3. *Three or more authors:* first author's name followed by 'et al.' and the year of publication.

Citations may be made directly (or parenthetically). Groups of references should be listed first alphabetically, then chronologically.

Examples:

“as demonstrated (Allan, 1996a, 1996b, 1999; Allan and Jones, 1995). Kramer et al. (2000) have recently shown ...”

Literaturliste: References should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters “a”, “b”, “c”, etc., placed after the year of publication.

Examples:

Reference to a journal publication:

Van der Geer, J., Hanraads, J.A.J., Lupton, R.A., 2000. The art of writing a scientific article. *J. Sci. Commun.* 163, 51–59.

Reference to a book:

Strunk Jr., W., White, E.B., 1979. *The Elements of Style*, third ed. Macmillan, New York.

Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G.R., Adams, L.B., 1999. How to prepare an electronic version of your article, in: Jones, B.S., Smith, R.Z. (Eds.), *Introduction to the Electronic Age*. E- Publishing Inc., New York, pp. 281–304.