

Kapitel 2

Klinik und Therapie sexueller Störungen

2.1	Sexuelle Funktionsstörungen	101
2.2	Somatische Faktoren und sexuelle Probleme der Frau	127
2.3	Somatische Faktoren und sexuelle Probleme des Mannes	136
2.4	Sexualität und sexuelle Probleme bei Menschen mit Krebserkrankungen	150
2.5	Sexuelle Störungen bei psychiatrischen Erkrankungen	158
2.6	Psychotherapie sexueller Funktionsstörungen nach dem Hamburger Modell	174
2.7	Systemische Sexualtherapie	182
2.8	Sexuell übertragbare Infektionen	188
2.9	Spezifische Behandlungsaspekte bei nicht-heterosexuellen Menschen	198
2.10	Transgender: Transsexualität, Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie	203
2.11	Intersexualität/DSD: Neue Perspektiven auf geschlechtliche Körpervielfalt	223
2.12	Sexuelle Störungen und Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen	230
2.13	Paraphilie und hypersexuelle Störungen	239
2.14	Sexualdelinquenz und Therapie	250

2 Klinik und Therapie sexueller Störungen

2.1 Sexuelle Funktionsstörungen

C. Höhn, M. Berner

2.1.1 Einleitung, Definition

Definition

Sexuelle Funktionsstörung

Unter einer sexuellen Funktionsstörung versteht man ein sexuelles Problem, das in der Mehrzahl sexueller Kontakte auftritt und seit mindestens einem halben Jahr besteht. Außerdem müssen ein relevanter Leidensdruck und/oder interpersonelle Probleme hinzukommen. Die sexuelle Funktionsstörung darf nicht unmittelbar auf einen medizinischen Krankheitsfaktor, eine andere psychische Störung oder die Einnahme eines Medikaments zurückzuführen sein.

Überblick

Während in den 1960er und 1970er Jahren ein primär psychogenes Verständnis sexueller Funktionsstörungen vorherrschte, wandelte sich dieses in den vergangenen 20 Jahren hin zu einem biopsychosozialen Verständnis.

In den letzten Jahren wurde dies durch differenziertere Modelle des Ablaufs der sexuellen Reaktion und erweiterte neurobiologische Erkenntnisse ergänzt.

Die sexuelle Liberalisierung in den 1960er und 1970er Jahren und die Medikalisierung der Sexualität seit den 1990er Jahren führten zu einem offeneren Umgang mit dem Thema, trugen aber auch zur Entwicklung hoher sexueller Leistungsnormen bei.

Sexuelle Funktionsstörungen können negative Auswirkungen auf die persönliche Stimmung, Lebensqualität und Partnerschaftszufriedenheit haben.

Sexuelle Probleme und sexuelle Funktionsstörungen

Sowohl in der epidemiologischen Forschung als auch in der klinischen Praxis hat es sich als sinnvoll und notwendig erwiesen, zwischen sexuellen Problemen und sexuellen Funktionsstörungen zu unterscheiden. Eine Vermischung beider Konstrukte führte in der Vergangenheit oft zu unrealistisch hohen Häufigkeitsangaben sexueller Störungen. Verschiedene Studien zeigen, welche Diskrepanzen in den Prävalenzraten entstehen, wenn nur das sexuelle Problem selbst erhoben wird im Vergleich zur Häufigkeit sexueller Probleme, die auch mit einem relevanten Leidensdruck einhergehen ([175], [368], [813]). In der Praxis ist es wichtig zu erkennen, wann ein sexuelles Problem Störungscharakter annimmt, da nicht jedes Problem behandlungsbedürftig ist.

Sexuelle Probleme treten häufig situativ in verschiedenen Phasen einer Partnerschaft auf, z. B. nach der Geburt eines Kindes oder im höheren Lebensalter. Diese Probleme sind oft vorübergehend und betreffen bestimmte Funktionen wie das sexuelle Verlangen oder die Erektionsfähigkeit.

Um jedoch von einer **sexuellen Funktionsstörung** zu sprechen, müssen zu der Störung der sexuellen Funktion ein relevanter persönlicher Leidensdruck und/oder interpersonelle Probleme hinzukommen. Die Person ist dann nicht mehr in der Lage, ihre individuellen Ansprüche an eine erfüllte Sexualität zu befriedigen.

Verständnis sexueller Funktionsstörungen im Wandel

Die Sexualität des Menschen befindet sich in einem stetigen Wandel (Kap. 1.1). Ende der 1960er Jahre führte die sexuelle Liberalisierung zu einem offeneren Umgang mit dem Thema in der Gesellschaft. Vermehrt beschäftigte man sich mit der Frage, was sexuell gewünscht wird und was sexuell leistbar ist. Diese Entwicklung führte auch dazu, dass sexuelle Störungen zunehmend ins öffentliche Bewusstsein traten und als behandlungsrelevant angesehen wurden.

Modellvorstellungen

In den 1960er und 1970er Jahren herrschte die Auffassung, dass primär psychogene Faktoren, z.B. Versagensängste, für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer sexuellen Funktionsstörung verantwortlich seien.

Lineares Modell

William H. Masters und Virginia Johnson sowie Helen Singer Kaplan entwickelten erste therapeutische Konzepte, die das Ziel hatten, sexualitätsbezogene Ängste abzubauen, wodurch sexuelle Erregung ermöglicht werden sollte ([536], [839]). Die Autoren orientierten sich dabei an einer biologisch begründeten Norm des **sexuellen Reaktionszyklus (Human Sexual Response Cycle)**, welcher davon ausgeht, dass die sexuelle Erregung über die Zeit ansteigt und ein Plateau erreicht, bevor es anschließend zum Orgasmus kommt. Am Ende des Zyklus steht die Refraktärphase, d.h., es gibt zunächst kein weiteres Ansprechen auf Stimuli und ein Abklingen der Erregung. Dieses normative lineare Modell findet sich auch in der Klassifikation sexueller Störungen wieder. Problematisch ist dabei, dass Sexualität, die nicht diesem Reaktionszyklus folgt, automatisch häufig als fehlerhaft angesehen wird. In der Folgezeit wurden die klassischen therapeutischen Ansätze modifiziert und neue innovative Formen der Sexualtherapie begründet.

Zirkuläres Modell

Rosemary Basson schlug im Jahr 2000 ein zirkuläres Modell für die weibliche sexuelle Reaktion vor. Sie kritisierte vor allem, dass das lineare Modell wichtige Komponenten weiblicher sexueller Zufriedenheit ignorierte, z.B. Vertrauen, Intimität und Zuneigung [55].

Sie beschreibt einen zirkulären sexuellen Reaktionszyklus mit sich überlappenden Phasen [56]. Spontanes sexuelles Verlangen kann, muss aber nicht zu Beginn vorhanden sein. In diesem Fall spricht man von **sexueller Neutralität**. Besonders in langjährigen Partnerschaften scheint spontane Lust weniger häufig vorzukommen. Die Möglichkeit, sexuell aktiv zu werden, der Wunsch des Partners nach sexueller Aktivität und die Wahrnehmung, dass diese zur Befriedigung sexueller, aber auch nicht sexueller Bedürfnisse führe, seien wichtige Motivatoren, sexuelle Stimuli zu suchen. Entscheidet sich die Frau, sich auf sexuelle Stimu-

lation einzulassen, kann diese zur sexuellen Lust und Erregung beitragen. Die Entscheidung selbst hängt somit nicht zwangsläufig von einem a priori vorhandenen sexuellen Verlangen ab. Auch die Orgasmusphase kann sehr variabel (kein Orgasmus bis hin zu mehreren Orgasmen) sein. Viele Frauen, die keinen Orgasmus erleben, berichten dennoch über eine hohe Zufriedenheit beim Geschlechtsverkehr. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass durch den Geschlechtsverkehr emotionale Nähe, Bindung, Liebe und auch Wohlbefinden des Partners erlebbar sind. Derartige nichtsexuelle Faktoren können die zukünftige sexuelle Motivation beeinflussen. Daneben scheint es jedoch ebenso wichtig, dass sich die Frau beim Geschlechtsverkehr oder anderen sexuellen Handlungen körperlich wohlfühlt. So können beispielsweise Schmerzen beim Koitus die Motivation, zukünftig sexuell aktiv zu werden, verringern.

Biopsychosoziales Verständnis

Das ehemals psychogene Verständnis sexueller Funktionsstörungen wurde im Laufe der Zeit durch ein biopsychosoziales Verständnis abgelöst. Hierbei wird die Auffassung vertreten, dass sowohl körperliche, psychische als auch soziale Faktoren die menschliche Sexualität beeinflussen. Besonders den körperlichen Risikofaktoren, z.B. Hyperlipidämie oder Bluthochdruck, wurde nun vermehrt Aufmerksamkeit zuteil und auch neurobiologische Mechanismen der sexuellen Reaktion wurden besser aufgeklärt. Da nicht mehr nur psychogene Faktoren als entscheidende Einflussvariablen betrachtet wurden, wurden auch therapeutische Konzepte überdacht und ergänzt.

Medikalisierung der Sexualität

In den 1980er und später mit Einführung der medikamentösen Behandlung der Erektionsstörung in den 1990er Jahren kam es zu einem richtungsweisenden Trend in der Sexualmedizin und -therapie, der von John Bancroft und Leonore Tiefer warnend als „Medikalisierung der Sexualität“ bezeichnet wurde und bis heute anhält (vgl. Kap. 1.1; [175]). Neben etablierten psychotherapeutischen Verfahren gab es nun erstmals intensive Bestrebungen, wirksame organmedizinische Verfahren zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen zu entwickeln. Besonders die Einführung von Medikamenten zur Behandlung der Erektionsstörung trug zu einer Enttabuisierung dieser männlichen Sexu-

alstörung bei. Das Thema konnte wahrscheinlich offener mit dem Arzt besprochen werden, da es eine neue hilfreiche Behandlungsmöglichkeit gab. Männer gehen davon aus, dass immer eine Erektion von ihnen erwartet wird, selbst im hohen Alter. Sexualität wurde so immer mehr ein Muss, jetzt, da die Möglichkeiten so unerschöpflich schienen. Die großen Entwicklungen der letzten 50 Jahre, die sexuelle Liberalisierung und die Entwicklung wirksamer Behandlungsmöglichkeiten, führten somit auch zu hohen persönlichen Erwartungen und Leistungsansprüchen. Die neugeborene Idee „Alles ist möglich“ brachte auch den Gedanken eines „Ich muss alles können“ mit sich, wodurch Frauen und Männer nicht selten ihren eigenen Ansprüchen an eine gelingende Sexualität nicht mehr gerecht werden konnten.

Auswirkungen sexueller Funktionsstörungen

Sexuelle Funktionsstörungen haben indes häufig weitreichende Konsequenzen im Leben der Betroffenen. Personen mit einer sexuellen Funktionsstörung berichten oft von einer niedergeschlagenen Stimmung, vermehrtem Grübeln und einer generellen Unzufriedenheit. Die in Deutschland durchgeführte SPARK-Studie (Sexualität des Patienten in der Rehabilitation kardialer Erkrankungen) fand heraus, dass weibliche sexuelle Funktionsstörungen und die Erektionsstörung beim Mann mit einer erhöhten Depressivität und geringeren Lebensqualität einhergehen [473]. Ob eine sexuelle Störung zur Entwicklung einer psychischen Störung beiträgt, dürfte von vielfältigen Faktoren abhängig sein:

- Individuelle Coping-Strategien,
- Persönlichkeitsmerkmale,
- Partnerschaftsaspekte und
- die allgemeine Versorgungssituation

sind hierbei sicherlich von Bedeutung. Sexuelle Probleme gehen häufig auch mit einer verringerten Partnerschaftsqualität einher. So zeichnen sich Paare mit sexuellen Problemen häufig durch vermehrte Schuldzuweisungen und ein geringes Zärtlichkeitsverhalten im Vergleich zu Kontrollpaaren aus ([443], [444]). In der Praxis berichten Paare häufig, dass aus Angst vor Zurückweisung seltener die körperliche Nähe zum Partner gesucht wird und die sexuelle Problematik vielfach Anlass für einen Streit darstellt.

Integrative Sicht auf sexuelle Funktionsstörungen

Diese Ausführungen verdeutlichen die Notwendigkeit, die menschliche Sexualität und deren Funktion als wichtigen Faktor der körperlichen und psychischen Gesundheit zu betrachten und den soziokulturellen Hintergrund mit einzubeziehen. Die mannigfaltigen Zusammenhänge zeigen sich auch in der Behandlung sexueller Funktionsstörungen. Durch eine psychotherapeutische oder pharmakotherapeutische Behandlung verbessert sich meist nicht nur das sexuelle Symptom, sondern ebenfalls die Partnerschaftsqualität und depressive Symptomatik des Betroffenen ([78], [604], [603]).

Metz und McCarthy entwickelten das „**Good-Enough Sex**“-Modell und wiesen darauf hin, dass eine rein medizinische Sichtweise zu kurz greife [567]. Die Autoren bezogen kognitive, emotionale, verhaltensbezogene und relationale Ansätze ein und verdeutlichten, dass es hilfreich und notwendig sein könnte, sich weniger auf die sexuelle Leistungsfähigkeit zu konzentrieren, sondern mehr auf emotionale Intimität und sexuelles Vergnügen. Die Förderung von realistischen Erwartungen bezüglich Sexualität ist ein wichtiger Aspekt dieses Ansatzes.

2.1.2 Klassifikation

Überblick

Bei sexuellen Funktionsstörungen unterscheidet man inhaltlich

- Störungen der sexuellen Appetenz,
- Störungen der sexuellen Erregung,
- Orgasmusstörungen und
- Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen.

Formal kann man sexuelle Funktionsstörungen nach den Kriterien

- **Dauer** (lebenslang vs. erworben),
- **Kontext** (generalisiert, d. h. immer vorhanden vs. situativ, d. h. gelegentlich vorhanden) und
- **Ätiologie** (primär psychische, primär organische und kombinierte Faktoren) einordnen.

Die häufigste sexuelle Funktionsstörung bei Frauen ist das verminderte sexuelle Verlangen. Bei Männern kommen der vorzeitige Samenerguss und die Erektionsstörung am häufigsten vor.

ICD-10 und DSM-5

Die Klassifikation sexueller Funktionsstörungen orientiert sich im Wesentlichen am Konzept des sexuellen Reaktionszyklus, welches von Masters und Johnson entwickelt und von Singer Kaplan erweitert wurde ([536], [839]). Man unterscheidet hierbei Störungen der sexuellen Appetenz, der sexuellen Erregung, Orgasmusstörungen und Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen. Die Übersicht in ► Tab. 2.1 gibt einen Überblick über die Klassifikation sexueller Funktionsstörungen nach den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) und DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; [18], [233]).

Neben den in ► Tab. 2.1 dargestellten Störungsbildern gibt es in der ICD-10 die Kategorie sonstige sexuelle Funktionsstörungen, die nicht durch eine körperliche Erkrankung hervorgerufen wurden (ICD-10 F52.8), nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörungen, die nicht durch eine körperliche Störung verursacht wurden (ICD-10 F52.9) sowie substanz-/medikamenteninduzierte sexuelle Störungen. Erektionsstörungen, Dyspareunie und Vaginismus können auch organische Ursachen haben und werden dann in der ICD-10 unter Störungen des Urogenitalsystems kodiert.

Mit der Einführung des **DSM-5** gab es einige wesentliche Veränderungen in der Klassifikation sexueller Funktionsstörungen. Grundlegend hierfür war die Erkenntnis, dass die sexuelle Reaktion nicht zwangsläufig ein linearer, uniformer Prozess ist und dass die Trennung zwischen verschiedenen Phasen der sexuellen Reaktion, z.B. zwischen sexueller Lust und Erregung, z.T. künstlich ist. Aus diesem Grund wurden weibliche Appetenz- und Erregungsstörungen in eine Kategorie zusammengefasst. Des Weiteren wird im DSM-5 nicht länger zwischen Vaginismus und Dyspareunie unterschieden, da diese häufig komorbid vorkommen und schwer zu differenzieren sind. Hierfür wurde nun die Kategorie Schmerzen im Genitalbereich bei Penetration eingeführt. Die Kategorie der Sexuellen Aversionsstörung wurde in der neuen Ausgabe des DSM gestrichen, mit der Begründung, dass diese Diagnose selten vergeben wird und das Konstrukt stützende Forschung fehle. In der ICD-10 gibt es die Diagnose eines gesteigerten sexuellen Verlangens (F52.7). Die ursprünglich geplante Kategorie „Hypersexual Disorder“ im DSM-5 wurde wieder fallen gelassen (Kap. 2.13).

Eine weitere Neuigkeit im DSM-5 ist das aufgenommene **Zeitkriterium**, welches es in der ICD-10 bereits gibt und welches im DSM-IV fehlte [747]. Von einer sexuellen Funktionsstörung wird erst dann gesprochen, wenn diese mindestens 6 Monate andauert. Hierdurch soll zukünftig besser zwischen vorübergehenden sexuellen Problemen und dauerhafteren sexuellen Störungen unterschieden werden.

Inhaltliche und formale Beschreibungskriterien

Es wird zwischen inhaltlichen und formalen Beschreibungskriterien für sexuelle Funktionsstörungen unterschieden. **Inhaltlich** lassen sich die Störungsbilder danach unterscheiden, in welcher Phase des sexuellen Reaktionszyklus sie auftreten.

Formale Beschreibungskriterien umfassen

- den **Beginn/Verlauf**,
- den **Kontext** des Auftretens und
- **ätiologische Faktoren**.

Beginn/Verlauf

Sexuelle Funktionsstörungen können **lebenslang vorhanden oder erworben** sein. So kann eine Frau beispielsweise bereits von Beginn ihrer sexuellen Erfahrungen unter einer Orgasmusstörung leiden oder diese nach einem symptomfreien Intervall entwickeln.

Kontext

Des Weiteren wird unterschieden, ob eine sexuelle Funktionsstörung **situativ oder generalisiert** auftritt. Während bei einer situativen sexuellen Störung das sexuelle Problem nur in bestimmten Situationen, bei bestimmten Sexualpartnern oder bei bestimmten Sexualpraktiken besteht, existiert es beim generalisierten Typus bei jeder sexuellen Aktivität und über verschiedene Sexualpartner hinweg. Leidet ein Mann beispielsweise unter einer Erektionsstörung, die sich nur beim Koitus, jedoch nicht bei Masturbation zeigt, spricht man von einer situativen Erektionsstörung. Situationsabhängigkeit, d.h. gelegentliches Auftreten, ist meist ein deutlicher Hinweis auf eine psychogene Ursache der sexuellen Symptomatik.

Ätiologie

Hinsichtlich der Ätiologie lassen sich sexuelle Funktionsstörungen danach unterscheiden, ob sie primär

- **organisch** (z. B. arterielle Veränderungen),
- **psychisch** (z. B. Versagensängste) oder
- **aufgrund kombinierter Faktoren** ausgelöst und aufrechterhalten werden.

Im DSM-5 wurde die Unterscheidung nach ätiologischen Aspekten gestrichen, da in der klinischen Praxis **psychische und körperliche Faktoren häufig gemeinsam** zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Partner- und Beziehungsfaktoren, die individuelle Vulnerabilität, kulturelle oder religiöse Aspekte sowie medizinische Faktoren werden zur formalen Beschreibung herangezogen.

Im Folgenden werden die Symptome der verschiedenen sexuellen Funktionsstörungen nach der Terminologie der ICD-10 genauer beschrieben.

2.1.3 Die Störungsbilder

Appetenzstörungen

Vermindertes sexuelles Verlangen

Symptomatik

Die sexuelle Luststörung zeichnet sich durch eine Verminderung des sexuellen Verlangens aus. Dies geht meist mit einer Abnahme oder Abwesenheit sexueller Fantasien einher. Betroffene initiieren selten sexuelle Handlungen. Das sexuelle Desinteresse ist anhaltend oder wiederkehrend. Nach Basson stellt die mangelnde Motivation, sexuelle Auslösereize wahrnehmen zu wollen, um dadurch sexuelle Lust zu entwickeln, das eigentlich Charakteristische der Störung dar [55].

Häufigkeit

Ein vermindertes sexuelles Verlangen ist neben der Orgasmusstörung die häufigste sexuelle Funktionsstörung bei Frauen und geht meist mit Erregungsproblemen einher. Die im Jahr 2008 ver-

Tab. 2.1 Klassifikation sexuelle Funktionsstörungen (ICD-10 und DSM-5)

ICD-10	DSM-5
F52 Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	Sexuelle Funktionsstörungen (Sexual Dysfunctions 302.7)
Störungen der sexuellen Appetenz	
F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen	weibliche sexuelle Lust-/Erregungsstörung (Female Sexual Interest/Arousal Disorder 302.72) verminderte sexuelle Luststörung bei Männern (Male Hypoactive Sexual Desire Disorder 302.71)
F52.1 Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung	
F52.7 Gesteigertes sexuelles Verlangen	
Störungen der sexuellen Erregung ¹	
F52.2 Versagen genitaler Reaktionen	weibliche sexuelle Lust- / Erregungsstörung (Female Sexual Interest / Arousal Disorder 302.72) Erektionsstörung (Erectile Disorder 302.72)
Orgasmusstörungen	
F52.3 Orgasmusstörung	weibliche Orgasmusstörung (Female Orgasmic Disorder 302.73) verzögerter Samenerguss (Delayed Ejaculation 302.74)
F52.4 Ejaculatio praecox	vorzeitiger (früher) Samenerguss (Premature [Early] Ejaculation 302.75)
Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen	
F52.5 Nichtorganischer Vaginismus	genitale Schmerzen, Penetrationsstörung (Genito-Pelvic Pain / Penetration Disorder 302.76)
F52.6 Nichtorganische Dyspareunie	
¹ Männliche Erregungsstörungen werden auch als Erektionsstörung oder Erektile Dysfunktion bezeichnet.	

öffentliche PRESIDE-Studie (Prevalence of Female Sexual Problems Associated with Distress and Determinants of Treatment Seeking) fand eine Prävalenz der sexuellen Luststörung, verbunden mit einem persönlichen Leidensdruck bei Frauen im Alter von 18–44 Jahren von 8,9%, bei Frauen zwischen 45 und 64 Jahren von 12,3% und bei Frauen über 65 Jahren von 7,4% [813]. Obwohl das Symptom der sexuellen Lustlosigkeit bei Frauen im hohen Alter am häufigsten beklagt wurde, führt dieses im höheren Lebensalter seltener zu einem Leidensdruck. Dies könnte u. a. damit zusammenhängen, dass Sexualität im Alter einen anderen Stellenwert bekommt oder dass auch der Partner eine sexuelle Störung entwickelt, z. B. eine Erektionsstörung, wodurch es dem Paar unter Umständen manchmal leichter fällt, auf die Sexualität zu verzichten.

Eine männliche Appetenzstörung ist noch immer ein tabuisiertes Störungsbild und wird vielfach unterschätzt [568]. Es existieren kaum epidemiologische Studien, die die Häufigkeit dieses Störungsbildes bei Männern untersuchten. Die GSSAB-Studie (Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors) fand bei 750 deutschen Männern zwischen 40 und 80 Jahren eine Prävalenz der sexuellen Lustlosigkeit von 8%, allerdings wurde hier nicht der damit einhergehende Leidensdruck ermittelt.

Sexuelle Aversion

Symptomatik

Bei der sexuellen Aversion treten in Verbindung mit sexuellen Handlungen negative Gefühle, v. a. Ekel, auf. Diese Gefühle werden oft von Schmerzen und Übelkeit begleitet, was zum Vermeiden sexueller Handlungen führen kann.

Häufigkeit

Trotz vielfältiger epidemiologischer Untersuchungen zu verschiedenen sexuellen Funktionsstörungen, gibt es keine verlässlichen Daten zur Häufigkeit der sexuellen Aversionsstörung.

Mangelnde sexuelle Befriedigung

Symptomatik

Unter sexuellen Appetenzstörungen wird auch die mangelnde sexuelle Befriedigung subsumiert, die durch das Ausbleiben eines subjektiven Befriedi-

gungsgefühls trotz Orgasmuserlebens charakterisiert wird.

Häufigkeit

Epidemiologische Daten fehlen zu diesem Störungsbild, das auch in der klinischen Praxis nur sehr selten beschrieben wird.

Gesteigertes sexuelles Verlangen

Symptomatik

Den Gegenpol des verminderten sexuellen Verlangens stellt das gesteigerte sexuelle Verlangen im Sinne eines exzessiven sexuellen Dranges bzw. Verhaltens dar. Hierbei beschäftigt sich der Betroffene in übermäßigem Maße mit sexuellen Inhalten, d. h. es kommt zu einer hohen zeitlichen Beanspruchung durch sexuelle Fantasien, Bedürfnisse und Verhaltensweisen. Gleichzeitig werden andere wichtige Ziele, Aktivitäten und Verpflichtungen vernachlässigt, wodurch es oft zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Lebensbereichen kommt. Der Betroffene erlebt durch die sexuelle Aktivität in der Regel kein Befriedigungsgefühl. Wiederholte Bemühungen, die sexuellen Fantasien oder Verhaltensweisen zu kontrollieren, sind erfolglos. Zu der Symptomatik kommt ein klinisch bedeutsames persönliches Leiden.

Inwiefern das gesteigerte sexuelle Verlangen als Appetenzstörung oder gar als sexuelle Funktionsstörung angesehen werden sollte, kann nicht abschließend beantwortet werden. In der Vergangenheit wurde die Zuordnung zu Zwangserkrankungen, Suchterkrankungen und Störungen der Impulskontrolle diskutiert. Eine ausführliche Beschreibung dieses Störungsbildes findet sich in Kap. 2.13.

Häufigkeit

Bezüglich des gesteigerten sexuellen Verlangens fehlen epidemiologische Studien zur Erfassung der Häufigkeit dieses Störungsbildes bisher. Männer berichten etwa 3- bis 5-mal häufiger als Frauen von dieser sexuellen Funktionsstörung [124].

Erregungsstörungen

Erektionsstörung

Symptomatik

Männliche Erregungsstörungen äußern sich als Erektionsstörung. Bei dieser kann die Erektion nicht in dem Maße ausgebildet oder aufrechterhalten werden, wie es für einen befriedigenden Geschlechtsakt notwendig wäre (vgl. Kap. 2.3). Eine primär körperlich bedingte Erektionsstörung zeichnet sich u. a. dadurch aus, dass der Betroffene kaum oder gar nicht mehr in der Lage ist, eine Erektion durch manuelle oder orale Stimulation auszubilden. Die spontanen nächtlichen und morgendlichen Erektionen treten nicht mehr auf. Die Erektionsstörung tritt in der Regel generalisiert auf, d. h. bei allen Sexualpartnern und allen Praktiken. Betroffene können auch bei der Masturbation nur schwer eine Erektion ausbilden.

Erlebt der Mann noch morgendliche Erektionen und eine gute Steifheit des Penis bei Masturbation, jedoch Erektionsprobleme bei partnerschaftlichem Koitus, dann ist in der Regel von führenden psychischen Faktoren auszugehen.

Häufigkeit

Eine Befragung von knapp 1400 deutschen Männern zwischen 40 und 79 Jahren ergab eine Prävalenz der Erektionsstörung von 17,8 % [752]. Hierbei ist der persönliche Leidensdruck einbezogen. Die Häufigkeit der Erektionsstörung steigt, wenn man den Leidensdruck nicht erfragt, wie die Berliner Männer-Studie zeigen konnte. So gaben 27,7 % der 40- bis 49-Jährigen, 45,4 % der 50- bis 59-Jährigen, 60,8 % der 60- bis 69-Jährigen und sogar 81,5 % der 70- bis 79-Jährigen in der Erectile Function Domain des International Index of Erectile Function an, unter Erektionsproblemen zu leiden. Erfolgt eine kriterienbasierte Diagnose, leiden nur 6,8 % der 40- bis 49-Jährigen, 19,9 % der 50- bis 59-Jährigen, 25,4 % der 60- bis 69-Jährigen und 25,5 % der 70- bis 79-Jährigen unter einer Erektionsstörung.

Cave

Der Erhebungsmethode kommt neben der Stichprobe somit eine enorme Bedeutung zu, wenn es um Prävalenzangaben sexueller Funktionsstörungen geht.



Lubrikationsstörung

Symptomatik

Die Erregungsstörung der Frau zeichnet sich durch die unzureichende Ausbildung oder Aufrechterhaltung sexueller Erregung aus, wodurch es zu einem persönlichen Leidensdruck kommt. Diese kann sich in einer Lubrikationsstörung ausdrücken, d. h., die Scheide wird nicht ausreichend feucht, was zu Schmerzen beim Koitus führen kann. Die Schamlippen schwellen ebenfalls meist vermindert an. Möglich ist jedoch auch, dass die physiologischen Reaktionen zwar stattfinden, die Betroffene jedoch subjektiv kein Gefühl von Erregung erlebt.

Häufigkeit

Die PRESIDE-Studie fand eine Prävalenz weiblicher Erregungsstörungen, verbunden mit Leidensdruck, von 3,3 % bei 18- bis 44-jährigen Frauen, 7,5 % in der Gruppe der 45- bis 65-jährigen und 6,0 % bei Frauen über 65 [813]. Hayes und Kollegen berichteten ebenfalls eine Prävalenz der Erregungsstörung bei Frauen von 7 % [368].

Orgasmusstörungen

Verzögerter oder ausbleibender Orgasmus

Symptomatik

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen wird die Diagnose eines verzögerten oder ausbleibenden Orgasmus erst dann vergeben, wenn in über der Hälfte der sexuellen Kontakte der Orgasmus erst sehr spät oder gar nicht erreicht wird. Eine formale Definition, z. B. im Sinne einer Zeitangabe, ab wann man von einem verzögerten Orgasmus spricht, gibt es hierbei nicht. Entscheidend ist der mit der Orgasmusstörung einhergehende Leidensdruck, der von den Betroffenen sehr unterschiedlich ausgeprägt erlebt werden kann. Während es Männer und Frauen gibt, die sich durch die sexuelle Symptomatik nicht beeinträchtigt fühlen, leiden Andere stark darunter, v. a., wenn sie den Orgasmus, oder bei Männern auch den Samenerguss, als einzig richtige Form der Befriedigung ansehen.

Beim generalisierten Typus ist der oder die Betroffene weder bei Masturbation noch beim Koitus in der Lage, einen Orgasmus zu erleben, beim situativen Typus kann in der Regel bei manueller oder oraler Stimulation ein Orgasmus erreicht werden, während dies beim Geschlechtsverkehr

nicht möglich ist. Man spricht hier auch von koitaler Anorgasmie, die bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern vorkommt.

Geschlechtsverkehr alleine scheint bei vielen Frauen nicht auszureichen, um zu einem Orgasmus beizutragen. Nur etwa jede vierte Frau erlebt immer oder fast immer einen Orgasmus beim Koitus [488]. Die frühere Annahme, zwischen vaginalem und koitalem Orgasmus zu unterscheiden, scheint überholt. Die Evidenz spricht eher für das Vorhandensein eines „klitoralen Komplexes“, der aus der inneren Klitoris und der Glans besteht, wobei angenommen wird, dass der innere Teil 10mal größer ist als der äußere Bereich und bei Penetration mitstimuliert wird.

Häufigkeit

Da es für einen verzögerten Samenerguss (Ejaculatio retarda) beim Mann noch immer keine eindeutige Operationalisierung gibt, existieren auch kaum epidemiologische Studien, die die Häufigkeit männlicher Orgasmusstörungen untersuchen. Die Prävalenz wird auf etwa 1–10 % geschätzt [515].

Hinsichtlich der weiblichen Orgasmusstörung fanden Hayes und Kollegen bei 356 australischen Frauen eine Prävalenz, verbunden mit einem persönlichen Leidensdruck, von 8 % [368]. In der PRESIDE-Studie fand sich eine Prävalenz von 3,4 % bei Frauen im Alter von 18–44 Jahren, 5,7 % bei Frauen zwischen 45 und 64 Jahren und 5,8 % bei Frauen über 65 Jahren [813].

Vorzeitiger Samenerguss (Ejaculatio praecox)

Symptomatik

Der vorzeitige Samenerguss zeichnet sich dadurch aus, dass der Betroffene nicht in der Lage ist, seinen Ejakulations- bzw. Orgasmusreflex zu kontrollieren, wodurch der Zeitpunkt des Samenergusses nicht mehr gesteuert werden kann. Der Mann ist in kürzester Zeit auf einem hohen Erregungsniveau und es kommt bereits vor Penetration oder nach wenigen Beckenstößen zum Orgasmus und zur Ejakulation. Der Übergang zwischen einem zeitlich normalen und einem vorzeitigen Samenerguss ist fließend und die Diagnose gestaltet sich nicht immer einfach.

Die Frage, ab wann man von „zu früh“ spricht, kann nicht klar beantwortet werden. Obwohl die durchschnittliche Zeit zwischen Penetration und

Ejakulation ein relevanter diagnostischer Parameter zu sein scheint, fehlen in der Literatur einheitliche Empfehlungen für diesen Zeitraum. In der ICD-10 wird ein Zeitkriterium von 15 s genannt. Porst nennt als Hauptkriterien einer neuen evidenzbasierten Definition des vorzeitigen Samenergusses die mangelnde Kontrolle über den Ejakulationsreflex, negative Auswirkungen der sexuellen Symptomatik, z. B. auf die Partnerschaft, und eine IELT (intravaginale Ejakulationslatenzzeit) von etwa 1 min [668].

Waldinger nennt als Hauptkriterien einer neuen evidenzbasierten Definition des vorzeitigen Samenergusses eine kurze IELT von etwa 30–60 s, mangelnde Kontrolle über die Ejakulation und negative Auswirkungen der sexuellen Symptomatik, z. B. auf die Partnerschaft [903]. Bei einer so definierten Gruppe geht Waldinger auch von einer eher neurobiologisch vermittelten Störung (siehe Kap. 2.1.4), wenig Selbstmanagementfähigkeiten und eher schlechterem Ansprechen auf psychologische Therapiemaßnahmen aus.

Ein Komitee der Internationalen Gesellschaft für Sexualmedizin (ISSM), erarbeitete 2009 Leitlinien für die Diagnose und Behandlung des vorzeitigen Samenergusses [13]. Dabei wurde vor allem die Unterscheidung zwischen **lebenslangem und erworbenem vorzeitigem Samenerguss** hervorgehoben, die therapeutisch relevant ist. Des Weiteren schlägt Waldinger 2 zusätzliche Subtypen vor, die zu einem persönlichen Leidensdruck führen, jedoch nicht den Diagnosekriterien entsprechen. Dabei handelt es sich zum einen um den sogenannten **natürlich variablen vorzeitigen Samenerguss** (*natural variable premature ejaculation*) und die sogenannte **premature-like ejaculatory dysfunction**, ein subjektiv empfundener vorzeitiger Samenerguss. Diese 4 Typen unterscheiden sich nach Zeitpunkt bis zur Ejakulation, Häufigkeit des vorzeitigen Orgasmus, Verlauf über die Lebensspanne und Ätiologie [801].

► Tab. 2.2 gibt einen Überblick über die wesentlichen Charakteristika der 4 Typen des vorzeitigen Samenergusses.

Häufigkeit

Reliable Informationen zur Prävalenz fehlen weitgehend. Je nach Erhebungsmethode, Outcome-Variable und Typ des vorzeitigen Samenergusses schwanken die Prävalenzraten zum Teil zwischen 1–30 %. Serefoglu und Kollegen führten eine repräsentative Studie in der Türkei durch [802]. Jeder 5.

Tab. 2.2 Die 4 Formen des vorzeitigen Samenergusses

	Lebenslanger vorzeitiger Samenerguss	Erworbener vorzeitiger Samenerguss (IELT = intravaginale Ejakulationslatenz, Zeit bis zum Samenerguss)	Natürlich variabler Typus	Subjektiv empfundener vorzeitiger Samenerguss
Erscheinungsbild, Verlauf und Häufigkeit	Seit der ersten sexuellen Erfahrung andauernder vorzeitiger Samenerguss, der mit nahezu jeder Sexualpartnerin und bei jeder sexuellen Aktivität auftritt.	Kann schleichend oder plötzlich nach einer störungsfreien Zeit auftreten.	Der Betroffene erlebt ein subjektives Gefühl der verminderten Ejakulationskontrolle. Frühzeitige Ejakulationen treten unregelmäßig auf, die Fähigkeit, die Ejakulation zu verzögern, kann dabei tatsächlich verringert sein.	Der Betroffene erlebt ein subjektives Gefühl einer konsistenten oder inkonsistenten vorzeitigen Ejakulation und beschäftigt sich stark mit dieser Vorstellung. Die Fähigkeit, die Ejakulation zu verzögern, kann verringert sein.
IELT	In ca. 80 % der Fälle innerhalb von 30–60 Sekunden, in ca. 20 % der Fälle innerhalb von 1–2 Minuten.	kurze IELT (i. d. R. unter 2 Minuten)	IELT kann verkürzt oder normal sein	IELT liegt im normalen Bereich oder ist sogar von längerer Dauer
Ätiologie	Vorwiegend neurobiologische Faktoren, auch genetische Ursachen werden diskutiert.	Medizinische, psychologische und Beziehungsfaktoren können eine Rolle spielen.	Normale Variation in der Orgasmusfähigkeit.	Psychologische, kulturelle und Beziehungsfaktoren können eine Rolle spielen.
Therapie	Medikamentöse Behandlung	Medikation und Psychotherapie	Psychoedukation, Beratung	Psychotherapie

Befragte berichtete, dass er unter einem vorzeitigen Samenerguss leide. Dabei fanden sich Prävalenzwerte für den lebenslangen, erworbenen, natürlich variablen sowie den subjektiv empfundenen vorzeitigen Samenerguss von 2,3 %, 3,9 %, 8,5 % und 5,1 %. Die Prävalenzdiskussion, die in erster Linie vom Zeitkriterium abhängig ist, ist wichtig, da es letztendlich um die Frage geht, inwieweit möglicherweise normale biologische Variabilität, die allenfalls psychoedukativer Bearbeitung bedarf, gleichsam pathologisiert wird und breite Indikationen für Pharmakotherapien geöffnet werden.

Sexuelle Schmerzstörungen

Vaginismus

Symptomatik

Der Vaginismus ist eine unwillkürliche, reflexartige und schmerzhafte Verkrampfung der Beckenbodenmuskulatur und des äußeren Drittels der Vaginalmuskulatur der Frau beim Eindringen des Penis in die Scheide. Meist wird in Folge des Schmerz-

lebens die Penetration völlig unmöglich und sexuelle Aktivität vermieden. In Fällen starker Beeinträchtigungen erlebt die Betroffene auch krampfartige Schmerzen beim Einführen von Tampons oder bei gynäkologischen Untersuchungen. Es wird zwischen einem lebenslangen Typus (primärer Vaginismus) und einem erworbenen Typus (sekundärer Vaginismus) unterschieden. Letzter tritt nach einer Phase ohne sexuelle Beschwerden auf, z. B. in Folge einer Geburt.

Häufigkeit

Laut einer dänischen Studie berichten 0,4 % der befragten Frauen, unter dieser sexuellen Funktionsstörung zu leiden, die persönlich als problematisch erlebt wird [175].

Dyspareunie

Symptomatik

Als Dyspareunie bezeichnet man brennende oder krampfartige Schmerzen während oder nach dem Geschlechtsverkehr.

Häufigkeit

Die Prävalenz der weiblichen Dyspareunie, verbunden mit Leidensdruck, liegt bei 1–3 %, für die männliche Dyspareunie berichten Christensen und Kollegen eine Prävalenz von 0,1 % ([175], [368]).

2.1.4 Ätiologie

Überblick

Sexuelle Funktionsstörungen sind meist multifaktoriell bedingt:

- Körperliche Erkrankungen,
- psychische Störungen,
- Versagensängste,
- Persönlichkeitseigenschaften,
- die Einnahme von Medikamenten,
- partnerschaftliche Aspekte,
- Lebensstilfaktoren,
- soziodemografische und soziokulturelle Faktoren

können zur Entstehung und Aufrechterhaltung sexueller Funktionsstörungen beitragen.

Sexuelle Funktionsstörungen können durch körperliche, psychische und soziale Risikofaktoren bedingt sein. Daneben können Medikamente einen negativen Einfluss auf die sexuelle Funktionsfähigkeit haben. Soziodemografische Aspekte und Persönlichkeitseigenschaften spielen ebenfalls eine bedeutsame Rolle.

Man geht von einem multikausalen Ätiologiemodell aus, d. h. in der Regel greifen die genannten Bedingungen ineinander. Die Frage, ob eine sexuelle Funktionsstörung primär psychisch oder körperlich bedingt ist, kann deshalb nicht immer klar beantwortet werden. Tritt die sexuelle Störung situationsabhängig, d. h. nur in einigen Situationen, z. B. beim Geschlechtsverkehr mit der Partnerin, jedoch nicht bei Masturbation auf, kann eher von psychischen Ursachen ausgegangen werden. Dies ist auch der Fall, wenn die sexuelle Funktionsstörung plötzlich entsteht und zeitlich mit dem Auftreten negativer Lebensereignisse oder partnerschaftlicher Konflikte zusammenfällt. Tritt die Sexualstörung über alle Situationen hinweg dauerhaft auf und hat einen schleichenden, progredienten Verlauf, werden eher körperliche Ursachen vermutet.

Im Folgenden soll ein Überblick über ätiologische Risikofaktoren, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung sexueller Störungen beteiligt sind, gegeben werden.

Körperliche Ursachen

In der Literatur konnte mehrfach belegt werden, dass körperliche Risikofaktoren zur Entwicklung sexueller Beschwerden beitragen können. Vaskuläre, neurogene und endokrinologische Veränderungen können sich ebenso wie Operationen im Genitalbereich negativ auf die sexuelle Funktionsfähigkeit auswirken. Betont werden muss hierbei noch einmal, dass die sexuelle Problematik nicht als Funktionsstörung im engeren Sinne klassifiziert werden kann, wenn eine körperliche Erkrankung ursächlich ist. Näheres hierzu in den beiden Kap. 2.2 und Kap. 2.3.

Bei **Männern** zeigte sich, dass Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Hyperlipidämie das Risiko für eine Erektionsstörung erhöhen [109]. In der MALES-Studie (Men's Attitudes to Life Events and Sexuality) wurde belegt, dass das Risiko einer Erektionsstörung dreifach erhöht ist, wenn der Patient eine kardiale Erkrankung aufweist [722]. In jüngerer Zeit wurde vorgeschlagen, eine Erektionsproblematik als Risikomarker für eine sich zukünftig entwickelnde koronare Herzerkrankung zu betrachten. Chronische Erkrankungen, z. B. Nierensuffizienz, HIV und Essstörungen, können Auswirkungen auf die sexuelle Funktionsfähigkeit und Zufriedenheit haben [568]. Männliche Erregungsstörungen können auf eine operationsbedingte Nervenschädigung (z. B. infolge einer radikalen Prostatektomie) zurückzuführen sein. Nach einem solchen Eingriff kommt es auch zu einer retrograden Ejakulation, d. h., die Samenflüssigkeit fließt in die Blase und wird mit dem Harn ausgeschieden. Der Mann erlebt dann einen Orgasmus ohne Ejakulation. Bei der Dyspareunie des Mannes kann es aufgrund einer körperlichen Ursache, z. B. einer Phimose, zu einer Überempfindlichkeit der Glans penis kommen.

Auch bei **Frauen** ist der Zusammenhang zwischen körperlichen Erkrankungen und sexuellen Problemen belegt. So fand eine iranische Studie, dass Diabetes mellitus, Krebserkrankungen, rheumatische Beschwerden, chronische Schmerzen und Morbus Parkinson einen negativen Einfluss

auf die sexuelle Funktionsfähigkeit haben [737]. Auch endokrinologische Veränderungen, z. B. nach Hysterektomie, werden in Verbindung mit weiblichen sexuellen Problemen gebracht. Da es nach der Menopause nicht selten zu Lubrikationsproblemen kommt, werden hier auch häufiger Schmerzen während oder nach dem Koitus berichtet. Des Weiteren können urogynäkologische Erkrankungen, z. B. Zysten, Vernarbungen oder Harnwegsinfektionen zu Schmerzen bei sexueller Aktivität beitragen.

Neurobiologische Ursachen und genetische Aspekte

Neurobiologisch lassen sich Sexualstörungen als dysfunktionale Veränderungen von neuronalen Strukturen, v. a. im limbischen System verstehen. Dadurch kommt es zu einer normabweichenden Konzentration bzw. Dynamik von Neurotransmittern. Während bei der Erektionsstörung oft lokale Innervationsprobleme (v. a. nach radikaler Prostatektomie) verantwortlich sind, wird der vorzeitige Samenerguss in Zusammenhang mit neurobiologischen und auch genetischen Faktoren gebracht.

Hauptsächlicher Neurotransmitter beim Ejakulationsvorgang ist das Serotonin. Waldinger postuliert, dass die lebenslange Ejaculatio praecox durch eine Hyposensitivität der 5-HT_{2C}- und/oder Hypersensitivität der 5-HT_{1A}-Rezeptoren erklärt werden kann [906].

Männer mit einer geringen 5-HT-Neurotransmission und Unterfunktion der 5-HT_{2C}-Rezeptoren könnten eine geringere Schwelle für die Ejakulation haben und bei minimaler Stimulation schneller zum Orgasmus kommen. Des Weiteren meinen Waldinger und Kollegen, dass sowohl die IELT als auch der lebenslange vorzeitige Samenerguss für einige Männer vor allem genetisch bedingt sein könnte [907]. Eine Studie unterstützt diese Vermutung durch ein gehäuftes familiäres Auftreten des Störungsbildes [908].

Des Weiteren zeigte sich in der ersten DNA-Studie zum vorzeitigen Samenerguss ein Zusammenhang zwischen dem 5-HT_{1PR}-Genpolymorphismus und der IELT [417]. Männer mit lebenslanger Ejaculatio praecox und einem LL Genotyp ejakulieren schneller als Männer mit einem SL oder SS Genotyp. Auch bei der weiblichen Orgasmusstörung wird in neuester Zeit die Möglichkeit eines genetischen Einflusses diskutiert [488].

Als grundlegendes neurobiologisches Modell für die Entstehung sexueller Funktionsstörungen postulierten John Bancroft und Erick Janssen das Modell der dualen Kontrolle der Sexualität, das inzwischen tierexperimentell gut bestätigt wurde [45]. Dieses Modell beschäftigt sich mit der zentralen sexuellen Informationsverarbeitung. Grundlegende Annahme dabei ist, dass im Zentralen Nervensystem exzitatorische (erregende) und inhibitorische (hemmende) Systeme existieren, die in ihrem Zusammenspiel eine duale Kontrolle über die sexuelle Reaktion ausüben. Individuen haben dabei eine persönliche Disposition zur Erregung und zur Hemmung. Ist eine Person beispielsweise schwer erregbar mit einer gleichzeitig hohen Hemmungsbereitschaft führt dies eher zu sexuellen Beschwerden. Das Modell lässt sich an Hand einer Wippe veranschaulichen, auf deren einen Seite die Erregungsdispositionen und erregenden Faktoren und auf deren anderen Seite die hemmenden Faktoren wirken. Für beide Seiten sind unterschiedliche neurobiologische Systeme und Neurotransmitter zuständig. Gleichzeitig wirken sich die Lerngeschichte einer Person sowie aktuelle Lebensumstände (z. B. Stress) auf die Balance der Wippe aus. Eine deutliche Dominanz und Übersteuerung der inhibitorischen Seite soll dabei in höherem Maß störungsinduzierend sein, vgl. Kap. 1.4.

Psychische Ursachen

Neben genetischen und körperlichen Risikofaktoren spielen jedoch auch psychische Faktoren eine Rolle. Psychische Erkrankungen (vgl. Kap. 2.5), die Einnahme von Psychopharmaka und bestimmte Persönlichkeitszüge erhöhen die Wahrscheinlichkeit, eine sexuelle Störung zu entwickeln bzw. aufrechtzuerhalten.

In der US-amerikanischen Studie von Johnson und Kollegen berichteten die 3 004 befragten Männer und Frauen signifikant häufiger eine Depression oder Angststörung, wenn sie unter einer sexuellen Funktionsstörung litten [422]. Sexuelle Probleme können dabei vermutlich sowohl Folge als auch Ursache einer depressiven Erkrankung sein. Durch die depressive Symptomatik können auch das sexuelle Begehren und der sexuelle Antrieb reduziert sein. Ein vermindertes sexuelles Verlangen wird als mögliches Symptom einer depressiven Störung beschrieben.

Angst

Die Frage, welche Rolle Angst im Zusammenhang mit sexuellem Erleben spielt, scheint nicht final geklärt. Vertreter klassischer Formen von Sexualtherapie postulieren mit dem Selbstverstärkungsmechanismus der Versagensangst (performance anxiety), dass Angst generell sexuelle Erregung verhindert, das autonome Nervensystem hemmt und damit eine physiologische Erregung unmöglich wird.

Ein differenzierteres Bild des Zusammenhangs zwischen Angst und sexueller Erregung ergibt sich aus den Forschungen von David Barlow, der bereits in den 1980er Jahren nachweisen konnte, dass angstauslösende Reize zu einer größeren Erregung bei Männern führen können [53]. Bei Menschen ohne sexuelles Problem kann ein gewisses Maß an Angst sexuelle Lust steigern, übermäßige Ängstlichkeit (bei Barlow v. a. als kognitiver Ablenkungsprozess auf mögliche negative Folgen verstanden) jedoch zu einer sexuellen Hemmung beitragen [190].

Versagensängste

Das Konzept des Selbstverstärkungsmechanismus der Versagensangst geht davon aus, dass das (mehrfache) Erleben eines sexuellen Symptoms, z. B. Ausbleiben der Erektion, zu der Angst führen kann, beim nächsten intimen Miteinander evtl. erneut das sexuelle Problem zu erleben (performance anxiety). Diese Sorgen gehen in der Regel mit einer erhöhten Selbstbeobachtung und destruktiven Bewertungsprozessen einher. Hierdurch wird das sexuelle Problem meist verstärkt. Um dem Gefühl des sexuellen Versagens aus dem Weg zu gehen, meiden Betroffene häufig sexuelle Handlungen, was zur Chronifizierung der sexuellen Funktionsstörung beitragen kann, da die Betroffenen keine korrigierenden positiven Erfahrungen sammeln können.

Neben der Versagensangst können weitere Ängste in der Entwicklung einer Sexualstörung relevant sein. So können z. B. die Angst vor dem körperlichen Verschmelzen, vor einer potenziellen Schwangerschaft, die Angst, den Partner zu verletzen oder selbst verletzt zu werden oder die Sorge, beim Koitus das „Gesicht zu verlieren“ und sich unkontrolliert lustvoll zu zeigen, zu einer sexuellen Störung führen.

Weitere Faktoren

Des Weiteren scheinen Persönlichkeitseigenschaften und persönliche Erwartungshaltungen und Lerndefizite eine wichtige Rolle zu spielen. Eine Studie aus dem Jahr 2008 fand heraus, dass bei Frauen Introversion, emotionale Instabilität und die mangelnde Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen signifikant mit Schwierigkeiten assoziiert sind, einen Orgasmus zu erleben [354]. Hohe Erwartungshaltungen an die eigene sexuelle Funktionsfähigkeit und das Festhalten an sexuellen Mythen und gesellschaftlichen Leistungsnormen können sich ebenfalls nachteilig auf eine zufriedenstellende Sexualität auswirken.

Medikamenteneinnahme

Bestimmte Medikamente, v. a. Psychopharmaka (Kap. 2.5) können als Nebenwirkung eine Beeinträchtigung der sexuellen Funktionsfähigkeit aufweisen. Trizyklische Antidepressiva, selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRI) und selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) können z. B. ursächlich für einen ausbleibenden oder verzögerten Orgasmus und Samenerguss sein. Hingegen profitieren Männer mit einem vorzeitigen Samenerguss von der verzögerten Ejakulationslatenz bei der Einnahme eines SSRIs, weshalb man SSRIs auch zur Behandlung des vorzeitigen Samenergusses einsetzt. Antipsychotika und Benzodiazepine können sich ebenfalls nachteilig auf das sexuelle Erleben auswirken. Neben Psychopharmaka führen auch kardiovaskulär wirksame Medikamente, z. B. Diuretika, Sympathikolytika und Betablocker häufig zu Störungen der sexuellen Lust und Erregung (vgl. Kap. 2.2 und Kap. 2.3).

Partnerschaftliche Aspekte

Interpersonelle Probleme und dysfunktionale Beziehungsmuster können zur Reduktion der sexuellen Zufriedenheit und zur Entwicklung sexueller Probleme beitragen ([85], [566]). In Beziehungen, in denen sich die Partner unglücklich fühlen und massive Konflikte miteinander austragen, können sexuelle Probleme dazu dienen, den Anderen körperlich auf Abstand zu halten. Corona et al. wiesen darauf hin, dass konflikthafte Beziehungsmuster mit einer Beeinträchtigung der sexuellen Lust einhergehen [187]. Eine im Jahr 2011 erschienene Studie zeigte, dass Unzufriedenheit in der Bezie-

hung ein starker Prädiktor für eine akute oder lebenslange weibliche sexuelle Funktionsstörung ist [142].

Häufig zeigt sich ein Wechselspiel zwischen sexuellen und partnerschaftlichen Problemen. Wenn beide Partner z. B. ein sehr unterschiedlich ausgeprägtes sexuelles Verlangen aufweisen, kann dies zu Streitigkeiten führen, die wiederum Einfluss auf die sexuelle Lust haben können. Aber auch in gut funktionierenden Partnerschaften scheint sich im Laufe der Beziehung die Sexualität zu verändern. Die klinische Praxis zeigt, dass die Beziehungsdauer Einfluss auf das sexuelle Verlangen haben kann. Vertrautheit und Nähe steigen an, wohingegen häufig das sexuelle Verlangen abnimmt.

Lebensstil

Sexuelle Funktionsstörungen können durch den übermäßigen Konsum von stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Suchtmitteln entstehen.

► **Rauchen.** Es konnte nachgewiesen werden, dass Rauchen ein besonders relevanter Risikofaktor ist, da dies zu vaskulären Erkrankungen führen kann. Laut einer aktuellen Übersicht verdoppelt Rauchen die Wahrscheinlichkeit, eine Erektionsstörung zu entwickeln [553].

► **Alkohol.** Der Einfluss von Alkohol auf die sexuelle Funktionsfähigkeit ist bisher unklar. Während einige Studien fanden, dass übermäßiger Alkoholkonsum zu negativen Auswirkungen führen kann, zeigte eine Metaanalyse, dass Alkoholkonsum eher eine protektive Wirkung haben kann. Horasanli und Kollegen fassen die relevanten Befunde zusammen ([391], [424], [544], [545]).

► **Internetpornografie.** Des Weiteren wird diskutiert, welchen Einfluss der Konsum internetpornografischen Materials auf die sexuelle Zufriedenheit und Funktionsfähigkeit ausübt. Besonders bei Personen mit einer hypersexuellen Symptomatik zeigt sich, dass übermäßige Internetpornografie zur Unzufriedenheit mit der gelebten Sexualität außerhalb des Internets und zur Belastung von Partnerschaften beitragen kann (vgl. Kap. 2.13).

Soziodemografie

Sowohl Erektions- als auch Orgasmusprobleme werden mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher. Im höheren Lebensalter kommt es z. B. bei Männern häufig zu einer Verzögerung des Samenergusses. Gleichzeitig muss erwähnt werden, dass die meisten Studien, die den Risikofaktor Alter untersuchten, lediglich sexuelle Symptome und keine Funktionsstörungen erfasst haben. Hayes und Dennerstein belegen in ihrem Review, dass mit zunehmendem Alter zwar die sexuelle Funktionsfähigkeit bei Frauen sinkt, dass die Prävalenz sexueller Funktionsstörungen, die mit Leidensdruck einhergehen jedoch nicht ansteigt [367].

In einer repräsentativen Befragung von 2341 deutschen Männern und Frauen zwischen 18 und 93 Jahren zeigte sich, dass der Wohnort (West-/ Ostdeutschland), Arbeitslosigkeit und ein geringes Einkommen Prädiktoren für ein vermindertes sexuelles Verlangen bei Männern sind [86]. Eine geringe Bildung und die Zugehörigkeit zu einer Kirche stellten bei Frauen einen Prädiktor für eine geringe sexuelle Aktivität dar ([86], [505]). Bezüglich Bildungsstand und Einkommen zeigten sich z. T. aber auch gegensätzliche Befunde. Die GSSAB-Studie (Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors) fand heraus, dass Frauen mit hohem Familieneinkommen häufiger Orgasmusprobleme berichteten als Frauen mit einem geringen Einkommen. Sidi und Kollegen kamen zu dem Ergebnis, dass Frauen mit einer sexuellen Funktionsstörung signifikant häufiger ein höheres Bildungsniveau haben als Frauen ohne sexuelle Problematik ([598], [815]). Das Fehlen eines Partners ist ebenfalls mit sexuellen Funktionsstörungen assoziiert ([86], [813]). Gleichzeitig zeigte die Studie von Shifren und Kollegen, dass verheiratete Frauen 2mal häufiger über sexuelle Lustlosigkeit klagten als unverheiratete Frauen mit Partner [813].

Allerdings kann das Fehlen eines Partners auch dazu führen, dass dem sexuellen Symptom kein Krankheitswert beigemessen wird, da es aufgrund der ausbleibenden interpersonellen Probleme nicht als beeinträchtigend erlebt wird. So könnte ein frühzeitiges Ejakulieren des Mannes, wenn dieser Single ist, als unproblematisch erlebt werden und erst im Rahmen einer Partnerschaft zur Wahrnehmung als sexuelle Störung führen. Frauen und Männer berichten häufiger sexuelle Störungen, wenn auch der Partner oder die Partnerin sexuelle Probleme beklagen. Die klinische Praxis

zeigt, dass auch die Geburt eines Kindes einen Risikofaktor für die sexuelle Gesundheit darstellen kann. Veränderte Rollenzuschreibungen, Stress und Müdigkeit können zu Beeinträchtigungen der Sexualität führen.

Soziokulturelle Aspekte

Gleichzeitig gilt es auch den soziokulturellen Hintergrund mit den zugrunde liegenden (Leistungs-) Normen einzubeziehen. Dieser definiert beispielsweise, wie eine richtige und eine fehlerhafte Sexualität aussehen. Während es in unserer Gesellschaft z.B. akzeptiert wird, wenn Frauen hin und wieder keinen Orgasmus erleben, wird dies bei Männern anders bewertet. Vielfach herrscht die Auffassung, dass der Mann bei jedem sexuellen Kontakt zum Höhepunkt kommen muss. Dies kann betroffene Männer stark verunsichern und zur Aufrechterhaltung dieser sexuellen Störung beitragen. Ebenfalls führen sexuelle Mythen, wie „Ein Mann muss immer Lust haben und eine Erektion ausbilden können“ zu unrealistischen Erwartungshaltungen und einem hohen Leidensdruck bei den Betroffenen, was durch die allgegenwärtige Präsenz des Themas in den Medien und der Öffentlichkeit auch noch verstärkt werden kann. Letzteres spiegelt sich auch in einem hohen Druck bei Frauen und Männern wieder, sexuell aktiv sein zu müssen. Ein Nicht-Wollen wird so von vorneherein in der (Selbst-)Bewertung schon pathologisiert.

2.1.5 Diagnostik

Überblick

Ziele der Diagnostik sind das Erkennen der sexuellen Störung und die Abgrenzung gegenüber anderen Störungsbildern. Die Diagnostik ist Grundlage therapierelevanter Entscheidungen.

Es stehen verschiedene diagnostische Methoden zur Verfügung:

- Gespräch mit dem Arzt oder Therapeuten (**Sexualanamnese**),
- somatisch-medizinische **Untersuchungsverfahren** (z. B. urologische oder gynäkologische Untersuchung) und
- psychometrische Testverfahren (**Fragebögen**).

Ziele

Ziele des diagnostischen Prozesses sind das Erkennen der sexuellen Störung sowie die differenzialdiagnostische Abklärung, d.h. die Abgrenzung der Sexualstörungen voneinander sowie gegenüber anderen körperlichen oder psychischen Störungsbildern. Am Ende des Prozesses soll der Arzt oder Therapeut in der Lage sein, eine Diagnose zu stellen, wodurch therapierelevante Entscheidungen (z.B. Therapienotwendigkeit, Wahl der Therapieform) getroffen werden können.

Methoden der Diagnostik

Für die (Differenzial-) Diagnostik stehen unterschiedliche Methoden zur Verfügung. Das wichtigste Instrument ist sicherlich das Gespräch mit einem Arzt oder Therapeuten, im Rahmen dessen eine ausführliche Sexualanamnese erhoben wird. Daneben gibt es somatisch-medizinische Untersuchungen und Fragebögen, die angewandt werden können, um Aufschluss über die sexuelle Problematik zu erhalten (vgl. Kap. 1.11).

Sexualanamnese

Im Rahmen der Anamnese werden vielfältige relevante Aspekte der Sexualität erhoben. Der Praxistipp gibt einen Überblick über die wesentlichen Inhalte einer Sexualanamnese. Da die sexuelle Symptomatik besonders bei Frauen selten isoliert besteht, sondern mehrere Funktionsbereiche betroffen sind, ist zu empfehlen, in jedem Anamnesegegespräch die Bereiche sexuelle Lust, Erregung, Orgasmusfähigkeit und sexuelles Schmerzerleben zu erfragen. Neben der Exploration der sexuellen Problematik und (Un-)Zufriedenheit kommt auch der Erhebung der Wünsche des Patienten und dessen Ressourcen eine wesentliche Bedeutung zu.

Ziel ist eine Diagnosestellung nach ICD-10 oder DSM-5. Um eine Diagnose zu stellen, bedarf es neben der sexuellen Symptomatik und des damit verbundenen Leidensdrucks sowie des Ausschlusses eines ursächlichen medizinischen Krankheitsfaktors oder einer medikamentösen Behandlung. Deshalb ist es wichtig, komorbide körperliche oder psychische Erkrankungen und eine damit einhergehende Pharmakotherapie zu erfragen oder in weiteren Untersuchungen abzuklären.

Praxistipp

Inhalte der Sexualanamnese

- Überweisungskontext (z. B. Gynäkologe, Urologe...)
- sexuelle Symptomatik
 - Dauer (erworben vs. lebenslang?)
 - Situativ vs. generalisiert (z. B. unterschiedlich ausgeprägte Symptomatik bei Masturbation und Koitus)
 - Schleichender Verlauf vs. akutes Auftreten
- weitere sexuelle Probleme (sexuelle Appetenz, Erregung, Orgasmus- und Schmerzerleben)
- Leidensdruck und interpersonelle Probleme auf Grund der sexuellen Symptomatik
- subjektive Störungstheorie
- Auslösesituation und aufrechterhaltende Bedingungen (z. B. negative Gedanken, Versagensängste...)
- aktuell gelebte Sexualität (partnerschaftliche Sexualität und Masturbationsverhalten)
- sexuelle Biografie
 - bisherige sexuelle Erfahrungen und sexuelle Zufriedenheit in früheren Partnerschaften
 - sexuelle Aufklärung
 - elterliche Einstellung zur Sexualität
 - Pubertät (Pubarche, Menarche)
 - sexuelle Traumata
- sexuelle Präferenzen / Abneigungen und Fantasien
- sexuelle Identität
- bisherige Lösungs- und Behandlungsversuche und deren Erfolge
- psychische Erkrankungen (z. B. Depression)
- körperliche Erkrankungen (z. B. vaskuläre oder endokrinologische Erkrankungen) oder Risikofaktoren (z. B. Menopause)
- Medikamenteneinnahme
- Partnerschaft
 - Dauer der Beziehung und Familienstand
 - Zufriedenheit, partnerschaftliche Konflikte im Zusammenhang mit der sexuellen Symptomatik
 - sexuelle Wünsche und Erfahrungen beider Partner
 - Bedeutung der Sexualität, sexuelle Mythen und Erwartungen
 - Kinder (-wunsch) und Verhütung
 - sexuelle Kommunikation
 - sexuelle Probleme des Partners
- Wünsche, Therapieziele und Ressourcen
- Therapiemotivation (Initiative zur Therapie, aktueller Beweggrund für die Vorstellung)

Da sexuelle Funktionsstörungen unter einer biopsychosozialen Perspektive verstanden werden sollten, ist es nötig, sowohl einen psychischen, sozialen als auch somatischen Befund zu erheben. Im Rahmen der Anamnese des Sozialstatus sind z. B. der schulische und berufliche Hintergrund der Person und ihre aktuelle Arbeitssituation zu erfragen. Des Weiteren sollten biografische Aspekte, z. B. Familienanamnese und wichtige Lebensereignisse, nicht außer Acht gelassen werden.

Wichtig für das Gespräch zwischen Patient und Behandler ist, dass sich der Behandler ausreichend Zeit nimmt und eine Sprache findet, die der Patient versteht. Sexualität sollte „normalisiert“ werden, um Scheu und Schamgefühle beim Patienten abzubauen. In der Praxis erweist es sich häufig als sinnvoll, den Partner oder die Partnerin mit einzubeziehen. Dies kann für eine Fremdanamnese sinnvoll sein. Gleichzeitig erhält der Behandler dadurch Hinweise auf Beziehungsstrukturen, die im Zusammenhang mit der sexuellen Symptomatik stehen könnten und Aufschluss über die sexuellen Wünsche beider Partner geben kann.

Untersuchungsverfahren

Neben einer ausführlichen Anamnese kommen auch **somatisch-medizinische Untersuchungsverfahren**, die in der Regel der Urologe, Gynäkologe oder Internist durchführt, und **psychometrische Instrumente** im diagnostischen Prozess zum Einsatz. Dies ist sinnvoll, da sexuelle Funktionsstörungen differenzialdiagnostisch nicht nur voneinander abgegrenzt werden müssen (z. B. sexuelle Lust- und Erregungsstörung oder Vaginismus und Dyspareunie), sondern auch gegenüber anderen psychischen Störungsbildern (z. B. Depression, Psychose) und somatischen Ursachen (z. B. Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankung, neurologische Erkrankungen). Eine Untersuchung durch den Arzt stellt eine sinnvolle und manchmal auch notwendige Ergänzung zum psychotherapeutischen Vorgehen dar. Hierbei ist für den späteren therapeutischen Prozess besonders wichtig herauszufinden, ob andere körperliche oder psychische Erkrankungen ursächlich oder mitverursachend für die sexuelle Problematik sind.

Erektionsstörung

Hinsichtlich der Erektionsstörung des Mannes muss geklärt werden, ob diese psychogen bedingt ist oder eine organische (Teil-)Ursache hat. Eine urologische Untersuchung, die Labordiagnostik (Endokrinologie) und eine Gefäßdiagnostik (z.B. Schwellkörperinjektionstest, Duplexsonografie der penilen Arterien) umfasst, ist hier sinnvoll [221]. Auch eine neurophysiologische Diagnostik kann Aufschluss über Ursachen der Erektionsstörung geben, gehört aber nicht zur Standarddiagnostik. Die Ejaculatio praecox sollte von einer Ejaculatio diuturna spontanea, einer Ejakulation im Wachzustand ohne besondere Reizung, die meist im Jugendalter vorkommt, und einer Spermatorrhoe, dem unkontrollierten Ausfluss von Sperma aus dem Penis, was v.a. bei älteren Männern auftritt, differenzialdiagnostisch abgeklärt werden.

Abgrenzung zu psychischen Störungen

Im Hinblick auf die sexuelle Lustlosigkeit sollte v.a. das Vorliegen einer komorbiden depressiven Erkrankung abgeklärt werden. Eine hypersexuelle Symptomatik kann ebenfalls mit einer Depression aber auch einer anderen psychischen Erkrankung zusammenhängen. Differenzialdiagnostisch muss diese Störung von sexuell getönten Zwangsgedanken (als ich-fremd erlebte sexuell gefärbte Gedanken, die im Allgemeinen nicht als sexuell erregend erlebt werden) abgegrenzt werden. Außerdem kann ein gesteigertes sexuelles Verlangen auch in manischen Episoden im Rahmen bipolarer Störungen oder im Kontext neuropsychiatrischer Störungen (z.B. frontale oder temporolimbische Läsionen bei Multipler Sklerose) auftreten.

Sexuelle Schmerzstörungen

Da sexuell bedingte Schmerzstörungen neben psychogenen Ursachen auch körperliche Gründe haben können, ist hier eine organische Abklärung wichtig [102]. Gynäkologisch sollte untersucht werden, ob die Patientin unter einer **Endometriose** oder Adhäsion leidet. Myome und Tumore sind hierbei auszuschließen. Mithilfe des so genannten Wattestäbchentests kann der schmerzempfindliche Bereich bei einer vorliegenden Dyspareunie exakt bestimmt werden. Durch einen vaginalen Abstrich können körperliche Erkrankungen, wie Herpes oder Chlamydien, ausgeschlossen werden [374]. Urologisch sollte das Vorliegen einer interstitiellen Zystitis sowie eines Urethralesyndroms und gastrointestinal das Vorliegen einer entzündli-

chen Darmerkrankung abgeklärt werden, die ebenfalls zu Schmerzen im vaginalen Bereich führen können.

Fragebogen-Instrumente

Eine sinnvolle Ergänzung zu einer Sexualanamnese, organmedizinischen und psychophysiologischen Untersuchungen können Fragebögen sein, die vielfältige Informationen über das Sexualverhalten, die sexuelle Zufriedenheit und Kommunikation zwischen den Partnern sowie über sexuelle Probleme liefern. Es existieren

- **kurze Screening-Verfahren**, die einen ersten Überblick über sexuelle Zufriedenheit und mögliche Beschwerden liefern,
- **spezifische Fragebögen**, die Auskunft über bestimmte sexuelle Funktionsbereiche geben und
- **ausführliche Fragebögen**, die Angaben zu Partnerschaft und Sexualität erheben.

Richter und Kollegen fassen in ihrem Beitrag standardisierte Testverfahren aus der Sexualforschung übersichtlich zusammen [700]. An dieser Stelle sollen exemplarisch nur einige relevante Fragebögen aufgezählt werden, vgl. Kap. 1.11.

Screening-Verfahren

Screening-Instrumente, d.h. kurze Fragebögen, können v.a. da eingesetzt werden, wo Männer und Frauen ein erhöhtes Risiko einer sexuellen Funktionsstörung aufweisen, eine ausführliche Exploration durch den Behandler jedoch aus Zeitgründen nicht obligat ist. Dies wäre z.B. im psychiatrischen und psychotherapeutischen sowie internistischen Arbeitsfeld denkbar.

Im deutschen Sprachraum existiert für Frauen zum Beispiel der **Screeener STEFFI**, der in 3 Versionen (1, 2, 5 Fragen) vorliegt. Kriston und Kollegen konnten hierbei zeigen, dass bereits eine Frage nach der Zufriedenheit mit dem Sexualleben gute diagnostische Eigenschaften besitzt, um zwischen Frauen mit und ohne sexuelle Funktionsstörung zu unterscheiden [475]. In der 5-Fragen-Version werden neben der allgemeinen Zufriedenheit das Vorhandensein sexueller Probleme, Orgasmuserleben, Schmerzempfinden und sexuelle Appetenz abgefragt.

Problematisch bei Screening-Instrumenten ist jedoch, dass nicht immer alle sexuellen Funktionsstörungen abgefragt werden und auch der subjektiv empfundene Leidensdruck oftmals nicht erfasst wird. Auch die Dauer der sexuellen Symptomatik

wird meist nicht erhoben oder der Fragebogen erfragt sexuelle Beschwerden innerhalb kurzer Zeiträume, wie z. B. die **Arizona Sexual Experience Scale**, die sexuelle Probleme im Laufe der letzten Woche erfasst und für die Verwendung in Studien zu Psychopharmaka konzipiert wurde [549].

Spezifische Fragebögen

Als spezifische Fragebögen, diese sexuelle Funktionsstörungen in einer eher **quantitativen Dimension** erfassen, stehen für weibliche sexuelle Funktionsstörungen die deutsche Version des **Female Sexual Function Index (FSFI)** [77] und für männliche Sexualstörungen der **International Index of Erectile Function (IIEF)** [474] zu Verfügung. Der FSFI erhebt die Skalen sexuelle Lust, Erregung, Lubrikation, Orgasmusfähigkeit, Zufriedenheit und Schmerzerleben. Da es nur einen Cut-off-Wert für die Gesamtskala gibt, kann jedoch nur zwischen Frauen mit und ohne sexuelle Funktionsstörung unterschieden werden. Der in viele Sprachen übersetzte und international verbreitete IIEF umfasst die Bereiche Erektionsfähigkeit, Orgasmusfähigkeit, sexuelle Lust, Zufriedenheit mit dem Geschlechtsverkehr und allgemeine sexuelle Zufriedenheit. Hier existiert jedoch lediglich für die Erectile Function-Domain ein Cut-off-Wert, d. h., hier ist eine Unterscheidung in Männer mit und ohne Erektionsstörung möglich. Erwähnt werden muss, dass der IIEF zur Evaluation klinischer Pharmastudien entwickelt wurde, nicht zur Untersuchung der Häufigkeit und Ausprägung der Erektionsstörung in der Allgemeinbevölkerung.

Ein weiterer deutschsprachiger und validierter Fragebogen zur Erfassung von Erektionsproblemen ist der **Kölner Erfassungsbogen zur Erektilen Dysfunktion (KEED)**, der neben der Erektions- auch die Orgasmusfähigkeit und die Lebensqualität des Patienten misst [117]. Aus dem Jahr 1992 stammt der **Impotenz-Fragebogen** von Langer und Hartmann [495]. Mittels 127 Items werden die Bereiche Lust und Erregbarkeit, Masturbation und morgendliche Erektion, Partnerbeziehung, Symptengeschichte, somatische Risikofaktoren und altersbedingte Veränderungen erhoben.

Weiterhin gibt es Fragebögen, die die Sexualität ausführlicher und z. T. **qualitativ** erfassen und nicht nur auf die sexuelle Funktionsfähigkeit abzielen. Der Fragebogen zur Sexualität und Partnerschaft umfasst den **Anamnesebogen zu Sexualität und Partnerschaft (ASP)**, die **Tübinger Skalen zur Sexualtherapie (TSST)** und einen **Nachbefragungsbogen zu Sexualität und Partnerschaft**

(NSP) [955]. Der TSST verfügt über teststatistische Gütekennwerte und misst die Faktoren Störungsausmaß, Selbstbefriedigung, Intensität der Erregung, Verteilung sexueller Initiative, Frequenz sexueller Interaktion, Einflussverteilung in der Beziehung, Achtung und Respekt, Körperwahrnehmung, kommunikative Ängste und aversive Reaktionen. Der ASP eignet sich als Anamnesebogen, der NSP zur Evaluation von Sexualtherapien.

Ebenfalls validiert ist der Fragebogen **Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft (RSP)** [457]. Dieser besteht aus 5 Skalen, die Körperwahrnehmung, Zärtlichkeit, sexuelle Lust und Befriedigung, Liebe und Geborgenheit sowie Kommunikation sexueller Wünsche und Bedürfnisse explorieren. Hoyndorf und Kollegen entwickelten den **Fragebogen zur sexuellen Zufriedenheit**, der die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Sexuallebens im Laufe des letzten Monats erfasst [399]. Der Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten ist ein standardisierter Fragebogen, der in verschiedenen Versionen (Gesamt- vs. Kurzform, Männer- vs. Frauenversion, Single- vs. Paarversion) zur Verfügung steht [7]. Dieses Instrument erhebt zahlreiche sexualitätsbezogene Informationen, z. B. sexuelle Sozialisation, sexuelle Praktiken, Phantasien, Masturbationsverhalten, sexuelle Funktionsstörungen, Partnerschaft, Pornografie, sexuelle Identität und Neigungen etc. Vorteil dieses Fragebogens ist, dass sowohl die Dauer sexueller Probleme und auch der damit verbundene Leidensdruck erfasst werden. Die Ausführlichkeit des Fragebogens bringt jedoch eine lange Bearbeitungsdauer von 30–60 min mit sich.

Der vor 25 Jahren entwickelte **Sexualfragebogen für Frauen** ist ein sehr detailliertes und intimes Erhebungsinstrument und erfragt u. a. Gefühle und körperliche Reaktionen, die bei verschiedenen sexuellen Praktiken entstehen, wie sexuelle Erregung oder Ekel und Abscheu [496]. Des Weiteren wird auch die sexuelle Funktionsfähigkeit erfragt. Aber auch sexuelle Fantasien, Leistungsdruck, partnerschaftliche Probleme oder homosexuelle Erfahrungen werden erfasst.



Merke

Prinzipiell gilt, dass Fragebögen lediglich Hinweise auf eine evtl. vorliegende sexuelle Störung liefern können. Jedoch ist es nicht möglich, anhand eines Fragebogens (Differenzial-) Diagnosen zu vergeben. Hierfür ist ein Gespräch mit dem Arzt oder Therapeuten unerlässlich.

2.1.6 Therapie

2

Überblick

Obwohl sich Männer und Frauen mit einer sexuellen Störung häufig wünschen, diese mit einem Arzt oder Therapeuten zu besprechen, zeigt sich, dass sowohl Betroffene als auch Behandler selten die sexuelle Gesundheit thematisieren.

Sexuelle Funktionsstörungen lassen sich psychotherapeutisch, organmedizinisch oder durch ein kombiniertes Vorgehen behandeln.

Psychotherapeutische Behandlungsformen umfassen klassische Ansätze, basierend auf dem Konzept von Masters und Johnson, die eine Weiterentwicklung im Hamburger Modell und in der syndyastischen Sexualtherapie finden, sowie kognitiv-verhaltenstherapeutische und systemische Ansätze.

Organmedizinische Therapieformen schließen pharmakologische, hormonelle und operative Behandlungen ein. Daneben können Hilfsmittel, z. B. Vaginaldilatoren, Vakuumpumpe oder Biofeedback zum Einsatz kommen.

Versorgungssituation

Betroffene haben ein großes Bedürfnis, sexuelle Beschwerden mit ihrem Behandler zu besprechen. Gleichzeitig zeigt sich in der Versorgungslandschaft ein inadäquater Umgang mit dem Thema sexuelle Gesundheit von Patienten. Sexuelle Probleme werden häufig unzureichend exploriert und sind vielfach unterdiagnostiziert [398]. Die GSSAB-Studie fand heraus, dass weniger als 10% der befragten 27 500 Männer und Frauen in den vorangegangenen 3 Jahren im Rahmen einer Routinevisite nach ihrer sexuellen Gesundheit gefragt wurden [597]. Gleichzeitig thematisieren auch Betroffene die sexuelle Problematik eher selten. Shabsigh und Kollegen verdeutlichten, dass von 1938 befragten Männern mit Erektionsproblemen nur 46% Hilfe suchten; dabei war der Anteil der hilfesuchenden Männer in den USA (56%) höher als in Deutschland (21%) [809]. Die Autoren explorierten des Weiteren, wodurch Männer motiviert wurden, Hilfe aufzusuchen: Von den befragten deutschen Männern (n = 265) berichteten 62,5%, dass sie eigenmotiviert waren und 30,4% gaben an, durch die Partnerin motiviert worden zu sein.

Da sexuelle Funktionsstörungen gravierende negative Folgen im Hinblick auf Partnerschafts- und Lebensqualität haben können, kommt der Behandlung einer solchen Störung erhebliche Bedeutung zu. Aufgabe des Arztes oder Therapeuten sollte sein, den Klienten über die verschiedenen Therapieansätze zu informieren, selbst einen Behandlungsprozess einzuleiten oder zur Behandlung an Fachärzte oder Sexualtherapeuten weiter zu vermitteln. Die Kenntnis über die verschiedenen therapeutischen Optionen ist somit sowohl für den Behandler als auch für den Betroffenen unerlässlich.

Behandlungsmöglichkeiten

Nach der Diagnostik können Patient und Behandler einen **Behandlungsplan** entwerfen. Hierbei sollte über Setting (Einzel- oder Paartherapie) und Behandlungsform (somatisch, psychotherapeutisch, kombiniert) entschieden werden. ► Abb. 2.1 gibt eine Empfehlung, wie dieser Prozess aussehen kann.

Allgemeines

Sofern eine andere körperliche oder psychische Erkrankung ursächlich für die sexuelle Symptomatik ist, sollte zunächst die Grunderkrankung behandelt werden. Ist die sexuelle Funktionsstörung eine Nebenwirkung einer medikamentösen Behandlung, könnte ein Medikationswechsel oder eine geringere Dosierung erfolgen, wobei dies stets mit dem behandelnden Arzt besprochen werden sollte. Auch ist hierbei eine strenge Risiko-Nutzen-Analyse durchzuführen. So könnte zum Beispiel im Falle einer antipsychotischen Medikation das Absetzen dieser zwar zu einer gesteigerten sexuellen Zufriedenheit, gleichzeitig aber auch zur Zunahme psychotischer Symptome führen.

Wurde eine ursächliche körperliche oder psychische Erkrankung ausgeschlossen, sollte der Behandler mit dem Patienten besprechen, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt und klären, ob der Partner oder die Partnerin mit in die Behandlung einbezogen werden.

Therapiesetting

► **Paartherapie.** Ein paartherapeutisches Vorgehen ist vor allem sinnvoll, wenn die sexuelle Störung zu partnerschaftlichen Konflikten beiträgt oder durch diese mitbedingt ist. Eine Paartherapie

ist auch dann indiziert, wenn eine deutliche Diskrepanz in den sexuellen Wünschen und Vorstellungen der Partner zu erkennen ist.

► **Einzeltherapie.** Es gibt jedoch auch Personen, die dezidiert ein einzeltherapeutisches Vorgehen wünschen oder die keinen Partner haben, sich aber wegen der sexuellen Problematik behandeln lassen wollen. Hierbei werden therapeutische Übungen genutzt, die auch im Paarsetting zum Einsatz kommen, z. B. körpertherapeutische Übungen, Masturbationsübungen, kognitive Umstrukturierung. Diese Übungserfahrungen sollen schließlich in die partnerschaftliche Sexualität übertragen werden.

Therapeutische Möglichkeiten

Um zu entscheiden, welche Behandlungsform die geeignete ist, sollte der Patient ausreichend über die therapeutischen Möglichkeiten informiert werden. Es stehen sexualtherapeutische, pharmakologische, hormonelle und operative Therapiemethoden sowie manuelle Hilfsmittel zur Verfügung.

Häufig werden sexuelle Funktionsstörungen auch kombiniert (psychotherapeutisch und organmedizinisch) behandelt. Ein kombiniertes Vorgehen ist vor allem dann indiziert, wenn die sexuelle Funktionsstörung medikamentös besonders wirkungsvoll behandelt werden kann, der Patient jedoch auch einen neuen Umgang mit dysfunktionalen Kognitionen und problemerhaltenden Emotionen wie Angst und Scham im Rahmen einer Psychotherapie erlernen möchte. Auch eine kombinierte organmedizinische und psychotherapeutische Paartherapie kann sinnvoll sein, zum Beispiel wenn das Paar Unterstützung im Erweitern seines sexuellen Repertoires wünscht (z. B. Kommunikation über sexuelle Wünsche, Erlernen alternativer Sexualpraktiken).

Dabei muss jedoch betont werden, dass nicht jede sexuelle Funktionsstörung einer spezifischen Therapie bedarf. Einige Betroffene erleben bereits durch entlastende und beratende Gespräche Unterstützung. Hierbei kommt besonders der Vermittlung von Informationen, der Anregung zur Selbsthilfe, z. B. mittels Selbsthilferatgeber, und dem Infragestellen sexueller Mythen eine besondere Bedeutung zu.

Plissit-Modell

Jack Annon entwickelte in den 1970er Jahren das sogenannte Plissit-Modell, welches 4 Stufen der Behandlung umfasst [24]:

1. permission
2. limited information
3. specific suggestions
4. intensive therapy

Annon geht davon aus, dass es für den Großteil der Patienten ausreicht, wenn der Therapeut dem Patienten vermittelt, dass es nicht ungewöhnlich ist, sexuelle Bedenken zu haben, ihm diese erlaubt (**permission**). Hierdurch fühlen sich die Betroffenen häufig bereits entlastet.

Auf der 2. Stufe erhalten die Betroffenen Informationen, z. B. über partnerschaftliche, anatomische und physiologische Faktoren, die im Zusammenhang mit der sexuellen Störung stehen können (**limited information**).

Sollte auch dies nicht ausreichend sein, unterbreitet der Behandler spezifische Vorschläge, z. B. praktische Übungen (**specific suggestions**).

Nur ein kleiner Teil der Betroffenen benötigt schließlich noch eine intensive Therapie, die spezifische Techniken umfasst (**intensive therapy**).

Diesem Modell entsprechend können Hausärzte beispielsweise bei unkomplizierten Fällen einer sexuellen Funktionsstörung, die z. B. durch mangelndes Wissen entstehen, den Patienten entlasten indem sie das Problem akzeptieren und über sexuelle Reaktionen und Mythen aufklären. Patienten, die ein intensiveres Angebot benötigen, können zum Sexualtherapeuten oder Facharzt überwiesen werden.

An dieser Stelle soll zunächst ein Überblick über die relevanten Therapieformen gegeben werden. Anschließend werden die in der Praxis angewandten Behandlungsformen für jede sexuelle Funktionsstörung erläutert.

Somatische Therapieverfahren

Somatische Verfahren werden meist dann angewandt, wenn die sexuelle Funktionsstörung primär durch körperliche Ursachen bedingt ist. Es wird zwischen pharmakologischer, hormoneller, operativer Behandlung und Behandlung mittels physischer Hilfsmittel unterschieden. Seit 1998 stehen wirksame orale Medikamente zur Behandlung der Erektionsstörung zur Verfügung, seit 2009 ist auch ein Medikament zur Behandlung des

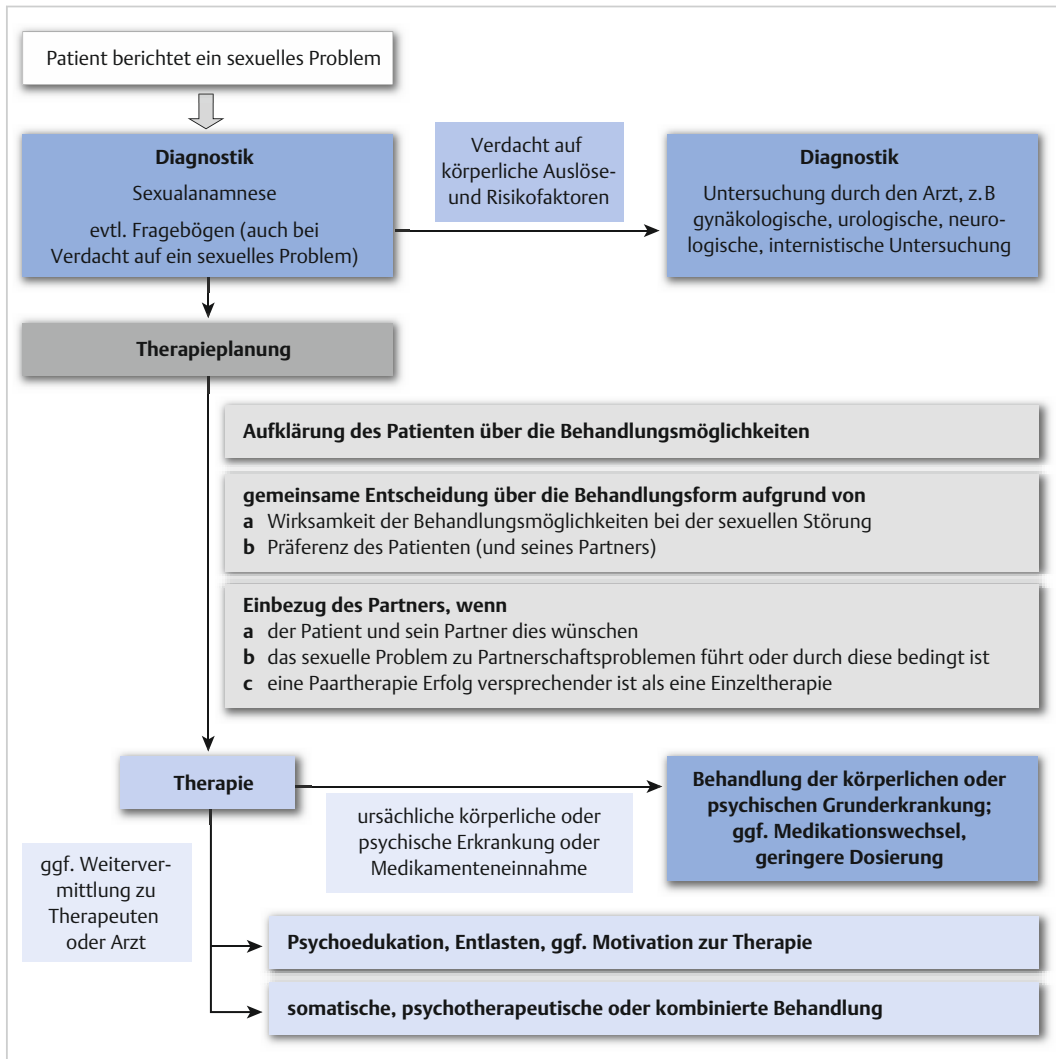


Abb. 2.1 Diagnostischer und therapeutischer Algorithmus bei sexuellen Funktionsstörungen.

vorzeitigen Samenergusses zugelassen (Kap. 2.3). In den letzten Jahren wurde immer wieder der Versuch unternommen, ein Mittel zur Behandlung der weiblichen Lustlosigkeit zu entwickeln. Einige Präparate werden als Off-label-Medikation bei sexuellen Beschwerden eingesetzt. Eine Hormonersatztherapie kann für Männer und Frauen mit Östrogen- oder Testosteronmangel eine wirksame Form der Behandlung sein. Physische Hilfsmittel, zum Beispiel Biofeedback, Vakuumpumpe oder Gleitgel, können unterstützend angewandt wer-

den. Ist eine Erektionsstörung allen anderen Behandlungen nicht zugänglich, kann als Ultima Ratio ein chirurgisches Vorgehen in Betracht gezogen werden. Organmedizinische Behandlungen sind in diesem Buch in Kap. 2.2 und Kap. 2.3 näher erläutert.

Da sexuelle Funktionsstörungen jedoch häufig eine gemischte Ätiologie aufweisen, muss auch den psychischen Faktoren, die in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Problematik eine Rolle spielen, Rechnung getragen werden. Die alleinige

Gabe von Medikamenten oder Hormonen würde an den Ursachen vorbeigehen. Eine **Kombination psychotherapeutischer und somatischer Verfahren** kann hier sinnvoll sein. Im Folgenden werden die psychotherapeutischen Ansätze beleuchtet.

Sexualtherapie

Alle sexualtherapeutischen Verfahren legen im Grunde das Prinzip der verschriebenen Erfahrung mit nachfolgender Verhaltensmodifikation zugrunde. Nach einer genauen Exploration wird dem Paar eine Übung aufgegeben, die dann Grundlage der Arbeit in den weiteren Therapiesitzungen ist. Hierdurch soll das Paar neue Erfahrungen machen und Verhaltensmuster, die das Problem bisher aufrechterhalten haben, modifizieren.

Ansatz von Masters und Johnson

► **Grundannahme.** Die klassische Sexualtherapie wurde von Masters und Johnson 1970 entwickelt [536]. Dieses Behandlungskonzept geht von der Annahme aus, dass durch Versagensängste sexuelle Erregung verhindert wird.

► **Therapeutische Interventionen.** In der Behandlung wird ein Koitusverbot für eine festgelegte Zeit vorgeschlagen, wodurch es zur Angst- und Stressreduktion kommen soll. In dieser Zeit soll das Paar mittels systematisch aufgebauter, strukturierter und angeleiteter Streichelübungen, den so genannten **Sensate-focus-Übungen**, neue sexuelle und körperbezogene Erfahrungen machen, die ohne Angst erlebbar sind. Ein Partner streichelt dabei den anderen 15 min lang, während dieser zunächst auf dem Bauch, später auf dem Rücken und am Ende wieder auf dem Bauch liegt. Anschließend werden die Rollen getauscht. Dabei sollen verschiedene Arten des Streichelns ausprobiert werden. Dem Konzept einer schrittweisen Desensibilisierung und Entängstigung folgend, beginnt das Paar sich am ganzen Körper zu streicheln, ohne die Genitalien einzubeziehen. Im darauffolgenden Schritt werden die Genitalien erkundet, jedoch nicht stimuliert, bevor es im dritten Schritt zur genitalen Stimulation kommen kann. Schließlich ist Petting bis zum Orgasmus möglich. In der nächsten Stufe kommt es dann zur Penetration, jedoch soll sich der Mann nicht bewegen. Darauf folgt die Phase, in der eine Penetration mit vorsichtigen Bewegungen umgesetzt wird, bevor es im letzten Schritt zum Koitus ohne Einschränkungen

kommen kann. Das Programm wurde ursprünglich in 2–3 Wochen mit täglichen Therapiesitzungen durchgeführt. Der Ansatz brachte anfangs sehr gute Erfolge mit sich und wurde in den folgenden Jahren durch weitere verhaltenstherapeutische und **psychodynamische Konzepte** und Techniken ergänzt und modifiziert.

Hamburger Modell

► **Grundannahme.** Im deutschsprachigen Raum baut das Hamburger Modell von Arentewicz und Schmidt auf der klassischen Sexualtherapie auf [28]. Das Hamburger Modell wird in Kap. 2.6 ausführlicher beschrieben.

► **Therapeutische Interventionen.** Auch hier ist zentral, dass das Paar behandelt wird und durch verschriebene Erfahrungen neue körperliche Erfahrungen machen und Interaktionen erlernen soll. Im Gegensatz zur Therapie nach Masters und Johnson wird die Zielsetzung der Therapie hier jedoch weniger symptomspezifisch als allgemein psychotherapeutisch gesehen.

Syndyastische Sexualtherapie

► **Grundannahme.** Die zentrale Annahme dieses von Beier und Loewit entwickelten Ansatzes ist, dass die sexuelle Beziehung als Ausdruck der partnerschaftlichen Bindungssituation angesehen werden kann [66]. Damit begreifen die Autoren Sexualität als Kommunikationsform der Grundbedürfnisse nach Nähe, Geborgenheit und Anerkennung. Im Fokus der Behandlung steht deshalb nicht das sexuelle Symptom, sondern die Frage, welche unbefriedigten Grundbedürfnisse in der Partnerschaft existieren und die Suche nach Möglichkeiten, diese zu befriedigen.

► **Therapeutische Interventionen.** Angelehnt an die klassische Sexualtherapie nutzt auch die syndyastische Sexualtherapie ein Koitusverbot und Sensate-focus-Übungen, um neue sexuelle Körperkontakte ohne Angst erfahrbar zu machen.

Psychoanalytische Ansätze

► **Grundannahme.** Psychoanalytische Modelle postulieren, dass sexuelle Funktionsstörungen durch unbewusste Konflikte, z. B. ödipale Konflikte, ausgelöst werden, deren Ursachen in der Kindheit zu suchen sind. Im Laufe der Behandlung werden diese Konflikte bewusst, wodurch sich die se-

xuelle Problematik verbessern soll. Die psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Ansätze wurden bisher jedoch wenig spezifisch weiterentwickelt und kaum wissenschaftlich evaluiert [701].

► **Therapeutische Interventionen.** Im Zentrum steht die Bearbeitung der Konflikte und Widerstände des Patienten sowie die Erforschung tieferliegender Probleme. Ziele sind die Einsicht des Patienten in seine unbewussten Sexualkonflikte, die Verbesserung der Kommunikation zwischen den Partnern und die Reduktion der Sexualängste.

Systemische Sexualtherapie

► **Grundannahme.** Problematisch am Ansatz von Masters und Johnson und darauf aufbauenden Behandlungsmodellen ist, dass das Konzept stark an der sexuellen Funktion orientiert ist und sexuelles Begehren wenig berücksichtigt wird, wohingegen den negativen Auswirkungen sexueller Ängste ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Ein Behandlungskonzept, welches den Aspekt des sexuellen Begehrens stärker betrachtet, ist die systemische Sexualtherapie, die in Kap. 2.7 ausführlicher beschrieben wird [180]. Die Therapie begreift sich selbst als Paartherapie des Begehrens, in deren Zentrum das erotische Potenzial des Mannes und der Frau stehen. Dieses Behandlungskonzept folgt einem ressourcenorientierten Verständnis und sieht sexuelle Symptome als Ausdruck eines „anders wollen“ an. In den USA haben v. a. David Schnarch und Esther Perel, in Deutschland Ulrich Clement zur Etablierung des systemischen Ansatzes in der Sexualtherapie beigetragen ([180], [647], [768]).

► **Therapeutische Interventionen.** Ziel der Behandlung ist es, dass das Paar eine neugierige Haltung im Hinblick auf unterschiedliche sexuelle Wünsche, Erfahrungen und Präferenzen entwickelt. Die systemischen Interventionen zielen deshalb primär auf das Spannungsfeld zwischen ungelebten Fantasien und gelebtem Verhalten. Das von Clement beschriebene ideale sexuelle Szenario (ISS) ist eine Möglichkeit, sexuelle Wünsche beider Partner zu identifizieren. Daneben nutzt dieser Ansatz vielfältige systemische Fragetechniken.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze

► **Grundannahme.** Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze gehen davon aus, dass Erwartungs-

ängste, dysfunktionale Gedanken, negative Emotionen und persönliche oder partnerschaftliche Konflikte zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Sexualstörung führen.

► **Therapeutische Interventionen.** Negative Emotionen und dysfunktionale Gedanken, z. B. „Ich bin zu verklemt.“ oder „Es liegt an mir, wenn sie/er keine Lust hat.“ werden kritisch hinterfragt. Der Therapeut bietet alternative Bewertungen an und der Betroffene soll lernen, positive Formulierungen zu entwickeln. Des Weiteren soll das Verhaltensrepertoire des Paares erweitern und ein neues Zärtlichkeitsverhalten erlernt werden. Ziel ist es, beide Partner darin zu unterstützen, sexuelle Wünsche zu äußern und insgesamt die partnerschaftliche Kommunikation zu verbessern. Fliegel beschreibt verschiedene Interventionen, u. a. gradierte konfrontative Verfahren, körperorientierte Interventionen, Fantasiearbeit und Genusstraining [270].

Evidenzbasierung der verschiedenen Ansätze

Dominanz klassischer Ansätze

Welche Form der Psychotherapie die richtige ist, kann nicht klar beantwortet werden. Dies dürfte mit dem jeweiligen Störungsbild, den Behandlungspräferenzen des Patienten sowie dessen Passung mit dem behandelnden Therapeuten zusammenhängen.

Eine von den Autoren dieses Kapitels durchgeführte systematische Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei sexuellen Funktionsstörungen verdeutlicht, dass in Studien noch immer überwiegend ein klassischer Ansatz nach Masters und Johnson, kombiniert mit verhaltenstherapeutischen Elementen, angewandt wird. Insgesamt zeigte sich, dass es im Hinblick auf die Effektivität nahezu irrelevant war, welche spezifische Therapie den Studienteilnehmern angeboten wurde, denn fast jede Art einer (psychosozialen) Behandlung führte zu einer Verbesserung der sexuellen Erlebnisfähigkeit.

Dies könnte dafür sprechen, dass die Wirksamkeit einer Behandlung eher auf zugrunde liegende Wirkfaktoren zurückzuführen ist als auf eine spezifisch durchgeführte Intervention selbst [314]. Derartige Wirkfaktoren könnten die **Problemaktualisierung**, d. h. die Auseinandersetzung mit der sexuellen Störungen und die **Ressourcen-**

aktivierung, z. B. im Sinne eines Investments in die gemeinsame Partnerschaft, sein. So könnte eine integrative Psychotherapie, die auf allgemeine Wirkfaktoren fokussiert, für eine zukünftige therapeutische Versorgung sexueller Funktionsstörungen geeigneter sein als störungs- oder technikspezifische Ansätze.

Einbeziehung neurowissenschaftlicher Erkenntnisse

Weiterhin stellt sich für die Praxis der Psychotherapie sexueller Funktionsstörungen in den letzten Jahren immer häufiger die Frage, wie die gewonnenen neurowissenschaftlichen Erkenntnisse auf diesem Gebiet einbezogen werden können. Neben kognitiven Prozessen, scheinen vor allem emotionale Prozesse für eine strukturelle Verankerung psychosozialer Erfahrungen bedeutsam.

Des Weiteren wurde deutlich, dass die klassische Sexualtherapie von Masters und Johnson mit ihrer grundlegenden Annahme, dass sich Angst und sexuelle Erregung ausschließen, zu kurz greift. Hier scheint es viel komplexere Beziehungen zu geben und beide Entitäten müssen sich nicht per se gegenseitig ausschließen. Entsprechend dem Modell der dualen Kontrolle kommt neben dem Abbau inhibitorischer Faktoren auch dem Aufbau sexueller Erregbarkeit und Motivation eine entscheidende Bedeutung zu.

Behandlung der spezifischen Sexualstörungen

Störungen des sexuellen Verlangens

Vermindertes sexuelles Verlangen

Vermindertes sexuelles Verlangen bzw. eine Luststörung bis hin zur sexuellen Aversion, wird nach wie vor **primär sexualtherapeutisch** behandelt. Wichtige Elemente sind dabei die Vermittlung von Informationen über die psychosomatischen Aspekte der Sexualität und das Infragestellen sexueller Mythen. Da eine Diskrepanz in der sexuellen Lust beider Partner meist zu interpersonellen Problemen führt, ist ein paartherapeutisches Vorgehen besonders sinnvoll.

► **Pharmakologische Therapie.** Neben sexualtherapeutischen wurden pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten der weiblichen Lustlosigkeit untersucht. Die meisten Wirkstoffe konnten in

Studien entweder keine ausreichende Wirksamkeit zeigen (Sildenafil) oder können nur als Off-label-Medikament mit unklarer Wirksamkeit eingesetzt werden (Bupropion). Klinische Entwicklungen wurden wegen starker Nebenwirkungen (Bremelanotid) bzw. nicht ausreichend etablierter Wirksamkeit (Flibanserin) nicht fortgeführt.

► **Hormontherapie.** Bezüglich der Wirksamkeit einer hormonellen Therapie finden sich unterschiedliche Ergebnisse. Studien belegen, dass ein Testosteronpflaster (Intrinsa) wirksam in der Behandlung der Luststörung bei Frauen nach natürlicher oder chirurgisch bedingter Menopause ist, die zusätzlich eine Östrogensubstitution erhalten ([119], [812]). Für die chirurgische Menopause unter Östrogensubstitution existiert eine Zulassung. Neuere Untersuchungen konnten keinen Wirksamkeitsnachweis für ein Testosterongel bei Frauen mit chirurgisch bedingter Menopause erbringen, die unter einem verminderten sexuellen Verlangen litten [95].

Hinsichtlich der Behandlung der männlichen Luststörung mittels Hormonen ist die Datenlage rar. Eine Studie aus dem Jahr 2008 fand bei Männern, die unter einem Testosteronmangel litten, eine Steigerung der sexuellen Lust, wenn diese mit Testosteron behandelt wurden, nicht jedoch, wenn diese ein Placebo erhielten [12]. Große randomisierte kontrollierte Studien und Metaanalysen fehlen hier jedoch.

Gesteigertes sexuelles Verlangen/hypersexuelle Störung

Das therapeutische Vorgehen bei Personen mit einem deutlich gesteigerten sexuellen Verlangen besteht aus einer Kombination verschiedener psychotherapeutischer Strategien und der optionalen Gabe von Medikamenten. So kommen Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie, der emotionsfokussierten und psychodynamisch orientierten Therapie zum Einsatz mit dem Ziel einer Verbesserung der Verhaltenssteuerung sowie der Affektwahrnehmung und -regulation. Des Weiteren sollen die Beziehungsfähigkeit gefördert und Intimitätsdefizite behoben werden. Die pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten reichen stufenweise von SSRI's über Antiepileptika bis hin zu Antiandrogenen, die jedoch nur bei eindeutiger Fremd- oder Selbstgefährdung zum Einsatz kommen. Zusätzlich gibt es für Betroffene die Möglichkeit, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen, de-

ren Programm an das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker angepasst wurde. Eine solche Gruppe bietet für viele Betroffene Halt und Struktur. In Kap. 2.13 wird ausführlicher auf therapeutische Möglichkeiten eingegangen.

Erregungsstörungen

Erektionsstörung

Zur Behandlung der Erektionsstörung stehen organmedizinisch vielfältige therapeutische Optionen zur Verfügung (Kap. 2.3). Neben einer medikamentösen Behandlung mit Phosphodiesterase-5-Inhibitoren (PDE-5-Hemmer) oder Yohimbin stehen die Schwellkörper-Injektionstherapie (SKAT) oder die Vakuumpumpe zur Verfügung. Die Wirksamkeit aller PDE-5-Hemmer ist wissenschaftlich gut belegt [76], die Wirksamkeit von Yohimbin ist geringer als die der 3 PDE-5-Hemmer und wissenschaftlich weniger gut untersucht. Bei der SKAT-Therapie wird die Substanz mit erektionsfördernder Wirkung in die Schwellkörper injiziert.

Für Männer, die keine pharmakologische Behandlung wünschen, steht die Vakuumpumpe als physikalisches Hilfsmittel zur Verfügung. Durch diese wird ein kontrollierter Unterdruck erzeugt, sodass vermehrt Blut in den Penis einfließen kann. Durch einen Penisring wird der Rückfluss des Bluts verhindert. Hackett zeigte jedoch, dass Betroffene die Einnahme eines PDE-5-Hemmers gegenüber der Behandlung mittels SKAT und Vakuumpumpe bevorzugen [336]. Für Männer, deren Erektionsfähigkeit durch die bisher beschriebenen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend verbessert werden kann, und deren Erektionsstörung primär körperlich bedingt und schwer ausgeprägt ist, gibt es außerdem die Möglichkeit eines Penisimplantats. Trotz der guten Wirksamkeit wird von dieser Behandlung wenig Gebrauch gemacht, da es die invasivste Behandlungsform ist und in der Regel andere therapeutische Optionen bereits den gewünschten Erfolg mit sich bringen, vgl. Kap. 2.2.

Bei primär psychogen bedingten Erektionsstörungen wird meist alternativ oder ergänzend zu einer pharmakologischen Behandlung ein **sexualtherapeutisches Vorgehen** gewählt. Ein zentrales Prinzip ist hier die Normalisierung einer Verlust-erfahrung der Erektion. Eine eigene systematische Übersichtsarbeit, die die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei sexuellen Funktionsstörungen untersuchte, zeigt, dass sich durch verschiedene psychosoziale Interventionen (Se-

xualtherapie, Kommunikationstraining, Hypnose, kognitive Verhaltenstherapie, themenbasierte Gruppentherapie), z. T. aber auch durch ein Placebo sowohl die Erektionsfähigkeit als auch die sexuelle Zufriedenheit des Mannes verbessern [75]. Bezüglich der Frage, ob psychotherapeutische oder pharmakologische Interventionen wirksamer sind, zeigen die eingeschlossenen Studien unterschiedliche Befunde. Insgesamt scheint es jedoch notwendig, die Partnerin in die Entscheidung des therapeutischen Vorgehens einzubeziehen, da hierdurch die Behandlungcompliance erhöht werden kann [711].

Weibliche Erregungsstörung

Weibliche Erregungsstörungen erfordern zunächst eine gynäkologische und hormonelle Abklärung. Nicht selten ist die mangelnde Lubrikation auf einen Östrogenmangel zurückzuführen, der mittels hormoneller Therapie behandelt werden kann. Besonders in Fällen leichter und temporär auftretender Lubrikationsprobleme kann eine Gleitcreme hilfreich sein. Häufig geht die Erregungsstörung mit einem verminderten sexuellen Verlangen oder einer sexuellen Schmerzstörung einher. Meist kommen dann sexualtherapeutische Behandlungsmöglichkeiten zum Einsatz.

Hierbei kann vor allem exploriert werden, welche Stimuli die Patientin als sexuell erregend erlebt und mit sexuellen Fantasien und Rollenspielen gearbeitet werden, um das sexuelle Repertoire zu erweitern. Besonders wenn die Patientin bei der Masturbation erregt werden kann, beim Koitus jedoch nicht, sollte der Partner in die Therapie einbezogen werden. Der Schwerpunkt könnte dann darauf liegen, neue Formen der Stimulation zu überlegen und umzusetzen.

Orgasmusstörungen

Verzögerter oder ausbleibender Orgasmus

Der verzögerte oder ausbleibende Orgasmus wird sexualtherapeutisch behandelt. Dabei stehen v. a. das Erlernen sexueller Fertigkeiten und Masturbationsübungen im Vordergrund.

► **Masturbationsübungen.** Ellen Laan und Kolleginnen zeigen, dass kognitiv-behaviorale Techniken und direkte Masturbation in der Behandlung der weiblichen Orgasmusstörung am wirksamsten sind [488]. Ziel der Masturbationsübungen ist, den

eigenen Körper besser kennenzulernen und herauszufinden, welche Art der Stimulation als sexuell erregend erlebt wird. Hierbei können Rollenspiele, sexuelle Fantasien oder Vibratoren unterstützend zum Einsatz kommen.

► **Entspannungsübungen.** Da ein ausbleibender Orgasmus häufig auch auf eine mangelnde Entspannung der Betroffenen zurückzuführen ist, können Entspannungsübungen und angstreduzierende Techniken ergänzend eingesetzt werden.

Ist die Orgasmusstörung erworben oder zeigt sie sich nur beim Geschlechtsverkehr mit dem Partner, ist der Einbezug des Partners sinnvoll. Daneben scheint es in der Sexualtherapie wichtig zu sein, dem Paar den Raum zu bieten, sexuelle Wünsche zu äußern und sexuelle Hemmungen und Barrieren abzubauen.

► **Aufklärung und Psychoedukation.** Da manche Männer unrealistische Erwartungen an die eigene sexuelle Leistung haben, z. B. die Idee, besonders ausdauernd sein zu müssen, bevor sie selbst ejakulieren dürfen, kommt auch der Aufklärung und Psychoedukation eine zentrale Bedeutung zu. Dabei muss betont werden, dass die Wirksamkeit sexualtherapeutischer Interventionen bislang kaum überprüft wurde.

3 randomisierte kontrollierte Studien bei Frauen mit Orgasmusstörung belegen positive Effekte, die jedoch z. T. nicht langfristig aufrechterhalten werden konnten [331]. Bei Männern mit verzögertem/ausbleibendem Samenerguss wurde bislang kein Wirksamkeitsnachweis für ein sexualtherapeutisches Vorgehen erbracht. Eine wirksame pharmakologische Behandlung dieses Störungsbildes gibt es bislang nicht.

Vorzeitiger Samenerguss (Ejaculatio praecox)

Da bei den 4 Typen des vorzeitigen Samenergusses eine unterschiedliche Ätiologie und Pathophysiologie angenommen wird, werden auch unterschiedliche Behandlungsformen empfohlen. Für den lebenslangen Typus wird ein **pharmakotherapeutisches Vorgehen** nahegelegt. Auch beim erworbenen Typus kann dieses in Erwägung gezogen werden.

► **Dapoxetin.** Seit 2009 existiert eine wirksame medikamentöse Behandlung mittels Dapoxetin (Priligy), einem SSRI mit kurzer Halbwertszeit

(Evidenzlevel 1a). Die Ejakulationslatenz erhöht sich bei Einnahme des Wirkstoffs von <1 min auf >3 min [550]. Dapoxetin ist in den Dosierungen 30 und 60 mg erhältlich. Die häufigsten dosisabhängigen Nebenwirkungen sind Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel und Durchfall.

► **Off-label-Medikation.** Daneben wurde auch die Wirksamkeit von Paroxetin, Sertralin, Citalopram und Fluoxetin als Off-Label Medikation nachgewiesen (Evidenzlevel 1a).

► **Lokalanästhetika.** Für Betroffene stehen außerdem lokale Anästhetika zur Verfügung (Evidenzlevel 1b), z. B. in Form von betäubenden Cremes oder speziellen Kondomen (Durex performa), deren Innenseite mit einem leichten Betäubungsgel versehen sind. Hierdurch soll die Erregbarkeit verringert und die Ejakulationslatenz vergrößert werden. In Europa werden meist Lidocain oder Prilocain als Lokalanästhetika eingesetzt. Diese werden lokal auf Glans und Frenulum appliziert. Da beim Geschlechtsverkehr die Möglichkeit besteht, dass die Creme in der Scheide der Partnerin zu einer vaginalen Taubheit führt, sollte diese vor dem Koitus wieder von der Eichel entfernt werden.

► **Verhaltenstherapeutische Interventionen.** Des Weiteren stehen **sexual- und verhaltenstherapeutische Interventionen** zur Verfügung, die auf ein Erlernen der Kontrolle des Ejakulationsreflexes abzielen. Die am häufigsten eingesetzten Techniken sind die Stopp-Start-Technik und die Squeeze-Technik.

► **Stopp-Start-Technik.** Hier wird der Betroffene gebeten, den Penis so lange zu stimulieren, bis er kurz vor der Ejakulation steht, woraufhin die Stimulation beendet wird, bis die Erregung abgebaut ist. Anschließend wird der Penis erneut stimuliert, kurz vor dem Samenerguss wird erneut die Stimulation beendet und die Erregung flaut ab. Dieser Vorgang wird einige Male wiederholt, bis schließlich die Ejakulation zugelassen wird. Ziel ist, den kritischen Punkt („Point of no return“), an dem der Ejakulationsreflex ausgelöst wird, besser wahrnehmen und kontrollieren zu können. Das Prozedere kann stufenweise eingeübt werden, d. h. zunächst im Rahmen von Masturbation, später kann die Partnerin einbezogen werden. Erst im letzten Schritt wird die Stopp-Start-Technik beim Koitus angewandt.

► **Squeeze-Technik.** Bei der Squeeze-Technik wird der Penis unterhalb der Eichel über mehrere Sekunden leicht schmerzhaft zusammengedrückt, um die Erregung und den Ejakulationsdrang zu reduzieren. Auch dieses Prozedere wird wiederholt angewendet, d.h., Stimulation und leichter Schmerzreiz wechseln sich ab.

Für den natürlich variablen vorzeitigen Samenerguss wird als primäre Behandlungsform ein psychoedukatives Vorgehen vorgeschlagen, für den subjektiv empfundenen vorzeitigen Samenerguss eine Beratung bis hin zur Psychotherapie.

Sexuelle Schmerzstörungen

Vaginismus

Ein **sexual-verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm** steht für Frauen mit Vaginismus zur Verfügung. Therapeutisches Prinzip ist es, einen Bezug zu den Sexualorganen herzustellen und eine anspannungsfreie Annäherung an das Eindringen des Penis zu ermöglichen. Die schrittweise durchgeführte Behandlung sollte mit der Patientin vorbesprochen werden. Da Betroffene häufig unter starker Anspannung stehen und Angst haben, Geschlechtsverkehr auszuführen, ist ein zeitlich begrenztes Koitusverbot meist entlastend. Sinnvoll ist zunächst das Erlernen einer Entspannungstechnik.

► **Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen.** Am effektivsten erscheint die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, die dabei hilft, Muskeln bewusst und willentlich anzuspannen und zu entspannen. Aufbauend darauf können Kegel-Übungen durchgeführt werden, um eine bessere Kontrolle über die Vaginalmuskulatur zu erlangen. Bei diesen Übungen wird der Musculus pubococcygeus (PC-Muskel) der die weiblichen Geschlechtsorgane im Beckenboden umgibt, bewusst angespannt und entspannt. Diese Übung sollte 3mal täglich 10fach wiederholt werden.

Eine gesteigerte Bewusstheit, auf die eigene Muskulatur Einfluss nehmen zu können, ist bereits der 1. hilfreiche Schritt für betroffene Frauen. Im Folgenden werden häufig körperbezogene Übungen durchgeführt, um den eigenen Körper besser kennen zu lernen.

► **Imaginationsübungen.** Imaginationsübungen können einen sinnvollen Zwischenschritt hin zu

den darauffolgenden Masturbationsübungen, im Sinne einer graduieren Exposition darstellen.

► **Masturbationsübungen.** Im Rahmen der Masturbationsübungen werden häufig Hilfsmittel, so genannte Vaginaldilatoren oder Hegarstifte mit zunehmender Größe eingesetzt. Alternativ kann die Frau auch ihre eigenen Finger benutzen. Zunächst wird der kleinste Dilator oder Finger in die Scheide eingeführt, jedoch nicht bewegt. Die Frau soll dabei die erlernte Entspannungstechnik anwenden. Sobald die Betroffene ausreichend entspannen kann und das Einführen nicht mehr als unangenehm empfindet, kann der nächstgrößere Dilator oder ein zweiter Finger eingeführt werden. Dabei kann die Frau nach einer gewissen Zeit versuchen, den Vaginaldilator oder die Finger leicht zu bewegen und bewusst die Scheidenmuskulatur im Wechsel anzuspannen und zu entspannen. Ziel ist ein schmerzfreies Einführen und Bewegen des Hilfsmittels, bevor der Partner einbezogen wird.

Dieses Therapieprogramm, das sich stark an der klassischen Sexualtherapie und verhaltenstherapeutischen Techniken orientiert, wird sehr häufig zur Behandlung des Vaginismus angewandt. Allerdings lässt sich die Frage, wie wirksam dieses tatsächlich ist, nicht final beantworten, da es kaum randomisierte klinische Studien hierzu gibt und deren Befunde heterogen sind. Schnyder und Kollegen [771] fanden beispielsweise, dass Entspannungsübungen und graduierte Exposition mittels Vaginaldilatoren bei fast allen in die Studie eingeschlossenen Frauen dazu führte, dass diese Koitus ausüben konnten und lediglich die Hälfte über geringfügige Schmerzen klagten. Hingegen zeigte sich in der Studie von ter Kuile und Kollegen sowie van Lankveld und Kollegen, dass eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppen- oder Bibliothherapie zwar zu mehr erfolgreichen Penetrationen im Vergleich zu der Therapie führten, die Rate auch nach der Behandlung jedoch lediglich bei 9–18% lag ([871], [890]). Deshalb wird in der Praxis dieses eher technisch anmutende Vorgehen oft verlassen.

Auch mittels **systemischer** oder **syndyastischer Sexualtherapie** scheint es in der klinischen Praxis möglich, eine Verbesserung der Symptomatik zu erzielen, wobei hier keine wissenschaftlichen Untersuchungen vorliegen. In der Regel ist es ratsam, die verschiedenen therapeutischen Verfahren ergänzend anzuwenden [116]. Ein mangelndes Lustempfinden, partnerschaftliche Probleme oder unterschiedliche Vorstellungen von einer erfüllten

Sexualität im Vergleich zum Partner könnten dazu führen, dass die Frau in der Entwicklung einer vaginistischen Störung – meist unbewusst – die Möglichkeit sieht, sich vom Partner abzugrenzen. Der Exploration sexueller Vorlieben und Erfahrungen sowie evtl. nicht befriedigter Grundbedürfnisse kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu.

Zu den eher experimentellen Therapien zählen die Behandlung mittels **Biofeedback** (Sonde in der Vagina zur Messung der Muskelaktivität) oder **Botulinumtoxin** (Botox) zum Erreichen einer Muskelentspannung. Inwieweit Letzteres noch mit ungestörtem sexuellen Erleben vereinbar ist, ist allerdings fraglich.

Dyspareunie

Besonders in der Behandlung der Dyspareunie ist es unerlässlich, im Rahmen einer gründlichen Diagnostik mögliche körperliche Ursachen für die Störung zu identifizieren und ggf. die Grunderkrankung zu behandeln, z. B. Zysten oder Harnwegsinfektionen. Wichtig erscheint des Weiteren, irritierende Reize im Intimbereich zu vermeiden. Handelt es sich eindeutig um ein Vestibulitis-Vulvae-Syndrom (Erythem des Vestibulum vaginae, wodurch es zu Schmerzen bei Berührung kommt) wird in der Literatur die chirurgische Entfernung der betroffenen Areale diskutiert. Bergeron und Kollegen weisen auf eine Wirksamkeit der Vestibulektomie hin ([72], [73]). Da es sich dabei um ein invasives Verfahren handelt, das im Wesentlichen nur von einer Arbeitsgruppe vorgeschlagen wird, und die Bereitschaft der betroffenen Frauen für ein solches Vorgehen gering ist, kann die Dyspareunie alternativ mittels sexualtherapeutischer Techniken, ähnlich wie sie bei Frauen mit Vaginismus eingesetzt werden, behandelt werden.

Eine **kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie** wird einem chirurgischen Eingriff gegenüber von den Betroffenen präferiert [73].

Biofeedback und Lokalanästhetika (z. B. 5%iges Lidocain) erwiesen sich in einer schwedischen Studie ebenfalls als hilfreich [197]. Hengge und Runnebaum geben einen Überblick über **weitere medikamentöse Behandlungsformen**, z. B. Botox [374]. Dabei muss jedoch erwähnt werden, dass Botox im urogynäkologischen Bereich nach wie vor für keine Indikation zugelassen ist und lediglich als Off-label-Medikation eingesetzt wird. Großangelegte randomisierte kontrollierte Studien zur Überprüfung deren Wirksamkeit fehlen bisher. Somit bleiben bei klar experimentellem Charakter und fehlendem systematischem Wirksamkeits-

nachweis die oben geäußerten Vorbehalte bestehen.

Die folgenden Kapitel beschäftigen sich nun mit sexuellen Störungen im Rahmen körperlicher Probleme bei Frauen (Kap. 2.2) und Männern (Kap. 2.3) sowie den Auswirkungen von Krebserkrankungen (Kap. 2.4) und psychiatrischen Störungen (Kap. 2.5). Schließlich werden mit dem Hamburger Modell (Kap. 2.6) und der Systemischen Sexualtherapie (Kap. 2.7) 2 sexualtherapeutische Therapieformen näher beschrieben.

2.2 Somatische Faktoren und sexuelle Probleme der Frau

J. Bitzer

2.2.1 Einleitung/Definitionen

Die körperlichen Prozesse, die während der sexuellen Reaktion ablaufen, korrelieren einerseits mit der sexuellen Reaktion selbst, andererseits können sie aus 2 Perspektiven betrachtet werden: zum einen aus der Außenperspektive im Sinne objektiver Veränderungen und zum anderen aus der Innenperspektive im Sinne des körperlichen Erlebens.

Somatische Faktoren (Erkrankungen und Therapien) führen also zu objektivierbaren körperlichen Veränderungen in Form einer Beeinflussung der Sexualphysiologie und gleichzeitig zu subjektiven Veränderungen des Erlebens als einer Störung, die Leiden verursacht.

Bei der Frau werden im Wesentlichen **4 Kategorien von Sexualstörungen** unterschieden, vgl. auch Kap. 2.1:

1. Störungen der sexuellen Motivation oder Appetenz:
 - Mangel an sexuellem Begehren
 - Sexuelle Aversion
2. Erregungsstörung:
 - Fehlende oder mangelnde Lubrikation (körperliche Erregungsstörung)
 - Fehlendes Gefühl der Erregung (psychische Erregungsstörung)
 - Kombination von körperlicher und psychischer Erregungsstörung
3. Orgasmusstörung
4. Sexuelle Schmerzstörung:
 - Dyspareunie
 - Vaginismus