

# 3 Psychosomatische Aspekte sexueller Funktionsstörungen

Wolfgang Harth

Auch in unserer modernen Gesellschaft sind sexuelle Funktionsstörungen immer noch ein Tabuthema, welche mit Kommunikations-Hemmnissen behaftet sein können. In der andrologischen Sprechstunde muss generell eine Atmosphäre der freien Gesprächsführung im geschützten und offenen Rahmen bestehen.

Grundvoraussetzung ist, dass dabei ohne Scheu eine offene Haltung gegenüber jeglichen Themen der Sexualität eingenommen wird.

Bei sexuellen Funktionsstörungen des Mannes ist meist die erste zentrale Frage inwieweit Rigiditätsprobleme oder Lustprobleme vorliegen. Dies dient auch um ein Gespräch zu eröffnen und in Gang zu bringen. Im weiteren Verlauf kann dann eine systematische Abklärung der organischen, partnerschaftlichen und psychosozialen Ursachen vorgenommen werden.

## 3.1 Häufigkeit



*Jeder Mann hat im Laufe des Lebens schon einmal eine sexuelle Funktionsstörung erfahren.*

Eine Umfrage in Arztpraxen erbrachte, dass ca. 29% der Frauen und 25% der Männer unter einer funktionellen Sexualstörung leiden (Buddeberg 1987).

In einer andrologischen Sprechstunde werden Potenzstörungen von 57,7% der Männer (Durchschnittsalter 44,8 Jahre) berichtet, gefolgt von zusätzlich 14,6%, die einen Libidomangel angeben (Seikowski u. Starke 2002). Ejaculatio praecox in 20–25% ist eine weitere typische Orgasmusstörung.



*Schwerpunkte in der andrologischen Sprechstunde sind die erektile Dysfunktion, Libidoverlust – auch im Zusammenhang mit dem Symptomkomplex „der alternde Mann“ – und Orgasmusstörungen wie der Ejaculatio praecox bei jungen Männern.*



## 3.2 Einteilung und klinische Symptomatik

Eine systematisierte Einteilung für psychosoziale Sexualstörungen liegt im ICD-10 vor (s. Tab. 1).

Tab. 1 Einteilung nichtorganischer Sexueller Funktionsstörungen (ICD-10: F52)

F52: ICD-10	nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen
F52.0	Libidoverlust: Mangel an sexuellem Verlangen
F52.1	sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung
F52.2	erektile Dysfunktion: Versagen genitaler Reaktionen
F52.3	Orgasmusstörung: gehemmter Orgasmus
F52.4	Ejaculatio praecox
F52.5	Vaginismus bei Frauen
F52.6	Dyspareunie: Schmerzen beim Sexualverkehr
F52.7	gesteigertes sexuelles Verlangen

### 3.2.1 Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung

Bei einer sexuellen Aversion (ICD-10: F52.1) ist die Vorstellung einer sexuellen Partnerbeziehung bei diesen Patienten stark mit negativen Gefühlen verbunden, und erzeugt so viel Angst, dass sexuelle Handlungen vermieden werden.

In diesen Rahmen gehört weiterhin auch eine mangelnde sexuelle Befriedigung, wobei sexuelle Reaktionen normal verlaufen können aber der Orgasmus ohne entsprechende Lustgefühle erlebt wird.

### 3.2.2 Gesteigertes sexuelles Verlangen

Von gesteigertem sexuellen Verlangen (ICD-10: F52.7) spricht man, wenn ein übermäßig gesteigerter Geschlechtstrieb vorhanden ist. Bei Männern spricht man in diesem Zusammenhang von einem Don-Juan-Komplex oder Satyriasis. Oftmals liegen bei den Patienten falsche Vorstellungen, Wissenslücken oder auch eine somatoforme Störung einschließlich körperdysmorpher Störung vor.

### 3.2.3 Dyspareunie

Rein psychogene Schmerzen beim Sexualverkehr (ICD-10: F52.6) sind bei Männern selten. Meist liegen unspezifische anhaltende anogenitale Schmerzsyndrome (s. Kap. II.7, III.8) vor. Bei schmerzhaften Ejakulationen ist in erster Linie an eine chronische Prostatitis zu denken. Die Differenzialdiagnose sollte eine ausführliche urologische Diagnostik zur Folge haben.

### 3.2.4 Orgasmusstörung

Bei Orgasmusstörungen (ICD-10: F52.3) liegt ein ausbleibender oder gehemmter Orgasmus auch bei erhaltener Rigidität vor. Diese Form der Orgasmusstörung findet sich bei Frauen weitaus häufiger als bei Männern.

Orgasmusstörungen und Samentransportstörungen treten zunehmend im höheren Alter auf. Die organische Ejaculatio tarda kann zahlreiche Ursachen haben, sodass aufgrund der notwendigen organischen Abklärung auf die entsprechenden Lehrbücher der Urologie hingewiesen wird. Die psychisch bedingte Anorgasmie des Mannes stellt in der andrologischen Sprechstunde eine absolute Seltenheit dar. Orgasmusstörungen sind eine charakteristische Nebenwirkung beim Einsatz von Psychopharmaka einschließlich der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), und können eine Umsetzung der Medikation notwendig machen.

### 3.2.5 Ejaculatio praecox

#### Definition

Bei der Ejaculatio praecox (ICD-10: F52.4) handelt es sich um die Unfähigkeit eine Ejakulation zu kontrollieren, die bereits vor der Immissio (Ejaculatio ante introitus vaginae) oder kurze Zeit später auftritt. Der Geschlechtsverkehr ist dabei für beide Partner nicht befriedigend.



*Ejaculatio praecox betrifft vorzugsweise junge Männer.*

#### Einteilung

Zum besseren Verständnis der psychischen Symptomatik werden zunächst zwei Formen des frühzeitigen Samenergusses, und zwar die primäre Ejaculatio praecox von der sekundären Ejaculatio praecox unterschieden.

Die primäre Ejaculatio praecox manifestiert sich mit der Aufnahme sexueller Beziehung, also meist in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter und zeigt einen anhaltenden Verlauf. Bei der sekundären Ejaculatio praecox hingegen war zunächst eine normale Ejakulation möglich und erst zu einem späteren Lebenszeitpunkt trat diese Sexualstörung auf.

#### Pathogenese

Eine rein somatische Hypothese ist die Hypersensibilität der Glans penis mit exzessiver Stimulation von spinalen Ejakulationszentren sowie das Auftreten im Rahmen einer chronischen Prostatitis.

Einer Ejaculatio praecox liegt jedoch meist eine psychosomatische Störungen zugrunde.

#### Psychische Symptomatik

Eine Ejaculatio praecox manifestiert sich oftmals im Zusammenhang mit einer neuen Partnerschaft oder auch Partnerschaftskonflikten. Tiefenpsychologische Konzep-



te enthalten unterschiedliche Hypothesen zur Pathogenese dieser Störung, die individuell mit dem Patienten erarbeitet werden müssen.



#### ***Psychodynamische Konzepte der Ejaculatio praecox***

- *Kindheitsentwicklung in sexuell tabuisierter Umgebung*
- *generalisierte Ängstlichkeit*
- *dominierender Sexualpartner*
- *Kastrationsangst*
- *unbewusst negative Einstellung bzw. Empfindung gegenüber Partner*
- *ambivalente Einstellung zu Frauen und sozialer Reife*
- *negative Konditionierung des Ejakulationsreflexes*
- *schneller Sex mit Prostituierten*
- *Angst vor Entdeckt werden*

Lerntheoretische Konzepte sind eine wesentliche Basis zum Verständnis einer negativen Konditionierung des Ejakulationsreflexes, woraus folgend zentrale verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte entwickelt wurden (Masters u. Johnson 1970).

#### **Differenzialdiagnose**

Abzugrenzen ist bei verlängerter Stimulationsdauer (Vorphase) und schneller Ejakulation eine scheinbare Ejaculatio praecox, welche jedoch eigentlich auf eine erektile Dysfunktion zurückzuführen ist.

#### **Psychotherapie**

Eine relativ normale Erscheinung ist der vorzeitige Samenerguss bei jungen Männern, vor allem im Rahmen erster sexueller Erfahrungen. Viele Männer erlernen im Laufe der Zeit eine mehr oder weniger große Kontrolle über den Ejakulationsreflex.

Die Einleitung einer Therapie richtet sich primär nach dem Leidensdruck des Patienten. Bei problematischer anhaltender Ejaculatio praecox sind psychotherapeutische Maßnahmen indiziert. Sexualtherapeutische Konzepte zielen vorwiegend auf verhaltenstherapeutische Maßnahmen mit positiver Konditionierung des Ejakulationsreflexes. Das heißt, die Patienten lernen, die bevorstehende Ejakulation besser zu steuern. Hierfür wurden grundlegende verhaltenstherapeutische Konzepte und Trainingsprogramme entwickelt (Masters u. Johnson 1970).



#### ***Verhaltenstherapeutische Konzepte der Ejaculatio praecox***

- *sexuelle Stimulation kurz vor dem „point of no return“ unterbrechen*
- *auf geringerem Erregungsniveau weiter fortsetzen*
- *Training der Beckenmuskulatur (Schließmuskel)*

Für die Unterbrechung der fortgeschrittenen Erregung wird insbesondere die verhaltenstherapeutische Stop-Technik sog. Squeeze-Technik angewendet.



*Squeeze-Technik ist eine Stop Technik zur Ejakulationskontrolle.*

Hierbei muss der Mann der Partnerin die bevorstehende Ejakulation aufzeigen und die Partnerin das Glied zwischen Daumen und Zeigefinger (Daumen etwa an dem Frenulum), für ungefähr 10–20 Sekunden fest drücken. Dadurch wird die sonst reflexartige Ejakulationsreaktion gehemmt. Anschließend kann die Stimulation (Kohabitation) erneut fortgesetzt werden und auch ggf. noch mehrfach wieder gestoppt werden.

### **Pharmakologische Therapie**

Bei der Squeeze-Technik stellt sich oftmals langfristig eine Anwendungsmüdigkeit ein, da diese bei den Paaren als erhebliche Einschränkung des spontanen Sexuallebens empfunden wird. In diesen Fällen kann alternativ ein Therapieversuch mit Medikamenten durchgeführt werden.

Gute Effektivität wurde mit Betarezeptorenblockern (Propranolol mit 120 mg/d) erreicht, und auch selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer, besonders Sertralin 100 mg/d sowie Paroxetin und Fluoxetin, konnten in Studien eine deutliche Verbesserung der Beschwerdesymptomatik erzielen (Salonia et al. 2002). Der neue Wirkstoff Dapoxetin hat die Zulassung für die Behandlung der Ejaculatio praecox mittlerweile auch in Deutschland. Seit Juni 2009 ist das Medikament unter dem Namen Priligy® erhältlich.

Eine Hypersensitivität kann auch durch die Anwendung von Kondomen herabgesetzt werden.

Bei unerwünschten Nebenwirkungen von internen Medikamenten können lokaltherapeutische Alternative angeraten werden. Bei lokaltherapeutischen Konzepten werden insbesondere Lokalanästhetika, beispielsweise Xylocain-Gel, oder aber auch in letzter Zeit Emla-Creme im Bereich der Glans angewendet.

### **3.2.6 Erektile Dysfunktion**

Das psychogene Versagen genitaler Reaktionen (ICD-10: F52.2) mit Verlust der notwendigen Steifigkeit liegt vor, wenn alle organischen Ursachen ausgeschlossen wurden. Bei hauptsächlich psychischer Genese ist meist eine nächtliche Erektionsfähigkeit oder auch Masturbationsfähigkeit noch vorhanden und wird als diagnostisches Kriterium einbezogen. Hinzu kommt die erektile Dysfunktion welche bei anfänglicher Erektion erst nach Immissio auftritt.

#### **Definition**

Die erektile Dysfunktion (s. Kap. II.6) beschreibt ein chronisches Krankheitsbild von mindestens 6-monatiger Dauer bei dem mindestens 70 Prozent der Versuche, einen Geschlechtsverkehr zu vollziehen, erfolglos sind.

#### **Pathogenese**

Libido und Erektionsstörungen sind das Modellbeispiel biopsychosozialer Erkrankungen (s. Tab. 2), weil zusätzlich zu den organischen Faktoren weiterhin psychische



Tab. 2 Biopsychosoziale Aspekte der Impotenz

somatisch	psychisch	sozial
Alter	Stress	geschlechtstypisches Rollenverhalten
körperliche Krankheiten	Angst	sexuelle Normen
Hormone	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ psychische Störungen und Konflikte</li> <li>■ sexuelle deviante Neigungen</li> </ul>	Medienberichte
Medikamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Körperbildstörungen</li> <li>■ Projektionen vom Partner</li> <li>■ Identifikation mit dem Partner</li> <li>■ somatopsychische Anpassungsstörung</li> </ul>	

Störungen, partnerschaftliche Determinanten und die Ebene sexueller Normen der Gesellschaft einschließlich Modeströmungen (Lifestyle) über die Medien einfließen.

Daraus resultiert ein heterogenes Störungsbild von erektilen Problemen.

### Differenzialdiagnose

Zur weiterführenden Abklärung somatischer Krankheiten müssen außer altersbedingten Ursachen auch vaskuläre, medikamentöse, Nikotin-, Alkohol-, Drogenabusus, hormonelle- einschließlich Diabetes mellitus und andere schwere Organerkrankungen oder neurologische Erkrankungen abgeklärt werden.

Nach Ausschluss organischer Ursachen folgt eine erweiterte Sexualanamnese. Zur weiterführenden Diagnostik können auch Fragebögen zur Selbsteinschätzung herangezogen werden.

### Psychische Symptomatik

Die psychosoziale Kausalität von Erektionsstörungen ist multifaktoriell und wird durch vorangegangene Entwicklungsstörungen sowie „life events“ aus der Kindheit und Pubertät bedingt. Dabei sollten die Thematiken Masturbation und Koitus mit anderen Partnerinnen (Fremdgehen) angesprochen werden. Zu beachten ist auch die Manifestationsphase der sexuellen Störung im Gesamt Ablauf in der Appetenz, Erregung, Orgasmusphase oder Refraktärphase. Häufig lassen sich Versagens- oder Erwartungsängste feststellen.

Die häufigste Komorbidität von erektilen Störungen ist eine Depression oder Angststörung.

Die Symptombewertung von subjektivem und objektivem Krankheitswert kann sehr unterschiedlich ausfallen. So beurteilen vereinzelt Männer gelegentlich vorkommende Erektionsstörungen bereits als einen „katastrophalen“ Befund. Andererseits sind medizinische Klassifikationssysteme streng und fordern über einen Zeitraum von sechs Monaten mindestens 70% gescheiterter Versuche eines erfolgreichen Geschlechtsverkehrs. Dieses kann jedoch für Männer die auf Partnersuche sind einen unhaltbaren Zustand darstellen. Wichtig ist es, dass der Androloge demnach einfühlend, individuell mit dem Patienten zusammen eine Einschränkung der Lebensqualität eruiert und auf dieser Grundlage weiterführende Behandlungsstrategien erarbeitet.

### *Depressive Störung*

Eine manifeste erektile Dysfunktion tritt häufig im Rahmen einer Depression auf, und führt andererseits auch sekundär zu einer depressiven Stimmungslage, insbesondere auch wenn sie nicht ausreichend früh behandelt wird und es möglicherweise zu schwerwiegenden Partnerschaftskonflikten und Entfremdung auf körperlicher Ebene gekommen ist.

Libidoverlust ist ein Teilsymptom und insbesondere ein Kriterium des somatischen Syndroms depressiver Störungen, und zeigt dabei fließende Übergänge zu einer erektilen Dysfunktion auf. Dabei stellt sich auch hier wieder die Frage nach der primären und sekundären Genese.

### *Angststörung*

Bereits im Vorfeld des Sexualkontakts können die Angst vor dem Versagen und die Angst vor einer möglichen erektilen Dysfunktion so dominieren, dass keine Erektion zustande kommt. Weiterhin kann auch nach erfolgreicher Immissio die Angst, nicht lange genug durchhalten zu können zu einer Abnahme der Erektion („schlapp machen“) während des Koitus führen.

Hat der Patient mehrmals solche Erfahrungen gemacht, kommt es zum Aufschaukeln der Angstproblematik wobei die Versagerangst im Vordergrund steht und die Hingabefähigkeit verloren geht. Eine Disposition zur Depression kann zusätzlich noch als Verstärkungsfaktor hinzukommen. Nimmt dieser Teufelskreislauf weiter zu, kann die Angst zu Versagen zur Vermeidung von jeglichem Sexualkontakt führen.



*Angst vor dem Versagen führt zum Versagen.*

*Versagen führt zu Erwartungsangst und Vermeidung.*

Ist sich der Patient seiner Versagerangst bewusst, tritt zusätzlich eine Angst vor der Angst hinzu. Solche Erwartungsängste münden in einen Teufelskreis aus Angst vor dem nächsten Mal, vor dem Versagen sowie immer stärkerem Rückzug und Vermeidung.

Bei wiederholten krampfhaften Versuchen, eine Erregung oder einen Koitus zu erzwingen, kommt es immer wieder zum Versagen und letztendlichen Resignation. Die Erwartungsängste werden dann als richtig bestätigt, bis irgendwann gar keine Sexualität mit der Partnerin mehr versucht wird.

Verstärkend können bei der erektilen Dysfunktion ein weites Spektrum von Kofaktoren wie körperliche Anspannungssituationen, Angst vor Entdeckung (Kinder, Eltern) oder Schwangerschaft, berufliche Probleme, Partnerschaftskonflikte, Termindruck, Unzufriedenheit, Wut, aber auch sexuelle Langeweile und gesellschaftliche Faktoren einschließlich Glaubensdogmen eine Rolle spielen und die entspannte spontane Sexualität verhindern (s. Tab. 3).



Tab. 2 Angststörungen und erektile Dysfunktion

Spezifische Störungen	Allgemein
Versagerangst	Generalisierte Angststörungen
Sexuelle Leistungsangst	Mischbilder mit depressiven Störungen
Angst vor Entdeckung	Zwangsgedanken
Angst vor Schwangerschaft,	Anspannungssituationen
Sexuelle Langeweile	Daily hassle
Unklare sexuelle Orientierung	Anpassungsstörung
Religiöse Gründe	Privat- familiäre oder berufliche Probleme
Emanzipationsprobleme	Partnerschaftskonflikte
Idealbild der Frauen	Termindruck
Männliches Selbstverständnis	Unzufriedenheit
Körperrdymorphe Störungen	Wut
Minderwertigkeitsgefühle	

Weitere häufige Ängste bei Erektionsstörungen sind Leistungsangst wie beispielsweise dem Idealbild der Frauen nicht zu entsprechen. Hierbei spielen Falschinformationen auch durch die Medien oder körperrdymorphe Störungen sowie Minderwertigkeitsgefühle eine zentrale Rolle und können die Sexualität hemmen.

Weitere Ängste bis hin zu Zwangsgedanken mit der Folge von Sexualstörungen umfassen die Sorge, die Frau nicht ausreichend lange und intensiv zu befriedigen. Dies ist auch im Rahmen der Veränderungen im Verhältnis der Geschlechter zueinander zu sehen, wobei starke und emanzipierte Frauen Konflikte im männlichen Selbstverständnis auslösen können, die dann ihren Ausdruck in Erektionsstörungen finden können.

### Partnerdynamische Prozesse

Im weiteren standardisierten Vorgehen sollten unter Einbezug des Partners die kausalen psychosozialen und paarbezogenen Faktoren identifiziert werden.

Sexuelle Störungen haben primär oder sekundär eine Bedeutung für und innerhalb der Partnerschaft. Sexuelle Störungen spiegeln dabei häufig tief und abgewehrte Beziehungs- und Partnerkonflikte wieder, und können ein geduldetes Arrangement zur Umgehung von Sex darstellen.

So können beispielsweise Männer durch Erektionsschwierigkeiten Wünsche nach Feindseligkeit, Brutalität und exzessivem Sex nicht ausleben und den Partner durch die Erektionsstörung unbewusst schützen.

Andererseits können durch Projektionen von Sexualstörungen der Frau auf den Mann Erektionsstörungen induziert werden, und zum totalen Rückzug vom Sexuellen führen, wobei kausale- weibliche Störungen kaschiert bleiben. Das Kümern um den gestörten und bedürftigen männlichen, aber impotenten Partner kann dann wiederum die Beziehung stabilisieren.

Weiterhin ist in diesem Zusammenhang auch ein sexueller Missbrauch der Partnerin in der Vorgeschichte zu beachten, wobei der Koitus als Gefahr und Bedrohung er-

lebt wird und eine Reaktivierung des Missbrauchs in der Vorgeschichte auslösen oder zu Spaltungsphänomenen und dissoziativen Störungen führen kann.

Nähe-Distanz-Konflikte in der Partnerschaft, Macht und Ohnmacht-Gefühle manifestieren sich häufig erstmalig im Bereich der Sexualität und können dann zum Austragungsort von Beziehungsproblemen werden und sexuelle Störungen verursachen.



*Sexualität ist ein Austragungsort von Partnerschafts- und Beziehungsproblemen.*

Eine Motivation und Bearbeitung der vorliegenden Konflikte erfolgt oftmals erst, wenn der Wunsch nach einem gemeinsamen Kind nicht in Erfüllung geht.

In meist zeitaufwendigen Gesprächen müssen somatische und psychische Untersuchungsbefunde erläutert und gemeinsam erörtert werden, um dann eine adäquate Therapieoption gemeinsam zu erarbeiten.

### **Psychotherapie**

Psychotherapeutische Maßnahmen sind insbesondere bei klaren psychischen Störungen, Partnerschaftsstörungen und bei der Versagerangst indiziert.

Dabei ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Androloge und Psychologe notwendig. Oftmals ist die Differenzierung zwischen primären und sekundären Erektionsstörungen schwierig. Die Indikation für eine Psychotherapie ergibt sich aus den psychischen Komorbiditäten. Zentrale Frage ist dabei auch die Motivation des Paares für gemeinsame Partnerschaftsprogramme, und ob diese regional vor Ort angeboten werden bzw. zu realisieren sind.

Bewährt hat sich auch eine interdisziplinäre Kombinationstherapie von einerseits medikamentöser Therapie der erektilen Dysfunktion (z.B. Phosphodiesterase-Inhibitoren, s. Kap. II.6) zur Entlastung und zeitgleich die Durchführung einer psychosomatischen Grundversorgung oder Psychotherapie. Die Einleitung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen steht dabei meistens im Vordergrund.



#### **Stufenplan Erektile Dysfunktion**

1. *Psychoedukation/Änderung schädigenden Lebensstils/Sexualberatung*
2. *Psychosomatische Grundversorgung*
3. *Kombinationstherapie zur Entlastung*
  - *Psychosomatische Grundversorgung*
  - *Pharmaka (Phosphodiesteraseinhibitoren, Psychopharmaka)*
4. *Entspannungstherapie*
5. *Verhaltenstherapie (Angststörungen)*
6. *Tiefenpsychologische Therapie (Analyse zurückliegender Konflikte)*



### *Sexualberatung und Psychoedukation*

Prinzipiell wird meistens in der Partnerschaft zu wenig geredet und sexuelle Bedürfnisse nur selten thematisiert. In der andrologischen Praxis ist eine Sexualberatung, Psychoedukation und psychosomatische Grundversorgung mit Paar- oder Einzelgespräch meist ohne Hemmungen auch in der regulären andrologischen Praxis möglich und sehr effektiv. Dabei sollte dem Patienten Sinn und Zweck der (somatischen und psychologischen) Untersuchungen erklärt werden und die individuellen Befunde und deren Bedeutung erläutert werden. Weiterhin welche möglichen Therapieoptionen sich daraus ergeben und zur Verfügung stehen.

Informationsdefizite und Falschinformationen sollten erörtert werden. So können nicht erfüllte Wertmaßstäbe und falsche Normalvorstellungen über Häufigkeit, Intensität und Sexualtechniken, deren Herausforderungen niemand entsprechen kann, durch den Arzt korrigiert werden. Informationslücken und Wissensdefizite können dabei unter Einbeziehung problematischer Einstellungen zur Sexualität und sexuellen Normen verringert werden. Hinzu kommt der Problembereich von körperdysmorphen Störungen über die normale Beschaffenheit des Genitalbereiches. Schädigende Verhaltensweisen (Nikotin und Bewegungsmangel) sollten abgeändert werden.

### *Verhaltenstherapie*

Verhaltenstherapeutische Konzepte sind sehr wirkungsvoll und erprobt zum Abbau von Versagensangst, Vermeidungsverhalten, Unlust oder auch Orgasmusstörungen, und haben als Ziel ein neues Verhaltensrepertoire aufzubauen.

Dafür müssen zunächst und gemeinsam die Verhaltensweisen, Verhaltensmodifikationen, Zielvorstellungen und Wünsche an die therapeutische Behandlung geklärt und besprochen werden.

Die meisten Paartherapien haben sich größtenteils aus den Grundlagen und Bausteinen von Masters und Johnson entwickelt (1970).



#### **Grundlagen der Verhaltenstherapie sexueller Funktionsstörungen**

1. *Diagnostik, soziale und sexuelle Anamnese*
2. *Auswertung – plausibles individuelles Erklärungsmodell für Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung wird gemeinsam erarbeitet und besprochen*
3. *Übungen zu Hause:*
  - A. *Sensate focus*
  - B. *Teasing*
  - C. *Teasing beim Koitus*
4. *Besprechung der Übungen mit den Therapeuten*

Nach der Diagnostik und Besprechung (Punkt 1 und 2) wird zunächst die sexuelle Störung als derzeitige Realität therapeutisch „erlaubt“. Zu Hause werden dann schrittweise mehrere Übungen (Hausaufgaben) durchgeführt.

**A. Sensate focus:** Die Partner sollen sich gegenseitig ausziehen und sich streicheln (Koitusverbot). Ein Partner streichelt aktiv, wobei der Andere – passiv – genießt. Anschlie-

ßend wird gewechselt. Dabei soll der jeweils Passive mitteilen was ihm angenehm/unangenehm ist. In den nächsten Tagen wird das sensate focus erweitert. Die Genitalien dürfen berührt werden, der passive Partner darf die Hand des Aktiven führen (Ejakulationsverbot).

**B. Teasing:** Spiel mit der Erregung; der passive Partner wird durch Streicheln erregt; das Streicheln wird dann unterbrochen, bis sich die Erregung wieder abbaut und mehrmals hintereinander wiederholt.

**C. Teasing beim Koitus:** Aufbau und Abbau der Erregung beim Koitus mit nicht-erigiertem (bei männlichen Erektionsstörungen zur Entlastung) und erigiertem Penis.

Häufig erreicht ein anfängliches therapeutisches Verbot zur Durchführung des Koitus und angsterzeugender sexueller Verhaltensweisen eine deutliche Entlastung für beide Partner. Für die genauen zeitlichen Abläufe und erweiterte Übungen sei auf die entsprechende Fachliteratur verwiesen.

#### *Entspannungstherapie*

Therapieversuche mit Hypnose konnten bei bis zu 80% der Patienten mit rein psychogener erektiler Dysfunktion eine deutliche Befundbesserung erreichen. So konnten auch Entspannungsmaßnahmen wie autogenes Training in einigen Studien eine deutliche Verbesserung der Symptomatik erzielen.

#### *Tiefenpsychologische Therapie*

Sind sexuelle Störungen Ausdruck einer gehemmten oder fehlgeleiteten Entwicklung der Persönlichkeit und der Sexualität sind tiefenpsychologische Therapiekonzepte zu bevorzugen und einzuleiten.

In einer tiefenpsychologischen Therapie werden individuelle Konflikte bearbeitet, auch unter Einbezug sexueller Wünsche und Bedürfnisse. Je nach Art der Störung werden frühere Ängste und unangenehme Erfahrungen sowie negative Gefühle bearbeitet, Triebstörungen, Koitus oder Orgasmusfixierung hinterfragt und Körperschemastörungen sowie die eigene Lust und das Fallenlassen thematisiert.

In einem paartherapeutischen Vorgehen werden darüber hinaus Ängste in Bezug auf die gemeinsame Sexualität bearbeitet, Kommunikationsstörungen verändert um neue, angenehme lustvolle Erfahrung mit der gemeinsamen und der eigenen Sexualität zu machen. Bei chronischen Krankheiten (Herpes genitalis recidivans) muss eine positive Krankheitsbewältigung gefördert werden und die Bedeutung der Störung für die Partnerbeziehung verdeutlicht werden.

#### *Pharmakologische Therapie*

Kombinationstherapien zur Behandlung der erektilen Dysfunktion haben sich bewährt. Ergänzend zur Psychotherapie werden Medikamente aus drei Bereichen eingesetzt:

1. zur Rigiditätssteigerung
2. zur Hormonsubstitution
3. Psychopharmaka



1. In der andrologischen Sprechstunde werden *medikamentöse Therapien* bei der Behandlung organischer Ursachen von Erektionsstörungen eingesetzt und haben sich in der Kombination mit Psychotherapie bewährt.

Eine frühzeitige medikamentöse Therapie der erektilen Dysfunktion kann eine Steigerung des Selbstwertgefühls und Minderung der Versagerangst bewirken.

Auch bei einer eindeutig psychischen Störung kann zunächst in ausgewählten Indikationen eine unterstützende medikamentöse Kombinationstherapie entlastend sein, und hat sich besonders zur Durchbrechung des Teufelskreislaufes Impotenz und Versagerangst/Vermeidung bewährt.

Bei der erektilen Dysfunktion stehen heute ausreichend gute und zahlreiche oral wirksame selektive Phosphodiesterase 5 Hemmer wie Sildenafil, Tadalafil und Vardenafil zur Verfügung, ebenso wie Schwellkörperautoinjektionstechniken oder Vakuumtherapien bis hin zu invasiven operativen Verfahren mit prothetischem Schwellkörperersatz.

2. Zur Behandlung von Libidostörungen wird bei nachgewiesenen erniedrigten Testosteronwerten erfolgreich eine *Testosteronsubstitution* durchgeführt (s. Kap. II.11; II.13; IV.2).

3. Eine *psychopharmakologische Therapie* hängt von der im Vordergrund stehenden Komorbidität und Zielsymptomatik ab. Meist besteht eine Depression mit Einschränkung der Libido oder Versagerangst mit Vermeidungsverhalten. Hinzu kommen generalisierte Angststörungen, die durch Anspannung, Agitation oder Ruhelosigkeit gekennzeichnet sind.

Die Indikation der Pharmakotherapie richtet sich nach der klaren Zielsymptomatik. Zu beachten ist dabei aber auch, dass besonders unter Anxiolytika oder auch Antidepressiva als unerwünschte Nebenwirkung eine erektile Dysfunktion kontraproduktiv auftreten kann, sodass eine psychopharmakologische Therapie aufgrund dieser Nebenwirkung oft limitiert ist.

Psychopharmaka zeigen oftmals ED als Nebenwirkung auf, welche dann eine Präparatumstellung (Buspar), Kombinationstherapie mit Phosphodiesteraseinhibitoren oder Schwellkörperautoinjektionstechniken erfordert.

Bei der Ejakulatio praecox und auch gesteigertem sexuellen Verlangen können gerade Psychopharmaka besonders SSRIs aufgrund einer erwünschten potenzdämpfenden Nebenwirkung erfolgreich eingesetzt werden.

## Literatur

- Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG, Rosen RC, Sadovsky R, Waldinger M, Becher E, Broderick GA, Buvat J, Goldstein I, El-Meliegy AI, Giuliano F, Hellstrom WJ, Incrocci L, Jannini EA, Park K, Parish S, Porst H, Rowland D, Segraves R, Sharlip I, Simonelli C, Tan HM; International Society for Sexual Medicine (2010) International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med* 7(9), 2947–69
- Beutel M (1999) Psychosomatic aspects in the diagnosis and treatment of erectile dysfunction. *Andrologia* 31 Suppl 1, 37–44. Review
- Brähler E, Felder H, Strauß B (Hrsg.) (2000) Psychosoziale Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit. *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* Bd. 17. Göttingen, Hogrefe
- Buddeberg C (1987) *Sexualberatung*, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

- Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, Dusek J, Kessel B, Freizinger M (2000) Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril* 73, 805–811
- Hartmann U (1998) Psychological stress factors in erectile dysfunctions. Causal models and empirical results *Urologe A* 37(5), 487–94
- Liang CZ, Hao ZY, Li HJ, Wang ZP, Xing JP, Hu WL, Zhang TF, Ge WW, Zhang XS, Zhou J, Li Y, Zhou ZX, Tang ZG, Tai S (2010) Prevalence of premature ejaculation and its correlation with chronic prostatitis in Chinese men. *Urology* 76(4), 962–6
- Masters W, Johnson V (1970) *Human sexual inadequacy*, Boston: Little, Brown. (Deutsche Auflage: Masters W, Johnson V (1987) *Liebe und Sexualität*. Frankfurt am Main: Ullstein)
- Montorsi F, Adaikan G, Becher E, Giuliano F, Khoury S, Lue TF, Sharlip I, Althof SE, Andersson KE, Brock G, Broderick G, Burnett A, Buvat J, Dean J, Donatucci C, Eardley I, Fugl-Meyer KS, Goldstein I, Hackett G, Hatzichristou D, Hellstrom W, Incrocci L, Jackson G, Kadioglu A, Levine L, Lewis RW, Maggi M, McCabe M, McMahon CG, Montague D, Montorsi P, Mulhall J, Pfaus J, Porst H, Ralph D, Rosen R, Rowland D, Sadeghi-Nejad H, Shabsigh R, Stief C, Vardi Y, Wallen K, Wasserman M (2010) Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 7(11), 3572–88
- Morelli G, De Gennaro L, Ferrara M, Dondero F, Lenzi A, Lombardo F, Gandini L (2000) Psychosocial factors and male seminal parameters. *Biol Psychol* 53(1), 1–11
- Prost H (2000) *Manual der Impotenz Erektions-, Ejakulations und Hormonstörungen, Penisserkrankungen, weibliche Sexualstörungen*. 1. Aufl. Bremen Uni Med
- Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S (2007) The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *J Eur Urol* 51(3), 816–23
- Rösing D, Klebingat KJ, Beier KM (2006) Sex therapy for male sexual dysfunction. *Urologe A* 45(8), 975–80
- Salonia A, Maga T, Colombo R, Scattoni V, Briganti A, Cestari A, Guazzoni G, Rigatti P, Montorsi F (2002) A prospective study comparing paroxetine alone versus paroxetine plus sildenafil in patients with premature ejaculation. *J Urol* 168(6), 2486–9
- Seikowski K (1997) Psychological aspects of erectile dysfunction. *Wien Med Wochenschr* 147(4–5), 105–8
- Seikowski K, Starke K (2002) *Sexualität des Mannes*. Lengerich, Berlin, Bremen, Riga, Rom, Viernheim, Wien, Zagreb, Pabst Science Publishers
- Smith JF, Breyer BN, Eisenberg ML, Sharlip ID, Shindel AW (2010) Sexual function and depressive symptoms among male North American medical students. *Sex Med* 7(12), 3909–17
- Stief CG, Hartmann U, Höfken K, Jonas U (Hrsg.) (1997) *Erektile Dysfunktion. Diagnostik und Therapie*. Springer Berlin Heidelberg New York
- Wischmann T, Stammer H, Gerhard I, Verres R (2000) Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch: das zweistufige Konzept der „Heidelberger Kinderwunsch-sprechstunde“. In: Strauß B (Hrsg.) *Ungewollte Kinderlosigkeit* (S. 173–198). Göttingen: Hogrefe