

# Sexualität und Alter\*

Hermann J. Berberich

## Sexuality and Age

### Abstract

The article reviews a wide range of studies on various aspects of the sexuality of older men and women: their sexual interest and needs, the effects of age-related physical change and of physical and mental disease, including medications, on sexual functioning. The article shows that sexual needs remain unchanged in advanced age. It finds fault with the understanding of sexuality as primarily lust-fulfillment and reproduction, defining sexuality instead as the satisfying of the basic human need for nearness, acceptance and security, i.e., a relationship-oriented understanding of sexuality. Given that sexual dysfunctions seldom have only one cause, resulting instead from interacting biological, psychological, social-cultural and partner-related factors, the treatment should not focus only on the impairment of the individual. The author recommends pair-oriented treatment. **Keywords:** Age-related physical change, Age-related sexual dysfunction, Erectile dysfunction, Disease and sexuality, Sexual socialization, Pair therapy

### Zusammenfassung

Der Artikel bespricht mehrere Studien zu verschiedenen Aspekten der Sexualität älterer Männer und Frauen: sexuelles Interesse und sexuelle Bedürfnisse, die Auswirkungen altersbedingter körperlicher Veränderungen und körperlicher und geistiger Krankheit, einschließlich Medikamente, auf die Sexualfunktion. Es wird gezeigt, dass auch in hohem Alter sexuelle Bedürfnisse unverändert bleiben. Kritisiert wird das primäre Verständnis von Sexualität als Lusterfüllung und Reproduktion, vorgezogen wird eine Definition von Sexualität als Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse nach Nähe, Akzeptanz und Sicherheit, d.h. ein beziehungsorientiertes Sexualitätsverständnis. Da sexuelle Funktionsstörungen selten eine monokausale Ursache haben, sondern das Ergebnis der Interaktion biologischer, psychologischer, soziokultureller und partnerbezogener Faktoren sind, sollte die Behandlung sich nicht allein auf das betroffene Individuum konzentrieren. Der Autor plädiert für einen paarorientierten Behandlungsansatz. **Schlüsselwörter:** Altersbedingte körperliche Veränderung, altersbedingte sexuelle Funktionsstörungen, erektile Dysfunktion, Krankheit und Sexualität, sexuelle Sozialisation, Paarberatung

\* Leicht überarbeiteter Wiederabdruck mit Genehmigung des Verlags aus: Stirn, A., Stark, R., Tabbert, K., Wehrum-Osinsky, S., Silvia, S. (Hg.), 2104. *Sexualität, Körper und Neurobiologie*, Kohlhammer, Stuttgart, 408–419. © [2014] W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

## Warum haben wir Sex?

Stellt man diese Frage Patienten, die in die sexualmedizinische Sprechstunde kommen, oder Zuhörern bei einem sexualmedizinischen Vortrag, erhält man in der Regel als erste spontane Antwort „wegen der Fortpflanzung“, kurz danach wird diese Antwort meist durch die Bemerkung „weil es Spaß macht“ ergänzt. Wenn das die alleinigen Gründe wären, die uns zum Sex veranlassen, wäre nur schwer zu erklären, warum es Sex zwischen gleichgeschlechtlichen Partnern gibt, warum Frauen mit ihren Partnern schlafen, auch wenn sie noch nie einen Orgasmus hatten, warum wir auch außerhalb der fruchtbaren Tage sexuell miteinander verkehren oder – und damit wären wir beim Thema – warum Paare auch nach der reproduktionsfähigen Zeit miteinander Sex haben.

Ein zentrales Element menschlicher Sexualität ist die Tatsache, dass sie vor allem dazu dient, zu einem anderen Menschen eine intime Beziehung herzustellen und unser Bedürfnis nach Nähe, Akzeptanz und Geborgenheit zu befriedigen. Dieses psychosoziale Grundbedürfnis begleitet uns unser ganzes Leben lang.

Mittlerweile gibt es aus der neurobiologischen Forschung deutliche Hinweise, dass neben dem Hypothalamus und der area praeoptica vor allem jene Teile des menschlichen Gehirns eine wichtige Rolle bei der sexuellen Interaktion spielen, die unter dem Begriff „social brain“ zusammengefasst werden (Amygdala, Spiegelneurone). Andererseits ist die Amygdala diejenige Gehirnregion, die zuletzt vom cerebralen Alterungsprozess, der zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr einsetzt, betroffen ist (Braus, 2011, 21). Letzteres ist ein Hinweis für die Stabilität dieses Systems über die gesamte Lebensspanne und seine Bedeutung für das menschliche Leben und Überleben.

## Der Körper altert, die sexuellen Bedürfnisse nicht

„Die durch Interaktion und Körpersprache (Haut- und Blickkontakt) vermittelten Gefühle bestimmen von Geburt an die menschliche Entwicklung und bleiben ein Kernmerkmal der Beziehungsgestaltung“ (Beier & Loe-wit, 2011, 16). „Mit der Geschlechtsreife wird Sexualität

nun auch auf genitale Weise zur intensivsten Form von Körpersprache“ (ebenda). Außerhalb von Krankheiten im engeren Sinne wird der Körper im mittleren Erwachsenenalter in der Regel als selbstverständlich funktionierend erlebt. Mit zunehmendem Alter entfällt diese Selbstverständlichkeit (Heuft et al., 2006, 63).

Die altersbedingten körperlichen Veränderungen werden nun, folgt man dem entwicklungspsychologischen Modell von Heuft, zum Organisator der Entwicklung in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens (Heuft et al., 2006, 64).

Der alternde Mensch steht vor der doppelten Aufgabe, körperliche Einschränkungen sowohl physisch als auch psychisch zu bewältigen. Bezüglich der Sexualität bedeutet dies, einen Weg zu finden, diese auch weiterhin als Quelle zur Befriedigung des psychosozialen Grundbedürfnisses nach Nähe, Akzeptanz und Geborgenheit zu nutzen und nicht vor möglichen körperlichen Einschränkungen zu kapitulieren.

Das sexuelle Verhalten älterer Menschen ist erst seit wenigen Jahren Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtung. So schlossen die großen amerikanischen Studien von Rosen und Laumann keine Menschen über 60 in ihre Befragungen ein. Der amerikanische Sexualwissenschaftler Max Comfort hat diese Tatsache wie folgt sehr treffend kommentiert:

„Ältere Menschen wurden noch nie über ihre sexuellen Aktivitäten befragt, weil jeder annahm, sie hätten keine; und jeder nahm an, sie hätten keine, weil man sie nie danach gefragt hat.“ (Comfort, 1974, 440)

Mittlerweile liegen einige Studien vor, die zeigen, dass Sexualität bis ins hohe Alter einen hohen Stellenwert besitzt. Bei der im Auftrag der Firma Pfizer durchgeführten „Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors“ wurden in 29 Ländern insgesamt 26 Tausend Männer und Frauen im Alter zwischen 40 und 80 Jahren nach ihrer Sexualität befragt. Mehr als 80% der befragten Männer und 60% der befragten Frauen bezeichneten Sex als einen wichtigen Bestandteil ihres Lebens (Nicolosi et al., 2004). Eine repräsentative Befragung, die 1994 im Auftrag der Universität Leipzig bei insgesamt 2948 Personen im Alter zwischen 18 und 92 Jahren durchgeführt wurde, ergab, dass das Vorhandensein eines Partners bestimmend für das Ausmaß der sexuellen Aktivität im Alter ist. War ein Partner vorhanden, waren in der Altersgruppe 61 bis 70 Jahre immerhin 67,0% der Männer und 58,8% der Frauen sexuell aktiv. War kein Partner vorhanden, waren es bei den Männern lediglich 21,7% und bei den Frauen 8,1% (Unger & Brähler, 1995). Eine ähnlich angelegte Befragung wurde 11 Jahre später wiederholt. In der Altersgruppe 61 bis 70 Jahre war, sofern ein Partner vorhan-

den war, die Zahl der sexuell aktiven Männer auf 79% (+12%), die der Frauen auf 62,6% (+4,3%) angestiegen. In der gleichen Altersgruppe waren Männer ohne Partner lediglich zu 16,9% und Frauen zu 4,2% sexuell aktiv (Beutel et al., 2008).

Der deutliche Anstieg der sexuell aktiven Männer und Frauen, die in einer Partnerschaft leben, in einem Zeitraum von 11 Jahren hat sicherlich mehrere Ursachen. Da sexuelles Verhalten einem gesellschaftlichen Wandel unterliegt, können Unterschiede zwischen Altersgruppen einem sogenannten Kohorteneffekt unterliegen. Entscheidend für die sexuellen Verhaltensweisen von Menschen ist ihre sexuelle Sozialisation in jungen Jahren.

Dies muss bei der Bewertung von Studien in Betracht gezogen werden (George & Weiler, 1981). Im Unterschied zu den 60-Jährigen des Jahres 1994 wurden die 60-Jährigen des Jahres 2005 in einer Zeit sexuell sozialisiert, die nicht zuletzt infolge der Einführung der „Pille“ durch eine zunehmende Liberalisierung der Sexualität gekennzeichnet war. Hinzu kommt, dass in die Zeit nach 1994 die Markteinführung der PDE-5-Hemmer fällt. Diese haben nicht nur die Möglichkeit verbessert, organisch bedingte Erektionsstörungen zu behandeln, sondern auch zu einer Enttabuisierung beigetragen. Heute trauen sich mehr Männer bei Erektionsproblemen einen Arzt aufzusuchen, als dies früher der Fall war.

Im Unterschied zu zahlreichen Studien, die als Indikator für Sexualität lediglich die Koitusfrequenz benutzen, untersuchten Bucher et al. (2001) in ihrer Studie „Sexualität in der zweiten Lebenshälfte“ nicht nur unterschiedliche Formen der sexuellen Aktivität (Zärtlichkeit, Petting, Geschlechtsverkehr, Selbstbefriedigung) sondern darüber hinaus auch das sexuelle Interesse und die sexuelle Zufriedenheit. Befragt wurden 641 Männer und 857 Frauen im Alter zwischen 45 und 91 Jahren. Hiervon lebten 86% der Männer und 70,5% der Frauen in einer festen Partnerschaft. Bis zum Alter von 69 Jahren gaben 100% der Männer und 87,3% der Frauen an, sexuelles Verlangen zu haben, in der Gruppe über 75 Jahre waren es noch 79,2% bei den Männern und 51,5% bei den Frauen. 53,5% der Männer und 58,9% der Frauen wünschten sich mehr Zärtlichkeit (Streicheln, in den Arm nehmen, Küssen), 56,2% der Männer und 65,1% der Frauen mehr Petting und 54% der Männer und 48,5% der Frauen mehr Geschlechtsverkehr als sie tatsächlich erlebten. Überhaupt kein sexuelles Interesse äußerten lediglich 0,8% der Männer und 2,9% der Frauen (Bucher et al., 2001).

Im Auftrag des Kinsey Instituts (Indiana University, Bloomington) wurden in 5 Ländern (USA, Brasilien, Deutschland, Japan & Spanien) jeweils 200 Paare, die in langjährigen, festen Beziehungen lebten, nach ihrer partnerschaftlichen und sexuellen Zufriedenheit befragt, insgesamt 1009 Paare (Heiman et al., 2011). Hierbei wur-

de der ISR-Fragebogen (International Survey of Relationship) eingesetzt. Dieser Bogen umfasste 125 Fragen, mit denen sowohl demographische Daten als auch Daten über den Gesundheitszustand, die seelische Verfassung, die sexuelle Biographie sowie über sexuelles Verhalten während der letzten 4 Wochen und des letzten Jahres erfasst wurden. Die Befragung der Partner erfolgte getrennt, wobei der eine Partner nicht über die Antworten des anderen informiert war.

Im Durchschnitt lebten die Paare mehr als 25 Jahre (1–51 J.) zusammen. Trotz der hohen Scheidungsraten verblieben in den USA mehr als 50% der Paare in ihrer ersten Ehe, in Spanien waren es sogar 90%. Bei den männlichen Partnern korrelierte die partnerschaftliche Zufriedenheit mit der eigenen gesundheitlichen Verfassung und dem Orgasmuserleben ihrer Partnerin. Bei dieser Untersuchung maßen Männer interessanterweise dem häufigen Austausch von Zärtlichkeiten (Küssen, Schmusen) eine höhere Bedeutung bei als ihre Partnerinnen dies taten. Bei beiden Geschlechtern korrelierte die sexuelle Zufriedenheit mit dem Austausch von Zärtlichkeiten, Streicheln der Intimregionen, der sexuellen Gesundheit und der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs. Je höher die Anzahl der Sexualpartner, die ein Mann im Laufe seines Lebens hatte, umso geringer war allerdings seine sexuelle Zufriedenheit. Je länger die Beziehung bestand und je besser die Probanden ihre sexuelle Gesundheit einschätzten, desto glücklicher fühlten sich beide Geschlechter.

Während bei Männern die partnerschaftliche Zufriedenheit mit der Dauer der Beziehung ständig zunahm, stieg sie bei den Frauen erst nach 15 Jahren Partnerschaft deutlich an. Bei Frauen, die weniger als 15 Jahren in fester Beziehung waren, war sie hingegen deutlich geringer. Dieser Effekt ist möglicherweise einer Veränderung von Lebensumständen der Frauen geschuldet, wenn z.B. die Kinder größer werden und aus dem Haus gehen.

## Wenn der Körper Grenzen setzt

Altersbedingte körperliche Veränderungen wirken sich auch auf die menschlichen Sexualfunktionen aus. Infolge der Einstellung der Eierstocksfunktion in der Menopause kommt es bei der Frau zu erheblichen hormonellen Umstellungen. Die Folgen sind eine Abnahme der Scheidenlubrikation und -elastizität sowie eine Zunahme von Schmerzen beim Verkehr (Dyspareunie), wohingegen die Orgasmusfähigkeit durchaus erhalten bleibt.

Der hormonelle Mangelzustand und seine negativen Auswirkungen auf die Sexualität lassen sich leicht durch eine lokale Hormonsubstitution behandeln.

Auch beim Mann kommt es im Alter zu hormonellen Veränderungen. Diese vollziehen sich allerdings nur allmählich. Statistisch sinkt das biologisch freie Testosteron jährlich im Mittel um 1,2%, während das Sexualhormon bindende Globulin (SHBG) ansteigt (Vermeulen & Kaufmann, 1995). Ferner ist bei älteren Männern ein Rückgang der morgendlichen Testosteronspitzen zu verzeichnen. Als Ursache hierfür wird ein Rückgang der LH-Pulsfrequenz angesehen. Die Höhe der LH-Pulsamplitude korreliert mit dem Spiegel des freien Testosterons (Bremner et al., 1992). Darüber hinaus wird eine Abnahme der für die Testosteronsynthese verantwortlichen Leydigzellen angenommen. Diesem Altershypogonadismus (Late Onset Hypogonadism) wird eine ganze Reihe von organischen Veränderungen zugeschrieben:

- Zunahme des abdominellen Fetts
- Verringerung der Muskelstärke
- Verminderter Bartwuchs
- Osteoporose
- Erhöhte Insulinresistenz
- Arteriosklerose

Nach wie vor gibt es keinen Konsens, ab wann ein laborchemisch festgestellter Hypogonadismus behandlungswürdig ist.

Zitzmann et al. (2006) konnten bei einer Untersuchung an 434 Männern im Alter zwischen 50 und 86 Jahren zeigen, daß die jeweiligen psychosomatischen Beschwerden und metabolischen Riskofaktoren mit zunehmendem Testosteronmangel ebenfalls zunehmen.

Unterhalb eines Testosteronspiegels von 15 nmol/l treten signifikant gehäuft Libidostörungen auf, während Depressivität und Diabetes mellitus Typ 2 erst unterhalb von 10 nmol/l vermehrt zu verzeichnen sind. Bei vielen Männern bleibt jedoch bis ins hohe Alter der Testosteronspiegel im Normbereich.

Obwohl es bei Männern keine mit den bei Frauen vergleichbaren Wechseljahre gibt, sind bei ihnen die Sexualfunktionen wesentlich störanfälliger als bei den Frauen. Am deutlichsten korreliert die Abnahme der Erektionsfähigkeit mit dem Alter (Feldmann et al., 1994; Braun, 2000). Mit zunehmendem Alter dauert es viel länger, bis die Erektion sich einstellt. Hierzu bedarf es häufig einer direkten Stimulation durch die Partnerin. Der Orgasmus verläuft deutlich flacher als in jungen Jahren. Die Refraktärzeit wird länger, das heißt die Zeit die vergeht, bis es dem Mann wieder möglich ist, eine Erektion zu bekommen (Kockott, 1985; Masumori et al., 1999).

## Sexualität und Krankheit

Zahlreiche Erkrankungen und ihre Behandlung, seien sie nun medikamentöser oder operativer Natur, gehen häufig mit Sexualstörungen einher. Dies gilt vor allem für chronische Erkrankungen, die im Alter deutlich zunehmen.

### Kardiovaskuläre Erkrankungen

Mit einem Anteil von ca. 33 Prozent sind Gefäßerkrankungen die häufigste organische Ursache einer Erektionsstörung bei älteren Männern. Wegen des viel geringeren Kalibers der Penisarterien macht sich eine endotheliale Dysfunktion oft früher in Form einer erektilen Dysfunktion bemerkbar, bevor es schließlich zu ernsthaften kardialen Problemen kommt.

So konnte bei ca. einem Viertel der Männer mit einer vaskulär bedingten erektilen Dysfunktion auch eine koronare Herzerkrankung nachgewiesen werden (Kawanashi et al., 2011). Insofern stellen Erektionsstörungen bei älteren Männern eine Art Frühwarnsystem für einen drohenden Herzinfarkt dar und bedürfen unbedingt weiterer Abklärung. Ein ebenfalls hoher Risikofaktor für die Entwicklung einer erektilen Dysfunktion ist die Hypertonie und die mit ihr einhergehende endotheliale Schädigung der Penisarterien und der Schwellkörper. Durch eine Störung der für die Erektion wichtigen NO-Synthese einerseits und die Erhöhung der Endothelin 1-Synthese andererseits kommt es zu einer Erhöhung des muskulären Schwellkörpertonus und somit zu einer Erschwerung der Erektion (Ferro & Webb, 1997).

Zahlreiche Antihypertonika, insbesondere die sogenannten Betablocker, haben zusätzlich einen negativen Einfluss auf die Erektion. Dies ist darauf zurückzuführen, dass auch die Schwellkörperarterien Betarezeptoren besitzen, deren Stimulation für die für die Erektion notwendige Durchblutungssteigerung derselben erforderlich ist. Deshalb sollten für die Hypertoniebehandlung möglichst Medikamente bevorzugt werden, die sich weniger negativ auf die Erektion auswirken. Dazu zählen die neueren Calcium- und die Angiotensin II-Antagonisten. Alpharezeptorenblocker wie das Doxazosin haben mitunter sogar einen positiven Effekt auf die Erektion.

### Diabetes mellitus und Sexualität

Eine ebenfalls häufige Erkrankung, die zur Beeinträchtigung der Sexualität führen kann, ist der Diabetes mellitus. Zwischen 35 und 60% der männlichen Diabetiker klagen über eine erektile Dysfunktion (Guirgius, 1992).

Hierfür verantwortlich sind sowohl diabetogene Gefäßschäden als auch Schädigungen der für die Auslösung der Erektion zuständigen Nerven (n.pudendi, n.cernosi).

Bei Frauen hat ein Diabetes mellitus häufig chronische Entzündung der Genitalschleimhäute und Blasenentzündungen zur Folge. Letztere sind wiederum die Ursache für Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. In den letzten Jahren ist ein deutlicher Anstieg der Diabetesprävalenz in Deutschland zu verzeichnen. Bei Menschen über 60 Jahre liegt sie zwischen 18 und 28% (Hauner et al., 2007).

### Sexualität und Harninkontinenz, ein doppeltes Tabu

Ca. 15% der Frauen leiden an einer Harninkontinenz, 85% trauen sich nicht, darüber zu sprechen. Mehreren Studien zufolge hatte die Hälfte aller Inkontinenzpatientinnen nur noch selten oder gar keinen Geschlechtsverkehr mehr (Bodden-Heinrich, 1999; Solonia et al., 2004, Pauls, 2006).

Eine Harninkontinenz kann bei Patientinnen eine ganze Reihe von negativen Gefühlen wie z.B. Unsicherheit, Angst, Kontrollverlust, Ekel oder Wut auslösen. Die Betroffenen leiden deutlich häufiger an depressiven Verstimmungen (2,5-fach) und Ängsten (3,5-fach) als die Normalbevölkerung gleichen Alters (Beutel et al., 2005). Die Inzidenz von Depression und Angsterkrankungen korrelieren positiv mit dem Ausmaß der Inkontinenz und der damit verbundenen sozialen Beeinträchtigung (Margalith et al., 2004).

Eine effektive Behandlung der Harninkontinenz ist deshalb die Voraussetzung bei der Behandlung der damit verbundenen Sexualstörungen.

### Benignes Prostatasyndrom und sexuelle Funktionsstörungen

Die Kölner Männerstudie ergab eine hohe Korrelation zwischen der erektilen Dysfunktion und dem Benigen Prostatasyndrom BPS. 34% der über 60-jährigen und 53% der über 69-Jährigen berichteten über Erektionsstörungen und 40% der über 60-Jährigen sowie 56% der über 69-Jährigen hatten eine BPS (Braun et al., 2000). Tatsache ist, dass beide Störungen mit dem Alter zunehmen.

Ein Nachweis über einen direkten Zusammenhang zwischen beiden Beschwerdebildern gibt es bislang allerdings nicht. Dabei kann die Gabe von sogenannten selektiven Alphablockern zur Linderung der BPS auch eine Verbesserung der Erektionsfähigkeit bewirken. Im Oktober 2011 ließ die amerikanische Food and Drug

Administration (FDA) den PDE-5-Hemmer Tadalafil, der sich gegenüber den anderen PDE-5-Hemmern durch eine längere Halbwertszeit und somit durch ein längeres Wirkungsfenster auszeichnet, zur gleichzeitigen Behandlung von BPS und erektiler Dysfunktion in den USA zu.

## Neurologische Erkrankungen und Sexualität

Das Risiko, an einem Morbus Parkinson zu erkranken, nimmt mit dem Alter deutlich zu. Nach einer Metaanalyse europäischer Studien leiden 2% der 65-Jährigen an einem idiopathischen Morbus Parkinson (Ceballos-Baumann, 2005). Als ursächlich für den Morbus Parkinson gilt ein Dopaminmangel der substantia nigra des Corpus striatum. Degenerative Veränderungen im Bereich des Hypothalamus, in den parasymphatischen Kerngebieten und den sympathischen Ganglien können ihrerseits urogenitale Störungen wie Blasenentleerungsstörungen, Harninkontinenz und Erektionsstörungen verursachen (Jost et al., 1997). Eine retrospektive Befragung des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin am Universitätsklinikum der Charité von Parkinsonpatienten beiderlei Geschlechts ergab eine deutliche Zunahme aller sexuellen Funktionsstörungen. Bei 30% der weiblichen und bei 64% der männlichen Patienten fand sich ein Zusammenhang zwischen der Einnahme der Parkinsonmedikation und der Entwicklung von sexuellen Funktionsstörungen (Beier et al., 2000). Ähnliches gilt für Patienten mit einer Multiplen Sklerose.

## Sexualität und rheumatoide Arthritis

Aber auch Erkrankungen, die keinen direkten Einfluss auf die Sexualfunktion zu haben scheinen, können zu erheblichen Sexualstörungen führen. Beispielhaft hierfür sei die rheumatoide Arthritis genannt. Die mit der Erkrankung einhergehenden Schmerzen können jegliche Lust an der Sexualität rauben. Angenehme Körperempfindungen werden durch den Schmerz zunichte gemacht. (Ryan, 2008; Rosenbaum, 2010). Ferner können schmerzreaktive Veränderungen des Nervensystems auch in nicht betroffenen Körperregionen die Körperempfindungen verändern. Weitere Ursachen für sexuelle Funktionsstörungen im Zusammenhang mit der Fibromyalgie sind eine krankheitsbedingte Müdigkeit sowie medikamentöse Nebenwirkungen. Hinzu kommen Ängste des gesunden Partners, dem „kranken“ Partner weh zu tun oder zu schaden.

## Medikamente und sexuelle Funktionsstörungen

Die meisten Patienten mit chronischen Erkrankungen erhalten Medikamente, von denen nicht wenige die Sexualfunktion beeinträchtigen. Dazu gehören insbesondere Antihypertensiva, Diuretika, Antidepressiva, Antikonvulsiva, Neuroleptika, Antiarrhythmika sowie Kortikosteroide. Nicht wenige Patienten setzen deshalb auf eigene Faust ihre Medikamente ab, vor allem Männer, wenn es einen Zusammenhang zwischen einer erektilen Dysfunktion und der von ihnen eingenommenen Medikation gibt. Deshalb sollten Ärzte bereits bei der Neuverordnung eines solchen Medikaments auf die möglichen Nebenwirkungen hinweisen und den Patienten bitten, sich bei etwaigen Sexualstörungen unbedingt vorzustellen, um gemeinsam das weitere Vorgehen zu beraten.

## Sexualität und psychische Erkrankungen

Zahlreiche psychische Erkrankungen gehen mit sexuellen Funktionsstörungen einher. Die Depression ist weltweit die häufigste psychische Erkrankung.

Im Laufe ihres Lebens erleiden 15% der Bevölkerung mindestens einmal eine schwere, behandlungsbedürftige Depression. Depressionen sind bei älteren Menschen ebenso häufig wie bei jüngeren (Klerman & Weissman, 1989). Vor allem der Libidoverlust ist symptomatisch für eine depressive Störung. Wer keine Lebenslust hat, dem fehlt meist auch die Liebeslust. Nicht zuletzt haben Stress- und Erschöpfungszustände ein Nachlassen des sexuellen Interesses zur Folge. Die bei der Behandlung einer Depression eingesetzten Antidepressiva können alle eine sexuelle Funktionsstörung bewirken. Andererseits ergab eine Untersuchung des Kinsey Instituts im Jahre 2003 bei depressiven, gynäköphilen Männern, dass eine Untergruppe (9,4%) ein erhöhtes Bedürfnis nach sexueller Intimität entwickelte, was unter anderem zu einer Besserung des durch die Depression beeinträchtigten Selbstwertgefühls beitrug (Bancroft et al., 2003).

## Sexualität und Krebserkrankung

Karzinomerkrankungen sind nicht nur für die Patienten mit psychischen Belastungen verbunden, sondern auch für ihre Lebenspartner. Die Partner sind häufig die wichtigste soziale und emotionale Stütze für die Betroffenen. Einige Studienergebnisse verweisen sogar darauf, dass die Belastung von Partnern nicht nur vergleichbar, sondern größer ist als die der betroffenen Patienten (Kiss et al., 2001). Dies gilt insbesondere dann, wenn

durch die Krankheit selbst ein Partnerverlust droht, wie dies zum Beispiel bei Tumorerkrankungen der Fall sein kann, wenn ein erhöhter Pflegebedarf dauerhafte Anforderungen stellt, oder – wie bei psychischen chronischen Erkrankungen – die Unberechenbarkeit der Erkrankung die Partner belastet. In der Folge sind hier Irritationen im Partnergefüge, Rollenverteilungen aber auch oder gerade in der Sexualität auf beiden Seiten zu erwarten.

So beklagten in einer 2004 veröffentlichten Studie z.B. an Brustkrebs erkrankte Frauen, die über eine Verschlechterung ihrer Sexualität berichteten, neben hormonellen Veränderungen und Problemen in ihrer Partnerschaft wiederholt sexuelle Probleme ihrer Partner: 4,7% gaben an, ihr Partner sei zu müde, 7,2% berichteten, ihr Partner habe kein Interesse, 8,8% verwiesen auf physische Probleme ihres Partners, die sexuelle Aktivitäten verhinderten (Ganz et al., 2004).

In einer retrospektiven Analyse, bei der 57 Männer und deren Partnerinnen (n=54) ein Jahr nach radikaler Prostatektomie befragt wurden, bewerteten über 94% den Stellenwert ihrer Partnerschaft in der entstandenen Lebenskrise als hoch. Der Austausch von Zärtlichkeiten war für beide Befragten vor und nach der Operation bedeutsam. Aber obwohl das Verlangen, mit dem Partner sexuell zu verkehren, vor der Operation hoch war (74% m; 70% w), sank die Bedeutung der Sexualität für Patient und Partnerin nach der Operation insgesamt deutlich ab (Rösing et al., 2004).

Das Ausmaß der sexuellen Dysfunktion korreliert häufig mit geringerer Wertschätzung von Intimität sowie mit intimen Verhaltens- und Kommunikationsproblemen in der Partnerschaft. Viele Paare vermeiden es außerdem, über ihre Sorgen zu sprechen oder ihre Gefühle auszudrücken. Tatsächlich würde ein offenes verbales wie sexuelles Kommunikationsverhalten zu einer besseren partnerschaftlichen Anpassung an die neuen krankheitsbedingten Erfordernisse führen. Dies gilt sowohl für die körperlichen Folgen wie z.B. Verlust der Erektionsfähigkeit, Veränderungen des Körperbildes durch künstliche Blasen- bzw. Darmausgänge als auch für die seelischen Probleme wie Angst, Depression, Aggression etc. Hinzu kommen Auswirkungen auf das sexuelle Erleben und Verhalten durch Erschütterung der geschlechtlichen Identität (ich bin kein richtiger Mann oder keine richtige Frau mehr!), Ablehnung des eigenen Körpers – Wer soll mich noch attraktiv finden? Die Folgen sind die Vermeidung von Nacktheit und sexuellen Körperkontakten sowie die Zurückhaltung des Partners (Beier et al., 2005). Hierdurch wird dem Paar eine wichtige salutogenetische Ressource bei der Krankheitsbewältigung genommen. Deshalb kommt der sexuellen Rehabilitation und zwar im umfassenden Sinne eine wichtige Bedeutung bei der Krankheitsbewältigung zu.

## Grenzen einer symptombezogenen Behandlung bei sexuellen Funktionsstörungen

Die Tatsache, dass bei sexuellen Funktionsstörungen im Alter häufig manifeste organische Befunde erhoben werden können, führt im medizinischen Alltag dazu, sich ausschließlich auf einen symptomatischen Behandlungsversuch der „Funktionsstörungen“ zu beschränken und psychosoziale Faktoren zu ignorieren. Diese Vorgehensweise trifft sich insbesondere bei Männern mit Erektionsstörungen mit deren Wunsch nach einer schnellen technischen Lösung des Problems.

Claus Buddeberg (2007) hat dieses Verhalten von Arzt und Patienten treffend als „Management eines Tabus“ umschrieben. Dass Männer im Mittel erst zwei Jahre nach Beginn einer Erektionsstörung um ärztlichen Rat nachfragen (Casella et al., 2004), ist ein deutlicher Hinweis, wie schwer es ihnen fällt, über ihre sexuellen Probleme zu sprechen. Allein diese Tatsache reicht schon als Hinweis, welche Rolle intrapsychische Faktoren wie die Versagensangst bei der Aufrechterhaltung von sexuellen Funktionsstörungen spielen. Diese Sprachlosigkeit und der damit einhergehende körperliche Rückzug von der Partnerin wirken sich wiederum auf die Beziehung der Partner zueinander aus.

Sexualstörungen haben in der Regel keine monokausale Ursache, sondern sind überwiegend bedingt durch das Zusammenwirken biologischer, psychologischer, partnerschaftlicher und soziokultureller Faktoren. Deshalb sollte eine medikamentöse Behandlung möglichst nicht ohne eine Sexualberatung beider Partner erfolgen.

## Der „perfekte“ sexuelle Reaktionszyklus versus die Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse

Die klassische Einteilung von sexuellen Funktionsstörungen in die *Störung des sexuellen Verlangens*, die *Störung der sexuellen Erregung* und die *Störung des Orgasmus* folgte dem Modell des „perfekten“ sexuellen Reaktionszyklus, wie ihn Masters und Johnson in ihren Studien zur Sexualphysiologie beschrieben haben (Masters und Johnson, 1966). Dieses Modell liegt nicht nur den beiden Klassifikationssystemen ICD und DSM zugrunde, sondern dient auch zur Orientierung bei allen medikamentösen und operativen Behandlungsansätzen bei sexuellen Funktionsstörungen. Eine Reduktion von Sexualität auf Teile eines Reaktionszyklus bleibt jedoch dem nach wie vor in vielen Bereichen der Humanmedizin vorherrschenden „Mensch-

Maschine-Modell“ verhaftet (Berberich et al., 2006). Sexualität dient hier in erster Linie der Lustbefriedigung und der Reproduktion. Hierfür stellt die Biologie die geeigneten Funktionen bereit. Gerade in der Sexualität zeigt sich jedoch, dass der Mensch eben keine Maschine ist, sondern ein biopsychosoziales Wesen. Sexualität dient dem Menschen eben nicht nur zur Lustbefriedigung und zur Reproduktion sondern vor allem auch zur Befriedigung seiner psychosozialen Bedürfnisse nach Nähe, Akzeptanz und Geborgenheit. Die drei Grunddimensionen der Sexualität: Die Beziehungsdimension, die Lustdimension und die Fortpflanzungsdimension stehen in enger Wechselwirkung zueinander. Gerade mit zunehmendem Alter gewinnt die Beziehungsdimension eine besonders große Bedeutung.

## Defizitmodell versus Förderung von Ressourcen

Während eine Behandlung sexueller Beeinträchtigungen als Dysfunktion innerhalb eines Individuums bzw. Organ- oder Funktionssystems die Störung der Beziehung außer Acht lässt, berücksichtigen paarorientierte Behandlungsansätze stärker ein auf Partnerschaft angelegtes beziehungsorientiertes Sexualitätsverständnis. Sexuelle Störungen werden nicht alleinig als Störung innerhalb eines individuellen Funktionssystems, sondern als Störung innerhalb einer Beziehung aufgefasst, zu deren erfolgreicher Behandlung sich der Arzt bzw. die Ärztin primär einem Paar und nicht Individuen zuwenden muss (Beier et al., 2005).

Diesen Behandlungsansatz konzentriert sich daher darauf, gemeinsam mit dem Paar herauszufinden, welche Ressourcen vorhanden sind, um sich gegenseitig das psychosoziale Grundbedürfnis nach Nähe, Akzeptanz und Geborgenheit zu erfüllen.

Dabei steht nicht das „Nicht-Können“ im Mittelpunkt der Therapie, sondern „das Können“, sowie das „Wollen“ beider Partner. Dieser therapeutische Ansatz bleibt nicht bei den körperlichen Beeinträchtigungen stehen, sondern die Aufmerksamkeit wird auf die vorhandenen Möglichkeiten und deren Entwicklung gerichtet. Hierdurch können dem Paar unnötige frustrierende Erlebnisse erspart bleiben. Es versetzt sie außerdem in die Lage, Hilflosigkeitserleben und Verunsicherung aktiv abzubauen und sich zunehmend als Experten ihrer Partnerschaft und Sexualität zu erleben. Dies gilt auch oder gerade für Paare, bei denen einer oder beide durch Krankheiten bzw. deren Behandlung oder durch altersbedingte Veränderungen im sexuellen Erleben beeinträchtigt sind: „Es ist eine Illusion, dass etwas wieder so sein wird wie früher. Es wird anders sein, was nicht heißen muss, dass es schlechter ist“ (Berberich et al., 2006).

## Literatur

- AWMS: S3-Leitlinie zur unipolaren Depression, Versio 01.2012, 49.
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z., Long, J.S., 2003. The relation between mood and sexuality in heterosexual men. *Arch Sex Behav.* 32(3), 217–30.
- Beier, K.M., Lüders, M., Boxdorfer, S.A., 2000. Sexualität und Partnerschaft bei Morbus Parkinson. *Fortschr Neurol Psychiatr* 68 (12), 564–75.
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2005. *Sexualmedizin.* Urban & Fischer, München, 584.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2011. *Praxisleitfaden Sexualmedizin.* Springer, Berlin/Heidelberg.
- Berberich, H.J., Rösing, D., Neutze, J., 2006. Salutogenese und Sexualmedizin. *Urologe*, 45(8), 960–6.
- Beutel, M.E., Stöbel-Richter, Y., Brähler, E., 2008. Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: Results from a representative German community survey. *BJU Int.* 101(1), 76–82.
- Bodden-Heidrich, R., Beckmann, M.W., Libera, B., Rechenberger, I., Bender, H.G., 1999. Psychosomatic aspects of urinary incontinence. *Arch Gynecol Obstet* 262 (3–4), 151–8.
- Braun, M., Wassmer, G., Klotz, T., Reifenrath, B., Mathers, M., Engelmann, U., 2000. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the ‚Cologne Male Survey‘. *Int J Impot Res* 12(6), 305ff.
- Braus, D., 2011. *Ein Blick ins Gehirn.* Thieme, Stuttgart.
- Bremner, W.S., Vitiello, M., Prinz, P.N., 1983. Loss of circadian rhythmicity in blood testosterone levels with aging in normal men. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 56(6), 1278–1281.
- Bucher, T., Hornung, R., Gutzwiller, F., Buddeberg, C., 2001. Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. Erste Ergebnisse einer Studie in der deutschsprachigen Schweiz. In: Berberich, H. & Brähler, E. (Hg.), *Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte.* Psychosozial, Giessen, 31–59.
- Buddeberg, C., Biton, A., Eijsten, A., Casella, R., 2007. Management eines Tabus Expect-Studie: Therapie der erektilen Dysfunktion aus der Sicht von Ärzten und Patienten, *Ars Medici* 14, 689–692.
- Casella, R., Deckart, A., Bachmann, A., Sulser, T., Gasser, T.C., Lehmann, K., 2004. Patient's selfevaluation better predicts the degree of erectile dysfunction than response to intracavernous alprostadil testing. *Urol Inter* 72, 216–220.
- Ceballos-Baumann, A.O., 2005. Idiopathisches Parkinson-Syndrom: Grundlagen, Medikamente, Therapieeinleitung. In: Ceballos-Baumann, A.O., Conrad, B., (Hg.), *Bewegungsstörungen in der Neurologie.* Thieme, Stuttgart/New York, 33–70.
- Comfort, A., 1974. Sexuality in old age. *J. Amer. Geriatr. Soc.* 22(10), 440.
- Ferro, C.J., Webb, D.J., 1997. Endothelial dysfunction and hypertension. *Drugs* 53 Suppl. I, 30–41.
- Ganz, P.A., Kwan, L., Stanton, A.L., Krupnick, J.L., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Bower, J.E., Belin, T.R., 2004. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 96 (5), 376–387.
- George, L.K., Weiler, S., 1981. Sexuality in middle and late life. The effects of age, cohort & gender. *Archives of General Psychiatry* 38, 919–923.

- Hauer, H., Köster, I., Schubert, I., 2007. Trends in der Prävalenz und ambulanten Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus. Eine Analyse der Versicherungsstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen im Zeitraum von 1998 bis 2004. Dt Ärzteblatt 104, A2799–A2805.
- Heiman, J.R., Long, J.S., Smith, S.N., Fisher, W.A., Sand, S.S., Rosen, R.C., 2011. Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Arch Sex Behav* 40, 741–753.
- Helgason, A.R., Dickman, P.W., Adolfsson, J., Steineck, G., 2001. Emotional isolation: prevalence and the effect on well-being among 50-80-year-old prostate cancer patients. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* 35(2), 97–101.
- Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H., 2006. Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Ernst Reinhardt, München/Basel.
- Kawanashi, Y., Lee, K.S., Kimura, K., Koizumi, T., Nakatsuji, H., Kijima, K., Yamamoto, A., Numata, A., Sogou, T., 2001. Screening of ischemic heart disease with cavernous artery blood flow in erectile dysfunctional patients. *International Journal of Impotence Research* 13(2), 100–103.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., 1989. Increasing rates of depression. *JAMA* 21; 261(15), 2229–35.
- Jost, W.H., Derouet, H., Schimrigh, K., 1997. Häufigkeit erektiler Funktionsstörungen beim Parkinson-Syndrom. *Akt Urol* 27, 26–28.
- Kiss, A., Meryn, S., 2001. Effect of sex and gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer. *British Medical Journal* 323, 1055–1058.
- Kockott, G., 1985. Die Sexualität im höheren Lebensalter. In: Bergener, M., Kark, B., (Hg.). *Psychosomatik in der Geriatrie*. Steinkopf, Darmstadt, 57–64.
- Masters, W.H., Johnson, V.E., 1966. *Human sexual response*. Little, Brown & Co, Boston.
- Masumori, N., Tsukamoto, T., Kumamoto, Y., Panser, L.A., Rhodes, T., Girman, C.J., Lieber, M.M., Jacobsen, S.J., 1999. Decline of sexual function with age in Japanese men compared with American men – results of two community-based studies. *Urology* 54, 335–344.
- Nicolosi, A., Laumann, E.O., Glasser, D.B., Moreira, E.D.Jr., Paik, A., Gingell, C., 2004. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology* 64 (5), 991–7.
- Pauls, R.N., Segal, J.L., Silva, W.A., Kleeman, S.D., Karram, M.M., 2006. Sexual function in patients presenting to a urogynecology practice. *Int Urogynecol* 17 (6), 576–80.
- Rösing, D., & Berberich, H.J., 2004. Krankheits- und behandlungsbedingte Sexualstörungen nach radikaler Prostatektomie – Eine bio-psycho-soziale Betrachtung. *Urologe [A]* 43(3), 291–295.
- Rösing, D., & Klebingat, K.-J., 2004. Das Paar ist der Patient. *Urologische Nachrichten zum 56. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.*, 22.–25. September, Kongressausgabe 1, 16.
- Rosenbaum, T.Y., 2010. Musculoskeletal pain and sexual function in women. *J Sex Med*. F7 (2 Pt 1), 645–53.
- Ryan, S., Hill, J., Thwaites, C., Dawes, P., 2008. Assessing the effect of fibromyalgia on patients' sexual activity. *Nurs Stand*. 23(2), 17–23, 35–41.
- Stief, C.G., Hartmann, U., Truss, M.C., Jonas, U., 1999. *Zeitgemäße Therapie der erektilen Dysfunktion*. Springer, Berlin.
- Salonia, A., Zanni, G., Nappi, R.E., Briganti, A., Deho, F., Fabbri, F., Colombo, R., Guazzonie, G., di Girolamo, V., Rigatti, P., Montorsi, F., 2004. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: Results of a cross-sectional study. *European Urology* 45, 642–648.
- Unger, U., Brähler, E., 1995. Sexuelle Aktivität im höheren Lebensalter im Kontext von Geschlecht, Familienstand und Persönlichkeitsaspekten. In: Heuft, G., Kruse, A., Nehen, H.G., Radebold, H., (Hg.). *Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik*, MMV Medizin, München.
- Veldius, J.D., Urban, R.J., Lizzerrade, G., Johnson, M.L., Iranmanesh, A., 1992. Attenuation of luteinizing hormone secretory burst amplitude is a proximate basis for hypoandrogenism of healthy aging men. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 75, 52–58.
- Vermeulen, A., Kaufmann, J.M., 1995. Aging of the hypothalamic-pituitary-testicular axis in men. *Hormone Research* 43, 23–28.
- Zitzmann, M., Faber, S., Nieschlag, E., 2006. Association of specific symptoms and metabolic risks with serum testosterone in older men. *J Clin Endocrinol Metab* 91 (11), 4335–43.

---

#### Autor

Dr. med. Hermann J. Berberich, Facharzt für Urologie, Andrologie & Psychotherapie, Breckenheimer Straße 1, 65719 Hofheim a.T., e-mail: drberberich@gmx.de

---