

## 3.6 Funktionelle Sexualstörungen

U. Clement

### Sexuelle Störungen in der medizinischen und psychotherapeutischen Praxis

Die Verbreitung sexueller Störungen wird heute kaum noch unterschätzt. Die entsprechende Diagnose ist in der allgemeinmedizinischen Praxis seit der Zulassung von Sildenafil (Viagra) im Jahr 1998 und den Nachfolgepräparaten deutlich gestiegen, d. h. dass die Perspektive einer relativ unkomplizierten medikamentösen Behandlungsmöglichkeit die professionelle Aufmerksamkeit für sexuelle Störungen erhöht hat.

Parallel zu dieser neuen Aufmerksamkeit hat auch die Bereitschaft zugenommen, Inzidenz- und Prävalenzschätzungen sexueller Störungen sehr hoch anzusetzen. Das liegt an der Tendenz einiger Studien, Störungskriterien eher niedrig anzusetzen, was die Verbreitungszahlen entsprechend hochtreibt.

Ein Beispiel dafür ist die berühmte Massachusetts Male Aging Study (MMAS) (Feldman et al. 1994). Sie kommt zu dem Ergebnis, dass 52% der befragten 40–70-jährigen Männer eine mindestens schwach ausgeprägte Erektionsstörung hatten. 9,6% litten nach ihren Kriterien an einer vollständigen, weitere 25% an einer mittelgradigen Erektionsstörung. Die Häufigkeiten sind stark abhängig vom Alter (5% mit 40 Jahren, 15% mit 70 Jahren) und begleitenden Krankheiten, insbesondere koronaren Herzkrankheiten und Bluthochdruck.

#### Störungen bei Männern

Die Verbreitung von *Orgasmusstörungen* wird auf 0–8% geschätzt. Die Prävalenz der *vorzeitigen Ejakulation* ist schwer einzuschätzen, die Zahlen schwanken zwischen 4 und 38%. Bei *Erektionsstörungen* ist der Zusammenhang mit Alter und körperlichen Faktoren (Diabetes, Bluthochdruck, Arthritis und Rauchen) recht gut belegt, Häu-

figkeitsangaben variieren zwischen 20 und 52% (Feldman et al. 1994).

Sexuelle *Luststörungen* („hypoactive sexual desire disorder“) werden auf bis zu 16% geschätzt, wobei hier der Alterseffekt geringer ist als möglicherweise erwartet: Panser et al. (1995) berichten von „nur“ 26% bei Männern über 70 Jahren.

#### Störungen bei Frauen

Für *Orgasmusstörungen* werden Häufigkeiten von 4–24% angegeben, für *Erregungsstörungen* von 6–19%, *sexuelle Luststörungen* von 5–33%, wobei die höheren Raten jeweils aus US-Studien stammen (Laumann et al. 1999). Die Prävalenzzahlen für *Dyspareunie* liegen bei 3–18%. Hier werden durchweg höhere Prävalenzen bei postmenopausalen Frauen berichtet, die bis zu 46% reichen. Die entsprechenden Zahlen für den *Vaginismus* sind geringer (0,5–1%).

In einer beeindruckenden Statistik der Sexualambulanz der Hamburger Universitätsklinik zeigte Schmidt (1993) schon Anfang der 90er Jahre, wie sich die Häufigkeitsverteilungen der sexuellen Störungen in knapp 2 Jahrzehnten verschoben haben. Wurden Mitte der 70er Jahre bei den Patientinnen in 80% Erregungs- und Orgasmusstörungen diagnostiziert, war dieser Anteil zwei Jahrzehnte später auf ein Viertel, auf 20%, zurückgegangen. Im Gegenzug nahm die „Lustlosigkeits“-Symptomatik dramatisch von 8% auf 74% zu. Die Verschiebungen bei den männlichen Patienten zeigten, wenn auch in geringerer Größenordnung, ein ähnliches Bild (Zunahme der „Lustlosigkeits“-Diagnose von 4% auf 17%).

#### Von der Dysfunktion zum Problem

Die epidemiologischen Studien sind durchweg im Kontext des sexuellen Funktionsparadigmas durchgeführt, also der Vorstellung, befriedigende Sexualität sei im Wesentlichen über die Funktion

(Erektion, Ejakulation, Lubrikation, Orgasmus) definiert. Dieses wurde in letzter Zeit von verschiedenen Seiten kritisiert, speziell in Bezug auf die Diagnose der sexuellen Störungen bei Frauen. Bancroft et al. (2003a,b) schlagen vor, Funktionsstörungen von „Distress“ zu unterscheiden und damit der subjektiven Bewertung der Frauen eine größere Bedeutung zu geben. In ihrer Studie kommen sie auf 24% erwachsener nordamerikanischer Frauen, die deutliches Unbehagen entweder an der sexuellen Beziehung (20%) oder ihrer eigenen Sexualität (15%) äußern.

Matthiesen und Hauch (2004) berichten, dass über 90% der Männern und Frauen mit mindestens einem sexuellen Symptom (Lustlosigkeit, Erektions- oder Orgasmusstörungen, Schmerzen beim Verkehr) unter diesen Erfahrungen gar nicht (67%) oder nur wenig (25%) leiden. Aus ihrer Studie ist der überraschende Befund erwähnenswert, dass über ein Drittel der Befragten, die über sexuelle Probleme berichten, mit ihrem Sexualleben zufrieden oder sehr zufrieden sind. Ebenfalls ein Drittel sieht diese Probleme nicht als belastend für die Beziehung an.

Offenbar ist sexuelle Zufriedenheit von weit-aus mehr Kontextparametern beeinflusst als vom

einfachen sexuellen Funktionieren. Und sexuelle Störungen sind nicht in einem einfachen Defizit-konzept zu fassen: Sie können adaptiv sein, etwa bei Stress, Erschöpfung oder auch bei einem negativen Verhalten des Partners.

### Störungsbilder

Die beschriebenen begrifflich-klassifikatorischen Überlegungen relativieren die sterile Logik der derzeit geltenden Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 (Tab. 3.4). Diese sind nicht nur weiter unbeirrt dem Funktionsparadigma verpflichtet, sondern sind auch weiter radikal individualisierend angelegt, blenden also kulturelle und inter-aktionelle Aspekte konsequent aus.

Zum Verständnis seien die wichtigsten Störungsbilder kurz illustriert

#### Bei Männern:

**Mangelndes sexuelles Verlangen**, das bis vor Jahren als typisch weibliches Problem galt, wird zunehmend häufiger auch von Männern beklagt – genauer gesagt, meist von deren Partnerinnen. Es zeigt sich als desinteressierter, meist subde-

Tabelle 3.4 Diagnosen von Sexualstörungen in DSM-IV und ICD-10

DSM-IV Sexual dysfunctions	F52 Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
<b>Sexual desire disorders</b>	
302.7 Hypoactive sexual desire disorder	F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen
302.79 Sexual aversion disorder	F52.10 mangelnde Aversion
-	F52.11 mangelnde sexuelle Befriedigung
<b>Sexual arousal disorder</b>	
302.71 Female sexual arousal disorder	F52.2 Versagen genitaler Reaktionen
302.72 Male erectile disorder	(Männer: Erektionsstörung; Frauen: Mangel oder Ausfall der vaginalen Lubrikation)
<b>Orgasmic disorder</b>	
302.73 Female orgasmic disorder	F52.3 Orgasmusstörung
302.74 Male orgasmic disorder	
302.75 Premature ejaculation	F52.3 Ejaculatio praecox
<b>Sexual pain disorder</b>	
302.76 Dyspareunia	F52.6 nicht-organische Dyspareunie
306.51 Vaginismus	F52.7 nicht-organischer Vaginismus
-	F52.7 gesteigertes sexuelles Verlangen
302.70 Sexual dysfunction not otherwise specified	F52.9 nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörungen
	F52.8 andere sexuelle Funktionsstörung

pressiv getönter Rückzug und Vermeidung von sexueller Initiative. Oft wird es mit Erektionschwierigkeiten begründet, die sich aber bei genauer Exploration eher als Legitimationen für einen anders motivierten sexuellen Rückzug herausstellen.

**Erektionsstörung (erektiler Dysfunktion, „Impotenz“).** Differenzialdiagnostisch ist von großer Bedeutung, ob die Erektion total oder partiell gestört ist. Wenn eine Erektion bei der Masturbation, bei sexuellen Fantasien oder bei anderen Sexualpraktiken als beim Koitus oder beim morgendlichen Erwachen möglich ist (partielle Störung), kann man von einer psychischen Ursache ausgehen, die dann genauer zu explorieren ist. An organische Ursachen muss gedacht werden, wenn die Erektion in keiner Situation möglich ist (totale Störung). Aber auch in diesem Fall kann die Störung psychisch verursacht sein, etwa durch eine Depression. In diagnostisch fraglichen Fällen muss eine koordinierte psychosomatische und urologische Diagnostik stattfinden.

**Vorzeitige Ejakulation (Ejaculatio praecox).** Wann ein Samenerguss als vorzeitig zu bezeichnen ist, lässt sich nicht sinnvoll objektivieren. Die meisten Männer erleben aber eine ungewollte Ejakulation vor, beim oder unmittelbar nach dem Einführen des Penis als vorzeitig. Oft wird sie auch als weniger intensiv erlebt. Die vorzeitige Ejakulation ist vom schnellen Geschlechtsverkehr zu unterscheiden, den manche Männer bevorzugen und der nicht mit einem Leidensdruck verbunden ist.

Die vorzeitige Ejakulation ist abhängig vom Alter und von der sexuellen Erfahrung. Bei jungen, sexuell unerfahrenen und mit der Partnerin unvertrauten Männern tritt sie häufiger auf und nimmt oft mit wachsender Erfahrung und Vertrautheit mit der Partnerin von selbst ab.

**Ausbleibende Ejakulation (Ejaculatio deficiens, Anorgasmie).** Dieses Symptom ist relativ selten. Es ist verwandt mit der verzögerten Ejakulation (Ejaculatio tarda), bei der es erst nach ausgiebigem, subjektiv als quälend lang erlebtem Verkehr oder anderer Stimulation zum Orgasmus kommt. Diese Störung ist fast immer primär, kommt also höchst selten nach einer störungsfreien Phase vor.

#### Bei Frauen:

**Mangel an sexuellem Verlangen.** Die früher diagnostisch im Vordergrund stehenden Orgasmusstörungen sind dem Mangel an sexuellem Verlangen, der sexuellen Lustlosigkeit, als weitaus häufigstem Symptom bei Frauen gewichen. Wahrscheinlich handelt es sich dabei nicht um eine objektive Veränderung der Symptommhäufigkeit, sondern um eine veränderte Fokussierung bei der Beschreibung eines ähnlichen Symptoms sexueller Unzufriedenheit. Die häufig generelle Symptombeschreibung, keine Lust „auf nichts und niemand“, differenziert sich aber bei genauer Exploration. Weibliche Sexualität ist weit mehr kontextabhängig als männliche. Das zeigt sich an kaum einem Symptom deutlicher als an der sexuellen Lustlosigkeit.

**Erregungsstörungen.** Darunter wird das Ausbleiben der Lubrikation (Feuchtwerden der Scheide) und damit verbundener sexueller Erregungsgefühle verstanden. Erregungsstörungen können auftreten, obwohl Lustgefühle empfunden werden. Sie sind also nicht identisch mit Appetenzstörungen. Häufig ist das Orgasmuserleben mitbetroffen; es gibt aber auch Frauen, deren Orgasmusfähigkeit nicht durch die Erregungsstörung beeinträchtigt ist.

**Orgasmusstörung (Anorgasmie).** Orgasmusstörungen treten häufig in Verbindung mit Erregungsstörungen auf, sie können aber auch ohne Beeinträchtigungen der Erregung vorkommen. Frauen, die an dieser Störung leiden, erleben sich sexuell appetent und erregungsfähig, kommen aber nicht über die Plateauphase der sexuellen Erregung hinaus. Die Orgasmusfähigkeit der Frauen ist weitaus variabler als die der Männer. Einerseits kommt höchstens die Hälfte aller Frauen immer oder fast immer beim Geschlechtsverkehr zum Orgasmus (im Gegensatz zu fast allen Männern), andererseits können nicht wenige Frauen multiple Orgasmen erleben (was bei Männern nur in seltenen Fällen möglich ist). Bei Frauen, die manchmal beim Verkehr einen Orgasmus haben und manchmal nicht, ist der darauf bezogene subjektive Leidensdruck meist gering.

**Vaginismus.** Der Vaginismus ist eine unwillkürliche, reflexartige Verkrampfung des Scheideneingangs und der Beckenbodenmuskulatur beim Koitusversuch. Sie führt zu einer so starken

Verengung des Scheideneingangs, dass der Penis nicht eingeführt werden kann. In schweren Fällen ist auch eine gynäkologische Untersuchung oder das Einführen von Tampons oder Vaginalzäpfchen nicht möglich. Die Verkrampfung ist als solche nicht schmerzhaft. Die sexuelle Appetenz und Erregung, auch die Orgasmusfähigkeit sind bei Frauen mit Vaginismus nicht notwendigerweise beeinträchtigt. Der Vaginismus ist fast immer eine primäre Störung. Vaginistische Symptome nach einer störungsfreien Zeit sind extrem selten.

**Schmerzhafter Geschlechtsverkehr (Dyspareunie, Algopareunie).** Schmerzen beim Verkehr, die nicht organisch verursacht sind (z. B. durch Vernarbungen nach Operationen oder Unfällen, Infektionen etc.), können entweder als leichte Form des Vaginismus gesehen werden oder als Symptom von Erregungsstörungen aufgrund der fehlenden Lubrikation.

### *Ursachen und Psychodynamik*

**Somatogen-psychogen.** Der körperliche Allgemeinzustand hat Einfluss auf die sexuelle Appetenz, die sexuellen Funktionen und das sexuelle Erleben. Entsprechend können sich körperliche Erkrankungen auswirken, können bestimmte Operationen und medikamentöse Behandlungen Einfluss nehmen. Das Spektrum dieser potenziellen Krankheiten kann hier nicht einmal andeutungsweise dargestellt werden. Einzelheiten finden sich bei Sigusch (2001).

Die simple Gleichung „körperliche Ursachen = organmedizinische Behandlung, psychische Ursachen = psychotherapeutische Behandlung“, die bereits allgemein psychosomatisch fraglich ist, stimmt auch für sexuelle Störungen nicht in dieser Form. Das lässt sich an einer Formel zeigen, die im Zusammenhang mit den urologisch-internistischen Behandlungsfortschritten der Erektionsstörungen häufig verwendet wird: „Bis in die 80er Jahre dachte man, Erektionsstörungen seien zu 80% psychisch, zu 20% organisch verursacht. Heute wissen wir, dass die Zahlenverhältnisse umgekehrt sind.“ Diese These bezieht sich auf keine empirische Studie, sondern markiert die territoriale Zuständigkeit von Fachdisziplinen, die sich gegeneinander abgrenzen, statt mit ihren spezifischen Kompetenzen zu kooperieren. Der Erfolg der pharmakologischen Behandlung von Erektionsstörungen

nimmt den Psychotherapeuten nicht ihre Zuständigkeit dafür weg, sondern definiert ihre Aufgaben neu. Als neue Frage kommen Compliance-Probleme bei der medikamentösen Behandlung ins Spiel. Das betrifft etwa Männer, die sich trotz medikamentös verbesserter Erektionsfähigkeit sexuell zurückziehen und deren Problem deshalb nicht einfach als „Versagensangst“ zu beschreiben ist. Nicht zu unterschätzen ist auch die Reaktion von Partnerinnen, die Vorbehalte gegen die medikamentöse Behandlung haben, weil sie sich sexuell nicht begehrt fühlen.

Selbstverständlich ist bei internistischen, urologischen, gynäkologischen und neurologischen Erkrankungen eine diagnostische Einschätzung einzuholen, wieweit die sexuelle Funktion beeinträchtigt sein kann. Bei positivem Befund wird sich das psychosomatische Handeln auf die psychische Verarbeitung der sexuellen Behinderung konzentrieren. Bei negativem und – was in der Praxis häufig vorkommt – uneindeutigem Befund ist eine psychodiagnostische Einschätzung zu erarbeiten, die die Psychodynamik verursachender und aufrechterhaltender Faktoren (die nicht identisch sein müssen!) aufzeigt. Im Wesentlichen lassen sich relevante Faktoren auf der individuell-psychodynamischen und der paardynamischen Ebene identifizieren:

**Psychodynamik.** Die funktionellen Sexualstörungen lassen sich krankheitstheoretisch entweder als Ausdruck neurotischer Konflikte oder ich-struktureller Störungen verstehen. Hier muss unterschieden werden zwischen dem Einfluss psychischer Konflikte und Störungen auf das sexuelle Erleben und dem Ausdruck, den solche Konflikte und Störungen in sexuellen Funktionsstörungen finden können. Zum Beispiel ist die sexuelle Funktion angstneurotischer Patienten nicht mehr beeinträchtigt als bei anderen Menschen. Das sexuelle Erleben ist aber immer eingefärbt von der Angstthematik. Das häufig zugrunde liegende Thema des Verlustes nahe stehender Personen lässt angstneurotische Patienten ihre Sexualität sehr anklammernd gestalten. Der zentrale Wunsch ist hier die Kontrolle des Partners; Sexualität wird dann als Bestätigung der unbedingten Nähe des Partners gebraucht und gelebt. Hier ist sexuelles Verhalten und Erleben das Darstellungsfeld, nicht aber die Ursache des Konflikts.

Sexuelle Symptome lassen sich, wie andere psychosomatische Symptome auch, als das

Ergebnis eines Konflikts verstehen, der – vereinfacht – so beschrieben werden kann: Triebwünsche können Angst auslösen. Diese Angst wird kompensiert, indem das Ich mit einem Verzicht auf die Sexualfunktion reagiert. Triebwünsche sind nicht nur im engeren Sinn genitale Wünsche nach Eroberung und Hingabe. Vielmehr kann Angst auch durch Wünsche entstehen, die in der psychoanalytischen Sprache „prägenital“ genannt werden, z. B. Versorgungswünsche oder Unterwerfungslust, aber auch reaktive Impulse wie Enttäuschungswut oder stummer Ärger. Ganz entscheidend ist es, die durch Angstbindung ichtabilisierende Funktion sexueller Symptome zu verstehen.

Bei chronischen Störungen lässt sich oft ein Selbstverstärkungsmechanismus erkennen, der das Symptom aufrechterhält, auch wenn die psychodynamischen Ursachen für das erste Auftreten des Symptoms mittlerweile nicht mehr wirksam sind. Das Auftreten eines Misserfolgs oder einer sexuellen Frustration wird ängstlich für die nächste sexuelle Situation vorweggenommen und schafft einen Erwartungsdruck, der seinerseits erst recht zum befürchteten Resultat führt.

**Paardynamik.** Häufig hat auch der manifest symptomfreie Partner einen Anteil an der Störung. Hatte ein Partner die Störung bereits vor der aktuellen Partnerschaft, kann durch die unbewusste Partnerwahl das Symptom weiter aufrechterhalten werden. Schwerer zu durchschauen als offene Feindseligkeit oder Machtkämpfe zwischen den Partnern sind latente Konflikte wie z. B. Kollusionen (Willi 1975), also das unbewusste Zusammenspiel beider Partner in einem gemeinsamen Grundkonflikt. Jeder Partner übernimmt eine Seite des Konflikts und delegiert die Gegenseite an den Partner, wo er sie bekämpft.

Deshalb ist paardynamisch immer daran zu denken, dass der symptomfreie Partner ein unbewusstes Interesse an der Störung des anderen haben kann, auch wenn er manifest über die Störung klagt.

Clements systemische Sexualtherapie (2004) fokussiert vor allem auf die Entwicklung der erotisch-sexuellen Biographie, die Ambivalenzen des sexuellen Begehrens, den Unterschied zwischen dem sexuellen Können (Funktion) und dem sexuellen Wollen (Begehren) sowie auf die sexuelle Differenz und die Entwicklung eines

individuellen sexuellen Profils der beiden Partner.

**Therapie.** Prinzipiell gilt, dass das paartherapeutische Setting bei funktionellen Sexualstörungen und Störungen der sexuellen Appetenz die erfolversprechendere Behandlungsform ist. Da sexuelle Störungen – unabhängig von ihren Ursachen – immer auch Störungen der sexuellen Interaktion mit einem Partner sind, ist es sinnvoll, die sexuelle Interaktion zum Fokus der Therapie zu machen. Voraussetzung ist, dass der manifest symptomfreie Partner bereit ist, das sexuelle Problem als auch ihn selbst betreffend zu sehen.

Eine Einzeltherapie ist dann sinnvoller als eine Paartherapie (abgesehen natürlich vom Fehlen eines Partners oder wenn der Partner nicht zu einer Paartherapie bereit ist), wenn der Patient wenig symptomfixiert ist und sich das sexuelle Symptom nur als eine Facette einer neurotischen oder Persönlichkeitsstörung darstellt. Einzeltherapien von Patienten, die sehr auf ihr sexuelles Symptom fixiert sind, haben eine schlechte Prognose.

Die „klassische“ Sexualtherapie nach Masters und Johnson. Dieses von W. Masters und V. Johnson (1973) in den 60er Jahren entstandene und in Deutschland mit dem „Hamburger Modell“ (Arentewicz u. Schmidt 1980, Hauch 2005) weiterentwickelte Behandlungskonzept lässt sich therapieschulisch nicht eindeutig zuordnen. Am ausgeprägtesten sind in der frühen Phase seine verhaltenstherapeutischen Anteile mit Paarübungen steigender Schwierigkeitsgrade, die später im Hamburger Modell mit psycho- und paardynamischen Überlegungen ergänzt werden. Während der Therapie besteht ein vorübergehendes Koitusverbot, welches das Paar von der sexuellen Versagensangst entlasten soll.

**Systemische Sexualtherapie.** In der systemischen Sexualtherapie (Clement 2004, Schnarch 2006) wird der Fokus weniger auf die Störungen der sexuellen Funktion gelegt, sondern auf die Störungen in der Kommunikation über sexuelles Begehren. Beide Partner teilen sich nicht alles mit, was sie früher erfahren haben, was sie außerhalb der Partnerschaft erleben, was sie verwirklichen möchten, was sie an ungelebten Sehnsüchten haben oder welche Fantasien sie beschäftigen. Bestimmte Bereiche ihrer Sexualität werden von vornherein oder im Lauf einer Beziehung aus der Kommunikation ausgeschlossen, ex-kommuniziert.

Die sexuelle Kommunikation ist so häufig stark durch Rücksichts- und Schonungsmotive bestimmt, der Umgang mit der sexuellen Kommunikation bzw. Ex-Kommunikation wird ein zentraler Prozesssteuerungsparameter der Therapie.

Im Verlauf systemischer Sexualtherapie lassen sich drei Phasen unterscheiden:

- eine erste Phase, die durch den symptomstabilisierenden Interaktionszirkel des Paares, durch die Eskalation von Vorwurf und Verteidigung bestimmt ist;
- eine zweite Phase, in der die sexuelle Profilierung und Differenzierung der beiden Partner im Mittelpunkt steht und
- eine dritte Phase, in der die Partner verhandeln, wie sie mit der erlebten Differenz ihrer sexuellen Profile umgehen wollen.

Im Gegensatz zu der (verdeckten) Harmoniehoffnung der ersten Phase, die sich als Kampf gegen die Unterschiede zeigt, werden jetzt die Unterschiede bejaht und als Voraussetzung für eine neue Begegnung genutzt. Zur Durcharbeitung dieser Phasen steht ein umfangreiches Spektrum systemischer Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung. Clement (2004) unterscheidet Interventionen im „Spiel“-Modus und im „Ernst“-Modus, die in allen Therapiephasen zur Anwendung kommen können.

### *Das Thema Sexualität im diagnostischen Gespräch*

Bei sexuellen Problemen können Peinlichkeits- und Schamgefühle die Schwelle erhöhen, überhaupt professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Diese Schwelle besteht auf Seiten der Patienten ebenso wie auf der Seite der professionellen Helfer. Das führt dazu, dass sexuelle Probleme meist relativ spät ins Gespräch kommen, wenn sie sich bereits zu chronifizierten Störungen entwickelt haben.

Eine Sexualanamnese sollte Bestandteil jeder psychodiagnostischen Exploration sein, unabhängig von der Symptomatik. Dabei zielt die Exploration der psychosexuellen Entwicklung und der gegenwärtigen Sexualität nicht primär auf den Störungsaspekt der Sexualität. Vielmehr lassen sich aus der Kenntnis der sexuellen Erfahrungen eines Patienten wichtige Hinweise auf seine Beziehungsgestaltung, seine Persönlich-

keitsstruktur, seine Wünsche und Fantasien und seinen Umgang mit Konflikten gewinnen.

In der Regel sprechen Patienten nicht von sich aus sexuelle Themen an. Dies hat zu der verbreiteten Annahme geführt, es müsse zunächst ein ganz besonders vertrautes Verhältnis im Gespräch entstehen, ehe Sexualität thematisiert werden könne. Diese Annahme ist plausibel, aber unzutreffend. Vielmehr können Fragen nach sexuellen Erfahrungen und Erlebnissen gerade dann unbelastet gestellt werden, wenn sie professionell, im Fluss des diagnostischen Gesprächs als ganz normaler Aspekt des Lebens auftauchen ohne zu große Vorsicht oder kontraphobische Forschung.

Ein wesentliches Element der professionellen Gesprächssituation ist die rollengebundene Asymmetrie der Gesprächspartner. Die Möglichkeit der Selbstoffenbarung des Patienten setzt die komplementäre Zurückhaltung des Therapeuten voraus, was Bewertungen, eigene Normen und erst recht Vorlieben und Abneigungen angeht.

Einer speziellen Erwähnung bedarf die *Wortwahl* bei Sexualanamnesen. Es empfiehlt sich, ein neutrales, wenig affektbesetztes Vokabular zu verwenden. Gerade die Affektminimierung in der Wortwahl unterstreicht die Normalität des Themas Sexualität im diagnostischen Gespräch. Das gilt auch und gerade, wenn für den Patienten seine persönlichen Sexualerfahrungen ganz und gar nicht neutral oder normal sind.

Sexualanamnesen sprechen persönliche Geheimnisse an. Deshalb sollte sich der Interviewer klar machen, dass er ohnehin nicht alles erfahren wird. Er kann aber durch einfühlsame und geschickte Gesprächsführung dem Patienten ermöglichen, viel zu berichten, ohne dass Schamgefühle aufkommen müssen oder ohne dass er sich ausgehorcht fühlen muss.

Gerade Fragen nach schambesetzten oder zumindest sehr intimen Erfahrungen können Widerstand und Antwortverweigerung provozieren. Deshalb ist es oft günstiger, ein bestimmtes Verhalten in der Frageformulierung einfach vorauszusetzen, statt es direkt zu erfragen. Also nicht: „Haben Sie in letzter Zeit Selbstbefriedigung praktiziert/gemacht?“, sondern: „Bestehen die Erektionsschwierigkeiten auch bei der Selbstbefriedigung?“

Nach derselben Überlegung kann es günstig sein, Zwiespältigkeiten, Unzufriedenheiten und Konflikte als möglich und denkbar zu formulieren. In diesem Sinne ist z. B. die Frage „Sind Sie

mit Ihrem Sexualleben zufrieden?“ besonders ungeeignet. Sie legt eine pauschale positive Antwort nahe, die dann auch wenig aussagt. Ergiebiger dagegen sind Fragen, die eine Differenzierung nahe legen, wie: „Im sexuellen Leben gibt es ja Situationen, mit denen man ganz befriedigt ist, dann wieder andere, die einem unangenehm sind. Wie sieht das in Ihrem Sexualleben aus?“ Damit erleichtert der Untersucher den Einstieg in einen Bericht über auch widersprüchliches und konflikthafte Erleben.

Sexualanamnesen bei Patienten, die primär wegen eines sexuellen Problems zur Untersuchung kommen, sind i.d.R. leichter zu erheben als bei anderen Patienten. Die folgende *Übersicht über Inhalte der Sexualanamnese* fasst die wesentlichen Aspekte zusammen, die dann angesprochen werden sollten:

#### A. Symptomatik

- Liegen Abweichungen oder Störungen der sexuellen Funktion, Wünsche oder der Geschlechtsidentität vor und wenn ja, in welchen Kontexten?

#### B. Auslösesituation und subjektive Störungstheorie

#### C. Gegenwärtige Sexualität

- Welche Wertigkeiten werden von den Partnern geteilt, welche sind umstritten?
- Ist das sexuelle Problem in der Partnerschaft entstanden oder hat es einer der Partner „mitgebracht“?
- Welchen Stellenwert hat die Sexualität in der Beziehung?
- Wird das sexuelle Problem in der Partnerschaft symmetrisch (i. S.: es ist „unser Problem“) oder komplementär (ein Partner wird als ungestört, der andere als gestört definiert) gesehen?
- Gibt oder gab es sexuelle Beziehungen außerhalb der Partnerschaft?

#### D. Sexuelle Entwicklung

- Welches sexuelle „Klima“ herrschte im Elternhaus?
- In welchem emotionalen Kontext und mit welchen Partnern wurden die ersten Sexu-alerfahrungen gemacht?
- Gab es Missbrauchserfahrungen?

## Literatur

Anmerkung: aus Platzgründen sind nicht alle im Text zitierten Literaturstellen hier nachgewiesen. Rückfragen gerne beim Autor.

Bancroft J, Graham CA, McCord C. Conceptualizing women's sexual problems. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2001; 27:95-104.

Buddeberg C. *Sexualberatung*. Stuttgart: Thieme; 2005.

Clement U. *Systemische Sexualtherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004.

Clement U. Vom Ernst zum Spiel und zurück. Ein Aspekt der systemischen Sexualtherapie. *Zeitschrift für Sexualforschung*. 2004b; 17:152-162.

Ernst C, Foldenyi M, Angst J. The Zurich Study: XXI. Sexual dysfunctions and disturbances in young adults. Data of a longitudinal study. *Eur Arch Psychiat Clin Neurosci*. 1993; 243:179-188.

Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*. 1994; 151:54-61.

Hauch M. *Paartherapie bei sexuellen Störungen. Das Hamburger Modell: Konzept und Technik*. Stuttgart: Thieme; 2005.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*. 1999; 281:537-544.

Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown; 1970.

Matthiesen S, Hauch M. Wenn sexuelle Erfahrungen zum Problem werden. *Familiendynamik*. 2004; 29.

Moynihan R. The making of a disease. Female sexual dysfunction. *British Medical Journal*. 2003; 326:45-47.

Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: Prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Pub Health Med*. 1997; 19:387-391.

Schmidt G. Tendenzen und Entwicklungen. In: Arentewicz G, Schmidt G, eds. *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie*. Stuttgart: Enke; 1993:1-12.

Schnarch D. *Die Psychologie sexueller Leidenschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2006.

Sigusch V, ed. *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme; 2006.

Tiefer L. Offensive gegen die Medikalisierung weiblicher Sexualprobleme. *Familiendynamik*. 2004; 29:121-139.

Willi J. *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt; 1975.