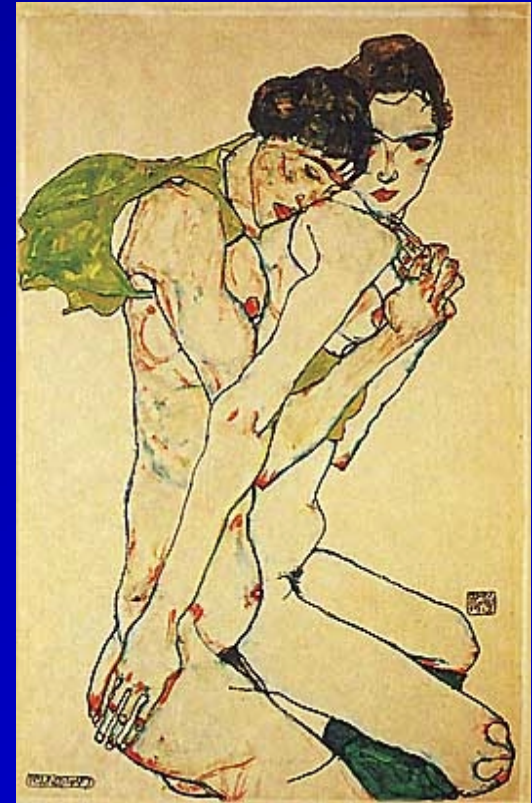


Sommersemester 2004

Modul 3.2, Urologie/Nephrologie

Männliche Sexualstörungen

Prof. Dr. Henning Schauenburg



Übersicht

- Sexualstörungen heute
- Die sexuelle Reaktion
- Funktionelle Sexualstörungen des Mannes
- Therapeutische Strategien
- Literaturhinweise



„Unzweifelhaft ist die geschlechtliche Liebe einer der Hauptinhalte des Lebens und die Vereinigung seelischer und körperlicher Befriedigung im Liebesgenusse geradezu einer der Höhepunkte desselben. Alle Menschen bis auf wenige verschrobene Fanatiker wissen das und richten ihr Leben danach ein; nur in der Wissenschaft ziert man sich, es zuzugestehen.“

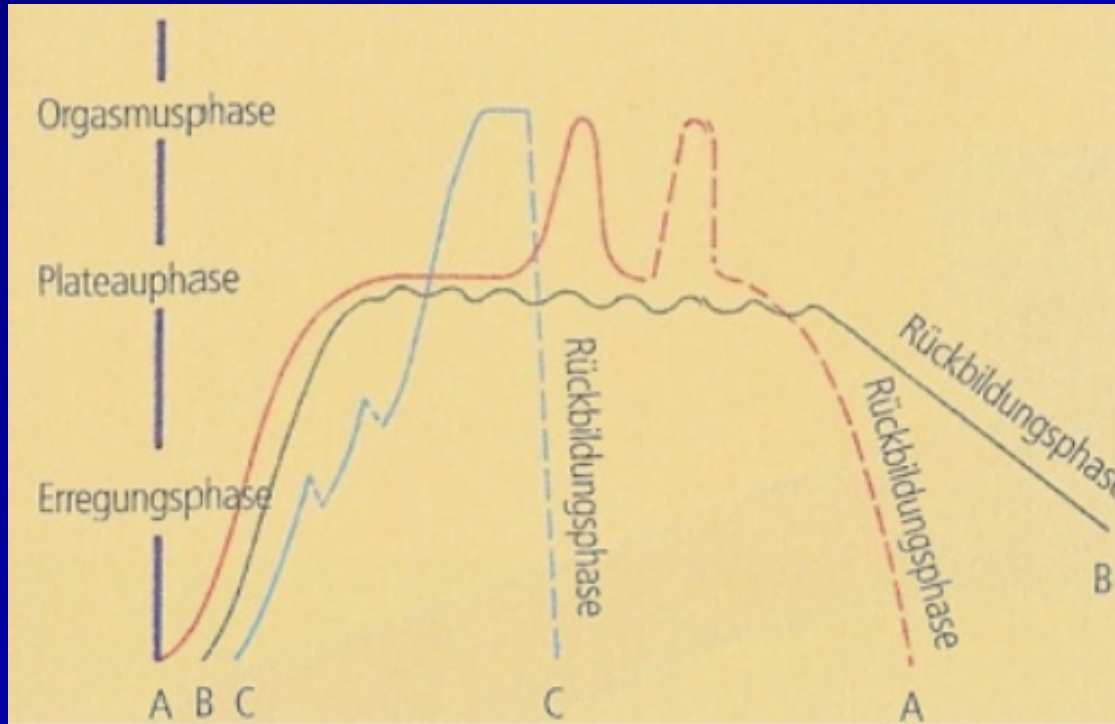
(Sigmund Freud, 1915)



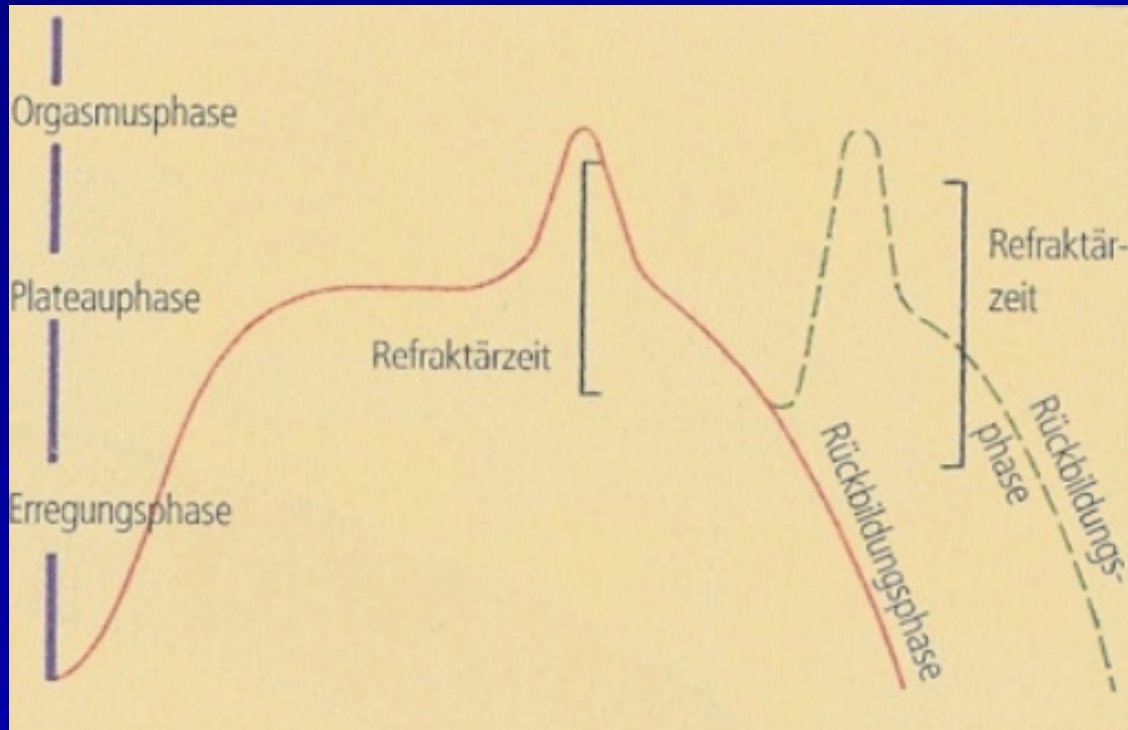
Sexualstörungen heute

- Trotz sexueller Offenheit erheblicher Leistungsdruck (heute evtl. verstärkt durch Medien), deswegen meist unerkannt und unbehandelt
- Großer Leidensdruck, aber nach wie vor sehr schambesetzt, deshalb verhaltenes und verdecktes Hilfesuchen
- Z.T. Schwierigkeiten auf Seiten der Behandler (sowohl Organmediziner als auch Psychotherapeuten)
- Defizite im Studium und Ausbildung sowohl bei Medizinern als auch bei Psychologen

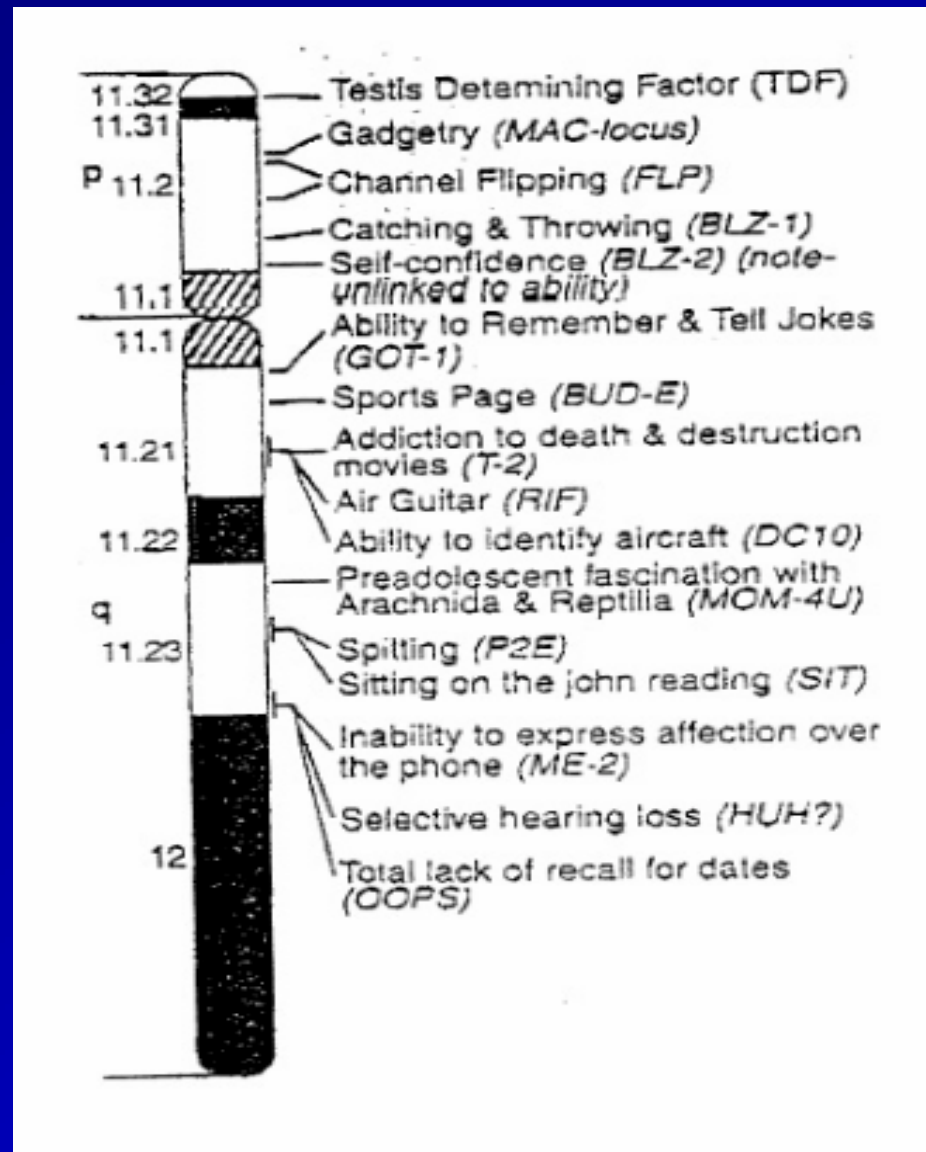
Die sexuelle Reaktion der Frau



Die sexuelle Reaktion des Mannes



Fortschritte bei der Kartierung des Y-Chromosoms - ☺



Sexuelle „Normen“

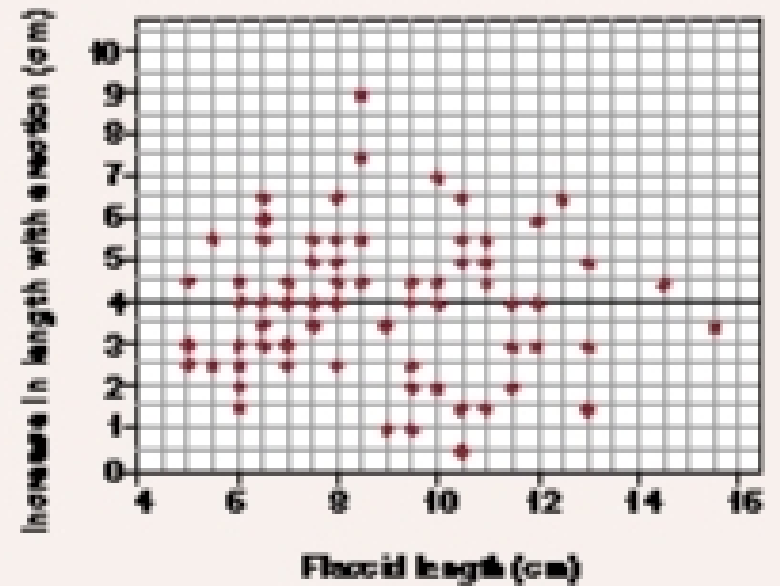
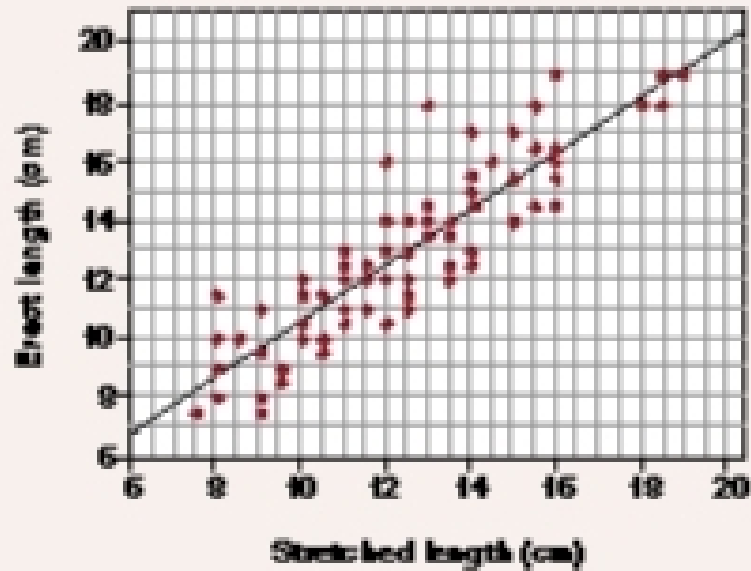
- Anatomie: nicht erigierter Penis 8,5-10,5 cm; erigierter Penis: 14,5 – 16,5 cm, MW-D: 14,48 cm) *
- Erster Koitus: ca. 17 J. (1900: 18,5 J.)
- Häufigkeit: 18-30 J.: 7mal/Mon.; 30-40 J.: 6mal/Mon.; 40-50 J.: 4-5mal/Mon.; 50-60 J.: 3mal/Mon.
- „Dauer“ (1995): Vorspiel 15 min. (1950: 12 min.), Koitus: 12 min. (1950: 2 min.)

* „Im Lande der Phantasievorstellungen wird „Penis“ nur in drei Größen geliefert: ziemlich groß, gewaltig und so enorm, dass man ihn kaum durch die Tür bringt...“ (B. Zilbergeld 1995)

- „Sohn, er ist immer zu klein !“ (Al Bundy)

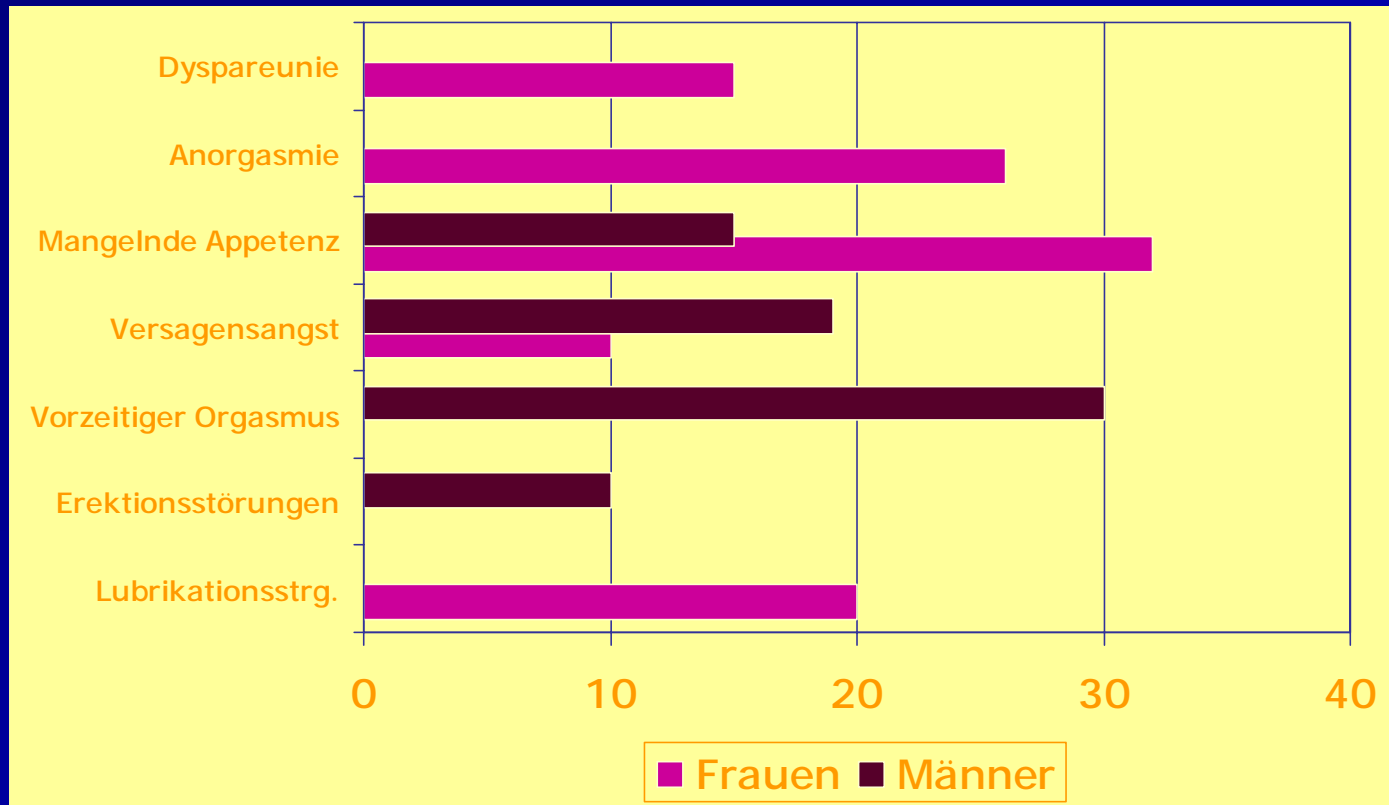


Zum Thema Penislänge



Sexuelle Funktionsstörungen

- Übersicht und Häufigkeit-



(USA 1998, über Altersgruppen gemittelt, nach Rosen et al.)

34,8% aller 40-70jährigen Männer haben eine mittlere bis schwere ED,
(Lauman, Rosen et. al. JAMA 1999) !



Sexualanamnese

- ◆ Symptomatik (Art und Ausmaß, initial-primär-sekundär, situativ, chronisch ?)
- ◆ Sexuelle Entwicklung (Partnerschaft, sexuelle Kontakte, Verhütung)
- ◆ Zufriedenheit mit Sexualität
- ◆ Bewertung/Wichtigkeit von Sexualität

- ◆ Umgang mit Symptomatik, Reaktion des Partners
- ◆ „Selbstheilungs“- und Therapieversuche



Häufigste „Störung“: Mangelndes Interesse an sexuellen Aktivität (LSD-low sexual desire syndrome)

Erscheinung

Sehr heterogen, mangelndes sexuelles Verlangen, oft zusammenhängend mit Funktionsstörungen, nur wenn subjektiv leidvoll !

Abgrenzung: Sexualaversion !

Häufigkeit

Tendenziell zunehmend, 12-15% in Spezialambulanzen.

Sexuelle Unlust bei Frauen traditionell häufiger Unter restriktiver Sexualmoral weniger ein Problem als heute.

Ursachen

Unbewußte und bewußte Ängste (Vor Beschämung, Entwertung, Kontrollverlust), sehr häufig verdeckte Partnerkonflikte, Belastungen (Beruf), Depressionen

Therapie

Klärung der „wirklichen“ Ursachen, ggf. Partnertherapie oder Einzelpsychotherapie

Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes

Störungen der Erregungsphase: vorzeitige Ejakulation (Ejaculatio praecox)

Erscheinung

Ejakulation noch vor oder sehr kurz nach Einführen des Penis. Definition schwierig, da keine Frage der absoluten Dauer oder des Erreichens eines Orgasmus bei der Partnerin. Am ehesten: Unfähigkeit zur willkürlichen Kontrolle der Ejakulation.

Häufigkeit

50-65% aller Männer bis zum 40. Lebensjahr erleben gelegentlich oder häufig vorzeitige Ejakulationen. Bei ca. 1/3 chronisches Problem.

Ursachen

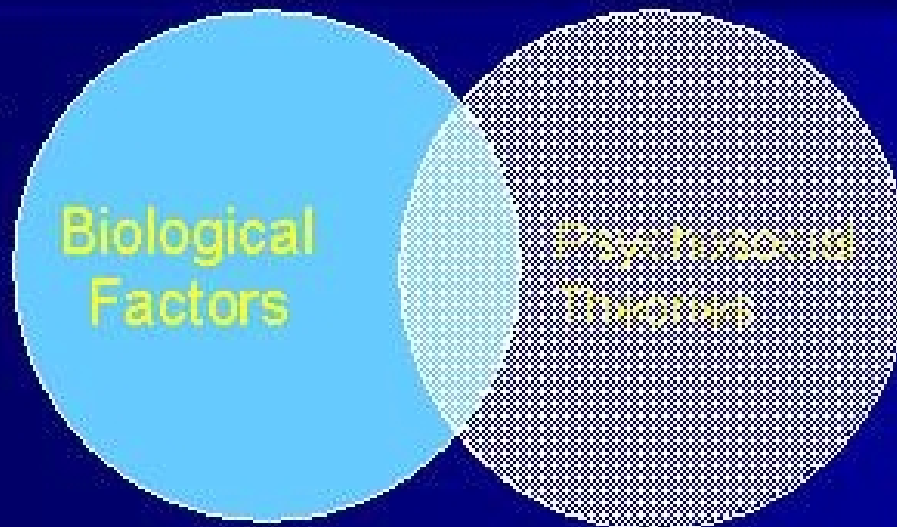
Psychogen bei unklarem Einfluß konstitutioneller vegetativer Erregbarkeit. Ungünstige Konditionierung, ungenügende Wahrnehmung der präorgast. Körperempfindungen, z. B. aus Erwartungsangst oder übertriebene Rücksichtnahme auf die sexuelle Befried. der Partnerin (mit gegenteilig. Effekt).

Therapie

Verhaltenstherapie (Körperwahrnehmung verbessern), Partnerübungen (Stop-and-go), Ziel: Verbesserung der Ejakulationskontrolle

Multifactorial Etiology of Premature Ejaculation

Evolution
Central 5-HT sensitivity
Hormones
Penile sensitivity
Ejaculatory reflex

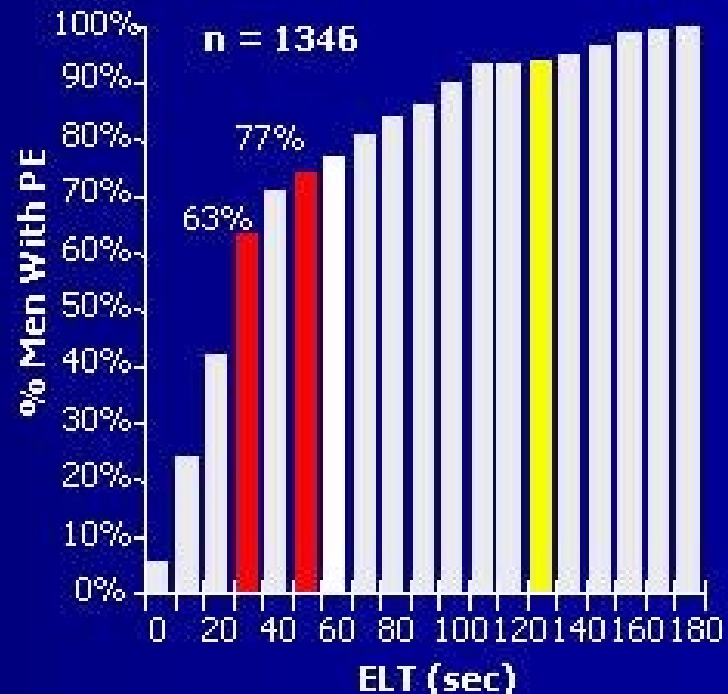


Anxiety
Early sexual experience
Psychodynamic
Frequency of sexual activity
Sexual technique
Context



Intravaginal Ejaculatory Latency Time

- IVELTs < 30 sec in 63% and < 60 sec in 77% of men with PE
- Ejaculation “ante portas” (during foreplay) occurred on the majority of occasions in 5.6% of men



Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes

Störungen der Erregungsphase: Erektionsstörungen (Erectile dysfunction - ED)

Erscheinung

Anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit zur Aufrechterhaltung einer Erektion, die für eine befried. sexuelle Funktion ausreichend ist. Primär oder sekundär, situativ oder generalisiert.

Häufigkeit

Schwer zu bestimmen. Chronische Erektionsstörungen: mit dem Alter ansteigend, junge Männer 0,4%, ältere Männer bis 25%. Gelegentliche ED: 1/3 bis 1/2 aller Männer.

Ursachen

Psychische und org. Prozesse. Bei jüngeren Patienten fast immer psychogen, bei älteren Patienten sehr häufig (80%) organische Verursachung bzw. Mitbeteiligung und psychogene Verstärkung

Diagnostik

Ausschluß: Gefäßerkrankungen, Diabetes mellitus, -neurolog. Erkrank., versch. Stoffwechselerkr., Niereninsuffizienz, Post-OP, Medikamenten-NW.
Psych. Komorbidität, morgendliche oder nächtl. Erektionen ?

Therapie: s.u.

Seltene sexuelle Funktionsstörungen des Mannes:

- **Ejaculatio retardata**

Sehr selten. Ursache: Selten Diabetes mellitus oder Androgenmangel. Häufiger Drogen/Alkohol, Psychopharmaka.

Psychische Hintergründe: Samenerguß wird als riskant für die eigene Person oder die Partnerin erlebt. Frauen werden als bedrohlich erlebt, Samenerguß entspricht einem gefürchteten aggressiven Akt. Andere Erklärung: primäre Selbstbezogenheit, Unfähigkeit zur Erregung durch Berührung etc. seitens Partnerin.

- **Retrograde Ejakulation:**

Sehr selten. Ursache: organisch. Meist autonome Polyneuropathie z.B. bei Diabetes mellitus u. a. .Diagnostik durch Nachweis massenhafter Spermien im Urin.

- **„Trockener“ Orgasmus:**

Extrem selten. Ursache: organisch. Oft Medikamenten-Nebenwirkung (Betablocker)



Diagnostische Hinweise: Erektionsstörungen

Eher psychogen	Eher organisch
<p>Plötzlicher Beginn</p> <p>Schneller Erektionsverlust</p> <p>„Gute“ Erektion bei Selbststimulation oder morgendlich</p> <p>Vorzeitige Ejakulation</p> <p>Primäre Beziehungsprobleme</p> <p>Belastende Lebensereignisse</p> <p>Psychische Komorbidität</p>	<p>Langsamer Beginn</p> <p>Mangelnde Schwellung</p> <p>Normale Ejakulation</p> <p>Normale Libido (außer Hypogonadismus)</p> <p>Risikofaktoren (Gefäßerkr., neurol. Erkr., hormonelle Erkr.)</p> <p>Postoperativ (Becken-OP)</p> <p>Bestrahlungen</p> <p>Rauchen, mass. Alkohol, Doping</p> <p>Medikamenten-NW: v.a. Betablocker, Antidepressiva, Antipsychotika, L-DOPA, H2-Blocker...)</p>



Somatische Therapie bei Erektionsstörungen:

- **SKAT-Methode (Schwellkörper-Autoinjektionstherapie - Prostaglandin E1)**
Seit 10 Jahren. Gute Erfolgsquote und wenig belastende Prozedur (Pen-Injektion). Aber hohe Drop-Out-Quote, unkl. Fibroseneigung ...
- **Selten und bei ausgewählten Indikationen: Penisprothese, Vakuumpumpe**
- **Neue Entwicklungen:**
Intraurethrale Applikation von Prostaglandin E1 + Prazosin (α -Blocker)(MUSE), schwierige Anwendung, abhängig von PGE1-Rezeptorendichte.
Systemische Behandlung: selektive Hemmung der c-GMP-spezifischen Phosphodiesterase Typ 5 (Vasodilatation der Corpora cavernosa) (Sildenafil - VIAGRA)
Neue Substanzen: z.B. Apomorphin



Wirkmechanismus:

Phosphodiesterase-Hemmer vom Typ 5

Chemische Reaktionskette bei der Erektion

Nervenimpuls → NO → GTP → cGMP → Proteinkinase G → Proteine → Muskelrelaxation → Erektion



PDE5-Hemmer erhöhen → hohe cGMP-Konzentration
cGMP-Konzentration



verstärkte Reaktion



Sildenafil (Viagra) und andere....

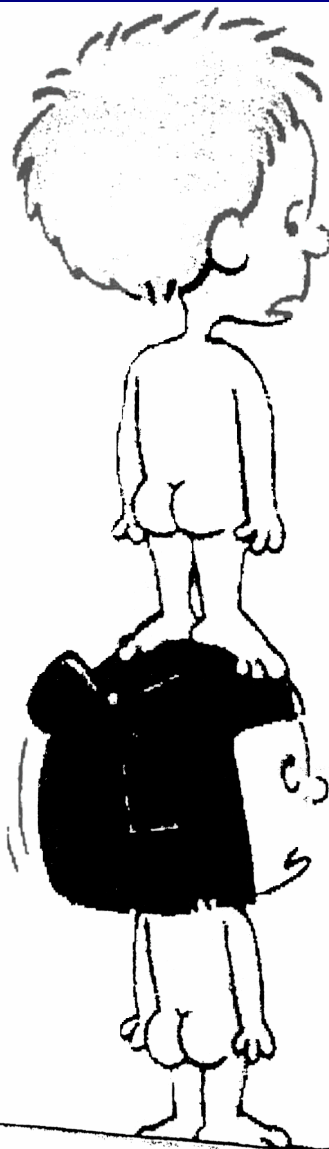
- **Indikation:**
Organische Schäden: Gefäßerkrankungen, Diabetes, Denervierung (Querschnittslähmung, Prostatektomie). Wahrscheinlich auch psychogene Erektionsstörung (initial). (Umsatz: USA ca. 1,7 Mrd. \$ /Jahr)
- **Besonderheiten:**
Wirkungsbeginn 30 min, Dauer -2 Stunden, normaler Ablauf der sexuellen Reaktion, Dosisabhängigkeit
- **Wirkung (Dosis 50 - 100 mg) :**
Dauer ca. 2h, nur unter sexueller Stimulation
Gemischte Stichproben: 40-79% (Placebo 10-23%)
Querschnittslähmung: 65% (Placebo 8%), rad. Prostatektomie 45% (20-70, je nach OP-Technik).
- **Nachfolgepräparate: Levitra (Wirkung ca. 4h), Cialis (Wirkung ca. 12h)**
- **Nebenwirkungen (Dosisabhängigkeit !):**
Absolute Kontraindikation: Einnahme von Nitraten
Sehstörungen (Farbensehen)
Kopfschmerzen, Gesichtsrötungen
- **Generelle Problematik:**
vitale Gefährdung durch kardiale NW
Vernachlässigung des Beziehungsaspektes von Sexualität ??



„Ich bin ein einundsiebzigjähriger Mann mit einer vierunddreissigjährigen Geliebten.[...] Ohne Viagra hätte ich ein zu meinem Alter passendes Weltbild und völlig andere Ziele. Ohne Viagra besäße ich die Würde eines Gentleman, der kein Verlangen verspürt und sich korrekt benimmt. Ich würde nichts Unvernünftiges tun. Ich würde nichts tun, das unschicklich, übereilt, unüberlegt und für alle Beteiligten möglicherweise katastrophal ist. Ohne Viagra könnte ich in den letzten Jahren meines Lebens fortfahren, die unpersönliche Perspektive eines Mannes zu entwickeln, der die sinnlichen Genüsse des Lebens schon längst aufgegeben hat. [...] Dank Viagra habe ich Zeus' amouröse Verwandlungen verstanden. Sie hätten es Zeus nennen sollen.“

(Philip Roth, Der menschliche Makel, 2002)





Okay, wir haben unsere
Kleider ausgezogen,
ich bin auf dich drauf
Wie lange dauert es
jetzt, bis sich der
Höhepunkt einstellt?

Keine Ahnung - aber
ich weiß jetzt,
warum Mutti so oft
Kopfschmerzen hat

Partnerdynamik bei sexuellen Störungen

- **Delegation:**
„Ungestörter“ Partner hat Interesse an Aufrechterhaltung der Störung
- **Arrangement:**
Stillschweigende Übereinkunft, „Komplott zur Umgehung des Geschlechtsverkehrs“, z.B. bei Vaginismus.
- **Wendung gegen den Partner:**
Ausdruck von Aggression und/oder Entwertung, „Waffe im Ehekrieg“.
- **Ambivalenzmanagement:**
Regulativ bei ausgeprägten Näheängsten oder Gefährdung der Autonomie (typische Auslöser: Geburt eines Kindes, Rückzug aus dem Beruf (Frauen)).

nach: Arentewicz G., Schmidt G.: Sexuell gestörte Beziehungen, Springer, Berlin 1986



PDE-5-Hemmer und Psychotherapie

- Vorbehalte gegen „künstliche“ Förderung der Sexualität
- Überwindung der Scham
- Umgang mit „chronifizierter“ Abstinenz
- Gehemmtheit bzw. sex. Desinteresse in der Partnerschaft



Verhaltenstherapie bei Erektionsstörungen

Beispiel: Partnertherapie nach Helen Singer Kaplan:

- **Erste Stufe:** Sensualitäts-Übung, Partnerübungen mit Schwerpunkt auf Körperempfindung ohne Erektion.
- **Zweite Stufe:** Sensualitäts-Übungen mit Erektion. Aufmerksamwerden auf spontane Erektionen, Empfehlung von Manipulationen zum Verschwindenlassen der Erektion (Squeeze-Technik).
- **Dritte Stufe:** Extravaginaler Orgasmus. Partnerinnen müssen akzeptieren, daß der Mann einen Orgasmus ohne Koitus bekommt (führt häufig zur Entlastung des Mannes).
- **Vierte Stufe:** Einführung des Penis, Orgasmus außerhalb der Vagina.
- **Fünfte Stufe:** Koitus, dabei muß der Mann passiv bleiben. Reaktionen der Partnerin auf die wiedererlangte Potenz des Mannes wichtig (Bedrohung, Aufkommen vorher unbewußter Ängste und Feindseligkeit). Typisch: "Jetzt wo er wieder potent ist, wird er mich verlassen".
- **Grundprinzip der Stufentherapie:** Jede Stufe bis zur angstfreien "Beherrschung". Genauestes Durcharbeiten von Hindernissen, Ängsten und Beunruhigungen.



Literatur: Sexualmedizin

- Lehrbücher:

- Beier K, Bosinski H, Hartmann U, Loewit K (2001) Sexualmedizin. Urban & Fischer, München, Jena (Aktuelle Übersicht)
- Bancroft, J. (1989): Human sexuality and its problems. Churchill Livingstone, Edinburgh. 2nd ed.. (Umfassendstes Standardwerk)
- Masters W., Johnson V., Kolodny R. (1996): Heterosexualität, Ueberreuther (sehr praxisnah, sehr gutes psychologisches Verständnis)

- Therapie sexueller Störungen

- Kaplan, HS: Sexualtherapie. Enke-Verlag
- Arentewicz, G., Schmidt, G.: Sexuell gestörte Beziehungen, Springer-Verlag
- Hanel J. (1998) Ejaculatio praecox – Therapiemanual, Enke

- Bücher, die betroffenen Patienten empfohlen werden können:

- Zilbergeld, B.: Männliche Sexualität. DGVT-Verlag
- Barbach, L.: For yourself. Die Erfüllung weiblicher Sexualität. Fischer-Verlag
- Joannides, P: Wild Thing. Sex Tips für Boys und Girls. Goldmann. Bester Ratgeber !
- Friday, N.: Die sexuellen Phantasien der Frau. Rowohlt-TB
- Friday, N.: Die sexuellen Phantasien des Mannes. Rowohlt-TB



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Folien unter: www.psychosomatik.uni-goettingen.de