

Mann und Frau - Aspekte der sexualmedizinischen Beratung von älter werdenden Menschen

Karoline Bischof

Zürcher Institut für klinische Sexologie und Sexualtherapie ZISS

Erschienen in: *Therapeutische Umschau* 2005; 62; 12: p. 807-811

Zusammenfassung

Sexualität ist heute ein wesentlicher Bestandteil im Erleben von alternden Menschen. Dabei stellen psychosoziale und biologische Veränderungen und die zunehmende Morbidität Herausforderungen an ein befriedigendes Sexualleben dar. Von den Grundversorgern werden zunehmend Kenntnisse hierüber erwartet, ebenso wie eine gewisse sexologische Beratungskompetenz. Der vorliegende Beitrag diskutiert die wesentlichen körperlichen Alterungsprozesse und ihren Zusammenhang mit häufigen Sexualstörungen. Ein praxisnahes Therapiekonzept, der Approche sexocorporelle, wird vorgestellt. Es geht von einem Modell lebenslanger sexueller Entwicklung aus, in dem die Adaptation an neue Lebensphasen und Begrenzungen durch sexuelle Lernprozesse gelingen kann. Mit dem Anregen solcher Lernprozessen steht dem Grundversorger bei sexuellen Problemen neben der medikamentösen Behandlung ein einfach erlernbarer Beratungsansatz zur Verfügung.

Einleitung

Der breite Horizont und die interdisziplinäre Ausrichtung der Hausärztinnen und -ärzte prädestinieren sie als primäre Ansprechpartner für Patienten und Patientinnen einer Altersgruppe, in der sexuelle Probleme oft mit körperlichen oder psychosozialen Veränderungen zusammenhängen. Seit Einführung der Phosphodiesterase-5-Hemmer erwarten die Patienten* von ihren Ärzten* (*Fussnote: Beide Geschlechter sind gemeint) zunehmend eine gewisse sexologische Kompetenz. Da jedoch viele sexologische Konzepte entweder von primär organischen oder von psychischen Defiziten ausgehen, welche in der Medizinerbildung kaum gestreift werden, fühlen sich nicht wenige Hausärzte überfordert. Auch das Verschreiben von Medikamenten bei Sexualstörungen ist ohne sexologisches Basiswissen für Patient und Arzt oft unbefriedigend.

Ein praxistaugliches Beratungskonzept, das keine psychotherapeutische Ausbildung voraussetzt, ist der *Approche sexocorporelle* (AS). Dieses von einer kanadischen Gruppe entwickelte Modell einer lebenslang entwickelbaren Sexualität versteht sexuelle Lernprozesse als Basis für die Adaptation an potentiell störende Veränderungen, wie sie auch das Altern mit sich bringt [1, 2, 3]. Die Störanfälligkeit der sexuellen Homöostase eines Menschen wird dabei nicht in erster Linie durch psychische oder organische Faktoren, sondern durch die von ihm erlernten sexuellen Fähigkeiten bestimmt. Je nach Reichhaltigkeit und Adaptivität dieser Fähigkeiten wirken sich Krankheiten, Veränderungen der Sexualphysiologie und der Sensomotorik sowie psychosoziale Aspekte des Alterwerdens stark oder kaum auf die Sexualität aus. Stattdessen steht die sexuelle Störanfälligkeit in direktem kausalem Zusammenhang mit der Erregungsfunktion und dem Erregungsmodus - der Art, wie ein Mensch gelernt hat, seine sexuelle Erregung zu steuern [3]. Solche sexuellen Lernprozesse können altersunabhängig jederzeit stattfinden und bilden die Basis des Therapieansatzes des AS (Übersicht bei [4]).

Abbildung 1 gibt eine Übersicht über direkte (von der Erregungsfunktion und von sexuellen Lernprozessen abhängige) und indirekte (organische und psychosoziale) Einflüsse des Älterwerdens auf die Sexualität nach dem Modell des AS. Der vorliegende Beitrag konzentriert sich auf die in der Arztpraxis häufig anzutreffenden organischen Faktoren.

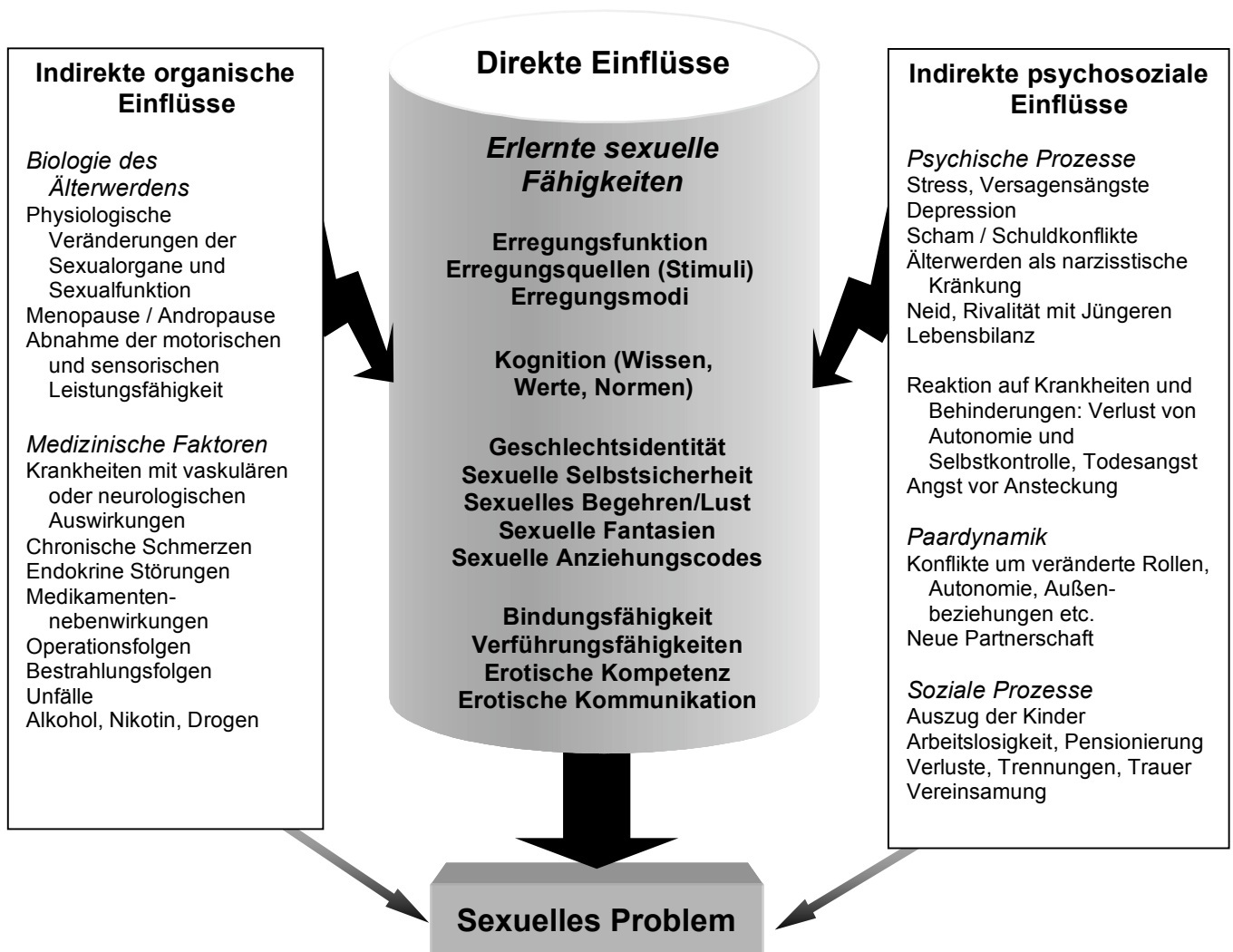


Abbildung 1 Direkte und indirekte Einflüsse auf die Sexualität nach dem Modell des AS.

Physiologische alterungsbedingte Veränderungen

Im wesentlichen erfährt die Sexualreaktion ab der Lebensmitte eine Abschwächung und Verlangsamung, während das sexuelle Interesse oft erst im Senium abnimmt [5, 6]. Bei der Frau sind einige Veränderungen durch den menopausalen Hormonabfall bedingt. Beim Mann entstehen sie durch die veränderte Hämodynamik der Schwellkörper, die durch strukturelle und molekulare Alterungsvorgänge im Penis bedingt ist [7] (Tab. 1).

Tabelle 1 Altersabhängige Veränderungen der Libido und Sexualfunktion

	Frau	Mann
Wunsch nach Koitus [8]	45-65j: > 92% 65-75j: 75% >75j: 47%	45-65j: > 96% 65-75j: 90% >75j: 61%
Erregung [9, 10, 11]	Klitorale Sensibilität ▼ Vaginale Elastizität ▼ Vasokongestion ▼ Lubrikation ▼ Lubrikation verzögert	Penile Sensibilität ▼ Vasokongestion verzögert Maximale Rigidität ▼ Rascher Erektionsverlust Drang zur Ejakulation ▼
Orgasmus [9]*	Verkürzt Kontraktionen schwächer	Verkürzt Ejakulation schwächer Kontraktionen schwächer r Refraktärphase ▲

* Im Gegensatz zu Masters und Johnson [9] unterscheidet der AS den körperlichen orgasmischen Reflex (tonisch-klonische Kontraktionen, Ejakulation) und das emotionale Orgasmuserleben. Letzteres unterliegt Lernvorgängen und nicht physiologischen Alterungsprozessen.

Insgesamt beeinflussen genitale Alterungsprozesse die sexuelle Funktionalität sehr unterschiedlich. So wurde z.B. bei postmenopausalen Frauen, die noch regelmässig sexuell aktiv waren, ein prämenopausales Reaktionsmuster beobachtet [9].

Das sexuelle Erleben verändert sich auch durch die Rückbildung extragenitaler Körperfunktionen wie Tastsinn, Geschmackssinn, Geruchssinn, Propriozeption, Pheromonproduktion, etc. [12].

Körperliche Einflüsse auf die Sexualität der alternden Frau

Sexuelles Begehren

Während der Gesundheitszustand eine bedeutende Determinante der männlichen sexuellen Aktivität im Alter ist, ist er bei der Frau weniger einflussreich [6]. So unterliegt das weibliche sexuelle Begehren kaum organischen Einflüssen. Urogenitale Malignome und Erkrankungen sowie Medikamente können es einschränken. Häufiger ist es bei Erregungsstörungen und chronischer Dyspareunie vermindert. Die Rolle der Sexualhormone in der weiblichen Libido ist bis heute nicht geklärt und sollte nicht überschätzt werden (Tab. 2) [6, 13]. Während eine gezielte Hormontherapie einzelnen zu helfen vermag, beeinflussen bei den meisten Frauen andere Faktoren, z.B. mangelnde sexuelle Befriedigung, die Libido weitaus mehr als die Hormone [14].

Tabelle 2 Postulierte hormonelle Einflüsse auf die weibliche Libido [13]

Libidosteigernd	Androgene* Norethisteronacetat Tibolon
Libidohemmend	Orale (nicht transdermale) HRT (SHBG ▲, f-Testosteron ▼) Andere Gestagene

* Eine Androgensubstitution ist mangels klinisch eindeutiger Daten bei Sexualstörungen der postmenopausalen Frau derzeit nicht gerechtfertigt [13]

Sexuelle Erregung

Ursachen von Erregungsstörungen bei der Frau sind gelegentlich u.a. Diabetes mellitus Typ II, neurologische Leiden, genitale Malignomoperationen oder Bestrahlungen. Weitaus häufiger sind nicht krankheitsbedingte Lubrikationsstörungen [15]. Bis zu 30% der postmenopausalen Frauen beklagen eine Dyspareunie [16]. Meist liegt dieser eine inadäquate Stimulation zugrunde, oder es fehlt die Lust auf den Verkehr [6]. Oft liegt auch ein Erregungsmodus mit erhöhtem Tonus der Beckenbodenmuskeln vor. Koitale Ein-Aus-Bewegungen, früher gut toleriert, verursachen nun Reibungsschmerzen an der fragilen Schleimhaut. Topisches Östrogen oder Gleitmittel können die Schmerzen verringern und die Trophik verbessern. Ob ohne gleichzeitige Modifikation des Sexualverhaltens auch der Genuss grösser wird, ist umstritten; die Libido bleibt unbeeinflusst [13].

Orgasmus

Selten können Depressionen, Antidepressiva, neurologische Leiden sowie radikale Genitaloperationen die orgasmische Reaktion unterdrücken. Weitaus die meisten Orgasmusprobleme der älteren Frau bestanden bereits in der Jugend und können durch entsprechende Lernschritte modifiziert werden [1].

Körperliche Einflüsse auf die Sexualität des alternden Mannes

Sexuelles Begehren

Hypogonadismus, Hyperprolaktinämie, Depression sowie eine Reihe weiterer Krankheiten, die auch zu erektiler Dysfunktion (ED) führen, können das sexuelle Interesse des Mannes einschränken. Auch die ED selbst führt häufig zu Libidoproblemen, da sie den Betroffenen oft massiv verunsichert. Die Angst vor Versagen kann zu einem kompletten sexuellen Rückzug führen [5, 6]. Therapeutisch relevant ist, dass das Begehren auch wesentlich davon abhängt, in wieweit der Mann gelernt hat, seine sexuelle Erregung lustvoll zu erleben.

Erektile Dysfunktion

Wegen uneinheitlicher Terminologie schwanken die Angaben zur Prävalenz von Erektionsstörungen erheblich (Tab. 3). Dass sie mit dem Alter zunehmen, ist unbestritten. Es fühlen sich aber bei weitem nicht alle Betroffenen dadurch gestört [17]. Für den alternden Mann ist zentral, dass er lernt, mit wechselnden Erektionsstärken beim Geschlechtsverkehr zu spielen, ohne dass vorübergehende Abfälle Versagensangst auslösen.

Tabelle 3 Altersabhängige Prävalenz von Erektionsstörungen in europäischen Studien

Land	Fragebogenkriterium	Prävalenz pro Altersgruppe
Schweiz (n=628) [18]	Stets fähig, Erektion zu erlangen und aufrechtzuhalten	45-49j: 58%
		50-59j: 45%
		60-69j: 22%
		70-74j: 10%
Niederlande (n=1605) [17]	Verminderte Rigidität / ausgeprägte ED	50-59j: 22% / 5%
		60-69j: 25% / 15%
		70-78j: 30% / 25%
Deutschland (n=4489) [19]	ED / davon mit Therapiewunsch	40-49j: 9% / 4%
		50-59j: 16% / 7%
		60-69j: 34% / 14%
		70-80j: 53% / 8%

Obwohl der Spiegel von bioverfügbarem Testosteron nach dem 25. Lebensjahr kontinuierlich absinkt, begünstigt dies das Auftreten einer ED wahrscheinlich nicht [20]. Hingegen wird die Erektionsfähigkeit mit steigendem Alter zunehmend durch Krankheiten beeinträchtigt (Tab. 4).

Tabelle 4 Organische Faktoren, die Erektionsstörungen begünstigen [20, 21]

Diabetes mellitus, Hypertonie, Hyperlipidämie, koronare Herzkrankheit
 Symptomatische benigne Prostatahyperplasie, urogenitale Infektionen
 Nervenläsionen nach Operationen (TUR-P, Abdominalchirurgie) und Bestrahlungen
 Neurologische Leiden
 Schilddrüsenstörungen, Hyperprolaktinämie, Hypogonadismus
 Suchtmittel (Alkohol, Rauchen, Opiate)
 Medikamente*: Psychopharmaka (SSRI, MAO-Hemmer, Trizyklika, Benzodiazepine, Anxiolytika, Antipsychotika), Antihypertensiva (Diuretika, v.a. nicht kardioselektive Betablocker, Anticholinergika), Digoxin, Statine (?), Cimetidin, Finasterid, Antiandrogene, Chemotherapeutika, etc.
 Depression

* Eine Medikamentenänderung sollte stets erst nach Ausschluss anderer Ursachen durchgeführt werden.

Die Abklärung beim älteren Mann mit ED sollte immer eine Blutdruckkontrolle und einen Diabetes- und Lipidscreen sowie evt. eine körperliche Untersuchung einschließen. Weitere Abklärungen erfolgen nur bei speziellen Verdachtsmomenten [22]. In der Pharmakotherapie der ED werden beim älteren Mann mit Komorbidität die kurzwirksamen PDE-5 Hemmer empfohlen.

Ejakulationsstörungen

Die Prävalenz der vorzeitigen Ejakulation (EP) im Alter ist nicht untersucht worden. Sie kann durch Diabetes mellitus und multiple Sklerose ausgelöst werden. Ansonsten betrifft sie

überwiegend jüngere Männer (EP I). Allerdings entwickeln diese oft antierotische Bewältigungsstrategien, die mit zunehmendem Alter Erektionsstörungen verursachen können. Im Alter kann sich eine Neigung zu vorzeitiger Ejakulation vor Erreichen der vollen Erektion entwickeln (EP II). Gelegentlich ist die Ejakulation verzögert oder fehlt ganz (Tab. 5).

Tabelle 5 Organische Faktoren, die das Auftreten von verzögerten, fehlenden, oder retrograden Ejakulationen begünstigen [23]

Operationen im kleinen Becken, Prostataresektion
Diabetes mellitus
Medikamente (SSRI, trizyklische Antidepressiva, MAO-Hemmer, alpha-Blocker)
Alkoholische Neuropathie

Andere Folgen körperlicher Alterungsvorgänge

Veränderungen des körperlichen Aussehens erfordern Anpassungsleistungen, z.B. auf Fantasieebene, damit man sich selbst und den Partner noch erotisch anziehend findet. Vor allem bei Frauen kann das Gefühl, nicht mehr attraktiv und begehrenswert zu sein, die Sexualität beeinträchtigen [6]. Des weiteren beeinflussen schwere Erkrankungen die Sexualität auch ausserhalb der Sexualfunktion auf vielerlei Weise (Tab. 6).

Tabelle 6 Indirekte Krankheitsfolgen für die Sexualität [24]

Koitale Positionen und Beweglichkeit eingeschränkt durch Schmerzen (z.B. Cox-Arthrose, Rückenleiden)
Depressive Reaktion, Müdigkeit
Gefühl der Invalidität, Abnahme des Selbstwertgefühls
Störungen des Körperselbstbildes, v.a. nach Brust- oder genitalen Operationen und Bestrahlungen; Verlust des Gefühles, ein richtiger Mann / eine richtige Frau zu sein
Belastung der Partnerschaft und der gegenseitigen erotischen Attraktivität durch eine Pfleger/Gepflegter-Rollenverteilung
Ängste vor Ansteckung oder Tod bei sexueller Aktivität
Körper als Quelle von Unwohlsein statt lustvollem Genuss

Abschliessende Überlegungen zur Sexualberatung in der Praxis

Der soziokulturelle Wandel macht in der heutigen Zeit die Sexualität zu einem wesentlichen Bestandteil im Erleben alternder Menschen. Immer mehr erwarten diese, von ihren Grundversorgern auch auf ihre Sexualität angesprochen zu werden. Schon ein Hinweis auf die physiologischen Alterungsvorgänge der Sexualfunktion kann Ängste, falsche Erwartungen, Schamgefühle und konsekutive Sexualstörungen verhindern [23]. Auch bei einschneidenden Erkrankungen gehört es dazu, nach Veränderungen in der sexuellen Zufriedenheit zu fragen.

Die vorherrschenden Sexualtherapieansätze sind entweder psychologisch, z.B. auf Beziehungsprobleme ausgerichtet, oder medizinisch. Sie behandeln somit indirekte Ursachen der Störungen (vgl. Abb. 1). Eine Pharmakotherapie organischer Erkrankungen ohne sexologisches Konzept genügt jedoch oft nicht. Sexualstörungen sind auch meist nicht Symptome von tieferliegenden psychischen Konflikten sondern von Grenzen in der

Sexualentwicklung [3]. Wer seine Sexualität im Laufe des Lebens gut integriert hat, kann sie sich durch Anpassung an einschränkende Umstände und Krankheiten erhalten und genussvoll leben. Im Beratungskonzept des AS wird deshalb die Sexualentwicklung systematisch evaluiert und durch wahrnehmungs- und verhaltensorientierte Lernprozesse gezielt erweitert. Damit steht uns in der Arztpraxis bei sexuellen Problemen neben der medikamentösen Behandlung ein rasch wirksamer Beratungsansatz zur Verfügung, der ohne grossen Aufwand erlernt und angewandt werden kann [1-4].

Summary: Aspects of sexological counseling in the aging

In our times, sexuality has become an essential part of life for aging people. For the aging, psychosocial and biological changes, as well as increasing morbidity present challenges to a satisfying sexual life. Hence, the demand grows for health-care providers with basic sexological knowledge and counseling abilities. This article discusses relationships between frequent sexual difficulties and aging related organic processes. A therapeutic concept, the "Sexocorporal Approach", is introduced. This approach is based on a model of ongoing sexual development throughout the lifetime enabling adaptation to new life phases and limiting circumstances through sexual learning processes. Aside from pharmacological treatment, the encouragement of sexual learning presents an effective therapeutic approach for practitioners that can be easily learned and applied.

Verdankung: Ich danke meinem Kollegen Dr. Peter Gehrig vom ZISS für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Karoline Bischof, FMH Gynäkologie/Geburtshilfe, Ph.D. Sexologie (IASHS), Zürcher Institut für klinische Sexologie und Sexualtherapie ZISS, Kruggasse 1, CH-8001 Zürich, E-mail: karoline.bischo@ziss.ch

Literatur

1. Desjardins JY. L'approche sexo-corporelle (Fondements théoriques et champs d'application). *Psychothérapies* 1986; 1: 51-58.
2. Caruffel F. L'approche sexocorporelle et la fonctionnalité sexuelle. *Cahiers Sc Fam et Sex* 1990, 13: 109
3. Chatton D, Desjardins JY, Desjardins L, Tremblay M. La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies* 2005, 25(1): 3-19.
4. Zürcher Institut für klinische Sexologie und Sexualtherapie ZISS, www.ziss.ch
5. Schmid Mast M, Hornung R, Gutzwiller F, Buddeberg C. Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch* 2000; 40(1): 13-9.
6. Sydow K von. Sexuelle Realitäten älterer Frauen. *BZgA Forum* 2003; 1/2: 12-14.
7. Seftel AD. Erectile dysfunction in the elderly: epidemiology, etiology and approaches to treatment. *J Urol* 2003; 169(6): 1999-2007.
8. Hornung R, Bucher T. Sexualität und Alter. In: Hornung R, Buddeberg C, Bucher T (Hrsg.). *Sexualität im Wandel*. Zürich: vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich, 2004: 181-194.
9. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown, 1966.

10. Morrell MJ, Dixen JM, Carter CS, Davidson JM. The influence of age and cycling status on sexual arousability in women. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 148(1): 66-71.
11. Rowland DL. Penile sensitivity in men: a composite of recent findings. *Urology* 1998; 52(6): 1101-5.
12. Graziottin A. Sexuality in the elderly. *J Menopause* 2004; SH 1: 31-5.
13. Alexander JL, Kotz K, Dennerstein L, Kutner SJ, Wallen K, Notelovitz M. The effects of postmenopausal hormone therapies on female sexual functioning: a review of double-blind, randomized controlled trials. *Menopause* 2004; 11(6): 749-65.
14. Basson R. Rethinking low sexual desire in women. *BJOG* 2002; 109(4): 357-63.
15. Leiblum S. Arousal disorders in women: complaints and complexities. *MJA* 2003; 178(12): 638-640.
16. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005; 17(1): 39-57.
17. Blanker MH, Bosch JL, Groeneveld FP, Bohnen AM, et al. Erectile and ejaculatory dysfunction in a community-based sample of men 50 to 78 years old: prevalence, concern, and relation to sexual activity. *Urology* 2001; 57(4): 763-8.
18. Bucher T. Sexualität in der zweiten Lebenshälfte: Alter, Partnerschaft und Zufriedenheit. In: Hornung R, Buddeberg C, Bucher T (Hrsg.). *Sexualität im Wandel*. Zürich: vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich, 2004: 195-208.
19. Braun MH, Sommer F, Haupt G, et al. Lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction: co-morbidity or typical "Aging Male" symptoms? Results of the "Cologne Male Survey". *Eur Urol* 2003; 44(5): 588-94.
20. Seftel AD, Sun P, Swindle R. The prevalence of hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus and depression in men with erectile dysfunction. *J Urol* 2004; 171(6): 2341-5.
21. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou D, Krane R, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151(1): 54-61.
22. Jardin A, Wagner G, Khoury S, et al. Recommendations of the international scientific committee on the evaluation and treatment of ED. 1st International Consultation of ED, Paris: 1999, July 1-3.
23. Beutel ME, Wiltink J, Merbach M, et al. Sexualstörungen des alternden Mannes. *Urologe A*. 2004; 43(3): 285-90.
24. Sipski ML, Alexander CJ. Impact of disability or chronic illness on sexual function. In: Sipski ML, Alexander CJ, eds.: *Sexual function in people with disability and chronic illness*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc., 1997: 3-12.