

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

BITZER J

Die Sexualität des älteren Paares

Journal für Menopause 2003; 10 (3) (Ausgabe für Österreich)
21-25

Journal für Menopause 2003; 10 (3) (Ausgabe für Deutschland)
15-19

Journal für Menopause 2003; 10 (3) (Ausgabe für Schweiz), 26-30

Homepage:

www.kup.at/menopause

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Die Sexualität des älteren Paares

J. Bitzer

Die Sexualität der älteren Frau und die Sexualität des älteren Mannes wurden bisher meist getrennt untersucht. Außerdem sind in der Literatur häufig experimentelle biologische Studien von jenen, die sich mit psychosozialen Einflußfaktoren auf die Sexualität beschäftigen, getrennt. Aus klinischer Sicht scheint es erforderlich, biologische und psychosoziale Faktoren gleichwertig zu betrachten und die Interaktion der Partner zu berücksichtigen. Bei beiden Geschlechtern wirken sich die endokrinen Veränderungen auf die Biologie der sexuellen Reaktion aus, psychosoziale Faktoren beeinflussen im Kontext des Alterwerdens insbesondere die Libido und die sexuelle Genußfähigkeit. Der Umgang mit diesen Veränderungen wird jedoch wesentlich davon bestimmt, inwieweit die sexuelle Interaktion auf gegenseitige Unterstützung und gemeinsame Problemlösung gerichtet ist oder inwieweit Lösungen gewissermaßen auf Kosten des Partners gesucht werden bzw. ein Teufelskreis gegenseitiger Schuldzuweisungen entsteht. Die Sexualberatung muß deshalb eine kompetente Edukation über endokrine und psychosoziale Veränderungen beinhalten und gleichzeitig die partnerschaftliche Kommunikation und Interaktion in ihren Wirkungen auf die gemeinsame Sexualität deutlich machen.

Schlüsselwörter: Biologische und psychosoziale Faktoren, Alterwerden, Interaktion, Beratung, Geschlecht

Sexuality of Aging Partners. Sexuality of the aging female and aging male has been investigated very often separately. Furthermore, biological studies on human sexuality have been separated from psychosocial investigations about factors influencing human sexuality. Both sexes are confronted with endocrine and psychosocial changes leading to variations in the biology of the human sexual response and as far psychosocial factors are concerned leading to changes in libido and sexual enjoyment. The coping with these changes depends very much, however, on the interaction of the partners. Partners may develop interactions to support each other and come to a cooperative problem solution or they may try to resolve their problem in a win/lose fashion by projecting individual difficulties on the partner. Therefore, sexual counselling needs a systemic approach in which psychoeducative interventions about endocrine and psychosocial changes are combined with counselling and creating awareness of the communicative and interactive patterns of the partners. *J Menopause* 2003; 10 (3): 21–5.

Keywords: biological and psychosocial factors, gender, aging, interaction, counselling

Die Untersuchungen zur Sexualität der Frau um und nach der Menopause sind stark geprägt von den typischen körperlichen Veränderungen, welche durch die Abnahme der Sekretion der Sexualsteroiden, insbesondere der Estrogene, an verschiedenen Organen, vor allem den Sexualorganen und dem Gehirn, hervorgerufen werden.

In der letzten Zeit wurde das Augenmerk stärker auf den älter werdenden Mann gerichtet. Die Alterungsprozesse und die endokrinen Veränderungen wurden im Hinblick auf die Lebensqualität und auch die Sexualität des Mannes nach dem 50. Lebensjahr untersucht; ein besonderes Interesse gilt den therapeutischen Möglichkeiten (Androgene, Viagra® etc.).

Wenig wurde bisher untersucht, wie die Wechselwirkungen der beiden Interaktionspartner (Frau und Mann) in dieser Lebensphase die gemeinsame Sexualität gestalten.

Wenn wir davon ausgehen, daß beide Geschlechter mit Veränderungen ihres Körpers, ihren Emotionen, ihrer Lebenssituation konfrontiert sind, so können wir sagen, daß beide dem „Streß des Alterwerdens“ ausgesetzt sind. Beide erleben diesen „Streß“ unterschiedlich, und es bestehen verschiedene mögliche Formen der Bewältigung durch den einzelnen und durch das Paar.

Veränderungen der körperlichen und psychosozialen Rahmenbedingungen der Sexualität für die älter werdende Frau (ab dem 50. Lebensjahr)

Zu den Veränderungen der körperlichen und psychosozialen Rahmenbedingungen der Sexualität der Frau in dieser Lebensphase liegen sehr viele Studien vor, die sich bezüg-

lich der verschiedenen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus einteilen lassen. Innerhalb dieses Zyklus werden wiederum die sexuelle Reaktion im engeren Sinn und die Appetenzphase unterschieden.

Studien zur sexuellen Reaktion der Frau

Erregungsphase

Durch den Estrogenmangel werden die Labia majora und minora kleiner, und in der Erregungs- und Plateauphase nehmen die typischen Reaktionen (Abflachung, Anhebung, Auseinandertreten) an Intensität ab [1, 2]. Die Tumescenz der Klitoris geht ebenfalls zurück [3]. Sarrel und Whitehead [4] beschreiben, daß 20,1 % ihrer Patientinnen in der Peri- und Postmenopause berichten, daß ihr klitoridales Empfinden sich deutlich verschlechterte bzw. ganz verschwand und daß 35,7 % der Frauen aus ihrer Untersuchung eine Veränderung bei der Berührungswahrnehmung der Haut insgesamt beobachteten. Dies kann dazu führen, daß Hautkontakte beim Vorspiel vermieden werden und somit die sexuelle Erregung beeinträchtigt ist.

Am stärksten vom Estrogenmangel ist die Vaginalschleimhaut betroffen. Es kommt zu einer deutlichen Verdünnung des Epithels und zu einer Abflachung der Rugae [1, 5].

Der Haupteffekt der Veränderungen an der Vagina besteht im Auftreten der Dyspareunie, also der Schmerzen bei der Penetration. Dadurch ist die Erregungsphase am stärksten beeinträchtigt. Man schätzt heute, daß 50 % der postmenopausalen Frauen unter Dyspareunie leiden [1].

Der Estrogenmangel führt auch zu einer Minderung der vaginalen Lubrifikation, was die Beschwerden beim Verkehr noch verstärken kann [6].

Aus der Universitäts-Frauenklinik, Kantonsspital Basel, Schweiz

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Johannes Bitzer, Universitäts-Frauenklinik, Kantonsspital Basel, Spitalgasse 421; CH-4031 Basel;

E-Mail: jbitzer@uhbs.ch

Bezüglich der Vaginalatrophie, der mangelnden Lubrikation und der Dyspareunie ist neben dem Estrogenmangel ein weiterer entscheidender Faktor die sexuelle Aktivität selbst. Leiblum [5] hat zeigen können, daß Frauen die drei- oder viermal pro Monat Verkehr hatten oder masturbierten, deutlich geringere Beschwerden hatten als Frauen, die weniger als zehnmal pro Jahr Verkehr hatten oder nicht masturbierten.

Plateauphase

Nach Eintreten einer Vaginalatrophie ist die Vasokongestion im Bereich der orgasmischen Plattform vermindert. Dadurch kann bedingt sein, daß die notwendige Zeit der Stimulation bis zur Plateauphase verlängert ist und daß dieses Element der sexuellen Reaktion eventuell „störanfälliger“ für psychosoziale Einflüsse wie Angst und Ablenkung ist [7].

Orgasmusphase

Die Orgasmusfähigkeit scheint durch den menopausalen Übergang und das Älterwerden nicht wesentlich beeinflusst zu werden. Verschiedene Studien zeigen eine eher gleichbleibende, eventuell sogar ansteigende Frequenz des Orgasmuserlebens mit zunehmendem Alter [8, 9]. In der von Reinisch [10] publizierte Auswertung der Daten des Kinsey-Reports blieb die Häufigkeit des Orgasmuserlebens über die einzelnen Altersgruppen hinweg bei den Frauen etwa gleich: In der Altersgruppe 27–38 Jahre waren es 67 %, in der Altersgruppe 39–50 Jahre waren es 66 % und in der Altersgruppe 51–64 Jahre waren es 65 %, die angaben, häufig einen Orgasmus zu erleben. Das teilweise Erleben des Orgasmus war in den einzelnen Altersgruppen ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich.

Studien zur Appetenz, zur Libido

Als Parameter der Libido wird in einigen Studien die sexuelle Aktivität genommen, d. h. die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs oder der Masturbation. Dabei führen die Untersuchungen zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Die meisten Befragungen zeigen eine Abnahme der sexuellen Aktivität in der Altersgruppe der 45–60jährigen Frauen. Hallström [11, 12] befragte 800 Frauen, die 38, 46, 50 oder 54 Jahre alt waren, mit Hilfe eines ein- bis zweistündigen Interviews. Er teilte die Frauen in vier Gruppen ein: prämenopausal, perimenopausal, frühmenopausal und spätmenopausal. Die Gruppe der 38jährigen Frauen diente als Kontrolle. Er fand eine inverse Korrelation bei den Parametern „sexuelles Interesse“ und „sexuelle Aktivität“ zum Alter.

McCoy und Davidson [13] kamen an einer kleinen Gruppe von Frauen zu ähnlichen Ergebnissen: Sexuelle Aktivität und Interesse nahmen ab, nicht jedoch der sexuelle Genuß und das Auftreten von Orgasmen.

In anderen Untersuchungen wird die Variabilität der Reaktionen betont: Ein Teil der Betroffenen konstatiert keine Veränderung, andere sprechen von Zunahmen sexueller Aktivität und sexuellen Interesses oder einer Verbesserung der Sexualität, und eine dritte Gruppe beschreibt Abnahmen und/oder Verschlechterungen [14–16].

Hormonelle Faktoren

Eine ganze Reihe von Studien beschäftigt sich mit Einflußfaktoren auf die Libido der Frauen in diesem Lebensabschnitt.

Dabei geht es zunächst um den Zusammenhang zwischen Hormonen und Libido. Ein möglicher Einfluß ergibt sich aus den biologischen Grundlagen der Steroidwirkungen auf das Gehirn und damit verbunden die Wahrneh-

mung sexueller Stimuli und das Sexualverhalten [17, 18]. Es gibt vor allem im Hypothalamus im präoptischen Nukleus zahlreiche Testosteronrezeptoren, außerdem in etwas geringerer Konzentration im limbischen System und im Kortex [19].

Bei ovariectomierten Affenweibchen führt die Gabe von Testosteron zu einer Steigerung der „Proceptivity“, also des Verhaltens, das darauf abzielt, beim männlichen Affen die Penetration zu induzieren. Testosteron macht keine Veränderungen im Hinblick auf Attraktivität und Rezeptivität [5, 20].

Im ZNS gibt es zahlreiche Rezeptoren für Estrogene. Es wird eine allgemeine neurotrope und psychotrope Wirkung beschrieben. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Wechselwirkung zwischen Estrogen und Dopamin. Graziottin [19] hat auf diese Zusammenhänge hingewiesen, daß das Gehirn als Zielorgan der Sexualsteroiden betrachtet und diese Signalwirkung als biologisches Faktum genommen werden kann. Allerdings gilt für alle biologischen Vergleiche, daß das menschliche Gehirn sehr viel komplexer funktioniert und Reaktionen immer „kontextabhängig“ sind, d. h. durch Wahrnehmungs-, kognitive und emotionale Prozesse, die sich im Zusammenhang mit einer spezifischen Situation ergeben, moduliert und verändert werden [21].

Korrelationsstudien zwischen Testosteron- bzw. Estrogenkonzentrationen und Intensität der Libido sind in ihren Ergebnissen widersprüchlich. Leiblum [5] und Dennerstein [22] fanden keine Korrelation, dagegen wurden von Flöter [23] und McCoy [24] positive Korrelationen beschrieben. Eine klare lineare Abhängigkeit der Libido von den Steroiden scheint deshalb nicht zu bestehen.

Interventionsstudien sind dagegen in ihren Resultaten eindeutiger. Die Studien von Burger [25, 26], McCoy [13] und Sherwin [27, 28] zeigen einen positiven Einfluß der Androgene und teilweise der Estrogene auf die Libido, also auf das Interesse und die Freude an der Sexualität bei Frauen um und nach der Menopause. Bei diesen Studien handelt es sich um sorgfältig geplante und durchgeführte Interventionsstudien, bei denen teilweise im „double blind-cross-over design“ die Wirkung der Androgene und Estrogene auf die Libido untersucht wurde. Der Nachteil der Interventionsstudien liegt darin, daß häufig Ein- und Ausschlusskriterien vorliegen, welche dazu führen, daß das Kollektiv stark selektioniert ist und nicht unbedingt die „Realität“ widerspiegelt.

Psychosoziale Faktoren

Untersuchungen von Sydow [29, 30] und anderen [7, 31] zeigen den erheblichen Einfluß psychosozialer Faktoren auf die Sexualität im Klimakterium: Zu diesen Faktoren gehört einmal der sogenannte „double standard of aging“. Sydow schriebt: „Susan Sontag hat bereits 1972/1977 darauf hingewiesen, daß für Männer zwei Schönheitsideale existieren – das des Knaben oder jungen Mannes und das des ‚Herrn mit den grauen Schläfen‘. Für Frauen gibt es jedoch nur ein Ideal: Das Mädchen – egal ob die Betroffene 17 oder 70 Jahre alt ist“ [32].

Zum zweiten gehört hierher die Tabuisierung und negative Attribuierung der „Alterssexualität“. Dies gilt besonders für Frauen, denen von der Gesellschaft sehr viel eher Asexualität und „Abgeklärtheit“ abverlangt wird [33].

Zum dritten spielt die Sozialisation der Frauen als rezeptiv, abwartend, auf den Mann reagierend, eine zentrale Rolle. Bei fast drei Viertel aller älteren Paare liegt die sexuelle Initiative beim Mann, wobei die Hälfte der älteren Männer keine sexuelle Initiative zeigt. Damit verschwindet reaktiv auch die sexuelle Aktivität der älteren Frauen [34].

Der vierte wichtige Faktor ist soziodemographischer Natur: Mit zunehmendem Alter stehen durch Tod, Trennung und Scheidung den Frauen immer weniger mögliche männliche Sexualpartner gegenüber. Während bei der Gruppe der 50–54jährigen noch ein leichter Männerüberschuß existiert, ergibt sich bei den über 65jährigen Frauen in Deutschland folgendes Bild: 28 % der Frauen sind verheiratet, 72 % alleinstehend – zumeist verwitwet. Bei den Männern dagegen ist die Mehrheit verheiratet, nur 25 % sind Singles [35].

Schließlich stellt die individuelle Biographie, insbesondere die Sexual- und Beziehungsbiographie, einen wichtigen Faktor dar. In entwicklungspsychologischen Studien zur Lebensspanne wird deutlich, daß vorbestehendes sexuelles Interesse und Verhalten stark prädiktiv ist für das Verhalten im Klimakterium, bzw. vorbestehendes geringes Interesse an der Sexualität zu einem frühen Sistieren sexueller Aktivität führt. Die Lebens- und Lerngeschichte der Sexualität, „das sexuelle Skript“ [4, 21], spielt dabei wohl eine große Rolle.

Veränderungen der körperlichen und psychosozialen Rahmenbedingungen der Sexualität für den älterwerdenden Mann (ab dem 50. Lebensjahr)

Auch hier lassen sich wieder Studien entsprechend dem sexuellen Reaktionszyklus einteilen.

Studien zur sexuellen Reaktion

Erregungsphase

Das körperliche Korrelat der Erregung ist beim Mann die Erektion. Sexualphysiologische Untersuchungen zeigen, daß die Erregungsphase mit zunehmendem Alter einen langsameren Anstieg der Intensität zeigt, d. h., das Erreichen der vollen Rigidität des Penis dauert länger und erfordert eine intensivere Stimulation. Auch ist der Grad der Rigidität altersabhängig häufig herabgesetzt. Diese Veränderungen sind also „physiologisch“; ihre Ursachen sind nicht eindeutig geklärt.

Die wichtigste Störung der Erregungsphase beim Mann ist die erektile Dysfunktion. Wir wissen heute aus epidemiologischen Untersuchungen, daß zwischen 10 % und 30 % der Männer aller Altersgruppen regelmäßig eine erektile Dysfunktion erleben. Mit zunehmendem Alter nimmt dieser Prozentsatz zu. Mit 55 Jahren geben 18 % der Amerikaner eine persistierende erektile Dysfunktion an. Im Alter von 65 steigt die Zahl auf 30 %, und im Alter von 75 sind es 55 % [36]. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Eine ganz wichtige Ursachengruppe sind körperliche Erkrankungen und Medikamenteneinnahme, die in dieser Altersgruppe mit zunehmender Häufigkeit vorkommen.

Zu den Erkrankungen, die einen möglichen Einfluß auf die Erektion haben, gehören: Bluthochdruck, Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit, periphere Gefäßerkrankungen, Lipidveränderungen, pelvine Traumen oder chirurgische Eingriffe (Prostata) sowie Nierenversagen [33].

Folgende Medikamente können die Erektion beeinflussen: Antihypertensiva, Sedativa, Anxiolytika, Antidepressiva, Antipsychotika, Opiate, Anticholinergika, Estrogene und verschiedene andere Medikamente, wie Cimetidine, Clofibrate, Baclofen etc.

Die zweite wichtige Ursachengruppe sind die Faktoren der Lebensführung. Dazu gehören Rauchen, Alkoholkonsum sowie mangelnde Bewegung und Fitness.

Eine dritte Gruppe stellen die psychosozialen Ursachen dar. Diese umfassen Gewöhnung in der Partnerschaft, Streß

und Überlastung, sekundäre Versagensängste, hohe Leistungsanforderungen in der Sexualität, Überforderung und die große Gruppe von möglichen Partnerkonflikten.

Eine vierte Gruppe stellen schließlich endokrine Einflüsse dar. Nach heutigem Kenntnisstand androgenabhängig sind: die sexuelle Erregbarkeit, die Fähigkeit zu erotischen Vorstellungen und Fantasien, die Fähigkeit zur Ausbildung und längeren Aufrechterhaltung der Erektion (diese ist möglicherweise am wenigsten androgenabhängig) und die Fähigkeit zur normalen Ejakulation [37, 38].

Orgasmusphase

Die häufigste Störung ist der vorzeitige Samenerguß. Die Definition ist uneinheitlich (Ejakulation in weniger als 2 Minuten bei weniger als 10 Stößen). Allgemein wird heute die Ejaculatio praecox als eine Störung definiert, bei der der Patient kaum oder keine Kontrolle über den zeitlichen Ablauf des Ejakulationsprozesses besitzt, er also den Zeitpunkt der Ejakulation nicht mehr steuern kann.

Die Häufigkeit des vorzeitigen Orgasmus beim Mann wird unterschiedlich angegeben. Spector und Carey [39] faßten 23 Studien zur Prävalenz zusammen und kamen dabei auf eine Zahl von 36–38 % Männer, die eine vorzeitige Ejakulation angeben. Diese Störung scheint im Alter eher abzunehmen. Allerdings geht die Ejaculatio praecox im chronischen Verlauf häufig in eine Erektionsstörung über.

Sehr viel seltener ist die Ejaculatio retardata, mit einer Prävalenz von 0,3 %. Betroffen sind zum einen junge Männer, zum anderen nimmt diese Störung im höheren Alter zu. Dabei kommt es nicht selten zum Ausbleiben des Orgasmus.

Die Ursachen dieser Störungen liegen vor allem im psychosozialen Bereich. Die Faktoren reichen von eher oberflächlichen Lernstörungen und Erfahrungsdefiziten bis hin zu eher tiefliegenden unbewußten Konflikten, die sich auf Verletzungsängste, Bestrafung, schuldhaft empfundene Aggressionen etc. beziehen [3].

Studien zur sexuellen Appetenz

Die sexuelle Aktivität des Mannes nimmt ab dem 50. und noch deutlicher ab dem 60. Lebensjahr tendenziell ab. Ob diese Abnahme aufgrund eines Appetenzmangels oder sekundär wegen Störungen der sexuellen Reaktion eintritt, ist schwer zu sagen. Insgesamt berichten jedoch an Sexualberatungsstellen immer mehr Männer über sexuelle Lustlosigkeit. Die Ursachen liegen wiederum im allgemeinen auf mehreren Ebenen [40].

Hormonelle Einflüsse

Bei Männern haben Androgene einen eindeutigen Einfluß auf die Libido. Ab dem 50. Lebensjahr beobachtet man einen langsamen Abfall der Androgenspiegel, wobei interindividuell wieder erhebliche Unterschiede anzutreffen sind, über deren Ursachen noch Unklarheit herrscht. Interventionsstudien zeigen einen Effekt der Androgengabe auf die Libido bei jenen Männern, bei denen die Androgenkonzentrationen erniedrigt sind.

Psychosoziale Einflüsse

Sekundäre sexuelle Lustlosigkeit kann sich bei Männern nach negativen Erfahrungen mit den Gefühlen des Versagens und der Scham im Zusammenhang mit Erektionschwierigkeiten entwickeln [41]. Eine weitere Ursachengruppe liegt in der Abnahme des erotischen Anreizes durch Gewöhnung und Routine in der Beziehung. Eine dritte Ursachengruppe bezieht sich auf partnerschaftliche Konflikte, die sich chronisch entwickeln und zu einer

emotionalen Entfremdung führen. Schließlich können intrapsychische Probleme (Schwierigkeiten mit der Akzeptanz des Älterwerdens, narzißtische Persönlichkeitsstörungen, depressive Erkrankungen) zu den Libidostörungen des Mannes führen.

Wechselwirkungen zwischen den Partnern und Merkmale der partnerschaftlichen Interaktion

Die beschriebenen Veränderungen bei beiden Partnern führen zu Belastungen und notwendigen Anpassungsleistungen. Dabei lassen sich zunächst phänomenologisch folgende Interaktionsmuster unterscheiden [42].

Interaktionsmuster

- a) Die Störung des Verhaltens beim Partner A wird durch das Verhalten des Partners B abgeschwächt bzw. kompensiert. Dabei lassen sich 2 Unterformen differenzieren:
 1. Die Kompensation geht spontan und freiwillig von Partner B aus
 - Bsp.: Die Erektionsschwierigkeiten des Mannes werden durch vermehrte Stimulation seitens der Partnerin kompensiert.

⇒ Modell „Solidarität und Hilfe durch den Gesünderen“
 2. Partner B wird von Partner A zur Kompensation des eigenen Defizits „verwendet“
 - Bsp.: Der Mann versucht, seine Erektionsschwierigkeiten durch die Wahl einer jüngeren Partnerin zu kompensieren.

⇒ Modell „Suche nach neuem Partner“
- b) Die Störung des Verhaltens beim Partner A wird durch das Verhalten des Partners B verstärkt. Auch hier gibt es zwei Unterformen:
 1. Beide Partner erleben die Störung als zu sich selbst gehörend
 - Bsp.: Die Erektionsschwierigkeiten werden durch die Erregungsstörung mit fehlender Lubrifikation bei der Partnerin verstärkt; beide Partner erkennen die jeweilige Störung als zu sich gehörig.

⇒ Modell „Selbstverantwortung und Solidarität“
 2. Ein Partner sieht seine Störung als Folge der Störung des anderen
 - Bsp.: Die Erektionsschwierigkeiten des Mannes werden von ihm als Folge der Erregungsstörung seiner Frau erlebt; er schickt die Frau zum Gynäkologen zur Behandlung.

⇒ Modell „Projektion und Verschiebung der Schwierigkeiten nach außen“
- c) Die Störung des Verhaltens beim Partner A bewirkt eine Störung des Verhaltens beim Partner B, die ihrerseits auf das Verhalten des Partners A störungsverstärkend zurückwirkt
 - Bsp.: Die Erektionsstörung wird von der Partnerin als Kränkung und Verletzung erlebt. Sie reagiert aggressiv und den Partner entwertend. Dies verstärkt seine sexuellen Schwierigkeiten und führt zu einem weiteren Rückzug aus der Intimität. Dies wird von der Partnerin als weiterer Liebesentzug erlebt und führt zu verstärkter Distanzierung und Abwehr.

⇒ Modell „Sich selbst verstärkender Dysfunktionskreis“

Das dritte Muster der wechselseitigen störungsverstärkenden Interaktion ist das sich am häufigsten ausbildende Interaktionsmuster.

Der therapeutische Ansatz

In der Beratung geht es aus systemischer Sicht um zwei Ebenen:

1. Die Ebene der einzelnen Person
Auf dieser Ebene geht es um die Erfassung der somatischen und psychosozialen Veränderungen der Frau und des Mannes und um die Abklärung, welche somatischen oder psychologischen Interventionen indiziert sind (Hormonbehandlung, Einzelberatung etc.). Dies wurde an anderer Stelle ausführlich beschrieben.
2. Die Interaktionsebene
Auf dieser Ebene geht es um die Abklärung folgender Fragen:
 - Was macht A mit seiner Störung?
 - Was macht B mit der Störung von A?
 - Wie sieht A die Reaktion von B?
 - Wie sieht B die Reaktion von A?

Die dabei verwendete Technik ist das zirkuläre Fragen. Die Fragen richten sich dabei auf die Interaktionen und die Interpretation derselben durch die Partner. Mit dieser Gesprächsführung soll deutlich werden, welche Wechselwirkungen bestehen.

Dem Paar können dann folgende Lösungsoptionen angeboten werden:

1. Beibehalten des Status quo
Diese Option ergibt sich in der Situation, in der keine Veränderung möglich ist. Beide Partner sollten die Gelegenheit haben, sich folgende Fragen zu stellen:
 - Was läßt sich verändern?
 - Was läßt sich nicht verändern?
 - Welche Widerstände sind zu erwarten?
 - Welche Entscheidungen sind zu treffen?Dabei kann sich ergeben, daß das Paar zu der Auffassung kommt, daß sie an der bestehenden Situation nichts ändern können und/oder wollen.
2. Auflösen der Beziehung
Die Abklärung kann ergeben, daß die Schwierigkeiten und Belastungen so groß und die Veränderungsmöglichkeiten so klein sind, daß eine Auflösung der Beziehung als einzige Lösung bleibt.
3. Gemeinsame solidarische Bewältigung der Schwierigkeiten
Nach der Klärung der Interaktionsmuster entscheiden sich beide Partner für eine solidarische Bewältigung der Schwierigkeiten. Voraussetzung dafür ist, daß jeder Partner Verantwortung für sich selbst übernimmt, daß jeder Partner die Wahrnehmungen und Beurteilungen des anderen versteht und seine eigene Wahrnehmung und Beurteilung in Frage stellen läßt, und daß beide Partner die Wirkungen ihres Verhaltens auf den anderen verstehen lernen.

Literatur

1. Graziottin A. Sexuality in the menopause. In: Studd J (ed). The Yearbook of Royal College of Obstetrics and Gynecologists. RCOG Press, London, 1997; 201–9.
2. Masters W, Johnson V. Human sexual response. Little, Brown, Boston, 1966.
3. Hoyndorf S, Reinhold M, Christmann F. Behandlung sexueller Störungen. Psychologie Verlagsunion, Beltz, 1995.
4. Sarrel PM, Whitehead MI. Sex and menopause: defining the issues. Maturitas 1985; 7: 217–24.
5. Leiblum S, Bachmann G, Kemmann E, Colburn DS, Swartzmann L. Vaginal atrophy in the postmenopausal woman: the importance of sexual activity and hormones. J Am Med Assoc 1983; 249: 2195–8, 1983.
6. Dennerstein L, Smith AMA, Morse CA, Burger G. Sexuality and the menopause. J Psychosom Obstet Gynecol 1994; 15: 59–66.
7. Semmens JP, Wagner G. Oestrogen deprivation and vaginal function in post-menopausal women. J Am Med Assoc 1982; 248: 445–58.

8. Holte A. Influences of natural menopause on health complaints; a prospective study of healthy Norwegian women. *Maturitas* 1992; 14: 127–41.
9. Starr BD, Weiner MB. *Liebe und Sexualität in reiferen Jahren* (USA: 1981). Scherz, Bern, München, 1982.
10. Reinisch J. *The Kinsey institute new report on sex*. St. Martin's Press, New York, 1990.
11. Hallstrom T. *Mental Disorder and Sexuality in the Climacteric*. Scandinavian Books, Copenhagen, 1973.
12. Hallström T. Sexuality of women in middle age: The Göteborg Study. *J Biosoc Sci* 1979; 6 (Suppl): 165–75.
13. McCoy NL, Davidson JM. A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality. *Maturitas* 1985; 7: 203–10.
14. Christenson C, Johnson AB. Sexual pattern in a group of older never-married women. *J Geriatric Psychiatry* 1973; 16: 80–98.
15. Sherwin BB, Gelfand MM. The role of androgens in the maintenance of sexual functioning in oophorectomized women. *Psychosom Med* 1987; 49: 397–409.
16. Snyder DK, Berg P. Determinants of sexual dissatisfaction in sexually distressed couples. *Arch Sex Behav* 1985; 12: 237–46.
17. Alexander GM, Sherwin BB. Sex steroids, sexual behaviour and selection attention for erotic stimuli in women using oral contraceptives. *Psychoneuroendocrinology* 1993; 18: 91–102.
18. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. *Heterosexuality*. Harper Collings Manufacturing, Glasgow, 1994.
19. Graziottin A. Libido. In: Studd J (ed). *The Yearbook of Royal College of Obstetrics and Gynecologists*. RCOG Press, London, 1996; 235–43.
20. Riley AJ. Sexuality and the menopause. *J Sex Marital Ther* 1991; 6: 135–46.
21. Gagnon JH, Rosen RC, Leiblum SR. Cognitive and social aspects of sexual dysfunction: sexual scripts in sex therapy. *J Sex Marital Ther* 1982; 8: 44–56.
22. Dennerstein L, Morse CA, Burger H, Green A, Hopper J, Ryan M. Menopausal symptomatology; the experience of Australian women. *Med J Aust* 1993; 159: 232–6.
23. Flöter A, Nathorst-Böös J, Carlstrom K, von Schoultz B. Androgen status and sexual life in perimenopausal women. *Menopause* 1997; 4: 95–100.
24. McCoy NL. The menopause and sexuality. In: Sitruk-Ware R, Utian WH (eds). *The menopause and hormonal replacement therapy*. Marcel Dekker, New York, Basel, Hongkong, 1991.
25. Burger HG, Hailles J, Menelaus M, Nelson J, Hudson B, Balasz N. The management of persistent menopausal symptoms with oestradiol testosterone implants: Clinical, lipid and hormonal results. *Maturitas* 1984; 6: 351–8.
26. Burger HG, Hailles J, Nelson J, Menelaus M. Effects of combined implants of estradiol and testosterone on libido in postmenopausal women. *Lancet* 1987; 294: 936–7.
27. Sherwin BB, Gelfand MM, Bender W. Androgens enhance sexual motivation in females: a prospective, crossover study of sex steroid administration in surgical menopause. *Psychosom Med* 1985; 47: 339–51.
28. Sherwin BB. A comparative analysis of the role of androgen in human male and female sexual behavior: behavioral specificity, critical thresholds, and sensitivity. *Psychobiology* 1988; 16: 416–25.
29. Sydow K v. Eine Untersuchung zur weiblichen Sexualität im mittleren und höheren Erwachsenenalter. *Z Gerontol* 1992; 25: 105–12.
30. Sydow K v. Weibliche Sexualität im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Uebersicht über vorliegende Forschungsarbeiten. *Z Gerontol* 1992; 25: 113–27.
31. Peterson JA, Payne B. *Love in the later years*. Association, New York, 1975.
32. Sydow K v. *Lebenslust. Weibliche Sexualität von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter*. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1993.
33. Jaeggi E, Hollstein W. *Wenn Ehen älter werden*. Piper, München, Zürich, 1985.
34. Simon W, Gagnon JH. Sexual scripts: permanence and change. *Arch Sex Behav* 1986; 15: 97–119.
35. Sydow K v. Partnerlosigkeit und Sexualität im Alter: Wünsche und Realität von Seniorinnen. *Sexualmedizin* 1992; 7: 316–24.
36. Adams CG, Turner BF. Reported change in sexuality from young adulthood to old age. *J Sex Res* 1985; 21(2): 126–41.
37. Pfeiffer E, Davis GC. Determinants of sexual behavior in middle and old age. *J Am Ger Soc* 1972; 20: 151–8.
38. Pfeiffer E, Verwoerd A, Davis GC. Sexual behavior in middle life. *Am J Psychiatry* 1972; 128: 1262–7.
39. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav* 1990; 19: 389–408.
40. Janus S, Janus C. *The Janus report on sexual behavior*. Wiley, New York, 1993.
41. Sydow K v. *Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen*. Ernst Reinhardt, München, Basel, 1992.
42. Rentzsch W, Eitner S. Zum Problem von Partnerschaft und Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. *Z Alternsfor* 1979; 34: 211–23.

Prof. Dr. med. Johannes Bitzer

Geboren 1950 in Taiflingen, Deutschland. 1985 Abschluß der Ausbildung und Anerkennung als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universitäts-Frauenklinik Basel (Vorsteher: Prof. H. Ludwig). 1993 Habilitation für gynäkologische und geburtshilfliche Psychosomatik. Seit 1994 Leiter der Abteilung „Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik“ der Universitäts-Frauenklinik Basel (Vorsteher a.o. Prof. A. C. Almendral, seit 1995 Prof. W. Holzgreve). Seit 1997 Titularprofessur in psychosomatischer Gynäkologie und Geburtshilfe. Seit 1998 Präsident der Internationalen Gesellschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe ISPOG. Ab 1999 Extraordinariat für Gynäkologie und Geburtshilfe.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)