

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

BITZER J

Die Sexualität des älter werdenden Paares

Journal für Menopause 2005; 12 (Sonderheft 1) (Ausgabe für Österreich), 6-9

Journal für Menopause 2005; 12 (Sonderheft 1) (Ausgabe für Deutschland), 6-9

Journal für Menopause 2005; 12 (Sonderheft 1) (Ausgabe für Schweiz), 6-9

Homepage:

www.kup.at/menopause

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

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*«
L A N D



www.waldweihrauch.at

J. Bitzer

DIE SEXUALITÄT DES ÄLTER WERDENDEN PAARES

ZUSAMMENFASSUNG

Bei beiden Geschlechtern kommt es in der Lebensmitte zu einschneidenden körperlichen und psychosozialen Veränderungen, die sich auf die Sexualität des einzelnen Partners und des Paares insgesamt auswirken können. Bei der Frau stehen endokrine Veränderungen im Vordergrund: Die eher langsame Abnahme der Androgene und des Progesterons und die teilweise sich rasch vollziehende Abnahme der Östrogene wirken sich auf die Sexualzentren im Gehirn und die peripheren Genitalorgane aus im Sinne einer eventuellen Libidoabnahme (Androgene) und einer Abnahme der Erregungsfähigkeit (Östrogene) sowie einer Zunahme der Dyspareunie (Östrogene). Psychosoziale Veränderungen vollziehen sich vor dem Hintergrund der persönlichen sexuellen Biographie im Kontext gesellschaftlicher Normen und Rollenerwartungen. Bei Männern können organische und endokrine Veränderungen zu einer Abnahme der Erektionsfähigkeit beitragen, die möglicherweise verstärkt wird durch Versagensängste und männliche sexuelle Leistungsstandards. Für beide Partner bedeutet dies eine Veränderung der Paardynamik, des Gebens und Nehmens, des Forderns und Helfens. Frauen und Männer müssen Informationen über altersentsprechende Veränderungen mit dem Ziel bekommen, sich selbst und den anderen bzw. die andere zu verstehen. In der Beratung finden sich konstruktive und destruktive Interaktionsmuster, die offengelegt und gegebenenfalls gemeinsam bearbeitet und gelöst werden müssen.

EINLEITUNG

Der Prozess des Älterwerdens stellt für beide Geschlechter eine Herausforderung dar. Körperliche und psychosoziale Veränderungen müssen bewältigt werden und ein neues Inter-

aktionsgleichgewicht muss gefunden werden. Dies gilt besonders für die Sexualität.

DIE SEXUALITÄT DER ÄLTER WERDENDEN FRAU (AB DEM 50. LEBENSJAHR)

Biologische Faktoren

Um Auswirkungen des Älterwerdens auf die Sexualität der Frau zu verstehen, geht es zunächst einmal darum, die biologischen Grundlagen der Steroidwirkungen auf das Gehirn und die Sexualorgane in Betracht zu ziehen. Im Hypothalamus, vor allem im präoptischen Nukleus, befinden sich zahlreiche *Testosteronrezeptoren*, ausserdem in etwas geringerer Konzentration im limbischen System und im Kortex.

Daneben finden sich in zahlreichen Regionen des Gehirns *Rezeptoren für Östrogene*. Es wird eine allgemeine neurotrope und psychotrope Wirkung beschrieben. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Wechselwirkung zwischen Östrogen und Dopamin. Das Gehirn kann somit als Zielorgan der Sexualsteroiden betrachtet werden. In anderen Regionen des Körpers haben Östrogene eine wesentliche Bedeutung für die Sexualität der Frau: Die Dicke und Elastizität der Vaginalschleimhaut und deren feine Gefässversorgung stehen unter dem Einfluss von Östrogenen genauso wie Elemente des Bindegewebes am Beckenboden und in der periurethralen und perivesikalen Region.

Die Abnahme der Testosteronbildung ab dem 35. Lebensjahr und die Abnahme des Progesterons und später des Östrogens nach der Menopause können sich also zentral und peripher auf die Sexualität der Frau auswirken. Die individuelle Ausprägung dieses Hormondefizits mit dem Alter ist jedoch sehr variabel und hängt von

genetischen, epigenetischen und Umweltfaktoren ab (siehe weiter unten).

Psychosoziale Faktoren

Verschiedene psychosoziale Faktoren beeinflussen die Sexualität in dieser Lebensphase:

- Tabuisierung und negative Attribuierung der „Alterssexualität“: Dies gilt besonders für Frauen, denen von der Gesellschaft sehr viel eher Asexualität und „Abgeklärtheit“ abverlangt wird.
- Die Sozialisation der Frauen als rezeptiv, abwartend, auf den Mann reagierend: Bei fast drei Vierteln 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.
- Mit zunehmendem Alter stehen durch Tod, Trennung und Scheidung den Frauen immer weniger mögliche männliche Sexualpartner gegenüber: Während bei der Gruppe der 50- bis 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.
- Die individuelle Biographie, insbesondere die Sexual- und Beziehungsbiographie: 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“, spielt dabei wohl eine grosse Rolle.

DIE SEXUALITÄT DES ÄLTER WERDENDEN MANNES (AB DEM 50. LEBENSJAHR)

Biologische Faktoren

Sexualphysiologische Untersuchungen zeigen, dass die Erregungsphase mit zunehmendem Alter einen langsameren Anstieg der Intensität zeigt, das heisst, 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. Einen zweiten wichtigen biologischen Faktor stellen auch beim Mann Veränderungen der Testosteronbildung dar.

Nach heutigem Kenntnisstand sind androgenabhängig:

- Die sexuelle Erregbarkeit und die Fähigkeit zu erotischen Vorstellungen und Phantasien.
- Die Fähigkeit zur Ausbildung und längeren Aufrechterhaltung der Erektion (diese ist möglicherweise am wenigsten androgenabhängig).
- Die Fähigkeit zur normalen Ejakulation.

Psychosoziale Faktoren

Auch beim Mann gibt es zahlreiche psychosoziale Faktoren, welche auf die Sexualität Einfluss nehmen:

- Negative Erfahrungen mit den Gefühlen des Versagens und der Scham im Zusammenhang mit Erektionsschwierigkeiten: Zahlreiche Studien zeigen eine altersabhängige Zunahme der erektilen Dysfunktion. Dabei kann bereits ein „einmaliges“ Versagen durch nachfolgende Ängste zur Ausbildung eines Teufelskreises des Leistungsversagens führen.
- Abnahme des erotischen Anreizes durch Gewöhnung und Routine in der Beziehung: Erotische Sti-

mulation unterliegt wie alle Reize einer möglichen Habituation mit Erhöhung der Reizschwelle. Dies gilt für beide Geschlechter, für den Mann aber aufgrund grösserer Abhängigkeit der sexuellen Erregung von äusseren Reizen vielleicht etwas mehr.

- Partnerschaftliche Konflikte, die sich chronisch entwickeln und zu einer emotionalen Entfremdung führen: Die Partner unterliegen häufig einer ganz unterschiedlichen Entwicklungsdynamik mit wechselnden Schwerpunkten und Valenzen. Daraus können sich chronische Kreisläufe aus Vorwürfen, defensiven Haltungen und emotionalem Rückzug entwickeln.
- Intrapyschische Probleme: Schwierigkeiten mit der Akzeptanz des Älterwerdens, narzisstische Persönlichkeitsstörungen, depressive Erkrankungen nehmen in dieser Lebensphase zu.
- Eine weitere wichtige Gruppe sind die Faktoren der Lebensführung: Dazu gehören Rauchen, Alkoholkonsum, mangelnde Bewegung und Abnahme der Fitness.

STÖRUNGEN DER LIBIDO BEI FRAU UND MANN

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.

Frau

Die meisten Befragungen von Frauen zeigen eine Abnahme der sexuellen Aktivität in der Altersgruppe der 45- bis 60jährigen Frauen. In anderen Untersuchungen wird die Variabilität der Reaktionen bei Frauen 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.

Mann

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 in Sexualberatungsstellen immer mehr Männer über sexuelle Lustlosigkeit.

STÖRUNGEN DER ERREGUNGS- PHASE BEI FRAU UND MANN

Frau

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. Der Östrogenmangel führt auch zu einer Minderung der vaginalen Lubrifikation, was die Beschwerden beim Verkehr noch verstärken kann.

Bezüglich der Vaginalatrophie, der mangelnden Lubrifikation und der Dyspareunie ist neben dem Östrogenmangel ein weiterer entscheidender Faktor die sexuelle Aktivität selbst. Es wurde gezeigt, dass Frauen, die drei- oder viermal pro Monat Verkehr hatten oder masturbierten, deutlich geringere Beschwerden hatten als jene Frauen, die weniger als zehnmal pro Jahr Verkehr hatten oder nicht masturbierten.

Mann

Das körperliche Korrelat der Erregung ist beim Mann die Erektion. Die wichtigste Störung der Erregungsphase

beim Mann ist die erektile Dysfunktion. Wir wissen heute aus epidemiologischen Untersuchungen, dass zwischen 10–30 % 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 ED an. Im Alter von 65 steigt die Zahl auf 30 % und im Alter von 75 sind es 55 %.

STÖRUNGEN DER ORGASMUS- PHASE BEI FRAU UND MANN

Frau

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. In der von Reinisch publizierten 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 ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich in den einzelnen Altersgruppen.

Mann

Die häufigste Störung ist der vorzeitige Samenerguss (Ejakulation in weniger als 2 Minuten bei weniger als 10 Stössen). Die Definition ist uneinheitlich. 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 fassten 23 Studien zur Prävalenz zusammen und kamen dabei auf eine Zahl von 36–38 % der 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 in höherem Alter zu. Dabei kommt es nicht selten zum Ausbleiben des Orgasmus.

DIE WECHSELWIRKUNGEN ZWISCHEN DEN PARTNERN UND DIE MERKMALE DER PARTNER- SCHAFTLICHEN INTERAKTION

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

a) Die Störung des Verhaltens beim Partner A wird durch das Verhalten des Partners B abgeschwächt bzw. kompensiert

Bei dieser Form der Interaktion hilft ein Partner dem anderen dadurch, dass er oder sie auf die „Schwäche“ des anderen eingeht und sein eigenes Verhalten verändert. Ein Beispiel dafür ist die vermehrte und verlängerte Stimulation bei Erektionschwierigkeiten des Mannes oder die Verlängerung des Vorspieles bei Erregungsstörungen der Frau. Diese Interaktion entspricht dem Modell „Solidarität und Hilfe durch den Gesünderen“.

Eine weniger solidarische Form dieses Interaktionsmusters besteht in der

Suche bzw. der Wahl eines jüngeren Partners. Dies gilt für beide Geschlechter. Dies ist das Modell „Partnerwechsel“.

b) Die Störung des Verhaltens beim Partner A wird durch das Verhalten des Partners B verstärkt

Dies ist eine häufige Konstellation. Wie oben beschrieben, kann es bei beiden Partnern zu einem vermehrten Auftreten von organisch oder psychosozial bedingten Sexualstörungen kommen, die sich in ihren Wirkungen verstärken können. Dabei gibt es verschiedene Unterformen dieser Störung:

b1) Beide Partner erleben die Störung als zu sich selbst gehörend: Bsp.: Die Erektionschwierigkeiten werden durch die Erregungsstörung mit fehlender Lubrifikation bei der Partnerin verstärkt. Beide Partner erkennen die jeweilige Störung als zu sich gehörend. Modell „Selbstverantwortung und Solidarität“.

b2) Ein Partner sieht seine Störung als Folge der Störung des anderen: Bsp.: Die Erektionschwierigkeiten des Mannes werden von ihm als Folge der Erregungsstörung seiner Frau erlebt. Er schickt die Frau zur Behandlung zum Gynäkologen. 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 einer verstärkten 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.

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?

DEM PAAR KÖNNEN DANN FOLGENDE LÖSUNGSOPTIONEN ANGEBOTEN WERDEN:

- Beibehaltung des Status quo: Diese Option ergibt sich in einer Situation, in der keine Veränderung möglich ist. Dabei kann sich ergeben, dass das Paar zu der Auffassung kommt, dass beide Partner an der bestehenden Situation nichts ändern können und/oder wollen.

- 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.
- Gemeinsame solidarische Bewältigung der Schwierigkeiten: Nach der Klärung der Interaktionsmuster entscheiden sich beide Partner zu einer solidarischen 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: beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Johannes Bitzer
Leiter Gyn. Sozialmedizin und Psychosomatik, Universitäts-Frauenklinik
CH-4031 Basel,
Spitalstrasse 21
E-Mail: jbitzer@uhbs.ch

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD 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](#)