

**Wirklich keine Lust zu
Sexualität? Auf der Suche
nach Motiven der
Sexualvermeidung: zwei
Fallbeispiele von Männern**

Heiser K, Hartmann U

Blickpunkt der Mann 2008; 6 (1)

26-31

Homepage:

www.kup.at/dermann

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

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Wirklich keine Lust zu Sexualität? Auf der Suche nach Motiven der Sexualvermeidung: zwei Fallbeispiele von Männern

K. Heiser, U. Hartmann

Kurzfassung: Die sexuelle Appetenzstörung des Mannes und ihre psychologischen Hintergründe haben bisher in Forschung und Literatur viel zu wenig Beachtung gefunden. Die Kompliziertheit der sexuellen Luststörung erhöht sich noch dadurch, dass sie als Präsentiersymptom auch eine psychologische Schutzfunktion erfüllen kann. Anhand von zwei Fallberichten wird aufgeschlüsselt, wie das Problem der fehlenden Lust – bewusst oder unbewusst – verborgen

gene Konflikte des Patienten verschleiern kann, die offenbar eine deutlich stärkere Belastung für die männliche Psyche darstellen als der Lustverzicht – bei allerdings nicht unbeträchtlichen Kosten für die Qualität der Partnerbeziehung.

Abstract: Up to now, hypoactive sexual desire disorder in men as well as its psychological background has hardly been discussed in research and literature.

Lacking sexual appetite has turned out to be a severe problem not only in itself, but by its function to protect the individual from more distress. On the basis of two case reports we illustrate how the symptom of lacking appetite can – consciously or unconsciously – mask a number of much more severe conflicts within the patient, however, with high costs of the quality of the partnership. **Blickpunkt DER MANN 2008; 6 (1): 26–31.**

■ Einleitung

Die sexuelle Appetenzstörung, eine subjektive Erlebnisstörung, ist uns seit Jahrzehnten vertraut als gründlich beforscht und in der Literatur beschrieben – solange ihr Vorkommen das weibliche Geschlecht betrifft. Um so erstaunlicher die marginale Beschäftigung mit dem Symptom, sobald es bei einem Mann in Erscheinung tritt. Betrachten wir die umfassenden Studien und unzähligen Veröffentlichungen zu Störungen der männlichen Sexualität, so konzentrieren sie sich auf Probleme der sexuellen Funktion. Der männliche Lustmangel jedoch wird, wenn er Erwähnung findet, hauptsächlich im Zusammenhang mit somatischen Bedingungen thematisiert (Testosterondefizit, Hyperprolaktinämie, Medikamentennebenwirkung u. a.), ohne dass psychologische Aspekte des Phänomens Beachtung finden.

Dabei scheint die bisher für Frauen charakteristische Domäne der fehlenden Lust nicht selten auch den Mann zu betreffen. Erhebungen zeigen, dass auch die männliche Sexualität vom Nichterleben sexuellen Verlangens gekennzeichnet sein kann. Bei Laumann et al. gaben in einer amerikanischen Repräsentativbefragung immerhin 15 % der Männer mangelndes sexuelles Interesse in den vergangenen 12 Monaten an [1]. Die Hamburger Sexualberatungsstelle verzeichnete zwischen Mitte der 1970er Jahre und Mitte der 1990er Jahre einen Zuwachs von männlichen Ratsuchenden mit Appetenzstörungen von 4 % auf 16 % [2], während das Universitätshospital Zürich sowohl für 1980 als auch für 1990 in der sexualmedizinischen Sprechstunde gleichbleibend 12 % appetenzgestörter Männer verzeichnete [3]. Das ist eine nicht unbedeutende Gesamtheit der untersuchten Männer, die von sexueller Lustlosigkeit betroffen sind. Dabei hat die Tatsache, dass in den

Medien der sexuelle „Superman“ propagiert wird, die Offenheit der Männer, ein Lustdefizit einzugestehen, sicherlich nicht erhöht, aus Furcht, beim Vergleich mit diesem Modell einen Gesichtsverlust zu erleiden. So existiert wahrscheinlich eine zusätzliche Grauzone von Männern, die ein gemindertes Sexualverlangen erleben, es aber nicht eingestehen.

Müssen wir aber in jedem Fall von einer Abnahme der männlichen Lust ausgehen, wie die Zahlen es vermuten lassen? Eine differenzierte Fallanalyse kann erschließen, dass es auch Männer gibt, bei denen die sexuelle Lustlosigkeit als – bewusstes oder unbewusstes – Präsentiersymptom, quasi als Rettungsanker oder Schutz eine dahinter verborgene Dynamik verschleiert, die die Psyche des Patienten offenbar ungleich mehr tangiert. Nicht selten stellt die Luststörung eine maskierte Sexualvermeidung dar. Dieser Dynamik auf die Spur zu kommen, sollte unbedingt mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden und Ziel einer ausführlichen diagnostischen Erkundung sein. Denn das Selbstbild, ein Mann ohne sexuelles Begehren zu sein, das mit dem Stereotyp von Männlichkeit keineswegs vereinbar ist, destabilisiert nicht nur das Selbstwertgefühl des Patienten in hohem Maße, sondern auch bei der Frau löst fehlendes Sexualinteresse des Partners fast immer Selbstzweifel bis Gekränktheit und Rückzug aus.

Per definitionem besteht bei intaktem somatischem Befund das Kernmerkmal der sexuellen Appetenzstörung nach DSM-IV-TR (302.71) in einem Mangel an (oder Fehlen von) sexuellen Phantasien und des Verlangens nach Sexualität [4]. Wir haben es also mit einem Defizit an Motivation zu sexueller Aktivität zu tun. Sexuelle Reize werden gar nicht oder wenig als erotische Stimuli erlebt. So zeigen Patienten beim Fehlen von Lust – als Ursache oder Wirkung – häufig auch Probleme mit Erregung oder Orgasmus, wobei diese Funktionen bei adäquater sexueller Stimulation allerdings auch erhalten sein können.

Das Appetenzproblem weist deutlich mehr Facetten auf als die eher organisch fassbaren Störungen der genitalen Funktion und ist meist verbunden mit komplexen Entstehungsbedin-

Aus der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover

Korrespondenzadresse: Dr. Kristina Heiser, Dipl.-Psych., Arbeitsbereich Klinische Psychologie, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, D-30625 Hannover, Carl-Neubergstraße 1; E-Mail: heiser.kristina@mh-hannover.de

gungen oder Ursachenkonstellationen, die häufig auch in nicht-sexuellen Lebensbereichen zu finden sind. Problematisch macht dieses Störungsbild, dass es für die beteiligte Partnerin meist deutlich leichter wäre, eine somatisch erklärbare sexuelle Dysfunktion ihres Mannes zu akzeptieren als ein scheinbar sexuelles Desinteresse an ihr als Frau. Die immerfort lauenden Fragen „Liebt er mich nicht?“ oder „Bin ich nicht attraktiv für ihn?“ machen das Problem besonders belastend und die Ursachenklärung und Bearbeitung für die Partnerschaft besonders dringlich.

Die Suche nach den Hintergründen vermeintlicher Lustlosigkeit kann zu überraschenden, mitunter ganz einfachen Entdeckungen führen, die die Problembewertung des Paares verändern und neue Lösungsansätze in Gang setzen können.

Wir wollen die Konstellation der maskierten Sexualvermeidung an zwei Beispielen aus dem klinischen Alltag verdeutlichen, wobei wir uns bemühen, die Dynamik in ihren verschiedenen psychologischen Aspekten herauszuarbeiten und aufzuschlüsseln.

■ Motive der Sexualvermeidung

1. Herr A.: Versagensängste und depressive Entwicklung nach Unfalltrauma

Der 48-jährige Herr A. stellte sich mit den Worten vor: „Ich fühle mich asexuell!“ Zwar könne er körperliches Streicheln genießen, aber „Geschlechtsverkehr ist für mich überflüssig.“ Koitus und Orgasmus spielten für ihn seit Jahren keine Rolle mehr, so dass sexueller Kontakt in der jetzigen Partnerschaft eingeschlafen sei. Vordergründig stellt sich hier also das Symptom einer sekundären Appetenzstörung dar.

Herr A. blickt auf eine belastete Familiengeschichte zurück, die dem noch jungen Mann bereits finanzielle Schulden und höchste Verantwortung aufbürdete. Seine früh geschlossene Ehe, aus der zwei Kinder entstammten, scheiterte. Die eheliche Bindung sei mit den Jahren gefühlsmäßig abgekühlt, ohne dass die Kinder als „Kitt“ hätten dienen können. Nach jahrelangem Auseinanderleben habe sich das Paar, soweit möglich, „harmonisch“ und in geregelter Weise getrennt. In der Ehe sei beim Patienten ein normales Sexualverlangen vorhanden gewesen ohne das Auftreten von sexuellen Funktionsproblemen. Nach der Trennung habe Herr A. von Beziehung erst einmal nichts wissen wollen und kein Bedürfnis nach Partnerschaft verspürt. Befreit von den Verpflichtungen seiner ehelichen Verbindung, in der Zuneigung und gegenseitiges Interesse einer Gleichgültigkeit gewichen waren, habe er in privater Zurückgezogenheit gelebt und sich seinen sportlichen Hobbies (Reiten, Klettern) und seiner erfüllenden Arbeit als Golflehrer hingegeben.

Das Kennenlernen der jetzigen Partnerin sei ganz allmählich vonstatten gegangen. Aus anfänglich gemeinsamen Interessen habe sich wachsende Zuneigung entwickelt mit Harmonie und gegenseitigem Verständnis. Hinsichtlich der sexuellen Beziehung berichtete Herr A. in der Exploration zunächst von „gewissen Anfangsschwierigkeiten“ mit der erektilen Funktion bei allmählicher Besserung, allerdings mit rückläufiger sexu-

eller Initiative auf seiner Seite. Nach zwei Jahren Geburt einer gemeinsamen Tochter, inzwischen neun Jahre alt und zum Lebensinhalt des Patienten geworden. Bald darauf habe Herr A. ein schwerer Sportunfall ereilt mit monatelangen Krankenhausaufenthalten und Operationen, wodurch sein weiteres Leben deutlich verändert wurde (Arbeitsplatzwechsel, Verlust seines lebenslangen sportlichen Engagements). Im harmonischen Zusammenleben des Paares seien die sexuellen Begegnungen nun zunehmend weniger geworden. Von der zurückhaltenden und anpassungsbereiten Partnerin sei der Patient sexuell nicht bedrängt worden, diese habe allmählich ein sehr körperbetontes Sportprogramm mit erfolgreicher Gewichtsreduktion begonnen, mit viel Anerkennung und Aufwertung im Freundeskreis.

Währenddessen sei der Patient in einen gewissen sozialen Rückzug geraten, mit Entwicklung zunehmender Resignation im Alltag und am ungeliebten neuen Arbeitsplatz, ohne Verbesserungsmöglichkeiten seiner Situation zu erkennen. Seinen Lebensinhalt schöpft Herr A. nunmehr aus seiner neuen kleinen Familie, der er sich hingebungsvoll widmet. Die Wahrnehmung seiner zunehmenden körperlichen Trägheit durch erzwungenen Bewegungsmangel, gutes Essen und Wein, während seine Partnerin sich deutlich attraktiver entwickelte, führte zur Beunruhigung des Patienten, zum inneren Hinterfragen seiner sexuellen Rückzügigkeit und dem Phantasieren von negativen partnerschaftlichen Folgen. Aussprachen mit der Partnerin, ihre Bereitschaft, die Situation „derzeit“ zu tolerieren, beruhigten ihn einerseits, andererseits klang bei ihr durch, dass ein Abgeschnittensein von Sexualität für sie kein dauerhaft erstrebenswerter Zustand sei. Die Sorge um die Partnerschaft und die Frage nach den Hintergründen seines sexuellen Rückzugs motivierten Herrn A. zur therapeutischen Kontaktaufnahme – mit dem Wunsch nach einer Veränderung seiner sexuellen Situation.

Erst bei wiederholtem intensivem Hinterfragen der Vorgeschichte wurde die Qualität seines als Lustlosigkeit imponierenden sexuellen Rückzugs deutlicher.

Einen Markstein in der Entwicklung stellte nach monatelanger sexueller Enthaltensamkeit die erste intime Begegnung mit der neuen Partnerin dar. In der romantischen und erregenden Situation wurde Herr A. nach Immissio von einem plötzlichen und unkontrollierbaren Rückgang seiner Erektion überrascht, die nicht wieder herstellbar war. Der verständnisvollen Partnerin gelang es zwar, Herrn A. zu beruhigen, und es kam im Verlauf der Zeit zu einer gewissen Funktionsverbesserung, aber erst jetzt gestand Herr A. sich zögernd ein, wie sehr ihn das damalige Versagen überwältigt und in der Folge zu wachsender Verunsicherung geführt hatte. Trotz des gewährenden und druckfreien Verhaltens seiner Partnerin erlebte er die weiteren sexuellen Begegnungen begleitet von der Furcht vor erneutem Versagen. Herr A. geriet durch die sexuellen Aktivitäten immer stärker in angstprovozierende Situationen mit der Folge einer tatsächlichen Labilisierung seiner erektilen Funktion. Wenn Lust bei ihm aufkam, folgte sofort der Gedanke: „Wenn es wieder nicht klappt ...“. Er erinnert sich: „Zeitweise hatte ich Angst, ins Bett zu gehen und versuchte, sexuelle Situationen zu vermeiden, um sie nicht zu enttäuschen“. Die Frequenz, in der sexuelle Initiative von ihm ausging, dünnte

sich zunehmend aus. Er unterzog sich einer von ihm seit langem geplanten urologischen Operation, die allerdings durch Komplikationen einen schmerzhaften Verlauf nahm. Danach sei der Wunsch nach Sexualität noch weiter abgeflaut.

Obwohl Herr A. angibt, seine Frau nach wie vor zu begehren und er sich Zärtlichkeit und Streicheln wünscht, „muss das für mich nicht zu mehr führen“. Petting finde nur ihr zuliebe statt, ohne dass er sich das selbst wünsche. Bei dem letzten Koitusversuch habe er nur eine geringe, für Geschlechtsverkehr nicht ausreichende Erektion erlebt.

Seit längerem hat sich Herr A. mit dem Gedanken angefreundet, er sei eben nicht der „typische Mann, dessen Leben durch den Schwanz bestimmt wird“. Er beruhigt sich mit der Überzeugung, dass es gut sei, nicht „triebgesteuert“ zu sein, wie die „sexuellen Gewalttäter“ und „Vergewaltiger“, die zunehmend in der Zeitung angeprangert würden. So hatte er sich in seiner sexuellen Passivität gut eingerichtet, bis ihn die Verunsicherung über seine partnerschaftliche Situation mit der vermiedenen Thematik zunehmend bedrängte.

Die intensive Rekonstruktion seiner sexuellen Vorgeschichte enthüllte eine hinter dem vermeintlichen Appetenzmangel verborgene Verflechtung unterschiedlicher Einflussfaktoren:

Nach erstmaligem erektilen Funktionsverlust entwickelte Herr A. Versagensängste bedrohlichen Ausmaßes mit resultierender Funktionsverschlechterung. Dennoch forderte er sich trotz sexueller Verunsicherung zunächst weiterhin sexuelle Aktivitäten ab, um die Bedürfnisse seiner Partnerin nicht zu enttäuschen. Dadurch verstärkte sich sein sexuelles Angstpotential zunehmend mit Beeinträchtigung seiner erektilen Funktion (Selbstverstärkungsmechanismus der Sexualstörung in klassischer Form). Des Weiteren führten die schmerzhaften Begleiterscheinungen des urologischen Eingriffs am Genitalorgan zu Missempfindungen, die eine Berührung zunächst nicht wünschenswert machten. Der traumatische Unfall mit den resultierenden negativen Lebensveränderungen festigte eine pessimistische, unlustbetonte Lebenshaltung des Patienten, die durch seine belastete Lebensgeschichte vorgeprägt war, so dass sich eine subdepressive Stimmungslage vorfand mit sozialen Rückzugstendenzen, Antriebsmangel und resignativer Lebenshaltung. Kompensatorisch zu seinem sexuellen Rückzug hatte Herr A. eine Ideologie von Triebfeindlichkeit entwickelt, die sein Defizit in einen fast erstrebenswerten Zustand umwandelte.

Das vordergründig als Lustverlust imponierende Symptom konnte schließlich unter Einbezug der Partnerin in den diagnostischen Prozess vom introspektionsfähigen Patienten als ein Pseudo-Appetenzmangel erkannt und herausgearbeitet werden, den er zum Schutz für seine psychische Stabilität hatte aufbauen müssen. Das Eingeständnis seiner massiven Versagensängste vor sexuellen Begegnungen, das Erkennen seiner triebfeindlichen Ideologie als sexuelles Vermeidungsmanöver, das Deutlichwerden seiner depressiven Stimmungslage und Lebenshaltung erbrachte für den veränderungsbereiten Patienten nach langer Phase der Stagnation ein Aufwachen aus einem seelisch tief verankerten Rückzug, der in der Sexualität besonders spürbar wurde.

Um dem Ziel des Patienten, die sexuelle Erlebniswelt neu zu erschließen, näherzukommen, werden nun unterschiedliche therapeutische Maßnahmen zum Einsatz kommen müssen – wie Sensate-Focus-Übungen des Paares zum Angstabbau, Einstellungsänderungen sowie auch der Einbezug von stimmungsaufhellender Medikation.

2. Herr P: Mangelhafte Entwicklung der Männlichkeit

Der 50-jährige Herr P., ein feinsinniger, sensibler Literaturwissenschaftler, beklagte, dass er „nie ein normales Sexualleben geführt“ habe. Nur zögernd berichtete er in der Exploration über die sexuell defizitäre Situation seiner Vergangenheit. Voller Unsicherheit im Kontakt zu Frauen habe er erst im Alter von Ende zwanzig eine Partnerschaft aufbauen können, die später zur Heirat führte. Herr P. beschreibt: „Meine sexuelle Initiative war immer schwach ausgeprägt.“ Anfängliche Versuche zu Beginn seiner Ehe, Geschlechtsverkehr durchzuführen, seien mangels ausreichender Gliedsteife misslungen. Beschämt und innerlich blockiert habe er sich körperlich von der Partnerin zunehmend zurückgezogen. So sei die langjährige Ehe von sexueller Inaktivität und dem Ausblenden der sexuellen Thematik gekennzeichnet gewesen, so dass die ansonsten zärtliche und harmonische Beziehung auch kinderlos blieb. Diese Situation habe das eheliche Zusammenleben über zwanzig Jahre gekennzeichnet, und die Sprachlosigkeit auf beiden Seiten konnte vom Paar, das schonend und konflikt-scheu miteinander umging, lange nicht überbrückt werden.

Auch in einer früheren psychotherapeutischen Behandlung wegen psychosomatischer Probleme habe Herr P. die sexuelle Situation aus Scham und Scheu nicht ansprechen können. Die geduldig ausharrende und ratlose Ehefrau sei, trotz gegenteiliger Beteuerungen des Patienten, davon ausgegangen, dass „es wohl an mir liegt“. Erst mit den Jahren habe sich bei ihr ein Defizitgefühl mit Leidensdruck entwickelt, das sie ihrem Mann allmählich auch vermittelte. Nach zögerndem Urologenbesuch (kein somatischer Befund) erfolgten einige wenige hilflose Anwendungsversuche der sogenannten Potenzspritze, was die Sexualabwehr des geängstigten Patienten jedoch eher erhöhte. Trotz erreichter ausreichender Gliedsteife wurden die mühsam abgerungenen sexuellen Begegnungen wieder spärlicher und versiegten schließlich ganz. Zurück blieb ein verunsichertes Paar, wobei die Unzufriedenheit der Frau und das Defizitgefühl des Patienten nun deutlicher im Raum standen. Als dann ein interessanter Mann im Freundeskreis auftauchte und sich ein gutes Verstehen mit der Ehefrau anbahnte, geriet der Patient unter massiven Druck, so dass er sich schließlich zu einem erneuten Behandlungsversuch überwand.

In der ausführlichen Anamnese wurde eine Reihe von sexualhemmenden und lustblockierenden Aspekten deutlich:

Der Patient wurde nach langem beruflichem Auslandsaufenthalt des Vaters als einziges und ersehntes Wunschkind geboren. Erinnerungen an die Vergangenheit stiegen in ihm auf: Ein extrem schüchtern, ängstlicher Junge, immer an der Hand der besorgten und dominanten Mutter. Er sei anlässlich sonntäglicher Verwandtenbesuche auf dem Lande von der Mutter „fein“ gemacht und in einen Anzug gesteckt worden,

den er innerlich verabscheute. Während der Freund auf Bäume kletterte, musste der Patient zusehen, um sich nicht schmutzig zu machen. In Kindergarten und Schule habe er sich als Außenseiter gefühlt und immer Scheu vor fremden Menschen empfunden, mit starker Fixierung auf die Mutter und deren Schutz. Von der eher ängstlichen Mutter habe er vermittelt bekommen, dass die Welt gefährlich ist, wovor sie ihn bewahren wolle. Letztlich sei der Sohn von ihr klein gehalten worden, so dass er lange keine Eigenständigkeit entfalten konnte. Er habe diese Schranken fast nie durchbrochen, sich wohl zu zaghaft gegen Mutters Fürsorge gewehrt. „Es nutzte nichts bei Mutter, man sprach gegen eine Wand, ich wurde nicht ernst genommen“. Er gab überwiegend nach. Irgendwann „verstummte“ er. Das war seine Gegenwehr. Er wehrte sich auf stille Weise.

An die Tanzstunde bestehen „grausliche“ Erinnerungen. Es war der erste Mädchenkontakt (er besuchte eine Jungenschule), und er empfand ihn als bedrohlich. Er habe die Zeit jedoch „brav durchgestanden“, zwar ohne Freude daran, aber um sich nicht zu blamieren. In der Jungenrolle sei er verunsichert gewesen und habe sich nie richtig als werdender Mann gefühlt, ohne eine Peergroup, die seine Männlichkeit hätte formen können – „ich gehörte der Mutter“. Wirkliches Interesse an Mädchen sei erst später aufgekommen. Unsicher und unbeholfen im Anknüpfen von Kontakten schaffte er es lange nicht, eine Freundin zu finden. Er erinnert sich kaum an erste sexuelle Gefühle, sein Körper blieb ihm fremd. Er hatte keinen Gesprächspartner für diese Themen, nur einen losen Schulfreund.

Nach Abitur und Studienbeginn fand erst mit 25 Jahren der Auszug aus dem Elternhaus statt. Herr P. genoss die Freiheit, aber „ich war mehr als gehemmt“. „Ich hatte immer den Wunsch nach einer Frau, aber immer das Gefühl, es nicht zu schaffen“. Er entwickelte nicht das Empfinden, ein Mann zu sein und einer Frau etwas bieten zu können. Endlich fand er eine Partnerin, die spätere Ehefrau, er war froh und „irgendwie verliebt“, aber fühlte sich „wie auf dem Prüfstand“, bis das sexuelle Versagen das aufgekeimte Begehren erstickte und sich die beschriebene Sexualvermeidung entwickelte. Sein Ausweichen führte zum Selbstbild des totalen Versagers als Mann, zu dauerhaften massiven Schuld- und Unterlegenheitsgefühlen, zur Zaghaftigkeit, Wünsche und Bedürfnisse anzumelden, zur Unsicherheit: „Was steht mir zu?“, zur Anpassung aus Schuldgefühl und Verlustangst.

Herr P. ärgert sich nicht über das Verhalten anderer, ist nicht böse oder gekränkt, z. B. durch fehlende Anerkennung, sondern er fühlt sich entmutigt, als bestünde ein Ärgerverbot in ihm. Wenn er Unrecht empfindet, zieht er sich enttäuscht zurück, straft mit Liebesentzug. Auseinandersetzungen lebt er in der Phantasie aus. Er entwickelt manchmal unangemessenen Hass bei Kleinigkeiten, ein innerliches Aufbäumen dagegen, dass jemand über ihn bestimmt, ihm seine Selbstbestimmung nimmt. Das sind Situationen, die ihn an früher erinnern: „Warum fragen die mich nicht?“. Er wehrte sich zu zaghaft, erduldet, „um nicht zu enttäuschen“.

Auch in der Ehe besteht ein Ungleichgewicht, er ist schwächer als seine Frau. Er gibt überwiegend nach, wie früher bei der Mutter. Durch seine Konfliktvermeidung lebt er hinter einem

Schutzwall, ist aber im Leben der Unbeteiligte. „Man stößt nirgendwo an, aber man spürt auch nichts.“ „Immer alles wie durch eine Glaswand.“

Seit Jahrzehnten leidet Herr P. unter Phasen von depressiver Verstimmung mit Traurigkeit, Grübeleien und Antriebschwäche. Er sei müde und könne sich zum Körperkontakt nicht aufraffen. Was ihn bremse? „Die Angst, ich könnte versagen.“ Schon als er seine Ehefrau kennenlernte, war die Leidenschaft gedämpft durch das Gefühl, „kein richtiger Mann“ zu sein. Seit der Pubertät glaubte er, dass sein Körper sich nicht so männlich entwickle wie bei den anderen Jungen (verspäteter und schwächerer Bartwuchs, geringere Körperbehaarung, zu kleines Geschlechtsteil). Das Empfinden kam auf, als Mann nicht mithalten zu können. Dieses habe er seiner Frau anfangs nicht eingestanden und wegen des Versäumnisses lebenslang Schuldgefühle verspürt. Das „Geheimnis“ sei sehr belastend gewesen, die Partnerschaft habe daher für Herrn P. insgeheim mit viel Angst begonnen und sich derart weiterentwickelt. „Früher einmal war die Lust da. Ich erinnere mich an sie.“

Nach schwierigen Startbedingungen in die männliche Rolle ist das Leben des Patienten seit Jahrzehnten von tiefem Selbstzweifel an seiner Wertigkeit als Mann geprägt. Die überbehütende Mutter schwächte sein Sicherheitsgefühl im Leben, behinderte seine Autonomieentwicklung, erstickte seine Selbstbestimmung und die Entwicklung und Wahrnehmung eigener Wünsche und Bedürfnisse.

Durch sein defizitäres Männlichkeitsgefühl konnte er dem anderen Geschlecht nicht mit Leidenschaft und männlichem Begehren gegenüberreten, die sexuellen Versagensgefühle waren zu mächtig, die Unterlegenheitsgefühle gegenüber der „dominanten“ Frau zu stark. Sexualität scheint immerzu bedrohlich gewesen zu sein, so dass der Rückzug von sexueller Aktivität für den aggressionsgehemmten Patienten die einzig lebbare Alternative war, zumal die zurückhaltende Ehefrau langjährig nichts einforderte. Heute erkennt Herr P. die Ursachen und Folgen seines „Lustverzichts“. Er zeigt Verstehen seiner psychischen Konfliktlösung, betrauert die „verlorenen Jahre“, die Kinderlosigkeit und beginnt, mit kleinen Schritten an der Veränderung seines Selbstbildes, seines Verhaltens und seiner Bedürfniswahrnehmung zu arbeiten. Das Ziel ist der Abbau von Scham, Schuldgefühl, Angst sowie mehr Selbstbehauptung zu wagen, Harmonie ohne Unterwerfung zu schaffen – mit vorsichtiger Annäherung an die körperliche Begegnung mit der Ehefrau, um die sexuellen Qualitäten von Körperberührung wahrnehmbar und positiv erlebbar zu machen.

Die therapeutische Maßnahme erfordert eine psychotherapeutische Aufarbeitung der Vorgeschichte des Patienten zur Stärkung und Stabilisierung seiner Persönlichkeit und seines Männlichkeitsgefühls sowie den Einsatz und die Bearbeitung von häuslichen Partnerübungen („sensitive focus“) im Paarsetting, eventuell mit gelegentlichem Einbezug eines erektionsstabilisierenden Medikaments. Überlegenswert ist darüber hinaus der Einsatz einer stimmungsaufhellenden Medikation, um den Patienten bei seinem zeitweise auftretenden depressiven Stimmungsabfall zu entlasten.

■ Therapeutische Überlegungen zum sexuellen Lustmangel des Mannes

Zwei Fallbeispiele wurden vor Augen geführt, die verdeutlichen sollen, welche vielfältigen Ursachen und Entwicklungsbedingungen mit einem vermeintlichen sexuellen Lustmangel verbunden sein können, seien sie intrapsychischer, interpersoneller oder somatischer Art.

Oft wird die sexuelle Appetenzstörung erst innerhalb einer Paarbeziehung manifest, wenn einer der Partner mehr Sexualkontakt wünscht als der andere zulassen kann. Sei es, dass es dann zur Konstellation „Bedrängen vs. Verweigern“ kommt (Rückzug-Vormarsch-Polarisierung), sei es, dass der eigentlich unbefriedigte Partner „aufgibt“ und die Sexualität des Paares einschlft (Rückzug-Rückzug-Polarisierung) [5]. Gelingt es dann, zumindest zärtlichen Körperkontakt aufrecht zu erhalten, so dass die Bedürfnisse nach Nähe, Bestätigung und intimer Begegnung erfüllt werden, kann das unter Umständen als Kompromiss akzeptiert werden, so dass ein Gefühl der Zusammengehörigkeit die Partnerschaft weiter trägt. Häufig jedoch erfolgt die rasche Zuweisung an den Partner mit der fehlenden Lust als „gestört“ oder „schuldig“. Diese Dynamik sollte als erste wichtige Maßnahme angesprochen werden. Es muss vermittelt werden, dass es einen Standard für „normale“ Luststärke nicht gibt, obwohl das Paar den Therapeuten gern in der Schiedsrichterrolle sähe.

Wir sind zu besonderer Aufmerksamkeit aufgerufen, wenn unsere männlichen Patienten Probleme mit ihrer Appetenz beklagen. Handelt es sich wirklich um einen Lustmangel oder hat der sexuelle Rückzug eine anders motivierte Schutzfunktion? Kompliziert ist die Vielfalt der möglichen Ursachen, seien es aktuelle sexuelle Versagensängste im Hier und Jetzt, seien es psychologisch tief verwurzelte Ängste (vor Nähe und Intimität, vor dem weiblichen Geschlecht), seien es sexualdestruktive biographische Erfahrungen, abgewehrte deviante Sexualpräferenzen oder sexuelle Orientierungskonflikte [6]. Gerade bei älteren Männern können nachlassende Leistungsfähigkeit, berufliche Überforderung oder Arbeitslosigkeit zu ausgeprägten Selbstwertproblemen und Selbstzweifeln führen, einhergehend mit einem Verlust von Energie und Lebensinteressen, resultierend in sexueller Lustlosigkeit [7]. Nach erfolgter somatischer Abklärung ist eine gründliche Anamneseerhebung die Vorbedingung, um das Symptom in seiner Tiefe und im Lebenszusammenhang zu entschlüsseln. Die hier gezeigten Fallberichte des Lustverzichts stellen nur eine kleine Bandbreite des möglichen Verschleierungsmechanismus der Psyche dar, der das männliche Selbstbild vor stärkerer Erschütterung bewahren soll.

Die Heterogenität in Erscheinungsbild und Ätiopathogenese macht das Pseudo-Symptom zu einer schwierigen Herausforderung für den Behandler. Die therapeutische Strategie beinhaltet das Bewusstmachen der verdeckten Vermeidungsstrategien des Mannes vor dem Hintergrund seiner individuellen Problemstellung. Das Vorgehen erfordert höchste diagnostische Gründlichkeit und Mühegabe, um die verborgene psychologische Dynamik zu erkennen, aus der sich der effektive Ansatzpunkt der therapeutischen Bearbeitung ableitet – zur Entlastung nicht nur des Mannes, sondern auch seiner betroffenen Partnerin.

Selbst wenn hier der Fokus eindeutig auf den psychischen Aspekten der männlichen Luststörung und/oder Sexualvermeidung liegt, ist gleichwohl auf die Bedeutung des Testosterons und seiner Mangelsyndrome in diesem Kontext hinzuweisen. Dass das sexuelle Interesse beider Geschlechter androgenassoziiert ist, ist durch zahlreiche Studien belegt [8, 9]. Androgene sind aber nicht nur für die Libido, sondern auch für andere Aspekte der männlichen Sexualfunktionen wie etwa für die Intaktheit des penilen Gewebes bedeutsam. Darüber hinaus konnten Zusammenhänge zwischen Testosteronspiegel und Markern für das metabolische Syndrom nachgewiesen werden, die eine herausgehobene Rolle der Androgene für die gesamte männliche Physiologie und Pathophysiologie nahelegen [10].

Sowohl Forschungsergebnisse als auch die klinische Praxis zeigen darüber hinaus, dass ein Testosteronmangel sowohl Ursache als auch Folge einer Appetenzminderung bzw. einer reduzierten Sexualtätigkeit sein kann und sich in seiner reaktiven Variante durch eine wie auch immer bewirkte Steigerung oder Wiederaufnahme der sexuellen Aktivität auch wieder zurückbilden kann. Ein erniedrigter oder grenzwertiger Testosteronspiegel kann so ein bedeutsamer Kausalfaktor sein, er kann aber auch das biologische Substrat sein, in dem sich eine aus den in diesem Beitrag beschriebenen psychologischen Ursachen gespeiste Sexualvermeidung oder Lusthemmung niederschlägt. Für die klinische Praxis bedeutet das, dass bei länger bestehender Appetenzminderung eine Bestimmung der Androgene in jedem Fall indiziert ist. Ergibt diese ein nicht normgemäßes Bild, sollten vor Einleitung einer Testosteronsubstitution aus den genannten Überlegungen die Hintergründe des Symptombildes sehr genau analysiert werden. Auch wegen dieser Gesichtspunkte ist bei Appetenzproblemen des Mannes eine enge Kooperation zwischen Andrologen, Sexualmedizinern bzw. Sexualtherapeuten und Endokrinologen geboten.

■ Relevanz für die Praxis

Die sexuelle Appetenzstörung des Mannes, die oftmals nicht nur auf den Mann selbst, sondern auch auf die Partnerin eine destruktive Wirkung ausübt, stellt eine schwierige Herausforderung für den Sexualtherapeuten dar.

Wichtig für eine effiziente Behandlung ist es, genau zu ergründen, ob tatsächlich ein vermindertes Sexualverlangen vorliegt oder ob der vordergründige Lustmangel nicht eine verschleierte Sexualvermeidung darstellt, durch die sich der Patient vor noch stärkerer emotionaler Belastung schützt. So ist der therapeutisch Tätige dazu aufgefordert, die Dynamik und die Hintergründe des Problems durch eine differenzierte Anamneseerhebung und Analyse der zugrunde liegenden Ursachen zu entschlüsseln. Therapeutische Hilfe bei dieser komplizierten Problemstellung ist nur durch gründliche Bearbeitung der individuellen Fallaspekte möglich, wenn nötig auch in Kooperation mit weiteren medizinischen Fachdisziplinen.

Literatur:

1. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. The Social Organization of Sexuality. Sexual Practices in the United States. University of Chicago Press, Chicago, 1994.
2. Schmidt G. Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen. In: Sigusch V (Hrsg). Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Thieme-Verlag, Stuttgart, 2006.
3. Buddeberg C, Bass B, Gnirss-Bormet R. Die lustlose Frau – der impotente Mann. Zur sexuellen Beziehungsdynamik in ehelichen Zweierbeziehungen. Familiendynamik 1994; 19: 266–80.
4. Sass H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I. Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen, 2003.
5. Beier KM, Bosinski HAG, Hartmann U, Loewit K. Sexualmedizin. Urban & Fischer Verlag, München-Jena, 2001.
6. Polonsky DC. Young men who avoid sex. In: Levine SB (ed). Handbook of clinical sexuality for mental health professionals. Brunner Routledge, New York-Hove, 2003; 201–16.
7. Vetter B. Sexualität: Störungen, Abweichungen, Transsexualität. Schattauer GmbH, Stuttgart, 2007.
8. Bancroft J. Hormones and human sexual behavior. J Sex Marital Ther 1984; 10: 3–21.
9. Shifren JL, Braunstein GD, Simon JA, Casson PR, Buster JE, Redmond GP, Burki RE, Ginsburg ES, Rosen RC, Leiblum SR, Caramelli KE, Mazer NA. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. N Engl J Med 2000; 343: 682–8.
10. Gooren L. The characteristics of late-onset hypogonadism, its prevalence, symptoms, and diagnosis. J Men's Health Gender 2006; 3: 187–91.

Dr. Kristina Heiser

1982 Diplom in Psychologie, 1986 Promotion und Abschluss der Ausbildung in Verhaltenstherapie; 1992 Abschluss der Ausbildung in Gesprächspsychotherapie, 1993 Abschluss der Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie; seit 1983 Mitarbeit im Arbeitsbereich Klinische Psychologie der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover mit Schwerpunkt Sexualmedizin.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

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](#)