

**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Technischen Universität München**

Klinikum rechts der Isar

(Direktor: Univ.- Prof. Dr. J. Förstl)

**EREKTIONSSTÖRUNGEN VON MÄNNERN
IM HÖHEREN LEBENSALTER**

**im Vergleich zu jüngeren Patienten
und einer Kontrollgruppe
- psychosoziale Aspekte und organische Faktoren**

Stephan Mirisch

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ. - Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. G. Kockott

2. Univ.- Prof. Dr. J. Förstl

Die Dissertation wurde am 17.10.2001 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 12.12.2001 angenommen.

1 GRUNDLAGEN	5
1.1 Allgemeine historische Aspekte der Sexualforschung	5
1.2 Sexualität im Alter	7
1.3 Anatomische, neurophysiologische, hormonale und vaskuläre Grundlagen der Erektion	11
1.3.1 Anatomie des Penis und hämodynamischer Prozeß	11
1.3.2 Regulation der Erektion auf neurophysiologischer Ebene	12
1.4 Organische Ursachen von Erektionsstörungen	13
1.5 Psychologische Erklärungsansätze zur Erektionsstörung	15
1.5.1 Tiefenpsychologische Sichtweisen	15
1.5.2 Weitere grundlegende historische psychologische Konzepte in der Ätiologie und Aufrechterhaltung der Erektionsstörung	16
1.5.3 Lerntheoretisch - kognitive Konzepte und die Bedeutung von Angst bei der Entwicklung von Erektionsstörungen	17
1.6 Diagnostische Leitlinien männlicher Sexualstörungen	21
1.7 Rationelle Standards der Urologie zu der Diagnostik männlicher Sexualstörungen	22
1.8 Epidemiologie von Erektionsstörungen beim älteren Mann	25
2 HERLEITUNG DER HYPOTHESEN DER UNTERSUCHUNG	27
3 METHODE	29
3.1 Voraussetzungen der Untersuchung	29
3.2 Erhebungsinstrumente	30
3.2.1 Semistrukturiertes Interview	30
3.2.1.1 Störungsspezifische Anamnese	30
3.2.1.2 Risikoprofil organischer und medikamentöser Faktoren	31
3.2.1.3 Klinische urologische Untersuchung	32
3.2.1.4 Apparative und laborchemische Untersuchungen	32
3.2.1.5 Partnerschaft und Familie	32
3.2.1.6 Berufliche und soziale Situation	33
3.2.1.7 Aspekte der Lebenszufriedenheit	33
3.2.1.8 Diagnostische Einschätzung	34
3.2.2 Fragebogeninventarium	34
3.2.2.1 Fragebogen zur soziosexuellen Unsicherheit (FUSS)	34
3.2.2.2 Fragebögen "Sexualität und Alltag", "sexuelles Wohlbefinden" (LF)	35
3.2.2.3 IPC Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen	35
3.2.2.4 Fragebogen irrationaler Einstellungen (FIE)	36
3.3 Zuordnung der Hypothesen zu den Fragen des semistrukturierten Interviews und des Fragebogeninventariums	37
3.4 Rekrutierung der Stichproben	38
3.4.1 Die Patientengruppe	38
3.4.2 Die Kontrollgruppe	39

3.5 Soziodemographische und störungsspezifische Stichprobenbeschreibung	39
3.5.1 Vergleich Patienten- und Kontrollgruppe	39
3.5.1.1 Alter	39
3.5.1.2 Familienstand	40
3.5.1.3 Dauer der Partnerschaft	40
3.5.1.4 Berufstätigkeit und berufliche Belastung	40
3.5.2 Vergleich ältere und jüngere Patientengruppe	40
3.5.2.1 Verlauf der Störung	40
3.5.2.2 Komorbidität mit Ejakulatio Praecox und Appetenzstörung	40
3.5.2.3 Besuch des Liaisondienstes, Reaktion der Partnerin	41
3.5.2.4 Selbst zugeschriebene Ätiologie der Störung	41
3.6 Angewandte statistische Verfahren	42
4 ERGEBNISSE	43
4.1 Erektionsstörung, Lebensalter, somatische Befunde - Vergleich älterer (> 50 Jahre) und jüngerer Patienten (< 50 Jahre)	43
4.1.1 Farbkodierte Duplexbefunde unter Verwendung vasoaktiver Substanzen	43
4.1.2 Diagnostisches Urteil	43
4.2 Versagensangst und soziosexuelle Unsicherheit	43
4.2.1 Vergleich älterer (> 50 Jahre) und jüngerer Patienten (< 50 Jahre)	43
4.2.2 Vergleich älterer Patienten (> 50 Jahre) und älterer Kontrollpersonen (> 50 Jahre)	44
4.2.3. Vergleich jüngerer Patienten (< 50 Jahre) mit jüngeren Kontrollpersonen (< 50 Jahre)	44
4.3 Sexuelle Störung, Alltagsleben und allgemeine Aspekte der Lebensqualität	44
4.3.1 Vergleich älterer und jüngerer Patienten	44
4.3.2 Vergleich älterer Patienten und älterer Kontrollpersonen	45
4.3.3 Vergleich jüngerer Patienten mit jüngeren Kontrollpersonen	45
4.4 Zufriedenheit mit der Partnerschaft	45
4.5 Kontrollüberzeugung und Ausmaß irrationaler Einstellungen	46
4.5.1 Bedeutung von sexuellem Wohlbefinden in verschiedenen Altersgruppen	46
5 ÜBERSICHT ÜBER DIE ERGEBNISSE	49
6 DISKUSSION	52
7 ZUSAMMENFASSUNG	61
8 LITERATURVERZEICHNIS	63
9 ANHANG	68
10 DANKSAGUNG	79

Das Besondere im Bereich des Sexuellen ist, daß die individuelle Wertensnorm sich nicht je allein realisiert, sondern an die leib-seelische und personale Begegnung mit einem anderen Menschen geknüpft ist.

(W. Bräutigam 1989)

1 GRUNDLAGEN

1.1 Allgemeine historische Aspekte der Sexualforschung

In den letzten Jahren rückte die Frage nach dem Erleben von Partnerschaft und Sexualität sowie die Untersuchung von sexuellen Störungen des älter werdenden Menschen zunehmend in den Blickpunkt wissenschaftlichen Interesses. Die Anschauungen sind vielfältig und deuten, wie im gesamten Bereich der Erforschung sexueller Verhaltensweisen, auf die Notwendigkeit einer interdisziplinären Betrachtungsweise hin. Sexualität, das wird im Überblick gegenwärtiger Untersuchungen deutlich, ist unabhängig vom Alter ein wesentlicher Aspekt physischen, psychischen und sozialen Lebens (Heuft G, Lohmann R, Schneider G 1996) oder wie Kinsey bereits 1948 (Kinsey AC 1948) formulierte, seien im Sexualverhalten des Menschen biologische, psychologische und soziologische Faktoren beteiligt, und das Endergebnis sei ein einziges zu einer Einheit verschmolzenes Phänomen, das seiner Natur nach nicht nur biologisch, psychologisch oder soziologisch ist. So wurde das sexuelle Verhalten in der etwa ein Jahrhundert langen wissenschaftlichen Erforschung auch jeweils unter verschiedenen Gesichtspunkten, sei es medizinischen, soziologischen, biologischen, juristischen, theologischen und psychologischen betrachtet, die im Schwerpunkt der jeweiligen Fragestellung auch den aktuellen gesellschaftlichen Hintergrund widerspiegeln. "Das Phänomen der menschlichen Sexualität gibt offenbar als Fragestellung mehr her, als ein einzelnes Fach oder eine wissenschaftliche Disziplin auszuschöpfen vermag." (Bräutigam W, Clement U 1989, S.12)

Um die Wende des 18./19. Jahrhunderts stand zunächst die Betrachtung abweichender, aus der Sicht damaliger Beobachter nicht normaler sexueller Verhaltensweisen (Krafft-Ebing von, R 1894 "Im Greisenalter wieder erwachender Geschlechtstrieb" S.51) im Mittelpunkt von Beobachtungen und Beschreibungen. Mit der Entwicklung der Psychoanalyse hob S. Freud (Freud S 1998) in einer triebfeindlichen Gesellschaft die Bedeutung der Sexualität in der Biographie eines jeden einzelnen Menschen hervor und legte damit einen Grundstein für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Sexualität. In seinen theoretischen Überlegungen zum Unterbewußtsein mit zentraler Bedeutung für die Steuerung des Verhaltens des Menschen und der Einführung des Libidobegriffs entwickelte er

psychologische Theorien, die zur Erklärung sexuell abweichenden und gestörten Verhaltens beitrugen. In einer Zeit strikter Sexualmoral und in einer patriarchalen Gesellschaftsstruktur betonte er die Bedeutung sexueller Bedürfnisse für die Entwicklung des Menschen und versuchte somit viele zu dieser Zeit vorherrschende Anschauungen von moralischen Bewertungen zu befreien. Freud maß erstmals der frühkindlichen Entwicklung und den damit verbundenen Triebbedürfnissen und Erfahrungen eine besondere Bedeutung zu und stellte die von ihm postulierten Stufen psychosexueller Entwicklung in einen engen Zusammenhang zum späteren Erwachsenenleben. (Bräutigam W, Clement U 1989, S.20)

Während die Nationalsozialisten in Deutschland eine weitere liberale Zugangs- und Betrachtungsweise in der Sexualforschung verhinderten, das von M. Hirschfeld nach dem ersten Weltkrieg gegründete erste "Institut für Sexualwissenschaft" zerschlugen, veröffentlichte die Arbeitsgruppe um Kinsey (Kinsey AC 1948, 1953) die ersten umfangreichen empirischen Untersuchungen über das sexuelle Verhalten des Mannes und der Frau. Diese Untersuchungen zeigten zum einen, wie vielfältig die sexuellen Verhaltensweisen des Menschen sind und befreiten vieles vom Stigma des Abnormen, Unnormalen. Des weiteren bildeten die Erkenntnisse dieser Arbeitsgruppe auch die Grundlage und Möglichkeit gezielterer Beratung. Einen wichtigen entscheidenden Beitrag zum Verständnis physiologischer Prozesse der sexuellen Reaktion bei Mann und Frau beschrieben Masters und Johnson (Masters WH, Johnson VE 1966) in den 60er Jahren durch direkte Beobachtung der sexuellen Reaktionsweise in experimentellen Untersuchungen. Die durch dieses Forscherpaar gewonnen Erkenntnisse trugen dazu bei, Vorurteile und Mythen im sexuellen Bereich zu widerlegen. In ihrem Buch "Die sexuelle Reaktion" (Masters WH, Johnson VE 1966) beschäftigten sie sich erstmals detailliert mit den Veränderungen der sexuellen Reaktionsweise beim älteren Menschen. Auf der Basis ihrer Erkenntnisse entwickelten sie eine Therapie zur Behandlung funktioneller Sexualstörungen (Masters WH, Johnson VE 1973), die modifiziert auch heute noch die Grundlage einer lerntheoretisch orientierten Sexualtherapie bildet (Arentewicz G, Schmidt G 1993).

Einhergehend mit gesellschaftlichen Veränderungen in den 60er Jahren wurde in der Öffentlichkeit auch das Verhältnis zur Sexualität neu diskutiert und in den politischen

Wandlungsprozeß mit einbezogen. Aus diesem Prozeß ging unter dem Begriff der "sexuellen Revolution" die liberalere Einstellung zu sexuellen Themen hervor. Mit der Möglichkeit zur Empfängnisverhütung verlor die Sexualität die bis dahin unabdingbare generative Funktion in allen Altersstufen. Sigusch sieht in der Trennung von sexueller und reproduktiver Funktion einen Dissoziationsprozeß, den er als "so etwas wie die zweite kulturelle Geburt" der Sexualität betrachtet. (Sigusch V 1996, S. 369) Einerseits befreit vom Mythos eines asexuellen Lebens im Alter, gewinnt die in allen Altersstufen von der unabdingbaren reproduktiven Funktion losgelöste Sexualität damit auch eine noch größere Bedeutung in ihrem Wert als Kommunikationsmöglichkeit, sowohl des jungen als auch des älter werdenden Menschen. Einhergehend mit der allmählichen Enttabuisierung von Sexualität im Alter steigt andererseits auf der Basis neuer sexueller Mythen und unzureichenden Wissens über die Veränderungen sexueller Reaktionsweisen mit zunehmendem Alter auch der Anspruch auf ungestörte und sich mit höherem Alter nicht verändernde Sexualität.

1.2 Sexualität im Alter

Mit der in diesem Jahrhundert veränderten demographischen Entwicklung, der steigenden Lebenserwartung und dem damit verbundenen größeren Anteil älterer Menschen an der Bevölkerungspyramide, stellt sich verstärkt die Frage nach der Lebensqualität älterer Menschen. Wie eingangs erwähnt, stellt ungestörte Sexualität unabhängig vom Alter einen wichtigen Lebensaspekt dar; sie wird in verschiedenen Untersuchungen als wesentlicher Teil zufriedenstellender Lebensqualität in die Bewertung mit einbezogen (Bullinger M 1997). Eine zunehmende Anzahl von Veröffentlichungen befaßt sich mit dem Themenbereich Sexualität und ihrer Störungen im Alter. Enttabuisierung und die Betonung der Bedeutung von Sexualität im Alter für eine zufriedenstellende Lebensqualität, nicht nur im wissenschaftlichen Diskurs, steigert die Erwartung älterer Menschen hinsichtlich einer sachkundigen Beratung bei sexuellen Problemen.

Schiavi und Rehman (Schiavi RC, Rehman J 1995) bemerken, daß sich Beratung und Therapie im Bereich Sexualität im Alter auf Grund des fehlenden Wissens zu stark an den Maßstäben der jüngeren Population orientieren und die großen interindividuellen und sich mit zunehmendem Alter verstärkt manifestierenden

Unterschiede unberücksichtigt ließen. Unter einem störungsorientierten Blickwinkel würden Untersuchungsergebnisse unbeachtet gelassen, die trotz signifikantem Nachlassens der Appetenz, der Erektionsfähigkeit und einer geringeren Koitusfrequenz im Alter eine Zufriedenheit mit dem Sexualleben nachwies. Schiavi legt somit dar, daß eine alterassozierte Veränderung genitaler Funktionen nicht notwendigerweise mit einem Leidensdruck einhergehen muß. Altern, einseitig als medizinisches Problem betrachtet, lege auch im Bereich der veränderten Sexualität die Vorstellung nahe, daß es sich allein und in jedem Fall um medizinisch zu behandelnde somatische Veränderungen handle, und vernachlässige psychosoziale Faktoren. Die Pathologisierung normaler alterassoziierter Veränderungen verhindere den Blick auf suffiziente Anpassungsvorgänge und Bewältigungsstrategien an eine sich verändernde sexuelle Funktion im Alter und führe zur Medizinalisierung. Bereits 1986 wies Tiefer (Tiefer L 1986) auf die Auswirkungen einer einseitig biomedizinischen Sichtweise männlicher Sexualität und ihrer Störungen hin. Tiefer führt aus, wie eng Selbstbild und sexuelles Funktionieren, hier insbesondere die Fähigkeit, eine suffiziente Erektion zu erreichen, beim Mann miteinander verbunden seien. Aus dem Gefühl durch die sexuelle Störung im Selbstwert verletzt zu sein, resultiere die Neigung erektionsgestörter Männer eher eine organische als eine psychogene Ursache ihrer sexuellen Problematik anzunehmen und zu akzeptieren. In der damit eingenommenen Rolle als kranker, behandlungsbedürftiger Patient liege die Möglichkeit, Verantwortung abzugeben und im Selbstwertgefühl nicht geschwächt zu erscheinen, wie es bei Annahme einer Psychogenese aus Sicht der betroffenen Männer notwendig wäre. Männern mit diesem Störungskonzept gelänge es leichter, medizinische als psychologische Hilfe zu akzeptieren. Diesem Bedürfnis kam die Entwicklung einer spezialisierten Organdiagnostik der Erektionsstörung entgegen, mit der Folge, daß in verschiedenen Studien der Anteil organisch bedingter Erektionsstörungen prozentual exponentiell zunahm. Die Betonung einer organischen Genese und die Dichotomisierung in ein über längere Zeit vorherrschendes theoretisches Konstrukt von der Ausschließlichkeit somatischer versus psychogener Genese mag vordergründig dem Bedürfnis der Patienten entgegenkommen, schränkt andererseits die Behandlungsoptionen auf somatische Therapieoptionen ein. Dies widerspricht dem integrativen Konzept von Sexualität, wie es bereits eingangs als Phänomen beschrieben wurde, an dem biologische,

psychologische und soziologische Aspekte gleichermaßen beteiligt sind. An mehreren Beispielen entlarvt Sigusch (Sigusch V 1996, 115) an empirischen Ergebnissen eindrucksvoll eine dichotome Sichtweise als mechanistisch. Die Konsequenz einer einseitigen Medizinalisierung ohne Rücksicht auf normale Alterungsprozesse für die älteren Patienten formuliert Sigusch (Sigusch V 1996, 113) pointiert, wenn er feststellt, daß "die Menschen bei uns immer älter werden, die mit dem Alterungsprozeß verbundenen Einschränkungen aber ... nicht mehr so gottgegeben hinnehmen, wie noch vor ein oder zwei Generationen. Man hat den Alten eingeredet, daß sie natürlich Sex haben können und sollten, mit allem Drumherum und allen Schikanen bis ins höchste Alter." Andererseits weist Sigusch auch darauf hin, daß im Sinne eines integrativen Ansatzes behandlungsbedürftige Erkrankungen nicht übersehen werden dürfen, wie dies die Folge einer Sichtweise wäre, die nur psychosoziale Ursachen annimmt (siehe auch Kapitel 1.4 organische Ursachen von Erektionsstörungen).

Die Bereiche normaler alterassoziierter Veränderungen der Sexualität sind vielfältig, dies zeigen Untersuchungen, die sich mit der Physiologie, dem Verhalten oder der Einstellung zur Sexualität befaßt haben. Kockott (Kockott G 1997) betont, daß die Häufigkeit sexueller Aktivität zwar ab dem 30. Lebensjahr zurückgehe, was in den Untersuchungen von Kinsey bereits 1948 beschrieben wurde und sich in Untersuchungen von Masters und Johnson (Masters und Johnson 1967) sowie Martin (Martin CE 1981) bestätigte, ein geringes Maß sexueller Aktivität bleibe aber meist bis ins hohe Alter erhalten. Mit zunehmendem Alter kommt es jedoch zu Veränderungen der Sexualphysiologie. Entsprechend der von Masters und Johnson beschriebenen Einteilung des sexuellen Reaktionszyklus in Erregungs-, Plateau-, Orgasmus-, Rückbildungsphase und Refraktärzeit, verlängern sich bei Männern um das 50. Lebensjahr im Vergleich zu jüngeren Männern Erregungs- und Plateauphase. Es bedarf also einer längeren Stimulierung, um eine immisionsfähige Erektion zu erreichen, wobei die erreichte Erektion weniger stark als im jüngeren Lebensalter sei.

In einem Überblick stellen Schiavi und Rehman (Schiavi RC, Rehman J 1995) die physiologischen und psychosozialen Veränderungen männlicher Sexualität mit zunehmendem Lebensalter dar. Als Ursache verminderter Libido wird eine

veränderte Rezeptorsensitivität für Androgene vermutet. Auf den erektilen Mechanismus scheint sich aber sowohl die verminderte Rezeptorsensitivität für Androgene als auch eine Verminderung des Androgenspiegels nicht auszuwirken. Stattdessen kommt es mit zunehmendem Alter zu einer Veränderung der neuralen Versorgung, als Konsequenz wird eine Erhöhung des vibrotaktilen Schwellenwerts, also einer verminderten Sensibilität des Penis für mechanische Reize beschrieben (Rowland DL, Greenleaf W, Mas M 1989). Diese starke Abnahme der Sensibilität wurde zwischen dem zwanzigsten und vierzigsten Lebensjahr beobachtet, ein Lebensabschnitt, der nicht im selben Maße mit einer Verminderung der sexuellen Aktivität korreliert ist.

Weitere Veränderungen auf zellulärer Ebene beziehen sich auf eine Veränderung des Kollagens (Padma-Nathan H, Boyd SD, Cheung D 1985), das entscheidenden Einfluß auf die Elastizität der cavernösen Strukturen und auf die Hämodynamik hat. Dieser kurze Überblick zeigt, wie und auf welchen verschiedenen Ebenen altersassoziierte biologische Veränderungen auf den Erektionsmechanismus einwirken.

Auch beim Einfluß psychosozialer Faktoren auf die sexuelle Aktivität im Alter ließen sich interindividuelle Unterschiede abbilden. In verschiedenen Studien kristallisieren sich folgende prädiktive Faktoren heraus: Geschlecht, Partnerschaft, frühere sexuelle Aktivität, somatische Erkrankungen und die historische Epoche des Aufwachsens haben Einfluß auf die Sexualität im Alter (Pfeiffer E, Davis GC 1972; Rentzsch W, Eitner S 1979, Weissbach-Rieger A, Franke J 1987).

In einer repräsentativen Untersuchung (Brähler E, Unger U 1994) an 450 Personen ließ sich ebenfalls das Vorhandensein eines Partners als entscheidendes Kriterium für ausgeübte sexuelle Aktivität älterer Menschen aufzeigen. Männer wiesen eine geringfügig höhere sexuelle Aktivität im Alter auf als Frauen. Ein Drittel älterer Menschen ist bei Bestehen einer Partnerschaft noch sexuell aktiv. Sexuell aktivere Personen zeichneten sich in dieser Untersuchung durch eine höhere selbst wahrgenommene soziale Anerkennung und geringere Depressivität aus. In einer zuvor von derselben Forschergruppe ebenfalls mit den Selbstkonzeptskalen des Gießen Tests durchgeführten Befragung (Brähler E, Kupfer J 1993) an 2025 Personen zeigten sich ältere sexuell aktivere Personen unter anderem weniger ängstlich und im Umgang mit dem anderen Geschlecht eher unbefangen.

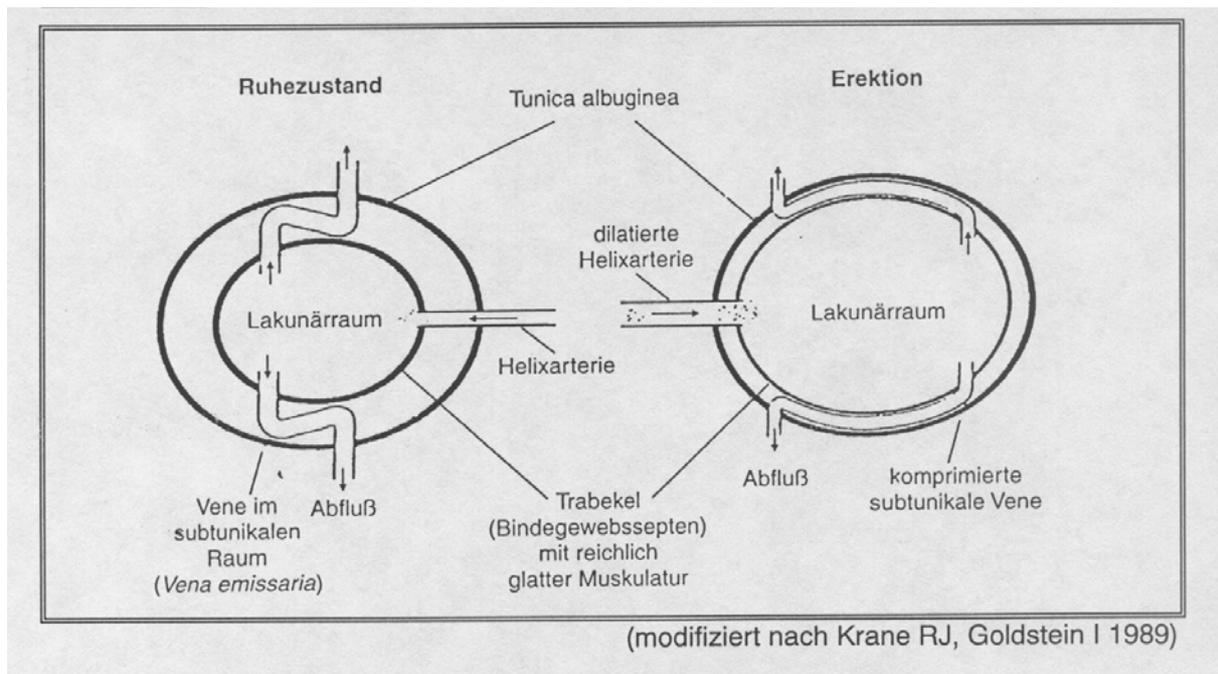
1.3 Anatomische, neurophysiologische, hormonale und vaskuläre Grundlagen der Erektion

Bei der Regulation der Erektion kommt es zu einem komplexen Zusammenspiel peripherer und zentraler nervaler und hormonaler Mechanismen. Die gemeinsame Endstrecke hemmender und die Erektion fördernder Faktoren ist ein hämodynamischer Vorgang im Penis. Auf der Basis der für die Erektion relevanten Anatomie des Penis werden zunächst die vaskulären Prozesse erörtert.

1.3.1 Anatomie des Penis und hämodynamischer Prozeß

Das erektile Gewebe des Penis bilden drei Schwellkörper, zwei Corpora cavernosa und ein Corpus spongiosum. Zur rigiden Erektion tragen vor allem die Prozesse in den Corpora cavernosa bei, das sind von Endothel ausgekleidete schwammartige Gebilde aus kollagenen und elastischen Fasern und glatten Muskelzellen. Die durch diese bindegewebige Struktur gebildeten Hohlräume stehen miteinander in Verbindung und sind im Ruhezustand des Penis spaltförmig, da die glatten Muskelzellen kontrahiert sind (Kahle W, Leonhardt H., Platzer, W. 1986). Dies führt zu einem Gleichgewicht eines minimalen Bluteinstroms und Blutabstroms.

Bei Stimulation des Penis kommt es zu einer Relaxation der glatten Muskelzellen und über die Aa. profundae penis zu einem Bluteinstrom. Der zunehmende Füllungszustand in den Kavernen führt zur Anspannung der die Schwellkörper umgebenden elastischen Tunica albuginea. Das zwischen Schwellkörper und Tunica albuginea gelegene Venensystem, die Venae emissariae, werden dadurch komprimiert und arteriovenöse Anastomosen geschlossen. Die Drosselung des venösen Abstroms macht eine rigide Erektion möglich.

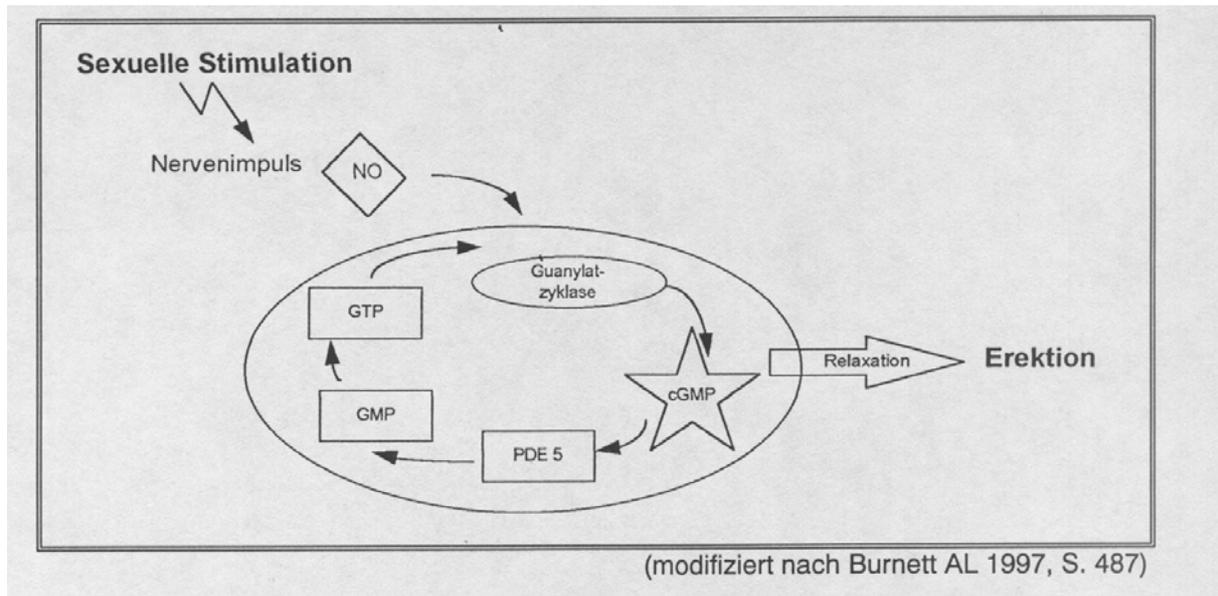
Abbildung 1: Hämodynamische Prozesse der Erektion

1.3.2 Regulation der Erektion auf neurophysiologischer Ebene

Der zunächst einfach erscheinende hämodynamische Mechanismus unterliegt einem komplexen Regelkreis- und Rückkopplungssystem einander ergänzender und überlagernder erektionshemmender und erektionsfördernder Faktoren im neurophysiologischen und humoralen Bereich.

Zum einen wird der Blutstrom im erektilen Gewebe über das sympathische und parasympathische autonome Nervensystem reguliert. Präganglionäre sympathische Neurone liegen im thorako-lumbalen Übergang (T11 – L2). Die parasympathischen Neurone sind im Sakralmark (S2-S4) zu finden. Mit weiteren Nervenbahnen des Plexus pelvici scheinen die parasympathischen Nervenfasern nach heutiger Kenntnis die Erektion zu fördern, während die sympathische Aktivierung eine antierektiler Funktion erfüllt.

Abbildung 2: Erektionsmechanismus, NO/cGMP Mechanismus



Wie auf der neuralen Ebene Sympathicus und Parasympathicus sozusagen als Gegenspieler aufzufassen sind, gibt es auch auf der Ebene der Transmitter Substanzen, die die gegensätzlichen neuralen Impulse vermitteln. Neben Noradrenalin als hemmendem und Acetylcholin als förderndem Transmitter (Burnett AL 1995) ist Stickstoffmonoxid (NO) als Botenstoff eine entscheidende Substanz, die durch einen nonadrenergen, noncholinergen Mechanismus zur Entspannung der glatten Muskelzellen führt. Durch NO wird die Bildung von zyklischen Guanosinmonophosphat (cGMP) vermittelt. cGMP führt zur Erschlaffung der Schwellkörpermuskulatur und zur Erektion. Noch nicht genau geklärt sind die Mechanismen, die über eine Beeinflussung der Kalium- und Kalziumkanäle zur Muskelrelaxation führen, vermutet wird eine Phosphorylierung von Kanalproteinen. Der Abbau des cGMP erfolgt über das Enzym Phosphodiesterase Typ 5 (PDE-5) (Lugnier C, Komars N 1993), cGMP ist damit inaktiviert.

1.4 Organische Ursachen von Erektionsstörungen

Wie gezeigt wurde, ist die rigide Erektion Endstrecke eines komplexen Zusammenspiels neurogener, vaskulärer bzw. hämodynamischer und humoraler Faktoren. Eine dichotome Trennung in allein somatisch bedingte bzw. psychisch bedingte Störungen dieses Regelkreissystems wird mit zunehmendem Wissen um die komplexen Interaktionen zu Gunsten multifaktoriell bedingter psychosomatischer

Störungskonzepte aufgegeben, d. h. daß auch bei Vorliegen somatischer Faktoren psychischen Kompensations- oder Verstärkungsmechanismen eine entscheidende Bedeutung in der Ausprägung der sexuellen Störung zukommen kann.

Bei der Komplexität der beschriebenen Regelkreismechanismen gibt es eine Vielzahl somatischer Faktoren, die den Erektionsmechanismus beeinträchtigen können und die bei anamnestischen Hinweisen einer gründlichen somatischen Abklärung bedürfen. Eine Vielzahl von Veröffentlichungen im Bereich somatischer Verursachung von Erektionsstörungen beschreiben aber auch, daß die Bewertung zum Beitrag in der Ätiologie der Störung kontrovers diskutiert wird. Da diese Arbeit im Schwerpunkt psychosoziale Faktoren betrachtet, kann hier nur orientierend ein kurzer Überblick über die organischen Ursachen der Erektionsstörung gegeben werden. Detaillierte Darstellungen finden sich bei Beier et al. (Beier M, Bosinski HAG, Hartmann U, Loewit K 2001, S. 216-221) sowie Kockott und Fahrner (Kockott G, Fahrner EM 2000, S. 8-11).

Erkrankungen, die die periphere Durchblutung beeinträchtigen, bzw. zu einer Schädigung peripherer Nervenbahnen führen, wie z.B. der Diabetes mellitus, können Erektionsstörungen unterschiedlichen Ausmaßes zur Folge haben (Hirschowitz, M 1990).

Der Einfluß kardiovaskulärer Risikofaktoren und manifester Herz-Kreislauferkrankungen auch auf die Durchblutungssituation im Penis, bzw. Veränderungen im Schwellkörper, wurde in mehreren Studien belegt (Lue TF 1985). Die Beeinflussung sexuellen Verlangens und der Erektionsfähigkeit bei verschiedenen neurologischen Krankheitsbildern ist vielfältig und abhängig von der Art bzw. dem Ausmaß zentraler bzw. peripherer Läsion (Biedert, LE 1989).

Mit der Beeinträchtigung der Sexualität bei verschiedensten chronischen Erkrankungen haben sich Schover und Jensen (Schover, Jensen 1988) ausführlich auseinandergesetzt und hier auch nicht nur die rein somatischen Auswirkungen der jeweiligen Erkrankung berücksichtigt, sondern einen Schwerpunkt auf psychische Faktoren der Krankheitsbewältigung gelegt, d.h. eine sekundäre Beeinträchtigung sexueller Funktionen mitbetrachtet.

Die pharmakogene Auswirkung verschiedenster Substanzen auf die Erektionsfähigkeit wird diskutiert, hier vor allem antihypertensive und psychopharmakologische Medikation. Wie schwer jedoch eine Unterscheidung vom

zu Grunde liegenden Erkrankungsprozeß ist, zeigen Pfeiffer und Kockott (Pfeiffer W, Kockott G 1996) in ihrer Untersuchung zu Antidepressiva und Neuroleptika.

1.5 Psychologische Erklärungsansätze zur Erektionsstörung

In den grundlegenden Annahmen zur psychologischen Verursachung und Aufrechterhaltung der erektilen Funktionsstörung lassen sich tiefenpsychologisch orientierte von lerntheoretisch kognitiven Ansätzen unterscheiden.

1.5.1 Tiefenpsychologische Sichtweisen

Wie erwähnt, hatte sich bereits (Freud 1905) mit theoretischen Überlegungen zur Entstehung sexueller Störungen befaßt. Auch sexuelle Störungen wurden, wie im Gesamtkonzept analytischer Sichtweise, als Symptome neurotischer Konfliktlösung betrachtet. Nach Freuds Überlegungen müssen Affekte und vor allem Triebregungen mit den Anforderungen äußerer Realität in Einklang gebracht werden, um ein seelisches Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. In diesem Kräftespiel setzen sich innerpsychische Abwehrmechanismen in Gang, die miteinander im Konflikt stehende Bedürfnisse regulieren. Ein mißlungener Integrationsvorgang kann zur Symptombildung führen. In weiterführenden Theorien wird die Verursachung der sexuellen Störung vor allem in einer frühkindlichen Entwicklungstörung der Objektbindung gesehen. Da sowohl triebtheoretische als auch objekttheoretische Ansätze die Ursache sexueller Störungen in Konflikten der frühkindlichen Entwicklung bedingt sahen, lag der Schwerpunkt therapeutischer Ansätze entsprechend der allgemeinen psychoanalytischen Neurosenlehre vor allem in der Behandlung des zu Grunde liegenden Konflikts und war weniger symptomorientiert, bzw. symptomspezifisch.

Deutlich wird in der tiefenpsychologischen Sichtweise (Beier M, Bosinski HAG, Hartmann U, Loewit K 2001, S.128), daß der Angst in diesem Erklärungsansatz eine zentrale Bedeutung zukommt, entweder in der Hemmung der sexuellen Funktion als Folge von Angstabwehr, bzw. eines unbewußten Verzichts auf Sexualität, oder als Konsequenz eines Angsteinbruchs, einer Überschwemmung negativer Affekte und somit eines Versagens des Abwehrmechanismus, das zur sexuellen Störung führt.

1.5.2 Weitere grundlegende historische psychologische Konzepte in der Ätiologie und Aufrechterhaltung der Erektionsstörung

Auf Grundlage der von Masters und Johnson (Masters WH, Johnson VE 1973) gewonnenen entscheidenden Erkenntnisse hinsichtlich sexualphysiologischer Prozesse, entwickelten beide ein Konzept sexueller Störungen, daß eine multifaktorielle Genese zu Grunde legte. Entscheidende Faktoren, die weitere theoretische Überlegungen und therapeutische Ansätze beeinflussten, war und ist die Bedeutung der partnerschaftlichen Interaktion sowie die Vorstellung, daß Angst eine entscheidende Rolle beim Versagen der erektilen Funktion einnimmt. Versagensängste und Leistungsdruck wurden im Rahmen eines Selbstverstärkungsmechanismus als mitbedingende ätiologische Faktoren für sexuelle Störungen angenommen, wobei Masters und Johnson auch persönlichkeitspezifische Aspekte im Sinne einer individuellen Vulnerabilität vermuteten, eine Grundlage für differentiell psychologische Ansätze.

Kaplan (Kaplan H 1974) integrierte die durch Masters und Johnson und andere Forschergruppen gewonnenen Erkenntnisse in ein psychosomatisch orientiertes Erklärungs- und Therapiemodell. In der Ätiologie unterscheidet sie zwei Ebenen, eine der tiefer liegenden und eine andere der unmittelbaren Ursachen, wobei ihrer Ansicht nach tiefer liegende Faktoren keine hinreichende Bedingung für die Ausbildung der sexuellen Störung sein müssen, unmittelbare Faktoren jedoch grundsätzlich beteiligt sind.

Tiefer liegende Ursachen nach Kaplan sind einerseits intrapsychische Konflikte, entsprechend der tiefenpsychologisch orientierten Neurosenlehre, in die beispielsweise eine strenge Sexualmoral und psychosexuelle Traumata einfließen, andererseits spielen eine substantielle Kommunikationsstörung in der Partnerschaft eine entscheidende Rolle, auf deren Basis eine Verständigung über sexuelle Wünsche und Vorstellungen nicht stattfindet.

Auf der unmittelbaren Verursachungsebene greift Kaplan die Versagensangst als einen maßgeblichen auslösenden und aufrechterhaltenden Faktor auf, der zur Chronifizierung der Störung führen kann. Angst mit ihren psychophysiologischen Begleiterscheinungen interferiert, so Kaplans Annahme, mit sexueller Erregung. Als weitere Faktoren werden sexuelle Mythen, übertriebene Vorstellungen über die sexuelle Leistungsfähigkeit des Mannes beschrieben, die den sexuellen

Leistungsdruck förderten, sowie kognitive Interferenzen, die einem mit der sexuellen Erregung verbundenen erforderlichen Kontrollverlust entgegenstehen. Partnerschaftliche Kommunikationsprobleme, die dem Aufbau einer erotischen Atmosphäre widersprechen und die einen Kontrollverlust, ein sich Hingeben in den sexuellen Kontakt verhinderten, werden auf der unmittelbaren Ebene als weitere auslösende und aufrechterhaltende Faktoren genannt.

Abbildung 3: Verursachungsmodell nach Kaplan (Kaplan H 1981)

Tiefer liegende Faktoren	Unmittelbare Faktoren	Konsequenz
Intrapsychische Konflikte: • traumatische Erlebnisse • neurotische Prozesse	Versagensangst sexuelle Mythen	sexuelle Funktionsstörung
Parterschaftsprobleme	kognitive Interferenzen	
substanzielle Kommunikationsstörung	Selbstverstärkungs- mechanismen Kommunikationsprobleme	

(modifiziert nach Beier M, Bosinski HAG, Hartmann U, Loewit K 2001, S.127)

Dieses im weitesten Sinne als Vulnerabilitäts - Streß - Modell der sexuellen Störung zu beschreibende Konstrukt, bietet die Möglichkeit zur Beschreibung eines individuellen Störungskonzepts und impliziert das Vorhandensein von Persönlichkeitsvariablen, die auch als prädisponierende Faktoren zur Ausbildung der Störung beitragen können. Kaplan vermutet bei sexuell gestörten Männern selbstunsichere Persönlichkeitszüge mit starkem Konkurrenzverhalten.

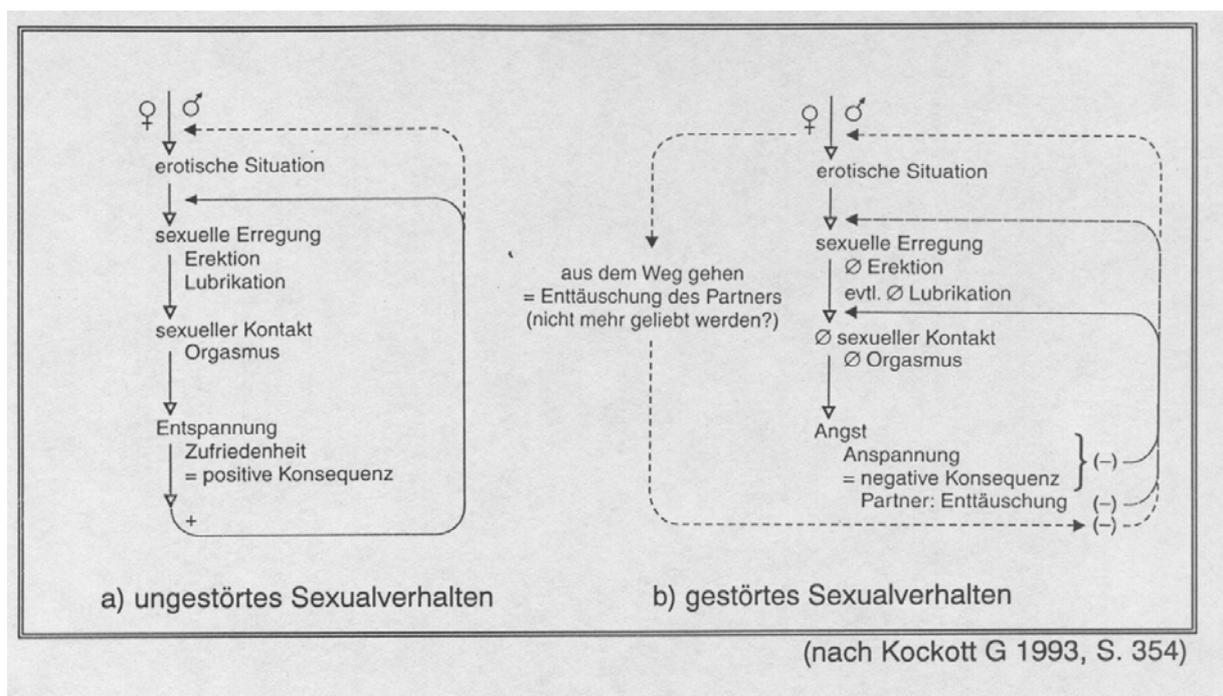
1.5.3 Lerntheoretisch kognitive Konzepte und die Bedeutung von Angst bei der Entwicklung von Erektionsstörungen

Auf Kockott basieren erste lerntheoretische Konzepte im Bereich sexueller Störungen (Kockott G 1993). Auch wenn nach Kockott nur ein multifaktorielles Geschehen letztendlich zur Ausbildung einer sexuellen Störung führt, so schreibt er doch

Erwartungs- und Versagensängsten unabhängig von weiteren Konflikten und körperlichen Störungen eine zentrale Bedeutung zu.

In frühen Überlegungen beschreibt Kockott die erotische Situation als Verhaltenskette, deren Abschluß die postkoitale Entspannung bildet, die aus lerntheoretischer Sicht die Funktion eines positiven Verstärkers hat (Kockott G 1988). Beim gestörten Sexualverhalten komme es aus unterschiedlichen Gründen (Übermüdung, private Sorgen etc.) zu einer Unterbrechung der sexuellen Erregung und damit zu einem Persistieren von Anspannung und unangenehmen Gefühlen. Die positive Verstärkung bleibt aus, eine negative Konsequenz folgt. Aus der Antizipation dieses negativen Gefühls entwickeln sich Versagensängste, die langfristig zur Vermeidung des sexuellen Kontakts führen. Angst ist ein Antagonist sexueller Erregung. Die sexuelle Störung erfüllt damit Kriterien einer phobischen Störung, auf deren Basis sich im Rahmen eines aversiven Konditionierungsmechanismus die sexuelle Störung ausbildet und durch Vermeidungsverhalten aufrecht erhalten wird. Da die Vermeidung und die mit den negativen Gefühlen assoziierten sexuellen Kontaktversuche natürlich auch die partnerschaftliche Interaktion beeinträchtigen, stellt sich ein Kreislauf der Versagensangst ein.

Abbildung 4: Verhaltenskette ungestörten und gestörten Sexualverhaltens



Dieses lerntheoretische Modell stützt sich im wesentlichen auf Lernvorgänge des klassischen und operanten Konditionierens. Kockott betont jedoch in seinen Ausführungen, daß in die Endstrecke der Entstehungskette eine Vielzahl weiterer Faktoren einfließt, die die Störung aufrecht erhalten. Zum einen lerntheoretische Konzepte, wie das Modellernen, und zum anderen kognitive Prozesse, wie Mechanismen der Selbstregulation (Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D 1996). Hatte Kockott mit dem Kreislauf der Versagensangst ein plausibles Modell zur Aufrechterhaltung sexueller Störungen entwickelt, welches maßgeblich therapeutische Interventionen begleitet, so wurde die Frage, welche Rolle der Angst in der Ätiologie sexueller Störungen zukommt, weiter kritisch hinterfragt. Zwar deuten klinische Beobachtungen auf eine entscheidende Rolle der Angst hin und fließen wie bereits beschrieben, sowohl im Rahmen tiefenpsychologischer Ansätze (siehe Kapitel 1.5.1 Tiefenpsychologische Sichtweisen) als auch in die verhaltenstheoretisch kognitiven Modelle ein. Allerdings fehlten über lange Zeit empirische Erkenntnisse. Unter anderem stellte sich die Frage, warum Angst einerseits stimulierend, andererseits jedoch negativ interferierend auf die erotische Situation wirke, und ob diesen Wirkmechanismen bei sexuell gestörten und nicht gestörten Männern unterschiedliche kognitive Prozesse zu Grunde lägen. In experimentellen Untersuchungen hat Barlow (Barlow DH 1986) eine differenzierte Bedeutung von Angst für den sexuellen Kontakt und für kognitive Interferenzen vorgelegt und damit einen entscheidenden Beitrag für ein differentiellpsychologisches Konzept dieser Faktoren bei sexuell gestörten und bei sexuell ungestörten Männern gegeben.

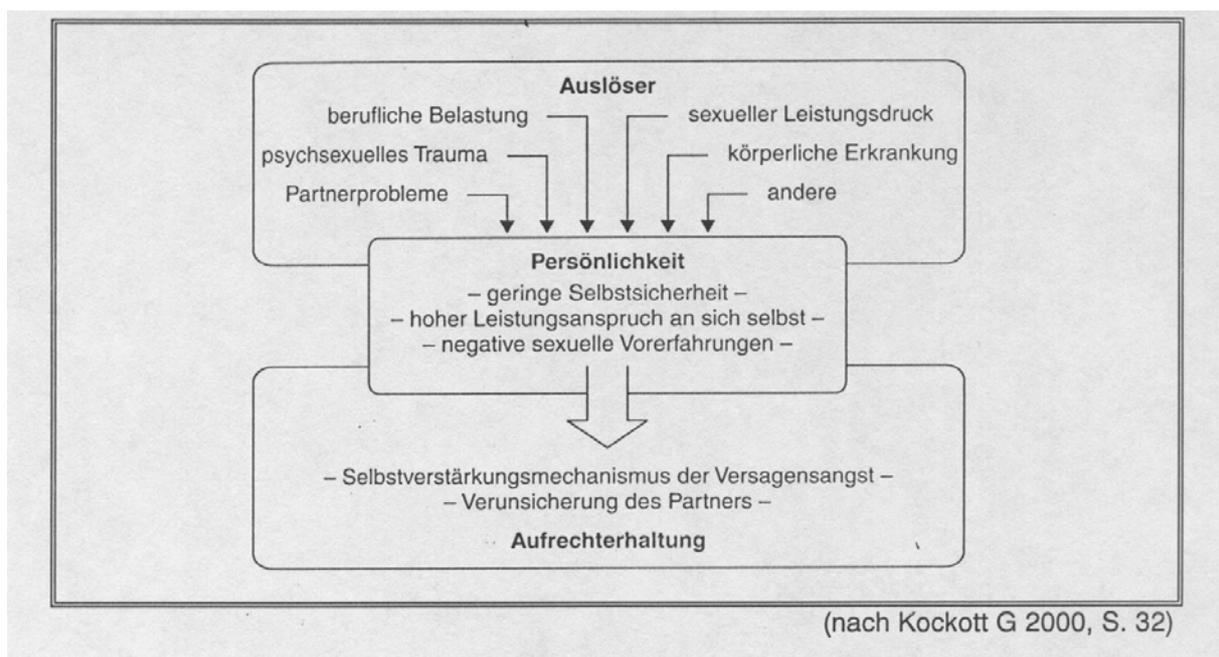
Ausgehend von der Überlegung, daß Angst nicht grundsätzlich eine Hemmung genitalphysiologischer Reaktionen verursache, sondern in einer U-förmigen Beziehung zur sexuellen Erregung stehe, konnte Barlow in weiteren Experimenten zeigen, daß sexuell gestörte Männer sich von nicht gestörten bezüglich des Aufmerksamkeitsfokus in der Konfrontation mit sexuellen Stimuli unterscheiden. Sexuell gestörte Männer beginnen sich eher auf ablenkende leistungsbezogene Gedanken zu konzentrieren, während die Männer ohne sexuelle Störung in der gleichen Situation ihren Aufmerksamkeitsfokus auf erotische Reize richten. Auch unterschätzen sexuell gestörte Männer das Ausmaß eigener sexueller Erregung. Die Ergebnisse der Barlow'schen Untersuchungen zeigen auch im Bereich sexueller

Störungen die enge Beziehung zwischen den emotional physiologischen Angstkomponenten und kognitiven Prozessen. Für die Aufrechterhaltung der Störung bedeutet dieses Konzept, daß nicht allein das Angstniveau sondern damit zusammenhängende kognitive Interferenzen den bereits skizzierten Kreislauf der Versagensangst festschreiben.

In einem integrativen Ansatz zieht Kockott (Kockott G 1993, S. 351) aus den empirischen Belegen und theoretischen Konzepten folgendes Fazit:

- Bindeglied zwischen auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren der sexuellen Störung sind Persönlichkeitsvariablen. Einige empirische Erkenntnisse (Ansari JM 1975) deuten auf geringes Selbstwertgefühl und mangelnde Selbstsicherheit und starke Leistungsbezogenheit hin.
- auslösende Bedingungen bilden ein Ursachenbündel; einzelne Faktoren, negative Erfahrungen, also die Lerngeschichte, können sich ergänzen, im ungünstigen Fall potenzieren, wenn z.B. Partnerschaftsprobleme und/oder körperliche Erkrankungen hinzukämen.
- es entwickelt sich der Kreislauf der Versagensangst im Rahmen eines Selbstverstärkungsmechanismus, der zusätzlich durch Vermeidungstendenzen aufrecht erhalten wird.

Abbildung 5: Entstehung und Aufrechterhaltung funktioneller Sexualstörungen



Daß sich ein solcher Teufelskreis der Versagensangst bei vulnerabler Persönlichkeitsstruktur oder Akkumulation von Streßfaktoren eher ausbildet, erscheint auf der Basis dieses Modells offensichtlich. Ein umfassender Überblick sowohl über die theoretischen Grundlagen als auch die daraus resultierenden therapeutischen Überlegungen findet sich bei Kockott (Kockott G 1993, Kockott G 1996).

1.6 Diagnostische Leitlinien männlicher Sexualstörungen

In den heute gängigen Klassifikationssystemen psychiatrischer Erkrankungen haben auch die sexuellen Störungen Eingang gefunden.

In der International Classification of Diseases (ICD 10) (Dilling H, Mombour W, Schmidt MH 1991, S. 215) werden sexuelle Störungen im Abschnitt F5 der Mental and Behavioral Disorders unter dem Themenbereich Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen näher definiert. Der Begriff der sexuellen Funktionsstörungen schließt in dieser Definition die organische Ätiologie aus, wobei in der näheren Beschreibung auf die Schwierigkeit der Unterscheidung psychischer und organischer Faktoren in der Ätiologie der Störungen verwiesen wird. Als Erektionsstörung wird beim Mann die Schwierigkeit bezeichnet, eine für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr notwendige Erektion zu erlangen oder aufrechtzuerhalten (ICD 10 F52.2 Versagen genitaler Reaktionen).

Das Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (Saß H, Wittchen HU, Zaudig M 1996, 559-611) der American Psychiatric Association (DSM IV) widmet sexuellen und Geschlechtsidentitätsstörungen ein eigenes Kapitel. Für die sexuellen Störungen sieht das DSM IV eine sehr differenzierte Betrachtungsweise vor, die unter anderem die Abhängigkeit der Störung vom Einfluß kultureller Faktoren und damit verbundene Unterschiede in der Definition berücksichtigt. Für die Diagnose einer sexuellen Störung ist hier zum einen der subjektive Leidensdruck und/oder eine durch die Störung beeinflusste zwischenmenschliche Beziehung Voraussetzung. Die Einteilung erfolgt nach dem von Masters und Johnson beschriebenen Ablauf des sexuellen Reaktionszyklus der Appetenz-, Erregungs- und Orgasmusphase. Für die jeweilige Störung werden noch einmal Subtypen definiert, die sich auf den Beginn der Störung beziehen und einen lebenslangen von einem erworbenen Typus unterscheiden. Weiterhin wird berücksichtigt, ob die Störung generalisiert oder

situationsabhängig auftritt. Ausdrücklich kann die Komorbidität zu somatischen oder substanzinduzierten Faktoren einbezogen werden, wenn diese nicht die alleinige ätiologische Ursache darstellen. Allein organisch bedingte sowie substanzinduzierte sexuelle Störungen werden im DSM IV gesondert kodiert.

Diagnostische Kriterien (Saß H, Wittchen HU, Zaudig M 1996, 569-572) für die Erektionsstörung beim Mann (DSM IV Nr. 302.72), eine Störung der Erregungsphase, sind die anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit, eine adäquate Erektion zu erlangen oder bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrechtzuerhalten. Zudem wird vorausgesetzt, daß die Störung deutliches Leiden und zwischenmenschliche Schwierigkeiten verursacht. Das als multiaxiales Diagnosesystem konzipierte DSM IV definiert als zusätzliches Ausschlußkriterium für die Diagnose der Erektionsstörung, daß keine andere grundlegende psychiatrische Störung vorliegen darf, z.B. eine affektive oder schizophrene Störung.

Auf die Möglichkeit der Komorbidität mit der Ejakulatio Praecox wird ausdrücklich verwiesen.

Beim Vergleich der Diagnosekriterien nach ICD 10 und DSM IV fällt eine differenziertere Beschreibung bei DSM IV auf. Neben der Berücksichtigung kultureller Faktoren wird außerdem das zusätzliche Kriterium "Leidensdruck", bzw. "Auswirkungen auf die partnerschaftliche Beziehung durch die Störung" explizit als notwendiges Kriterium einbezogen. Dieses Kriterium wird gerade in Untersuchungen bei älteren Männern mit Erektionsproblemen, die eine hohe Prävalenz dieses Problems aufweisen, nicht immer berücksichtigt (Feldmann HA, Goldstein I, Hatzichristou G, Krane RJ, Mc Kinlay JB 1994) und kann zu einer Fehleinschätzung der Behandlungsbedürftigkeit führen (Schiavi RC 1995,1999).

1.7 Rationelle Standards der Urologie zu der Diagnostik männlicher Sexualstörungen

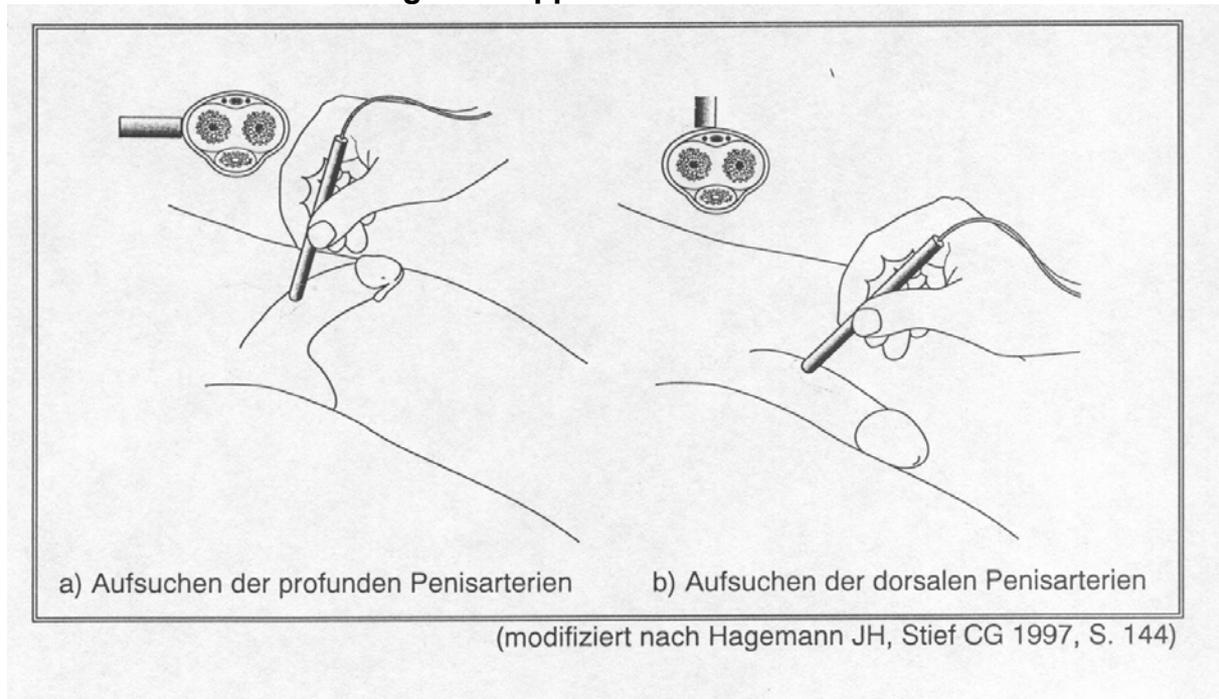
Das National Institute of Health (National Institute of Health, NIH 1993) empfiehlt in einem Konsensuspapier zur Definition, Epidemiologie, Diagnostik und Therapie der Erektionsstörungen eine rationelle, dem einzelnen Patienten angepaßte Diagnostik. In Anlehnung an diese Empfehlungen beschreibt Hauck (Hauck EW, Schroeder-Printzen I, Weidner W 1998) ein diagnostisches Vorgehen in drei Stufen, das sich

von nicht-invasiven bis zu invasiven diagnostischen Optionen erstreckt. Orientierend fand dieses Vorgehen auch in der vorliegenden Untersuchung Anwendung.

Zur ersten Stufe nicht invasiver Diagnostik gehören die ausführliche Anamnese sowohl allgemeiner körperlicher Vorerkrankungen, Risikofaktoren und eingenommener Medikamente, sowie die spezifische Sexualanamnese (siehe Kap. 3.2.1 Semistrukturiertes Interview). Kockott (Kockott G 1995) betont die Bedeutung der spezifischen Anamnese, hier sowohl die spontan berichtete Symptomatik, als auch das gezielte Erfragen der sexuellen Probleme nach der Abfolge des sexuellen Reaktionszyklus, als auch ein gezieltes Explorieren situativer Auslöser. Körperliche Untersuchung, sowie ein Routinelabor zählen ebenfalls zur nicht-invasiven Diagnostik. Von den Autoren wird empfohlen, Testosteron bzw. andere Hormonparameter erst ab dem 50. Lebensjahr routinemäßig zu bestimmen, sonst nur bei Auffälligkeiten in der Anamnese oder der körperlichen Untersuchung.

Die zweite Stufe semiinvasiver Verfahren umfaßt die Schwellkörperinjektionstestung (SKIT), die Doppler- bzw. Duplex- und farbkodierte Duplexsonographie, die in der vorliegenden, mit den urologischen Kollegen gemeinsam vorgenommenen Untersuchung routinemäßig Anwendung fand. Corpus-Cavernosum-Elektromyogramm und weitere neurophysiologische Untersuchungen wird unter dem Primat rationeller Diagnostik nur in begründeten Einzelfällen angewendet. Die Autoren (Hauck EW, Schroeder-Printzen I, Weidner W 1998) diskutieren kritisch die Aussagekraft dieser Untersuchungen, da bei manifesten Erkrankungen, wie z.B. Diabetes oder Alkoholerkrankung und vorliegender Polyneuropathie, eine Manifestation im Penisbereich wahrscheinlich und damit die Aussagekraft positiver Ergebnisse wenig hilfreich ist.

Abbildung 5: Dopplersonographische Untersuchung der penilen Arterien, Positionierung der Dopplersonde



Zur Stufe III der Diagnostik zählen die Autoren die dynamische Infusionspharmakokavernosographie und die selektive Pharmakophalloarteriographie. Diese Verfahren fanden bei dem Patientenkollekt unserer Untersuchung keine Anwendung, da die Indikation für diese Untersuchungen eindeutige Hinweise für eine Organogenese voraussetzt und somit ein Ausschlußkriterium für unsere Untersuchung darstellt (siehe Kap. 3.4.1).

Abbildung 4: Überblick über eine rationelle Diagnostik der erektilen Dysfunktion

Dreistufenschema zur Abklärung der erektilen Dysfunktion

Stufe I: Nichtinvasive Diagnostik

- Ausführliche Anamnese
- Sexualanamnese
- Körperliche Untersuchung
- Psychologische Untersuchung
- Laboruntersuchungen

Stufe II: Semiinvasive Diagnostik

- Schwellkörperinjektionstestung (SKIT-Test)
- Doppler-bzw. Duplex- und farbkodierte Duplexsonographie
- Corpus-Cavernosum-Elektromyogramm (CC-EMG)
- Neurophysiologische Untersuchungen

Stufe III: Invasive Diagnostik

- Dynamische Infusionspharmakokavernosographie und -metrie (DICC)
- Selektive Pharmakophalloarteriographie

(modifiziert nach Hauck 1998)

1.8 Epidemiologie von Erektionsstörungen beim älteren Mann

In mehreren Studien konnte die steigende Prävalenz von Sexualstörungen in höherem Lebensalter gezeigt werden. Zwar stellte Kinsey in seinen Untersuchungen schon eine Zunahme von Sexualstörungen mit höherem Lebensalter fest, allerdings war in der Stichprobe die Gruppe älterer Männer noch deutlich unterrepräsentiert und die Diagnosekriterien noch nicht so spezifisch formuliert.

Neuere Untersuchungen wie die MMAS (Massachusetts Male Aging Study 1987 bis 1989) (Feldmann HA, Goldstein I, Hatzichristou G, Krane RJ, Mc Kinlay JB 1994; S. 55, S. 58) wiesen für die Personengruppe der 40 bis 70jährigen eine Häufigkeit minimaler, im Sinne einer verminderten Rigidität des Penis, bis kompletter Erektionsstörungen, also eines vollständigen Verlusts der Erektionsfähigkeit, von 52% aus. Nach den Ergebnissen dieser Untersuchung verdreifachte sich die Inzidenz eines kompletten Erektionsausfalls in dieser Lebensspanne und lag bei den 70jährigen bei 15%. Nur 33% dieser Altersgruppe gaben an, keine Erektionsprobleme zu haben. Neben der Abhängigkeit vom Lebensalter zeigte die MMAS auch Korrelationen zu anderen organischen Faktoren, wie beispielsweise zur

Höhe des HDL (High-density-Lipoprotein). Bei einer Vielzahl in dieser Untersuchung berücksichtigter Hormone zeigte nur die Höhe des Androgen Metaboliten DHT (Dehydroepianrosteronsulfat) einen Zusammenhang zur Erektionsstörung. Bei verschiedenen Medikamenten (Antihypertensiva, Antidiabetika, kardial wirksame Medikamente) konnte die erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit von Störungen der Erektionsfähigkeit belegt werden. Die Diagnose einer sexuellen Störung folgte allerdings in dieser Untersuchung nicht einem wesentlichen Kriterium von DSM IV, das Leidensdruck und/oder Partnerschaftsprobleme voraussetzt.

Eine hohe Gesamtprävalenz sexueller Störungen zeigte eine repräsentative Untersuchung (Laumann EO, Paik A, Rosen RC 1999) in den USA an 1749 Frauen und 1410 Männern. In der Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren gaben 18% der Männer Schwierigkeiten beim Erreichen und Aufrechterhalten der Erektion an, allerdings fanden nur 6% dieser Altersgruppe das Sexualleben nicht zufriedenstellend. Im Vergleich zur Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren verdreifachte sich die Häufigkeit der Erektionsstörungen. Neben der Altersabhängigkeit zeigten sich in den multinominalen logistischen Regressionsanalysen Zusammenhänge der Häufigkeit sexueller Störungen bei Männern zur körperlichen und psychischen Gesundheit und Aspekten der Lebensqualität, unabhängig von der Art der sexuellen Störung. Inwieweit die beschriebenen Störungen auch Krankheitswert im Sinne eines subjektiven Leidensdrucks nach den referierten DSM IV Kriterien besitzen, läßt auch diese Studie unberücksichtigt, allerdings beschreibt sie eine hohe Prävalenz von Erektionsstörungen im höheren Lebensalter. Die Studie unterstreicht, daß Erektionsstörungen sind die häufigste sexuelle Störung des Mannes im höheren Lebensalter sind.

Eine Untersuchung (Carroll JL, Ellis D, Bagley DH 1992), die 102 ältere sexuell gestörte Männer (zwischen 70 und 94 Jahren) untersuchte, beschreibt die Schwierigkeit einer ätiologischen Zuordnung, bei 66 % wurde eine Kombination psychologischer und organischer Faktoren in Zusammenhang mit der Erektionsstörung diagnostiziert.

Zusammenfassend betonen die vorliegenden Studien also die Zunahme von Erektionsstörungen mit höherem Lebensalter. Ein Zusammenhang zu Leidensdruck, bzw. daraus resultierenden partnerschaftlichen Konflikten, und damit einer

unabdingbar notwendigen Behandlungsbedürftigkeit, lässt sich zunächst aus den Studienergebnissen nicht ableiten.

Ein Überblick über die Studien zeigt, daß noch ein deutlicher Klärungsbedarf besteht, ob die steigende Prävalenz der Störung im höheren Lebensalter auch mit einem subjektiven Leidensdruck verbunden ist.

2 HERLEITUNG DER HYPOTHESEN DER UNTERSUCHUNG

Die Erektionsstörung und die Ejakulatio Praecox sind die häufigsten sexuellen Störungen des Mannes. Inzidenz und Prävalenz der Erektionsstörung steigen mit zunehmendem Lebensalter. Die bereits referierten Konzepte bezüglich der Ätiologie und Aufrechterhaltung dieser Störung gehen von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge aus, wobei der differentiell psychologische Aspekt des Lebensalters in den meisten Untersuchungen ausgespart bleibt bzw. vorwiegend nur in epidemiologischen Untersuchungen berücksichtigt wird. An Schiavis (Schiavis 1995) kritische Überlegungen zur Übertragbarkeit der Konzepte hinsichtlich Ätiologie und Aufrechterhaltung sexueller Störungen von einer jungen auf eine ältere Population knüpft die vorliegende Untersuchung an. Sie basiert auf der grundlegenden Frage, inwiefern sich eine jüngere und ältere Patientengruppe mit Erektionsstörungen in verschiedenen Faktoren unterscheiden: inwiefern lassen sich neben häufigeren organischen, die Störung aber nicht allein erklärenden Befunde, auch Unterschiede in den psychischen Entstehungsbedingungen zwischen jüngeren und älteren Männern finden. So werden in dieser Untersuchung zwar organische Ursachen berücksichtigt, der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt jedoch in der empirischen Untersuchung psychosozialer Faktoren und ihrer verschiedenen Ausprägung in unterschiedlichen Altersgruppen erektionsgestörter und gesunder Männer. Vor allem wird der Frage nachgegangen, ob der Angst, im Besonderen der Versagensangst, sowie der soziosexuellen Unsicherheit in der älteren Gruppe sexuell gestörter Männer dieselbe Bedeutung zukommt wie bei jüngeren Männern. Verschiedene Faktoren wie die Güte der Partnerschaft, Aspekte der Lebensqualität und -zufriedenheit könnten, so wie dies vorliegende Untersuchungen andeuten (Brähler E, Unger U 1994; Brähler U, Kupfer J 1993), eine wichtige Rolle in der Aufrechterhaltung der Störung im multifaktoriellen Bedingungsgefüge gerade bei der

älteren Population darstellen, und die Ausprägung könnte unterschiedlich sein zur jüngeren Patientengruppe einen Unterschied abbilden.

Zurückgehend auf Kaplans (Kaplan H 1974) und Ansaris (Ansari JM 1975) Überlegungen zu prädisponierenden Faktoren und Persönlichkeitsmerkmalen für die Ausbildung von Erektionsstörungen wird der Attributionsstil sexuell gestörter Männer in unterschiedlichem Alter und im Vergleich zu einer Kontrollgruppe unter der Hypothese berücksichtigt, daß erektionsgestörte ältere Männer die Verantwortung für die Auswirkungen bestimmter Geschehnisse bei sich selber sehen und damit unter einem erhöhten Leistungsdruck auch im sexuellen Bereich stehen könnten. Welche Bedeutung hat eine ungestörte sexuelle Reaktions- und Leistungsfähigkeit für das Selbstbild sexuell gestörter und nicht gestörter Männer in verschiedenen Altersgruppen?

Zusammenfassend basiert diese Untersuchung insofern auf dem Kinsey'schen Postulat (Kinsey AC 1948) zur Sexualität, als auch bei gestörter Sexualität, wie im gesamten Sexualverhalten biologische, psychologische und soziologische Faktoren beteiligt sind, die es zu berücksichtigen gilt.

2.1 Erste Hypothese:

Bei älteren Männern (älter als 50 Jahre) mit sexueller Störung finden sich häufiger organische Zusatzbefunde als bei jüngeren Männern (jünger als 50 Jahre) mit sexueller Störung (Patienten mit eindeutiger Organogenese der Störung wurden gemäß der Ausschlußkriterien nicht mit in die Untersuchung einbezogen; s. Kap. 3.4.1).

2.2 Zweite Hypothese:

Versagensangst und soziosexuelle Unsicherheit sind bei älteren Männern mit sexuellen Störungen weniger stark ausgeprägt als bei jüngeren Männern.

2.3 Dritte Hypothese:

Gedanken und Sorgen um die sexuelle Störung stehen in Zusammenhang mit einer Beeinträchtigung der alltäglichen Aktivität, des Alltagslebens und allgemeinen Aspekten der Lebensqualität, bei älteren und jüngeren Patienten und

Kontrollpersonen und es lassen sich signifikante Unterschiede im Ausmaß zwischen diesen Gruppen finden.

2.4 Vierte Hypothese:

Partnerschaftsprobleme bei älteren Männern mit sexueller Störung spielen eine größere Rolle als bei jüngeren Männern.

2.5 Fünfte Hypothese:

Es besteht ein Unterschied in den Kontrollüberzeugungen und dem Ausmaß irrationaler Einstellungen zwischen älteren und jüngeren Männern mit sexueller Störung und einer Kontrollgruppe.

Es bestehen Unterschiede in der Bedeutung einer ungestörten sexuellen Reaktions- und Leistungsfähigkeit für das Selbstbild zwischen den älteren, sowie jüngeren sexuell gestörten Männern und der Kontrollgruppe.

3 METHODE

3.1 Voraussetzungen der Untersuchung

In der urologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München hat sich seit etwa 10 Jahren eine einmal wöchentlich stattfindende interdisziplinäre andrologische Sprechstunde etabliert. Diese ist in die poliklinische Arbeit integriert und wird von verschiedenen in der Andrologie spezialisierten urologischen Kollegen durchgeführt. Im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit ist zu diesem Termin gleichzeitig ein sexualmedizinisch weitergebildeter Kollege (Psychiater oder Psychologe) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie anwesend. Es wurde dieses Modell der Liaisonarbeit bei Beratung und Therapie von andrologischen Fragestellungen präferiert, da frühere Erfahrungen zeigten, daß Patienten nach einer urologischen Untersuchung die Überweisung in die psychiatrische Klinik ablehnten. Der Zuweisungsmodus von Patienten erfolgt über niedergelassene urologische, aber auch Fachkollegen anderer Disziplinen, sowie durch Anmeldung der Patienten selbst. Der Haupteinzugsbereich erstreckt sich weit über die Grenzen der Stadt und des Landkreises Münchens hinaus. Neben der Diagnostik und Therapie von

Erektionsstörungen, Appetenz- und Erregungsstörungen, der anteilmäßig größten Patientengruppe, werden auch Patienten mit Infertilitätsproblemen und Sterilisationswünschen beraten und behandelt. An einem Nachmittag stellen sich in der Regel zwischen zwei und fünf Patienten vor, so daß für die jeweilige Erstexploration und Erhebung der Sexualanamnese durchschnittlich 45 Minuten zur Verfügung stehen. Die weitere Diagnostik erfolgt zu neuen Terminen, die organische Abklärung zum größten Teil außerhalb dieser spezifischen Sprechstunde, erst die Besprechung der Befundlage und die Überlegungen über die weiteren therapeutische Schritte wird wieder während der gemeinsamen Liaisonarbeit durchgeführt.

3.2 Erhebungsinstrumente

3.2.1 Semistrukturiertes Interview

Für die Untersuchung wurde gemeinsam mit den urologischen Kollegen ein semistrukturiertes Interview (siehe Anhang), entwickelt. Ziel war es, möglichst rasch wesentliche Punkte der Sexualanamnese im psychosozialen und organischen Bereich zu erfassen. Als praxisorientiertes Instrument sollte es neben der Möglichkeit zur statistischen Auswertung im Rahmen der Hypothesen dieser Untersuchung auch die Grundlage für den diagnostischen Prozeß im Liaisondienst bilden.

In einem frei formuliertem Teil wird dem Patienten zunächst die Möglichkeit gegeben, sein Problem selbst mit eigenen Worten zu beschreiben. Der Interviewleitfaden ist in zwei große Bereiche unterteilt, einen somatisch orientierten ersten Teil und einen zweiten Bereich, der die soziosexuellen und psychosozialen Aspekte erfaßt.

3.2.1.1 Störungsspezifische Anamnese

Entsprechend der Erwartung der meisten Patienten, die mit einem somatisch orientierten Störungskonzept die urologische Poliklinik aufsuchen, schließt sich an die freie Formulierung des Problems eine **störungsspezifische Anamnese** an. Sie berücksichtigt folgende Punkte:

- genaue Beschreibung des Problems im sexuellen Reaktionszyklus
- Zeitpunkt des Auftretens der Störung, falls dies nicht benannt werden kann, wird die Antwortmöglichkeit von mehr als 5 Jahren, mehr als 2 Jahren und ca. einem Jahr vorgegeben

-
- die Unterscheidung, inwieweit sich die Störung langsam oder schnell entwickelt hat
 - die Anamnese einer früheren sexuellen Störung und die genaue Bezeichnung
 - bisherige Problembewältigungsstrategien oder Therapien
 - den Grad der Gliedsteife auf einer Skalierung zwischen 1(ganz schlaff) und 5 (ganz steif) in unterschiedlichen Situationen:
 - Koitus
 - nächtliche Erektion
 - morgendliche Erektion
 - Masturbation
 - situationsbedingte Erektion auf Reize ohne direkte Stimulation
 - die Häufigkeit der sexuellen Kontaktversuche bezogen auf die zurückliegenden zwei Wochen und drei Monate
 - die Häufigkeit einer ausreichenden Gliedsteife bei den in der Vorfrage bezeichneten sexuellen Kontakten
 - Erhebung, inwieweit eine Appetenzstörung, eine Ejakulationsstörung, eine Ejakulatio praecox oder eine Orgasmusstörung vorliegt
 - die Frage, ob Masturbation praktiziert wird

3.2.1.2 Risikoprofil organischer und medikamentöser Faktoren

Nach der Erhebung der störungsspezifischen Parameter wird das **Risikoprofil organischer und medikamentöser für die Erektionsfähigkeit relevanter Faktoren** erhoben. Folgende Faktoren werden explizit nach Zeitpunkt des Auftretens und der momentanen Relevanz erfragt:

- Hypertonus
- Diabetes mellitus
- Gefäßerkrankungen des venösen und arteriellen Systems
- Herzinfarkt
- cerebraler Insult
- Adipositas
- Discus prolaps
- motorische und sensible Defizite
- Induratio penis plastica / Plaques

-
- venerische Erkrankungen
 - bekannte auffällige Laborparameter
 - Nikotin und Alkoholkonsum
 - Medikamente

3.2.1.3 Klinische urologische Untersuchung

Im nächsten Teil wird der **klinisch urologische Untersuchungsbefund** mit relevanten internistischen Faktoren festgehalten.

3.2.1.4 Apparative und laborchemische Untersuchungen

Anschließend an die Basisuntersuchung folgen orientiert an einer rationellen Vorgehensweise **apparative und laborchemische Untersuchungen**. Bis auf eine obligatorische Testung mit vasoaktiven Substanzen (Prostaglandin E1) (SKIT-Schwellkörperinjektionstest) und der farbkodierten Duplexuntersuchung wurden weitere apparative Diagnostik nur bei relevanten Angaben aus der Anamnese oder dem klinischen Untersuchungsbefund veranlaßt und der Untersuchungsbefund im Erfassungsbogen festgehalten. Als Bewertungskriterium für die duplexsonographische Untersuchung galt die Summe der maximalen systolischen Flußgeschwindigkeit der Aa. profundae penis, ein Wert unter 50 cm/s wurde als beginnende arterielle Störung gewertet, ebenso eine starke Seitendifferenz. Ein Wert unter 40 cm/s galt als pathologisch. In der Literatur wird eine Cut-off-Geschwindigkeit von 25 cm/s für die einzelne Arterie angegeben. (Fitzgerald SW, Erickson SJ, Foley WD, Lipchik EO, Lawson TL 1991; Lue TF, Müller SC, Jünemann KP, Fournier GR jr, Tango EA. 1987)

3.2.1.5 Partnerschaft und Familie

Im zweiten als "soziosexuelle Anamnese" bezeichneten Teil des Interviewleitfadens, werden unter dem Unterpunkt **Partnerschaft und Familie** folgende Punkte erfaßt:

- Familienstand
- Wohnsituation (mit dem Partner gemeinsam oder von ihm getrennt)
- Alter des Partners
- Dauer der Partnerschaft, des Zusammenlebens, des Zeitpunkts der Heirat
- Anzahl und Alter der Kinder
- frühere Partnerschaften
- sexuelle Außenbeziehungen

- Verlauf der Beziehung

Mit abgestuften Antwortmöglichkeiten wird erfragt:

- die Belastung der Partnerschaft durch die sexuelle Störung
- die Zufriedenheit mit der Partnerschaft
- die Zufriedenheit mit dem letzten sexuellen Kontakt und in den zurückliegenden 2 Wochen
- Einschätzung der Wichtigkeit, daß in der Sexualität alles funktioniert
- die explizite Frage nach der "Befürchtung, daß es auch beim nächsten sexuellen Kontakt nicht klappen könnte"
- Selbstattribution der Störung: die Frage, in wieweit der Patient seine Störung einer organischen oder psychischen Ätiologie zuschreibt oder selbst keinen Erklärungsansatz hat
- mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wird die Einstellung und Reaktion der Partnerin auf das sexuelle Problem erfragt, und ob sie über den Besuch des Patienten in der Sprechstunde informiert ist

3.2.1.6 Berufliche und soziale Situation

Die hier berücksichtigten Punkte sind:

- Berufstätigkeit und die selbst eingeschätzte berufliche Belastung
- die finanzielle Situation
- alltagsrelevante Veränderungen im zurückliegenden Jahr
- berufliche Situation der Partnerin
- belastende Ereignisse im vergangenen Jahr

3.2.1.7 Aspekte der Lebenszufriedenheit

Mit skaliert vorgegebenen Antwortmöglichkeiten werden **globale Aspekte der Lebenszufriedenheit** erfragt bezüglich folgender Bereiche:

- berufliche Zufriedenheit
- Zufriedenheit mit dem im Leben Erreichten
- Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten
- Zufriedenheit mit dem Lebensstandard
- Zufriedenheit mit dem Erreichen selbstgesteckter Ziele

3.2.1.8 Diagnostische Einschätzung

Sowohl der somatische, als auch der psychosoziosexuelle Teil des semistrukturierten Interviews enden jeweils mit einer diagnostischen Beurteilung bezüglich der in den einzelnen Teilen erhobenen Faktoren. Der Untersucher soll hier einschätzen inwieweit zum einen Anamnese und Untersuchungsergebnisse des somatischen Untersuchungsabschnitts

- auf eine organische Ätiologie hindeuten
- zwar relevante organische Faktoren erhoben wurden, diese jedoch alleine das Störungsbild nicht erklären
- eine organische Ätiologie weitgehend erscheint.

Diese diagnostischen Beurteilung wird getrennt auch für den psychosexuellen Teil gefordert.

Eine globale Einschätzung der Ätiologie des Störungsbildes erfolgt am Ende des semistrukturierten Interviews (unter Einbeziehung aller diagnostischen Daten), in einem gemeinsamen Expertengespräch und -urteil, wobei nicht unabdingbar ein dichotomes Urteil für eine entweder organische oder psychosoziale Ätiologie getroffen wird. Die diagnostischen Kategorien lauteten:

- organische und psychosoziale Ätiologie
- psychosoziale Ätiologie, kein Hinweis für relevante somatische Faktoren

3.2.2 Fragebogeninventarium

Die Patientengruppe füllte ein Fragebogeninventar aus, das entsprechend der untersuchten Hypothese zusammengestellt wurde. Folgende Untersuchungsinstrumente wurden benutzt (siehe auch Anhang):

3.2.2.1 Fragebogen zur soziosexuellen Unsicherheit (FUSS)

Der FUSS (Fahrner, E.M. 1983) ist als Instrument zur Messung der soziosexuellen Unsicherheit entwickelt worden. Er soll den Mangel an sexuellen Fertigkeiten sowie Ängste im Umgang mit dem anderen Geschlecht erfassen und wurde sowohl als Diagnostikum im Rahmen der Verhaltensanalyse als auch zur Therapieevaluation entwickelt.

Der FUSS liegt in zwei Formen für Männer und Frauen vor, die sich nur in der geschlechtsspezifischen Formulierung der Items unterscheiden. Der Fragebogen besteht aus zwei Unterskalen von je 11 Items. Skala 1 erfaßt Fertigkeiten und Ängste

im Sozialbereich und Skala 2 Fertigkeiten und Ängste im Sexualbereich. Mittelwerte und Standardabweichungen einer Gruppe von Patienten mit Sexualstörungen und einer Kontrollgruppe liegen für die Skalensummenwerte vor.

In unserer Untersuchung wurde die Form FUSS-M für Männer eingesetzt.

3.2.2.2 Fragebögen "Sexualität und Alltag", "sexuelles Wohlbefinden" (LF)

Die Fragebögen "Sexualität und Alltag" und "sexuelles Wohlbefinden" wurden aus einem umfangreichen Fragebogeninventar zur Erfassung der Lebensqualität (Bullinger M, Kirchberger N, Steibüchel von N 1993) entnommen. In 32 Items wird im Fragebogen "Sexualität und Alltag" über einen zurückliegenden Zeitraum von 4 Wochen der Einfluß auf den Alltag durch Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens und der partnerschaftlichen Kommunikation über Sexualität erfaßt. Die Antwort erfolgt 5-stufig in der Skalierung zwischen "selten" und "fast immer". Nicht zutreffende Items wurden mit "selten" beantwortet. Die Auswertung erfolgt über Summenwerte der Skalen, je niedriger der Summenwert, desto stärker die selbstempfundene Beeinträchtigung im Alltagsleben, Vergleichswerte eines Normkollektivs lagen bei Untersuchung nicht vor.

12 Items sollen die Bedeutung einer ungestörten sexuellen Reaktions- und Leistungsfähigkeit für das Selbstbild des Untersuchten im Fragebogen zum "sexuelles Wohlbefinden" (LF) abbilden. Die Bedeutung ungestörter Sexualität entspricht der Höhe des Summenscores, Vergleichswerte eines Normkollektivs lagen bei Untersuchung auch von diesem Fragebogen nicht vor.

3.2.2.3 IPC Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen

Der Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (Krampen G 1988) geht auf die empirische Persönlichkeitsforschung zurück (Amelang M, Bartussek D 1985) und basiert auf einem verhaltenstheoretischen Ansatz der sozialen Lerntheorie von J.B. Rotter (Rotter JB 1966). Rotter geht von der Vorstellung aus, daß generalisierte Erwartungshaltungen, die auf Grund von Erfahrung in einer Vielzahl spezieller Situationen gebildet wurden, in neuen Situationen zum Tragen kommen.

Unterschieden werden ein *externaler* und ein *internaler locus of control*. Als *externaler locus of control* wird die Erwartungshaltung beschrieben, daß die Instanz für die Ereignisse außerhalb der eigenen Einflußmöglichkeiten liegt, diese Ereignisse z.B. durch Glück, Zufall, Leute mit mehr Macht oder andere externale Bedingungen verursacht werden. Wird die Instanz in der handelnden Person selbst gesehen, d.h.

die Verursachung für die entsprechenden Verhaltenskonsequenzen dem eigenen Verhalten zugeschrieben, wird dies als *internaler locus of control*, oder interne Kontrollüberzeugung bezeichnet.

Operationalisiert wurden diese generalisierten Erwartungshaltungen im IPC Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (von Krampen 1988). Der Fragebogen unterscheidet drei Skalen, die auf Basis einer Faktorenanalyse extrahiert werden können.

Ein hoher Wert auf der *I-Skala* (Erwartung internaler Kontrolle) entspricht einer internal orientierten Person, d.h. sie glaubt in hohem Maße Ereignisse in der personenspezifischen Umwelt und das eigenen Leben selbst kontrollieren und bestimmen zu können. In der Skalenbeschreibung wird betont, daß eine hohe Skalenausprägung nicht unbedingt ein Aspekt optimaler menschlicher Entwicklung sein muß, sondern auch im Sinne einer Selbstüberschätzung und Realitätsverlust interpretiert werden kann.

Ein hoher Wert der *P-Skala* (Erwartung externaler Kontrolle) läßt sich so interpretieren, daß die Person sich als subjektiv machtlos und in Abhängigkeit von anderen Personen wahrnimmt. Diese Skala beschreibt somit eine externale Kontrollüberzeugung, die einen interpersonalen, sozialen Aspekt berücksichtigt.

Die *C-Skala* steht für "change - control -orientation", ein hoher Wert entspricht einer externalen Kontrollüberzeugung, die auf Fatalismus beruht. Personen mit hoher Skalenausprägung sehen Ereignisse in der Welt weitgehend von Glück, Zufall und Schicksal abhängig, haben somit wenig Kontrolle über Ereignisse und Verstärker. Dies entspricht dem Paradigma der "erlernten Hilflosigkeit" (Seligman M, Johnston J 1975).

Für den Fragebogen liegen Mittelwerte und Standardabweichungen für verschiedene Personengruppen vor.

3.2.2.4 Fragebogen irrationaler Einstellungen (FIE)

Ähnlich wie das Konzept generalisierter Erwartungen Rotters (Rotter JB 1966), versucht die Theorie irrationaler Einstellungen von Ellis (Ellis A 1970) psychologische Fehlanpassung vorauszusagen. Zusammenhänge zu Dimensionen der Kontrollüberzeugung bestätigten sich.

Der Fragebogen irrationaler Einstellungen (Klages U 1988) besteht aus vier Skalen, die eine gemeinsame Varianz zwischen 12.25% und 36% aufweisen, so daß davon

auszugehen ist, daß den Skalen unterschiedliche Facetten eines gemeinsamen Konstrukts zu Grunde liegen.

- *Skala 1 - Negative Selbstbewertung:* Probanden mit hohem Skalenwert äußern eine geringe Wertschätzung ihrer Person. Sie denken, daß sie Versager sind und fühlen sich wertlos.
- *Skala 2 - Abhängigkeit:* Anerkennung durch andere Personen stellt für Probanden mit hoher Skalenausprägung einen zentralen Wert dar. Sie sind darauf angewiesen, daß andere Menschen sie mögen und ihre Verhaltensweisen billigen.
- *Skala 3 - Internalisierung:* Internalisierung von Mißerfolgen: Probanden mit hohen Skalenwerten schreiben bei Erfolglosigkeit die Ursachen ihrer eigenen Person zu. Vor sich und anderen möchten sie leistungsfähig und kompetent erscheinen.
- *Skala 4 - Irritierbarkeit:* Diese Skala impliziert die Neigung von Probanden sich emotional zu erregen, wenn Ereignisse anders sind, als sie sich wünschen. Patienten mit hoher Skalenausprägung geben eine hohe Erregbarkeit bei äußeren Störreizen an. Sie berichten, bei kleinen Schwierigkeiten ärgerlich zu werden, sich leicht beleidigt und verletzt zu fühlen.

Die kognitive Theorie nimmt an, daß psychische und somatische Befindlichkeitsstörungen und dysfunktionale Einstellungen einander bedingen. In einer Repräsentativstichprobe zeigten sich Korrelationen zwischen negativer Selbstbewertung und Streßreagibilität. (Klages U 1988 S.13). Für den Fragebogen liegen Normen einer Eichstichprobe N = 1210 vor.

3.3 Zuordnung der Hypothesen zu den Fragen des semistrukturierten Interviews und des Fragebogeninventariums

1. Hypothese: Ausschlaggebend für die Feststellung einer organischen Mitbeteiligung war das diagnostische Urteil des Urologen, das Anamnese, klinische Untersuchung, obligate Skattestung und weitere erfolgte rationale Diagnostik berücksichtigte.

Bei der Skattestung galt ein Blutfluß von < 50cm/s für die Summe der Flußgeschwindigkeiten der Aa. profundae penis als organische Beeinträchtigung.

Unabhängig der Ausprägung somatischer Faktoren wurde eine Bewertung psychosexueller Faktoren für Genese und

Aufrechterhaltung der Störung getroffen und in das diagnostische Gesamturteil einbezogen.

Das Gesamturteil konnte lauten:

- organische und psychosoziale Ätiologie
- psychosoziale Ätiologie, kein Hinweis für relevante somatische Faktoren

- 2. Hypothese:** Fragebogen "soziosexuelle Unsicherheit" (FUSS) in 2 Skalen;
Frage aus dem semistrukturierten Interview: "Wie groß ist die Befürchtung, es könnte auch das nächste Mal nicht klappen?"
(vierfache Abstufung der Antwortkategorie)
- 3. Hypothese:** Fragebogen "Sexualität und Alltag", allgemeine Aspekte der Lebensqualität aus dem semistrukturierten Interview
- 4. Hypothese:** Frage nach der Zufriedenheit mit der Partnerschaft aus dem semistrukturierten Interview
- 5. Hypothese:** IPC Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen, 3 Skalen
Fragebogen irrationaler Einstellungen, 4 Skalen
LF Fragebogen "sexuelles Wohlbefinden", 12 Items

3.4 Rekrutierung der Stichproben

3.4.1 Die Patientengruppe

Im Zeitraum von Januar 1996 bis Februar 1998 wurden im Rahmen des Liaisondienstes 81 Patienten mit einer Basisuntersuchung erfaßt. Während der Wartezeit füllte die Patientengruppe zusätzlich ein Fragebogeninventarium aus.

Einschlußkriterien: Die Patienten mußten die bereits referierten Diagnosekriterien für eine Erektionsstörung nach DSM IV erfüllen (DSM IV 302.72), das Kriterium von Leidensdruck bzgl. der Störung, konnte vorausgesetzt werden, da die Patienten um ärztlich Hilfe nachsuchten. Eingeschlossen wurden männliche Patienten zwischen 18 und 80 Jahren. Patienten mit einer Erektionsstörung und zusätzlicher Ejakulatio Praecox wurden ebenfalls in die Studie einbezogen.

Ausschlußkriterien: Ausgeschlossen wurden Patienten mit primärer Erektionsstörung, da hier von einem anderen Bedingungsgefüge der Störung auszugehen ist (Kockott G 2000, S. 5), und für die differentialdiagnostischen Erwägungen eine andere Herangehensweise notwendig ist. Desweiteren wurden Patienten mit eindeutiger

organischer Genese der Erektionsstörung, wie z.B. Zustand nach radikaler Prostatektomie, ausgeschlossen. Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung nach DSM IV, z.B. einer schizophrenen oder affektiven Störung wurden ebenfalls ausgeschlossen.

3.4.2 Die Kontrollgruppe

43 männliche Normalpersonen von einer chirurgischen traumatologischen Akutstation wurden als Kontrollpersonen rekrutiert. Wegen der Vergleichbarkeit der Untersuchungsbedingungen für eine Sexualanamnese und zum Ausschluß von Faktoren, die auf den Patientenstatus zurückzuführen sind, wurde das chirurgische Patientenkollektiv (statt eines Normalpersonenkollektivs) als Kontrollgruppe gewählt. Ausgeschlossen waren Patienten mit sexuellen Problemen, sowie internistischen Erkrankungen, da sie Ursache für (leichtere) sexuelle Probleme sein könnten.

3.5 Soziodemographische und störungsspezifische Stichprobenbeschreibung

Für die untersuchten Gruppen wurden die soziodemographischen Daten Lebensalter, vorhandene Partnerschaft, Dauer der Partnerschaft, Berufstätigkeit und störungsspezifische Daten im Rahmen eines semistrukturierten Interviews ausgewertet. (siehe auch Tabelle 1 und Tabelle 2)

3.5.1 Vergleich Patienten- und Kontrollgruppe

3.5.1.1 Alter

Es wurden 81 Patienten im Alter von 22 bis 78 Jahren untersucht, im Mittel betrug das Alter der Patienten 52,10 Jahre. 33 Patienten waren jünger als 50 Jahre (Altersdurchschnitt 40,24 Jahre), 48 über 50 Jahre alt (Altersdurchschnitt 60,25 Jahre).

In der Kontrollgruppe waren von den 43 Probanden 22 jünger (Altersdurchschnitt 37,27 Jahre) und 21 älter als 50 Jahre (Altersdurchschnitt 60,57 Jahre). Es wurden Männer im Alter von 19 bis 70 Jahren erfaßt, das mittlere Alter betrug 48,65 Jahre.

Einen signifikanten Altersunterschied zwischen Patienten- und Kontrollgruppe bestand nicht.

3.5.1.2 Familienstand

In der Patientengruppe waren 19.0% ledig mit fester Partnerin, 59.5% verheiratet, 21.5% lebten seit kurzem mit einer neuen Partnerin zusammen.

In der Kontrollgruppe waren 32,6% ledig in fester Partnerschaft lebend, 53.5% verheiratet, 14.0% lebten seit kurzem mit einer neuen Partnerin zusammen (keine signifikanten Unterschiede).

3.5.1.3 Dauer der Partnerschaft

Die Dauer der Partnerschaft betrug in der Patientengruppe im Mittel 19.8 Jahre, in der Kontrollgruppe 17.7 Jahre (keine signifikanten Unterschiede).

3.5.1.4 Berufstätigkeit und berufliche Belastung

In der Patientengruppe waren 84.2% berufstätig, 15.8% gingen keiner regelmäßigen Berufstätigkeit nach. 47,3% der Berufstätigen fühlten sich durch die Tätigkeit stark belastet. 10.9% empfanden die berufliche Belastung als gering und 41.8 % gaben eine mittlere Belastung an.

In der Kontrollgruppe waren 74.4% berufstätig, 25.6% nicht berufstätig. 43.8% fühlten sich stark, 12.5% leicht durch die berufliche Tätigkeit belastet. 43.8% gaben eine mittlere berufliche Belastung an (keine signifikanten Unterschiede).

3.5.2 Vergleich ältere und jüngere Patientengruppe

3.5.2.1 Verlauf der Störung

76% des gesamten Patientenkollektivs gaben an, die Störung habe sich langsam entwickelt. In der Gruppe der über 50jährigen gaben 84.8% eine langsame, 15.2% eine schnelle Entwicklung der Erektionsstörung an. In der jüngeren Patientengruppe berichteten 62.1% eine schnelle, 37.9% eine langsame Entwicklung der Störung. Hinsichtlich der Entwicklung der Störung zeigte sich zwischen älteren und jüngeren Patienten ein signifikanter Unterschied ($p < 0.05$).

3.5.2.2 Komorbidität mit Ejakulatio Praecox und Appetenzstörung

In der Gesamtgruppe der Patienten berichteten 19% auch vor dem aktuellen Problem einmal Störungen im Bereich der Sexualität gehabt zu haben. Eine Komorbidität zur Ejakulatio praecox bestand bei 20,5%. Zwischen jüngerer und älterer Patientengruppe ergab sich kein signifikanter Unterschied. 73% gaben an, daß sie auf Grund ihrer Erektionsstörung weniger Lust auf Sex hätten (keine signifikanten Unterschiede zwischen älterem und jüngerem Patientenkollektiv).

3.5.2.3 Besuch des Liaisondienstes, Reaktion der Partnerin

Durchschnittlich besuchten die Patienten zu zwei bis drei Terminen die Sprechstunde für sexuelle Störungen.

90.8% der Patienten informierten ihre Partnerin vom Besuch des Liaisondienstes. In 70.8% wurde die Reaktion der Partnerin vom Patienten auf den Besuch der Sprechstunde als verständnisvoll und einfühlsam beschrieben, während 29.2% aus Sicht des Patienten eine eher ablehnend, abweisende Reaktion zeigten (keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patientenkollektiven).

3.5.2.4 Selbstzugeschriebene Ätiologie der Störung

In der älteren Patientengruppe hatten 25 % keine Vorstellung über die Ätiologie ihrer Störung, 35 % vermuteten organische, 12,5% psychische Ursachen und 27,5% gingen von einer gemischten Ätiologie aus. Bei den jüngeren Patienten hatten 17,9% keine Vorstellung, 39,3% nahmen organische, 32,1% psychische Gründe der Verursachung an und 10,7% vermuteten, daß beides eine Rolle spiele.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung von Patientengruppe und Kontrollgruppe

Patienten- vs. Kontrollgruppe	Patienten n = 81	Kontrollgruppe n =43
Alter	20 - 78 Jahre	19 - 70 Jahre
Altersdurchschnitt	52,10 Jahre	48,65 Jahre
Partnerschaft		
- ja	89.2%	91.4%
- nein	10.8%	8.6%
Dauer der Partnerschaft	17.7 Jahre	19.8 Jahre
Berufstätigkeit		
-nicht beschäftigt	15.8%	25.6%
-beschäftigt	84.2%	74.4%
berufliche Belastung		
-gering	10.9%	12.5%
-mittel	41.8%	43,8%
-stark	47.3%	43,8%

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung der älteren jüngeren und Patientengruppe

ältere Patienten vs. jüngere Patienten	ältere Patienten > 50 Jahre n =48	jüngere Patienten < 50 Jahre n = 33
Altersdurchschnitt	60,25 Jahre	40,24 Jahre
Auftreten der Störung -langsam -schnell	84.8%* 15.2%*	62.1% 37.9%
Häufigkeit früherer sexueller Störung	22.9%	12.5%
Komorbidität mit Appetenzstörung	38.2%	38.7%
Ejaculatio praecox	17.4%	25.0%

*p < .05

3.6 Angewandte statistische Verfahren

Die Auswertung und Berechnung der Daten erfolgte mit einem Computer der Klinik für Psychiatrie der Technischen Universität München. Als Statistikprogramm diente dabei SPSS 7.5 unter WINDOWS 95.

Zum Vergleich der Stichproben wurde bei dichotomen Variablen der Chi-Quadrat - Test bzw. der Fisher's Exact Test herangezogen und bei kontinuierlichen Variablen der T-Test für normalverteilte unabhängige Stichproben, bei nicht normalverteilten quantitativen Daten fand der Wilcoxon Mann Whitney Test Anwendung. Die Normalverteilung wurde graphisch mittels Histogramm geprüft. Die Signifikanzprüfung erfolgte zweiseitig auf dem 5 Prozent Niveau.

4 ERGEBNISSE

(siehe auch [Tabelle 3](#), [Tabelle 4](#), [Tabelle 5](#))

4.1 Erektionsstörung, Lebensalter, somatische Befunde - Vergleich älterer (> 50 Jahre) und jüngerer Patienten (< 50 Jahre) (= 1. Hypothese)

4.1.1 Farbkodierte Duplexbefunde unter Verwendung vasoaktiver Substanzen

Bei den durchgeführten Farbduplexuntersuchungen wiesen bei dem älteren Patientenkollektiv 31.3% einen grenzwertigen bis pathologischen Befund auf. 68.8% der Befunde wurden als unauffällig gewertet.

92.9% in der jüngeren Patientengruppe zeigten unauffällige Farbduplexbefunde. Bei 9.1% wurde der Blutfluß auf Grund des Farbduplexbefundes als grenzwertig oder pathologisch bewertet. Es ergaben sich zwischen der älteren und jüngeren Patientengruppe hinsichtlich der farbkodierten Duplexsonographie signifikante Unterschiede. ($p < .05$)

4.1.2 Diagnostisches Urteil

Betrachtet man das diagnostische Urteil auf der Basis aller erhobenen psychischen und somatischen Befunde, so wurde die Erektionsstörung bei der älteren Patientengruppe in 51.2% organischen und psychischen Faktoren zugeschrieben.

In der Gruppe der unter 50jährigen Patienten wiesen 29% Hinweise für eine organische Mitbeteiligung auf. Hier zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen jüngerem und älterem Patientenkollektiv.

Die erste Hypothese, die Erektionsstörung sei im älteren Patientenkollektiv häufiger organisch mit bedingt, wird bestätigt ($p < .05$).*

4.2 Versagensangst und soziosexuelle Unsicherheit

4.2.1 Vergleich älterer (> 50 Jahre) und jüngerer Patienten (< 50 Jahre) (= 2. Hypothese)

Bei der direkten Frage nach der Befürchtung, im nächsten intimen Sexualkontakt zu versagen, also für den Geschlechtsverkehr keine ausreichende Gliedsteife zu erreichen, äußerten 90.2% der älteren und 88.9% der jüngeren Patienten eine starke Versagensangst. Der Gesamtscore im Fragebogen für soziosexuelle Unsicherheit betrug bei den älteren 28.8 und bei den jüngeren Patienten 37.2. Sowohl bei der

soziosexuellen Unsicherheit als auch bei dem Ausmaß der Versagensangst zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen älteren und jüngeren Patienten.

Die zweite Hypothese, älteres und jüngeres Patientenkollektiv unterscheiden sich im Ausmaß von Versagensangst und soziosexueller Unsicherheit ließ sich nicht bestätigen.

4.2.2 Vergleich älterer Patienten (> 50 Jahre) und älterer Kontrollpersonen (> 50 Jahre)

Eine starke Angst im nächsten sexuellen Kontakt zu versagen gaben in der Kontrollgruppe 4.8% an. Das Ausmaß soziosexueller Unsicherheit lag bei einem Gesamtscore von 16.6 (vgl. älteres Patientenkollektiv 28.2).

*Es zeigte sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen älterem Patientenkollektiv und der altersentsprechenden Kontrollgruppe (**p < .001).*

4.2.3. Vergleich jüngerer Patienten (< 50 Jahre) mit jüngeren Kontrollpersonen (< 50 Jahre)

88.9% der jungen Patienten gaben auf die Frage nach der Befürchtung im nächsten sexuellen Kontakt zu versagen, eine große bis sehr große Angst an, in der altersentsprechenden Kontrollgruppe 11.1%. Das Ausmaß der soziosexuellen Unsicherheit betrug im Gesamtscore bei der jungen Patientengruppe durchschnittlich 37.2, in der Kontrollgruppe 19.3.

*Im Ausmaß der Versagensangst und in der soziosexuellen Unsicherheit zeigte sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen jüngeren Patienten und jüngeren Kontrollpersonen (**p < .001).*

4.3 Sexuelle Störung, Alltagsleben und allgemeine Aspekte der Lebensqualität (= 3. Hypothese)

4.3.1 Vergleich älterer und jüngerer Patienten

Der Summenwert für den Fragebogen zu "Sexualität und Alltag" lag bei den älteren Patienten im Durchschnitt bei 36.3, bei den jüngeren Patienten bei 33.3. Die Summenwerte betragen für die allgemeinen Aspekte zur Lebensqualität 19.4 für ältere und 17.8 für jüngere Patienten. Der statistische Vergleich ergab keinen signifikanten Unterschied

Damit ließ sich die dritte Hypothese im Hinblick auf eine stärkere Beeinträchtigung des Alltagslebens (z.B. Aspekte allgemeiner Adynamie, Einsamkeit, Akzeptanz durch die Partnerin, Beeinträchtigung der Kommunikation mit der Partnerin, Freunden oder Arbeitskollegen der Konzentration am Arbeitsplatz und des Selbstwertgefühls) und allgemeiner Aspekte der Lebensqualität durch die sexuelle Störung im Vergleich älterer und jüngerer sexuell gestörter Männer nicht bestätigen.

4.3.2 Vergleich älterer Patienten und älterer Kontrollpersonen

Die Beeinträchtigung des Alltagslebens bildete sich bei älteren Patienten in einem Summenwert von 36.3 ab, bei der älteren Kontrollgruppe lag dieser Wert bei 44.1. *Hier zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied im Sinne einer stärkeren Beeinträchtigung des Alltagslebens bei älteren Patienten im Vergleich zur altersentsprechenden Kontrollgruppe (**p < .001).*

4.3.3 Vergleich jüngerer Patienten mit jüngeren Kontrollpersonen

Bei den jüngeren Patienten zeigte sich im Fragebogen zu Sexualität und Alltag ein durchschnittlicher Wert von 33.3, bei der jüngeren Kontrollgruppe von 43.7, jüngere Kontrollpersonen fühlten sich im Alltag weniger beeinträchtigt als junge Patienten mit sexueller Störung.

*Der Unterschied zwischen jüngerer Patientengruppe und jüngeren Kontrollpersonen hinsichtlich einer Beeinträchtigung des Alltagslebens ist bei jüngeren erektionsgestörten Männern hoch signifikant. (**p < .001).*

Hinsichtlich genereller Aspekte der Lebensqualität, wie z.B. Zufriedenheit mit beruflicher Situation, dem Lebensstandard etc. fand sich im Summenscore kein signifikanter Unterschied.

4.4 Zufriedenheit mit der Partnerschaft (= 4. Hypothese)

86.8% der Patienten (86.8% der älteren Patienten, 82.1% der jüngeren Patienten) und 81% des älteren und 85.7% des jüngeren Kontrollkollektivs zeigten sich zufrieden oder sehr zufrieden mit der partnerschaftlichen Situation. Im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Situation ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Die vierte Hypothese, erektionsgestörte Männer seien grundsätzlich mit ihrer Partnerschaft unzufriedener, wird nicht bestätigt.

4.5 Kontrollüberzeugung und Ausmaß irrationaler Einstellungen (= 5. Hypothese)

In den drei Skalen des Fragebogens zu Kontrollüberzeugungen und in den vier Skalen des Fragebogens irrationaler Einstellungen zeigte sich weder im Vergleich älterer zu jungen Patienten noch zur altersentsprechenden Kontrollgruppe ein signifikanter Unterschied. Die Summenwerte für die einzelnen Skalen können aus der Tabelle ersehen werden.

Die fünfte Hypothese bezüglich von vermuteter Unterschiede im Attributionsstil wird nicht bestätigt.

4.5.1 Bedeutung von sexuellem Wohlbefinden in verschiedenen Altersgruppen

Zwischen älteren Männern mit und ohne sexueller Störung ergab sich ein signifikanter Unterschied ($p < .05$), welche Bedeutung die beiden Gruppen einer ungestörten sexuellen Reaktions- und Leistungsfähigkeit zuschreiben. Für sexuell gestörte ältere Männer ist eine ungestörte Sexualität wichtiger als für ältere Kontrollpersonen; bei den jüngeren Männern mit und ohne Störung ließ sich dieser Unterschied nicht abbilden, ebenso bestand kein Unterschied zwischen jüngeren sexuell gestörten und ungestörten Männern hinsichtlich dieses Aspekts.

Tabelle 3: Vergleich des älteren und des jüngeren Patientenkollektivs

ältere vs. junge Patienten	Patienten n = 81	
	ältere Patienten > 50 Jahre n = 48	jüngere Patienten < 50 Jahre n = 33
Altersdurchschnitt	60,25 Jahre**	40,24 Jahre
diagnostische Einschätzung -organisch <u>und</u> psychisch -psychisch	51.2% * 48.8% *	29.0% 71.0%
Farbduplexsonographie mit pathologischem Befund	31.3%*	9.1%
Versagensangst -stark -gering	90.2% 9.8%	88.9% 11.1%
soziosexuelle Unsicherheit	28.8	37.2
sexuelle Störung und Alltagsleben	36.3	33.3
Aspekte der Lebensqualität	19.4	17.8
"LF"- sexuelles Wohlbefinden	47.1	47.9
zufrieden mit der Partnerschaft	86.8%	82.1%
"irrationale Einstellungen" Skala 1 Skala 2 Skala 3 Skala 4	12.2 21.4 16.4 17.4	15,8 23.0 20.0 17.0
"Kontrollüberzeugung" Skala 1 Skala 2 Skala 3	20.7 37.7 21.8	27.0 35.6 24.6

*p < .05

Tabelle 4: Vergleich der älteren Patientengruppe und des älteren Kontrollkollektivs

ältere Patienten vs. ältere Kontrollpersonen	ältere Patienten > 50 Jahre n = 48	ältere Kontrollgruppe > 50 Jahre n = 22
Durchschnittsalter	60,25 Jahre	60,57 Jahre
Versagensangst -stark -gering	90.2%** 9,8%**	4.8% 95.2%
soziosexuelle Unsicherheit	28.8**	16.6
sexuelle Störung und Alltagsleben	36.3**	44.1
Aspekte der Lebensqualität	19.4	19.7
"LF"- sexuelles Wohlbefinden	47.1*	39.6
zufrieden mit der Partnerschaft	86.8%	81.0%
"irrationale Einstellungen" Skala 1 Skala 2 Skala 3 Skala 4	12.2 21.4 16.4 17.4	13.3 18.2 15.2 16.2
"Kontrollüberzeugung" Skala 1 Skala 2 Skala 3	20.7 37.7 21.8	22.9 36.7 21.1

***p < .05 **p < .001**

Tabelle 5: Vergleich der jüngeren Patientengruppe und des jüngeren Kontrollkollektivs

jüngere Patienten vs. junge Kontrollpersonen	jüngere Patienten < 50 Jahre n = 33	jüngere Kontrollgruppe < 50 Jahre n = 21
Altersdurchschnitt	40,24 Jahre	37,27 Jahre
Versagensangst		
-stark	88.9%**	4.5%
-gering	11.1%**	95.5%**
soziosexuelle Unsicherheit	37.2**	19.3
sexuelle Störung und Alltagsleben	33.3**	43.7
Aspekte der Lebensqualität	17.8	18.4
"LF"- sexuelles Wohlbefinden	47.9	42.5
zufrieden mit der Partnerschaft	82.1%	85.7%
"irrationale Einstellungen"		
Skala 1	15,8	11.2
Skala 2	23.0	20.3
Skala 3	20.0	16.2
Skala 4	17.0	15.5
"Kontrollüberzeugung"		
Skala 1	27.0	23.7
Skala 2	35.6	36.0
Skala 3	24.6	21.9

*p < .05

5 ÜBERSICHT ÜBER DIE ERGEBNISSE

Im Vergleich junger und älterer Patienten zeigte sich ein signifikanter Unterschied bezüglich somatischer Komorbidität ($p < .05$). Die farbkodierte Duplexsonographie wurde bei etwa einem Drittel der älteren Patienten als pathologisch gewertet und in 51.2% der Fälle gingen die Urologen von organischen Faktoren aus, die die

Erektionsstörung dieses Patientenkollektivs mit bedingen. Im jüngeren Patientenkollektiv wurde der Farbduplexbefund nur in 9.1% als pathologisch gewertet und die Urologen gaben im Expertenurteil hier in 29.0% eine organische Mitbeteiligung an. Bei älteren Patienten fanden sich, gestützt auf Anamnese, Farbduplex- und weitere Diagnostik signifikant mehr organische Faktoren als bei jüngeren Patienten.

Soweit nach Einzeldatenanalyse rekonstruierbar, leitet sich das urologische Urteil nicht allein von einer pathologischen farbkodierten Duplexsonographie ab, sondern basiert neben dieser diagnostischen Maßnahme auf weiteren Untersuchungen und dem individuellen Risikoprofil des einzelnen Patienten. In dieser Studie wird das Ausmaß organischer Mitbeteiligung sowohl in der älteren als auch der jüngeren Patientengruppe allein durch den Farbduplexbefund unterschätzt.

Im Verlauf der Störung (siehe Kapitel 3.5.2.1 Verlauf der Störung) weist der Unterschied zwischen jüngeren und älteren Patienten auf eine stärkere Mitbeteiligung organischer Faktoren bei der älteren Patientengruppe hin, da sich in dieser Gruppe die Störung signifikant häufiger langsam entwickelte. Eine schnelle Entwicklung spricht in Zusammenhang mit anderen Kriterien aus der Anamnese für eine Psychogenese der Störung (Kockott G, Fahrner E M 2000, S. 48).

Ältere Patienten und die altersentsprechende Kontrollgruppe unterscheiden sich im Ausmaß der Versagensangst. Ältere Patienten haben bei expliziter Frage große bis sehr große Angst, im bevorstehenden sexuellen Kontakt zu versagen. Ein Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen ließ sich auch für das Ausmaß soziosexueller Unsicherheit, sowohl für den Bereich sozialer und für den Bereich sexueller Fertigkeiten, zeigen. Ängste und Defizite sind in beiden Skalen bei der Patientengruppe wesentlich stärker ausgeprägt als bei der jeweiligen altersentsprechenden Kontrollgruppe ($p < .001$), und zwar bei älteren und jüngeren Patienten gleich stark. Die Einstellung in der verbalen Interaktion (Item 8 des FUSS: "Im Gespräch mit einer Frau habe ich ständig Angst, etwas Falsches zu sagen") oder im sexuellen Kontakt (Item 1 des FUSS: "Ich kann meiner Partnerin die Körperstellen zeigen, an denen ich sexuell ansprechbar bin") aus ihrer Sicht nicht entsprechend zu reagieren, ist ein entscheidender Faktor, der sexuell gestörte von

nicht sexuell gestörten Männern unterscheidet, und zwar in dieser Untersuchung in jeder Altersgruppe.

Gedanken um die sexuelle Störung stehen in Zusammenhang mit einer Beeinträchtigung des Alltagslebens bei älteren und jüngeren Patienten in ähnlich starkem Ausmaß (Im Vergleich zur jeweiligen Kontrollgruppe $p < .001$). Beide Patientengruppen fühlen sich im Zusammenhang mit der sexuellen Störung auch beruflich nicht so leistungsfähig, sind durch die sexuelle Störung auch in Interaktionen mit dem weiteren sozialen Umfeld beeinträchtigt. Auch wenn im Patientenkollektiv das subjektive Gefühl, daß die Störung das Alltagsleben beeinträchtigt, dominiert, so bleiben in dieser Untersuchung grundsätzliche Aspekte der Lebensqualität hiervon unberührt. Das Ausmaß der Zufriedenheit mit dem Beruf, den sozialen Kontakten und dem Lebensstandard ist zwischen Patientenkollektiv und Kontrollgruppe gleich.

Unabhängig vom Lebensalter sind bei Männern mit Erektionsstörungen Versagensangst, soziosexuelle Unsicherheit stärker ausgeprägt und das Alltagsleben mehr beeinträchtigt als in einer Gruppe nicht sexuell gestörter Männer. Grundsätzliche Aspekte der Lebensqualität blieben unberührt.

Die Güte ihrer Partnerschaften wird von sexuell gestörten und nicht gestörten Männern ähnlich beurteilt, auch findet sich kein Unterschied zwischen dem älteren und jüngeren Patientenkollektiv. Auch wenn die Patienten ihre Partnerin nicht in die Sprechstunde für sexuelle Funktionsstörungen mitbrachten, so wußte doch der überwiegende Teil der Partnerinnen nach Angabe des Patienten vom Besuch in der Sprechstunde (90.8%), und der größte Teil der Partnerinnen wurde in ihrer Reaktion von den Patienten als verständnisvoll hinsichtlich ihres Besuchs beschrieben.

Im Attributionsstil ließen sich keine Unterschiede zwischen sexuell gestörten und nicht gestörten Männern abbilden, insbesondere die Annahme einer erhöhten oder überhöhten internalen Kontrolle, im Sinne einer Selbstüberschätzung oder eines Realitätsverlustes, ließ sich in dieser Untersuchung nicht bestätigen. Auch die Vermutung vermehrter irrationaler Einstellungen im Sinne einer negativen

Selbstbewertung, dem Wunsch, durch andere in den eigenen Verhaltensweisen anerkannt zu werden, ließ sich in dieser Untersuchung nicht abbilden.

Die Bedeutung einer ungestörten sexuellen Reaktions- und Leistungsfähigkeit (Items wie z.B. "Wie wichtig ist Ihnen eigene männliche Ausstrahlung, Häufigkeit des Orgasmus, erotische Anziehungskraft") für das Selbstbild der älteren sexuell gestörten Männer war signifikant größer, als in der altersentsprechenden Kontrollgruppe und erwies sich als genauso wichtig, wie für jüngere sexuell gestörte und jüngere nicht gestörte Männer.

6 DISKUSSION

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit stand die Frage, inwieweit sich ältere sexuell gestörte Männer vor allem in psychosozialen Aspekten von einem jüngeren Patientenkollektiv unterscheiden. Fokussiert wurde in dieser Untersuchung auf die Erektionsstörung, da sie die häufigste sexuelle Störung mit einer zum Alter korrelierten steigenden Prävalenz des älteren Mannes darstellt. Bisherige epidemiologische Untersuchungen haben vorwiegend den Altersaspekt und die damit eng korrelierten somatischen Faktoren berücksichtigt (Feldmann HA, Goldstein I, Hatzichristou G, Krane RJ, Mc Kinlay JB 1994). Bei Untersuchungen, die psychosoziale Faktoren einbeziehen, wurden Alters- und Kohorteneffekte häufig nicht berücksichtigt, obwohl der Lebensabschnitt des älter werdenden Mannes durch eine Vielzahl anderer Faktoren (Umgang mit veränderter Sexualphysiologie, Neuorientierung am Ende des Berufslebens, etc.) beeinflusst zu sein scheint als der des Jüngeren. So liegt die Vermutung nahe, daß das Bedingungsgefüge für die Ausbildung sexueller Störungen älterer Männer ein anderes ist, als bei jüngeren Männern. Schiavi legt (Schiavi RC 1995, 1999) dar, daß dem älter werdenden Mann im Rahmen einer sich verändernden Sexualphysiologie neue Bewältigungsstrategien abverlangt werden, und wirft die Frage auf, welche Faktoren diesen Adaptationsprozeß erfolgreich gelingen lassen und welche Faktoren einer gelungenen Anpassung entgegenstehen.

Wie bereits in anderen Untersuchungen (Laumann EO, Paik A, Rosen RC 1999) festgestellt, belegt auch diese Untersuchung, daß bei einem älteren Patientenkollektiv die organische Beteiligung an der Genese von Erektionsstörungen

höher ist als bei einem jüngeren Patientenkollektiv, obwohl in dieser Untersuchung die Patienten, die eine eindeutige Organogenese ihrer Störung aufwiesen (z.B. Z.n. radikaler Prostatektomie) ausgeschlossen waren. In dieser Untersuchung wurde bei den meisten Patienten als organisches Korrelat für die Erektionsstörung eine periphere Durchblutungsstörung mittels Farbduplexsonographie diagnostiziert, dies wohl als Endstrecke einer Vielzahl vaskulärer Risikofaktoren (z.B. Hypercholesterinämie, Nikotin), die sich zuerst an den kleinen Gefäßen manifestieren. Das Ergebnis häufigerer organischer Mitbeteiligung bei Erektionsstörungen des älteren Mannes steht im Einklang mit Untersuchungen (Hartlapp JH 1998), die die Häufigkeit von somatischen Erkrankungen bei erektionsgestörten Männern erfaßt haben. In diesen Untersuchungen zeigt sich, daß Hypertonie, Arteriosklerose und Diabetes mellitus, also körperlichen Erkrankungen, die das Gefäßsystem beeinträchtigen, prozentual die häufigsten Begleiterkrankungen erektionsgestörter Männer sind. Kritisch läßt sich anmerken, daß die farbkodierte Duplexsonographie in dieser Untersuchung das zentrale apparative Diagnostikum darstellte; sie ist durch einen erhöhten Sympathikotonus, der durch eine angespannte Untersuchungssituation entstehen kann, störanfälliger und kann das Ausmaß organischer Beteiligung überschätzen, da sie in diesen Fällen zu falsch positiven Ergebnissen führt (Schwarzer J U 1997). Allerdings beruhte die urologisch - diagnostische Einschätzung, wie bereits ausgeführt, auch auf einer Vielzahl anderer Untersuchungsergebnisse. Inzwischen stellt das Corpus - Cavernosum - EMG in einigen Zentren mit computergestützten Auswertungssystemen die Untersuchungsmethode der ersten Wahl dar, da sie weniger invasiv und unabhängiger von den Untersuchungsbedingungen sei (Stief C G, Gorek M, Kellner B 1997). Sie stand zum Zeitpunkt der beschriebenen Untersuchung jedoch nicht zur Verfügung.

Trotz nicht pathologischer Farbduplexbefunde wurde eine organische Ätiologie bei der älteren Patientengruppe in weiteren 19.4% der Fälle, bei der jüngeren in 19.9% angenommen. Diese diagnostische Einschätzung beruhte auf einer Vielzahl sehr individueller Risikofaktoren (Medikamente, andere Grunderkrankungen, Hormonspiegel) die aus urologischer Sicht in Addition der Faktoren eine organische Mitbeteiligung nahelegten. Die organische Mitbeteiligung wurde im älteren Patientenkollektiv bei 51,2% angenommen. Berücksichtigt man, daß das

Patientenkollektiv dieser Untergruppe etwas jünger war als in einer Untersuchung von Carroll (Carroll JL, Ellis D, Bagley DH 1992), und daß die organischen Faktoren im Alter zunehmen, so stützen die Ergebnisse von Carroll et al. unseren Befund. In der Studie von Carroll et al., die speziell 102 ältere sexuell gestörte Männer (zwischen 70 und 94 Jahren) untersuchte, wurde bei 66 % eine Kombination psychologischer und organischer Faktoren in Zusammenhang mit der Erektionsstörung diagnostiziert.

Die Gruppe älterer als auch jüngerer Männer mit einer Erektionsstörung wurde nochmals in zwei Untergruppen unterteilt. Bei einer Untergruppe konnten zwar somatische Befunde erhoben werden, diese allein reichten jedoch nicht aus, das Ausmaß der sexuellen Störung zu erklären.

In der zweiten Untergruppe der untersuchten erektionsgestörten Männer, nahezu die Hälfte (48.8%) der Gesamtgruppe der älteren erektionsgestörten Männer (in der jüngeren Patientengruppe 70.1%), konnte kein organischer Faktor im Rahmen der umfangreich durchgeführten Diagnostik erfaßt werden. In beiden Untergruppen ließen sich psychosoziale Faktoren nachweisen, die in der weiteren Diskussion noch differenziert betrachtet werden. Die Ergebnisse untermauern das von Hartmann (Hartmann U 1998) konzipierte Zweiachsenmodell der Erektionsstörung. In diesem Modell postuliert er auf einer jeweils unabhängigen Achse eine individuelle Ausprägung somatischer bzw. psychosozialer Faktoren, die einander nicht ausschließen, sondern sich in ihrem individuell unterschiedlichen Stellenwert in der Störungsätiologie und -aufrechterhaltung potenzieren. Für das von uns untersuchte Patientenkollektiv bedeutet das, daß auf der Achse somatischer Faktoren ein Teil der älteren Patienten durchschnittlich eine höhere Ausprägung aufweist als die jüngeren Patienten. Die Ausprägung, der von uns untersuchten psychosozialen Aspekte, ist für die ältere und junge Patientengruppe im Durchschnitt gleich stark. Psychosoziale Faktoren haben demnach sowohl für ältere als auch jüngere Patienten eine vergleichbar große Bedeutung in Zusammenhang mit der sexuellen Störung, während sich die Gruppen im Ausmaß festellbarer organopathologischer Faktoren unterscheiden.

In unserem Patientenkollektiv ließen sich verschiedene psychosoziale Faktoren nachweisen, die mit der sexuellen Störung verbunden sind: In den meisten Konzepten und theoretischen Überlegungen zur Ätiologie und Aufrechterhaltung der Erektionsstörung wird die Bedeutung der Angst diskutiert (Kaplan H 1974; Barlow DH 1986; Kockott G 1996), allerdings ohne explizit die Altersvariable zu berücksichtigen. Die vorliegende Untersuchung zeigt, daß Versagensangst und soziosexuelle Unsicherheit gerade auch in einem älteren Patientenkollektiv eine sehr bedeutende Rolle spielen und im Ausmaß zu einem jüngeren Patientenkollektiv genauso ausgeprägt sind. Auch wenn diese Untersuchung die Frage, inwieweit diese Ängste auch denselben ätiologischen Anteil wie bei jüngeren Patienten haben, offen läßt, so läßt sich doch vermuten, daß diese Ängste bzw. die Angst, eine von sich selbst erwartete Leistung nicht vollbringen zu können, als Endstrecke einer multifaktoriellen Ätiologie, wie sie Kockott (Kockott G 1993) postuliert, die Störung bei dem größten Teil der älteren und jüngeren Patienten zumindest mit aufrechterhält. Bei einem Teil des älteren Patientenkollektivs kommen, wie bereits weiter oben erläutert, im Rahmen einer multifaktoriellen Bedingtheit die organischen Faktoren hinzu, die bei der jüngeren Patientengruppe eine untergeordnete Rolle spielen. In Anlehnung an das Vulnerabilitäts - Stress - Modell psychischer Störungen läßt sich der organische Befund als Vulnerabilitätsfaktor deuten, der eher das ältere Patientenkollektiv auszeichnet. Inwieweit eine als pathologisch wahrgenommene, mit zunehmendem Lebensalter veränderte Sexualphysiologie einen zusätzlichen Vulnerabilitätsfaktor für die Ausbildung von Versagensangst darstellt, ist bisher unbekannt. Weiterführende Untersuchungen, die das Wissen über die sich verändernde Sexualphysiologie und die aus falschen Vorstellungen über diese Veränderungen resultierenden sexuellen Mythen berücksichtigen sollten, könnten hierüber Aufschluß geben. In dieser Untersuchung weist zumindest die Bedeutung, die ältere sexuell gestörte Männer einer störungsfreien Sexualität und sexuellen Reaktions- und Leistungsfähigkeit für das Wohlbefinden und für ihr Selbstbild zuschreiben, auf übersteigerte Leistungsanforderungen im sexuellen Bereich hin. Wie anfällig und beeinflussbar die sexuelle Reaktion, vor allem die Erektionsfähigkeit, bei negativer Rückmeldung mit Kritik an der sexuellen Leistungsfähigkeit bereits bei gesunden jungen Probanden ist, zeigten experimentelle Untersuchungen (Weisberg RB, Brown TA, Wincze JP, Barlow DH 2001), die später in einem anderen Kontext näher erörtert werden.

Betrachtet man die Ergebnisse dieser Untersuchung im Zusammenhang mit den Barlow'schen (Barlow DH 1986) Ergebnissen experimenteller Untersuchungen zu Angst und Kognition, so wurden in dieser Untersuchung neben der expliziten Frage nach Angst, im nächsten sexuellen Kontakt zu versagen, auch soziale und sexuelle Unsicherheit mit erfaßt. Neben der Emotion Angst bildet das Konstrukt der soziosexuellen Unsicherheit Kognitionen ab, die vermutlich als ablenkende leistungsbezogene Gedanken mit der sexuellen Erregung interferieren. Die Unsicherheit, ständig etwas Falsches zu tun oder zu sagen, kann das allgemeine Angstniveau erhöhen und einen negativen Selbstverstärkungsmechanismus unterhalten. Wie dominierend diese negativen Kognitionen und Insuffizienzgefühle sind, zeigt sich auch in der Auswertung der Fragebögen zum Alltagsleben. Denn hier weisen unsere Ergebnisse darauf hin, daß die sexuelle Störung auch in anderen Bereichen als sehr beeinträchtigend erlebt wird., Mit der sexuellen Störung ist also eine kognitive Einengung verbunden. Das betrifft sowohl das ältere als auch das jüngeren Patientenkollektiv gleichermaßen. Alle aus der klinischen Erfahrung hergeleiteten therapeutischen Ansätze (Kaplan H 1974; Arentewicz G, Schmidt G. 1993) berücksichtigen implizit diese Annahme, in dem sie versuchen, die Abfolge negativer Erfahrungen und Kognitionen zu durchbrechen.

In dem Aspekt von alltagsrelevanter Beeinträchtigung und von Insuffizienzgefühlen in unseren Studienergebnissen spiegeln sich auch Ergebnisse, die eine höhere Depressivität (Brähler E, Unger U 1994) und ein mit der sexuellen Störung verbundenes, beeinflusstes Gesundheitsempfinden (Brähler U, Kupfer J 1993) durch die sexuelle Störung nahelegen, wider. Der Fragebogen zu "Sexualität und Alltag" beinhaltet z.B. Items, die einen sozialen Rückzug, allgemeine Vitalitätsgefühle und Selbstwertaspekte erfassen, und damit auch in engem Bezug zu Fragebögen stehen, die Depressivität operationalisieren.

In der dargestellten Untersuchung stand die Zufriedenheit mit der Partnerschaft weder im alten noch im jungen Patientenkollektiv in Abhängigkeit zur sexuellen Störung. Der prozentuale Anteil von Männern, die ihre Partnerbeziehung als positiv einschätzen (83.1% der Patientengruppe) deckt sich mit einer Untersuchung erektionsgestörter Männer von Hartmann (Hartmann U 1998). In der Studie von Hartmann schätzten 79% ihre Partnerschaft als insgesamt gut ein, 74% waren der

Ansicht, daß es außerhalb der Sexualität keine ernsthaften Probleme gebe. Auch in der Studie von Hartmann ließen sich keine Unterschiede in der Einschätzung der Partnerbeziehung zu einer Kontrollgruppe finden. Kritisch anzumerken ist, ob die grundsätzliche, übergreifende Frage nach der Güte der Partnerschaft, die tägliche Interaktion mit dem Partner und partnerschaftliche Probleme im sexuellen Bereich erfaßt. Das Ausmaß soziosexueller Unsicherheit sowie die Schwierigkeit, die untersuchten Männer zu motivieren, ihre Partnerinnen mit in die Sprechstunde zu bringen, deuten auf Kommunikationsprobleme hin. Auf Grund unserer Ergebnisse ließ sich kein Kausalzusammenhang zwischen partnerschaftlicher Kommunikation und sexueller Störung herstellen. Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen sexueller Zufriedenheit und Zufriedenheit mit der Partnerschaft zeigten Ergebnisse einer Studie von Edwards und Booth (Edwards JN, Booth A 1994). In der von ihnen durchgeführten Längsschnittuntersuchung konnte ein Zusammenhang zwischen Stabilität der Partnerschaft und sexueller Zufriedenheit aufgezeigt werden.

Untersuchungen von Güte der Partnerschaft und Alter kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während ältere Studien mit zunehmender Dauer eine verminderte Zufriedenheit mit der Partnerschaft postulierten (Pineo PC), zeigten neuere Studien, daß die Zufriedenheit mit der Partnerschaft über die Lebensspanne in einer U-förmigen Beziehung steht und im Alter auf Grund größerer Freiheiten und finanzieller Unabhängigkeit eher wieder zunimmt (Anderson SA, Rusell CS, Schumen L 1983). Schiavi (Schiavi R 1999) betont, daß die Altersvariable im Gesamtkontext der Lebenssituation gesehen werden sollte und erfolgreiche Adaptationsprozesse des älter werdenden Mannes im Bereich Sexualität durch eine Vielzahl von Variablen in der individuellen Biographie, also nicht allein nur durch die Variable Partnerschaft, mitbestimmt werden.

Die in der Literatur postulierte Persönlichkeitsmerkmale sexuell gestörter Männer, wie starke Leistungsorientiertheit und geringe Selbstsicherheit (Ansari JM 1975), konnten in unserer Untersuchung durch Fragebögen zum Attributionsstil und zu irrationalen Einstellungen nicht abgebildet werden. Die Vermutung, daß sich insuffiziente Bewältigungsstrategien und irrationale Einstellungen als auch für andere Verhaltens- und Lebensbereiche durchgängige Persönlichkeitsaspekte sexuell gestörter Männer in diesen Instrumenten abbilden lassen, ließ sich in dieser

Untersuchung nicht bestätigen. In neueren experimentellen Untersuchungen (Weisberg RB, Brown TA, Wincze JP, Barlow DH 2001) gelang es, gesunde Probanden, denen erotische Filme gezeigt wurden, durch falsche Rückmeldung über den verminderten Grad der Erektion, in ihrer subjektiven Erregbarkeit unterschiedlich zu beeinflussen, was sich nach erneuter visueller Stimulation am Grad der erektilen Antwort und subjektiven Erregung zeigte. Die Rückmeldung durch die Versuchsleiter erfolgte entweder im Sinne einer externalen instabilen Attribution (z.B. das Filmmaterial sei nicht stimulierend genug) oder einer internalen negativen Attribution (z.B. der Proband habe negative Gedanken zur Sexualität gehabt). Probanden, die Rückmeldungen im Sinne externaler, instabiler Attributionsmöglichkeit erhalten hatten, zeigten einen höheren Grad der Erregbarkeit im Folgeversuch. Bei den in der vorliegenden Untersuchung verwendeten Fragebögen handelte es sich um allgemeine, nicht mit der sexuellen Funktion verbundene Items zum Attributionsstil (z.B. "ich kann ziemlich viel, von dem was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen"). Eventuell bezieht sich der Attributionsstil sexuell gestörter Männer spezifischer auf die sexuelle Situation und nicht generell auf alle Lebensbereiche.

Ältere sexuell gestörte Männer messen, wie bereits ausgeführt, ungestörter Sexualität und sexueller Leistungsfähigkeit einen höheren Stellenwert zu als sexuell nicht gestörte Männer. Eine Kausalität, im Sinne eines stabilen Persönlichkeitsmerkmals von Leistungsbezogenheit, das zur sexuellen Störung führt, läßt sich aus unseren Ergebnissen nicht ableiten. Allerdings liegt die Vermutung nahe, daß sich gerade bei sexuell gestörten Männern, deren sexuelle Reaktionsweise durch eine im Alter veränderte Sexualphysiologie oder organische Faktoren beeinflusst ist, durch internal stabile Attribution ihrer Störung, nämlich der Vorstellung, selbst für die Störung und damit für die verminderte sexuelle Leistungsfähigkeit verantwortlich zu sein, einen Kreislauf der Versagensangst wahrscheinlich rasch festschreibt, insbesondere je stärker gewünschte, durch sexuelle Mythen geprägte Vorstellungen über sexuelle Leistungsfähigkeit und die Realität divergieren. Die Bedeutung sexuellen Versagens gewinnt somit einen viel höheren Stellenwert für das Selbstbild des Mannes als eine situationsabhängige und damit externale Attribution, bei der er das sexuelle Versagen nur den augenblicklichen Umständen weitgehend außerhalb seiner eigenen Einflußmöglichkeiten zuschreibt.

Schlußfolgerung: Versagensangst und soziosexuelle Unsicherheit stellten sich in der vorliegenden Untersuchung unabhängig vom Alter als sehr bedeutsame Faktoren in der Aufrechterhaltung der multifaktoriell bedingten Erektionsstörung heraus. Nahezu immer spielen psychische Faktoren eine wesentliche Rolle im Bedingungsgefüge der sexuellen Störung, auch wenn sich im älteren Patientenkollektiv häufiger körperliche Teilursachen nachweisen lassen. Wie positiv für die sexuelle Funktionsfähigkeit allein schon eine intensive Sexualberatung auch bei Vorliegen organischer Befunde sein kann, zeigte eine Untersuchung (Buvat J, Dehaene, L Lemaire A, Buvat-Herbaut M 1983) an sexuell gestörten Männern mit peripherer arterieller Verschußkrankheit. Die Dichotomie, organisch versus psychogen, mit entsprechender einseitiger Therapiekonsequenz sollte vor dem Hintergrund dieser und anderer Untersuchungsergebnisse aufgegeben werden, und einem individuell integrativem psychosomatisch orientierten Therapieansatz, gerade bei älteren Paaren folgen. Die Abklärung organischer Faktoren und deren, falls möglich, suffiziente Behandlung ist nur eine notwendige Voraussetzung für ein erfolgreiches therapeutisches Gesamtkonzept, in dem psychosoziale Faktoren, sei es nur in einer Beratung oder in einer gezielten Sexualtherapie, in gleicher Weise berücksichtigt werden müssen. Die Untersuchung weist deutlich daraufhin, daß das aktuelle Sexualverhalten des sexuell gestörten, ratsuchenden älteren Mannes durch Versagensangst und soziosexuelle Unsicherheit geprägt ist. Neben der Anwendung somatischer Therapieverfahren, sind Beratung über Sexualphysiologie, Abbau von Angst und Aufbau von Vertrauen bedeutsame Elemente (Kockott G, Fahrner EM 2000, 69-70) die in einer Therapieplanung berücksichtigt werden sollten. Unter dem kommunikativen Aspekt von Sexualität und der Sichtweise gestörter Sexualfunktion als "Paar – Störung" ist es selbstredend, daß in einem integrativen Konzept die Partnerin mit einbezogen werden muß. Das erleichtert bei älteren Paaren insbesondere den Partnern die Akzeptanz somatischer Therapieverfahren. Sexualtherapie bei älteren Paaren kann sich im wesentlichen an vorliegenden Therapiemanualen (Kockott G, Fahrner EM 2000), der Fortentwicklung der von Masters und Johnson sowie Kaplan (Masters WH, Johnson VE 1973; Kaplan H 1974) entwickelten Therapiekonzepte, orientieren und somatische

Therapiemöglichkeiten mit einbeziehen, denn nur so kann sie der individuellen Behandlung der Erektionsstörung des älteren Mannes gerecht werden.

7 ZUSAMMENFASSUNG

In den letzten Jahren haben sich die Erkenntnisse über pathophysiologische Grundlagen der Erektionsstörung vertieft. Die Entwicklung neuer somatischer Therapieverfahren auf der Basis dieses Wissens führte dazu, daß psychosoziale Aspekte sexueller Störungen bei älteren Patienten immer weniger berücksichtigt und zunehmend als unwichtig angesehen werden. Die klinische Erfahrung im Rahmen des psychiatrischen Liaison-Dienstes in einer Spezialsprechstunde für sexuelle Störungen der urologischen Poliklinik der Technischen Universität München ergab deutliche Hinweise darauf, daß psychologische Faktoren auch bei einer älteren Patientengruppe entscheidend an der Aufrechterhaltung sexueller Störungen beteiligt sind. In der beschriebenen Studie wurden einige dieser vermuteten Faktoren systematisch untersucht.

Mit der Frage, in welchen psychosozialen Aspekten neben organischen Faktoren ältere Patienten mit Erektionsstörungen sich von jüngeren Patienten unterscheiden, wurden

1. Versagensangst und soziosexuelle Unsicherheit
2. Güte der Partnerschaft
3. Einfluß der sexuellen Störung auf den Alltag
4. und auf allgemeine Aspekte Lebensqualität
5. sowie Kontrollüberzeugungen und das Ausmaß irrationaler Einstellungen (letzteres als vermutete Persönlichkeitsaspekte)

operationalisiert und erfaßt.

Mittels eines semistrukturierten Interviews und eines Fragebogeninventars wurden eine ältere Patientengruppe (n = 48 älter als 50 Jahre) mit einer jüngeren Patientengruppe (n = 33) und einer altersentsprechenden Kontrollgruppe jüngerer (n = 21) und älterer nicht sexuell gestörter Männer (n = 22) einer unfallchirurgischen Station verglichen.

Ältere und jüngere Männer mit sexueller Störung unterscheiden sich durch einen signifikant höheren Grad organischer Mitbeteiligung an der Sexualstörung bei den Älteren. Versagensangst und soziosexuelle Unsicherheit waren im älteren und jüngeren Patientenkollektiv gleich stark ausgebildet; der Unterschied zur jeweiligen Kontrollgruppe war hoch signifikant. Ebenso stellte sich die Auswirkung der Störung

auf den Alltag in beiden Patientengruppen im Vergleich zur jeweiligen Kontrollgruppe als sehr bedeutsam heraus, wenn auch allgemeine Aspekte der Lebensqualität, Güte der Partnerschaft hiervon nicht berührt waren. In der Kontrollüberzeugung und dem Ausmaß irrationaler Einstellungen, als vermutetes Korrelat für Persönlichkeitsaspekte, zeigt die Untersuchung für den Vergleich der verschiedenen Gruppen keine Unterschiede. Die Bedeutung einer ungestörten sexuellen Reaktions- und Leistungsfähigkeit für das Selbstbild der älteren sexuell gestörten Männer war signifikant größer als in der altersentsprechenden Kontrollgruppe und erwies sich als genauso wichtig wie für jüngere sexuell gestörte und jüngere nicht gestörte Männer.

Zusammenfassend zeigt diese Untersuchung, daß Versagensangst und soziosexuelle Unsicherheit neben organischen Faktoren auch bei älteren Männern mit Erektionsstörungen sehr bedeutend sind, und daß bezüglich der Ausprägung dieser Ängste keine Unterschiede zu einer Gruppe jüngerer erektionsgestörter Patienten besteht. Es konnte aufgezeigt werden, daß die sexuelle Störung entscheidende Auswirkungen auf das Alltagsleben in allen Altersgruppen hat. Therapeutische Ansätze sollten auch bei älteren Patienten und ihren Partnerinnen diese psychosozialen Aspekte in einem integrativen psychosomatischen Konzept verstärkt berücksichtigen und sie bei dem Erlernen und der Vermittlung von Bewältigungsstrategien mit einbeziehen.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Amelang M, Bartussek D. *Verhaltenstheoretische Persönlichkeitskonstrukte*. In: Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung. Kohlhammer Verlag Stuttgart (1985) 2. Auflage, 384-396
- Anderson SA, Rusell CS, Schumen L. *Perceived marital quality and family cycle categories: a further analysis*. Journal of marriage and family 45 (1983) 127-139
- Ansari JM. *A Study of 65 impotent males*. British Journal of Psychiatry. 127 (1975) 337-341
- Arentewicz G, Schmidt G. (Hrsg.) *Sexuell gestörte Beziehungen*, Enke Verlag, Stuttgart, 3. Aufl. (1993)
- Barlow DH. *Causes of Sexual Dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 54 (1986) 140-148
- Beier M, Bosinski HAG, Hartmann U, Loewit K. *Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis*. Urban & Fischer Verlag, München, Jena (2001), 127-128
- Biedert, LE. *Neurogene Impotenz*. Nervenarzt 60 (1989) 661 - 669
- Brähler E, Kupfer J. *Sexuelle Aktivität im Kontext von Alter, Geschlecht und Persönlichkeitsaspekten*. Psychologische Medizin 5 (1993) 43-46
- Brähler E, Unger U. *Sexuelle Aktivität im höheren Lebensalter im Kontext von Geschlecht, Familienstand und Persönlichkeitsaspekten. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung*. Zeitschrift für Gerontologie 27 (1994) 110-115
- Bräutigam W, Clement U. *Sexualmedizin im Grundriß: eine Einführung in Klinik, Theorie und Therapie der sexuellen Konflikte und Störungen*. Thieme Verlag, Stuttgart, New York. 3. Auflage (1989) 12. 20
- Bullinger M, Kirchberger N, Steinbüchel von N. *Der Fragebogen zum Alltagsleben - ein Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität*. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 3 (1993) 121-131
- Bullinger M. *Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit*. Psychother Psychosom Med Psychol 47 (1997) 76-91
- Burnett AL. *Role of nitric acid in the physiology of erection*. Biol Reprod 52 (1995) 485-489, 485
- Buvat J, Dehaene, L Lemaire A, Buvat-Herbaut M. *Arteriell bedingte erektile Impotenz*. Sexualmedizin 12 (1983) 248-251

-
- Carroll JL, Ellis D, Bagley DH. *Impotence in the elderly - Evaluation of erectile failure in men older than seventy years of age*. Urology 309 (1992) 226-230
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Huber Verlag, Bern-Göttingen-Toronto, 1.Auflage (1991) 215-218
- Edwards JN, Booth A. *Sexuality, marriage and well-being: the middle years*. In: Sexuality across the life course. Rossi AS (Hrsg.) Chicago Press Verlag, Chicago (1994) 233-259
- Ellis A. *Reason and emotion*. In: Psychotherapy. Lyle Stuart Verlag, New York (1962) 112-119
- Fahrner, EM. *Selbstunsicherheit - Ein allgemeines Symptom bei funktionellen Sexualstörungen?* Zeitschrift für klinische Psychologie 12 (1983) 1-11
- Feldmann HA, Goldstein I, Hatzichristou G, Krane RJ, Mc Kinlay JB. *Impotence and its Medical and its Psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study*. Journal of Urology 151 (1994) 54-61
- Fitzgerald SW, Erickson SJ, Foley WD, Lipchik EO, Lawson TL. *Color doppler sonography in the evaluation of erectile dysfunction*. Am J Roentgenol 157 (1991) 331
- Freud S. *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. In: Freud S, Gesammelte Werke, Deuticke, Wien (1945) Band V, 27-145
- Freud, S. *Über die allgemeinste Erniedrigung des Liebeslebens*. In: S Freud. Gesammelte Werke. Fischer S (Hrsg.), Fischer Verlag, Frankfurt (1998) Band VIII, 198 - 207
- Hagemann JH, Stief CG. *Doppler-, Duplex- und farbkodierte Duplexuntersuchung der penilen Gefäße*. In: Erektile Dysfunktion, Diagnostik und Therapie. Stief C G, Hartmann U, Höfner K, Jonas U (Hrsg.) Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York (1997) 141-159, 144
- Hartlapp JH. Sexuelle Störungen bei inneren Erkrankungen. Psycho 24 (1998) Sonderausgabe, 73 -77
- Hartmann U. *Erektile Dysfunktion: Psychologische Aspekte in Verursachung, Diagnostik und Therapie*. Therapeutische Umschau. 55 (1998) 352-356. 354
- Hartmann U. *Psychische Belastungsfaktoren bei erektilen Dysfunktionen. Verursachungsmodelle und empirische Ergebnisse*. Urologe A 37 (1998) 487-494, 491
- Hauck EW, Schroeder-Printzen I, Weidner W. *Rationelle Diagnostik der erektilen Dysfunktion*. Urologe A. 37 (1998) 495-502

-
- Heuft G, Lohmann R, Schneider G. *Alter und Sexualität*. Gynäkologie 29 (1996) 375-381. 375
- Hirschowitz, M. *Diabetes, erectile dysfunction, and sleep related erections*. Sleep 13 (1990) 53-68
- Kahle W, Leonhardt H, Platzer W. *Taschenatlas der Anatomie, Innere Organe*. Thieme Verlag, München (1986) 5. Auflage, Band 2, S. 286
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer, D. *Selbstmanagement-Therapie*. Springer Verlag, Berlin (1996)
- Kaplan H. *The New Sex therapy*. Brunner/Mazel, New York (1974)
- Kinsey AC, Pomeroy WB., Martin CE. *Sexual behavior in the human male*. WB Saunders und Co. Verlag, Philadelphia, (1948)
- Klages U. *Fragebogen irrationaler Einstellungen*. Hogrefe Verlag, Göttingen. (1988)
- Kockott G, Pfeiffer W. *Sexual disorders in non-acute psychiatric outpatients*. Comprehensive Psychiatry 37(1996) 55-61
- Kockott G. *Die Sexualität des älteren Mannes*. In: Partnerschaft und Sexualität im höheren Lebensalter. Wiegand M H, Kockott G (Hrsg.) Springer Verlag, Wien New York (1997) 9-14
- Kockott G. *Psychogene Ursachen der erektilen Dysfunktion*. In: Impotenz. Bähren W, Altwein JE. (Hrsg.) Thieme Verlag, Stuttgart-New York (1988) 133
- Kockott G. *Sexuelle Störungen*. In: Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Störungen. J. Margraf (Hrsg.) Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York (1996) Band 2, 349-376. 352-353
- Kockott G. *Therapie von Sexualstörungen*. Sexuelle Funktionsstörungen. In: Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Möller H.-J. (Hrsg.), Enke Verlag Stuttgart (1993) 944-952
- Kockott G, Fahrner EM. *Sexualstörungen des Mannes*. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (2000) 8-11,48
- Krafft-Ebing von, R. *Psychopathia sexualis*. In: Psychopathia sexualis von Richard von Krafft-Ebing. Mit Beitrag von Georges Bataille. Bataille G. (Hrsg.), Nachdruck der Ausgabe Stuttgart von 1912, Matthes und Seitz Verlag, München (1993) 50-52
- Krampen G. *Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen*. Hogrefe Verlag, Göttingen (1988) 20
- Krane RJ, Goldstein I, Saenz de Tejada I. *Impotence*. New England Journal of Medicine 321 (1998) 1648-1659

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. *Sexual Dysfunction in the United States, Prevalence and Predictors*. JAMA 281 (1999), 537-544

Lue TF, Müller SC, Jünemann KP, Fournier GR jr, Tango EA. *Hämodynamische Veränderungen während der Erektion und funktionelle klinische Diagnostik der penilen Gefäße mittels Ultraschall und gepulstem Doppler*. Akt. Urol. 18 (1987) S. 116

Lue TF. *Evaluation of arteriogenic impotence with intracorporal injection of papaverine and the duplex ultrasound scanner*. Sem Urol 3 (1985) 43-48

Lugnier C, Komasa N. *Modulation of vascular cyclic nucleotide phosphodiesterases by cyclic GMP: Role in vasodilatation*. Eur Heart J. 14 Suppl 1(1993) 141-148, 142

Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response*. Little-Brown & Co Verlag, Boston (1966)

Masters WH, Johnson VE. *Impotenz und Anorgasmie. Zur Therapie funktioneller Sexualstörungen*. Stahlberg, Frankfurt am Main (1973) 123 - 162

National Institute of Health NIH. *Consensus development conference statement, Impotence*. Int J Impotence Res, 5 (1993) 191-199

Padma-Nathan H, Boyd SD, Cheung D. *The biochemical effect of aging, diabetes and ischaemia on corporal and tunical collagen*. Journal of urology 145 (1991) 324

Pfeiffer E, Davis DG. *Determinants of sexual behavior in middle and old age*. Journal of American Geriatrics Society 20 (1972) 151-158

Pineo PC. *Development patterns in marriage*. Family Coordinator 18 (1969) 135-140

Rentzsch W, Eitner S. *Zum Problem von Partnerschaft und Sexualität in der zweiten Lebenshälfte*. Zeitschrift für Altersforschung 34 (1979) 211-223

Rotter JB. *Generalized expectancy for internal versus external control of reinforcement*. Psychological Monographs 1 (1966) 234-245

Rowland DL, Greenleaf W, Mas M. *Penile and finger sensory thresholds in young and diabetic males*. Archives of Sexual Behavior 18 (1989) 1-12

Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Hogrefe Verlag. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1. Auflage (1996) 559-611, 569-572

Schiavi R C, Rehman J. *Sexuality and aging*. Urologic Clinics of North America 22 (1995) 711- 726

Schiavi RC. *Aging and male sexuality*. Cambridge University Press, Cambridge (1999)

Schover LR, Jensen SB. *Sexuality and chronic disease. A comprehensive approach.* Guilford Press. New York (1988)

Schwarzer J U. *Urologische Aspekte bei Erektionsstörungen.* In: Partnerschaft und Sexualität im höheren Lebensalter. Wiegand M H, Kockott G (Hrsg.) Springer Verlag, Wien New York (1997) 83-98

Seligman M, Johnston J. *A cognitive theorie of avoidance learning.* In: Contemporary approaches to conditioning and learning. McGuigan, GJ, Lumsden, B. (Hrsg.) Wiley Verlag, New York (1973) 69-100

Sigusch V. *Sexualkultur und Sexualtheorie - Veränderungen in den letzten Jahrzehnten.* Gynäkologe 29 (1996) 369

Sigusch V. *Diagnostik sexueller Störungen.* In: Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Sigusch V (Hrsg.) Thieme Verlag, Stuttgart New York (1996) 112, 115

Stief C G, Gorek M, Kellner B. *Corpus Cavernosum EMG.* In: Erektile Dysfunktion, Diagnostik und Therapie. Stief C G, Hartmann U, Höfner K, Jonas U (Hrsg.) Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York (1997) 115-136

Tiefer L. *In pursuit of the perfect penis. The medicalisation of male sexuality.* American Behavioral Scientist 29 (1986) 579-599, 581

Weissbach-Rieger A, Franke J. *Partnerbeziehung, Sexualität und Sexualverhalten bei älteren Frauen und Männern nach dem 55. Lebensjahr. III. Mitteilung: Sozialgynäkologische und sozialmedizinische Untersuchungsergebnisse.* Zeitschrift für Altersforschung 42 (1987) 211-213

Weisberg RB, Brown TA, Wincze JP, Barlow DH. *Causal attributions and male sexual arousal: the impact of attributions for abogus erectile difficulty on sexual arousal, cognitions, and affect.* J Abnorm Psychol 110 (2) (2001) 324-334

9 ANHANG

9.1 Patienteninformation

Urologische Klinik und Poliklinik und Psychiatrische Klinik und Poliklinik
der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar

Interdisziplinäre Sprechstunde für sexuelle Störungen

Sehr geehrter Patient,

Sie haben mit Ihrem Problem unsere Sprechstunde aufgesucht. Um Sie möglichst umfassend beraten zu können und um mehr über die Ursachen von sexuellen Problemen zu erfahren, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragebögen vollständig auszufüllen. Vielleicht können Sie einige Fragen nicht mit Ihrem Problem in Verbindung bringen, aus der langjährigen Erfahrung in der Beratung von Männern mit sexuellen Problemen haben wir jedoch die Erkenntnis gewonnen, daß manchmal auch andere Lebensbereiche bei sexuellen Störungen von Bedeutung sind.

Bitte füllen Sie die Fragen zügig, ohne lange darüber nachzudenken aus, wir versichern Ihnen, daß Ihre Angaben vertraulich behandelt werden und der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Vielen Dank für Ihre Mühe.



9.2 Somatische Anamnese

**Urologische Klinik und Poliklinik und
Psychiatrische Klinik und Poliklinik
der Technischen Universität München
am Klinikum rechts der Isar**

Interdisziplinäre Sprechstunde
für sexuelle Störungen

Datum: _____

Beschreibung des Problems mit eigenen Worten:

1. Somatische Anamnese:

Zum aktuellen Problem:
 Zeitpunkt des Auftretens der Störung: _____ besteht: länger als 5 Jahre
 länger als 2 Jahre
 länger als 1 Jahr
 frühere sexuelle Funktionsstörung: nein ja
 bisherige Problembewältigungsstrategien / Therapie: _____

Grad der Gliedsteife

	1 ganz schlaff	2 etwas schlaff	3 halb stief	4 stief	5 ganz stief
Koitus (beste Gliedsteife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nächtliche Erektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
morgendliche Erektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbefriedigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situationsbed. Erektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetenzstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	seit _____	Mal	
Ejakulationsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Halten Sie dabei eine Gliedsteife:		
Ejakulatio praecox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja, meistens _____		
Selbstbefriedigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mindestens bei jedem 2. Mal _____		
kann einführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seltener als jedes 2. Mal _____		
hat Ejakulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nie _____		
hat Orgasmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

Organische Risikofaktoren:

	nein	ja	seit / wann:	Therapie/Medikamente/Operationen
Hypertonus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Insult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
motorische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
sensible Ausfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
IPP / Plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Venerologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		welche: _____
auffällige Laborparameter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Menge: _____
Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		welche: _____
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Urologische Untersuchung:

	o.B.	Auffälligkeiten:
allgemeiner körperl. Befund:	<input type="checkbox"/>	
Körpergewicht / Körpergröße	<input type="checkbox"/>	
Genitalbefund:	<input type="checkbox"/>	
Penis	<input type="checkbox"/>	
Hoden	<input type="checkbox"/>	
Nebenhoden	<input type="checkbox"/>	
Leiste	<input type="checkbox"/>	
Skrotum	<input type="checkbox"/>	
Genitalhygiene	<input type="checkbox"/>	
rektaler Tastbefund	<input type="checkbox"/>	
periphere Pulse	<input type="checkbox"/>	

apparative und laborchemische Untersuchungsergebnisse

	veranläßt	o. B.	Befund
Sonographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skrotum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AUG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Farduplex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SKIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Routinelebor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BB/BSG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Triglyzeride	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urin-Status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urin-Bakteriologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hormonstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- LH, FSH,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Prolaktin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zusammenfassender Befund: (somatischer Teil)
 organisch bedingt
 v.a. organische Ätiologie
 organisch mitbedingt
 keine organische Ätiologie

Procedere / weitere Diagnostik: _____

9.3 Soziosexuelle Anamnese

2. Soziosexuelle Anamnese:

Partnerschaft und Familie:		Wohnung:		gemeinsam getrennt		Alter der Partnerin:	
Familienstand:	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> selbst wohnen <input type="checkbox"/> bei Eltern <input type="checkbox"/>	kennen Sie Ihre Partnerin: <input type="checkbox"/>		Sprechstunde: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		
	getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/>	leben Sie zusammen: <input type="checkbox"/>		Sprechstunde: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
	vorhergehende Partnerschaften: <input type="checkbox"/>	Kinder: <input type="checkbox"/>		Sprechstunde: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

sexuelle Außenbeziehungen:

Verlauf der Beziehung:

1. Wie sehr belastet die Störung Ihre Partnerschaft:

gar nicht	<input type="checkbox"/>
gering	<input type="checkbox"/>
mittel	<input type="checkbox"/>
stark	<input type="checkbox"/>

2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Partnerschaft:

sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>
eher zufrieden	<input type="checkbox"/>
unzufrieden	<input type="checkbox"/>

3. Wie angenehm oder befriedigend haben Sie das letzte sexuelle Zusammensein erlebt:

sehr befriedigend	<input type="checkbox"/>
recht befriedigend	<input type="checkbox"/>
mittel	<input type="checkbox"/>
weniger befriedigend	<input type="checkbox"/>
unbefriedigend	<input type="checkbox"/>

4. Wie würden Sie die sexuelle Zufriedenheit in den vergangenen zwei Wochen einschätzen:

sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>
unzufrieden	<input type="checkbox"/>
mittel	<input type="checkbox"/>
eher zufrieden	<input type="checkbox"/>
sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>

5. Wie wichtig ist Ihnen, daß in der Sexualität alles funktioniert:

sehr wichtig	<input type="checkbox"/>
wichtig	<input type="checkbox"/>
weniger wichtig	<input type="checkbox"/>
unwichtig	<input type="checkbox"/>

6. Wie groß ist Ihre Befürchtung, es könnte auch das nächste Mal nicht klappen:

sehr groß	<input type="checkbox"/>
groß	<input type="checkbox"/>
weniger groß	<input type="checkbox"/>
gering	<input type="checkbox"/>

Worauf führen Sie die derzeitigen Probleme zurück:

Reaktion der Partnerin auf das Problem:	<input type="checkbox"/> enttäuscht <input type="checkbox"/> hilflos <input type="checkbox"/> vorwurfsvoll <input type="checkbox"/> fordernd	<input type="checkbox"/> kooperativ <input type="checkbox"/> einfühlend <input type="checkbox"/> verständnisvoll <input type="checkbox"/> fordernd	weiß die Partnerin vom Besuch der Sprechstunde: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Vorstellungen von Sexualität, angenehme Sexualpraktiken, vermutete Einstellung der Partnerin, Wünsche, Bedürfnisse:			
Erleben des letzten sexueller Kontakts:			
Welche Gedanken und Gefühle sind für Sie mit der sexuellen Störung verbunden:			

berufliche/soziale Situation: ja nein Beruf: berufliche Belastung: stark mittel gering

berufstätig: O

finanzielle Probleme: O

geplante / stattgehabte Veränderungen: O

berufliche Situation der Partnerin: _____

sonstige Veränderungen, belastende Ereignisse: _____

Lebenszufriedenheit:

	1	2	3	4	5
	unzufrieden	weniger zufrieden	mittel	zufrieden	sehr zufrieden
1. beruflich	<input type="checkbox"/>				
2. mit dem im Leben erreichten	<input type="checkbox"/>				
3. mit den sozialen Kontakten	<input type="checkbox"/>				
4. mit dem Lebensstandard	<input type="checkbox"/>				
5. mit den selbstgesteckten Zielen	<input type="checkbox"/>				

Ziele/Vorstellungen/ Wünsche bzgl. weiterer Lebensplanung: _____

Zusammenfassender Befund: (psychischer Teil)

psychogene Aetiologie
 V.a. psychogene Aetiologie
 psychisch mildernd
 keine psychogene Aetiologie

Zusammenfassender Befund:

Therapievorschlagn indiziert Bemerkungen:

Medikamente	<input type="checkbox"/>	
Vakuumreaktion	<input type="checkbox"/>	
Ring	<input type="checkbox"/>	
SKAT	<input type="checkbox"/>	
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	Therapiemotivation: Kooperation mit Partnerin:
Wiedervorstellung:	<input type="checkbox"/>	Termin:

9.4 Aufklärung der Kontrollpersonen, Abfrage von Ausschlußkriterien der Kontrollgruppe

**Urologische Klinik und Poliklinik
Psychiatrische Klinik und Poliklinik
der Technischen Universität München
am Klinikum rechts der Isar**

Im Rahmen einer interdisziplinären Studie untersuchen wir die Häufigkeit und Entstehungsbedingungen sexueller Störungen bei Männern in verschiedenen Lebensalter. Die Studie hat zum Ziel therapeutische Möglichkeiten anbieten zu können, um diese Störungen gut zu behandeln.

Aus diesem Grund bitten wir Sie, folgenden Fragebogen auszufüllen, sie können den Fragebogen anonym beantworten, alle Angaben dienen allein wissenschaftlichen Zwecken und werden mit äußerster Vertraulichkeit behandelt.

Wir danken für Ihre Mithilfe.

Fragebogennummer: _____ Geburtsjahr: 19 ____

berufliche/soziale Situation:

berufstätig:	ja	nein	berufliche Belastung:	<input type="radio"/> stark
finanzielle Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/> mittel
Beruf:	Partnerin berufstätig:			<input type="radio"/> gering
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/> ja

Gab es in der letzten Zeit starke Veränderungen im privaten oder beruflichen Bereich oder sind solche geplant ja nein
wenn ja, welche?

Lebenszufriedenheit:

Wie zufrieden sind Sie:	1	2	3	4	5
	un-	weniger	mittel	zufrieden	sehr
	zufrieden	zufrieden			zufrieden
1. beruflich	<input type="radio"/>				
2. mit dem im Leben erreichten	<input type="radio"/>				
3. mit den sozialen Kontakten	<input type="radio"/>				
4. mit dem Lebensstandard	<input type="radio"/>				
5. mit den selbstgesteckten Zielen	<input type="radio"/>				

Ziele/Vorstellungen/Wünsche bzgl. weiterer Lebensplanung:

Partnerschaft, Familie und Sexualität:

Familienstand:	ledig <input type="radio"/>	Wohnung: <input type="radio"/>	gemeinsam <input type="radio"/>	getrennt <input type="radio"/>	Alter der Partnerin: _____
	verheiratet <input type="radio"/>				
	getrennt <input type="radio"/>	seit wann: _____	kennen Sie Ihre Partnerin: _____		
	geschieden <input type="radio"/>		leben Sie zusammen: _____		
	verwitwet <input type="radio"/>		sind Sie verheiratet: _____		
	<input type="radio"/>	Kinder <input type="radio"/>	Anzahl: _____		

2. Wie würden Sie die sexuelle Zufriedenheit in den vergangenen zwei Wochen einschätzen

sehr zufrieden	<input type="radio"/>	sehr zufrieden	<input type="radio"/>
zufrieden	<input type="radio"/>	mittel	<input type="radio"/>
eher unzufrieden	<input type="radio"/>	eher zufrieden	<input type="radio"/>
unzufrieden	<input type="radio"/>	unzufrieden	<input type="radio"/>
		sehr unzufrieden	<input type="radio"/>

3. Wie wichtig ist Ihnen, daß in der Sexualität alles funktioniert:

sehr wichtig	<input type="radio"/>	sehr befriedigend	<input type="radio"/>
wichtig	<input type="radio"/>	recht befriedigend	<input type="radio"/>
weniger wichtig	<input type="radio"/>	mittel	<input type="radio"/>
unwichtig	<input type="radio"/>	weniger befriedigend	<input type="radio"/>
		unbefriedigend	<input type="radio"/>

4. Wie angenehm oder befriedigend haben Sie das letzte sexuelle Zusammensein erlebt

sehr befriedigend	<input type="radio"/>
recht befriedigend	<input type="radio"/>
mittel	<input type="radio"/>
weniger befriedigend	<input type="radio"/>
unbefriedigend	<input type="radio"/>

Leiden Sie an einer der folgenden sexuellen Störungen:

Störungen der Gliedsteife:	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
vorzeitiger Samenerguß:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

wenn ja, welche:

Raum für Kommentare/Anmerkungen:

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:				
	nein	ja	seit / wann:	Therapie/Medikamente/Operationen
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Bandscheibenvorfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Rauchen Sie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Menge:
Trinken Sie Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Menge:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Welche:
Haben Sie andere körperliche oder psychische Erkrankungen?				

Auf den folgenden Seiten finden Sie einige Fragebögen, die sich auf Partnerschaft, Sexualität und Einstellung in anderen Lebensbereichen beziehen, bitte füllen Sie möglichst **jede Frage zügig** und **ohne lange nachzudenken** aus.

9.5 Fragebogen "Soziosexuelle Unsicherheit" FUSS – M

FUSS - M

Die Feststellungen in diesem ersten Fragebogen beziehen sich auf Ihren privaten Kontakt mit Frauen. Versuchen Sie, sich die betreffende Situation so anschaulich als möglich vorzustellen. Beurteilen Sie, wie Sie sich selbst in dieser konkreten Situation fühlen und wie Sie reagieren. Falls Sie einige Situationen noch nicht erlebt haben, stellen Sie sich vor, wie Sie sich fühlen würden und wie Sie reagieren würden.

Neben jeder Feststellung sind sechs Antwortmöglichkeiten angegeben. Diese reichen von

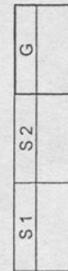
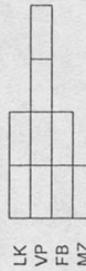
0: „stimmt gar nicht“ (trifft nicht zu)
 bis 5: „stimmt vollkommen“ (trifft fast immer zu)

Die Zahlen 1, 2, 3, 4, geben Ihnen Möglichkeiten die Antwort abzustufen.

Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den vielleicht den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich gilt.

	stimmt gar nicht						stimmt vollkommen					
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1. Ich traue mich nicht, mit einer Frau zärtlich zu sein selbst wenn ich es möchte												
2. Wenn ich mit einer Frau zusammen bin, habe ich ständig das Gefühl, ich könnte etwas Falsches tun oder sagen												
3. Im allgemeinen habe ich Angst vor Kontakten mit Frauen												
4. Ich finde nicht die richtigen Worte, wenn ich einer Frau etwas Nettes sagen möchte												
5. In Gegenwart von fremden Frauen habe ich Angst, lächerlich zu wirken												
6. Wenn ich von einer attraktiven Frau angesprochen werde, fühle ich mich unsicher												
7. Wenn ich mit einer Frau zusammen bin, habe ich den Eindruck alles falsch zu machen												
8. Im Gespräch mit einer Frau habe ich ständig Angst etwas Falsches zu sagen												
9. Eine Pause im Gespräch mit einer Frau verunsichert mich stark												
10. Gegenüber Frauen habe ich häufig Angst, zu versagen oder mich zu blamieren												
11. Generell kann ich einer Frau meine Gefühle zu ihr gut zeigen												

	stimmt gar nicht						stimmt vollkommen					
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1. Ich kann meiner Partnerin die Körperstellen zeigen, an denen ich sexuell ansprechbar bin												
2. Im Sexuellen kenne ich mich im großen und ganzen gut aus												
3. Ich zeige meiner Partnerin, wie ich gerne gestreichelt werden möchte												
4. Ich kann meiner Partnerin nicht zeigen, wenn ich Interesse an Sex habe												
5. Ich weiß nicht, was ich tun soll, wenn meine Partnerin keinen Orgasmus bekommt												
6. Ich weiß nicht, wie ich einer Frau sagen soll, daß ich Lust habe mit ihr zu schlafen												
7. Auch wenn ich meine Partnerin bereits länger kenne, bedeutet es für mich jedesmal eine Überwindung, ihr zu sagen, daß ich mit ihr schlafen möchte												
8. Wenn ich beim Geschlechtsverkehr eine andere Stellung haben möchte, sage oder zeige ich das meistens nicht												
9. Im großen und ganzen kann ich meine sexuellen Wünsche und Bedürfnisse gut ausdrücken												
10. Bei sexuellen Kontakten fühle ich mich frei und ungezwungen												
11. Sexuelle Hemmungen kenne ich nicht												



9.6 Fragebogen zum sexuellen Wohlbefinden "LF" und "Gründe für sexuelle Probleme"

LF

Im folgenden geht es um die Frage, wie wichtig verschiedene Aspekte des sexuellen Wohlbefindens für Sie sind.

Wie wichtig ist Ihnen...

	nicht wichtig					sehr wichtig				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. eigene erotische Anziehungskraft	0	1	2	3	4	5				
2. eigenes körperliches Erscheinungsbild	0	1	2	3	4	5				
3. eigene sexuelle Leistungsfähigkeit	0	1	2	3	4	5				
4. eigene männliche Ausstrahlung	0	1	2	3	4	5				
5. eigene Empfindlichkeit für sexuelle Reize	0	1	2	3	4	5				
6. große Häufigkeit und Qualität des Geschlechtsverkehrs	0	1	2	3	4	5				
7. eigene Kontrolle über die Gliedsteife	0	1	2	3	4	5				
8. Häufigkeit des Orgasmus	0	1	2	3	4	5				
9. eigene sexuelle Potenz	0	1	2	3	4	5				
10. eigene körperliche Leistungsfähigkeit im Alltag	0	1	2	3	4	5				
11. eigenes Sexualleben insgesamt	0	1	2	3	4	5				
12. eigene Attraktivität	0	1	2	3	4	5				

GS

Gründe für sexuelle Probleme

Was sind Ihrer Meinung nach Gründe für Ihre derzeitigen sexuellen Probleme? Bitte kreuzen Sie an, wie sehr jede der folgenden Aussagen auf Sie zutrifft.

	stimmt gar nicht					stimmt vollkommen				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Weil mir körperlich etwas nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4	5				
2. Weil ich mich vor zuviel Nähe fürchte	0	1	2	3	4	5				
3. Weil es mit zunehmendem Alter sexuell nicht mehr so geht	0	1	2	3	4	5				
4. Wegen hormoneller Störungen	0	1	2	3	4	5				
5. Weil ich nicht abschalten kann	0	1	2	3	4	5				
6. Weil es mir seelisch nicht so gut geht	0	1	2	3	4	5				
7. Weil mir Sex jetzt nicht mehr so wichtig ist	0	1	2	3	4	5				
8. Weil ich zuviel Streß und Hektik habe	0	1	2	3	4	5				
9. Weil ich unter Druck stehe, im Bett alles richtig zu machen	0	1	2	3	4	5				
10. Weil es in unserer Beziehung kriselt	0	1	2	3	4	5				
11. Weil ich befürchte, im Bett zu versagen	0	1	2	3	4	5				
12. Weil ich beruflich angespannt bin	0	1	2	3	4	5				
13. Weil ich mich sexuell unter Leistungsdruck setze	0	1	2	3	4	5				
14. Weil meine Partnerin mich sexuell nicht so erregt	0	1	2	3	4	5				
15. Weil ich mich nicht genug bemühe	0	1	2	3	4	5				
16. Weil ich mich unter Erfolgszwang fühle	0	1	2	3	4	5				
17. Weil meine Partnerin mich sexuell überfordert	0	1	2	3	4	5				
18. Weil ich immer daran denken muß, daß es auch diesmal nicht klappen wird	0	1	2	3	4	5				
19. Weil ich Sexualität nicht (mehr) entspannt und genußvoll erleben kann	0	1	2	3	4	5				
20. Weil ich mich krank fühle	0	1	2	3	4	5				
21. Was ist der wichtigste Grund? (bitte eine der obigen Nummern angeben)										

9.7 Fragebogen "Sexualität und Alltag"

Sexualität und Alltag

Wie oft in den vergangenen 4 Wochen...

	selten				fast immer				
	0	1	2	3	4	5	3	4	5
1. haben Sie sich fit und vital gefühlt	0	1	2	3	4	5			
2. haben Sie sich als „ganzer Mann“ gefühlt	0	1	2	3	4	5			
3. haben Sie sich sexual unter Leistungsdruck gefühlt	0	1	2	3	4	5			
4. waren Sie niedergeschlagen, weil es in der körperlichen Liebe nicht so klappte	0	1	2	3	4	5			
5. haben sie sich im sexuellen Kontakt unsicher gefühlt	0	1	2	3	4	5			
6. hatten Sie das Gefühl ein guter Liebhaber zu sein	0	1	2	3	4	5			
7. konnten sie sich selbst gut leiden	0	1	2	3	4	5			
8. hatten Sie Angst im sexuellen Kontakt zu versagen	0	1	2	3	4	5			
9. haben Sie Sexualität mit Ihrer Partnerin vermieden	0	1	2	3	4	5			
10. haben sie versucht sexuelle Themen im Gespräch mit Freunden zu vermeiden	0	1	2	3	4	5			
11. haben sie sich mit Ihrer Partnerin über Sexualität ausgesprochen	0	1	2	3	4	5			
12. fanden Sie das intime Zusammensein mit Ihrer Partnerin schön	0	1	2	3	4	5			
13. haben Sie sich in der Liebe potent gefühlt	0	1	2	3	4	5			
14. mochten Sie Ihren Körper	0	1	2	3	4	5			
15. haben Sie an Ihrer Männlichkeit gezweifelt	0	1	2	3	4	5			
16. haben sie sich schlapp und verbraucht gefühlt	0	1	2	3	4	5			
17. waren Sie wütend, weil Sie Ihren Körper in der Liebe nicht unter Kontrolle halten	0	1	2	3	4	5			
18. empfanden Sie Ihre Partnerin als einfühlsam und unterstützend	0	1	2	3	4	5			
19. konnten Sie sich so akzeptieren, wie Sie sind	0	1	2	3	4	5			
20. kreisten Ihre Gedanken um sexuelle Probleme	0	1	2	3	4	5			

Wie oft in den vergangenen 4 Wochen...

	selten				fast immer				
	0	1	2	3	4	5	3	4	5
1. waren Sie sexual enttäuscht	0	1	2	3	4	5			
2. hatten Sie das Gefühl, daß Ihr Penis Ihnen nicht gehorcht	0	1	2	3	4	5			
3. fühlen Sie sich von Ihrer Partnerin sexual bedrängt	0	1	2	3	4	5			
4. fühlen sie sich bei sexuellen Schwierigkeiten von Ihrer Partnerin verstanden	0	1	2	3	4	5			
5. fanden Sie Ihre Partnerin sexual anziehend	0	1	2	3	4	5			
6. hat Ihre Partnerin Ihnen wegen Ihrer sexuellen Probleme Vorwürfe gemacht	0	1	2	3	4	5			
7. hatten Sie wegen der sexuellen Probleme Schwierigkeiten, sich im Alltag und im Beruf zu konzentrieren	0	1	2	3	4	5			
8. haben sich die sexuellen Probleme im Umgang mit Ihren Mitmenschen negativ ausgewirkt	0	1	2	3	4	5			
9. haben Sie andere Männer um Ihre Potenz beneidet	0	1	2	3	4	5			
10. waren Sie wegen Ihrer sexuellen Probleme verzweifelt	0	1	2	3	4	5			
11. fühlen Sie sich von nahestehenden Menschen mit Ihren sexuellen Problemen allein gelassen	0	1	2	3	4	5			
12. haben Sie sich von anderen Menschen zurückgezogen	0	1	2	3	4	5			

GS

9.8 IPC Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen

Bitte hier nichts ausfüllen!

Auswertung

	I-Skala	P-Skala	C-Skala
Σ_1			x
Σ_2			
Summe (Rohwert)			
Stanino-Wert			
Z-Wert			
T-Wert			
PR			

Verbale Klassifikation

I-Skala: _____

P-Skala: _____

C-Skala: _____

Copyright by Verlag für Psychologie - Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen
Nachdruck und Vervielfältigungen jeglicher Art, auch die Speicherung auf Datenträgern sowie die Wiedergabe durch optische oder akustische Medien, verboten.

IPC-Fragebogen

G. Krampen

Name: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Schulabschluss: _____

Beruf: _____

Anleitung

Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Kreuzen Sie bitte jeweils das Kästchen an, das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Hier ein Beispiel für die Beantwortung der Aussagen:

„Ich bin ein lebhafter Mensch.“ [---][--][-][+][++][+++]

Ist diese Aussage für Sie sehr falsch, durchkreuzen Sie bitte [---]

Ist diese Aussage für Sie falsch, durchkreuzen Sie bitte [--]

Ist diese Aussage für Sie eher falsch, durchkreuzen Sie bitte [-]

Ist diese Aussage für Sie eher richtig, durchkreuzen Sie bitte [+]

Ist diese Aussage für Sie richtig, durchkreuzen Sie bitte [++]

Ist diese Aussage für Sie sehr richtig, durchkreuzen Sie bitte [+++]

Bitte bearbeiten Sie alle Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Gröbeln Sie nicht an einzelnen Sätzen herum, sondern bearbeiten Sie den Fragebogen zügig.

Diese Aussage ist:	sehr falsch	sehr richtig
1. Es hängt hauptsächlich von mir und von meinen Fähigkeiten ab, ob ich in einer Gruppe eine Führungsposition innehave oder nicht.	[---][--][-][+][++][+++]	
2. Zufällige Geschehnisse bestimmen zum großen Teil mein Leben.	[---][--][-][+][++][+++]	
3. Ich habe das Gefühl, daß das meiste, was in meinem Leben passiert, von anderen Leuten abhängt.	[---][--][-][+][++][+++]	
4. Ob ich mit dem Auto einen Unfall habe oder nicht, hängt vor allem von meinem fahrerischen Können ab.	[---][--][-][+][++][+++]	
5. Wenn ich Pläne schmiede, bin ich sicher, daß das Geplante auch Wirklichkeit wird.	[---][--][-][+][++][+++]	
6. Ich habe oft einfach keine Möglichkeiten, mich vor Pech zu schützen.	[---][--][-][+][++][+++]	
7. Wenn ich bekomme, was ich will, so geschieht das meistens durch Glück.	[---][--][-][+][++][+++]	
8. Obwohl ich dazu fähig bin, bekomme ich nur selten Führungsaufgaben übertragen.	[---][--][-][+][++][+++]	
9. Die Zahl meiner Freunde hängt vor allem von mir und meinem Verhalten ab.	[---][--][-][+][++][+++]	
10. Ich habe schon oft festgestellt, daß das, was passieren soll, auch eintritt.	[---][--][-][+][++][+++]	
11. Mein Leben wird hauptsächlich von mächtigeren Leuten kontrolliert.	[---][--][-][+][++][+++]	
12. Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache.	[---][--][-][+][++][+++]	

Σ_1 I_1 P_1 C_1

Diese Aussage ist:	sehr falsch	sehr richtig
13. Menschen wie ich haben nur geringe Möglichkeiten, ihre Interessen gegen andere durchzusetzen.	[---][--][-][+][++][+++]	
14. Es ist für mich nicht gut, weit im voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt.	[---][--][-][+][++][+++]	
15. Um das zu bekommen, was ich gerne hätte, muß ich zu anderen freundlich sein.	[---][--][-][+][++][+++]	
16. Ob ich Gruppenleiter werde oder nicht, hängt vor allem davon ab, daß ich zur rechten Zeit an der richtigen Stelle bin.	[---][--][-][+][++][+++]	
17. Ich würde bestimmt nicht viele Freunde finden, wenn mich wichtige Leute nicht sympathisch finden würden.	[---][--][-][+][++][+++]	
18. Ich kann ziemlich viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.	[---][--][-][+][++][+++]	
19. Gewöhnlich kann ich meine eigenen Interessen selbst vertreten.	[---][--][-][+][++][+++]	
20. Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, hängt vor allem von den anderen Autofahrern ab.	[---][--][-][+][++][+++]	
21. Wann ich bekomme, was ich will, so ist das meistens das Ergebnis harter Arbeit.	[---][--][-][+][++][+++]	
22. Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen auch nach den Wünschen wichtiger Leute.	[---][--][-][+][++][+++]	
23. Mein Leben wird von meinem Verhalten bestimmt.	[---][--][-][+][++][+++]	
24. Es ist eine Frage des Schicksals, ob ich wenige oder viele Freunde habe.	[---][--][-][+][++][+++]	

Σ_2 I_2 P_2 C_2

Überprüfen Sie bitte, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

9.9 FIE Fragebogen zu irrationalen Einstellungen

FIE

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____
 Schulabschluss: _____ Beruf: _____
 Institution: _____ Datum: _____

Anleitung: Im folgenden finden Sie 30 Aussagen zum persönlichen Selbstbild. Bitte kreuzen Sie an, wie gut die aufgeführten Gedanken, Verhaltensweisen oder Gefühle auf Sie zutreffen. Sie können alle Zahlen wählen zwischen:
 0 = stimmt gar nicht — und
 5 = stimmt vollkommen.

Dabei arbeiten Sie bitte möglichst zügig, ohne lange zu überlegen. Denn der erste Einfall gibt am besten die Meinung wieder. Achten Sie darauf, daß Sie keine Frage auslassen.

1. Ich beklage mich oft über unangenehme Aufgaben, die getan werden müssen.	0	1	2	3	4	5
2. Es ist mir sehr wichtig, daß die Leute billigen, was ich tue.	0	1	2	3	4	5
3. Ich fühle mich sehr unwohl, wenn die Dinge nicht an ihrem Platz sind.	0	1	2	3	4	5
4. Ich brauche es, daß die Leute mich mögen.	0	1	2	3	4	5
5. Es gibt viele persönliche Dinge, die mir peinlich wären, wenn andere sie erfahren.	0	1	2	3	4	5
6. Mir ist es peinlich, wenn ich in Gegenwart anderer einen Fehler mache.	0	1	2	3	4	5
7. Ich vermeide es lieber, Dinge auszuprobieren, wenn ich mir über das Ergebnis nicht ziemlich sicher bin.	0	1	2	3	4	5
8. Ich denke oft über die Fehler nach, die ich früher gemacht habe.	0	1	2	3	4	5
9. Wenn mich jemand warten läßt, werde ich schnell beleidigt.	0	1	2	3	4	5
10. Ich habe oft Mitleid mit mir.	0	1	2	3	4	5
11. Ich kann es nicht ertragen, andere Leute um einen Gefallen zu bitten.	0	1	2	3	4	5
12. Mir ist es unangenehm, wenn ich unpassend gekleidet bin.	0	1	2	3	4	5
13. Meine Gefühle sind leicht verletzt.	0	1	2	3	4	5
14. Wenn ich meine Probleme nicht lösen kann, fühle ich mich als Versager.	0	1	2	3	4	5
15. Es ist mir sehr wichtig, daß mich jedermann mag.	0	1	2	3	4	5

16. Ich glaube, es ist mir unmöglich, meine Persönlichkeit zu ändern.	0	1	2	3	4	5
17. Es ist für mich sehr wichtig, daß andere Leute mögen, was ich tue.	0	1	2	3	4	5
18. Ich glaube, ich habe mein Leben nicht richtig im Griff.	0	1	2	3	4	5
19. Ich denke oft, ich bin ein Versager.	0	1	2	3	4	5
20. Ich tue gewöhnlich keine Dinge, die anderen dumm erscheinen könnten.	0	1	2	3	4	5
21. Ich werde verwirrt, wenn ich mir über die Beziehung zu anderen nicht klar bin.	0	1	2	3	4	5
22. Ich fühle mich manchmal wertlos.	0	1	2	3	4	5
23. Ich gebe mir gewöhnlich selbst die Schuld, wenn sich die Dinge nicht gut entwickeln.	0	1	2	3	4	5
24. Ich kann es nicht ertragen, wenn andere mich beobachten.	0	1	2	3	4	5
25. Manchmal kann ich mich nicht ausstehen.	0	1	2	3	4	5
26. Wenn ich etwas nicht erreiche, gebe ich mir selbst die Schuld.	0	1	2	3	4	5
27. Kleine Schwierigkeiten machen mich oft ärgerlich.	0	1	2	3	4	5
28. Mich deprimiert es, wenn ich daran denke, wieviel Ungerechtigkeiten es auf der Welt gibt.	0	1	2	3	4	5
29. Ich habe sehr wenig Willenskraft.	0	1	2	3	4	5
30. Nur wenn ich eine Menge vollbracht habe, erlebe ich mich als wertvoll.	0	1	2	3	4	5

Bitte hier nichts ausfüllen!

Auswertung	Skala 1	Skala 2	Skala 3	Skala 4
Rohwert				
Perzentil-Wert				
T-Wert				
Stamine-Wert				

Copyrights Verlag für Psychologie, Dr. C. F. Ingold. Gedruckt unter dem Titel "Erektionsstörungen im höheren Lebensalter" im Jahr 1988. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Genehmigung des Verlags.

LEBENS LAUF

Name	Stephan Mirisch
geboren	02.10.1963
Geburtsort	Krefeld
Konfession	evangelisch-lutherisch
Schulbildung	1970 bis 1974 Grundschule 1974 bis 1983 Gymnasium 5. Mai 1983 Abitur
Zivildienst	Oktober 1983 bis Januar 1985
Hochschulstudium	Oktober 1985 Immatrikulation Philipps-Universität Marburg, Soziologie, Psychologie 18.04.1988 Vordiplom im Fachbereich Psychologie mit einer experimentellen Arbeit aus dem Bereich der Kognitionspsychologie: "Bahnung und Hemmung von Emotionsrepräsentationen im semantischen Netzwerk" Mai 1988 Immatrikulation Studiengang Humanmedizin Mai 1990 Studienortwechsel an die TU München 17.05.1995 Abschluß des Medizinstudiums mit dem dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung
Arzt im Praktikum	Juli 1995 bis Dezember 1996 Psychiatrische Klinik am Klinikum rechts der Isar der TU München
wissenschaftlicher Mitarbeiter	seit Januar 1997 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar der TU München

10 DANKSAGUNG

Ganz besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. med. G. Kockott, der mein Interesse an dem interdisziplinären Fachgebiet der Sexualmedizin geweckt und diese Arbeit durch vielfältige Anregungen und Gespräche hilfreich unterstützt und begleitet hat. Danken möchte ich ihm auch dafür, daß er mir „die neue Welt“ gezeigt hat.

Mein Dank gilt Herrn Professor Dr. med. R. Hartung, Direktor der urologischen Klinik des Klinikums rechts der Isar. Mit seiner Erlaubnis und Unterstützung konnte diese Untersuchung im Rahmen des Liaison-Dienstes in der Urologischen Poliklinik durchgeführt werden. Herrn Dr. med. U. Pickl sei Dank für interdisziplinäre Diskurse und hilfreiche Ideen und die Ermutigungen diese Arbeit fertigzustellen. Dank den Kollegen der urologischen Klinik, Herrn Dr. med. H. Hesch, Herrn Dr. med. H. Randenborgh und Herrn Dr. med. C. Hofer. Ich habe ihre Unterstützung bei der Untersuchung der Patienten sehr geschätzt.

Herrn Prof. Dr. med. S. Gumpenberg und dem Pfl egeteam der Station 1/17 der Chirurgischen Klinik des Klinikums rechts der Isar danke ich für die freundliche Hilfe bei der Rekrutierung der Kontrollpersonen.

Weiterer Dank gilt den Klinikdirektoren Professor Dr. med. H. Lauter, in dessen Amtszeit ich diese Arbeit begonnen habe und Herrn Professor Dr. med. J. Förstl, der mir ermöglichte, unter seiner Klinikleitung diese Untersuchung fertigzustellen.

Für die Erlaubnis ihre Fragebögen in dieser Untersuchung verwenden zu dürfen, danke ich Frau Dr. E.M. Fahrner und Frau Prof. Dr. med. M. Bullinger-Naber.

Frau Dr. med. Anja Basan danke ich herzlich für ihre kollegiale Unterstützung bei der statistischen Auswertung dieser Untersuchung, das gewissenhafte Lektorat und ihr geduldiges, ausdauerndes Zuhören, sowie ihre Ermutigungen vom Konjunktiv zum Indikativ zu wechseln. Frau Dr. med. Barbara Kutschke, Herrn Dr. med. Michael Rentrop, Herrn Dr. med. Stefan Leucht und den Schwestern der Psychiatrischen Ambulanz, Frau H. Callender, Frau A. Maier und Frau G. Kraus sei Dank für den vielen Zuspruch. Frau C. Domogala und Dr. S. Heres danke ich für hilfreiche Ratschläge bei technischen Problemen der Fertigstellung. Allen Freunden, besonders Billy, Michi, Heinz, Jan, H-B. und Nic, sowie den Gladiatoren, die mich durch Höhen und Tiefen dieser Arbeit begleitet haben, sage ich Dank.

Meinen Eltern, Friedel Grüger und Gerhard Mirisch, danke ich.

Für Susanne und Wally

Ihr Verständnis und Einfühlungsvermögen für Menschen in psychischen Krisen beeindruckt mich immer wieder aufs Neue.