

Aus dem Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

„Sexuelle Funktionsstörungen und Sexuelle
Präferenzstörungen
- Analyse der Überlappung beider Störungen und deren
Auswirkungen auf die partnerschaftliche Bindungssituation“

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Franca Maria Natalie Genest

aus München

Gutachter/in: 1. Prof. Dr. med. Dr. phil. K.M. Beier
 2. Prof. Dr. med. F.-M. Köhn
 3. Prof. Dr. med. H.H. Knispel

Datum der Promotion: 23.6.2013

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1 Grundlagen der männlichen sexuellen Funktion und deren Störung	6
1.1.1 Die Erektion	6
1.1.2 Störungen der Erektion	7
1.1.3 Stand der Forschung	8
1.1.4 Therapie der sexuellen Funktionsstörung und deren Entwicklung	10
1.2 Grundlagen der Sexualmedizin	12
1.2.1 Bindung und Sexualität	12
1.2.2 Die Sexualpräferenz	14
1.2.3 Paraphile Ansprechbarkeit	15
1.2.4 Paraphilie mit Leidensdruck	16
1.2.5 Auswirkungen auf das syndyastische Funktionsniveau	17
1.2.6 Forschung und Projekte	19
2. Zielsetzung	20
3. Methoden und Material	21
3.1 Studienkonzept	21
3.2 Patientenkollektiv	21
3.2.1 Einschlusskriterien	21
3.2.2 Ausschlusskriterien	22
3.3 Der Fragebogen und die Interviewgestaltung	22
3.3.1 Aufbau des FSEV	23
3.3.2 Fragenselektion aus dem FSEV	23
3.3.2.1 Kriteriumsdefinition: Sexuelle Funktion	24
3.3.2.2 Kriteriumsdefinition: Sexuelle Neigung	28
3.3.3 Interviewgestaltung	30
3.4 Statistische Analyse	32
4. Ergebnisse	33
4.1 Deskriptive Daten	33
4.2 Paraphile Ansprechbarkeit und Paraphilie mit Leidensdruck	42
4.2.1 Gewichtung der verschiedenen sexuellen Paraphilien	43
4.3 Sexuelle Funktionsstörungen	44

4.3.1 Nicht Erektionsbezogene Störungen	44
4.3.2 Prävalenz der Erektionsstörung	52
4.3.2.1 Rigidität der Erektion in den einzelnen Subgruppen	53
4.3.2.2 Dauer der Erektion in den einzelnen Subgruppen	55
4.4 Assoziationen sexueller Funktionsstörung und sexueller Präferenzstörung	57
4.4.1 Paraphile Ansprechbarkeit und EDi	57
4.4.2 Paraphilie mit Leidensdruck und EDi	59
4.5 Sexualität und partnerschaftliche Bindung	60
4.5.1 Paraphile Ansprechbarkeit und partnerschaftliche Bindungssituation	60
4.5.2 Paraphilie mit Leidensdruck und partnerschaftliche Bindungssituation	61
5. Diskussion	62
5.1 Die Methodik	62
5.2 Ergebnisse	64
5.2.1 Allgemeine Daten	64
5.2.2 Partnerschaftlichen Ebene	65
5.2.3 Sexuelle Funktionsstörungen	66
5.2.4 Die Erektionsstörung	70
5.2.5 Sexuelle Präferenzmuster	71
5.3 Assoziationsanalysen	74
5.4 Bedeutung der Ergebnisse	77
6. Zusammenfassung	80
7. Literaturverzeichnis	82
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	87
TABELLENVERZEICHNIS	89
Danksagung	91
Selbstständigkeitserklärung	92
Lebenslauf	93

1. Einleitung

Sexuelle Funktionsstörungen, wie z.B. Erektionsstörungen oder Orgasmusstörungen sind heutzutage immer noch ein Tabuthema in der Gesellschaft, obwohl bereits 1948 epidemiologische Studien zeigten, dass die Prävalenz der Beeinträchtigung sexueller Funktion gerade in höheren Alterssparten bis zu 80% erreicht (1) und seit langem bekannt ist, dass viele Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes mellitus, oder auch Multiple Sklerose (2) mit erheblichen Beeinträchtigungen der Sexualfunktionen einhergehen können. Inzwischen ist dieses Indikationsgebiet mehr ins Interesse wissenschaftlicher Forschungsfelder gerückt, was nicht zuletzt auch damit zusammenhängen dürfte, dass mit den Phosphodiesterasehemmern zumindest für die Erektionsstörung medikamentöse Therapieoptionen gefunden wurden, die in der Praxis einfache Lösungen versprechen, auch wenn sie wohl der jeweiligen individuellen Problematik nicht gerecht werden können und zudem mit erheblichen finanziellen Gewinnerwartungen für die Pharmaindustrie verbunden sind.

Die Erektionsstörung (EDi), definiert als die anhaltende Unfähigkeit, eine adäquate Erektion zu erlangen, oder für eine befriedigende sexuelle Aktivität aufrecht zu erhalten, ist die zweithäufigste Sexualfunktions-Störung des Mannes (3, 4). Seit es immer mehr wissenschaftliche Arbeiten zur Prävalenz der Erektionsstörung gibt, steigen parallel dazu auch die Betrachtungsansätze, was deren Ursache betrifft. Unterschied man zu Beginn hierbei noch zwischen organischen und psychischen Ursachen, beginnt man langsam zu hinterfragen, ob nicht ein unmittelbares Ineinandergreifen vorliegen könnte (5). Parallel hierzu rückte in den letzten Jahren ein weiteres gesellschaftliches Tabuthema in den Mittelpunkt wissenschaftlicher Arbeiten, die sexuelle Präferenzstörung. Die Disziplin der Sexualwissenschaften befasste sich jedoch bereits seit über 100 Jahren mit der Frage welche sexuellen Fantasien die Menschen beschäftigen (6, 7). Die Erforschung der Sexualpräferenzen stellt sich als besonders schwierig dar, da hier die Befragung des Einzelnen das einzige Datenerhebungsinstrument darstellt, gleichzeitig besteht aber immer noch ein ungeheurer gesellschaftlicher Druck, verbunden mit sozialer Ächtung bei nicht konformem Verhalten. Hinzu kommt die eigene Schamhaftigkeit. All diese Punkte führen dazu, dass trotz großer Bemühungen die Anzahl wissenschaftlicher Publikationen immer noch recht überschaubar ist und nur in geringem Maße

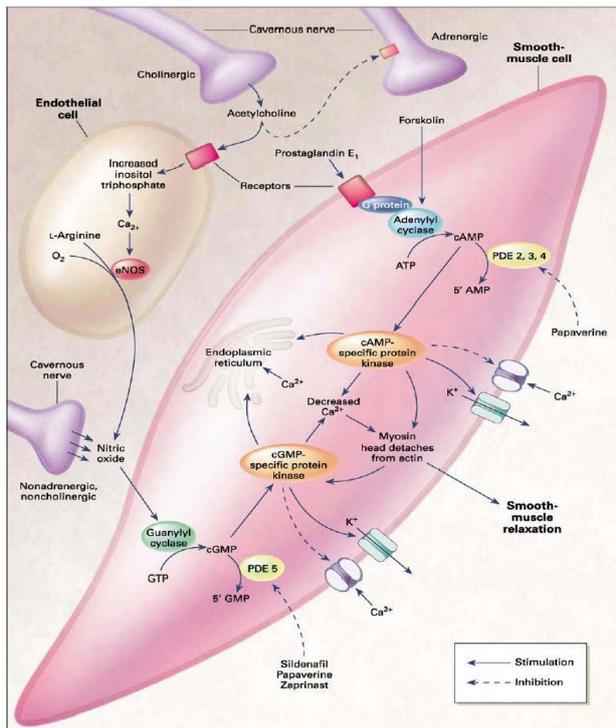
verwertbare Ergebnisse vorliegen. In der Vergangenheit durchgeführte epidemiologische Studien zum sexuellen Erleben und Verhalten legten nun den Verdacht nahe, ob nicht zwischen genau diesen beiden Tabuthemata Zusammenhänge bestehen könnten (8).

1.1 Grundlagen der männlichen sexuellen Funktion und deren Störung

1.1.1 Die Erektion

Die Erektion des Mannes resultiert aus einem Zusammenspiel des Zentralnervensystems, Gehirn und Rückenmark und lokalen Faktoren (9). Eine Schlüsselrolle hierbei spielen das besondere Penistgewebe des Schwammkörpers und die speziellen Muskelzellen der Arterienwände (10). Auf den erregenden Stimulus folgt die Freisetzung der Neurotransmitter innerhalb des Corpus Cavernosum, was zur Relaxierung der eben erwähnten Muskelzellen führt. Das einströmende Blut wird in die sich erweiternden Sinusoide aufgenommen. Der venöse Plexus zwischen Tunica albuginea und den peripheralen Sinusoiden wird komprimiert, wodurch ein venöser Ausstrom aus dem Gebiet unterbunden wird. Daraufhin tritt der Penis in die volle aufrechte Erektion ein, da der PO_2 auf ca. 90 mmHg und der intracavernöse Druck auf ca. 100 mmHg ansteigen. Jetzt kommt es noch einmal zu einem minimalen Druckanstieg (einige 100 mm-mercury), was den Penis zusätzlich erhärtet. Der Winkel der Erektion hängt hierbei von der Größe des Penis und seiner puboischialen Befestigung ab. Männer mit einem großen Penis, und/oder einem lockeren Lig. Suspensorium werden max. einen 90° erregierten Zustand erreichen können, auch im vollen Härteausmaß (10).

Abbildung 1: Darstellung des molekularen Mechanismus der Relaxation der penilen Muskelzelle (10).



Molecular mechanism of penile smooth muscle relaxation:
 Dean RC, Lue TF., Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. Urol Clin North Am. 2005 Nov;32(4):379-95, v. (10)

1.1.2 Störungen der Erektion

In der Literatur gibt es verschiedene Definitionen der Erektionsstörung. Diese Arbeit bezieht sich auf die Definition der ISIR (International Society for Impotence Research): Als erektile Dysfunktion wird die anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit bezeichnet, eine Erektion, die für eine befriedigende sexuelle Funktion ausreichend ist, zu erlangen oder aufrecht zu erhalten. Nach DSM-IV ist die zusätzliche Feststellung eines klinisch signifikanten Leidensdruckes beim Betroffenen erforderlich (3, 11, 12). Hierbei erscheint eine Einteilung bezüglich ihres Ausprägungsgrads, sowie hinsichtlich des Manifestationsalters- und Zeitpunktes sinnvoll. Es wird zwischen primärer, also seit der Pubertät und damit Beginn der Geschlechtsreife bestehender, und sekundärer, also einer im Verlauf entwickelten Störung unterschieden. Man differenziert hierbei auch zwischen einer situativen und generalisierten Funktionsstörung. Eine situative Einschränkung kann sich hierbei sowohl auf bestimmte sexuelle Praktiken, als auch auf bestimmte Partner beziehen. Der globale Typ hingegen leidet unter permanenten, von äußeren Einflüssen, bzw. Umständen völlig unabhängigen sexuellen Funktionsstörungen (11). Generell wird die Erektionsstörung nach dem Vorliegen eines Krankheitswertes klassifiziert:

- 1) **Erectile Dysfunction** (EDy) = Erektionsbeeinträchtigung ohne Leidensdruck und damit ohne Krankheitswert
- 2) **Erectile Disorder** (EDi) = Erektionsbeeinträchtigung mit Leidendruck und damit mit Krankheitswert (11)

Insgesamt können alle Sexualstörungen sowohl biologische, als auch psychologische und soziologische Aspekte aufweisen (1, 5, 13). Man geht davon aus, dass ein Zusammenspiel von körperlichen und psychischen Faktoren für die Ursache einer Erektionsstörung vorhanden ist. Somit ist eine unabhängige Untersuchung, oder gar getrennte Behandlung beider nahezu unmöglich (5). Ein Beispiel hierfür wäre, dass man z.B. bei Diabetikern übergroße Versagensängste festgestellt hat, die sich zusätzlich negativ verstärkend auf die ohnehin schon durch den Diabetes vorhandene Sexualproblematik ausgewirkt haben (14). Im Rahmen ähnlicher Studien erkannte man, dass wenn man Gruppen mit alleinigem vaskulär-medikamentösen Therapieansatz mit denen, die lediglich eine Psychopharmakotherapie erhielten, vergleicht, annähernd gleiche Ergebnisse erzielt werden konnten (15).

Die Erforschung dieses Störungsbildes erfordert also flexible, weit reichende Ansätze. Es ist nahe liegend, dass wohl stets eine psychische Komponente mit vertreten ist. Es bleibt die Frage, ob eine organische Störung durch eine nach sich ziehende psychische Störung verstärkt wird, oder ob dies gerade umgekehrt ist?

1.1.3 Stand der Forschung

Innerhalb der letzten 50 Jahre wurden verschiedene Studien zur Prävalenz der EDi und der EDy durchgeführt. Jedoch fiel auf, dass bezüglich der Ergebnisse die Zahlenwerte der gemessenen Prävalenzen deutlich variierten (16). 1948 wurde die erste epidemiologische Studie zum männlichen sexuellen Verhalten publiziert (1). Es wurde hierbei eine Prävalenz der EDy ermittelt, die bei der jüngeren Altersgruppe < 1% war und bei der Spitzenaltersgruppe auf bis zu 80% anstieg. Ähnlich aufgebaute Studien, wie die Massachusetts Male Aging Study (MMAS), oder die Kölner Männer Studie erbrachten alle unterschiedliche Ergebnisse (16, 17, 18, 19). Diese waren zum Teil deutlich von der Definition des Erscheinungsbildes der EDy, den benutzten Befragungsinstrumenten (Fragebogen, oder Interview), dem Studienaufbau und der Altersspanne der Befragten abhängig (16).

In der MMAS wurde mittels einer sehr ausführlichen Datenerhebung erstmals aufgezeigt, dass 52% der Männer an Erektionsstörungen litten, wobei sich eine Zunahme der Schwere des Erkrankungsbildes bei höherem Lebensalter zeigte (17). In der Kölner Männerstudie wurde erstmalig ein extra konzipierter Fragebogen, der „Kölner Erfassungsbogen zur Erektile Dysfunktion“, kurz KEED, eingesetzt (18). Bei 19,2% der Teilnehmer konnte so eine erektile Dysfunktion festgestellt werden, aber nur rund ein Drittel dieser Männer gab einen Leidensdruck an (18). Dementsprechende Ergebniszahlen sind daher immer kritisch zu betrachten. Hinzu kommt, dass diese alleinigen Zahlenwerte keine soliden Informationen bzgl. des klinischen Patientenbildes, des persönlichen Leidensdruckes und der klinischen Relevanz wiedergaben (16). So setzte man sich in der Berliner Männer Studie im Jahre 2002 zum ersten Mal das Ziel, anhand von festgelegten Kriterien, die denen des DSM-Katalogs entsprachen, unter der Berücksichtigung der verschiedenen Alterssparten und mithilfe eines eigens zusammengestellten Fragebogens einen ernsthaften Überblick bzgl. der Prävalenz der EDy und der EDi in Abhängigkeit deren Definition zu erhalten. Im Vorfeld wurden jeweils zehn Jahre zu einer Alterskategorie zusammengefasst (16). Neben der Punktprävalenz der EDy wurden im Rahmen dieser epidemiologischen Querschnittstudie auch Zusammenhänge zwischen der Erkrankung, dem Gesundheitszustand, dem Alter und der Lebensqualität untersucht. Eine Erektionsstörung wurde mit Hilfe des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen - DSM-IV – diagnostiziert (20). Die Studienteilnehmer wurden aufgefordert, einen vorhandenen Leidensdruck anzugeben (3). Die Männer mussten eine Selbsteinschätzung ihrer erektilen Funktion vornehmen. So ergab sich eine altersadjustierte Gesamtprävalenz von 17,8%. Auch hier konnte wieder eine deutliche Altersabhängigkeit festgestellt werden. Die Berliner Männerstudie war nicht die einzige, die die Abhängigkeit der Ergebnisse von der Definition hervorhob. Die ENIGMA-Studie betonte 2004 den bedeutenden Charakter, den das Fragebogeninstrument und die Definition, wie auch die Miteinbeziehung des Alters spielen. Hierbei wurden verschiedene Befragungsinstrumente und die daraus resultierenden Ergebnisse bezüglich der Prävalenz der Erektionsstörungen einander gegenübergestellt. So ergab sich ein Unterschied von 17%, was das Vorhandensein einer Erektionsstörung jeweils nach der Berücksichtigung der jeweiligen Definitionskriterien betraf (21). Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse scheint es von besonderer Bedeutung, dass in allen Studien nur ein geringer Prozentsatz der befragten Männer einen subjektiv erhöhten

Leidensdruck angegeben hatte, was die Bedeutung einer Klassifizierung in EDy und EDi noch einmal gesondert hervorhebt (3, 11). Ebenfalls hervorzuheben ist, dass in allen Studien der Wunsch nach einer Therapie, unabhängig vom Patientenalter, mit 27-33% einen quasi konstanten Wert aufwies (3). Alle Studien beschrieben die Prävalenz einer Erektionsstörung in Abhängigkeit vom Alter, wie es auch in der einschlägigen Literatur derzeit als stärkster Risikofaktor diskutiert wird (22). So steigt im Alter nicht nur die Prävalenz der Erektionsstörungen, auch deren Schweregrad korreliert mit einer Zunahme des Alters.

1.1.4 Therapie der sexuellen Funktionsstörung und deren Entwicklung

Obwohl schon historische Funde aus dem antiken Ägypten die Problematik der Erektionsstörung erstmals aufgriffen (23), begann das Konzept der Sexualtherapie erst 1970 mit Masters und Johnson anzulaufen. In ihrer Arbeit standen die drei Kernmerkmale - *intensiv* - *Paar* und *Team* an oberster Stelle (24, 25, 26). *Intensiv*, weil es teilstationär durchgeführt wurde. *Paar*, weil hier erstmals die bedeutende Maxime herausgestellt wurde, dass es bei sexueller Dysfunktion keinen unbedeutenden Partner gibt und *Team*, weil ursprünglich auch immer ein gemischtgeschlechtliches Therapeutenteam vertreten war (24, 25). In ihrem weitgehend unätiologischen und nicht-klinischen Modell ging es darum, Hindernisse zu identifizieren, die eine affektive sexuelle Funktion blockieren und dann dem Paar dabei zu helfen, diese zu identifizieren und zu beseitigen, oder zu modifizieren. Dabei beschrieben sie Versagensangst und Selbstbeobachtung und v. a. die Ablenkung dadurch als die größten Hauptgegenspieler ungestörter Sexualfunktion. Gerade diese Kernpunkte sind für den Betrachtungsansatz der vorliegenden Arbeit von besonderer Bedeutung. So kann man annehmen, dass eine vorliegende, aber verschwiegene Paraphilie mit Leidensdruck sich auf die Bindungssituation auswirkt, wobei es wiederum als Schlussfolgerung unausweichlich ist, in der Therapie das Paar als Ganzes zu adressieren. Damit ist das Konzept von Masters und Johnson auch in gewisser Weise eine Hilfestellung in der Adressierung der Überlappung von Präferenzstörungen und sexuellen Funktionsstörungen.

1974 stellte H.S. Kaplan ihre „neue Sexualtherapie“ als störungsspezifische Form der Psychotherapie vor und vertrat damit ein psychosomatisches Ätiologiekonzept (24, 27). Ihre Grundannahme bestand darin, dass die Symptome sexueller Problematiken grundsätzlich immer das Endprodukt von gegenwärtig wirkenden destruktiven

kognitiven, oder emotionalen Faktoren und Abwehrvorgängen seien (27). Damit postulierte sie einen entscheidenden Eckpfeiler moderner Sexualtherapie, nämlich, dass Symptome sexueller Funktionsstörungen nur durch die Korrektur unmittelbarer Ursachen behoben werden können (24). Jedoch beschloss sie tiefer verwurzelte auslösende Faktoren zu umgehen, was im Verlauf der Jahre heftig kritisiert wurde (28, 29). Gerade vor diesem Hintergrund scheint es wichtig, komplexeren Fragestellungen nachzugehen, um diese tiefer verwurzelten Faktoren und deren Gewichtung besser verstehen zu können. So ist es unverzichtbar, anspruchsvollere Hypothesen anzustellen, als es Kaplan getan hat, um gerade auch den vielschichtigen psychodynamischen Einflussfaktoren gerecht zu werden, wie z.B. der Beeinflussung durch eine etwaig vorliegende Paraphilie mit Leidensdruck und deren Auswirkungen auf die Bindungssituation.

In den 80ern wurde eine der größten Studien zur Sexualtherapie des Hamburger Instituts für Sexualforschung durchgeführt. Dieses Projekt beinhaltete Prozesse und Ergebnisse zur Paartherapie sexueller Dysfunktionen inklusive eines ausführlichen Therapiemanuals (24, 26). Diesem Studienprototyp folgten daraufhin ähnliche, mit teils anspruchsvolleren Fragestellungen, wie bzgl. Outcome (30), Settingvariablen (31), Stabilität der Effekte (32) und bzgl. prognostischer Faktoren (33). Später in den 1990er Jahren begann man sich nun vermehrt der männlichen Erektionsstörung zuzuwenden. Die Einführung des oralen Medikaments Sildenafil stellte einen großen Durchbruch in der Sexualtherapie dar (24). Auch wenn dieses Medikament allein der Behandlung von Erektionsstörungen vorbehalten bleibt, so gibt es für keine andere sexuelle Funktionsstörung eine annähernd vergleichbare Therapieoption (24). Durch diese „Medikalisierung“ kam es aber auch zu einer zeitweiligen Stagnation der Sexualtherapie (34). In neueren Standardwerken zur Therapie sexueller Funktionsstörungen ist mehr von einem störungsorientierten Vorgehen für die einzelnen Dysfunktionen die Rede, als von einer störungsübergreifenden Sexualtherapie (35). Für die Behandlung der erektilen Dysfunktion zeigten Studien der Vergangenheit annähernd vergleichbare Ergebnisse bei Sexualtherapie und rein somatischer Therapie (25, 26, 36, 37). Es bleibt allerdings die Frage, ob ähnliche Werte auch für die heute aktuelle Klientel erektionsgestörter Männer bestehen bleiben würden (24). Trotz dieser stattgefundenen „Medikalisierung“ der Therapie sexueller Funktionsstörungen, ließen die beschriebenen Ansätze keinen Hinweis auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen einer Paraphilie mit Leidensdruck und einer Erektionsstörung und deren damit verbundener

Auswirkung auf die Bindungssituation erkennen. Bis zuletzt blieb diese Fragestellung offen und soll nun innerhalb dieser Arbeit beantwortet werden.

1.2 Grundlagen der Sexualmedizin

1.2.1 Bindung und Sexualität

Um die Auswirkungen abweichender Präferenzmuster auf die sexuelle Funktion verstehen zu können, ist es notwendig, zuerst zu erklären, wie die Sexualität des Menschen definiert ist und welche Auswirkungen sich hieraus für das zwischenmenschliche Interagieren ergeben. 2004 wurden erstmals die 3 Kerndimensionen der Sexualität und deren herausragende Bedeutungen aufgearbeitet (38, 39). Hiernach zeichnet sich Sexualität durch folgende drei Dimensionen aus:

- 1) **Die Beziehungsdimension:** Sie verkörpert einen wesentlichen Bestandteil der Sexualität. Gefühle, wie Geborgenheit, Akzeptanz und Nähe werden hierbei erlebt und vermittelt. Diese sind Grundbedürfnisse und wirken sich damit direkt auf die Lebensqualität aus.
- 2) **Die Lustdimension:** Das einzigartige sinnliche Erleben von sexueller Erregung und Orgasmus stellt hierbei eine Qualität dar, die sie von allen anderen menschlichen Erfahrungsmöglichkeiten abhebt. Die sexuelle Lust begründet dabei die motivationale Eigenschaft der Sexualität und stellt zugleich deren Belohnung dar.
- 3) **Fortpflanzungsdimension:** Als phylogenetisch älteste der drei Dimensionen spielt die Reproduktion als sexuelle Dimension in der heutigen Zeit eine auf den Zeitraum von Pubertät bis Menopause begrenzte Rolle.

Obwohl in diesem Zusammenhang die drei Dimensionen als eigenständige Betrachtungspunkte dargestellt werden, muss erwähnt werden, dass stets ein Zusammenspiel dieser vorliegt. Lediglich der Anteil bzw. die Gewichtung der einzelnen Dimensionen schwankt im Laufe des Lebens, bzw. innerhalb einer Beziehung. In diesem Zusammenhang spricht man auch von der Multifunktionalität der Sexualität (11).

Im Kontext der Multifunktionalität von Sexualität ist die Bindungsdimension das herausragendste Element, vor allem was ihre Rolle als Ansatzpunkt in der klinischen Arbeit betrifft. Beier et Loewit betonten dies indem sie in diesem Zusammenhang eher von einer syndyastischen Dimension von Sexualität sprachen, der im Hinblick auf sexuelle Kommunikation in einer Beziehung eine besondere Bedeutung zukommt (38, 39). Hierbei geht es vornehmlich um die Kernelemente und Grundbedürfnisse einer Beziehung: Nähe, Akzeptanz, Geborgenheit und Sicherheit. Der Mensch als Beziehungswesen hat ein Grundbedürfnis nach den oben genannten Werten, die nur innerhalb einer Beziehung erfüllt werden können (40, 41). Diese Grundbedürfnisse bestehen seit der Geburt, durch die elterliche Zuwendung wird so bereits vom Säugling der Modus, über Hautkontakt psychosoziale Grundbedürfnisse erfüllen zu können, erlernt und dabei zugleich neuronal gebahnt, wie dies beim Lernprozess elementarer Fertigkeiten allgemein geschieht (42). Später wird diese Erlebensdimension lediglich um die Möglichkeiten der genitalsexuellen Stimulation erweitert, was in Grundzügen schon Montagu 1987 thematisierte, als er von der sexuellen Interaktion der Erwachsenen als „in mancher Hinsicht Reproduktion der zärtlichen Liebe zwischen Mutter und Kind“ sprach (43). Mit Hilfe bildgebender Verfahren konnte 2004 erstmalig gezeigt werden, dass die gleichen Gehirnregionen deaktiviert werden, wenn Mütter Bilder ihrer Kinder, oder ihrer Partner sehen (44). Es wird auch eine gleichzeitige Deaktivierung der Funktionen für Angst und Ablehnung in der Amygdala diskutiert (39), was wiederum die Bedeutung des Partners für die Befriedigung der Grundbedürfnisse nach Sicherheit und Akzeptanz unterstreichen würde. Vor diesem Hintergrund ist es unumgänglich den Zusammenhang zwischen Bindung und Sexualität zu erfragen. Da die Sexualität diesen besonderen Stellenwert im Leben eines Menschen einnimmt, muss unweigerlich nach den Auswirkungen einer Paraphilie mit Leidensdruck, sowohl auf die sexuelle Funktion und damit ihren direkten Einfluss auf die Sexualität und deren Erleben, als auch auf die Bindungssituation eines Paares und die damit einhergehende Beeinflussung der Bindungsdimension gefragt werden, was bis dato in der Forschung unadressiert blieb.

1.2.2 Die Sexualpräferenz

Nach dem „Internationalen Klassifikationssystem für psychische und Verhaltensstörungen“ ICD-10 (45) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) soll der Begriff der Sexualpräferenz in der folgenden Arbeit immer als Überbegriff für alle Aspekte der sexuellen Ansprechbarkeit eines Menschen verwendet werden (7). Insgesamt gesehen gibt es jedoch noch keine genaue Festlegung, was alles unter dem Begriff „Aspekt“ hierbei zusammengefasst werden kann. In diesem Zusammenhang spielen klinische Erfahrungen der Sexualmedizin insofern eine bedeutsame Rolle, als nur durch die Exploration des sexuellen Erlebens eines anderen Menschen – insbesondere bezüglich der Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung – und der Rekonstruktion des Beginns dieses Erlebens, Rückschlüsse darüber möglich werden, wie sich die sexuelle Präferenzstruktur des Menschen etabliert. Insofern ist deutlich geworden, dass die Pubertät hierbei zumindest als ein relevanter Ausgangspunkt anzusehen ist, weil sich in dieser Phase die sexuellen Interessen spezifizieren und zugleich manifestieren – indem sie sich im späteren Leben in bestimmten Kategorien als unveränderbar erweisen (11). Vor diesem Hintergrund wird in der Sexualmedizin davon ausgegangen, dass sich die sexuelle Präferenzstruktur auf drei wesentlichen Achsen konfiguriert, nämlich (11, 39):

- das **Geschlecht** (eines gewünschten Partners): Das männliche oder das weibliche Geschlecht (oder beide) (1. Achse)
- das **Körperschema/Alter** (eines gewünschten Partners): Kindliches, jugendliches oder erwachsenes Körperschema (2. Achse)
- die **Art und Weise** (eines gewünschten Partners bzw. Objektes oder einer Interaktion): Typ, Objekt, Modus, Praktik etc. (3. Achse)

Nach derzeitigem Erkenntnisstand herrscht innerhalb jeden Individuums demnach ein einzigartiges Zusammenspiel dieser drei Achsen, welche sich als Bestandteil der Persönlichkeit in einem bio-psycho-sozialen Entstehungsprozess individuell entwickelt und nach Abschluss der physischen und psychischen Entwicklung mit dem Ende der zweiten Lebensdekade nicht mehr grundlegend ändert (7, 11, 39). Dies hat entsprechenden Eingang in den Erhebungsverfahren der Sexualmedizin gefunden, die dieses Konzept zugrunde legen, wie etwa das 5x3 der Sexualmedizin (46). Natürlich

unterliegt die Bewertung der verschiedenen sexuellen Präferenzen einem ständigen zeitlichen und gesellschaftlichen Wandel (7, 47, 48). Die individuellen Manifestationsformen auf den genannten drei Achsen entscheiden dann darüber, auf welche Reize jeder einzelne ansprechbar ist (39). Mit dem individuellen Erregungsmuster wird die größte Intensität an Lustgewinn erreicht, wodurch im Wesentlichen die Lustdimension bestimmt wird. Logischerweise ergibt sich hieraus, dass jegliche, von dem individuellen Erregungsmuster abweichende sexuelle Betätigung keine vergleichbaren Lustempfindungen erzeugen kann, was im Umkehrschluss sicherlich Auswirkungen auf die partnerschaftliche Bindungssituation unter Berücksichtigung der drei Dimensionen und deren enger Verwobenheit haben dürfte. Dass sich daraus Konsequenzen auch hinsichtlich sexueller Funktion ergeben könnten ist nahe liegend und daher auch Thema der vorliegenden Arbeit. Im Weiteren wird auf die drei verschiedenen sexuellen Erlebnisebenen, wie sie im 5x3 der Sexualmedizin terminiert werden, näher eingegangen (46):

1. Das sexuelle Erleben bestimmter Gedanken und Fantasien
2. Die Begleitfantasien während sexueller Betätigung, hierbei wird natürlich besonderes Augenmerk auf die Masturbation gelegt
3. Das soziosexuelle Verhalten, also das tatsächlich realisierte sexuelle Verhalten

Diese Differenzierung ist wichtig für die diagnostische Unterscheidung, ob z.B. eine sexuelle Neigung nur bei Selbstbefriedigung zum Ausdruck kommt, oder ob eine Person die Aspekte ihrer Sexualpräferenz auch mit anderen Menschen auslebt und hierbei eine potentielle Gefährdung anderer darstellen könnte (11).

1.2.3 Paraphile Ansprechbarkeit

Paraphile Erregungsmuster lösen bei den Betroffenen nicht immer subjektiven Leidensdruck aus, weshalb sie keine klinische Relevanz als krankhafte und behandlungsbedürftige „Störungen der Sexualpräferenz“ erlangen. Innerhalb dieser Arbeit werden sie als „Paraphile Ansprechbarkeit ohne Leidensdruck“ (PA) in die Untersuchungen mit einbezogen und sollen im Folgenden kurz charakterisiert werden (7). Innerhalb der klinischen Persönlichkeitspsychologie glaubt man schon länger, dass Merkmalsausprägungen der Persönlichkeit ein subklinisches Niveau haben können und

dann als sog. Persönlichkeitsakzentuierungen bezeichnet werden (49). Paraphile Ansprechbarkeit beschreibt in der vorliegenden Arbeit daher subklinische Ausprägungen, bei denen die Betroffenen keinen Leidensdruck empfinden. Es gilt daher, dass Personen, die nach gesellschaftlicher Definition innerhalb ihrer Vorlieben von der Norm abweichen und über keinen Leidensdruck dadurch klagen, entsprechend den Kriterien des DSM-IV-TR (20) solange nicht als „gestört“ oder behandlungsbedürftig angesehen werden, wie sie weder andere noch sich selbst beeinträchtigen oder gefährden.

1.2.4 Paraphilie mit Leidensdruck

Es ist anzunehmen, dass die meisten „abweichenden“ Impulse in der „normalen“ sexuellen Ansprechbarkeit wurzeln und erst durch ihre Isolation und Generalisierung zur krankheitswerten Störung werden (39). Gemäß DSM—IV-TR erlangt erst in dem Falle, dass eine vorliegende sexuelle Paraphilie zu Problemen im Alltag, oder zu subjektivem Leidensdruck führt, oder dass die betroffene Person sogar sich selbst oder potentiell auch andere schädigt, den Status einer krankheitswerten und damit behandlungsbedürftigen Störung der Sexualpräferenz (45, 50). Nach Kriterium A des DSM-IV-TR (20) gehören zu den Paraphilien daher „über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen“, die sich u.a. beziehen können auf:

1. Nichtmenschliche Objekte (Fetischismus, Sodomie),
2. Auf Leiden oder Demütigung, Schmerz oder Erniedrigung des Partners oder seiner selbst (Masochismus, Sadismus)
3. Auf Kinder (Pädophilie) oder nicht einwilligende oder nicht einwilligungsfähige Personen.

Kriterium B beinhaltet dabei, dass „das Verhalten, die sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Fantasien in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“ führen müssen (20). Die häufigsten Paraphilien und deren Codierung werden in Tabelle 1 unter folgenden Diagnosen geführt:

Tabelle 1 : Die häufigsten Paraphilie-Diagnosen im ICD-10- und DSM-IV-Katalog (7)

Paraphilien	ICD-10	DSM-IV
Transvestitischer Fetischismus	F 65.1	302.3
Fetischismus	F 65.0	302.81
Masochismus	F 65.5	302.83
Sadismus	F 65.5	302.84
Voyeurismus	F 65.3	302.82
Exhibitionismus	F 65.2	302.4
Frotteurismus	F 65.8	302.89
Toucherismus	F 65.7	302.9
Pädophilie	F 65.4	302.2
Multiple Störungen der Sexualpräferenz (Polyparaphilie)	F 65.6	- - - -
Nicht näher bezeichnete Störungen der Sexualpräferenz	F 65.9	302.9

Ebenso wie im Bereich der Erektionsstörungen, zeigte sich bzgl. der Paraphilien ein Zusammenhang zwischen Präferenzstörung und psychischen Komorbiditäten im Sinne der DSM-IV Achse I (20). So wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungen der Stimmungslage, v.a. für die Depression und dem Auftreten von sexuell abweichendem Verhalten beschrieben (51). Vor diesem Hintergrund scheint es noch verwunderlicher, weshalb bisher keine Arbeiten zum Thema der Überlappung von sexueller Funktionsstörung und Paraphilie mit Leidensdruck angefertigt wurden, wo ein Zusammenhang so nahe liegend erscheint.

1.2.5 Auswirkungen auf das syndyastische Funktionsniveau

Paraphile Erregungsmuster manifestieren sich in der Pubertät und bleiben lebenslang bestehen, aus diesem Grund ist es unumgänglich, dass die Betroffenen sich dessen bewusst sind und sich mit ihren inneren Erlebensanteilen auseinandersetzen. Im Zuge dieser innerlichen Konfrontation können mehr oder weniger starke Selbstzweifel

entstehen, die aus der Angst vor der Ablehnung durch den Partner resultieren (39). Jedoch wurde bereits in Kapitel 1.2.1 deutlich darauf verwiesen wie wichtig die Befriedigung der Grundbedürfnisse eines Menschen innerhalb einer Beziehung ist. Hierdurch ist das Eingehen neuer Beziehungen, oder das Fortdauern bereits bestehender Beziehungen stark gefährdet (39). Ist jedoch das paraphile Erregungsmuster beiden Partnern bekannt und besteht ein echtes, gemeinsames Interesse, so kann man die partnerschaftliche Zufriedenheit mit Hilfe der syndyastischen Sexualtherapie verbessern (39). Dabei sind vier Faktoren von ausschlaggebender Bedeutung:

1. Der Anteil des paraphilen Musters an der sexuellen Präferenzstruktur

Liegen nur paraphile Muster vor, die nicht mit der Partnerin realisierbar sind, ist es für den Betroffenen unmöglich vergleichbar intensive sexuelle Erregung aufzubauen.

2. Das zusätzliche Auftreten sexueller Funktionsstörungen

Jede sexuelle Funktionsstörung kann Symptom einer anderen Erkrankung sein, somit besteht immer die Möglichkeit, dass diese durch eine paraphile Störung verursacht sein kann.

3. Wertigkeit des paraphilen Stimulus

Der Betroffene kann an den paraphilen Stimulus ähnlich stark auf psycho-emotional stabilisierender Ebene gebunden sein, wie an einen anderen Menschen (39).

4. Fähigkeit zur Selbstrücknahme

Die partnerschaftliche Zufriedenheit kann als so bedeutsam empfunden werden, dass die daraus resultierende Lebensqualität über das sexuelle Erleben gestellt wird.

Bei der syndyastischen Sexualtherapie wird vornehmlich die entscheidende Ebene der unverzichtbaren psychosozialen Grundbedürfnisse adressiert, einschließlich gemeinsamer Intimität, gegebenenfalls trotz beeinträchtigter Sexualfunktion, wobei die Sexualität in einen erweiterten Sinnzusammenhang gestellt wird (39, 52).

1.2.6 Forschung und Projekte

Ersten epidemiologischen Daten zufolge ist die Prävalenz von paraphilen Erregungsmustern höher, als bisher angenommen (3, 53). Innerhalb der Berliner Männerstudie benannten 57,6% der befragten Männer ein paraphiles Erregungsmuster als Teil ihrer Phantasiewelt, 46,9% nutzten dieses zur Erregungssteigerung bei der Masturbation und 43,9% lebten es auf der Verhaltensebene aus (3, 8, 39).

Gerade im Bereich der Paraphilien sind v. a. die Pädophilie und die Hebephilie in den Interessenmittelpunkt gerückt. Von einiger Bedeutung ist hierbei sicherlich auch das „Dunkelfeld-Projekt“, das im Jahre 2005 ins Leben gerufen wurde. Hierbei handelt es sich um Präventivmaßnahmen zur Verhinderung von Übergriffen auf Kinder und Jugendliche. Es stellt ein kostenloses Behandlungsangebot für Personen dar, die auf Kinder gerichtete sexuelle Impulse verspüren und aus diesem Grund von sich aus und ohne rechtlichen Druck therapeutische Hilfe suchen, um keine sexuellen Übergriffe auf Kinder (mehr) zu begehen (54, 55). Seit Juni 2009 werden im Schwesterprojekt "Prävention von Kinderpornographiekonsum im Dunkelfeld" (56) auch diejenigen therapeutischen Möglichkeiten systematischer untersucht, welche die Nutzung von Kinderpornographie unterbinden (54).

2. Zielsetzung

Ziel der folgenden Untersuchung war es, Zusammenhänge zwischen Erektionsstörung und paraphilen Erregungsmustern zu ermitteln und inwiefern die partnerschaftliche Situation dadurch betroffen ist.

Die Erektionsstörung (EDi), definiert als die anhaltende Unfähigkeit, eine adäquate Erektion zu erlangen oder für eine befriedigende sexuelle Aktivität aufrecht zu erhalten ist die zweithäufigste Sexualfunktions-Störung des Mannes (3, 4). Es wurde aufgezeigt, dass paraphile Erregungsmuster keine Raritäten in der Bevölkerung sind und, dass sie sich aus klinischer Sicht in Partnerschaften belastend auf Kommunikation und sexuelle Befriedigung auswirken können und dadurch zu einer Störung der sexuellen Funktion beider Partner führen können (8, 39).

Es soll daher untersucht werden, ob Erektionsstörungen mit paraphilen Ansprechbarkeiten verknüpft sein können und ob sowohl zwischen dem Schweregrad der EDi und dem Ausprägungsgrad einer sexuellen Präferenzstörung, als auch zwischen dem Ausprägungsgrad einer sexuellen Paraphilie und der partnerschaftlichen Zufriedenheit ein Zusammenhang besteht und inwiefern mit zunehmendem Ausprägungsgrad einer bestehenden sexuellen Präferenzstörung der Schweregrad einer EDi steigt, bzw. die partnerschaftliche Zufriedenheit sinkt.

3. Methoden und Material

3.1 Studienkonzept

Es wurde eine explorative Querschnittstudie entworfen, welche im Rahmen der andrologischen Sprechstunde in der Poliklinik der Fachabteilung für Urologie der Universitätsmedizin Charité Campus Mitte in Berlin, Deutschland, durchgeführt wurde. Hierbei wurden einmal pro Woche, Mittwochs von 8 - 16 Uhr im Zeitraum von Februar 2010 bis einschließlich September 2010 alle männlichen Patienten, die an einer Beeinträchtigung ihrer Erektion leiden, intensiv zu deren Schweregrad und gleichzeitig zu ihren sexuellen Präferenzen befragt. Die so geführten anonymen Interviews waren alle fragebogengestützt und orientierten sich an extra hierfür ausgewählten Fragen aus dem Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten (46).

3.2 Patientenkollektiv

3.2.1 Einschlusskriterien

Um der unter Kapitel 2 formulierten Fragestellung hinreichend nachgehen zu können, war es notwendig eine strenge Selektion des Patientenkollektivs vorzunehmen, um der speziellen Hypothese besser gerecht werden zu können. Hierfür wurden besondere Einschlusskriterien formuliert. Bei Nichtzutreffen einer der im Folgenden genannten Unterpunkte wurde der Patient von der Befragung ausgeschlossen:

- Männliches Geschlecht
- Teilnahme an der andrologischen Sprechstunde der Fachabteilung für Urologie an der Universitätsmedizin Charité Campus Mitte, Berlin, Deutschland
- Leiden an einer beeinträchtigten Erektion
- Im Zeitraum Februar- September 2010
- Es wurden keine Altersbeschränkungen festgelegt, so dass Männer jeden Alters in die Studie aufgenommen werden konnten
- Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und musste schriftlich durch eine Einverständniserklärung bestätigt werden

- Die Teilnahme oder Nichtteilnahme hatte dabei keinerlei Auswirkung auf die sich anschließende Behandlung durch den Urologen. Oftmals ist dieser über eine Teilnahme, oder Nichtteilnahme nicht informiert gewesen
- Die Männer, die z. T. von ihrer Partnerin begleitet wurden, wurden allein befragt

Es wurden am Ende somit 46 Patienten, die die oben genannten Kriterien erfüllten in die Studie eingeschlossen, von denen n = 36 im Ergebnisteil berücksichtigt wurden und deren Ergebnisse statistisch ausgewertet und analysiert werden konnten.

3.2.2 Ausschlusskriterien

Patienten, die die andrologische Sprechstunde der Fachabteilung für Urologie an der Universitätsmedizin Charité Campus Mitte, Berlin, Deutschland, zwischen Februar und September 2010 besuchten, jedoch nicht männlichen Geschlechts waren, oder nicht an einer Beeinträchtigung ihrer Erektion litten, wurden von vornherein ausgeschlossen und nicht um eine Teilnahme gebeten.

3.3 Der Fragebogen und die Interviewgestaltung

Schon Anfang des 20. Jahrhunderts zeigte Magnus Hirschfeld auf, dass das standardisierte Erfragen für die sexualmedizinische Forschung von fundamentaler Bedeutung war. Er entwickelte bereits 1908 einen „Psychobiologischen Fragebogen“, der die Datenerfassung erleichtern sollte (57, 58). Seit der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts existieren spezielle Fragebögen aus Nordamerika zur Sexualdiagnostik (59), wo sie seit Jahren etabliert waren und in der klinischen Forschung eingesetzt wurden. In den vergangenen Jahren sind auch aus Deutschland neue Erhebungsinstrumente für die klinische Forschung hervorgegangen. So entstanden vor allem am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin spezielle Erhebungsinstrumente, die zum einen in die sexualmedizinische Anamnese einführen und zum anderen die Diagnostik erleichtern. Darüber hinaus wurden sie mittlerweile in diversen klinischen Studien im Rahmen der Forschung eingesetzt. So entstand der FSEV: Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten, der bei der hier vorgestellten Untersuchung in verkürzter Form zur Anwendung kam (60).

3.3.1 Aufbau des FSEV

Zunächst entwarf man eine Art Interview-Leitfaden, um alle sexualmedizinisch relevanten Daten komplett und strukturiert erfassen zu können: Die strukturierte Sexualanamnese (SSA). Neben allgemeinen biologischen und psychologischen Grundlagen wurden auch Fragen zu den drei Dimensionen der Sexualität (Lust, Beziehung und Reproduktion), zur sexuellen Präferenz und zu den drei Ebenen sexuellen Erlebens und Verhaltens, nämlich zum sexuellen Selbstkonzept, zu den sexuellen Phantasien und zum sexuellen Verhalten, formuliert. Zu Letztgenanntem wurden überdies Fragen zu Selbstbefriedigung, extragenitaler sexueller Interaktion und genitaler Stimulation gestellt (60, 61). Der Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten wurde 2002 erstmals zusammengestellt (62). Hierbei handelt es sich um einen standardisierten Fragebogen zur Datenerhebung sexualmedizinischer Informationen in den bedeutsamen Bereichen des sexuellen Erlebens und Verhaltens. Dieser soll forschungsmethodisch als eine standardisierte Sexualanamnese zur „assistierten Datenerhebung“ per Selbstbeantwortung (jedoch unter Anleitung) der Probanden dienen. Der FSEV ist hierbei kein statistisch validiertes, normiertes Testverfahren, sondern ein standardisiertes Erhebungsinstrument für sexualmedizinische Informationen. Aus diesem Grund gibt es keinen normierten Auswertungslogarithmus, sondern lediglich einen Auswertungsschlüssel. Dieser reicht für Verdachtsdiagnosen innerhalb klinisch relevanter Bereiche aus. So können die Ergebnisse in Datenbanken eingegeben und ausgewertet werden (7). Der Vorteil liegt demnach in einer besseren Vergleichbarkeit der Daten und der Möglichkeit zur statistischen Auswertung (46, 63).

In der „Berliner Männerstudie“ (3, 16) wurde der FSEV in seiner kompletten Länge eingesetzt. Innerhalb der hier beschriebenen Querschnittstudie wurde lediglich ein speziell ausgewählter und zusammengestellter Teil der Fragen genutzt.

3.3.2 Fragenselektion aus dem FSEV

Obwohl es bereits sechs Modifikationen des FSEV gibt (Gesamtform/ FSEV-G, Klinische Kurzform/ FSEV-K, Frauenfassung, Männerfassung, Singleversion, Paarversion), wurden für die in dieser und einer weiteren Arbeit speziell behandelte Zielsetzung systematisch Fragen aus dem FSEV ausgewählt und zu einer verkürzten

Fassung zusammengestellt. Diese wurde eigens zur Durchführung eines Interviews vorbereitet, um im Rahmen eines standardisierten und normierten Verfahrens jeden Probanden befragen zu können.

So wurde beschlossen insgesamt 94 Fragen zu stellen, welche zum Teil mit Unterfragen versehen waren. Hierbei wurden folgende Bereiche erfasst:

- Allgemeine Angaben zu Kindheit und Werdegang ➤ 16 Fragen
- die partnerschaftliche Entwicklung ➤ 9 Fragen
- sexuelle Funktion ➤ 11 Fragen
- Einstellungen und Erleben von Sexualität und Partnerschaft ➤ 11 Fragen
- sexuelle Neigungen ➤ 22 Fragen
- Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft ➤ 25 Fragen

Für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit waren besonders die Kapitel *sexuelle Funktion und sexuelle Neigung* von bedeutsamem Interesse.

3.3.2.1 Kriteriumsdefinition: Sexuelle Funktion

Dieser Bereich umfasst 11 Fragen zur männlichen sexuellen Funktion, welche sich allesamt auf die letzten 12 Monate beziehen. Darin werden Lust, Erektion, Ejakulation, Orgasmus, Schmerzen und die Gefühlslage erfragt. Dabei bezieht sich jede einzelne Frage noch einmal auf 3 Unterkategorien:

1. **Geschlechtsverkehr (GV):** Das Einführen von Penis in Vagina, oder After
2. **Sex ohne Geschlechtsverkehr (Sex ohne GV):** Sexuelle Stimulation bzw. alle sexuellen Praktiken mit einer Partnerin/einem Partner, ohne Einführen von Penis in Vagina oder After.
3. **Selbstbefriedigung (SB):** Stimulation der eigenen Genitalien zur sexuellen Erregung.

Der Fragebogen enthielt insgesamt 2 Fragen zur Erektion, betreffend deren Rigidität und Dauer, welche in Tab. 2 dargestellt sind:

Tabelle 2: Fragestellung innerhalb des angepassten FSEV bzgl. der Erektion und deren Funktionalität

<p>27. Ausreichende Erektion: Wie oft wird Ihr Penis bei ausreichender sexueller Stimulation steif genug, um beschwerdefrei z.B. folgende sexuelle Aktivitäten durchführen zu können?</p>
<p>28. Andauernde Erektion: Wie oft bleibt Ihr Penis solange steif, wie die sexuelle Stimulation andauert?</p>

Hierbei wurde das Ausmaß der Erektionsstörung auf einer fünfstufigen Likert-Skala markiert, in Tabelle 3 dargestellt:

Tabelle 3: Innerhalb des angepassten FSEV verwendete fünfstufige Likert-Skala zur Ordinalskalierung der erhobenen Daten

	Niemals	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Auf GV	1	2	3	4	5
Sex ohne GV	1	2	3	4	5
Auf SB	1	2	3	4	5

Hierzu kamen dann noch einige Unterfragen, bezüglich der Dauer der bestehenden Symptomatik, da nach DSM-IV eine Störung erst dann krankheitswertig ist, wenn sie länger als sechs Monate vorliegt (62). Hierbei konnte der Proband zwischen den Optionen: „Seit meiner Pubertät/ersten sexuellen Erfahrungen“, oder einem individuellen Zeitraum mit der Angabe von Jahren und/oder Monaten wählen, siehe Tabelle 4:

Tabelle 4: Innerhalb des angepassten FSEV genutzte Fragestellung bzgl. der Dauer der Beschwerdesymptomatik sexueller Funktionsstörungen

b) Seit wann ist das der Fall?

bzgl. GV	O seit meiner Pubertät / ersten sexuellen Erfahrungen.
	O seit ca. _____ Jahren und _____ Monaten.
bzgl. Sex ohne GV	O seit meiner Pubertät / ersten sexuellen Erfahrungen.
	O seit ca. _____ Jahren und _____ Monaten.
bzgl. SB	O seit meiner Pubertät / ersten sexuellen Erfahrungen.
	O seit ca. _____ Jahren und _____ Monaten.

Daraufhin wurde der Proband mittels einer fünfstufigen Likert-Skala nach dem persönlichen Leidensdruck und nach partnerschaftlichen, beruflichen und sozialen Auswirkungen durch die Symptomatik befragt. Auch hier bezieht sich wieder alles auf GV, Sex ohne GV und SB im Einzelnen, vgl. Tabelle 5:

Tabelle 5: Innerhalb des angepassten FSEV genutzte Fragestellung bzgl. des persönlichen Leidensdrucks und den Auswirkungen dadurch

<p>27. c Wie sehr leiden Sie unter der Häufigkeit, mit der Ihr Penis bei ausreichender sexueller Stimulation steif genug wird?</p>
<p>28. c Wie sehr haben Sie wegen der Häufigkeit, mit der Ihr Penis bei ausreichender sexueller Stimulation steif genug wird, partnerschaftliche, soziale oder berufliche Probleme?</p>
<p>27. d Wie sehr leiden Sie unter der Häufigkeit, mit der Ihr Penis solange steif bleibt, wie die sexuelle Stimulation andauert?</p>
<p>28. d Wie sehr haben Sie wegen der Häufigkeit, mit der Ihr Penis solange steif bleibt, wie die sexuelle Stimulation andauert, partnerschaftliche, soziale oder berufliche Probleme?</p>

Hinsichtlich der Beeinträchtigung der Erektion wurde hierbei zwischen zwei Kategorien, EDy und EDi, unterschieden. In dieser Arbeit wurde besonderes Augenmerk auf die Erektionsstörung nach DSM-IV gelegt (12). Das bedeutet, dass innerhalb der statistischen Auswertung nur die Männer berücksichtigt wurden, bei denen sich im Verlauf des Interviews herausstellte, dass sowohl deren Erektions-Reaktion selbst gestört ist, als auch, dass sie einen persönlichen Leidensdruck vorweisen konnten. Das Vorliegen einer EDi war gegeben, wenn der Befragte angab niemals/selten/manchmal/oft eine Erektion während *GV und /oder Sex ohne GV und/oder SB* zu haben, oder aufrecht erhalten zu können und zusätzlich das Vorhandensein von subjektivem Leidensdruck bestätigt wurde, oder sich daraus problematische Auswirkungen für den Alltag ergaben, auch hierbei musste einer der Werte *Sehr oft/oft/manchmal/selten* angegeben sein. Ferner musste diese Problematik zumindest schon seit 6 Monaten vorhanden sein, um den DSM-IV Kriterien gerecht zu werden (5).

3.3.2.2 Kriteriumsdefinition: Sexuelle Neigung

In diesem Teil des FSEV wurden 22 Fragen zur sexuellen Neigung entsprechend den Definitionen der Paraphilien anhand des DSM-IV-TR und ICD 10 gestellt (7). Wie schon im Kapitel 3.3.1 bezogen sich auch alle zur paraphilen Ansprechbarkeit gestellten Fragen auf die letzten 12 Monate.

Tabelle 6: Innerhalb des angepassten FSEV genutzte Fragestellung bzgl. der abgefragten sexuellen Neigungen

1, Objekte und Materialien (Gummi, Leder, Latex etc.) im Sinne von Fetischismus
2, Cross-Dressing im Sinne von Transvestitischem Fetischismus
3, Gedemütigt zu werden im Sinne von Masochismus
4, Eine andere Person zu quälen im Sinne von Sadismus
5, Aktives heimliches Beobachten anderer in Intimsituationen im Sinne von Voyeurismus
6, Entblößen in der Öffentlichkeit im Sinne von Exhibitionismus
7, Das Reiben an fremden Personen im Sinne von Frotteurismus
8, Vorpubertäre Kinderkörper im Sinne von Pädophilie
9, Jugendliche Körper im Sinne von Hebephilie
10, Außergewöhnliche sexuelle Praktiken, z.B. Urophilie und Koprophilie
11, Spezielle Partnerwahl, im Sinne von z.B. Nekrophilie, Zoophilie

Zusätzlich wurden auch Fragen nach erwachsenen Frauen, oder Männern als Objekte der sexuellen Begierde gestellt.

Auch bei den Fragen zur paraphilen Ansprechbarkeit wurde wieder innerhalb von 3 verschiedenen Kategorien unterschieden:

1. **Masturbationsfantasien:** Das bedeutet als Begleitfantasie, d.h. ausschließlich fantasierte sexuelle Handlungen bei der Selbstbefriedigung.
2. **Sexuelle Betätigung:** D.h. in tatsächlich realisierten sexuellen Handlungen, die stattfinden, während man alleine ist, z.B. das Anziehen bestimmter Kleidung, oder das Betrachten entsprechender erotischer oder pornografischer Materialien.
3. **Sexuelle Kontakte:** In tatsächlich realisierten sexuellen Handlungen vor, an oder mit anderen.

Das entscheidende hierbei war, dass die ersten beiden Kategorien ausschließlich Fantasien enthielten, die 3. Kategorie jedoch schon realisierte sexuelle Kontakte mit einem Partner beinhaltete.

Der Proband konnte auf die Frage hin, ob und in welchem Maße er bestimmte Objekte/Praktiken/Partner als sexuell erregend empfindet, anhand einer fünfstufigen Likert-Skala das bei ihm bestehende Ausmaß markieren.

Tabelle 7: Innerhalb des angepassten FSEV genutzte Likert-Skala zur Ordinalskalierung der abgefragten sexuellen Neigungen und deren Ausprägungsgrades

	Gar nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr	<i>trifft nicht zu</i>
In Masturbations-Fantasien		2	3	4	5	0
bei sexueller Betätigung:	1	2	3	4	5	0
bei sexuellen Kontakten:	1	2	3	4	5	0

Es wurden wieder Fragen bezüglich der Bestehensdauer der geäußerten Neigung gestellt, hierbei konnte der Proband zwischen „Seit der Pubertät/ersten sexuellen Handlungen“, oder einer individuellen Monats/Jahres-Angabe wählen, wobei wieder nach den 3 Unterkategorien einzeln gefragt wurde.

Die nachfolgenden 3 Unterfragen bezogen sich jeweils auf die Häufigkeit der angesprochenen Inhalte, den persönlichen Leidensdruck und die Beeinträchtigung innerhalb von Partnerschaft/Beruf/Sozialleben, hervorgerufen durch die jeweilige paraphile Ansprechbarkeit.

Tabelle 8: Innerhalb des angepassten FSEV genutzte Fragestellung bzgl. der genaueren Differenzierung zwischen paraphiler Ansprechbarkeit und Paraphilie mit Leidensdruck

Wie oft kommen diese Inhalte bei Ihnen vor?
Wie sehr leiden Sie unter diesen Inhalten?
Wie sehr beeinträchtigen diese Inhalte Ihr partnerschaftliches, soziales oder berufliches Leben?

Auch hier antwortete der Proband wieder, indem er eine fünfstufige Likert-Skala benutzte, welche sich auf die 3 Unterkategorien im Einzelnen bezog.

Das Bestehen einer paraphilen Ansprechbarkeit wurde als gegeben angesehen, wenn der Proband auf einer der 3 unterschiedlichen Erlebensebenen den erfragten Inhalt als *wenig, mittelmäßig, ziemlich oder sehr* sexuell erregend empfand. Ein Nichtansprechen auf das dargebotene sexuelle Reizmuster wurde bei dem angegebenen Wert „1: gar nicht“ oder einem angekreuzten „trifft nicht zu“ angenommen (7).

Das Vorliegen einer Paraphilie mit Leidensdruck im Sinne des DSM IV Kataloges wurde angenommen, wenn eine sexuelle Neigung mindestens vom Wert „3 = mittelmäßig“ in einer der 3 Erlebensebenen angegeben wurde und zusätzlich ein subjektiver Leidensdruck, oder eine Auswirkung auf die sozialen Beziehungen in einem Zeitraum von 6 Monaten aufgetreten waren (7).

3.3.3 Interviewgestaltung

Für die Durchführung der hier vorliegenden Studie erfolgte eine Befragung in Interviewform, aber anhand des FSEV, der eben nicht allein vom Patienten ausgefüllt wurde. Das hatte den Vorteil, dass während der Beantwortung eventuell aufkommende Fragen gleich beantwortet und Unsicherheiten so von Anfang an beseitigt werden konnten. Ferner wurde auf diese Art sichergestellt, dass die Fragebögen korrekt und komplett ausgefüllt wurden, damit die Vergleichbarkeit der Daten und damit die statistische Analyse gewichtet werden konnte.

Eine wesentliche Voraussetzung für den erfolgreichen Einsatz sexualmedizinischer Erhebungsinstrumente war die professionelle Einstellung der Studienleiter. So konnten diese den Probanden die Sinnhaftigkeit, Relevanz und die Ziele der Untersuchung klar vermitteln. Dadurch wurde eine natürlich vorhandene Befangenheit, sich Fremden über intime Details des Sexuallebens anzuvertrauen, abgebaut (46). Nur so konnte gewährleistet werden, dass die Probanden wahrheitsgemäß antworteten. Um die Gesprächssituation für die Probanden außerdem so angenehm wie möglich zu gestalten, wurde insbesondere auf ein ruhiges, ungestörtes Umfeld Wert gelegt. Weiter wurden die Teilnehmer darauf hingewiesen, dass eine Unterbrechung oder gar ein vorzeitiges Beenden der Befragung zu jedem Zeitpunkt möglich war. Diese Möglichkeit ist von einem Probanden genutzt worden (60).

Somit wurden innerhalb der andrologischen Sprechstunde alle männlichen Patienten, die sich wegen bekannter Erektionsproblematik behandeln ließen und alle Erst-Patienten gebeten, an einem Interview zum sexuellen Erleben und Verhalten teil zu nehmen. Stellte sich im Verlauf des Interviews heraus, dass der Erst-Patient nicht wegen einer Erektionsproblematik ärztlichen Rat suchte, wurde der Bogen nach Beendigung des Gesprächs verworfen. Die Teilnahme war freiwillig und konnte jederzeit abgelehnt, oder abgebrochen werden. War ein Patient zur Beantwortung der Fragen bereit, so wurde er zunächst angehalten, eine Einverständniserklärung zu unterschreiben, dass seine Teilnahme freiwillig sei und er im Vorhinein über den Inhalt der Fragen informiert wurde. Des Weiteren erhielt jeder befragte Patient einen Flyer der Hochschulambulanz für Sexualmedizin der Charité, um im Interview detektierte Problematiken intensiver erörtern zu können.

Die Interviews wurden jeweils als Einzelgespräch durchgeführt. Bereits vor Beginn der Befragung erfolgte am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité ein ausführliches Training in Kommunikation und Interaktion für die Interviewer. Hier konnten vor allem Techniken und Hilfen vermittelt werden, die im patientenorientierten Gespräch über deren Sexualität und Partnerschaft hilfreich waren. Die Idee hierzu war entstanden, da von einigen Studien mittlerweile belegt wurde, dass selbst Ärzte, die häufiger mit dem Thema Sexualität konfrontiert werden, dennoch Hemmungen haben, dieses Themengebiet offen anzusprechen. So konnte beispielsweise eine erst kürzlich veröffentlichte Studie belegen, dass Gynäkologen routinemäßig nur Fragen zur sexuellen Aktivität stellen und alle weiteren sexuellen Gebiete bei der Anamnese ausklammern (60, 64).

Die Befragungen dauerten zwischen 60 und 150 Minuten, je nach erörterter Schwere und Intensität der Problematik. Jedes Gespräch war exakt gleich aufgebaut, die Reihenfolge der Fragen war durch den abgewandelten FSEV vorgegeben und sofort nach Beantwortung einer Frage wurde das Ergebnis in einem für jeden Patienten separaten Fragebogen schriftlich festgehalten. Jeder einzelne Bogen wurde bereits vor Beginn der Befragung mit einem sechsstelligen Buchstaben- und Zahlencode anonymisiert. Eine Zurückverfolgung von einem Fragebogen auf den Patienten war so nicht mehr möglich.

3.4 Statistische Analyse

Nach Eingabe der Rohdaten in digitale Datenbanken erfolgten statistische Berechnungen mittels SPSS, Version 11.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

Als erstes wurde eine deskriptive Beschreibung verschiedener Merkmale der Studienpopulation durchgeführt, welche jeweils getrennt für die untersuchten Patientengruppen mit bzw. ohne paraphile Ansprechbarkeit/Paraphilie mit Leidensdruck berechnet wurde.

In der Statistik wird eine Stichprobe gemeinhin als ein „zufallsmäßig“ aus der Population entnommener Anteil von Individuen definiert. Zufallsmäßig bedeutet, dass jedes Individuum der Population die gleiche Chance haben muss, in der Stichprobe aufgenommen zu werden. Haben die Individuen nicht die gleiche Chance, in die Stichprobe aufgenommen zu werden, dann entstehen verzerrte Stichproben („biased samples“), die nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit sind und die daher keine oder nur bedingte Schlüsse auf letztere zulassen. In der hier vorliegenden Arbeit handelt es sich ganz bewusst um eine nicht für die Gesamtpopulation repräsentative Stichprobe, sondern um ein selektives Patientenkollektiv, mit dessen Hilfe die unter Kapitel 2 formulierte Fragestellung beantwortet werden sollte. Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit sind damit weder erwünscht noch zulässig.

Der Einfachheit und vor allem der besseren Übersichtlichkeit halber wurden im Ergebnisteil die Antwortmöglichkeiten bei der graphischen Darstellung bisweilen zusammengefasst (z.B. ein Balken für die Optionen 1 und 2, ein zweiter Balken für die Option 3 und ein dritter Balken für die Optionen 4 und 5). Dem Skalenniveau entsprechend, handelt es sich bei den erfassten Merkmalen also vor allem um qualitative Merkmale. Weiter wurden aufgrund der Größe der Fallzahl ($n=36$) zur Beschreibung der Merkmale keine Prozentangaben verwendet, sondern absolute Häufigkeiten. Für die weitere statistische Analyse wurden auch statistische Kenngrößen gewählt wie etwa der Mittelwert und der Median. Für die Berechnung von Korrelationen im Rahmen der interferenzstatistischen Datenanalyse können verschiedene Rangkorrelationskoeffizienten angewendet werden. Bei kleinen Stichprobengrößen – so wie in vorliegender Arbeit – bietet sich vor allem der Rangkorrelationskoeffizient nach Kendall (Kendalls τ_b) an. Er basiert auf ordinalskalierte Information, d.h. es muss kein gleicher Abstand zwischen benachbarten Rängen unterstellt werden (65).

4. Ergebnisse

4.1 Deskriptive Daten

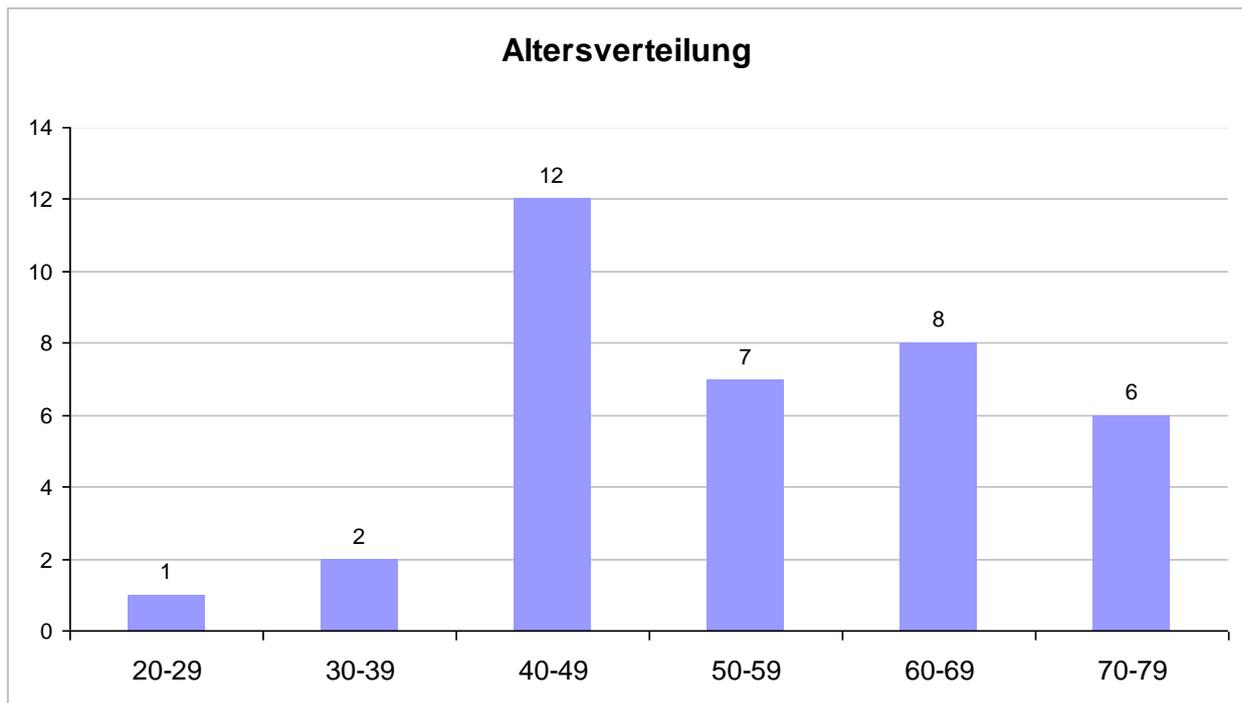
Es wurden 46 Patienten innerhalb der Studie befragt. Bei den **insgesamt 46 befragten Patienten** konnten nach Anwendung der festgelegten Definitionskriterien einer Erektionsstörung in Kapitel 3 nur 36 Patienten berücksichtigt werden. Drei Patienten wurden aufgrund zu vieler fehlender Daten ausgeschlossen, 7 erfüllten die vorgegebenen Kriterien einer Erektionsstörung nicht (11). In den folgenden Untersuchungen und Berechnungen werden daher **nur die 36 Patienten berücksichtigt, die nachgewiesener Weise an einer EDi litten.**

Im Nachfolgenden wurde die Gesamtheit der 36 EDi Patienten dann noch einmal in drei Gruppen aufgeteilt, in die, die keine paraphile Ansprechbarkeit vorweisen (KPA), diejenigen mit einer paraphilen Ansprechbarkeit (PA) und die, bei denen eine Paraphilie mit Leidensdruck (PAL) im Sinne der Definitionskriterien des Methodenteils angenommen werden konnte. Im Weiteren dieser Arbeit wurde die Unterteilung in diese Subgruppen beibehalten, d.h. wenn im Text von „PA“ die Rede ist, sind Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit gemeint, bei der Verwendung des Kürzels „PAL“ die Patienten, bei denen eine Paraphilie mit Leidensdruck vorlag und „KPA“ bezeichnet die Patienten, die keine paraphile Ansprechbarkeit aufwiesen.

Im ersten Teil der Befragung wurden 16 sog. allgemeine Fragen zu Kindheit und beruflichem/sozialem Werdegang gestellt. Berücksichtigt wurden hierbei Alter, Familiensituation während des Aufwachsens, Ausbildung und Abschluss, Beruf, Wohnsituation und partnerschaftliche Situation, außerdem wurde nach der Religionszugehörigkeit gefragt.

Die Patienten waren zwischen 27 und 76 Jahren, somit betrug das Durchschnittsalter der gesamten Studienpopulation 54,92 Jahre. Abbildung 2 zeigt die Altersverteilung, hierfür wurden die Teilnehmer in sechs Altersgruppen von jeweils zehn Jahren eingeteilt. Vergleicht man nun das Alter der verschiedenen Gruppen, zeigte sich lediglich ein Altersunterschied von +/- 4 Jahren im Mittelwert.

Abbildung 2: Altersverteilung des befragten Gesamt-Patientenkollektivs in Jahren



Eine Zusammenfassung der allgemeinen Daten bzgl. Schule, Ausbildung und Beruf zeigen Tabelle 9-11. Hierbei wurde das Untersuchungskollektiv nach Paraphilie mit Leidensdruck (PAL) und ob mit paraphiler Ansprechbarkeit (PA), oder ohne paraphile Ansprechbarkeit (KPA) eingeteilt. Insgesamt zeigte sich bzgl. des schulischen und beruflichen Werdegangs eine annähernd ähnliche Verteilung in allen drei Subgruppen.

Tabelle 9: Verteilung des schulischen Werdegangs in den 3 Subgruppen

	KPA	PA	PAL
Schulische Bildung	n = 10	n = 18	n = 8
Kein Schulabschluss	-	1	-
Sonderschulabschluss	-	-	-
Haupt/Volksschulabschluss	2	4	2
Polytechnische Oberschule	1	1	-
Mittlere Reife	4	5	4
Fachschulabschluss	-	-	1
Fachhochschulreife	-	1	-
Abitur	3	6	1

Tabelle 10: Verteilung der verschiedenen Schulabschlüsse in den 3 Subgruppen

	KPA	PA	PAL
Berufsausbildung	n = 10	n = 18	n = 8
Keine Ausbildung	-	1	-
Arbeiter	1	-	1
Lehre/ Ausbildung	3	8	5
Fachschul-Abschluss	2	3	-
Fachhochschul-Abschluss	1	2	1
Hochschulabschluss	3	4	1

Tabelle 11: Verteilungsmuster der aktuellen beruflichen Tätigkeiten innerhalb der 3 befragten Subgruppen

	KPA	PA	PAL
Berufstätigkeit	n = 10	n = 18	n = 8
Arbeitssuchend	1	3	-
Ausbildung/ Studium	-	-	-
Hausmann/ Vater	-	-	-
Teilzeit	1	-	-
Vollzeit	3	6	5
Arbeitsunfähig/Berufsunfähigkeit	1	2	-
Rente	4	7	3

Betrachtet man die familiären Verhältnisse der Befragten, so gab jeweils ein annähernd gleich großer Teil aus der jeweiligen Subgruppe an, dass die Eltern getrennt lebten (2 aus der Gruppe der KPA, 5 aus der Gruppe der PA und 3 aus der Gruppe der PAL). Auf die Frage hin, ob die Probanden unter der Trennung gelitten hätten, gibt Tabelle 12 einen Überblick, wobei auffiel, dass besonders in den Gruppen der PA und PAL die Patienten darunter vermehrt gelitten hatten.

Tabelle 12: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage, ob die Patienten unter der Trennung ihrer Eltern gelitten hätten

Leiden unter der Trennung der Eltern	KPA n = 2	PA n = 5	PAL n = 3
gar nicht	1	2	-
mittel	1	1	1
ziemlich	-	2	2

Die Antworten auf die Frage hin, bei wem die Probanden aufgewachsen seien, fasst Tabelle 13 zusammen. Die meisten der Probanden aller Gruppen wuchsen bei ihren leiblichen Eltern auf, nur ein einziger der PAL lebte beim allein erziehenden Vater, oder bei Verwandten.

Tabelle 13: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage, bei wem die Patienten in der Kindheit aufgewachsen seien

Aufgewachsen bei	KPA n = 10	PA n = 18	PAL n = 8
Den leiblichen Eltern	9	13	6
Alleinerziehender Mutter	1	5	-
Alleinerziehendem Vater	-	-	1
Verwandten	-	-	1

Die Patienten wurden ebenfalls nach dem Umgang miteinander in der Familie gefragt und nach der Beziehung zu Mutter und Vater, um daraus eventuelle Schlüsse auf deren aktuelle Beziehungsmuster ziehen zu können.

Tabelle 14: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage, nach dem Umgang in der Familie miteinander

	KPA	PA	PAL
Familiärer Umgang	n = 10	n = 18	n = 8
Gar nicht gut	-	1	-
Schlecht	1	1	1
Mittel	3	4	2
Gut	3	9	4
Sehr gut	3	2	1

Immerhin beschrieb in allen drei Untergruppen die Mehrheit den Umgang in der Familie als mittel bis sehr gut, jeweils nur die Minderheit benannte ihn als schlecht bis gar nicht gut.

Tabelle 15: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage nach dem Verhältnis zur Mutter

	KPA	PA	PAL
Verhältnis zur Mutter	n = 10	n = 18	n = 8
Gar nicht gut	-	-	1
Schlecht	1	2	-
Mittel	-	2	1
Gut	4	8	3
Sehr gut	5	6	3

Tabelle 16: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage nach dem Verhältnis zum Vater

	KPA	PA	PAL
Verhältnis zum Vater	n = 9	n = 14	n = 7
Gar nicht gut	-	1	1
Schlecht	-	1	2
Mittel	1	4	2
Gut	5	4	2
Sehr gut	3	4	-

Die meisten Patienten aller Gruppen beschrieben sowohl das Verhältnis zum Vater, als auch das zur Mutter als mittel bis sehr gut, nur bei den PAL berichtete ein Patient über ein sehr schlechtes Verhältnis zur Mutter. Auffällig war, dass keiner der PAL ein sehr gutes Verhältnis zum Vater angab.

Auf die Frage hin, ob sie einer Religionsgemeinschaft zugehörig seien, antwortete jeweils ca. ein Drittel jeder Subgruppe (3 der KPA, 6 der PA und 3 der PAL) mit ja. Hierbei war eine Zugehörigkeit zum christlichen Glauben (evangelisch und römisch-katholisch) am häufigsten genannt worden. Von diesen 12 gaben jedoch insgesamt 10 Patienten dadurch eine maximal geringe bis mittelmäßige Beeinflussung ihres Sexuallebens durch die Religionszugehörigkeit an. Kein Proband richtete sein sexuelles oder partnerschaftliches Leben nach esoterischen, spirituellen oder ähnlichen Vorgaben aus.

16 Teilnehmer gaben an, dass sie durch keinen Kulturkreis hinsichtlich ihrer sexuellen Betätigung geprägt seien. 10 Männer nannten hierbei den Mitteleuropäischen Kulturkreis, die restlichen 10 Probanden verwiesen hierbei auf andere Kulturkreise, wie Osteuropa, Nordeuropa und Westeuropa.

Zu Beginn der Befragung wurde ebenfalls gleich nach der derzeitigen Bindungssituation, bzw. Partnerschaft gefragt. Die Antworten hierzu sind in Tabelle 17 zusammengefasst:

Tabelle 17: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage in was für einer Bindungssituation sie sich derzeit befänden

	KPA	PA	PAL
Bindungssituation	n = 10	n = 18	n = 8
Verheiratet	5	6	4
Liiert mit erwachsener Partnerin	1	2	3
Geschieden mit neuer Partnerin	4	5	1
Geschieden ohne Partnerin	-	2	-
Verwitwet mit neuer Partnerin	-	1	-
Single	-	2	-

Die meisten Probanden aller Gruppen befanden sich zum Befragungszeitpunkt in einer festen Beziehung, der Großteil hiervon war verheiratet. Hierbei ist hinzuzufügen, dass jeweils in der Gruppe der PA und der PAL ein Teilnehmer angab, homosexuell zu sein und einen männlichen Partner zu haben, bzw. zu suchen.

Die aktuellen Beziehungen dauerten ca. 15,62 Jahre. Das Durchschnittsalter der Partnerin/des Partners betrug dabei 49,97 Jahre, wodurch die Partnerin im Durchschnitt ca. 4 Jahre jünger als der Partner war.

Von den n=8 PAL gaben 2 an, lediglich früher mit der Partnerin sexuelle Kontakte gehabt zu haben, die Mehrheit von ihnen (6 von n=8) gaben an auch heute noch regelmäßigen sexuellen Kontakt zu haben. Bei den PA gaben 3 Männer an, früher sexuelle Kontakte zur Partnerin gehabt zu haben, 10 gaben an, diese auch heute noch zu haben. Bei den KPA bejahte der Großteil (n=8) gegenwärtige sexuelle Kontakte mit der Partnerin, nur 2 gaben an, dass diese lediglich früher stattgefunden hätten.

Von den 32 Probanden, die angaben in einer Beziehung zu sein, bejahten 9 Männer die Frage nach parallelen sexuellen Kontakten (gegenwärtig, oder in der Vergangenheit) neben der Beziehung, 5 Probanden weigerten sich diese Frage zu beantworten. Am höchsten war dabei der Anteil aus der Gruppe der PAL, hier hatten 5 Männer von n = 8 eine parallele sexuelle Beziehung, bei den PA waren es nur 3 von n = 18, wobei hier 5 Teilnehmer die Beantwortung ablehnten, bei den KPA war es lediglich 1 Befragter, der eine sexuelle Beziehung neben der Partnerin hatte.

Der Großteil der KPA (6 von n=10) gab an, mit ihrer aktuellen Partnerin zusammen zu leben, von den PA waren es 11 und von den PAL waren es 6 Teilnehmer, also jeweils mehr, als die Hälfte.

Die Hälfte der Patienten (4 bei n=8) aus der Gruppe der PAL hatten Kinder mit der aktuellen Partnerin, aus der Gruppe der PA waren es nur drei, bei den KPA war es lediglich eine Person. Aus der Gruppe der PAL gab die Hälfte (4 von n=8) der Personen an, leibliche, oder nicht-leibliche Kinder bei ihnen im Haushalt zu haben, für die sie die Bezugsperson sind, bei den PA waren 14, bei den KPA waren es 8.

Als Gründe für das Ende ihrer festen Partnerschaften gaben 12 Männer „Einschränkungen in der individuellen Lebensgestaltung“ an. 11 Männer gaben außerdem an, dass keine Liebe zur anderen Person (mehr) bestanden habe und 10, dass die sexuelle Anziehungskraft gefehlt habe.

Die 4 Single-Männer waren seit ca. 4,60 Jahren allein stehend. Alle von diesen äußerten den Wunsch nach einer Beziehung. Jedoch gaben nur 3 von ihnen an, sich aktiv um eine Beziehung zu bemühen.

Zufriedenheit

Tabelle 18: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage, ob sie derzeit mit ihrem Sexualleben zufrieden seien

Zufriedenheit mit dem Sexualleben	KPA n = 9	PA n = 17	PAL n = 8
Gar nicht	6	6	2
Wenig	2	8	4
Mittel	-	2	1
Ziemlich	1	1	1
Sehr	1	-	-

Der überwiegende Teil der Untergruppen (8 der KPA, 14 der PA und 6 der PAL) war mit dem Sexualleben derzeit nicht zufrieden, egal ob Single, oder in einer Partnerschaft.

Tabelle 19: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage, ob sie derzeit mit ihrer Partnerschaft zufrieden seien

Zufriedenheit mit der Partnerschaft	KPA n = 10	PA n = 13	PAL n = 8
Gar nicht	1	1	-
Wenig	-	1	-
Mittel	1	2	1
Ziemlich	3	3	5
Sehr	5	6	2

Die Mehrheit aller Untergruppen ist jedoch in der aktuellen Partnerschaft an sich zufrieden (8 der KPA, 9 der PA und 7 der PAL).

Tabelle 20: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage, ob sie derzeit mit ihrer/m Partnerschaft/Singleleben in emotionaler Hinsicht zufrieden seien

Zufriedenheit mit der Partnerschaft/Singledasein emotional	KPA n = 10	PA n = 17	PAL n = 7
Gar nicht	-	2	-
Wenig	1	4	-
Mittel	-	2	2
Ziemlich	3	3	3
Sehr	6	6	2

Der Großteil ist auch in emotionaler Hinsicht (9 der KPA, 9 der PA, 5 der PAL) zufrieden, wobei auffiel, dass nur von den Probanden mit paraphiler Ansprechbarkeit in größeren Zahlen (6 von n=18) eine hohe Unzufriedenheit geäußert wurde.

Tabelle 21: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage, ob sie derzeit mit ihrer Partnerschaft/Singleleben in sexueller Hinsicht zufrieden seien

Zufriedenheit mit Partnerschaft/Singledasein sexuell	KPA n = 10	PA n = 16	PAL n = 7
Gar nicht	5	7	3
Wenig	3	5	2
Mittel	1	3	1
Ziemlich	-	1	-
Sehr	1	-	1

Die Mehrheit aller Gruppen ist in sexueller Hinsicht in der Partnerschaft, aber auch im Singleleben unzufrieden (8 der KPA, 12 der PA, 5 der PAL).

4.2 Paraphile Ansprechbarkeit und Paraphilie mit Leidensdruck

Angelehnt an die im Methodenkapitel festgelegten Kriterien wurde das Vorliegen einer paraphilen Ansprechbarkeit innerhalb der 36 Patienten, welche unter EDi litten, bestimmt. Hierbei wurde gesondertes Augenmerk auf die Verteilung innerhalb der verschiedenen angebotenen sexuellen Vorlieben gelegt. Von den 36 Patienten gaben insgesamt 26 auf einer der drei verschiedenen Erlebensebenen, Masturbationsfantasien, Sexuelle Betätigung und Sexuelle Kontakte, einen Mindestwert von „wenig“, oder höher bei mindestens einer der angebotenen sexuellen Paraphilien an.

Die einzelnen Vorlieben sind wie in der unten angegebenen Tabelle 22 auf die Subgruppen der Probanden mit paraphiler Ansprechbarkeit verteilt, hierbei sind Mehrfachnennungen berücksichtigt worden:

Tabelle 22: Verteilung sexueller Paraphilien in den 2 Subgruppen der Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit (PA) und der mit Paraphilie mit Leidensdruck (PAL)

	<i>PA</i> <i>n = 18</i>	PAL n = 8
Fetischismus	5	3
Transvestitischem Fetischismus	4	1
Masochismus	7	1
Sadismus	8	1
Voyeurismus	8	5
Exhibitionismus	1	1
Frotteurismus	3	1
Pädophilie	1	1
Hebephilie	6	0
Außergewöhnliche sexuelle Praktiken	11	3
Spezielle Partnerwahl	0	0

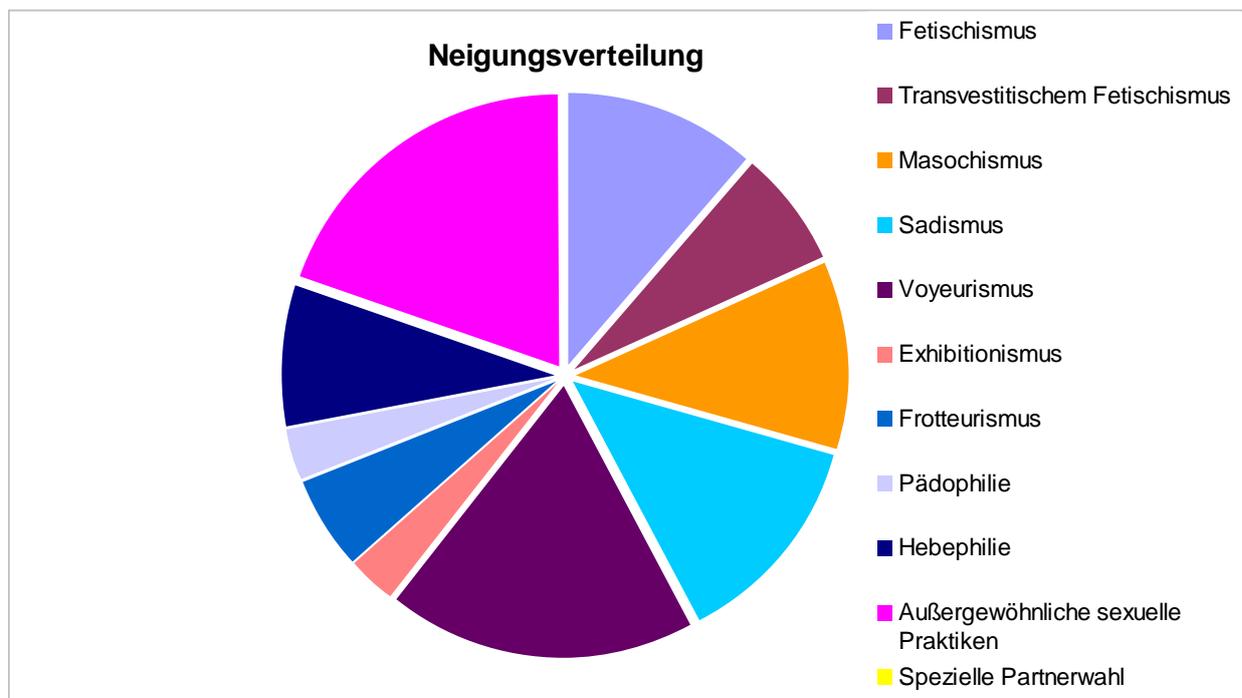
Wie zu erwarten war die Gruppe an Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck kleiner, als die mit lediglich paraphiler Ansprechbarkeit.

Beide Subgruppen unterschieden sich hinsichtlich der Prävalenzen einiger sexueller Neigungen deutlich. In der Gruppe mit paraphiler Ansprechbarkeit waren die am häufigsten angegeben Neigungen: Außergewöhnliche sexuelle Praktiken mit 11, Voyeurismus mit 8, Sadismus mit 8 und Masochismus mit 7 Nennungen. Bei den Patienten, die sexuelle Paraphilien mit Leidensdruck aufwiesen, waren Voyeurismus mit 5, Fetischismus mit 3 und außergewöhnliche sexuelle Praktiken mit 3 die am meisten genannten. Auffällig war hierbei, dass in beiden Gruppen außergewöhnliche sexuelle Praktiken und Voyeurismus beide unter den häufigsten drei Kategorien waren.

4.2.1 Gewichtung der verschiedenen sexuellen Paraphilien

Von besonderem Interesse war die Gewichtung der einzelnen sexuellen Neigungen innerhalb der befragten Patienten, die angaben, Vorlieben zu haben. Die am häufigsten genannten waren hierbei, wie auch in den Untergruppen direkt die außergewöhnlichen sexuellen Praktiken mit einem Gesamtanteil von 14 Nennungen und der Voyeurismus mit einem Gesamtanteil von 13.

Abbildung 3: Kreisdiagramm zur Verteilung der Neigungen innerhalb der mit paraphiler Ansprechbarkeit und der Paraphilien mit Leidensdruck aufsummiert



4.3 Sexuelle Funktionsstörungen

Die Befragung innerhalb des FSEV bzgl. der sexuellen Funktion und deren Störungsbilder orientierte sich am sexuellen Reaktionszyklus, der die sexuelle Interaktion in eine Appetenz-, Erregungs-, Orgasmus- und Entspannungsphase gliedert (66).

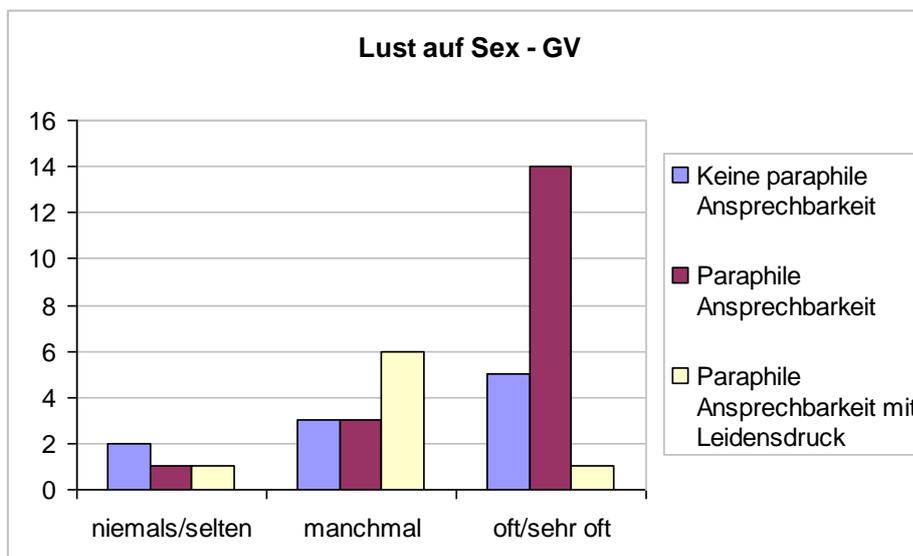
4.3.1 Nicht Erektionsbezogene Störungen

Der Teil des FSEV, der sich der Erfragung sexueller Funktionsstörungen widmete, beinhaltete neben Fragen bzgl. der Erektion auch Fragen zur „Lust auf Sex“, zum „Erregungshöhepunkt/Orgasmus“, zur „Ejakulation“ und zur „Vorzeitigen Ejakulation“. Ferner zum „Verzögerten Orgasmus“, zu „Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs“, zur „Entspannung und Zufriedenheit“, zu „Negativen Gedanken und Gefühlen vor/während/ nach sexueller Betätigung“ und zu „Unbehagen und Abscheu“.

Lust

Die Teilnehmer sollten beantworten, wie oft sie Lust auf Sex haben, wobei sich die Frage hierbei wieder auf die 3 verschiedenen Erlebensebenen von sexueller Betätigung bezog. Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Antworten:

Abbildung 4: Verteilung der Antworten auf die Frage nach Lust auf Sex (GV) innerhalb der 3 Subgruppen



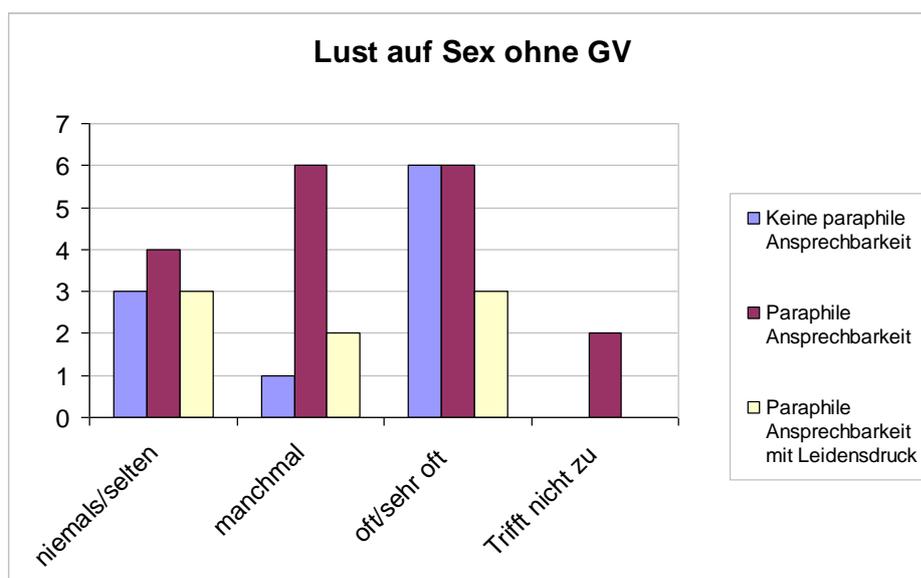
Bei der Lust auf GV gab es deutliche Unterschiede zu verzeichnen. Ein Großteil der Patienten, die eine paraphile Ansprechbarkeit vorwiesen (14 von n=18) gab an *oft/sehr oft* Lust auf GV zu verspüren, während dies v. a. bei den Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck nur ein einziger (von n= 8) überhaupt angab. Bei dieser Gruppe verspürte der Großteil (6 von n=8) lediglich *manchmal* Lust auf GV. Bei den Patienten ohne jegliche paraphile Ansprechbarkeit sah die Verteilung ähnlich der der Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit aus.

Für die meisten der KPA und PA (6 von n= 10, 13 der PA von n=18) war dies schon seit der Pubertät so. Für die Hälfte der PAL (4 von n=8) war dieser Zustand erst seit einigen Monaten vorhanden.

Jeweils ein Patient der Gruppen KPA und PAL gab an, darunter *ziemlich/sehr zu leiden*, von den PA waren es 4. Ein geringer Teil der Untergruppen jeweils litt *mittelmäßig* unter ihrer Lust auf Sex mit GV (3 der PAL, 4 der PA und 1 der KPA). Jeweils ein Großteil litt *Gar nicht/ wenig* darunter (8 der KPA, 10 der PA und 3 der PAL). Für ca. die Hälfte der KPA (4 von n= 10) und einen der PA ergab sich daraus eine große Belastung im Alltag, für jeweils 3 der PAL und KPA und 5 der PA ergaben sich mittelmäßig Probleme und für 3 der KPA und die Mehrheit der PA (12 von n=18) und der PAL (5 von n=8) keine bis wenige.

Abbildung 5 zeigt, wie oft die Männer Lust auf -Sex ohne GV- haben

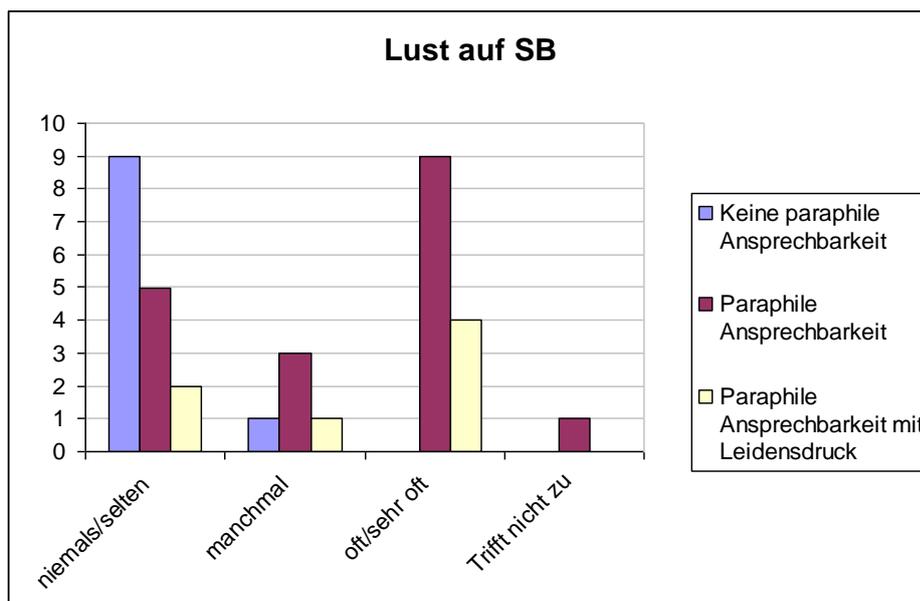
Abbildung 5: Verteilung der Antworten auf die Frage nach Lust auf Sex ohne GV innerhalb der 3 Subgruppen



3 Teilnehmer der KPA gaben an *niemals/selten* Lust auf Sex ohne GV zu haben, von den PA gaben dies 4 an, bei den PAL 3. 1 Mann der KPA, 6 der PA und 2 der PAL gaben an *manchmal* Lust auf Sex ohne GV zu haben, 6 der KPA, ebenso 6 der PA und 3 der PAL gaben an, *oft bis sehr oft* Lust auf Sex ohne GV zu haben. 2 Männer der PA gaben an, dass diese Art sexueller Betätigung für sie nicht zuträfe.

Für einen annähernd gleich großen Teil der KPA und PAL (4 von n=10 und 3 von n= 8) war dies schon seit der Pubertät so, bei den PA war es immerhin mehr, als die Hälfte (10 von n=18). Nur für einen kleinen Anteil der PA (4 von n=18) war dies erst seit einigen Monaten der Fall. Bei den anderen beiden Gruppen war dies für die Hälfte der Fall (5 von n= 10 und 4 von n=8). Jeweils ein Mann der Gruppen KPA, PA und PAL gab an, darunter *ziemlich/sehr* zu leiden. Auch jeweils 1 Mann der PAL und KPA und 5 Männer der PA gaben an, darunter nur *mittel* zu leiden. Der Großteil aller Gruppen (8 der KPA, 9 der PA und 5 der PAL) litt *wenig, bis gar nicht* darunter. 3 Männer beantworteten die Frage nicht. Für 2 der KPA und 3 der PA ergaben sich dadurch große Probleme im Alltag. Für jeweils 2 der PAL und der KPA und 3 der PA ergaben sich daraus nur mittelmäßig Probleme, für die Mehrheit aller Gruppen (6 der KPA, 11 der PA und 5 der PAL) ergaben sich *wenig bis keine* Probleme im Alltag. Auf die Frage nach Lust auf SB hin, ergab sich die in Abbildung 6 dargestellte Verteilung der Antwortmöglichkeiten:

Abbildung 6: Verteilung der Antworten auf die Frage nach Lust auf SB innerhalb der 3 Subgruppen



Fast alle Patienten der KPA (9 von n= 10) gaben an, *niemals/selten* Lust auf SB zu haben, bei den PA war es die Mehrheit mit 5 von n=8, bei den PAL nur 2 von n=18. Ein Mann von den KPA, 3 der PA und einer der PAL gaben jeweils an *manchmal* Lust auf SB zu haben. Die Hälfte jeweils der PAL und der PA (4 von n=8 und 9 von n=18) gaben an, *oft/sehr oft* Lust auf SB zu haben. 1 Missing gab es bei den PAL, einer der PA gab an, dass SB für ihn nicht zuträfe.

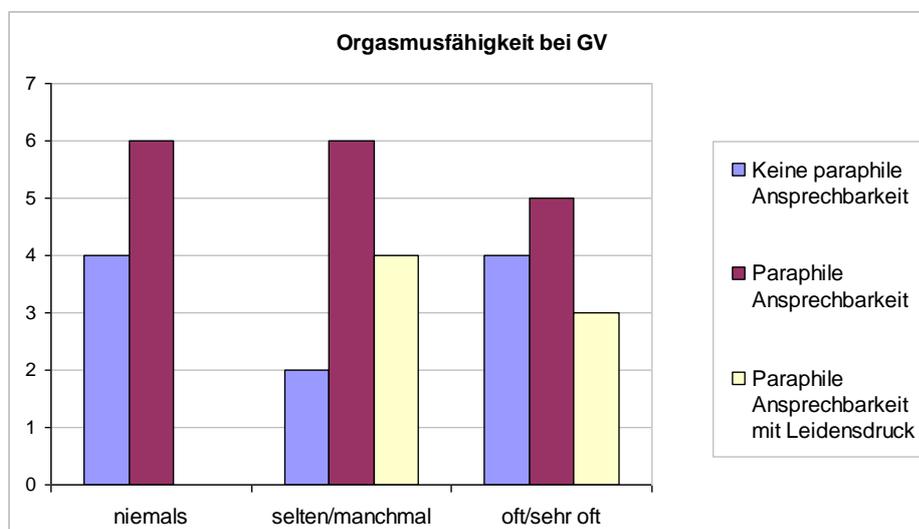
5 der KPA, 10 der PA und nur 2 der PAL gaben an, dass dies seit ihrer Pubertät der Fall war. Für 4 der KPA, 6 der PA und 5 der PAL war dies erst seit einigen Monaten der Fall. Bei der Beantwortung dieser Frage gab es 4 Missings.

Jeweils ein Mann der KPA und der PAL gab an darunter *ziemlich/sehr* zu leiden, bei den PA waren es 2. Nur ein einziger Mann, der aus der Gruppe der PAL war, litt mittelmäßig darunter, bei den anderen Gruppen war es jeweils kein einziger. Die Mehrheit aller Subgruppen (9 der KPA, 15 der PA und 5 der PAL) gab an *wenig/gar nicht* darunter zu leiden. Für keinen einzigen der KPA ergaben sich hieraus Probleme im Alltag. Lediglich 3 der PA gaben an, dass sie dadurch viele Probleme im Alltag hätten. Jeweils ein Mann der PAL und PA bejahte mittelmäßige Probleme und die meisten der PA (15 von n= 18) und der PAL (6 von n=8) hatten keine.

Orgasmusfähigkeit

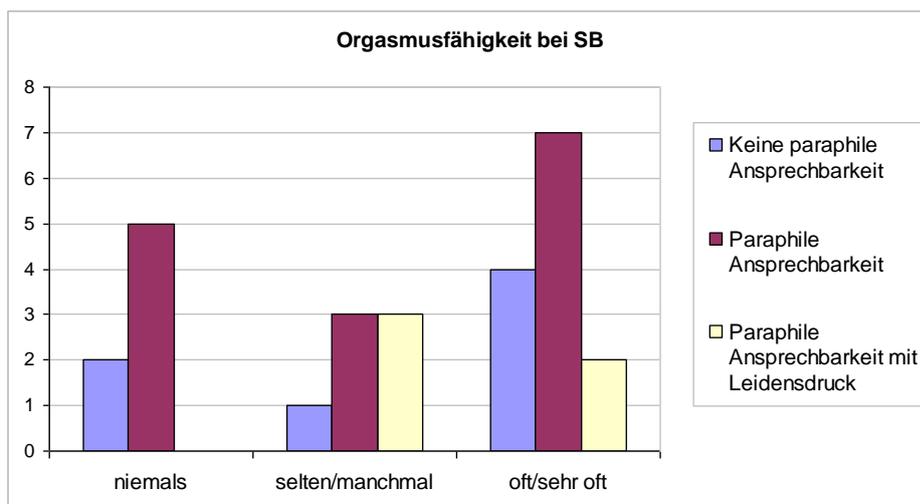
Abbildung 7 zeigt die Verteilung der Orgasmusfähigkeit bei GV in den verschiedenen Untergruppen.

Abbildung 7: Verteilung der Antworten auf die Frage nach der Orgasmusfähigkeit bei GV innerhalb der 3 Subgruppen



Innerhalb der Gruppe der PA lag eine annähernd gleich große Verteilung auf alle Antwortmöglichkeiten vor (6/6/5 von n=18). Bei den PAL gab jeweils ca. die Hälfte *selten/manchmal*, oder *oft/sehr oft* an (4/3 von n=8). Bei den KPA verteilten sich die meisten Nennungen auf *niemals*, oder *oft/sehr oft* (jeweils 4 bei n= 10). Für jeweils einen Patienten der Gruppen PAL und PA gab es ein Missing bei dieser Frage. Für jeweils einen der Gruppen PAL und PA und 2 der KPA war dies schon immer der Fall, bei jeweils nur ca. einem Drittel der PAL und KPA (jeweils 3) war dies erst seit einiger Zeit so, wohingegen dies bei den PA bei mehr als der Hälfte (10 von n=18) der Fall war. 2 der PAL, 7 der PA und 3 der KPA gaben an darunter *sehr/ziemlich* zu leiden. Doch lediglich für 3 der PA ergaben sich daraus große Probleme im Alltag. 7 der PA und 4 der KPA gaben an bei Sex ohne GV *niemals/selten* einen Orgasmus überhaupt haben zu können.

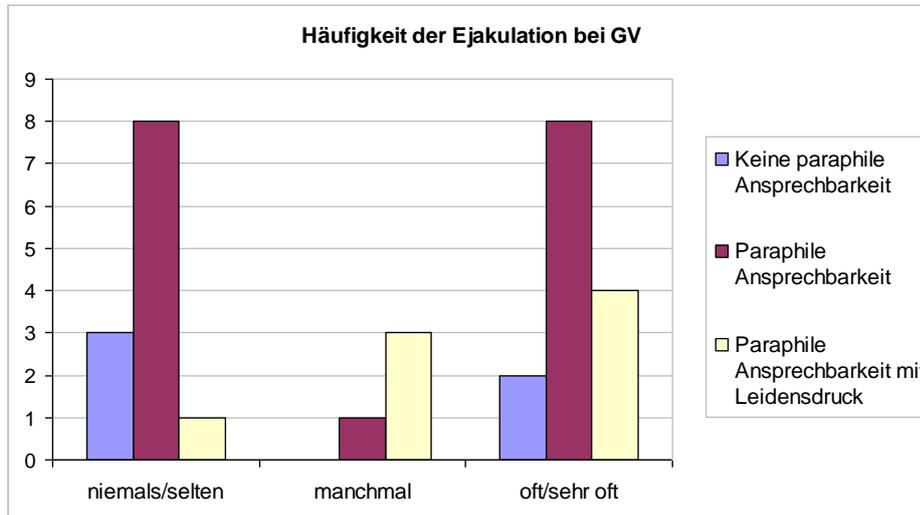
Abbildung 8: Verteilung der Antworten auf die Frage nach der Orgasmusfähigkeit bei SB innerhalb der 3 Subgruppen



Ein großer Teil (7 von n= 18) der PA gab an, bei SB *oft/sehr oft* einen Orgasmus zu haben. 2 der KPA und 5 der PA gaben an, bei SB *niemals/selten* einen Orgasmus erreichen zu können. Für 8 der PA war dies erst seit einigen Monaten der Fall. 3 der PA und einer der KPA litten sehr darunter. Nur für 3 der PA ergaben sich dadurch große Probleme im Alltag.

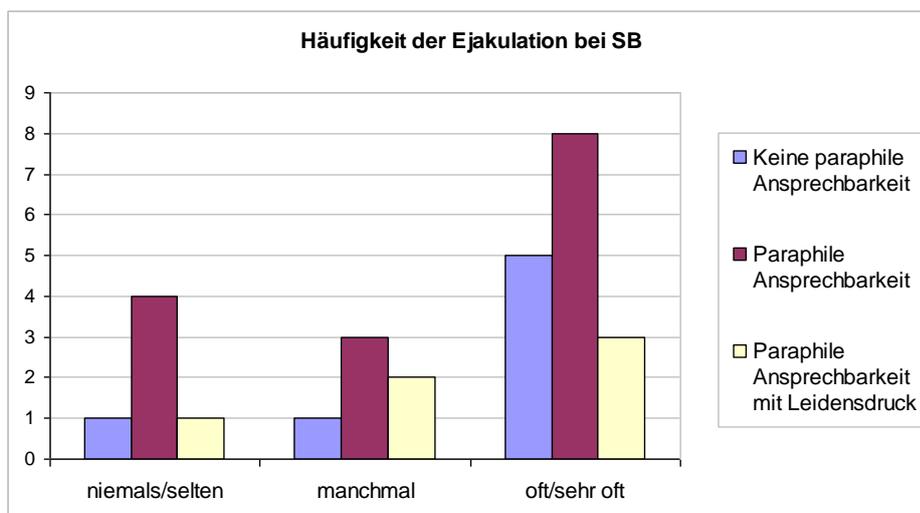
Ejakulation

Abbildung 9: Verteilung der Antworten auf die Frage nach der Häufigkeit der Ejakulation bei GV innerhalb der 3 Subgruppen



Nur 3 der KPA, und 1 der PAL gaben an *niemals/selten* einen Samenerguss bei GV zu haben, von den PAL waren es immerhin 8 bei n=18. Immerhin gab die Hälfte der PAL an (4 von n=8) *oft/sehr oft* eine Ejakulation bei GV haben zu können, bei den PA war es auch fast die Hälfte (8 von n=18). 4 der PA und 1 der KPA gaben an, sehr darunter zu leiden, aber nur für 3 der PA ergaben sich daraus größere Probleme im Sozialleben.

Abbildung 10: Verteilung der Antworten auf die Frage nach der Häufigkeit der Ejakulation bei SB innerhalb der 3 Subgruppen



Bei 4 der PA kam es bei SB niemals zur Ejakulation, dies war bei allen erst seit kurzem der Fall. 3 der PA litten sehr darunter, für die 3 ergaben sich daraus auch erhebliche

Einschränkungen im Sozialleben. Ein Großteil aller Subgruppen schien jedoch bei der SB in den meisten Fällen eine Ejakulation vorweisen zu können (5 der KPA, 8 der PA und 3 der PAL).

Vorzeitiger Orgasmus

3 der KPA gaben an, oft einen vorzeitigen Orgasmus bei GV zu haben, sie gaben an, darunter sehr zu leiden und deshalb große Beeinträchtigungen in der partnerschaftlichen Beziehung zu erfahren. Mehr als die Hälfte der PAL (5 von n=8) gaben an, sehr oft/oft einen vorzeitigen Orgasmus bei GV zu haben, 4 gaben an, darunter sehr zu leiden und 3 klagten über große Probleme im Alltag.

Bei der SB gaben 2 der KPA an, öfter einen vorzeitigen Orgasmus zu haben, 4 der PAL gaben an, manchmal einen vorzeitigen Orgasmus bei SB zu haben.

Verzögerter Orgasmus

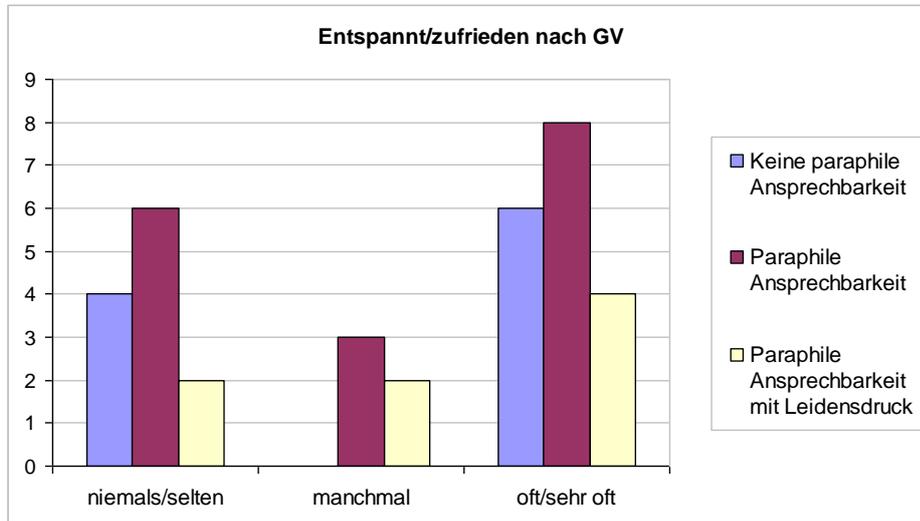
Lediglich 2 der PA gaben an, sehr oft unter einem verzögerten Orgasmus bei GV zu leiden und dadurch sehr großen Leidensdruck zu erleben. Für einen von ihnen ergaben sich daraus größere Probleme im Alltag. Diese 2 Probanden litten auch bei SB sehr oft/oft unter einem verzögerten Orgasmus. Alle der KPA und PAL gaben an, niemals bis selten darunter zu leiden.

Schmerzen

1 der PAL gab an oft, sowohl bei GV, als auch bei SB, Schmerzen zu haben, hierunter leide er ziemlich. Daraus ergaben sich aber nur mittelmäßig Probleme. 2 der KPA gaben an bei GV oft Schmerzen zu haben, nur einer von ihnen litt ziemlich darunter. Probleme ergaben sich für sie nur wenig.

Entspannung und Zufriedenheit

Abbildung 11: Verteilung der Antworten auf die Frage nach gefühlter Entspannung/Zufriedenheit nach GV innerhalb der 3 Subgruppen



4 der KPA, 6 der PA und 2 der PAL gaben an, *niemals/selten* nach GV entspannt, oder zufrieden zu sein. 3 der PA und 2 der PAL seien dies manchmal. Ein Großteil der jeweiligen Untergruppe (6 der KPA, 8 der PA und 4 der PAL) gab an oft/sehr oft zufrieden/entspannt nach GV zu sein. 2 der PAL, 3 der PA und 3 der KPA litten ziemlich/sehr darunter. Für 1 PAL und 1 PA ergaben sich daraus Probleme im Alltag. 3 der KPA und 4 der PA gaben an selten/niemals entspannt/zufrieden nach der SB zu sein. 1 der KPA, 3 der PA litten sehr/ziemlich darunter, für 1 der PA ergaben sich daraus große Probleme im Alltag.

Negative Gedanken und Gefühle

3 der KPA, 1 der PA und 2 der PAL gaben an *sehr oft/oft* negative Gedanken/Gefühle vor/während/bei GV zu empfinden. 3 der KPA, 2 der PA und 3 der PAL litten sehr/ziemlich darunter. Für 1 KPA, 1 PA und 2 PAL ergaben sich daraus große Probleme im Alltag.

1 der PA empfand auch vor/während/bei SB sehr oft/oft negative Gedanken/Gefühle. Er gab an, sehr darunter zu leiden und dadurch große Probleme im Alltag zu haben.

Unbehagen und Abscheu

1 der PA gab an, sehr oft vor/während/bei GV Unbehagen und Abscheu zu empfinden, er leide sehr darunter und es ergaben sich dadurch große Probleme im Alltag. Das gleiche galt für ihn auch bei der SB.

4.3.2 Prävalenz der Erektionsstörung

Wie unter Kapitel 4.1 bereits angesprochen erfüllten von den 46 befragten Männern nur 36 Männer das Einschlusskriterium der Erektile Störung (EDi), wie es unter Kapitel 3 festgelegt wurde (12).

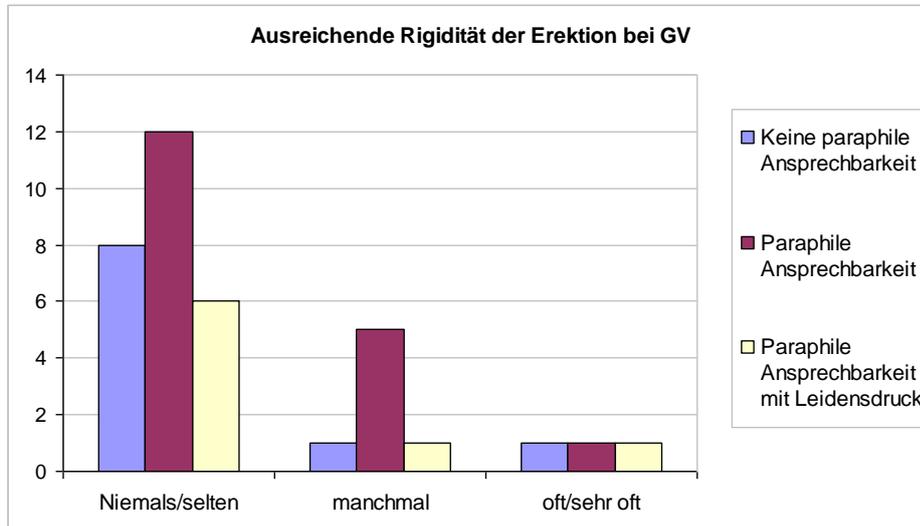
In den folgenden Untersuchungen und Berechnungen wurden daher **nur die 36 Patienten berücksichtigt, die nachgewiesener Weise an einer EDi litten**. Auch hierbei wurden die Patienten wieder in 3 Untergruppen eingeteilt, die der Patienten, die keine paraphile Ansprechbarkeit vorwiesen (KPA, n=10), die mit paraphiler Ansprechbarkeit (PA, n=18) und die mit Paraphilie mit Leidensdruck (PAL, n=8).

Innerhalb des Untersuchungskollektivs wurde die absolute Verteilung der Erektionsstörungen innerhalb der Subgruppen auf die jeweils 3 Unterkategorien, Geschlechtsverkehr (GV), Sex ohne Geschlechtsverkehr und Selbstbefriedigung (SB) mittels Balkendiagrammen gesondert dargestellt.

Einzelne Patienten, die ihre Rigidität mit *oft/sehr oft* beschrieben hatten, wurden dennoch in die Studie aufgenommen, diese beklagten dann auf nur einzelnen Erlebensebenen eine EDi, oder sie litten bei zwar ausreichender Rigidität, dann aber unter mangelnder Dauer der Erektionsaufrechterhaltung und umgekehrt.

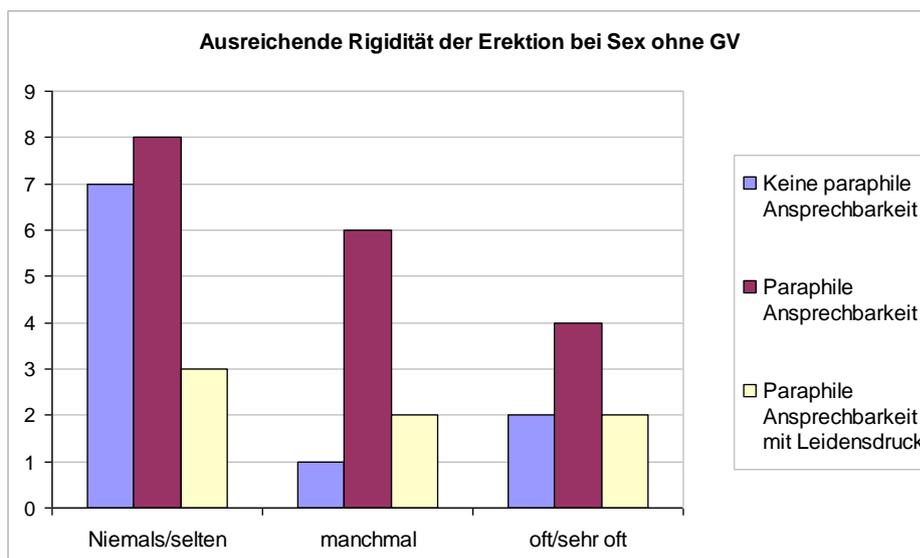
4.3.2.1 Rigidität der Erektion in den einzelnen Subgruppen

Abbildung 12: Verteilung der Antworten auf die Frage nach ausreichender Rigidität der Erektion bei GV innerhalb der 3 Subgruppen



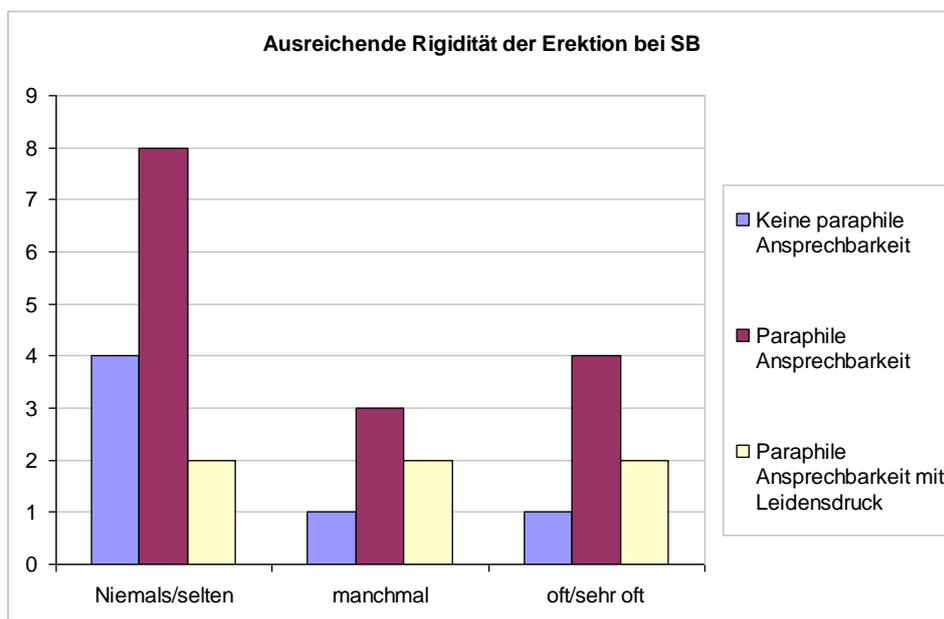
Jeweils die Mehrheit aller Subgruppen (8 der KPA, 12 der PA und 6 der PAL) gab an, *niemals/selten* über ausreichende Rigidität der Erektion bei GV zu verfügen. Für jeweils 1 der KPA und PA bestand hierbei eine primäre EDi, also eine seit der Pubertät bestehende EDi bei GV. Ebenso gaben die meisten hierbei jeweils massivsten Leidensdruck hierdurch an (8 der KPA, 10 der PA und 4 der PAL). Für 3 der KPA, 5 der PA und 1 PAL ergaben sich dadurch große Probleme im Alltag.

Abbildung 13: Verteilung der Antworten auf die Frage nach ausreichender Rigidität der Erektion bei Sex ohne GV innerhalb der 3 Subgruppen



Jeweils ein großer Teil gab an, bei Sex ohne GV *niemals/selten* eine Erektion von ausreichender Rigidität erreichen zu können (7 der KPA, 8 der PA und 3 der PAL). 1 der KPA, 6 der PA und 2 der PAL schafften dies nur manchmal. 3 der KPA, 4 der PA und 2 der PAL hatten oft/sehr oft eine Erektion mit ausreichender Rigidität bei Sex ohne GV. 1 KPA und 1 PA litten seit der Pubertät darunter. 6 KPA, 7 PA und 1 PAL gaben hierbei massiven Leidensdruck an. Für 3 PA und 1 KPA ergaben sich hieraus große Probleme im Alltag.

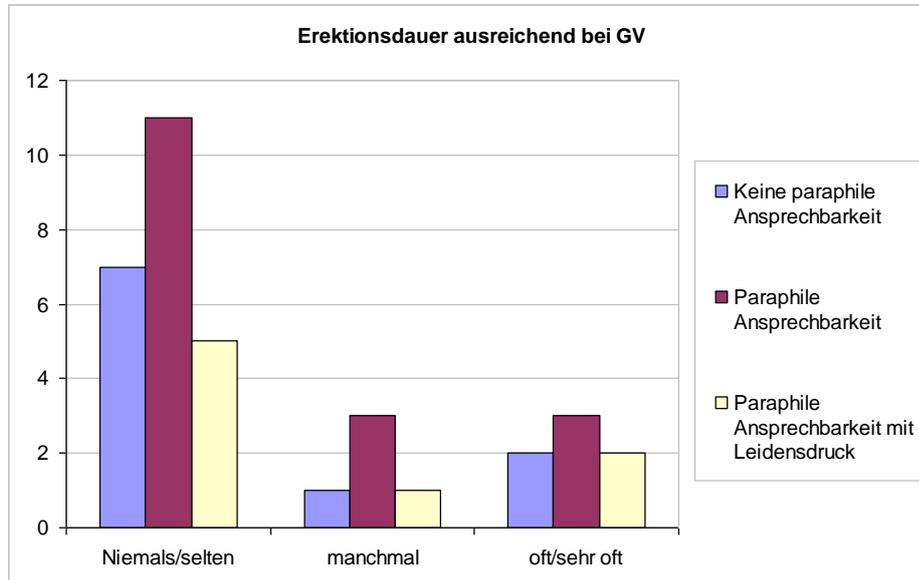
Abbildungen 14: Verteilung der Antworten auf die Frage nach ausreichender Rigidität der Erektion bei SB innerhalb der 3 Subgruppen



Die Mehrheit der PA (8 von n=18) gab an, *niemals/selten* eine ausreichende Rigidität bei SB zu erreichen, dies wurde ebenso von der Mehrheit der KPA (4 von n=10, wobei 4 hier die Antwort trifft nicht zu“ wählten) angegeben. Für die anderen Antwortmöglichkeiten erreichten alle 3 Subgruppen ähnliche Anteile. Für nur 1 der PA bestand hierbei eine primäre EDi. 2 der KPA und 6 der PA litten massiv unter der mangelhaften Rigidität. Für 1 der KPA und 4 der PA ergaben sich daraus große Probleme im Alltag. Insgesamt gaben 9 Männer an, dass für sie keine Probleme bei der SB zuträfen.

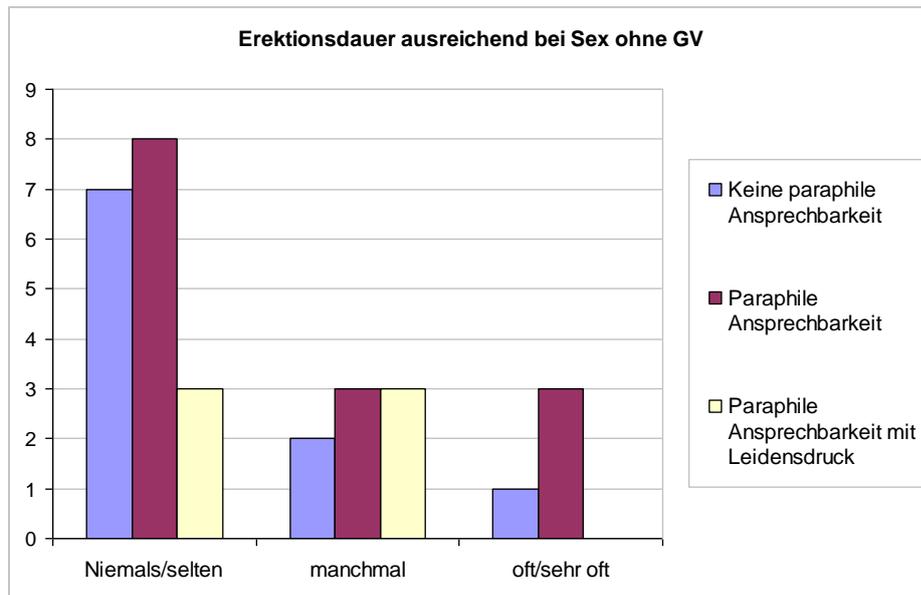
4.3.2.2 Dauer der Erektion in den einzelnen Subgruppen

Abbildung 15: Verteilung der Antworten auf die Frage nach dem Aufrechterhalten der Erektion bei GV innerhalb der 3 Subgruppen



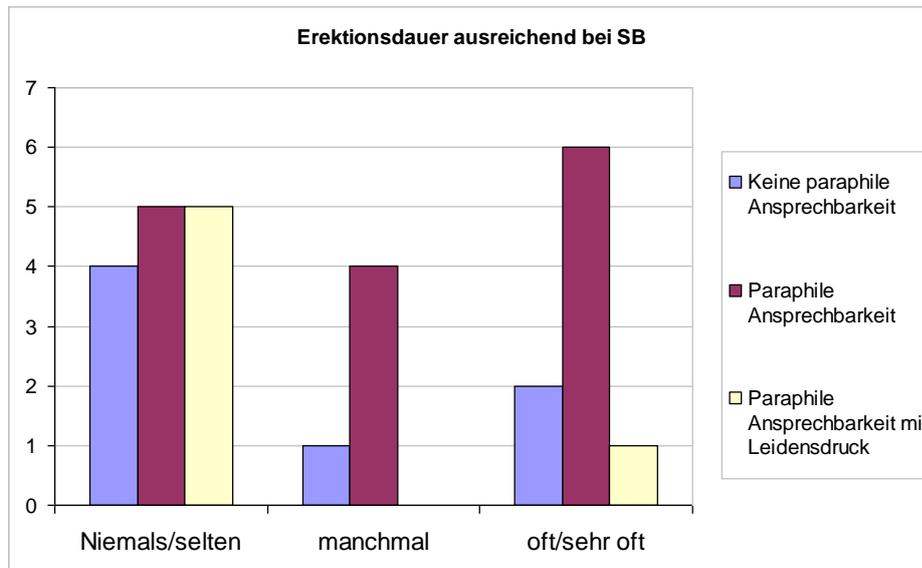
Der Großteil aller drei Untergruppen (7 der KPA, 11 der PA und 5 der PAL) gab an, bei GV *niemals/selten* eine ausreichend lange Erektion erreichen zu können. Für 1 der KPA, 3 der PA und 1 der PAL war dies *manchmal* der Fall. 2 der KPA, 3 der PA und 2 der PAL konnten ihre Erektion *oft/sehr oft* lange genug halten. Für jeweils 1 der KPA/PA/PAL bestand dieses Problem seit der Pubertät. Für jeweils einen Großteil der jeweiligen Untergruppe ergab sich hierdurch ein massiver Leidensdruck (8 der KPA, 12 der PA und 4 der PAL). 3 der KPA, 5 der PA und 1 PAL hatten dadurch große Probleme im Alltag. Es gab bei der Beantwortung dieses Fragenkomplexes 1 Missing.

Abbildung 16: Verteilung der Antworten auf die Frage nach dem Aufrechterhalten der Erektion bei Sex ohne GV innerhalb der 3 Subgruppen



Für die Mehrheit der KPA (7 von n=10) und der PA (8 von n=18, für 4 traf diese Möglichkeit nicht zu) und immerhin die Hälfte der PAL (3 von n=8 bei 2-maligem „trifft nicht zu“) war die Erektionsdauer bei Sex ohne GV *niemals/selten* lange genug. Für 2 der KPA und 3 der PA/PAL war dies *manchmal* der Fall. 1 der KPA und 3 der PA hatten *oft/sehr oft* eine ausreichend lange Erektion bei Sex ohne GV. Jeweils 1 der KPA/PA/PAL litt darunter seit der Pubertät. 6 der KPA, 8 der PA, 1 PAL empfanden dadurch großen Leidensdruck, 2 der KPA, 3 der PA und 2 PAL hatten dadurch große Probleme im Alltag. 6 Teilnehmer wählten, dass dieser Antwortkomplex für sie nicht zuträfe.

Abbildung 17: Verteilung der Antworten auf die Frage nach dem Aufrechterhalten der Erektion bei SB innerhalb der 3 Subgruppen



Die Mehrheit der Untergruppen der KPA und PAL (4 der KPA und 5 der PAL) gaben an bei SB *niema/s/selten* eine ausreichend lange Erektion zu haben. Bei den PA gab es für alle Antwortmöglichkeiten eine ähnliche Verteilung (5/ 4/ 6). Bei 1 der PA und 2 der PAL bestand die Problematik seit der Pubertät. 5 der KPA und 3 der PA litten *sehr/ziemlich* darunter. 1 der KPA und 4 der PA hatten dadurch große Probleme im Alltag. 10 Patienten wählten hier die Option, dass der Fragenkomplex nicht für sie zuträfe.

4.4 Assoziationen sexueller Funktionsstörung und sexueller Präferenzstörung

Die in Kapitel 2 formulierte Hypothese, nach der zwischen den beiden Variablen Häufigkeit einer für GV/ Sex ohne GV/ SB ausreichenden Erektion und dem Vorliegen einer paraphilen Ansprechbarkeit, oder einer Paraphilie mit Leidensdruck ein positiv-monotoner Zusammenhang besteht, wurde mithilfe des Korrelationskoeffizienten Kendall τ_b statistisch überprüft.

4.4.1 Paraphile Ansprechbarkeit und EDi

Um den Ausprägungsgrad der paraphilen Ansprechbarkeit mit dem Schweregrad der Erektionsstörung vergleichen zu können, wurde das Merkmal der paraphilen Ansprechbarkeit adjustiert. Dies bedeutet, dass bei den folgenden Betrachtungen nicht

mehr auf drei verschiedenen Erlebensebenen Werte berücksichtigt wurden, sondern der größte zahlenmäßige Ausschlag auf einer der drei Ebenen als repräsentativer Wert für alle drei Ebenen angenommen wurde. Beim Vorliegen verschiedener sexueller Neigungen wurde die am stärksten ausgeprägte als repräsentativ berücksichtigt.

Hierfür wurde eine ordinal skalierte 4-Punktwertung festgelegt, wobei diese für die paraphile Ansprechbarkeit „mild/stärker/stark/sehr stark ausgeprägt“ annehmen konnte.

Für den Bereich der EDi wurden die drei verschiedenen Erlebensebenen beibehalten.

Tabelle 23: Zusammenfassung der Korrelationsanalysenergebnisse für paraphile Ansprechbarkeit, n = 18 innerhalb der 3 verschiedenen Erlebensebenen

	<i>Korrelationskoeffizient</i> <i>Kendall τ_b</i>	Signifikanz
EDi bei GV	- 0,41	0,47
EDi bei Sex ohne GV	- 0,48	0, 21
EDi bei SB	- 0,37	0,68

Grundsätzlich besteht eine negative Korrelation zwischen Ausprägungsgrad der paraphilen Ansprechbarkeit und dem Schweregrad der Erektionsstörung bei Geschlechtsverkehr. Dieser Wert wurde mit (-0,41) berechnet, wobei dies keinen signifikanten Wert darstellt. Was bedeutet, dass tendenziell eher ein hoher Schweregrad an EDi mit einer weniger stark ausgeprägten paraphilen Ansprechbarkeit in Zusammenhang steht.

Auch in der Darstellung der Korrelation des Schweregrades der EDi bei Sex ohne GV und dem Ausprägungsgrad der paraphilen Ansprechbarkeit lässt sich nach Berechnung des Kendall τ_b Korrelationskoeffizienten ein negativer Zusammenhang (- 0,48) mit einem Signifikanzwert von (0,21) beschreiben.

Bezüglich der Erlebensebene Selbstbefriedigung lässt sich mittels Berechnung des Kendall τ_b ein negativer Zusammenhang (-0,37) mit einem Signifikanzwert von (0,68) beschreiben.

So lässt sich insgesamt für alle 3 Erlebensebenen ein tendenziell negativer Zusammenhang zwischen Schweregrad der Erektionsstörung und dem Ausprägungsgrad der paraphilen Ansprechbarkeit beschreiben. Allerdings ist zu

erwähnen, dass keiner der Werte eine signifikante Aussage darstellt. Man kann dennoch behaupten, dass wohl eher ein Zusammenhang zwischen vermindert ausgeprägter paraphiler Ansprechbarkeit ohne Leidensdruck und einer stark ausgeprägten EDi vorliegt, als umgekehrt.

4.4.2 Paraphilie mit Leidensdruck und EDi

Um den Ausprägungsgrad der Paraphilie mit Leidensdruck mit dem Schweregrad der Erektionsstörung vergleichen zu können, wurde das Merkmal der Paraphilie mit Leidensdruck adjustiert. Dies bedeutet, dass bei den folgenden Betrachtungen nicht mehr auf drei verschiedenen Erlebensebenen Werte berücksichtigt wurden, sondern der größte zahlenmäßige Ausschlag auf einer der drei Ebenen als repräsentativer Wert für alle drei Ebenen angenommen wurde. Beim Vorliegen mehrfacher verschiedener sexueller Paraphilien mit Leidensdruck wurde die am stärksten ausgeprägte als repräsentativ berücksichtigt. Hierfür wurde eine ordinal skalierte 3 - Punktwertung festgelegt, wobei diese für die Paraphilie mit Leidensdruck „mild/stark/sehr stark ausgeprägt“ annehmen konnte. Für den Bereich der EDi wurden die drei verschiedenen Erlebensebenen beibehalten.

Tabelle 24: Zusammenfassung der Korrelationsanalysergebnisse für sexuelle Paraphilie mit Leidensdruck, n = 8, innerhalb der 3 verschiedenen Erlebensebenen

	<i>Korrelationskoeffizient</i> <i>Kendall τ_b</i>	Signifikanz
EDi bei GV	- 0,5	0,88
EDi bei Sex ohne GV	- 0,46	0, 21
EDi bei SB	- 0,60	0,11

Ähnlich wie bei der paraphilen Ansprechbarkeit lässt sich auch bei der Paraphilie mit Leidensdruck und der Schwere der EDi ein negativer Zusammenhang beschreiben. Mittels Berechnung ergibt sich hierfür ein Korrelationskoeffizient von (-0,5) bei einem Signifikanzwert von (0,88).

Auch in der Darstellung der Korrelation des Schweregrades der EDi bei Sex ohne GV und dem Ausprägungsgrad einer Paraphilie mit Leidensdruck lässt sich nach Berechnung des Kendall τ_b Korrelationskoeffizienten ein negativer Zusammenhang (-0,46) mit einem Signifikanzwert von (0,21) beschreiben. Bezüglich der Erlebensebene Selbstbefriedigung lässt sich mittels Berechnung des Kendall τ_b ein negativer Zusammenhang (-0,60) mit einem Signifikanzwert von (0,11) detektieren.

Für alle drei Erlebensebenen lässt sich also auch für den Ausprägungsgrad einer Paraphilie mit Leidensdruck und den Schweregrad einer vorliegenden EDi ein tendenziell negativer Zusammenhang aufzeigen. Auch hier war keiner der vorliegenden Werte statistisch signifikant. Dennoch ist aufgrund der Tendenzen anzunehmen, dass je ausgeprägter eine Paraphilie mit Leidensdruck ist, umso wahrscheinlicher ein milder Schweregrad einer EDi vorliegt.

4.5 Sexualität und partnerschaftliche Bindung

Im Weiteren wurden Korrelationen zwischen Ausprägungsgrad von paraphiler Ansprechbarkeit, oder einer Paraphilie mit Leidensdruck und dem Zufriedenheitsgrad in der Partnerschaft und im Sexleben hergestellt. Es wurden wieder die Gruppe der mit paraphiler Ansprechbarkeit und die der Paraphilien mit Leidensdruck separat ausgewertet. Auch hier wurde wieder der Rangkorrelationskoeffizient nach Kendall τ_b verwendet.

4.5.1 Paraphile Ansprechbarkeit und partnerschaftliche Bindungssituation

Tabelle 25: Zusammenfassung der Korrelationsanalysenergebnisse für paraphile Ansprechbarkeit, n = 18 und der partnerschaftlichen Situation:

	<i>Korrelationskoeffizient</i> <i>Kendall τ_b</i>	Signifikanz
PA und Zufriedenheit mit dem Sexleben	-0,3	0,22
PA und Zufriedenheit mit der Partnerschaft	0,15	0,54

Die in Tabelle 26 zusammengefassten Ergebnisse zeigen einen negativen Zusammenhang zwischen einer paraphilen Ansprechbarkeit und der Zufriedenheit mit dem Sexleben, was bedeutet, dass je mehr die paraphile Ansprechbarkeit ausgeprägt ist, umso niedriger ist die Zufriedenheit mit dem partnerschaftlichen Sexualleben. Jedoch liegt hierfür kein signifikanter Wert vor, daher ist allenfalls von einem tendenziellen Verhalten zu sprechen.

Auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen paraphiler Ansprechbarkeit und der partnerschaftlichen Zufriedenheit wurde eine positive Korrelation errechnet. Das heißt, je ausgeprägter die paraphile Ansprechbarkeit ist, desto zufriedener waren die Männer mit ihrer Partnerschaft. Auch hierfür lagen keine signifikanten Werte vor.

4.5.2 Paraphilie mit Leidendruck und partnerschaftliche Bindungssituation

Tabelle 26: Zusammenfassung der Korrelationsanalysenergebnisse für Paraphilie mit Leidensdruck, n = 8 und der partnerschaftlichen Situation:

	<i>Korrelationskoeffizient</i> <i>Kendall τ_b</i>	Signifikanz
PAL und Zufriedenheit mit dem Sexleben	0,2	0,55
PAL und Zufriedenheit mit der Partnerschaft	-0,7	0,056

In der statistischen Korrelationsanalyse zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen Paraphilie mit Leidensdruck und der Zufriedenheit mit dem Sexleben. Je ausgeprägter also die Paraphilie mit Leidensdruck, desto zufriedener waren die Männer mit ihrem Sexleben. Allerdings lagen hier keine signifikanten Werte vor.

Was die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Vorliegen einer Paraphilie mit Leidensdruck und der Zufriedenheit mit der Partnerschaft betrifft zeigte sich ein nahezu signifikanter negativer Zusammenhang. Das bedeutet, dass man mit höherer statistischer Sicherheit davon ausgehen kann, dass ein hoher Ausprägungsgrad an vorliegender Paraphilie mit Leidendruck eine höhere partnerschaftliche Unzufriedenheit mit sich bringt.

5. Diskussion

Ziel dieser Untersuchung war es, auf eine explorative Art und Weise Zusammenhänge zwischen sexueller Funktionsstörung, in diesem Fall gesondert der Erektionsstörung und paraphiler Ansprechbarkeit/ Paraphilie mit Leidensdruck und daraus wiederum deren Zusammenhang mit der partnerschaftlichen Situation aufzuzeigen. Innerhalb der Fachliteratur findet sich eine überschaubare Anzahl an Daten bezüglich des Vorhandenseins und der Ausprägungsformen sexueller Präferenzmuster. Bis dato gab es keine Arbeit, die den Zusammenhang zwischen Sexualität und partnerschaftlicher Bindungssituation gesondert darstellte.

5.1 Die Methodik

Diese Studie wurde als Querschnittstudie angelegt. Ihre Vorteile liegen sicher in der schnellen und preiswerten Durchführbarkeit und der einfachen Praktikabilität mit der leichtens ein großes und bestimmtes Kollektiv an Patienten erreicht und befragt werden kann. Besonders für chronische, oder langwierige Prozesse, wie die EDi und die paraphile Ansprechbarkeit/Paraphilie mit Leidensdruck ist dieses Studiendesign bestens geeignet.

Jedoch bringt jede Art von Methodik auch ihre eigenen spezifischen Nachteile mit sich. Durch den Aufbau einer Querschnittstudie ist es nicht möglich die Ursache, bzw. die Konsequenzen der thematisierten Symptome und Erkrankungen zu erfassen. Es handelt sich lediglich um eine Momentaufnahme des aktuellen Ist-Zustandes, der explorativ erfasst und deskriptiv beschrieben werden kann. In der analytischen Betrachtung können nur einfache Korrelationen bestimmt werden, wodurch Zusammenhänge zwischen zwei Merkmalen, wie hier der EDi und der paraphilen Ansprechbarkeit/Paraphilie mit Leidensdruck beschrieben werden können.

Bei einer Querschnittstudie ist die Zuverlässigkeit der anamnestischen Angaben von vornherein limitiert. Die Studie wurde als Interviewarbeit konzipiert, da es sich mit beiden abgefragten Merkmalen um so genannte „gesellschaftliche Tabuthemata“ handelt, ist natürlich der Wahrheitsgehalt hinter den Patientenangaben kritisch zu

betrachten. Hinzu kommt, dass die Befragungen der Patienten durch zwei junge Frauen, beide Mitte 20, durchgeführt wurden, was einzelne Patienten abgeschreckt haben könnte, das volle Ausmaß ihrer Symptome zu beschreiben. Natürlich kommt hinzu, dass die Teilnahme freiwillig war und aufgrund der Persönlichkeit der Fragen, Patienten, die besonders starke Merkmalsausprägungen hätten vorweisen können, sich für diese schämten und daher die Teilnahme verweigerten.

Trotz einer Vorauswahl der Fragen, hatte der angepasste FSEV am Ende immer noch mehr als 90 Fragen. Boer et al. (21) haben gezeigt, dass die Anzahl der Fragen einen direkten Einfluss auf deren Beantwortung hat. So kann es sein, dass trotz des durchgeführten Interviews die Befragten mit zunehmender Länge des Gesprächs weniger genau über die Antworten nachdachten und stattdessen eine möglichst schnelle Vorantreibung des Interviews über die Exaktheit der Antworten stellten.

Für ähnliche Untersuchungen in der Zukunft würde sich daher ein auf ein Minimum reduzierter Fragebogen wohl besser eignen.

Bei der Durchführung der Studie wurde innerhalb der Auswahl des Patientenkollektivs kein besonderes Augenmerk auf das Alter der Patienten gelegt. Auch im Nachhinein wurden die Daten nicht gesondert nach Altersgruppen betrachtet, da dies bei einer Studienpopulation dieser Größenordnung nur schwer durchführbar gewesen wäre. Am Durchschnittsalter (knapp 50) der Patienten ist jedoch zu erkennen, dass eine Altersverteilung in die höheren Dekaden vorliegt. Hierbei ist natürlich nachvollziehbar, dass sich die Ergebnisse ein wenig verzerren, allein dadurch, dass in höheren Alterssparten allein schon aus physiologischer Sicht heraus eine höhere Prävalenz an EDi herrschen muss, weswegen sich dies innerhalb der vorliegenden Studie zu Ungunsten der Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit/Paraphilie mit Leidensdruck auswirken kann, da das Patientenkollektiv so vermehrt aus älteren Probanden bestand, sich aber sexuelle Neigungen häufiger bei jüngeren Menschen feststellen lassen (3).

Auch ist durch die Einschlusskriterien das Patientenkollektiv schon von vornherein stark selektiert. Wenn man die Befragung auf mehrere Kliniken und Privatpraxen, vielleicht sogar in verschiedenen Bundesländern, simultan ausweiten würde, würde man unter Umständen ein anderes Verteilungsmuster erwarten, als das in dieser Arbeit vorliegende.

5.2 Ergebnisse

5.2.1 Allgemeine Daten

Bezüglich der allgemeinen Fragen zur Kindheit und zum schulischen und beruflichen Werdegang zeigten sich in den Subgruppen der „Paraphilen mit Leidensdruck“, der Patienten „mit paraphiler Ansprechbarkeit“ und „ohne paraphile Ansprechbarkeit“ kaum nennenswerte Unterschiede. Erstaunlicher Weise bewegen sich die drei Gruppen ungefähr im gleichen Alter, 50 +/- 3. Dies würde der Annahme entsprechen, dass die Erektionsstörung hauptsächlich ein Problem des Mannes im mittleren Alter darstellt.

Es zeigte sich in allen drei Gruppen ein ähnliches Verteilungsmuster bzgl. Ausbildung, Ehe und Partnerschaft und Ausrichtung nach religiösen Werten.

Die meisten Patienten, unabhängig von ihrer Gruppenzugehörigkeit, hatten eine abgeschlossene Schulausbildung und waren vollzeit berufstätig. So konnten keine Tendenzen festgestellt werden, dass sexuelle Paraphilien vermehrt in den niederen Bildungs- und Gesellschaftsschichten besonders stark vertreten seien. Im Gegenteil es waren vermehrt gebildete Leute vertreten, eher zurückhaltend, gut sozial und beruflich integriert, so dass Zuordnungen zu verschiedenen mit bestimmten sexuellen Verhalten/Präferenzen assoziierten Typen innerhalb dieses Klientels nicht vorgenommen werden konnten (11).

Die Mehrheit der Paraphilen mit Leidensdruck und der mit paraphiler Ansprechbarkeit litt unter einer vorhandenen Trennung der Eltern in der Kindheit, im Gegensatz zu denen ohne paraphile Ansprechbarkeit. Auch wird von den meisten Teilnehmern aller drei Gruppen ein sehr guter bis mittelguter Umgang in der Familie während der Kindheit beschrieben, wodurch eine evtl. Assoziation zwischen „schwerer“ Kindheit und Ausprägung von paraphiler Ansprechbarkeit/Paraphilie mit Leidensdruck, hier seien v.a. gewaltinvolvierende und potenziell fremdgefährdende Strömungen angesprochen, nicht erfasst werden konnte. Man kann jedoch sagen, dass insgesamt in der Gruppe der mit paraphiler Ansprechbarkeit/Paraphilie mit Leidensdruck das Verhältnis zur „Vaterfigur“ meist schlechter war, als das Verhältnis zur „Mutterfigur“.

Es bleibt die Überlegung anzustellen, ob eine fehlende Vaterfigur in der Kindheit, oder ein Missverhältnis zu dieser sich auf die sexuelle und partnerschaftliche Entwicklung auswirken kann. So könnte durch das Ausbleiben von Zärtlichkeiten und Liebkosungen durch ein vorgelebtes gewaltbereites, eher kühles männliches Vorbild ein Lernprozess stattgefunden haben, der sich bis hin zur Entwicklung sexuell abweichenden Verhaltens ausdehnt (11, 69).

5.2.2 Partnerschaftlichen Ebene

Die meisten Patienten aus allen drei Gruppen befanden sich derzeit in einer festen, zum Großteil ehelichen Partnerschaft. Hierbei wurden meist hohe bis sehr hohe Zufriedenheitswerte angegeben.

Die Männer schätzten also ihre Partnerinnen sehr und gaben auch überwiegend an, diese sehr zu lieben und gerade deshalb so großen Leidensdruck zu empfinden, weil sie wissen, sie können ihre Partnerin nicht so befriedigen, wie sie möchten. Von den insgesamt 46 Patienten erfüllten 7 das Kriterium des Leidensdruckes nicht, weswegen sie aus der Befragung ausgeschlossen wurden. Dennoch suchten diese Männer die Sprechstunde für Erektionsstörungen auf. Der Grund dafür war, dass die Partnerin derart unzufrieden mit der aktuellen Sexuelsituation war, dass die Männer den Arzt aufsuchten, um die Partnerin glücklich zu machen. Es entstand also eine Art „sekundärer“ Leidensdruck, der durch die Unzufriedenheit der Partnerin aufgrund der vorliegenden Erektionsschwäche zustande kam, nicht in erster Linie durch den eigenen körperlichen Leidensdruck. Somit stellten die Männer die partnerschaftliche Zufriedenheit in Zusammenhang mit der sexuellen Zufriedenheit der Frau, obwohl genau diese beiden Merkmale bei den Männern selbst getrennt voneinander zu laufen schienen. Dies würde vor dem Hintergrund logisch erscheinen, dass in der Literatur die vaginale Penetration immer wieder allein als größte sexuelle Befriedigung der Frau beschrieben wurde (70). Andererseits könnte auch zu wenig Kommunikation bzgl. sexueller Wünsche und Probleme innerhalb der Beziehungen stattgefunden haben.

Befragte man nun die Männer bzgl. der Zufriedenheit mit ihrem aktuellen Sexualleben, gaben die meisten an, gar nicht bis wenig zufrieden zu sein. Die Unzufriedenheit zog sich durch alle drei Gruppen gleichmäßig hindurch. Dennoch gaben die meisten Patienten an, in ihrer Partnerschaft sehr glücklich zu sein. Dies würde bedeuten, dass

von den Männern wohl andere Merkmale einer funktionierenden Beziehung, wie z.B. die unter Kapitel 1 angesprochene Beziehungsdimension hoch genug bewertet wurde, so dass diese die Unzufriedenheit mit dem Sexualleben, in dieser Hinsicht dann die Lustdimension, überwog. Genau darin liegen wichtige Ansatzpunkte der syndyastischen Sexualtherapie, die sich damit auf das vorliegende Klientel gut anwenden lassen würde, nämlich die Fähigkeit zur Selbstrücknahme für das „höhere Gut“, eine intakte Beziehung (39). Dennoch muss man an dieser Stelle auch aufgreifen, dass ganze 5 Männer der Paraphilen mit Leidensdruck parallele sexuelle Beziehungen unterhielten. Würden diese Männer ihren paraphilen Stimulus in dieser Parallelbeziehung ausleben, wie dies in der Literatur immer wieder beschrieben wurde (39), so ist bei diesen Probanden die Wertigkeit des paraphilen Stimulus im Inneren als hoch anzusehen, denn da dieser nicht in der Partnerschaft befriedigt werden kann, müssen Parallelkontakte unterhalten werden, was einen erfolgreichen Ansatz in der syndyastischen Sexualtherapie wieder deutlich erschweren würde (39).

Es ist interessant, dass trotz paralleler Kontakte das Sexualleben insgesamt auch außerhalb der Partnerschaft dennoch von den meisten Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck als kaum zufrieden stellend angesehen wurde. Dies mag damit zusammenhängen, dass die Männer ihre Partnerinnen lieben und sich wünschen mit diesen ihre sexuellen Neigungen zu teilen, wobei man wieder an dem Punkt angelangt wäre, dass bei einigen Männern die Beziehungsdimension der Sexualität die reine Lustdimension wohl überwiegt (39).

5.2.3 Sexuelle Funktionsstörungen

Grundsätzlich lag das Augenmerk der vorliegenden Arbeit auf der Erektionsstörung und deren Zusammenhang mit paraphiler Ansprechbarkeit/Paraphilie mit Leidensdruck. Allerdings kann sowohl die EDi, als auch die paraphile Ansprechbarkeit/ eine Paraphilie mit Leidensdruck mit anderen sexuellen Funktionsstörungen einhergehen. Wie bereits erwähnt, ist es mit dem vorliegenden Studienaufbau unmöglich Ursache und chronologische Verknüpfung der vorliegenden Störungen zu bestimmen, dennoch ergaben sich einige auffällige Ergebnisse.

Betrachtet man die Angaben zur Lust auf Geschlechtsverkehr, Sex ohne Geschlechtsverkehr und Masturbation, fallen innerhalb der drei Subgruppen unterschiedliche Bewertungen auf.

Bei den Patienten ohne paraphile Ansprechbarkeit bestand die größte Lust auf Sex ohne GV. Das ist unter der Berücksichtigung nachvollziehbar, dass hierbei im Gegensatz zu GV und SB, die männliche Erektion kein Muss darstellt. Der Erwartungsdruck durch die Partnerin könnte hierbei niedriger sein, was zu einer entspannteren Grundhaltung des Mannes führen würde, wodurch im Sinne von Masters und Johnson keine Ablenkung stattfinden würde und der Ansatz für sog. Sensualitätsübungen gegeben wäre (25). Eine Sexualtherapie adressiert hier immer das Paar als Ganzes, so könnte neben dem bloßen Einsatz von medikamentöser Therapie das Paar in der Sexualtherapie Alternativen erlernen, die keine Penetration erfordern, sondern den Fokus auf andere Kernmerkmale verschieben. Alternativtechniken sollen die Grundbedürfnisse nach Intimität, Geborgenheit, Nähe und Akzeptanz erfüllen, hierbei kommt dem „Kuscheln“ eine ganz einzigartige Rolle zu (67). Obwohl an dieser Stelle auch kritische Stimmen erwähnt werden müssen, die den Sexakt als einzige Möglichkeit der wahren Erfüllung dieser Grundbedürfnisse betrachten (68), was allerdings als zweitrangig angesehen werden kann, wenn man die Zufriedenheitsangaben in emotionaler Hinsicht innerhalb des Patientenkollektivs in der Partnerschaft trotz mangelhafter Zufriedenheit in sexueller Hinsicht betrachtet.

Bei den Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit war in allen drei Erlebensebenen immer relativ viel Lust vorhanden, während sich dies bei den Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck ein wenig anders gestaltete. Hier fiel v. a. die große Lust auf Masturbation ins Auge, die bei den Patienten ohne paraphile Ansprechbarkeit quasi nicht vorhanden war. Dies könnte damit in Zusammenhang stehen, dass bei den Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck keine körperlichen Versagensängste im Vordergrund stehen, sondern deshalb die Lust gerade so groß ist, weil sich die Szenarien hierbei lediglich innerhalb der Fantasie abspielen. Dadurch könnte eine größere Befriedigung in dieser sexuellen Handlung erreicht werden, als mit einer Partnerin. So könnte der größtmögliche Lustgewinn erreicht werden, ohne die Angst vor Ablehnung, oder sogar Ekel und Abscheu durch die Partnerin (39). Insgesamt schien die Orgasmusfähigkeit trotz der beeinträchtigten Erektion nicht zu stark eingeschränkt zu sein.

Es ist erstaunlich, da die meisten Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck eher Lust auf Masturbation angaben, hätte man hier niedrige Werte bei der Orgasmusfähigkeit bei GV erwartet. Allerdings erreichten diese meistens einen Orgasmus, keiner von ihnen gab den Wert niemals an, was immerhin einige in den beiden anderen Gruppen taten. Die paraphilen Neigungen zu befriedigen scheint daher für den Orgasmus nicht unbedingt ein Muss zu sein. Die Qualität mag hierbei eine andere sein (39), aber dennoch kann ein Höhepunkt mit der Partnerin im GV erreicht werden, was wiederum Ansatzpunkte in der Sexualtherapie liefern würde, da die paraphilen Neigungen vielleicht geringere Wertigkeit annehmen, als zunächst vermutet, oder diese lediglich Nebenströmungen darstellen.

Es gaben ganze 10 Männer (4 der Patienten ohne paraphile Ansprechbarkeit und 6 der Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit) an, niemals bei GV einen Orgasmus zu haben, eine solche Angabe gab es in der Gruppe der Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck nicht ein einziges Mal. Obwohl also sexuelle Vorlieben bei diesen Männern so stark ausgeprägt und so wichtig für ihren Lustgewinn sind, dass sie einen Leidensdruck hervorrufen und sogar negative Auswirkungen auf deren Sozial- und Berufsleben haben, kommt es in den meisten Fällen beim GV zum Orgasmus, trotz einer Erektionsstörung. Das könnte bedeuten, dass für diese Patienten das Erleben eines Höhepunkts nicht unbedingt an eine ausreichend harte und lange Erektion gebunden ist, sondern hauptsächlich im Sexualakt selber liegt.

Der Großteil der Patienten gab an, nach GV entspannt und zufrieden zu sein. Die Hälfte der Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck war oft bis sehr oft zufrieden und entspannt nach dem GV, dies ist nicht allzu verwunderlich, sind doch einige der Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck an parallelen sexuellen Kontakten zur eigentlichen Beziehung beteiligt, in denen sie vielleicht ihre Neigungen erfüllen können, was bei diesen zu häufigerer Zufriedenheit und Entspanntheit nach dem GV führen könnte. Leider ließ sich nicht eruieren, ob diese Zufriedenheit lediglich in den außerpartnerschaftlichen sexuellen Betätigungen vorlag, oder ob diese auch in der Partnerschaft bestand.

Obwohl das Vorliegen einer paraphilen Störung mit Leidensdruck von vielen Menschen als verwirrend und tlw. sehr belastend empfunden wird (39), gab lediglich ein Viertel der Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck überhaupt an, negative Gedanken und

Gefühle bei GV zu empfinden und darunter wiederum zu leiden, kein einziger von ihnen empfand Ekel und/oder Abscheu, was verwunderlich ist, da innerhalb des untersuchten Patientenkollektivs auch Nennungen im pädophilen Bereich stattfanden, die auch z. T. ausgelebt wurden, was mitunter eine große Herausforderung für die emotionale Situation des einzelnen darstellen kann. Es wurde von den Patienten immerhin auch ein Leidensdruck angegeben, daher hätte man erwartet, dass sich dieser auch auf die Gefühlssituation im Empfinden von negativen Gedanken und Gefühlen widerspiegelt. Dies schien aber in der vorliegenden Studienpopulation eine untergeordnete Rolle zu spielen.

In der vorliegenden Patientenklientel lagen in allen drei Subgruppen auch parallele sexuelle Funktionsstörungen zusätzlich zur Erektionsstörung vor. Bei den meisten Patienten ohne paraphile Ansprechbarkeit schien die Erektionsstörung die anderen Funktionsstörungen, wie gemindertem Lustempfinden, verminderte Orgasmusfähigkeit und abnehmende Zufriedenheit und Entspannung, v. a. bei GV und SB, zu bahnen. In den Gruppen der Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit und mit Paraphilie mit Leidensdruck war dies schon schwieriger zu deuten. Hier fiel es schwer zu differenzieren, ob die EDi letztendlich zu anderen Funktionsstörungen geführt hat, oder ob die unerfüllte sexuelle Vorliebe simultan mehrere sexuelle Beeinträchtigungen auslösen konnte. Bemerkenswert ist jedoch, dass die meisten der Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit in vielen Bereichen noch eine ausreichende Funktion angeben konnten, was bei den Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck schon seltener der Fall war. Gerade wenn man sich Abbildung 4 vor Augen führt, welche die Lust nach GV innerhalb der 3 Subgruppen beschreibt. Sobald also ein Leidensdruck empfunden wird könnte man sagen, dass dies große Auswirkungen auf das Lustempfinden selbst hat, sobald eine Partnerin involviert ist. Zukünftige Untersuchungen und Hypothesen sollten daher neue Ansätze und Betrachtungen anstellen, die gerade das Lustempfinden innerhalb der Subgruppen der Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit und Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck berücksichtigen. Es sollte hierbei großes Augenmerk auf den Leidensdruck als modulierenden Faktor für sexuelle Funktionsstörungen gelegt werden und Unterschiede hierdurch gesondert aufgearbeitet werden. Abschließend muss jedoch gesagt werden, dass keine anderen Komorbiditäten im angepassten FSEV erfasst wurden, die sexuelle Funktionsstörungen mit sich bringen und damit vorliegende Werte verzerrt haben könnten (2, 5).

5.2.4 Die Erektionsstörung

In allen drei Subgruppen beklagten die meisten Männer v. a. beim Geschlechtsverkehr eine niemals bis selten ausreichend harte, oder lange Erektion, um den Sexualakt befriedigend vollziehen zu können. Dies würde mit den Vermutungen übereinstimmen, dass gerade bei Patienten mit vorherrschender sexueller Neigung die von der Partnerin gar nicht, oder nur in minimaler Hinsicht beim GV erfüllt werden, die Erektion stark beeinträchtigt sein kann (39). Allerdings gab die Mehrheit der Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck an, regelmäßige parallele sexuelle Kontakte mit anderen Partnerinnen zu pflegen, in denen vielleicht ihre Neigungen zumindest zum Teil ausgelebt werden konnten. Dennoch herrschte hier eine Erektionsstörung vor. Bei diesen Männern ist die Erektionsstörung also nicht nur an die Partnerin und die dadurch unerfüllten Bedürfnisse gekoppelt. Daraus ergeben sich wiederum verschiedene Betrachtungsansätze. So könnten diverse Komorbiditäten vorliegen, wie organische Erkrankungen, die Erektionsstörungen mit sich bringen können, oder es könnte sein, dass der Patient so massiven Leidensdruck empfindet, dass er dadurch selbst in der eigentlichen Erfüllung der Paraphilie durch den Verrat an der Partnerin beeinträchtigt ist und nur eine unzureichende Erektion dadurch erreichen kann. Dies gilt allerdings nur für den Fall, dass parallele sexuelle Kontakte zur Erfüllung von sexuellen Paraphilien herangezogen werden, wie dies in der Literatur in Fallbeispielen beschrieben wurde (39). Ähnliches gilt für die Selbstbefriedigung, zeigte sich doch, dass gerade bei den Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck die Lust hierauf besonders hoch sei. Allerdings konnte auch bei der Masturbation keine ausreichende Erektion der Mehrheit erreicht werden. Eigentlich hätte man erwartet, dass die physischen Hemmnisse geringer seien, durch die Freiheit des Gedankenguts. Doch sprechen die Zahlenergebnisse dagegen.

Insgesamt ist es also erstaunlich, dass auch bei der Selbstbefriedigung in den Gruppen der Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit und Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck viele Patienten angaben an einer EDi im Sinne der Definition zu leiden. Obwohl die Masturbation nicht auf sexuelle Kontakte angewiesen ist, würde man im Sinne der Annahme, dass eine EDi in Verbindung mit paraphiler Ansprechbarkeit/Paraphilie mit Leidensdruck eher im Zusammenhang mit einer unerfüllten Stimulation durch die Partnerin erfolgt (39), erwarten, dass im Rahmen der

Fantasie, oder evtl. genutztem Bildermaterial eine Erektion eher möglich wäre, als bei der Fantasie nur mangelhaft entsprechenden sexuellen Kontakten.

Man muss auch ansprechen, dass 10 Patienten diesen Fragenkomplex nicht beantworteten, dass sie nicht masturbieren würden, oder zumindest dabei noch nie Erektionsstörungen erlebt hätten. Auf der Erlebensebene SB waren auch häufiger Nennungen der Angaben „sehr oft/offt“ bei Patienten zu verzeichnen, die auf anderen Erlebensebenen die Kriteriumsdefinitionen einer EDi voll erfüllten.

5.2.5 Sexuelle Präferenzmuster

Die Mehrheit des Untersuchungskollektivs, immerhin 26 von 36 Patienten, gab an, in unterschiedlichem Ausmaß, sexuelle Vorlieben zu verspüren. Man kann also sagen, wie schon eine ganze Reihe anderer Studien ermittelte, dass paraphile Ansprechbarkeit und eine Paraphilie mit Leidensdruck deutlich häufiger vorkommen, als man zunächst annehmen würde und das sogar in so einem kleinen Untersuchungskollektiv, wie dem vorliegenden (8, 53, 56). So verdeutlichen die Zahlen dieser Studie wieder, dass verstärkt eine Aufklärung der Bevölkerung stattfinden muss und vermehrt Therapiemöglichkeiten geschaffen werden müssen, da diese Neigungen sich bereits in der Pubertät ausbilden und lebenslänglich bestehen bleiben, was den Umgang des einzelnen mit seinem Präferenzmuster extrem belasten kann (3, 8, 39).

Betrachtet man nun gesondert die verschiedenen Unterformen sexueller Neigungen, kann man auch hierbei unterschiedliche Gewichtungen feststellen. Bei der Verteilung der verschiedenen Neigungsformen zeigt sich ein deutlicher Unterschied beim Transvestitischen Fetischismus, dieser ist häufiger bei den Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit zu finden, als bei den Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck. Leichte Unterschiede waren auch bei der Hebephilie und dem Voyeurismus zu finden. Beide waren häufiger bei den Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit zu finden. Allerdings muss man diese Werte kritisch betrachten, da die Gruppe der Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck hier mit 8 Probanden deutlich kleiner ausfiel, als die der Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit mit 18 Probanden.

In beiden Gruppen wurden „außergewöhnliche sexuelle Praktiken“ und „Voyeurismus“ bei den häufigsten drei Kategorien genannt, in der dritt-häufigsten unterschieden sich die Gruppen, hierbei war bei den Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck der

Fetischismus häufiger vertreten, während dies bei den Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit Sadismus und Masochismus waren.

Bei der paraphilen Ansprechbarkeit durch „außergewöhnliche sexuelle Praktiken“, welche die Achse der sexuellen Neigung im Drei-Achsen-Model der Sexualpräferenz betreffen, handelt es sich im eigentlichen Sinne nicht um eine eigenständige paraphile Ansprechbarkeit (7), sondern um eine Art Zusatzkategorie, welche mit verschiedenen sexuellen Erregungsmustern vergesellschaftet sein kann. Am häufigsten treten außergewöhnliche sexuelle Praktiken im Kontext von (transvestitisch) fetischistischen sowie sado-/ masochistischen Neigungen auf und beschreiben die konkrete Form der sexuellen Betätigung in diesem Kontext, daher überrascht die Häufigkeit der Nennung dieser Vorliebe im Zusammenhang mit den mit am häufigsten genannten Neigungen nicht (7).

Ganz im Konsens der Berliner Männerstudie waren auch bei dieser Untersuchung die meisten Probanden sexuell auf Frauen orientiert, wodurch dies auch bei den Paraphilieformen Pädophilie und Hebephilie zum Ausdruck kam. Keiner der Befragten gab bei diesen Neigungen das männliche Geschlecht als das bevorzugte an. Obwohl man inzwischen weiß, dass im Allgemeinen bei pädophilen Übergriffen das männliche Geschlecht bevorzugt wird (3), im Gegensatz zur hebephilen Störung, wo das weibliche Geschlecht an erster Stelle liegt (71). Ähnlich wie bei der Berliner Männerstudie ist daher anzunehmen, dass sich unter den Teilnehmern einige Männer befanden, die möglicherweise eine sog. pädophile Nebenströmung aufwiesen, d.h., eine auf Mädchen gerichtete Pädophilie vom nicht ausschließlichen Typus. Das bedeutet, dass diese Männer mit altersähnlichen (und damit erwachsenen) Frauen sexuell erlebnisfähig sind und gleichzeitig eine paraphile Ansprechbarkeit durch vorpubertäre Mädchen verspüren (7). Die Männer mit wirklich pädophiler paraphiler Störung, die klar das männliche Geschlecht favorisieren, haben bei der hier vorliegenden Untersuchung, wie auch bei der Berliner Männerstudie Phase I daher kaum, bzw. nicht teilgenommen. Bei Personen mit pädophiler Sexualpräferenz vom nicht-ausschließlichen Typus ist erwartbar, dass sie über ein geringeres Problembewusstsein und vor allem über einen geringeren Leidensdruck verfügen, eben weil sie mit altersanalogen Partnerinnen oder Partnern sexuell erlebnisfähig sein können (7).

Weil auch schon unter Kapitel 1 gesondert Projekte zur Prävention pädophiler Übergriffe angesprochen wurden, möchte ich noch einmal besonders auf die Nennungen der Präferenzen Hebephilie (6 bei den Patienten mit paraphilem Ansprechen) und Pädophilie (jeweils 1 Patienten mit paraphilem Ansprechen und 1 Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck) eingehen.

Vier Männer gaben an, den pubertären Mädchenkörper als sexuell besonders erregend zu finden, allesamt verspürten dadurch keinen Leidensdruck. Generell stellt die Hebephilie keine Sexualstörung im engeren Sinne dar, da es eher einer sexualbiologisch erwartbaren Reaktion entspricht (7). Zudem wird sie derzeit im Falle einer Störung nicht in aktuell gültigen Klassifikationssystemen (DSM-IV-TR, ICD-10) berücksichtigt (71). Dennoch muss hier besonders hervorgehoben werden, dass der sexuelle Verkehr mit Minderjährigen unter 14 Jahren gesetzlich verboten ist, v. a. da diese auch nicht über genügend sexuelle Verantwortung verfügen und daher leicht eine Situation entstehen könnte, in der sie kompromittiert sein könnten. Das Ansprechen heterosexueller Männer auf den pubertären Mädchenkörper ist nichts Außergewöhnliches. Neuere empirische Untersuchungen innerhalb des in der Einleitung bereits gesondert erwähnten Dunkelfeld-Projektes des Instituts für Sexualmedizin an der Charité in Berlin, zeigten auf, dass der Anteil an Projektpatienten, die unter einer hebephilen Störung leiden, größer als erwartet ist. Ein beachtlicher Teil dieser Patienten beschrieb hierbei bereits vollzogene Missbrauchshandlungen, oder zumindest den Gebrauch von Darstellungen des Missbrauchakts zur sexuellen Erregungssteigerung. Die Gruppe der Hebephilen kann in 2 Untergruppen geteilt werden, die, die neben dem vorpubertärem Körper auch auf den erwachsenen Frauenkörper orientiert sind und die, die anstelle dessen auch auf den kindlichen Körper, im Sinne einer pädophilen Paraphilie, orientiert sind (71). Gerade vor diesem Hintergrund scheinen zugegebene, stattgefundene Missbrauchshandlungen umso alarmierender. Durch langjährige klinische Erfahrung im Umgang mit pädophilen Patienten am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin ist bekannt, dass die Ausprägung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale einen entscheidenden Einfluss darauf hat, ob es zum fremdgefährdenden Ausleben paraphiler gestörter Impulse kommt, oder nicht (7). So ist das alleinige Vorliegen pädophiler, oder hebephiler Neigungen nicht allein dafür entscheidend, ob es zu einer Übergriffssituation kommt.

Dennoch kann man in diesem vorliegenden Fall sagen, dass es immerhin sechs auffällige Patienten, einer davon sogar mit Paraphilie mit Leidensdruck mit geschilderten sexuellen pädophilen Übergriffen in der beschriebenen Studienpopulation gab. Fast ein Viertel der Patienten gab an, sich zum kindlichen, bzw. jugendlichen Körper sexuell hingezogen zu fühlen und dadurch stimuliert zu werden. Dies beschreibt einen recht großen Anteil bei einer so kleinen und speziellen Patientenklientel. Wenn man nun jedoch im Hinterkopf behält, dass Pädophile schneller einen gewissen Leidensdruck entwickeln, der sich auf die sexuelle Funktion niederschlagen kann und deshalb öfter einen Arzt aufsuchen (56), wäre das Ergebnis gar nicht so überraschend. Man könnte dann sogar vermuten, dass die Sprechstunde für Erektionsstörungen unter diesen Umständen einen Kernpunkt beim Herausfiltern pädophiler Patienten darstellen könnte.

Demnach gäbe es für Patienten mit hebephiler, oder pädophiler Störung 2 Anlaufstellen. Je nachdem, in welcher Form sich der subjektive Leidensdruck als erstes manifestiert. Der Teil der Männer, die ihre sexuelle Neigung an sich als am belastendsten empfanden, wandten sich an das Dunkelfeldprojekt. Für den anderen Teil stellte sich der Leidensdruck und das Verheimlichen als so schwer erträglich heraus, dass es Einfluss auf die sexuelle Funktionsfähigkeit an sich nahm, was zur urologischen Vorstellung dieser Männer führte.

So sollte innerhalb der urologischen Anamnese unbedingt die Sexualanamnese bzgl. sexueller Präferenzmuster erfolgen, um pädophil und hebephil orientierte Patienten schnellstmöglich an gesonderte Therapiezentren weiter zu leiten, bevor es überhaupt zu Übergriffen kommen kann, oder um zumindest weitere in Zukunft zu verhindern, da gerade bei pädophilen Tätern die Rückfallquote besonders hoch ist (56).

5.3 Assoziationsanalysen

Grundsätzlich ergaben die Berechnungen nach Kendall τ_b eine negative Korrelation (-0,41) zwischen Ausprägungsgrad der paraphilen Ansprechbarkeit und dem Schweregrad der Erektionsstörung bei Geschlechtsverkehr. Was bedeutet, dass tendenziell eher ein hoher Schweregrad an EDi mit einer weniger stark ausgeprägten paraphilen Ansprechbarkeit in Zusammenhang steht. Aus der Berechnung des Kendall - τ_b - Koeffizienten lassen sich allerdings nur Tendenzen beschreiben, es werden keine

Kausalitäten angegeben, weswegen man hier höchstens von einer Tendenz sprechen kann. Auch in der Darstellung der Korrelation des Schweregrades der EDi bei Sex ohne GV und dem Ausprägungsgrad der paraphilen Ansprechbarkeit lässt sich nach Berechnung des Kendall τ_b Korrelationskoeffizienten ein negativer Zusammenhang beschreiben. Bezüglich der Erlebensebene Selbstbefriedigung lässt sich mittels Berechnung des Kendall τ_b ein negativer Zusammenhang (-0,37) aufzeigen.

So lässt sich insgesamt für alle 3 Erlebensebenen ein negativer Zusammenhang zwischen Schweregrad der Erektionsstörung und dem Ausprägungsgrad der paraphilen Ansprechbarkeit beschreiben. Das bedeutet, dass je stärker die paraphile Ansprechbarkeit ausgeprägt ist, umso schwächer ist die EDi ausgeprägt, was für alle 3 Erlebensebenen zutrifft, den GV, Sex ohne GV und die SB.

Auch bzgl. der Paraphilie mit Leidensdruck und ihrer Assoziation mit EDi gilt:

Für alle drei Erlebensebenen lässt sich also auch für den Ausprägungsgrad einer Paraphilie mit Leidensdruck und den Schweregrad einer vorliegenden EDi ein negativer Zusammenhang beschreiben. Je ausgeprägter die Paraphilie mit Leidensdruck also ist, umso wahrscheinlicher ist ein milder Schweregrad einer EDi, wobei auch hier kein Kausalzusammenhang besteht, nur eine Tendenz.

Betrachtet man nun die Assoziationsanalysen zwischen paraphiler Ansprechbarkeit und der partnerschaftlichen Situation fällt auf, dass ein negativer Zusammenhang zwischen ihr und der Zufriedenheit mit dem Sexleben besteht. Das heißt, umso stärker die paraphile Ansprechbarkeit ausgeprägt ist, umso geringer ist die Zufriedenheit mit dem Sexualleben. Allerdings ist auch hier eher von einer Tendenz, als von einem Kausalzusammenhang die Rede.

Für die Assoziation von paraphiler Ansprechbarkeit mit der partnerschaftlichen Zufriedenheit zeigte sich in der statistischen Korrelationsanalyse mittels Kendall τ_b ein positiver Zusammenhang. Also umso ausgeprägter die paraphile Ansprechbarkeit, umso zufriedener waren die Männer mit ihrer Partnerschaft. Dies könnte die Annahme unterstützen, dass bei lediglich paraphiler Ansprechbarkeit der paraphile Stimulus bei der Beurteilung der partnerschaftlichen Situation deutlich in den Hintergrund tritt und die Beziehungsdimension hier klar die wichtigere Komponente darstellt, im Gegensatz zur Lustdimension (39). So kann die Ansprechbarkeit zwar einen hohen Wert annehmen,

aber da keine Notwendigkeit besteht, diese auszuleben und zudem kein Leidensdruck besteht, könnte man annehmen, dass die Partnerschaft hier dem paraphilen Stimulus überlegen ist.

Betrachtet man die Assoziationsanalysen der Paraphilie mit Leidensdruck mit dem Sexualleben fällt auf, dass hier ein positiver Zusammenhang vorliegt. Je ausgeprägter die Paraphilie mit Leidensdruck, umso zufriedener war der Patient mit seinem Sexualleben. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass umso stärker die Paraphilie mit Leidensdruck ist, dass umso mehr danach gestrebt wird, diese auszuleben, wozu unter Umständen Parallelkontakte gesucht werden könnten (39), um diese befriedigend zu erfüllen. Wie bereits in Kapitel 1 angesprochen ist kein vergleichbarer Lustgewinn möglich, sollten die paraphilen Stimuli nicht ausgelebt werden können, daher wäre eine Parallelrealisierung dieser eine mögliche Erklärung für die hohen Zufriedenheitsangaben (39).

Im Gegensatz dazu steht die Korrelationsanalyse zwischen Paraphilie mit Leidensdruck und partnerschaftlicher Zufriedenheit. Hier zeigte sich ein nahezu signifikanter negativer Zusammenhang. Das bedeutet, dass umso ausgeprägter die Paraphilie mit Leidensdruck, umso unzufriedener waren die Patienten mit ihrer Partnerschaft. Dies würde ganz der Hypothese der vorliegenden Arbeit entsprechen. Denn es wurde bereits thematisiert, dass bei einer belasteten Beziehung eine sexuelle Funktionsstörung als Folge daraus resultieren kann. Sollte nun eine Präferenzstörung vorliegen, die die Beziehung belastet, entsteht eine komplexere Ausgangssituation, die massive Auswirkungen auf die Therapierbarkeit hat (11). Es muss daher aus therapeutischer Sicht ein multikausaler Ansatz angestrebt werden, um die Problematik sexueller Funktionsstörungen voll zu erfassen. Zwar ist immer das Paar als ganzes zu adressieren, jedoch ist diese Adressierung nicht nur auf eine Ebene begrenzt. Eine belastete Beziehung kann vielerlei Ursachen haben, hierbei sollte in Zukunft, unter der Berücksichtigung vorliegender Ergebnisse, gerade innerhalb der Sexualanamnese verstärkt auf Präferenzmuster eingegangen werden, um die verursachende Problematik adäquat aufgreifen und therapieren zu können.

5.4 Bedeutung der Ergebnisse

Die dieser Arbeit zugrunde liegende Fragestellung, gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer EDi und dem Ausprägungsgrad einer paraphilen Ansprechbarkeit/Paraphilie mit Leidensdruck und deren Zusammenhang mit der partnerschaftlichen Situation, konnte explorativ beantwortet werden.

Die mit Hilfe des FSEV ermittelten Daten und deren Analyse legen nahe, dass es einen tendenziell negativen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer EDi und dem Ausprägungsgrad paraphiler Ansprechbarkeit/ Paraphilie mit Leidensdruck gibt. Dies bedeutet, dass das Vorliegen einer eher schweren Erektionsstörung tendenziell eher mit dem Vorhandensein eines leichteren Ausprägungsgrades einer paraphilen Ansprechbarkeit/ Paraphilie mit Leidensdruck korreliert. Ein Erklärungsversuch hierfür wäre, dass die Männer, die angaben, ihre paraphilen Stimuli eher nur manchmal auszuleben und dadurch einem verminderten Schweregrad zugeordnet wurden, in Wahrheit sich ihrer Paraphilie nur unzureichend bewusst sind, oder diese gar so stark unterdrücken und zu meiden versuchen, dass daraus ein gesteigertes inneres Konfliktpotential entsteht. Diese innerliche Konfliktsituation verbunden mit den unzureichend ausgelebten Paraphilien könnte den Leidensdruck sogar noch verstärken und somit eine Erektionsstörung noch verschlimmern. Dann wäre ein Zusammenhang zwischen statistisch als schwächer beschriebener Paraphilie mit Leidensdruck und einem höheren Grad an Erektionsstörung durchaus nachvollziehbar.

Wie schon einmal zu Beginn dieser Arbeit erwähnt, konnte innerhalb der hier vorliegenden Querschnittstudie niemals das Ziel vorherrschen, herauszufinden, ob die paraphile Ansprechbarkeit/ Paraphilie mit Leidensdruck ein Auslöser für eine EDi ist. Dies zu ermitteln ist mit dem gewählten Studientyp nicht möglich. Was aufgefallen ist, war, dass innerhalb des kompletten Untersuchungskollektivs die Mehrzahl eine sexuelle Paraphilie angab. Dies legt nahe, dass ein vermehrter Bedarf auch in der klinischen Erfassung sexueller Erregungsmuster besteht. Anhand dieser ermittelten Daten sollten weitere Hypothesen erstellt und Untersuchungen durchgeführt werden bzgl. möglicher Zusammenhänge und Korrelationen zwischen sexuellen Erregungsmustern und anderen klinischen Beschwerdebildern. Denn daraus könnten sich ganz neuartige Therapieansätze ergeben.

Das Bemerkenswerte der vorliegenden Arbeit ist das Ereignis, dass trotz einer so klar definierten Patientenselektierung ein nicht unerheblicher Anteil, immerhin 26 Patienten, mehr als 2 Drittel des untersuchten Kollektivs, eine paraphile Ansprechbarkeit überhaupt vorwies. Ebenso beschreibt auch ein wiederum nicht geringer Anteil davon einen subjektiven Leidensdruck, also einen pathologischen Zustand im Sinne der Definition. Dennoch finden sich zwischen den Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit und Patienten mit Paraphilie mit Leidensdruck nur in begrenztem Maße stark abweichende Ergebnisse in der deskriptiven und statistischen Datenanalyse. Dies wiederum führt zur Annahme, dass andere Merkmale, wie z.B. die eigene Persönlichkeitsstruktur (7), oder die Qualität der partnerschaftlichen Beziehung an sich hier als modulierende Faktoren ihren Einfluss ausüben. Hierzu passt ganz deutlich das Ergebnis der Korrelationsanalyse zwischen partnerschaftlicher Zufriedenheit und Paraphilie mit Leidensdruck. Je ausgeprägter die vorliegende Paraphilie mit Leidensdruck, umso unzufriedener waren die Männer in ihrer aktuellen Partnerschaft, was mit einem nahezu signifikanten Analysewert bei einer so kleinen und speziellen Studienpopulation gesonderter Aufmerksamkeit bedarf.

Ferner könnte man auch Vermutungen anstellen, dass die Art der Paraphilie an sich einen Einfluss ausüben könnte. So könnte man annehmen, dass sich z.B. eine pädophile Neigung in extremerem Ausmaß auf das Selbsterleben des Betroffenen auswirkt, als dies eine rein fetischistische Neigung täte. Grundsätzlich bleiben in dieser Richtung also Fragen offen, welche in zukünftigen Studien gesondert erörtert werden sollten.

Ferner sollte man weitere Hypothesen über den Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von paraphiler Ansprechbarkeit/Paraphilie mit Leidensdruck und der partnerschaftlichen Situation erstellen und hierfür gezielt Patientenkollektive befragen und statistisch analysieren. Es müssen Fragen zum konkreten Ausleben sexueller Präferenzen in- und außerhalb einer existierenden Partnerschaft gestellt werden und welchen Stellenwert die sexuelle Präferenz für das Individuum einnimmt, denn genau das ist entscheidend bei der Beantwortung der Therapierbarkeit. Denn nur im Kontext der Partnerschaft kann man letzten Endes die volle Auswirkung auf die sexuelle Funktion erschließen (39).

Es ist anzunehmen, dass ein untrennbarer Zusammenhang zwischen sexueller Präferenz und sexueller Funktion besteht, entwickelt sich doch beides innerhalb der ersten beiden Lebensdekaden. Ebenso scheint es unabdingbar, sowohl die sexuelle Präferenz, als auch die sexuelle Funktion in Zusammenhang mit der partnerschaftlichen Situation zu erörtern. Sexuelle Neigungen prägen frühzeitig die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen und deren Bewertungen. Diese Prägungen beeinflussen maßgeblich die sexuelle Interaktion, welche wiederum abhängig von der sexuellen Funktion ist. Umgekehrt wirkt sich eine sexuelle Funktionsstörung maßgeblich auf die Durchführbarkeit der ersehnten und für die eigene Befriedigung hochwichtige Erfüllung sexueller Präferenzen aus, was besonders im Hinblick auf eine partnerschaftlich-sexuelle Erfüllung große Bedeutung haben kann.

So ist zum Beispiel vorstellbar, dass eine Person mit einer speziellen sexuellen Paraphilie größere Schwierigkeiten hat, eigene sexuelle Wünsche und Bedürfnisse zu kommunizieren und, dass die daraus entstehenden Ängste vor Ablehnung eine sexuelle Funktionsstörung maßgeblich negativ beeinflussen können (8, 25, 39).

Gerade aus diesem Gedanken heraus ist es notwendig sexuelle Funktionsbeeinträchtigungen immer vor dem Hintergrund des partnerschaftlichen Sexlebens und der partnerschaftlichen Zufriedenheit zu betrachten und letztere bei Problemen gesondert auf sexuelle Präferenzmuster zu untersuchen.

Es lässt sich erkennen, dass sexuelle Funktionseinschränkungen, ob nun eine paraphile Ansprechbarkeit, oder eine Paraphilie mit Leidensdruck vorliegen mag, oder nicht, Erkrankungen des Paares darstellen, weswegen es unbedingt nötig ist, das Paar als „Einheit“ zu therapieren. Kommunikation sollte hierbei an oberster Stelle stehen, um Versagensängste besser in den Griff zu bekommen und um evtl. vorhandene sexuelle Präferenzmuster zu thematisieren.

6. Zusammenfassung

Die Erektionsstörung (EDi), definiert als die anhaltende Unfähigkeit, eine adäquate Erektion zu erlangen, oder für eine befriedigende sexuelle Aktivität aufrecht zu erhalten, ist die zweithäufigste Sexualfunktions-Störung des Mannes (3, 4). Seit es immer mehr wissenschaftliche Arbeiten zur Prävalenz der Erektionsstörung gibt, steigen parallel dazu auch die Betrachtungsansätze, was deren Ursache betrifft. Unterschied man zu Beginn hierbei noch zwischen organischen und psychischen Ursachen, beginnt man langsam zu hinterfragen, ob hierbei nicht ein unmittelbares Ineinandergreifen vorliegen könnte (5). Parallel hierzu erregte ein weiteres gesellschaftliches Tabuthema wissenschaftliches Interesse, die sexuelle Präferenzstörung. In der Vergangenheit durchgeführte epidemiologische Studien legten nun den Verdacht nahe, ob nicht zwischen genau diesen beiden Tabuthemata Zusammenhänge bestehen könnten (8, 39). Jedoch wurde bis dato keine Analyse der Zusammenhänge zwischen Sexualität und der partnerschaftlichen Situation durchgeführt.

Mittels des angepassten Fragebogens zum sexuellen Erleben und Verhalten (FSEV) wurden in einer standardisierten Interviewarbeit 46 Patienten, die zwischen Februar und September 2010 die andrologische Sprechstunde der Charité in Berlin Mitte besuchten und gleichzeitig an einer EDi litten, zu ihrer sexuellen Funktion, ihrer sexuellen Präferenz und ihrer partnerschaftlichen Zufriedenheit befragt (46). Ziel der Befragung war es, mögliche Korrelationen zwischen sexuellen Funktionsstörungen und sexuellen Präferenzstörungen herauszuarbeiten und deren Auswirkungen auf die partnerschaftliche Situation zu thematisieren. Die so gesammelten Daten wurden in eine digitale Rohdatenbank eingegeben und mit Hilfe deskriptiver statistischer Methoden ausgewertet. Zur Überprüfung der aufgestellten Hypothese, dass ein hoher Ausprägungsgrad an EDi mit einem hohen Ausprägungsgrad sexueller Präferenzstörungen einhergehe und, dass eine stark ausgeprägte paraphile Ansprechbarkeit/Paraphilie mit Leidensdruck sich auf die partnerschaftliche Situation auswirkt, wurde der Rangkorrelationskoeffizient Kendalls τ_b für ordinal skalierte Merkmale angewendet.

Es zeigte sich, dass von den 46 befragten Patienten 36 tatsächlich an einer Erektionsstörung (EDi) im Sinne der Definition litten. Von diesen gaben 10 an keine paraphile Ansprechbarkeit vorzuweisen, 26 bejahten eine paraphile Ansprechbarkeit. Von diesen 26 konnten im Sinne der Definition 8 als Paraphile mit Leidensdruck identifiziert werden. Wie bereits in der Berliner Männerstudie (3) festgestellt wurde, konnten als häufigste Erregungsmuster Voyeurismus, Sadismus/Masochismus und Fetischismus festgestellt werden und im Rahmen dieser ebenfalls sehr häufig eine Vorliebe für „spezielle sexuelle Praktiken“ erfasst werden. Es fanden sich insgesamt 8 pädophil/hebephil orientierte Studienteilnehmer, die an EDi litten. Somit sollte überlegt werden, die Urologie, bzw. Andrologie als solche als neuen Ansatzpunkt zum Herausfiltern pädophil orientierter Männer zu betrachten.

Bei der Korrelationsanalyse ergab sich ein tendenziell negativer Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer EDi und dem Ausprägungsgrad paraphiler Ansprechbarkeit/einer Paraphilie mit Leidensdruck. Das bedeutet, dass sich eher schwere Erektionsstörungen bei Patienten mit geringer sexueller Neigungsausprägung detektieren ließen. Es zeigte sich auch eine statistisch nahezu signifikante vermehrte partnerschaftliche Unzufriedenheit bei Patienten mit stärker ausgeprägter Paraphilie mit Leidensdruck.

Daher sollten mehr Hypothesen bzgl. partnerschaftlicher Bindungssituation und Vorliegen einer sexuellen Präferenzstörung erhoben und geprüft werden, um multiple Ansätze in der Therapie sexueller Funktionsstörungen gewährleisten zu können, da sich eine belastete partnerschaftliche Beziehung an sich schon negativ auf die sexuelle Funktion auswirken kann. Denn nur innerhalb der Paarstruktur kann eine erfolgreiche Therapie sexueller Präferenzstörungen, die mit sexuellen Funktionsstörungen verbunden sind, stattfinden.

Die Ergebnisse dieser Studie sollten mit Hinblick auf die kleine Stichprobe, den gewählten Studientyp und das besondere Patientenkollektiv betrachtet werden.

7. Literaturverzeichnis

- (1) Kinsey A, Pomeroy W, Martin C, 1948. In: Saunders WB (ed), Sexual Behavior in the Human Male. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, PA,
- (2) Goecker D., Rösing D., Beier K. M. 2006. Der Einfluss neurologischer Erkrankung auf Partnerschaft und Sexualität unter besonderer Berücksichtigung der Multiplen Sklerose und des Morbus Parkinson. Urologe A. 45; 992–998.
- (3) Schaefer G. A., Englert H. S., Ahlers Ch. J., Roll S., Willich S. N., Beier K. M.2003. Erektionsstörung und Lebensqualität – Erste Ergebnisse der Berliner Männer-Studie BMS-I. Sexuologie 10 (2/3); 50-60
- (4) Impotence. NIH Consens Statement Online 1992 Dec 7-9 [2010-12-5];10(4):1-31, (15.06.2011)
- (5) Schaefer GA, Ahlers C.J.2006. A discussion of the differential diagnosis of the impaired erection. Urologe A.45; 967-74.
- (6) Moll, A. 1891. Die Conträre Sexualempfindung, 1. Auflage, Berlin
- (7) Ahlers C.J., 2010. Dissertation: „Paraphilie und Persönlichkeit - Eine empirische Untersuchung zur Prävalenz von Akzentuierungen der Sexualpräferenz und ihrem Zusammenhang mit dem Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit“;
- (8) Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Mundt I. A., Roll S., Englert H., Willich S. N., Beier K. M. 2009. How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-Associated Sexual Arousal Patterns (PASAP) in a community-based sample of men. J Sex Med. 8(5);1362-70
- (9) Andersson K.E., Wagner G.,1995. Physiology of Penile Erection. Physiological Reviews Vol. 75, No. 1; 191-236
- (10) Dean RC, Lue TF.,2005. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. Urol Clin North Am.32(4);379-95, v.
- (11) Beier, K. M.; Bosinski, H. A. G.; Loewit, K. K. 2005 Sexualmedizin. (2. Auflage). Urban & Fischer, Jena
- (12) Beier KM.1996. Sexuelle Funktionsstörungen nach dem DSM-IV. Sexuologie 3; 35-46.
- (13) Bloch I. 1907. Das Sexualleben unserer Zeit. Marcus, Berlin
- (14) Kockott G. 2004. Sexualstörungen. Thieme, Stuttgart;

- (15) Buvat J, Dehaene L, Lamaire A, Buvat-Herbaut T. 1983. Ateriell bedingte erektile Impotenz. *Sexualmedizin* Vol. 12; 248–251
- (16) Englert H, Schaefer G, Roll S, Ahlers C, Beier K, Willich S. 2007. Prevalence of erectile dysfunction among middle-aged men in a metropolitan area in Germany. *Int J Impot Res.* 19(2);183-8
- (17) Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane R, McKinlay JB. 1994. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1; 151: 54-61.
- (18) Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M., Engelmann U. 2000. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the Cologne Male Survey. *Int J Impot Res*; 12; 305-311.
- (19) Nicolosi A, Moreira E, Shirai M, Tambi B, Glasser D. 2003. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates erectile dysfunction. *Urology*; 61: 201.
- (20) American Psychiatric Association; 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th revised ed. (DSM-IV-TR) APA, Washington DC;
- (21) BJ de Boer, ML Bots, AAB Lycklama a Nijeholt, JPC Moors, HM Pieters and ThJM Verheij; 2004. Impact of various questionnaires on the prevalence of erectile dysfunction. The ENIGMA-Study; *International Journal of Impotence Research.* 16; 214–219
- (22) Bortolotti, A.; Parazzini, E.; Colli, E.; Landoni, M. 1997. The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors. *International Journal of Andrology*; 20; 323-334.
- (23) Shokeir, A. A.; Hussein, M. I. 2004. Sexualität im Ägypten der Pharaonen. In: Schultheiss, D.; Stief, Ch. G.; Jonas, U. (Hrsg.): *Klassische Schriften zur erektilen Dysfunktion: Eine kommentierte Sammlung von Originaltexten aus drei Jahrtausenden.* ABW Wissenschaftsverlag. Berlin
- (24) Hartmann, U. 2011. State-of-the-Art der Sexualtherapie und Anforderungen an ihre Weiterentwicklung. *Sexuologie*: 18 (1-2);, 3-24.
- (25) Masters, W.H., Johnson, V.E. 1970. *Human sexual inadequacy.* Little/Brown: Boston;
- (26) Arentewicz, G., Schmidt, G., 1980. *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie.* Springer: Heidelberg

- (27) Kaplan, H. S., 1979. Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. Brunner/Mazel: New York;
- (28) Schnarch, D. M., 1991. Construction the sexual crucible. W. W. Norton & Co.: New York;
- (29) Apfelbaum, B., 2001. What the sex therapies tell us about sex. In: Kleinplatz, P.J. (ed.): New directions in sex therapy. Brunner-Routledge: Philadelphia;
- (30) Heiman, J.R., LoPiccolo, J., 1983. Clinical outcome of sex therapy. Archives of General Psychiatry; 40; 443-449
- (31) Crowe, M. J., Gillian, P., Golombok, S., 1981. Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction: a controlled study. Behavior Research and Therapy; 19; 47-54.
- (32) Dekker, J, Everaerd, W., 1983. A long-term follow-up study of couples treated for sexual dysfunctions. Journal of Sex and Marital Therapy; 9; 99-113
- (33) Hawton, K., Catalan, J., 1986. Prognostic factors in sex therapy. Behavior research and Therapy; 24; 377-385
- (34) Schover, L. R., Leiblum, S.R. 1994. The stagnation of sex therapy. Journal of Psychology and human Sexuality; 6; 5-30
- (35) Balon, R., (ed.), 2008. Sexual dysfunction. The brain-body connection. Karger: Basel
- (36) Heiman, J. R., Meston, C. M. 1997. Empirically validated treatment for sexual dysfunction. Annual Review of Sex Research; VIII; 148-194.
- (37) Hawton K, Catalan J, Martin P, Faff J. 1986. Long-term outcome of sex therapy. Behav Res Ther. 24; 665–75.
- (38) Beier, K. M.; Loewit, K. 2004. Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie. Springer: Heidelberg;
- (39) Beier, K. M., 2010. Sexuelle Präferenzstörungen und Bindungsprobleme. Sexuologie; 17 (1-2); 24 - 31.
- (40) Bowlby, J. 1969, 1973, 1980. Attachment and loss. Vol 1,2,3. New York: Basic Books;
- (41) Brisch, K. H., 1999. Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie. Klett-Cotta.: Stuttgart
- (42) Ruegg, J. C., 2001. Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin. Schattauer: Stuttgart;
- (43) Montagu, A., 1987. Körperkontakt. Klett-Cotta: Stuttgart

- (44) Bartels, A., Zeki, S., 2004. The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage*; 21 (3); 1155-66
- (45) Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. 2000. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F). Huber; Göttingen.
- (46) Ahlers, Ch. J.; Schaefer, G. A.; Beier, K. M. 2004. Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis. *Sexuologie*; 11 (3/4); 74-97.
- (47) Bhugra, D. Paraphilias across cultures. In R. Heiner (Ed.), 2008. *Deviance across cultures* (pp.106-116), US: Oxford University Press. New York, NY
- (48) Money, J.1981. *Love & Love Sickness*. John Hopkins University Press. Baltimour: USA
- (49) Asendorpf, J. 2007. *Psychologie der Persönlichkeit*. Springer, Berlin
- (50) Saß, H.; Wittchen, H. U.; Zaudig, M.; Houben, I. 2000. *Diagnostischen und Statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision*. Hogrefe: Göttingen
- (51) Kafka MP, Hennen J.,2002. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n= 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 4; 349–366(18).
- (52) Kleinplatz, P.J., Ménard, A.D., 2007. Building Blocks Toward Optimal Sexuality: constructing a Conceptual Model. *The Family Journal: Counseling and therapy for couples and families*. 15 (1); 72 -78
- (53) Langström, N., Zucker, K.J., 2005. Transvestic fetishism in the general population: prevalence and correlates. *J Sex & Marital Ther*; 31; 87-95
- (54) http://kein-taeter-werden-ppd.charite.de/das_projekt/ ; (15.06.2011)
- (55) Schaefer GA, Mundt IA, Feelgood S, Hupp E, Neutze J, Ahlers CJ, Goecker D, Beier KM. 2010. Potential and Dunkelfeld offenders: two neglected target groups for prevention of child sexual abuse. *Int J Law Psychiatry*.33(3);154-63.
- (56) Beier KM, Neutze J, Mundt IA, Ahlers CJ, Goecker D, Konrad A, Schaefer GA.2009. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: first results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD); *Child Abuse Negl.*;33(8);545-9
- (57) Hirschfeld, M.1908.Zur Methodik der Sexualwissenschaft: Der Psychobiologische Fragebogen. *Zeitschrift für Sexualwissenschaft.*; 1; 681-705, 684-695.
- (58) Hirschfeld, M.1921. *Der Psychobiologische Fragebogen*. (5. Auflage). Institut für Sexualwissenschaft. Berlin

- (59) Davis, C. M.; Yarber, W. L.; Bauserman, R.; Schreer, G.; Davis, S. L. 1998. Handbook of Sexuality-Related Measures. Thousand Oaks, CA: Sage.
- (60) Schimek, M., 2012 Dissertation: „Die partnerschaftliche Zufriedenheit von Männern mit erektiler Dysfunktion, die aufgrund ihrer Erkrankung aktiv medizinische Hilfe in Anspruch nehmen“. (in print)
- (61) Ahlers, Ch. J.; Beier, K. M. 2000. „Strukturierte Sexualanamnese“ SSA. Pairedata. Berlin.
- (62) Ahlers, Ch. J.; Schäfer, G. A.; Beier, K. M. 2002. „Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten FSEV. Pairedata. Berlin
- (63) Ahlers, Ch. J.; Neutze, J.; Hupp, E.; Mundt, I. A.; Konrad, A.; Beier, K. M.; Schäfer, G. A. 2008. Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung – Teil II. *Sexuologie*; 15 (3-4); 82-103.
- (64) Sobecki J.N.; Curlin F.A.; Rasinski K.A.; Lindau S.T. 2012. What we don't talk about when we don't talk about sex (1): Results of a national survey of U. S. obstetrician/ gynecologists. *The journal of sexual medicine*; 9 (5); 1285-1294.
- (65) Fahrmeier, L.; Künstler, R.; Pigeot, I.; Tutz, G. 2009. Statistik: Der Weg zur Datenanalyse (Springer-Lehrbuch).Springer. Berlin
- (66) Kockott, G.; Fahrner, E.-M. 2000. Sexualstörungen des Mannes. Hogrefe & Huber. Göttingen.
- (67) Schnarch, D. 1997. *Passionate Marriage*. Holt & Co. New York.
- (68) Philippsohn; S; Heiser, K.; Hartmann, U. 2002. Sexuelle Befriedigung und Sexualmythen bei Frauen: Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung zu den Determinanten sexueller Zufriedenheit. *Sexuologie*; 9 (4); 148-154.
- (69) De Waal, F.B.M. *Wilde Diplomaten*. 1991. Versöhnung und Entspannungspolitik bei Affen und Menschen. Hanser.München
- (70) Philippsohn, S.; Hartmann, U. 2008. Determinants of Sexual Satisfaction in a Sample of German Women. *The Journal of Sexual Medicine*; 6; 1001-1010.
- (71) Beier, K.M. 2012. Hebephilie als sexuelle Störung. Institut für Sexualmedizin, Charité Berlin, in Fertigstellung,

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

1. Abbildung 1: Darstellung des molekularen Mechanismus der Relaxation der penilen Muskelzelle (10).
2. Abbildung 2: Altersverteilung des befragten Gesamt-Patientenkollektivs in Jahren
3. Abbildung 3: Kreisdiagramm zur Verteilung der Neigungen innerhalb der mit paraphiler Ansprechbarkeit und der Paraphilen mit Leidensdruck aufsummiert
4. Abbildung 4: Verteilung der Antworten auf die Frage nach Lust auf Sex (GV) innerhalb der 3 Subgruppen
5. Abbildung 5: Verteilung der Antworten auf die Frage nach Lust auf Sex ohne GV innerhalb der 3 Subgruppen
6. Abbildung 6: Verteilung der Antworten auf die Frage nach Lust auf SB innerhalb der 3 Subgruppen
7. Abbildung 7: Verteilung der Antworten auf die Frage nach der Orgasmusfähigkeit bei GV innerhalb der 3 Subgruppen
8. Abbildung 8: Verteilung der Antworten auf die Frage nach der Orgasmusfähigkeit bei SB innerhalb der 3 Subgruppen
9. Abbildung 9: Verteilung der Antworten auf die Frage nach der Häufigkeit der Ejakulation bei GV innerhalb der 3 Subgruppen
10. Abbildung 10: Verteilung der Antworten auf die Frage nach der Häufigkeit der Ejakulation bei SB innerhalb der 3 Subgruppen
11. Abbildung 11: Verteilung der Antworten auf die Frage nach gefühlter Entspannung/Zufriedenheit nach GV innerhalb der 3 Subgruppen
12. Abbildung 12: Verteilung der Antworten auf die Frage nach ausreichender Rigidität der Erektion bei GV innerhalb der 3 Subgruppen
13. Abbildung 13: Verteilung der Antworten auf die Frage nach ausreichender Rigidität der Erektion bei Sex ohne GV innerhalb der 3 Subgruppen
14. Abbildung 14: Verteilung der Antworten auf die Frage nach ausreichender Rigidität der Erektion bei SB innerhalb der 3 Subgruppen
15. Abbildung 15: Verteilung der Antworten auf die Frage nach dem Aufrechterhalten der Erektion bei GV innerhalb der 3 Subgruppen

16. Abbildung 16: Verteilung der Antworten auf die Frage nach dem Aufrechterhalten der Erektion bei Sex ohne GV innerhalb der 3 Subgruppen
17. Abbildung 17: Verteilung der Antworten auf die Frage nach dem Aufrechterhalten der Erektion bei SB innerhalb der 3 Subgruppen

TABELLENVERZEICHNIS

1. Tabelle 1 : Die häufigsten Paraphilie-Diagnosen im ICD-10- und DSM-IV-Katalog (7)
2. Tabelle 2: Fragestellung innerhalb des angepassten FSEV bzgl. der Erektion und deren Funktionalität
3. Tabelle 3: Innerhalb des angepassten FSEV verwendete fünfstufige Likert-Skala zur Ordinalskalierung der erhobenen Daten
4. Tabelle 4: Innerhalb des angepassten FSEV genutzte Fragestellung bzgl. der Dauer der Beschwerdesymptomatik sexueller Funktionsstörungen
5. Tabelle 5: Innerhalb des angepassten FSEV genutzte Fragestellung bzgl. des persönlichen Leidensdrucks und den Auswirkungen dadurch
6. Tabelle 6: Innerhalb des angepassten FSEV genutzte Fragestellung bzgl. der abgefragten sexuellen Neigungen
7. Tabelle 7: Innerhalb des angepassten FSEV genutzte Likert-Skala zur Ordinalskalierung der abgefragten sexuellen Neigungen und deren Ausprägungsgrades
8. Tabelle 8: Innerhalb des angepassten FSEV genutzte Fragestellung bzgl. der genaueren Differenzierung zwischen paraphiler Ansprechbarkeit und Paraphilie mit Leidensdruck
9. Tabelle 9: Verteilung des schulischen Werdegangs in den 3 Subgruppen
10. Tabelle 10: Verteilung der verschiedenen Schulabschlüsse in den 3 Subgruppen
11. Tabelle 11: Verteilungsmuster der aktuellen beruflichen Tätigkeiten innerhalb der 3 befragten Subgruppen
12. Tabelle 12: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage, ob die Patienten unter der Trennung ihrer Eltern gelitten hätten
13. Tabelle 13: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage, bei wem die Patienten in der Kindheit aufgewachsen seien Tabelle
14. Tabelle 14: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage, nach dem Umgang in der Familie miteinander
15. Tabelle 15: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage nach dem Verhältnis zur Mutter

16. Tabelle 16: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage nach dem Verhältnis zum Vater
17. Tabelle 17: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage in was für einer Bindungssituation sie sich derzeit befänden
18. Tabelle 18: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage, ob sie derzeit mit ihrem Sexualleben zufrieden seien
19. Tabelle 19: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage, ob sie derzeit mit ihrer Partnerschaft zufrieden seien
20. Tabelle 20: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage, ob sie derzeit mit der Partnerschaft/Singleleben in emotionaler Hinsicht zufrieden seien
21. Tabelle 21: Verteilung der Antworten innerhalb der 3 Subgruppen auf die Frage, ob sie derzeit mit ihrer Partnerschaft/Singleleben in sexueller Hinsicht zufrieden seien
22. Tabelle 22: Verteilung sexueller Paraphilien in den 2 Subgruppen der Patienten mit paraphiler Ansprechbarkeit (PA) und der mit Paraphilie mit Leidensdruck (PAL)
23. Tabelle 23: Zusammenfassung der Korrelationsanalysenergebnisse für paraphile Ansprechbarkeit, n = 18 innerhalb der 3 verschiedenen Erlebensebenen
24. Tabelle 24: Zusammenfassung der Korrelationsanalysenergebnisse für sexuelle Paraphilie mit Leidensdruck, n = 8, innerhalb der 3 verschiedenen Erlebensebenen
25. Tabelle 25: Zusammenfassung der Korrelationsanalysenergebnisse für paraphile Ansprechbarkeit, n = 18 und der partnerschaftlichen Situation:
26. Tabelle 26: Zusammenfassung der Korrelationsanalysenergebnisse für Paraphilie mit Leidensdruck, n = 8 und der partnerschaftlichen Situation:

Danksagung

⇒ **Prof. Dr.med. Dr. phil. K.M. Beier:**

Als erstes möchte ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Dr. Beier für seine tatkräftige Unterstützung danken. Durch ihn ist diese Arbeit überhaupt erst möglich geworden. Mit seinen vielen Anregungen und durch seine Hilfsbereitschaft war es mir möglich die vorliegende Arbeit zu verfassen und in dieser Form zu präsentieren.

⇒ **Dem Ärzteteam der urologischen Fachabteilung der Charité Campus Mitte, Berlin:**

Ohne die tatkräftige Unterstützung der Urologen der Charité, Campus Mitte, Berlin wäre eine Befragung der Patienten in dem Umfang, wie sie stattgefunden hat, nicht möglich gewesen.

⇒ **Frau Dimitrowa:**

Mein Dank gilt auch Frau Dimitrowa aus dem Institut für Sexualmedizin der Charité, Berlin, die mir bei allen organisatorischen Fragen stets helfend zur Seite stand.

⇒ **Frau Maria Schimek:**

Vielen Dank Frau Schimek, die zusammen mit mir die Interviews durchführte und auf die stets Verlass war.

⇒ **Meinen lieben Eltern:**

Zum Abschluss möchte ich meinen Eltern, Dr. jur. utr. Claus Genest und Hildegard Genest, beide Richter im Ruhestand, von ganzem Herzen danken, dass sie mir das Medizinstudium ermöglicht und mich in allen meinen Vorhaben bedingungslos unterstützt haben und dies auch immer noch tun.

Selbstständigkeitserklärung

Erklärung

„Ich, Franca, Maria, Natalie, Genest erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Sexuelle Funktionsstörungen und Sexuelle Präferenzstörungen - Analyse der Überlappung beider Störungen und deren Auswirkungen auf die partnerschaftliche Bindungssituation“, selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

01.11.2012

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

"Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht."