

Dr. med. Peter Gehrig

Erektionsstörung – erektile Dysfunktion – ED

Sexualtherapie und Sexualberatung

Inhaltsverzeichnis

<i>Einführung</i>	3
Basiselemente männlicher sexueller Gesundheit	3
Männlichkeiten und Erektionsprobleme	7
Verunsicherung im Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit.....	11
Männerwege/Mannsein im Laufe des Lebens	17
Fragen zur Evaluation der Basiselemente männlicher Sexualentwicklung	19
<i>Verstehen der Erektionsstörungen mit dem Sexocorporel</i>	21
Die physiologische Komponente	22
«Funktionieren» oder «Erotisieren»?	23
Die einzelnen Risikofaktoren und Phallbeile der Erektion	26
«Teufelskreise»: Reaktionen auf ED mit selbstverstärkender Wirkung	29
<i>Klinik der Erektionsstörungen</i>	33
Primäre Erektionsstörung	33
Sekundäre Erektionsstörungen	34
<i>Praktisches Vorgehen bei Erektionsstörungen</i>	39
Abklärung und Evaluation bei ED	40
Diagnostik und Logik des Systems.....	44
Sexualberatung und Sexualtherapie	45
Medizinische Behandlungsmöglichkeiten.....	46
Herstellen sexueller Funktionalität	48

Erotisieren	50
Beziehungsfähigkeiten	52
Spezielle Beratungssituationen	55
Männer im Wechsel der Jahre	55
ED nach radikaler Prostataoperation	58
ED bei koronarer Herzkrankheit, Herzinfarkt	59
ED und Diabetes	59
Anhang: Erregungsmodi.....	61
Literatur ED.....	65

Erektionsstörungen

Dr. med. Peter Gehrig

Einführung

Basiselemente männlicher sexueller Gesundheit

Sexualität

Sexualität gehört ab frühester Kindheit zum Menschsein. Sie unterliegt individuellen Lernschritten und kulturellen Entwicklungen und somit lebenslangen Veränderungen. Je nach gelernten Fähigkeiten ermöglicht sie die Integration unterschiedlichster Bedürfnisse und dient, ursprünglich als Instinkt des Überlebens biologisch verankert, der Affektregulation und der Gestaltung der Beziehung zu sich und andern. Vom «Liebe machen» bis zum «Sex haben» bereichert sie unser Leben oder drängt sich uns auf, beunruhigt. So erleben wir sie triebhaft drängend, übermächtig, störend, banal, Leiden-schaffend, sehn-süchtig, lustvoll, als uns bereicherndes Begehren, intensivste Verschmelzung, Spiel usw. Sie konfrontiert uns mit eigenen Grenzen und Widersprüchen und erfordert, wie überhaupt gelebtes Leben, sich Zeit nehmen, lernen aus Erfahrungen, suchen.

Sexualität ist eine Konstruktion, es sind nicht die Hormone, obwohl unentbehrlich, die uns treiben.

Mann und Erektion

Die sexuelle Funktionalität des Mannes, seine männliche «Potenz» umfasst die Erektion (Schwellfähigkeit des Penis), die Ejakulation (Samenerguss, spritzen) und die Fähigkeit, sich fortzupflanzen (Zeugungsfähigkeit).

Das sexuelle Versagen, das «Nicht-mehr-Können» bedroht Männer. Es stürzt sie in den Abgrund des «Nicht-mehr-Mann-Seins». Einst lendenlahmes Elend, wird der «Schlappschwanz» aktuell zur *erektilen Dysfunktion* veredelt. Wörtlich übersetzt heisst das «schwellfähige Fehlfunktion» (von lat. *erigo* aufrichten). Das Aufrichten des Penis und das sich Aufrichten in der eigenen Männlichkeit bleiben im Leben eines Mannes lange verbunden, somit betrifft die erektilen Dysfunktion immer beide Ebenen.

«STEHT ER – ALSO BIN ICH»:

EREKTION ALS «IDENTITÄTSKARTE» DES MANNES (*erigo ergo sum*)

Jean-Yves Desjardins bezeichnet den Mann als «Riesen auf tönernen Füßen» und meint damit die enge Verbindung von Männlichkeit mit genitaler Funktionalität und damit die Abhängigkeit von einem physiologischen Geschehen, das nicht der willentlichen Kontrolle unterworfen ist. Der vorzeitige Samenerguss (Ejaculatio praecox, EP), das «Nicht-können» (Anejakulation AE) und, schlimmer noch, das «Nicht-mehr-Anschwellen», der bedrohliche Verlust der sexuellen Erregung, das Erschlaffen im falschen Moment (ED), versinnbildlichen den ausser Kontrolle geratenen Penis, erlebt als Kränkung, als narzisstische Verletzung und als Beeinträchtigung der sexuellen Selbstsicherheit. Männer fühlen sich als Versager, entwerten sich selbst, empfinden Scham und Schuldgefühle, verzweifeln bis hin zur Depression. Die Angst zu versagen sitzt ihnen im Nacken und veranlasst sie zu immer verzweifelteren «Rettungsversuchen». Sie versuchen, die Erektion herzustellen durch härteres Reiben, Pressen und andere körperliche Techniken sowie über die Intensivierung unterschiedlichster emotionaler Stimuli und Fantasien.

In Frankreich wird diese Suche nach intensiverer Stimulation als «Dämon der Lebensmitte» bezeichnet.

Dieser Kampf um das Überleben in der eigenen Identität als Mann, auf der Ebene der Sexualität ausgetragen, spiegelt sich im Bemühen um das «Funktionieren» des Penis. Diese männliche Form des «Betens» dient der Selbstberuhigung, der Minderung der mit einer ED einhergehenden existenziellen Ängste. Bei vielen Männern wird die Sexualität dann lustloser, nimmt zwanghafte Züge an. Andere stürzen sich in die Arbeit, was kaum Anstoss erregt.

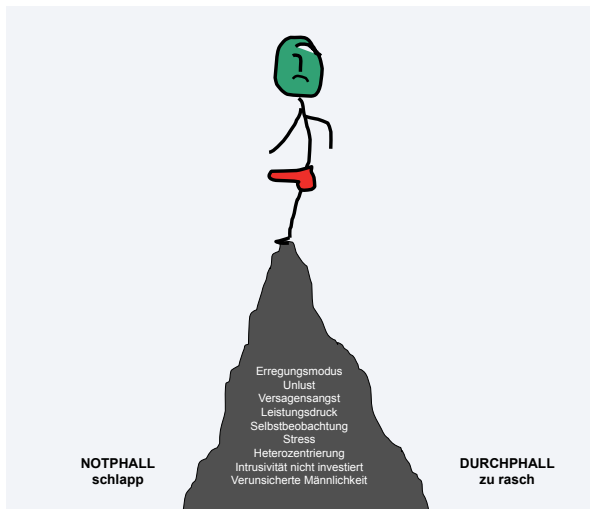


Abb. 1: Mann und Phallangst

Umgekehrt begünstigt eine Verunsicherung oder Ambivalenz im Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit Erektionsprobleme. Je schmäler die Basis der Männlichkeit aus den verschiedensten Gründen ist, desto verzweifelter ist oft die Suche nach sexueller Erregung im Bestreben, auf diese Weise die Männlichkeit wieder «aufzurichten». Einige Männer tun dies auf eine Art und Weise, die ihre Selbstachtung bedroht. Sie entwickeln immer extremere Rituale in einer dranghaft erlebten Suche nach sexueller Stimulation, die oft mit partnerschaftlicher ED einhergeht. Dies kann zwanghaftes Konsumieren sexueller Dienstleistungen sein, stundenlanges Verweilen auf Webseiten mit pornografischem Inhalt, die Steigerung zu härteren Bildern oder die Suche nach sexueller Erregung in immer extremeren Szenarien, in denen das Gegenüber nur noch eine symbolische Rolle spielt. Dieses Verhalten wird häufig missverstanden und als «pervers» verkannt. In den Kapiteln 10–12 wird auf diese Phänomene genauer eingegangen.

Je grösser die Verunsicherung, desto verzerrter ist oft der Blick auf das eigene Geschlecht. Das Gefühl des zu kleinen, verunstalteten, beschädigten Penis spiegelt die Not. Erectile dysphoria (Martin 1998) bezeichnet diese Sorge um den Penis und dessen Funktion, ein vages Gefühl des Unbefriedigtseins mit der eigenen Erektion. Entsprechend beeinträchtigt ist auch die Wahrnehmung des Gegengeschlechts oder des gleichen Geschlechts eines andern. Mit zunehmender Verunsicherung wird auch die andere Person bedrohlich erlebt oder im sich Anklammern als Retterin oder Retter idealisiert.

In der Beziehung zu ihrem Geschlecht finden Männer von der frühesten Kindheit an Sicherheit. Denken wir an kleine Jungen, die sich über Selbstgespräche mit ihrem Penis trösten, sich aufrichten und intensiver wahrnehmen. Früh auch entwickeln die

meisten in ihren Spielen eine Symbolik, die sich am Anschwellen, Aufrichten und am «Nach-aussen-Weisen» ihres Geschlechts orientiert (z. B. im Kämpfen oder dem Spiel mit «Waffen»). Dieses auch durch die Androgenisierung (Auswirkung der männlichen Geschlechtshormone) geförderte Verhalten wird von gesellschaftlichen Zuschreibungen und den Inszenierungen von Männlichkeit in den Medien unterstützt. Spiele mit dem an- und abschwellenden Penis, Rollenspiele und Heldengeschichten, Identifikation mit Vorbildern und reale Erfahrungen verdichten sich zur männlichen Identität in dem Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen körperlichen Geschlecht (GdG). Auf den männlichen Sexualisierungsprozess gehen wir weiter unten noch genauer ein.

Männern mit Erektionsstörungen steht diese «Beziehungspflege» aufgrund der Verachtung, die sie ihrem schlaffen Penis entgegenbringen, oft nur eingeschränkt zur Verfügung. Sie möchten nicht mehr an dessen kränkendes Versagen erinnert werden. Sie entwerten ihren schlaffen Penis als «Schlabberzeugs», gar als «lächerliches Hautanhangsgebilde». Analog beschreiben Männer in Ben Jellouns (1989) Buch «die tiefste der Einsamkeiten» die «Impotenz» als Tod, der zwischen den Beinen beginnt. Das Sterben der eigenen Männlichkeit bedeutet, der Schande der Unmännlichkeit preisgegeben zu sein.

Die häufigste Sorge von Männern bezüglich ihrer sexuellen Gesundheit stellen Probleme mit der Schwellfähigkeit des Penis dar – je älter, desto mehr.

Es ist nicht die Frage, ob ein Mann eines Tages ein Erektionsproblem haben wird. Die Frage ist, wann es auftritt.

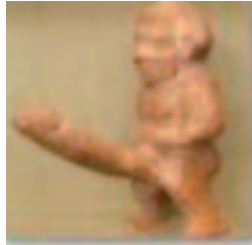
Wechselnde Erektionsstärken sind während länger dauernder sexueller Aktivität normal. Sie sind physiologisch sogar notwendig, um die Blutzufuhr und damit die Sauerstoffversorgung zu sichern und zu verstärken. Junge Männer nehmen diese Veränderungen kaum wahr. Mit zunehmendem Alter oder medizinischen Problemen werden sie jedoch stärker und treten dann ins Bewusstsein. Das verunsichert insbesondere die Männer, die ihren Penis nur in praller Erektion wahrnehmen. So meint ein 60-Jähriger: «Früher konnte ich damit Nüsse aufbrechen, heut hängt er schräg nach unten.» So kann ein Teufelskreis beginnen aus Leistungsdruck und Versagensangst, die sich gegenseitig verstärken; dieser Teufelskreis ist die häufigste Ursache von andauernden Erektionsproblemen.

Der Verlust der Fähigkeit des «Sich-Aufrichtens» stellt im doppelten Sinn eine Krise dar:

- Krisenhaft wird die Beziehung zum Penis und dessen Handhabung

- Verunsichernd wirkt sich dies auf die Selbstwahrnehmung als Mann aus
- Beziehungskrisen werden nicht selten durch diesen Einschnitt im Leben eines Mannes ausgelöst

Der Sündenphall



Phallus – verehrt bei den alten Griechen, beschämt bei den Christen.

Phalluskulte: Phallus ist das Symbol der Fruchtbarkeit, des Schöpferischen, des Lebenspendenden, der Kraft und der Macht.

Der Phallus wurde als kultisches Objekt bei den Griechen als *Phallus* (griech. *φάλλος* – *phallós*) oder *Priapus* bezeichnet, bei den Römern als *mutinus* oder *fascinum*. Dem Penis des heiligen Stiers, des Bocks wurde die Kraft der Frühlingssonne zugeschrieben, die die Erde wärmt und fruchtbar macht.

Abb. 2: Phallus

Das hohe Lied der Liebe und das niedere Lied der Sexualität (Sigusch):

Das schwierige Verhältnis unserer Kultur mit sexueller Lust wurzelt bereits im dualistischen Denken der Antike (Körper-Geist, Natur-Kultur als Gegensätze). Die christliche Konzeption eines einzigen, geschlechtslosen Gottes, der im Gegensatz zu seinen Vorgängern in den polytheistischen Religionen den Schöpfungsakt nicht durch Geschlechtsverkehr mit einer Göttin, sondern mit dem Wort vollzog, führt diese Tradition fort. Die Darstellungen der Genitalien erfolgte über das Mittelalter hinaus nur im Zeichen des Bösen und der Sündhaftigkeit, in Gestalt von Monstern. Um ihre Werte im «Oben» (Liebe etc.) zu schützen, schufen die monotheistischen Religionen Normen, die zu einer Spaltung von Genitalität (unten das Tierische, Animalische) und Liebe, Mitmenschlichkeit, Spiritualität etc. (oben) führte. Die fundamentale Einheit Körper-Hirn, die Person als das Ganze, ist noch heute schwer zu denken und sprachlich zu benennen.

Das «Unten» galt als Quelle aller Schandtaten, Verwerflichkeiten, in der Bibel beschrieben z. B. als Sodom und Gomorrha. Diese Verpönung der Genitalität, ihre Verstümmelung über Verbote all dessen was nicht der Fortpflanzung dient, erlebt heute eine Renaissance, bekennt sich doch beispielsweise eine

wachsende Zahl der Nordamerikaner zur vorehelichen sexuellen Enthaltensamkeit oder zur Abstinenz ausserhalb der Zeugung (mehr dazu bei Herzog 2008).

Dank kultureller Entmystifizierung, dem Abbau von Sexualverboten und der Gleichstellung der Geschlechter wurde die Sexualität in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts selbstverständlicher, banaler. Sie ist nicht mehr ein durch Verbote aufgeheizter schwer beherrschbarer Trieb. Sexuelle Aktivitäten von Jugendlichen, Kindern und auch älteren Menschen werden akzeptiert. Das ist die erfreuliche Seite (Schmidt e.a. 2006). Dennoch sind wir alle subtil durchdrungen von negativen Bewertungen der Sexualität. Immerhin läuterte sich die ehemalige Sünde zum «dirty talk» und andern «Schweinereien». Immer noch wird Genitalität eingegrenzt, steht nach wie vor unter Verdacht, wird genitales Lernen wenig gefördert, fehlt weitgehend eine erotische Kultur. Viele subtile Vorurteile durchdringen unser Denken, ohne dass wir dessen bewusst sind. Der Versuch einer Definition sexueller Rechte der World Association of Sexology steht für ein Ideal, das noch der Verwirklichung harrt.

Dieses zwiespältige Verhältnis spiegelt sich noch heute in den Einstellungen gegenüber denjenigen erotischen Darstellungen, die sich der expliziten Abbildung der Genitalien und sexueller Handlungen widmen und als Pornografie gehandelt werden. Subtil sind da die sexualfeindlichen Diskurse, verstecken sich hinter Kritik an der vermeintlichen Frauenfeindlichkeit der pornografischen Darstellungen, hinter moralischer Empörung und medialer Aufgeregtheit ob der Verdorbenheit jugendlicher Pornokonsumenten (siehe dazu Schmidt: Fantasien der Jungen, Phantasmen der Alten, 2009).

Das Sexuelle bleibt ein «Problemgenerator» gesellschaftlicher Beunruhigung bei wechselnden Themenkonjunkturen. Einmal sind es emotionalisierende Themen, die Empörung bewirken: Vergewaltigung – Porno – Prostitution – Kindsmisbrauch; dann wird Sexualität Stein des Anstosses über «Skandale» von Prominenten. Gute Themen für die mediale Aufbereitung sind Sexsucht, Kinder als Täter, Sex in der Öffentlichkeit – aber auch Gelegenheitssex mit Zufallspartnern, Frühkontakte in der Jugend und selbst «Fremdgehen» lassen sich wieder gut verkaufen (dazu z. B. Levine 2002). Uns geht es hier nicht um eine Verharmlosung real existierender Probleme, sondern um ein Hinterfragen von deren Missbrauch zur Verteufelung der Sexualität.

Nie gab es ein derartiges Ungleichgewicht zwischen dem öffentlichen Zur-Schau-Stellen der Sexualität (vom Internet bis zu den reality shows und all den Plattitüden von SexpertInnen) und der Zurückhaltung, der Gehemmtheit, in privaten Beziehungen über die eigene Sexualität zu sprechen. Der erregte Penis muss zudem öffentlich verschleiert werden, denn er ist, wie

wir später noch ausführen werden, oft Projektionsfeld negativer Aspekte der Männlichkeit.

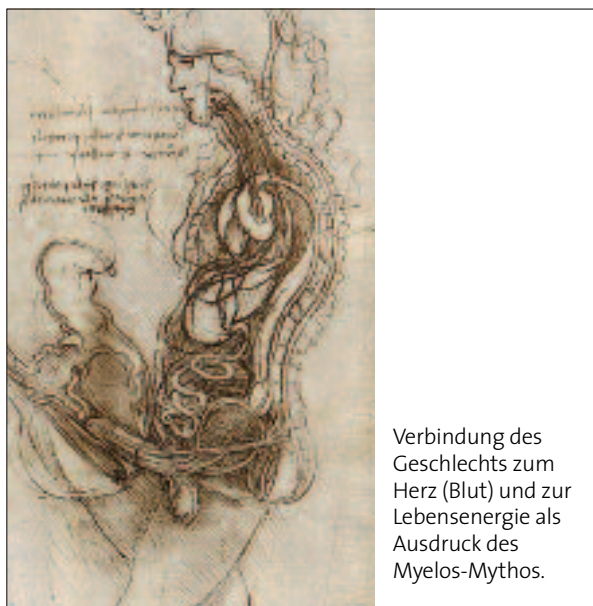
Real sind beide körperlichen Geschlechter Basis der Geschlechtsidentität. Sie dienen der Erschaffung von Leben, sind Ort lustvoller Selbstgespräche und stehen im Zentrum leidenschaftlicher bis banaler Begegnungen mit andern Menschen.

Medizin und Penis

Seit Jahrhunderten interessieren sich die Wissenschaften für diese «Schwachstelle» des Mannes.

Bereits im Ägypten der Pharaonen fanden sich Mittel zur Behandlung der Impotenz (Verschreibung 663 Papyrus von Ebers). Im *De aëre aquis et locis* erwähnt Hippokrates die hohe Inzidenz von Impotenz und Infertilität bei den Skyten als Folge perinealer Traumatisierungen durch exzessives Reiten. Galen beschrieb im 2. Jh. die *Musculi erectores penis* (M. bulbospongiosus, Mm. ischiocavernosus).

Von Hippokrates über Galen und die arabischen Ärzte bis zu Leonardo da Vinci vermutete «Mann», dass Pneuma (griechisch *πνευμα*, «der Geist», «der Hauch», «die Luft») für das Anschwellen des Penis verantwortlich ist. Leonardo entdeckte Anfang des 16. Jahrhunderts die verstärkte Blutzufuhr als Auslöser der Erektion. Er bestätigte in seinen Zeichnungen auch den in vielen Kulturen nachweisbaren Myelos-Mythos (lat. *Medulla spinalis*, griech. *μυελοςσ* – *myelos*), d. h. die Gleichsetzung von Hirn, Rückenmark und Sperma mit Lebensenergie und die daraus abgeleitete Ideologie der sparsamen Bewirtschaftung des Ejakulierens (Benz 1989). Im Übrigen vermutete Leonardo da Vinci neben der Harnröhre einen weiteren Kanal, über den bei der Zeugung die Seele des Kindes



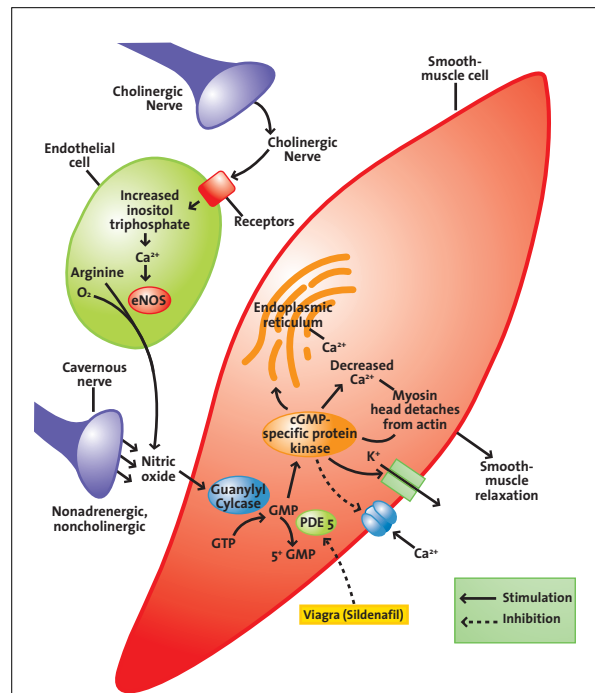
Verbindung des Geschlechts zum Herz (Blut) und zur Lebensenergie als Ausdruck des Myelos-Mythos.

Abb. 3: Koitus von Mann und Frau im Sagittalschnitt Leonardo da Vinci 1492

übermittelt werde. Er interpretierte die beobachtete Inkongruenz zwischen männlichem Wollen und realem Können durch die Annahme einer autonomen Funktion des Penis. Dieser war ihm zufolge mit einem eigenen Willen ausgestattet. In «Della Verga» schreibt er: «...so scheint es, als verfüge diese Kreatur über ein vom Manne unabhängiges Leben, eine eigene Intelligenz.»

Wie im Film «Ich und Er» wird der Penis zum Alter Ego, dargestellt und benannt als Miniaturmann. Eine Art parasitärer Homunkulus, dem männlichen Körper angeheftet, verfügt er über einen eigenen Verstand und über eine spezielle fleischliche Intelligenz. Dieses Penishirn wird üblicherweise in Opposition zur rationalen bewussten Kontrolle des Kopfhirns konzipiert. Es folgt eigenen Zielen, was zu einem Kampf der beiden Willen zwischen dem Mann und seinem Penis-Selbst Anlass gibt, die unterschiedliche Intentionen verfolgen (Moravia 1988, Dörrie 1988).

Vielfältig und meist erfolglos waren bis 1982 die medizinischen Beiträge und Bemühungen, dem versagenden Penis, der darniederliegenden Männlichkeit



Erst die Entdeckung der Wirkung des NO (Stickstoffoxid, *nitric oxide*) als Neurotransmitter auf die glatten Muskelfasern der Schwellkörper, die 1998 Furchgott, Ignarro und Murad den Nobelpreis einbrachte, ermöglichte die Entwicklung von **Viagra**, welches, im Gegensatz zur SKAT, oral eingenommen wird und sexuelle Stimulation und Erregungsquellen voraussetzt und für viele Männer mit Erektionsstörungen eine wirksame Hilfe darstellt. Weitere dieser PDE-5-Hemmer (*Phosphodiesterase-5-Hemmer*) folgten (**Levitra, Cialis**).

Abb. 4: Stickstoffoxid als Neurotransmitter

Leben einzuhauchen. So führte beispielsweise 1889 Brown-Séguard die Androgentherapie ein. Er injizierte Blut aus Hodenvenen und Hodenextrakt junger kräftiger Hunde und Schweine. Dem Urologen Virag gelang es 1982 in Paris erstmals, über die Injektion von Paverin oder Prostaglandin E in die Schwellkörper eine «pharmakologische» Erektion auszulösen. Als Vorläufer der späteren SKAT (Schwellkörper-Autoinjektionstherapie) wurde nun eine Erektion unabhängig von sexuellem Begehren, Fantasien und andern Erregungsquellen «herstellbar».

Einerseits ermöglichte der naturwissenschaftliche Blick auf die molekularbiologischen Abläufe in den Schwellkörpern die Entwicklung neuer, hilfreicher Medikamente und bereicherte die Sexualmedizin (Lue 2004). Andererseits ermöglichte der Sexocorporel die Erforschung sexueller Lernschritte. Er versucht, die Integration des Erregungsreflexes in körperliche, kognitive und emotionale Beziehungsfähigkeiten zu verstehen.

Und aus einer andern Ecke: www.pflege-deinenschwanz.de ist eine der vielen Websites, die Männer über Themen sexueller und allgemeiner Gesundheit informieren möchten.

Männlichkeit als Problem und die Problematisierung von Männlichkeit

Christoph Kucklick (2008) beschreibt eindrücklich das mit der Moderne entstehende Unbehagen an der Männlichkeit. Von der Antike bis ins 18. Jahrhundert galten gewisse Formen von Männlichkeit als Garanten sozialer Ordnung. Das lateinische Wort *virtus* (dt. Tugend) leitet sich von *vir* (dt. Mann) ab.

Seit dem 18. Jahrhundert werden drängende gesellschaftliche Probleme wie Gewalt, Profitgier, Gefühllosigkeit, Versachlichung und Liebesunfähigkeit männlich konnotiert. Männer lassen lieben und entlassen Tausende, sie führen Kriege und sich selbst schlecht auf, sie stören die soziale Ordnung und den Schulunterricht.

Anthony Giddens (1991) vertritt die Meinung, dass nicht Kriminalität und Gewalt die Gesellschaft bedrohen, sondern die Männlichkeit. Am Mann zerfällt die Gesellschaft, am Weib heilt sie. Periodisch taucht die Forderung nach dem neuen Mann auf, die im Unmut gegen den alten wurzelt. In Frage gestellt wird die Spezies Mann und damit die Idee der Männlichkeit an sich.

Aktuell verstärken Gewaltdiskurse und der aus der Missbrauchsdebatte gespeiste Generalverdacht gegenüber Männern in ihrer Rolle als Väter oder Lehrer die negative Repräsentanz von Männlichkeit in der Öffentlichkeit. Einerseits beschämende Realität, droht auf der andern Seite eine latente Misandrie ein gesellschaftliches Problem zu werden. Der Männerforscher

Walter Hollstein (2008) greift diese Thematik auf in seinem Buch *Was vom Manne übrig blieb* (Weiterführende Literatur: Männlichkeit, Forum Sexualaufklärung 1996). Lothar Böhnisch (1993) beschreibt eindrücklich die Kehrseiten traditioneller Männlichkeit mit ihrem unerreichbaren Ideal des stets aktiven, potenten und selbstsicheren Mannes, auch Bernie Zilbergeld thematisiert diese Männermythen in seinem Buch *Die neue Sexualität der Männer*.

Männlichkeiten und Erektionsprobleme

Entwicklung – Männerwege

Die Polarität der Geschlechter wird in jeder Kultur verinnerlicht. Jedes Kind wird dazu angehalten, Eigenschaften zu entwickeln, die seinem eigenen Geschlecht zugeschrieben werden und solche zu unterdrücken oder zu verleugnen, die als typisch für das andere Geschlecht gelten. Die Entwicklung zur Männlichkeit bedeutet also, auf einen Teil menschlicher Eigenschaften, Verhaltens- und Erlebensweisen zu verzichten, da dieser Teil dem Weiblichen zugeordnet wird. Im Widerspruch zur gelebten Realität wird *Männlichkeit* in den allgemeinen kulturellen Vorstellungen immer noch mit rational, beschützend, aggressiv oder dominant und *Weiblichkeit* mit emotional, fürsorglich, rezeptiv, anpassend assoziiert.

Innerhalb der westlichen Industriegesellschaften geben Männer ihrer Männlichkeit auf der Ebene des Stereotyps auf immer vielfältigere Art und Weise Ausdruck.

Einige Unterschiede zwischen Jungen- und Mädchensozialisation

Jungen werden viel konsequenter als Mädchen daran gehindert, geschlechtsunangemessene Verhaltensweisen zu zeigen; insbesondere wird Cross-gender-Verhalten rigoros tabuisiert. Homoerotische Bindungen und Homosexualität werden noch häufig sanktioniert. Im Älterwerden unterdrücken Jungen ihre emotionale Bindung an die Mutter. Sie müssen ihre Männlichkeit immer wieder unter Beweis stellen.

Die normative männliche Sozialisation stützt sich immer noch auf das Schamgefühl: Als Entwicklungsziel wird vorgegeben, von der Mutter unabhängig zu werden, statt sich als *Muttersöhnchen*, *Weichei*, *Schwuchtel*, *Memme* an ihr Schürzenband zu hängen. Diese gesellschaftlich geforderte Trennung von der Mutter wirkt als kultureller Zwang, die Sehnsüchte nach dieser frühen Geborgenheit zu verleugnen.

Mit dem Bild einer Brücke möchte ich symbolisch sowohl die Entwicklung einer männlichen Identität innerhalb einer bestimmten Gesellschaft wie auch die intrapsychische Entwicklung darstellen. Der verin-

nerlichte Weg über die Brücke – aus dem Land der Mutter (der Frauen) in das Land des Vaters (der Männer) – bestimmt, ob und wie die Sexualität einem Mann als Ressource für Selbsterleben und Beziehungsgestaltung zur Verfügung steht und ob er seine Männlichkeit in einer intimen Beziehung flexibel handhaben kann.

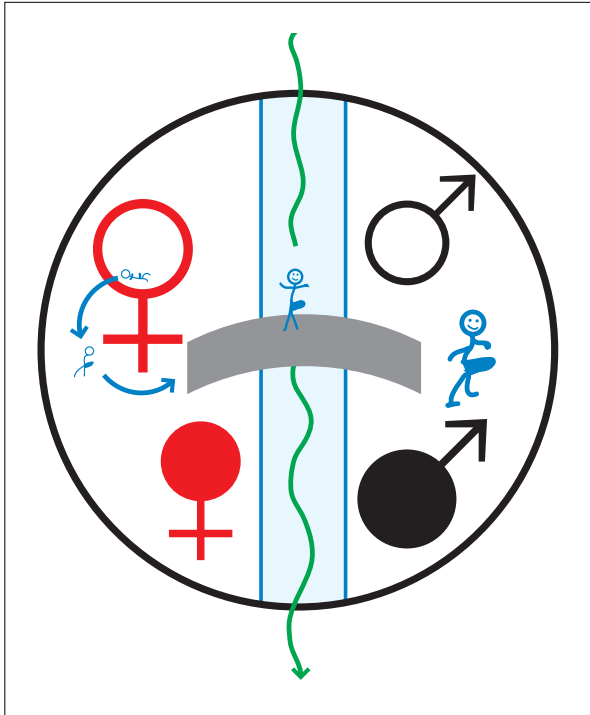


Abb. 5: Sexualisierungsprozess des Mannes

Frühere Vorstellungen wie die Entidentifizierungstheorien (Greenson) spiegeln eine patriarchale Sichtweise: Entscheidend für den Mann ist es, keine Frau zu sein. Eine Geschlechtsidentität, die auf Ablehnung des Weiblichen basiert, bleibt jedoch unsicher.

Wir gehen von biologischen, durch die Androgenisierung beeinflussten geschlechtsspezifischen Eigenschaften aus, die bereits früheste Wahrnehmungen beeinflussen (Einheit von Körper und Hirn). In einem männlichen Körper geboren zu werden, erzeugt auch Reaktionen des Umfelds. Beides verdichtet sich in Kristallisationspunkten des sich entwickelnden Gefühls der Zugehörigkeit zum eigenen körperlichen Geschlecht (GdG). Prägend sind die frühen Einflüsse der realen Interaktionen des Jungen mit seinen primären Bindungsfiguren, die *Beziehung zu seinem Geschlecht*, seine Fähigkeiten, Emotionen zu regulieren, aber auch die Kultur. Ebenso spielen seine eigenen, individuellen, durch seine Psychodynamik vorgegebenen Reaktionen auf alle diese Faktoren und deren Interaktion mit seiner biologischen Entwicklung und dem sozialen Umfeld eine Rolle.

Das Männlichkeitsgefühl entwickelt sich nicht linear; Jungen und Männer müssen sich in verschiedenen kritischen Entwicklungsphasen immer wieder neu damit auseinandersetzen. Für den Jungen erfordert der Weg vom männlichen Körper zu einer männlichen Identität eine Integration des Anderssein als die Mutter. Um sich in seiner Männlichkeit zu entwickeln, muss er die Beziehung zu seiner Mutter aufrechterhalten und umgestalten. Dies erfordert teilweises, oft schmerzhaftes Abschiednehmen davon, dass er die Mutter sein oder ihrem weiblichen Geschlecht angehören kann. Je verfügbarer der Vater oder wichtige männliche Bezugspersonen sind, um so sicherer gelingt dieses Unterfangen. Durch die Beziehung zu einem Vater, den er bewundert, der sich mit ihm auseinandersetzt und ihn fürsorglich anleitet, kann er Eindrücke verinnerlichen, in denen sowohl aktive, «penetrierende» Aspekte wie auch «rezeptive» fürsorgliche Eigenschaften zur Grundlage einer gesunden, flexiblen Männlichkeit werden.

Das Aneignen der Geschlechtsidentität ist für den Jungen schwieriger als für das Mädchen. Die Maskulinisierung bleibt mit dem Risiko einer Kontaminierung durch das Weibliche behaftet aufgrund seiner weiblichen Identifikationen, seiner Sehnsüchte, so zu sein wie die Mutter, nach der frühen Geborgenheit mit ihr. Dies spiegelt sich später in der Sorge vieler Männer, nicht Mann genug zu sein, ihrem Ideal von Männlichkeit nicht zu genügen. Erst nach mehreren Versuchen des sich Entfernens und Wiederannahmens mildern sich Verlustängste und Ängste davor, wieder von der Mutter vereinnahmt zu werden. Die Auflösung des «Verschmelzungskomplexes» (Crépault 1997) erlaubt dem Jungen, sich ohne Verlustängste gegenüber seiner Mutter zu individualisieren, und dem Mann, eine affektive Beziehung mit einer Frau einzugehen, ohne Angst, seine Identität und Freiheit zu verlieren.

Wenn sich der Heranwachsende auf der Suche nach eigener Identität von seiner Familie differenziert, hilft ihm die Fähigkeit der Eltern, diese Ablösung zu ertragen und konstruktiv mit den dadurch bewirkten Emotionen und Kränkungen umzugehen. Wichtig ist auch das Annehmen seiner Männlichkeit durch die Peergruppe, dabei spielen seine sexuellen Fähigkeiten eine wichtige Rolle. Im frühen Erwachsenenalter, wenn der junge Mann seine «Heldenfahrt» beginnt, um sich auf eigene Füße zu stellen und in der Welt ausserhalb seiner Familie intime Beziehungen einzugehen, sind Mentoren als väterliche Begleiter wichtig. Die lebenslange Bedeutung der Vater-Sohn-Beziehung beschrieb M.J. Diamond (2007) in seinem Buch *My Father Before Me*.

**Anatomie ist nicht nur Schicksal:
Was der Junge, der Mann daraus macht, ist ausschlaggebend für das Schicksal seiner Männlichkeit.**

Auf dem Weg über die Brücke spielt der Sexualisierungsprozess eine zentrale Rolle. Er umfasst die Integration des Erregungsreflexes in körperliche, emotionale, intellektuelle und soziale Lernschritte. Gelingt diese Entwicklung, dann trägt sie bei zur Entfaltung der Persönlichkeit und bereichert Beziehungen. Sexuelles Lernen beginnt mit der Geburt und dauert lebenslang.



Abb. 6: Ultraschall 18. Schwangerschaftswoche mit gut erkennbarer Erektion

Entwicklung der Männlichkeit im Sexualisierungsprozess

Definitionen:

Sexuelle Identität = biologisch vorgegeben, d. h. genetisch festgelegt als xy, xx bzw. intersexuelle Varianten. Der sexuelle Erregungsreflex ist Teil davon.

Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit (GdG) = subjektive Wahrnehmung der sexuellen Identität, d. h. die Fähigkeit, sich zum eigenen biologischen Geschlecht gehörend zu empfinden. Es beruht im Wesentlichen auf dem Archetypen und dessen Erotisierung, dem Stereotypen und der sexuellen Selbstsicherheit.

Stereotyp = Zuordnung zu einem Geschlecht aus der jeweiligen gesellschaftlichen Sichtweise: Ein maskulinoider Mann zeigt bezüglich Körperbau, Interessen und Verhalten die «typisch» männlichen Eigenschaften, während der feminoide Mann sich auszeichnet durch Merkmale, die eher dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden. Heute besteht ein viel breiteres Spektrum an Möglichkeiten, das Mannsein zu leben.

Auf dem Weg über die Brücke ins Land der Männer, zu einer männlichen Identität, spielt das Geschlecht – insbesondere der Penis und dessen Empfindungen, aber auch die Reaktionen, die er im Umfeld auslöst – eine zentrale Rolle. Das Anfassen, das Spielen damit vermitteln Halt, Trost, hilft Alleinsein ertragen. Im Vorzeigen des aufgerichteten Penis wächst auch des Besitzers Stolz bis hin zu Höhenflügen, begleitet von Gefühlen der Allmacht und Unverletzlichkeit. Erfahrungen, dass dieses faszinierende An- und Abschwelken nicht dem willentlichen Zugang des Jungen unterliegt, verunsichern. Sich zu seinem Geschlecht zugehörig zu fühlen, ist das Ende eines langen Weges, gepflastert mit der Angst des kleinen Jungen, ihn, der letztlich ein Eigenleben führt, beim Rennen oder Schwimmen zu verlieren. Oder böse Mächte könnten sich seiner bemächtigen. Diesen Ängsten um das eigene Geschlecht begegnen wir bei den meisten Männern; sie spiegeln sich in Witzen und Mythen, so z. B. im Fernen Osten von einer Göttin, die nachts Pnisse einsammelt oder dem Penis, der sich in den Bauch zurückzieht (Koro = «schrumpfender Penis», im Westen als «genital-retraction anxiety» beschrieben) oder verzaubert wird usw.

Der Prozess des sich Sexualisierens – Sexualisiertwerdens – verläuft spiralförmig wie die Entwicklung der Sozialisation oder der Intelligenz. Über Lernen, Entdecken, Verifizieren, Wiederholen und Konsolidieren wird die sexuelle Funktionalität auf der

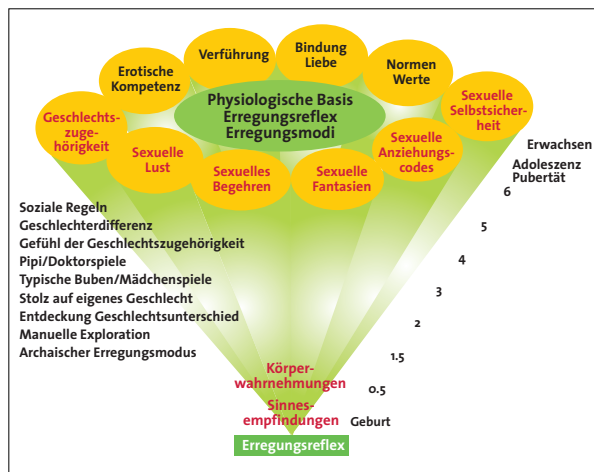


Abb. 7: Sexualentwicklung als lebenslanger Prozess

persönlichen und der Beziehungsebene gelernt. Altersspezifische sexuelle Spiele sind entwicklungsfördernd: Sie ermöglichen die Integration der verschiedenen in der Sexualität interagierenden Komponenten.

Sich auf immer wieder andere Weise mit dem eigenen Geschlecht und dessen Erregbarkeit zu befassen, zu lernen, Spannungen aller Art damit zu regulieren, mit sich allein zu sein, mit andern Jungen, mit Mädchen und deren Geschlecht zu spielen – all das festigt das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit, die Individualisierung und die Autonomieentwicklung. Das Erkennen und Anerkennen der Geschlechterdifferenz, z. B. in Doktorspielen, begünstigt die Verankerung in der Realität des einen, eigenen Geschlechts und ermöglicht es, sexuelle Verhaltensweisen, lustvolle Emotionen, Neugier, Faszination und das Sprechen «darüber» zu erlernen.

Vom «ein Geschlecht haben» zum «sich dem eigenen Geschlecht zugehörig fühlen» ist die Folge einer langen Kette von Erfahrungen mit sexueller Erregung und dem Penis allein und in Beziehungen mit beiden Geschlechtern. Im Folgenden einige Glieder dieser Kette:

Wie wurde er benannt. Wie willkommen war er. Wie nannte ich ihn. Erinnerung an das An- und Abschwellen, an Spiele damit, Erinnerungen an schöne Gefühle, erste Entladungen, Zwiegespräche mit ihm, Reaktionen des Umfelds. Und die Eier? Vergleiche mit anderen, Pinkelspiele allein, mit Vater, Spiele mit anderen, Buben, Mädchen. Erleben der Veränderungen in der Pubertät. Erste Ejakulation: Wie, Wo, Wann? Gestaltung der Selbstbefriedigung, körperliche Techniken der Erregungssteigerung, begleitende Fantasien. Arten und Häufigkeit des Berührens, Erektionen im Alltag. Vergleiche mit anderen. Bedeutung für Mannsein. Sexuelle Spiele allein, mit anderen.

Den Penis aus der Hand geben, ihn berühren lassen. Das erste «Mal». Erleben des Penis, zu gross, zu klein, krumm, schön, stinkend, tränend, zu rasch ejakulierend oder gar nicht, nicht versteifend. Erleben des weiblichen Geschlechts, des Geschlechts eines andern Mannes, des Penis in der Vagina, im Mund, Anus. Dem eigenen Geschlecht in Haltung, Blick, Sprache Ausdruck verleihen. Vater sein eines Jungen, zeugen, verhüten. Aktuelles Erleben, benennen. Wahrnehmen in verschiedenen Zuständen, weich, hart, warm, anschwelkend, prall, explosiv, spritzend, pulsierend. Reden mit andern Männern. Ängste davor, er versage. Scham bei erster Erfahrung mit ED. Veränderung in der Handhabung, der Beziehung zu ihm im Alterwerden.

Auf dem Weg über die Brücke sind bei der Mehrheit der Jungen Spiele und Verhaltensweisen zu beobachten, welche die Intrusivität, das Penetrieren einüben: Bewegungsmuster vom Körper weg nach außen – etwa kämpfen oder schießen – stossen und penetrieren im bildlichen Sinn, entsprechend der Richtungsvorgabe des erigierten Penis. Sie sind Ausdruck des sich entwickelnden Archetyps. Der **sexuelle Archetyp** ermöglicht, ausgehend vom körperlichen Geschlecht, von physiologisch programmierten Erektionen und hormonell gesteuerten Funktionen wie Ejakulieren und Libido (Libido meint nicht sexuelles Begehren, sondern das biologische Ejakulationsbedürfnis), eine «Fortpflanzungssexualität». Über sexuelles Lernen, Erotisieren männlicher Intrusivität, Symbolisierung in äusserer und innerer Haltung, Sprache und Blick als Ausdruck männlicher Phallizität, entwickelt sich der Archetyp zur tragenden Säule männlicher Identität in der phallischen Erotisierung. Diese begünstigt das Erotisieren anderer Personen und das Entwickeln eines koital sexuellen Begehrens.

Angelegt in den symbolischen Spielen des kleinen Jungen, werden diese phallischen Neigungen während der gesamten männlichen Entwicklung um-



Abb. 8

gestaltet, angepasst, integriert, verändert. Sie sind entscheidend an der subjektiven Wahrnehmung der Männlichkeit beteiligt.



Abb. 8a

Sicherheit im Erleben eigener Männlichkeit

Diese kann sich beispielsweise ausdrücken in der Art und Weise, wie sich der Mann für seine Wünsche, Vorstellungen und Ziele einsetzt, in seiner Freude an lustvollem Körpererleben, in seiner Begeisterungsfähigkeit, dem flexiblen Handhaben hierarchischer Beziehungen, dem Rivalisieren im Sinne des Wetteiferns oder Kompetentseins. Ebenso in seinen Fähigkeiten, Beziehungen und Intimität mit anderen herzustellen und der eigenen Befriedigung und der Befriedigung seiner Partnerin/seines Partners eine gleichrangige Bedeutung zuzumessen. Dazu kommen dem Alter angemessene Eigenschaften, z. B. das Bedürfnis nach Beziehung, eine höhere Wertschätzung des Andersseins und der Reflexivität, sowie eine Verminderung der Ängste, die mit psychischer Empfindsamkeit und Verletzlichkeit einhergehen.

In der Sexualität ist die phallische Erotisierung ein wichtiges Element

Voraussetzung für die phallische Erotisierung ist ein integrierender Erregungsmodus (wellenförmiger Erregungsmodus). Dank fließender Bewegungen kann der Mann seinen ganzen Körper sinnlich erleben und in Verbindung mit leicht modulierbaren Beckenbewegungen seine männliche Intrusivität stärker wahrnehmen und in inneren Bildern symbolisieren (Erotisierung des Archetyps). Sich wohlzufühlen im eigenen Körper, es zu genießen, sich als erregter Mann zu zeigen, sich liebenswert und sexuell begehrenswert erleben zu können, sind weitere Elemente der phallischen Erotisierung in Autoerotik wie in Beziehungen, ebenso wie das lustvolle Genießen der eigenen sexuellen Erregung, bereichert mit vielseitigen Fantasien und das Verbinden von genitalen und emotionalen Bedürfnissen.

Diese phallische Erotisierung der eigenen Männlichkeit verstärkt das Öffnen des Blicks auf andere, das *Erotisieren eines anderen, einer anderen*, ihres Körpers, Geschlechts, ihrer Persönlichkeitsmerkmale, ihrer sexuellen und emotionalen Ausdrucksweisen. Sie ermöglicht das Erotisieren von Nähe und Distanz auf der Basis eigener Autonomie. Sie öffnet ein breites Spektrum erotischer Beziehungsfähigkeiten und mannigfaltiger sexueller Spiele, die auch Körperöffnungen und innere Empfindungen mit einbeziehen, um letztlich die Wahl zu haben zwischen ficken, Liebemachen und anderen Eigenkreationen.

Verunsicherung im Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit

Schematisch lassen sich innerhalb des Spektrums ganz «normaler» Männlichkeiten zwei Pole unterscheiden:

- Männer mit einem Anschein von «zuviel» Männlichkeit: *Hypermaskulinoide Männer*
- Männer mit einem Anschein von «zuwenig» Männlichkeit: *Hypomaskulinoide Männer*

Wie immer finden sich in der Realität häufig *Mischformen*, die Vielfalt menschlicher Wirklichkeit liegt jenseits von Typologien.

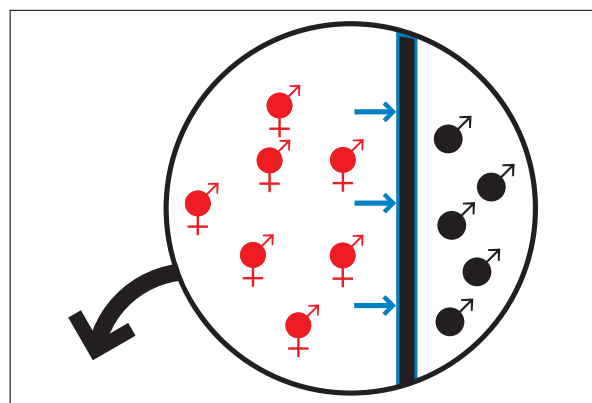


Abb. 9a: Hypomaskulinoide Männer

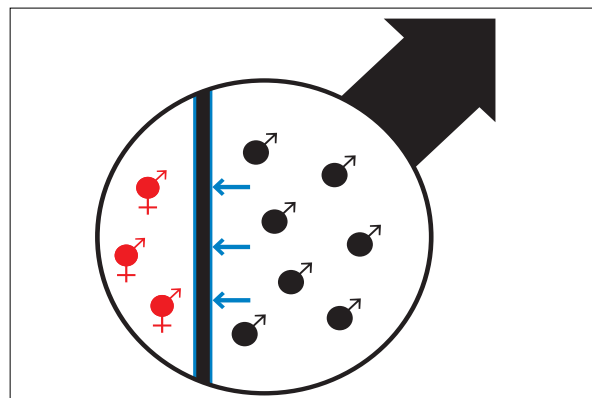


Abb. 9b: Hypermaskulinoide Männer

Gemeinsam ist diesen Männern die eingeengte Beziehung zu ihrem Geschlecht, einerseits dem körperlichen Geschlecht aufgrund des sexuellen Erregungsmodus, andererseits einer Verunsicherung im Gefühl der Zugehörigkeit zu diesem Geschlecht. Wohl gelingt ihnen eine Stabilisierung des Mannseins über andere Säulen: den Beruf, die Rolle als Partner oder Vater und viele soziale Aktivitäten. Die Einschränkung ihrer sexuellen Selbstsicherheit wird dadurch zwar kompensiert aber nicht verändert.

Der hypermaskulinoide Mann

Hierzu gehört ein breites Spektrum von Männern, vom «Intimitätsflüchtling» bis hin zu solchen mit guter Bindungs- und Liebesfähigkeit. Seine Befürchtung, unmännlich zu sein, spiegelt sich in den stark betonten Männlichkeitsattributen. Die fehlende Erotisierung des Archetyps (fehlendes inneres «Aufrichten» der Männlichkeit) wird durch die Betonung des Stereotyps (Betonen äusserer Aspekte der Männlichkeit) kompensiert. Er orientiert sich am Cowboy, am Rebell, der sich nicht unterwirft und bindet. Er ist ein Eroberer, Nomade, der das Abenteuer sucht. Bodybuilding beispielsweise dient dazu, die Verunsicherung im Erleben eigener Männlichkeit zu kompensieren. Eine häufige Sorge betrifft die vermeintlich ungenügende Penisgrösse. Im *Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit* ist er unsicher, der *Archetyp* ist intrusiv, aber nicht erotisiert. Er glaubt als Mann nicht zu genügen, fürchtet Intimität, Nähe, Emotionalität und vor allem fließend zu werden (d. h. das Aufgeben muskulärer Anspannung). Seine Sorgen kreisen um diese «Entmännlichungsängste».

Andere Männer werden als potenzielle Rivalen wahrgenommen. Die Beziehungen sind geprägt durch Kräfteressen, Dominieren und Rivalisieren. Die Demonstration phallischer Aggressivität dient als Beweis von Männlichkeit.

Mit Frauen sucht er in der Sexualität Überlegenheit und Aktivität, nicht Verschmelzung. Er fürchtet Intimität, Gefühle, hat Mühe zu vertrauen, zeigt oft ein starkes Bedürfnis zu kontrollieren. In seinem Innersten fühlt er sich unfähig zu lieben, hat Angst vor Abhängigkeit und das Gefühl, nicht liebenswert zu sein. Er begehrt sexuell attraktive Frauen (Bestätigung der Differenz), ist aber ob deren sexueller Potenz verunsichert und befürchtet, sie könnten einen stärkeren Rivalen bevorzugen.

Wo die sexuell begehrte Frau seine Ängste vor «Entmännlichung» verstärkt, fürchtet er bei der Frau, die er liebt, zu «männlich» (aggressiv) zu sein. Auch fällt es ihm schwer, seine Liebessehnsüchte zu sexualisieren. Frauen, die er liebt und wegen ihrer affektiven Fähigkeiten begehrt, erscheinen ihm oft unerreichbar.

In seiner Sexualität sind genitale Bedürfnisse, das Geniessen des Funktionierens zentral. In dieser «physio-

logischen» Variante der männlichen Sexualität ist der Wahrnehmungsfokus auf das Erleben der Entspannung gerichtet, die die Ejakulation begleitet. Der Weg, die Erregung zu steigern, ist dagegen oft «Arbeit». Wir finden ihn in Verbindung mit dem archaischen Erregungsmodus [AM], dem archaisch-mechanischen Modus [AMM] und auch dem mechanischen Modus [MM] in der Autoerotik wie in der Partnersexualität. Diese Erregungsmodi lassen wegen der hohen Muskelspannung wenig Raum für lustvolles Geniessen. Die muskuläre Anspannung loszulassen, sich fließend zu bewegen und Gefühle zuzulassen – all das wird mit Unmännlichkeit gleichgesetzt. Oft behalten diese Männer lange eine gute sexuelle Funktionalität. Mit dem Älterwerden sind wegen der Grenzen des Erregungsmodus, der Leistungsorientierung und der fehlenden Erotisierung Erektionsprobleme häufiger.

Häufige *Fantasieinhalte* sind seine überlegene Männlichkeit, das Penetrieren, das Ejakulieren auf die Brüste oder in den Mund einer entpersönlichten Frau – sie bestätigen ihm seine sexuelle Potenz. Diese Potenz wird inszeniert mit Attributen von Stärke, Dominieren, grossem Penis, Penetration von hinten etc. Weiblichkeit wird inszeniert als «Sexbombe», geile Frau, Prostituierte, mehrere Frauen, unterworfenen Frauen, gefesselte Frauen usw. Andere Männer sind als «Verstärkung» eigener Männlichkeit oder seltener als Sexualpartner dabei. Die Fantasien orientieren sich an Modellen von Pornofilmen. Andere Fantasien kreisen darum, Objekt des Begehrens einer Frau von hoher sozialer Bedeutung zu werden, sind aber weniger genitalisiert und dienen der narzisstischen Bestätigung.

Sein *sexuelles Begehren* umfasst die Suche nach sexueller Erregung und Entladung, mit genitaler Polarisierung der Bedürfnisse. Mit der «unterlegenen» Partnerin sucht er eine starke Entladung, das Spritzen, das Loswerden von Spannungen. Die durch ihn bewirkte Lust der Partnerin ist eine wichtige Erregungsquelle, verbunden mit dem Bedürfnis, ihre Sexualität zu kontrollieren und sich ihrer Verfügbarkeit zu vergewissern. Je mehr die Partnerin seinem Bild verführerischer weiblicher Attraktivität entspricht, desto mehr intensiviert sich sein Bedürfnis nach Kontrolle und Besitz. Die zunehmende Eifersucht kann zum Problem werden. Er nimmt die Frau als Verführerin wahr, die ihn jederzeit betrügen könnte. Diese Dynamik kann über die Zeit aus dem Gefühl heraus, nicht zu genügen, *Leistungsdruck und eine Angst vor Erektionsverlust* erzeugen.

Autoerotik: Für den hypermaskulinen Mann ist die Autoerotik ein wichtiges Mittel, um Spannungen und Frust loszuwerden. Sie nimmt deshalb bisweilen sehr viel Raum ein. So kann z. B. ein Drang danach bestehen, so lange wie möglich im Zustand sexueller Erregung zu bleiben. Ziel ist hier nicht eine sexuelle

Entladung, sondern das Erleben der eigenen Potenz. Oder aber die Häufigkeit ersetzt die emotionale Befriedigung. Manche Männer suchen stundenlang nach erotischen Inhalten im Internet und tendieren zu einer dranghaften/zwanghaften/suchartigen Suche nach Intensität, Kicks oder dem Erleben von Macht. Nicht selten finden sich auch homosexuelle Verhaltensweisen bei Männern mit heterosexuellen Anziehungskodes, punktuell, zeitlich begrenzt und ohne dass homosexuelle Anziehungskodes vorliegen. Dies geschieht, um Fantasien auszuleben, die im Heterokontext schwerer realisierbar sind, um Männlichkeit aufzutanken oder auch aus Einsamkeit.

Erleben des Penis: Der Penis wird symbolisiert als Werkzeug, Waffe, Gewehr, Bohrer, Steuerknüppel.

Er ist aussen am Körper befestigt. Das Penetrieren als hartes Zustossen wird zum Stechen, Nageln oder Hämmern, die Ejakulation zum kraftvollen Spritzen.

Erleben der Körperöffnungen des/der anderen: Symbolisiert als «Loch» oder Behälter. Intravaginal erlebt sich der Mann hart und abgegrenzt. Der harte Penis symbolisiert Intrusivität und männlichen Stolz.

Häufig fehlt die Wahrnehmung des Penis im Geschlechtsverkehr, dies wird als zu weite Scheide der Partnerin rationalisiert. In Realität benötigt dieser Penis – ebenso wie sein Besitzer – einer sensorischen Rehabilitation.

Mehrere Faktoren erhöhen das Risiko von Erektionsstörungen:

- *Erregungsmodus begrenzt lustvolles Geniessen der sexuellen Erregung*
- *Kein koital sexuelles Begehren (Siehe Kapitel 6)*
- *Grenzen bei den Erregungsquellen und Anziehungscodes*
- *Fehlendes Erotisieren des Archetyps verstärkt Verunsicherung im Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit*
- *Angst davor, sexuell nicht zu genügen, Eifersucht etc., Leistungsdruck*

Zusammenfassung hypermaskuloider Mann

Stereotyp

- Hypermännliche Fassade, gepanzert, rigide
- Cowboy, Rebell, der sich nicht bindet oder unterwirft
- Eroberer, Nomade auf der Suche nach Abenteuern, Supermann
- Bodybuilder und andere «Uniformen»

Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit

- Verunsichert
- Intrusiv, jedoch keine Erotisierung seines sexuellen Archetyps

Genitalität

- Erregungsmodus eng (AM, AMM, MM)
- Wichtig, aber qualitativ wenig investiert
- Orgastische Entladung
- Investition in Koitus, orale und anale Penetration
- Handlungsbetont

Erleben des Penis

- Instrumentalisiert, Fokus auf das Funktionieren

Partnersexualität

- Bestätigung der eigenen Potenz über die Lust der Frau, Vermeiden von Intimität, Fokus auf Funktionieren
- Illusion von Überlegenheit

Geniesst

- Spannungsentladung, der Frau Lust zu «geben» bestätigt seine Männlichkeit

Anziehungscodes

- Feminine Frauen, um Geschlechterdifferenz zu wahren; bei homosexuellen Anziehungscodes: oft feminoide Männer
- Evtl. Homophobie

Sexuelles Begehren

- Sexuelle Erregung, Entladung, Funktionieren, Bestätigung eigener Männlichkeit

Fantasien

- Penetrieren (oral, anal, vaginal), aufs Gesicht ejakulieren, viele Formen des Dominierens, Überlegenseins (Frau gefesselt, hörig usw.), «Pornokino» im Kopf

Bedürfnisse

- Bestätigung eigener Männlichkeit und Potenz
- Genitale Polarisierung

Beziehung zu Frauen

- Unvereinbarkeit bezüglich emotionaler und sexueller Anziehung
- Mühe, affektive Beziehungen herzustellen

Beziehung zu Männern

- Rivalisieren, wetteifern, Überlegenheit zeigen

Angst

- Vor Unmännlichkeit
- Vor Nähe, Intimität
- Vor Identitätsverlust bei Loslassen der Rigidität
- Vor Erektionsverlust
- Vor Rivalen

Gründe für Therapie

- Anejakulation oder Erektionsprobleme im Geschlechtsverkehr
- Unsicher bezüglich sexueller Orientierung
- «Sexsucht», d. h. drang- bis zwanghaftes Erleben der Sexualität

Therapeutisches Projekt

- Männlichkeit verstärken über qualitatives Entwickeln der Genitalität und Sinnlichkeit, phallische Erotisierung

Der hypomaskulinoide/hypogenitale Mann oder «Verschmelzungstyp»

Hierzu gehört ein breites Spektrum von Männern, die oft sehr bindungs- und beziehungsfähig sind, gute Partner und Väter darstellen, aber auch einige mit massiven Bindungsängsten.

Der hypomaskulinoide Mann ist gehemmt in seiner phallischen Aggressivität, seiner Selbstsicherheit und der Fähigkeit, sich zu behaupten, zu konkurrieren und zu rivalisieren. Er möchte kein Macho sein und überinvestiert in die Rolle des «Hirten», des Beschützers, der sich bindet und Geborgenheit sucht. Er vermeidet die für ihn negativen Aspekte männlicher «Aggressivität». Die «Gestaltung» seiner Männlichkeit und Erotik erfolgt unter einem feminoiden Aspekt. Dies spiegelt sich in seiner Körperhaltung, dem Gang und der Art und Weise, sein Becken zu besetzen. Er ist nicht stolzer Träger eines männlichen Geschlechts, sondern versteckt dieses durch Zurücknehmen des Beckens. Die vorgebeugte Haltung spiegelt seine Hinwendung zum andern. Teilweise wird dies verstärkt durch muskuläre Hypotonie.

Er erlebt andere Männer als dominierend, rivalisierend und als potenzielle Aggressoren. Er neigt dazu, sich männlicher Autorität zu unterwerfen. In Situationen von Intimität mit Männern ist er gestresst. Oft bereitet es ihm Mühe, sich in einem männlichen Arbeitsumfeld anzupassen.

Als schwuler Mann sucht er nach phallischen Partnern, die Sicherheit geben.

Er bevorzugt ein weibliches Umfeld, fühlt sich unter Frauen sicherer. Dort sucht er bei einer «starken Frau» Sicherheit, Geborgenheit, die «nährende Mutter». Er tendiert dazu, sich rasch zu binden, sich anzuklammern, hat den Wunsch, diese Mutter zu besetzen, und Angst, sie zu verlieren. Seltener besteht der Wunsch, eine verletzliche Frau zu retten. Er fokussiert auf die Bedürfnisse der Partnerin, möchte ihr Prinz und Beschützer sein. Er strebt ein Verbleiben in der Verschmelzung an und fürchtet, abgelehnt zu werden. Nach einer Zeit anfänglicher Leidenschaft wird die Partnerin distanzierter und er fühlt sich vernachlässigt. Dabei erlebt er sich selbst als lieb, aufmerksam,

sich anpassend und versteht ihre Haltung nicht. Verlassenheitsgefühle stellen sich ein bis hin zum Gefühl, benutzt und ausgenutzt zu werden. In interpersonellen Beziehungen bleibt er in der Position des Objektes des anderen, und es bereitet ihm Mühe, sich als Subjekt zu fühlen.

Das Sexualisieren einer Frau, ohne sie zu lieben, bewirkt Schuldgefühle und Strafängste. Seine sexuellen Wünsche erlauben es ihm, zu schwärmen, sich zu verlieben. Dabei dominiert eine Verschmelzungserotik. Die Frau, die er liebt, aktiviert seine Angst, als Macho wahrgenommen zu werden. Er fürchtet, sie zu verletzen, sich respektlos zu verhalten und dafür abgelehnt zu werden.

Eine sexuell attraktive Frau aktiviert bei ihm die Angst, sexuell nicht zu genügen in seiner Leistungsfähigkeit und Potenz.

Die zentrale Angst des hypogenitalen Mannes betrifft die negativ besetzte Männlichkeit, insbesondere die phallische Aggressivität. Er will kein Macho sein, der Frauen benutzt für Sex etc. Oft sitzt er zwischen Stuhl und Bank mit seiner Angst vor der (bösen) Männlichkeit und der schleichenden Angst, kein richtiger Mann zu sein, zu verweiblichen.

Erektionsprobleme und die Abhängigkeit seiner Erregung von immer engeren Szenarien lösen Verlustängste aus.

In seiner Sexualität ist die Genitalität wenig entwickelt. Die Erregungsmodi sind eng: AM, AMM, MM. Der hypomaskuline Mann entwertet die Autoerotik, aus Angst, sie entfremde ihn der Partnerin, fördere das Fremdgehen. Er benützt sie als Notlösung, wenn er keine Partnerschaft hat.

In dieser «emotionalen» Variante der männlichen Sexualität wirken intensive Gefühle erregend: Verliebtsein, Nähewünsche, aber auch Verlustängste, wie sie sich im Anklammern durch Drängen auf sexuelle Aktivitäten zeigen. Dabei ist die physiologische Erregung teilweise gering. Der Fokus ist ganz im «Oben». Zum Teil bestehen auch Schamgefühle bezüglich der Sexualität, sie wird vermieden.

Sein *sexuelles Begehren* gilt dem Geschlechtsverkehr als Suche nach Verschmelzung, weniger nach sexueller Erregung und Entladung. Er liebt sinnliches Genießen und Zärtlichkeiten. Seine Bedürfnisse sind affektiv polarisiert. Er bevorzugt koitale Stellungen, die Nähe ermöglichen, will die Partnerin nicht «erniedrigen» oder «dominieren». Wegen der hohen emotionalen Erregbarkeit neigt er oft zu frühzeitigen Ejakulationen, erlebt aber auch Stress und Verlustängste. Das Fehlen eines koitalen sexuellen Begehrens aktiviert und nährt die Angst vor Erektionsverlust im Moment der Penetration. Der Mann rechtfertigt den Verlust von Sinnesempfindungen beim Koitus anfänglich mit der Wahrnehmung der «zu weiten»

Vagina, erlebt also paradoxerweise gleichzeitig zu intensive Erregung und den Verlust der Sinnesempfindungen im Penis.

Das Nichtaneignen seiner Genitalität verhindert Wahrnehmungen seines Beckens und seines Geschlechts; er hat kaum das Bedürfnis, sich zu berühren. Als jüngerer Mann funktionierte er im Autopiloten und erlebte rasche Entladungen. Seinen *Penis* symbolisiert er als Bindeglied, Antenne zum Partner oder zur Partnerin, als «spirituellen Staubsauger», der die Energie des/der anderen aufnimmt. Häufig gebraucht er verniedlichende Bezeichnungen, etwa «mein Kleiner».

Die Körperöffnungen *des/der anderen* sind Orte des Verschmelzens, der Vereinigung, des Ineinanderfließens, d. h. als «Schmelztiegel» symbolisiert. Das Erleben des Penis in der Vagina beschreibt er als geborgen, warm, schön.

Der *Archetyp* ist neutral bis rezeptiv. Das Erigiertsein schafft keinen Bezug zur männlichen Intrusivität, die meist negativ besetzt wird. Der Sinn des Penetrierens ist die Verstärkung von Nähe, vom Gefühl, ineinander geborgen zu sein. Die Ejakulation verstärkt das Gefühl des Ineinanderfließens. Zum Teil wird die Ejakulation als Ausfließen erlebt.

In den *sexuellen Fantasien dominieren* schöne Frauen ohne Handlung, vage Formen, grosse Brüste. Das weibliche Geschlecht ist oft wenig erotisiert. Die Szenarien kreisen um Vorstellungen, das Objekt des Begehrens und der Lust einer Frau zu sein: Eine aktive, kräftige Frau verführt ihn, leitet ihn an, nimmt ihn, sitzt auf ihm, führt seinen Penis ein. Er wird oral «verwöhnt» von Frauen, gibt sich hin. Andere Männer penetrieren seine Partnerin, er bleibt Zuschauer oder ist in Begleitung eines Stellvertreters, der die Penetration übernimmt. Es zeigen sich Ansätze «phallischer» Wünsche, solange er in einer passiven Position bleibt, z. B. befriedigt eine Frau ihn oder einen anderen Mann oral. Je rezeptiver der Archetyp, desto mehr drehen sich die Fantasien darum, dass er passiv unterworfen ist, gefesselt und dominiert wird (phallische Symbole sind nun im Besitz einer Domina) oder um Szenarien mit Fetischen wie das Tragen von Windeln oder, häufig, weiblicher Kleidungsstücke – bis hin zu Fantasien, selbst Frau zu sein und von Männern genommen zu werden.

Männer mit homosexuellen Anziehungscodes fantasieren etwa, im Kampf mit einem starken Mann zu unterliegen, geschlagen und gefesselt zu werden oder die Haare geschnitten zu bekommen usw.

Die *sexuellen Anziehungscodes spiegeln* die emotionale Polarisierung, d. h. der hypogenitale Mann erotisiert das «Oben» bis hin zu Fantasien eigener Rezeptivität im Dominiertwerden oder Tragen von Fetischen. Die Szenarien werden oft immer enger, bedingt durch die abnehmende erektile Funktion im Älterwerden. Die Steigerung reicht bis zu dranghaftem Erleben

und der stundenlangen Beschäftigung mit spezialisierten Szenarien in der Realität, in der Autoerotik – oft unter Beizug von Pornos im Internet – und in professionellen Settings.

Mehrere Faktoren erhöhen das Risiko von Erektionsproblemen

- *Limitierender Erregungsmodus*
- *Wenig Interesse an Autoerotik*
- *Emotionale Polarisierung der Bedürfnisse*
- *Verunsicherung in der eigenen Männlichkeit mit negativer Besetzung der Intrusivität*
- *Archetyp neutral bis rezeptiv*
- *Fehlendes koital-sexuelles Begehren*
- *Partner/-in und ihr/sein Geschlecht werden nicht mehr erotisiert*
- *Anziehungscodes immer enger (Fetisch/Unterwerfung)*
- *Weigerung der Partnerin, mitzumachen*
- *Verlustängste bewirken Stress und Teufelskreis*

Zusammenfassung hypomaskulinoider Mann

Genitalität

- Erregungsmodus eng (AM, AMM, MM)
- Kaum investiert
- Entwertung der Masturbation, Beziehungssexualität vorrangig

Erleben des Penis

- Bindeglied zu Partner/Partnerin

Partnersexualität

- Vollzug von Nähe und Verschmelzungswünschen

Wertung der Sexualität

- Will nicht wie andere Männer sein (grob, aggressiv, nur «das Eine» suchend)
- Sex als animalisch erlebt, muss veredelt werden durch Liebe, Gefühle, Nähe

Heterozentrierung

- Mühe, sich Lust bereiten zu lassen
- Seine Lust besteht darin, der anderen Person Lust zu bereiten, es ihr recht machen wollen

Stereotyp

- Bild des Hirten, Retters, Beschützers: sesshafter Mann, der sich bindet und Verschmelzung sucht
- Hypomaskulinoid bis feminoid
- «Teddybär», vorgebeugt, zugewandt, lieb, scheu

Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit

- Verunsichert
- Archetyp neutral bis rezeptiv, phallische Intensität/Aggression negativ besetzt

- Fehlende sexuelle Selbstsicherheit
- Erlebt sich im Mangel bezüglich Männlichkeit, Angst, das Wenige an Männlichkeit zu verlieren
- Angst davor, im Sex mit Frauen entmännlicht zu werden

Sexuelles Begehren

- Suche nach Verschmelzung ist zentral; Liebesbegehren aktiviert Sexualität

Bedürfnis

- Sicherheit, Nähe, Liebe
- Emotionale Polarisierung

Anziehungscodes

- Angezogen von Augen, Haaren, Gesicht, Lächeln; Unterkörper nicht erotisiert
- Sucht Frau, die Sicherheit gibt

Fantasien

- Romantische Szenarien, schöne Frau
- Passivität; Initiative von der Frau ausgehend
- Sex unter zwei Frauen, er Zuschauer, evtl. Penetration einer Frau durch einen anderen Mann

Angst

- Vor Verlust der Beziehung, Trennung
- Davor, zu männlich, verletzend oder zu wenig männlich zu sein
- Vor Autonomie (Autoerotik gehemmt)

Beziehungen

- Mühe mit Distanz, unfähig, diese zu erotisieren
- Mühe, Differenz zu erotisieren, sucht Nähe; Unterschiede verunsichern

Gründe für Therapie

- Oft koitale Erektionsprobleme
- Fehlendes sexuelles Begehren
- Dranghaftes Erleben sexueller Aktivitäten in engen Szenarien (Anziehungscodes)

Therapeutisches Projekt

- Männlichkeit verstärken über das Entwickeln der Genitalität, phallische Erotisierung

«Wechselgänger» – Mischformen

Diese Männer funktionieren oft im Sowohl-als-auch: In einem Kontext ohne affektive Bindung verkörpern sie eher den Cowboy, in einem affektiven Kontext findet sich eine Tendenz zum Beschützer bzw. eine Verschmelzungserotik.

Er legt eine gewisse Leichtigkeit im Umgang mit anderen Männern an den Tag und tendiert dazu, sich als der bessere Mann wahrzunehmen. In Situationen

von Verletzlichkeit versteckt er sich hinter einer Fassade von Misstrauen oder Pseudogleichgültigkeit. Wie andere Männer zu sein bedeutet, bei den Frauen Missfallen zu bewirken, drum muss er besser sein.

Der Umgang mit Frauen fällt ihm leicht. Er zeigt sich als Mann, der Frauen respektiert und als Liebhaber, dem die erotische Lust der Partnerin wichtig ist. Mit der «Madonna» gibt er sich als Hirte, mit der «Antimadonna» als Cowboy. Auf den ersten Eindruck scheint er ebenso gut in einem «verschmelzenden» wie «distanzierenden» Kontext zu funktionieren. Diese Funktionalität beruht jedoch auf einer Spaltung. Sowohl in seinen Fantasien wie in der Realität ist er mit der Partnerin, die er liebt, nicht zum gleichen erotischen Verhalten fähig wie mit der Geliebten. Er befürchtet, die Partnerin zu verletzen, sie nicht genügend zu respektieren, ihr das Gefühl eines Sexualobjekts zu vermitteln. Er investiert in die «Madonna» als Quelle affektiver Sicherheit, in die «Antimadonna» in Fantasie und Realität als Lustobjekt. Wie bei den beiden anderen Gruppen aktiviert die «Madonna» eine Angst davor, zu männlich zu sein, die «Antimadonna» die Angst vor Unmännlichkeit.

Seine erotische Funktionalität beruht auf limitierenden Erregungsmodi, oft dem MM. Nach der Eroberungsphase wird in einer affektiv wichtigen Beziehung die Sexualität langweilig, zur Routine. Das sexuelle Begehren schwindet, Angst vor Erektionsverlusten tritt auf, die sexuellen Beziehungen werden immer mechanischer. Er gibt sich nicht hin und fokussiert auf die Lust der Partnerin. Er ist im «Machen» und nimmt eine Zuschauerposition ein. So hält er eine Distanz und sucht nicht eine Verschmelzung wie der Hypomann. Wie der Hypermann vermag er lustvolles Genießen nicht zu erotisieren, da Sinnlichkeit ihn in seiner Männlichkeit bedroht, indem sie Angst vor Verweiblichung weckt. Mit zunehmendem Frust überwiegen feindselige Anteile die begehrenden. Oft besteht aufgrund des engen Erregungsmodus eine Unfähigkeit, in der Gegenwart der Lebenspartnerin zu ejakulieren. Hat er sie befriedigt, masturbiert er ausserhalb ihres Blickfelds, begleitet von Fantasien mit einer sexuell attraktiven Frau. Mit einer Geliebten erlaubt er sich mehr männliches Begehren, was es ihm ermöglicht, mehr phallische Aggressivität und Intrusivität zu entwickeln. Bei sehr engem Erregungsmodus besteht eine Tendenz zu Ejakulationsproblemen im Koitus. Um zu ejakulieren, muss er sich aus der Vagina zurückziehen, masturbiert vor ihr oder indem er sich manuell oder oral von ihr stimulieren lässt. Diese Dynamik finden wir häufig auch bei hypermaskulinoiden Männern als Ausdruck koitaler Ängste, verstärkt durch einen archaisch-mechanischen bzw. mechanischen Erregungsmodus, der eine phallische Erotisierung verunmöglicht.

Therapeutisches Projekt

- Männlichkeit verstärken über qualitatives Entwickeln der Genitalität, Sinnlichkeit, phallische Erotisierung

Verunsicherung im Erleben eigener Männlichkeit und fehlende Erotisierung des sexuellen Archetyps = höheres Risiko von Erektionsproblemen

Männerwege/Mannsein im Laufe des Lebens



Abb. 10: Aufrichten und Erschlaffen, Werden und Sterben

Herausforderungen an den Mann in verschiedenen Lebensphasen

(nach M. J. Diamond)

Lebensmitte, Midlifecrisis

In der *Lebensmitte* geben Entwicklungen im Beruf, in Beziehungen und im Rahmen der Vaterschaft neue Impulse.

Der Genuss daran, Erfahrungen in sich aufzunehmen, die Freude am Sein, am Erleben und Verstehen werden wichtiger als die Erregung des Suchens und Findens. Einsicht, Verbundenheit und Fürsorglichkeit erhalten Priorität. Es ist eine Zeit, in der das Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen Geschlecht, die Vertiefung von Erotik und Bindungen und eine umfassendere Wertschätzung des Lebens eine zentrale Bedeutung erlangen.

In der *Midlifecrisis* durchlaufen viele Männer eine «depressive» Krise, in der der Schmerz darüber Ausdruck findet, dass sie sich psychische Beschränkungen auferlegen mussten, um ein kulturell sanktioniertes Männlichkeitsgefühl aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Es wächst das Bedürfnis, die verlorenen Selbstanteile wiederzufinden. Das Männlichkeitsbild wird flexibler und ausgewogener und muss nicht länger rigide zwischen männlichen und «weiblichen» Aspekten unterscheiden. C. G. Jung stellte fest: Im mittleren

Alter muss der Mann Raum machen für seine «weibliche» Seite, damit diese sein nachlassendes biologisches Feuer belebt.

Männlichkeit im mittleren und fortgeschrittenen Alter

Der älter werdende Mann muss, um ein stabiles Identitätsgefühl zu entwickeln, sich mit Teilen seiner Persönlichkeit arrangieren, die er im Laufe seiner Sozialisation aufgegeben hatte oder ablehnen musste.

Das Bedürfnis nach einer klar definierten, scharf abgegrenzten Männlichkeit lässt nach. Der reife Mann ist nicht länger auf eine gesplante Männlichkeit angewiesen, die in früheren Lebensphasen wichtige Anpassungsaufgaben erfüllte. Die Ideale, die zuvor mit dem Heranwachsen zum Mann verknüpft wurden, weichen jenen, an denen sich die Entwicklung zu einer Persönlichkeit orientiert. Diese drängen ihn zu einer nach innen und in die Tiefe gehenden Sinnsuche jenseits der Fakten seiner physischen Existenz. Viele Männer erleben diese Phase als eine Zeit, in der ihre nährende Seite in ihre Vorstellung von reifer Männlichkeit integriert ist.

Bildlich gesprochen geht es um den Übergang vom Halten an äusseren Männlichkeitsattributen zum inneren Aufrichten.

Herausforderungen im vorgerückten Alter, Latelifecrisis

Die Konfrontation mit dem Tod und den damit verbundenen Ängsten führt im guten Fall zu einer weiteren Transformation des Ich-Ideals. Wenn dies nicht gelingt, wird der alternde Mann sein Männlichkeitsgefühl über Rivalität und Aggression in hierarchischen Beziehun-

Beispiel: Ein 79-jähriger Mann, Besitzer einer eigenen Firma, beruflich aktiv, hatte alles «im Griff» bis zur Ruptur eines Aneurysma der Aorta, einhergehend mit Todesängsten und totaler Hilflosigkeit. Nach der erfolgreichen Operation, die keine bleibenden medizinischen Folgen hat, zieht er sich täglich stundenlang in sein Büro zurück. Dort erregt er sich mit erotischen Bildern und erotischer Lektüre. Über seinen Penis sucht er Halt, versucht seine Manneskraft aufzurichten und so sein Selbstwertgefühl wieder zu finden. Er kämpft gegen den Verlust der Würde, gegen die Scham und die Trauer, in denen er sich isoliert. Eine Wiederaufnahme der vorher aktiv gelebten, gut «funktionierenden» Sexualität mit der Partnerin und seiner Freundin kann er sich nicht mehr vorstellen. Zu sehr hat ihn diese Traumatisierung gekränkt und in seiner Männlichkeit verunsichert.

gen definieren. Er ruiniert sein Leben und die Familie, um eine Trophäenfrau zu erobern, schindet sich rücksichtslos, bis sein Körper streikt. Er fühlt sich gedrängt, seine Männlichkeit unter Beweis zu stellen, statt sich auf seine Gesamtpersönlichkeit zu besinnen und seine Bedürfnisse nach Beziehungen anzuerkennen.

Es mehren sich die Verluste, die in Form psychischer und körperlicher Veränderungen spürbar werden. Potenzielle Kränkungen und narzisstische Krisen sind zu erwarten, die durch Scham, Erniedrigung und Demütigung charakterisiert sind. Sie sind Folge der Schwierigkeiten damit, den körperlichen Zerfall, Trennungen, Verluste, Abhängigkeiten und Unausweichlichkeit der Zeit als Lebensfaktum anzuerkennen. Die Allmachtfantasien werden massiv in Frage gestellt. Die Realität des hohen Alters zwingt den Mann, die Fantasie, dass seine Objekte unsterblich sind und die Jagd nach dem Idealobjekt fallen zu lassen. Die manische Suche nach dem Ideal wird durch wachsende Akzeptanz ersetzt.

Männer, die in einer rigiden Form von Männlichkeit gefangen sind, geben die Illusion der phallischen Welteroberung bis ans Lebensende nicht auf. Gefühle von Hilflosigkeit, Bedürftigkeit und Verzweiflung werden verleugnet. Vorstellungen eigener Macht und Unverletzlichkeit und entsprechende Unternehmungen sollen den illusorischen Glauben stützen, altern und sterben kontrollieren zu können.

Der alternde Mann kann die körperliche Gebrechlichkeit und Abhängigkeit sowie die Unausweichlichkeit des Todes leichter anerkennen, wenn er seine Hilfsbedürftigkeit in seine Identität zu integrieren vermag. Trost findet er in inneren Bildern, die ursprünglich aus der Fürsorge liebender Eltern hervorgingen. Verliert der alternde Mann seine äusseren Beziehungen, kann ihm diese Beziehung zu sich selbst helfen. Viele Männer schaffen es erst im Alter, die Abhängigkeit der menschlichen Existenz nicht länger zu verleugnen, also die illusorische abendländische Haltung der individuellen Autonomie zu überwinden und unsere von Grund auf relationale Natur anzuerkennen.

Der alternde Mann ist gezwungen, klein zu werden, Abschied zu nehmen von Grossartigkeits- und Allmachtsvorstellungen – damit er ganz werden kann.

W. Whitman: *Grashalme*

Ich bin alt und jung, närrisch und weise,
unbekümmert um andere, stets um andere besorgt,
mütterlich so gut wie väterlich, ein Kind so gut wie
ein Mann.

Fragen zur Evaluation der Basiselemente männlicher Sexualentwicklung

1. Sexuelle Funktionalität

Wie hat der Mann seine Genitalität entwickelt, den Erregungsreflex in Lernschritte integriert, seinen Penis «aufgerichtet»: Wie funktioniert der Mann in seiner Sexualität unter Berücksichtigung seines Alters und seiner körperlichen und psychischen Gesundheit? Verfügt er über adäquate Stimuli, um sexuelle Erregung auszulösen und aufrechtzuerhalten? Hat er einen Erregungsmodus erlernt, der ihm ermöglicht, die mit sexueller Erregung verbundenen Sinnesempfindungen zu geniessen und so Zugang zu sexueller Lust zu finden? Ist er fähig, die sexuelle Erregung zu steigern, zu modulieren, sich im Körper ausbreiten zu lassen (Diffusion)? Kann er sich im Orgasmus seinen körperlichen Reaktionen und seinen Empfindungen hingeben?

2. Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit und phallische Erotisierung

Ist der Mann stolz auf seine Männlichkeit, sein Geschlecht? Erlebt er seinen Körper, sein erregtes Geschlecht lustvoll? Erlebt er Sexualität mit sich und anderen als Ressource, um sich zu bestätigen? Kann er sich körperlich und emotional fliessend erleben? Ist er fähig, das Gefühl eigener Männlichkeit im Geniessen der sexuellen Erregung zu verstärken? Kann er ihm in inneren Bildern und sexuellen Fantasien, in Körperausdruck, Sprache und Verhalten Ausdruck verleihen – kann er sich also in der eigenen Männlichkeit auf realer und symbolischer Ebene aufrichten? *Diese Erotisierung des Archetyps, also der Vorstellung, lustvoll zu penetrieren (phallische Erotisierung), ist der wichtigste Schritt im sexuellen Leben eines Mannes und bildet die Voraussetzung zur Erotisierung einer anderen Person und zur Entwicklung eines koital sexuellen Begehrens.*

3. Erotisierung einer anderen Person

Kann der Mann, ausgehend von sich selbst, seinen begehrenden Blick nach aussen richten? Vermag er das Anderssein der anderen Person, ihren Körper, ihr Geschlecht sexuell erregend zu erleben und sie sexuell zu begehren? Verfügt er über genügend entwickelte Anziehungscodes, die es ihm erlauben, auch im Älterwerden einen Mann oder eine Frau zu erotisieren? Geniesst er aktiv die Penetration, seine sexuelle Aggressivität als Teil seiner Sexualität, als Bereicherung seiner Fantasien und als eine die Beziehung vertiefende Kraft. Vermag er die emotionalen Intensitäten, die seine sexuelle Erregung begleiten, über seinen Körper zu modulieren, sich fliessend zu erleben und sich im Orgasmus hinzugeben, loszulassen?

4. Autonomie und Individuation, Teilen mit einer anderen Person

Vermag er Freude, Lust, Erregung und seine sexuelle Leidenschaft mit einer anderen Person zu teilen, kann er Intimität erotisieren? Findet er Möglichkeiten, Bindung und Alleinsein, Nähe und Distanz zu vereinbaren? Kann er sich als Subjekt positionieren und sein Begehren, seine sexuellen und affektiven Bedürfnisse in der Interaktion mit einem Partner oder einer Partnerin ausdrücken?

Kann er das Begehren des anderen respektieren und annehmen und sein Erleben mit einem anderen Menschen teilen? Geniesst er die Aktivität, die sexuelle Aggressivität und die emotionale Intensität seiner Partner oder Partnerinnen? Lässt er den oder die andere in sich eindringen, seine Körperöffnungen entdecken, und öffnet er sich inneren Empfindungen seines Geschlechts?

5. Anpassung an die Realität des Alltags, sich verändernde Lebenssituationen

Ist der Mann fähig, seine erotischen Bedürfnisse anzupassen an eigene Grenzen, an das Älterwerden und Krankheiten, an Veränderungen auf Seiten des Partners oder der Partnerin? *Sexualität und Männlichkeit stellen eine lebenslange Entwicklung dar.*

6. Erotische Beziehungsfähigkeiten

Vermag er in der Alltäglichkeit des Liebeslebens eine gewisse Faszination und Idealisierung einer anderen Person aufrechtzuerhalten? Geniesst er es, sich als liebens- und sexuell begehrenswerter Mann zu erleben und zu zeigen? Vermag er eine sexuelle Begegnung zu antizipieren, Distanz zu erotisieren und die andere Person über seine Verführungsfähigkeiten zu gewinnen? Gelingt es ihm, eigene erotische Bedürfnisse mitzuteilen und die sexuelle Beziehung aktiv mitzugestalten? Kann er die eigene Sexualität in Bezug zum kulturellen Umfeld und dessen Werten sehen?

Erektionsstörungen

Verstehen der Erektionsstörungen mit dem Sexocorporel

Der ideologisierte Schulstreit, ob ihre Ursachen psychischer oder organischer Natur sind, wich in den letzten Jahren einer differenzierteren Sichtweise auf Erektionsprobleme. Die frühere Entweder-oder-Sicht riskierte einerseits eine einseitige Medikalisierung des Problems, andererseits eine Psychopathologisierung vieler psychisch gesunder Männer. Psychische, körperliche, soziale und sexuelle Gesundheit stehen miteinander in Verbindung und beeinflussen sich gegenseitig. Die einseitige Suche nach seelischen Konflikten oder organischen Ursachen entsprang der in unserer Gesellschaft tief verwurzelten «Genitophobie» und verhinderte den Blick auf die reale Beziehung der Männer zu ihrem Geschlecht, also auf ihre genitalen und erotischen Lernschritte. Sexuelles Lernen findet immer in einem gesellschaftlichen Kontext statt, der Geschlecht und Sexualität mit bestimmten Bedeutungen versieht.

Analog Modellen psychischer bzw. körperlicher Gesundheit arbeitet der Sexocorporel mit einem Modell sexueller Gesundheit jenseits dualistischer Vorstellungen. Er untersucht die wichtigsten Komponenten, die in unserer Sexualität interagieren.

Er geht aus von der Person als Einheit Hirn-Körper. Körper und Psyche sind demnach zwei Aspekte des Gleichen. Jede kognitive und emotionale Regung bewirkt eine körperliche Veränderung, und jede körperliche Veränderung beeinflusst die Wahrnehmung. Diese Einheit wird unterteilt in Komponenten, die jedoch in der Realität untrennbar verbunden bleiben.

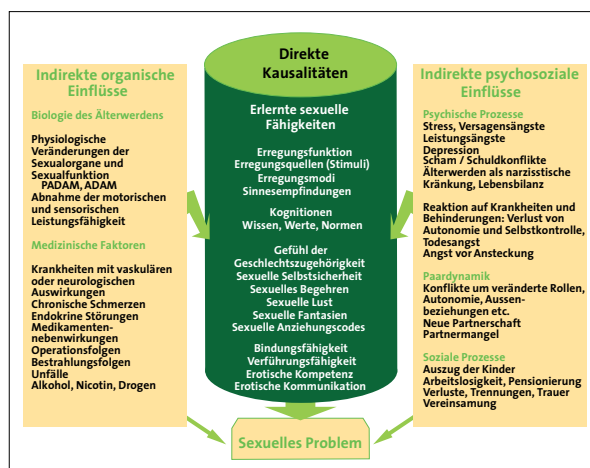


Abb. 11: Direkte und indirekte Kausalitäten sexueller Störungen

Aus der Erfahrung, dass nicht «irgendein» Mann eine ED entwickelt, unterscheidet der Sexocorporel *direkte* und *indirekte Kausalitäten*.

Grenzen oder fehlende Aneignungen in den Komponenten, die direkt an der Entwicklung der Sexualität beteiligt sind, insbesondere die der Erregungsfunktion (archaischer, mechanischer EM), verhindern eine Entwicklung der Sexualität auf qualitativer Ebene, ein lustvolles Erleben eigener Männlichkeit und erhöhen das Risiko einer ED. Kommen erschwerende Faktoren wie Älterwerden, spezielle belastende Lebensereignisse, psychische Konflikte, Beziehungsprobleme, Krankheiten oder medikamentöse Behandlungen hinzu, erhöht sich dieses Risiko zusätzlich.

Umgekehrt beobachten wir immer wieder bei Männern mit sogenannt «organischer» ED – also ED

Beispiel: Ein 48-jähriger Mann, an Diabetes erkrankt, bekommt von seiner Frau, einer Krankenschwester, seit zwei Jahren täglich Insulin gespritzt. Seither bekundet er Mühe mit seiner Rolle als Partner und Liebhaber. Er leidet zusätzlich, da er sich in seinem leistungsorientierten Arbeitsumfeld als «chronisch Kranker» in seiner Männlichkeit entwertet fühlt. Seit sein Sohn ebenfalls an Diabetes leidet, fühlt er sich schuldig und reagiert mit depressiven Verstimmungen. Der Hausarzt interessierte sich für seine Sexualität und fragte, ob er noch gute Erektionen hätte. Eine Woche später erlebt er ein erstes «Versagen»; er gerät mit der Zeit in den Teufelskreis negativer Erwartungen und die ED wird chronisch. Der Urologe findet keine Anhaltspunkte für organische Ursachen, verschreibt einen PDE-5-Hemmer, der aber nicht wirkt. Die sexologische Evaluation zeigt, dass der Mann seit Adoleszenz in einem archaischen Erregungsmodus funktioniert und im Geschlechtsverkehr seit längerem Mühe hatte damit, zu ejakulieren.

Quizfrage: Wie viele direkte und indirekte Kausalitäten liegen hier vor? Weshalb wirkt der PDE-5-Hemmer nicht?

bei medizinischen Krankheiten wie kardiovaskulären Problemen oder Diabetes –, dass sie dank sexueller Lernschritte mit PDE-5-Hemmern oder sogar ohne medikamentöse Unterstützung wieder eine gute Funktionalität erlangen.

Die *Erregungsfunktion* ist die Basis der Sexualität. Ohne ihre Evaluation können wir ein sexuelles Problem nicht verstehen. Sexuelles Lernen bedeutet im Sexocorporel, die physiologische sexuelle Erregung und die dadurch bewirkten Sinnesempfindungen lustvoll wahrzunehmen und in Bildern und Fantasien Ausdruck zu geben. Es bedeutet, sich im Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen Geschlecht bewusster und intensiver zu spüren, sich den eigenen erregenden Emotionen in der Begegnung mit anderen hinzugeben. Es bedeutet, ein Begehren zu entwickeln, eine Sehnsucht nach dem Wiedererleben dieser Erlebnisse, aber auch soziale Fähigkeiten, um andere dafür zu gewinnen; dies alles innerhalb der durch Alter, Krankheiten und die Lebenssituation gegebenen Grenzen.



Abb. 12: Die Komponenten der Sexualität im Sexocorporel

Diese vier Kreise umfassen die wichtigsten in der Sexualität interagierenden Komponenten, die sich im Laufe des Lebens verändern, entwickeln und anpassen.

Die in den vier Kreisen aufgeführten Komponenten lassen sich auch als Kette darstellen. Die Evaluation ermöglicht uns, starke bzw. schwache Glieder festzustellen, also Bruchstellen in der Kette. Ziel einer Sexualtherapie ist die Entwicklung der schwachen Glieder und die Harmonisierung der Interaktion aller Komponenten.

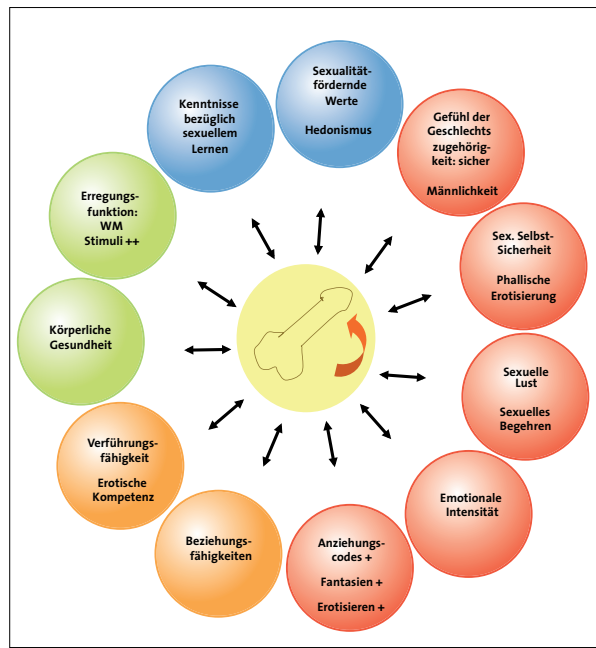


Abb. 13: Einfluss der einzelnen Komponenten auf die Erektionsfähigkeit

Die physiologische Komponente

Der Wunsch von Frauen und Männern, die Sexualität zu genießen und in einer Liebesbeziehung zu leben, bedeutet, die Genitalität zu verbinden mit lustvollem Erleben und Intimität. Ausgangspunkt hierfür ist ein Reflex. Gelingt die Erregungssteigerung, so endet die Reise über ein zweites reflektorisches Geschehen (orgastische Entladung/Orgasmus). Den zwischen den beiden Reflexen liegenden «Raum» können wir über Lernprozesse «bewohnbar» machen. Lernen bedeutet Aktivieren übergeordneter kortikaler Zentren und ermöglicht Bewusstsein.

Die Erregungsfunktion ist die Basis der Sexualität. Sie steht in direkt kausalem Zusammenhang mit der Qualität unseres erotischen Handelns und Erlebens. Sie umfasst nicht nur die Vasokongestion (Einströmen von Blut in die Schwellkörper), sondern auch die neurovegetativen Einflüsse des Erregungsreflexes auf die Atmung und die Muskulatur. Da Atmung und Muskulatur im Gegensatz zur Vasokongestion auch willentlich beeinflussbar sind, wird durch bewusste Lernschritte eine Einflussnahme auf die sexuelle Erregung und die sie begleitende emotionale Intensität möglich.

Die sexuelle Erregung lässt sich also willkürlich über Veränderung von Muskelspannung, Bewegungen, Bewegungsrhythmen und Atmung unterhalten, modulieren, intensivieren und steigern. Die Art und Weise der körperlichen Gestaltung der Erregungskurve über die drei Gesetze des Körpers (Tonus, Rhythmus und Bewegungsamplitude) nennen wir *Erre-*

gungsmodus. Die Erregungsmodi beeinflussen entscheidend das Erleben der sexuellen Erregung, die damit verbundene Sinnlichkeit und die emotionale «Tönung». Diese bewusst steuerbare, indirekte Beeinflussung der Vasokongestion, der sexuellen Erregung über körperliche Lernprozesse ist jeder Frau und jedem Mann zugänglich.

Alle Lernprozesse in den verschiedensten menschlichen Ausdrucksweisen (gehen, sprechen, musizieren, tanzen usw.) beruhen primär auf der Handhabung der körperlichen Grundgesetze.

Eine Veränderung des Erregungsmodus, also eine Veränderung der Beziehung zu sich selbst (auf Körperebene), verändert die Selbstwahrnehmung, die inneren Symbolisierungen (Fantasien, sprachlicher Ausdruck) und die Beziehungen zu anderen.

Die Erregungsfunktion ist der rote Faden der Sexualität, das Fundament des Konzepts sexueller Gesundheit im Sexocorporel. Auf ihr bauen die emotionalen, sexodynamischen Komponenten auf, also die qualitative Dimension der Sexualität. Die physiologische Erregungsfunktion steht daher im Zentrum. Ziel ist die Verbindung sexueller Erregung mit Lustgefühlen, mit intensiver Selbstwahrnehmung in der eigenen Geschlechtsidentität, im Erotisieren seiner selbst, der eigenen Erregung und des eigenen Geschlechts. Dann kann auch die oder der andere in vielen Aspekten seines Körpers, seiner Person erotisiert werden – letztlich ermöglicht erst dies die Entwicklung eines sexuellen Begehrens über das Verliebtsein hinaus.

Die Art und Weise, wie der Körper in der Erregungssteigerung eingesetzt wird, prägt Wahrnehmung und Erleben und schafft die Voraussetzungen für mehr oder weniger lustvolles Geniessen.

Am Beispiel des im Anhang dargestellten archaischen und mechanischen Erregungsmodus können wir verstehen, dass die Entwicklung der qualitativen Dimension der Sexualität durch den Modus eng begrenzt werden kann und Auswirkungen auf alle Komponenten zeitigt.

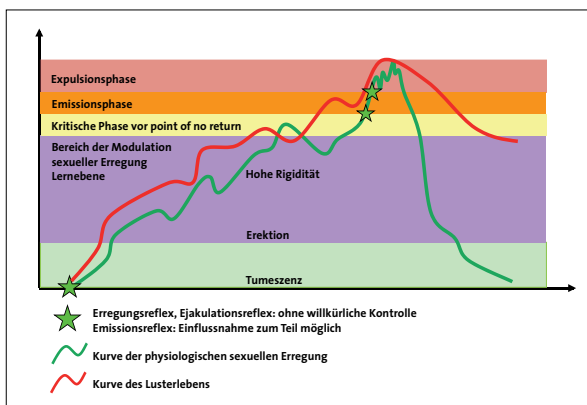


Abb. 14: Wahrnehmungsbereiche der Erregungskurve

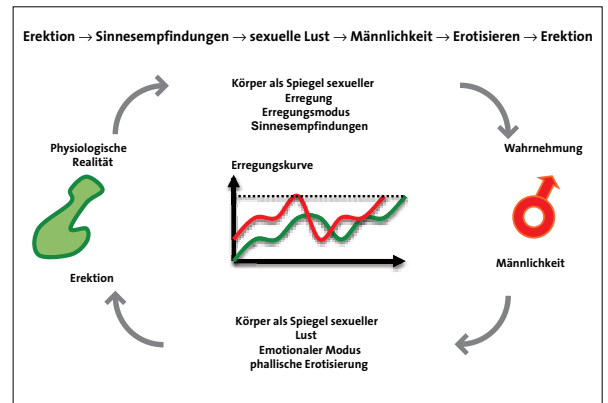


Abb. 15: Zusammenwirken Erektion und Sinnesempfindungen (Dr. Claude Roux-Deslandes)

«Funktionieren» oder «Erotisieren»?

Ein zentraler Faktor in der Genese männlicher Sexualprobleme ist die *Unfähigkeit, in der Sexualität eine erotische Dimension zu entwickeln*. Männer erleben und genießen ihre Sexualität auf unterschiedliche Art und Weise. Hier die drei häufigsten Formen:

In der *«physiologischen»* Variante ist der Wahrnehmungsfokus auf das angenehme Erleben der Entspannung gerichtet, die die Ejakulation begleitet. Der Weg, die Erregung zu steigern, ist oft «Arbeit». Wir finden dies in Verbindung mit dem archaischen Modus (AM), dem archaisch-mechanischen Modus (AMM) und auch dem mechanischen Modus (MM). Das Begehren ist ein sexuelles Begehren nach sexueller Erregung und Entladung. Die Bedürfnisse sind genital polarisiert.

In der *«emotionalen»* Variante sind es intensive Gefühle wie Verliebtsein, Nähewünsche, aber auch Verlustängste (Anklammern über das Drängen auf eine sexuelle Beziehung), die sexuell erregend wirken. Der Fokus ist ganz im «Oben». Genitalität ist wenig entwickelt. Die Erregungsmodi entsprechen der ersten Variante: AM, AMM, MM. Das Begehren ist ein koitales Begehren; der Koitus wird als Verschmelzung gesucht. Die Bedürfnisse sind affektiv polarisiert.

Die *integrierende Variante* erfordert einen ondulierenden oder wellenförmigen Modus. Sie integriert emotionale Intensität und die sexodynamischen Komponenten in die Erregungssteigerung und führt zu einer intensiven physiologischen und emotionalen Erregung. Sie bildet die Grundlage zur Entwicklung vieler erotischen Fähigkeiten, insbesondere einer phallischen Erotisierung und eines koital-sexuellen Begehrens.

Am häufigsten finden wir Erektionsprobleme bei Männern der ersten beiden Gruppen. Männer konsultieren nur selten wegen Problemen, die sich auf das sexuelle Geniessen beziehen. Meistens sind Störungen

gen ihrer Funktionalität der Grund ihres Aufsuchens von Fachpersonen. Immer häufiger hören wir auch Klagen über fehlendes sexuelles Begehren oder Libido-probleme bei teils noch guter erektiler Funktion.

Der Autopilot: «Funktionieren» als Wegbereiter einer ED

Der MM als häufigster Männermodus (über 50 %) ist für Erektionsstörungen ein wichtiger Risikofaktor; er wirkt sich insbesondere im Älterwerden oder beim Auftreten zusätzlicher Faktoren, z. B. bei Krankheiten, sozialen oder psychischen Problemen, negativ aus. Männer im MM funktionieren über viele Jahre gut, auch ohne weitergehende sexuelle Lernschritte. Sie erleben «Sex» als «natürlich» und sind zufrieden, wenn «es» klappt. Sie machen sich kaum Gedanken über ihre Sexualität, sie funktionieren.

Motivierend für Selbstbefriedigung oder Partnersex wirken:

- Körperliche Bedürfnisse («Die Eier sind voll.»)
- Interaktionen mit anderen Personen, visuelle Stimuli, erotische Bilder, Filme, Lektüre
- Sexuelle Fantasien
- Abends im gleichen Bett mit der Partnerin oder dem Partner zu sein

Der Anblick des anderen Körpers, seine Wärme, Gerüche, die Nähe führen zu einer reflektorischen Erektion. Die Erektion entsteht weniger über ein sexuelles Begehren, über innere Vorwegnahmen, Erinnerungen, Fantasien und Wünsche, sondern automatisch und führt so zu einem Funktionieren im *Autopiloten*. So nützlich der Autopilot sich in gewissen Situationen erweist, entscheidend bezüglich des höheren Risikos von Erektionsstörungen sind die fehlenden genitalen Lernschritte, die eine qualitative Entwicklung der Sexualität verhindern. Den psychisch meist gesunden Männern fehlen oft schlicht die Kenntnisse, wie sie über ihren Körper (Spiel mit Muskelspannung, Bewegung, Rhythmen) und die Atmung die Erregungskurve bewusst beeinflussen können, d. h. sie verharren in ihrem System des «Wichsens» und des «Rubbelns». Sie holen sich «einen runter» und reden von «Abdrücken» und «Schussabgabe». Mit Partnern und Partnerinnen «bumsen» sie. Typisch für das Funktionieren im Autopiloten ist auch der geringe oder fehlende Genuss während der Erregungssteigerung. Nicht der Weg ist genussvoll, sondern das «Kommen». Lust als angenehmes Erleben richtet sich hier auf das Ejakulieren und die nachfolgende Erleichterung und Entspannung.

Erleben des eigenen Geschlechts und des Geschlechts der Partnerin

Die Männer spüren ihren Penis im Zustand praller Füllung oder erst kurz vor der Ejakulation in maximaler Rigidität und klagen bei schwächeren Erektionszuständen über eine mangelnde Sensibilität ihres Geschlechts. Sie werden verunsichert und verlieren die Erektion. Oft bewegen sie sich ganz oben in der Erregungskurve, in praller Erektion, die bei der Masturbation über erotische Filme oder Fantasien erzeugt wird. Die fehlende Basis sinnlicher Wahrnehmungen ihres Penis und ihres Körpers führt zu einem Steigerungsbedarf, dem Suchen nach dem ultimativen Kick durch immer härtere Bilder. Eine Diffusion der sexuellen Erregung durch den ganzen Körper ist im mechanischen Modus nur begrenzt möglich. Männer, die ihre Sinnesempfindungen bei der Erektion im mittleren Bereich der Erregungskurve nicht als erotisch kodifizieren, verlieren die Möglichkeit, diese als Erregungsquellen zu nutzen. Das begrenzt ihre Fähigkeit, «Mittelfeldspieler» zu werden, d. h. unterschiedliche Erektionsstärken ohne Angst vor dem «Absturz» zu geniessen.

Einige versuchen, im Geschlechtsverkehr die sexuelle Erregung und ihre Männlichkeit über immer härtere Fantasien zu halten. Sie helfen sich möglicherweise zusätzlich mit PDE-5-Hemmern. Die sexuellen Interaktionen werden zur Arbeit, zu einem Kampf um die Erektion. Die ganze Aufmerksamkeit ist auf die Funktion des Penis gerichtet. Der Leistungsdruck nimmt zu. Das einzige «Lebendige» sind die Lustschreie der Partnerin, ihre Bewegungen und ihre Orgasmen – was die Männer fasziniert und veranlasst, sich immer mehr über das weibliche Erleben zu erregen und nicht mehr über die eigene Sinnlichkeit. Andere suchen im Geschlechtsverkehr verzweifelt nach Reibung, denn sie nehmen den Penis nur über rasches Hin-und-her-Bewegen beim «Bumsen» wahr. Bei guter Lubrikation der Partnerin erfolgt mit den Jahren ein Verlust der Erektion, einhergehend mit der Klage, dass die Frau eine zu weite Scheide habe. Sie fühlen sich klein und verloren in der vermeintlichen Weite des weiblichen Geschlechts, entwickeln Fantasien des «Verschlungen-

Beispiel: Nachttraum eines 48-jährigen Mannes, der aufgrund eines AMM, nach Jahrzehnten guter Funktion, seinen Penis im Koitus nicht mehr wahrnimmt und die Erektion verliert: Er sieht sich wie ein Zwerg vor einer grossen, üppigen Frau, die ihm mit gespreizten Beinen ihre Vulva zeigt und ihm mit dem Zeigefinger winkt. Er erlebt Angst, fühlt sich ihr nicht gewachsen, ist auch fasziniert durch dieses grosse klaffende Geschlecht.

Beispiel: In diesem Sinne beschrieb ein differenzierter, liebes- und beziehungsfähiger, einfühlsamer junger Mann, der seine Sexualität sehr mechanisch «absolvierte» und weder sich noch die Frauen erotisierte, dass seine Partnerinnen im Moment sexueller Betätigung nur aus drei Löchern bestünden. Nachdem er alle drei Löcher penetriert habe, frage er sich, was er da tue, er verliere die Lust und bald auch seine Erektion. Die Vagina dient hier nur als Loch, um Reibung zu erzeugen. Man ist geneigt, an das amerikanische Sprichwort zu denken: «Wenn deine Hand ein Hammer ist, dann sieht alles wie ein Nagel aus.»

werdens» oder «Darin-Untergehens».

Typischerweise erleben solche Männer ihren Penis aussen an ihrem Körper festgemacht wie eine «Latte» oder eine Stange. Einige bedienen sich einer kriegerischen Rhetorik, andere empfinden ihr Geschlecht als Fremdkörper. Die fehlende Wahrnehmung im Bereich der Schwellkörperansätze verhindert die innere Verbindung zu sich selbst. Die Männer «bewohnen» ihren Penis nicht. Sie sind oft erstaunt, wenn sie diesen Bereich des Penis über die Aktivierung des Beckenbodens wahrzunehmen beginnen. Diese Entdeckung ist oft begleitet vom Gefühl, einen längeren Penis zu besitzen.

Einige Männer funktionieren im Autopiloten bis sie 80 Jahre alt sind und sind damit zufrieden. Häufiger führt jedoch eine erste «Bruchlandung», ein Absturz, eine Panne oder eine schleichende Verschlechterung der Erektionsfähigkeit über vermehrte Selbstbeobachtung und die Vorwegnahme des Scheiterns und Versagens in eine sich selbst verstärkende Negativspirale. Auch die Sichtbarkeit des männlichen Geschlechts kann den Leistungsdruck verstärken. Der versagende Penis, eine Blöße, die sich nicht verstecken lässt, führt zu starken Schamgefühlen. Je bedrohter sich Männer durch den versagenden Penis erleben, desto aufwendiger und meist dysfunktionaler sind die Strategien, um das Übel zu beheben: Aus der einmaligen Panne wird ein chronisches Erektionsproblem. Dann steht nicht mehr die Suche nach lustvollem Erleben im Vordergrund, sondern die sexuelle Begegnung wird zur Prüfung einer Leistung, die er zu erbringen hat, um als Mann dazustehen. Leistungsdruck und Versagensangst werden zu fixen Ideen, beherrschen das Denken, nehmen immer mehr Raum ein und beeinträchtigen die Selbstwahrnehmung.

«Erotisieren» – Prozess des Entwickelns von sexuellem Geniessen

Definition:

Erotisieren = Lernbare Fähigkeit, die sexuelle Erregung über ein breites Spektrum von Erregungsquellen und körperlichen Aktivitäten (ondulieren-der und wellenförmiger Erregungsmodus) mit Wahrnehmungen, Gefühlen, Emotionen und Fantasien zu verbinden und sich beim Ausüben der Sexualität in der Wahrnehmung der eigenen Geschlechtsidentität allein oder mit anderen zu bereichern.

Erotisieren meint, sich sexuell attraktiv und begehrenswert zu erleben, sich selbst zu erotisieren, die eigene Intrusivität und davon ausgehend eine andere Person, ihre vielfältigen körperlichen Merkmale, ihr Geschlecht zu erotisieren und sexuell zu begehren. Erotisieren ermöglicht den Ausdruck und die Befriedigung vielfältiger Bedürfnisse in der Sexualität mit sich und anderen. Sexualität wird so zu einer Ressource und alltagstauglich. Sie wird besonders auch in schwierigen Zeiten, z. B. bei gesundheitlichen Problemen zu einer Bereicherung des eigenen Selbst und der sexuellen Beziehungen. Zentral ist für Männer das Erotisieren ihrer Intrusivität, das lustvolle Erleben des realen und fantasierten Penetrierens eines anderen Körpers. Die Thematisierung realer Männergewalt und darüber hinaus das generelle In-Frage-Stellen oder die Entwertung von Männlichkeit verunsichert die differenzierteren und empfindsameren Männer. Zusammen mit dem sexuellen Funktionieren in hoher Muskelspannung assoziieren sie möglicherweise dann den Geschlechtsverkehr als gewalttätig und möchten ihren Partnerinnen «das» nicht antun. Der erigierte Penis ermöglicht das Eindringen in den Körper einer anderen Person. Er geht «unter die Haut»! Das kann Verletzungsfantasien schüren.

Der *wellenförmige Modus* erleichtert das Erleben sexueller Aggressivität und sexueller Hingabe, also sich kraft- und lustvoll penetrierend zu erleben, in hoher Intensität, aber mit der Fähigkeit zu subtiler Steuerung und Wahrnehmung des Gegenübers. Er ermöglicht, im Orgasmus loszulassen. Er schafft die Voraussetzungen, ein koital sexuelles Begehren zu entwickeln (siehe Kapitel 6).

Zusammenfassung

1. Die Erektion ist ein reflektorisch ablaufendes Geschehen. Sie lässt sich nicht direkt, willentlich auslösen, sondern benötigt wirksame Stimulation. Sexuelle Erregung unterhält die Erektion und ist über körperliche Aktivitäten und unterschiedliche Erregungsquellen beeinflussbar. Sie lässt sich in der Erregungskurve darstellen. Die meisten Männer lernen über eine bestimmte Körpertechnik, den Erregungsmodus, ihre sexuelle Erregung zu steigern. Die 5 Erregungsmodi sind: archaischer, archaisch-mechanischer, mechanischer, ondulierender, wellenförmiger Erregungsmodus.
2. Die Erektion steht in engem Bezug zum Erleben eigener männlicher Identität. Sie ist Voraussetzung für sexuelle Selbstsicherheit. Viele, wenn auch nicht alle Männer werden durch Erektionsstörungen in ihrer Lebensqualität und im Erleben ihrer Männlichkeit beeinträchtigt. Die ED wird als narzisstische Verletzung erlebt. Sie beeinträchtigt das Selbstbild und erschwert das Aufrechterhalten eines Gefühls phallischer Männlichkeit. ED bewirkt unmittelbar unterschiedliche Ängste, die eine existenzielle Dimension annehmen können.
3. Umgekehrt erhöhen Identitätsprobleme und die Verunsicherung eigener Männlichkeit aus unterschiedlichen Gründen das Risiko von Erektionsstörungen: Wird z. B. die emotionale Intensität, die das Eindringen in einen anderen Körper begleitet, als destruktive Aggression erlebt, können Verletzungsängste die körperliche Funktion hemmen.
4. Der Weg von der Erektion über eine phallische Erotisierung zum koital-sexuellen Begehren stabilisiert die sexuelle Funktionalität und das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit. Er ermöglicht im Älterwerden trotz damit verbundener Erschwernisse eine hohe Qualität in der Autoerotik und der partnerschaftlichen Sexualität. Sexuelle Aggressivität wird so als sexuell erregend und als eine die Beziehung vertiefende sowie die Selbstsicherheit verstärkende Kraft erlebt.

Die einzelnen Risikofaktoren und Phallbeile der Erektion

Faktoren, die eine ED begünstigen, sind meistens auch Faktoren, die eine Erotisierung verhindern.

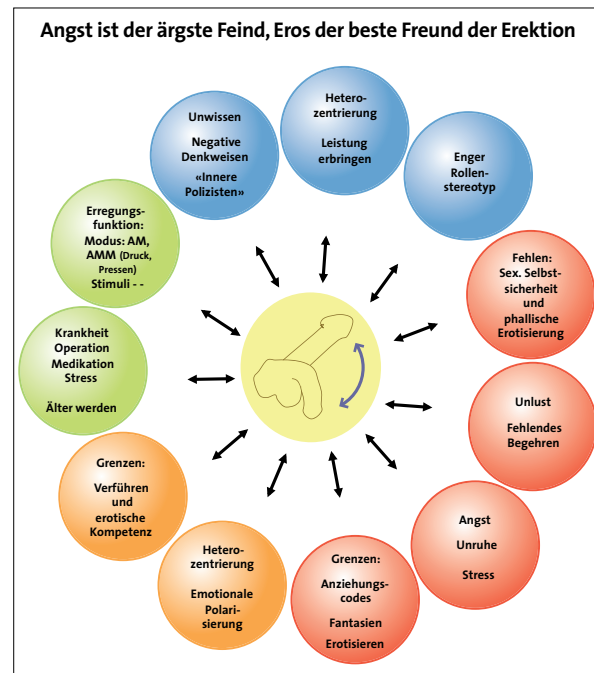


Abb. 16: Phallbeile der Erektion

Physiologische Komponenten und ED

1. Erregungsfunktion

Nahezu zwei Drittel der sexuellen Probleme sind auch durch den Erregungsmodus mitbedingt, verstärkt oder ausgelöst. Sowohl der archaische Modus als auch der archaisch-mechanische Modus und der mechanische Modus gehen mit einem deutlich höheren Risiko einer ED einher, da sie über folgende Vorgänge *direkt kausal* die Erregungsfunktion beeinflussen:

- Hohe muskuläre Anspannung bis Rigidität im Bereich des Beckens, insbesondere des Beckenbodens, sich oft in den ganzen Körper ausbreitend
- Flache und eingeengte Atmung, die bei hoher Erregung nur beschleunigt und nicht vertieft werden kann
- Fokus der Wahrnehmung lokal auf den Penis als Ort der Erregungssteigerung gerichtet
- Oft wenig entwickelte Penissensibilität durch die mechanische, teils sehr druckvolle Bearbeitung
- Keine Diffusion der Erregung in den Körper, d. h. kein lustvolles Ganzkörpererleben
- Erregungssteigerung wird zur «Arbeit»; sexuelle Lust kann so nicht entstehen!
- Je weniger lustvoll die Erregungssteigerung, desto rascher geschieht die Gewöhnung an Stimuli

- Ziel ist meist rasche Erregungssteigerung, genussvoll ist die mit der Ejakulation einhergehende Entspannung

Verzögerte Ejakulation bis Anejakulation sind oft die ersten Anzeichen von Problemen mit der Intensivierung der Erregungskurve.

Männer, die über Jahre mit aversiven Strategien wie «zurückhalten wollen» einen vorzeitigen Samenerguss verhindern möchten, laufen Gefahr, sekundär eine ED zu entwickeln.

Der «Autopilot» versagt mit dem Älterwerden. Erste Erektionsstörungen führen in den bereits erwähnten Teufelskreis. Körperliche Anspannung, Leistungsdruck und Versagensangst beeinflussen als Stressoren die Erektion negativ. Alles versteift sich, nur der Penis nicht!!

Auch Männer mit ausgeprägter muskulärer Hypotonie und der Unfähigkeit, körperliche und/oder emotionale Spannungen aufrechtzuerhalten und zu gestalten, erleben die Erregungssteigerung oft als Anstrengung und entwickeln häufiger eine ED.

2. Medizinische Probleme, die Erektionsstörungen fördern

Die Erektion ist ein reflektorisch ablaufendes Geschehen und lässt sich nicht willentlich auslösen, setzt aber wirksame Stimulation voraus.

Nachfolgend ist die ungefähre Verteilung organischer Ursachen der ED in Prozenten angegeben (Coradi et al., 2008; siehe auch Feldman et al., 1994):

Vaskuläre/stoffwechselbedingte Einflüsse: 70 %

Arteriosklerose, Herzinfarkt

Dyslipidämie (erhöhtes Gesamtcholesterin, niedriges HDL)

Arterielle Hypertonie

Diabetes mellitus

Übergewicht, Adipositas, starkes Untergewicht

Neurologische Einflüsse: 5 %

Verletzungen, Operationen, Bestrahlungen im kleinen Becken (Prostata, Blase, Rektum)

Neurologische Erkrankungen (Multiple Sklerose, M. Parkinson)

Verletzungen an der Wirbelsäule oder am Becken, Querschnittslähmung

Wirbelsäulenerkrankungen (z. B. Bandscheibenvorfall)

Hormonelle Einflüsse: 3 %

Hypothyreose (Testosteron tief, Prolactin erhöht), Hyperthyreose (SHBG erhöht, dadurch relativer Hyperörogenismus, Libido vermindert)

Prolactinom

Erniedrigter Testosteronspiegel

Der Erektionsreflex beginnt im Zentralnervensystem (ZNS), dicht am präoptischen Bereich. Dopamin scheint als Neurotransmitter eine stimulierende Wirkung auf die Erektion zu haben. Es bewirkt zudem eine Steigerung der Synthese von Stickstoffoxid (NO), welches sowohl auf zentraler als auch auf peripherer Ebene eine wichtige Rolle bei der Vasokongestion und der Erektion spielt. Viele der Rezeptoren im Gehirn sind hemmender Natur. Neurone im Nucleus paraventricularis kontrollieren hemmende Impulse aus dem Mittelhirn.

Die spinale Steuerung erfolgt über das autonome Nervensystem. Parasympathische Nerven aus S2 bis S4 kontrollieren primär die Erektionsfunktion, während von Th11 bis L2 ausgehende sympathische Nerven die Ejakulation und Detumeszenz steuern. Im Gewebe der Schwellkörper werden über spezifische Neurotransmitter (NO) die Relaxation und Kontraktion der glatten Muskelfasern in den Lakunen beeinflusst. Die durch die Relaxation der glatten Muskulatur erreichte Widerstandssenkung führt zur Vasokongestion und zu einer Zunahme von Druck und Volumen (Tumeszenz) in den Schwellkörpern. Das reduziert gleichzeitig den Blutabfluss, was zur Rigidität im Penis führt. Über die Stimulation des Nervus pudendus kommt es zu einer Kontraktion des Beckenbodens, was den venösen Blutabfluss weiter verringert.

Bei direkter Stimulation der Genitalregion stehen medulläre Zentren im Vordergrund. Die Spontanerektionen morgens und nachts werden bewirkt durch zentrale Enthemmung.

(Alexander, Carson 2006)

Andere medizinische Einflussfaktoren: 7 %

Operation, Bestrahlung (Prostata-Karzinom, andere Karzinome), chronisches Nierenversagen, COPD, Schlafapnoe, chronische Schmerzen, Müdigkeit, Schwäche, Krankheiten, die die sexuelle Attraktivität mindern, z. B. Psoriasis, Verbrennungen, Anus praeter

Medikamente mit Einfluss auf die Erregungsfunktion: 15 %

Psychopharmaka: Antidepressiva (Trizyklica, SSRI), Neuroleptica, Benzodiazepine

Alle Antipsychotika blockieren im Gehirn die Dopamin-D2-Rezeptoren, was die Prolactinausschüttung häufig erhöht und eine ED begünstigt.

Sexuelle Nebenwirkungen sind bei SSRI (Fluctine, Zoloft, Deroxat) häufiger als durch Blockade von Serotonin-Bindungsstellen oder Erhöhung von

Noradrenalin und Dopamin (Edronax, Remeron, Aurorix).

Hormone: Antiandrogene, Östrogene, LHRH-Analoga

Kardiovaskuläre Medikamente: Thiazide, Betablocker, Alpha-Methyldopa, Ca-Antagonisten, Clonidin, Reserpin, Digoxin, Lipidsenker, ACE-Hemmer, Diuretika

Andere: Cimetidin, Ranitidin, Metoclopramid, Carbamazepin

Drogen:

Alkohol, Marihuana, Kokain, anabole Steroide, Heroin

Risikofaktoren:

Alter, Stress, Rauchen, wenig Bewegung

Sexodynamik und ED

Definition: Als Sexodynamik bezeichnen wir die Fähigkeiten, zu erkennen, was uns sexuell anspricht und erregt, dieser Anziehung über ein sexuelles Begehren Ausdruck zu verleihen, sie mit erotischen Bildern, Fantasien und Gefühlen sowie mit dem Erleben der eigenen Männlichkeit und Weiblichkeit zu verbinden und lustvoll in einer autoerotischen oder partnerschaftlichen Sexualität zu genießen.

- Sexuelle Lust wenig entwickelt
- Sexuelles Begehren begrenzt (eine Erektion ist noch nicht Ausdruck eines sexuellen Begehrens)
- Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit verunsichert
 - Potenz-, Versagens-, Leistungs- und Verlustängste
 - Archetyp wenig entwickelt → Eindringen in den Körper eines anderen nicht erotisiert → Intrusivität gehemmt, Verletzungsängste
- Wenig sexuelle Selbstsicherheit
- Probleme mit der sexuellen Anziehung (Anziehungskodes)
 - Liebt Partner/in, aber keine sexuelle Anziehung
 - Enge Anziehungscodes → Erektion nur mit Fetisch oder speziellen Szenarien
- Sexuelle Fantasien enthalten:
 - Romantische Szenarien, wenig genitale Inhalte
 - Fehlende Symbolisierungen von Intrusivität und eigener Männlichkeit
 - Wenig Szenarien mit sexuellen Handlungen
- Emotionen
 - Nervosität, Ängstlichkeit, Stress

Kognitive Komponenten und ED

Definition: Kognitionen (Einstellungen, Haltungen, Überzeugungen) fördern oder hemmen sexuelles Lernen. Sie beeinflussen das sexuelle Verhalten, bewirken unterschiedlichste Gefühle und beeinflussen die Wahrnehmung. Sie entwickeln sich im Laufe der sexuellen Sozialisation, verändern sich lebenslang und geben der Sexualität eine persönliche Bedeutung. In ihnen spiegeln sich auch kulturelle Widersprüche zur Sexualität.

- Enge Wertesysteme und Normen
 - Kultureller, religiöser Hintergrund, der sexuelles Lernen behindert (erlaubt nur Fortpflanzungssexualität)
 - Gedanken, die Sexualität diskreditieren, erzeugen Schuldgefühle (kein Recht auf Lust)
 - Innere «Zeigefinger», «Polizisten» (Angst vor Strafe wegen Selbstbefriedigung)
 - Ablehnung von sich aufdrängenden Fantasien, die mit den eigenen Werten unvereinbar sind
 - Irrationale Vorstellungen, Mystifizierung der Sexualität
- Unkenntnis über männliche und insbesondere weibliche Sexualität
- Unwissen bezüglich sexuellem Lernen
 - Sexualität ist «natürlich», ein Trieb, der ausser Kontrolle gerät, wenn er nicht kontrolliert wird
- Glaubenssysteme betreffend Leistung: Erektion muss immer möglich sein; der Mann hat Verantwortung für den Orgasmus der Frau
- Bestimmte Vorstellungen über Beziehung (Abhängigkeit) und Partner/-in (Angst, ihr nicht zu genügen)
- Negatives Konzept von männlicher Intrusivität, Rationalisierung fehlender Intrusivität
 - Frau nicht «erniedrigen» wollen, kein «Macho» sein wollen
- Enger Rollenstereotyp
 - Sinnlichkeit und Genießen werden als unmännlich erlebt; verzerrte Wahrnehmung von Frauen
- Heterozentrierung, fühlt sich verantwortlich für die Lust der Frau, vergisst den eigenen Genuss
- Denkweisen wie Alles-oder-nichts-Denken, negative Prophezeiungen oder Katastrophisieren

Beziehungskomponenten und ED

- Strategien der «Antiverführung»
 - Klammerndes und forderndes Verhalten
- Affektive Abhängigkeit
 - Keine Distanz, um die Frau in ihrer erotischen Attraktivität zu objektivieren

- Bindungsängste
- Verlustängste
- Koitus motiviert durch Bedürfnis nach Nähe und Sicherheit (keine Erotisierung)
- Sprachlosigkeit bezüglich den eigenen sexuellen Bedürfnissen und Wünschen
- Wenig erotische Kompetenzen
 - Keine Initiative ergreifen
 - Fehlende Ideen für erotische Spiele

«Teufelskreise»: Reaktionen auf ED mit selbstverstärkender Wirkung

Die meisten Männer versuchen mit «Selbst»-Hilfetechniken, die Erektionsprobleme zu beheben und in den Griff zu bekommen. Diese führen meistens in eine *Negativspirale*, mit Auswirkungen auf kognitiver, emotionaler, Verhaltens- und Beziehungsebene:

- Sie erhöht den Leistungsdruck und die Versagensängste und erzeugt körperliche und psychische Stressoren, die das Problem weiter verstärken
- Sie bewirkt Affekte von Scham und Schuld gegenüber der Partnerin oder dem Partner und aktiviert Verlustängste

Die Sexualität wird mehr und mehr zu einer Gratwanderung.

Die Angst motiviert verstärkte «Einfühlung» in die Situation des Partners oder der Partnerin, d. h. das Bestreben, es ihr oder ihm recht machen zu wollen, im Glauben, zu wissen was sie oder er erwartet. Diese Heterozentrierung beschränkt zusätzlich das lustvolle Wahrnehmen eigener Sinnesempfindungen.

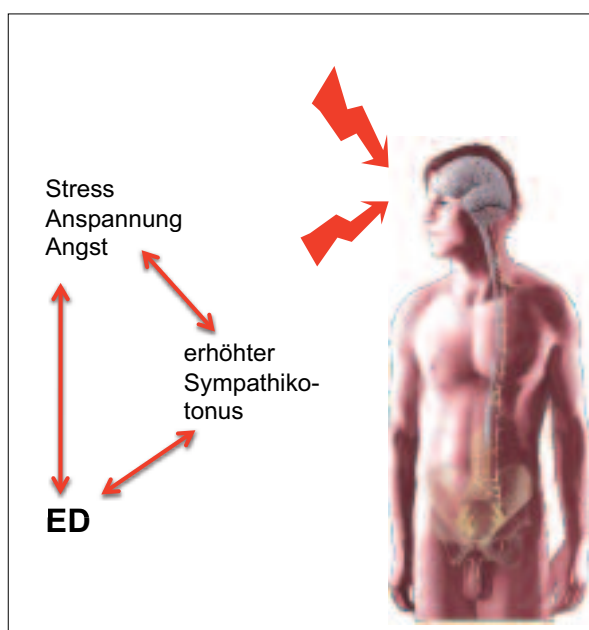


Abb. 17: Negativspirale

Der Teufelskreis verstärkt den Stress, erhöht den Sympathikotonus und verschlechtert die körperlichen Voraussetzungen sexueller Funktionalität über eine Verminderung der Vasokongestion und teilweiser Tendenz zu rascherer Ejakulation bei erschlaffendem Penis.

Je bedrohter sich Männer durch den versagenden Penis erleben, desto aufwendiger und meist dysfunktionaler sind die Strategien, das Übel zu beheben. Aus der Panne wird eine chronische Erektionsproblematik.

Beispiele von Reaktionen auf ED

Versuche, den Penis unter Kontrolle zu bringen

Ein anfangs als «Panne» bezeichneter Erektionsverlust löst eine Angst aus, die sich verselbstständigt, immer mehr ausbreitet und im Vorwegnehmen des Versagens äussert. Im Bestreben, «ihn», der sich jeglicher willentlicher Einflussnahme entzieht, zu kontrollieren, bleibt der Mann gefangen in ängstlicher Selbstbeobachtung, die mehr und mehr das lustvolle Geniessen erotischer Empfindungen verhindert. Der Teufelskreis beginnt eine Eigendynamik zu entwickeln und verstärkt über die Aktivierung der Stressachse die ED.

Stimulation und Erregungsquellen intensivieren

Körperliche Techniken wie Verstärken der Muskelspannung, starkes Pressen und raschere, mechanische Stimulation sowie die Bearbeitung des Penis mit Druck bis hin zu schmerzhaften Verletzungen und andere Manipulationen werden angewendet, um intensivere Sinnesempfindungen zu bewirken. Immer extremere Bilder (Internet) und Fantasien sind nötig, um die Erektion zu erhalten.

Die Folge davon ist beim Geschlechtsverkehr das Gefühl der zu weiten Scheide – real spürt der Mann den Penis in der Scheide nicht mehr. Oft versucht er, mechanisch und angestrengt, Fantasien (Fragmente von Körpern, härtere Inhalte) zu erzeugen in raschem Wechsel, da ihre Wirkung nur kurz ist.

«Entdecken» neuer Anziehungscodes

Manche Männer suchen neue Erfahrungen, um über bestimmte sexuelle Szenarien, Mitspieler, Dominations- und Unterwerfungsrituale oder Fetische erneut eine Erektion herstellen zu können.

Von der Suche nach Lust zum Kampf ums Überleben in der eigenen Männlichkeit

Es steht nicht mehr die Suche nach lustvollem Erleben im Vordergrund. Die sexuelle Begegnung wird zur Prüfung und zu einer Leistung, die ein Mann zu erbringen hat, um seine männliche Identität wieder aufzurich-

ten. Leistungsdruck und Versagensangst beherrschen das Denken und nehmen einen immer grösseren Raum ein. Mehr und mehr vermeiden die betroffenen Männer Nähe und Zärtlichkeit, aus Angst, bei der Partnerin den Wunsch nach sexueller Intimität auszulösen. Diese Dynamik führt zum Verlust des sexuellen Begehrens.

Vom Notphall zum Mann in Not

Die Angst davor, sich mit Freunden auszutauschen und das Gefühl, der Einzige mit einem derartigen Problem zu sein, verstärkt die Isolation. Der Mann fühlt sich anderen Männern nicht mehr zugehörig. Er fühlt sich ausgeschlossen und kastriert und befürchtet den Verlust der Partnerin oder des Partners. Oft führt dies in eine depressive Symptomatik.

Der Schuldphall – vom schuldhaften Erleben zur Schuldzuweisung an die Partnerin oder den Partner

Gefangen in Scham und Schuldgefühlen, ziehen sich manche Männer zurück, verschweigen ihre Not, andere suchen die Schuld bei der Partnerin oder beim Partner. Auf der Suche nach Gründen melden sich auch die inneren «Polizisten»: Die ED wird z. B. als Strafe für «übermässiges» Masturbieren oder Besuche bei Prostituierten fantasiert.

Mythen um Männlichkeit

Ein Mythos ist der Stereotyp des «echten Mannes», der keine Schwächen zeigt, alles selbst erledigt und immer seinen Mann steht. Seine Männlichkeit spiegelt sich in der Anzahl vaginaler Orgasmen, die er seiner Partnerin «besorgt». So lächerlich diese Vorstellungen wirken, so tief verwurzelt finden wir sie in subtilen Formen bei vielen Männern.

Der Penis im Spiegel der Ängste vor Unmännlichkeit

Das Syndrom des zu kleinen Penis (trotz normaler Grösse) ist Ausdruck schwindender Männlichkeit. In der gleichen Richtung geht die Vorstellung, nicht genügend männliche Hormone zu produzieren. Die Untersuchung der Genitalorgane und des Testosteronspiegels durch den Arzt ist daher nicht nur aus medizinischen Gründen wichtig, sondern auch um diese Ängste zu beruhigen.

Magisches Denken ist nicht Vergangenheit

Schon 1486 wurden im Hexenhammer Beispiele beschrieben, wie Hexen Männern den Penis raubten oder sie, als eine Art imaginärer Kastration, daran hinderten, ihn zu spüren. Dies war während 200 Jahren einer der Gründe für die Hexenverfolgung. Trotz wirksamer Medikamente wie Viagra kennt der Markt an wirkungslosen «Potenzmitteln» keine Flaute, bis hin zu den Hörnern des Nashorns, die – trotz faszinieren-

der Symbolik wirkungslos – lediglich enthörnte Nashörner und «gehörnte» Kunden zurücklassen.

Folgen auf der Beziehungsebene: Ausweitung des Teufelskreises

Nicht mehr begehrt zu werden, verunsichert die Partner und Partnerinnen. Sie glauben, etwas falsch zu machen oder nicht mehr attraktiv zu sein. Verstärkt durch eigene Unsicherheiten und Selbstzweifel entsteht Misstrauen und oft der Verdacht, dass der Mann eine Aussenbeziehung lebt. Die Partnerinnen oder Partner reagieren wütend, fordernd, eifersüchtig oder resigniert und vermeiden ihrerseits die gemeinsame Sexualität. Ihre Reaktionen verstärken wiederum Versagens- und Leistungsangst, aber auch die Verlustängste der Männer. In der Paardynamik verlagern sich mit zunehmendem Frust die Konflikte auf unterschiedliche Beziehungsebenen und können eskalieren. Die Auslöser für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe sind oft Beziehungskrisen.

Aus einer vielleicht banalen Panne einer beginnenden Erektionsstörung entsteht über diese Teufelskreise eine ernsthafte Störung auf der individuellen und der Beziehungsebene. Je enger die Grenzen sexueller Aneignungen und je mehr zusätzliche Probleme vorhanden sind, desto rascher dreht die Negativspirale.

Zusammenfassung

Die wichtigsten «Feinde» der Erektion sind:

- Sexuelle Unerfahrenheit, Unwissen, negative Bewertung der Sexualität (innere Zeigefinger)
- Limitierende Erregungsmodi: AM, AMM, MM, einhergehend mit muskulärer Hypertonie des Beckenbodens und der angrenzenden Muskelgruppen
- Unter Stress, Versagensängsten und Leistungsdruck die Erektion willentlich herstellen wollen: Teufelskreis
- Heterozentrierung: es der anderen Person recht machen wollen
- Negative Bewertung der männlichen Intrusivität: kein Macker sein wollen, «es» der Frau zuliebe tun
- Fehlende Symbolisierung der Intrusivität und fehlende Eigenaktivität in den sexuellen Fantasien
- Liebt Partner/-in, aber spürt keinerlei sexuelle Anziehung (Liebesbegehren bei fehlendem sexuellem Begehren)

- Ekel, Aversion, Phobie gegenüber dem Geschlecht der Partnerin, des Partners
- Verunsicherung in der eigenen Männlichkeit bis hin zur Ambivalenz bezüglich des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit

Verschiedene medizinische und psychosoziale Einflussfaktoren:

- Körperliche Krankheiten, Operationen, Medikamente mit direkter Wirkung auf die Physiologie der Erektion
- Krankheiten, die die sexuelle Attraktivität mindern
- Chronische Schmerzen
- Chronische Krankheiten mit allgemeiner Schwäche
- Stress
- Alter, bei limitierenden sexuellen Fähigkeiten oder anderen Risikofaktoren
- Schwierige partnerschaftliche oder soziale Situationen



Abb.18

Klinik der Erektionsstörungen

Definition: Erektionsstörung, erektile Dysfunktion, ED = Das andauernde, zeitweise oder situative Unvermögen, eine funktionale Erektion (Volumen und Versteifung) zu erreichen und aufrechtzuerhalten. Gemeinsamer Nenner verschiedener Situationen von ED ist die fragile Basis in der Erregungsfunktion.

Medizinische Definition nach dem National Institute of Health (NIH), USA, 1993:

ED ist das anhaltende oder wiederholte Unvermögen, eine für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr ausreichende penile Erektion zu erreichen und/oder aufrecht zu erhalten. Wenn diese Störungen mindestens 6 Monate anhalten und wenn mindestens 70 % der Versuche, einen Geschlechtsverkehr zu vollziehen, erfolglos bleiben, ist das Krankheitsbild chronisch.

Definition: Primäre ED = Erektion mit Partner/-in hat noch nie stattgefunden. **Sekundäre ED** = ED, nachdem früher Erektionen mit Partner/-in möglich waren. **Situative ED** = ED tritt nur in bestimmten Situationen auf, z. B. bei Partner, Partnerin, neuer Beziehung.

Primäre Erektionsstörung (sehr selten)

Formen und Gründe für eine primäre ED sind:

- a. Fehlende Versteifung des Penis bei Selbststimulation, in Beziehungen und spontan (Nacht- und Morgenerektionen), soweit erinnerbar: aufgrund angeborener Behinderungen und Beeinträchtigungen der physiologischen Basis sexueller Funktionalität: z. B. Spina bifida
- b. Spontanerektionen, teilweise Versteifung bei Selbststimulation, aber nie in Beziehungen, bei jungen Männern mit speziellen medizinischen Problemen:
 - Ungünstige Resultate bzw. traumatische psychische Verarbeitung nach chirurgischen Korrekturen bei Hypospadie oder anderen Formen intersexueller Ausprägung der Genitalien
 - Andere Erkrankungen und operative Eingriffe im Genitalbereich
 - Viele Erkrankungen, Behinderungen, die aufgrund der körperlichen Andersartigkeit die Sexualentwicklung beeinträchtigen bzw. mit Beziehungsängsten verbunden sind
- c. Spontanerektionen, Erektionen bei Selbststimulation, jedoch nie in Beziehungen, bei meist jüngeren, unsicheren Männern ohne sexuelle Erfahrungen. Z. T. Fähigkeiten, sich zu verlieben und zu binden, z. T. starke Beziehungsängste. Ihr Unwissen bezüg-

lich weiblicher und männlicher Sexualität ist gross. So sind sie überfordert und möchten «es» der Partnerin (dem Partner) zuliebe tun. Sie leiden häufig unter geschlechtsbezogenen Ängsten: Der Penis ist zu klein, zu krumm, die Vene am Penis zu gross = Projektion von Männlichkeitsängsten auf den Penis, bei anatomisch normalem Genitale. Hier finden wir:

- Männer mit Beziehungsängsten und Ekel, Phobie bezüglich männlichen und weiblichen Genitalien, z. T. suchen sie Sicherheit bei Männern, lassen sich penetrieren, wobei sie selbst nie eine Erektion haben;
- Männer mit heterosexuellen Anziehungscodes, die von Frauen emotional angezogen werden, jedoch eine Aversion bis Phobie auf das weibliche Genitale haben;
- Männer mit homosexuellen Anziehungscodes, die von Männern emotional angezogen werden, jedoch eine Aversion bis Phobie auf deren Genitale haben;
- Negatives Erleben des Penis, z.T. phobisches Vermeiden einer Beziehung zum eigenen Geschlecht, kein Erregungsmodus angeeignet;
- Anziehungscodes ausschliesslich auf Objekte gerichtet (z. B. Windelfetischismus);
- Aversion, Phobie gegenüber eigenem Geschlecht in Zusammenhang mit dem Gefühl, Frau im Körper eines Mannes zu sein (siehe Kapitel Geschlechtsidentität/Transidentität).

Diese Männer funktionieren meist in AM, AMM oder MM. Sie beabsichtigen mit der Masturbation eine schnelle und «hygienische» Entladung. In die Genitalität wurde kaum investiert, sodass keine phallische Erotisierung entwickelt wurde. Die Männer sind unfähig, eine Frau oder einen Mann als Sexualpartner zu erotisieren.

Allgemeines Vorgehen

- Medizinische Abklärung, Volumen und Rigidität des Penis genau nachfragen!
- Medizinische Behandlung, falls Befund
- Wissensvermittlung
- Identifizieren und Verstärken genitaler Sinnesempfindungen
- Erregungsquellen kennenlernen
- Erregungsmodus aneignen bzw. erweitern
- Erotische Beziehungsfähigkeiten lernen

Sekundäre Erektionsstörungen

Sekundäre Erektionsstörungen treten oft erst nach langer Zeit guter Funktionalität auf. Typisch ist: Die ED verläuft meist progressiv

- anfangs nur in der Partnersexualität
- später teils auch bei Selbststimulation
- später werden spontane Nacht- und Morgenerektionen seltener
- und bleiben schliesslich ganz aus

Situative Erektionsstörungen treten in speziellen Situationen auf, in einem bestimmten Kontext oder in Abhängigkeit von der Art der Stimulation durch (bestimmte) Partner. Wir finden sie oft bei Männern mit Leistungsängsten bei Heterozentrierung und Verschmelzungswünschen.

Allgemeines Vorgehen

Sexologische Evaluation, Information, Lernen sexueller Fähigkeiten bei gleichzeitiger medikamentöser Unterstützung

Profile von Männern mit sekundärer und/oder situativer ED

Männer im Alter von 45 bis 75 Jahren

Ärztliche Hilfe wegen ED wird am häufigsten von Männern aus dieser Altersgruppe gesucht. Es sind typischerweise Männer, die bisher in einem AMM oder MM in dem oben beschriebenen «Autopiloten» funk-

tionierten. Ihre Fähigkeit zu erotisieren wurde wenig entwickelt, so kann der sinkende Testosteronspiegel nicht über sexuelle Lernschritte kompensiert werden. Typische Auslöser sind zusätzliche Faktoren, z. B. Lebensereignisse wie Pensionierung, Veränderungen in der Beziehung oder Krankheiten. Aus dem «Zwischenphall» wird eine chronische Erektionsstörung. Nach einem ersten «Versagen», einer «Panne», einem «Ausrutscher» geschieht oft der «Absturz» mit Eintritt in den Teufelskreis. Folge sind die oben beschriebenen dysfunktionalen Strategien und die Entwicklung einer chronischen Erektionsstörung. Einige der betroffenen Männer entwickeln eine Wut auf ihren Penis, das Organ, das ihnen seine Dienste versagt.

Männer mit Leistungsangst

Diese Männer haben morgens und nachts normale Spontanerektionen und meistens gute Erektionen und Ejakulationen bei der Selbstbefriedigung, da sie sich dann auf sich selbst einstellen können. Der meist limitierende Erregungsmodus kann es allerdings auch allein erschweren, eine Erektion herzustellen. Mit der Partnerin oder dem Partner tritt die ED bereits im Vorspiel oder kurz vor oder nach der Penetration auf. Gründe dafür sind die Heterozentrierung (es ihr/ihm recht machen wollen) und das mentale Vorwegnehmen des Erektionsverlustes. Der willentliche Aufbau der Erektion gelingt nicht, was zur Selbstentwertung und Verunsicherung in der eigenen Männlichkeit führt. Emotionaler Druck und verzweifelter «Herstellen-Wollen» der Erektion aktiviert die Stressachse. Trotz guter Bindungs- und Liebesfähigkeiten kommt es häufig zu Trennungs- und Verlustängsten, wenn eine Erektionsstörung auftritt. Meist handelt es sich um Männer mit guter Intrusivität, aber mit gewissen Unsicherheiten Frauen gegenüber oder mit Befürchtungen, die Frau bei der Penetration zu verletzen.

Hypomaskulinoide Männer: Emotional polarisierte Männer vom «Verschmelzungstyp»

Emotional polarisierte Männer vom «Verschmelzungstyp» lassen sich charakterisieren als «hypersentimental – hypogenital – hypomaskulin. Dabei gibt es verschiedene Untertypen:

Frisch verliebte Männer mit wenig Verankerung in ihrer Genitalität und Männlichkeit

Sie geniessen im Verliebtsein lustvoll die Begegnungen mit der bewunderten Frau oder dem bewunderten Mann und entwickelt viele Fähigkeiten im «Oben» auf der emotionalen Ebene und der Beziehungsebene. Die Genitalität ist oft negativ besetzt und wird als animalisch, tierisch und primitiv rationalisiert. Männlichkeit als aggressives Konzept lässt sie die Ideologien des «feministischen» Mannes bevorzugen, der besser

ist als die «Macker». Diese Männer beginnen Beziehungen mit emotionalen Höhenflügen, haben dabei oft Probleme mit der sexuellen Erregung. Der Erregungsmodus ist limitierend (AM, AMM, MM). Die Fähigkeit, sexuelle Erregung wahrzunehmen und zu steigern, ist wenig entwickelt. Der Penis «fällt zusammen». Überschwemmt von Emotionen, entgehen diesen Männern die Sinnesempfindungen unten. Sie beschreiben sich wie abgeschnitten von der Wahrnehmung ihres Penis und spüren unterhalb der Gürtellinie nichts: «Oben – intensive Gefühle, unten – schwarzes Loch». Oft haben sie normale Spontanerektionen, die sie jedoch wenig oder nicht beachten.

Mit der Gewöhnung und Einkehr des Alltags finden diese Männer meist mehr Sicherheit. Die erektile Funktion normalisiert sich. Ein Risiko ist es, wenn nach der ersten Erektionsstörung der Teufelskreis mit negativen Antizipationen, Stress, Erwartungs- und Leistungsdruck beginnt.

Männer mit Verschmelzungswünschen als sexuelle Motivation

Diese Männer haben wenig in die Genitalität investiert und wenig sexuelle Fähigkeiten entwickelt. Der Wunsch nach Nähe, Beziehung und Intimität ist dominierend. Penetration findet im Dienste der Liebe und der Verschmelzung statt und ist nicht erotisiert. Daher entstehen kaum intrusive Fantasien. Romantische Szenarien mit der schönen Frau dominieren. Autoerotik wird nur gelebt, wenn keine Beziehung besteht. Sobald der Mann in einer Beziehung ist, wird Autoerotik (= Autonomie) als Bedrohung für die Beziehung erlebt. Der Grundsatz dieser Männer lautet: «Sexualität gehört in die Beziehung.» Oft haben sie normale Spontanerektionen, die sie jedoch wenig oder gar nicht beachten.

Es findet sich ein sehr limitierender Erregungsmodus (AM, AMM, MM) in Autoerotik und partnerschaftlicher Sexualität. Manchmal geht der Erektionsstörung eine vorzeitige Ejakulation Typ EP Ib voraus (siehe Kapitel 2). Diese Männer sind beim Auftreten von Beziehungsproblemen rasch verunsichert und reagieren mit Verlustängsten und Stress. Nach der ersten Erektionsstörung beginnt häufig der Teufelskreis. Bereits die erste Erektionsstörung wird existenziell erlebt, nimmt sie dem Mann doch die Möglichkeit des Verschmelzens und bedroht so seine Beziehung.

Hypermaskulinoide Männer

Die hypermaskulinen Männer stabilisieren sich in ihrer Männlichkeit über einen engen Stereotyp bezogen auf ihre Geschlechtsrolle, ihren Körper und ihr Sexualverhalten. Jede Assoziation, die mit «weiblichem» Verhalten, Aussehen und Gestus einhergeht, wird dabei vermieden. Sie sind daher sehr genital zen-

triert. Meist liegt ein einschränkender Erregungsmodus (AMM, MM) vor, der einhergeht mit hoher muskulärer Anspannung. Eine Reduktion der Muskelspannung, sodass sexuelle Erregung «fließen» kann und diffuser erlebt wird, macht Angst. Der limitierende Erregungsmodus begrenzt lustvolles Genießen der sexuellen Erregung. Die damit zusammenhängende fehlende Erotisierung des Archetyps verstärkt die Verunsicherung im Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit.

Männer mit spezifischen Problemen mit direktem Bezug zum Erregungsmodus

Fehlendes sexuelles Begehren

Das koitale sexuelle Begehren (ksB) verbindet das «Oben» (emotionales Erleben) und «Unten» (genitales Erleben), d. h. es integriert alle Komponenten der Sexualität in Verbindung mit unterschiedlichen Bedürfnissen. Der sexuelle Antrieb und die Motivation zu sexuellen Aktivitäten sind im ksB gut verankert. Bei den anderen Formen, kB und sB (siehe Definition unten), bedingen Grenzen in den sexuellen Lernschritten eine Dysharmonie, eine Polarisierung mehr im «Oben» oder mehr im «Unten», was die erektile Funktion beeinträchtigen kann.

Ohne die treibende Kraft des koitalen sexuellen Begehrens wird die Sexualität störungsanfälliger; so kann bereits ein Unterbruch durch Überziehen des Präservativs oder durch einen Stellungswechsel zur «Ernüchterung» und nachfolgendem Erektionsverlust führen.

Definitionen

Koital sexuelles Begehren (ksB): Suche nach mit dem Koitus verbundener sexueller Erregung, Lustgefühlen, Emotionen, Fantasien und der Hingabe im Orgasmus (begleitet von unterschiedlichen psychoaffektiven Bedürfnissen)

Voraussetzungen sind: Entdecken, Selbstaneignen und Erotisieren des Penis und der eigenen Intrusivität und Männlichkeit, d. h. phallische Erotisierung; Erotisierung der Frau, des Mannes, ihres/seines Geschlechts, ihrer/seiner sexuellen Intensität und Aktivität

Koital sexuelles Begehren (kB): motiviert durch Bedürfnisse nach Liebe, Nähe, Sicherheit, Verschmelzung, Kinderwunsch, Verstärkung der affektiven Beziehung

Sexuelles Begehren (sB): motiviert durch Suche nach sexueller Erregung, Entladung, Entspannung

Siehe hierzu auch Kapitel 6.

Anejakulation, Ejakuatio retardata

Der ausbleibende oder verzögerte Samenerguss beeinträchtigt oft das Geniessen, bewirkt Gefühle des Versagens und führt zum Verlust des sexuellen Begehrens.

Verschiedene Typen der frühzeitigen Ejakulation/Ejaculatio praecox (EP)

(Siehe Kapitel 2)

EP Typ I a

Erektionsprobleme entstehen als Folge jahrelanger antierotischer Strategien, die entwickelt wurden, um die Ejakulation hinauszuzögern.

EP Typ I b

ED entsteht bei zu grosser emotionaler Spannung, Stress und Angst.

EP Typ II a:

Diese findet sich bei Männern mit beginnender Erektionsproblematik, welche versuchen, bewusst rasch zu ejakulieren, bevor die Erektion verschwindet.

EP Typ II b

Die im Französischen als «*éjaculation prématurée*» bezeichnete vorzeitige Ejakulation meint die Ejakulation vor Eintritt der Erektion bei schlaffem oder nur teilweise erigiertem Penis. Typischerweise sind die betroffenen Männer über 45 bis 50 Jahre alt und haben bis anhin im «Autopiloten» funktioniert. So haben sie wenig sexuelle Lernschritte gemacht und sich kaum erotische Fähigkeiten angeeignet. Eine Tendenz zu muskulärer Hypotonie ist zu beobachten. Mit den ersten Erektionsproblemen entsteht Angst, und der Teufelskreis beginnt. Die Männer machen Geschlechtsverkehr oft mit Unlust und nur der Partnerin zuliebe. Sie stellen ihr Problem ähnlich wie bei EP Typ I als vorzeitige Ejakulation dar, weil sie die Erregung nicht zurückhalten können. Bei genauer Evaluation zeigt sich jedoch die Schwierigkeit, eine Erektion herzustellen. Der Penis schwillt an und ab. Die Eichel bleibt oft weich. Die Erektion kann auch ganz ausbleiben. Erst kurz vor der Ejakulation entsteht kurzfristig eine gewisse Rigidität, mit der es sofort zur Ejakulation kommt. Sobald der Penis erigiert ist, zeigt sich zeitlich ein ähnlicher Ablauf wie bei Typ I, aber die Evaluation der Erregungskurve zeigt die Differenz: Oft besteht keine Erektion, sondern die Ejakulation erfolgt bei schlaffem Penis, mit Kontraktionen des Beckenbodens oder Ausfliessen des Spermas ohne Spannung im Beckenboden. Falls eine Penetration möglich ist, erfolgt mit dem Erreichen einer Erektion die sofortige Ejakulation.

Diese Männer beobachten an sich oft gute Spontanerektionen am Morgen. Sie erreichen oft auch bei der Selbstbefriedigung eine gute Erektion über visuelle Stimuli oder in sexuellen Begegnungen ausserhalb der gewohnten Beziehung. Mit dem Älterwerden werden die spontanen Nacht- und Morgenerektionen seltener. (Nächtliche Spontanerektionen sind androgenabhängig, während Erektionen im Wachzustand stark durch persönliche sexuelle Lernschritte beeinflusst sind.)

Zu beachten sind differenzialdiagnostisch immer medizinische Gründe wie Diabetes oder auch Hypogonadismus (Begleitsymptome: Müdigkeit und Antriebschwäche).

MERKE: Wichtig ist, in der Evaluation genau nachzufragen!

Erektile Dysfunktion bei Ejaculatio Praecox Typ IIb

Älter werdende Männer ab 45 Jahren

Ejakulation

- Bei schlaffem oder weichem Penis
- Unmittelbar beim Erreichen einer Erektion

Mühe, eine Erektion herzustellen

- Wenig Erregungsquellen
- Hyperfokussierung auf Penis

Mühe, Spannung aufrechtzuerhalten

- Emotional
- In sexueller Erregung
- Muskulär

Erektionsverlust oft mit dem Eindringen

Schwache Intensität «ausfliessende» Ejakulation

Erregungsmodus AM, AMM, evt. MM

Kaum genitale Aneignungen, fehlende Intrusivität in den sexuellen Fantasien

Variante A

Ungenügende Penisversteifung

Unterscheidung Volumen und Rigidität:

Volumen ohne wirkliche Versteifung

- Ejakulation bei weichem/schlaffem Penis

Penisvergrösserung (Volumenvermehrung ohne Rigidität)

- Keine Penetration möglich

Penisvergrösserung und Rigidität

- Ejakulation tritt sofort ein

Variante B

Hohe Muskelspannung
Generalisierte muskuläre Hypertonie bei sexueller Erregung

- Verhindert Erektion
- Führt zu Stress
- Vermindert Blutzufuhr

«Kampf» um Erektion

- Kaum erreicht, tritt die Ejakulation ein

Ursachen:

- Minimale genitale Aneignungen, wenig Erregungsquellen
- Alter
- Fehlende phallische Erotisierung

Therapieziele:

- Erektile Funktion verstärken
- Verlängerung der Erregungskurve

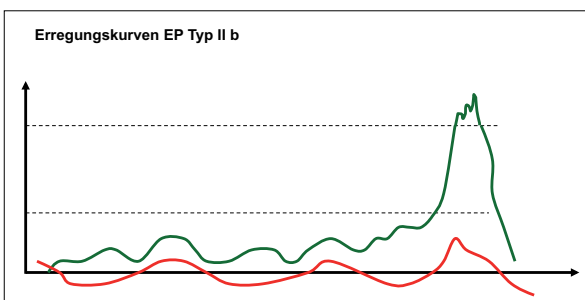


Abb. 19: Erregungskurven EP Typ II b

Differenzialdiagnose von EP Typ I und II b*EP Typ I:*

- Bei geringster Stimulierung gute Rigidität des Penis
- Ejakulation vor, kurz nach bzw. mit einer gewissen Latenz nach der Penetration

Typ II b:

- Rigidität entsteht nach langem Bemühen erst im letzten Moment, praktisch gleichzeitig mit der Ejakulation
- Krampfhafter Versuch, Erektion zu forcieren mit AM, AMM, oder MM
- Emotionale Polarisierung
 - Penetrationsfantasien fehlen
 - Kein koital-sexuelles Begehren
 - Viele zärtliche und romantische Fantasien
 - Interesse an Beziehung ist zentral und emotional wichtig
- Verunsicherung in eigener Männlichkeit und fehlende sexuelle Selbstsicherheit

Männer mit Problemen mit engen oder ausschliesslichen Anziehungskodes**Enge Anziehungskodes**

Erektionsstörungen in der Partnerschaft sind häufig bei Männern, die nur mit Hilfe bestimmter *Fetische* oder *Szenarien* sexuell erregbar sind. Diese Männer sind meistens psychisch gesund, liebes- und beziehungsfähig, mit einer Tendenz zu «kleben».

Beispiel: Ein 47-jähriger Mann, der mit der Partnerin nur dann sexuell funktioniert und sie penetrieren kann, wenn er Frauenstrümpfe, Stiefel oder andere weibliche Kleidungsstücke trägt.

Diese Männer konsultieren meistens wegen der Angst, die Partnerin zu verlieren, wenn diese merkt, dass er nicht sie sexuell begehrt, sondern nur dank dieser «Krücken» eine Erektion kriegt. Anfangs genügte entsprechende Fantasien. Mit zunehmendem Alter wird das Tragen dieser Kleidungsstücke unumgänglich. Die ausgeprägten Nähebedürfnisse und die Unfähigkeit, den Körper der Frau oder die Strümpfe, die sie auf *ihrem* Körper trägt, zu erotisieren, veranlassen die Männer, mit diesen weiblichen «Hüllen» auf der eigenen Haut zu «verschmelzen». Die fehlende *Erotisierung der Distanz*, also der vom betroffenen Mann *getrennten* anderen Person, setzt Grenzen.

Meistens finden wir einen Mann mit oft vielseitigen Fähigkeiten, der wenig in seine Genitalität investiert hat. Er funktioniert in einem eng begrenzten Erregungsmodus (AMM, AM) und hat nicht investiert in seine Intrusivität, den Wunsch, einzudringen. Penetrationsfantasien bleiben inexistent. Damit geht eine Verunsicherung in der eigenen Männlichkeit einher. Die Bedürfnisse liegen fast ausschliesslich auf emotionaler Ebene.

Ausschliessliche Anziehungskodes

Ebenfalls häufig sind Erektionsprobleme bei Männern, die *ausschliesslich* über *Unterwerfungsszenarien* sexuell erregbar sind. Noch augenfälliger sind hier die fehlende Intrusivität und der rezeptive Archetyp. Die phallischen Symbole sind in der Hand der Domina und nicht in der Hand des Mannes. In seinen Fantasien lässt er sich dominieren, unterwerfen, penetrieren und erniedrigen. Die Szenarien weisen über die Zeit eine Steigerungstendenz auf. Oft finden die Männer nur noch in spezialisierten Etablissements und Salons über teilweise extreme Rituale die Bestätigung der Gleichung: «Steht er, also bin ich (Mann).» Dieser Kampf um Männlichkeit ist nicht pervers, aber aufwendig. Das Dilemma der Männer liegt in der Verlustangst, weil ihre Beziehung durch sexuelle Ausschliess-

lichkeit gefährdet ist. Sie sind in der Regel liebesfähig, aber nicht in der Lage, die Partnerin oder den Partner sexuell zu begehren. Die Steigerungstendenz wurzelt in der mit dem Älterwerden abnehmenden Erregbarkeit. Der Kampf um die eigene Männlichkeit wird aufwendiger. Er kann drang- und suchtartige Formen annehmen. Nie finden wir in dieser Dynamik Männer mit guter Beziehung zu ihrer Genitalität, wellenförmigem Erregungsmodus, phallischer Erotisierung und koital-sexuellem Begehren.

Praktisches Vorgehen bei Erektionsstörungen

Angesichts der Not, in der Männer mit Erektionsstörungen sind, die in der Beratungssituation spürbar wird, besteht das Risiko, über Aktivismus und teure Abklärungen die eigene Ohnmacht zu verdrängen, aus Angst, nicht helfen zu können.

Der Patient, der zu einer Fachperson kommt, erwartet ein Eingehen auf sein sexuelles Problem. Um den «heissen Brei» herumzureden erzeugt eine peinliche Situation. Sexualtherapie und -beratung brauchen daher präzise Fragen, klare einfache Worte und ein direktes Ansprechen körperlicher Vorgänge, sexueller Handlungen und des sexuellen Erlebens. Dies erleichtert dem Patienten, sich auszudrücken und ermöglicht ein besseres Verständnis.

Aufgabe der Sexualberaterin oder des Sexualtherapeuten ist, die Aussagen und Antworten des Patienten immer wieder zusammenzufassen. Damit wird überprüft, was sie oder er verstanden hat und ob der Patient richtig verstanden wurde. Wichtig sind präzise Worte und genaues und explizites Benennen. In den Zusammenfassungen werden die Stärken des Patienten betont, was er gelernt hat, welche erotischen Fähigkeiten ihm zur Verfügung stehen und was in der sexuellen Erregung funktioniert.

Die Evaluation geht aus von den Erwartungen des Mannes:

- Möchte er funktionieren, um Partner oder Partnerin nicht zu verlieren?
- Möchte er für sich als Mann in der Beziehung etwas dazugewinnen?
- Was sind seine Vorstellungen und Erklärungen zu den Ursachen seines Problems?

Die Evaluation im Sexocorporel fördert mittels präziser Fragen die Selbstwahrnehmung des Patienten. Sie vermittelt sexuelles Wissen, betont vorhandene Fähigkeiten, signalisiert Verständnis, motiviert zu Selbstverantwortung. Das Vorgehen ist lösungsorientiert und beinhaltet Vorschläge für neue Erfahrungen. Wiederholte kurze Zusammenfassungen im Laufe der Evaluation fördern das Erkennen einfacher Zusammenhänge.

Beispiel: Kurzer Ausschnitt aus der Evaluationssitzung mit einem 40-jährigen Mann, der sich über einen archaischen Erregungsmodus erregt und im Geschlechtsverkehr die Erektion verliert, weil die Scheide seiner Frau zu weit sei.

«... Sie haben die Fähigkeit, die sexuelle Erregung durch das Pressen Ihres Penis gegen eine Unterlage zu steigern und entdeckten den Zusammenhang von Muskelspannung und sexueller Erregung. Sie erfuhren auch die Grenzen dieser Fähigkeit im Geschlechtsverkehr und merkten, dass die Scheide Ihrer Partnerin den Druck, an den Sie sich gewöhnten, nicht zu erzeugen vermag. Sie interpretierten das Nicht-mehr-Spüren Ihres Penis als 'zu weite Scheide' der Partnerin. Eine Veränderung Ihrer körperlichen Technik, die sexuelle Erregung zu steigern, wird die Penissensibilität und Ihre Erregbarkeit wesentlich verbessern. ...».

Die Evaluation umfasst:

- Evaluation der einzelnen Komponenten und deren Interaktionen
- Lektüre des Körperausdrucks
- Evaluation des Sexualisierungsprozesses bezüglich
 - Entwicklungslinien der Erregungsfunktion
 - Entwicklungslinien der sexodynamischen Komponenten
- Evaluation der Beziehungsdynamik

Die Evaluation der sexuellen Dynamik einer Person beinhaltet also:

- **Eine horizontale Lektüre** (aktuelle Funktionalität), ausgehend vom Expliziten (physiologische Komponente) zum Impliziten (kognitive und sexodynamische Komponenten) sowie der Beziehungsebene
- **Eine vertikale Lektüre** (Sexualisierungsprozess) der wichtigsten Komponenten sowie relevanter Ereignisse im Verlauf der sexuellen Sozialisation

Zusammenfassung:

Die Evaluation gibt uns Hinweise auf die Logik des Systems des Klienten, erlaubt also eine Diagnostik seiner sexuellen Funktionalität und Körperdynamik. Sie ermöglicht uns, dem Patienten seine Stärken – das, was er in seiner Sexualität gelernt hat – aufzuzeigen. Diese Stärken sind die Basis, der Sockel, auf dem die Therapie aufbaut. Die Grenzen in seinen sexuellen Lernschritten werden zum Inhalt des gemeinsam mit dem Patienten formulierten therapeutischen Projekts.

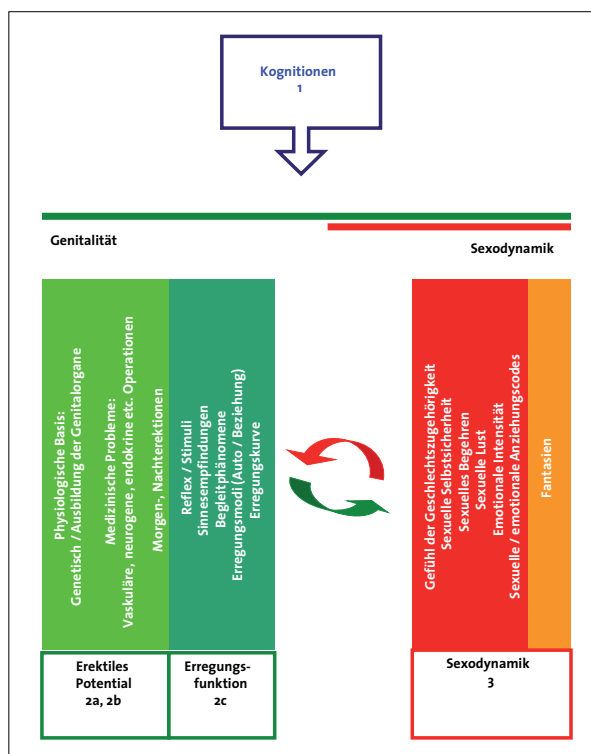
Abklärung und Evaluation bei ED

Abb. 20: Evaluation der Komponenten der Sexualität bei ED
Die Abbildung bezieht sich auf die im nachfolgenden Text erwähnten Ziffern (Dr. Claude Roux-Deslandes).

Erster Eindruck, Lektüre der Körpersprache

Zur Evaluation gehört auch die Beobachtung, wie der Klient sich selbst als Mann darstellt: Wie kleidet er sich? Was ist sein Körperausdruck? Wie ist sein Händedruck, wie bewegt er sich im Raum, wie setzt er sich hin? Spiegelt sich die Intrusivität in der Körpersprache, in Haltung, Gang, Muskelspannung, Gesten, Mimik, Blick und Sprache? Wirkt er eher hypoton, vorgeneigt, zurückhaltend, Nähe suchend? Welchen ersten Eindruck vermittelt er bezüglich Männlichkeit? Wie drückt er seine Emotionen aus, wie reguliert er sie?

Evaluation der einzelnen Komponenten

Die folgende Aufreihung von Fragen möchte dazu anregen, die Evaluation je nach Patient unterschiedlich zu gestalten.

Kognitive Komponenten (1)*Fragen bezüglich der Klärung des Anliegens, Problem-beschreibung*

Leben Sie in einer Partnerschaft? In einer neuen Beziehung oder Gelegenheitsbeziehungen? Was hat sich im Vergleich zu früheren Beziehungen verändert?

Möchten Sie eine bessere Erektion für sich haben oder für den/die Partner/-in?

Was erleben Sie lustvoll? Genießen Sie die eigene Erregung oder eher die Lust der anderen Person? (Heterozentrierung mindert die Selbstwahrnehmung!)

Sind Sie in die Behandlung gekommen, weil Ihre Partnerin sagt, sie spüre Ihren Penis nicht genug in sich?

Seit wann haben Sie die Erektionsstörung?

Was sind Ihre Vorstellungen über die Ursachen?

Trat sie plötzlich auf? In welcher Situation? Setzte sie allmählich ein? Wird Ihr Penis nie steif – besteht die Erektionsstörung immer? Beschränkt sich die Erektionsstörung auf bestimmte Situationen? Gibt es Ausnahmen? Gibt es Situationen, z. B. in den Ferien, in denen eine Erektion möglich ist? Wann, wo, wie und mit wem?

Tritt eine Erektion ein, ist aber nicht von Dauer? Oder ist es Ihnen gar nicht möglich, eine Erektion zu bekommen?

Was sind ihre Vorstellungen bezüglich Härte und Dauer von Erektionen in Ihrem Alter?

Was möchten Sie mit dieser Behandlung für sich erreichen? Wie schätzen Sie die therapeutischen Möglichkeiten ein?

Fragen zu möglichen anderen sexuellen Problemen

Bestehen andere sexuelle Probleme? Bei Ihnen, der Partnerin/dem Partner?

Bestehen Ängste, Hemmungen, fehlendes sexuelles Verlangen, negative Gefühle bezüglich dem Geschlecht oder Körperflüssigkeiten (eigene, beim anderen)?

Fragen zum «Teufelskreis»

Welche Auswirkungen hat die ED auf Ihr sexuelles Verhalten, das Selbsterleben als Mann, auf Ihr Denken, Ihre Gefühle? Welche negativen Gedanken und Sorgen haben Sie, wo sind Sie beunruhigt?

Gibt es negative Gedanken im Zusammenhang mit der ED, die Leistungsdruck, Versagensängste erzeugen?

Was veränderte sich durch die ED in Ihrer/Ihren Beziehung(en)?

Machen Sie sich Sorgen um die Partnerschaft?
Was unternahmen Sie, um die Funktion Ihres Penis zu testen?

Wie reagiert Ihre Partnerin/Ihr Partner?

Möchten Sie, dass er/sie auch in die Therapie kommt?
Welche Bedeutung hat Sexualität für Sie – allein und in der Partnerschaft?

Was wissen Sie über altersbedingte Veränderungen der Sexualität?

Welche Erwartungen haben Sie an die Funktion Ihres Penis? Wie «perfekt» muss er sein?

Was haben Sie bisher unternommen? Wurden medizinische Abklärungen gemacht? Haben Sie Erfahrung mit PDE-5-Hemmern/Caverject/MUSE? Welche Wirkungen haben Sie erlebt?

Fragen zu den Einstellungen zur Sexualität

Was sind Ihre Werte, Normen, wie ist Ihr kultureller und familiärer Hintergrund zum Thema Sexualität?
Was sagen innere Stimmen, «Polizisten», dazu?

Weitere Fragen können gestellt werden zu:

- Erleben der eigenen Männlichkeit, Rollenvorstellungen, Frauenbilder
- Sexualentwicklung
- Psychosoziale Situation (insbesondere Stressoren)

Physiologische Komponenten

Das erektile Potenzial: der «Motor» (2a/2b)

Fragen nach organischen Ursachen der ED

Welche medizinischen Abklärungen wurden durchgeführt? (Diese Frage ist besonders wichtig, wenn die Erektionsstörung auch bei der Masturbation auftritt und keine Spontanerektionen beobachtet werden.)

Welche Risikofaktoren spielen in Ihrem Leben eine Rolle?

Nehmen Sie Medikamente, die die Erektionsfähigkeit beeinträchtigen?

Wurde bei Ihnen eine Krankheit diagnostiziert, die die Erektionsfähigkeit beeinträchtigen könnte?

Abklärungen durch Arzt oder Ärztin: Die körperliche Untersuchung insbesondere auch des Genitale bietet die Gelegenheit, Wissen zu vermitteln.

Fragen zu Spontanerektionen

Wann, wo, wie oft beobachten Sie spontan Erektionen/die «Morgenlatte»/nächtliche Erektionen? (Im paradoxen Schlaf [REM-Schlaf] sind Stress und Angst weg. Dies ermöglicht Erektionen.)

Spontanerektionen können fehlen bei:

- Bestimmten medizinischen Problemen
- Depressionen, auch durch die Medikation
- Gewissen Schlafstörungen (Fehlen des REM-Schlafs)
- Hyperkontrolle, Selbstbeobachtung bereits im Aufwachen

Die Erregungsfunktion: den «Motor anlassen und am Laufen halten» (2c)

Die Erregungsfunktion ist die Basis der sexuellen Funktionalität und bestimmt die Qualität des sexuellen Erlebens. Ihre Evaluation ist für Diagnostik und Therapie einer Erektionsstörung unumgänglich und zentral.

Fragen zur Erregungsfunktion

Ist der Erregungsreflex vorhanden? Wie merken Sie, dass er ausgelöst ist? Was nehmen Sie als Erstes wahr? Wie lange dauert es, bis Sie eine deutliche Durchblutung/Füllung des Penis wahrnehmen? Was hat sich im Laufe der Jahre verändert?

Wie empfinden Sie Ihren Penis, wenn er anschwillt (noch ohne Versteifung)? Welche Sinnesempfindungen nehmen Sie bei einer Versteifung wahr?

Wird Ihr Penis funktional, d. h. so steif, dass Sie penetrieren können?

Wenn eine Versteifung gelingt: In welchem Winkel steht Ihr Penis?

Schätzen Sie die Rigidität Ihres Penis auf einer Skala von 1 bis 10 ein. Die 1 bedeutet «keinerlei Reaktion» und die 10 bedeutet «pralle Erektion». Wo stehen Sie? Welche Form hat Ihr Penis? Gibt es Krümmungen? Schmerzhaftes Verhärtungen?

Fragen zur Vielfalt der Erregungsquellen und Stimuli bei der Selbststimulation

Wie gestalten Sie die Selbstbefriedigung? Wie oft stimulieren Sie sich selbst/masturbieren Sie? Hat sich die Häufigkeit verändert? War es früher häufiger, seltener? Wieviel Zeit nehmen Sie sich?

Was veranlasst Sie dazu?

Welche Art Stimulation brauchen Sie, um die Erektion zu bewirken?

Was tun Sie, damit die sexuelle Erregung genussvoll wird?

Erregen Sie sich immer gleich oder haben Sie verschiedene Formen herausgefunden?

Wie spielen Sie mit Ihrem Penis? Beziehen Sie bei der Selbstbefriedigung Ihren Körper mit ein? Streicheln Sie z. B. Brustwarzen, Schultern, Bauch, die Innenseite der Oberschenkel?

Welche Lage und Körperhaltung bevorzugen Sie (Rücken-, Bauch-, Seitenlage, sitzend, stehend)? Stimulieren Sie Ihren Penis mit der Hand? Wie fassen Sie Ihren Penis an? Umfassen Sie ihn ganz? Mit zwei Fin-

gern? Berühren Sie nur einen Teil, z. B. die Eichel? An welche Berührungen ist Ihr Penis gewöhnt, eher oberflächlich-reibende oder eher massierend-drückende? Pressen Sie Ihren Penis zusammen? In welchen Bereichen ist Ihr Penis besonders erregbar? Feuchten Sie Ihre Hände an? Wie bewegen Sie Ihre Hand? Modulieren Sie das Tempo der Handbewegungen? Pressen/drücken Sie auf Ihren Penis oder angrenzende Regionen? Benutzen Sie Hilfsmittel wie eine vibrierende künstliche Vagina, Puppen oder Objekte? Führen Sie Gegenstände in die Harnröhre ein?

Stimulieren Sie sich ohne Gebrauch der Hände, z. B. durch Pressen des Beckens gegen die Unterlage? Durch Anspannen bestimmter Muskelgruppen?

Welche Sinne sind bei Ihrer Selbstbefriedigung noch beteiligt? Schauen Sie sich z. B. Bilder oder Filme an, chatten Sie, lesen Sie erotische Texte? Oder machen Sie sich Bilder im Kopf und nutzen Ihre Fantasie?

Fragen zu körperlichen Veränderungen bei der Erregungssteigerung

Zentral in der Evaluation der Erregungsfunktion sind die begleitenden körperlichen Veränderungen von Muskelspannung, Atmung und Bewegungen in Verbindung mit sexueller Erregungssteigerung. Sie bestimmen über die Qualität der Funktion und des Erlebens.

Bewegen Sie ausser der Hand auch noch den Körper? Welche Spannungen beobachten Sie in der Muskulatur Ihres Körpers? Spannen Sie die Oberschenkel, den Bauch, das Gesäss, den Beckenboden an? Können Sie Ihre Atmung beobachten? Wo atmen Sie, wenn Sie sexuell erregt sind? Welche eigenen Techniken haben Sie herausgefunden, um die sexuelle Erregung zu behalten? Was verändern Sie, wenn Sie die Erregung steigern wollen? Machen Sie das allein genauso wie mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen?

Welche Sinnesempfindungen nehmen Sie in Ihrem Penis wahr? Wo nehmen Sie das wahr? Welche Sinnesempfindungen nehmen Sie in Ihrem Körper wahr? Wo? Geniessen Sie die sexuelle Erregung oder sind Sie ganz auf das Halten Ihrer Erektion konzentriert?

Fragen zur Ejakulation

Wie erreichen Sie die Ejakulation? Wie gelingt Ihnen die Ejakulation allein, im Beisein der Partnerin/des Partners, in der Partnerin/im Partner (manuell, oral, vaginal, anal)?

Ejakulieren Sie bei steifem oder bei schlaffem Penis? In welchem Rigiditätsgrad ejakulieren Sie? Fließt das Ejakulat oder spritzt es aus dem Penis? Welches Volumen hat Ihr Sperma? Welche Farbe hat das Ejakulat? Haben Sie Veränderungen beobachtet? Schmerzen beim Ejakulieren?

Sind Sie mit der Dauer der sexuellen Erregung zufrieden oder finden Sie, dass Sie zu früh oder zu spät kom-

men? Falls eine EP besteht: Kommen Sie schon immer zu früh? Wenn nein, seit wann ist es so? Versuchen Sie möglicherweise, rasch zu ejakulieren, bevor die Erektion wieder weggeht?

Fragen zu verschiedenen Sexualpraktiken

Beziehen Sie Objekte bei der Selbstbefriedigung mit ein? Wenn ja, welche? Wie benutzen Sie die Objekte? Führen Sie z. B. einen Dildo in den Anus oder ein Objekt in die Urethra ein? Spielen andere Manipulationen bei der Selbstbefriedigung oder zusammen mit Ihrer Partnerin/Ihrem Partner eine Rolle? Haben Sie Erfahrungen in bestimmten sexuellen «Szenen», wie z. B. BDSM (= Bondage & Discipline, Dominance & Submission, Sadism & Masochism, mehr Information hierzu auf Wikipedia unter BDSM)?

Im Wunsch, mit allen Mitteln eine Erektion herzustellen, um sich in ihrer Männlichkeit zu bestätigen (steht er, so bin ich!), setzen manche Männer auf immer stärkere Reize. Manchmal entwickeln sie Sexualpraktiken, für die sie sich schämen. Oft bewegt sie dann die Frage: «Bin ich pervers, sexsüchtig?» Das aktive Ansprechen, Fragenstellen und Erklären der Logik seines Verhaltens entlastet den Patienten.

Fragen zur Beziehungssexualität und zu den Erregungsmodi mit Partner oder Partnerin

Wie steht es um die Häufigkeit, die Art und Weise und das Erleben der partnerschaftlichen Sexualität? Wie ist der Ablauf, die Art der Berührungen, welche Spiele oder Rollenspiele finden statt? Sind Penetration, d. h. Eindringen mit Fingern, Zunge und Penis in den Körper des anderen (oral, vaginal, anal) Bestandteil der partnerschaftlichen Sexualität? Wünschen beide Partner Geschlechtsverkehr? Wo findet die gemeinsame Sexualität statt? Wie wird der Geschlechtsverkehr gemacht, in welchen Stellungen? Wer ergreift die Initiative?

Wie steigern Sie Ihre sexuelle Erregung (*3 Gesetze des Körpers, Atmung*)? Welche Bewegungen machen Sie mit dem Becken? Stossende Bewegungen (Bumsen)? Können Sie die sexuelle Erregung beeinflussen, intensivieren, verlängern? Wie?

Wie verhält sich der Partner/die Partnerin, wie steigert er/sie die sexuelle Erregung (*Hypothesen zum Erregungsmodus der Partnerin, des Partners*).

Wird verhütet? Wenn ja, welche Verhütungsmethode wird angewendet? Wer ergreift hier die Initiative? Werden Kondome gebraucht? Wird das Überziehen spielerisch gestaltet? Bedeutet es einen Unterbruch mit dem Risiko eines Erektionsverlustes? Wird aus Angst vor dem Verlust der Erektion auf Kondome verzichtet? Werden andere Personen in die Partnersexualität einbezogen?

Erregungskurven

Wir zeichnen die Erregungskurve mit dem Klienten sowohl für die Selbststimulation wie auch für die Partnersexualität. Dies bietet uns Gelegenheit, ihm Wissen zu vermitteln über die Physiologie der Erregung und Einflussfaktoren, z. B. sexuelle Fantasien, negative Gedanken und körperliches Verhalten.

Fragen zu den Stimuli, Erregungsquellen, Anziehungskodes: der Treibstoff

Sexuelle Erregung braucht «Treibstoff». Dies sind Sinnesreize und sexuelle Fantasien. Je variantenreicher diese Erregungsquellen genutzt werden können, desto wirksamer ist die Stimulation.

Drei Gesetze des Körpers	Tonus [T], Rhythmus [Rhy], Bewegung [B]
Fünf Sinne	Tasten, Riechen, Schmecken, Hören, Sehen
Tiefensensibilität, Propriozeption	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung der Muskulatur durch T, Rhy, B • Über Druck (Tiefenrezeptoren) • Über Vibration
Oberflächliche Sensibilität	<ul style="list-style-type: none"> • Berührungen • Wirkt im Genitalbereich als direkte Stimulation (unabhängig von der Bewertung)
Temperatur-/Schmerzrezeptoren	sind oft Erregungsquellen in BDSM-Ritualen
Gesichtssinn/Sehen	<ul style="list-style-type: none"> • Erotische Bilder, Filme • Wirkung trotz negativer kognitiver Bewertung möglich
Geruchssinn/Riechen	Düfte, Gerüche
Gehörsinn/Hören	Stimme, Stöhnen, erotische Hörbücher, Musik
Innere Bilder, Gefühle, Emotionen als Erregungsquellen	<ul style="list-style-type: none"> • Erotische Imaginationen, Fantasien, Lektüre, Erinnerungen an Erlebnisse (können positiv verstärkend oder negativ hemmend wirken) • Szenarien, Spiele
Anziehungskodes	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle Attraktivität des Sexualpartners (Körper, Geschlecht, Person)

Sexodynamische Komponenten (3)*Fragen zur sexuellen Lust*

Was genießen Sie heute, wenn Sie sich allein sexuell erregen?

Was genießen Sie mit der Partnerin oder dem Partner? Suchen Sie eine rasche Entladung, eine längere «erotische Reise»?

Haben Sie Lust an vielseitigen Berührungen und Spielen? Was blieb an Genuss, seitdem die Erektionsstörung auftrat? Welche Veränderungen haben Sie wahrgenommen?

Aufzeichnen der Lustkurve zusammen mit der Erregungskurve.

Fragen zum sexuellen Begehren

Welche Bedürfnisse motivieren die Sexualität?

Genießen Sie die sexuelle Erregung? Das Geilsein? Suchen Sie eine rasche Ejakulation? Suchen Sie beim Sex Nähe? Versöhnung? Stressabbau? Gemeinsamkeit? Entspannung? Machen Sie Sex, weil Sie die Partnerin besitzen wollen? Aus Eifersucht? Langeweile? Um sich als Mann zu fühlen?

Fragen zur sexuellen Anziehung

Was zieht Sie sexuell bei Ihrer Partnerin/Ihrem Partner an: Körperliche Merkmale, Geschlecht, Blicke, Worte, Gerüche, Verhalten, Wesensart?

Reagieren Sie eher auf emotionale (romantische) Situationen? Oder spüren Sie sexuelle Erregung eher durch genitale Szenarien?

Bezieht sich Ihre sexuelle Attraktion auf etwas ganz Bestimmtes? (Beispiele: spezielle Partner/-innen [Alter, Körperform und -grösse, Hautfarbe], bestimmte Szenarien oder Rituale, Objekte, Kleider, Materialien, Kinder, Tiere)

Fragen zu Männlichkeit und sexueller Selbstsicherheit

In welchen Situationen fühlen Sie sich sicher als Mann? Wann fühlen Sie sich in der Sexualität männlich? In welchen Situationen haben Sie sich sexuell selbstsicher erlebt? Wie stärken Sie Ihr Gefühl, Mann zu sein? Wie sehen Sie sich im Vergleich mit anderen Männern?

Was assoziieren Sie mit Spontanerektionen? Erleben Sie sie in Bezug zu Ihrer Männlichkeit? Was tun Sie damit? «Nutzen» Sie sie für eine sexuelle Aktivität? Sind sie lästig? Stehen Sie ihnen gleichgültig gegenüber?

Wie erleben Sie Ihre Erektionen? Tragen Sie sie stolz? Betrachten Sie sich selbst erregt vor dem Spiegel? Spielen Sie mit Ihrem Becken? Beeinflussen die Beckenbewegungen Ihre Fantasien?

Was sind Inhalte der sexuellen Fantasien, Erinnerungen und Tagträume (wie spiegelt sich die Intrusivität darin)? Welche Bedeutung haben sie bei der Erregungssteigerung in der Masturbation? Welche Bedeutung haben sie im sexuellen Kontakt mit der Partnerin oder dem Partner? Welche Inhalte haben die sexuellen Fantasien? Fantasieren Sie sich aktiv penetrierend? Wen penetrieren Sie, wo? Sind Sie dabei aktiv oder lassen Sie es geschehen? Wie inszenieren Sie Ihre Männlichkeit in den Fantasien? So wie Sie real sind? Als «Macker», aktiv und verführerisch oder als Zuschauer, passiv? Sind andere Männer in den Fantasien anwesend? Welche Art von Männlichkeit verkörpern sie, was ist ihre Rolle?

Welche Fantasieinhalte erregen am meisten? Wie sicher erleben Sie die Grenzen zwischen Fantasien und Realität? Wie weit beeinflussen die Fantasien Ihr sexuelles Handeln? Gibt es Fantasien, die Sie beunruhigen?

Fragen zu Männlichkeit und sexueller Selbstsicherheit in der partnerschaftlichen Sexualität

Wie erleben Sie den Penis zusammen mit Ihrer Partnerin/Ihrem Partner? Zeigen Sie Ihren Penis stolz? Lassen Sie sich berühren, können Sie ihn «aus der Hand geben» und sich erregen lassen? Machen Sie gegenseitige körperliche Entdeckungsreisen? Wie erleben Sie das Geschlecht Ihrer Partnerin/Ihres Partners, wie berühren, stimulieren Sie es? Wie und wer initiiert die sexuellen Kontakte und gestaltet sie? Welche Vorstel-

lungen machen Sie sich davon? Planen Sie sexuelle Aktivitäten?

Erleben Sie das Eindringen als erregend und als lustvolle Begegnung mit der anderen Person? Wünschen Sie es explizit? Tun Sie das, weil «Mann» es tut? Tun Sie es automatisch, da die Erektion nun mal ist? Penetrieren Sie, weil Ihre Frau das wünscht oder um ein Kind zu zeugen? Wer führt den Penis ein? Wie erleben Sie das Geschlecht der Partnerin oder des Partners im Aussehen, mit seinen Gerüchen und Sekreten?

Fragen zur emotionalen Intensität

Wie drücken Sie Ihre Gefühle aus (Worte, Gesten, Stimme, Atmung)? Wie intensiv geniessen Sie Ihre sexuelle Erregung, Ihr «Mann-Sein»? Wie leidenschaftlich, wie kraftvoll erleben Sie sich?

Bei Erektionsstörungen ist das sexuelle Erleben oft von Erwartungsangst und Sorge geprägt.

Beziehung und partnerschaftliche Sexualität

Themen der Evaluation im Bereich «Beziehung» und «Partnerschaftliche Sexualität» umfassen:

- Qualität der Beziehung, Erleben von Intimität und Autonomie
- Fähigkeiten, den Partner/die Partnerin erotisch zu verführen. (Ein Mann mit ED verführt kaum mehr, da er das «Versprechen» nicht mehr halten kann.)
- Reden über Sexualität, eigene Wünsche, Unsicherheiten
- Art und Weise, eine erotische Begegnung zu gestalten

Fragen zu den Reaktionen des Partners/der Partnerin auf die ED

Was hat sich in der Beziehung verändert? Treten andere Konflikte auf? Vermeiden Sie Sexualität oder auch Zärtlichkeiten? Haben Sie beide Möglichkeiten gefunden, Alternativen zu entwickeln?

Diagnostik und Logik des Systems

Ausgehend vom Anliegen des Patienten versuchen wir, ihm aufgrund der Evaluation eine Zusammenfassung unserer Erkenntnisse – die *Logik seines Systems* – zu vermitteln. Wir stellen dar, was seine Fähigkeiten sind und wo die Grenzen innerhalb seines sexuellen Lernens liegen, die zusammen mit medizinischen und möglicherweise anderen Problemen das Erektionsproblem begründen.

Davon ausgehend formulieren wir das meist als Mangel vorgebrachte sexuelle Anliegen des Patienten in Form eines Wunsches. Diesen übersetzen wir in ein realistisches und realisierbares Therapieprojekt mit

Behandlungsvorschlägen über Etappen mit begrenzten Zielsetzungen, die eine Verbesserung der sexuellen Funktion ermöglichen.

Auch Bäume wachsen nicht in den Himmel: Die Klärung der Erwartungen an eine Therapie ist daher zentral.

Folgende weitergehende medizinische Diagnostik kann indiziert sein:

- Hormonstatus: Testosteron, Prolactin, FSH, LH, Schilddrüse
- Nüchtern-Blutzucker, HbA_{1c}, Lipid-Profil
- Urinstatus
- Urologische/andrologische Abklärung

Sexualberatung und Sexualtherapie

Therapeutisches Setting

Die fokussierte Sexualberatung oder Therapie mit begrenzter Sitzungszahl umfasst Gespräche vis-à-vis, gemeinsames Arbeiten am white board und körperliches Üben in verschiedenen Positionen bis hin zu Berührungen des Oberkörpers beim Erlernen der doppelten Schaukel. Sitzungsinhalt sind die Erfahrungen unmittelbar in der Stunde sowie die des Übens zuhause. Das gemeinsame Üben «emotionalisiert» die Sitzungen, lässt Raum, den roten Faden der Therapie und die Beziehung zum eigenen Geschlecht (Penis, Männlichkeit) in seinen kognitiven, emotionalen und erotischen Dimensionen humorvoll zu vertiefen.

1. Wissen vermitteln

Ziel der Vermittlung von Wissen ist, die Motivation für die Behandlung zu fördern und ein Sicheinlassen auf kognitiver Ebene zu erreichen. Die Wissensvermittlung beinhaltet folgende Bereiche:

Basiswissen zur erektilen Funktion

- Erregungsfunktion: Der Erregungsreflex, seine Begleitreaktionen, erlernte Erregungsmodi, sensorische Stimulation, Erregungsquellen, Erregungskurve
- Voraussetzungen für das Auslösen des Erregungsreflexes: Spiel mit Stimuli, Sichwohlfühlen ohne forcieren ermöglicht Entspannung der glatten Muskelfasern im Schwammgewebe der Schwellkörper
- Das Auslösen des Erregungsreflexes wird behindert durch Stress, heftige Emotionen wie Angst, Sorge und hohe Erwartungen

Möglichkeiten eigener Einflussnahme (sexuelle Lernschritte)

Das Verständnis für die Funktion des Penis ist notwendig. Männer mit ED versuchen oft, diesen reflektori-schen Ablauf willentlich zu forcieren. Sie müssen verstehen, dass sie ihn dadurch hemmen. Wenn sie wahrnehmen, dass die Penisbasis anschwillt, funktioniert der Reflex. Dieser Vorgang kann durch behindernde Einflüsse plötzlich abbrechen. Über die drei Gesetze des Körpers lässt sich die sexuelle Erregung beeinflussen und die Erektion aufrechterhalten. Nicht die Konzentration auf den Penis bringt den Erfolg, sondern das Geniessen der Sinnesempfindungen.

Zum Verständnis für die Funktion des Penis gehört auch, den Unterschied zwischen der Erwartung, wie die Erektion sein müsste und der Realität zu akzeptieren. Ab 45 Jahren verändern sich Rigidität und Winkel der Erektion.

Wirkung körperlicher Übungen auf die Erregungsfunktion

- Direkte Einflussnahme auf die Funktion der Schwellkörper ist möglich über die Beckenbodenmuskulatur
- Die Art der Stimuli, die Art, wie der Penis berührt wird, ist von Bedeutung. Die Stimulation kann intensiviert werden über die Aktivierung der Sinnesrezeptoren im ganzen Körper
- Die Einheit Körper-Hirn ist untrennbar: Über eine Veränderung der Beziehung zum Körper, z. B. des Erregungsmodus, verändert sich die Selbstwahrnehmung. Analogien im Tanzen oder Sport machen dies nachvollziehbar: Wie nimmt man sich wahr dabei in Rigidität oder muskulärer Fluidität? Es ist sehr wirkungsvoll, wenn entsprechende Unterschiede in der Konsultation demonstriert und durch den Patienten erlebt werden!

Bedeutung des Teufelskreises

- Veränderung der Selbstwahrnehmung durch Üben mindert den Einfluss der Negativspirale
- Übung führt von Heterozentrierung zu Autozentrierung: Selbstwahrnehmung ist nicht Egoismus, sondern Voraussetzung zum guten Liebhaber
- Selbstverantwortung tritt an die Stelle, sich für die Partner/-in verantwortlich zu fühlen
- Recht machen und Leistungsangst werden ersetzt durch Geniessen

Fantasierte Anatomie

Zeichnungen von Männern mit Penetrationsängsten (Angst, die Frau zu verletzen oder am Penis verletzt zu werden) des eigenen Körpers (Umriss), des schlaffen bzw. erregten Geschlechts sowie des weiblichen Geschlechts (äusseres und inneres) lassen kognitive Verzerrungen erkennen; sehr häufig zeigen sich feh-

lende Kenntnisse des eigenen Geschlechts und – oft eindrücklich – des weiblichen Geschlechts.

2a. Medizinische Behandlungsmöglichkeiten

Medikamentöse Therapie

PDE-5-Hemmer

Phosphodiesterase-5-Hemmer (kurz: PDE-5-Hemmer) ist der Oberbegriff für eine Gruppe von Medikamenten, die den Bluteinstrom in den Penis dadurch fördern, dass sie eine Erweiterung der Blutgefäße bewirken. Substanzen sind Sildenafil (Viagra®), Tadalafil (Cialis®) und Vardenafil (Levitra®). Die Medikamente wirken gezielt an den Schwellkörpern, indem ein für die Steuerung der Blutgefäße notwendiges Enzym (PDE-5) in seiner Wirkung gehemmt wird. Dadurch wird der Bluteinfluss in die Schwellkörper des Penis gefördert und eine Erektion kann entstehen bzw. gehalten werden.

Die Erektion entsteht nur, wenn eine sexuelle Stimulation stattfindet. Die Erektion endet mit der Ejakulation. Mehrmalige Anwendung erhöht den Erfolg. Übersteigerte Erwartungen hemmen die Wirkung. PDE-5-Hemmer werden ärztlich verordnet, individuell dosiert und bei Bedarf eingenommen.

Bei Viagra und Levitra tritt die Wirkung bei Einnahme auf leeren Magen nach 20 bis 30 Minuten ein. Die Halbwertszeit beträgt 3 bis 4 Stunden, die Wirkung kann aber bis 12 Stunden andauern. Bei Cialis beträgt die Wirkungsdauer ca. 17 Stunden und länger.

Beachten: Die gleichzeitige Einnahme von Nitraten ist eine absolute Kontraindikation.

Folgende *Nebenwirkungen* können auftreten: Kopfschmerzen, Flush, Dyspepsie; Hang-over am Morgen danach mit Kopfdruck und verstopfter Nase. Bei Cialis können zusätzlich auch Rücken- und andere Muskelschmerzen auftreten.

Die *Grenzen der Behandlung mit PDE-5-Hemmern* zeigen sich vor allem bei Männern, die nur über sehr wenig Erregungsquellen verfügen.

In folgenden Fällen kann die Wirkung reduziert sein, bzw. ausbleiben:

- Wenn die Grenzen in der Erregungsfunktion eng sind durch einen Erregungsmodus, der hohe muskuläre Anspannung erfordert (AM, AMM, MM)
- Wenn Stress, Ängstlichkeit und Leistungsdruck zur ED geführt haben und minimale sexuelle Lernschritte bzw. Kenntnisse vorliegen
- Bei fehlender Bereitschaft zu sexuellen Lernschritten/Übungen
- Bei fehlendem sexuellem Begehren der Partner, langer Dauer der vorangehenden Abstinenz

- Wenn zu hohe Erwartung und Selbstbeobachtung eine angenehme/lustvolle Stimmung verhindern
- Wenn eine «Pille» sehr negativ erlebt wird, als «Krücke», «künstlich» und somit nicht Ausdruck eigener Männlichkeit ist
- Wenn die Partnerin eine Medikation ablehnt, weil die Erektion «künstlich» hergestellt wird und nicht Folge ihrer weiblichen Attraktivität ist
- Bei Angst davor, von einem «Potenzmittel» abhängig zu werden
- Wenn Intrusivität nicht angeeignet und erotisiert wurde, d. h. wenn Penetrationsfantasien nicht möglich oder sogar negativ kodifiziert sind. Der Mann will kein Macho sein, respektiert Frauen und sieht in der Penetration eine Verletzungsgefahr

Bei der *Verschreiben von PDE-5-Hemmern* sind einige Dinge zu beachten:

1. Keine Eile

- Zuhören, Zeit nehmen, Anliegen ernst nehmen, evtl. zweites Gespräch
- Abklärung der Indikation

2. Syndrom des Verschreibens beim Rausgehen vermeiden, insbesondere, wenn es verstärkt wird mit Sätzen wie: «Es wirkt ausgezeichnet», versuchen Sie es.» Das schafft eine Illusion und verstärkt den Leistungsdruck und die Angst, dem Arzt nicht zu genügen, wenn der Patient keinen Erfolg «liefert» (heterozentrierter Patient).

3. Nie erklären, das «Problem sei im Kopf», also psychisch.

- «Psychisch» bedeutet Unverständnis, Verurteilung. Was psychisch ist, macht Angst, weckt negative Vorstellungen
- Für die Erklärung der ED zentral ist die primäre Erfassung der sexuellen Funktionalität, also die Evaluation der Komponenten der Sexualität, bevor indirekte Kausalitäten bemüht werden
- Zusätzlich dazu beeinflussen gewisse Emotionen (Angst, Druck, Stress) die Physiologie der Erektion negativ

4. Kontinuierliche Medikation (Anwendung dreimal wöchentlich) bevorzugen

- Medikament ausprobieren mit Selbstbefriedigung und ersten Übungsanweisungen für bessere Stimulation
- Das Medikament mindert Erwartungsängste, erlaubt sexuelle Erregung (körperliche Anker) zu empfinden und gibt dem Patient wieder Vertrauen

5. Betonen: «Es braucht Zeit, bis das Medikament wirkt.»

- Mindert Erwartungsdruck
- Evtl. präventiv gegen Nebenwirkungen bei den ersten zwei Einnahmen Paracetamol

Testosteron

Ohne Vorliegen eines Hypogonadismus sollten Erektionsstörungen nicht mit Testosteron behandelt werden.

Yohimbin

Yohimbin oder Yohimbe, ein Indolalkaloid, das aus den Blättern und der Rinde des Yohimbe-Baumes (*Pausinystalia yohimbe*) gewonnen wird, blockiert einerseits α_2 -Adrenozeptoren in den Blutgefäßen im männlichen Geschlecht und andererseits β_2 -Adrenozeptoren im Zentralnervensystem. Die Wirkung ist gering. Yohimbin wird ärztlich verordnet und täglich eingenommen. Die Tagesdosierung ist individuell (3 bis 6 Tbl. pro Tag).

Apomorphin

Apomorphin ist ein Dopamin-Agonist und wird in der Parkinson-Therapie angewendet. Für die niedrig-dosierte Anwendung bei ED (Uprima®) wird es wegen niedriger Verkaufszahlen nicht mehr vertrieben, ist aber weiterhin Gegenstand der Forschung.

Methoden, die eine invasive Manipulation im Genitalbereich erfordern

SKAT

SKAT (Schwellkörperinjektionstherapie) bedeutet Schwellkörper-Autoinjektion. Bei diesem Verfahren wird eine Erektion erzeugt, indem sich der Patient ein Medikament in den Penis injiziert. Früher handelte es sich dabei um Papaverin/Phentolamin (Androskat®, Alprostadil®), heute wird das körpereigene und zuverlässiger reagierende Prostaglandin E₁, PGE₁ (Caverject® und Viridal®) eingesetzt, welches die Muskeln der Schwellkörper und Arterien erschlaffen lässt. Die Erektion ist «pharmakologisch», d. h. unabhängig von einer sexuellen Stimulation.

Das Injektionsverfahren kann von den meisten Patienten unter ärztlicher Aufsicht leicht erlernt werden. SKAT wird ärztlich verordnet. Die (Auto-)Injektion erfolgt bei Bedarf.

Indiziert ist SKAT z. B. bei Patienten nach radikaler Prostatektomie, die nicht auf PDE-5-Hemmer ansprechen.

Mögliche Nebenwirkungen sind: Hämatome, Schmerzen, die verlängerte Erektion im Sinne eines Priapismus. Bei über 4-stündiger Erektion besteht das Risiko einer Schwellkörperthrombose. Nach längerer

Anwendung kann es zu fibrotischem Umbau des Schwellkörpergewebes kommen.

MUSE

MUSE® ist die Abkürzung für «Medikamentöses Urethrales System zur Erektion». Es handelt sich um Harnröhrenzäpfchen. Der Wirkstoff Alprostadil (Prostaglandin E₁) wird in Form eines reiskorngrossen Pellets in die Harnröhre eingebracht. Von dort gelangt der Wirkstoff in den Schwellkörper und führt dort zu einem verstärkten Bluteinstrom. Zudem werden die Schwellkörperhohlräume erweitert, was den Abstrom von Blut aus dem Penis verringert. Dadurch kann es zu einer Erektion kommen, die ca. 30 bis 60 Minuten anhält. MUSE® wird ärztlich verordnet, das Pellet bei Bedarf eingeführt. Die Wirkung ist geringer als bei SKAT.

Nebenwirkungen können sein: Brennen in der Harnröhre, aber auch in der Vagina als unangenehme Begleiterscheinung. Weitere Nebenwirkungen sind ähnlich wie bei SKAT.

Mechanische und chirurgische Verfahren

Operation (Schwellkörperimplantat = Penisprothese)

Die chirurgische Implantation eines künstlichen Schwellkörpers kann durchgeführt werden, wenn alle nichtoperativen Verfahren erfolglos sind. Diese Operation kann jedoch nicht mehr ohne endgültigen Verlust der Erektionsfähigkeit rückgängig gemacht werden. Daher ist eine sorgfältige Nutzenabwägung durch Arzt und Patient erforderlich. Grundsätzlich unterscheidet man dauerhaft steife Zylinder (der Penis wird für den Geschlechtsverkehr nach oben gebogen) und hydraulische Prothesen. Bei diesen wird über eine Pumpe, die am Hodensack eingepflanzt ist, Flüssigkeit in die Zylinder im Schwellkörper gepumpt, wodurch sich diese versteifen.

Vakuumpumpe (= Vakuumerektionshilfe)

Die Vakuumpumpe ist eine altbewährte Therapieform der erektilen Dysfunktion. Ein Plastikzylinder wird über den Penis gestülpt; mit einer Handpumpe wird ein Unterdruck erzeugt. Dadurch fließt venöses Blut in den Penis und er versteift. Anschliessend wird ein Stauring vom Pumpenzylinder über den Penischaft abgestreift. So wird ein Abströmen des Blutes aus dem Penis verhindert. Die damit erreichte Erektion ist hängend, kühl. Die Vakuumpumpe findet bei Paaren wenig Akzeptanz, da ihr Einsatz mit hohem Aufwand verbunden ist

Nebenwirkung: Der Penis knickt an der Basis ab, verfärbt sich bläulich und kann schmerzen.

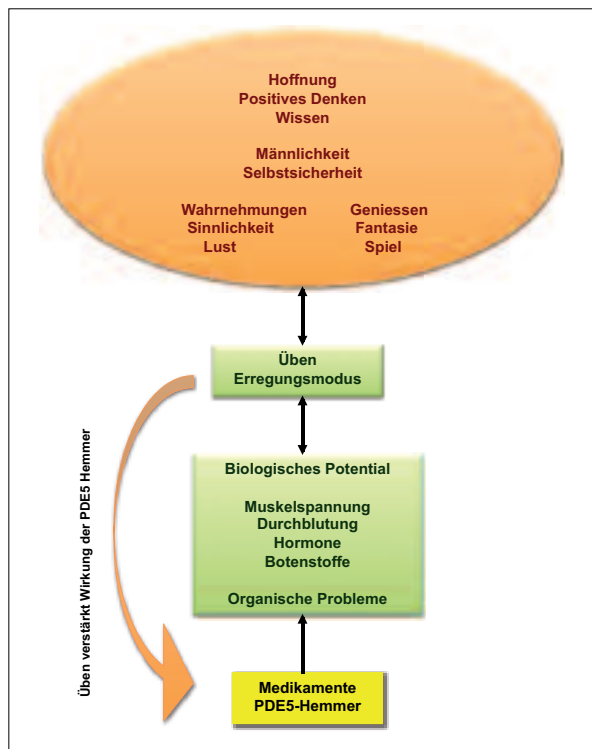


Abb. 21: Wirkung der PDE-5-Hemmer und sexuelles Lernen, Üben

Für den einen Mann bedeutet die medikamentöse Unterstützung die Wiederherstellung seiner Potenz, ein anderer empfindet sie als Entfremdung in seiner Selbstwahrnehmung.

Die Akzeptanz medizinischer Behandlungen ist sehr abhängig von der Art der Beratung und der Haltung des Arztes, der Ärztin.

2b. Herstellen sexueller Funktionalität

Grundlegend ist in der therapeutischen Arbeit nach dem Sexocorporel das konkrete Üben körperlicher Abläufe. Durch wiederholendes Üben kommt es zu einer Veränderung der Beziehung zum eigenen Körper und zum eigenen Geschlecht. Bevor an der Erotisierung gearbeitet wird, muss die Wiederherstellung der Erregungsfunktion, der Erektion gesichert werden.

- **Sensorische Rehabilitation des Penis:**
Entdecken und Aneignen des Penis über Ausweitung der Stimuli und Erregungsquellen
- **Veränderung des Erregungsmodus:**
Erregungssteigerung in wellenförmigem Erregungsmodus
Geniessen sexueller Erregung
- **Bessere Wahrnehmung in der eigenen Männlichkeit**
Arbeit an Körperwahrnehmung und Körperausdruck: Haltung, Gang, Zentrierung etc.

Wahrnehmungen des Penis im Alltag

Ziel: Verlagerung des Fokus von den negativen Gedanken auf die realen Empfindungen im Geschlecht und im Körper

- Morgengruss: Bewusstes Spielen mit dem Penis beim Aufwachen. Falls dieser mit einer Morgenerektion grüsst, den Gruss erwidern, versuchen, die Erregung zu verlängern
- Bewusstes Einseifen, Spielen beim Duschen
- Wahrnehmen der Empfindungen im Penis in verschiedenen alltäglichen Situationen: beim Urinieren, beim Gehen, beim Sport etc.
- Abendgebet mit dem eigenen Geschlecht: Hand «auflegen» zum Einschlafen

Intensivierung der Stimuli

Vom mechanischen Handanlegen zum «Selbstgespräch». Kennenlernen unterschiedlicher Sinnesempfindungen beim schlaffen und sich leicht versteifenden Geschlecht. Berühren und Erkunden der unterschiedlichen Bereiche an Eichel, Schaft und Hoden. Ausprobieren unterschiedlicher Berührungsqualitäten: feines Streicheln bis Drücken, Ziehen, Schütteln, Massieren mit Öl. Spiel mit den drei Gesetzen des Körpers: Variation von Rhythmen, Bewegungsamplitude und Druck. Zuwendung zum Penis statt Verachtung als «Schlabberzeugs».

Ausweiten der sensorischen Entdeckungsreise auf Damm, Anus, Oberschenkel, Gesäss und Bauch.

Ausweitung der Berührungen auf den ganzen Körper. Gerade hypermaskulinoide Männer werden solche Berührungen mit Schwulsein assoziieren. Hilfreich kann dann ein Bild sein: Wer mit dem ganzen Orchester an Sinneszellen des Körpers spielt statt nur mit der Pauke, findet mehr Anklang.

Von der Fixation auf das Versagen zum Entdecken des Penis als «Sinnesorgan»

Wahrnehmungs- und Empfindungsübungen lenken den Mann von der negativen Fixierung auf seinen Penis ab. Durch neue sensorische Erfahrungen kann er zum «penisinteressierten» Mann werden, der auf sein eigenes Geschlecht als Ort der Begegnung mit sich selbst neugierig ist und sich wertschätzt. Spiele mit dem Beckenboden, den «Schwellkörpermuskeln», lassen neue Empfindungen entdecken. Ein hierfür hilfreiches Bild: Das äussere Berühren des Geschlechts mit der Hand und das «Berühren» mit dem Beckenboden als «innere Hand» stellt den Kontakt zwischen innen und aussen her. Die gleichzeitige Aussen- und Innenwahrnehmung des Penis geht meist mit dem Gefühl eines grösseren Geschlechts einher. So kann es auch ohne Chirurgie über die Veränderung des Körperschemas zu einer Penisverlängerung kommen. Je nach Füllung und Versteifung des Penis entstehen andere

Empfindungen. Der Mann kann üben, diese zu beachten und zu beschreiben: sein GPS für unterschiedliche Erektionsstärken entwickeln. Die bewusste Lokalisation und Wahrnehmung der Qualitäten der mit sexueller Erregung einhergehenden Sinnesempfindungen erweitern die Basis der Erektion.

Oft realisieren Männer erst im Laufe ihrer Erkundungen des Beckens – vom knöchernen Gerüst über die Muskulatur bis zu den Öffnungen von Anus und Harnröhre – die bis anhin nicht wahrgenommenen Spannungszustände einzelner Muskelgruppen (Anschliessmuskel, Adduktoren, Ansätze der Bauchmuskulatur). Dieses Zurückhalten begrenzt die Beckenbeweglichkeit und die Wahrnehmung des Geschlechts. Wir fokussieren im Üben auf verschiedene Ebenen des Loslassens und die dadurch ausgelösten Empfindungen, Gefühle und Fantasien. Das bedeutet, dem Geschlecht Raum zu lassen zwischen den Beinen, es nicht immer festzuhalten. Das Loslassen des Anschliessmuskels ist für viele Männer «bedeutungsschwanger». Weiten des Bauchinnenraumes über die Atmung, anfänglich unangenehm, leitet über zu Wohlgefühl als Wegbereiter des Ausbreitens sexueller Erregung. Wippspiele mit dem Penis und das Aktivieren der Hodenhebers erweitern die «Hausaufgaben» und leiten dazu über, den Penis über Beckenschaukeln und -kreisen zu bewegen, ihn das Umfeld entdecken lassen.

☞ **Merke:** Das Wiederherstellen und Verstärken der Erektion braucht angemessene Erregungsquellen und einen Erregungsmodus, der es ermöglicht, die sexuelle Erregung über Beckenschaukel, Spiel mit Muskeltonus, Bewegung, Rhythmen und der Atmung zu steigern.

Der Penis in Bewegung: Einführen der Beckenschaukel

Wir beginnen mit kreisenden Beckenbewegungen, damit die Beweglichkeit des Beckens bewusst werden kann und gehen dann zu Schaukelbewegungen über. Die Beckenbewegungen erweitern den Aussenraum und können als «Raum nehmen» wahrgenommen werden.

Durch Auflegen der Hand wird der eigene Atemraum gefunden. Die Atmung soll so vertieft werden, dass sich die untere Bauchdecke hebt und senkt. Die Bauchatmung erweitert den Innenraum und damit den inneren Erlebensraum. *Das Anleiten der Beckenschaukel wird am Schluss der DVD 1 demonstriert.*

Zu Hause hat der Mann die Aufgabe, diese Übungen mit sexueller Erregung zu verbinden und in verschiedenen Positionen möglichst täglich zu wiederholen.



Abb. 22: Beckenschaukel (aus: *The Ejaculatory Control – A Love Story*, J.Y. Desjardins u. N. Audette, Institut Sexocorporel International, Montréal, Canada)

Die Übungsgestaltung ist immer individuell und geht vom Erregungsmodus des Patienten aus. Sie beginnt also immer mit dem *bewussten Wahrnehmen* des eigenen Erregungsmodus. Danach folgt das schrittweise Einführen der neuen Elemente in die Erregungssteigerung. Durch die Wiederholung werden die Empfindungen und Bewegungen angeeignet, bis sich neue Automatismen bilden.

Vom alten Automatismus über das Bewusstwerden zur Kompetenz im neuen Modus

Der Übergang vom Bewusstwerden alter Automatismen zum Lernen neuer Kompetenzen ist oft verunsichernd. Bei den limitierenden Erregungsmodi des AM, AMM und MM fokussiert der Mann seine Wahrnehmung einerseits auf den engen Bereich des lokalen Reibens oder Pressens, andererseits auf die regionale oder globale muskuläre Anspannung. Die neuen Formen des Bewegens und Stimulierens erschweren anfänglich das Aufrechterhalten der sexuellen Erregung, da die Wahrnehmung breiter ist und nicht dem alten Muster entspricht. Die Männer fühlen sich von der sexuellen Erregung abgelenkt.

Ziel der ersten Übungs-Etappe ist, den Penis mit dem Becken bewegen und steuern zu können, in der eingöhlten Hand gleiten zu lassen und in die «Handhöhle» penetrieren zu können.

1. Beispiel: Patient in MM

In seinem mechanischen Erregungsmodus reibt der Mann zum Steigern der sexuellen Erregung den Penis mechanisch und spannt dabei Gesäss und Beckenbodenmuskulatur. Er rubbelt schnell, mit dem Ziel der Ejakulation. Erstes Übungs-Etappenziel ist es, kleine Veränderungen in den Rhythmen, der Bewegungsamplitude und dem Druck auf den Penis einzuführen und die sexuelle Erregung dabei halten zu können. Atemsynchrones, rhythmisches Anspannen und Loslassen der «Schwellkörpermuskulatur» (Beckenbodenmuskulatur) ermöglicht «Pumpen» statt Abklemmen der Blutzufuhr. Mit der Bauchatmung wird der innere Raum geöffnet, was vorübergehend die sexuelle Erregung vermindern kann. Mit dem regelmässigen Üben der Beckenschaukel (Ausatmen in der Penetrationsbewegung, Einatmen und Senken der Muskelspannung im Einatmen) lernt der Mann das Gleiten des Penis in der Handhöhle und die rhythmische Aktivierung der Muskulatur als erregungssteigernd wahrzunehmen. Anfänglich hilft der alte Erregungsmodus periodisch, die Erektion zu verbessern, um sukzessive wieder neue Elemente miteinzubeziehen bis hin zu unterschiedlichen Positionen.

In der ersten Phase des Übens kann eine regelmässige medikamentöse Unterstützung sehr sinnvoll sein: 3-mal wöchentliches Üben mit einer kleinen Dosis eines PDE-5-Hemmers erleichtert das Neulernen.

2. Beispiel: Patient in AM/AMM

In einem archaischen oder archaisch-mechanischen Erregungsmodus presst der Mann zum Steigern der sexuellen Erregung z. B. den Penis in Bauchlage gegen die Matratze, ohne ihn zu berühren und spannt die Muskulatur im ganzen Körper bis zur Blockierung der Atmung. Es ist wichtig, nur minimale Veränderungen einzuführen, um den Mann nicht zu verunsichern: Statt nur die Muskulatur anzuspannen kann er versuchen, die sexuelle Erregung mit feinen pulsierenden Tonusvariationen zu beeinflussen oder mit leichtem Hin- und Hergleiten des Körpers und minimalen Beckenbewegungen in Bauchlage; dabei kann er die Hand unter den Penis legen, versuchsweise die Stellung in die Seitenlage wechseln und den Druck mit der Hand herstellen. Erst wenn über diese kleinen, schrittweisen Veränderungen die sexuelle Erregung gehalten werden kann, können der Bewegungs- und der Atemraum ohne Verlust der Erregung erweitert werden.

Auch hier kann in der ersten Phase des Übens eine medikamentöse Unterstützung sinnvoll sein. Der Weg von einer Erregungssteigerung in Erstarrung hin zu einem bewegten Modus ist steinig und benötigt Beharrlichkeit, Geduld und regelmässiges Üben.

Vom Aufrichten des Penis zum Aufrichten in der eigenen Männlichkeit

Der Körper ist der Spiegel unserer Gefühle, Emotionen, Wahrnehmungen. Die Arbeit am Körper, an der Haltung, am Gang, der Zentrierung, verändert die Selbstwahrnehmung. Männer mit ED entwerten sich, leiden unter Versagensgefühlen und Ängsten, die sich «verkörpern» und so den Teufelskreis weiter verstärken. Mit Modifikationen auf Körperebene können wir die Einheit Körper-Hirn erlebbar machen, z. B. nach Paul Ekman (*What the face reveals, 2005*): Mundwinkel nach unten ziehen und etwas Positives denken, Mundwinkel nach oben ziehen, etwas Negatives denken und Widersprüche wahrnehmen. Analoge Übungen mit der Körperhaltung geben dem Patienten die Möglichkeit, aktiv im Alltag seine Stimmungen und seine Männlichkeitsgefühle zu beeinflussen. Gangübungen fokussieren auf die Beckenbewegungen und die Art und Weise, wie er das eigene Geschlecht trägt in Verbindung mit aufrechter Haltung und Bauchatmung.

3. Erotisieren der Sinnesempfindungen, die mit sexueller Erregung einhergehen*Von der Selbststimulation zu lustvollem Geniessen in der Autoerotik: Der Penis als Lustorgan*

Aufbauend auf die Veränderungen, die der Patient beim Üben der unteren, der Beckenschaukel wahrnehmen konnte, erklären wir ihm, dass Gefühle mit der oberen, «emotionalen» Schaukel ausgedrückt werden. Dies wird im Lachen und Weinen am besten körperlich sicht- und fühlbar. Die Bauchatmung hilft, den Beckenraum wahrzunehmen, und, dank der Zentrierung, Affekte zu regulieren. Dieses Wissen ist für ängstliche Männer wichtig und muss darum genau erklärt und gemeinsam mit dem Patienten geübt und erfahren werden. Mit Erklärungen und Übungen lernt der Patient auch, allgemeine Lust und sexuelle Lust zu unterscheiden: die doppelte Schaukel verbindet den emotionalen Pol mit dem genitalen Pol. Die emotionale Intensivierung über die Stimme stellt einen weiteren Lernschritt dar, sie bedeutet, der eigenen sexuellen Lust Ausdruck zu verleihen über Stöhnen, Sich-Bewegen und Worte.

Erregungssteigerung als sinnliche Ganzkörpererfahrung: der Penis als «Teufelsaustreiber»

In der doppelten Schaukel lässt sich die sexuelle Erregung kanalisieren (im Becken konzentrieren) und mittels einer Erhöhung von Muskelspannung und Rhythmus bis hin zur Ejakulation steigern. Fließende Bewegungen und das Kreisen des Beckens führen dagegen zu einer *Diffusion* (Ausbreitung im Körper) der sexuellen Erregung, zu lustvollen Wahrnehmungen und ver-

längern so die Erregungskurve. Mit zunehmender Sicherheit und Automatisierung der Übungsschritte verbessern sich die Erektionen und ermöglichen es dem Mann, Langsamkeit und Innehalten als Grundlage von Sinnlichkeit und bewussterem Geniessen zu entdecken.

Die Erweiterung des sinnlichen Wahrnehmungsraumes lässt die sexuellen Fantasien wieder mehr fließen (im Gegensatz zum Bemühen, diese zu halten). Fantasien umfassen alle Sinne (visuelle Bilder, Geruchsbilder, Hörbilder, Körperbilder). Körperfantasien sind oft die ersten Frühlingsboten der sich verbessernden Erregung. Erste Visualisierungen des in der Hand gleitenden Penis, des sich bewegenden Beckens sind Ausgangselemente von Geschichten mit anderen Körpern. Eine Veränderung in der Beziehung zum Körper beeinflusst das Erleben und die inneren Symbolisierungen. Dies wird wiederum die sexuelle Erregung verstärken. So kommt es zu einem sich positiv verstärkenden «*Erregungskreis*», der den «*Teufelskreis*» der negativen Erwartungen und Gedanken ablöst.

Phallische Erotisierung: der Penis in phallischen Gewanden

Durch das lustvolle Wahrnehmen des «beckenbewegten» Penis wird die Integration in die Symbolik eigener Männlichkeit gefestigt. Der *Narzissmus*, die Wertschätzung der eigenen Person, des Körpers und des eigenen Geschlechts wächst. Mit dem Anblick des eigenen erregten Körpers im Spiegel entsteht der Wunsch und die Fähigkeit, sich anderen gegenüber erregt zu zeigen: Der *Exhibitionismus*, d. h. die Lust, die eigene sexuelle Erregung mit anderen zu teilen, wird verstärkt.

Das lustvolle Penetrieren der Handhöhle mit dem Penis über feine bis kraftvolle Beckenbewegungen intensiviert die *sexuelle Aggressivität* (das intensive Geniessen der Vorstellung, einzudringen, also intrusiv zu sein) ohne Verletzungsängste. Dieses veränderte Erleben eigener Männlichkeit bewirkt eine intrusive Symbolik in den sexuellen Fantasien. Aus dem realen erregten und sinnlich wahrgenommenen Penis wird der symbolische *Phallus* als Ausdruck der Intensität im Erleben eigener Männlichkeit. Das Penetrationserleben wird durch diese symbolische Dimension verstärkt und erweitert die Möglichkeiten der Gestaltung der Intrusivität in Körperausdruck, Haltung, Stimme und Blick.

Erotisierung der Partnerin/des Partners und der Penetration – Entwicklung eines koital-sexuellen Begehrens: der Penis wird «sehend».

Die erwähnten sexuellen Lernschritte ermöglichen die Ausweitung der eigenen Anziehungscodes und wei-

ten den Blick auf den anderen. Dieser Blick schmückt auch die langjährige Partnerin, verzaubert sie eine Weile lang, lässt sie sexuell erregend erscheinen, ermöglicht es, sie sexuell zu begehren (genauso wie die Intensität des Liebesgefühls den anderen liebenswert erscheinen lässt). Je intensiver die Wahrnehmung der eigenen männlichen Identität in sexueller Erregung, desto mehr Aspekte des anderen, seiner Persönlichkeit, seines Körpers und Geschlechts kriegen eine erotische Bedeutung. Die Penetration wird Teil der Begegnung mit einer Frau, einem Mann und deren aktiven Rezeptivität.

Sexuelle Begegnung mit einem anderen heisst auch, sich der eigenen erotischen Intimität hinzugeben, den eigenen Lustgefühlen und der Lust des anderen, der diese Intimität genießt. Eine erotische Beziehung vertieft sich, wenn der Mann sich als Subjekt fühlt, seinen erregten Penis und seine Intrusivität in seiner Männlichkeit integriert und erotisiert hat. Das Paradox dabei ist, im Moment der Penetration, der symbolischen Verschmelzung in der Liebesbeziehung, auch auf sich bezogen zu bleiben, denn dies ist die Voraussetzung für lustvolles Geniessen.

Rückphälle und Zwischenphälle

«Ich hatte keine Zeit/keine Lust zu üben, alles andere war wichtiger ...» sind alltägliche Rückmeldungen in der Therapie. Mögliche Gründe für Motivationsprobleme sind:

- Der Patient hat nicht verstanden, wie unser Vorgehen, speziell die Übungen, sein Problem verbessern sollen. Dies ist eine Herausforderung für den Arzt/die Ärztin. Hat er/sie das Anliegen des Patienten und die Logik seines Systems wirklich verstanden? Einerseits erfordert das Erklären der Zusammenhänge viel Aufmerksamkeit, andererseits wird erst das «Tun» im Sicheinlassen auf die Übungen die Motivation verbessern.
- Einige Männer betonen die Wichtigkeit der Sexualität, insbesondere wenn sie nicht mehr funktioniert, sind aber nicht bereit, ihr mehr Zeit zu widmen.
- Heterozentrierte Männer üben – entsprechend ihrem System – uns zuliebe, wollen gute Schüler sein. Das Geschlecht in die eigenen Hände zu nehmen weckt die «inneren Polizisten» und Autonomieängste, führt zur Verunsicherung der Partnerin gegenüber und zu Sorgen, «es» nicht mehr im Griff zu haben, d. h. andere Frauen zu begehren. Auch Fantasieinhalte und emotionale Intensitäten können verunsichern. Loslassen wird als Kontrollverlust erlebt, und – häufig – männliche Intrusivität und Aggressivität wird als destruktiv abgewertet.
- Einflüsse der Paardynamik (siehe nachfolgend). Ein Auf und Ab, gute und schlechtere Tage, schwierige Momente sind normal! Bezüglich der Fortschritte

braucht es realistische Erwartungen. Lernen erfordert viele Erfahrungen, auch enttäuschende.

4. Beziehungsfähigkeiten

Zu den Beziehungsfähigkeiten gehört, sich attraktiv zu zeigen, Strategien des Verführers zu entwickeln, erotische Begegnungen zu gestalten und das eigene Erleben und Wünsche zu kommunizieren.

Sitzung mit dem Paar

Hierin lassen sich die Auswirkungen der ED auf den Partner/die Partnerin und die Beziehung klären. Deren Haltungen und Aspekte der Beziehungsdynamik, die eine Kooperation erschweren, können angesprochen werden. Meistens ist eine getrennte Evaluation der Partnerin und eventuell die Arbeit an ihren Grenzen (sexuelle Dysfunktionen) im Einzelsetting sinnvoll. In einer zweiten Phase finden Paarsitzungen statt. Es werden dann auch gemeinsame Übungen als Hausaufgaben vorgeschlagen.

Modifizierte Sensate-Focus-Übungen

Die Übungen werden angepasst an die Fähigkeiten und Grenzen des Paares.

Hier folgt eine kleine Auswahl. Ein Teil der Übungen ist detailliert in Kapitel 3 beschrieben.

Angenehme Atmosphäre schaffen als Voraussetzung zu lernen

Gegenseitig Hemmungen, Scham bezüglich Nacktheit, Zeigen eigener Erregung überwinden

- **Mit Partnerin über sexuelle Bedürfnisse, Wünsche und Befürchtungen sprechen**

Gemeinsam über Erregendes (Arten des Berührtwerdens, Verhaltensweisen) reden; dadurch wird die positive Antizipation verstärkt.

- **Geniessen sinnlicher Berührungen**

Nackt 15 Minuten die ganze Rückseite des Partners berühren, danach Wechsel der Rollen; anschließend die Vorderseite ohne Geschlecht und Brüste. Es geht nicht um Massage, sondern um freies Berühren, Gleiten und Kneten nach den eigenen Bedürfnissen (anstatt es recht machen zu wollen). Die Wahrnehmung bleibt in beiden Rollen auf den eigenen Körper gerichtet.

Experimentieren mit verschiedenen sinnlichen Berührungen: streicheln, halten, küssen, lecken, mit Öl, Puder oder Objekten. Besuchen auch kleiner Orte wie Augenlider, Zehen, Haare, Kniekehlen, Nasenrücken.

Im Berührtwerden die eigenen Empfindungen über Atmung, feine Bewegungen verstärken lernen. Völliges Entspannen verhindert (später) sexuelle Erre-

gung! Sich auf die eigenen Gefühle einstellen, sich selbst Lust bereiten im Nehmen und im Geben fällt vielen schwerer als dem Partner Lust zu bereiten.

- **Wechselseitiges Kennenlernen der Geschlechtsorgane**

Die Partnerin lehnt bequem zurück, Gesäss auf Kissens, der Mann sitzt ihr gegenüber. Sie leitet ihn 15 Minuten an, ihre erogenen Zonen zu erkunden. Besprechen der Empfindungen, die sie genießt und die sie nicht genießt. Explorieren ihrer Empfindungen an Brüsten, Nippel, Bauch, Hüften, Innenseite der Oberschenkel, Lippen der Vulva, Beckenbodenmuskulatur und Vagina innerlich. Die Partnerin führt seine Hand. Er imaginiert ihre Scheide wie eine Uhr, oben 12 h, lässt sich ihre Wahrnehmungen in den verschiedenen Bereichen schildern.

Die Partnerin lässt sich vom Mann anleiten, seinen Körper zu explorieren, beginnend mit seiner Brust, den Nippeln. Er erklärt ihr seine Empfindungen. Sie erkundet seine Genitalien, hält seine Hoden. Dann legt sie seinen Penis auf seinen Bauch, erkundet mit dem Zeigefinger den Schaft. Er gibt ihr genaues Feedback und lässt sie Fragen stellen.

- **Stimulierende Berührungen**

Der Mann leitet die Partnerin an, Penis, Hoden, Leiste, Schenkel langsam, sinnlich zu berühren. Die Aufmerksamkeit ist bei den Sinnesempfindungen im Penis, Bauchatmung, Spiel mit Beckenboden, Beckenschaukel (nicht entspannen). Spiel mit Tonus, Rhythmus, Bewegung, Atmung, Stimme intensivieren. Geniessen der Partnerin, ihrer Bewegungen, Brüste usw.

Mit Öl, Gleitmittel berühren, um Empfindungen wie im Geschlechtsverkehr auszulösen.

Ausprobieren unterschiedlicher Positionen.

- **Penetration**

Geniessen der Empfindungen im Penis, der Wärme der Scheide, umfasst zu werden. Beckenbewegungen. Die Erektion bewusst abklingen lassen im Stillbleiben, d. h. das befürchtete Ereignis selbst herbeiführen (führt evtl. zu Spontanerektion, ausgelöst durch Aufgeben des Erwartens).

- **Intensivierung des Geschlechtsverkehrs**

Beginn mit wechselseitigem Streicheln, Massieren, Reden, Lachen, Spielen. Knien zwischen den Schenkeln der Partnerin und mit dem Penis die Vulva erkunden, Klopfen auf Klitoris, ihm den Eingang zeigen, leichte Bewegungen im engen Bereich des Scheideneingangs, über Beckenbewegungen tiefere Penetration, Spiel mit Rhythmen, Bewegung, Tonus. Wieder Erregung durch Innehalten, gemeinsam atmen, spüren, abklingen lassen.

- **Üben von Stellungswechseln mit Selbststimulation im Übergang**

Mehr und mehr spontaneres Verhalten der Partne-

rin. Beide fokussieren auf lustvolle Erregung, genießen es, in der Erregung unterwegs zu sein.

- **Partnerspiele**

Partnerin versucht, Mann mit allen Mitteln zu erregen, er tut alles, um nicht erregt zu werden. Der oder die Siegerin kriegt einen Preis.

Spiele mit höherer körperlicher Intensität/Aggressivität: beide üben sich nackt im Rammeln, Kämpfen (festgehalten werden und sich befreien), Kissenschlachten etc.

- **Neue Berührungen lernen mit Filmen (DVDs:** Penismassage, Vulvamassage, Tantramassage, z. B. über www.eroticismassage.com).

Übungen mit Präservativen

Beim Partnersex bewirkt das Überziehen des Präservativs oft einen Unterbruch, eine Ernüchterung, begleitet von negativen Gedanken (der Teufelskreis bleibt latent im Hinterkopf!), und triggert den Erektionsverlust. Zudem erleben gerade Männer mit ED Präservative als störend, die Erregung mindernd. Das Überziehen des Kondoms kann aber auch als Stimulation gesehen werden, der Mann kann sich an die neuen Empfindungen gewöhnen beim Üben allein. Er kann geeignete Präservative suchen und die Partnerin/den Partner für einen spielerischen Umgang damit gewinnen.

Selbststimulation vor der Partnerin

Selbststimulation vor der Partnerin ist gerade bei heterosexuellen Männern vom Verschmelzungstyp oft verpönt und mit Scham verbunden. Es trotzdem zu tun, fördert die Erotisierung der Distanz, die sexuelle Selbstsicherheit und ermöglicht, das sich Zeigen als Erregungsquelle zu erleben.

Erotisches Teamwork im Beziehungsalltag

Persönliche Verantwortung für sexuelles Lernen.

Paarzeiten als Wertschätzung der gemeinsamen Sexualität, zum Austausch von Gefühlen, empathisch aufeinander eingehen.

Gut genug ist ein breites Spektrum von enttäuschend bis leidenschaftlich.

Spezielle Beratungssituationen

Männer im Wechsel der Jahre

Sexualität im Älterwerden erfordert eine Entschleunigung: Alterswerke klingen anders als Werke im Sturm und Drang. Älterwerden erfordert Fähigkeiten, sich anzupassen und Abschied zu nehmen von rigiden Vorstellungen eigener Männlichkeit.

Beispiel: Ein 78-jähriger übergewichtiger Mann klagt darüber, dass sein Penis nicht mehr funktioniert; er bezeichnet ihn als «Schlabberzeugs» und hat wegen des Bauchumfangs auch keinen visuellen Kontakt mehr zu ihm. Er vermag nach langem Bearbeiten seines schlaffen Penis zu ejakulieren, erlebt dies beschämend als Ausfließen, vermisst das frühere Spritzen und beschreibt das nur noch spärliche Ejakulat als gelblich verfärbt, «wie das Antlitz des Todes». Ausser seinen Händen erlebt er an sich nichts mehr männlich, und er fürchtet eine weitere «Verweiblichung».

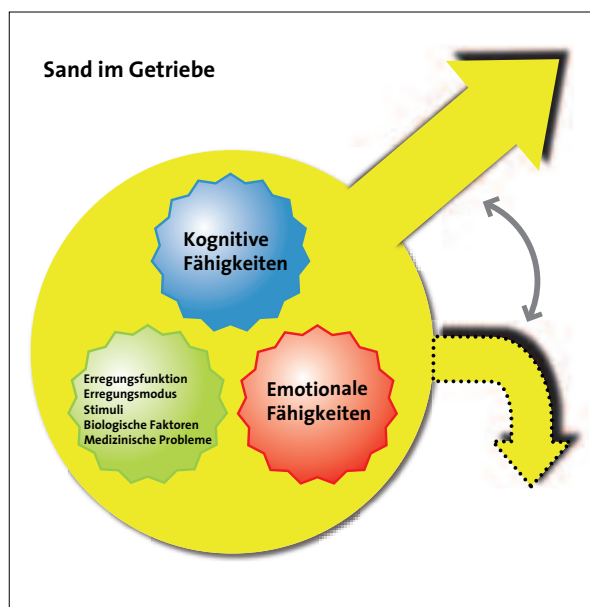


Abb. 23

Erektionsprobleme älterer Männer

Ist das Nachlassen der Erektionsfähigkeit ein Zeichen von Krankheit oder von Alter? Mit dem Älterwerden verändert sich die Sexualität ebenso, wie der ganze

Mann biologische Veränderungen erfährt. Wenn die Erektionsfähigkeit erhalten bleiben soll, braucht sie eine Bereicherung in ihrer qualitativen Dimension durch mehr Lernprozesse auf der Ebene bewusster Wahrnehmungen. Männer empfinden anfänglich den Verlust des trieb- und dranghaften Funktionierens ihrer Sexualität als bedrohlich. Das «natürliche», automatische Funktionieren gab Sicherheit. Sich bewusst zu motivieren und das Geniessen zu lernen – das macht verständlicherweise Mühe.

Auch Veränderungen in den Beziehungen sind eine grosse Herausforderung und erfordern neues Lernen und verändertes Verhalten. Erschwerend wirkt sich das Fehlen von Vorbildern aus, wurden doch die Eltern oft als asexuell erlebt.

Normale Veränderungen der körperlichen Funktionen beim älter werdenden Mann – Abschied vom hormonellen Automatismus

Mit zunehmendem Alter entsteht ein weites Spektrum an Veränderungen mit grossen individuellen Unterschieden. Von der schwankenden Erektionsstärke bis zum Verlust der Funktionalität ist alles möglich. Diese Veränderungen in der Sexualität fallen in eine Lebensphase, in der Existenzbedrohungen wie Ruhestand, Krankheiten, Operationen und Verluste geliebter Menschen gemeistert werden müssen. Viele Männer stellen sich die Frage: Ist dies der «Anfang vom Ende»?

Der Normalphall:

Normal ist, dass nachts und morgens die Spontanerektionen seltener werden, denn sie sind androgenabhängig, und es wird weniger Testosteron gebildet. Erektionen im Wachzustand werden zusätzlich durch persönliche sexuelle Lernschritte beeinflusst. Auch in der Selbstbefriedigung stellen sich Erektionen langsamer ein; die Intensität der Versteifung schwankt. Das Ejakulationsbedürfnis wird seltener. Ejakulationen sind auch bei schlaffem Penis möglich. Das Volumen des Ejakulats sinkt. Vielleicht verändert es sich auch farblich. Die abnehmende Muskelkraft betrifft auch den Beckenboden. Dies führt dazu, dass die Kraft des Ausstossens, des «Spritzens» abnimmt. Hilfreich wäre hier ein Training des Beckenbodens; diese Tatsache wird aber von vielen älteren Männern immer noch

ignoriert. Die Sensibilität der Glans nimmt ab, es ist daher intensivere und längere Stimulation erforderlich. Die Erholungsphase nach einer Ejakulation verlängert sich.

Testosteronmangel und verminderte Androgenwirkung führen im Labor zu abgeschwächten Kontraktionen der glatten Muskulatur der Corpora Caverosa, wobei zu beachten ist, dass es keine exakten Grenzwerte für Testosteron für die verschiedenen Altersgruppen gibt. Tief-normale Testosteronspiegel inner-

halb der Grenzwerte korrelieren nicht mit schlechterer sexueller Funktionalität.

Anzeichen für einen klinisch relevanten Testosteronmangel sind unspezifische Merkmale wie Müdigkeit, Muskelschwund, allgemeine Schwäche, Abnahme von Konzentration und Antrieb sowie Libidoabnahme.

Ein aktuelles Thema von Diskussionen und Forschung ist in diesem Zusammenhang derzeit die «partial androgen deficiency in the aging male» (PADAM).

Kurzinfo: Testosteron-Mangel-Syndrom/PADAM

Symptome: Verminderung der Spermienproduktion, Abnahme des Hodenvolumens, Nachlassen der Libido, Potenzstörungen, nachlassende Muskelkraft und Griffstärke, Abnahme der Knochendichte, verminderter Bartwuchs, abnehmende Leistungsfähigkeit, trockene und spröde Haut, Anstieg des Körpergewichts mit Zunahme des Körperfettanteils, verminderte Sauerstoffversorgung des Organismus durch Abnahme der roten Blutkörperchen, chronische Müdigkeit, Hitzewallungen und Schweissausbrüche, Schlafstörungen, Antriebsstörungen, depressive Verstimmungen, Konzentrationsschwäche, vermindertes Selbstwertgefühl, erhöhte Reizbarkeit

Therapie: Hormonsubstitution

Zitiert nach: www.medizinfo.de/endokrinologie/andropause/testosteronmangelsyndrom.shtml

Der Hormonspiegel im Altersverlauf

Der Testosteronspiegel sinkt von der Pubertät bis zum Alter von 70 Jahren um 30 % ab, das frei zur Verfügung stehende Testosteron um 50 %.

Der Testosteronspiegel bei einem erwachsenen Mann liegt zwischen 12 und 40 nmol/l mit tageszeitlichen Schwankungen. Abends zwischen 18 und 22 Uhr sind die Werte am niedrigsten, am frühen Morgen liegen sie 35 % über den durchschnittlichen Werten. Beim alternden Mann werden die Werte zunächst am Morgen niedriger. Schliesslich sinkt der Testosteronspiegel langsam ab. Ein 70-jähriger Mann erreicht oft nur noch 2/3 der Testosteronwerte eines jungen Mannes.

Es gibt aber grosse individuelle Unterschiede. Manche Männer weisen mit 70 noch Testosteronspiegel im Normbereich auf. Sie sind auch im hohen Alter noch zeugungsfähig. Andere Männer haben schon mit 50 deutliche Anzeichen für einen Testosteronmangel. Diese Unterschiede sind zum Teil genetisch bedingt.

Diese normalen körperlichen Veränderungen ängstigen viele alternde Männer, wodurch ein Selbstverstärkungsmechanismus, ein Teufelskreis beginnen kann. Die Klärung von Wissensdefiziten bezüglich normaler Veränderungen ist entlastend.

Häufig ist die Sexualität älterer Männer mit *Fehlvorstellungen* und Vorurteilen behaftet, zum Beispiel mit der Annahme, dass Sex im Alter keine Rolle mehr spielt. Das sexuelle Interesse verringert sich indes mit steigendem Alter nur langsam, ein stärkeres Absinken ist erst bei über 75-Jährigen zu beobachten.

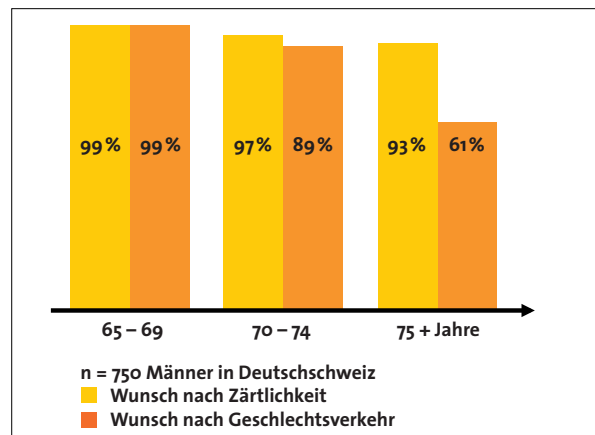


Abb. 24: Alter und sexuelles Interesse bei Schweizer Männern (Hornung 2004)

Alter Lüstling, Lustmolch – weiser Alter

Sexuelle Wünsche und Aktivitäten in einem behinderten oder alten Körper lösen bei vielen Menschen zwiespältige Gefühle aus, obwohl Filme wie Andreas Dresens *Wolke 7*, die die Sexualität im Alter thematisieren, viel Anklang finden. Teilnehmer unserer Ärztekurse assoziierten mit einem dieser Filme Folgendes: *Sex ist ja gesund, späte Blüte, wollen und nicht mehr können, versteckt, tabu, wie Porno, Scham, voyeuristisch, komisch, Elternbilder, zu genital zentriert, peinlich, erregend, unästhetisch, unvorstellbar.*

«Es brauchte Mut, zu Ihnen zu kommen», ist eine nicht seltene einleitende Bemerkung älterer Männer in der Sexualberatung/Sexualtherapie. Sie schämen sich oft, «deswegen» Hilfe aufzusuchen. Zu bedenken ist, dass die sexuelle Sozialisation dieser Männer in den dreissiger bis fünfziger Jahren erfolgte. Ihr Wertesystem gleicht oft einer russischen Matrjoschkapuppe, es umfasst alle Phasen der persönlichen wie der gesellschaftlichen Entwicklung, und frühere Phasen wirken sich doch noch aus. So kann das Verschreiben von Viagra bei der Behandlung einer ED bei älteren Männern Scham auslösen, weil sie «sowas benötigen» und sich offensichtlich für Sexualität interessieren.

Erotische Weisheit oder sexuelle Berentung?

Das Älterwerden hautnah an sich selbst zu erkennen, verunsichert oder macht gar Angst. Eine Antwort darauf ist die Anti-Aging-Bewegung mit ihren Vasallen, der Oberflächen-Veredelungs-Industrie, den Anti-Oxidantien-Verkäufern und Wellnessgurus. Getrieben durch die neue «Religion Gesundheit», quälen sich ihre Anhänger nach dem Gebot der Jugendlichkeit. Sie müssen und wollen jung bleiben und erleben das Älterwerden als Albtraum. Es verblasst die Zunft der mittelalterlichen Flagellanten angesichts dieser kollektiven Unterwerfung in Fitness-Studios und bei Schönheitschirurgen. Doch unerbittlich ist der Gott der Jugendlichkeit! In der kollektiven Inszenierung narzisstischer Abwehr wird Sexualität als Wellness geheiligt, als lebensverlängerndes Gesundheitselixier, das Haut und Seele glättet. Älter- und Altwerden wird dagegen verdrängt, aufgeschoben, totgeschwiegen.

Wenns die Hormone nicht mehr richten, was dann?

Mit dem Älterwerden unterstützt der biologische Sockel das Funktionieren im «Autopiloten» von Männern weniger. Nicht wenige erleben erste Erektionsprobleme als Einschnitt und geraten in den Teufelskreis der ED. Nur Lernschritte, wie in allen anderen Lebensbereichen selbstverständlich, bereichern die erotischen Beziehungen mit sich selbst und anderen. Oft ist es eine Veränderung des Erregungsmodus, die PDE-5-Hemmer wieder wirken lässt und den Patienten

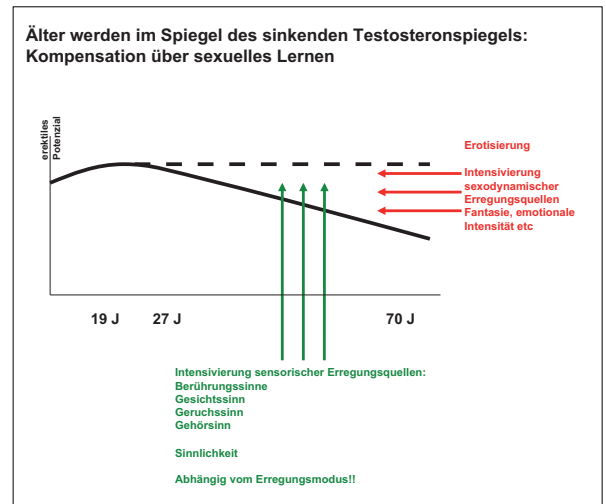


Abb. 25 Dr. Claude Roux-Deslandes

ermutigt, weiter zu üben, bis, nicht selten, Erektionen auch ohne medikamentöse Unterstützung wieder möglich werden.

Was bedeutet Erotik jenseits geliftet-strafter Körper und super-erigierter Penisse?

Erotisches «Pro-Aging» ist eine Alternative: Das Mögliche leben angesichts der Endlichkeit. In kleiner werden den Räumen die Wahrnehmungen vertiefen. Die Weite in der Langsamkeit finden. Den Schmerzen innere Bilder entgegenstellen. Nach- und weiterdenken.

Erfahrung, Reife, Humor eröffnen Möglichkeiten, im Rahmen der biologischen Einschränkungen die verbleibende Lebenszeit zu gestalten, der Sexualität über Sinnlichkeit und Fantasien, jenseits vom Getriebensein, vom Dranghaften der Jugendsexualität und dem «hormonellen Automatismus», einen Sinn zu geben, Neues zu lernen dank der Anpassung an die sich verändernden körperlichen Fähigkeiten.

Erotik im Älterwerden erfordert Entschleunigung. Sexualität kann gelebt werden als flüchtiges Hochgefühl, das Schmerz und Einsamkeit mildert – mit einem humorvollen Augenzwinkern angesichts der eigenen Vergänglichkeit. Sexualität kann Trost sein, Schlafmittel, Quelle für die eigene Lebendigkeit und Identität.

Älterwerden konfrontiert den Mann mit der eigenen Endlichkeit, sodass die zeitlosen Grössen- und Unsterblichkeitsfantasien nicht mehr aufrechtzuerhalten sind. Dadurch drohen der Verlust von Autonomie und Selbstkontrolle, auch Ohnmacht, Abhängigkeit und Vereinsamung. Gerade Männer folgen bewährten Lebensmustern und männlichem Rollenverständnis und sind versucht, dieser Bedrohung mit äusserem Aktivismus zu begegnen. Wenn sich die Verleugnung des Älterwerdens, die Unwissenheit über die damit verbundenen physischen und psychischen

Veränderungen mit aktuellem Stress und körperlicher Erschöpfung verbinden, begünstigt dies Erektionsstörungen. Wenn Männer dann sexuelle Probleme tabuisieren und versuchen, allein damit fertig zu werden, wird die Erektionsstörung verstärkt und möglicherweise chronisch.

William Howell Masters (*1915 †2001, Gynäkologe) und Virginia Johnson (*1925, Psychologin), zwei führende Sexualforscher in den USA, forderten bereits, dass das Ziel der Behandlung einer Erektionsstörung nicht nur die sexuelle Funktionsfähigkeit sein sollte, sondern auch, das Erleben, Wohlbefinden und Verhalten der Paare positiv zu beeinflussen. Die meisten sexuellen Probleme der älteren Männer sind in der ärztlichen Praxis befriedigend zu lösen, wenn der Arzt oder die Ärztin eine ganzheitlich sexualmedizinische und sexualtherapeutische Sichtweise hat. ED ist beim älteren Mann oft ein somato-psycho-sozio-kulturelles-partnerschaftliches Problem und sollte auch so behandelt werden.

Ein phallischer Mann trotz ED – geht das?

Männern und Paaren in höherem Alter, die in ihrer Sexualität dem Geschlechtsverkehr einen hohen Stellenwert beimessen, bieten die PDE-5-Hemmer eine gute Unterstützung.

Wenn Krankheiten, Unfälle und/oder operative Eingriffe unwiderruflich zum Verlust der erektilen Funktionalität führen und auch medizinische Massnahmen (Schwellkörperinjektionstherapien [Caverject®] oder Penisimplantate) nicht mehr helfen bzw. nicht erwünscht sind, stehen die meisten Männer vor der grössten Herausforderung ihrer lebenslangen Sexualentwicklung. Einige schaffen es, über eine symbolisch-phallische Erotisierung ihrer Männlichkeit Ausdruck zu verleihen, die physiologischen Grenzen zu überwinden und über das Geniessen der körperlichen Sinnlichkeit mit Händen und Zunge, über das Entwickeln von Fantasien und einer erotischen Sprache eine Befriedigung zu finden.

Anpassung bedeutet auch andere Möglichkeiten finden, seine Männlichkeit zu bestätigen. Viele Männer reagieren in dieser Situation jedoch mit Resignation und Rückzug.

Der «Medizinphall» – spezielle medizinische Beratungssituationen nach medizinischen Diagnosen oder Behandlungen

Älterwerden geht oft einher mit medizinischen Problemen, die operative Eingriffe und medikamentöse Behandlungen mit teils gravierenden Auswirkungen auf die Sexualität erforderlich machen (mehr dazu in Kapitel 10).

ED nach radikaler Prostataoperation

Die Anfragen nach einer sexologischen Beratung von Männern, aber auch von Partnerinnen vor bzw. nach Prostatektomien mehrten sich in den letzten Jahren. Die doppelte existenzielle Bedrohung durch das Karzinom und die «Impotenz» (z.T. dazu noch Inkontinenz), von einigen als «Verstümmelung ihrer Männlichkeit» oder als «das zwischen den Beinen beginnende Sterben» beschrieben, ist eine Herausforderung für die ärztliche Behandlung.

Der leicht vorwurfsvolle Satz: «Seien Sie dankbar, den Krebs zu überleben» und der Hinweis auf Viagra und Caverject befriedigt die wenigsten Betroffenen. Nach der meist gut begleiteten postoperativen Phase beginnt für einige eine emotionale Auseinandersetzung, teils mit depressiven Verstimmungen, teils mit Auflehnung und Wut gegen die behandelnden Ärzte und Ärztinnen, während andere sich gut anpassen können oder verdrängen.

Mein persönliches Vorgehen, das ich in den vergangenen 10 Jahren bei über 100 prostatektomierten Männern entwickelte, basiert auf einer Kombination von medikamentöser Behandlung und Sexualtherapie. Die alleinige Behandlung mit PDE-5-Hemmern ist ungenügend, die SKAT-Behandlung wird meistens nach einiger Zeit aufgegeben. Ich beginne aktuell die Behandlung in Zusammenarbeit mit einer auf Beckenboden- und Inkontinenzbehandlung spezialisierten, sexologisch ausgebildeten Physiotherapeutin als «perineale und genitale Rehabilitation». Die Übungen orientieren sich am bereits ausführlich beschriebenen Vorgehen des Sexocorporel-Konzepts. Das aktive Vorgehen, also tägliches Üben, anfangs in Kombination mit 3- bis 5-mal wöchentlich 25 mg Viagra®, gibt den betroffenen Männern das Gefühl, die Erhaltung der glatten Muskulatur der Corpora cavernosa und eine allfällige Regeneration der Nerven unterstützen zu können – ein erster Lichtblick in der Verzweiflung. Die weitere Behandlung richtet sich nach den Befunden der sexologischen Evaluation, um, je nach Alter, alle Ressourcen für eine effiziente Stimulation und Veränderung eines oft die Funktion limitierenden Erregungsmodus auszuschöpfen. In weiteren Schritten wird die Partnerin miteinbezogen, um Anpassungen

und Erlernen neuer erotischer Kompetenzen anzuregen. Die Behandlung erstreckt sich über 1 bis 3 Jahre mit immer grösseren Abständen der Sitzungen. Das Vorgehen erfordert Anpassungen, je nach zusätzlichen medizinischen (Kontraindikationen für PDE-5-Hemmer), paardynamischen oder sexologischen Grenzen. Selten konnte ich Verbesserungen der Erektionsfähigkeit sogar noch nach 6 Jahren postoperativ beobachten, trotz Rezidiv, zusätzlicher Bestrahlung und Hormontherapie. Ich benutze diese Beispiele, um Männern Mut zu machen und sie anzuspornen, nicht aufzugeben. Grundsätzlich ist die qualitative Dimension der Sexualität, ausgehend vom Anliegen des betroffenen Mannes und des Paares, übergeordnetes Behandlungsziel.

Auch bei bereits messbarer «Organizität» ist über eine gute Sexualberatung in Verbindung mit Übungen, Miteinbezug der Partner/-innen und von PDE-5-Hemmern eine Verbesserung der Erektionsfähigkeit möglich.

ED bei koronarer Herzkrankheit, Herzinfarkt

Was ist gefährlicher? Sex, die Angst vor einem Rezidiv beim Sex, die PDE-5-Hemmer oder der Erregungsmodus?

Die Unterschiede der Auswirkungen der Erregungsmodi auf das Herz-Kreislaufsystem sind beträchtlich. Lustvoller Geschlechtsverkehr in Seitenlage in einem ondulierenden Modus ist herzerfrischend, selbst nach drei Bypassoperationen. Hartnäckiges Bemühen, in hoher muskulärer Anspannung (archaischer Modus) die Erektion zu halten oder angestrengt mechanisch zu «bumsen», belastet ungleich mehr.

Die «sexuelle Rehabilitation» durch Erlernen eines bewegten, genussvollen, wenig anstrengenden Erregungsmodus mit verbesserter Selbstwahrnehmung fördert die Fähigkeit, auf die eigene Belastungsgrenze zu achten und reduziert die körperliche Leistung beim Geschlechtsverkehr vom Besteigen eines halben Hochhauses auf ein paar realisierbare Treppenabsätze.

ED und Diabetes

Viele Männer mit Diabetes, kardiovaskulären Problemen und anderen chronischen Erkrankungen sorgen sich um ihre sexuelle Funktion, beobachten ihren Körper ängstlicher, sind in ihrer Männlichkeit rascher verunsichert und entwickeln leichter Versagensängste als Gesunde.

Diabetes ist nicht gleichbedeutend mit ED. Doch die mit einer chronischen Krankheit einhergehenden Ängste und Verunsicherungen in der eigenen Männlichkeit in unserer Leistungsgesellschaft begünstigen zusammen mit allfälligen organischen Problemen deren Auftreten (Multifaktorialität der ED).

Anhang: Erregungsmodi

Archaischer Erregungsmodus (AM)

Der archaische ist der erste nachweisbare Erregungsmodus. Er kann in der kindlichen Sexualentwicklung ab dem 5. Monat beobachtet werden und findet sich bei ca. 10 bis 12 % der erwachsenen Männer. Dieser Modus ist nahe am «neurovegetativen» Funktionieren, z.T. auch ohne jegliche Fantasien, und ermöglicht eine Erregungssteigerung bis zur Entladung. Die Erregungssteigerung geschieht z. B. über das Zusammenpressen des Penis zwischen den Schenkeln unter Anspannen der Beine. In Bauchlage wird die Genitalregion gegen die Unterlage gedrückt. Wirksam ist auch Druck in die Inguinalgegend, teils wird der Finger in den Inguinalkanal gedrückt und/oder Druck mit der Faust auf die Penisbasis ausgeübt und/oder es erfolgt ein Pressen mit dem Beckenboden. Ein Mann beschrieb, wie er auf den Zehenspitzen steht, sich mit der Hand an der Wand abstützend, und die Eichel mit drei Fingern zusammenpresst, wobei der Wahrnehmungsfokus auf der Spannung in der Wadenmuskulatur liegt. Andere klemmen den Penis ein mit Geräten oder Gegenständen.

Gemeinsam ist diesen Stimulationen im archaischen Modus das Ausüben von Druck und hoher Muskelspannung (rhythmisch oder kontinuierlich), meistens bis zur Rigidität des ganzen Körpers. Die Aktivierung der Tiefenrezeptoren in der Muskulatur und in der Genitalregion bewirkt die sexuelle Erregung und vermag z. T. innerhalb kurzer Zeit eine orgasmische Entladung auszulösen. Dabei ist die Muskelspannung als Erregungsquelle wichtiger als die Empfindungen im Penis! Nicht selten verlagert sich der Wahrnehmungsfokus durch das Zusammenpressen der Gesäß- und Beckenbodenmuskulatur in die Analregion.

Die *sexuellen Fantasien* werden durch die Sinnesempfindungen während der Erregungssteigerung beeinflusst, daher hat der Erregungsmodus einen grossen Einfluss auf die inneren Bilder:

So entstehen Fantasien davon, gewaltsam zu penetrieren oder zu dominieren, begünstigt durch die hohe, beinahe «gewalttätige» Muskelanspannung, oder Fantasien, penetriert zu werden, begünstigt durch die intensive Wahrnehmung der Analregion. Letztere lassen oft die Befürchtung entstehen, schwul zu sein (trotz heterosexueller Attraktionskodes). Möglich sind auch Fantasien, zwischen Hoden und Anus

eine Vagina zu besitzen, diese führen zu Problemen mit der Wahrnehmung der eigenen Männlichkeit.

Stärken des AM

- Fähigkeit, die sexuelle Erregung bis zu einer Entladung zu steigern
- Aufbau einer Erregungskurve
- Aktivierung tiefer Sinnesrezeptoren (Propriozeption)
- Abbau von Spannungen, Stress

Grenzen des AM generell

- Erfordert Konzentration auf den Ort der Erregungssteigerung, ermöglicht kaum eine Integration emotionaler, symbolischer Ebenen
- Wenig Raum für das Erleben von sexueller Lust und Genuss; angenehm ist die Entspannung nach dem Ejakulieren
- Kaum sexuelle Fantasien oder, im Gegenteil, extreme Fantasien oder Praktiken, um die Erregung zu unterstützen
- Keine Erotisierung des Penis, da in sexueller Erregung wenig genitale Empfindungen («Penis wie taub»). Teilweise Empfindungen im Analbereich stärker als im zusammengepressten Penis
- Keine Erotisierung des Archetyps der Intrusivität und kaum Verbindung mit dem Erleben eigener Männlichkeit während der Erregungssteigerung
- Oft Mühe damit, eine Erektion herzustellen, da dies nur über muskuläre Anspannung möglich ist
- Teilweise genitale Schmerzen durch den Beckenbodenhypertonus oder postorgastische Beschwerden durch die hohe allgemeine Muskelspannung (Kopfschmerzen, Muskelschmerzen): Mit dem Älterwerden wird alles steif ausser der Penis

Grenzen des AM in der Partnerschaft

Die hohe Muskelspannung begrenzt die Möglichkeiten, sich zu bewegen, zu kommunizieren, die Penetration und den Geschlechtsverkehr zu geniessen. Die emotionale Beteiligung und der Austausch mit der Partnerin werden dadurch limitiert. Mit der Zeit tritt das Gefühl auf, den Penis in der Vagina nicht mehr zu spüren. Anfangs führt dies zu Ejakulationsproblemen, später fällt es dem Mann schwerer, wegen des ungenügenden intravaginalen Drucks die Erektion auf-

rechtzuhalten. Das Risiko für ED im Geschlechtsverkehr ist hoch. Unter Umständen sucht der Mann stärkeren Druck durch anale Penetration, dann durch manuelle Stimulation durch die Partnerin. Teils gelingt es nur noch ihm allein, eine Ejakulation hervorzurufen.

Der Archaische Erregungsmodus verhindert die Entwicklung eines koital-sexuellen Begehrens.

Der AM ist nicht Ausdruck psychischer Probleme, er findet sich bei psychisch gesunden und liebesfähigen Männern, hat aber oft massive Auswirkungen auf Selbsterleben und Beziehungen.

Mechanischer Erregungsmodus (MM)

Der mechanische Modus ist mit rascher Erregungssteigerung verbunden (wischen, rubbeln, einen runterholen). Diese geschieht durch Reiben des Penis in einem Rhythmus, der sich beschleunigt und mechanisch, d. h. automatisiert wird, mit zum Teil zunehmendem Druck (Übergänge zum AMM) und sukzessivem Anstieg der Muskelspannung im Beckenbereich, meist sich in den ganzen Körper ausweitend, aber weniger intensiv als im archaischen Modus. Die Fokussierung auf den Penis begrenzt die Wahrnehmungen, die oft nur in der Penisspitze am Ort des Reibens spürbar sind.

Der Bewegungsraum ist eng, die Atmung in der Brust und kurz, z. T. blockiert. Ziel ist das «Kommen», eine rasche Entladung und die damit verbundene Erleichterung und Entspannung.

Stärken des MM

- Fähigkeit, die sexuelle Erregung zu steigern
- Fähigkeit, den point of no return zu erreichen; orgasmische Entladung
- Aktivieren oberflächlicher Sinnesrezeptoren

Grenzen des MM generell

- Sexuelle Erregungssteigerung erfordert eine gewisse Konzentration und geht einher mit körperlicher Anstrengung in der Erregungssteigerung («Arbeit»)
- Erregungssteigerung ermöglicht wenig Zugang zu sexueller Lust
- Wahrnehmung eingegrenzt auf die Empfindungen am Ort des Reibens
- Beim Loslassen des Penis fällt die Erregung oft rasch ab

Grenzen des MM in der Partnerschaft

Das persönliche Ritual der Erregungssteigerung ist mit einer anderen Person kaum anwendbar und wenig geeignet für den heterosexuellen Geschlechtsverkehr. Dies führt zu einer Tendenz, die Erektion zu verlieren, besonders im Älterwerden, zu Klagen, in der Frau

nichts zu spüren, die u.a. damit rationalisiert werden, dass «sie zu weit» sei. Kompensatorisch versuchen die Männer typischerweise, sich selbst zu stimulieren mit kräftigem Reiben und dann rasch zu penetrieren. Verlieren sie die Erektion, z. B. bei Stellungswechsel oder Überziehen des Kondoms, benötigen sie erneute Selbststimulation. Damit wird die Aufrechterhaltung und Steigerung der Erregung im «Bumsen» zu Stress, Leistung, Arbeit.

Archaisch-mechanischer Erregungsmodus (AMM)

Der archaisch-mechanische Modus kombiniert Elemente des AM und MM. Die Stimulierung erfolgt über kräftiges Reiben und Pressen im Genitalbereich. Damit werden sowohl Oberflächensensibilität (Reiben) als auch Tiefensensibilität (Pressen und muskuläre Anspannung) aktiviert. Der Rhythmus ist rasch und andauernd. Im Körper besteht eine Tendenz zu generalisierter muskulärer Hypertonie, die Beweglichkeit ist eingeschränkt, die Brustatmung kurz und teilweise blockiert.

Stärken des AMM

- Fähigkeit, die sexuelle Erregung zu steigern
- Fähigkeit, den point of no return zu erreichen; orgasmische Entladung
- Aktivierung oberflächlicher und tiefer Sinnesrezeptoren

Grenzen des AMM generell

Die Grenzen sind ähnlich der Grenzen im AM.

Grenzen des AMM in der Partnerschaft

- Tendenz, im Geschlechtsverkehr Ejakulationsprobleme zu entwickeln (verzögerter Samenerguss)
- Erektionsprobleme im Vaginalverkehr

Vibrationsinduzierter Erregungsmodus (VIM)

Der Vibrationsinduzierte Erregungsmodus gleicht dem AMM. Dabei werden Oberflächen- und Tiefenrezeptoren über extrem rasche Impulse stimuliert. Diesen Modus finden wir seltener bei Männern als bei Frauen. Die Stimulation erfolgt meist direkt auf der Eichel mittels Vibrator oder Duschstrahl, teilweise bei schlaffem Penis. Der Körper hat dabei eine Tendenz zu generalisierter muskulärer Anspannung, der Bewegungsraum ist eng, mit kurzer Brustatmung, z. T. blockiert.

Stärken des VIM

- Fähigkeit, die sexuelle Erregung zu steigern
- Fähigkeit, den point of no return zu erreichen; orgasmische Entladung
- Aktivierung von Vibrationsrezeptoren

Grenzen des VIM generell und in der Partnerschaft

- Grenzen sind individuell unterschiedlich
- Körperlich wegen der muskulären Anspannung anstrengend
- Wenig Raum für sexuelle Lust in der Erregungssteigerung
- Entwicklung von phallischer Erotisierung wird nicht begünstigt
- Abhängigkeit von Geräten (Vibrator, Dusche etc.) setzt Grenzen allein und auch in der Partnersexualität
- Ritual der Erregungssteigerung ist mit Partnern nur auf analoge Weise reproduzierbar, die extrem raschen Rhythmen sind über manuelle oder orale Stimulation nicht erreichbar
- Geringe Wahrnehmung des Penis und der Sinnesempfindungen, die die sexuelle Erregung begleiten, kann zu Erektionsproblemen beim *Vaginalverkehr* führen
- Im Vaginalverkehr ist es schwierig, den point of no return zu erreichen

Ondulierender Erregungsmodus (OM)

Im Unterschied zu den bisherigen Modi ermöglicht der ondulierende Modus Zugang zu sexueller Lust in Erregung. Fließende Bewegungen in sexueller Erregung ermöglichen intensives Geniessen. Dank der Fähigkeit zur Diffusion der sexuellen Erregung, also dem Ausbreiten der Erregung über den ganzen Körper, ist die Lustfunktion im OM sehr entwickelt. Zum Teil ist das Erreichen einer orgasmischen Entladung aufgrund ungenügender Kanalisation der Erregung nicht möglich oder nur durch Wechsel in einen anderen Modus (MM, AM), der das Lusterleben eher einschränkt. Der OM begünstigt das Wahrnehmen hoher emotionaler Intensitäten, während die genitalen Empfindungen manchmal weniger Beachtung finden.

Die Rhythmen variieren von langsam bis rasch. Die muskulären Intensitäten variieren und ermöglichen fließende Bewegungen ohne Zustände von muskulärer Hyper- oder Hypotonie. Der äussere und innere Körperraum lassen sich über diese Bewegungen mit wechselnder Amplitude und tiefer Bauchatmung erfahren.

Stärken des OM

- Fähigkeit, sexuelle Lust wahrzunehmen und zu intensivieren

- Fähigkeit, die sexuelle Erregung über den Körper diffundieren zu lassen, öffnet Zugang zu lustvollen Wahrnehmungen (Wohllust)
- Spiel mit Aktivierung eines breiten Spektrums von Sinnesempfindungen (Hautsinne und Propriozeption)
- Vielfalt im Spiel mit den 3 Gesetzen des Körpers
- Öffnet den Raum erotischen Imaginationen, Bildern, Fantasien

Mögliche Grenzen des OM

- Schwierigkeit, die sexuelle Erregung bis zum point of no return zu steigern
- Mit zunehmendem Alter sind Erektionsprobleme möglich
- Der Genitalität wird wenig Bedeutung zugemessen, da die Suche nach Verlängerung des Lusterlebens zentral ist
- Imaginationen, Fantasien sind eher gefühlsbetont und haben weniger genitale Inhalte

Wellenförmiger Erregungsmodus (WM)

Der wellenförmige Modus fördert die Verbindung sexueller Erregung und sexueller Lust über die doppelte Schaukel (Beckenschaukel und obere Schaukel, verbunden durch tiefe Bauchatmung) in einer fließenden Bewegung. Das Kanalisieren der sexuellen Erregung geschieht mit dem ganzen Körper in fließender und vielfältiger Beweglichkeit. Im Orgasmus wird doppelt losgelassen: die sexuelle Erregung über die untere Schaukel (Becken), die Emotionen über die obere Schaukel (Schultergürtel, Kopf, Gesicht).

Stärken des WM

Der WM ermöglicht

- Aktivierung der Oberflächen- und Tiefensensibilität
- Erotisierung der sexuellen Archetypen: phallische Erotisierung bei Männern
- Entwicklung eines koitalsexuellen Begehrens – der WM ist hierfür Voraussetzung

Bewegen in der doppelten Schaukel

Im Gegensatz zu AM, AMM und MM, bei denen die Erregungssteigerung lokal ist, erfolgt sie im WM über die Aktivierung des ganzen Körpers. Die Bewegung der doppelten Schaukel ist bei vielen Tieren als reflektorisches Ablauf im Koitieren wie Defäkieren zu beobachten. Der Mensch kann diese Bewegung, die im Husten oder Lachen ebenfalls reflektorisch abläuft, durch Lernschritte differenzieren und seiner bewussten Wahrnehmung zugänglich machen. Sie ermöglicht eine vertiefte Wahrnehmung der sexuellen Erregung und der emotionalen Ladungen, die diese begleiten.

Die Bewegung der doppelten Schaukel fördert bei beiden Geschlechtern die Entwicklung der sexuellen Archetypen (Intrusivität/Rezeptivität).



Becken/Geschlecht zurück
(Anteversion)
Einatmen in Bauch
Bauchmuskulatur lässt los
Kopf aufrecht (Kinn leicht
zurück)
Schultern leicht zurück

Becken/Geschlecht vor
(Retroversion)
Schulterbewegung nach
vorne
Ausatmen aus Bauch
Anspannen der Bauch-
muskulatur
Loslassen des Kopfes(leicht
nach hinten)
Öffnen des Mundes

Abb. 26: Ablauf der doppelten Schaukel (aus: The Ejaculatory Control – A Love Story; J. Y. Desjardins u. N. Audette, Institut Sexocorporel International, Montréal, Canada)

Siehe hierzu auch die DVD.

Vielfalt rhythmischer Gestaltung der Bewegungen

Die Bewegung erfolgt im Spiel mit verschiedenen Muskelspannungen ohne Rigidität oder Erschlaffen. Sexuelle Erregung erfordert ein gewisses Mass an muskulärer Spannung. Zu hohe Anspannung oder Rigidität wie auch muskuläre Hypotonie oder totale Entspannung, behindern den Aufbau von sexueller Erregung. Der wellenförmige Modus ermöglicht dagegen tonisch-fließende Bewegungen und ein weites Spektrum räumlicher Bewegungsgestaltung bei fließender, tiefer Atmung. Mit der Erregungssteigerung geht eine zunehmende Bewegungsintensität einher. Die Kanalisierung der sexuellen Erregung über die doppelte Schaukel ermöglicht deren Steigerung bis zum Loslassen im Orgasmus.

Weitere Stärken des WM

Das Kanalisieren der sexuellen Erregung, also das Steigern der Erregungskurve ist in hoher emotionaler Intensität möglich. Die Diffusion der sexuellen Erregung ermöglicht ein lustvolles Geniessen der sich über den Körper ausbreitenden Erregung. Dabei kann sie gesteuert und moduliert werden bis zum Entscheid, im Orgasmus loszulassen. Die orgasmische Entladung ist intensiv.

Eine intensive Sinnlichkeit und eine Vielfalt erotischer Fantasien wird möglich.

Dieser langsame Modus ermöglicht sowohl in der Erregungssteigerung wie im Orgasmus die Integration aller Wahrnehmungskomponenten in die physiologische Erregung:

- Lustvolles Geniessen
- Entwicklung eines koital-sexuellen Begehrens
- Verstärkung des Gefühls von Männlichkeit
- Fähigkeit zur Präsenz in der Realität der sexuellen Begegnung
- Entstehen vielfältiger innerer Bilder und erotischer Fantasien

Die Bewegung in der doppelten Schaukel ermöglicht auch die Gestaltung sexueller Begegnungen und des Koitus mit anderen. Langsamkeit erweitert das Spektrum bewusster Wahrnehmungen. Je mehr wir über reflektorische, rasche Abläufe funktionieren, desto mehr steuern Automatismen mit wenig bewussten Wahrnehmungen die Erregungssteigerung.

Der WM ermöglicht Männern:

- Bessere Erektionsfähigkeit über Aktivierung physiologischer Abläufe und intensivere Wahrnehmung der Sinnesempfindungen, die die sexuelle Erregung begleiten
- Entwickeln phallischer Erotisierung
- Steuerung und Modulieren der Erregungskurve und damit auch die Fähigkeit, den Zeitpunkt der Ejakulation zu wählen

Literatur ED

- Alexander W., C. Carson (2006): *Erektile Dysfunktion*, Huber
- Balon R. Sexual Dysfunction (2008)
- Benz, Andreas (1989), Weibliche Unerschöpfbarkeit und männliche Erschöpfbarkeit: Gebärneid und der Myelos-Mythos, in: Rotter, Liliane, *Sex-Appeal und männliche Ohnmacht*, Hrsg. von Benz, Andreas, Freiburg, S. 133 – 170
- Böhm M. (2004) *Männersprechstunde*
- Böhnisch, Lothar und Winter, Reinhard (1993) *Männliche Sozialisation*, Weinheim/München
- Clark K. Predretti O (1968) *The drawings of Leonardo da Vinci*
- Coradi, Danuser, Hochreiter, John (2008) *Der alternde Mann / Urologischer Check durch den Hausarzt*, Medical Tribune
- Crépault, Claude (1997) *La sexoanalyse*. Paris: Payot
- Diamond, M. J. (2007) *My Father Before Me: How Fathers and Sons Influence Each Other Throughout Their Lives*
- Dorey Grace (2004) *Pelvic Floor Exercises for Erectile Dysfunction*
- Dörrie, Doris, *Ich und Er*, Film Premiere am 15.9.1988
- Eardley Jan, Sethia K. (2003) *Erectile Dysfunction*
- Eckmann Paul (2005) *What the face reveals*
- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou D, Krane R, McKinlay JB (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*; 151(1): 54–61.
- Gagné Suzanne (2008) *Anxiété de masculinité et impacts sur la fonctionnalité érotique des délinquants sexuels*, R. int. de sexoanalyse N°2, 2008
- Giddens, Anthony, (1991) *The Consequences of Modernity*, Cambridge/Oxford
- Herzog, Dagmar (2008) *Sex in Crisis: The New Sexual Revolution and the Future of American Politics*, Basic Books
- Hippocrates. W. H. S. Jones, Hippocrates Collected Works I, Cambridge, Harvard University Press, 1868
- Hollstein Walter (2008) *Was vom Manne übrig blieb*, Aufbau-Verlag, Berlin
- Hornung R, Bucher T. (2004) *Sexualität und Alter*. In: Hornung R, Buddeberg C, Bucher T (Hrsg.). *Sexualität im Wandel*. Zürich: vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich, : 181-194.
- Jacobi Günther (2004) *Anti-Aging für Männer*
- Jelloun Tahar Ben, (1989), *Die tiefste der Einsamkeiten*, Reinbek
- Jost Wolfgang et al. (2004) *Neurologie des Beckenbodens – Neurourologie*
- Heinrich Kramer, *Hexenhammer*, 1486
- Kucklick, Christoph, (2008) *Das unmoralische Geschlecht – zur Geburt der negativen Andrologie*, Edition Suhrkamp, Frankfurt
- Levine, Judith (2002): *Harmful to Minors: The Perils of Protecting Children from Sex*
- Lue Tom F. (2004) *Atlas of Male Sexual Dysfunction*
- Lue T.F, Basson R. et al. (2004) *Sexual Medicine*
- Männlichkeit, (1996) *Forum Sexualaufklärung*, Heft 2/3, Informationsdienst der Bundeszentrale für gesellschaftliche Aufklärung (BZGA)
- Martin, Douglas (1998, May 3) *The Nation: Thanks a Bunch, Viagra; The Pill That Revived Sex, Or at Least Talking About It*, New York Times

Moravia, Alberto, (1988) *Ich und Er* (io e lui), ISBN 3471781749

Mulcahy John (2001) Male Sexual Function

Raaflaub Walter (2007) Tote Hose

Schmidt Gunter, Arne Dekker, Silja Matthiesen, Kurt Starke, (2006) *Spätmoderne Beziehungswelten: Report über Partnerschaft und Sexualität in drei Generationen*, VS-Verlag, Wiesbaden

Schmidt, Gunter (2009): *Fantasien der Jungen, Phantasmen der Alten*, Vortrag zu finden bei BZgA Forum 1

Schill Wolf-Bernhard et al. (2006) Andrology for the Clinician

Seftel Allan (2004) Sexual Dysfunction

Sigusch, Volkmar, (2005) *Neosexualitäten – Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion*, Campus Verlag, Frankfurt

Whitman, Walt: Grashalme (engl. Leaves of Grass): Erstausgabe 1855

Zilbergeld, B (2000) *Die neue Sexualität der Männer: Was Sie schon immer über Männer, Sex und Lust wissen wollten*