

Diplomarbeit

**Sexualität und Partnerschaft bei depressiven
Erkrankungen**

eingereicht von
Cornelia Rafling

zur Erlangung des akademischen Grades
**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der
Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der
Klinik für Psychiatrie

unter der Anleitung von
**Univ. Doz. Dr. med. univ. et scient. med. Raphael Bonelli
Ass. Dr. Karin Reisinger**

Graz, Mai 2008

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwende habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 6.5.2008

Cornelia Rafling

Danksagung

Ich möchte mich herzlichst bei Univ. Doz. Dr. Raphael Bonelli und Dr. Karin Reisinger bedanken, die es mir ermöglicht haben, diese Untersuchung durchzuführen.

Weiters möchte ich allen Patienten Dank aussprechen, die sich die Zeit nahmen, an dieser Untersuchung teilzunehmen.

Danken möchte ich auch meinen beiden Studienkolleginnen, die mit mir bis zuletzt durch die Höhen und Tiefen dieses Studiums gegangen sind.

Mein besonderer Dank gilt meiner Familie, die es mir ermöglicht hat zu studieren und meinem Freund, der mir sowohl mit mentaler Unterstützung als auch mit sachlichen Ratschlägen stets zur Seite stand.

Zusammenfassung

Durch eine depressive Erkrankung erfahren sowohl Sexualität, Partnerschaft als auch das Selbstbild in einer wechselseitigen Beziehung wesentliche Beeinträchtigungen, was dieser Thematik in der psychiatrischen Praxis eine große Bedeutung gibt. Das Ziel dieser Arbeit ist, Veränderungen in diesen Bereichen zu erfassen. 54 stationäre depressive Patienten, davon 15 mit erstmaliger und 39 mit rezidivierender Depression, wurden mittels standardisierter Fragebögen, welche von den Patienten selbstständig ausgefüllt wurden, untersucht.

Die Hälfte der Patienten hatte in letzter Zeit keinen Geschlechtsverkehr, 38% berichteten von Orgasmus- und Verlangensstörungen und 24% von Erregungsstörungen, was deutlich über dem europäischen Durchschnitt liegt. Frauen waren im Vergleich zur Norm im gesamten sexuellen Reaktionszyklus häufiger beeinträchtigt, unzufriedener mit der partnerschaftlichen Einflussverteilung und hatten Schwierigkeiten mit der Expression ihrer eigenen Wünsche. Bei beiden Geschlechtern zeigten sich signifikant häufigere Schwierigkeiten bei der Masturbation. Auch in der Partnerschaft wiesen depressive Frauen vermehrtes Streitverhalten auf, während Zufriedenheit und Gemeinsamkeit signifikant sinken. Letzteres war auch bei Männern zu beobachten. Viele dieser Probleme dürften mit der bei Depressiven gefundenen negativen Einstellung zum eigenen Körper in Zusammenhang stehen. Beim Vergleich zwischen erstmalig und rezidivierend Depressiven zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Sexualität, was durch die Befragung in der Akutphase der Erkrankung bedingt sein dürfte. In der Partnerschaft jedoch wurden Wünsche und Bedürfnisse bei rezidivierend Depressiven im Vergleich zu solchen mit erstmaliger Manifestation der Erkrankung - wahrscheinlich durch die Vertrautheit mit der Erkrankung - signifikant besser erfüllt.

Die Resultate beweisen die Wichtigkeit der Exploration von Sexualität und Partnerschaft bei Depression und legen dem behandelnden Arzt nahe, diese Themen im Therapiekonzept aufzugreifen.

Abstract

Depressed patients experience various impairments of sexuality, partnership and body image in an interacting relationship. This emphasizes the importance of this topic in psychiatric practice. Aim of this study was to explore changes in these fields. 54 depressed inpatients (15 with single episode, 39 with recurrent episode) completed 6 standardized self-report questionnaires.

Half of the depressed patients didn't have sexual activity lately, 38% experienced dysfunctions in the orgasmic and desire phase and 24% in the arousal phase, which was much higher than the normal European population. Women had more impairments in the whole sexual response cycle compared to the norming sample, were less satisfied with their influence in the partnership and showed more fear expressing their wishes. Both sexes had significant more problems with masturbation. In the partnership women also reported more difficulties in dissolving conflicts, caressing each other and problems with common activities. The latter was significant in men too. Many of these problems could be related to the negative feelings concerning their body, which were found in depressed people.

There was no significant difference in sexuality between patients with a single episode of depression and those with recurrent episodes. This could be linked to the acute phase of the illness. Patients with recurrent episodes showed significant higher need satisfaction in partnership, probably because of the familiarity with the illness.

Clinically, these findings underline the need to address sexual and partnership problems among depressed patients.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Sexualität	3
2.1	Allgemeines	3
2.1.1	Definition	3
2.1.2	Historie	5
2.2	Der sexuelle Reaktionszyklus	6
2.2.1	Erregungsphase	6
2.2.2	Plateauphase	6
2.2.3	Orgasmusphase	7
2.2.4	Rückbildungsphase	7
2.3	Neurobiologie	8
2.3.1	Zentrale Organisation	9
2.3.2	Neurotransmitter und Neuropeptide	10
2.3.3	Hormone	10
2.4	Sexuelle Funktionsstörungen	11
2.4.1	Einteilung	11
2.4.2	Epidemiologie	13
2.4.3	Ursachen	16
2.4.4	Diagnostik	21
2.4.5	Therapie	22
2.5	Andere Sexualstörungen	24
2.5.1	Störungen der Geschlechtsidentität	24
2.5.2	Störungen der Sexualpräferenz, Paraphilien	25

3	Sexualität und Depression	26
3.1	Sexuelle Dysfunktionen bei depressiven Störungen	26
3.1.1	Medikamentös unbehandelte Depression	27
3.1.2	Medikamentös behandelte Depression	28
3.1.3	Experimentelle Studien	32
3.1.4	Therapie	33
3.1.5	Episodenhäufigkeit und Schweregrad der Depression	34
3.1.6	Neurologische Zusammenhänge	36
3.1.7	Bidirektionalität von Depression und Sexualität	36
3.2	Selbstbild und Partnerschaft	38
4	Hypothesen	40
4.1	Unterschiede im sexuellen Erleben	40
4.2	Unterschiede in der Partnerschaft	40
4.3	Unterschiede im Selbstbild	41
5	Patienten und Methoden	42
5.1	Patienten	42
5.1.1	Rekrutierung der Patienten	42
5.1.2	Einschlusskriterien	42
5.1.3	Ausschlusskriterien	43
5.1.4	Versuchsablauf	43
5.2	Standardisierte Fragebögen	43
5.2.1	TSST	43
5.2.2	Sexuelle Funktionen	44
5.2.3	PFB	45
5.2.4	PL	45
5.2.5	FBeK	45
5.2.6	ZIP	46
5.3	Datenanalyse und -verarbeitung	46
5.3.1	Datenbank	46
5.3.2	Statistik	46
6	Ergebnisse	48
6.1	Soziodemografische Daten	48

6.2	TSST	49
6.3	Sexuelle Funktionen	49
6.4	PFB	51
6.5	ZIP	56
6.6	Problemliste	56
6.7	FBeK	58
6.8	Korrelationen	58
6.8.1	TSST-PFB	58
6.8.2	TSST-FBeK	58
7	Diskussion	63

Abbildungsverzeichnis

2.1	Sexueller Reaktionszyklus nach (Basson, 2005)	8
2.2	Entstehung und Aufrechterhaltung funktioneller Sexualstörungen nach (Kockott, 1995)	21

Tabellenverzeichnis

6.1	TSST Frauen (t-Test)	49
6.2	TSST Männer (t-Test)	50
6.3	TSST Episodenhäufigkeit (t-Test)	50
6.4	Sexuelle Funktionen: In letzter Zeit Geschlechtsverkehr	51
6.5	Sexuelle Funktionen: Empfindung vor sexuellem Kontakt	52
6.6	Sexuelle Funktionen: Erregung beim sexuellen Kontakt	52
6.7	Sexuelle Funktionen: Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	53
6.8	Sexuelle Funktionen: Vaginismus	53
6.9	Sexuelle Funktionen: Jemals Orgasmus	53
6.10	Sexuelle Funktionen: Orgasmus in letzter Zeit	54
6.11	Sexuelle Funktionen: Körperliche Befriedigung nach Geschlechtsverkehr	54
6.12	Sexuelle Funktionen: Seelische Befriedigung nach Geschlechtsverkehr	55
6.13	PFB Frauen (t-Test)	55
6.14	PFB Männer (t-Test)	56
6.15	PFB Episodenhäufigkeit (t-Test)	56
6.16	ZIP Episodenhäufigkeit (t-Test)	57
6.17	ZIP Episodenhäufigkeit (Mann-Whitney-Test)	57
6.18	Problemliste	59
6.19	FBeK (t-Test)	60
6.20	FBeK Episodenhäufigkeit (t-Test)	60
6.21	Pearson Korrelation TSST-PFB	61
6.22	Pearson Korrelation TSST-FBeK	62

Kapitel 1

Einleitung

Auch wenn Sexualität so alt ist wie der Ursprung der Menschheit, hat sie keineswegs an Bedeutung verloren - im Gegenteil: In den letzten Jahren hat durch die steigende Offenheit der Gesellschaft das Interesse an Sexualität stark zugenommen. Ihr Stellenwert im öffentlichen und individuellen Bewusstsein der Menschen ist außerordentlich hoch und sie hat maßgeblichen Einfluss auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden des Menschen. Auf Grund ihrer Vielfältigkeit und Komplexität bietet sie natürlich den Anreiz genauer exploriert und verstanden zu werden. Selbiges gilt für die Partnerschaft, die nach Matussek et al. (1986) die wichtigste Form menschlicher Beziehung des Erwachsenen darstellt.

Im zweiten Kapitel werden die Grundlagen der Thematik Sexualität aufgezeigt um anschließend den Zusammenhang zwischen sexuellen Dysfunktionen und Depression beleuchten zu können. Dieser ist für die psychiatrische Praxis von immenser Bedeutung, da die beiden Störungen sich häufig gegenseitig bedingen. Zudem sind beide durch hohe Prävalenzzahlen und einem starken Leidensdruck für die Betroffenen charakterisiert. Bei der Depression treten Symptome wie Interessensverlust, Anhedonie, verminderter Antrieb und erhöhte Ermüdbarkeit auf. Es liegt nahe, dass sich diese Konstellation nachhaltig auf Sexualität und Partnerschaft auswirkt. Umgekehrt können aber auch chronifizierte sexuelle Störungen zu depressiven Verstimmungen führen. Die Beziehung zwischen Sexualität und depressiven Erkrankungen ist also wechselseitig und wird zusätzlich noch durch Nebenwirkungen von Antidepressiva beeinflusst (Hartmann, 2007).

Anschließend wird der Aufbau der durchgeführten Studie dargestellt und ihre Resultate werden erörtert. In einer Zusammenschau des Studienteils im dritten Kapitel und der aktuellen



Studie, werden die Ergebnisse abschließend diskutiert.

Kapitel 2

Sexualität

Zu Beginn dieses Kapitels wird versucht eine Definition zu finden, die Sexualität in ihrem Formenreichtum erfasst. Da sich die Auffassung von Sexualität im Wandel der Zeit stark weiterentwickelt hat, wird auch ein kurzer historischer Überblick gegeben. Anschließend werden die Abläufe des sexuellen Reaktionszyklus aufgezeigt und die neurologischen Vorgänge dahinter beschrieben. Damit wird eine Basis für das Verstehen der im folgenden Kapitel behandelten Einteilung, Epidemiologie, Ursachen, Diagnostik und Therapie von sexuellen Funktionsstörungen geschaffen. Um Sexualstörungen in ihrer Gesamtheit zu erfassen, werden schließlich auch noch die Störungen der Geschlechtsidentität und die Paraphilien kurz aufgegriffen.

2.1 Allgemeines

Durch die große Individualität alles Sexuellen, ist es sehr schwierig eine allgemeingültige Definition des Begriffes zu finden. Trotzdem ist es aber wichtig sich bewusst zu machen durch wie viele verschiedene Aspekte die Sexualität des Menschen geprägt wird und welche erst im Laufe der Zeit hinzukommen sind. Das Phänomen Sexualität ist komplexer, als dass es nur eine wissenschaftliche Disziplin betreffen würde.

2.1.1 Definition

Kinsey et al. (1948) definiert Sexualität folgendermaßen: „Im Sexualverhalten des Menschen sind biologische, psychologische und soziologische Faktoren beteiligt, aber sie alle wirken gleichzeitig, und das Endergebnis ist ein einziges zur Einheit verschmolzenes Phänomen, das seiner Natur nach nicht nur biologisch, psychologisch oder soziologisch ist“.



Nach einer älteren und sehr einfachen Definition versteht man unter „Sexualverhalten“ alle „Handlungen und Reaktionen, die zu einer Befruchtung führen können“ (Haeberle, 1985). Diese Beschreibung engt Sexualität aber zu sehr auf den biologischen Zweck ein und lässt die Tatsache außer Acht, dass der Fortpflanzungsgedanke in der Sexualität des Menschen meist nicht mehr der zentrale Faktor ist. Viel mehr ist sie mit unterschiedlichen menschlichen Zwecken, Erlebnissen und die Befruchtung ausschließenden Sexualtechniken verbunden (Meyer, 1994).

Eine sehr weit gefasste Definition, die auf die psychoanalytische Theorie Freuds zurückgeht, bezeichnet „Sexualverhalten“ als alle „Handlungen und Reaktionen, die der Lustbefriedigung dienen“. Dieser Begriff erweist sich für die wissenschaftliche Anwendung als nicht sehr brauchbar, da somit verschiedenste menschliche Handlungen wie beispielsweise Essen, Trinken, Rauchen, Tanzen, Singen oder Fahrradfahren als Sexualität zu verstehen wären (Haeberle, 1985).

„Sexualverhalten“ kann basierend auf den Beobachtungen, dass bei der Paarung von höheren Säugetieren meist körperliche Reaktionen auftreten, als jedes Verhalten bezeichnet werden, das zu einer „sexuellen Reaktion“ des Körpers führt. Diese Definition hat den Vorteil, dass Sexualität nicht mit Reproduktion gleichgesetzt wird. Außerdem lässt sie sich auch auf das Tierreich umlegen, wo sexuelle Reaktionen auch dem Warnen, der Begrüßung, dem Versöhnen oder der Darstellung von Dominanz dienen können. Jedoch bewegt sich diese Auffassung von Sexualverhalten hauptsächlich auf der deskriptiven Ebene und sagt nichts über die Bedeutung und die Motivation, die dahinter steht, aus (Haeberle, 1985).

In aktuellen Begriffsbeschreibungen wird versucht verschiedene Aspekte der Sexualität miteinzubeziehen. Sie wird als eine „grundlegende Äußerung des Lebens“ mit den Grundfunktionen der Fortpflanzung, der Beziehung und Kommunikation sowie dem Lustgewinn und der Befriedigung gesehen. Sexualität begleitet die Menschen lebenslang und ist eng mit ihrer Persönlichkeit verbunden. Auch durch äußerliche Einflüsse wie Erziehung oder Traumatisierung wird sie wesentlich mitgestaltet (Dressler, 2003). Sexualität bietet eine Interaktion von biologischen, psychologischen, physiologischen, kulturellen und sozialen Aspekten (Gonzalez et al., 2006). Trotz diesem Wissen steht auch heute noch in den meisten Studien, wie beispielsweise die intensive Beschäftigung mit der erektilen Dysfunktion zeigt, der somatische Aspekt im Vordergrund.



2.1.2 Historie

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit Sexualität ist eine sehr späte Erscheinung in unserer Kulturgeschichte, da es jahrhundertlang keine Möglichkeit gab das Wissen um dieses Thema frei zu veröffentlichen. Im Jahr 1886 gab Krafft-Ebing mit seinem Buch „Psychopathia sexualis“ erstmals eine sexualmedizinische Gesamtdarstellung, die sich aber ausschließlich mit sexuell abweichendem Verhalten beschäftigte. Kurz davor hatten Marquis de Sade und Sacher-Masoch, die bis heute verwendeten Begriffe des Sadismus und Masochismus beschrieben (Bräutigam und Clement, 1989). Sexualität wurde als animalisch und sündhaft dargestellt und sexuelle Devianz als moralisch verwerflich. Man war der Meinung, dass gehäufte sexuelle Betätigung, vor allem die Masturbation, zu schweren körperlichen Störungen führte.

Erst zu Beginn unseres Jahrhunderts setzte sich eine kritischere Einstellung durch. Unter Sigmund Freud wurde die Sexualität zu einer wesentlichen Triebkraft menschlichen Verhaltens aufgewertet und es wurde versucht sexuelle Abweichungen psychologisch zu erklären, anstatt sie moralisch zu verurteilen. Bis in die dreißiger Jahre hinein waren aber sexuelle Deviationen immer noch der am meisten untersuchte Bereich in der Sexualwissenschaft. Zur Zeit des zweiten Weltkrieges wurden alle wissenschaftlichen Beschäftigungen mit der Sexualität zunächst beendet. Nach und nach begann in den USA dann das sexuelle Verhalten zum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen zu werden (Kockott, 1995). Alfred C. Kinsey entwickelte mit seinen Kinsey Reporten 1948 und 1953 ein Verfahren, das zu Intimbefragungen tausender Männer und Frauen in den USA führte. Auch wenn die Ergebnisse höchst umstritten waren, zeigten sie nachhaltige Wirkung. Masters und Johnson publizierten 1966 genaueste physiologische Untersuchungen der Sexualität (siehe Kapitel 2.2) und 1970 eine neue therapeutische Methode zur Behandlung sexueller Störungen. Anfang der sechziger Jahre setzte sich eine Einstellungsänderung gegenüber der Sexualität durch. Die Diskussion sexueller Dinge erlebte eine größere Offenheit. Junge Frauen und Männer begannen früher mit sexuellen Aktivitäten und die Entwicklung der Antibabypille führte dazu, dass erstmals auch der weiblichen Sexualität Bedeutung zuteil wurde und nicht mehr nur der bloße Fortpflanzungsakt im Vordergrund stand. Bis dahin war man nämlich der Ansicht, dass Frauen gar keinen Orgasmus erleben könnten (Masters et al., 1987). Im Laufe der Zeit erfolgte die Lösung der Sexualität von der Institution Ehe und voreheliche Sexualität, Masturbation wie auch das gleichgeschlechtliche Verhalten erfuhren eine neue Bewertung (Bräutigam und Clement, 1989).



2.2 Der sexuelle Reaktionszyklus

Masters und Johnson (1970) veröffentlichten in ihrem Buch „Human sexual response“ das bis heute anerkannte Modell der sexuellen Reaktion. Diese verläuft in vier Phasen: Erregungs-, Plateau-, Orgasmus- und Rückbildungsphase. Nicht zu vergessen ist bei dieser willkürlichen Einteilung aber, dass die Stadien sowohl bei ein und derselben Person als auch zwischen verschiedenen Menschen stark unterschiedlich verlaufen und es natürlich auch Abweichungen von diesem typischen Verlaufsmuster wie z.B. das Fehlen eines Stadiums geben kann. Betrachtet man die Sexualität als Ganzes, muss sie außerdem immer im Kontext mit dem Denken und Fühlen eines Menschen gesehen werden.

2.2.1 Erregungsphase

Sie kann durch direkten körperlichen Kontakt, aber auch durch Sinneswahrnehmungen oder sexuelle Phantasien ausgelöst werden. Bei der Frau tritt als erstes die Lubrikation auf, wo der Vaginalkanal durch die Sekretion von uterinen und Bartholinischen Drüsen und einem Transsudat aus dem subepithelialen Gefäßbett der Vaginalschleimhaut zuerst tropfenweise, dann flächig befeuchtet wird. Die Klitoris nimmt sowohl an Länge als auch an Durchmesser zu, was als Tumescenz bezeichnet wird. Da sie aber im Gegensatz zum Penis über keinen ausgedehnten venösen Plexus verfügt, kommt es nicht zur Rigidität (Berman, 2005). Jedoch ist das Ausmaß der vaginalen Lubrikation nicht immer proportional dem Erregungsniveau einer Frau. Weitere Veränderungen sind Vergrößerung von Klitoris und Schamlippen durch den venösen Blutstau, Zervix und Uterus werden nach oben gezogen und die Erweiterung der inneren zwei Drittel der Vagina erfolgt.

Beim Mann führt die Erweiterung der Penisarterien und der dadurch bedingte Druck auf die venösen Drainagegefäße zu einer Verlängerung, Versteifung und Aufrichtung des Penis. Es kommt außerdem zu einer Vergrößerung und Anhebung der Hoden.

Bei beiden Geschlechtern ist ein Anstieg des Blutdrucks, Puls, Atmung und der Muskelspannung bemerkbar (Masters und Johnson, 1970).

2.2.2 Plateauphase

In der Plateauphase wird die sexuelle Erregung aufrechterhalten und intensiviert um zum Orgasmusstadium führen zu können. Beim weiblichen Körper verlagert sich die Klitoris nach hinten und die Labia minora werden durch die vermehrte Durchblutung verdickt und gerötet. Während die inneren zwei Scheidendrittel nun nur mehr wenig an Größe und Länge



zunehmen, verengt sich das äußere Drittel in Folge der vermehrten Blutfülle („orgastische Manschette“).

Beim Mann nimmt der Durchmesser des Penis durch den Blutstau im Corpus spongiosum und in der Glans noch weiter zu. Das Skrotum verfestigt sich und am Ende der Plateauphase wird von den Bulbourethraldrüsen ein schleimiges Sekret abgegeben, welches als zusätzliches Gleitmittel dienen soll. Bei einem Viertel der Männer und drei Viertel der Frauen tritt eine fleckige Rötung der Haut auf, die von Masters und Johnson als „sex flush“ beschrieben wurde (Masters und Johnson, 1970).

2.2.3 Orgasmusphase

Hierbei handelt es sich meist um die kürzeste Phase des Sexualzyklus. Bei der Frau kommt es zu Kontraktionen der orgastischen Manschette, des Uterus und des Beckenbodens. Da der Orgasmus eine Reaktion des ganzen Körpers ist, nehmen Atmung, Puls und Blutdruck noch weiter zu und Muskeln in verschiedenen Körperregionen kontrahieren sich. Insgesamt ist der weibliche Orgasmus aber viel individueller als der männliche.

Der männliche Orgasmus verläuft in zwei Phasen: Emission und Ejakulation. Im Nebenhoden, Samenstrang und Prostata setzen Kontraktionen ein, die dazu führen, dass die Samenflüssigkeit in die Harnröhre gepresst wird. Durch den Verschluss des inneren Sphinkters am Harnblasenausgang wird verhindert, dass Ejakulat rückwärts in die Harnblase gelangt. Kontraktionen in der Harnröhre, Penis und Samenleiter führen, nachdem die Samenblasen das Ejakulat vervollständigt haben, zur Ejakulation. Natürlich kommt es auch zu den bei der Frau beschriebenen Allgemeinreaktionen (Masters und Johnson, 1970).

2.2.4 Rückbildungsphase

In dieser Phase kommt es wieder zur Rückbildung aller Veränderungen. Es gibt jedoch einen gravierenden Unterschied zwischen Männern und Frauen. Der männliche Körper ist in der Phase der Rückbildung refraktär d.h. weitere Orgasmen sind nicht möglich. Da es bei der Frau keine Refraktärphase gibt, können multiple Orgasmen in kurzer Zeit erlebt werden.

Für Basson ist das Modell des sexuellen Reaktionszyklus nach Masters und Johnson insuffizient, da es nur die Physiologie beschreibt, nicht aber auf den biopsychosozialen Hintergrund eingeht. Er beschreibt den sexuellen Reaktionszyklus der Frau in einem neuen Modell mit überlappenden Phasen (siehe Abbildung 2.1). Am Beginn steht sexuelle Neutralität, aber mit



positiver Einstellung. Die Motivationen sexuell aktiv zu werden bestehen darin emotionale Nähe, Zärtlichkeit, Bindung und Hingabe mit dem Partner zu erfahren (Basson, 2001) sowie Freude an körperlichem Zusammensein zu zeigen oder gezeigt zu bekommen und auch das eigene Wohlbefinden zu steigern. Dies führt zu einer Bereitschaft die Aufmerksamkeit auf sexuelle Stimuli zu richten. Spontane Lust zu Sexualität, die ebenfalls möglich ist, wird besonders oft am Beginn einer Beziehung oder längerer Absenz des Partners beobachtet. Wenn die Stimulation zufriedenstellend verläuft und genügend lang vorhanden ist, steigt die Erregung. Es kann dann, wenn die Frau keine Schmerzen hat und Genuss findet, sexuelle Zufriedenheit mit aber auch ohne Orgasmus erreicht werden (Basson, 2005).

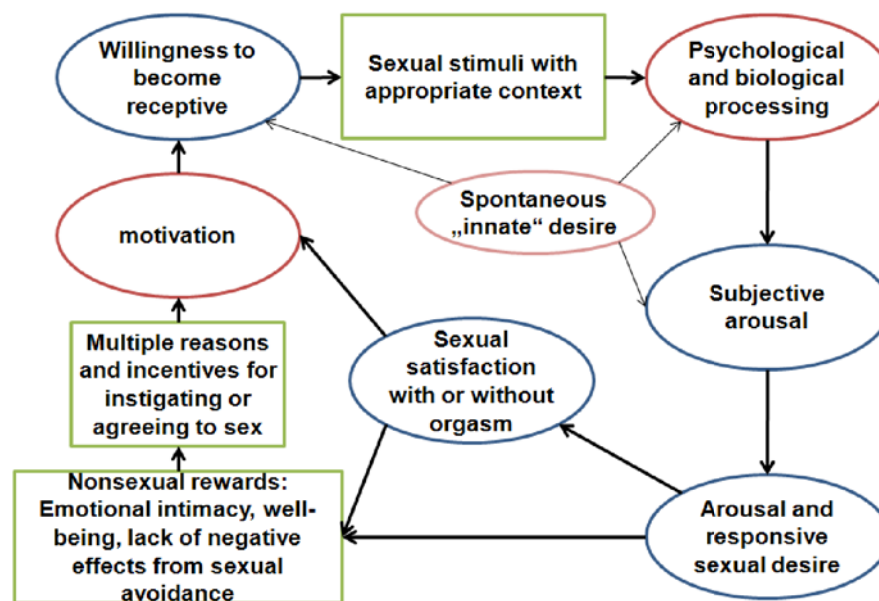


Abbildung 2.1 – Sexueller Reaktionszyklus nach (Basson, 2005)

2.3 Neurobiologie

Versucht man den sexuellen Reaktionszyklus genauer zu verstehen, stößt man zwangsläufig auch auf zentralnervöse und endokrinologische Prozesse. Auch wenn das Wissen darüber noch lange nicht vollständig ist, steht fest, dass Sexualität ein komplexes Zusammenspiel von Neurotransmittern, Hormonen und Peptiden impliziert.



2.3.1 Zentrale Organisation

In der Erregungsphase kommt es zur Aktivierung des vegetativen Erektionszentrums, welches sich zwischen S2 und S4 im Rückenmark befindet. Dies geschieht durch Afferenzen aus N. Pelvicus, N. pudendus und N. hypogastricus, wobei der N. pudendus eher sensorische Stimuli von den externen Genitalien und des die Genitalien umgebenden Gebietes aufnimmt und N. pelvicus und N. hypogastricus die Information von den inneren Genitalien weiterleiten (McKenna, 1999) Es erfolgt dann die Umschaltung auf parasympathische Neurone, die zurück auf die Genitalien wirken. Durch Freisetzung von vasoaktivem Peptid (VIP) und Stickstoffmonoxid (NO) wird die Dilatation der Arterien und eine daraus folgende Verringerung des venösen Abflusses hervorgerufen. Das psychogene Erektionszentrum liegt im Bereich Th12-L2 und wird vom Sympathikus gesteuert. So kann erklärt werden, dass viele Querschnittsgelähmte, trotz völligen Ausfalls des Sexualzentrums zwischen S2 und S4 über das psychogene Erektionszentrum normale Erektionen haben können. Bei Erreichen eines hohen Maßes an Erregung werden bei Männern und Frauen Impulse an das Ejakulationszentrum im Lendenbereich des Rückenmarks gesandt, wodurch der Sympathicus aktiviert wird. Dieser verlässt das Thorakolumbalmark und läuft als Plexus hypogastricus zu den Zielorganen. Er ist vorwiegend für den Ablauf des Orgasmus verantwortlich (Buddeberg, 2005; Beier et al., 2005).

Diese Reaktionen können unabhängig von höheren Zentren ablaufen oder durch supraspinale Gehirnareale beeinflusst werden. Das Wissen über die zerebrale Regulation der Sexualität ist derzeit noch sehr bescheiden und orientiert sich hauptsächlich an Tierexperimenten.

Der Hypothalamus ist ein neuronales und endokrines Regulationsorgan und hat in der Sexualität organisierende und koordinierende Funktion. Besonders dem anterioren Bereich, dem medialen präoptischen Kern (MPOA), kommt in der Sexualität Bedeutung zu. Im Tierversuch verliert das Rhesusmännchen bei Läsionen in diesem Bereich die Kopulationsbereitschaft, das Weibchen die sexuelle Appetenz (Beier et al., 2005). Der Nucleus paraventricularis scheint in der Kontrolle der Genitalreaktionen Aufgaben zu übernehmen, indem durch ihn während sexueller Erregung und Orgasmus Oxytocin abgegeben wird.

Im Hirnstamm hat der N. paragigantocellularis eine wichtige Bedeutung im weiblichen und männlichen Orgasmus und wird auch mit der SSRI (Selektive Serotonin Reuptake Inhibitor) induzierten Anorgasmie in Verbindung gebracht. Weiters sollen aus dieser Region die Raphe Kerne und der Locus coeruleus eine Rolle in der Sexualität spielen.

Im Bereich des Prosenzephalon sind die Stria terminalis, der Hippocampus und die media-



le Amygdala am weiblichen Sexualverhalten beteiligt; letzterer wird auch bei der sexuellen Motivation des Mannes eine Rolle zuteil (Meston und Frohlich, 2000).

2.3.2 Neurotransmitter und Neuropeptide

Aus der Beobachtung, dass Parkinson Medikamente (Dopamin steigernd) einen positiven und antipsychotische Medikamente (Dopamin hemmend) einen negativen Effekt auf die Sexualität haben, wird eine exzitatorische Wirkung von Dopamin auf die Sexualität vermutet. Im Tierexperiment zeigt sich, dass Dopamin beim Männchen Erektion, Ejakulation und den Sexualtrieb fördert. Die limitierte Anzahl an Studien bei Frauen, lässt beim weiblichen Geschlecht eine positive Wirkung von Dopamin auf Verlangen und Orgasmus vermuten.

Serotonin kann, je nachdem welcher Rezeptor Subtyp aktiviert wird, einen fördernden, hemmenden oder gar keinen Effekt auf die Sexualität haben. Studien mit SSRI's lassen vermuten, dass der Serotonin-2 Rezeptor alle Stadien der Sexualität sowohl bei Männern als auch bei Frauen beeinträchtigt.

Acetylcholin und Histamin haben eine fördernde Wirkung auf die Sexualität, wobei ersteres die Erektion über Relaxierung der glatten Muskulatur des Corpus cavernosum unterstützt. Bei GABA hingegen werden inhibitorische Effekte auf die männliche Sexualität vermutet. Auch adrenerge Aktivität (Ephedrin) hat hemmenden Einfluss auf die Erektion, während die Blockade von Alpha-1 Rezeptoren den gegenteiligen Effekt zur Folge hat. Bei Frauen wirkt sich die Unterdrückung der adrenergen Aktivität positiv auf Erregung und Orgasmus aus (Meston und Frohlich, 2000).

Oxytocin steigt bei Männern und Frauen während sexueller Aktivität an und erreicht seinen Höhepunkt in der Orgasmusphase. Bei Frauen wird es als Folge von vaginaler Dehnung ausgeschüttet. Im Tiermodell aktiviert Oxytocin, durch Einfluss auf die cholinerge Aktivität im limbischen System, die Erektion. Auch Vasopressin hat durch Beeinflussung des limbischen Systems fördernde Wirkung auf die Sexualität (Buckley, 1999).

2.3.3 Hormone

Testosteron spielt bei Männern eine wichtige Rolle im sexuellen Verlangen und in der Erregung. Die Spiegel von Testosteron in der Zirkulation sind aber viel höher, als es zur Aufrechterhaltung der Erregung nötig wäre. Möglicherweise brauchen aber Mechanismen in der Peripherie höhere Werte von Testosteron als das ZNS (Bancroft, 2005). Bei Frauen bewirkt



Testosteron eine Anstieg des sexuellen Verlangens und der Orgasmusfähigkeit. Bei beiden Geschlechtern fördert es die stimulierende Wirkung von Dopamin und Epinephrin und übt hemmenden Einfluss auf Serotonin, Opioide und Prolaktin aus. Testosteron hemmt auch die Monoaminoxidase schwach, was milde antidepressive Wirkung zur Folge hat.

Östrogene wirken in allen Stadien des sexuellen Reaktionszyklus der Frau unterstützend und fördern die Wirkung von Prolaktin, Opioiden und Oxytocin. Ihre Wirkung auf die männliche Sexualität dürfte eher hemmend sein.

Progesteron hat hemmenden Einfluss auf das sexuelle Verlangen, was wahrscheinlich indirekt auch auf die fördernde Wirkung der Monoaminoxidase Aktivität zurückzuführen ist.

Prolaktin beeinflusst das sexuelle Verlangen negativ, wobei aber nicht klar ist, ob es sich dabei um einen direkten Effekt des Hormons handelt oder dies durch seine negative Wirkung auf Testosteron bedingt ist (Buckley, 1999).

2.4 Sexuelle Funktionsstörungen

Sexuelle Funktionsstörungen sind „Beeinträchtigungen im sexuellen Verhalten, Erleben und in den physiologischen Reaktionsweisen, die eine für beide Partner befriedigende sexuelle Reaktion behindern oder unmöglich machen.“ (Kockott, 1995)

Bereits bei der Betrachtung, wann eine Veränderung als sexuelle Funktionsstörung angesehen wird, gibt es sehr unterschiedliche Zugangswege. Eine Verminderung des sexuellen Interesses kann eine normale Reaktion auf Veränderungen in der Lebenssituation oder der Partnerschaft sein und ist nicht als Dysfunktion anzusehen (Bancroft et al., 2003b). Trotzdem wird in der ICD-10 Klassifikation Mangel an sexuellem Verlangen ohne Zusatz als eigene Kategorie definiert. Die Schwierigkeiten, die bereits bei der Suche nach Standardkriterien auftreten, machen natürlich auch das Aufstellen von Häufigkeiten und Ursachen als auch die Behandlung zu einer großen Herausforderung.

2.4.1 Einteilung

Grundlage der heute verwendeten Klassifikationen ist die Darstellung des sexuellen Reaktionszyklus nach dem 4 Phasen Modell von Masters und Johnson (Masters und Johnson, 1970). Um für die Beschreibung des komplexen Gebietes der sexuellen Funktionsstörungen geeignet zu sein, wurde es im Laufe der Zeit etwas modifiziert. Kaplan (1981) fasst zum einen Erregung und Plateau zu einer Phase zusammen, zum anderen führt er die neue Phase der Appetenz ein, die noch vor der Erregung liegt und dem sexuellen Verlangen Ausdruck



verleiht. Die Rückbildungsphase bedeutet für ihn nur ein Fehlen der sexuellen Erregung und wird somit weggelassen. Auf diesem triphasischen Konzept basieren die Klassifikationssysteme ICD und DSM.

Nach Arentewicz und Schmidt werden 5 Abschnitte der sexuellen Interaktion unterschieden: sexuelle Annäherung, sexuelle Stimulation, Einführung des Penis, Orgasmus und nachorgastische Reaktion (Arentewicz und Schmidt, 1993; Sigusch, 2001). Die vier letzten Phasen spiegeln die Einteilung von Masters und Johnson wieder. Kritisiert wird an diesem Konzept, dass die erste Phase nur die Interaktionsbasis behandelt, nicht aber das sexuelle Verlangen durch Gedanken miteinbezieht (Bräutigam und Clement, 1989).

Die folgende Einteilung beruht auf der DSM IV Klassifikation (American Psychiatric Association 1994), da sie zu den wesentlichsten Klassifikationsmanualen gehört und in den meisten Studien als Grundlage verwendet wird.

Unter den Störungen mit verminderter sexueller Appetenz versteht man den Mangel an sexuellem Verlangen und die Absenz von sexuellen Gedanken und Phantasien. Das „Sexual Function Health Council of the American Foundation for Urologic Disease“ schlägt vor, die Definition zu erweitern, dass auch nach Initiativen des Partners, keine Empfänglichkeit für sexuelle Interaktion besteht (Basson et al., 2000). „The 2nd International Consultation on Sexual Medicine“ meint, dass, um von einer Appetenzstörung zu sprechen, das mangelnde Interesse über die normale Verringerung in bestimmten Lebensumständen und Dauer der Partnerschaft, hinausgehen muss (Lue et al., 2004).

In der Erregungsphase kann bei Frauen ein Mangel oder Ausfall der Anschwellung des äußeren Genitales und der vaginalen Lubrikation bestehen. Lue et al. (2004) definiert zusätzlich noch eine Untergruppe dieser Störungen, für den Fall, dass psychisch keine Erreung empfunden wird, obwohl Lubrikation und andere physische Reaktionen stattfinden. Beim Mann treten Erektionsstörungen auf. Die Gliedsteife ist nicht ausreichend für befriedigenden Geschlechtsverkehr oder kann nicht aufrechterhalten werden.

Zu den Erregungsstörungen zu rechnen, aber eine eigene Kategorie darstellend, sind die Schmerzstörungen. Als Dyspareunie werden Schmerzen (Brennen, Stechen, Jucken) während des Sexualverkehrs verstanden, die sowohl bei Männern als auch bei Frauen auftreten können. Bei Frauen kann es außerdem zum Vaginismus kommen, bei dem trotz des



Wunsches nach sexueller Interaktion (Lue et al., 2004), ein Spasmus in der die Vagina umgebenden Beckenmuskulatur auftritt, der die Immissio schmerzhaft macht. Diese Störung tritt gehäuft bei Vergewaltigungs- und Missbrauchsoffern auf. Basson et al. (2000) schlägt eine zusätzliche Kategorie vor, wo Schmerz bei nicht koitaler sexueller Stimulation erlebt wird.

Bei Problemen in der Orgasmusphase tritt der Orgasmus nicht oder nur stark verzögert ein, obwohl die Frau sexuell erregt ist. Bei der Diagnosestellung sollte das Alter, die sexuellen Erfahrungen und die vorausgegangene Stimulation miteinbezogen werden. Die männliche Orgasmusstörung wird analog zur weiblichen definiert.

In den gängigen Klassifikationen werden Ejakulatio praecox (vorzeitiger Samenerguss), -retarda (verzögerter Samenerguss) und -deficiens (ausbleibender Samenerguss) zu den Orgasmusstörungen gezählt, auch wenn das männliche Orgasmuserleben dabei nicht unbedingt beeinträchtigt sein muss. Es kann jedoch sein, dass die Partnerin dadurch keinen Orgasmus erlebt und dies sich wiederum auf den Mann auswirkt. Deshalb muss Belastung hier, wie auch bei allen anderen Diagnosekategorien, als wichtiges Element in das Diagnosesystem miteinbezogen werden (Möller et al., 2003).

Die DSM IV Klassifikation trägt auch den substanzinduzierten und den durch körperliche Erkrankung hervorgerufenen Sexualstörungen in einer eigenen Kategorie Rechnung.

Wichtig ist jedoch bei der Verwendung von Diagnosesystemen immer im Auge zu behalten, dass jede Gliederung nur eine Unterstützung ist, nicht aber zur ausreichenden Beschreibung des Sexuallebens des Menschen verwendet werden kann, da dafür der Mensch immer als Ganzes gesehen werden muss.

Für die Diagnose von sexuellen Funktionsstörungen ist außerdem die formale Deskription relevant. Hier wird auf Beginn (initial, primär, sekundär), Verlauf (akut, chronisch), Kontinuität (fakultativ, obligatorisch), Ausmaß (partiell, total), Praktik (praktikabhängig, -unabhängig), Partner/ Partnerin (partnerabhängig, -unabhängig) und Situation (situationsabhängig, -unabhängig) eingegangen (Sigusch, 2001).

2.4.2 Epidemiologie

Vorneweg ist zu sagen, dass Studien über die Häufigkeit von sexuellen Funktionsstörungen stark schwankende Werte aufgrund von unterschiedlicher Stichprobensammensetzung, Er-



hebungsmethode und Definition aufweisen.

Simons und Carey (2001) kamen in ihrer Übersichtsarbeit von 52 Studien zu folgendem Ergebnis:

Männer

- 4-5% vorzeitige Ejakulation
- 0-5% Erektionsstörungen
- 0-3% mangelnde Appetenz
- 0-3% Orgasmusstörungen

Frauen

- 7-10% Orgasmusstörungen

Für die restlichen Kategorien ließen sich aufgrund von zu großen Unterschieden im Studiendesign keine sicheren Daten errechnen. Es lässt sich aber feststellen, dass Dyspareunie und Vaginismus seltener als andere Störungen auftraten. Höhere Prävalenzen von Sexualstörungen wurden im sexualtherapeutischen Bereich und ärztlichen Praxen gefunden, was eventuell dadurch zu begründen ist, dass hier die meisten Studien methodische Mängel aufweisen und nicht auf den DSM Kriterien basieren. Die Zahlen sind dem 10 Jahre zuvor publizierten Review von Spector und Carey (1990) bis auf die Prävalenz der vorzeitigen Ejakulation, die damals wahrscheinlich aufgrund von kleinerer Stichprobengröße viel höhere Werte aufwies, im Wesentlichen sehr ähnlich.

In der „Massachusetts Male Aging Study“ (MMAS) und einer amerikanischen Studie (Laumann et al., 1999) wurden sehr hohe Prävalenzraten von sexuellen Funktionsstörungen gefunden. In der MMAS, die noch vor der Markteinführung von Viagra und somit frei von Interessen der Pharmakonzerne (Sigusch, 2001), durchgeführt wurde, berichteten 52% der Probanden über Erektionsstörungen (9,6% komplette, 25,2% mittelgradige und 17,2% geringgradige). Das Durchschnittsalter lag bei dieser Studie aber bei 52 Jahren und es wurde ein signifikanter Anstieg im Alter festgestellt. So hatten 5% der 40-Jährigen eine komplette erektile Dysfunktion, aber 15% der 70-Jährigen (Feldman et al., 1994).

Laumann et al. (1999) fand bei 43% der Frauen und bei 31% der Männer sexuelle Funktionsstörungen. 29% der Männer berichteten über vorzeitige Ejakulation, 10% über Erektionsstörungen, 16% über mangelndes Verlangen und 8% über Orgasmusstörungen. Bei den



Frauen betrug der Anteil für Orgasmusstörungen 24%, für mangelndes Interesse 33% und für Lubrikationsschwierigkeiten 19%.

Kritik von anderen Autoren gegenüber dieser Studie wird darin geübt, dass die Teilnehmer nur nach ihren sexuellen Beeinträchtigungen gefragt wurden, nicht aber, ob diese überhaupt als Problem von den Betroffenen erachtet wurden. So konnte Bancroft et al. (2003b) bei 44,3% seiner weiblichen Studienpopulation sexuelle Dysfunktionen finden, jedoch fühlten sich nur 24,4% davon beeinträchtigt.

Auch Sjogren Fugl-Meyer und Fugl-Meyer (1999) zeigen Unterschiede zwischen sexueller Dysfunktion und solcher, die tatsächlich ein Problem darstellt, auf. So fanden beispielsweise 69% der Männer ihre erektile Dysfunktion als belastend, während nur 45% der Frauen mit Orgasmusstörungen dies als belastend erlebten. Die Prävalenz für Orgasmusstörungen ist in dieser Studie bei 22% gelegen, sinkt aber auf tatsächliche 10%, sobald die Belastung als Diagnosekriterium miteinbezogen wurde.

Mit denselben Probanden wurde in einer weiteren Studie gezeigt, dass die Mehrheit der Frauen weniger sexuelles Verlangen zeigen, wenn sie zusätzlich an anderen sexuelle Funktionsstörungen leiden oder falls der Partner Ejakulations- oder Erektionsstörungen hat. Bei Männern wurde seltener ein Zusammenhang von eigenen Problemen mit denen des Partners gefunden (Sjogren Fugl-Meyer und Fugl-Meyer, 2002). Die Tatsache, dass Störungen des sexuellen Verlangens, vor allem bei Frauen über 40, häufig mit Erregungs- und Orgasmusproblemen koexistieren, wurde auch in einer anderen Studie aufgezeigt (Hartmann et al., 2002).

In einer europäischen Studie mit Männern und Frauen zwischen 40 und 80 schilderten 32% der Frauen und 23% der Männer „manchmal“ oder „häufig“ mindestens 2 Monate andauernde sexuelle Funktionsstörungen (Nicolosi et al., 2006).

Mercer et al. (2003) stellte bei einer Studie mit 16-44 jährigen Teilnehmern bei 54% der Frauen und 35% der Männer sexuelle Störungen fest, wobei aber nur bei 15,6% bzw. 6,2% diese über 6 Monate andauert hatten. Außerdem konnte bei den 11161 Teilnehmern ein indirektes Verhältnis zwischen sexuellen Problemen und Gesundheit festgestellt werden (Mercer et al., 2005).

Vermehrte Probleme wurden auch bei schlechterer Bildung, Stress und weniger Einkommen gefunden. Frauen, die weniger sexuell aktiv waren, hatten ein höheres Risiko für Appetenzstörungen. Bei Personen mit unterschiedlicher Rassenzugehörigkeit manifestierten sich



andere sexuelle Funktionsstörungen (Laumann et al., 1999).

Bei den meisten Studien wurde beobachtet, dass bei Frauen das Vorkommen von sexuellen Funktionsstörungen höher ist. Die am häufigsten geäußerten Probleme waren reduziertes Verlangen und Orgasmusstörungen (Sjogren Fugl-Meyer und Fugl-Meyer, 1999; Laumann et al., 1999; Möller et al., 2005; Nicolosi et al., 2006). Bei Männern steht die vorzeitige Ejakulation an erster Stelle, gefolgt von den Erektionsstörungen. (Möller et al., 2005; Nicolosi et al., 2006; Simons und Carey, 2001). Sowohl bei Frauen als auch bei Männern wird heute ein zunehmendes Phänomen der Lustlosigkeit beobachtet (Möller et al., 2003), welches bei (Laumann et al., 1999) und (Sjogren Fugl-Meyer und Fugl-Meyer, 1999) prozentuell bereits die Erektionsstörungen übersteigt.

2.4.3 Ursachen

Im Mittelpunkt des Interesses steht häufig die Frage, ob sexuelle Funktionsstörungen hauptsächlich organisch oder psychisch bedingt sind. Eine richtige Antwort hierzu gibt es nicht, da zwar bei organischer Ursache psychische Faktoren eine Verschlechterung bringen können und manchen psychoreaktiv entstandenen Funktionsstörungen auch eine organische Ursache zugrundeliegt, aber sexuelle Funktionsstörungen eigentlich multifaktorieller Genese sind (Tölle und Windgassen, 2006).

Organische Ursachen

Eine Vielzahl von nervalen, endokrinen, metabolischen, vaskulären und urogenitalen Erkrankungen können eine sexuelle Funktionsstörung bedingen (Sigusch, 2001).

So kommt es bei einem hohen Prozentsatz der Diabetiker zu sexuellen Dysfunktionen, die durch mikroangiopathische und polyneuropathische Veränderungen sowie Schädigungen der Schwellkörpermuskulatur und der Endothelzellen bedingt sind (Beier et al., 2005). Bei Männern treten vermehrt Ejakulationsprobleme, Erektionsprobleme und Appetenzstörungen auf, während Frauen häufiger Erregungs-, Lubrikations-, und Sensibilitätsstörungen im Bereich der Vagina und Klitoris sowie Anorgasmie und Dyspareunie aufweisen (Zemel, 1988). Auch depressive Verstimmungen stellen hier eine häufige Mitbeteiligung dar, wenn Patienten Probleme haben ihre Erkrankung zu akzeptieren (Kockott, 1995).

Selvin (2007) zeigte, dass die Prävalenz von Erektiler Dysfunktion bei Männern mit kardiovaskulären Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes, Bewegungsmangel und Herz-



erkrankungen in der Vorgeschichte, deutlich höher ist. In der MMAS wurden zusätzlich noch fortgeschrittenes Alter und Depression als prädisponierende Faktoren genannt (Feldman et al., 1994). Erektionsstörungen sind oft das Erstsymptom einer Gefäßerkrankung und nicht selten gehen sie dem ersten Herzinfarkt voraus (Bancroft, 1993). Im Gegenzug konnten in einer Studie ein Drittel der Übergewichtigen, die an erektiler Dysfunktion litten, durch vermehrte körperliche Aktivität und Gewichtsabnahme ihre normale sexuelle Aktivität wiedererlangen (Giugliano et al., 2006).

Auch bei Frauen kann die Arteriosklerose in den Beckengefäßen zu einem verminderten Blutfluss und in Folge zu Fibrose der Vaginalwand und Klitoris führen (Park et al., 1997). Generell kommen sexuelle Dysfunktionen als Folge von körperlichen Erkrankungen bei Frauen aber viel seltener vor als bei Männern (Bancroft, 1993).

Verschiedene neurologische Erkrankungen können zu sexuellen Funktionsstörungen führen. Als Beispiel sei die Multiple Sklerose genannt, wo nicht nur Störungen im Bereich der Pyramidenbahn, sondern auch soziale und psychische Probleme wie beispielsweise die Depression sexuelle Dysfunktionen bedingen (Marthol und Hilz, 2004).

Auch operative Eingriffe im Abdominal-, Becken- und Urogenitalbereich können sexuelle Dysfunktionen zur Folge haben. Hier sind psychotherapeutische Beratungen vor und nach der Operation sehr wichtig, um Folgen des chirurgischen Eingriffs von psychosozialen Auswirkungen unterscheiden zu können (Sigusch, 2001).

Bei psychiatrischen Erkrankungen stehen neben den Depressionen (siehe Kap. 3) auch Schizophrenien, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen mit sexuellen Dysfunktionen in Verbindung. Auch kommt es in unserer Leistungsgesellschaft sehr häufig zu Stress- und Erschöpfungszuständen (Beier et al., 2005). Stress beeinflusst zum einen durch Müdigkeit infolge von Schlafmangel und zum anderen durch Unfähigkeit zur Entspannung das Sexualleben negativ. Weiters bringt Alkoholabusus durch Kurz- und Langzeiteffekte sexuelle Funktionsstörungen mit sich. Auch wenn sich Frauen und Männer nach Alkoholkonsum sexuell erregter fühlen, treten bei Männern Erektionsstörungen und bei Frauen Beeinträchtigungen der Lubrikation auf. Chronischer Alkoholabusus kann zu zentralen und peripheren Neuropathien, Störungen der Hodenfunktion und daneben zu beachtlichen Beeinträchtigungen im sozialen Umfeld führen (Bancroft, 1993).



Medikamente

Einen wichtigen Bereich stellen auch die Arzneimittel induzierten Funktionsstörungen dar, sodass im DSM IV erstmals die Kategorie „Substance-induced sexual dysfunction“ Eingang fand. Wie oft Sexualstörungen, die durch Medikamente bedingt sind, entdeckt werden, hängt von der Vorgehensweise des Untersuchers ab. Wird nicht direkt nach sexuellen Veränderungen gefragt, bleiben diese meist unentdeckt. Versucht er hingegen gezielt sexuelle Funktionsstörungen zu explorieren, steigt der Prozentsatz der Betroffenen enorm.

Von besonderer Bedeutung bei Medikamenten, die häufig verordnet werden, sind Antihypertensiva und Diuretika sowie Antidepressiva und Neuroleptika. So lässt sich oft schwer entscheiden, ob ein Antidepressivum oder die Grunderkrankung der Depression, die Ursache für Sexualstörungen sind.

An einen Zusammenhang von Medikamenten und sexueller Dysfunktion ist zu denken, wenn ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Medikation und Störung besteht, aufgrund der Untersuchung kein Anhalt auf Psychogenese besteht, die Dysfunktion als Nebenwirkung bekannt ist und nach Absetzen des Medikamentes nicht mehr vorhanden ist. Medikamente, die häufig mit der Sexualfunktion interferieren, sind solche, die zentralnervöse Wirkungen haben, auf Neurotransmitter insbesondere Dopamin oder Serotonin wirken, den Hypothalamus-Hypophysenvorderlappen-Gonaden Regelkreis stören, den Prolaktinspiegel erhöhen, am peripheren vegetativen Nervensystem eingreifen oder Veränderungen der peripheren Durchblutung, die für die Lubrikation und Schwellreaktion wichtig ist, bewirken (Sigusch, 2001).

Psychosoziale Faktoren

Diese Faktoren lassen sich nach Arentewicz und Schmidt (1993) in vier Bereiche gliedern:

1. Abwehr von Angst
2. Partnerprobleme
3. Lerndefizite
4. Selbstverstärkungsmechanismus

Abwehr von Angst Aus psychoanalytischer Sicht werden Sexualstörungen als Schutzmechanismus gegen bestimmte Ängste aufgefasst. Durch negative Erlebnisse mit Triebwünschen in der Kindheit entstehen Triebängste, die sich dadurch manifestieren, dass der Betroffene Angst hat die Kontrolle über Körper und Emotionen zu verlieren. In Beziehungs-



ängsten können sich frühere Erlebnisse mit Verlassenwerden und daraus resultierende Verunsicherung im Zuwendungsbereich widerspiegeln. Aber auch eine zu enge Bindung an den gegengeschlechtlichen Elternteil kann dazu führen, dass alle späteren Partner mit dem jeweiligen Elternteil assoziiert werden. Männer und Frauen mit Geschlechtsidentitätsängsten sind verunsichert bezüglich ihres Körpers und versuchen somit das Genitale und die Sexualität aus ihrem Körperschema auszublenden. Seltener sind heutzutage Gewissensängste, die sich durch das Missverhältnis vom Wunsch nach sexueller Freizügigkeit und den im Elternhaus vermittelten engen sexuellen Normen ergeben (Arentewicz und Schmidt, 1993).

Berman et al. (1999) beschreibt in diesem Zusammenhang, dass unabhängig vom Vorhandensein organischer Erkrankungen, das Selbstvertrauen und das eigene Körperbild, sich erheblich auf die Sexualität auswirken.

Partnerprobleme Da bei Sexualproblemen die Partnerschaft nie unbeteiligt bleibt, gehören partnerdynamische Probleme wohl zu den wichtigsten Ursachen für Sexualstörungen. Partnerprobleme und Sexualität bedingen sich gegenseitig und verstärken sich dadurch.

Zu den vier partnerdynamischen Prozesse gehören:

- Delegation
- Arrangement
- Wendung gegen den Partner
- Ambivalenzmanagement

Unter *Delegation* versteht man, dass der „Ungestörte“ die Funktionsstörung des Betroffenen braucht, um seine eigenen Ängste und Hemmungen zu kaschieren. Er verbirgt seine eigenen sexuellen Probleme hinter denen des Partners.

Eine weitere Möglichkeit ist, dass durch ein indirektes *Arrangement* zur Vermeidung des Sexualverkehrs, jeder Partner dem anderen seine Angst vor der Sexualität abnimmt.

Die sexuelle Funktionsstörung kann aber auch als *Wendung gegen den Partner* eingesetzt werden, wenn in der Beziehung starkes Ungleichgewicht herrscht und damit Dominanzkonflikte ausgetragen werden.

Mit Hilfe der Funktionsstörung können *Nähe-Distanz Ambivalenzen* reguliert werden und sie kann so beispielsweise als Flucht eines Partners vor bedrohlicher Nähe entstehen (Arentewicz und Schmidt, 1993).



Nach Bancroft et al. (2003b) sind eine emotionale Beziehung mit dem Partner und generelles Wohlbefinden die zwei stärksten Einflusswerte auf die Zufriedenheit mit der Sexualität. Auch in einer anderen Studie wird beschrieben, dass der Orgasmus durch Unzufriedenheit in der Partnerschaft und Mangel an emotionaler Nähe negativ beeinflusst wird (Gonzalez et al., 2006). Zusätzlich fand Mercer et al. (2005), dass Personen, die eine schlechte Gesprächsbasis über Dinge sexueller Natur, mit ihrem Partner hatten, wahrscheinlicher sowohl über Kurz- als auch Langzeitprobleme mit der Sexualität berichteten.

Lerndefizite Da Eltern als wichtige Modellpersonen für den Bereich Sexualität ausfallen, fehlen in diesem Bereich die Lernmöglichkeiten. Die meisten Jugendlichen sind auf ihre ersten sexuellen Erfahrungen nicht gut vorbereitet. So können Versagenserlebnisse entstehen, die sich zu Vermeidungsverhalten und Erwartungsängsten entwickeln.

Selbstverstärkungsmechanismus Der Selbstverstärkungsmechanismus spielt bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von sexuellen Funktionsstörungen eine wichtige Rolle. Es kommt zunächst wie beim normalen Sexualverhalten zu einer Annäherung. Aufgrund von verschiedenen in diesem Kapitel genannten Ursachen bleibt die folgende Erregung aber aus. Ein Geschlechtsakt kommt nicht zustande und der Sexualverkehr endet unangenehm. Tritt dies häufiger auf, entwickelt sich Erwartungsangst und angstbesetzte Selbstbeobachtung, die Entspannung verhindert. Der Betroffene lässt dann aufgrund von Versagensangst keine Erregung mehr aufkommen, was wiederum Partnerkonflikte unausweichlich macht (Kockott und Fahrner, 2000).

Abb. 2.2 zeigt, dass es Faktoren gibt, die die Sexualstörung auslösen und solche, die sie aufrechterhalten. Die Persönlichkeit bildet das Bindeglied dazwischen. Meist führt eine einzelne negative Erfahrung nicht zu sexuellen Problemen, sondern erst die Summe von schlechten Erfahrungen in verschiedenen Bereichen. Ob nun eine Person tatsächlich eine Störung erleidet, hängt von der Persönlichkeit ab. Als Persönlichkeitsmerkmale, die häufig negativen Einfluss haben, wurden mangelnde Selbstsicherheit, geringes Selbstwertgefühl und starke Leistungsbezogenheit beobachtet. (Kockott, 1995).

So fanden Hartmann et al. (2002) eine große Korrelation zwischen Appetenzstörungen und geringem Selbstwertgefühl, emotionaler Instabilität, Introversion und depressiver Stimmung. Die Patienten mit verringertem sexuellen Verlangen wiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe vermehrt die Charaktermerkmale „besorgt“ und „ängstlich“ auf. Eine Erklärung dafür wäre,

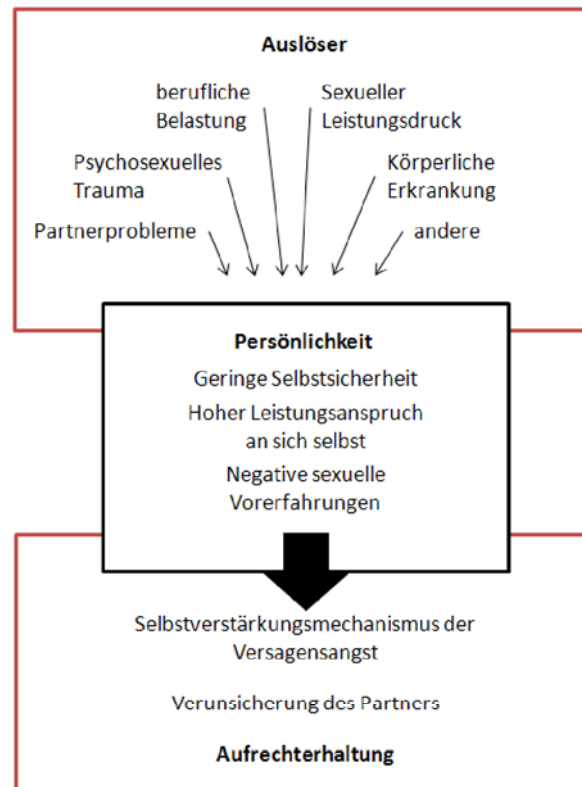


Abbildung 2.2 – Entstehung und Aufrechterhaltung funktioneller Sexualstörungen nach (Kockott, 1995)

dass diese Frauen mit dem Kontrollverlust, den der Sexualverkehr impliziert, nicht gut umgehen konnten.

Sexuell gestörte Personen haben auch oft negative sexuelle Erfahrungen gemacht. Frauen, die sexuell missbraucht wurden, leiden häufig an Appetenzstörungen, während bei Männern Erektile Dysfunktionen in diesem Zusammenhang öfter vorkommen (Laumann et al., 1999).

2.4.4 Diagnostik

Obwohl heute wesentlich offener über Sexualität gesprochen wird als früher, ist dies immer noch ein heikler Punkt in der Arzt-Patienten Beziehung. Viele Patienten haben Scheu, dem Arzt ihre Sexualprobleme mitzuteilen. Dies passiert zum einen aus Schamgefühl, zum anderen aber auch, weil ihnen die Sprache fehlt, ihre Beeinträchtigungen in geeignete Worte zu fassen. Dadurch wird eine große Anforderung an den Arzt gestellt. Er sollte sich mit einfühlsamen, aber doch auch direkten Fragen einen Weg durch die Sprachprobleme, das Risiko der Übermedikalisierung und dem Übersehen einer organischen Ursache bahnen (Ramage, 2007).

Doch auch viele Ärzte fühlen sich im Umgang mit dem Thema Sexualität nicht sattelfest. Sogar bei einer Befragung von psychiatrischen Assistenzärzten gaben nur 24% an regel-



mäßig eine Sexualanamnese bei ihren Patienten zu erheben, 81% fühlten ihre Ausbildung hinsichtlich Sexualstörungen als unzulänglich und nur 30% fragten ihre Patienten nach Nebenwirkungen von Psychopharmaka auf die Sexualität (Rele und Wylie, 2007). Das Wissen vieler Ärzte zur Sexualität wird oft aus denselben Quellen wie das der Patienten bezogen und ist somit kein Expertenwissen (Buddeberg, 1998).

In einer europäischen Studie, berichteten 74% der Teilnehmer mit sexuellen Dysfunktionen, dass sie keinen Arzt konsultiert hatten. Als Gründe dafür wurden die mangelnde Wahrnehmung ihres Problems und dass sie ihre Störung nicht für medizinisch relevant hielten angegeben. Mehr als ein Drittel empfand es als peinlich über die eigene Sexualität zu sprechen. (Nicolosi et al., 2006).

Der freizügigen Umgang mit Sexualität heute, bringt aber auch die Vermarktung der Intimität mit sich. Der Patient wird sich vielleicht dem Therapeuten als sehr aufgeschlossen präsentieren und raffiniert über das Versagen und die Fehler des Partners berichten. Dies macht natürlich ein ernsthaftes Zweiergespräch über eigene sexuelle Probleme schwieriger (Buddeberg, 1998).

Das diagnostische Gespräch sollte das sexuelle Erleben ausgiebig analysieren, um den Schweregrad der sexuellen Funktionsstörung abschätzen zu können, die Bedeutung für den Einzelnen und das Paar zu erfassen versuchen und eine allgemeine Anamnese über Gesundheits- und Krankheitsvorgeschichte sowie Medikamente beinhalten. Körperliche Untersuchung und Labordiagnostik sind nur bei spezifischen Hinweisen aus der Anamnese erforderlich (Möller et al., 2003).

2.4.5 Therapie

Einen Meilenstein in der Sexualtherapie stellt das von Masters und Johnson 1970 eingeführte Konzept der Paartherapie dar. Dieses beruht auf den drei Merkmalen der Paar-, Team- und Intensivtherapie. Sie gingen davon aus, dass sich sexuelle Funktionsstörungen immer in der Partnerschaft entwickeln und behandelten deshalb das Paar und nicht den Einzelnen. Die Behandlungen wurden immer von einem Therapeutenteam mit einem männlichen und einen weiblichen Part geführt, damit jeder Partner einen Vertreter seines Geschlechts hatte. Die Therapiedauer betrug mit täglichen Sitzungen etwa 2-3 Wochen. Inzwischen wurde dieses Modell darin modifiziert, dass die Sitzungen von einem Therapeuten ambulant über 30 Wochen durchgeführt werden (Möller et al., 2003). Kaplan (1981) versuchte diese Methode mit psychoanalytischen Prinzipien zu kombinieren und bildet mit ihrer Psychosexualtherapie



eine wichtige Basis bei der Behandlung der häufig therapieresistenten Appetenzstörungen (Beier et al., 2005).

Bei den organischen Therapien sind immer noch die meisten auf männlichen Sexualprobleme ausgerichtet. Durch den enormen Erfolg der Einführung von Viagra 1998, wird man sich aber - mitunter auch durch Pharmaindustrie gesteuerte Forschung - auch den weiblichen Funktionsstörungen in Zukunft sicher genauer annehmen. (Sigusch, 2001). Sildenafil (Viagra) gehört zusammen mit Vardenafil und Tadalafil zur Gruppe der PDE-5 Inhibitoren. Durch Hemmung der Phosphodiesterase (PDE5) wird der Abbau des cGMP blockiert, welches durch seine relaxierende Wirkung, eine Erektion hervorruft. Von großem Vorteil ist sicher, dass es oral eingenommen werden kann und bei Erektionsstörungen sehr unterschiedlicher Genese wirkt. Kontraindikationen stellen die Einnahme von Nitraten oder Stickstoffmonoxidendonatoren dar (Lue et al., 2004).

Die Anwendung von Sildenafil bei Frauen brachte hingegen noch keine anerkannten Empfehlungen. Basson et al. (2002) zeigte mit seiner Studie mit 781 Frauen, dass Sildenafil zwar gut vertragen wurde, aber keinen subjektiv positiven Effekt bezüglich der Erregungsstörung brachte. Eventuell könnten aber bestimmte Subgruppen von Erregungsstörungen profitieren. Aber auch in einer anderen Studie bei postmenopausalen Frauen mit sexueller Dysfunktion profitierten nur 6 von 33 Frauen signifikant von Sildenafil (Kaplan et al., 1999).

Kritische Denkansätze rund um Viagra sind, dass dies nur ein weiteres Zeichen des somatoformen Denkens in der Behandlung von Sexualstörungen darstellt und die Praxis vorantreibt unerwünschte Effekte eines Medikamentes mit anderen Medikamenten zu therapieren (Sigusch, 2001). Rowland (2007) sieht die Einführung pharmakologischer Behandlungen auf dem Gebiet der Sexualität insofern als problematisch, dass sich das Krankheitsmodell gegenüber dem biopsychosozialen Modell immer mehr etabliert. Laut May et al. (2007) ist auch die Akzeptanz bei der Bevölkerung für PDE-5 Inhibitoren nicht besonders gut. 96% seiner Studienpopulation kannte zwar zumindest einen PDE-5 Inhibitor, jedoch hatten nur 9% der Befragten mit Erektile Dysfunktion Erfahrung damit und 38,4% gaben an, dass sie diese Therapie verweigern würden. Nur 53% aller Befragten konnten sich vorstellen, diese Medikamente einzunehmen. Die Einstellung gegenüber diesen Medikamenten könnte sich verbessern, wenn die Preise sinken und mehr Aufklärung betrieben würde.

Weiters werden der zentral wirkende Dopamin-Agonist Apomorphin und der Alphablocker



Yohimbin in der Behandlung der erektilen Dysfunktion eingesetzt, wenngleich auch mit viel bescheideneren Erfolgen (Lue et al., 2004).

Als Reservetherapien kommen auch noch die intrakavernöse-/ transurethrale Injektion von vasoaktiven Medikamenten oder die Penisprothesenimplantationen in Frage.

Liegt ein Hypogonadismus vor, gibt es auch die Möglichkeit einer transdermalen Testosterontherapie (McVary, 2007). Obwohl auch bei der Sexualität der Frau ein Zusammenhang mit Androgenen angenommen wird und Shifren et al. (2000) bei 75 postmenopausalen Frauen einen Anstieg der Häufigkeit des Sexualverkehrs, des sexuellen Vergnügens und der Orgasmusintensität unter transdormaler Testosterontherapie nachwies, fehlen doch Langzeitstudien, um dies als Standardtherapie einsetzen zu können (Pauls et al., 2005).

Bei lebenslangen Orgasmusstörungen der Frau wird ein Masturbationsprogramm empfohlen, bei solchen, die nur in Beziehung mit dem Partner auftreten, soll der Fokus auf die Beziehungsbasis gelegt werden. Eine pharmakologische Therapie ist wie bei Vaginismus und Dyspareunie, wo der Schwerpunkt auf Schmerzwahrnehmung, emotionalem Wohlbefinden, Anamnese von eventuellem Missbrauch und Partner- bzw. Sexualtherapie liegen sollte, nicht Mittel der ersten Wahl. Auch physiotherapeutische Maßnahmen wie Beckenbodentraining können eine Verbesserung bewirken (Basson et al., 2004).

Insgesamt ist in der Sexualtherapie eine Zusammenarbeit von verschiedenen Disziplinen wichtig, um eine zufriedenstellende Therapie zu gewährleisten. Pharmakologische Behandlungen alleine sind häufig nicht erfolgsversprechend (Lue et al., 2004).

2.5 Andere Sexualstörungen

Zusätzlich zu den sexuellen Funktionstörungen gehören noch die Störungen der Geschlechtsidentität und die Paraphilien zu den Sexualstörungen. Die letzteren beiden werden in dieser Arbeit nur sehr kurz beschrieben, da sie wenig Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen bieten und auch in den Testbatterien nicht aufgegriffen werden.

2.5.1 Störungen der Geschlechtsidentität

Dabei besteht ein ausgeprägter Wunsch dem anderen Geschlecht anzugehören und ein Fremdheitsgefühl gegenüber dem eigenen Geschlecht. Zusätzlich muss ein großer subjektiver Leidensdruck bestehen. Eine Extremform ist der Transsexualismus, wo mittels hormoneller Behandlung oder chirurgischer Eingriffe, der eigene Körper gegengeschlechtlich verändert



wird. Diese Patienten kommen meist erst dann in psychiatrische Behandlung, wenn die Entscheidung sich dem anderen Geschlecht angleichen zu lassen bereits getroffen wurde. Die Ursachen für Sexualstörungen sind noch weitgehend ungeklärt.

2.5.2 Störungen der Sexualpräferenz, Paraphilien

Paraphilien sind mindestens über 6 Monate immer wiederkehrende sexuelle Phantasien, die sich auf Sachen, nichtmenschliche Wesen, Kinder oder andere nicht einwilligende Menschen beziehen oder jemanden demütigen. Sie müssen zu subjektivem Leiden führen oder das Leben des Betroffenen beeinträchtigen. Dazu gehören Exhibitionismus, Fetischismus, Frotteurismus, Pädophilie, Sexueller Masochismus und Sadismus, Voyeurismus, Transvestitischer Fetischismus und andere nicht näher bezeichnete Paraphilien. Häufig treten auch multiple Störungen der Sexualpräferenz auf. Viele Patienten mit diesen Störungen werden nie beim Psychiater vorstellig. Einigen Paraphilien wie beispielsweise Exhibitionismus und Pädophilie, die hauptsächlich Männer betreffen, wird aber strafrechtlich nachgegangen.

Kapitel 3

Sexualität und Depression

In Kapitel 3.1 wird der Zusammenhang zwischen sexuellen Störungen und Depression zuerst anhand von Studien mit unbehandelten Depressiven, dann bei bereits Therapierten und schließlich mit experimentellen Versuchsanordnungen, aufgezeigt. Anschließend werden die therapeutischen Möglichkeiten und die neurologischen Zusammenhänge, die sich im speziellen Kontext von Sexualität und Depression ergeben, betrachtet. Ein weiterer Fokus liegt auf dem Einfluss von einmaligen und mehrmaligen depressiven Episoden und dem Schweregrad der Depression auf die Sexualität. Abschließend wird die schon eingangs erwähnte Bidirektionalität von Depression und Sexualität genauer aufgegriffen. In Kapitel 3.2 werden die Einstellung zum eigenen Körper und partnerschaftliche Veränderungen im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen und Sexualität behandelt.

3.1 Sexuelle Dysfunktionen bei depressiven Störungen

Obwohl die meisten depressiv Erkrankten, Sexualität immer noch als wichtig in ihrem Leben erachten (67-80%), nimmt die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs oft doch deutlich ab. So berichteten viele Depressive bei Williams et al. (2006), dass sie in den letzten vier Wochen nicht sexuell aktiv waren und 30% hatten sogar länger keinen Sexualverkehr mehr gehabt. Ähnliches zeigte sich in der Studie von Kennedy et al. (1999). Die Hälfte der depressiven Frauen und ein Viertel der Männer hatte keine sexuelle Aktivität im vorangegangenen Monat.

Die Prävalenz von sexueller Dysfunktion bei depressiven Patienten reicht von Werten um die 50% (Angst, 1998; Ekselius und von Knorring, 2001) bis zu mehr als 80% (Rosen et al., 1999; Clayton et al., 2006; Cohen et al., 2007). In der Studie von Clayton et al. (2006) betrachteten nur 6,5% ihre Sexualität als völlig normal. Auch Hartmann (2007) kam zum



Schluss, dass etwa 50-90% der depressiven Patienten negative Veränderungen in ihrer Sexualität erleben.

3.1.1 Medikamentös unbehandelte Depression

Es gibt nur wenige Studien, die die direkten Auswirkungen von depressiven Erkrankungen auf die Sexualität untersuchen. Um im weiteren Verlauf die häufig bereits antidepressiv therapierten Patienten zu betrachten, ist es aber von großer Wichtigkeit die Beeinflussung durch die Depression selbst zu erfassen.

Die am häufigsten beeinträchtigte Phase bei medikamentös unbehandelten Depressiven stellt das Verlangen dar. So wurden von 31-50% Patienten Appetenzstörungen berichtet, die sich in geringem Interesse im Bezug auf Geschlechtsverkehr, aber auch auf erotische Gedanken und Materialien, widerspiegelten (Mathew und Weinman, 1982; Kennedy et al., 1999; Bancroft et al., 2003b; Kuffel und Heiman, 2006). Casper et al. (1985) fand sogar bei 72% seiner Patienten mit unipolarer und bei 77% mit bipolarer Depression Störungen im sexuellen Verlangen. Dieses Problem wurde aber von den Patienten belastender als alle anderen Symptome der Depression empfunden.

Reduzierte Erregung wurde in einer Studie zwar bei 40-50% der Frauen und bei 34-46% der Männer gefunden (Kennedy et al., 1999). Kuffel und Heiman (2006) jedoch konnten in einer Studie an 28 Frauen mit milden depressiven Symptomen keine Beeinträchtigung in der Erregungs- und Orgasmusphase und keine Schmerzen beim Geschlechtsverkehr feststellen. Der Grund für zweiteres Ergebnis könnte die nur leichte depressive Verstimmung der Teilnehmer gewesen sein, oder aber auch, dass sie noch keine Antidepressiva erhalten hatten (Kuffel und Heiman, 2006).

Deutlich seltener traten Orgasmusstörungen auf (15-20%) (Kennedy et al., 1999). Mathew und Weinman (1982) zeigten zwar deutlich höhere Zahlen (34% Anorgasmie, 38% vorzeitige Ejakulation, 47% verzögerte Ejakulation), jedoch erreichten diese keine statistische Signifikanz gegenüber der Kontrollgruppe.

Dass Sexualität durch Depression aber nicht immer in dieselbe Richtung beeinflusst werden muss, zeigten einige auf den ersten Blick etwas paradox erscheinende Ergebnisse. So wurden bei 9-23% der Depressiven ein gesteigertes sexuelles Verlangen gefunden (Mathew und Weinman, 1982; Angst, 1998; Bancroft et al., 2003a; Lykins et al., 2006). Als Erklärung können viererlei Ursachen gefunden werden. Kuffel und Heiman (2006) meinten, dass



diese Ergebnisse auf methodologische Probleme wie Mängel an standardisierten Messverfahren zurückzuführen sind und in den Studien, der Anteil der Depressiven, die einen Anstieg der Libido berichteten, relativ klein war. Dahinter könnten aber auch der Wunsch nach Nähe zum Partner und das durch seine Aufmerksamkeit entstehende Bestätigungsgefühl stecken (Bancroft et al., 2003a). Die erhöhte sexuelle Aktivität könnte aber auch als eine Copingstrategie auf die vorherrschende Freundlosigkeit bei Depression gesehen und von den Betroffenen als eine Art „antidepressive Therapie“ eingesetzt werden.

3.1.2 Medikamentös behandelte Depression

Nicht nur die Depression ist mit sexuellen Problemen assoziiert; es besteht zusätzlich ein großer Einfluss der Therapie. So wurden bei einigen Studien, die bereits therapierte Patienten miteinbezogen, sehr hohe Werte für sexuelle Beeinträchtigungen gefunden.

Bei Depressiven, die unter SSRI/SNRI (Selective Serotonin Reuptake-Inhibitor/ Serotonin-Noradrenalin Reuptake Inhibitor) Behandlung standen, hatten 91,2% der Männer und 79% der Frauen Appetenzstörungen, 71,9% bzw. 83,3% Erregungsprobleme und 81,1% bzw. 45,4% Orgasmusstörungen (Clayton et al., 2006).

Auch Cohen et al. (2007) fanden bei 261 depressiven Patienten, die größtenteils unter SSRI, aber zum Teil auch unter anderer antidepressiver Therapie oder keiner Behandlung standen, ähnlich hohe Werte: 74,4% berichteten über Appetenz-, 57,5% über Erregungs- und 53,6% über Orgasmusstörungen. Es stellte sich kein signifikanter Unterschied beim Vergleich der beiden Geschlechter heraus. Antidepressiv therapierte Patienten wiesen in allen Bereichen höhere Beeinträchtigungen im Vergleich zu Patienten ohne Medikation auf (82,5% versus 66,7%).

Letzteres konnte auch Angst (1998) in seiner Studie bestätigen. Er fand bei 26% der gesunden Probanden und bei 45% der nicht behandelten Depressiven sexuelle Störungen, aber deutlich höhere Zahlen (65%) bei den bereits therapierten Patienten. Einzige Ausnahme stellte das sexuelle Verlangen dar, welches sich durch die Therapie kaum verändert zeigte. Kein Unterschied im Auftreten von sexuellen Problemen wurde zwischen der medikamentösen Behandlung und Psychotherapie festgestellt.

Will man nun die direkten Auswirkungen von Antidepressiva auf die Sexualität betrachten, stößt man auf eine große Bandbreite an Studien, die aber aufgrund ihrer unterschiedlichen Testverfahren und Studiendesigns sehr schwer miteinander vergleichbar sind.



Das Auftreten von sexueller Dysfunktion wurde bereits bei allen Klassen von Antidepressiva beobachtet, jedoch unterscheiden sich die Prävalenzraten.

Die Zahlen für sexuelle Dysfunktion bei SSRI's liegen bei etwa 40-73% (Balon et al., 1993; Montejo-González et al., 1997; Segraves et al., 2000; Philipp et al., 2000; Kennedy et al., 2000; Montejo et al., 2001; Clayton et al., 2002), wobei niedrige Werte vermehrt bei Fluoxetin und hohe bei Paroxetin oder Citalopram gefunden wurden. Bei Philipp et al. (2000) und Clayton et al. (2002) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den SSRI's festgestellt werden. Modell et al. (1997) fand eine etwas höhere Gesamtbeeinträchtigung durch SSRI's (67-86%), konnte aber ebenfalls keine signifikanten Unterschiede einzelner Medikamente dieser Klasse feststellen.

Die am häufigsten mit SSRI assoziierten Störungen sind verzögerte Ejakulation, Anorgasmie und verzögerter Orgasmus, aber auch Störungen des Verlangens und der Erregung treten vermehrt auf (Lane, 1997; Rosen et al., 1999).

Montejo et al. (2001) fand in 50-64% Appetenzstörungen und Orgasmusstörungen im Sinne eines verzögerten Orgasmus. In der Studie von Kennedy et al. (2000) hatten 30-50% der mit Sertralin und Paroxetin therapierten Patienten Beeinträchtigungen im Verlangen, in der Erregung und im Orgasmus. Auch Modell et al. (1997) fand mit 55% Libido-, 50% Erregungs- und 36-38% Orgasmusstörungen ähnliche Werte.

Bei Männern wurde eine größere Häufigkeit von Antidepressiva induzierter sexueller Dysfunktion im Vergleich zu Frauen gefunden, jedoch erlebten Frauen die Störung mit größerer Intensität (Montejo-González et al., 1997; Kennedy et al., 2000; Montejo et al., 2001).

Die Ursachen, warum SSRI's die Sexualität so stark beeinträchtigen, werden darin vermutet, dass sie hauptsächlich den Serotonin-2 (5-HT₂) Rezeptor aktivieren, der die Sexualfunktion negativ beeinflusst (Meston und Frohlich, 2000). Während sich dies hauptsächlich auf den Orgasmus auswirkt, wird das Verlangen durch die inhibierte Dopamin Neurotransmission herabgesetzt (Argiolas und Melis, 2001).

Kontrovers zu den vorhergehenden Studien wurden vereinzelt auch positive Veränderungen der Sexualität unter SSRI Therapie festgestellt. Piazza et al. (1997) fand nach 6-wöchiger SSRI Therapie einen Anstieg des sexuellen Verlangens und der psychischen Erregung - nicht aber der physischen Erregung (Lubrikation) - und der globalen Sexualfunktion bei Frauen. Bei Männern hingegen trat eine Verschlechterung der Orgasmusstörungen, der globalen



Sexualfunktion und tendenziell auch des sexuellen Verlangens auf. Die Ursache für die Verschlechterung der Orgasmusfunktion sah er in den Nebenwirkungen der Medikation, wie auch zahlreichen Studien zeigten. Das Ausbleiben der negativen Effekte bei Frauen könnte in der Verbesserung des depressiven Zustandsbildes liegen und eventuell auch darin, dass in der Produktinformation von SSRI's weniger negative Auswirkungen auf die Sexualität bei Frauen beschrieben werden.

Ebenso stellte Ekselius und von Knorring (2001) positive Wirkungen von SSRI's auf das Verlangen, sogar bei beiden Geschlechtern fest. In den anderen Bereichen der Sexualität konnte er, außer einem Anstieg der Ejakulationsprobleme bei Männern, keine Veränderungen erfassen. Dass auch die Orgasmuszufähigkeit nicht beeinträchtigt wurde, steht im Widerspruch zu den meisten anderen Studien.

Eine Verbesserung der sexuellen Funktion und Zufriedenheit wurde auch in einer Studie mit Paroxetin und Reboxetin bei beiden Medikamenten beobachtet, wobei sie bei Reboxetin deutlich größer war und viel schneller eintrat. Eine Schwäche dieser Studie ist aber die hohe Drop-out Rate; die Studienpopulation halbierte sich bis zum Schluss und bestand dann nur noch aus 24 Teilnehmern.

Der verzögerte Samenerguss, der eine häufige Nebenwirkung darstellt, kann sich auch positiv bei Patienten mit vorzeitiger Ejakulation auswirken. So zeigte sich in einer Studie durch Fluoxetin und Paroxetin eine deutliche Verlängerung der Ejakulationslatenzzeit (Waldinger et al., 1998).

Unter Venlafaxin, welches in die Kategorie der SNRI gehört, werden zwar unterschiedliche Häufigkeiten von sexueller Dysfunktion berichtet (67% bzw. 41%), jedoch sind diese sehr ähnlich den Werten, die in diesen Studien unter SSRI Therapie beobachtet wurden (Clayton et al., 2002; Montejo et al., 2001).

Auch für Mirtazapin, ein Noradrenalin- und Serotonin- spezifisches Antidepressivum, wurden bei Clayton et al. (2002) ähnliche Zahlen wie bei den SSRI gefunden. Montejo et al. (2001) hingegen konnte nur bei 24,4% der mit Mirtazapin therapierten Depressiven sexuelle Probleme erfassen. In einer Studie wurde unter Mirtazapin sogar über eine Verbesserung, der SSRI-induzierten sexuellen Dysfunktion berichtet. 58% der Probanden kehrten zur ihrer normalen Sexualfunktion zurück und bei 11% konnte eine signifikante Verbesserung erreicht werden. Nicht zu vergessen sind aber die Nebenwirkungen von Mirtazapin wie Müdigkeit,



Muskelsteifigkeit, Erregbarkeit und Gewichtszunahme, die bei zwei Drittel der Studienpatienten auftraten (Gelenberg et al., 2000).

Deutlich seltener mit sexueller Dysfunktion assoziiert sind Nefazodon und Bupropion. So traten unter Nefazodon in einer Studie nur bei 8% sexuelle Dysfunktionen auf (Montejo et al., 2001), während es bei Clayton et al. (2002) 28% waren. Im direkten Vergleich mit Sertralin zeigten sich bei Nefazodon nur in 19% Ejakulationsprobleme (vs. 67%) und 89% der Männer waren zufrieden mit ihrer Sexualität (vs. 50%) (Feiger et al., 1996). Zajecka et al. (2002) fand bei Männern und Frauen unter Nefazodon eine Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit und bei Frauen eine generelle Verbesserung der Sexualfunktion.

Die Prävalenz von Sexueller Dysfunktion bei Bupropion liegt bei etwa 7-25% (Clayton et al., 2002; Segraves et al., 2000), wobei 77% der Bupropion Patienten sogar eine Verbesserung in zumindest einem Aspekt ihrer Sexualität beobachteten (Modell et al., 1997). Die Ursache der niedrigen sexuellen Beeinträchtigungen unter Bupropion dürfte wohl auf das Fehlen der serotonergen Aktivität und der noradrenerg-dopaminergen Funktion zurückzuführen sein (Werneke et al., 2006). Nefazodon dürfte sich deshalb positiv auswirken, da es den postsynaptischen Serotonin-2 Rezeptor down-reguliert und den Serotonin-1A Rezeptor, der exzitatorische Wirkung auf die Sexualität hat, aktiviert (Ferguson, 2001).

Trizyklische Antidepressiva bewirken ein sehr häufiges Auftreten von sexuellen Beeinträchtigungen (Segraves, 1998) mit Zahlen von bis zu 90% (Montgomery et al., 2002), wobei besonders das sexuelle Verlangen und die Orgasmusphase betroffen sind (Werneke et al., 2006).

Bei MAO-Hemmern hingegen wird ein weniger häufiges Auftreten von sexuellen Dysfunktionen berichtet (Philipp et al., 2000; Montejo et al., 2001).

Sowohl bei Sexualitätsstörungen als Folge der noch nicht therapierten Depression als auch bei solchen, wo Medikamente eine zusätzliche Beeinflussung bewirken, ist eine direkte Befragung in Form von systematischen Fragebögen oder strukturierten klinischen Interviews von essentieller Bedeutung. Die Abneigung vieler Patienten und deren Therapeuten, über diese Thematik offen zu sprechen, führt sonst zu einem deutlichen Unterschätzen des Problems. So berichteten beispielsweise in der Studie von Montejo-González et al. (1997) nur 14%



der Befragten spontan über ihre sexuellen Probleme, während dies aber 58 % bei direktem Befragen taten.

3.1.3 Experimentelle Studien

In experimentellen Studien ergaben sich bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Depression und Sexualität widersprüchliche Ergebnisse.

Meisler und Carey (1991) fanden bei 15 sexuell nicht beeinträchtigten Männern, die aufgefordert wurden, sich in positive und negative Stimmungslagen zu versetzen, in der depressiven Stimmung am Beginn der Exposition des erotischen Materials verminderte Erregung. Die maximale subjektive Erregung trat sehr verlangsamt ein.

Eine andere Studie bestätigte diese Ergebnisse. 24 Männer hatten in der positiven Stimmungsphase eine größere penile Tumescenz und empfanden mehr subjektive Erregung. In der negativen Stimmung wurde eine geringere penile Tumescenz gemessen. Dass die subjektive Erregung unbeeinträchtigt war, wird darauf zurückgeführt, dass Männer dazu tendieren ihre erektile Reaktion überzubewerten (Mitchell et al., 1998).

Hindmarch (1998) vermutete, dass depressive Individuen eine eingeschränkte Fähigkeit haben, sexuelle Reize aufzunehmen. Diese haben für sie eine andere Wertigkeit, was folglich zu einer verminderten sexuellen Antwort führt. Auch Kuffel und Heiman (2006) dachte, dass, wenn eine Frau ein positives sexuelles „Selbst-Schema“ hat, ein Stimulus durch Erinnerung mit sexueller Bedeutung assoziiert wird und zu einer sexuellen Reaktion führt. Im Falle eines negativen „Selbst-Schemas“, welches mit Depression assoziiert ist, werden Stimuli meist nicht sexuell beurteilt und die sexuelle Antwort bleibt aus. In seiner Studie bestätigten diese Annahmen sich aber nicht. Bei gesunden und depressiven Frauen wurde die subjektive sexuelle Erregung und die Vaginalreaktion (mit Photoplethysmografie) auf visuelle sexuelle Stimuli gemessen. Die Teilnehmer wurden aufgefordert ein positives und negatives „Selbst-Schema“ anzunehmen. Wider Erwartens zeigte sich eine vermehrte sexuelle Erregung im positiven Schema sowohl in der Kontrollgruppe als auch bei depressiven Frauen. Das Ergebnis war also unabhängig von den vorbestehenden sexuellen „Selbst-Schemata“, welche bei Depressiven als negativ vermutet werden. Als eventuelle Erklärung dafür sah er, dass das sexuelle „Selbst-Schema“ der Frau zwar beeinflusst, ob sie sich auf eine sexuelle Situation einlässt, nicht notwendigerweise, aber welche Reaktionen durch einen sexuellen Stimulus, wie z.B. einen Erotikfilm hervorgerufen werden.



3.1.4 Therapie

Da sexuelle Dysfunktionen nicht nur bei der Depression selbst eine wichtige Rolle spielen, sondern auch einer der häufigsten Gründe für Therapieabbrüche darstellen, ist es zunächst das primäre Ziel diese zu erkennen. Der behandelnde Arzt sollte nicht zögern diese Thematik zu adressieren, was natürlich nur möglich ist, wenn es ihm selbst kein Unbehagen bereitet und er auch entsprechendes Fachwissen besitzt (Clayton, 2001).

Unter den medikamentösen Therapien brachten PDE-5 Hemmer sowohl bei Sexualstörungen bei unbehandelter (Seidman et al., 2001; Rosen et al., 2006) als auch bei behandelter Depression (Nurnberg et al., 2003; Fava et al., 2006) positive Ergebnisse. Die Studienpopulation bestand aber immer nur aus Männern. Bei 280 Patienten mit leichter Depression und erektiler Dysfunktion wurde unter Vardenafil eine statistisch signifikante Verringerung der Erektionsprobleme und auch Verbesserungen in den Bereichen Verlangen, Orgasmus und Gesamtzufriedenheit erreicht (Rosen et al., 2006). Auch unter Sildenafil erlebten 54,5% der Patienten mit Antidepressiva assoziierter sexueller Dysfunktion eine sehr starke oder starke Verbesserung der globalen Sexualfunktion (Nurnberg et al., 2003). Seidman et al. (2001) und Fava et al. (2006) zeigten unter Sildenafil eine Verbesserung der erektilen Dysfunktion, wobei auch die depressive Symptomatik sich in ersterer Studie bei 76% der Patienten um die Hälfte verbesserte.

Wie in den experimentellen Studien in Kap. 3.1.3., in denen Schemata der Verhaltenstherapie herausgegriffen wurden, bereits aufgezeigt wurde, ist auch die Verhaltenstherapie in der Behandlung von sexuellen Problemen bei Depression gut einsetzbar (Kuffel und Heiman, 2006).

Unter 30% der Patienten beenden eine verordnete antidepressive Pharmakotherapie; häufig aufgrund von medikamentös bedingter sexueller Dysfunktion (Hartmann, 2007). Um dem entgegenzuwirken, wurden einige Strategien für Antidepressiva-induzierte Sexualprobleme entwickelt (Zajecka, 2001):

- (1) Bei der Wahl des Antidepressivums sollen die möglichen Nebenwirkungen auf die Sexualität, mitbeachtet werden. Nefazodon, Bupropion und Mirtazapin zeigten sich vorteilhaft im Bezug auf die Sexualität.
- (2) Manche Patienten berichten auch über eine Remission der sexuellen Probleme mit der Dauer der Behandlung. Dies wurde häufiger gefunden, wenn anfänglich nur milde Beschwerden bestanden und trat eher bei Orgasmusproblemen als bei anderen Störungen auf. Jedoch



zeigten insgesamt nur 19-21% mit der „Wait-and-see“ Taktik eine moderate oder völlige Verbesserung der sexuellen Nebenwirkungen nach 6 Monaten (Montejo-González et al., 1997; Montejo et al., 2001). Philipp et al. (2000) meinte sogar, dass es keine Verbesserung der sexuellen Dysfunktion durch Toleranz bei SSRI geben würde.

(3) Die Dosierung sollte auf die minimal effektive Dosis reduziert werden, da bei vielen Antidepressiva sexuelle Dysfunktionen dosisabhängig sind. Hierbei muss aber genauestens auf wiederkehrende depressive Symptome Acht gegeben werden.

(4) Weiters gibt es die Möglichkeit der pharmakologischen Antidots, deren Wirksamkeit aber nur sehr wenige kontrollierte Studien beweisen. Werden diese nur als Bedarfsmedikation eingesetzt, kommt dem Placebo Effekt zusätzlich eine positive Bedeutung zu (Fava und Rankin, 2002).

(5) Es besteht auch die Möglichkeit auf ein anderes Antidepressivum mit selteneren sexuellen Nebenwirkungen umzustellen.

(6) „Drug holidays“ zeigten Effektivität bei Medikamenten mit kurzer Halbwertszeit wie Sertralin und Paroxetin, jedoch nicht bei Fluoxetin. Bei Rothschild (1995) hatte etwa die Hälfte der Patienten, die an vier Wochenenden von Donnerstag bis Sonntag mittag keine antidepressive Medikation einnahmen, unter Sertralin und Paroxetin signifikante Verbesserungen an zumindest zwei der Wochenenden.

3.1.5 Episodenhäufigkeit und Schweregrad der Depression

Schreiner-Engel und Schiavi (1986) fanden in ihrer Studie mit Patienten mit Verlangensstörungen eine signifikant erhöhte Lebenszeitprävalenz von affektiven Erkrankungen, die speziell bei Depression doppelt so hoch wie in der Kontrollgruppe war. Umgekehrt wäre nun natürlich auch zu vermuten, dass depressive Episoden im Leben das Risiko für sexuelle Störungen erhöhen.

Cyranowski et al. (2004) untersuchten dies in ihrer Studie mit drei weiblichen Patientengruppen: keine Depression in der Lebensgeschichte, eine Episode und wiederholte depressive Episoden. Patientinnen mit rezidivierenden Depressionen in der Vorgeschichte hatten am häufigsten Erregungsstörungen und berichteten seltener über emotionaler Zufriedenheit in der Sexualität. Es zeigte sich aber kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit des sexuellen Verlangens und des partnerschaftlichen Sexualverhaltens (Küssen, Berühren, Umarmen, Geschlechtsverkehr) zwischen den Gruppen. Die Orgasmusfunktion wurde nicht untersucht. Eine Erklärung für die fehlenden Gruppenunterschiede im Bezug auf das sexuelle



Verlangen könnte sein, dass dies nur mit einer Frage erfasst wurde und die genaueren Qualitäten unbeachtet blieben. Der Grund für die fehlenden Unterschiede in der Häufigkeit der sexuellen Interaktionen in der Partnerschaft könnte sein, dass dies stark durch das Verhalten des Partners und die Gewohnheiten des Paares mitbestimmt wird. Im Gegensatz zu den Ergebnissen für Sexualität in der Partnerschaft, zeigten sich für die Häufigkeit von Masturbation die höchsten Werte bei rezidivierender Depression und die niedrigsten bei der nicht depressiven Patientengruppe. Masturbation könnte als Ersatz für die sinkende körperliche Zufriedenheit beim Geschlechtsverkehr in der Partnerschaft gesehen werden (Cyranski et al., 2004).

Bezüglich des Schweregrades zeigten Depressive mit BDI (Beck Depression Inventory zur Erfassung des Schweregrades der Depression) Scores über 20 zeigten im Vergleich zu solchen mit niedrigen Werten (≤ 3) eine größere Häufigkeit von Masturbation und auch ein erhöhtes Verlangen danach, während keine signifikanten Unterschiede im Verlangen nach Sexualität in der Partnerschaft gefunden wurde. Ein Drittel der Patienten mit BDI Werten über 30 berichtete über das Verlangen einmal täglich zu masturbieren, was im Vergleich zu Patienten mit niedrigen BDI Werten und Gesunden in einer anderen Studie (1-2 mal pro Monat) (Meston et al., 1996) doch deutlich erhöht war. Ansonsten wiesen Patienten mit höheren BDI Scores aber mehr Erregungs- und Orgasmusprobleme, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und weniger Zufriedenheit mit der Sexualität auf. Die Erklärungsansätze für die erhöhte Masturbationsrate sind vielfältig. Masturbation könnte von Depressiven als eine verlässliche Form des Vergnügens gesehen werden, während sie dieses in anderen Lebensbereichen nicht mehr erfahren. Da sich häufig auch Probleme während des Geschlechtsverkehrs ergeben, ist es für wahrscheinlicher, in der Masturbation sexuelles Vergnügen zu finden. Depressive sind vielleicht auch auf der Suche nach Aktivitäten, die ihre Symptome nicht verschlimmern. Masturbation als Handlung, die alleine ausgeführt wird und somit keine Performanceängste mit sich bringt, könnte so betrachtet werden (Frohlich und Meston, 2002).

In einer Studie wurde mit ansteigendem Schweregrad der Depression auch eine Zunahme der Dyspareunie bei Frauen beobachtet (Dunn et al., 1999).

Kennedy et al. (1999) fand keine Korrelation zwischen sexueller Dysfunktion und Schweregrad der Depression, jedoch wurde die Masturbation nicht dezidiert betrachtet. Bei Frauen stiegen aber die Probleme in allen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus mit wiederholten depressiven Episoden an, während bei Männern dieser Zusammenhang umgekehrt war.



3.1.6 Neurologische Zusammenhänge

Gehirnstrukturen, die an der Regelung sexueller Prozesse beteiligt sind, erfahren durch die Depression eine Minderung des exzitatorischen Tonus; zusätzlich treten psychoendokrinologische Veränderungen auf.

Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren Achse ist bei manchen depressiven Patienten vermehrt aktiv, was wie bei einer chronischen Stressreaktion, durch Erhöhung der CRF und β -Endorphin Konzentrationen und in Folge Verminderung des Testosterons zu einer Suppression der sexuellen Funktionen führen kann (Hartmann, 2007).

MR-Studien zeigten unter visueller Stimulation eine niedrigere subjektive Erregung bei Depressiven und eine geringere Aktivierung der bei sexueller Erregung der gesunden Kontrollgruppe stimulierten Areale, wie Hypothalamus, Thalamus, Nucleus caudatus, Gyrus temporalis inferior und superior, Gyrus parahippocampalis und Gyrus cinguli. Auch die Bildgebung liefert somit Beweise, dass bei Depression, die (vorwiegend limbischen) sexuellen Erregungssysteme gehemmt werden (Yang, 2004; Yang et al., 2008).

Objektive Veränderungen in der Neurophysiologie bei Depression wurden auch durch Messung der penilen Tumescenz im Schlaf festgestellt. Diese zeigten bei einigen Depressiven - unabhängig von Veränderungen der Schlafzeit oder der der REM Phasen - zwar die gleiche Häufigkeit von Tumescenzepisoden, jedoch war die Tumescenzzeit deutlich verkürzt (Thase et al., 1987). Auch Seidman et al. (2001) beschreibt bei etwa einem Drittel der depressiven Männer einen Verlust der nächtlichen penilen Tumescenz.

3.1.7 Bidirektionalität von Depression und Sexualität

So wie gehäuft sexuelle Störungen bei Depression auftreten, spielt umgekehrt die depressive Symptomatik in der Verursachung und Aufrechterhaltung sexueller Dysfunktionen eine wichtige Rolle. Die Komorbidität zwischen Depression und sexuellen Dysfunktionen wird als sehr hoch eingeschätzt, obwohl die Kausalität nicht geklärt ist (Hartmann, 2007). Einer von vielen Erklärungsansätzen wäre, dass Depressive meist sehr selbstkritisch sind und die Tendenz zur Selbstbeobachtung haben. Dies kann im Kontext der Sexualität zu Performanceängsten und in Folge zu Erektionsproblemen, aber auch zu Verlangen- und Orgasmusproblemen, führen.

Derogatis et al. (1981) fanden bei Männern mit Erektionsstörungen und bei Frauen mit Anorgasmie stark erhöhte Werte auf der Depressionsskala der SCL-90-R. Noch höher waren diese bei Frauen mit Dyspareunie und Vaginismus. Dieser Zusammenhang wurde in einer



anderen Studie auf das sexuelle Verlangen erweitert. Probleme im sexuellen Verlangen können das Präsentiersyndrom von Patienten sein, die erst nach direktem Nachfragen Symptome einer Depression preisgeben. Bei anderen ist das geringe sexuelle Verlangen oft der Beginn einer Depression (Schreiner-Engel und Schiavi, 1986).

Ein Zusammenhang zwischen Depression und erektiler Dysfunktion wurde auch in zwei weiteren Studien gefunden. In der Massachusetts Male Aging Study wiesen die meisten Männer mit Depression einen bestimmten Grad von erektiler Dysfunktion auf. Die Wahrscheinlichkeit für Erektile Dysfunktion war bei depressiver Symptomatik unabhängig vom Lebensalter fast doppelt so hoch (1,82) wie bei Gesunden (Araujo et al., 1998). Bei Shiri et al. (2007) zeigten Männer mit behandelter Depression sogar ein 4,5-fach höheres Risiko für erektile Dysfunktion, während dieses bei unbehandelter Depression aber nur wenig erhöht war. Mittlere bis schwere Depression kann in Kombination mit antidepressiver Medikation das Risiko für erektile Dysfunktion erhöhen und diese kann wiederum unabhängig davon depressive Symptome verschärfen oder steigern (Shiri et al., 2007).

Die Wechselwirkung zwischen Depression und Sexualität bzw. Partnerschaft kann auch anhand von Modellen, die mit beiden Problembereichen in Verbindung gebracht werden können, gut erklärt werden (Zimmer, 1985).

1. *Modell des Verstärkerverlustes*: Depression wird mit niedrigeren Verstärkern assoziiert, was eine Abnahme von erfreulichen Aktivitäten bedeutet. Dies kann weiters zu Passivität führen, womit sich die Chancen Verstärkungen zu erreichen weiter verringern. Auch Probleme in Sexualität und Partnerschaft bedeuten ein Absinken der Verstärker und können zu Passivität oder Resignation führen.

2. *Modell der gelernten Hilflosigkeit*: Bei der Depression tritt häufig Hilflosigkeit und damit verbundene Passivität auf. Diese kann aber wie das Bewältigungsverhalten bei Gesunden ebenfalls erlernt sein. Grundlage dieser Hilflosigkeit sind Unvorhersehbarkeit und Unkontrollierbarkeit negativer Ereignisse und deren Folgen. Unkontrollierbarkeit tritt beispielsweise auch bei sexueller Erregung auf, wo Versuche dies willentlich zu beeinflussen, oft in Misserfolgen enden.

3. *Der kognitive Ansatz*: Häufig finden sich bei Depression Schemata irrationalen Denkens, negative Generalisierungen und dichotomes Denken wieder. Es besteht meist eine negative Sicht von sich selbst, der Umwelt und der Zukunft. Auch der Partner wird häufig Partner als wenig einführend und ablehnend empfunden.



3.2 Selbstbild und Partnerschaft

Schon Beck et al. (1979) bezeichnete das „Selbst-Schema“ als eine wichtige Komponente bei depressiven Erkrankungen. Wenn Menschen negative Denkmuster bezüglich ihrer eigenen Person haben und ihr Selbst ablehnen, entwickeln sich oft Depression und Rückzug, was wiederum depressive Erkrankungen forciert. Teichman et al. (2003) konnte nicht nur belegen, dass Depression im Zusammenhang mit dem Selbstbild steht, sondern auch, dass ein niedriges Selbst-Konzept mit höherem Depressionsgrad assoziiert ist. Auch bei Williams et al. (2006) berichteten 61-72% der Patienten, deren Depression mit Antidepressiva behandelt wurde, von vermindertem Selbstwertgefühl. Ein höheres Selbstwertgefühl wird als protektiver Faktor bei der Depression gesehen, da es den Betroffenen hilft, mit den Konsequenzen der Erkrankung umzugehen (Aro, 1994). Ein gutes Selbstwertgefühl steht wiederum im Zusammenhang mit erotischen Gedanken, Erregung durch den Partner und Orgasmus (Borissova et al., 2001).

Depressive zeigten sich auch gehemmter und introvertierter als normale Kontrollpersonen (Richter et al., 1993) und wiesen dependente Persönlichkeitsmerkmale auf (Hammen und Brennan, 2002). Bei weiblichen Depressiven mit Erregungs- und Orgasmusproblemen wurden hohe Neurotizismuswerte, die im Zusammenhang mit emotionaler Labilität, Nervosität, häufigen körperlichen Schmerzen und Ängsten stehen, und niedrige Extraversionswerte gefunden (Kennedy et al., 1999).

Die Notwendigkeit Persönlichkeitsvariablen auch in das therapeutische Konzept miteinzubeziehen, zeigten Ezquiaga et al. (1999) in ihrer Studie auf. Sie beobachteten, dass niedriges Selbstwertgefühl, Persönlichkeitsstörungen und wenig Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen, weniger wahrscheinlich zu einer vollständigen Remission der Depression führt.

Depression ist auch mit interpersonellen Konflikten assoziiert, die nicht nur bei aktuellen depressiven Episoden vorhanden sind, sondern danach weiter andauern. So befinden sich Depressive mit vormaligen Erkrankungsepisoden weniger häufig in stabilen Partnerschaften, sind mit diesen unzufriedener und haben konfliktreichere Beziehungen mit ihren Kindern, Freunden und Eltern. Zusätzlich sind sie sich ihrer Beziehungen weniger sicher, was mit dem niedrigeren Selbstwertgefühl im Zusammenhang stehen dürfte. Noch schlechter und mit weniger Zufriedenheit beschreiben Frauen mit aktuellen depressiven Episoden ihre Beziehungen (Hammen und Brennan, 2002). Auch Cramer (2004) fand, dass Depression negativ mit Zufriedenheit in der Beziehung assoziiert ist, wenngleich die Kausalität nicht



geklärt ist. Interpersonelle Probleme sind meist langsamer zu lösen als die Depression und stellen ein Risiko für wiederkehrende Episoden dar.

Depressive tendieren außerdem dazu Konflikte nicht offen auszutragen, sondern vermeiden die Konfrontation. Deutlich kleiner ist die Zahl derer, die ständig mit ihrem Partner streiten. Im Gegensatz zu depressiven Frauen, die sich häufig über zu wenig emotionalen Kontakt und Nähe zum Partner beklagen, beschreiben Männer ihre Beziehungen häufiger als zufriedenstellend. Von beiden Geschlechtern wird die reduzierte sexuelle Interaktion als belastend erlebt (Matussek et al., 1986).

Neben den Betroffenen berichteten aber auch die Partner eher über Probleme und hatten eine größere Wahrscheinlichkeit, selbst an Depression zu erkranken. Zusätzlich kann ein familiäres Umfeld mit vielen interpersonellen Problemen auch die Entwicklung von Depressionen bei den Kindern begünstigen. (Hammen und Brennan, 2002).

Insgesamt fühlten sich Depressive stark in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt. Trotz der Konflikte, ist das Vorhandensein einer Partnerschaft und ein großes familiäres Netzwerk mit höherer Lebensqualität assoziiert (Kuehner und Buerger, 2005; Williams et al., 2006).

Kapitel 4

Hypothesen

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, ob sich durch eine depressive Erkrankung Veränderungen in den Bereichen Sexualität, Partnerschaft und des Selbstbildes ergeben und ob eine Geschlechtsdifferenz zu erkennen ist. Weiters wird versucht einen Zusammenhang zwischen erstmaliger und wiederholter Manifestation der Depression und den Problembereichen herzustellen.

4.1 Unterschiede im sexuellen Erleben

- Depressive Männer und Frauen zeigen im Vergleich zur Normalbevölkerung signifikante Unterschiede hinsichtlich ihrer Sexualität (TSST, Sexuelle Funktionen).
- Erstmalig depressive Patienten zeigen im Vergleich zu rezidivierend Depressiven signifikante Unterschiede hinsichtlich ihrer Sexualität (TSST, Sexuelle Funktionen).

4.2 Unterschiede in der Partnerschaft

- Depressive Männer und Frauen zeigen im Vergleich zur nicht psychisch Kranken signifikante Unterschiede in ihrer Partnerschaft (PFB, ZIP, PL).
- Erstmalig depressive Patienten zeigen im Vergleich zu rezidivierend Depressiven signifikante Unterschiede in ihrer Partnerschaft (PFB, ZIP, PL).



4.3 Unterschiede im Selbstbild

- Depressive Patienten zeigen im Vergleich zur Normalbevölkerung signifikante Unterschiede im Bezug auf ihr Körpererleben (FBeK).
- Erstmalig depressive Patienten zeigen im Vergleich zu rezidivierend Depressiven signifikante Unterschiede im Bezug auf ihr Körpererleben (FBeK).

Kapitel 5

Patienten und Methoden

5.1 Patienten

5.1.1 Rekrutierung der Patienten

Die Rekrutierung der psychiatrischen Patienten wurde durch die Verfasserin, cand.med. Carina Siegl, cand.med. Julia Friedl und Dr. Karin Reisinger bewerkstelligt.

Es wurden Patienten, die auf der Universitätsklinik für Psychiatrie Graz stationär waren, getestet. In die Gesamtstudie wurden Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen wie Depression, Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Angst- und Panikstörung inkludiert. In dieser Arbeit wird ausschließlich auf die Gruppe der depressiven Patienten eingegangen, die, nach Abzug derer, welche die Fragebögen zum Thema Sexualität und Partnerschaft nicht oder nur unvollständig ausfüllten, von 54 Patienten gebildet wird. Sowohl Patienten, die in einer Partnerschaft leben, als auch Alleinstehende wurden in die Untersuchung eingeschlossen.

5.1.2 Einschlusskriterien

Eingeschlossen wurden alle einwilligungsfähigen, stationär an der Universitätsklinik für Psychiatrie aufgenommenen Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 90 Jahren mit einer der folgenden Diagnosen aus dem ICD-10:

- Leichte depressive Episode
- Mittelgradige depressive Episode
- Schwere depressive Episode



- Depressive Episode im Rahmen einer bipolar affektiven Störung
- Rezidivierende depressive Episode
- Anpassungsstörung
- Dysthymie

Die Depression wurde mittels Hamilton Depression Scale (HAMD-21) vom jeweiligen behandelnden Arzt erfasst.

5.1.3 Ausschlusskriterien

1. Ablehnung der Teilnahme
2. Schwere kognitive Beeinträchtigung, die die Beantwortung der Fragen verhindert
3. Sprachliche Barrieren, die die Beantwortung der Fragen verhindern
4. Fehlende Einwilligungsfähigkeit

5.1.4 Versuchsablauf

Die stationären Patienten wurden ausführlich über Ziel und Ablauf der Befragung informiert. Nach Zusage, an der Untersuchung teilzunehmen, wurde eine schriftliche Einwilligungserklärung vom Patienten und vom Studienmitarbeiter unterschrieben. Die Fragebögen wurden dem Patienten ausgehändigt und deren Bearbeitung erklärt. Das Ausfüllen der Fragebögen erfolgte alleine und ohne Beisein der Autorin und konnte vom Patienten im eigens bestimmten Zeitrahmen selbständig durchgeführt werden. Der Patient konnte die Testung jederzeit unterbrechen oder abbrechen.

5.2 Standardisierte Fragebögen

5.2.1 TSST

Die Tübinger Skalen zur Sexualtherapie (Zimmer, 1994) erfassen das sexuelle Erleben und Verhalten und geben einen Eindruck von der Wechselbeziehung zwischen Sexualität und Partnerschaft mittels 6 Unterskalen:

1. *Störungsmaß*: Die 7 Items beziehen sich beispielsweise auf Probleme bei und nach dem Geschlechtsverkehr, Versagensängste oder die allgemeine sexuelle Zufriedenheit.



2. *Einflussverteilung*: Die 5 dazugehörigen Items umfassen den Einfluss in der Beziehung sowie den Wunsch nach Änderung der Einflussverteilung. Zusätzlich werden die Verteilung sexueller Initiative und die Frequenz sexueller Interaktion erfasst.

3. *Selbstbefriedigung*: 4 Items behandeln Frequenz, Zufriedenheit und Intensität des Erlebens der Masturbation sowie das Ausmaß der Erregung.

4. *Achtung und Respekt*: Mit Hilfe von 4 Fragen wird die Einflussverteilung in der Beziehung, Respekt und körperliche Akzeptanz durch den Partner ermittelt.

5. *Körperwahrnehmung*: Die Wahrnehmung von weiblichen und männlichen Körperflüssigkeiten und die Bewertung des eigenen Körpers bzw. dem des Partners wird mit 8 Items erhoben.

6. *Kommunikative Ängste*: Dieser Faktor behandelt mit 3 Items Ängste vor Initiative und aktiver Rolle sowie Probleme, die eigenen Wünsche zu äußern.

Bei einem Großteil der Fragen kann aus 6 Antwortmöglichkeiten gewählt werden, wobei die Abstufung von 1 (positive Bewertung der Sexualität) bis 6 (negative Bewertung) reicht.

Die Normen des Fragebogens stützen sich auf Erhebungen an 151 Personen.

5.2.2 Sexuelle Funktionen

Dieser Fragebogen (Schulze und Böhm, 1990) besteht aus 8 Fragen, die sexuelle Funktionsstörungen gemäß der Einteilung nach Arentewicz (Arentewicz und Schmidt, 1993) behandeln, mit folgenden Inhalten:

- 1) Sexuelle Aversion
- 3) Dyspareunie
- 4) Vaginismus
- 5) Anorgasmie
- 6) Orgasmusstörungen
- 7) Körperliche Anspannung
- 8) Seelische Anspannung

Die Auswahlmöglichkeiten für die Beantwortung der Fragen wurde in eine 6-stufige Form gebracht. Nur das fünfte Item wurde in seiner ursprünglichen 3-stufigen Einteilung beibehalten.



5.2.3 PFB

Der Partnerschaftsfragebogen gehört zum Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (Hahlweg, 1996) und stellt ein standardisiertes Instrument zur Bestimmung der partnerschaftlichen Qualität dar. Er besteht aus 30 Items plus einem Item zur globalen Glückseinschätzung, wobei Werte für die 3 Skalen „Streitverhalten“, „Zärtlichkeit“ und „Gemeinsamkeit / Kommunikation“ berechnet werden. Jedes Item wird dabei abhängig von der Antwort des Patienten mit 0 bis 3 bewertet, um anschließend innerhalb der jeweiligen Skala eine Summe bilden zu können. Die Kontrollgruppe bilden 235 Männer und Frauen, die angaben mit ihrer Beziehung so zufrieden zu sein, dass sie keine Ehe-therapie benötigen würden.

5.2.4 PL

Die Problemliste ist ebenfalls Teil des Fragebogens zur Partnerschaftsdiagnostik (Hahlweg, 1996). Es werden 23 verschiedene Bereiche des Zusammenlebens in einer Partnerschaft behandelt, in denen Konflikte entstehen können. Der Patient kann von 0 ("keine Konflikte") über 1 ("Konflikte, erfolgreiche Lösungen") und 2 ("Konflikte, keine Lösungen, oft Streit") bis zu 3 ("Konflikte, aber wir sprechen kaum darüber") auswählen. Bereiche, bei denen Antwort 2 oder 3 angekreuzt wurden, wurden bei der Auswertung als Problembereiche klassifiziert.

Die Normwerte der Problemliste Items beziehen sich auf 100 Personen. Für 6 Bereiche liegen keine Normwerte vor, da die Problemliste nach der Erhebung noch erweitert wurde.

5.2.5 FBcK

Der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (Strauss und Richter-Appelt, 1996) besteht aus 52 Items, die die Beurteilung des eigenen Körpers zum Inhalt haben, und wird in 3 Kategorien unterteilt:

1. *Unsicherheit/Mißempfinden* Diese 19 Items beleuchten Unsicherheit, Ablehnung des eigenen Körpers und Minderwertigkeitsgefühle.
2. *Attraktivität/Selbstvertrauen* Diese Skala besteht aus 13 Items, die Zufriedenheit und Identifikation mit dem Aussehen und der Figur, Vertrauen auf den eigenen Körper und die Attraktivität behandeln.
3. *Akzentuierung des Körpers/Sensibilität* Die 20 Items dieser Skala haben die Bedeutung des Körperäußeren, Sensibilität für Körpervorgänge und Angst um die eigene



Gesundheit zum Inhalt.

Der Patient hat die Möglichkeit jeweils aus den Antwortmöglichkeiten „stimmt“ und „stimmt nicht“ auszuwählen.

Die Normalwerte entstammen der 1982 befragten Stichprobe, welche sich aus 364 Frauen und 163 Männern zusammensetzte.

5.2.6 ZIP

Die Zufriedenheit in der Paarbeziehung wird mit diesem Fragebogen in 7 Items behandelt. Er enthält Fragen zur Selbstwahrnehmung, Einstellung zur Beziehung, Zufriedenheit, Liebe und Bindungsgefühlen. Um die Vergleichbarkeit mit anderen Tests zu ermöglichen, wurde für die Antwortmöglichkeiten eine 6-stufige Skala gewählt (1= sehr gut, 6=gar nicht gut).

5.3 Datenanalyse und -verarbeitung

Trotz Umfangs der Fragebögen wurden diese zum Teil gut aufgenommen, da viele Patienten die Befragung als Zeitvertreib und Ablenkung positiv bewerteten. Dennoch lehnten einige, der zur Teilnahme an der Studie aufgeforderten Patienten die Mitarbeit ab oder bearbeiteten die Fragebögen nicht oder nur unvollständig, sodass die Ergebnisse verworfen werden mussten. Der Hauptgrund dafür, der auch häufig von den Patienten geäußert wurde, dürfte wohl die Thematik der Fragestellungen sein, die das - für viele immer noch als Tabu geltende - Thema Sexualität behandeln.

5.3.1 Datenbank

Nach erfolgter Testung wurden die Rohdaten zur Sicherung und weiteren Bearbeitung in die dafür vorgesehene Datenbank eingegeben. Dies ermöglichte eine Zusammenschau aller über den Patienten erhobenen Daten und Befunde. Dadurch wurde eine einfachere statistische Auswertung verschiedenster Parameter eines jeden Patienten der Studie ermöglicht. Die ermittelten Daten wurden codiert und unterliegen dem Datenschutz bzw. der Schweigepflicht.

5.3.2 Statistik

Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe von SPSS 14.0. Nach Überprüfung der Normalverteilung und der Varianzhomogenität (Levene-Test) wurden One Sample t-Tests durchgeführt. Waren die Daten nicht normalverteilt (siehe ZIP: Items Liebe und Partnerablehnung),



wurde ein Mann-Whitney Test angewandt. Die Ergebnisse der Problemliste und des Fragebogens für Sexuelle Funktionen wurden prozentuell ausgewertet.

Kapitel 6

Ergebnisse

6.1 Soziodemografische Daten

Die untersuchte Stichprobe für diese Arbeit setzt sich aus 54 depressiven Patienten zusammen, von denen 41 weiblich und 13 männlich waren. Die Patienten hatten ein Durchschnittsalter von 46,6 Jahren und waren zwischen 24 und 87 Jahre alt. Erstmals an einer Depression erkrankt waren 15 Patienten, während 39 schon rezidivierende Episoden durchgemacht hatten. 38 der depressiven Patienten hatten einen festen Partner und 16 gaben an, alleine zu leben. Patienten ohne Partner füllten nur den FBeK aus. Im Falle einer erst kürzlichen Trennung, durften sie - rückblickend auf die Beziehung - aber die Fragebögen für Patienten mit Partnerschaft ausfüllen.

Der TSST wurde von 33 Patienten ausgefüllt (25 weibliche, 8 männliche), davon hatten 21 rezidivierende und 12 Patienten erstmalige Depressionen. 36 Patienten (26 weibliche, 10 männliche) beantworteten den Fragebogen für Sexuelle Funktionen. Davon waren 11 erstmalig und 25 rezidivierend depressiv.

Die Items des Partnerschaftsfragebogen (PFB) wurden von 36 Patienten (27 weibliche, 9 männliche), darunter 12 mit erstmaliger und 24 mit rezidivierender Depression, beantwortet. Die aufgelisteten Problembereiche der Problemliste wurden von 36 Depressiven (27 weibliche, 9 männliche) beantwortet, wobei 13 erstmalig und 23 rezidivierend depressiv waren. Ihre Zufriedenheit in der Paarbeziehung (ZIP) bewerteten 35 Patienten (26 weiblich, 9 männlich). 13 davon hatten ihre erste Krankheitsepisode.

Der FBek wurde von 53 Patienten (13 männliche, 40 weibliche) mit und ohne Partnerschaft ausgefüllt, wovon 39 schon wiederholte depressive Episoden durchgemacht hatten.

Die verwendeten Werte für die Normalgruppe entstammen den Originalarbeiten der Testver-



fasser und dienen dem Vergleich der Ergebnisse.

6.2 TSST

Höhere Werte beim TSST bedeuten mehr Probleme in den einzelnen Faktoren, während niedrigere Werte für mehr Zufriedenheit sprechen. Bei den depressiven Frauen zeigte sich ein höheres Störungsausmaß ($t_{24}=3,62$; $p<0,05$, $\bar{x}=2,71$) im Vergleich zur Normalbevölkerung, was mit Problemen im gesamten Reaktionszyklus bis zur allgemeinen geringeren Zufriedenheit mit der sexuellen Interaktion einhergeht. Weiters wurden mit dem zweiten Faktor die Frequenz sexueller Interaktion, die erlebte Intensität der Erregung und die Verteilung des Einflusses in der Beziehung als problematischer bewertet ($t_{24}=4,95$; $p<0,05$, $\bar{x}=3,53$). Passend dazu hatten depressive Frauen Angst, eine aktive Rolle in der Beziehung zu übernehmen und eigene Wünsche zu äußern. Bezüglich der Frequenz, Intensität und Zufriedenheit bei Masturbation zeigten sowohl Frauen als auch Männer häufigere Probleme ($t_{22}=7,79$; $p<0,05$, $\bar{x}=4,58$), ($t_7=3,46$; $p<0,05$, $\bar{x}=3,91$) (Tabellen 6.1, 6.2).

Im Bezug auf die Häufigkeit von depressiven Episoden konnten keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden (Tabelle 6.3).

Tabelle 6.1 – TSST Frauen (t-Test)

	Normalgruppe		Versuchsgruppe n=25		p
	M	SD	M	SD	
Störungsmaß	1,84	1,19	2,71	1,20	0,00*
Einflussverteilung	2,34	1,39	3,53	1,20	0,00*
Selbstbefriedigung	2,67	2,21	4,58	1,17	0,00*
Achtung & Respekt	1,74	1,10	2,15	1,15	0,17
Körperwahrnehmung	2,55	2,59	2,78	0,88	0,21
Kommunikative Ängste	2,27	1,20	3,07	1,70	0,03*

* $p<0,05$

6.3 Sexuelle Funktionen

Die Hälfte der Depressiven hatte in letzter Zeit keinen Geschlechtsverkehr (Tabelle 6.4). 38% empfanden kein angenehmes Gefühl vor dem Geschlechtsverkehr und auch beim sexuellen

**Tabelle 6.2** – TSST Männer (t-Test)

	Normalgruppe		Versuchsgruppe n=8		p
	M	SD	M	SD	
Störungsmaß	1,64	1,02	2,32	1,24	0,16
Einflussverteilung	2,51	1,44	2,76	0,82	0,41
Selbstbefriedigung	2,50	1,98	3,91	1,15	0,11*
Achtung & Respekt	1,81	1,31	2,22	0,89	0,24
Körperwahrnehmung	2,34	2,14	2,06	0,50	0,16
Kommunikative Ängste	1,85	0,91	2,13	1,76	0,67

*p<0,05

Tabelle 6.3 – TSST Episodenhäufigkeit (t-Test)

	Erstmalig n=12		Rezidivierend n=21		p
	M	SD	M	SD	
Störungsmaß	2,84	1,09	2,49	1,27	n.s.
Einflussverteilung	3,35	1,30	3,34	1,11	n.s.
Selbstbefriedigung	4,15	1,27	4,52	1,16	n.s.
Achtung & Respekt	2,44	1,26	2,01	0,97	n.s.
Körperwahrnehmung	2,45	0,84	2,69	0,87	n.s.
Kommunikative Ängste	3,41	1,74	2,50	1,70	n.s.



Kontakt waren 24% kaum erregt. Mehr rezidivierend Depressive im Vergleich zu solchen mit Erstmanifestation der Erkrankung (43% vs. 27%) hatten negative oder gleichgültige Gefühle vor sexuellen Kontakten und verspürten beim Geschlechtsverkehr kaum Erregung (30% vs. 9%) (Tabellen 6.5, 6.6).

Drei depressive Frauen schilderten häufige Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und eine berichtete von Schwierigkeiten bzw. Unmöglichkeit des sexuellen Kontakts, da sich ihre Scheide zusammenkrampft (Vaginismus) (Tabellen 6.7, 6.8).

Zwar hatte der überwiegende Teil der Depressiven (91,2%) in ihrem Leben schon einen Orgasmus erlebt (Tabelle 6.9), in letzter Zeit trat dieser beim Geschlechtsverkehr jedoch nur bei 44% häufig ein. Fast ein Drittel der Patienten gab sogar an in letzter Zeit nie einen Orgasmus beim Geschlechtsverkehr erlebt zu haben. Der Prozentsatz der erstmalig Depressiven, die in den vergangenen Monaten nie oder nur selten einen Orgasmus erlebt hatte, lag bei 27%, während dies deutlich höhere 43% der rezidivierend Depressiven berichteten (Tabelle 6.10). In letzterer Gruppe fühlten sich auch etwa die Hälfte der Patienten kaum körperlich und seelisch nach dem Geschlechtsverkehr befriedigt, während der Anteil dieser in der Gruppe der erstmalig Depressiven deutlich kleiner war. In der Gesamtgruppe der Depressiven gaben 44% an, nach dem Geschlechtsverkehr kaum Befriedigung zu verspüren (Tabellen 6.11, 6.12).

6.4 PFB

Im Partnerschaftsfragebogen weisen hohe Werte in der Skala „Streitverhalten“ besonders negative Verhaltensweisen während eines Streits hin, während dies in den Skalen „Zärtlichkeit“ und „Gemeinsamkeit / Kommunikation“ auf positives Interaktionsverhalten hinweist. Wie in den Tabellen 6.13 und 6.14 ersichtlich, zeigten depressive Frauen gegenüber der

Tabelle 6.4 – Sexuelle Funktionen: In letzter Zeit Geschlechtsverkehr

	Depression [%] (n=38)	Erstmalige Depression [%] (n=13)	Rezidivierende Depression [%] (n=25)
Ja	50,00 (18)	63,64 (7)	63,64 (11)
Nein	50,00 (18)	36,36 (4)	36,36 (14)
Keine Antwort	5,26 (2)	15,38 (2)	0,00 (0)

**Tabelle 6.5** – Sexuelle Funktionen: Empfindung vor sexuellem Kontakt

	Depression [%] (n=38)	Erstmalige Depression [%] (n=13)	Rezidivierende Depression [%] (n=25)
Belästigt	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)
Unangenehm	11,76 (4)	9,09 (1)	13,04 (3)
Gleichgültig	26,47 (9)	18,18 (2)	30,43 (7)
Angenehm	26,47 (9)	27,27 (3)	26,09 (6)
Sehr angenehm	5,88 (2)	0,00 (0)	8,70 (2)
Lust	29,41 (10)	45,45 (5)	21,74 (5)
Keine Antwort	10,53 (4)	15,38 (2)	8,00 (2)

Tabelle 6.6 – Sexuelle Funktionen: Erregung beim sexuellen Kontakt

	Depression [%] (n=38)	Erstmalige Depression [%] (n=13)	Rezidivierende Depression [%] (n=25)
Gar nicht	8,82 (3)	9,09 (1)	8,70 (2)
Schwach	14,71 (5)	0,00 (0)	21,74 (5)
Einigermaßen	20,59 (7)	18,18 (2)	21,74 (5)
Ziemlich	17,65 (6)	27,27 (3)	13,04 (3)
Stark	11,76 (4)	9,09 (1)	13,04 (3)
Sehr stark	26,47(9)	36,36 (4)	21,74 (5)
Keine Antwort	10,53 (4)	15,38 (2)	8,00 (2)

**Tabelle 6.7** – Sexuelle Funktionen: Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

	Depression [%] (n=28)	Erstmalige Depression [%] (n=11)	Rezidivierende Depression [%] (n=17)
Nie	36,00 (9)	44,44 (4)	31,25 (5)
Selten	40,00 (10)	33,33 (3)	43,75 (7)
Manchmal	12,00 (3)	11,11 (1)	12,50 (2)
Oft	8,00 (2)	11,11 (1)	6,25 (1)
Fast immer	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)
Immer	4,00 (1)	0,00 (0)	6,25 (1)
Keine Antwort	10,71 (3)	18,18 (2)	5,88 (1)

Tabelle 6.8 – Sexuelle Funktionen: Vaginismus

	Depression [%] (n=28)	Erstmalige Depression [%] (n=11)	Rezidivierende Depression [%] (n=17)
Nie	64,00 (16)	55,56 (5)	68,75 (11)
Selten	20,00 (5)	22,22 (2)	18,75 (3)
Manchmal	12,00 (3)	22,22 (2)	6,25 (1)
Oft	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)
Fast immer	4,00 (1)	0,00 (0)	6,25 (1)
Immer	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)
Keine Antwort	10,71 (3)	18,18 (2)	5,88 (1)

Tabelle 6.9 – Sexuelle Funktionen: Jemals Orgasmus

	Depression [%] (n=38)	Erstmalige Depression [%] (n=13)	Rezidivierende Depression [%] (n=25)
Ja	91,18 (31)	100,00 (11)	86,96 (20)
Nein	2,94 (1)	0,00 (0)	4,35 (1)
Weiß nicht	5,88 (2)	0,00 (0)	8,70 (2)
Keine Antwort	10,63 (4)	15,38 (2)	8,00 (2)

**Tabelle 6.10** – Sexuelle Funktionen: Orgasmus in letzter Zeit

	Depression [%] (n=38)	Erstmalige Depression [%] (n=13)	Rezidivierende Depression [%] (n=25)
Nie	29,41 (10)	27,27 (3)	30,43 (7)
Selten	8,82 (3)	0,00 (0)	13,04 (3)
Manchmal	17,65 (6)	18,18 (2)	17,39 (4)
Oft	5,88 (2)	0,00 (0)	8,70 (2)
Fast immer	20,59 (7)	27,27 (3)	17,39 (4)
Immer	17,65 (6)	27,27 (3)	13,04 (3)
Keine Antwort	10,53 (4)	15,38 (2)	8,00 (2)

Tabelle 6.11 – Sexuelle Funktionen: Körperliche Befriedigung nach Geschlechtsverkehr

	Depression [%] (n=38)	Erstmalige Depression [%] (n=13)	Rezidivierende Depression [%] (n=25)
Nie	23,53 (8)	18,18 (2)	26,09 (6)
Selten	20,59 (7)	9,09 (1)	26,09 (6)
manchmal	11,76 (4)	18,18 (2)	8,70 (2)
Oft	8,82 (3)	0,00 (0)	13,04 (3)
Fast immer	20,59 (7)	27,27 (3)	17,39 (4)
immer	14,71 (5)	27,27 (3)	8,70 (2)
Keine Antwort	10,53 (4)	15,38 (2)	8,00 (2)

**Tabelle 6.12** – Sexuelle Funktionen: Seelische Befriedigung nach Geschlechtsverkehr

	Depression [%] (n=38)	Erstmalige Depression [%] (n=13)	Rezidivierende Depression [%] (n=25)
Nie	20,59 (7)	18,18 (2)	21,74 (5)
Selten	23,53 (8)	18,18 (2)	26,09 (6)
manchmal	20,59 (7)	18,18 (2)	21,74 (5)
Oft	8,82 (3)	9,09 (1)	8,70 (2)
Fast immer	11,76 (4)	9,09 (1)	13,04 (3)
immer	14,71 (5)	27,27 (3)	8,70 (2)
Keine Antwort	10,53 (4)	15,38 (2)	8,00 (2)

Normalgruppe ein höheres Streit- und ein schlechteres Konfliktlösungsverhalten ($t_{26}=2,149$; $p<0,05$, $\bar{x}=7,33$). Der physische und verbale Ausdruck von Zärtlichkeit war vermindert ($t_{26}=-3,221$; $p<0,05$, $\bar{x}=16,74$) und sie hatten sowohl weniger gemeinsame Aktivitäten als auch seltener Kommunikation miteinander ($t_{26}=-2,483$; $p<0,05$, $\bar{x}=16,81$). Letzteres war auch bei depressiven Männern zu beobachten ($t_8=-3,184$; $p<0,05$, $\bar{x}=17,56$).

Rezidivierend Depressive zeigten im Vergleich zu solchen mit erstmaliger Episode zwar niedrigere Mittelwerte im Bezug auf Streitverhalten und höhere bei Kommunikation und Zärtlichkeit, jedoch war der Unterschied nicht signifikant (Tabelle 6.15).

Tabelle 6.13 – PFB Frauen (t-Test)

	Normalgruppe		Versuchsgruppe n=27		p
	M	SD	M	SD	
Streitverhalten	5,10	4,40	7,33	5,40	0,04*
Zärtlichkeit	21,2	4,60	16,74	7,19	0,00*
Kommunikation/ Gemeinsamkeit	19,70	5,10	16,81	6,04	0,02*

* $p<0,05$

**Tabelle 6.14** – PFB Männer (t-Test)

	Normalgruppe		Versuchsgruppe n=9		p
	M	SD	M	SD	
Streitverhalten	5,70	4,70	9,44	6,35	0,12
Zärtlichkeit	18,8	5,20	17,00	7,94	0,52
Kommunikation/ Gemeinsamkeit	20,70	4,10	17,56	2,96	0,01*

*p<0,05

Tabelle 6.15 – PFB Episodenhäufigkeit (t-Test)

	Erstmalig n=12		Rezidivierend n=24		p
	M	SD	M	SD	
Streitverhalten	9,25	5,64	7,17	5,61	n.s.
Zärtlichkeit	14,75	6,14	17,83	7,69	n.s.
Kommunikation/ Gemeinsamkeit	16,50	5,14	17,25	5,62	n.s.

6.5 ZIP

Im Bezug auf die Paarbeziehung zeigten sich wenige Unterschiede zwischen rezidivierend und erstmalig Depressiven. Lediglich die Erfüllung der Wünsche und Bedürfnisse durch den Partner ist bei den rezidivierend depressiven Patienten signifikant höher ($t_{33}=2,123$; $p<0,05$). Die ursprünglichen Erwartungen für die Beziehung werden bei diesen tendenziell signifikant besser erfüllt und die allgemeine Zufriedenheit mit der Partnerschaft ist tendenziell besser (siehe Tabellen 6.16, 6.17).

6.6 Problemliste

Die Häufigkeit des Auftretens von Problemen in den verschiedenen Bereichen einer Partnerschaft können der Tabelle 6.18 entnommen werden. Sowohl die Gesamtgruppe der Depressiven als auch beide Untergruppen (erstmalig, rezidivierend) zeigten deutlich häufigere Konflikte als die Kontrollpersonen. In qualitativer Hinsicht ergaben sich jedoch viele Übereinstimmungen. Höhere Werte für das Auftreten von Problemen wurden in den Bereichen, die direkt mit der emotionalen Qualität einer Partnerschaft in Beziehung stehen, beobachtet.

**Tabelle 6.16** – ZIP Episodenhäufigkeit (t-Test)

	Erstmalig		Rezidivierend		p
	n=13		n=22		
	M	SD	M	SD	
Erwartungen	3,38	1,85	2,36	1,14	0,09
Beziehungsprobleme	4,46	1,56	3,86	1,49	0,27
Im Vergleich	2,54	1,45	2,14	1,25	0,39
Erfüllte Wünsche	3,46	1,66	2,45	1,14	0,04*
Zufriedenheit	2,92	1,44	2,18	1,01	0,08

*p<0,05

Tabelle 6.17 – ZIP Episodenhäufigkeit (Mann-Whitney-Test)

		Mittelwert	Mittlerer	Rangsumme	Signifikanz
			Rang		(2-seitig)
Liebe	Erstmalig	1,69	18,08	235,00	n.s.
	Rezidivierend	1,64	17,95	395,00	
Beziehungsablehnung	Erstmalig	2,00	18,88	245,50	n.s.
	Rezidivierend	2,00	17,48	384,50	



tet. So zeigten sich sowohl in der Kontrollgruppe als auch bei den Depressiven die meisten Probleme in den Bereichen Sexualität, persönliche Gewohnheiten und Zuwendung des Partners. Interessanterweise liegen Probleme mit Krankheiten und psychischen Störungen nur im Mittelfeld der Konfliktbereiche. Tätlichkeiten, Einteilung des monatlichen Einkommens, Kinderwunsch und auch außereheliche Beziehungen sind seltener mit Konflikten assoziiert. Erstmals Depressive zeigten tendenziell eine größere Häufigkeit von Konfliktbereichen als Patienten mit rezidivierender Depression. Von mehr als der Hälfte wurde hier der Umgang mit Krankheiten und psychischen Störungen als Konfliktbereich angegeben.

6.7 FBeK

Zur Erfassung des Körperbildes wurde das 3-Skalen Modell des FBeK verwendet.

Depressive beurteilten ihren Körper in allen Skalen deutlich negativer als die Normalbevölkerung (siehe Tabelle 6.19). Sie begegnen ihrem Äußeren häufig mit Unsicherheit und lehnen ihren Körper ab ($t_{52}=5,88$; $p<0,05$, $\bar{x}=8,43$). Auch das Vertrauen zum eigenen Körper und die Zufriedenheit damit sind signifikant geringer als bei der Norm ($t_{52}=-2,188$; $p<0,05$, $\bar{x}=7,77$). Zusätzlich zeigen Depressive eine erhöhte Sensibilität für Körpervorgänge und machen sich häufig Sorgen um die eigene Gesundheit ($t_{52}=4,12$; $p<0,05$, $\bar{x}=12,87$).

Beim Vergleich zwischen rezidivierend und erstmalig Depressiven zeigte sich aber kein signifikanter Unterschied in der Einstellung zum eigenen Körper.

6.8 Korrelationen

6.8.1 TSST-PFB

Aversive Verhaltensweisen dem Partner gegenüber korrelieren signifikant positiv mit Unzufriedenheit über die Verteilung des Einflusses in der Beziehung und als unzureichend erlebten Respekt von Seiten des Partners. Zärtlichkeit und gemeinsame Entscheidungen in der Beziehung korrelieren negativ mit dem Wunsch nach Änderung der Einflussverteilung in der Beziehung sowie der Sexualität und dem Gefühl, vom Partner nicht respektiert zu werden.

6.8.2 TSST-FBeK

Unsicherheit und Ablehnung des eigenen Körpers korrelieren signifikant positiv mit dem Wunsch nach Änderung der Einflussverteilung in der Beziehung, dem Ekel vor Körpersekret-

**Tabelle 6.18** – Problemliste

	Depression [%] (n=36)	Erstmalige Depression [%] (n=13)	Rezidivierende Depression [%] (n=23)	Norm- werte [%]
Einteilung des Einkommens	5,56	7,69	4,35	1
Berufstätigkeit	16,67	15,38	17,39	4
Haushaltsführung/ Wohnung	22,22	30,77	17,39	4
Vorstellung über Kindererziehung	13,89	15,38	13,04	8
Freizeitgestaltung	25,00	38,46	17,39	8
Freunde und Bekannte	25,00	23,08	26,09	2
Temperament des Partners	25,00	38,46	17,39	7
Zuwendung des Partners	30,56	46,15	21,74	9
Attraktivität	11,11	23,08	4,35	2
Vertrauen	19,44	38,46	8,7	4
Eifersucht	19,44	38,46	8,7	3
Gewährung persönlicher Freiheiten	19,44	46,15	4,35	2
Sexualität	33,43	53,85	21,74	16
Außereheliche Beziehungen	8,33	15,38	4,35	1
Verwandte	25,00	30,77	21,74	5
Persönliche Gewohnheiten des Partners	33,43	53,85	21,74	10
Kommunikation/ gemeinsame Gespräche	22,22	46,15	8,7	
Kinderwunsch/ Familienplanung	11,11	7,69	13,04	
Fehlende Akzeptanz/ Unterstützung des Partners	22,22	30,77	17,39	
Forderungen des Partners	22,22	30,77	17,39	
Krankheiten/ Behinderungen/ psychische Störungen	22,22	53,85	4,35	
Umgang mit Alkohol/ Medikamente/ Drogen	25,00	23,08	26,09	
Tätlichkeiten	2,78	7,69	0	

**Tabelle 6.19** – FBeK (t-Test)

	Normalgruppe		Versuchsgruppe n=53		p
	M	SD	M	SD	
Unsicherheit/ Missempfinden	5,32	4,03	8,43	3,86	0,00*
Attraktivität/ Selbstvertrauen	8,91	2,91	7,77	3,78	0,33*
Akzentuierung des Körpers/ Sensibilität	11,10	3,77	12,87	3,13	0,00*

*p<0,05

Tabelle 6.20 – FBeK Episodenhäufigkeit (t-Test)

	Erstmalig n=14		Rezidivierend n=39		p
	M	SD	M	SD	
Unsicherheit/ Missempfinden	8,79	4,85	8,31	3,50	n.s.
Attraktivität/ Selbstvertrauen	6,79	5,13	8,13	3,17	n.s.
Akzentuierung des Körpers/ Sensibilität	13,8	2,52	12,54	3,28	n.s.

**Tabelle 6.21** – Pearson Korrelation TSST-PFB

		TSST					
		SM	EV	SB	AR	KW	KA
FPD_S	Korrelation	0,12	0,37(*)	-0,19	0,62(**)	-0,01	-0,07
	Signifikanz	0,53	0,04	0,32	0,00	0,97	0,73
FPD_Z	Korrelation	-0,29	-0,38(*)	-0,15	-0,65(**)	0,04	-0,33
	Signifikanz	0,11	0,03	0,42	0,00	0,83	0,07
FPD_G	Korrelation	-0,17	-0,63(**)	-0,02	-0,65(**)	-0,03	-0,24
	Signifikanz	0,35	0,00	0,91	0,00	0,88	0,20

S ...Streitverhalten, Z ...Zärtlichkeit

G ...Gemeinsamkeit, SM Störungsausmaß

EV ...Einflussverteilung, SB ...Selbstbefriedigung

AR ...Achtung und Respekt, KW ...Körperwahrnehmung

KA ...Kommunikative Ängste

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

ten und der Angst vor der Initiative, eine aktive Rolle einzunehmen. Die Zufriedenheit und Identifikation mit dem eigenen Körper korrelierte mit fast allen Faktoren des TSST signifikant, wodurch ein großer Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und der Sexualität angenommen werden kann. So bestand eine negative Korrelation zu verschiedensten Problemen im Reaktionszyklus, mit der Einflussverteilung in der Beziehung, mit dem erlebten Respekt von Seiten des Partners, mit der Äußerung eigener Wünsche und dem Ekel vor Körpersekreten.



Tabelle 6.22 – Pearson Korrelation TSST-FBeK

		TSST					
		SM	EV	SB	AR	KW	KA
FbeK_U	Korrelation	0,21	0,47(**)	0,16	0,23	0,54(**)	0,40(*)
	Signifikanz	0,26	0	0,38	0,20	0,00	0,03
FbeK_A	Korrelation	-0,53(**)	-0,53(**)	-0,25	-0,44(*)	-0,44(*)	-0,67(**)
	Signifikanz	0,00	0,00	0,17	0,01	0,01	0,00
FbeK_S	Korrelation	-0,25	-0,31	-0,19	-0,25	-0,21	-0,11
	Signifikanz	0,16	0,08	0,3	0,17	0,26	0,55

U ...Unsicherheit, A ...Attraktivität

S ...Sensibilität, SM Störungsmaß

EV ...Einflussverteilung, SB ...Selbstbefriedigung

AR ...Achtung und Respekt, KW ...Körperwahrnehmung

KA ...Kommunikative Ängste

$p < 0,05$

* $p < 0,01$

Kapitel 7

Diskussion

Die Resultate dieser Arbeit weisen auf eine große Beeinträchtigung in der Sexualität, der Partnerschaft und des Selbstbildes von Patienten mit einer depressiven Erkrankung hin.

Die Hälfte der Patienten hatte in letzter Zeit keinen Geschlechtsverkehr, was ähnlich den Ergebnissen von Depressiven in der Literatur ist (Williams et al., 2006; Kennedy et al., 1999). Am häufigsten traten Orgasmus- und Verlangensstörungen auf (38%), gefolgt von Erregungsstörungen (24%). Die hohe Zahl der Orgasmusstörungen dürfte wohl auf die meist schon vorbestehende antidepressive Therapie zurückzuführen sein. 44% der Patienten fühlten sich nach dem Geschlechtsverkehr psychisch und körperlich nicht zufrieden. Sehr gering war aber die Anzahl der Patienten, die Schmerzen während der sexuellen Interaktion verspürten. Im Vergleich zur europäischen Normalbevölkerung waren die Beeinträchtigungen von Depressiven in allen Phasen deutlich höher (Nicolosi et al., 2006). Insgesamt zeigten sich bei Frauen mehr signifikante Unterschiede zur Norm als bei Männern. So waren sie im gesamten sexuellen Reaktionszyklus häufiger beeinträchtigt, unzufrieden mit der Frequenz der partnerschaftlichen sexuellen Interaktion, aber auch mit Frequenz und Intensität des Erlebens bei der Selbstbefriedigung. Außerdem hatten sie Schwierigkeiten mit der Expression ihrer eigenen Wünsche. Bei Männern stellten sich signifikant häufiger Schwierigkeiten mit der Masturbation heraus. Frauen, dürften, wenn Probleme in diesen Bereichen vorhanden sind, diese eher wahrnehmen und davon berichten, denn auch in der Partnerschaft zeigten sich bei ihnen mehr signifikante Unterschiede zur weiblichen Normalbevölkerung. Die Tendenz, dass depressive Männer ihre Sexualität und Partnerschaft eher als zufriedenstellend einstufen, wurde bereits bei Matussek et al. (1986) aufgezeigt. Depressive Frauen berichteten von schlechterem Konfliktlösungsverhalten ihrer Partner und weniger physischer und verbaler Zärtlichkeit. Weniger gemeinsame Entscheidungen und eine schlechtere Kommuni-



kation wurden von beiden Geschlechtern geschildert. Die häufigsten Konflikte in der Beziehung wurden in typischen emotionalen Bereichen wie Zuwendung des Partners, Sexualität und persönliche Gewohnheiten des Partners angegeben. Auch Hammen und Brennan (2002) beobachtete bei depressiven Frauen große interpersonelle Konflikte und eine geringe Zufriedenheit mit der Beziehung, die nach der Depression noch weiter andauert.

Viele Probleme in Sexualität und Partnerschaft dürften mit der Einstellung zum eigenen Körper in Verbindung stehen, was auch Williams et al. (2006) in seiner Studie gefunden hatte. So zeigten die depressiven Patienten eine häufigere Ablehnung ihres eigenen Körpers, hatten weniger Selbstvertrauen und machten sich öfter Sorgen um ihre Gesundheit. Zufriedenheit und Vertrauen zum eigenen Körper korrelieren negativ mit Problemen im gesamten sexuellen Reaktionszyklus, der Einflussverteilung und der Äußerung eigener sexueller Wünsche. Beim Vergleich der erstmalig und rezidivierend Depressiven wiesen letztere häufiger Störungen in allen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus auf und fühlten sich auch weniger körperlich und psychisch befriedigt, jedoch stellten sich diese Ergebnisse in einem anderen Test als nicht signifikant dar. Auch Cyranowski et al. (2004) fand zwischen Patienten mit erstmaliger Depression in der Vorgeschichte und solchen mit wiederholter Manifestation der Erkrankung keine signifikanten Unterschiede im sexuellen Verlangen und dem partnerschaftlichen Sexualverhalten, jedoch waren die Resultate im Bezug auf Erregung, Selbstbefriedigung und emotionale Zufriedenheit signifikant. Eine Ursache für die Ergebnisse unserer Arbeit könnte sein, dass die Patienten in der Akutphase ihrer Erkrankung befragt wurden und sich hier nur eine Tendenz für die stärkeren Beeinträchtigungen von rezidivierend Depressiven zeigt, die sich aber in der Remissionsphase stärker ausprägt. Tatsächlich waren die Unterschiede in der Erregung und der emotionalen Zufriedenheit auch bei Cyranowski et al. (2004) unter Miteinbeziehung derzeitiger depressiver Symptome nicht mehr signifikant.

Genau entgegengesetzt präsentierten sich die Ergebnisse für die Partnerschaft. Das Streitverhalten und andere Konfliktbereiche in der Beziehung der rezidivierend Depressiven waren erniedrigt, Zärtlichkeit und gemeinsame Aktivitäten erhöht. Wünsche, Bedürfnisse und ursprüngliche Erwartungen wurden durch den Partner signifikant besser erfüllt und die allgemeine Zufriedenheit mit der Beziehung war höher. Eine Beziehung wird durch beide Partner beeinflusst und durch ein wiederholtes Auftreten der Erkrankung haben vielleicht beide Partner im Laufe der Zeit gelernt, besser damit umzugehen, sodass weniger durch die Erkrankung bedingte Konflikte entstehen. Dies bestätigt auch die Frage nach dem Umgang mit psychischen Störungen in der Problemliste, die 54% der erstmalig und nur 4% der rezidi-



vierend Depressiven als Konfliktbereich in ihrer Beziehung betrachteten. Die Vertrautheit mit der Erkrankung dürfte wohl auch eine geringere Unsicherheit und mehr Zufriedenheit mit dem eigenen Körper bedingen. Jedoch stellte sich diese Tendenz nur beim Vergleich der Mittelwerte heraus, war aber nicht signifikant.

Zu den Limitationen dieser Arbeit ist sicher zu zählen, dass Angaben zu Thema Sexualität heikel zu betrachten sind, da zum einen die soziale Erwünschtheit der Antworten und zum anderen die Ablehnung mancher Patienten überhaupt zu diesem Thema Auskunft zu geben, eine wichtige Rolle spielen. Um diesen Bias etwas zu verringern, wurden keine Interviews geführt, sondern von den Patienten anonym Fragebögen ausgefüllt. Dies birgt aber wiederum die Gefahr, dass die aktuelle Stimmungslage in die Beantwortung der Fragen miteinfließt. Weiters sollten, um die Aussagekraft der Studie zu verstärken, noch mehr Patienten in die Untersuchungen miteinbezogen werden. Zusätzlich wäre es noch interessant gewesen, falls die Patienten mit Antidepressiva vortherapiert waren, dies in die Auswertungen miteinzubeziehen um die Einflüsse der Medikation von den Auswirkungen der Erkrankung differenzieren zu können. Zu ausführlicheren Erkenntnissen für die Partnerschaft würde auch noch eine zusätzliche Befragung der Lebensgefährten hilfreich sein, wenngleich sich die Compliance dafür als schwierig gestalten könnte.

Insgesamt geben die Resultate aber einen detaillierten Einblick der vielfältigen Beeinträchtigungen in der Sexualität, der Partnerschaft und des Selbstbildes von depressiven Patienten und weisen auf die Notwendigkeit hin dies in den therapeutischen Konzepten aufzugreifen, um das Outcome für den Patienten zu verbessern.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association 1994. 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Press, Washington, D.C., 4. Ausgabe.
- Angst J . 1998. Sexual problems in healthy and depressed patients. *Int Clin Psychopharmacol* 13(Suppl 6):1–4.
- Araujo AB , Durante R , Feldman HA , Goldstein I , und McKinlay JB . 1998. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosom Med* 60(4):458–465.
- Arentewicz G und Schmidt G . 1993. *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie*. Enke, Stuttgart, 3. Ausgabe.
- Argiolas A und Melis MR . 2001. The neurophysiology of the sexual cycle. *J Endocrinol Invest* 26(Suppl 3):20–22.
- Aro H . 1994. Risk and protective factors in depression: a developmental perspective. *Acta Psychiatr Scand* 377:59–64.
- Balon R , Yeragani VK , Pohl R , und Ramesh C . 1993. Sexual dysfunction during antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry* 54(6):209–212.
- Bancroft J . 2005. The endocrinology of sexual arousal. *J Endocrinol* 186(3):411–427.
- Bancroft J . 1993. Impact of environment, stress, occupational, and other hazards on sexuality and sexual behavior. *Environ Health Perspect* 101(Suppl 2):101–107.
- Bancroft J , Janssen E , Strong D , Carnes L , Vukadinovic Z , und Long JS . 2003a. The relation between mood and sexuality in heterosexual men. *Arch Sex Behav* 32(3):217–230.
- Bancroft MD , Loftus J , und Long JS . 2003b. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 32(3):193–208.



- Basson R . 2001. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol* 98(2):350–353.
- Basson R . 2005. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 172(10):1327–1333.
- Basson R , Berman J , Burnett A , Derogatis L , Ferguson D , und Fourcroy J . 2000. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classification. *J Urol* 163(3):888–893.
- Basson R , McInnes R , Smith MD , Hodgson G , und Koppiker N . 2002. Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *J Womens Health Gend Based Med* 11(4):367–377.
- Basson R , Althof S , Davis S , Fugl-Meyer K , Goldstein I , Leiblum S , Meston C , Rosen R , und Wagner G . 2004. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 1(1):24–34.
- Beck AT , Rush AJ , Shaw BL , und Emery G . 1979. *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York.
- Beier KM , Bosinski H , und Loewit K . 2005. *Sexualmedizin*. Urban und Fischer, München, 2. Ausgabe.
- Berman JR . 2005. Physiology of female sexual function and dysfunction. *Int J Impot Res* 17(Suppl 1):44–51.
- Berman JR , Berman L , und Goldstein I . 1999. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology* 54(3):385–391.
- Borissova AM , Kovatcheva R , Shinkov A , und Vukov M . 2001. A study of the psychological status and sexuality in middle-aged bulgarian women: significance of the hormone replacement therapy (hrt). *Maturitas* 39(2):177–183.
- Bräutigam W und Clement U . 1989. *Sexualmedizin im Grundriss*. Thieme, Stuttgart, 3. Ausgabe.
- Buckley PF . 1999. *Sexuality and serious mental illness*. Harwood Academic, Amsterdam.
- Buddeberg C . 2005. *Sexualberatung*. Enke, Stuttgart.



- Buddeberg C . Praktische Probleme bei der Diagnostik sexueller Störungen. In Strauß B , (Hrsg), *Psychotherapie der Sexualstörungen*. Thieme, Stuttgart, 1998.
- Casper RC , Redmond DE Jr , Katz MM , Schaffer CB , Davis JM , und Koslow SH . 1985. Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. *Arch Gen Psychiatry* 42(11):1098–1104.
- Clayton A , Keller A , und McGarvey EL . 2006. Burden of phase-specific sexual dysfunction with SSRI. *J Affect Disord* 91(1):27–32.
- Clayton AH . 2001. Recognition and assessment of sexual dysfunction associated with depression. *J Clin Psychiatry* 62(Suppl 3):5–9.
- Clayton AH , Pradko JF , Croft HA , Montano CB , Leadbetter RA , Bolden-Watson C , Bass KI , Donahue RM , Jamerson BD , und Metz A . 2002. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry* 63(4):357–366.
- Cohen S , Kühn KU , Bender S , Erfurth A , Gastpar M , Murafi A , Rothermundt M , Signerski J , Sträter B , Teusch L , Weig W , Welling A , Westheide J , und Huber TJ . 2007. Sexual impairment in psychiatric inpatients: focus on depression. *Pharmacopsychiatry* 40 (2):58–63.
- Cramer D . 2004. Satisfaction with a romantic relationship, depression, support and conflict. *Psychol Psychother* 77(Pt 4):449–461.
- Cyranowski JM , Bromberger J , Youk A , Matthews K , Kravitz HM , und Powell LH . 2004. Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Arch Sex Behav* 33 (6):539–548.
- Derogatis LR , Meyer JK , und King KM . 1981. Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. *Am J Psychiatry* 138(6):757–763.
- Dressler S . 2003. *Pschyrembel Wörterbuch Sexualität*. de Gruyter, Berlin.
- Dunn KM , Croft PR , und Hackett GI . 1999. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 53(3):144–148.
- Ekselius L und von Knorring L . 2001. Effect on sexual function of long-term treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in depressed patients treated in primary care. *J Clin Psychopharmacol* 21(2).



- Ezquiaga E , García A , Pallarés T , und Bravo MF . 1999. Psychosocial predictors of outcome in major depression: a prospective 12-month study. *J Affect Disord* 52(1-3): 209–216.
- Fava M und Rankin M . 2002. Sexual functioning and SSRIs. *J Clin Psychiatry* 63(Suppl 5):13–16.
- Fava M , Nurnberg HG , Seidman SN , Holloway W , Nicholas S , Tseng LJ , und Stecher VJ . 2006. Efficacy and safety of sildenafil in men with serotonergic antidepressant-associated erectile dysfunction: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 67(2):240–246.
- Feiger A , Kiev A , Shrivastava RK , Wisselink PG , und Wilcox CS . 1996. Nefazodone versus sertraline in outpatients with major depression: focus on efficacy, tolerability, and effects on sexual function and satisfaction. *J Clin Psychiatry* 57(Suppl 2):53–62.
- Feldman HA , Goldstein I , Hatzichristou DG , Krane RJ , und McKinlay JB . 1994. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 151(1):54–61.
- Ferguson JM . 2001. The effects of antidepressants on sexual functioning in depressed patients: A review. *J Clin Psychiatry* 62(Suppl 3):22–34.
- Frohlich P und Meston C . 2002. Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *J Sex Res* 39(4):321–325.
- Gelenberg AJ , McGahuey C , C Laukes , Okayli G , Moreno F , Zentner L , und Delgado P . 2000. Mirtazapine substitution in SSRI-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 61(5):356–360.
- Giugliano D , Giugliano F , und Esposito K . 2006. Sexual dysfunction and the mediterranean diet. *Public Health Nutr* 9(8A):1118–20.
- Gonzalez M , Viafara G , Caba F , Temistocles M , und Ortiz C . 2006. Libido and orgasm in middle-aged woman. *Maturitas* 53(1):1–10.
- Haerberle EJ . 1985. *Die Sexualität des Menschen*. de Gruyter, Berlin, 2. Ausgabe.
- Hahlweg K . 1996. *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik*. Hogrefe, Göttingen.



- Hammen C und Brennan PA . 2002. Interpersonal dysfunction in depressed women: impairments independent of depressive symptoms. *J Affect Disord* 72(2):145–156.
- Hartmann U . 2007. Depression and sexual dysfunction: Aspects of a multi-faceted relationship. *Psychiatr Prax* 34(Suppl 3):314–317.
- Hartmann U , Heiser K , Ruffer-Hesse C , und Kloth G . 2002. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World J Urol* 20(2):79–88.
- Hindmarch I . 1998. The behavioural toxicity of antidepressants: effects on cognition and sexual function. *Arch Sex Behav* 13(Suppl 6):5–8.
- Kaplan HS . 1981. *Hemmungen der Lust*. Enke, Stuttgart.
- Kaplan SA , Reis RB , Kohn IJ , Ikeguchi EF , Laor E , Te AE , und Martins AC . 1999. Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology* 53(3):481–486.
- Kennedy SH , Dickens SE , Einfeld BS , und Bagby RM . 1999. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord* 56(2-3):201–208.
- Kennedy SH , Einfeld BS , Dickens SE , Bacchiochi JR , und Bagby RM . 2000. Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with moclobemide, paroxetine, sertraline, and venlafaxine. *J Clin Psychiatry* 61(4):276–281.
- Kinsey AC , Pomeroy WB , und Martin CE . 1948. *Sexual behavior in the human male*. W. B. Saunders.
- Kockott G . 1995. *Die Sexualität des Menschen*. Beck, München.
- Kockott G und Fahrner EM . 2000. *Sexualstörungen des Mannes*. Hogrefe, Göttingen.
- Kuehner C und Bueger C . 2005. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord* 86(2-3):205–213.
- Kuffel SW und Heiman JR . 2006. Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. *Arch Sex Behav* 53(2):163–177.



- Lane RM . 1997. A critical review of selective serotonin reuptake inhibitor-related sexual dysfunction; incidence, possible aetiology and implications for management. *J Psychopharmacol* 11(1):72–82.
- Laumann EO , Paik A , und Rosen RC . 1999. Sexual dysfunctions in the United States . *JAMA* 281(6):537–544.
- Lue TF , Giuliano F , Montorsi F , Rosen RC , Andersson KE , Althof S , Christ G , Hatzichristou D , Hirsch M , Kimoto Y , Lewis R , McKenna K , MacMahon C , Morales A , Mulcahy J , Padma-Nathan H , Pryor J , de Tejada IS , Shabsigh R , und Wagner G . 2004. Summary of recommendations of sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 1(1):6–23.
- Lykins AD , Janssen E , und Graham CA . 2006. The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college woman and men. *J Sex Res* 43(2):136–143.
- Marthol H und Hilz MJ . 2004. Female sexual dysfunction: a systematic overview of classification, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Fortschr Neurol Psychiatr* 72(3): 121–135.
- Masters WH und Johnson VE . 1970. *Die sexuelle Reaktion*. Rowohlt, Hamburg.
- Masters WH , Johnson VE , und Kolodny RC . 1987. *Liebe und Sexualität*. Ullstein, Berlin.
- Mathew RJ und Weinman ML . 1982. Sexual dysfunctions in depression. *Arch Sex Behav* 11(4):323–328.
- Matussek P , Luks O , und Seibt G . 1986. Partner relationships of depressives. *Psychopathology* 19(3):143–156.
- May M , Gralla O , Knoll N , Fenske S , Spivak I , Rönnebeck C , Hoffmann M , Lenk S , und Hoschke B . 2007. Erectile dysfunction, discrepancy between high prevalence and low utilization of treatment options: results from the 'cottbus survey' with 10 000 men. *BJU Int* 100(5):1110–1115.
- McKenna K . 1999. The brain is the master organ in sexual function: central nervous system control of male and female sexual function. *Int J Impot Res* 11(Suppl 1):48–55.
- McVary KT . 2007. Erectile dysfunction. clinical practice. *N Engl J Med* 357(24):2472–2481.



- Meisler AW und Carey MP . 1991. Depressed affect and male sexual arousal. *Arch Sex Behav* 20(6):541–554.
- Mercer CH , Fenton KA , Johnson AM , Wellings K , Macdowall W , McManus S , Nanchahal K , und Erens B . 2003. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ* 327(7412):426–427.
- Mercer CH , Fenton KA , Johnson AM , Copas AJ , Macdowall W , Erens B , und Wellings K . 2005. Who reports sexual function problems? Empirical evidence from Britain's 2000 National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. *Sex Transm Infect* 81(5):394–399.
- Meston CM und Frohlich PF . 2000. The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry* 57(11):1012–1030.
- Meston CM , Trapnell PD , und Gorzalka BB . 1996. Ethnic and gender differences in sexuality: variations in sexual behavior between asian and non-asian university students. *Arch Sex Behav* 25(1):33–72.
- Meyer H . 1994. *Sexualität und Bindung*. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Mitchell WB , DiBartolo PM , Brown TA , und Barlow DH . 1998. Effects of positive and negative mood on sexual arousal in sexually functional males. *Arch Sex Behav* 27(2):197–207.
- Möller HJ , Laux G , und Kampfhammer HP . 2003. *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Heidelberg, 2. Ausgabe.
- Möller HJ , Laux G , und Deister A . 2005. *Psychiatrie und Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart, 3. Ausgabe.
- Modell JG , Katholi CR , Modell JD , und DePalma RL . 1997. Comparative sexual side effects of bupropion, fluoxetine, paroxetine, and sertraline. *Clin Pharmacol Ther* 61(4):476–487.
- Montejo AL , Llorca G , Izquierdo JA , und Rico-Villademoros F . 2001. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. *J Clin Psychiatry* 62(Suppl 3):10–21.
- Montejo-González AL , Llorca G , Izquierdo JA , Ledesma A , Bousoño M , Calcedo A , Carrasco JL , Ciudad J , Daniel E , De la Gandara J , Derecho J , Franco M , Gomez



- MJ , Macias JA , Martin T , Perez V , Sanchez JM , Sanchez S , und Vicens E . 1997. SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients. *J Sex Marital Ther* 23(3):176–194.
- Montgomery SA , Baldwin DS , und Riley A . 2002. Antidepressant medications: a review of the evidence for drug-induced sexual dysfunction. *J Affect Disord* 69(1-3):119–140.
- Nicolosi A , Buvat J , Glasser DM , Hartmann U , und Laumann EO . 2006. Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. *World J Urol* 24(4):423–428.
- Nurnberg HG , Hensley PL , Gelenberg AJ , Fava M , Lauriello J , und Paine S . 2003. Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafil: a randomized controlled trial. *JAMA* 289(1):56–64.
- Park K , Goldstein I , Andry C , Siroky MB , Krane RJ , und Azadzo KM . 1997. Vasculogenic female sexual dysfunction: the hemodynamic basis for vaginal engorgement insufficiency and clitoral erectile insufficiency. *Int J Impot Res* 9(1):27–37.
- Pauls RN , Kleeman SD , und Karram MM . 2005. Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. *Obstet Gynecol Surv* 60(3):196–205.
- Philipp M , Tiller JW , Baier D , und Kohnen R . 2000. Comparison of moclobemide with selective serotonin reuptake inhibitors SSRIs on sexual function in depressed adults. *Eur Neuropsychopharmacol* 10(5):305–314.
- Piazza LA , Markowitz JC , Kocsis JH , Leon AC , Portera L , Miller NL , und Adler D . 1997. Sexual functioning in chronically depressed patients treated with SSRI antidepressants: a pilot study. *Am J Psychiatry* 154(12):1757–1759.
- Ramage M . 2007. Female sexual dysfunction. *Psychiatry* 6(3):105–110.
- Rele K und Wylie K . 2007. Management of psychosexual and relationship problems in general mental health services by psychiatry trainees. *Int J Clin Pract* 61(10):1701–1704.
- Richter P , Diebold K , und Schützwohl M . 1993. The personality of unipolar depressive and bipolar manic-depressive patients. *Nervenarzt* 64(9):572–577.



- Rosen R , Shabsigh R , Berber M , Assalian P , Menza M , Rodriguez-Vela L , Porto R , Bangerter K , Seger M , und Montorsi F . 2006. Efficacy and tolerability of vardenafil in men with mild depression and erectile dysfunction: the depression-related improvement with vardenafil for erectile response study. *Am J Psychiatry* 163(1):79–87.
- Rosen RC , Lane RM , und Menz M . 1999. Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacol* 19(1):67–85.
- Rothschild AJ . 1995. Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: Efficacy of a drug holiday. *Am J Psychiatry* 152(10):1514–1516.
- Rowland DL . 2007. Will medical solutions to sexual problems make sexological care and science obsolete? *J Sex Marital Ther* 33(5):385–397.
- Schreiner-Engel P und Schiavi RC . 1986. Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. *J Nerv Ment Dis* 174(11):646–51.
- Schulze CH und Böhm N . Sexualität in der psychosomatischen Gynäkologie. In Schulze CH , (Hrsg), *Gynäkopsychologie*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 1990.
- Segraves RT . 1998. Antidepressant-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 59(Suppl 4):48–54.
- Segraves RT , Kavoussi R , Hughes AR , Batey SR , Johnston JA , Donahue R , und Ascher JA . 2000. Evaluation of sexual functioning in depressed outpatients: a double-blind comparison of sustained-release bupropion and sertraline treatment. *J Clin Psychopharmacol* 20(2):122–128.
- Seidman SN , Roose SP , Menza MA , Shabsigh R , und Rosen RC . 2001. Treatment of erectile dysfunction in men with depressive symptoms: results of a placebo-controlled trial with sildenafil citrate. *Am J Psychiatry* 158(10):1623–1630.
- Selvin E . 2007. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in the US. *Am J Med* 120(2):151–157.
- Shifren JL , Braunstein GD , Simon JA , Casson PR , Buster JE , Redmond GP , Burki RE , Ginsburg ES , Rosen RC , Leiblum SR , Caramelli KE , und Mazer NA . 2000. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N Engl J Med* 343(10):682–688.



- Shiri R , Koskimäki J , Tammela TL , Häkkinen J , Auvinen A , und Hakama M . 2007. Bidirectional relationship between depression and erectile dysfunction. *J Urol* 177(2): 669–673.
- Sigusch V . 2001. *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Thieme, Stuttgart, 3. Ausgabe.
- Simons JS und Carey MP . 2001. Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Arch Sex Behav* 30(2):177–219.
- Sjogren Fugl-Meyer K und Fugl-Meyer AR . 2002. Sexual disabilities are not singularities. *Int J Impot Res* 14(6):487–493.
- Sjogren Fugl-Meyer K und Fugl-Meyer AR . 1999. Sexual disabilities, problems, and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand J Sexol* 3:79–105.
- Spector IP und Carey MP . 1990. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav* 19(4):389–408.
- Strauss B und Richter-Appelt H . 1996. *Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers*. Hogrefe, Göttingen.
- Teichman Y , Bar-El Z , Shor H , und Elizur A . 2003. Cognitive, interpersonal, and behavioral predictors of patients' and spouses' depression. *J Affect Disord* 74(3):247–256.
- Thase ME , Reynolds CF 3rd , Glanz LM , Jennings JR , Sewitch DE , Kupfer DJ , und Frank E . 1987. Nocturnal penile tumescence in depressed men. *Am J Psychiatry* 144(1):89–92.
- Tölle R und Windgassen K . 2006. *Psychiatrie*. Springer, Heidelberg, 14. Ausgabe.
- Waldinger MD , Hengeveld MW , Zwinderman AH , und Olivier B . 1998. Effect of SSRIs antidepressants on ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study with fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, and sertraline. *J Clin Psychopharmacol* 18(4):274–281.
- Werneke U , Northey S , und Bhugra D . 2006. Antidepressants and sexual dysfunction. *Acta Psychiatr Scand* 114(6):384–397.
- Williams VS , Baldwin DS , Hogue SL , Fehnel SE , Hollis KA , und Edin HM . 2006. Estimating the prevalence and impact of antidepressant-induced sexual dysfunction in 2 european countries: a cross-sectional patient survey. *J Clin Psychiatry* 67(2):204–210.



- Yang JC . 2004. Functional neuroanatomy in depressed patients with sexual dysfunction: blood oxygenation level dependent functional MR imaging. *Korean J Radiol* 5(2):87–95.
- Yang JC , Park K , Eun SJ , Lee MS , Yoon JS , Shin IS , Kim YK , Chung TW , Kang HK , und Jeong GW . 2008. Assessment of cerebrocortical areas associated with sexual arousal in depressive women using functional MR imaging. *J Sex Med* 5(3):602–609.
- Zajacka J . 2001. Strategies for the treatment of antidepressant-related sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 62(Suppl 3):35–43.
- Zajacka J , Dunner DL , Gelenberg AJ , Hirschfeld RM , Kornstein SG , Ninan PT , Rush AJ , Thase ME , Trivedi MH , Arnow BA , Borian FE , Manber R , und Keller MB . 2002. Sexual function and satisfaction in the treatment of chronic major depression with nefazodone, psychotherapy, and their combination. *J Clin Psychiatry* 63(8):709–716.
- Zemel P . 1988. Sexual dysfunction in the diabetic patient with hypertension. *Am J Cardiol* 61(16):27H–33H.
- Zimmer D . 1985. *Sexualität und Partnerschaft*. Urban und Schwarzenberg, München.
- Zimmer D . 1994. *Fragebogen zu Sexualität und Partnerschaft (ASP, TSST, NSP)*. DGVT-Verlag, 3. Ausgabe.

Lebenslauf

Name: Cornelia Rafling

Geburtsdatum: 14. Jänner 1984

Geburtsort: Wolfsberg

Anschrift:

Oeverseegasse 25

8020 Graz

cornelia.rafling@stud.meduni-graz.at

Familienstand: ledig

Bildungsweg:

1990 - 1994 VS Grenadiergasse (Graz)

1994 - 2002 BG/BRG Oeverseegasse (Graz)

Seit 2002 Studium der Humanmedizin an der medizinischen Universität Graz