

Kapitel 15

Funktionelle Sexualstörungen

Eva-Maria Fahrner und Götz Kockott

In den letzten Jahrzehnten ist eine deutliche Änderung der Einstellung zur Sexualität in Richtung größerer Toleranz und Offenheit eingetreten. Trotzdem und wohl auch gerade deshalb werden Ärzte und Psychotherapeuten häufig von Patienten wegen sexueller Probleme angesprochen. Bei den Fachleuten ist der Eindruck entstanden, daß die einfachen Störungen, die in der früheren Zeit häufig berichtet wurden, durch komplexere Problembereiche abgelöst werden. Häufig werden massive Konflikte in der partnerschaftlichen Beziehung beobachtet (Zimmer, 1985) oder Zusammenhänge zu anderen psychopathologischen Konflikten gesehen (Schreiner-Engel & Schiavi, 1986).

1 Beschreibung der Störung

Über die Definition sexueller Funktionsstörungen herrscht in der Literatur weitgehend Übereinstimmung. Im deutschen Sprachraum wird auf Vorschlag von Sigusch (1996) der Begriff „sexuelle Dysfunktion“ üblicherweise für organisch bedingte Funktionsstörungen der Sexualität benutzt, während der Begriff „funktionelle Sexualstörungen“ für die Problembereiche gelten soll, bei denen psychische Ursachen angenommen werden. Die Bezeichnung „sexuelle Funktionsstörungen“ wird als zusammenfassender Begriff für die Beeinträchtigungen beider Gruppen verwendet. Unter funktionellen Sexualstörungen, also diejenigen, die psychogenetisch gesehen werden, werden jene Beeinträchtigungen im Verhalten, Erleben und in den physiologischen Reaktionsweisen verstanden, die eine für beide Partner befriedigende sexuelle Interaktion behindern oder unmöglich machen, obwohl die organischen Voraussetzungen dazu vorhanden sind und keine Fixierung auf abnorme Sexualziele oder -objekte vorliegen (Arentewicz & Schmidt, 1993; Fahrner & Kockott, 1982; Zimmer, 1985). Mit dieser Definition werden körperlich bedingte Sexualstörungen sowie sexuelle Deviationen ausgeschlossen. Eine ausführliche Darstellung möglicher organischer Ursachen findet sich bei Bancroft (1985, S. 207 f.) und Hertoft (1989, S. 175 ff.)

Für die unterschiedlichen Störungsbilder der funktionellen Sexualstörungen findet man in der Literatur zahlreiche unterschiedliche Begriffe. Im ICD-9 (Degkwitz et al., 1980) wurden die funktionellen Sexualstörungen als Unter-

Abbildung 1
 Funktionelle Sexualstörungen in den verschiedenen Phasen der sexuellen Interaktion
 (mit Angabe der ICD-10- bzw. DSM-IV-Nummern)

Phasen	Störungen beim Mann	Störungen bei der Frau
1. Appetenz	Anhaltende und deutliche Minderung des sexuellen Verlangens (F 52.0; 302.71) Sexuelle Aversion, Ekel, Ängste (F. 52.1; 302.79)	
2. Erregung	Erektionsstörungen: Erektion im Hinblick auf Dauer und Stärke nicht ausreichend für befriedigenden Geschlechtsverkehr (F 52.2; 302.72)	Erregungsstörungen: Erregung im Hinblick auf Dauer und Stärke nicht ausreichend für befriedigenden Geschlechtsverkehr (F 52.2; 302.72) Vaginismus (Scheidenkrampf) Einführung des Penis durch krampfartige Verengung des Scheideneingangs nicht oder nur unter Schmerzen möglich (F 52.5; 306.51) Schmerzhafter Geschlechtsverkehr (Dyspareunie): Brennen, Stechen, Jucken im Genitalbereich; bei Frauen auch wehenähnliche Krämpfe beim Orgasmus (F 52.6; 302.76)
3. Orgasmus	Vorzeitige Ejakulation: Samenerguß schon vor dem Einführen des Penis in die Scheide, beim Einführen od. unmittelbar danach (F 52.4; 302.75) Ausbleibende Ejakulation: Trotz voller Erektion und intensiver Reizung kein Samenerguß, Anorgasmie (F 52.3; 302.74) Ejakulation ohne Orgasmus: Samenerguß ohne Lust und Orgasmusgefühl	Orgasmusschwierigkeiten: Orgasmus nie oder nur selten (F52.3; 302.73)
4. Entspannung	Nachorgastische Verstimmung: Gereiztheit, innere Unruhe, Schlafstörungen, Depressionen, Weinanfälle, Mißempfindungen im Genitalbereich usw.	

form der sexuellen Verhaltensabweichungen und Störungen mit den Begriffen „Frigidität“ und „Impotenz“ noch ganz unzureichend abgehandelt (302.7). Einen ausführlicheren Versuch der Klassifikation machen das DSM-IV (APA, 1994) und die ICD-10 (WHO, 1991) mit nahezu identischer Untergliederung. Hierbei werden die sexuellen Symptome auf den Ablauf des sexuellen Reaktionszyklus bezogen. Dieser wird in die Phasen Appetenz, Erregung, Orgasmus und Entspannung eingeteilt. Im DSM-IV werden im einzelnen folgende diagnostische Kategorien unterschieden: verminderte sexuelle Appetenz, sexuelle Aversion, sexuelle Erregungsstörungen der Frau, Erektionsstörungen, Orgasmusstörungen bei der Frau, Orgasmusstörungen beim Mann, Ejakulatio praecox, funktionelle Dyspareunie, Vaginismus sowie nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörungen.

Bei allen Klassifikationsversuchen werden formale und inhaltliche Charakteristika der Störungen unterschieden. Inhaltlich lassen sich sexuelle Funktionsstörungen danach unterscheiden, in welcher Phase der sexuellen Erregung sie auftreten. Es gibt zum Beispiel Patienten, bei denen überhaupt keine sexuelle Interaktion mehr stattfindet, da sie keine Lust dazu haben; andere erleben nur geringe sexuelle Erregung; wieder andere erleben sexuelle Erregung, aber keinen Orgasmus. Formale Beschreibungskriterien sind die Häufigkeit der sexuellen Problematik, die Umstände und Bedingungen ihres Auftretens sowie die Dauer und der Schweregrad. Ein an den inhaltlichen Kriterien orientiertes Beschreibungssystem ist in Abbildung 1 dargestellt. Es hat den Vorteil, daß es – soweit es das sexuelle Symptom betrifft – zugleich eine detaillierte Anweisung für die Exploration von Patienten mit funktionellen Sexualstörungen ist. Eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Störungsbilder findet sich zum Beispiel bei Arentewicz und Schmidt (1993), Zimmer (1985) oder Kockott (1988 a,b).

2 Epidemiologie

Genauere Angaben zur Prävalenz funktioneller Sexualstörungen sind schwierig zu machen. Dies liegt an mehreren Gründen: zum einen gibt es insgesamt wenig Studien, die die Erfassung der Verbreitung von Sexualstörungen zum Hauptthema haben. Zum anderen werden in den Studien unterschiedliche Klassifikationsansätze benutzt. Das Klassifikationssystem des DSM-III wurde erst 1980 eingeführt, die meisten Studien, in denen man Angaben zur Prävalenz findet, wurden jedoch früher durchgeführt. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich durch die methodische Unzulänglichkeit mancher Studien (z. B. Hite-Report: Hite, 1977; RALF-Report: Eichner & Habermehl, 1978).

Hinweise zur Prävalenz funktioneller Sexualstörungen bekommt man aus Untersuchungen, die erfaßten, wie oft Patienten mit sexuellen Problemen Beratung oder Behandlung aufsuchten. Bei einer Befragung einer repräsentativen Stichprobe von 51 holländischen Gynäkologen hatten 7,2 % der gynäkologischen Patientinnen sexuelle Probleme (Frenken & van Tol, 1987). In

einer Fragebogenuntersuchung an 2059 „Health Professionals“ (Hausärzte, Urologen, Psychologen, Familienberater) in Toronto hatten im Durchschnitt 8,6 % der Patienten funktionelle Sexualstörungen (Littmann & Arnot, 1987). 163 Schweizer Ärzte gaben an, daß 4 % ihrer Patienten vorwiegend wegen sexueller Symptome in die Praxis kamen (Buddeberg, 1996). Arentewicz und Schmidt (1993) berichten, daß allein in Hamburg jede Woche über 1000 Patienten einen Arzt wegen Sexualstörungen aufsuchen. Diese Zahlen sind sicher nur untere Schätzwerte, da über die Dunkelziffer wenig bekannt ist. Buddeberg (1983) führte in ausgewählten Praxen systematische Befragungen durch und kam zu dem Ergebnis, daß mindestens 29 % der Frauen und 25 % der Männer unter funktionellen Sexualstörungen litten.

Bezüglich der Häufigkeit der einzelnen Diagnosegruppen funktioneller Sexualstörungen werden folgende Angaben gemacht: Schnabl (1973), der Ende der 60er Jahre eine umfangreiche und methodisch gute Erhebung in der damaligen DDR durchgeführt hat, berichtet, daß 25 % der befragten Frauen nie oder nur selten einen Orgasmus hatten. Von den Männern klagten etwa 30 % über vorzeitige Ejakulation und 20 % über mangelhafte Erektionen. In den Untersuchungen von Kinsey et al. (1953) berichten 5–10 % der Frauen, die mindestens 1 Jahr regelmäßig Verkehr hatten, daß sie nie einen Orgasmus hatten. „Permanente“ Erektionsstörungen fanden Kinsey et al. (1948) bei 1,6 % der Männer unter 30 Jahren, bei 2 % der 40jährigen und bei 7 % der 55jährigen. Vorzeitige Ejakulation fand Gebhard (1966) bei 4 % der verheirateten Männer aus Kinseys Stichprobe. Nathan (1986) reanalysierte die Ergebnisse von 22 Studien zur Prävalenz und Verteilung funktioneller Sexualstörungen, entsprechend der Kategorien des DSM-III, die in einem Zeitraum von 50 Jahren gemacht wurden. Demnach verteilt sich das Vorkommen der funktionellen Sexualstörungen folgendermaßen: Gehemmter weiblicher Orgasmus 5–30 %, gehemmter männlicher Orgasmus 5 %, Ejakulatio praecox 35 %, gehemmte sexuelle Appetenz 1–15 % für Männer, 1–35 % für Frauen. Spector & Carey (1990) faßten 23 Studien zur Prävalenz zusammen und kamen zu folgendem Ergebnis: In Studien an der Allgemeinbevölkerung (Ad-hoc-Stichproben) gaben 5–10 % Frauen Orgasmusprobleme, 4–9 % Männer Erektionsstörungen, 4–10 % Männer ausbleibende oder verzögerte Ejakulation und 36–38 % vorzeitige Ejakulation an. In klinischen Populationen war die Anzahl der Personen, die wegen Orgasmus- und Erektionsstörungen Hilfe in Anspruch nahmen, im Vergleich höher, Probleme mit der vorzeitigen Ejakulation kamen seltener vor. Auffallend war weiterhin, daß Appetenzstörungen in den letzten 20 Jahren in den Sexualberatungsstellen bei gleichbleibender Gesamtzahl von Klienten (Arentewicz und Schmidt, 1993) zugenommen haben.

Insgesamt ist zu den epidemiologischen Untersuchungen zu sagen, daß die berichteten Zahlen nur als beste zur Zeit verfügbare Schätzwerte angesehen werden sollten. Die genaue Zahl ist dabei auch nicht so wichtig, wie die Tendenz, daß Sexualstörungen doch recht häufige Probleme sind.

3 Erklärungsansätze

Bis auf wenige Ausnahmen, zum Beispiel Barlow (1986) oder Zimmer (1985), findet man in der Literatur kaum theoretische Überlegungen zur Entstehung und zur Aufrechterhaltung funktioneller Sexualstörungen. Über die psychischen Ursachen funktioneller Sexualstörungen gibt es eine Vielzahl hypothetischer Annahmen, die jedoch zum größten Teil aufgrund klinischer Erfahrung gemacht wurden. Die vereinzelt empirischen Befunde, die es dazu gibt, wurden von Zimmer (1985, S. 155 f.) ausführlich zusammengetragen. Weitere Überlegungen finden sich zum Beispiel bei Masters und Johnson (1970) und Arentewicz und Schmidt (1993). Gemeinsam ist den meisten Erklärungsmodellen die Annahme, daß funktionelle Sexualstörungen Ausdruck einer gehemmten oder fehlgeleiteten Entwicklung speziell der Sexualität und/oder der Persönlichkeit sind (LoPiccolo & Lobitz, 1973; Arentewicz & Pfäfflin, 1980).

Bei der Entstehung funktioneller Sexualstörungen können verschiedene Prozesse des klassischen und operanten Lernens in direkter oder verdeckter Form (Modelllernen) sowie Probleme der Wirklichkeitsverarbeitung (kognitives Lernen) beteiligt sein. Außerdem spielen Aspekte des Wissens, der Bewertung und der Selbstregulation des eigenen Verhaltens eine Rolle.

Angst wird als wesentliche Rolle in der Entwicklung und Aufrechterhaltung von funktionellen Sexualstörungen für Männer und Frauen von den Vertretern unterschiedlicher theoretischer Richtungen angesehen. Zum Beispiel Wolpe (1958) sowie Fenichel (1945) hoben die Angst als wichtigen Faktor bei der Entwicklung der verschiedenen Typen sexueller Funktionsstörungen hervor. Masters und Johnson (1970) und Kaplan (1974, 1981) betonten die Rolle der Angst in ihrer Kurzzeittherapie. Masters und Johnson (1970) unterstrichen vor allem die Bedeutung der Leistungsangst als wichtige Komponente bei Paaren mit sexuellen Störungen. Kaplan (1974, 1981) hat auch die Angst vor Versagen als wichtige Komponente in der Entwicklung von Sexualstörungen angesehen und beschreibt zusätzlich andere Ängste, wie Forderungen von seiten des Partners und übertriebenes Bedürfnis, dem Partner zu gefallen. Von diesen sexuellen Ängsten wird angenommen, daß sie sexuelle Erregung verhindern und das autonome Nervensystem in einem großen Ausmaß hemmen, so daß physiologische Erregung unmöglich wird. Diese Annahmen blieben nicht ganz unwidersprochen, da die Evidenz, daß die Angst der wichtigste ätiologische Faktor von funktionellen Sexualstörungen ist, vorwiegend auf klinischen Erfahrungen beruht und nicht auf empirischen Daten (Schiavi, 1976).

Auf diesem Hintergrund analysierte Barlow (1986) empirische Untersuchungen, die die Rolle der Angst bei der sexuellen Erregung zum Thema hatten. In seinen Schlußfolgerungen kommt er zu der Auffassung, daß mehrere Faktoren die Personen in den Studien mit einer ungestörten und einer gestörten Sexualität unterscheiden: Personen mit Sexualstörungen erleben in Situationen mit sexuellem Kontakt häufig negative Gefühle, während Personen mit

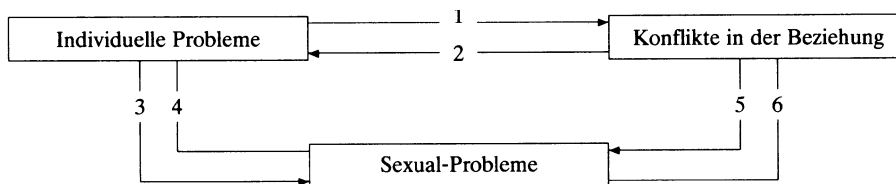
einem ungestörten Sexualleben mehr positive Emotionen zeigen; bei Männern mit Sexualstörungen wird sexuelle Erregung durch Angst gehemmt, während Angst bei Männern ohne Sexualstörungen die Erregung häufig erleichtert. Aus diesen zusammengetragenen empirischen Ergebnissen schlägt Barlow ein Arbeitsmodell zur Erklärung der psychisch bedingten Sexualstörungen vor. In diesem Modell geht er davon aus, daß ein kognitiver Ablenkungsprozeß, der mit Angst interagiert, verantwortlich für die Sexualstörungen ist. Neuere empirische Arbeiten lassen dieses Modell weiterhin als sinnvoll erscheinen (Levine & Althof, 1991; Palace et al., 1992; Strassberg et al., 1990).

Beispiel:

Ein 24-jähriger Student hat Angst, bei sexuellen Kontakten zu versagen; frühmorgens und bei sexuellen Phantasien normale Erektionsentwicklung. Noch nie sexuelle Kontakte mit einer Partnerin; zwei- bis dreimal monatlich nächtliche Ejakulationen, sexuelle Appetenz ungestört. Stichpunkte zur Lebensgeschichte: Bis zum 19. Lebensjahr zu Hause aufgewachsen, im Vergleich zum anderthalb Jahre jüngeren Bruder schon immer schüchtern gewesen, in der Kindheit wenig Kontakt zu Gleichaltrigen. Enge Bindung an das Elternhaus, entsprechend schwer war der Wechsel zum Studienort, so daß er lange Zeit isoliert lebte. Seit 4 Monaten Bekanntschaft mit einer gleichaltrigen Studentin mit deutlicher erotischer Zuneigung. Die Bekanntschaft kam auf Initiative der Partnerin zustande. Er wage aber keine sexuelle Beziehung. Er traue sich die Übernahme der Verantwortung nicht zu, die sich doch für einen Mann aus einer solchen Bindung ergebe.

Zimmer (1985) betont in seinen Modellen zum Zusammenhang von ätiologischen und aufrechterhaltenden Bedingungen die Wechselwirkung zwischen individuellen, partnerschaftlichen und sexuellen Problemen: Individuelle Probleme können Beziehungsprobleme bedingen (zum Beispiel Verhaltensdefizite wie selbstunsicheres Verhalten, Ängste, depressive Verstimmungen); Partnerschaftskonflikte können zur individuellen Belastung werden (zum Beispiel zu Depressionen führen); individuelle Probleme können sexuelle Probleme auslösen (zum Beispiel ungünstige Sexualerfahrung in der individuellen Lerngeschichte); sexuelle Probleme können Partnerschaftskonflikte zur Folge haben usw. (vgl. Abb. 2). Diese gegenseitige Wechselwirkung der verschiedenen Probleme erschwert häufig die Diagnostik, da unklar ist, welches Problem die anderen mitbedingt. Dieses Wissen ist jedoch wichtig für die Therapieplanung.

Abbildung 2
Der Zusammenhang von individuellen Problemen, Beziehungsproblemen und sexuellen Problemen (aus: Zimmer, 1985, S. 209)

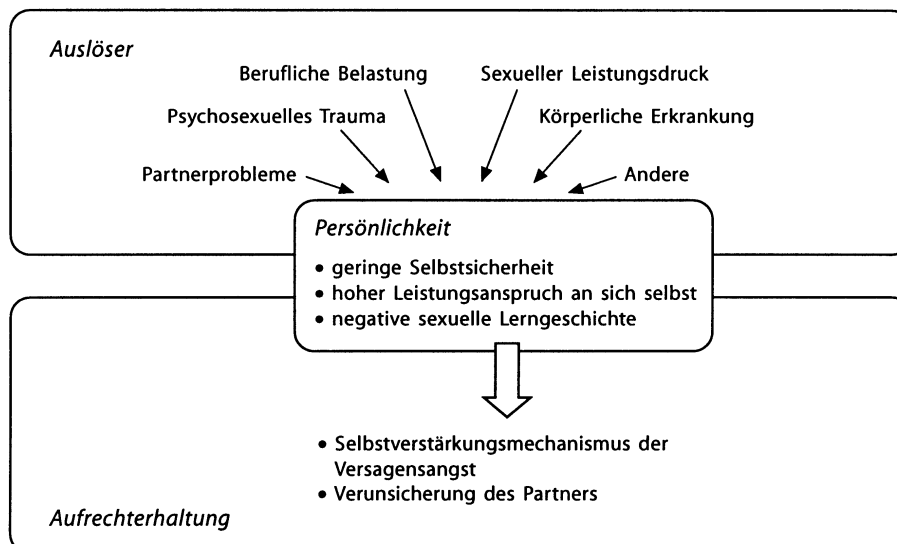


Beispiel:

Frau B. kommt auf Überweisung ihres Gynäkologen wegen Orgasmusstörungen zur Behandlung. Sie ist 33 Jahre alt, Hausfrau, und seit 10 Jahren mit ihrem 36jährigen Ehemann, einem Fernmeldetechniker, verheiratet. Das Ehepaar hat zwei Kinder im Alter von 8 und 6 Jahren. Frau B. erzählt, daß es ihr nicht möglich sei, beim Koitus mit ihrem Mann einen Orgasmus zu erreichen. Dieses Problem belastet sie seit Jahren, seit Jahren leidet sie auch unter unklaren Unterleibsbeschwerden, für die ihr Gynäkologe keine organischen Ursachen finden könne, und die er als „Verspannungen“ im Unterleib diagnostiziert habe. Diese Beschwerden seien z. T. so stark, daß sie vor Schmerzen keinerlei sexuelle Erregung verspüre und deshalb dem Geschlechtsverkehr aus dem Wege gehe. Dies wiederum würde zu verschiedenen Streitereien mit ihrem Partner führen. Auf genaueres Befragen hin gibt Frau B. an, daß sie durch manuelle Stimulierung durch ihren Mann, vor allem aber durch Masturbation, einen Orgasmus erreiche und auch orgasmusfähig wäre, würde sie mit anderen Männern verkehren, wie dies vor und einige Male auch während der Ehe der Fall gewesen sei. Im Unterschied zu ihrem eigenen Mann aber „dauert es bei den anderen länger, bis es zum Samenerguß kommt“. Schließlich wird deutlich, daß ihr Mann bereits kurz nach der Einführung des Gliedes ejakuliere, daß sie eigentlich – wie sie sagt – „nicht genügend Zeit“ hätte, um zum Orgasmus zu kommen, und daß dies bei ihrem Mann „schon immer so gewesen“ sei. Mit anderen Männern habe sie stets nur deshalb geschlafen, „um zu sehen, ob ich überhaupt noch wie eine Frau sexuell reagieren kann“.

Fahrner und Kockott (1982) versuchten, die verschiedenen klinischen Erfahrungen und die empirischen Ergebnisse der Literatur zur Entstehung und Aufrechterhaltung funktioneller Sexualstörungen zu systematisieren (Abb. 3). Man kann zur leichteren Übersicht zwischen den Bedingungen, die die Störung ursprünglich auslösen, trennen und denen, die sie aufrechterhalten. Eine einzelne negative Erfahrung wird in den meisten Fällen keine se-

Abbildung 3
Entstehung und Aufrechterhaltung funktioneller Sexualstörungen



xuelle Störung auslösen. Erst die Summierung von ungünstigen Erfahrungen in verschiedenen Bereichen kann dazu führen. Das heißt, die auslösenden Bedingungen schließen sich gegenseitig nicht aus, sondern summieren bzw. potenzieren sich. Ob nun eine Person aufgrund dieser negativen Beziehungen eine sexuelle Störung entwickelt und eine andere mit ähnlichen Erfahrungen nicht, scheint unter anderem von Persönlichkeitsvariablen und zum Teil auch von der Reaktion des Partners und der individuellen Lerngeschichte abzuhängen. Vergleichbar mit dem Modell von Beck zur Entstehung von Depressionen kann man auch bei sexuell gestörten Personen annehmen, daß Lebensereignisse v. a. dann zu Auslösern sexueller Gestörtheit werden, wenn sie frühere negative sexuelle Erfahrungen und die damit verbundenen Emotionen reaktivieren. Zu dieser Frage liegen aus der Forschung allerdings wenige überzeugende Ergebnisse vor. Ungünstig wirken sich mangelnde Selbstsicherheit, ein geringes Selbstwertgefühl und eine starke Leistungsbezogenheit aus (Kockott, 1981; Ansari, 1975).

In der Ätiologie und bei der Aufrechterhaltung aller sexueller Funktionsstörungen spielen auf jeden Fall Erwartungs- und Versagensängste sowie eine gesteigerte Selbstbeobachtung eine zentrale Rolle. Als Arbeitshypothese wird angenommen, daß sich ein sogenannter Selbstverstärkungsmechanismus entwickelt (Kockott, 1980; Arentewicz & Schmidt, 1993). Darunter versteht man in einem verhaltenstheoretischen Modell folgendes: Das erste, vielleicht zufällige Auftreten einer funktionellen Sexualstörung führt zur Erwartungsangst. Diese Erwartungsangst verhindert die intakte Funktion, was wiederum die Erwartungsangst erhöht und zu einer gesteigerten Selbstbeobachtung führt. Durch den Selbstverstärkungsmechanismus verfestigen sich funktionelle Sexualstörungen, da sich die Störung von diesen ursächlich auslösenden Bedingungen löst und funktionell autonom weiterbesteht.

Insgesamt wird den aufrechterhaltenden Bedingungen große Bedeutung zugemessen. Dementsprechend spielt in der Therapie funktioneller Sexualstörungen die Auflösung des Selbstverstärkungsmechanismus eine zentrale Rolle (Masters & Johnson, 1970). Im einzelnen lassen sich folgende prinzipielle Ziele für eine Therapie sexueller Funktionsstörungen ableiten (Fahrner, 1981):

- Die Versagensangst und das daraus resultierende Vermeidungsverhalten müssen abgebaut werden.
- Es muß ein neues (das heißt ungestörtes) sexuelles Verhaltensrepertoire aufgebaut werden.
- Die Bedeutung, die die sexuelle Funktionsstörung für die Partnerbeziehung hat, muß dem Paar durchschaubar gemacht werden.
- Eventuell müssen frühere Ängste, Konflikte oder traumatische Erlebnisse therapeutisch bearbeitet werden, die mit der sexuellen Problematik in Zusammenhang stehen.

4 Therapeutische Intervention

4.1 Erste verhaltenstherapeutische Untersuchungen und das Vorgehen nach Masters und Johnson

Die verhaltensorientierte Therapie sexueller Funktionsstörungen entwickelte sich aus zwei Einflüssen. Die eine Quelle sind die frühen Verhaltenstherapeuten, die andere Masters und Johnson.

Wolpe (1958) und Lazarus (1963) verwendeten zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen die gleichen Techniken wie zur Behandlung von Phobien und anderen neurotischen Symptomen. Dies war fast ausschließlich die systematische Desensibilisierung. Einige Autoren führten die angstausslösende Situation nur in der Phantasie ein (z. B. Lazarus, 1963), während andere in-vivo-Übungen miteinbezogen (z. B. Wolpe, 1969). Während Wolpe und Lazarus Muskelentspannung als antagonistische Reaktion auf die angstausslösende Situation einsetzen, wurde auch Entspannung durch Medikamente verwendet (Brady, 1966; Friedman, 1968; Jones & Parks, 1972). Obler (1973) ergänzt die Desensibilisierung in sensu mit Dias und Filmen von schwer vorzustellenden Szenen der Angst-Hierarchie des Patienten.

Einen wichtigen Beitrag zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen leisteten Masters und Johnson (1970). Sie behandelten von 1959 bis 1969 510 Paare und publizierten 1970 (deutsche Ausgabe 1973) die Beschreibung ihres therapeutischen Vorgehens sowie die Behandlungsergebnisse. Das Therapieprogramm basiert auf ihren physiologischen Untersuchungen über das ungestörte Sexualverhalten und auf einer Kombination von Verfahren, die bis dahin zum Teil einzeln und unsystematisch angewendet wurden. Zum Beispiel geht die „Squeeze-Technik“ zur Behandlung der frühzeitigen Ejakulation auf Seamans (1956) zurück; das Einführen von Stäben (Hegarstiften) in die Vagina zur graduellen Angstreduzierung bei Patientinnen mit Vaginismus wurde von Walthard (1909), Mayer (1932), Mears (1958) angewendet; Frank (1948) berichtet über die therapeutische Wirkung des Koitusverbots. Kritisiert wird häufig, daß Masters und Johnson ihr therapeutisches Vorgehen nicht von theoretischen Prinzipien her entwickelten. Obwohl sie selbst ihr Vorgehen nicht als verhaltenstherapeutisch beschreiben, läßt es sich in vielem auf lerntheoretische Annahmen zurückführen.

Die formalen Bedingungen ihres Konzepts können mit den Begriffen Paar-, Team- und Intensivtherapie beschrieben werden. Das bedeutet folgendes: Die Therapie geschieht immer gemeinsam mit dem Partner, da „es so etwas wie einen unbeteiligten Partner in einer Partnerschaft, in der sexuelle Störungen aufgetreten sind, nicht gibt“ (Masters & Johnson, 1970, S. 2). Weiterhin fordern Masters und Johnson, daß die Therapie von zwei Ko-Therapeuten – einem Mann und einer Frau – durchgeführt wird, weil dadurch beide Partner „einen Vertreter und einen Interpreten“ (S. 4) haben, der sie aufgrund seiner eigenen Erfahrungen als Mann bzw. Frau besonders gut verstehen kann. Als

„intensiv“ wird die Therapie von Masters und Johnson deswegen bezeichnet, weil sie in 2 bis 3 Wochen durchgeführt wird.

Inhaltlich besteht die Therapie aus einer Reihe von aufeinanderfolgenden Verhaltensübungen, die das Paar zwischen den Sitzungen durchführt. Die Erfahrungen mit den Übungen werden jeweils in der nächsten Sitzung besprochen und ausgewertet. Über verschiedene, im Schwierigkeitsgrad ansteigende Zwischenstufen wird das sexuelle Verhalten wieder aufgebaut (Fahrner & Kockott, 1996). Unter dem Gebot, keinen Koitus auszuüben, werden folgende Stufen durchlaufen: Abwechselndes Streicheln des ganzen Körpers mit Ausnahme der Genitalregionen („sensate focus“), erkundendes Streicheln der Genitalien, stimulierendes Streicheln und Umgang mit Erregung, Petting bis Orgasmus, Einführen des Penis ohne Bewegung, Koitus mit erkundenden Bewegungen bis hin zur nicht mehr durch Verhaltensanweisungen beschränkten sexuellen Betätigung (Fahrner & Kockott, 1981 b). Für die Behandlung der frühzeitigen Ejakulation schlagen Masters und Johnson zusätzlich die „Squeeze-Technik“ und für die Behandlung von Vaginismus den Einsatz von Hegarstiften vor (Kockott & Fahrner 1996 a,b).

Masters und Johnson berichten von recht guten Erfolgsquoten. Allerdings definieren sie ihre Erfolgskriterien nicht sehr eindeutig. Dennoch ist den Angaben zu entnehmen, daß Patienten mit frühzeitiger Ejakulation (97,8 % erfolgreich) und mit einer primären Anorgasmie (83 % erfolgreich) besonders gut auf diese Art von Therapie ansprechen, während Patienten mit einer sekundären Anorgasmie (77 % erfolgreich) und Patienten mit einer primären Erektionsstörung (59,4 % erfolgreich) schwieriger zu behandeln sind. Die guten Erfolgsdaten werden durch spätere Katamnesen bestätigt (z. B. Milau et al. 1988; Scholl, 1988; Hawton et al 1992). Allerdings werden auch Zweifel geäußert, ob diese Erfolgsquoten heute noch zu erreichen sind, da die Störungsbilder zunehmend komplexer werden (z. B. Hartmann und Uhlemann 1995).

4.2 Prognostische Faktoren

Insgesamt gibt es in der Sexualtherapie wenige Studien zur Prognose. Die meisten sind methodisch nicht einwandfrei, zum Beispiel basieren einige auf retrospektiven Daten, meistens auf post-hoc-Auswertungen von Krankengeschichten, während andere nur Daten berücksichtigen, die im Verlauf der Therapie erhoben wurden. Dennoch lassen sich Hinweise auf möglicherweise wichtige Faktoren aus diesen Studien ableiten. So ist zum Beispiel bekannt, daß manche Arten von Sexualstörungen bessere Ergebnisse zeigen: Vaginismus, primäre Orgasmusstörungen und Ejaculatio praecox tendieren dazu, ein gutes Ergebnis zu zeigen (Masters & Johnson, 1970), während der Erfolg der Behandlung von gehemmter Appetenz und primären Erektionsstörungen eher mäßig ist (Kaplan, 1979). Die Qualität der Beziehung zwischen den Partnern ist ein wichtiger Faktor für den Therapieerfolg (Cooper, 1969; Lansky & Davenport, 1975; Fordney-Settlage, 1975; Mathews et al., 1976; O’Con-

ner, 1976; Snyder & Berg, 1983). Als weitere prognostische Faktoren gelten sexuelle Verantwortung (Cooper, 1969) und das Ausmaß, in dem der Partner als sexuell attraktiv erlebt wird (Whitehead & Mathews, 1977).

Psychiatrische Störungen bei einem der Partner (Cooper, 1969; Lansky & Davenport, 1975; Fordney-Settlage, 1975; Mathews et al., 1976; O'Conner, 1976; Snyder & Berg, 1983) und lange Dauer der Sexualstörungen (Cooper, 1969, 1970; Lansky & Davenport, 1975; Fordney-Settlage, 1975; Mathews et al., 1976; O'Conner, 1976) stehen mit schlechterem Therapieerfolg in Zusammenhang. Eine methodisch gute Untersuchung zur Prognose wurde von Hawton und Catalan (1986) durchgeführt. Sie untersuchten in einer prospektiven Studie 154 Paare, bei denen eine Sexualtherapie durchgeführt wurde und identifizierten vier wichtige prognostische Faktoren: Guter Erfolg stand in Zusammenhang mit der Qualität der partnerschaftlichen Beziehung, der sexuellen Beziehung, der Höhe der Motivation und dem Ausmaß des Fortschrittes, der bis zur dritten Therapiesitzung gemacht wurde. Diese Faktoren bestätigten sich im wesentlichen auch in einer späteren Untersuchung an Männern mit Erektionsstörungen (Hawton et al., 1992). Die Autoren weisen darauf hin, daß diese prognostischen Faktoren jedoch nicht dazu führen sollen, Paare mit einer schlechteren Prognose von der Sexualtherapie auszuschließen, sondern daß bei diesen Paaren die speziellen Aspekte, wie zum Beispiel die schlechte partnerschaftliche Beziehung, in der Therapieplanung besonders berücksichtigt werden müssen.

4.3 Modifikation der Therapie nach Masters & Johnson und weitere Entwicklung

Seit 1970 wurden zahlreiche Modifikationen und Weiterentwicklungen des Vorgehens von Masters und Johnson vorgeschlagen und zum Teil empirisch überprüft. Die Variationen betreffen formale sowie inhaltliche Aspekte der Therapie. Darüber hinaus wurde versucht, für bestimmte Patientengruppen neue Behandlungsformen zu entwickeln oder bestimmte, bei Masters und Johnson vernachlässigte Problembereiche mit in die Therapie einzubeziehen. Zu diesen Weiterentwicklungen führten verschiedene Kritikpunkte an der Therapie von Masters und Johnson, u. a.:

- Die Therapie nach Masters und Johnson ist sehr aufwendig. Pro Paar werden zwei Therapeuten benötigt, dazu kommen die Unkosten für den quasi-stationären Aufenthalt, verbunden mit einem Zeitaufwand, der wohl vorwiegend nur von sehr motivierten Paaren aufgebracht werden kann.
- Bei verschiedenen Patientengruppen mit sexuellen Funktionsstörungen hat sich das Vorgehen nach Masters und Johnson nicht bewährt oder ist nicht durchführbar. Dies gilt besonders für Patienten, die keinen Partner haben oder deren Partner nicht an der Therapie teilnehmen will oder verhindert ist. Ebenso wenig erfolgreich ist die Therapie nach Masters und Johnson bei komplizierten sexuellen Störungen, vor allem dann, wenn nicht nur sexuelle Ängste und sexuelle Verhaltensdefizite die Störung aufrechterhalten, sondern ein komplexes Bedingungsgefüge.

- Das therapeutische Konzept von Masters und Johnson ist atheoretisch. Die auf klinischem Versuch und Irrtum aufbauenden therapeutischen Anweisungen erlauben keine theoretisch abzuleitende Erklärung und Weiterentwicklung.

Auf die wichtigsten Weiterentwicklungen wird im folgenden unter dem Gesichtspunkt der Praxisrelevanz eingegangen. Nicht diskutiert werden dabei die Studien, die sich mit der Wirksamkeit einzelner therapeutischer Komponenten aus dem „Therapie-Paket“ beschäftigen (vgl. dazu z. B. Obler, 1975; Mathews et al., 1976).

Reduktion des Aufwands

In verschiedenen Therapiestudien wurde untersucht, ob sich die Durchführung der Therapie mit einem anstatt mit zwei Therapeuten sowie ambulant bei ein bis zwei Sitzungen wöchentlich anstatt quasi-stationär negativ auf die Erfolgsquote auswirkt (z. B. Lobitz & LoPiccolo, 1972, Mathews et al., 1976; LoPiccolo et al., 1985). Eine unterschiedliche Wirksamkeit der verschiedenen Therapie-Settings wurde nicht nachgewiesen. Zum gleichen Ergebnis kommen in Deutschland Arentewicz und Schmidt (1993).

Die Therapie wurde auch als ein zweieinhalbtägiges Marathon (Blakeney et al., 1976) und als Brieftherapie mit minimalem Therapeutenkontakt (Mathews et al., 1976) durchgeführt. Diese Formen können lediglich für ausgewählte Patientengruppen (z. B. mit hoher Motivation) mit Aussicht auf Erfolg eingesetzt werden.

Gruppentherapie von Paaren

Sowohl unter ökonomischen Aspekten wie auch um die therapeutischen Vorteile einer Gruppe zu nutzen, wurde das von Masters und Johnson entwickelte Vorgehen in Gruppen von mehreren Paaren angewendet. Kaplan et al. (1974), McGovern et al. (1975), Schneidman und McGuire (1976) und Golden et al. (1978) behandelten bezüglich der sexuellen Problematik homogene Gruppen mit gleichem Erfolg wie in Einzeltherapie. Über eine erfolgreiche Gruppentherapie bei Paaren mit unterschiedlichen sexuellen Störungen berichten Leiblum et al. (1976) und Spence (1985).

Techniken zur Steigerung der sexuellen Erlebnisfähigkeit

Vorwiegend von verhaltenstherapeutischer Seite wurden die Therapien von Masters und Johnson durch neue Übungselemente ergänzt. Sie lassen sich unter dem Begriff „arousal reconditioning“ (Lobitz & LoPiccolo, 1972) zusammenfassen. Sie haben das Ziel, die sexuelle Erregbarkeit und das Lustempfinden aufzubauen, da der Abbau von Angst und Hemmungen zwar notwendig ist, aber alleine nicht in allen Fällen gleichzeitig zu einem positiven Erleben der Sexualität führt. Masters und Johnson gingen implizit von dem Modell aus, daß die durch Angst blockierte Sexualität freigelegt werden müsse.

Zu den Techniken des „arousal reconditioning“ gehören zum Beispiel Übungen zur Selbsterfahrung des Körpers (LoPiccolo & Lobitz, 1973; Kohlenberg, 1974; Barbach, 1974); der Gebrauch starker mechanischer Stimulation (Vibrator) bei Orgasmusstörungen (LoPiccolo & Lobitz, 1972) und bei ausbleibender Ejakulation (Vogt, 1974); der Einsatz von sexuellen Phantasien, die zum Teil erst erlernt werden müssen (Marquis, 1970; Flowers & Booraem, 1975; Wish, 1975); die Anwendung enthemmender Rollenspiele, z. B. des orgasmic-role playing von Lobitz und LoPiccolo (1972)

Beispiel:

Frau H. ist 33 Jahre alt und seit 13 Jahren mit ihrem 2 Jahre älteren Mann verheiratet. Frau H. kommt zur Behandlung, weil sich ihr Mann scheiden lassen wolle. In den 13 Jahren ihrer Ehe sei Geschlechtsverkehr noch nie möglich gewesen. Bei allen Versuchen habe sie sich so verkrampft, daß es ihrem Mann unmöglich gewesen sei, sein Glied einzuführen. Er lebe jetzt mit einer Freundin zusammen, mit der er – seinen Aussagen nach – befriedigenden Verkehr habe. Sie aber wolle ihren Mann behalten und habe sich deshalb zur Behandlung entschlossen. Die Patientin konnte mit den oben beschriebenen Methoden innerhalb von neun Sitzungen erfolgreich behandelt werden. Die über viele Jahre hinweg bestehende sexuelle Problematik hatte sekundär auch zu Partnerschaftsproblemen geführt, die in weiteren acht Sitzungen erfolgreich behandelt werden konnten. In dieser Zeit beendete Herr H. seine Freundschaft und kehrte zu seiner Frau zurück. Das Ehepaar hat inzwischen zwei Kinder.

Behandlung von Frauen mit primärer Anorgasmie

Für Frauen, die noch nie einen Orgasmus erlebt haben, wurde von LoPiccolo und Lobitz (1972) ein Vorgehen entwickelt, das bei dieser Patientengruppe zu besseren Ergebnissen als nach dem Vorgehen von Masters und Johnson führt (Barbach, 1974; Kohlenberg, 1974): in den neun Stufen des Programms lernt die Frau in systematischer Weise, ihre Angst- und Schuldgefühle gegenüber dem eigenen Körper abzubauen, neue positive Gefühle sowie bestimmte sexuelle Fertigkeiten aufzubauen und über die Masturbation einen Orgasmus zu erreichen.

Behandlung von Patienten ohne Partner

Erst in den letzten Jahren wandte sich die Forschung verstärkt dieser Patientengruppe zu, für die das Vorgehen nach Masters und Johnson nicht geeignet ist. Frauen ohne Partner, die noch nie einen Orgasmus hatten, wurden in Frauengruppen mit dem Masturbationsprogramm nach LoPiccolo und Lobitz mit sehr gutem Erfolg behandelt (Barbach & Flaherty, 1980; Barbach, 1974; Wallace & Barbach, 1974; Leiblum & Ersner-Hershfield, 1977). Zusätzlich wurde in diesen Gruppen Wert auf den Aufbau des Selbstvertrauens gelegt. Diese Form der Gruppentherapie ist bei primärer Anorgasmie auch für Frauen, die in einer festen Partnerschaft leben, eine alternative Möglichkeit zur Paartherapie (Wendt, 1979; Ersner-Hershfield & Kopel, 1979).

Schwieriger ist die Situation der Männer, die z. B. durch ihre Erektions- und Ejakulationsstörungen so entmutigt sind, daß sie sich nicht mehr trauen, den Kontakt zu einer Frau aufzunehmen. Masters und Johnson versuchten auch

bei diesen Männern eine Paartherapie, in der sie mit Surrogatpartnern arbeiteten, das heißt mit Frauen, die gegen Bezahlung die Rolle der Partnerin in der Therapie übernehmen. Masters und Johnson gaben dieses Therapiekonzept nicht nur wegen juristischer Schwierigkeiten, sondern vorwiegend wegen der zunehmenden Probleme zwischen Patienten und Surrogatpartnern wieder auf (Masters et al., 1977). Diese Form der Therapie wird nur noch selten angewandt.

Eine befriedigende empirisch überprüfte Behandlungsmethode existiert für alleinstehende Männer noch nicht. Das therapeutische Vorgehen orientiert sich heute an dem von Zilbergeld (1994) vorgeschlagenen Behandlungsprogramm. Dabei werden hauptsächlich Elemente des Selbstsicherheitstrainings eingesetzt, um die Fähigkeit zu fördern, Kontakte mit Frauen aufzubauen sowie eine Art systematische Desensibilisierung, die der Mann bei der Masturbation durchführt, um die sexuellen Versagensängste abzubauen. Dieses Vorgehen kann die sexuellen Schwierigkeiten oft beseitigen oder aber den Mann zumindest in die Lage versetzen, sich wieder zuzutrauen, eine neue Partnerschaft aufzubauen (Zilbergeld & Ellison, 1979; Albert et al., 1980; Lobitz & Baker, 1979; Zeiss et al., 1978).

Integration der sexualtherapeutischen Techniken in bestehende Therapiekonzepte

Masters und Johnson wurde häufig der Vorwurf gemacht, ihr Behandlungsprogramm als für alle Patienten gleichförmige Technik anzuwenden, ohne die individuellen Unterschiede der einzelnen Patienten zu berücksichtigen. Dies führte dazu, daß Therapeuten verschiedener Orientierungen die Techniken von Masters und Johnson in ihr jeweiliges theoretisches Bezugssystem integrierten und weiterentwickelten. Kaplan (1974) integrierte psychodynamische und partnerdynamische Aspekte in die Therapie und nennt diese Richtung „The New Sex Therapy“. Verhaltenstherapeuten übernahmen die einzelnen Techniken von Masters und Johnson, setzten sie aber entsprechend der Verhaltensanalyse und mit individuellen Therapieplänen ein. Hawton et al. (1989) und Rosen et. al. (1994) berücksichtigen bei der Behandlung von Sexualstörungen verstärkt Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie. Therapeuten machen zunehmend die Erfahrung, daß Patienten mit sexuellen und partnerschaftlichen Problemen in die Behandlung kommen, deren Schwierigkeiten sich gegenseitig so bedingen, daß sie nicht mehr voneinander zu trennen sind. Das hat dazu geführt, das sexualtherapeutische Vorgehen mit partnertherapeutischen Methoden zu kombinieren. In der Praxis hat sich die Erfahrung durchgesetzt, therapeutisch mit der Problematik zu beginnen, die derzeit im Vordergrund steht. Im Zweifelsfall scheint es sich zu bewähren, mit der sexualtherapeutischen Methode zu beginnen: Sie ist möglicherweise breiter wirksam (Hartman & Daly, 1983), und Therapeut und Paar erkennen schneller, ob dieser Behandlungsweg erfolgversprechend ist.

5. Abschließende Bemerkungen

In den letzten Jahren sind bedeutende Weiterentwicklungen in der Differentialdiagnostik zwischen körperlich und psychisch bedingten Erektionsstörungen und in der Behandlung von organisch bedingten Störungen der Erektion erreicht worden. Mit Hilfe einer Injektion von vasoaktiven Substanzen (z. B. Papaverin, Prostaglandin) in den Schwellkörper des Penis kann man eine durch diese Pharmaka verursachte Erektion erreichen; die dazu nötige Menge gibt einen Hinweis auf die Durchblutungsverhältnisse des Penis. Durchblutungsstörungen des Penis, eine relativ häufige Ursache von Erektionsstörungen des älteren Mannes, sind damit zu diagnostizieren. Diese „pharmakogenen“ Erektionen sind eine akzeptable Therapiemöglichkeit bei solchen körperlich bedingten Erektionsstörungen, die anders nicht zu behandeln sind. Leider wird diese leicht handhabbare Behandlungsform immer häufiger auch bei psychisch bedingten Erektionsstörungen eingesetzt. Davor muß man nicht nur prinzipiell warnen, sondern auch deshalb, weil in zunehmendem Maße Nebenwirkungen bei Langzeitgebrauch in Form von Gewebeschädigungen des Penis bekannt werden. Neue Pharmaka kommen auf den Markt (z. B. Sildenafil, ein Phosphodiesterasehemmer), deren Wirksamkeit zur Zeit überprüft wird.

Betrachtet man die Ergebnisse der Therapie funktioneller Sexualstörungen, so ist das Bild im großen und ganzen im Vergleich zu anderen Störungen (z. B. Abhängigkeiten) erfreulich. Die Erfolgsraten für Psychotherapie sind relativ hoch, wenn auch manche Störungsbilder wie verminderte sexuelle Appetenz deutlich geringere Besserung zeigen. Viele der Wirkmechanismen der Therapie funktioneller Sexualstörungen sind bekannt: zum Beispiel graduiertes Angstabbau, Umlernen durch neue Erfahrungen, kognitive Umstrukturierung usw.

Bezüglich der Klassifikation sexueller Störungen zeichnet sich eine Annäherung ehemals widersprüchlicher Meinungen ab. Die in DSM-IV (1994) und ICD-10 (1991) vorgeschlagenen Klassifikationen werden noch nicht allen Störungsbildern gerecht. Manche Störungsbilder scheinen in den letzten Jahren häufiger zu werden; das betrifft vor allem die verminderte sexuelle Appetenz bei Männern und Frauen. Wenig gesichertes empirisches Wissen gibt es bezüglich der Erklärungsansätze sexueller Funktionsstörungen. Es existieren nur vereinzelte empirische Untersuchungen und kaum theoretische Erklärungsversuche. Wenn die Therapie funktioneller Sexualstörungen noch effektiver gestaltet werden soll, muß auf diesen Gebieten in den nächsten Jahren theoretische Arbeit geleistet werden.

Weiterführende Literatur

Arentewicz, G. & Schmidt, G. (Hrsg.). (1993). *Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie* (3. neubearbeitete Aufl.). Stuttgart, Enke-Verlag

- Bancroft, J. (1985). *Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität*. Stuttgart: Enke-Verlag
- Hertoft, P. (1989). *Klinische Sexologie*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Hoyndorf, S., Reinhold, M. & Christmann, F. (1995). *Behandlung sexueller Störungen*. Weinheim: Beltz
- Zimmer, D. (1985). *Sexualität und Partnerschaft*. München: Urban & Schwarzenberg

Literatur

- Albert, H., Olds, D.D., Davis, D.M. & Hoffmann, J.S. (1980). Sexual Therapy for patients without partners. *American Journal of Psychotherapy*, 34, 228–239.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA. (Deutsch: Hogrefe, Göttingen, 1996)
- Ansari, J. M. (1975). A study of 65 impotent males. *British Journal of Psychiatry*, 127, 337–341.
- Arentewicz, G. & Pfäfflin, F. (1980). Sexuelle Funktionsstörungen aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In V. Sigusch (Hrsg.), *Therapie sexueller Störungen* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme-Verlag
- Barbach, L. G. (1974). Group treatment of preorgasmic women. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 1, 139–145.
- Barbach, L. G. & Flaherty, M. (1980). Group treatment of situationally orgasmic women. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 6, 19–29.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of Sexual Dysfunction: The Role of Anxiety and Cognitive Interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 140–148.
- Blakeney, P. et al. (1976). A short-term intensive workshop approach for the treatment of human sexual inadequacy. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 2, 124–12.
- Brady, J. P. (1966). Behavioral treatment of sexual dysfunction (frigidity), using drugs. *Behavior Research and Therapy*, 4, 71–77.
- Buddeberg, C. (1996). *Sexualberatung* (3. Aufl.). Stuttgart: Enke-Verlag
- Cooper, A. J. (1969). Disorders of sexual potency in the male: A clinical and statistical study of some factors related to short-term prognosis. *British Journal of Psychiatry*, 115, 709–719.
- Cooper, A. J. (1970). Frigidity, treatment and short-term prognosis. *Journal of psychosomatic Research*, 14, 133–147.
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mombour, W. (1980). *Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. 9. Revision des ICD. Berlin: Springer.
- Eichner, K. & Habermehl, W. (1978). *Der Ralf Report. Das Sexualverhalten der Deutschen*. Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag.
- Ersner-Hershfield, R. & Kopel, S. (1979). Group treatment of preorgasmic women: Evaluation of partner involvement and spacing of sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(4), 750–759.
- Everaerd, W. & Dekker, J. (1985). Treatment of male sexual dysfunction: Sexual therapy compared with systematic desensitization and Rational Emotive Therapie. *Behavior Research and Therapy*, 23, 13–25.
- Fahrner, E.-M. (1981). Sexuelle Funktionsstörungen: Möglichkeiten der Therapie und der Beratung. In H. C. Vollmer & I. Helas (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in der Suchtkrankenhilfe*. München: Gerhard Röttger Verlag.

- Fahrner, E.-M. & Kockott, G. (1996). Sensualitätstraining (sensate focus). In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (S. 284–288). Berlin: Springer-Verlag.
- Fahrner, E.-M. & Kockott, G. (1982). Therapie der gestörten Sexualität: Stand der Forschung. In J. C. Brengelmann & G. Bühringer (Hrsg.), *Therapieforschung für die Praxis* (S. 19–44). München: Gerhard Röttger Verlag.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- Flowers, J. V. & Booraem (1975). Imagination training in the treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 50–51.
- Fordney-Settlage, D. S. (1975). Heterosexual dysfunction: Evaluation of treatment procedures. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 367–387.
- Frank, R. T. (1948). Dyspareunia: A problem for the general practitioner. *Journal of the American Medical Association*, 136, 361–365.
- Frenken, J. & von Tol, P. (1987). Sexual problems in gynaecological practice. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 6, 143–155.
- Friedman, D. (1968). The treatment of impotence by Brevital relaxation therapy. *Behavior Research and Therapy*, 6, 257–261.
- Gebhard, P. H. (1966). Factors in marital orgasm. *Journal of Social Issues*, 88–95.
- Golden, J. S. et al. (1978). Group versus couple treatment of sexual dysfunctions. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 593–602.
- Hartmann, L. M. & Daly, E. M. (1983). Relationship factors in the treatment of sexual dysfunction. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 153–160.
- Hartmann, L. M. & Uhlemann, H. (1995) Phänomenologische und psychophysiologische Merkmale der Ejaculatio praecox. Ergebnisse einer empirischen Vergleichsstudie. *Sexologie*, 3, 131–147.
- Hawton, K. & Catalan, J. (1986). Prognostic factors in sex therapy. *Behavior Research and Therapy*, 24, 377–385.
- Hawton, K., Catalan, J. & Fagg J. (1992). Sex therapy for erectile dysfunction: Characteristics of couples, treatment outcome, and prognostic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 161–176.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. & Clark, C. M. (Eds.). (1989). *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Hite, S. (1977). *Hite Report – Das sexuelle Erleben der Frau*. München: Bertelsmann
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen (1991). ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, WHO*. H. Dilling, W. Mombour und M. H. Schmidt (Hrsg.). Bern, Göttingen, Toronto: Huber.
- Jones, W. J. & Parks, P. M. (1972). Treatment of single partner sexual dysfunction by systematic desensitization. *Obstetrics and Gynaecology*, 39, 411–417.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner & Mazel.
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. New York: Brunner & Mazel.
- Kaplan, H. S. (1981). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner & Mazel.
- Kaplan, H. S., Kohl, R. N., Pomeroy, W. B. et al. (1974). Group treatment of premature ejaculation. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 443–452.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, London: Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. & Martin, C. E. & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia, London: Saunders.

- Kockott, G. (1980). Therapieerfahrungen bei der Behandlung funktioneller Sexualstörungen. In J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Entwicklung der Verhaltenstherapie in der Praxis*. München: Gerhard Röttger Verlag.
- Kockott, G. (1981). *Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes*. Stuttgart: Enke-Verlag.
- Kockott, G. (1988 a). *Weibliche Sexualität. Funktionsstörungen*. Erkennen – Beraten – Behandeln. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Kockott, G. (1988 b). *Männliche Sexualität. Funktionsstörungen*. Erkennen – Beraten – Behandeln. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Kockott, G. & Fahrner E.-M. (1996 a). Ejakulationskontrolle (Squeeze-Method). In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (S. 125–128). Berlin: Springer-Verlag.
- Kockott, G. & Fahrner E.-M. (1996 b). Hegarstifttraining (Dilatation Method). In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.) *Verhaltenstherapie* (S. 159–161). Berlin: Springer-Verlag.
- Kockott, G., Dittmar, F. & Nusselt, L. (1973). Systematische Desensibilisierung bei Erektionsstörungen. Eine kontrollierte Studie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 113, 313–324.
- Kohlenberg, R. J. (1974). Directed masturbation and the treatment of primary orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 349–356.
- Lansky, M. R. & Davenport, A. E. (1975). Difficulties in brief conjoint treatment of sexual dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 132, 177–179.
- Lazarus, A. (1963). The treatment of chronic frigidity by systematic desensitization. *Journal of Neurological and Mental Diseases*, 136, 272–278.
- Leiblum, S. R. & Hershfield, R. (1977). Sexual enhancement groups for dysfunctional women: An evaluation. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 3, 139–145.
- Leiblum, S. R., Rosen, R. C. & Pierce, D. (1976). Group treatment format: Mixed sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 313–321.
- Levine, S. B. & Althof, S. E. (1991). The pathogenesis of psychogenic erectile dysfunction. *Journal of Sex Education & Therapy*, 17, 251–266.
- Littmann, S. K. & Arnot, P. (1987). Sexual dysfunctions: A survey of Toronto health professionals. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 12, 35–40.
- Lobitz, W. C. & Baker, E. L. (1979). Group treatment of single males with erectile dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 8(2), 127–138.
- Lobitz, W. C. & LoPiccolo, J. (1972). New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 265–271.
- LoPiccolo, J., Heimann, J. R., Hogan, D. R. & Roberts, C. W. (1985). Effectiveness of single therapists versus cotherapy teams in sexual therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 287–294.
- LoPiccolo, J. & Lobitz, W. Ch. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2, 163–171.
- LoPiccolo, J. & Lobitz, W. Ch. (1973). Behavior therapy of sexual dysfunctions. In C. Hamerlynck, L. C. Handy & E. J. Mash (Eds.), *Behavior change* (pp. 343–358). Champaign, IL: Research Press.
- Marquis, J. N. (1970). Orgasmic reconditioning: Changing sexual object choice through controlling masturbation fantasies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 263–271.
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.

- Masters, W. H., Johnson, V. E. & Kolodny, R. C. (1977). *Ethical issues in sexual therapy and research*. Boston: Little, Brown.
- Mathews, A. M., Bancroft, J., Withehead, A., Hackman, A., Julier, D. et al. (1976). The behavioral treatment of sexual inadequacy: A comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 427–436.
- Mayer, M. D. (1932). Classification and treatment of dyspareunia. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24, 751–755.
- McGovern, K. B., Steward, R. C. & LoPiccolo, J. (1975). Secondary orgasmic dysfunction. I. Analysis and strategy for treatment. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 265.
- Mears, E. (1958). Dyspareunia. *British Medical Journal*, 16, 443–445.
- Mello, N. K. (1980). *Advances in substance abuse: Behavioral and biological research*. Greenwich, CN: JAI Press.
- Milan, R. J., Kilmann, P. R. & Boland, J. P. (1988). Treatment outcome of secondary orgasmic dysfunction: a two- to six-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 463–480.
- Nathan, S. G. (1986). The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 12, 267–281.
- Obler, M. (1973). Systematic desensitization in sexual disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 93–101.
- Obler, M. (1975). Multivariate approaches to psychotherapy with sexual dysfunctions. *The Counseling Psychologist*, 5, 55–60.
- O'Connor, J. F. (1976). *Sexual problems therapy and prognostic factors. Clinical management of sexual disorders*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Palace, E. M. & Gorzalka, B. B. (1992). Differential patterns of arousal in sexually functional and dysfunctional women: Physiological and subjective components of sexual response. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 135–160.
- Rosen, R. C., Leiblum, S. R. & Spector, J. P. (1994). Psychologically based treatment for male erectile disorder: a cognitive-interpersonal model. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 20, 67–85.
- Schiavi, R. C. (1976). Sexual therapy and psychophysiological research. *American Journal of Psychiatry*, 133, 562–566.
- Schnabl, S. (1973). *Intimverhalten, Sexualstörungen, Persönlichkeit*. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Schneidman, B. & McGuire, L. (1976). Group therapy for non-orgasmic women: Two age levels. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 239–247.
- Scholl, G. M. (1988). Prognostic variables in treating vaginismus. *Obstetrics and Gynecology (New York)*, 72, 231–235.
- Schreiner-Engel, P. & Schiavi, R. C. (1986). Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. *The Journal of nervous and Mental Disease*, 174, 646–651.
- Schrover, L. R., Friedman, J., Weilers, S., Heiman, J. R. & LoPiccolo, J. (1982). Multiaxial problemoriented system for sexual dysfunctions. An alternative to DSM-III. *Archives of General Psychiatry*, 39, 614–619.
- Seamans, J. H. (1956). Premature ejaculation: A new approach. *South Medical Journal*, 49, 353–357.
- Sigus, V. (Hrsg.). (1996). *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Snyder, D. K. & Berg, P. (1983). Predicting couples' response to brief directive sexual therapy. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 9, 114–120.

- Spector, J. P. & Carey, M. P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior, 19*, 389–408.
- Spence, S. H. (1985). Group versus individual treatment of primary and secondary female orgasmic dysfunction. *Behavior Research and Therapy, 23*, 539–548.
- Strassberg, D. S., Mahoney, J. M., Schaugaard, M. & Hale, V. E. (1990). The role of anxiety in premature ejaculation: A psychophysiological model. *Archives of Sexual Behavior, 19*, 251–257.
- Vogt, H. J. (1974). Anorgasmie des Mannes. *Sexualmedizin, 3*, 116–118.
- Wallace, D. J. & Barbach, L. G. (1974). Preorgasmic group treatment. *Journal of Sexual and Marital Therapy, 1*, 146–154.
- Walther, M. (1909). Die psychogene Ätiologie und die Psychotherapie des Vaginismus. *Münchener Medizinische Wochenschrift, 56*, 1998–2000.
- Wendt, H. (1979). *Integrative Sexualtherapie. Am Beispiel von Frauen mit Orgasmusstörungen*. München: Verlag J. Pfeiffer.
- Whitehead, A. & Mathews, A. M. (1977). Attitude change during behavioral treatment of sexual inadequacy. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 16*, 275–281.
- Wish, P. A. (1975). The use of imagery-based techniques in the treatment of sexual dysfunction. *The Counseling Psychologist, 5*, 52–55.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.
- World Health Organization (1991). *Tenth Revision of the International Classification of Diseases (ICD). Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Zeiss, R. A., Christensen, A. & Levine, A. G. (1978). Treatment of premature ejaculation through male-only groups. *Journal of Sexual and Marital Therapy, 4*, 139–148.
- Zilbergeld, B. (1994). *Die neue Sexualität der Männer*. DGVT Verlag Tübingen.
- Zilbergeld, B. & Ellison, C. R. (1979). Social skills training as an adjunct to sexual therapy. *Journal of Sexual and Marital Therapy, 5*, 340–350.
- Zimmer, D. (1958). *Sexualität und Partnerschaft*. München: Urban & Schwarzenberg.