

Kirsten von Sydow

Sexuelle Probleme und Störungen bei älteren Menschen

Sexual problems and dysfunctions of elderly patients

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund von Forschungsergebnissen zur sexuellen Aktivität und zum sexuellen Interesse älterer Menschen wird ein Überblick über die Verbreitung sexueller Funktionsstörungen und nichtfunktioneller sexueller Probleme unter älteren Frauen und Männern gegeben. Sofern Probleme bestehen, so ist für Frauen das Fehlen eines Partners, für Männer die abnehmende Potenz und für beide Geschlechter ein Mangel an Zärtlichkeit und an sexuellem Kontakt (auch in Partnerschaften!) am häufigsten problematisch. Bemerkenswert ist, dass ältere Menschen oft nur wenig wissen über die Sexualität Älterer, körperlich-sexuelle Altersveränderungen und mögliche Bewältigungsansätze. Bei ernsten körperlichen Erkrankungen sollten deren sexuelle Auswirkungen mit den behandelnden Ärztinnen/Ärzten besprochen werden. Weitere psychosoziale Präventions- und Interventionsmöglichkeiten werden beschrieben.

Schlüsselwörter

sexuelle Aktivität – sexuelles Interesse – sexuelle Probleme/ Störungen – höheres Lebensalter

Summary

Empirical studies about sexual activity and interest, sexual dysfunctions and non-dysfunctional sexual problems of persons aged 60 years and older are reviewed and summarized. About half of the elderly population does not suffer from sexual problems. The predominant sexual problem of older women is the lack of a male partner – the most common problem of older men is a decline in potency and erectile dysfunction. Both genders suffer relatively often from a lack of nonsexual touching and sexual contact (even in marriages/relationships). There exist knowledge deficits about age-related changes in sexual function and different ways to cope with them. When serious illness occurs, the sexual implications of the disorder as well as medication/ surgery should be discussed with the doctor. Different approaches for prevention and intervention are summarized.

Keywords

sexual activity – sexual interest – sexual problems – sexual disorders – middle age – old age

■ Forschungsergebnisse zur sexuellen Aktivität und zum Interesse

Geschlechtsverkehr wird von den meisten Paaren bis zum Alter von etwa Mitte/Ende 60 praktiziert, mit Anfang 70 noch von einem Drittel. 86% der Männer, aber nur 66% der 40- bis 80-jährigen Frauen in Deutschland berichten von Geschlechtsverkehr im Jahr vor der Befragung (Moreira et al., 2005). Über nichtkoitale heterosexuelle Kontakte sowie über homosexuelle und lesbische sexuelle Aktivität ist fast nichts bekannt. Zärtlichkeit ist lebenslang wichtig. Selbstbefriedigung ist sehr tabuisiert, wird aber immerhin noch von ca. einem Drittel der älteren Frauen und der Mehrheit der Männer berichtet (s. Bucher, Hornung, Gutzwiller & Buddeberg, 2001; Sydow, 2009).

Die Angaben zum sexuellen Interesse sind – je nach Studie – sehr unterschiedlich. Die Mehrheit der Frauen und Män-

ner scheint (mindestens) bis Ende 70 sexuell interessiert zu bleiben, wobei das sexuelle Interesse im höheren Alter meist gering ausgeprägt ist. Erotische Phantasien werden häufiger von älteren Männern als von Frauen bejaht. Dagegen werden erotische Träume nachts im Schlaf noch von einem Drittel der über 80-jährigen Frauen angegeben (s. Bucher et al., 2001; Sydow, 2009).

Doch Durchschnittswerte besagen nur wenig - der bedeutendste Befund ist, dass ältere Frauen und Männer ebenso wie jüngere in sexueller Hinsicht eine hohe interindividuelle Variabilität aufweisen. Die Reaktionen älterer Frauen auf die Beendigung des Geschlechtsverkehrs reichen von „Ich war darüber ganz froh“ bis hin zu „Ich hab manchmal geweint“ (Sydow, 1994).

Ältere wie auch jüngere Menschen nutzen verschiedene sexuelle Optionen – seien es eher sexvermeidende (z. B.

selbstbestimmte sexuelle Abstinenz, Selbstbeherrschung, Ablenkung, Verdrängung erotischer Impulse), sublimierte (z. B. Bemühen um die eigene erotische Attraktivität, Flirten, erotische Träume, Phantasien und Erinnerungen; Beschäftigung mit Musik, Literatur und bildender Kunst), autoerotische (Selbstbefriedigung, auch mit Nutzung von literarischen oder visuellen Erotika) oder partnerbezogene zärtliche und/oder sexuelle Aktivitäten (hetero-, homosexuell), meist in Ehen oder anderen Dauerbeziehungen, manchmal in Außen- oder in Kurzzeitbeziehungen (Sydow, 1994).

Etwa die Hälfte der 50- bis 70-jährigen Frauen mit Partner in Deutschland beschreibt sich als sexuell zufrieden (53%) – die andere Hälfte als belastet (47%). Für die größte positive Teilgruppe ist Zärtlichkeit wichtiger als Sex („zärtlichkeitsorientiert“). „Sexuell befreite“ Frauen erlebten nach den Wechseljahren einen zweiten Frühling und empfinden ihre Partnerschaft als besonders glücklich. „Sexuell emanzipierte“ Frauen zeichnen sich durch hohe sexuelle Initiative und Aktivität aus. Ganz anders die Situation der Frauen in den belasteten Teilgruppen – sie lebten mehrheitlich sexuell abstinenter und waren darüber entweder froh („sexuell Zurückgezogene“) oder aber bedauerten das („sexuell Unbefriedigte“). Eine dritte belastete Gruppe hatte ihr sexuelles Interesse verloren – war aber dennoch zu 65% koital aktiv (dem Partner zuliebe?). Die Frauen aus den positiven Gruppen haben bessere sexuelle Kommunikationsfähigkeiten und sind weniger belastet durch gesundheitliche und menopausale Beschwerden (Schultz-Zehden, 1998).

■ Sexuelle Probleme und Störungen älterer Menschen

Die medizinisch-therapeutische Literatur über sexuelle Probleme älterer Menschen kennt – fast – nur ein Thema: Erektionsprobleme von Männern. Tatsächlich fragen ältere Frauen wesentlich seltener als ältere Männer nach einer Behandlung von sexuellen Störungen. Allerdings führen männliche sexuelle Probleme (14-40%) auch wesentlich häufiger zur Beendigung des Geschlechtsverkehrs als sexuelle Probleme der Frau (4-16%; Sydow, 1994, 2009).

Während sexuelle Probleme älterer Frauen früher kaum beachtet wurden (Sydow, 2000), existieren inzwischen mehrere Repräsentativstudien zum Thema (Überblick: Sydow, 2009). Fokus des Diskurses über weibliche Sexualstörungen im reiferen Alter sind Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie) und neuerdings sexuelle Lustlosigkeit („Hypoactive sexual desire disorder“, HSDD; Leiblum, Koochaki, Rodenberg, Barton & Rosen, 2006).

Die Ergebnisse neuer, z. T. repräsentativer Untersuchungen über die Verbreitung sexueller Funktionsstörungen sind inkonsistent. Zum Teil wird belegt, dass jüngere Frauen und ältere Männer am häufigsten angeben, unter sexuellen Problemen zu leiden – ältere Frauen und Frauen ohne Partner dagegen das seltener tun (Graziottin, 2007; Howard, O'Neill

& Travers, 2006; Laumann, Paik & Rosen, 1999). 50- bis 59-jährige Frauen leiden unter fünf von sechs untersuchten Funktionsstörungen seltener (!) als jüngere Frauen; nur von Lubrikationsstörungen sind reife Frauen häufiger betroffen (Laumann et al., 1999; s. auch Hayes & Dennerstein, 2005). Eine neue groß angelegte europäische Studie belegt dagegen, dass 40- bis 80-jährige Frauen häufiger von sexuellen Funktionsstörungen berichteten (32%) als gleichaltrige Männer (23%) (Nicolosi, Buvat, Glasser et al., 2006). Diese widersprüchlichen Befunde stehen u. a. in Zusammenhang mit verschiedenen untersuchten Altersgruppen, Kulturen und Nicht-Teilnahmequoten (s. Sydow, 2009).

■ Erektionsstörungen

Erektionsprobleme nehmen mit fortschreitendem Alter kontinuierlich zu. Je nach Untersuchungsmethodik, Altersgrenze und Land der Erhebung leiden 23-76% der Männer ab ca. 50 Jahren unter Erektionsstörungen (Braun et al., 2000; Bucher, Hornung & Buddeberg, 2003; Feldman, Goldstein, Hatzichristou et al., 1994; Laumann et al., 1994).

Erektionsprobleme führen häufig zu sexuellem Rückzug des Mannes und dazu, dass intimer körperlicher Kontakt zwischen den Partnern vermieden wird. Manchen Frauen ist die sexuelle Abstinenz gerade recht, doch viele vermissen den sexuellen und zärtlichen Kontakt zu ihrem Partner. Im weiblichen Erleben führen Erektionsprobleme des Partners nicht nur zu einer Abnahme sexueller Kontakte des Paares, sondern auch zur Abnahme von sexuellem Verlangen, von Erregbarkeit, Orgasmus und sexueller Befriedigung der Frau. Die Stärke der Einbußen des weiblichen sexuellen Erlebens korreliert dabei mit der Intensität der Erektionsstörung aus männlicher Sicht (Fisher, Rosen, Eardly, Sand & Goldstein, 2005). Nicht nur Männer werden durch Impotenzserlebnisse in ihrem männlichen Selbstwertgefühl verunsichert, sondern auch Frauen werden in ihrer Weiblichkeit verunsichert. Die Schriftstellerin Anaïs Nin notierte dazu in ihrem Tagebuch: „Meine Angst ist so groß wie seine. Er will mir so gerne seine Potenz beweisen, wie ich sehen will, dass ich Potenz wecken kann.“ Diese beidseitige Verunsicherung führt oftmals zu beidseitigem sexuellem Rückzug und – häufig – dazu, dass Zärtlichkeit vermieden wird (sonst könnte er ja denken, sie wollte was ...) und Frauen beginnen, ihr sexuelles Interesse regelrecht geheim zu halten (Sydow, 1993, 1994).

■ Weibliche sexuelle Funktionsstörungen

Es erscheint fraglich, ob jede durchschnittliche Abnahme sexuellen Interesses mit zunehmendem Alter als Störung klassifiziert werden sollte (vielleicht, um der Pharmaindustrie neue Verkaufsfelder zu erschließen?!). Gemäß der ICD-10 ist eine Störung nur das, worunter Menschen subjektiv deutlich leiden. Doch ältere Frauen leiden meist nicht unter ihrem durchschnittlich *geringeren sexuellen Interesse* (Graziottin, 2007; Sydow, 1994, 2000, 2009).

Die Angaben zur Verbreitung sexueller Funktionsstörungen unter älteren Frauen variieren ähnlich stark wie bei den Männern: Am häufigsten diagnostiziert wird „mangelndes sexuelles Interesse“ (18-43%), unzureichende Lubrikation (11-39%) sowie Orgasmusstörungen (12-34%). Seltener berichtet wird von mangelndem sexuellem Genuss (14-17%), Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (5-8%) und „performance“-Angst (6%) (Laumann et al., 1999; Lindau et al., 2007; Moreira et al., 2005; Nicolisi et al., 2006).

Schließlich existieren auch noch sexuelle Funktionsstörungen, die nicht als Problem erlebt werden, also nicht die Kriterien einer ICD-Störung erfüllen wie *Orgasmusstörungen* von lebenslang sexuell desinteressierten Frauen (Sydow, 1994).

■ Die häufigsten Probleme sind keine Funktionsstörungen!

Die Frage nach sexuellen Funktionsstörungen im Sinn der ICD-10 bei sexuell Aktiven ist zu eng gefasst, da sexuelle Inaktivität gerade Ausdruck sexuell-emotionaler Probleme sein kann (aber nicht muss!) – sei es, weil die Befragten Singles sind, sich eigentlich aber eine Partnerschaft mit Zärtlichkeit und/oder sexuellen Kontakten wünschen, weil in einer bestehenden Beziehung kein Sex mehr stattfindet wegen körperlicher und/oder emotionaler Probleme oder weil Menschen emotionale und sexuelle Intimität generell vermeiden, aus sozialer Angst oder wegen negativer Vorerfahrungen.

Da Repräsentativstudien zur Verbreitung sexueller Probleme (jenseits von Funktionsstörungen) bei älteren Menschen fehlen, kann nur auf nicht repräsentative Untersuchungen mit Frauen zurückgegriffen werden (Studien über Männer liegen nicht vor): „Normale“ ältere Frauen leiden weitaus häufiger unter nichtfunktionellen erotischen Problemen als unter sexuellen Funktionsstörungen: Das erotische Kernproblem vieler älterer Frauen (und mancher Männer) ist ein *Mangel an Zärtlichkeit und/oder sexueller Aktivität* wegen eines fehlenden Partners oder aber in bestehender Partnerschaft. Davon scheint mindestens ein Drittel aller älteren Frauen betroffen zu sein (Rubin, 1982; Sydow, 1994; Talbott, 1998). Die Bedeutung dieses Themas wird auch dadurch belegt, dass in der Bevölkerung generell – und eben auch bei älteren Frauen und Männern – ein „interest-activity gap“ besteht, das sexuelle Interesse also durchschnittlich höher ist als die Aktivität (Sydow, 1994, 2009).

Singles leiden noch stärker unter einem Mangel an Zärtlichkeit als an einem Mangel an (partnerbezogener) sexueller Aktivität. 23% aller älteren Menschen in deutschen Großstädten haben gar keinen zärtlichen Kontakt zu anderen Menschen (Lang, 1998). Sex wünschen sich die meisten älteren Menschen nur im Kontext einer Beziehung:

Eine 68-jährige Witwe: („Haben Sie jetzt manchmal Lust auf Sexualität?“) „(leise) *Wenn ich meinen Mann hätte: ja. – ... Ja – im Grunde – weil man eben lernt sich – sich anders einzurichten und andere Dinge – den Tag zu verbringen, nicht – das ist einfach – das existiert nicht mehr, nicht. – Das geht überhaupt*

– ohne Gegenüber ist es ja ohne Bedeutung. ... Es ist noch da, ja. – Aber Sie können nicht mehr (lächelnd) Rad fahren, wenn Sie kein Fahrrad haben“ (Sydow, 1994, S. 102).

Ein weiterer möglicher Problembereich sind *eigene Außenbeziehungen bzw. solche des Partners oder der Partnerin* (s. Riehl-Emde, 2008; Sydow, in Vorb.). Der neue Film „Wolke 9“ von Andreas Dresen zeigt das Glück, aber auch das Drama um eine lange verheiratete Frau in den 60ern, die sich verliebt und ihren über 70-jährigen Mann mit einem noch älteren Mann betrügt.

Problematisch können auch *sexuelle Langeweile in Dauere Partnerschaften oder sexuelle Schuld- und Schamgefühle* sein (s. Sydow, 2009, in Vorb.).

■ Risikofaktoren für sexuelle Probleme

Sexuelle Probleme sind insbesondere im höheren Alter meist nicht durch einen einzelnen Faktor, sondern durch das Zusammenwirken mehrerer biopsychosozialer Faktoren verursacht (Hartmann, Philippsohn, Heiser & Rüffer-Hesse, 2004; Hayes & Dennerstein, 2005; Sydow, 2009). Da das körperliche Altern und veränderte Kontextbedingungen konfundiert (vermischt) sind, bestehen hier einige methodische Probleme. So sind z. B. mit 70 Jahren alle Frauen jenseits der Wechseljahre (postmenopausal) und gleichzeitig (inzwischen) auch mehrheitlich Singles (meist verwitwet) – da lässt es sich schwer „auseinanderdividieren“, inwiefern für sexuelle Veränderungen dann das Alter, die Partnerlosigkeit, der postmenopausale Status und/oder andere Faktoren verantwortlich sind.

■ Körperliche Faktoren

Der *Gesundheitszustand* ist eine wesentliche Determinante der männlichen sexuellen Aktivität im Alter – weniger einflussreich dagegen bei Frauen. Verschiedene Erkrankungen (z. B. Diabetes), Operationen (z. B. an der Prostata) und Medikamente (z. B. bestimmte Herzmedikamente) können sich negativ auf die Potenz auswirken (Antonovsky, Sadowsky & Maoz, 1990; Feldman et al., 1994; Sydow, 1994, 2009) – das muss jedoch nicht der Fall sein! Von Harnwegsbeschwerden sind 13% der älteren Frauen betroffen; diese können sich negativ auf die Sexualität auswirken (Sydow, 2009).

Mit dem Altern verändert sich bei allen Menschen ihr *körperliches Erscheinungsbild* (z. B. Haut, Haar, Spannkraft, Figur). Es bestehen große individuelle Unterschiede im Ausmaß der erhaltenen Jugendlichkeit, abhängig von Gesundheitszustand, Genen, Engagement (Ernährung, Sport, Nicht-Rauchen) und Kosmetik (bis hin zu kosmetischen Operationen; Sydow, 2009).

Von *normalen Altersveränderungen der sexuellen Reaktionen* sind Männer stärker betroffen als Frauen: Erektionen werden mit zunehmendem Alter seltener, sie bauen sich langsamer auf und sind störungsanfälliger. Der erigierte Penis ist im reifen Alter weniger steif und gelegentliche Impotenz ist normal.

Der Penis wird weniger sensitiv, d. h., ältere Männer benötigen mehr Stimulation, um zum Orgasmus zu kommen, als jüngere Männer. Und im höheren Alter erleben Männer den Orgasmus z. T. als weniger intensiv. Bei Frauen wird die Haut von Vulva und Scheide nach den Wechseljahren etwas dünner und empfindlicher, und die Lubrikation wird u. U. schwächer. Das kann den Geschlechtsverkehr erschweren. Doch die sexuelle Erregbarkeit und Orgasmusreaktion bleiben bei Frauen (anders als ihre Fertilität) im Wesentlichen unbeeinträchtigt bis ins hohe Alter erhalten (Sydow, 2008a, 2008b).

Der (natürliche, unbeeinflusste) *Hormonspiegel* steht bei normalen prä-, peri- oder postmenopausalen Frauen z. T. in Zusammenhang mit sexuellen Variablen (Sydow, 2009). Der *Östrogenspiegel* steht in signifikantem Zusammenhang mit vaginaler Atrophie, evtl. auch mit zu schwacher Lubrikation und Koitus-Schmerzen. Es besteht jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen Östrogenspiegel und sexueller Aktivität, sexuellem Interesse, Genuss und Erregbarkeit. Sexuelles Interesse kann nur entstehen, sofern ein gewisses Testosteron-Minimum im Körper zirkuliert – doch Testosteron-Variationen im Normbereich haben bei Frauen keinen Effekt auf sexuelle Variablen. Möglicherweise steht das Hormon Prolaktin (das unter Stressbedingungen erhöht ist) in einem signifikanten negativen Zusammenhang mit sexuellem Interesse, Erregung und Lubrikation (Sydow, 2009).

Eine Labor-Studie zur *Lubrikation* belegt, dass die Vagina von jüngeren prämenopausalen Frauen in sexuell nicht erregten Zustand feuchter ist als die von älteren peri- oder postmenopausalen Frauen. Bei sexueller Erregung jedoch bestehen keine Unterschiede in der Lubrikation zwischen den Altersgruppen (Laan & van Lunsen, 1997). Es scheint, dass Frauen nicht selten Geschlechtsverkehr haben, ohne hinreichende sexuelle Erregung. Das kann bei jüngeren Frauen ohne große Schmerzen funktionieren, da auch ohne Erregung meist vaginale Lubrikation vorhanden ist. Wenn Frauen/Paare dieses sexuelle Verhaltensmuster dann während und nach den Wechseljahren fortsetzen, wird das für die Frau richtig schmerzhaft, da ihre Vagina nicht länger sowieso feucht ist – sie leidet unter Dyspareunie, die scheinbar durch die Wechseljahre kommt, aber eigentlich vom Geschlechtsverkehr ohne sexuelle Erregung.

■ Gesellschaftliche Faktoren

Frauen haben eine ca. 7 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer, insofern besteht in der Gruppe der über 65-Jährigen ein so genannter „Frauenüberschuss“ – aus weiblicher Sicht ein Männermangel (z. B.: 70-79 Jahre: 3 Frauen: 2 Männer). Diese Problematik verschärft sich noch dadurch, dass Frauen oft mit etwas älteren Männern Beziehungen eingehen. Das führt dazu, dass 75 % der über 65-jährigen Männer verheiratet sind, während das nur für 28 % der gleichaltrigen Frauen gilt. Die meisten Frauen dieser Altersgruppe sind dann bereits verwitwet. Insofern ist es für ältere Frauen schwieriger, einen neuen Partner zu finden als für ältere Männer.

Die Partnersuche älterer Frauen wird auch erschwert durch den „*double standard of aging*“ (Doppelstandard des Alterns; Sontag, 1977). Während für Männer zwei Schönheitsideale existieren (der junge Mann und der „Herr mit den grauen Schläfen“), existiert für Frauen dagegen nur eines (das Mädchen). „Altes“ Aussehen wirkt bei Frauen stärker attraktivitätsmindernd als bei Männern. Auch ist körperliche Attraktivität von Frauen bei der Partnersuche generell wichtiger als bei Männern. Obwohl sich inzwischen historische Veränderungen abzeichnen, ist für älter werdende Frauen ein gesundes Selbstbewusstsein besonders wichtig, das nicht allein auf körperlicher Attraktivität beruht (Sontag, 1977; Sydow, 1994). Für beide Geschlechter bedeutsam sind daneben gesunde Ernährung, sportliche Aktivität und Körperpflege.

■ Psychosoziale Faktoren

Die *sexuelle Biographie* von Frauen und Männern, die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts aufgewachsen sind, war geprägt von unzureichender Sexualaufklärung, einer strikten Sexualmoral, Doppelmoral, unzureichenden Verhütungsmöglichkeiten sowie z. T. sexuellen Gewalterfahrungen. Während viele Menschen durch die Frauenbewegung, die Pille und die so genannte „sexuelle Revolution“ ihre Haltung zur Sexualität verändert haben, existiert doch auch eine Gruppe älterer Menschen, die sich die Sicht ihrer Jugend „konserviert“ haben (Sydow, 1996) und z. B. im Alter massive Schuldgefühle wegen Selbstbefriedigung empfinden. Manche ältere Menschen haben sehr strenge Moralvorstellungen.

Weibliche Sexualität und sexuelle Probleme im reifen Alter stehen in relativ engem Zusammenhang mit der **psychischen Gesundheit** der Frau (Hartmann et al., 2004). Sexuelle Traumatisierungen (Missbrauch, Vergewaltigung) haben oft einen langfristigen negativen Einfluss auf Psyche und Sexualität der weiblichen Opfer (Beutel, Ströbel-Richter & Brähler, 2008; Howard et al., 2006). Gute Chancen auf ein erfülltes Liebesleben im Alter haben Frauen, die in jüngeren Jahren Freude an Sex hatten und die nicht sexuell/emotional traumatisiert wurden oder aber entsprechende Traumatisierungen (einigermaßen) bewältigt haben (Sydow, 1994, in Vorb.).

Die Wechselbeziehung zwischen *emotionaler Beziehungsqualität in Partnerschaften* und Sexualität ist komplex und z. T. antagonistisch: Bei zu viel Harmonie und „Verschmolzenheit“ schläft die Sexualität ein und bei zu viel Konflikt und Kränkung auf Dauer meistens auch – es existieren aber auch Paare mit sehr belasteter Beziehung und einem stabilen und intensiven Sexualleben (Sydow, 1998, in Vorb.). Insofern besteht auch kein signifikanter Zusammenhang zwischen allgemeiner Partnerschaftszufriedenheit und der Häufigkeit sexueller Aktivität (DeLamater, Hyde & Fong, 2008). Im therapeutischen Kontext wird deutlich, dass sexuelle Probleme auftreten können, wenn Konflikte aus anderen Lebensbereichen (z. B. Haushalt, Kinder) ungelöst schwelen, nach schwerwiegenden emotionalen Verletzungen (z. B. durch Außenbeziehungen), bei zu enger und „verschmolzener“ Lebensweise des Paares, bei Problemen

mit der Bewältigung von Lebensumstellungen (z. B. Pensionierung, Auszug der Kinder) oder ernsten Erkrankungen oder bei Schüchternheit/Scheu, die eigenen sexuellen Bedürfnisse zu zeigen (Schnarch, 1997/2006; Sydow, 1994, 1998, in Vorb.).

Selbstverständlich muss die Beendigung der koitalen Aktivität nicht gleichbedeutend sein mit der Beendigung der gemeinsamen sexuellen Aktivität eines Paares - es gibt andere Formen des sexuellen Kontaktes, wie z. B. Küsse, Streicheln, Umarmungen, manuell-genitalen oder oral-genitalen Kontakt. Orientiert am „*intercourse-or-nothing*“-Prinzip ist es jedoch so, dass fast alle Paare, die den Geschlechtsverkehr aufgeben, auch aufhören, auf andere Weise intimen Körperkontakt zu pflegen (Sydow, 1994).

■ Fallbeispiele

Zwei kurze Fallbeispiele illustrieren, mit welchen psychosexuellen Problemen Menschen ab 60 in Therapie kommen:

Eine 67-jährige Frau stellt sich wegen sexueller Probleme vor. Sehr unter Druck berichtet sie, sie sei als Kind und Jugendliche über Jahre hinweg von ihrem Onkel sexuell missbraucht worden. Das Trauma konnte sie erfolgreich aus ihrem Leben verdrängen – doch nun verfolgt es sie wieder. Anlass dafür war u. a. eine neue Wohnung, die sie mit ihrem Partner bezog. Das laute Getrampel der Nachbarn belastete sie zutiefst, da es sie an die schweren Schritte ihres Onkels auf der Treppe erinnerte, die sie in der Kindheit über Jahre hinweg jede Nacht fürchtete. Obwohl sie inzwischen mit ihrem Partner erneut umgezogen ist und äußerlich wieder Ruhe findet, ist ihr Seelenfrieden schwer beeinträchtigt. Sie mag ihren Partner seither überhaupt nicht mehr anfassen, von Sex ganz zu schweigen. Gleichzeitig aber liebt sie ihn und hat große Angst, ihn an eine andere Frau zu verlieren, da sie ihn seither ständig sexuell zurückweist. Ihr Partner weiß nichts von ihren Missbrauchserfahrungen. Fokus der Therapie waren zunächst ihre Befürchtungen in Hinblick darauf, ihrem Partner ihre sexuelle Traumatisierung anzuvertrauen, die ihre plötzlich auftretende sexuelle Aversion erklären kann. Sie schafft es schließlich, ihrem Partner anlässlich eines Fernsehfilms zum Thema eine erste Andeutung zu machen. Der Partner reagiert unterstützend. Dadurch ist sowohl die Patientin als auch die Partnerschaft merklich entlastet.

Ein 66-jähriger Mann sucht eine Paartherapie, kommt aber allein: Seine Partnerin hat herausgefunden, dass er wiederholt heimliche Affären hatte. Sie droht mit Trennung. Er sagt, es sei nicht weiter tragisch für ihn, wenn sie ihn verlasse, er fände schnell eine neue Frau – verlässt bei der Frage nach seinen Gefühlen aber abrupt den Therapieaum, um seine Gefühle nicht sichtbar werden zu lassen. Er findet seine jüngere Partnerin hochattraktiv und eigentlich perfekt, mag sehr gern sehr eng mit ihr zusammenleben, hat aber gleichzeitig keine Lust auf Sex mit ihr (was sie kränkt). Sexuelle Lust erlebt er nur in unverbindlichen sexuellen Kontakten mit Frauen, die ihm emotional eigentlich kaum etwas bedeuten. In der Folge wird

in der Therapie genauer erkundet, was seine (nichtsexuellen und sexuellen) Impulse in Beziehungen zu anderen Menschen sind und wie er sich dann jeweils verhält. Es wird deutlich, dass er oszilliert zwischen extremer Anpassung (z. B. an die Partnerin im Alltag) und totaler Ignoranz gegenüber den Gefühlen der anderen (z. B. Auswirkungen seiner Affären auf die Partnerin). Ansatzweise wird ihm bewusst, wie sein Verhalten und Erleben sowohl durch frühkindliche Belastungen als auch durch die Anforderungen seines Berufs geprägt wurden.

Meine therapeutische Arbeit ist bei den hier kurz skizzierten Fällen wie auch generell geprägt u. a. durch psychodynamische und systemische Ansätze sowie die Bindungstheorie (Sydow, 2008c), insbesondere durch die (psychodynamische) strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf, 2004) und den (systemischen) paar- und sexualtherapeutischen Ansatz von Schnarch (1997/2006). Beide (!) Ansätze aus unterschiedlichen Therapieschulen, geprägt durch differente Therapietings (Einzel- vs. Paartherapie), Kulturen und Problemfoci (Persönlichkeitsstörungen vs. sexuelle Probleme) konzentrieren sich letztlich auf die emotionale Selbstregulationsfähigkeit der Klienten. Ich setze häufig systemische Interventionen ein (z. B. positives Umdeuten, systemische Fragen, Genogramm und Familienskulptur, s. Sydow, 2007; Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer, 2007), die nützlich sind, um einen guten Zugang zu den Klienten zu gewinnen und ihren Beziehungskontext kennen zu lernen, interessiere mich aber auch für die inneren Prozesse und die Selbstregulation der Klienten und insbesondere für die Wechselbeziehungen zwischen den inneren Prozessen der Klienten und ihren realen Beziehungserfahrungen.

■ Prävention

Zur Prävention sexueller Probleme im mittleren und höheren Alter existieren fast keine Befunde. Aus den relevanten Einflussfaktoren lassen sich folgende Ansatzpunkte für die Prävention ableiten: Zur Prävention von *Erektionsproblemen* von älteren Männern ist möglichst gutes Gesundheitsverhalten wesentlich (Nicht-Rauchen; Sport; Vermeidung von Übergewicht; Feldman et al., 1994).

Auch in Hinblick auf das besonders unter Frauen verbreitete Problem der Partnerlosigkeit in Zusammenhang mit dem Männermangel ist eine verbesserte Gesundheitsvorsorge für Männer (!) ein wesentlicher Ansatzpunkt. In Hinblick auf den „*double standard of aging*“ können Frauen sowohl versuchen, auf einen gesellschaftlichen Bewusstseinswandel einzuwirken, als auch kosmetische Hilfen für ein möglichst jungliches und attraktives Aussehen einsetzen. Da mit Kosmetik, Frisuren, Mode bis hin zu kosmetischen Operationen Milliarden verdient werden, scheint Letzteres ein zentraler Ansatzpunkt für Frauen (und zunehmend auch für Männer) zu sein.

Weitere Ansatzpunkte für Prävention sind die *psychische Gesundheit von Frauen und Männern, die Partnerschaftsqualität und -kommunikation*. Dazu existieren Präventionsprogramme,

die jedoch nur begrenzt wirksam sind. Am einfachsten beeinflusst werden kann die Fähigkeit, über Sex sprechen zu können.

Koital aktive ältere Frauen weisen eine bessere vulvovaginale Gesundheit auf (Bachmann & Leiblum, 1991). Das könnte bedeuten, dass im Sinne von „Wer rastet, der rostet“ sexuelle Aktivität protektiv wirkt. Das belegt diese Korrelationsstudie aber nicht eindeutig.

Insgesamt gibt es für viele Probleme keine einfachen Präventivlösungen, da viele wichtige Faktoren nicht einfach beeinflussbar sind.

■ Interventionen

Das private und das ärztliche Gespräch

Es ist trivial, wird aber dennoch aus Scham- und Schuldgefühlen häufig vermieden: Wenn immer eine Frau oder ein Mann unter sexuellen Problemen leidet, ist es sinnvoll, sich darüber mit anderen Bezugspersonen auszutauschen – sei es mit Partner/in, Freund/in oder professionellen Helfern wie Ärztinnen und Ärzten. Doch in den meisten Partnerschaften wird nicht offen über die gemeinsame Sexualität gesprochen (Sydow, in Vorb.).

Im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung durch Hausärzte, Gynäkologen, Urologen und Andrologen ist es wesentlich, dass Ärzte ihren Patienten Informationen geben über normale sexuelle Altersveränderungen, sexuelle Auswirkungen von Erkrankungen, Medikamenten und Operationen und die Betroffenen darin bestärken, sich auf sexuelle Veränderungen einzustellen (z. B. verlängertes „Vorspiel“; zu versuchen, gelegentliche Impotenz mit Humor zu nehmen). Sexualität sollte routinemäßig bei der Anamneseerhebung und bei der Diskussion medizinischer Interventionen angesprochen werden, sofern gewünscht, auch unter Einbezug von Partner/in.

Die Mehrheit aller Patienten traut sich nämlich nicht, von sich aus etwaige sexuelle Probleme anzusprechen. Nur 15-23 % der älteren Frauen und 18% der Männer in Deutschland haben je mit einem Arzt über ihre sexuellen Probleme gesprochen (Moreira et al., 2005; Schultz-Zehden, 1998). In den USA haben nur 4% der über 70-jährigen Frauen im vergangenen Jahr mit ihrem Arzt ein Gespräch über ihre sexuellen Funktionen initiiert, nur 7% wurden dazu von ihrem Arzt befragt. Doch unter den befragten durchschnittlich 81-Jährigen wünschen sich 32% der Frauen und sogar 86% der Männer dass ihre Ärzte entsprechende Gespräche initiieren würden (Smith, Mulhall, Devici, Monaghan & Reid, 2007; Sydow, 1994, 2000, in Vorb.).

Lektüre und Internet-Recherchen

Eine erste Hilfe bei sexuellen Problemen kann es sein, sich über Lektüre z. B. zur Sexualität älterer Menschen allgemein (Butler & Lewis, 1996; Sydow, 1994), zur weiblichen (Sheehy, 2006/2007; Sydow, 1993) und männlichen Sexualität (Zilbergeld, 2000), zu Außenbeziehungen und Eifersucht (Jellouschek,

1997), zu Sexualität bei spezifischen Erkrankungen (z. B. Bernardo, Halhuber & Hockoztt, 1996) und zur Paartherapie bei sexuellen Problemen (Clement, 2006; Schnarch, 1997/2006; Sydow, in Vorb.) sowie im Internet mehr Informationen zu verschaffen.

Organmedizinische Diagnostik

Zunächst muss abgeklärt werden, ob ein sexuelles Problem (bei Frau oder Mann) durch eine körperliche Erkrankung (mit-)verursacht wird. Bei Frauen sollten Koitusschmerzen und andere urogenitale Probleme (z. B. Inkontinenz) medizinisch abgeklärt und behandelt werden. Bei Männern muss geklärt werden, ob Erektionsprobleme psychogen und/oder organisch verursacht sind (spontane Erektionen? Selbstbefriedigung möglich?). Gegebenenfalls muss die Grunderkrankung (mit-)behandelt werden.

Pharmakologische Interventionen I: Hormonmedikation

Es werden z. T. positive Effekte von Östrogenen, oft kombiniert mit Progesteron und/oder Testosteron, auf die Sexualität von Patientinnen nach Total-OP in Studien belegt, die allerdings methodisch nicht unproblematisch sind.

Bei (post-)menopausalen Frauen mit intaktem Uterus und Eierstöcken haben Östrogengaben (evtl. kombiniert mit Progesteron) möglicherweise positive Effekte auf sexuelle Probleme, insbesondere Dyspareunie und Scheidentrockenheit (die Befunde sind hierzu widersprüchlich) – doch es ergeben sich keine signifikanten Effekte auf: sexuelles Interesse und Gedanken, sexuelles Interesse des Partners, sexuelle Aktivität (Geschlechtsverkehr, Masturbation), sexuelle Zufriedenheit mit dem Partner, sexuellen Genuss (bei zusätzlicher Androgengabe ist der Genuss der Masturbation erhöht, nicht jedoch der des Koitus), Orgasmus und sexuelle Erregbarkeit (psychophysiologisch gemessen; Sydow, 2000).

In der amerikanischen Literatur wird vielfach auch die „Substitution“ von „Androgen Mangel“ für postmenopausale Frauen propagiert. Dies mag bei Patientinnen nach Entfernung der Eierstöcke indiziert sein, für die Mehrzahl der Frauen mit normaler, nichtoperativer Menopause ist dieser Vorschlag jedoch inadäquat, da bei der Mehrheit der älteren Frauen das sexuelle Interesse größer ist als die Gelegenheit, Sexualität mit einem männlichen Partner zu leben (Sydow, 2000). Insofern können Hormongaben nur in speziellen Fällen als primäres Therapeutikum von sexuellen Problemen bei älteren Frauen angesehen werden. Bei der Gabe von Hormonen müssen die Vorteile mit den Risiken und Nebenwirkungen abgewogen werden (Myers, 1995; Schultz-Zehden, 1998; Sydow, 2000, 2004). Viel häufiger besteht bei älteren Frauen eine Indikation für psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen.

Pharmakologische Interventionen II: Viagra, Levitra, Cialis

Kaum ein Medikament ist in so kurzer Zeit so populär geworden wie das erektionsfördernde Mittel Viagra und die Nachfolgepräparate. Diese Medikamente sind bei einem beträchtlichen Teil der betroffenen Männer wirksam und wer-

den offenbar bereits von bis zu 14% der älteren Männer in den USA genutzt (Lindau et al., 2007). Wesentlich ist, dass etwaige Kontraindikationen und Nebenwirkungen beachtet werden – die Medikamente also nur mit ärztlicher Verschreibung und in Absprache mit der Partnerin eingenommen werden, denn nicht alle Frauen sind froh über die neu stimulierte Potenz (Sydow, in Vorb.). Bei motivierten Frauen aber scheint sich die Medikation des Partners auch positiv auf die eigenen sexuellen Reaktionen auszuwirken (Cayan, Bozlu, Canpolat & Akbay, 2004)

Psychotherapie, Beratung und Selbsthilfe

Bei belastenden sexuellen und partnerschaftlichen Problemen sollten Patienten weiterverwiesen werden bzw. sich selbst an fachkompetente niedergelassene Psychotherapeuten und Beratungsstellen mit Kompetenzen im Bereich von Sexual/ Paartherapie und Spezialambulanzen zur Behandlung von Sexualstörungen wenden (s. z. B. www.profamilia.de; www.dgfs.info; www.uke.uni-hamburg.de/institute/sexualforschung/; www.sexualmedizin.charite.de; www.uni-kiel.de/sexmed/). Dabei ist wichtig, dass nur die psychotherapeutische Behandlung von Störungen mit Krankheitswert im Sinn der ICD-10 (z. B. psychogene Impotenz, Vaginismus, Schmerzen, Depressionen wegen einer Partnerschaftskrise), nicht aber die Beratung bei und Behandlung von anderen Problemen (z. B. Partnerschaftskrise, sexuelle Langeweile) von den Krankenkassen übernommen wird. Auch ist Paartherapie keine Kassenleistung. Während Paare und Einzelpersonen im jungen und mittleren Alter häufig um Therapie und Beratung wegen partnerschaftlicher und sexueller Probleme nachsuchen, ist die Nachfrage nach Therapie bei über 65-Jährigen bisher noch gering. Da aber zunehmend für Therapie und Beratung aufgeschlossener Kohorten das Rentenalter erreichen, wird sich das im Lauf der nächsten Jahre voraussichtlich immer stärker ändern.

Eine weitere hilfreiche Option sind Selbsthilfegruppen (z. B. für Frauen in den Wechseljahren).

■ Schlussfolgerungen

Die sexuelle Aktivität nimmt mit fortschreitendem Lebensalter durchschnittlich ab – das steht in Zusammenhang mit Partnerverlust, dem Gesundheitszustand, der Beziehungsdauer und dem Lebensalter. Doch Frauen und Männer bleiben lebenslang sexuelle Lebewesen. Das sexuelle Interesse ist bei beiden Geschlechtern meist höher als die sexuelle und zärtliche Aktivität.

Sexuelle Probleme sind weitverbreitet, nicht nur bei älteren Menschen bzw. Paaren, sondern auch bei jüngeren und sogar auch bei glücklichen und zufriedenen Paaren (Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 1998). Insofern ist es ganz normal, gelegentlich sexuelle Probleme zu haben (z. B. nach einer ersten Erkrankung, nach der Pensionierung, während einer Lebens- oder Partnerschaftskrise) – bedenklich wird es jedoch dann, wenn sich diese Probleme über Monate oder gar Jahre hinziehen und die Betroffenen selbst gar nicht mehr herausfinden. Geringe oder nicht vorhandene sexuelle Aktivität eines

Paares ist nur dann ein Problem, wenn mindestens einer der Partner darunter leidet. Es gibt nicht wenige Paare, die einvernehmlich und zufrieden ohne oder aber mit weitaus weniger sexueller Aktivität leben, als die Medien es propagieren – die haben dann auch kein Problem (und sollten sich auch keines einreden lassen).

Sexuelle Probleme älterer Menschen sind nur zum Teil sexuelle Funktionsstörungen im Sinn der ICD-10 (häufig: Erektionsstörungen, Dyspareunie). Mindestens ebenso bedeutsam sind sexuelle Probleme bei funktionell altersentsprechend „normalen“ Menschen (häufig: Mangel an Zärtlichkeit und sexueller Aktivität aufgrund von Partnerlosigkeit oder aber Partnerschaftsproblemen; Probleme mit Außenbeziehungen und Eifersucht; sexuelle Langeweile und Lustlosigkeit in Dauerbeziehungen).

Bemerkenswert ist, dass ältere Menschen oft nur wenig wissen über die Sexualität Älterer, körperlich-sexuelle Altersveränderungen und mögliche Bewältigungsansätze. Bei ernsten körperlichen Erkrankungen sollten deren sexuelle Auswirkungen mit den Ärzten besprochen werden. Manche Ärzte/Ärztinnen versäumen das bei ihren Patienten/Patientinnen, und manche Betroffene „trauen“ sich bedauerlicherweise nicht, entsprechende Fragen und Probleme von sich aus anzusprechen. Einzelne Frauen oder Männer nehmen eine Erkrankung oder die Wechseljahre als Anlass, eine unbefriedigende sexuelle Beziehung zu beenden. Hintergrund dafür sind meist „alte“ sexuelle Probleme, lange bestehende sexuelle Lustlosigkeit und/oder Partnerschaftsprobleme.

Wesentlich bei der Bewältigung sexueller und partnerschaftlicher Probleme ist das offene Gespräch mit Partner/in, anderen Bezugspersonen und Ärzten, Lektüre und Internet-Recherchen, Psychotherapie und Beratung sowie organmedizinische und pharmakologische Interventionen.

Letztlich entscheidend ist für Menschen jeden Alters der Mut, eigene Wünsche dem Partner gegenüber (oder einer Person gegenüber, die man gern kennen lernen möchte), zu zeigen – ohne diesen Mut schläft die Sexualität ein. Der US-amerikanische Paar- und Sexualtherapeut David Schnarch (2006) betont im Rahmen seines neuen „Sexual crucible“ Ansatzes die Bedeutung von „Differenzierung“ (differentiation). Darunter versteht er den Mut, sich (sexuell und nicht sexuell) zu zeigen, wie man ist, und auszuhalten, dass der Partner oder die Partnerin nicht unbedingt positiv darauf reagieren. Manche Menschen oder Paare benötigen Beratung oder Therapie um diesen Mut wieder zu wecken – andere aber finden manchmal sogar spontan nach Jahren mit einer „eingeschlafenen“ Sexualität den Mut, sich zu zeigen:

Eine Frau, Mitte 60, deren Mann sich wegen einer Lebererkrankung sexuell zurückzog, berichtet: *„In den ersten Jahren [der Krankheit] ist wenig zu merken [gewesen], aber danach doch. – (schluckt) Ich hab's meinen Mann zunächst nicht spüren lassen, dass ich etwas [Sexualität] vermisste. Und dann kam ein Punkt, wo er mal auf einer Reise sagte ‚Na ja, Alte‘. – Da hab ich aber [geschrien] ‚So nicht!‘ Nicht, ich bin*

bereit, Dinge in Kauf zu nehmen, die nicht zu ändern sind, aber – das geht mir nicht so ohne Weiteres so, nicht! Da war er ganz erschüttert drüber und sagte ‚Du hast mich’s ja nie spüren lassen. Lass mich das doch mal spüren, dass Du was möchtest.‘ – Dann haben wir also noch glückliche Jahre gehabt. ... Na ja, mein Mann merkte nicht, dass ich Bedürfnisse hatte und ich wollte ihn nicht in Bedrängnis bringen, nicht. Und es zeigte sich dann, dass meine Wünsche seine Möglichkeiten wieder weckten“ (zit. n. Sydow, 1994, S. 26).

■ Literatur

- Antonovsky, H., Sadowsky, M. & Maoz, B. (1990). Sexual activity of aging men and women: An Israeli study. *Behavior, Health & Aging*, 1(3), 151-161.
- Bachmann, G.A. & Leiblum, S.R. (1991). Sexuality in sexagenarian women. *Maturitas*, 13(1), 43-50.
- Bernardo, A., Halhuber, M.J. & Hockott, G. (1996). Herz und Sex: Sexualität bei Herzinfarkt-Kranken und -Gefährdeten. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Beutel, M.E., Ströbel-Richter, Y. & Brähler, E. (2008). Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: Results from a representative German community survey. *BJU Int.*, 101(1), 76-82.
- Braun, M., Wassmer, G., Klotz, T., Reifenrath, B., Mathers, M. & Engelmann, U. (2000). Epidemiology of erectile dysfunction: results of the „Cologne Male Survey“. *International Journal of Impotence Research*, 12(6), 305-311.
- Bucher, T., Hornung, R. & Buddeberg, C. (2003). Sexualität in der zweiten Lebenshälfte: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 16, 249-270.
- Bucher, T., Hornung, R., Gutzwiller, F. & Buddeberg, C. (2001). Sexualität in der zweiten Lebenshälfte: Erste Ergebnisse einer Studie aus der deutschsprachigen Schweiz. In H. Berberich & E. Brähler (Hrsg.), *Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte* (S. 31-59). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Butler, R. N. & Lewis, M. I. (1996). *Alte Liebe rostet nicht*. Bern: Hans Huber.
- Cayan, S., Bozlu, M., Canpolat, B. & Akbay, E. (2004). The assessment of sexual functions in women with male partners complaining of erectile dysfunction: does treatment of male sexual dysfunction improve female partner's functions? *Journal of Sexual & Marital Therapy*, 30(5), 333-341.
- Clement, U. (2006). *Guter Sex trotz Liebe*. Berlin: Ullstein.
- DeLamater, J., Hyde, J.S. & Fong, M.C. (2008). Sexual satisfaction in the seventh decade of life. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 439-454.
- Feldman, H.A., Goldstein, I., Hatzichristou, D.G., Krane, R.J. & McKinlay, J. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts male aging study. *Journal of Urology*, 151, 54-61.
- Fisher, W.A., Rosen, R.C., Eardly, I., Sand, M. & Goldstein, I. (2005). Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: the female experience of men's attitudes to life events and sexuality (FEMALES) study. *Journal of Sexual Medicine*, 2(5), 675-684.
- Graziottin, A. (2007). Prevalence and evaluation of sexual health problems – HSDD in Europe. *Journal of Sexual Medicine*, 4(Suppl. 3), 211-219.
- Hartmann, U., Philippsohn, S., Heiser, K. & Rüffer-Hesse, C. (2004). Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause*, 11(6 Pt 2), 726-740.
- Hayes, R. & Dennerstein, L. (2005). The impact on aging on sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population based studies. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 317-330.
- Howard, J.R., O'Neill, S. & Travers, C. (2006). Factors affecting sexuality in older Australian women. *Climacteric*, 9(5), 355-356.
- Jellouschek, H. (1997). „Warum hast du mir das angetan?“ *Untreue als Chance*. München: Piper.
- Laan, E. & van Lunsen, R.H.W. (1997). Hormones and sexuality in postmenopausal women: a psychophysiological study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 18, 126-133.
- Lang, F. (1998). Einsamkeit, Zärtlichkeit und subjektive Zukunftsorientierung im Alter. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 27(2), 98-104.
- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. & Michaels, S. (1994). *The social organisation of sexuality: sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago.
- Laumann, E.O., Paik, A. & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*, 281(6), 537-544.
- Leiblum, S.R., Koochaki, P.E., Rodenberg, C.A., Barton, I.P. & Rosen, R.C. (2006). Hypoactive sexual desire in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*, 13(1), 46-56.
- Lindau, S.T., Schumm, L.P., Laumann, E.O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C.A. & Waite, L.J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.
- Moreira, E.D. Jr., Hartmann, U., Glasser, D.B., Gingell, C., GSSAB Investigators Group (2005). A population survey of sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behaviour in middle-aged and older adults in Germany. *European Journal of Medical Research*, 10(10), 434-443.
- Myers, L.S. (1995). Methodological review and meta-analysis of sexuality and menopause research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 19(2), 331-341.
- Nicolosi, A., Buvat, J., Glasser, D.B., Hartmann, U., Laumann, E.O., Gingell, C., GSSAB Investigators Group (2006). Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: The global study of sexual attitudes and behaviours. *World Journal of Urology*, 24(4), 423-428.
- Riehl-Emde, A. (2008). Paartherapie für ältere Paare – Konzepte einer Spezialsprechstunde für ältere Paare. *Psychotherapie im Dialog*, 9(1), 38-42.
- Rubin, L.B. (1982). Sex and sexuality. Women at midlife. In M. Kirkpatrick (Eds.), *Women's sexual experience. Explorations of the dark continent* (S. 61-82). New York: Plenum.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorf, D. (1998). *Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schnarch, D. (1997/2006). *Die Psychologie sexueller Leidenschaft (Passionate marriage: Love, sex, and intimacy in emotionally committed relationships)*. New York: Henry Holt & Comp.). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Schultz-Zehden, B. (1998). Sexuality in postmenopausal women. In P. Nijs & D. Richter (Eds.), *Advanced research in psychosomatic obstetrics and gynaecology* (pp. 65-89). Leuven/Belgium: Peeters Press.
- Sheehy, G. (2006/2007). Sex und Frauen über 50: Noch einmal leidenschaftlich leben (Sex and the seasoned woman. New York: Random House). München, Zürich: Pendo.
- Smith, L.J., Mulhall, J.P., Devici, S., Monaghan, N. & Reid, M.C. (2007). Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. *Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1247-1253.
- Sontag, S. (1977). The double standard of aging. In L.R. Allmann & D.T. Jaffe (Eds.), *Readings in adult psychology* (S. 258-294). New York: Harper & Row.
- Sydow, K. v. (1993). *Lebenslust. Weibliche Sexualität von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter*. Bern: Huber.
- Sydow, K. v. (1994). *Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Sydow, K. v. (1996). Female sexuality and historical time: A comparison of sexual biographies of German women born between 1895 and 1936. *Archives of Sexual Behavior*, 25(5), 473-493.
- Sydow, K. v. (1998). Sexualität und/oder Bindung: Ein Forschungüberblick zu sexuellen Entwicklungen in langfristigen Partnerschaften. *Familiendynamik*, 23(4), 377-404.
- Sydow, K. v. (2000). Die Sexualität älterer Frauen: Der Einfluss von Menopause, anderen körperlichen sowie gesellschaftlichen und partnerschaftlichen Faktoren. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 94, 223-229.
- Sydow, K. v. (2004). Wechseljahre und Sexualität. In I. Jahn (Hrsg.), *Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen – was brauchen Frauen?* GEK-Edition, Bd. 28. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Sydow, K. v. (2007). Systemische Psychotherapie (mit Familien, Paaren und Einzelnen). In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 289-315) (3. vollst. neu bearb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Sydow, K. v. (2008a). Sexualität und Älterwerden. In R.-B. Schmidt & U. Sielert (Hrsg.), *Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung* (S. 415-426). Weinheim, München: Juventa.
- Sydow, K. v. (2008b). Sexuelle Probleme und Störungen im höheren Alter. *Psychotherapie im Dialog* (PiD), 9(1), 53-57.
- Sydow, K. v. (2008c). Bindungstheorie und systemische Therapie. *Familiendynamik*, 33(3), 260-273.
- Sydow, K. v. (2009). Sexuelle Probleme im höheren Lebensalter – die weibliche Perspektive. In E. Brähler (Hrsg.), *Sexualität und Partnerschaft im Alter* (S. 65-86). Gießen: Psychosozial
- Sydow, K. v. (i. Vorb.). *Sexuelle Beziehungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit Systemischer Therapie/Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Talbot, M.M. (1998). Older widow's attitudes towards men and remarriage. *Journal of Aging Studies*, 12(4), 429-449.
- Zilbergeld, B. (2000). *Die neue Sexualität der Männer: Was Sie schon immer über Männer, Sex und Lust wissen wollten* (22. Aufl.). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

■ Korrespondenzadressen

PD Dr. phil. Kirsten von Sydow
 Psychologische Psychotherapeutin
 & Kinder- & Jugendlichenpsychotherapeutin
 Universität Hamburg | Psychologisches Institut
 Von-Melle-Park 5 | D-20146 Hamburg
 kirsten.von.sydow@uni-hamburg.de

Psychotherapeutische Praxis
 Osterstr. 163 | 20255 Hamburg
 Tel. 040-4293 6659 | Fax: 040-490 8667
 kirsten.von.sydow@t-online.de
 www.kirsten-von-sydow.de