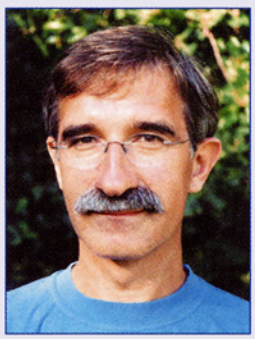
Männliche Sexualität



Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. Stefan Zettl
Medizinische Universitätsklinik Heidelberg
Sektion Nephrologie

Die Tatsache, dass die Zugehörigkeit zum männlichen oder weiblichen Geschlecht das einzige phänomenologische Merkmal ist, welches über alle kulturellen, sozialen und Altersgrenzen hinweg die Menschheit in zwei annähernd gleich große Gruppen unterteilt, verleitet im Alltagsdenken häufig zu der Annahme, dass Männer und Frauen grundverschieden seien. Aber was ist eigentlich „männlich", was „weiblich", worin bestehen die Unterschiede? Gibt es eine „männliche Sexualität" und wodurch ist sie gekennzeichnet?

Eine erste wissenschaftliche Betrachtung dieser Frage ergibt, dass es sich schon alleine bei der Kategorie „Geschlecht" um ein außerordentlich vielschichtiges Phänomen handelt. Schon auf somatischer Ebene lassen sich ein chromosomales, ein gonadales und endokrines, ein gonoduktales, ein genitales und vermutlich auch ein zerebrales Geschlecht unterscheiden. Betrachtet man dazu auch noch die sexuelle Entwicklung unter psychosozialen Gesichtspunkten, so kommen ein Zuweisungs- und Erziehungsgeschlecht, ein Rollen- und ein Identifizierungsgeschlecht hinzu (s. dazu Beier et al. 2001, S.41ff.). Da diese Faktoren alle in unterschiedlicher und komplexer Weise Einfluss auf die Sexualität nehmen, erscheint die Beantwortung der zunächst einfach klingenden Frage „was kennzeichnet eigentlich die männliche Sexualität?" (und das in Abgrenzung zur weiblichen Sexualität) nicht einfach.

Warum Männer so gut einparken können

In der populärwissenschaftlichen Literatur werden eine Vielzahl von Behauptungen zu geschlechtstypischen Unterschieden zwischen Männern und Frauen aufgestellt: Männer kommen vom Mars, Frauen von der Venus; Männer können gut einparken, Frauen müssen dagegen dauernd Schuhe kaufen usw. Viele dieser holzschnittartig erscheinenden Differenzierungen beziehen sich natürlich auch auf die Sexualität. Dazu ein Beispiel:

„Der männliche Geschlechtstrieb ist wie ein Gasherd: Er brennt sofort und läuft innerhalb von Sekunden auf Hochtouren, kann aber genauso schnell wieder abgedreht werden, wenn das Essen fertiggekocht ist. Der weibliche Geschlechtstrieb ist wie ein Elektroherd: Er erwärmt sich nur langsam, bis er dann schließlich richtig heiß ist, und es dauert lange, bis er wieder abkühlt" (Pease u. Pease, 2002, S.90).

Gemeinsam ist diesen Vorstellungen, dass sie zumeist ungeprüft und unbewiesen sind – häufig noch in Kombination mit der Behauptung, die Geschlechtsunterschiede seien biologisch bzw. evolutionär bedingt. Dazu wird in diesem Zusammenhang häufig implizit oder explizit von der Voraussetzung ausgegangen, dass „männlich" und „weiblich" zwei einander ausschließende Pole eines unilinearen Kontinuums seien, die sich gegenseitig ausschließen. Es scheint aber vermutlich der Thematik eher angemessen, „Maskulinität" und „Femininität" auf zwei unterschiedlichen Skalen zu beschreiben bzw. zu messen.

Die bisher vorliegenden Gruppenvergleiche zwischen Männern und Frauen zum sexuellen Erleben und Verhalten zeigen jedoch nur wenige empirisch verifizierbare Unterschiede, z.B. die größere Quote masturbationserfahrener Männer gegenüber den Frauen. Ein anderer, in mehreren Studien gesicherten Aspekt, betrifft das Interesse an gelegentlichen Sexualkontakten („casual sex"). Männer erscheinen eher dazu bereit, Sexualkontakte in einer nicht personal geprägten, anonymen Begegnung aufzunehmen (z.B. Clark u. Hatfield 1989; Boeger u. Mantey 1998). „Frauen sind um der Liebe willen zu allem bereit, sogar zum Sex. Männer sind für Sex zu allem bereit, sogar zur Liebe" , äußert dazu in pointierter Weise Shapiro (1994, S.190). Augenscheinlich ist in diesem Zusammenhang schon alleine die unterschiedliche Inanspruchnahme von männlichen und weiblichen Prostituierten.

Männliche Sexualität wird geformt

Sich „männlich" zu fühlen bedeutet wesentlich mehr, als nur das männliche Y-Chromosom, Gonaden, Gonodukte und ein männliches Genital zu haben. Der prägende Einfluss der Kultur, der Erziehung und der individuellen Erfahrungen auf das Sexuelle sind unabweisbar. 1973 veröffentlichten die amerikanischen Soziologen Gagnon und Simon ihr berühmt gewordenes Buch „Sexual conduct". Sie sehen die Sexualität als sozial konstituiert an und durch kulturelle, interpersonelle und intrapsychische Skripte determiniert: „..dass die Person, von der man sexuell etwas will, nicht nur ein Mann oder eine Frau ist, sondern ein Mann oder eine Frau einer bestimmten Kultur, einer bestimmten Zeit und mit einer bestimmten Biographie" (Gagnon, 1998, S. 358). Der vor kurzem verstorbene Soziologe William Simon (2002) beschreibt die komplexe Bedeutungsgebung des Sexuellen so: „Desire is a fuzzy matrix" – also sexuelles Verlangen und Verhalten als eine „klebrige Substanz", an der alles Mögliche andocken kann und damit sexuelle, aber auch nichtsexuelle Motive (z.B. der Wunsch nach Unterwerfung) zum Ausdruck kommen können.

Die Entwicklung von Geschlechtsidentität, Rollenvorstellungen und -verhalten sind seit Jahren Gegenstand einer kaum noch zu überschauenden Anzahl von Studien und Publikationen der Sozialpsychologie, der Entwicklungspsychologie usw. (einen Überblick zu diesem Thema findet sich z.B. in Mertens 1994 oder Stein-Hilbers 2000). Sie zeigen übereinstimmend, dass die Vorstellungen von männlicher bzw. weiblicher Identität sozial geformt werden. Beispielsweise werden die leeren und unbewegten Gesichtern von John Wayne, Clint Eastwood oder Bruce Willis als Ausdruck eines stoischen und unemotionalen Verhaltens immer noch von Vie-

len als typisch männliches Attribut angesehen. Junge Frauen haben allerdings viele dieser traditionell männlichen Verhaltensweisen und Einstellungen übernommen und die Geschlechterrollen im Bereich der Sexualität erscheinen deutlich erodiert.

Brüchige sexuelle Identität?

In unserer westeuropäischen Kultur scheint das Konstrukt „Männlichkeit" (immer noch) eng an körperliches, insbesondere sexuelles Funktionieren gebunden. Nach Tiefer (1995) ist der Maßstab für die eigene Männlichkeit nicht durch Erlebnisqualitäten wie Genuss, Intimität oder Entspannung gekennzeichnet, sondern körperliches Funktionieren, Leistungsfähigkeit und die Unabhängigkeit von Personen und äußeren Umständen. Dies müsse immer wieder in der Sphäre von Arbeit und Freizeit - aber auch durch sexuelles Funktionieren - vor sich und anderen unter Beweis gestellt werden. Nach Feil u. Richter-Appelt (2002) sind Männer deshalb stark auf eine „erektile Selbstbestätigung" angewiesen; wichtig scheint dabei zu sein, dass die Männer ihre Erektion vor einer Frau, meistens ihrer Partnerin präsentieren können, um sich „männlich" fühlen zu können („Weil ich meine Frau erregen und befriedigen kann, bin ich ein Mann!").

Onkologische Patienten werden deshalb z.B. auf eine radikale Prostatektomie und die damit einhergehende Erektionsstörung mit hoher Wahrscheinlichkeit mit Ängsten und sinkendem Selbstwertgefühl reagieren: weil ihre Geschlechtsrolle insgesamt bedroht wird und sie sich mit Eigenschaften und Problemen konfrontiert sehen, die sie bisher nicht zu ihrem Selbstbild als Mann gehörig angesehen haben. Schiavi (1996) äußert in diesem Kontext, Männern müsse dabei geholfen werden, vom „Phallozentrismus" loszukommen, d.h. ihren Selbstwert nicht nur an ihrer Erektionsfähigkeit zu messen. Dadurch könne auch der Gefahr vorgebeugt werden, dass mit einer krankheitsbedingten Einschränkung koitaler Aktivität im Sinne eines „Alles-oder-Nichts" auch jede andere Form einer sexuellen Begegnung blockiert wird.

Beschädigte Männlichkeit

Einschränkungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens stellen eine häufige Erscheinung dar. Aus der gegenwärtigen Datenlage ergibt sich jedoch ein uneinheitliches Bild bezüglich der Prävalenz sexueller Störungen in der Allgemeinbevölkerung, z.B. von Erektionsstörungen (s. Tab. 1). Ursachen für die beobachteten Differenzen sind vermutlich vor allem die untersuchten Stichproben, die Art der Befragung sowie die Definition der jeweiligen Störung. In einer neueren Untersuchung von Schäfer et al. (2004) wird deshalb z.B. zwischen einer „Erektionsbeeinträchtigung" sowie einer „Erektionsstörung mit Krankheitswert" (d.h. verbunden mit subjektivem Leidensdruck) differenziert. Dazu sind die Ansichten und Wertung, ab wann Sexualität „gestört" oder „dysfunktional" erscheint, einem ständigen gesellschaftlichen Wandel unterworfen.

Die Klassifikationschemata sexueller Störungen in der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation und dem DSM-IV der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft stellen möglicherweise ein grundlegendes Hindernis für das Verständnis männlicher Sexualität und ihrer Einschränkungen dar. Die Klassifikationen unterteilen die sexuellen Probleme in vier Kategorien von Funktionsstörungen: Störungen der sexuellen Appetenz, der sexuellen Erregung, Ejakulations- bzw. Orgasmusstörungen sowie Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen. Bei diesen „Dysfunktionen" handelt es sich nach Auffassung der Autoren um Abweichungen von einem für universell erklärten sexualphysiologischen Reaktionsmuster, das zum ersten Mal von Masters u. Johnson (1966, 1970) beschrieben wurde. Die Reduktion der Sexualität auf die Funktionalität impliziert aber fälschlicherweise, dass man genitale und physiologische Symptome ohne Rücksicht auf die Beziehungen, innerhalb deren Sexualität stattfindet, messen und behandeln könnte. „Sex ist wie Tanzen", äußert dazu die amerikanische Sexualwissenschaftlerin Tiefer. „Sie gehen zum Arzt, wenn Sie sich beim Tanzen einen Knöchel gebrochen haben. Aber der Arzt nimmt deswegen keine Anamnese Ihres Tanzverhaltens auf und äußert sich auch nicht darüber, ob er Ihre Art zu tanzen normal findet. Die Medizin arbeitet mit einem Modell, das zwischen gesund und krank unterscheidet, aber beim Sex geht es nicht darum" (zit. nach Moynihan, 2003, S. 173).

Störung bedeutet nicht zwangsläufig Gestört-Sein

Deshalb korreliert der objektive medizinische Befund (z.B. die anhaltende Unfähigkeit, eine adäquate Erektion zu erlangen oder für eine befriedigende sexuelle Aktivität aufrecht zu erhalten) nicht zwangsläufig mit der subjektiven Befindlichkeit des Betroffenen: Störung bedeutet nicht selbstverständlich ein Sich-Gestört-Fühlen! Die Reaktionen auf krankheitsbedingte Einschränkungen der Sexualität werden sich deshalb ebenso von Mann zu Mann unterscheiden, so wie sich deren Lebensgeschichte, die Lebensumstände, die individuellen Erfahrungen und der kulturelle Kontext unterscheiden. Nicht jeder Patient, der eine sexuelle Störung i.S. der Kriterien der ICD-10 aufweist, fühlt sich dadurch auch subjektiv beeinträchtigt. Der medizinisch-diagnostische Blick auf das Symptom – z.B. eine Erektionsstörung – versperrt die Möglichkeit, das Individuelle des Sexuellen zu erkennen. Im Gegenteil: „Kann nicht die ‚erektile Dysfunktion', von der unsere Mediziner neuerdings so selbstgewiss reden, eine seelische Funktion haben, die für das innere Gleichgewicht der

Autoren	Jahr	Land	Altersspanne	Häufigkeit (%)
Feldman et al	1994	USA	40 – 70	52,0 %
Goldmeier et al.	1997	England	16 – 78	19,0 %
Laumann et al.	1999	USA	18 – 59	5,0 %
Chew et al.	2000	Australien	40 – 69	33,9 %
Braun et al.	2000	Deutschland	30 – 80	19,2 %
Martin-Morales et al.	2001	Spanien	25 – 70	18,9 %
Blanker et al.	2001	Holland	50 – 78	11,0 %
Schäfer et al.	2004	Deutschland	40 – 79	17,8 %

Tab. 1: Prävalenz von Erektionsstörungen (mod. nach Schäfer et al. 2004)

Person (und des Paares) von Bedeutung ist?" (Sigusch, 1996, S.9). Eine sexualmedizinische Beratung und Behandlung kann deshalb, muss aber nicht für jeden Patienten etwas Wichtiges sein.

Die Kränkungen des Alterns

Von der Gesellschaft wird die Sexualität älterer Menschen weitgehend verleugnet und ältere Paare werden eher als asexuell betrachtet. „Diese ablehnende Einstellung erklärt auch, warum es nicht viele Hollywood-Filme gibt, in denen ältere Paare miteinander im Bett gezeigt werden, sondern viel eher wird in den Filmen die Vorstellung vermittelt, die ‚goldenen Jahre' seien eine Zeit der platonischen Liebe, in der eine Umarmung, das Streicheln einer Wange oder vielleicht sogar der eine oder andere Kuss akzeptabel sind, aber alles offenkundig Sexuelle pervers oder unnatürlich wäre" (Masters et al. 1996, S. 481).

Viele der Männer, die wegen einer onkologischen Erkrankung behandelt werden, sind ältere Menschen. Ist für sie Sexualität überhaupt noch ein bedeutsames Thema? Benötigen sie dazu Information, Beratung oder Unterstützung?

Während die Alterssexualität früher auch für die Forschung ein weitgehendes Tabu darstellte, rückt das sexuelle Erleben und Verhalten älterer Menschen zunehmend in deren Blickpunkt.

Grundsätzlich gilt: Es kommt zwar mit zunehmendem Lebensalter zu Veränderungen der körperlichen sexuellen Reaktionen; sie sind jedoch keinesfalls mit einem Verlust der Sexualität gleichzusetzen. Ältere Menschen wissen allerdings oft erstaunlich wenig über diese altersbedingten Veränderungen: Die Testosteronwerte fallen schrittweise ab. Das Maximum der Aktivität liegt um das 30. Lebensjahr, nach dem 60. Lebensjahr ist noch etwa ein Drittel der Androgenbildung gewährleistet. In den letzten Jahren hat sich für die Auswirkungen dieser hormonellen Veränderungen der Begriff des „partiellen Androgendefizits des alternden Mannes" (PADAM) durchgesetzt. Ältere Männer reagieren auf eine sexuelle Erregung oder Stimulierung nicht mehr so rasch mit einer Erektion. Sie wird langsamer aufgebaut, ist störungsanfälliger, nicht mehr so voll oder so hart wie früher (Rigidität), und es dauert länger, nach einer Ejakulation eine weitere Erektion zu entwickeln (Refraktärzeit). Es bedarf längerer Stimulation bis zum Orgasmus, gelegentlich ist eine verringerte taktile Sensibilität des erigierten Penis zu beobachten. Das Erleben des Höhepunkts ist teilweise weniger intensiv und die Menge des ejakulierten Spermas bei vielen älteren Männern deutlich geringer. Andererseits können solche schwächeren Erektionen länger aufrecht erhalten werden und die Ejakulation ist besser kontrollierbar bzw. verzögert. In manchen Fällen lässt auch das Bedürfnis nach, den Samenerguss möglichst rasch zu erreichen, was sich vorteilhaft auf das Erleben der Partnerin auswirken kann. In vielen Fällen wird die gemeinsam geteilte Zärtlichkeit von älteren Paaren als wichtiger eingeschätzt als der möglichst häufige Vollzug des Beischlafs – auch wenn es natürlich eine große Spannbreite ganz unterschiedlicher individueller Erfahrungen gibt.

Diese körperlichen Veränderungen der Sexualität geschehen vor dem Hintergrund einer Gesellschaft, in der Jugendlichkeit und Leistungsfähigkeit in hohem Maß idealisiert werden. Männer tun sich deshalb im allgemeinen mit der Anpassung ihres Identitätsgefühls an die Forderungen und Gegebenheiten des Alterns schwer. Ein Arbeitssuchender über 50 Jahren ist häufig nicht mehr vermittelbar – dies stellt schon alleine eine massive Verunsicherung und Kränkung dar. Diese defizitäre Sichtweise des eigenen Alterns schlägt sich natürlich häufig auch irritierend auf das sexuelle Selbsterleben aus.

Trotzdem bleibt auch für viele ältere Männer die Sexualität subjektiv bedeutsam – selbst dann, wenn sie nicht mehr mit einer Partnerin geteilt wird. Als grundlegende Hypothese kann angenommen werden: Die Sexualität eines älteren Menschen bestimmt sich weitestgehend aus seiner Vorgeschichte. Ein sexuell aktiver Mensch bleibt auch im Alter eher sexuell aktiv, ein sexuell vielseitiger Mensch wird auch im Alter nach unterschiedlichen Formen der Befriedigung suchen. Sexuelles Begehren und Erleben, Erotik, Liebe und Zärtlichkeit bekommen vielleicht ein anderes Gewicht, bleiben aber mehr oder weniger lebhafter Ausdruck der jeweiligen Persönlichkeit und ihres Lebensstils – auch mit fortschreitendem Alter (s. Tab. 2).

Eine repräsentative Untersuchung von 450 über 60jährigen Personen (Unger u. Brähler 1994) ergab, dass ca. 45 Prozent (59% der Männer, 31% der Frauen) im letzten Jahr sexuell aktiv waren, von den 61-70jährigen mindestens jeder 2. Mann und jede dritte Frau, von den über 70jährigen jeder dritte Mann und jede 14. Frau. Deutlich zeigt sich bei Bestehen einer Partnerschaft eine höhere sexuelle Aktivität (zwei Drittel der 61-70jährigen und ca. ein Drittel der über 70jährigen). Interessant erscheint in diesem Zusammenhang, dass in einer Studie von Blanker et al. (2001) unter den sexuell aktiven Männern zwischen 50 und 78 Jahren 17 – 28 Prozent keine vollständige Erektion haben, so dass eine „normale" Erektion nicht als eine absolute Voraussetzung für ein aktives Sexualleben im Alter angesehen werden kann.

Medikalisierung der männlichen Sexualität

Sexualität ist nicht nur Geschlechtsverkehr, hat nicht nur mit Genitalität zu tun, sondern umfasst körperliche, biologische, psychosoziale und emotionale Aspekte. Und entsprechend gibt es vielfältige Ausdrucks-

Sexuelle Interessen von Männern in Abhängigkeit vom Alter

Alter	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	>75 Jahre
Wunsch nach Zärtlichkeiten	98,9 %	100,0 %	96,6 %	100,0 %	99,1 %	97,2 %	92,8 %
Wunsch nach Petting	87,6 %	93,0 %	86,0 %	94,6 %	90,7 %	91,7 % %	75,0 %
Wunsch nach Geschlechtsverkehr	98,9 %	100,0 %	99,6 %	98,7 %	99,1 %	88,9 %	61,2 %
Sexuelles Verlangen	100,0 %	100,0 %	97,7 %	98,7 %	100,0 %	94,7 %	79,2 %
Sexuelle Gedanken, Phantasien	98,9 %	98,1 %	97,7 %	100,0 %	98,2 %	97,3 %	84,5 %

(Angaben in %)

Tab. 2: Sexuelle Wünsche älterer Männer (mod. nach Merbach et al. 2003)

möglichkeiten von Sexualität: Zärtlichkeit, Sinnlichkeit, Lust, Geborgenheit, Leidenschaft, Erotik, aber auch das Bedürfnis nach Fürsorge und Liebe. Dieser differenzierten Sicht auf die Sexualität steht eine Betrachtungsweise der Medizin gegenüber, die Sexualität häufig auf Aspekte der sexuellen Funktionsfähigkeit und Fertilität zu reduzieren und verdinglichen scheint. Tiefer (1996) spricht in diesem Zusammenhang von der Gefahr einer „Medikalisierung der Sexualität", die sich u. a. in der millionenfachen Verordnungen von Viagra und dessen Folgeprodukten niederschlägt. So hilfreich das Medikament von vielen Anwendern und ihren Partnerinnen erlebt wird, werden die individualpsychologischen und paardynamischen Aspekte des jeweiligen sexuellen Problems dabei oft zu sehr vernachlässigt.

Fazit

Die Frage „was kennzeichnet die männliche Sexualität?" wirft mehr Unsicherheiten als empirisch gesicherte Erkenntnisse auf. Viele onkologische Krankheitsbilder und die notwendig werdenden Behandlungsmaßnahmen nehmen aber einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Sexualität der Betroffenen. Zu einer patientengerechten onkologischen Versorgung gehört deshalb trotz der bisher zum Teil unsicheren Kenntnislage das Angebot einer sexualmedizinischen Beratung. Frühzeitige Informationen beugen dabei in vielen Fällen der Entstehung chronifizierter sexueller Störungen mit einer nur noch schwer zu unterbrechenden Eigendynamik (z.B. zunehmendes Vermeidungsverhalten) vor! Kommt es durch eine Krebsoperation zu irreversiblen Funktionseinbußen, gilt ganz allgemein: Ein an Krebs erkrankter Mann mag durch die Krankheit oder Therapiefolgen in seinen Fähigkeiten eingeschränkt sein, den Geschlechtsakt zu vollziehen. Das heißt aber nicht, dass er deshalb „unmännlich" ist oder über keine Sexualität mehr verfügt. Gerade in den Fällen, in denen eine offene Kommunikation zwischen den Partnern über die Sexualität behindert ist und/oder der Aufbau neuer Formen körperlicher Nähe und Befriedigung notwendig wird, stellt das Angebot einer Beratung durch den behandelnden Onkologen eine wichtige Hilfestellung dar.

Literatur:

Beier KM, Bosinski HAG, Hartmann U, Loewit K (2001): Sexualmedizin. Urban & Fi-scher, München Jena

Blanker MH, Bosch JLHR, Groeneveld FPMJ Bohnen AM, Prins A, Thomas S, Hop WC (2001): Erectile and ejaculatory dysfunction in a community-based sample of men 50 to 78 years old: prevalence, concern, and relation to sexual activity. Urology 57: 763-768

Boeger A, Mantey C (1998): Sexuelle Erfahrungen und Einstellungen junger Erwachsener. Z Sexualforsch 11: 130-148.

Clark RD, Hatfield E (1989): Gender differences in receptivity to sexual offers. J Psy-chol Hum Sex 2: 39-50

Feil MG, Richter-Appelt H (2002): Kontrollüberzeugungen und Angst bei hetero-sexuellen Männern mit einer Erektionsstörung. Z f. Sexualforsch 15(1): 1-20

Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane R, McKinlay JB (1994): Impotence and its Medical and Psychosocial Correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 151: 54-61

Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC (1996): Heterosexualität. Die Liebe zwischen Mann und Frau. Ueberreuter, Wien

Merbach M, Beutel M, Brähler E (2003): Sexualität des alternden Mannes. Forum BzgA1/2, 7-11

Mertens W (1994): Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Bd. 1 u. 2. Kohlhammer, Stuttgart.

Moynihan R (2003): Wie eine Krankheit gemacht wird: Female Sexual Dysfunction., Z Sexualforsch 16: 167-174

Pease A u B (2002): Warum Männer nicht zuhören… Ullstein, Frankfurt, 2.Auflage

Schäfer GA, Englert HS, Ahlers CJ, Roll S, Willich SN, Beier KM (2004): Erektions-störung und Lebensqualität . Erste Ergebnisse der Berliner Männer-Studie. Sex-uologie 10(2-3): 50-60

Schiavi RC (1996): Sex therapy with aging med. In: Matsumoto S (Ed.): Sexuality and Human Bonding. Elsevier, Amsterdam, 41-44

Shapiro J (1994): Männer sind wie fremde Länder. Fischer, Frankfurt.

Sigusch V (1996): Was heißt sexuelle Störung? In: Sigusch V (Hrsg.) Sexuelle Stö-rungen und ihre Behandlung. Thieme, Stuttgart, 9-15

Stein-Hilbers M (2000): sexuell werden. Sexuelle Sozialisation und Geschlechterverhältnisse. Leske u. Budrich, Opladen.

Tiefer L (1996): The medicalization of sexuality: conceptual, normative, and profes-sional issues. Ann Rev Sex Res 7: 252-282

Tiefer L (1995): Sex is not a natural act & other essays. Westview Press, Boulder

Unger U, Brähler E (1998): Sexuelle Aktivität im Alter – Ergebnisse einer Repräsen-tativbefragung. In: Kruse A (Hrsg.) Psychosoziale Gerontologie. Band 1. Hogrefe, Göttingen, 238-252

Kontakt:
Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. Stefan Zettl
Medizinische Universitätsklinik Heidelberg
Sektion Nephrologie
Bergheimer Straße 56a
D-69115 Heidelberg
Tel.: 06221-91120
Fax: 06221-911279
E-Mail: stefan.zettl@med.uni-heidelberg.de