

Gynäkologie 2008 · 41:49–71
 DOI 10.1007/s00129-007-2060-1
 Online publiziert: 23. Dezember 2007
 © Springer Medizin Verlag 2007

Redaktion

D. Berg, Amberg
 R. Kreienberg, Ulm
 T. Strowitzki, Heidelberg
 K. Vetter, Berlin



CME.springer.de – Zertifizierte Fortbildung für Kliniker und niedergelassene Ärzte

Die CME-Teilnahme an diesem Fortbildungsbeitrag erfolgt online auf CME.springer.de und ist Bestandteil des Individualabonnements dieser Zeitschrift. Abonnenten können somit ohne zusätzliche Kosten teilnehmen.

Unabhängig von einem Zeitschriftenabonnement ermöglichen Ihnen CME.Tickets die Teilnahme an allen CME-Beiträgen auf CME.springer.de. Weitere Informationen zu CME.Tickets finden Sie auf CME.springer.de.

Registrierung/Anmeldung

Haben Sie sich bereits mit Ihrer Abonnementnummer bei CME.springer.de registriert? Dann genügt zur Anmeldung und Teilnahme die Angabe Ihrer persönlichen Zugangsdaten. Zur erstmaligen Registrierung folgen Sie bitte den Hinweisen auf CME.springer.de.

Zertifizierte Qualität

Diese Fortbildungseinheit ist mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Folgende Maßnahmen dienen der Qualitätssicherung aller Fortbildungseinheiten auf CME.springer.de: Langfristige Themenplanung durch erfahrene Herausgeber, renommierte Autoren, unabhängiger Begutachtungsprozess, Erstellung der CME-Fragen nach Empfehlung des IMPP mit Vorabtestung durch ein ausgewähltes Board von Fachärzten.

Für Fragen und Anmerkungen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung:

Springer Medizin Verlag GmbH
Fachzeitschriften Medizin/Psychologie
CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
69121 Heidelberg
E-Mail: cme@springer.com
CME.springer.de

J. Bitzer · J. Alder

Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik, Frauenklinik, Universitätsspital Basel

Sexualmedizin für Gynäkologen

Zusammenfassung

Die Sexualität der Frau ist ein Paradigma für das Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren. Die wichtigsten Störungen sind Mangel an sexuellem Verlangen, Erregungsstörungen, Störungen des Orgasmus und Schmerzen bei sexueller Aktivität. Häufig kommen diese Störungen kombiniert vor. In den letzten Jahren hat sich das Wissen um die neurophysiologischen, neuroendokrinen, vasomotorischen Prozesse bei der sexuellen Reaktion enorm erweitert und zur Entwicklung neuer Medikamente geführt. Gleichzeitig haben sich die psychologischen und soziologischen Erkenntnisse entwickelt und gewandelt. Als oft erste Ansprechpartner müssen sich Gynäkologinnen und Gynäkologen kontinuierlich weiterbilden, gleichzeitig müssen sie ihre kommunikativen Fertigkeiten in diesem sensiblen Bereich schulen. Ärztliches Gespräch, Diagnostik und Therapie folgen dabei dem Modell einer biopsychosozialen Sexualmedizin, die biomedizinischen Fortschritt mit psychosozialen Interventionen verbindet, um Patientinnen bei der Entfaltung ihrer selbstbestimmten und selbstgewählten Sexualität zu helfen.

Schlüsselwörter

Mangel an sexuellem Verlangen · Erregungsstörungen · Störungen des Orgasmus · Schmerzen bei sexueller Aktivität · Biopsychosoziale Sexualmedizin · Kombinierte Therapiekonzepte

Sexual medicine for gynecologists

Abstract

Female sexuality is a paradigm for the interaction of biological, psychological and social factors. The most important disorders are hypoactive sexual desire disorder, arousal disorder, orgasm disorder and sexual pain disorders, which often occur in combination. Over the last decade knowledge about the neurophysiological, neuroendocrine and vasomotor processes of the female sexual response has increased dramatically leading to the development of several new drugs. At the same time psychological insight and psychotherapeutic experiences have advanced and changed. Gynecologists are frequently the first medical professionals consulted by women with sexual problems. They also have to continuously educate themselves about the elements of modern diagnostics and at the same time they have to train and develop their communicative skills in this delicate field. The medical consultation and the diagnostic and therapeutic processes follow the model of a comprehensive biopsychosocial sexual medicine, which combines biomedical progress with psychotherapeutic interventions to help patients to express their self-defined and self-determined sexuality.

Keywords

Hypoactive sexual desire disorder · Arousal disorder · Orgasm disorder · Sexual pain disorders · Biopsychosocial sexual medicine · Combined therapeutic concepts

Sexualmedizin in der gynäkologischen Sprechstunde

Vom Gynäkologen wird erwartet, dass er kompetent Auskunft geben kann zu Fragen der Sexualität

Körperliche Symptome können auf Schwierigkeiten in der Sexualität hinweisen

► „door openers“

Der Arzt sollte Gesprächsbereitschaft signalisieren, ohne drängend und invasiv zu sein

In zahlreichen klinischen Situationen werden Gynäkologen mit sexuellen Schwierigkeiten ihrer Patientinnen konfrontiert. Bei der Vorsorgeuntersuchung, oft am Ende der Konsultation kommt die Frage: „Herr Doktor, ist das normal, ich habe keine Lust mehr auf Sex“. In der Familienplanungssprechstunde, bei der postpartalen Kontrolle, in der Menopausensprechstunde, in der gynäkologischen Onkologie, in der Kinderwunschsprechstunde werden Fragen zur Sexualität gestellt oder Probleme mit der Sexualität geklagt, und vom Gynäkologen wird erwartet, dass sie kompetent Auskunft geben kann oder das Problem lösen kann. Neben diesem, von der Patientin ausgehenden, direkten Einstieg ins Thema Sexualität können körperliche Symptome indirekt auf Schwierigkeiten in der Sexualität hinweisen: chronische Schmerzen und Dysfunktionen im Bereich der Sexualorgane wie Vulvodynie, chronische Unterbauchschmerzen und Reizblase stehen nicht selten in einem komplexen Zusammenhang mit sexuellen Dysfunktionen.

Schließlich ist es der Arzt oder die Ärztin selbst, die aktiv Fragen zur Sexualität bei ihrer allgemeinen Anamnese stellen kann (sollte?), um damit der Patientin Gesprächsbereitschaft zu signalisieren und um ihre eventuell bestehenden Ängste und Hemmungen zu mindern. Dies kann mit Hilfe sog. Türöffner (► „door openers“) geschehen: Indirekte Ansprache im Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung: „Hat sich durch die Operation, die Geburt etwas in ihrer Sexualität verändert?“, indirekt als allgemeiner Auftrag: „Viele meiner Patientinnen bemerken eine Veränderung ihrer Sexualität in dieser Lebensphase. Wie ist das bei Ihnen?“, direkte Anfrage: „Sind Sie sexuell aktiv? Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Sexualität?“

Wichtig ist: Der Arzt sollte seine Gesprächsbereitschaft signalisieren, ohne drängend und invasiv zu sein. Es ist die Entscheidung der Patientin, ob Sie das Angebot annehmen will oder eben nicht. Wenn die Patientin das Problem anspricht oder Fragen hat, soll sie ernst genommen und respektiert werden. Eventuell muss der zeitliche Rahmen thematisiert werden: „Sie haben ein wichtiges Problem angesprochen, wir sollten uns zur Besprechung etwas Zeit nehmen. Ich schlage vor, wir legen dazu einen neuen Termin fest.“ Der Arzt sollte sich einen Moment Zeit für seine Selbstreflexion nehmen: „Warum kommt die oder das Problem jetzt. Wie fühle ich mich dabei. Wie viel Zeit habe ich.....?“

Soziologische Rahmenbedingungen

Vier wichtige gesellschaftliche Entwicklungen geben den aktuellen Rahmen, in dem sich Arzt und Patientin in der Sprechstunde beim Thema Sexualität begegnen

Entwicklung einer Sexopharmakologie

Die ► **Phosphodiesterasehemmer** haben als „Pioniere“ der medikamentösen Sexualmedizin dazu geführt, dass die erektile Dysfunktion zu einem öffentlichen Thema wurde und damit sexuelle Probleme vermehrt angesprochen und in einem medizinischen Diskurs und Pragmatismus aufgenommen wurden. Diese medikamentöse Entwicklung war zwar auf Männer hin ausgerichtet, doch sie veränderte auch die Anforderungen an Frauenärzte. Frauen wurden mit dem Angebot und der Wirkung dieser Medikamente konfrontiert, sie reagierten in unterschiedlicher Weise darauf und die Integration solcher medikamentöser Hilfen in die partnerschaftliche Beziehung erforderte auch Beratung durch Gynäkologen. Seitdem sind neue Medikamente hinzugekommen, deren Indikation im Bereich sexueller Dysfunktionen liegt: Das ► **Testosteronpflaster** für ovariectomierte Frauen mit mangelndem sexuellem Verlangen oder zentral wirksame Substanzen wie Apomorphin, Bupropion für Frauen mit Libido und Erregungsstörungen [5].

Populärwissenschaftliche Publikationen

Von den Männern, die vom Mars kommen, und den Frauen, die der Venus entstammen, bis hin zu Büchern über die Gründe, warum Frauen schlecht einparken und Männer nicht zuhören können – diese durch zunehmende Verbreitung populärwissenschaftlicher geschlechterpsychologischer Publikationen Diskussion hat ein Bewusstsein geschaffen für die Fragen nach Unterschiedlichkeit und Gleichheit von Frauen und Männern und letztlich nach dem ► **bioevolutiven Grundlagen** des Sexualverhaltens. Diese Entwicklung stand und steht im Gegensatz zu einer androgynen Bewegung, in der die Gleichheit und die soziokulturellen Determinanten der Geschlechtsidentität betont wurden, eine androgyne Orientierung, die auch mit einem Verlust an Spannung zwischen den Geschlech-

► Phosphodiesterasehemmer

Die Integration medikamentöser Hilfen in die partnerschaftliche Beziehung erfordert auch Beratung durch Gynäkologen

► Testosteronpflaster

► Bioevolutive Grundlagen

tern in Verbindung gebracht wurde. Die nahezu öffentliche Diskussion über den Verlust an Libido und die Desexualisierung einer hypersexualisierten Gesellschaft gewinnt immer mehr Interesse [3].

Auseinandersetzung mit sexuellem Missbrauch

Die ► **Schattenseiten der Sexualität** wurden noch deutlicher wahrgenommen und Gynäkologen wurden immer mehr in die Pflicht genommen, diesen Erscheinungen mehr Aufmerksamkeit in der Diagnostik und mehr Engagement in der Therapie zu zuwenden [12].

Süchte

Zu den Veränderungen in den gesellschaftlichen Bedingungen zählt auch die Tatsache, dass Menschen Hilfe suchen wegen neuer sexueller Probleme, die man im weitesten Sinn als „sexuelle Süchte“ bezeichnen kann (► **„sexual addiction“**). Dabei handelt es sich vor allem um Männer, aber auch Frauen sind davon direkt oder indirekt betroffen, für die der Konsum von Internetpornographie zu einer den Alltag beherrschenden Tätigkeit wird, die zu erheblichem psychosozialen Schädigungen führt und von den Betroffenen nicht kontrolliert und eingeschränkt werden kann. Damit stellen sich neue Fragen nach der gesunden und der kranken oder krank machenden Sexualität [7].

Medizinische Modelle weiblicher Sexualität

Die erste medizinische Modellbildung wurde von ► **Masters und Johnson** [15] in den medizinischen Diskurs eingeführt. Seit ihren Arbeiten unterscheiden wir verschiedenen Phasen der sexuellen Reaktion bei Mann und Frau. Für den beratenden Gynäkologen ist es wichtig, die psychophysiologischen Vorgänge in diesen Phasen zu kennen.

Taditionelles, lineares Modell

Die Erregungsphase

Physiologisch ist diese Phase gekennzeichnet durch eine vermehrte Durchblutung (sowohl der Vagina, der Klitoris, der kleinen Labien als auch des gesamten Körpers) mit einer Vasodilatation und einer Vasokongestion. Peripher wird diese Reaktion sensorisch durch Fasern des N. pudendus und vasodilatatorisch durch parasympathische Ganglien, welche von S2-S4 kommen, vermittelt. Die Aktivität dieser Fasern führt zur NO-Bildung und zur Bildung von ► **vasoaktivem Polypeptid**. Durch die vaginale Durchblutungssteigerung kommt es zur Transsudation einer klaren Flüssigkeit mit spezifischem Geruch und Geschmack. Diese Veränderung geschieht innerhalb 10–30 Sekunden nachdem die Erregung beginnt. Die Flüssigkeit dient als Gleitmittel für die Bewegungen des Penis. Außerdem neutralisiert sie die normale vaginale Azidität und erleichtert das Überleben der Spermien. Vasodilatation und Kongestion bedingen auch den „sexual flush“ am oberen Brustkorb, am Hals und am Rücken, der sich bei 70–75% der Frauen einstellt. Brust und Areola nehmen an Umfang zu, die Erektion der Brustwarze ist ein rasch eintretendes Erregungszeichen. Die Klitoris vergrößert sich und steigert ihre Sensibilität für Berührung und Druck, wobei sie durch das anschwellende ► **Präputium** bedeckt und „geschützt“ wird. Während der Erregung „wechselt“ sie ihre Position, ist einmal unbedeckt und einmal bedeckt. Die Labia minora nehmen während der sexuellen Erregungsphase bei allen Frauen um das 2- bis 3fache zu und werden in der Plateauphase dunkelrot oder violett. Die Labia majora verändern sich abhängig von der Parität. Bei nulliparen Frauen werden sie flacher und dünner durch die Muskelkontraktion bei der Erregung, bei multiparen Frauen hat sich eine vermehrte Vaskularisierung entwickelt, die dazu führt, dass die großen Labien anschwellen und sich vergrößern.

Plateauphase

Das distale Drittel der Vagina verengt sich und bildet wegen der zunehmenden Blutfülle die ► **orgastische Manschette**. Die Rötöfärbung der kleinen Labien wird intensiver, die Bartholini-Drüsen können etwas Sekret absondern. Das innere Drittel der Vagina erweitert sich und schafft gewissermaßen einen Raum zur Aufnahme des Spermas, dabei schwillt auch der Uterus an und steigt nach oben (Kontraktion der Bänder?).

Orgasmus

Bei einer bestimmten Intensität der Erregung, die einem Spannungsaufbau entspricht, kommt es zu einer Folge von rhythmischen Kontraktionen im äußeren Drittel der Vagina.

► Schattenseiten der Sexualität

► „sexual addiction“

Es stellen sich neue Fragen nach der kranken oder krank machenden Sexualität

► Masters und Johnson

► Vasoaktives Polypeptid

Brust und Areola nehmen an Umfang zu, die Erektion der Brustwarze ist ein rasch eintretendes Erregungszeichen

► Präputium

Die Labia majora verändern sich abhängig von der Parität

► Orgastische Manschette

Das innere Drittel der Vagina erweitert sich, der Uterus steigt nach oben

Puls und Blutdruck steigen an, die Atmung wird vorübergehend sehr schnell

► Weibliche Ejakulation

► Tumeszenz

► Sexuelle Appetenz

Opioide scheinen etwas wie eine Belohnungsfunktion auszuüben

► Rosemary Basson

In diesem Modell ist die Erregung dem sexuellen Verlangen vorgeschaltet, bzw. beide entwickeln sich parallel, können sich beeinflussen

Unter funktioneller Sexualstörung versteht man subjektiv als problematisch bewertete Merkmale des sexuellen Erlebens und Verhaltens

Diese 3–15 Kontraktionen, die das gesamte Becken und den ganzen Körper einbeziehen können, erfolgen zunächst im Abstand von weniger als 1 s und dann mit wachsenden kurzen Intervallen, wobei die Kontraktionen an Stärke abnehmen. Puls und Blutdruck steigen an, und die Atmung wird vorübergehend sehr schnell. Bei wenigen Frauen mit stark ausgeprägten paraurethralen Drüsen werden deren prostataähnliche Sekrete beim Orgasmus ausgestoßen im Sinne einer ► **weiblichen Ejakulation**. Frauen können mehrere Orgasmen hintereinander erleben, bevor die Rückbildungsphase eintritt.

Rückbildungsphase

Der Körper braucht etwas Zeit nach dem Orgasmus, bis die Erregung abgeklungen und der Ruhezustand wieder erreicht ist. Dabei bildet sich die ► **Tumeszenz** zurück, das gestaute Blut fließt ab, der Uterus nimmt wieder seine Normalgröße an, der Klitorischaft tritt unter der Vorhaut hervor. Helen Singer Kaplan ergänzte die beschriebenen Stadien um die Phase des sexuellen Verlangens [19]. In ihrem Modell lassen sich dann sexuelles Verlangen (► **sexuelle Appetenz**), Erregung und Orgasmus unterscheiden. Das Besondere dabei ist, dass sich sexuelles Verlangen in ihrem Verständnis nicht an peripheren Reaktionen beobachten lässt und insofern auch nicht messbar ist, sondern einem subjektiven Erlebenszustand entspricht, einem Zustand, den sie auch Appetenz nannte.

Neuere bildgebende und neurologische Untersuchungen zeigen an, dass sich im Hypothalamus und im Bereich des limbischen Systems „Kernregionen“ befinden, die am ehesten zentralnervösen Repräsentationen des „sexuellen Begehrens, sexueller Phantasien“ entsprechen. In diesen Regionen bewirkt Dopamin eine Erhöhung der Aktivität, Prolaktin eher eine Hemmung. Opioide scheinen so etwas wie eine Belohnungsfunktion auszuüben. Da aber das sexuelle Verlangen ein facettenreiches Phänomen ist, involviert es vermutlich viele Regionen des Gehirns [5].

Zirkuläres Modell

Basson-Zyklus

Dem linearen Phasenmodell von Kaplan, Masters und Johnson hat eine Expertengruppe unter der Federführung von ► **Rosemary Basson** aus Vancouver ein zirkuläres Modell weiblicher Sexualität gegenübergestellt [1]. Initial befindet sich die Frau in einem Stadium sexueller Neutralität. Ist sie grundsätzlich empfänglich für sexuelle Stimuli, kann sich bei adäquater Stimulation aus dieser sexuellen Neutralität schließlich auch Erregung und der Wunsch nach mehr ergeben. Dies führt bei positivem Verlauf schließlich neben einer Verstärkung des Gefühls der emotionalen Intimität (d. h. einer Befriedigung des Wunsches, welcher der Auslöser dafür war, sich überhaupt auf einen sexuellen Kontakt einzulassen bzw. diesen aktiv anzustreben) auch zu einer körperlichen Befriedigung. In diesem Modell ist also anders als in den traditionellen Modellen die Erregung dem sexuellen Verlangen vorgeschaltet bzw. diese beiden Phasen entwickeln sich parallel und können sich gegenseitig beeinflussen. Dieses positive Ergebnis fördert die Intimität und verstärkt die sexuelle Motivation.

Sexualstörungen

Sexualität ist ein Bereich des menschlichen Lebens, in dem es um Lust, Fortpflanzung, Intimität, Liebe, Verbundenheit, Geborgenheit, Identität, Selbstwert, Macht, Sinngebung geht. Es gibt unzählige mögliche Formen sexuellen Erlebens, und der Begriff der Störung oder der „kranken“ Sexualität ist äußerst schwierig. Unter funktioneller Sexualstörung versteht man im Allgemeinen individuelle Merkmale des sexuellen Erlebens und Verhaltens, die von der Person selbst als problematisch bewertet werden und damit zu einem subjektiven Leidenszustand führen, der Anlass zu hilfesuchendem Verhalten gibt.

Sexualstörungen sind mehrdimensional, unterschieden werden körperliche Ebene, Erlebens-Emotional-Kognitive Ebene, Verhaltensebene und Beziehungsebene.

ICD 10

Das ICD 10 gibt eine allgemeine Einführung in das Thema der sexuellen Funktionsstörungen [13]. Sexuelle Funktionsstörungen verhindern die von der betroffenen Person gewünschte sexuelle Beziehung. Es können ein Mangel an sexuellem Verlangen oder Befriedigung, ein Ausfall der für den Ge-

Tab. 1 Klassifikation sexueller Funktionsstörungen nach ICD-10		
F52.0	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen	Verlust des sexuellen Verlangens ist das Grundproblem
F52.10	Sexuelle Aversion	Vorstellung sexueller Aktivität ist verbunden mit Angst und Ekel
F52.11	Mangelnde sexuelle Befriedigung	Sexuelle Reaktion verläuft normal, Orgasmus wird ohne Lustgefühl erlebt
F52.2	Versagen genitaler Reaktionen	Bei Frauen Mangel oder Ausfall vaginaler Lubrikation
F52.3	Orgasmusstörungen	Orgasmus tritt nicht oder nur stark verzögert ein
F52.5	Nicht organischer Vaginismus	Spasmus der die Vagina umgebenden Beckenbodenmuskulatur, wodurch der Introitus vaginae verschlossen wird. Penetration ist unmöglich oder schmerzhaft
F52.6	Nicht organische Dyspareunie	Schmerzen während der Sexualverkehrs
F52.7	Gesteigertes sexuelles Verlangen	Meist bei Teenagern oder jungen Erwachsenen; DD affektive Störung, Demenz

schlechtsakt notwendigen physiologischen Reaktionen (z. B. Erektion) oder eine Unfähigkeit, den Orgasmus zu steuern oder zu erleben, auftreten. Die sexuelle Reaktion ist ein psychosomatischer Prozess, das heißt, bei der Entstehung von sexuellen Funktionsstörungen sind psychische und somatische Prozesse meist gemeinsam beteiligt. Es können eindeutige psychogene oder organische ätiologische Faktoren identifiziert werden. Im Allgemeinen ist es aber schwierig, ihre jeweilige Bedeutung abzuschätzen.

In Kapitel F52 werden die in **Tab. 1** aufgeführten Störungen unterschieden.

Ein Nachteil der ICD-Klassifikation liegt darin, dass differenziertere Kategorien für weibliche Sexualstörungen fehlen (z. B. ist die nosologische Einheit F52.2 „Versagen genitaler Reaktionen“ für beide Geschlechter eingeführt und umfasst für den Mann die erektile Dysfunktion und für die Frau Störungen der Erregung (unterschiedliche Ausprägungsformen).

In der ICD-Klassifikation fehlen differenziertere Kategorien für weibliche Sexualstörungen

DSM IV

Das US-amerikanische Klassifikationssystem geht von einer etwas anderen Einteilung aus. Hier werden 4 Störungsgruppen unterschieden: [7]

- Störungen der sexuellen Motivation
 - 302.71 „Hypoactive sexual desire disorder“ (HSDD) Mangel an sexuellem Verlangen
 - 302.79 Sexuelle Aversion
- Störungen der sexuellen Erregung
 - 302.71 Weibliche Erregungsstörungen
 - 302.72 Störungen der Erektion
- Orgasmusstörungen
 - 302.73 Weibliche Orgasmusstörungen
 - 302.74 Männliche Orgasmusstörungen
 - 302.75 Vorzeitiger Samenerguss
- Sexuelle Schmerzstörungen
 - 302.76 Dyspareunie
 - 306.51 Vaginismus

In der Praxis bewährte Definitionen und Einteilungen

Störung des sexuellen Verlangens

Vermindertes sexuelles Verlangen: Der dauernde oder wiederkehrende Mangel (bzw. das Fehlen) an sexuellen Phantasien/Gedanken und/oder dem Verlangen nach bzw. der Bereitschaft zu sexuellen Aktivitäten, der persönliches Leid verursacht.

Störung mit sexueller Aversion: Die ständige oder wiederholt auftretende phobische Aversion gegen und Vermeiden von sexuellem Kontakt mit einem Sexualpartner, die persönliches Leid verursacht.

► Lubrikation/Schwellung

Die Prävalenz sexueller Funktionsstörungen bei Frauen ist hoch (25–63%)

► WISHeS

Alter und Menopause scheinen unabhängige Faktoren zu sein bei der Prävalenz sexueller Dysfunktionen

Die Wahrscheinlichkeit einer geringeren allgemeinen Lebenszufriedenheit war bei Frauen mit vermindertem sexuellen Verlangen deutlich erhöht

Chirurgisch menopausale Frauen litten eher unter vermindertem sexuellen Verlangen als prämenopausale oder natürlich menopausale Frauen

► Korrelationen

Störung der sexuellen Erregung

Die ständige oder wiederholt auftretende Unfähigkeit, ausreichende sexuelle Erregung zu erlangen oder aufrechtzuerhalten, die persönliches Leid verursacht und sich als mangelnde subjektive Erregung und/oder als mangelnde genitale Reaktion (► **Lubrikation/Schwellung**) oder andere somatische Reaktion äußert

Orgasmusstörung

Die ständige oder wiederholt auftretende Schwierigkeit oder Verzögerung beim Erreichen eines Orgasmus bzw. dessen Ausbleiben nach ausreichender sexueller Stimulation und Erregung, das persönliches Leid verursacht.

Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen

Dyspareunie: Wiederholt auftretende oder ständige genitale Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, die persönliches Leid verursachen.

Vaginismus: Wiederholt oder ständig auftretende unwillkürliche Muskelkrämpfe im äußeren Drittel der Vagina, die die vaginale Penetration behindern und persönliches Leid verursachen.

Epidemiologie

Die Prävalenz sexueller Funktionsstörungen bei Frauen ist hoch und liegt je nach Störungsbereich zwischen 25–63% [14]. Am deutlichsten ausgeprägt sind Libidomangel (41%), gefolgt von Orgasmusstörungen (19%), Dyspareunie (12%), Vaginismus (10%), sexuelle Aversion (8%; [3]). Diese Ergebnisse wurden für Europa von Dennerstein et al. [10] in ihrer Untersuchung „Women's International Survey on Health and Sexuality“ (► **WISHeS**), einer Befragungsstudie mit Frauen im Alter von 20–70 Jahren aus Frankreich, Deutschland, Italien und Großbritannien erhoben. Am häufigsten (29%) wurde ein Mangel an sexuellem Begehren angegeben, gefolgt von Erregungsstörungen (22%) und Orgasmusschwierigkeiten (18%). Mehr als 14% gaben an, Schmerzen bei sexueller Aktivität zu empfinden. Die Faktoren Alter und Menopause scheinen unabhängig voneinander einen Einfluss auf die Prävalenz sexueller Dysfunktionen zu haben.

Neben der deskriptiven Prävalenz ist wie oben beschrieben für die Erfassung einer Dysfunktion das Ausmaß der persönlichen Belastung und partnerschaftlichen Beeinträchtigung von besonderer Bedeutung. Die Studie von Laumann et al. [14] zeigte folgende Ergebnisse: Die Wahrscheinlichkeit einer geringeren körperlichen und emotionalen Befriedigung und einer geringeren allgemeinen Lebenszufriedenheit war bei Frauen mit vermindertem sexuellen Verlangen gegenüber Frauen ohne diese Störung deutlich erhöht. Wurden die Frauen mit Männern mit erektiler Dysfunktion verglichen, so fand man vergleichbare Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Die oben genannte WISHeS-Studie [10] erbrachte bezüglich der Belastungen durch das mangelnde sexuelle Interesse bedeutsame Unterschiede: Ein größerer Anteil von chirurgisch menopausalen Frauen im Vergleich zu prämenopausalen oder natürlich menopausalen Frauen hatte ein vermindertes sexuelles Verlangen [Wahrscheinlichkeitsverhältnis (OR) 1,4; Konfidenzintervall (KI) 1,1, 1,9; p 0,02]. Chirurgisch menopausale Frauen litten eher unter einem verminderten sexuellen Verlangen („hypoactive sexual desire disorder“, HSDD) als prämenopausale Frauen oder natürlich menopausale Frauen (OR: 2,1; KI: 1,4, 3,4; p: 0,001).

Ursachen und bedingende Faktoren für sexuelle Dysfunktionen

Bei den Ursachen oder bedingenden Faktoren von Sexualstörungen lassen sich verschiedene Typen bzw. Ursachenzusammenhänge unterscheiden:

Ursachen, die ein Symptom immer begleiten, weil sie zeitgleichen Vorgängen auf einer anderen Systemebene entsprechen: Dabei handelt es sich nicht eigentlich um Ursachen, sondern um ► **Korrelationen**. Damit ist gemeint, dass Phänomen A und Phänomen B einem gleichen Vorgang oder Phänomen entsprechen, aber nur unterschiedlichen Beobachtungsebenen und Instrumenten entstammen (Beispiel: Der subjektiv störende Ausfluss entspricht unter dem Mikroskop einem Flüssigkeitsdepot, in dem sich viele Leukozyten und Bakterien befinden.)

Spezifische, direkte Ursache: Damit sind Ursachen gemeint, die einem bestimmten Symptom oder Problem unmittelbar und direkt vorausgehen. (Beispiel: Die Infektion mit Gonokokken führt zu einer Entzündungsreaktion im Bereich der Zervix, die zu einer vermehrten Sekretbildung führt).

Unspezifische, indirekte, mittelbare Ursachen: Damit sind Phänomene gemeint, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit über ► **vernetzte Wirkungen** zu einem bestimmten Symptom oder Phänomen beitragen können. (Beispiel: Häufig wechselnde Sexualpartner erhöhen die Wahrscheinlichkeit, mit Gonokokken infiziert zu werden. Eine Infektion mit Gonokokken führt zu Entzündungsvorgängen an der Zervix. Entzündungsvorgänge an der Zervix führen zu einer vermehrten Sekretion, die sich klinisch als Ausfluss bemerkbar macht.)

Zirkuläre Bedingungsbeziehungen: Damit sind Prozesse gemeint, die sich gegenseitig zirkulär beeinflussen, also kein unidirektionaler Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung festgestellt werden kann. (Ein klinisches Beispiel: Eine Patientin entwickelt durch einen unerkannten Testosteronmangel eine langsame Abnahme ihres Interesses an Sexualität. Ihr Partner bemerkt diese Abnahme und spürt mehr und mehr, dass sie sich auf sexuelle Interaktion seinetwegen einlässt. Er fühlt sich nicht mehr begehrt und entwickelt eine partielle Erektionsschwäche. Aus Angst vor Verschlimmerung zieht er sich zurück. Seine Frau fühlt sich nun ihrerseits zurückgewiesen und obwohl sie selbst kein eigentliches sexuelles Interesse hat, ist sie verunsichert und glaubt, dass ihr Mann sie nicht mehr attraktiv findet. Aus diesem Wechselspiel entwickelt sich eine zunehmende Distanz, welche die gesamte Beziehung durchdringt. Was ist Ursache und was ist Wirkung?)

Sexualstörungen werden in der Regel nicht durch einen einzigen, isolierten Faktor bedingt, sondern sind das Zusammenspiel mehrerer ► **Faktorebenen** [5]:

- Körper (biologisch-biomedizinische Faktoren),
- Person (individualpsychologische Faktoren),
- Beziehung (partnerschaftliche Faktoren) und
- Umwelt (soziokulturelle Faktoren).

Außerdem ist immer zu bedenken, dass Sexualstörungen auch den Versuch darstellen können, ein sexuelles oder anderes Problem zu lösen.

Biologische Faktoren, Erkrankungen, Medikamente

Für die Praxis hat es sich bewährt, systematisch die möglichen Einflussfaktoren von Krankheiten auf die Sexualität zu explorieren (als Gedankenstütze dazu haben wir die „7 Ds“ zusammengestellt;

■ **Tab. 2;** [4]).

Individualpsychologische Faktoren mit Einfluss auf das sexuelle Erleben und Verhalten

Motivation und Bereitschaft zum sexuellen Verhalten

Sexuelle Bereitschaft ist das Resultat aus dem Zusammenwirken eines inneren Antriebes, von erotisch-sexuellen Stimuli sowie von Kontext und Umgebungsfaktoren [4, 5]. Die Stärke dieser Bereitschaft ist damit das dynamische Resultat von Antriebs- und Anziehungskräfte und kann mit einem Modell aus Schub (Pushing)- und Zug (Pulling)-Faktoren beschrieben werden, die zusammen die sexuelle Motivation und die sexuelle Bereitschaft (► **„readiness“**) bestimmen (■ **Abb. 1**):

„Pushing factors“, die zu sexueller Aktivität hintreiben, sind der angeborene Antrieb, hormonelle Faktoren, positive Erwartungen und Erfahrungen sowie ein positives Körperbild. „Pulling factors“ (Zugfaktoren), die zu sexueller Aktivität hinziehen, umfassen Attraktivität und Sexappeal des potenziellen Sexualpartners, ► **Belohnungswahrscheinlichkeit** sowie die positive, bestätigende Reaktion des Partners.

Den fördernden Faktoren stehen antagonistisch hemmende Faktoren entgegen: Geringer Antrieb, Hormonmangel, negative Erwartungen und Erfahrungen, negatives Körperbild als fehlender Antrieb, und fehlende Attraktivität und Sexappeal, geringe Belohnungswahrscheinlichkeit und negative Reaktionen des Partners als fehlende Zugfaktoren. Ausgehend von einer unterschiedlichen Intensität der Bereitschaft zu sexueller Aktivität lassen sich dann zwei sich selbst verstärkende mögliche Verhaltenssequenzen unterscheiden (■ **Abb. 2**):

► Vernetzte Wirkungen

► Faktorebenen

Sexualstörungen können auch ein Versuch sein, ein Problem zu lösen

Die Stärke der Bereitschaft ist das dynamische Resultat von Antriebs- und Anziehungskräften

► „readiness“

► Belohnungswahrscheinlichkeit

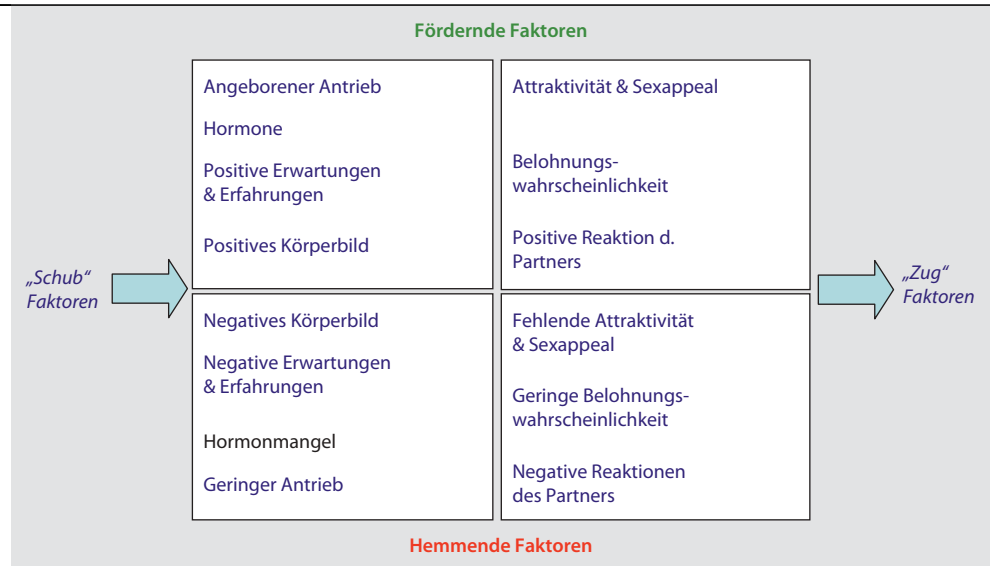


Abb. 1 ▲ Bereitschaft, Motivation zu sexueller Aktivität [5]

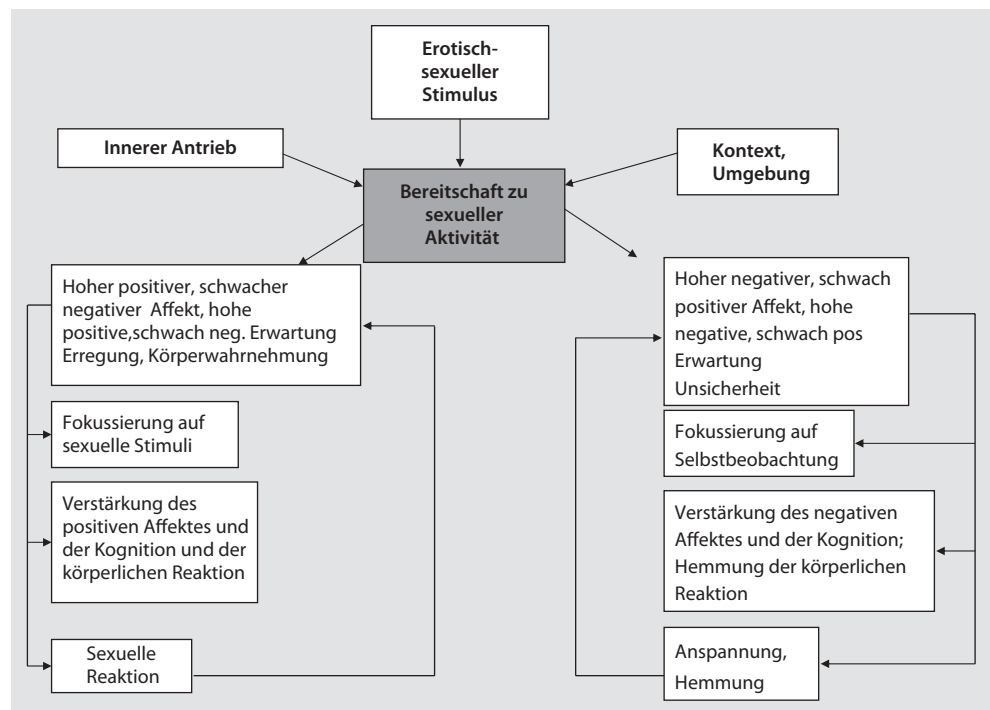


Abb. 2 ▲ Sexuelle Verhaltenssequenz; Fördernde und hemmende Faktoren [5]

Auf der linken Seite der Abbildung ist die ungestörte, sich selbst positiv verstärkende Sequenz dargestellt, die rechte zeigt die möglichen Störungen im Sinne einer sich negativ verstärkenden Verhaltenssequenz (► **Circulus vitiosus**, Teufelskreis). Die Bereitschaft zu sexueller Aktivität führt zum positiv erlebten Affekt der freudigen Erregung (affektive Ebene), der mit der positiv konnotierten Wahrnehmung körperlicher Erregungszeichen (kognitive Ebene) und mit freudiger Erwartung und Aufmerksamkeitssteigerung einhergeht (emotionale Ebene). Dies führt zu einer Fokussierung und Konzentration auf die Erregung steigernde sexuelle Stimuli und damit zu verstärkten körperlichen Reaktionen, die lustvoll positiv erlebt werden (kognitive Ebene). Dieser sich selbst verstärkende Mechanismus führt zur intensiven Erregung und bei positiver emotionaler Konnotation zur Auslösung des Orgasmus. Das befriedigende Erlebnis wird zu einer Voraussetzung für die künftige Bereitschaft zu sexueller Aktivität (operante positive Konditionierung).

► **Circulus vitiosus**

Tab. 2 Krankheitsspezifische Faktoren mit möglichen Wirkungen auf die Sexualität

Danger	Subjektiv erlebte Bedrohung durch die Erkrankung	
Destruction	Zerstörung von Genitalorganen Verlust der Fertilität Lokale Schmerzen Hormonabfallentzug	Mamma Zervix, Uterus Ovarien
Disfigurement	Sichtbare Entstellungen des Körpers durch Krankheit oder therapeutische Interventionen	Mamma Hautveränderungen Narben Haarverlust
Disability and pain	Verlust der Beweglichkeit, generalisierte Schmerzen	Erkrankungen des Bewegungsapparates Neurologische Erkrankungen
Dysfunction	Funktionsverlust peripherer sensorischer, vegetativer, motorischer, neuromuskulärer und vaskulärer Effektoren	Kardiovaskuläre, neurologische und metabolische Erkrankungen
Dysregulation	Dysregulation der Neurotransmission in Sexualzentren	Erkrankungen ZNS Psychiatrische Erkrankung
Disease load / drugs	Verschlechterung LQ durch Begleitsymptome	Inkontinenz Reizblase

Danger: Gefahr. Damit ist einerseits das Ausmaß und Stadium der Erkrankung gemeint, besonders aber die subjektiv erlebte Bedrohung oder Todesangst.

Destruction: Zerstörung. Krankheiten oder deren Therapien können zur Destruktion von Genitalorganen oder zu wesentlichen strukturellen und funktionellen Beeinträchtigungen oder Verlusten führen. Z. B. Hysterektomien und Adnexektomien, Eingriffe mit Verlust der Fertilität, rascher Hormonabfall mit funktionellen Beeinträchtigungen.

Disfigurement: Entstellung. Dies betrifft durch Krankheiten oder Therapien bedingte sichtbare Entstellungen am Körper (Mastektomie, Vulvektomie, Lymphödeme, Hautveränderungen, Haarverlust).

Disability and Pain: Bewegungseinschränkung und Schmerzen. Krankheiten können zu Bewegungseinschränkungen und Schmerzen führen, die sich negativ auf die Sexualität auswirken. Dazu gehören Krankheiten des Bewegungsapparates (v. a. rheumatische und degenerative Erkrankungen) aber auch neurologische Erkrankungen, sowie Beeinträchtigungen z. B. nach Axillarevision und Bestrahlung (Lymphödem).

Dysfunction: Funktionsstörung oder Funktionsverlust (peripher). Erkrankungen können die peripheren sensorischen, neuromuskulären und neurovaskulären Prozesse der sexuellen Reaktion beeinträchtigen und stören. Dies ist z. B. beim Diabetes, bei neurologischen Erkrankungen und bei vaskulären Erkrankungen der Fall, aber auch im Rahmen von Chemo-/Antihormontherapien.

Dysregulation: Funktionsstörung zentral. Mit Dysregulation ist eine Störung der zentralnervösen Neurotransmission gemeint, also insbesondere eine Beeinträchtigung der Aktivität und Vernetzung der oben beschriebenen Sexualzentren, wie es der Fall ist bei zahlreichen psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen (affektive Störungen, M. Parkinson etc.), aber auch bei endokrinen Störungen. Wichtig auch im Rahmen von onkologischen Therapien (Mammakarzinom).

Disease Load/Drugs: Allgemeine Krankheitsbelastung und Medikamente. Viele Erkrankungen gehen mit allgemeinen Beeinträchtigungen der Lebensqualität einher, die nicht direkt einer Krankheitseinheit entsprechen, und sich negativ auf die Sexualität auswirken (z. B. Blasenfunktionsstörungen, Stuhlinkontinenz, Verlust der Mobilität), auch Medikamente und deren Nebenwirkungen

Eine oft eingeschränkte Bereitschaft und Motivation zu sexueller Aktivität führt zu einem ► **Mischaffekt**, bei dem sich der positive Erregungsaffekt mit Angst, Scham, Sorge, Schuldgefühlen mischt (affektive Ebene), ein emotionaler Zustand, der zu einer besorgten, kontrollierenden Körperwahrnehmung und zu negativen Erwartungen (kognitive Ebene) beiträgt. Dies führt zu einer Spaltung in ein erlebendes und ein beobachtendes Ich (vermehrte Selbstbeobachtung – kognitive Ebene), was die notwendige Fokussierung und Konzentration (den mental shift) auf erotisch-sexuelle Stimuli blockiert und stört. Dadurch wird ein Teufelskreis aus Selbstbeobachtung, Hemmung der sexuellen Fokussierung, Blockierung der Erregung, vermehrte Selbstbeobachtung und Sorge etc. ausgebildet, der die Hingabe an die körperlichen sexuellen Vorgänge verunmöglicht. Das frustrierende Erlebnis wird zu einer die künftige Bereitschaft zu sexueller Aktivität hemmenden Kraft (► **operante negative Konditionierung**).

Partnerschaftliche und Beziehungsfaktoren

Sexuelle Lust, Erregung und Orgasmus können von einem Menschen allein für sich hervorgerufen und erlebt werden (sexuelle Phantasien, Masturbation). Sehr häufig aber zielt Sexualität auf einen an-

► Mischaffekt

Die Spaltung in ein erlebendes und ein beobachtendes Ich blockiert den „mental shift“ auf erotisch-sexuelle Stimuli

► Operante negative Konditionierung

Beide Partner sind dadurch sowohl Subjekte als auch Objekte der sexuellen Interaktion

► „love styles“

► Mehrdimensionales Modell

► Bedürfniskonflikte

In der systemischen Therapie geht es darum, die individuellen sexuellen Profile bewusst zu machen

Zum Anfang einer Beziehung lässt intensives Begehren Unterschiede verschwinden

► Gemeinsame Sprache

Angst vor Instabilität kann dazu führen, dass Verschiedenheit nicht wahrgenommen und integriert wird

deren Menschen. Der Andere oder die Andere wird zum Partner/zur Partnerin für das sexuelle Erleben und Verhalten. Beide Partner sind dadurch sowohl Subjekte als auch Objekte der sexuellen Interaktion, also von Wünschen, Erwartungen, Ängsten. Sexualität wird also zu einem Austausch von Gedanken, Emotionen, Handlungen. Es gibt verschiedene Modelle, mit denen versucht wird, diesen Austausch zu verstehen, bzw. Störungen dieses Austausches zu analysieren [5].

Liebesmodelle

John Allan Lee hat in Anlehnung an die griechische Philosophie verschiedene Beziehungsmuster (► „love styles“) beschrieben.

- „Romantic „ (Eros): romantische, durch erotisch sexuelle gegenseitige Anziehung getragene Liebe; sexuell leidenschaftliche Liebe zwischen zwei Partnern
- „Game playing „ (Ludus): Spiel mit der sexuellen Anziehung, das stark von der Abwechslung, von der Spannung des Spiels belebt und bestimmt wird.
- „Possessive „ (Mania): Besitz ergreifende „Liebe“, also hier die auf Dauerhaftigkeit und Ausschließlichkeit hinzielenden Beziehungswünsche
- „Companionate“ (Storge): Beziehungs- bzw. Liebesmuster, das wir als Freundschaft bezeichnen, also die gegenseitige Wertschätzung, das Wohlwollen, die Unterstützung und Verlässlichkeit in einer Beziehung
- „Altruistic“ (Agape): Liebesmuster, das wohl am ehesten durch die Liebe der Mutter zu ihrem Kind gekennzeichnet ist, eine Liebesform, die in hohem Maße mit uneingeschränkter Akzeptanz, mit voraussetzungslosem Geben verbunden ist
- Pragmatic love style (Pragma): Jene Form, in der eine Beziehung vor allem auf der gemeinsamen Lebensbewältigung, auf der gemeinsamen Lösung praktischer Probleme beruht.

Ausgehend von diesen Beschreibungen hat Sternberg ein ► **mehrdimensionales Modell** vorgeschlagen, in dem drei Dimensionen oder Achsen einer Liebesbeziehung vereinigt sind. Diese sind: Passion, sexuelle Leidenschaft, „intimacy“, emotionale Nähe und Vertrautheit, sowie „commitment“, Verbindlichkeit, Bindung, Zuverlässigkeit. Sternbergs Modell soll in der klinischen und Beratungssituation dazu dienen, die möglichen unterschiedlichen Erwartungen und Bedürfnisse von Partnern, die eine Beziehung beginnen oder in einer Beziehung leben, anschaulich und bewusster zu machen, d. h. auf die möglichen ► **Bedürfniskonflikte** aufmerksam zu machen: Partner A ist stark vom Bedürfnis nach Erfüllung seiner sexuellen Wünsche motiviert, während Partner B in der Beziehung emotionale Intimität oder Bindung und Verlässlichkeit sucht. Dies bedeutet, dass der Austausch zwischen den Partnern, das Geben und Nehmen gestört ist und die Liebesbeziehung vom Scheitern bedroht ist, obgleich jeder Partner von sich glaubt, dass er den Anderen, die Andere liebt. Diese Auffassung finden wir wieder in der systemischen Therapie, in der es darum geht, die individuellen sexuellen Profile (Liebesstile) bewusst zu machen, um durch ein Verständnis für Gleichheit und Verschiedenheit zu einer Verbesserung der Interaktion im Geben und Nehmen zu kommen (s. unten).

Basale Kommunikationsstörungen

Das Gespräch darüber, was sich jeder Partner sexuell wünscht und was er oder sie nicht will, ist häufig gestört bzw. findet nicht statt. Das liegt daran, dass im Stadium des Verliebtseins Vieles a verbal zu funktionieren scheint. Das was man begehrt und wünscht, wird vom Anderen scheinbar a verbal wahrgenommen und beantwortet. Dass dies häufig nur deshalb möglich ist, weil intensives Begehren am Anfang einer Beziehung Unterschiede verschwinden lässt, wird später spürbar und erfahrbar. Jetzt geht es darum, eine ► **gemeinsame Sprache** für Sexualität zu finden, also auch für die Sexualorgane, für das, was man mit dem Mund, der Hand, den Genitalorganen, dem ganzen Körper macht. Das kann bereits erhebliche Schwierigkeiten machen. Noch schwieriger ist es, über Emotionen zu reden, darüber, was in einem Menschen passiert. Dadurch entsteht eine Situation des Nichtverstehens und der Missverständnisse, welche die sexuelle Interaktion stören oder erschweren. Angst vor Instabilität der Beziehung kann dazu führen, dass Verschiedenheit nicht wahrgenommen und integriert werden kann. Dadurch entstehen standardisierte, stereotype und vor allem beiden Partnern bekannte Interaktionsmuster, die den Übergang vom Alltag der Beziehung in eine erotisch-erregende Begegnung zwischen den Partnern erschweren oder verunmöglichen. Bekanntheit mindert den erotischen Reiz, und die Antizipation dessen, was passieren wird und was ebenfalls bekannt ist, hemmt freudige Erregung und Erwartung. Der Weg aus dieser „verkehrsberuhigten Zone“ [9] ist oft

schwer zu finden und verlangt ► **aktive Anstrengung**, die früher, vor allem im Stadium der Verliebtheit nicht notwendig war.

Soziokulturelle Faktoren

Religiöse und ethische Normen

Wie oben beschrieben vermischen sich mit den aus individuellen Erfahrungen gespeisten, biographisch erworbenen Konzepten zur Liebe, Sexualität, Mann-Sein, Frau-Sein, andere Konzepte, die in religiösen und ethischen Normen festlegen, was gutes und was schlechtes Verhalten sei. Jeder Mensch lebt in einer Umwelt mit solchen sexuellen Normen, die sich zwar historisch wandeln, aber dennoch einen inneren Maßstab bieten, der auch bei kritischen Personen durchaus eine Wirkung behalten kann. Menschen können dann in einen für sie unlösbaren Konflikt geraten zwischen dem, was sie sich wünschen bzw. wie sie fühlen (ihrem realen sexuellen Selbst), und dem, was sie in Normen und Regeln als gut und richtig vermittelt bekommen und auch für sich annehmen. Daneben schaffen Kulturen ► **sexuelle Mythen**, die wenig hilfreich für die Einzelnen sein können, in ihrem Bemühen, sich eine eigene Sexualität zu schaffen. Solche Mythen sind beispielsweise [5, 11]: Eine gesunde Frau hat immer einen Orgasmus; Sex muss zum Orgasmus führen; Selbstbefriedigung ist nur für Singles; Mangelnder Sex führt zu Gesundheitsproblemen; Männer wollen immer Sex und können immer Sex haben; Leidenschaft ist gleich Liebe; Sex ist nur dann erfüllend, wenn er spontan passiert; Für Sex braucht man keine Hilfe; Frauen wollen weniger Sex als Männer; Frauen brauchen immer ein langes Vorspiel; Pornographie/erotisches Material ist nur für Männer (wenn überhaupt); Menopausale Frauen haben kein Interesse mehr an Sex usw.

Diagnostik sexueller Dysfunktionen

Die zur Diagnostik zur Verfügung stehenden Instrumente [2, 4, 5, 17] sind im Folgenden aufgeführt:

Sexualanamnese

Die Sexualanamnese kann als selbstverständlicher Teil der allgemeinen Anamnese durchgeführt werden oder in einen klinischen Kontext gestellt werden (s. unten).

Beschreibung der Beschwerden

Die Beschwerden sollten möglichst genau im Hinblick auf die verschiedenen Ebenen und Phasen des sexuellen Erlebens und Verhaltens beschrieben werden.

- Sexuelle Appetenz, Erregung, Orgasmus, Schmerzen.
- Primäre Dysfunktionen, also seit Beginn der sexuellen Aktivität bestehend
- Sekundäre Dysfunktionen (nach einer Phase der ungestörten Funktion auftretendes Problem)
- Global (immer in allen Situationen und mit allen Partnern auftretend)
- Situativ (abhängig von bestimmten Situationen oder von spezifischen Partnern)

Aktuelles sexuelles Verhalten

Wie wird Sexualität konkret gelebt? Wer ergreift die Initiative zur sexuellen Aktivität? Wie reagiert der Andere, die Andere? Wird gesprochen? Worüber wird gesprochen? Was sind die angenehmen, die lustvollen Anteile, was gelingt gut? Was gelingt weniger gut oder gar nicht? Was stört? Die Fragen führen vom konkreten Verhalten zu den begleitenden Gedanken und Gefühlen.

Aktuelle sexuelle Beziehung

- Sexuelle Funktionsstörungen beim Partner
- Reaktion des Partners auf die sexuellen Schwierigkeiten der Patientin
- Dauer der Beziehung
- Aktueller Kontext der Beziehung
- Stärken der Beziehung (bindende, zentripetale Kräfte)
- Schwächen oder Schwierigkeiten der Beziehung (zentrifugale Kräfte)

► Aktive Anstrengung

Religiöse Normen können auch für kritische Personen eine Wirkung behalten

► Sexuelle Mythen

Fragen führen vom konkreten Verhalten zu Gedanken und Gefühlen

Wie sehr glaubt die Patientin, dass die beschriebenen Beziehungsmerkmale die sexuelle Dysfunktion verursachen oder bedingen?

Kurze sexuelle und Beziehungsbiographie

- Struktur der Herkunftsfamilie (sexuelle Botschaften und Modelle)
- Kindheit, Pubertät; Erleben von Veränderung und Entwicklung
- Der Körper als Quelle sexueller Erregung
- Frühe sexuelle Beziehungserfahrungen
- Kurze Beziehungsbiographie (Begegnungen, Trennungen, Scheidung)

Wie sehr glaubt die Patientin, dass die beschriebenen Merkmale ihrer persönlichen Entwicklung die sexuellen Dysfunktionen verursachen oder bedingen?

Allgemeine ärztliche Anamnese

Dabei geht es um die Erfassung vorangegangener oder aktueller Erkrankungen und Medikamente. Für sexuelle Dysfunktionen besonders wichtig sind: internistische Erkrankungen (Hypertonie, kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Hypo-/Hyperthyreose), psychische Erkrankungen (Depression, Angststörungen), dermatologische Erkrankungen (Exantheme, Lichen simplex, Lichen planus, Lichen sclerosus), Infektionskrankheiten (HIV, Chlamydien, Hepatitis) und Medikamente (Antihypertonika, Antihormone, Antihistaminika, Antidepressiva, Neuroleptika).

Gynäkologische Anamnese

- Kontrazeption: Ovulationshemmer seit wann, in welchem Alter angefangen, wie lange eingenommen, welche Wirkungen auf die Sexualität
- Hormonersatztherapie („hormone replacement therapy“, HRT): Seit wann, wann angefangen, wie lange eingenommen, welche Wirkungen auf die Sexualität
- Geburten und eventuelle Komplikationen
- Gynäkologische Erkrankungen
- Endometriose
- Karzinomerkrankungen
- Deszensus und Prolaps mit und ohne Inkontinenz
- Operationen
 - Laparoskopische Eingriffe
 - Hysterektomie
 - Adnexektomie

Fragebögen

Die wichtigsten Fragebögen zur Sexualität sind im Folgenden beschrieben.

FSFI

Der ► **Female Sexual Function Index** ist ein aus 21 Items bestehender Fragebogen, der ins Deutsche übersetzt und validiert wurde. Dieser Fragebogen kann von der Patientin selbst ausgefüllt werden. Die verschiedenen Phasen und Bereiche des sexuellen Erlebens wird im Hinblick auf die vorangegangenen 4 Wochen abgefragt.

FSDS

Der Female Sexual Distress Scale Fragebogen umfasst 12 Items, die das Ausmaß der durch die sexuelle Funktionsstörung bedingten Belastung erfassen. Dieser Instrument wird häufig in Verbindung mit anderen Fragebögen zur Sexualität eingesetzt.

► Female Sexual Function Index

Erfasst wird mit dem FSDS das Ausmaß der durch die Funktionsstörung bedingten Belastung

PFSF

Der Profile of Female Sexual Function Fragebogen erfasst mit 37 Items die verschiedenen Bereiche sexuellen Erlebens mit einem Schwerpunkt auf der ► **Erfassung der Libido** (Goldstein).

► **Erfassung der Libido****Allgemeine körperliche Untersuchung**

Bei der körperlichen Untersuchung sind folgende Befunde und Aspekte von Bedeutung:

- allgemeine Körperhaltung,
- Verspannungen,
- Bewegungseinschränkungen,
- Größe und Gewicht (BMI),
- Behaarung,
- Hautveränderungen und
- Narben.

Gynäkologische Untersuchung

Diese Untersuchung dient dazu, für die sexuelle Reaktion relevante Veränderungen am äußeren und inneren Genitale zu erkennen

- Vulva: Infektions- und Entzündungszeichen;
- Vestibulum: Rötung, Q-Tip-Test;
- Vagina: Fluor, Rötung, Narbenbildung, vor allem Atrophiezeichen;
- Länge und Elastizität der Vagina, Deszensus;
- Beckenbodenmuskulatur, Funktion, Anspannung, Vaginismus;
- Portio: Leukoplakien;
- Zervix: Lage, Beweglichkeit, Dolenz;
- Uterus: Größe, Lage, Myome, Dolenz des Uterus oder der Ligamenta;
- Adnexe: Tumorbildung, Abwehrspannung.

Hormonuntersuchungen

Zu den möglichen endokrinen Tests gehören:

- FSH und E₂ bei Verdacht auf Klimakterium praecox,
- Prolaktin zum Ausschluss einer Hyperprolaktinämie,
- TSH, T₃, T₄ bei Verdacht auf Schilddrüsenfunktionsstörungen.

Androgenbestimmungen:

Hier bestehen bis heute Kontroversen darüber, ob und welche Androgene bestimmt werden sollten:

- SHBG und Gesamt-Testosteron,
- freies Testosteron,
- DHEA und DHEAS,
- Androstendion und/oder
- Androstandiole als Metabolite.

Manche Experten meinen, dass die gleichzeitige Bestimmung von SHBG und Totaltestosteron den besten Anhaltspunkt für die androgene Aktivität im Körper ist.

Bildgebende Verfahren

Die Ultraschalluntersuchung des inneren Genitale dient zum Ausschluss von Unterbauchtumoren. PET und MRI werden derzeit nur Einsatz im Rahmen von Forschungsprojekten eingesetzt.

Appetenz, Erregung, Orgasmus, Schmerzen,

Primär vs. sekundär

Global vs. situativ

Graduell vs. abrupt

Grad der individuellen und/oder partnerschaftlichen Belastung

	Biologisch	Individual- psychologisch	Partnerschaftlich Sozial
Prädis- ponierende F.			
Auslösende F.			
Erhaltende F.			

Abb. 3 ◀ Darstellung der Elemente der psychosozialen sexualmedizinischen Diagnose. (Mod. nach [3, 4, 5, 6])

Vordergründiges Problem

- Informationsdefizit
- Äussere Störquellen
- Krankheiten, welche sexuelle Störung mitbewirken oder auslösen
- Sexuelles Kommunikationsdefizit
- Kurze Dauer der Störung

Sexualberatung

- Libidomangel, sexueller Aversion, Orgasmusstörung, Vaginismus und Dyspareunie (als störend erlebt)
- Dauer > 6 Monate
- Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten

Sexualtherapie

Abb. 4 ◀ Entscheidungsbaum Therapieplanung [3]

Spezielle sexualmedizinische Methoden

Auch Durchblutungsmessungen mit Doppler-Ultraschall, Thermographie und Innervationsmessungen mit Biothesiometrie sind spezielle Untersuchungsmethoden, die im Moment hauptsächlich in Forschungslaboratorien im Rahmen von Studien zur Anwendung kommen.

Die Gesamtheit der Ergebnisse dieser Untersuchungen wird in einer umfassenden biopsychosozialen sexualmedizinischen Diagnose zusammengefasst (▣ **Abb. 3**);

Therapeutischer Prozess

Die therapeutischen Interventionen lassen sich aus dem ► **PLISSIT-Modells** herleiten [3], das den Beratungs- und Therapieprozess als fließendes Stufenmodell darstellt. Dieses Modell leitet sich ab aus:

- „*Permission*“ (P): Erlaubnis geben z. B. für sexuelle Phantasien, Masturbation ohne Partner etc.;
- „*Limited information*“ (LI): Es werden spezifische Informationen vermittelt, bspw. über den sexuellen Reaktionszyklus, über den weiblichen Orgasmus, über die Sexualität störende Gedanken etc.;
- „*Specific suggestions*“ (SS): Es werden konkrete Vorschläge gemacht, z. B. Anleitung zu regelmäßigem Zärtlichkeitsaustausch ohne Verkehr, der Beseitigung von äußeren Störfaktoren etc.;
- „*Intensive therapy*“ (IT): intensive Therapie im Einzel- oder Paar-Setting.

In der Regel wird in den ersten Sitzungen deutlich, ob die ersten Interventionsschritte (P-SS) die sexuelle Problematik erfolgreich verändern. Für die Beratungs- bzw. Therapieindikation kann auf folgenden Entscheidungsbaum Bezug genommen werden (▣ **Abb. 4**).

► PLISSIT-Modell

Basisberatung

Die Basisberatung [5, 11] ist eine ► **psychoedukative Intervention**. Im Folgenden werden Ziele und Inhalte aufgeführt.

- *Der Patientin die Möglichkeit geben, über ihre Sexualität zu sprechen:* Frauen mit sexuellen Störungen finden es oft schwierig, mit dem Partner, Arzt oder sogar engen Freundinnen über ihre Beschwerden zu sprechen, sodass sie häufig niemanden haben, an den sie sich mit ihren Problemen wenden können. Daher beginnt die grundlegende Beratung mit der Bereitschaft des Arztes, der Patientin die benötigte Zeit zu schenken, um über ihre Sexualität und sexuellen Probleme zu sprechen.
- *Durch aktives Zuhören die Patientin bestätigen und sie als Expertin für ihre Sexualität anerkennen:* Aktives Zuhören bedeutet, dass der Arzt die Patientin dazu ermutigt, ihre Geschichte zu erzählen. Dazu zählen auch Warten, Spiegelung (Mirroring), Rückfragen und Zusammenfassung dessen, was die Patientin gesagt hat. Die ersten 5 Minuten der Beratung gehören der Patientin, sie bestimmt die Tagesordnung und kann ihren Emotionen Ausdruck verleihen (s. unten). Wir nennen dies den erzählerischen Teil der Arzt-Patientin-Beziehung. Das Mitteilen und damit Teilen des persönlichen Leidens schafft einerseits emotionale Erleichterung, andererseits ist es die Basis für eine hilfreiche therapeutische Beziehung, in der sich die Patientin verstanden und angenommen fühlt.
- *Der Patientin dabei helfen, ihre Vorstellung und ihr Verständnis von Sexualität, Leidenschaft, Intimität, Bindung und Liebe zu klären und auszudrücken:* Nach dem auf die Patientin ausgerichteten Teil geht der Arzt in den fragenden Teil über und stellt spezifische Fragen über die Vorstellungen der Patientin hinsichtlich Liebe und Sexualität. Was sind die Wertvorstellungen und Prioritäten der Patientin? Leidenschaft, Intimität, Bindung? Wie glaubt sie, sehen diese Vorstellungen beim Partner aus? Wie passen die Erwartungen der Partner zueinander?
- *Über die Realität und die Vielfalt der menschlichen Sexualität informieren:* Der Arzt klärt die Patientin über eine Reihe sexueller Spielarten und Reaktionen auf und setzt ihre persönliche Erfahrung in Beziehung zu wissenschaftlichen medizinischen Erkenntnissen, z. B.
 - Häufigkeit von sexuellen Schwierigkeiten,
 - die häufigsten Ursachen,
 - Lebensphasen und typische sexuelle Probleme,
 - Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen der männlichen und weiblichen Sexualität,
 - Hinterfragen und Abbau destruktiver Mythen über die Sexualität (z. B. „Männer können und wollen immer“, „Sex muss immer Geschlechtsverkehr bedeuten“, „Keine Liebe ohne Sex“ und „Kein Sex ohne Liebe“).
- *Allgemeine Ratschläge zur Lebensführung:* Sexualität ist Teil der psychischen und körperlichen Gesundheit und kann damit durch allgemeine, unspezifische, die Gesundheit beeinträchtigende Verhaltensweisen negativ beeinflusst werden. Dazu gehören
 - Rauchen und Alkohol,
 - Übergewicht,
 - Bewegungsmangel,
 - Stress,
 - Burnout.

Diese unspezifischen Faktoren können als Rahmenbedingungen die jeweils individuellen Sexualstörungen mit beeinflussen und durch Verhaltensänderungen in ihren negativen Auswirkungen vermindert werden.

Hormonelle Therapien

Östrogene systemisch (ohne und mit Gestagenen)

Verabreicht werden kann Östradiol als Tablette, Pflaster oder Gel (Äquivalentdosen sind konjugierte Östrogene 0,625, transdermales Östradiol 50 µg, orales 17β-Östradiol 1 mg). Einige Untersuchungen zeigen positive Wirkungen der Östrogene auf die sexuelle Funktion bei natürlich postmenopausalen Frauen. Dennerstein et al. [10] hatten bereits 1980 die positive Wirkung von Östrogenen im Vergleich zu Placebo und Levonorgestrel nachweisen können. Sherwin [5] hat in ihrer Untersuchung zwei Dosierungen von konjugierten Östrogenen in Kombination mit 5 mg MPA von Tag 15 bis Tag 25 mit

► Psychoedukative Intervention

► **Vaginale Atrophie**

Dosierungen mit 10 µg Östrodial sind zur Behandlung einer vaginalen Atrophie ausreichend

► **Sexual Event Log**

Zu den Risiken einer Testosterontherapie gibt es noch keine endgültigen Aussagen

► **Muzingehalt**

Placebo verglichen und eine Steigerung des Sexualtriebes und der Erregungsfähigkeit bei den mit der Hormonkombination behandelten Gruppe festgestellt.

Östrogene lokal

Die lokale Östrogentherapie kommt bei ► **vaginaler Atrophie** mit eventuell begleitender Erregungsstörung oder Dyspareunie zur Anwendung. Es stehen verschiedene Präparate zur Verfügung, die in unterschiedlicher Dosierung und Frequenz zur Anwendung kommen [5]: 0,3 mg intravaginaler konjugierter Östrogene führen zu einer Veränderung der Vaginalzytologie wie bei prämenopausalen Frauen, wobei die Östron- und Östradiolkonzentrationen im Serum nicht wesentlich ansteigen. Auch Dosierungen mit 10 µg Östrodial sind zur Behandlung einer vaginalen Atrophie ausreichend.

Die Indikation kann breit gestellt werden, da bei geeigneten Präparaten und angepasster Dosierung die Resorption und damit die systemische Wirkung äußerst gering ist. Es bedarf deshalb bei deren Anwendung keiner zusätzlichen Einnahme von Gestagenen.

Östrogen-Testosteron-Kombinationen

Es gibt neu ein von der EMEA zugelassenes Testosteronprodukt, das spezifisch für chirurgisch menopausale Frauen (bilaterale Oophorektomie und Hysterektomie) mit mangelndem sexuellem Verlangen entwickelt wurde, die begleitend Östrogen erhalten. Das dünne, durchsichtige Testosteronpflaster gibt pro Tag 300 µg natürliches Testosteron ab, muss am Unterbauch angebracht und zweimal pro Woche gewechselt werden. Die Verwendung des Pflasters führt zu einer freien Testosteronkonzentration im Serum, die den Konzentrationen vor der Menopause in etwa entsprechen [8, 18]. Es wurden zwei Studien durchgeführt. Dabei nahm die Zahl der vollständig befriedigenden sexuellen Erlebnisse gemessen mit dem ► **Sexual Event Log** gegenüber Placebo signifikant zu. Die freien, gesamten und biologisch verfügbaren Testosteronkonzentrationen nahmen ebenfalls ab Baseline zu. Insgesamt waren die negativen Ereignisse in beiden Gruppen ähnlich ($p > 0,05$). Die Inzidenz von androgenen Nebenwirkungen war in der Testosterongruppe höher, die meisten androgenen Nebenwirkungen waren leicht. Die Testosterontherapie bei Frauen stellt eine neue Therapieform dar, über deren Sicherheit bzw. möglichen Risiken zur Zeit noch keine endgültigen Aussagen gemacht werden kann. Es gelten folgende aktuelle evidenzbasierte Empfehlungen zur Verwendung von Testosteron [11]:

- Chirurgisch menopausale Frauen mit verringertem sexuellem Verlangen, das mit persönlichem Leid assoziiert wird und bei dem keine anderen feststellbaren Ursachen bestehen, könnten Kandidatinnen für die Testosterontherapie sein.
- Es liegen keine Daten vor, die auf eine strikte Korrelation zwischen der Konzentration des freien und/oder Gesamttestosterons mit der Stärke des sexuellen Verlangens nahelegen.
- Daher sollte die Behandlungsentscheidung größtenteils aufgrund der klinischen Untersuchung und nicht aufgrund von Labortests getroffen werden. Allerdings können Labortests verwendet werden, um die Erhaltung von physiologischen Ebenen zu überwachen.
- Testosterontherapie ohne begleitende Östrogentherapie kann derzeit aufgrund von mangelnden Daten nicht empfohlen werden.

Tibolon

Laan [5] konnte in einer Studie zeigen, dass Tibolon sich günstig auf verschiedene Parameter des sexuellen Erlebens und Verhaltens bei Frauen um die Menopause auswirkt. Nathorst-Boos [5]. verglich Tibolon 2,5 mg und 17β-Oestradiol 2 mg plus Norethisteronazetat 1 mg (Kliogest®) in einer Doppelblind-Multicenter Studie bei 437 Frauen über 48 Wochen im Hinblick auf die Wirkungen dieser Präparate auf sexuelles Erleben und sexuelle Zufriedenheit, gemessen mit einem Fragebogen, der retrospektiv die vergangenen 30 Tage abdeckte. Es wurde gezeigt, dass beide Präparate günstige Auswirkungen auf die Sexualität der Studienteilnehmerinnen hatten. In der Tibolongruppe wurde eine Verbesserung aller sieben Bereiche zur Bewertung des Sexuallebens beobachtet. Die Risiken der Tibolontherapie werden sehr kontrovers beurteilt und die Anwendung sollte gemäß den aktuell gültigen Leitlinien erfolgen.

DHEA

δ5-Androstenediol wirkt auf eigene Rezeptoren in der vaginalen Mukosa und reguliert den ► **Muzingehalt** der vaginalen Lubrikation. Allerdings sind die spezifischen Wirkungen der Substanz selbst und ihrer Metaboliten bis heute nicht definitiv geklärt. In einer placebokontrollierten Studie an Frau-

Die Risiken der Tibolontherapie werden sehr kontrovers beurteilt

en mit Nebenniereninsuffizienz führte die DHEA-Gabe zu einem Anstieg von Testosteron und zu einem Anstieg der sexuellen Appetenz sowie zu einer vermehrten sexuellen Aktivität und Zufriedenheit. Eine zweite Studie an 140 postmenopausalen Frauen zwischen 60 und 79 Jahren, die während 12 Monaten 50 mg DHEA einnahmen, verdoppelten sich die Testosteronkonzentrationen und es kam zu einer Zunahme der Libido nach 6 Monaten und zu einer Zunahme der sexuellen Aktivität und Zufriedenheit nach 12 Monaten. Andere Studien konnten dies nicht bestätigen [5].

Nichthormonelle medikamentöse Behandlungen

Bremelanotide

Bremelanotide (früher ► **PT-141**) ist ein neues Medikament zur Behandlung sexueller Dysfunktionen beim Mann (erektile Dysfunktion oder Impotenz) sowie von sexuellen Dysfunktionen bei Frauen (Störung der sexuellen Erregung). Anscheinend handelt es sich dabei um das erste wahre Aphrodisiakum. Anders als Viagra® und andere ähnliche Medikamente wirkt es nicht auf das Gefäßsystem, sondern erhöht direkt das sexuelle Verlangen. Bremelanotide wird als Nasenspray verabreicht.

Sildenafil

Der Wirkungsmechanismus dieses Medikamentes beruht auf einer Hemmung der 5-Phosphodiesterase, die den Abbau von cGMP bewirkt und damit eine vermehrte Bildung von NO in den peripheren Gefäßen induziert. Durch die erhöhte Konzentration des NO kommt es zu einer ► **Vasodilatation** besonders in den Gefäßen der Genitalorgane. Bei der Frau bewirkt Sildenafil eine Hemmung der PDE-5 in der glatten Muskulatur des ► **Corpus cavernosum** der Klitoris. Die Ergebnisse klinischer Studien ergeben bisher kontroverse Resultate im Hinblick auf eine mögliche Therapie von Erregungsstörungen bei der Frau [5].

Bupropion

Bupropion ist ein Noradrenalin- und Dopamin-Reuptake-Inhibitor. Erhöhte noradrenerge und dopaminerge Aktivitäten korrelieren mit erhöhter sexueller Rezeptivität und Orgasmusfähigkeit. Es fehlen noch ausreichend Studienergebnisse [5].

Apomorphin

Es gibt Hinweise, dass Dopamin bei der Regulierung der sexuellen Erregung bei der Frau eine Rolle spielen könnte. Vor allem die ► **zentralen D₂-Rezeptoren** im Gehirn scheinen in die sexuelle Funktion involviert zu sein. Wenige Studien zeigen eine Verbesserung des Orgasmuserlebens [5].

Physikalisch-medizinische und operative Interventionen

Physiotherapie

Die Physiotherapie des Beckenbodens stellt eine wichtige therapeutische Option dar. Es geht darum, den Frauen zu dabei zu helfen, ihren Beckenboden bewusst wahrzunehmen, die Funktionen des Anspannens und Entspannens zu üben, Sensorik und Willkürmotorik des Beckenbodens zu schulen sowie den engen Zusammenhang zwischen Bauchdecke, Rücken, Hüften und Beckenboden wahrzunehmen und darauf aufzubauen. Dieses Training kann mit Hilfe von ► **Biofeedback** intensiviert werden. Diese Übungen sind häufig Teil eines therapeutischen Programms bei Orgasmusschwierigkeiten, bei Dyspareunie und/oder Vaginismus.

Vaginale Gewichte, Dilatatoren

Das bewusste Wahrnehmen und Üben des Beckenbodens kann durch vaginale Gewichte und Dilatatoren erleichtert bzw. intensiviert werden. Dabei geht es darum, zu lernen, in aufsteigender Reihenfolge entweder Gewichte in der Vagina halten zu können, indem sie den Beckenboden anspannen oder dass sie eine zunehmende Dehnung der Vagina durch die Einführung von Dilatatoren zulassen können, indem sie Beckenboden- und Vaginalmuskulatur entspannen. Diese Übungen müssen jedoch integriert sein in ein körperpsychotherapeutisches Konzept, in dem die Erfahrungen mit dem Körper in einfühlsamer Weise mit der Therapeutin besprochen werden und Körperleben, Emotion und Kognition miteinander in Verbindung gesetzt werden.

► **PT-141**

► **Vasodilatation**

► **Corpus cavernosum**

Noradrenerge und dopaminerge Aktivitäten korrelieren mit sexueller Rezeptivität und Orgasmusfähigkeit

► **Zentrale D₂-Rezeptoren**

Es geht um die bewusste Wahrnehmung des Beckenbodens

► **Biofeedback**

► LUNA

Bei der oberflächlichen Dyspareunie und primärem Vulvovestibulitissyndrom kann eine Vestibulectomie erfolgen

► Klitorisphimose

Silikonbasierte Gleitmittel wirken länger und kleben weniger

► Sogwirkung auf die Klitoris

► Selbstakzeptanz

Die Anleitung zur körperlichen Selbsterfahrung kann begleitet werden mit Bildern

► Desensibilisierung

Operative Interventionen

Operative Eingriffe zur Behandlung von Sexualstörungen der Frau sind nur sehr selten indiziert. Am häufigsten kommen sie bei bestimmten Erkrankungen im Zusammenhang mit Schmerzen bei der sexuellen Aktivität zum Einsatz. Seltener handelt es sich um Operationen, welche die Erregungsfähigkeit verbessern sollen. Operative Eingriffe als therapeutische Interventionen bei sexuellen Schmerzstörungen sind im Folgenden aufgeführt.

Bei tiefer therapieresistenter Dyspareunie wird die laparoskopische uterine Nervenablation (► **LUNA**) durchgeführt. Die Ergebnisse sind jedoch sehr kontrovers. Bei der oberflächlichen Dyspareunie (am Introitus) kann beim primären Vulvovestibulitissyndrom die Vestibulectomie zum Einsatz kommen. Die Indikation muss jedoch sehr streng gestellt werden. In seltenen Fällen kann bei chronisch rezidivierenden Fissuren an der Fourchette eine quere Inzision Linderung verschaffen. Iatrogene, postoperative Schmerzen nach Episiotomie oder vorderer und hinterer Raffung können operativ behandelt werden.

Sonstige operative Eingriffe.

Eine ► **Klitorisphimose** im Rahmen einer Lichenifizierung kann operativ durch eine Inzision therapiert werden. Labienreduktion, Wiederherstellungsoperationen nach Infibulation und anderen genitalen Verstümmelungen sind seltene operative Eingriffe im Zusammenhang mit Sexualstörungen der Frau.

Befeuchtungsmittel, Gleitmittel

Man kann „moisturizers“ (Befeuchtungsmittel für die Vagina) und „lubricants“ (Gleitmittel) unterscheiden. „Moisturizer“, z. B. Replens®, müssen über längere Zeit 2- bis 3-mal wöchentlich angewandt werden, um einen vollen therapeutischen Effekt zu entfalten. Gleitmittel werden unmittelbar im Zusammenhang mit dem Geschlechtsverkehr verwendet. Dabei lassen sich die auf Wasserbasis produzierten Gleitmittel von den auf Silikonbasis produzierten Mittel unterscheiden. Die silikonbasierten Produkte (z. B. Eros®) wirken länger und kleben weniger. Sie können auch als Massagemittel verwendet werden.

EROS

Dieses von der FDA (Food and Drug Administration) zugelassene Gerät zur Therapie von Erregungsstörungen wird auf die Klitoris aufgesetzt und übt eine leichte ► **Sogwirkung auf die Klitoris** und ihre Umgebung aus. In Studien könnte eine Steigerung der subjektiven Erregung und der Lubrikation festgestellt werden.

Psychotherapeutische Verfahren

Psychotherapeutische Verfahren [2, 17, 20] bei sexuellen Störungen sind im Folgenden skizziert:

Körperliche Selbsterfahrung

Das Ziel, sich mit dem eigenen Körper vertrauter zu machen, seine Reaktionsweisen zu verstehen und damit die ► **Selbstakzeptanz** zu fördern, soll mit der Frau erarbeitet werden. Grundsätzlich gilt auch für den Bereich der Sexualtherapie, dass nur Interventionen, die von Patientinnen verstanden werden, erfolgversprechend sind. Es kann sich gegebenenfalls auch als günstig erweisen, Patientinnen in eigenen Worten noch einmal wiederholen zu lassen, warum eine Übung durchgeführt werden soll, um zu überprüfen, ob diese verstanden wurde. Die Anleitung zur körperlichen Selbsterfahrung kann begleitet werden mit Bildern über das weibliche Genitale. Weiter kann die Frau gebeten werden, Mithilfe eines Spiegels ihr Genitale zu beschreiben oder abzuzeichnen, gleichzeitig Gefühle, Gedanken und Empfindungen aufzuzeichnen. Falls die bloße Ansicht mit stark aversiven Gefühlen verbunden, ist darauf zu achten, dass die Übung im Sinne einer ► **Desensibilisierung** wiederholt wird, bis ein neutrales Gefühl entsteht. Die körperliche Selbsterfahrung wird ergänzt mit Übungen zur Berührung des eigenen Genitales und Kennenlernen sensibler (angenehmer und unangenehmer) Bereiche und deren Stimulierung und Herstellung einer körperlichen Erregung.

Kognitive Elemente

Eine genaue ► **Situationsanalyse** des sexuellen Beisammenseins ist im Zusammenhang mit dem Entstehen dysfunktionaler Kognitionen von Bedeutung. Bei vielen Patientinnen wird das sexuelle Erleben durch Gedanken und negative Bewertungen von Wahrnehmungen gestört und (fehl-)steuert damit den sexuellen Reaktionszyklus an verschiedenen Stellen. ► **Dysfunktionale Kognitionen** können auf zwei unterschiedlichen Wegen erfasst werden: einerseits durch die Analyse einer konkret erlebten sexuellen Interaktion in der Phase der Informationserhebung, andererseits durch die genaue Analyse der durchgeführten Übungen (s. oben). Ziel ist es, Kognitionen, die den Ablauf stören, zu erfassen, ihre Auswirkung auf Gefühle, Wahrnehmungen und weiteres Verhalten zu erarbeiten und in einem zweiten Schritt zu hinterfragen und damit neue Einstellungen aufzubauen. Als Beispiele dysfunktionaler Kognitionen gelten:

- einseitige, „asexuelle“ Interpretation von Wahrnehmungen („Dieser Bauch ist ja schrecklich, das denkt er doch bestimmt auch“);
- absolutistische Einstellungen („Richtiger Sex ist spontan und nicht geplant“);
- Schwarz-weiß-Denken („Ich kann doch gar keine Lust bekommen, wenn wir uns heute gestritten haben“) sowie
- katastrophisierendes Denken („Wenn ich nun die Kontrolle verliere, ist das schrecklich unangenehm“).

Eine weitere kognitive Technik ist der Einsatz von ► **sexuellen Phantasien**. Da diesbezüglich Schuldgefühle bestehen bzw. entstehen können, sollten Phantasien in einem ersten Schritt als Bereicherung und Erweiterung sexuellen Erlebens erarbeitet werden. In einem zweiten Schritt können gegebenenfalls Hilfestellungen für den Aufbau von Phantasien gegeben werden (erotische Lektüre, Softporno, Wiedererinnern einer als erotisch erlebten Situation usw.). Die Patientin kann angeleitet werden, an verschiedenen Stellen der sexuellen Interaktion Phantasien einfließen zu lassen und ihre Wirkung zu beobachten.

Paartherapeutische Verfahren

Wie oben beschrieben, sind fast alle Sexualstörungen immer gleichzeitig Beziehungsstörungen und dies in zweierlei Hinsicht. Einerseits können Störungen der Beziehung als bedingende Faktoren für Sexualstörungen wirksam werden, andererseits wirken sich Sexualstörungen des einen oder beider Partnern negativ auf die Beziehung aus. Es entsteht also ein sich selbst verstärkender Teufelskreis. Verschiedene paartherapeutische Ansätze bestehen heute nebeneinander und sie integrieren ebenfalls vorbestehende psychotherapeutische Konzepte.

Sensate Focus und koitale Übungen

Eine Integration verschiedener psychotherapeutischer Ansätze ist die von ► **Masters und Johnson** entwickelte, später vielfältig modifizierte Sensate Focus Therapie [15, 16, 17]. Basis dieser Therapie ist die Vorstellung, dass sexuelle Interaktion aus einzelnen Elementen besteht, die bei einer Störung wieder neu erlernt werden müssen. Dieses Lernen geschieht in gestuften Hausaufgaben, mit denen die Paare die Gelegenheit bekommen sollen, zu erfahren, wie sexuelle Erregung beim Einzelnen und beim Partner entsteht und erhalten wird, und wie sich beide darin unterstützen können. In vielen Fällen ist es zu Beginn einer Sexualtherapie angezeigt, Regeln einzuführen, damit eine entspannte Übungsatmosphäre entstehen kann. Diese Regeln beziehen sich auf ein Koitusverbot während der Zeit der Behandlung und eine Ausgrenzung von gegenseitigen Berührungen, die im Rahmen der sexuellen Störung als problematisch erlebt werden.

Bei Sensate Focus und koitalem Experimentieren handelt es sich um Streichel- und Berührungs- und Interaktionsübungen, die mit dem Partner gemeinsam durchgeführt werden. Sie zielen darauf ab, herauszufinden, was angenehm und unangenehm erlebt wird, die begleitenden Gefühle und Gedanken zu erkennen und ggf. zu verändern. Die Partner geben sich während der Übung Rückmeldung. Die Übungen werden zweimal wöchentlich als Hausaufgabe durchgeführt, dabei streicheln die Partner abwechselnd während etwa 10–15 Minuten den Körper des einen oder anderen. Zur nächsten Übung (■ **Tab. 3**) wird erst übergeleitet, wenn eine vorhergehende Stufe ohne aversive Gefühle und Gedanken und Missempfindungen erlebt wird. Die Zeitvorgaben sind ab Stufe IV flexibler zu handhaben. Im Gespräch mit dem behandelnden Arzt/Therapeuten wird das Erleben bei der Durchführung der Übung besprochen und ggf. bearbeitet.

► Situationsanalyse

► Dysfunktionale Kognitionen

Ziel ist es, störende Kognitionen zu erfassen und ggf. neue Einstellungen aufzubauen

► Sexuelle Phantasien

Phantasien sollten als Bereicherung und Erweiterung sexuellen Erlebens erarbeitet werden

Paartherapeutische Ansätze integrieren vorbestehende psychotherapeutische Konzepte

► Masters und Johnson

In vielen Fällen ist es angezeigt, Regeln einzuführen, damit eine entspannte Übungsatmosphäre entstehen kann

Zur nächsten Übung wird erst übergeleitet, wenn eine Stufe ohne aversive Gefühle und Gedanken erlebt wird

Tab. 3 Sensate Focus (Stufen) und koitales Experimentieren

Sensate Focus I: aktives Streicheln mit Tabuzonen	Streicheln und Erkunden des unbedeckten Körpers unter Ausschluss von Brüsten und Genitalien
Sensate Focus II: Streicheln mit Genitalien	Streicheln und Erkunden unter Einbezug der Brüste und Genitalien; sexuelle Erregung sollte vermieden werden
Sensate Focus III: erkundendes Streicheln	Kennenlernen von stimulierenden Berührungen zum Erlernen, nicht zur Stimulation eingesetzt
Sensate Focus IV: Experimentieren mit Lust und Erregung	Stimulation bis Erregung eintritt; diese wieder abklingen lassen und erneut herstellen
V: Einführen des Penis, „stille“ Vagina	Frau setzt sich auf den auf dem Rücken liegenden Mann und führt erigierten Penis in Vagina. Keine weiteren Bewegungen, bis Erregung des Mannes abgeklungen ist
VI: koitales Experimentieren mit Lust und Erregung	Frau experimentiert mit Bewegungen ihres Körpers und kann Erregung kommen und gehen lassen. Beide können experimentieren, bis Orgasmus sich einstellt
VII: Koitus in anderen Stellungen	Suche nach lustvollen Stellungen mit manueller Stimulation

Die Methode enthält Elemente verschiedener psychotherapeutischer Ansätze:

- **Verhaltenstherapie:** Den Paaren werden Verhaltensaufgaben und Übungen gegeben, die sie zu Hause durchführen und üben sollten.
- **Kognitive Therapie:** In den Sitzungen mit dem Therapeuten werden die Partner dazu aufgefordert, über ihre Gedanken und Gefühle während der Verhaltensübungen zu sprechen, um so dysfunktionale Gedanken und wichtige negative Gefühle sichtbar und greifbar zu machen.
- **Psychodynamische Therapie:** Häufig werden die Aufgaben vermieden, nicht durchgeführt oder erzeugen Widerstände. Zu verstehen, wo der Widerstand herkommt, hilft bei der Feststellung zugrundeliegender Ängste und unterdrückter Gefühle.
- **Systemische Therapie:** Das Gespräch mit dem Partner in der Gegenwart des Therapeuten bietet die Möglichkeit zur Verbesserung der Kommunikation, Feststellung von Kommunikationsproblemen und zur Änderung sich wiederholender Muster, die Teil des sexuellen Problems sein können.

(Weiter-)Behandlung durch Sexualmediziner/-therapeuten

Wann sollte die Patientin zum Spezialisten für Sexualmedizin oder zum Sexualtherapeuten überwiesen werden? Die Indikation für eine Überweisung ergibt sich aus zwei Einschätzungen. Einmal muss der Arzt für sich klären, wie er sich unter emotionalen und fachlichen Aspekten hinsichtlich der Probleme der Patientin fühlt. Zum Anderen gibt es einige Befunde bzw. Konstellationen, die eine Überweisung zum Spezialisten angezeigt erscheinen lassen. Dazu gehören:

- Sexualstörungen im Zusammenhang mit einer manifesten psychiatrischen Erkrankung oder einer Persönlichkeitsstörung;
- langdauernde, globale, alle Bereiche des sexuellen Erlebens betreffende Störungen;
- schwerwiegende Paarkonflikte mit aggressiven und destruktiven Merkmalen der Paardynamik [6].

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J. Bitzer



Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik,
Frauenklinik, Universitätsspital Basel
Spitalstraße 21, 4031 Basel
Schweiz
jbitzer@uhbs.ch

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Basson R, Leiblum S, Brotto L et al. (2003) Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 24: 221–229
2. Beier HM, Bosinski AG, Hartmann U (2005) *Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis*. Elsevier, Amsterdam
3. Bitzer J (2003) *Sexualmedizin in der Gynäkologie*. *Gynäkologe* 36: 891–906
4. Bitzer J, Platano G, Tschudin S, Alder J (2007) Sexual counseling for women in the context of physical diseases – a teaching model for physicians. *J Sex Med* 4: 29–37
5. Bitzer J (2007) *Sexuelle Dysfunktionen bei der Frau – Ursachen und neue Therapiemöglichkeiten*. Unimed, Bremen London
6. Bitzer J (2006) *Sexualstörungen. Suchen Sie nach biologischen, psychologischen und sozialen Ursachen*. *Hausarzt Praxis* 9: 9–13
7. Buddeberg C (2005) *Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater*. Thieme, Stuttgart New York
8. Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O et al. (2005) Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 105 (Part1): 944–952
9. Clement U (2004) *Systemische Sexualtherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
10. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A (2006) Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med* 3: 212–222
11. *Female sexual dysfunction – Educational Slides*. Arbeitsgruppe FSD education 2006
12. Gromus B (2002) *Sexualstörungen der Frau*. Hogrefe, Bern
13. WHO (2006) *International Classification of Disease*. Genf
14. Laumann EO, Paik A, Rosen RC (1999) Sexual dysfunction in the United States, prevalence and predictors. *J Am Med Assoc* 6: 537–544
15. Masters WH, Johnson VE (1967) *Die sexuelle Reaktion*. Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt
16. Sigusch V (2001) *Kultureller Wandel der Sexualität*. In: Sigusch V (Hrsg) *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Thieme, Stuttgart New York, S 16–52
17. Sigusch V (2005) *Praktische Sexualmedizin*. Deutscher Ärzteverlag, Köln
18. Simon J, Braunstein G et al. (2005) Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder *J Clin Endocrinol Metab* 90: 5226–5233
19. Singer Kaplan H (1995) *Sexualtherapie*. Enke, Stuttgart
20. Strauss B (Hrsg) (1998) *Psychotherapie der Sexualstörungen*. Thieme, Stuttgart New York

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

CME-Fragebogen

Bitte beachten Sie:

- Antwortmöglichkeit nur online unter: **CME.springer.de**
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

Hinweis für Leser aus Österreich

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die auf CME.springer.de erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

Welcher Fragetyp eignet sich *nicht* zum Einstieg ins Thema Sexualität?

- Gezielte Fragen.
- Geschlossene Fragen.
- Offene Fragen.
- Indirekte Fragen.
- Auf einen klinischen Zusammenhang bezogene Fragen.

Welcher Vorgang ist *nicht* Teil der sexuellen Erregung?

- Vermehrte Durchblutung der Klitoris, Vagina und kleinen Labien.
- Transsudation einer klaren Flüssigkeit mit spezifischem Geruch und Geschmack.
- Sexual flush am oberen Brustkorb, am Rücken.
- Vergrößerung der Klitoris.
- Rhythmische Kontraktionen im äußeren Drittel der Vagina.

Eine 56-jährige Patientin klagt darüber, dass sie keinerlei Lust mehr auf Sexualität habe. Nur ihrem Mann zuliebe, mit dem sie eine sehr gute emotionale Beziehung habe, will sie gelegentlich in Geschlechtsverkehr ein. Im Alter von 48 Jahren war bei ihr wegen eines Borderlinetumors des rechten Ovars eine Hysterektomie und Adnexektomie beidseits durchgeführt worden. Sie erhielt daraufhin eine Hormonsubstitution mit Östrogenen. Welche Therapie würden Sie der Patientin vorschlagen?

- Progesterongabe.
- Sildenafil.
- Beckenbodentraining.
- Masturbationsübungen.

- Testosteron oder androgen wirksame Hormonersatztherapie.

Welche Therapie würden Sie vorschlagen für eine 60-jährigen Patientin, die darüber klagt, dass sie bei bestehender emotionaler Erregung nur eine geringe Lubrikation in der Vagina hat?

- Testosteron.
- Lokales Oestrogen.
- Vaginale Gewichte.
- Apomorphin.
- DHEA.

Welche Therapiemöglichkeiten gibt es für eine 28-jährigen Patientin, die über primäre Anorgasmie klagt?

- I. Östrogen-Testosteron.
 - II. Ovulationshemmer.
 - III. DHEA.
 - IV. Masturbationsübungen mit Selbsterkundung.
 - V. Sildenafil.
- Aussagen I und III sind richtig.
 - Aussagen III und IV sind richtig.
 - Nur Aussage II ist richtig.
 - Nur Aussage V ist richtig.
 - Alle Aussagen sind richtig.

Eine 24-jährige Patientin kommt mit ihrem Partner in die Kinderwunschsprechstunde wegen unerfülltem Kinderwunsch. Bei der Anamnese zeigt sich, dass bisher kein Geschlechtsverkehr stattgefunden hat, da alle Penetrationsversuche wegen Schmerzen und Abwehrspannung der Patientin abgebrochen wurden.

Welche Therapie ist am erfolgversprechendsten?

- Basisberatung und Einsatz von Vaginaldilatoren.
- Vestibulektomie.
- Quere Inzision an der hinteren Kommissur.
- Lokale Östrogentherapie.
- Sensate Focus.

Welche der folgenden Aussagen ist falsch bezüglich der WISHeS-Studie?

- Die Studie wurde bei europäischen Frauen im Alter von 20–70 Jahren durchgeführt.
- 29% der befragten Frauen berichteten über einen Mangel an sexuellem Begehren.
- 22% gaben Erregungsstörungen an.
- 18% berichteten über Schwierigkeiten, zum Orgasmus zu kommen.
- 5% klagten über Schmerzen bei sexueller Aktivität.

Welche der folgenden Modellbeschreibungen der weiblichen sexuellen Reaktion entsprechen dem Basson-Modell?

- Erregung, Plateau, Orgasmus, Rückbildung.
- Appetenz, Erregung, Orgasmus, Rückbildung.
- Zirkulärer, sich selbst verstärkender Regelkreis mit Gleichzeitigkeit von Begehren und Erregung und vielfältigen emotionalen und kognitiven Einflüssen auf die Motivation.
- Erregung, Lubrikation, Orgasmus.
- Appetenz, Plateau, Erregung, Orgasmus, Rückbildung.

Welche Hormonbestimmung ist im Rahmen einer sexualmedizinischen Diagnostik am *wenigsten* angezeigt?

- TSH, T3, T4.
- FSH, E2.
- Androgene.
- Prolactin.
- Cortisol.

Was versteht man unter Sensate Focus?

- Eine Paartherapie, bei welcher das Paar stufenweise gemeinsam sinnliche Körpererfahrungen aufbaut und erlernt und über diese Erfahrung kommuniziert.
- Eine Einzeltherapie, bei der die Frau sich nackt vor dem Spiegel betrachtet und ihren Körper kennenlernt.
- Eine Gesprächstherapie, in der das Paar bessere Kommunikation lernt.
- Eine psychodynamisch orientierte Therapie, in der es um die Aufarbeitung unbewusster Konflikte geht.
- Übungen zur Stärkung des Beckenbodens.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf CME.springer.de verfügbar. Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter CME.springer.de



Mitmachen, weiterbilden und CME-Punkte sichern durch die Beantwortung der Fragen im Internet unter **CME.springer.de**

Hier steht eine Anzeige.

