



Dr. M. Shodjai-Baghini, Prim. Univ.Do. Dr. Eugen Plas

Abt. für Urologie, Hanusch Krankenhaus, Heinrich Collinstraße 30, 1140 Wien, eugen.plas@wgkk.at

Störungen der weiblichen sexuellen Funktion – warum spricht niemand darüber?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Sexualität als zentralen Bestandteil des Lebens und als Grundrecht definiert. Sexuelle Störungen beim Mann oder der Frau liegen dann vor, wenn die individuellen, subjektiven Ansprüche auf ein erfülltes Sexualleben nicht erreicht werden und sind häufig mit beeinträchtigter Lebensqualität assoziiert.

Sexuelle Störungen des Mannes wie erektile Dysfunktion, Ejaculatio praecox, Ejaculatio tarda oder Libidoverlust sind hinlänglich bekannt und eigentlich kein Tabuthema mehr – im Gegenteil: sexuelle Beeinträchtigungen des Mannes besitzen hohes mediales Interesse. Gleichzeitig wissen wir, dass Beeinträchtigungen der Sexualität nicht nur mit einer Verminderung der Lebensqualität und psychischer Belastung einhergehen sondern oft ein Symptom manifestierter organischer Erkrankungen sein können (siehe ARZT & PRAXIS, Ausgaben 978 bzw. 980, Oktober bzw. Dezember 2011).

Obwohl sexuelle Beeinträchtigungen in allen Lebensabschnitten bei beiden Geschlechtern vorkommen, wird fast ausnahmslos nur die männliche Dysfunktion betrachtet und hinterfragt, jene der Frauen jedoch vernachlässigt. Bekanntermaßen führen aber gerade männliche sexuelle Dysfunktionen in heterosexuellen Beziehungen zu Störungen der weiblichen Sexualität.

So haben Partnerinnen von Männern mit erektiler Dysfunktion ein 30-fach größeres Risiko für Libidostörungen, bei Ejaculatio tarda (verzögerter Samenerguss) beinahe 26-fach öfter Er-

regungsstörungen, bei Ejaculatio praecox (frühzeitiger Samenerguss) berichten Frauen über ein 4-fach gesteigertes Risiko an Orgasmusstörungen (Tabelle 1).

Frauen können aber nicht nur als Reaktion auf ihre Partner von sexuellen Dysfunktionen betroffen sein. Die weibliche sexuelle Gesundheit besteht aus sexueller Identität, sexueller Funktion und Beziehung – und sie variiert im Laufe des Lebens abhängig vom Lebensabschnitt sowie persönlichen, aktuellen und beziehungsabhängigen Faktoren. Ungefähr 25–45% adulter Frauen leiden unter zumindest einem sexuellen Problem (Abbildungen 1–4).

Risikofaktoren für weibliche sexuelle Funktionsstörungen sind das Alter der Frau wie auch des Partners, die sexuelle Funktion des Partners, die Kohabitationsfrequenz, Nikotinabusus, Schwangerschaft, hormonelle Kontrazeption, Operationen im kleinen Becken, das Metabolische Syndrom sowie gewisse regelmä-

Big einzunehmende Medikamente wie beispielsweise Antidepressiva, Antihypertensiva, Antihistaminika oder Statine (siehe Tabelle 2).

Differenzierung weiblicher sexueller Funktionsstörungen

Sexuelle Störungen der Frauen unterteilt man in den Mangel an Lust (dies beinhaltet auch die Aversion gegen Sex), eine mangelnde, während des Geschlechtsverkehrs abklingende oder fehlende Erregung, einen (meist) ausbleibenden Orgasmus sowie Schmerzen beim Orgasmus und auch Schmerzen während oder nach dem Geschlechtsverkehr (Abbildung 5).

Wichtig ist für alle sexuelle Störungen, dass sie erst dann als Beeinträchtigung zu werten sind, wenn sie mit einer Beeinträchtigung der Betroffenen („Distress“) assoziiert sind.

Mann	Frau
Erektile Dysfunktion	30 x mehr Lustlosigkeit
Ejakulatio tarda	25,9 x mehr Erregungsstörungen
Ejaculatio praecox	4 x Orgasmusstörungen
Libidoverlust	Erhöhtes Risiko für Orgasmusstörungen

Tab. 1: Assoziation männliche – weibliche sexuelle Funktionsstörungen

Libidostörungen	Erregungsstörungen	Orgasmusstörungen
Antipsychotika	Anticholinergika	Methyldopa
Barbiturate	Antihistaminika	Benzodiazepine
Benzodiazepine	Antihypertensiva	SSRI
Lithium	MAO-Blocker	Trizykl. Antidepressiva
Trizykl. Antidepressiva	SSRI	Narkotika
SSRI	Benzodiazepine	Antipsychotika
Betablocker		
Statine		
Digoxin		
Kontrazeptiva		
GnRH-Analoga		

Tab. 2: Auswahl an Medikamenten und ihre Wirkung auf die weibliche sexuelle Funktion

Differenzierung weiblicher sexueller Funktionsstörungen

- I. Libidostörungen
 - Hypoaktivität
 - Aversion
- II. Erregungsstörungen
- III. Orgasmusstörungen
- IV. Schmerzsyndrom
 - Dyspareunie
 - Vaginismus
 - andere sex. Schmerzsyndrome

mod. nach Foundation for Urologic Disease, Consensus Conference 1999

Abb. 5

Grundlegendes zu Abklärung und Management weiblicher Sexualfunktionsstörungen

Die Anamnese hat bei allen medizinischen Diagnosen einen besonders hohen Stellenwert. Gerade bei sexuellen Funktionsstörungen sollte offen und ohne Scham über die Problematik gesprochen werden. Über 80% der Frauen befürworten die Frage nach ihrer Sexualität. Daher sollte nicht bloß nach früheren oder bestehenden Erkrankungen, Operationen bzw. Medikamenteneinnahme gefragt, sondern auch eine Sozialanamnese erhoben werden. Auch die Sexualanamnese sollte heutzutage bei allen Patientinnen durchgeführt werden – sie antworten in den meisten Fällen offen und sind dankbar.

Standardisierte Fragebögen wie der sogenannte Female Sexual Function Index (FSFI) können bei der Diagnostik hilfreich sein.

Laborchemisch sollten Östrogen, Testosteron, SHBG, Prolaktin, LH, FSH bestimmt sowie eventuell Untersuchungen zur Metabolik durchgeführt werden. Neben einer Analyse des Harns inklusive Karyopyknoseindex und einem Vaginalabstrich sind eine Inspektion und Prüfung der Sensibilität des äußeren Genitales und des Beckenbodentonus erforderlich. In manchen Fällen können weitere invasive Untersuchungen indiziert sein. Da die weibliche Sexualität multifaktoriell und –systemisch ist, muss auch die Therapie in den meisten Fällen multifaktoriell gesehen werden. Ein offenes Gespräch mit direkten, klaren Fragen ist für die Betroffenen hilfreich, eine anschließende Psycho- bzw. Paartherapie kann für manche Frauen und deren Partner hilfreich sein. Lokal applizierbare Östrogene vermögen bei vaginaler Trockenheit und Dyspareunie, Testosteron in Form transdermaler Pflaster oder Sprays bei beispielsweise chirurgisch menopausalen Frauen zu helfen.

Antidepressiva, welche zu den sehr häufig verordneten Medikamenten gehören, können eine Störung der Sexualität verursachen – hier vor

allem die sehr oft verordneten selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. Ein Wechsel auf Bupropion bzw. seine zusätzliche Einnahme wirkt jedoch nicht nur antidepressiv, sondern erhöht auch die Lust und steigert Eigeninitiative bzw. Motivation.

Sexuelle Funktionsstörungen der Frau im Einzelnen

Handelt es sich um eine **Störung der Lust**, besteht ein vermindertes oder kein sexuelles Verlangen, „Frau“ hat kaum oder keine Fantasien und es wird wenig Eigeninitiative geboten sowie auf den Partner mit wenig „Antwort“ reagiert. Libidomangel kann mit einer Hypothyreose, Diabetes mellitus, Depression oder vaginaler Atrophie im Rahmen der Menopause assoziiert sein, Probleme in der Beziehung können ebenso ursächlich sein.

Prävalenz sexueller Funktionsstörungen bei jungen deutschen Studentinnen

Alter 15 – 35a → Prävalenz 32,4%

Defizienz	%
Orgasmus	8,7
Libido	5,8
Befriedigung	2,6
Lubrikation	1,2
Schmerz	1,1
Erregung	1,0

mod. nach Wallwiener, JSM 2010

Abb. 1

Nach dem ausführlichen Anamnesegespräch, der klinischen Untersuchung sowie laborchemischen Analyse können Ursachen wie etwa hormonelle Dysbalancen im Rahmen einer Schilddrüsenerkrankung bzw. ein Östrogenmangel nach Operationen oder in der Menopause ausgeglichen werden. Besteht etwa ein Diabetes mellitus, ist dieser besser einzustellen – werden regelmäßig Antidepressiva eingenommen, ist ein Wechsel auf einen selektiven Noradrenalin-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer zu überlegen. Denn aufgrund des vermehrten Dopaminspiegels werden Eigeninitiative, Motivation, Stimmung und Aufmerksamkeit erhöht – das vermehrt ausgeschüttete Noradrenalin steigert Energie und Wachheit. Veränderungen des Lebensstils im Sinne von vermehrter sportlicher Aktivität für ein besseres Lebens- und Körpergefühl, Gewichtsverlust sowie weniger Nikotin- bzw. Alkoholkonsum sind ebenfalls empfohlene Therapieoptionen. Eine begleitende Psychotherapie ist für einen zufriedenstellenden Erfolg der Therapie oft hilfreich.

Besteht beim Gedanken an sexuelle Aktivität Angst oder Ekel, handelt es sich in der Regel um sexuelle Aversion. Diese ist häufig kombiniert mit einer Störung der Lust. Betroffene meiden intime Situationen, die Angst vor sexueller Aktivität kann in Phobien, Flashbacks oder Panikattacken resultieren. Ursachen hierbei können die persönliche Geschichte im Sinne eines gestörten Körperempfindens, die Scham vor dem Nacktsein, sexuelle Traumata, Essstörungen bzw. auch zwischenmenschlicher Distress – vielleicht basierend auf einer sexuellen Störung des Partners oder ein differentes Hygienegefühl des Partners – sein. Auch Erkrankungen wie Diabetes mellitus, welcher zu einer verminderten Sensibilität und Lubrikation führt, oder Tumorerkrankungen mit konsekutiven Operationen, Chemotherapien oder Bestrahlungen mit all ihren psychischen und physischen Nebenwirkungen können ebenso wie Misshandlung, Beschneidungen bzw. genitale Verstümmelungen oder regelmäßig eingenommene SSRIs damit assoziiert sein.

Ziel bei dieser Patientengruppe ist es, Vertrauen zu schaffen, Sicherheit und Empathie zu vermitteln, und die zugrundeliegende Ursache – wenn möglich – zu korrigieren. Auch hier kann eine Psycho- oder Paartherapie hilfreich sein.

Störungen der sexuellen Erregung unterteilt man in mehrere Subgruppen:

Primäre Erregungsstörungen (die immer bestanden haben, bei welchen man niemals eine normale Erregung und Lubrikation hatte), sekundäre Erregungsstörungen (bei denen es in der Vergangenheit „normal“ (befriedigend) war), subjektive Erregungsstörungen (bei denen die körperliche Reaktion wie die Lubrikation einer fehlenden sexuellen Freude gegenüber steht); weiters gibt es genitale Erregungsstörungen (bei denen man psychisch erregt ist, ohne körperlich zu reagieren) sowie eine Kombination der beiden letztgenannten und schließlich die sogenannten persistierenden Erregungsstörungen (sogenanntes „persistent genital arousal syndrome“), bei welchen ohne geistigen Anreiz eine genitale Erregung herrscht, diese jedoch als unangenehm empfunden wird, da sie Stunden bis Tage dauern kann und von einem oder mehreren Orgasmen begleitet wird.

Die Ursachen sind vielfältig – es können neurologische Erkrankungen wie Multiple Sklerose oder Diabetes mellitus mit Neuropathie oder Gefäßkomplikationen, das Sjögren-Syndrom, verminderter Östrogenhaushalt im Rahmen der Menopause, eine schlechte oder gar fehlende Nerven- und Gefäßversorgung, rezidivierende Infektionen des Harntraktes oder der Vagina,

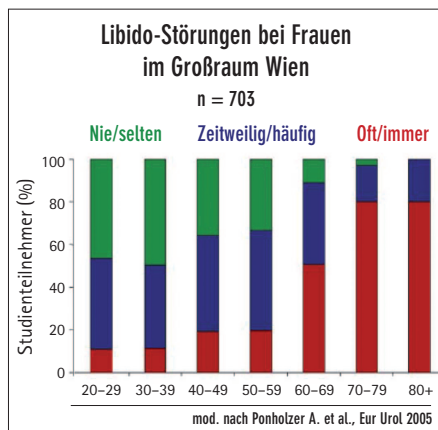


Abb. 2

und auch persönliche Ursachen wie etwa Angst vor einer Schwangerschaft oder sexuell übertragbaren Krankheiten, sexuelle Hemmung, Energiemangel sowie eine sexuelle Störung des Partners eine Störung der sexuellen Erregung auslösen.

Neben dem Anamnesegespräch und der Labor Diagnostik ist die klinische Untersuchung – eventuell mit Duplex-Sonographie des äußeren Genitales und vaginaler Plethysmographie – hilfreich für die Therapie.

Orgasmusstörungen werden in primäre, welche immer schon bestanden haben, und sekundäre, welche sich erst entwickelt haben, unterteilt. Bei beiden Formen besteht eine Anorgasmie oder zumindest ein zu selten vorkommender Orgasmus – beide Formen können in Distress resultieren. Die Inzidenz steigt mit dem Lebensalter, ungefähr ein Drittel aller Frauen sind betroffen. Zu den Ursachen zählen zwischenmenschliche Probleme in der Partnerschaft, persönliche psychische Faktoren oder die Einnahme von SSRIs, aber auch die kulturelle Prägung kann die Orgasmusfähigkeit beeinflussen. Bei den Batoro in Uganda beispielsweise hat sexuelle Satisfaktion einen hohen Stellenwert – Frauen erlernen dort sogar die weibliche Ejakulation. Im Gegensatz dazu sind etwa die Arapesh zu nennen, bei denen Sexualität verpöht ist und Orgasmen kaum erlebt werden. Therapieansätze beinhalten ein offenes Gespräch und die Ermutigung, mit dem Partner über Vorlieben und

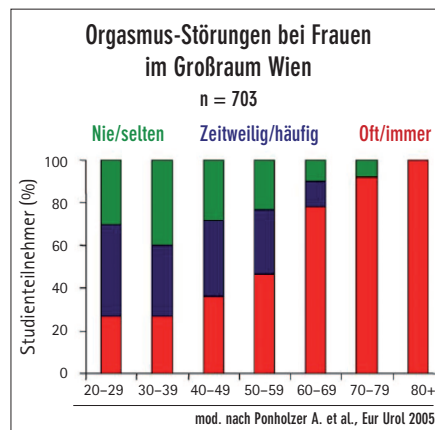


Abb. 3

Probleme zu sprechen, eventuell das eigene Verhalten selbst zu versuchen zu ändern (auch mit Hilfsmitteln wie Vibratoren), die Psycho- und Paartherapie, Training des Beckenbodens sowie einen Wechsel des eventuell eingenommenen SSRIs auf Bupropion, einen selektiven Dopamin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer. Spezielle Medikamente, die das Orgasmusverhalten positiv beeinflussen, gibt es nicht.

Kontinuierliche oder wiederkehrende **Schmerzen** zu Beginn oder während des gesamten Geschlechtsverkehrs sind definiert als Dyspareunie. Hier wird je nach Lokalisation in eine oberflächliche oder eine sogenannte tiefe Dyspareunie unterschieden.

Vom sogenannten Vaginismus spricht man bei persistierendem oder wiederkehrendem Verschluss des Introitus vaginae für Penis, Finger oder andere Objekte. Man unterteilt den Vaginismus im Rahmen einer gynäkologischen Untersuchung in fünf Schweregrade, beginnend mit einem Spasmus des M. levator ani, der bei vorsichtiger Untersuchung nachlässt, bis hin zum kompletten Verweigern der Untersuchung.

Als Ursachen gelten biologische wie vaginale Infektionen, hormonelle Dysbalancen, muskuläre, vaskuläre, neuropathische, neurologische, iatrogene Faktoren, zwischenmenschliche Konflikte mit wenig Intimität, Vorspiel bzw. Erregung sowie anatomische (unterschiedliche Größen der Geschlechtsorgane) und auch psychosexuelle Gegebenheiten wie zum Beispiel Misshandlung,

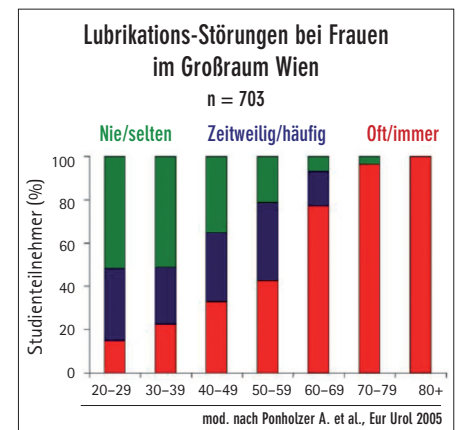


Abb. 4

Vergewaltigung, Depressionen oder Phobien.

Zusammenfassung

Weibliche sexuelle Funktionsstörungen sind häufig und führen bei 20–45% der Frauen zu Belastungen. Besonders hoch ist das Risiko für sexuelle Funktionsstörungen der Frau bei gleichzeitig bestehender sexueller Störung des Mannes. Da Sexualität bis ins hohe Alter Bedeutung haben kann, sollte in allen Altersabschnitten nach der Sexualität sowie der Zufriedenheit damit bei der Frau gefragt werden. Direkte Fragen zur Sexualität erleichtern Frauen, ihre Probleme auszusprechen – „Fragen wir nach Problemen, dann werden sie uns auch berichtet werden“.

Abschließendes Augenmerk muss gerade im Zusammenhang mit Sexualität sowie sexuellen Funktionsstörungen noch dem Begriff „normal“ gewidmet werden. Normen werden gesellschaftlich aufgestellt und gerade bei diesem sensiblen, intimen Thema sehr oft verwendet. Gibt es „normalen Sex“? Hierzu wurde in der amerikanischen Literatur definiert: „There is no norm in sex; Norm is a guy in Brooklyn.“ Versuchen wir, den Problemen unserer Patienten offen und tabulos gegenüber zu treten, dann können wir professionell beraten und therapieren. ◆

Ambulanz für weibliche sexuelle Funktionsstörungen: Anmeldung Tel. 01/91021-86011