

Sexuelle Dysfunktionen bei der Frau

Die Abklärung und die Therapie brauchen Zeit

Störungen der weiblichen Sexualfunktion sind komplex, und das Wissen darüber ist gering. Sie kommen in allen Altersgruppen vor. Dieser Beitrag gibt eine Übersicht zu Klassifikation, Abklärung und Behandlung.

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Sexuelle Probleme können als Beschwerden, Dysfunktion oder Erkrankung klassifiziert werden. Sexuelle Störungen umfassen eine Dysfunktion, die mit persönlicher Beeinträchtigung verbunden ist. Dies bedeutet, dass eine abnormale Funktion oder sexuelle Unzufriedenheit bestehen kann, ohne dass eine fassbare Erkrankung vorliegt, wie Jennifer E. Frank in ihrem Fortbildungsbeitrag im «American Family Physician» sogleich festhält.

Häufigkeit, Klassifikationen

Klagen zur Sexualfunktion sind bei Frauen häufig. Genaue Zahlen zu erhalten, ist allerdings schwierig, da in den Studien unterschiedliche Definitionen Verwendung finden. Prävalenzschätzungen gibt *Tabelle 1* wieder. Häufigste Klage bei Frauen ist ein vermindertes sexuelles Verlangen, vor Orgasmusstörungen. In jedem Einzelfall ist zu klären, ob Symptome, die der Definition einer sexuellen Dysfunktion entsprechen, für die betroffene Frau eine Beeinträchtigung bedeuten, denn dies entscheidet über ihre klinische Bedeutung. Hilfreich ist auch die anamnestische Unterscheidung in lebenslange (primäre) oder erworbene (sekundäre) Störungen, die allenfalls von der Situation oder vom Partner abhängen oder immer auftreten. Eine traditionelle Klassifikation folgt der Vierteilung Verlangen-Erregung-Orgasmus-Schmerz, gilt aber heute als zu wenig differenziert. Die revidierten Definitionen für weibliche sexuelle Dysfunktionen des Zweiten Internationalen Konsensus für Sexualmedizin nehmen nun folgende Einteilung vor:

- Störung des sexuellen Verlangens/Interesses: sexuelle Gedanken oder Fantasien fehlen; die Motivation zur sexuellen Erregung ist spärlich oder fehlt; das Ausmass dieser

Interesselosigkeit liegt über der mit dem Alter und der Dauer der Beziehung zu erwartenden Abnahme.

- Subjektive Erregungsstörung: fehlendes oder vermindertes Erregungsgefühl bei jeglicher Form sexueller Stimulation; vaginale Lubrikation oder andere körperliche Erregungszeichen können jedoch vorkommen.
- Genitale Erregungsstörung: Klagen über beeinträchtigte genitale Erregung, unter Umständen mit minimaler Vulvaschwellung oder -lubrikation nach jedweder Stimulation, wobei eine subjektive sexuelle Erregung aber bei nicht-genitalen sexuellen Stimuli vorkommt.
- Kombinierte genitale und subjektive Erregungsstörung
- Persistierende genitale Erregungsstörung: spontane, ungewollte und unangenehme sexuelle Erregung bei Fehlen von sexuellem Interesse. Diese Erregung wird durch Orgasmen nicht gelindert und hält für Stunden oder Tage an.
- Orgasmusstörung: Trotz subjektiv berichteter hoher sexueller Erregung fehlt ein Orgasmus, wird die Intensität von Orgasmusgefühlen als vermindert erlebt oder erfolgt nach jedweder Stimulation nur mit grosser Verzögerung.
- Dyspareunie: persistierender oder rezidivierender Schmerz bei versuchtem oder vollzogenem vaginalem Eindringen.

Merksätze

- Sexuelle Beschwerden kommen bei ungefähr 40 Prozent der Frauen vor.
- Häufigste Klage ist eine Libidoschwäche.
- Eine einfühlsame umfassende Anamnese und die körperliche Untersuchung sind für die Abklärung wichtig, Laboruntersuchungen helfen selten weiter.
- Die Behandlung stützt sich auf kognitive Verhaltenstherapie, individuelle und Paartherapie, allenfalls Physiotherapie.
- Hormonelle Therapien (Testosteron zur Libidosteigerung, Östrogen bei postmenopausalem Mangel) können gezielt eingesetzt werden.
- Phosphodiesterasehemmer scheinen nur bei wenigen Frauen einen begrenzten Nutzen aufzuweisen.

Tabelle 1: Häufigkeit weiblicher sexueller Dysfunktionen

Störung	geschätzte Prävalenz
Störungen des sexuellen Verlangens:	
■ reduzierte Lust auf Sexualität	10–46%
■ sexuelle Aversionsstörung	selten

Erregbarkeitsstörung	6–21%

Orgasmusstörung	4–7% (Allgemeinbevölkerung)
	5–42% (in der ärztl. Grundversorgung)
Sexuelle Schmerzstörungen:	
■ Dyspareunie	3–18% (Allgemeinbevölkerung)
	3–46% (in der ärztl. Grundversorgung)
	9–21% (postmenopausale Frauen)
■ Vaginismus	0,5–1% (Allgemeinbevölkerung)
	bis zu 30% (in der ärztl. Grundversorgung)

- Vaginismus: persistierende oder rezidivierende Schwierigkeiten bei vaginaler Einführung von Penis, Finger oder anderen Objekten trotz des Wunsches der Frau zur Teilnahme.
- Sexuelle Aversionsstörung: extreme Angst oder Abscheu beim Vorausgedanken an oder Versuch jedweder sexuellen Aktivität.

Biologie, Pathophysiologie

Als für die weibliche sexuelle Dysfunktion potenziell ursächlich oder beitragend sind etliche Faktoren bekannt, die die *Tabelle 2* auflistet. Dabei hat man sich immer zu vergegenwärtigen, welch komplexes Zusammenspiel von physiologischen, psychologischen, emotionalen und Beziehungskomponenten hier zum Tragen kommt.

Die normale sexuelle Funktion ist zum Teil von den Effekten der Sexualhormone und Neurotransmitter auf das zentrale und periphere Nervensystem abhängig.

Das sexuelle Verlangen kann der traditionelle spontane Wunsch, genährt von Gedanken, Träumen oder Fantasien, sein oder sekundär durch kognitive Motivation entstehen. Bei manchen Frauen, vor allem, wenn sie in Langzeitbeziehungen leben, können nichtsexuelle Motivatoren wie emotionale Nähe oder das Gefühl, geliebt zu werden, zu sexuellem Verlangen führen.

Bei sexueller Erregung kommt es im Bereich der Genitalien zu einem vermehrten Blutzufluss, der vaginale Lubrikation, Schwellung und Verlängerung der Vaginalwand bewirkt. Die physiologischen Effekte der Erregung korrelieren schlecht mit dem subjektiven Erregungsgefühl, eine Frau mit sexueller Erregungsstörung kann also durchaus körperliche Erregungszeichen zeigen, aber unter dem Fehlen der subjektiv empfundenen Erregung leiden. Frauen können auch ohne Orgasmus eine körperliche Befriedigung erleben. Eine positive körperliche Erfahrung bahnt die zukünftige Motivation.

Abklärung, Diagnose

Eine Diskussion der Sexualität sollte mit offenen Fragen beginnen. Probleme sollten als solche legitimiert und eine Dysfunktion als medizinisch wichtig anerkannt werden. Wichtig ist der Zeitfaktor, fehlt beim ersten Ansprechen die Zeit, sollte ein neuer Termin angeboten werden. Neben dem Raum für die Schilderung der Problematik sollte die Anamnese geburtshilflich-gynäkologische Aspekte, die Familien- und Partnersituation sowie auch die Frage nach sexuellen Traumen umfassen. Wichtig sind auch spezifische Fragen nach jeglichen Medikamenten (auch frei verkäuflichen oder pflanzlichen), Alkohol, Tabak, Drogen, Verhütungsmethoden und bisherigen medikamentösen Behandlungsversuchen der sexuellen Dysfunktion.

Zwar ist die körperliche Untersuchung oft normal, eine eingehende Untersuchung kann aber Abnormalitäten aufdecken und Gelegenheit zur Aufklärung über anatomische Gegebenheiten sowie zur Beruhigung bieten, wenn alles in Ordnung ist. *Tabelle 3*

gibt Aufschluss über häufige körperliche Untersuchungsbefunde, die mit einer sexuellen Dysfunktion in Zusammenhang stehen können.

Laboruntersuchungen helfen auf dem Weg zur Diagnose der weiblichen sexuellen Dysfunktion nur selten. Zwar empfehlen manche Spezialisten eine Bestimmung der Hormonspiegel bei postmenopausalen Frauen oder bei Frauen mit verminderter Libido und Erregung, aber zwischen Sexualfunktion und gemessenen Konzentrationen besteht keine zuverlässige Korrelation. Die sexuelle Dysfunktion kann auch die Manifestation einer psychiatrischen Erkrankung oder eine Nebenwirkung einer psychotropen Medikation sein. Selektive Serotoninwiederaufnahme-Hemmer (SSRI) sind eine häufige Ursache weiblicher sexueller Dysfunktionen, obwohl alle Antidepressiva solche Beeinträchtigungen hervorrufen können. Unter SSRI wird am häufigsten über einen verzögerten oder fehlenden Orgasmus und eine verminderte Libido geklagt. Die Inzidenz dieser SSRI-Nebenwirkung wird auf 30 bis 50 Prozent geschätzt. Die Behandlung umfasst in solchen Fällen eine Verminderung der Dosis des Antidepressivums, ein vorübergehendes Absetzen (drug holidays) oder einen Medikationswechsel zu einem Wirkstoff mit weniger sexuellen Nebenwirkungen (z.B. Bupropion [Wellbutrin®], Mirtazapin [Remeron®]). Daneben können Verhaltenstherapie, Abwarten bis zur Toleranzentwicklung gegenüber der Medikation, Verschieben der Medikamenteneinnahme auf einen Zeitpunkt nach sexueller Aktivität und psychotherapeutische Begleitung hilfreich sein.

Behandlung

Die Behandlung sexueller Dysfunktionen bei der Frau ist kompliziert, da oft keine einzelne Ursache vorliegt, es nur wenige Therapieoptionen von bewiesenem Nutzen gibt, verschiedene Typen von Dysfunktion überlappen können und spezialisierte Therapeuten und Institutionen eher spärlich sind.

Tabelle 2: Ursachen für weibliche sexuelle Dysfunktionen

Ursache	Beispiele	sexuelle Symptome
hormonell/endokrin	Dysfunktion der Hypothalamus-Hypophysen-Achse, Menopause, orale Langzeit-Kontrazeption, vorzeitiges Ovarialversagen	verminderte(s) Libido/Verlangen, vaginale Trockenheit, fehlende Erregung
muskulogen	Hyper- oder Hypotonizität der Beckenbodenmuskulatur	hyperton: sexuelle Schmerzstörungen inkl. Vaginismus hypoton: vaginale Hypoästhesie, koitale Anorgasmie, Harninkontinenz in Zusammenhang mit sexueller Aktivität
neurogen	Rückenmarksverletzung, Störungen des zentralen oder peripheren Nervensystems (z.B. bei Diabetes)	Anorgasmie
psychogen	Beziehungsprobleme, negatives Körperbild, herabgesetztes Selbstwertgefühl, affektive Störungen, Nebenwirkungen psychotroper Medikamente (z.B. SSRI)	verminderte(s) Libido/Verlangen, verminderte Erregung, Hypästhesie, Anorgasmie
vaskulär	verringertes Blutzufluss zu den Genitalien als Folge von Atherosklerose, Hormoneinflüssen, Trauma	vaginale Trockenheit, Dyspareunie

Patientinnenedukation: Hier steht zunächst die Aufklärung über das, was «normal» ist, im Zentrum. Dies bezieht sich sowohl auf das Spektrum sexuellen Erlebens und sexueller Aktivitäten als auch auf die physiologischen und anatomischen Grundgegebenheiten. Wichtig ist auch die Betonung der grossen Bandweite sexuellen Funktionierens.

Störungen des sexuellen Verlangens: Eine hypoaktive Libido ist die häufigste weibliche Dysfunktion und hat oft eine psychologische oder physiologische Ursache. Im Rahmen der Aufklärungsgespräche ist auch der Hinweis auf Veränderungen des sexuellen Verlangens mit dem Alter oder mit der Dauer der Beziehung wichtig. Die Therapie legt Wert auf Lifestylemassnahmen wie Stressverminderung, adäquate Ruhephasen und regelmässiges körperliches Training.

Pharmakologisch ist die Testosterongabe am häufigsten untersucht worden. Obwohl verminderte Androgenspiegel mit hypoaktiver Libido nicht gut korrelieren, konnte gezeigt werden, dass Testosteron (gewöhnlich 300 µg/Tag transdermal) bei postmenopausalen Frauen die Libido besserte. Topisches und systemisches Östrogen verbessert die vaginale Lubrikation bei postmenopausalen Frauen mit vaginaler Atrophie, bewirkt aber keine konsistente Zunahme von Verlangen und Erregung. Für Phosphodiesterasehemmer konnte in dieser Indikation kein Nutzen belegt werden. Eine kleine, methodisch schwache Studie sah eine Steigerung des sexuellen Verlangens unter Bupropiontherapie.

Störung der sexuellen Erregung: Da physiologische und subjektiv empfundene Erregung nicht parallel laufen müssen, ist die Aufklärung der Patientin sehr wichtig. Lubrikation bessert die Dyspareunie, die mit der Erregungsstörung assoziiert sein kann. Bei Untergruppen von Frauen mit sexueller Erregungsstörung hatten Phosphodiesterasehemmer einen begrenzten Behandlungsnutzen. Die meisten Frauen profitieren jedoch nicht von einer solchen Therapie.

Orgasmusstörung: Anorgasmie ist erfolgreich behandelt worden mit gezielten Masturbationen, kognitiver Verhaltenstherapie oder im Rahmen einer Paartherapie mit der «Sensate Focus»-Methode, die Übungen lehrt, die von nichtsexueller zu sexueller Berührung fortschreiten. Obwohl es auch positive Berichte gibt, haben die meisten Studien für die Phosphodiesterasehemmer in dieser Indikation keinen Nutzen ergeben. In einer Pilotstudie bei Männern und Frauen war Bupropion zur Erreichung des Orgasmus effektiv.

Sexuelle Schmerzstörungen: Die Dyspareunie hat viele potenzielle Ätiologien, so zum Beispiel Infektionen, vaginale Atrophie oder Endometriose. Die Grundstörung zu erkennen, ist immer auch der erste Behandlungsschritt. Lässt sich eine Ursache nicht eruieren oder ist sie nicht einfach zu therapieren, bekommen multidimensionale und multidisziplinäre Behandlungsansätze Bedeutung. Bei vulvärer Vestibulitis und Vaginismus können verschiedene Formen von Physiotherapie (Biofeedback, elektrische Beckenbodenstimulation, Vaginaldilator) helfen. Die Psychotherapie muss individuell erfolgen und sollte nach Möglichkeit den Partner mit einbeziehen. Dabei müssen die Ängste der Patientin vor der Penetration angesprochen und ein entspannteres Verhältnis zu ihren Genitalien angestrebt werden. Die kognitive Verhaltenstherapie (in der Gruppe über 6 Monate) legt den Schwerpunkt auf die Beziehung von Schmerz und Angst, auf diejenige von Muskelkontraktionen und Schmerzwahrnehmung und auf eine generelle Sexualinformation. Bei Frauen mit vulvärer Vestibulitis konnte so eine Abnahme des Schmerzes beim Verkehr und eine Zunahme der sexuellen Zufriedenheit dokumentiert werden. Bei Frauen mit sexueller Schmerzstörung kann eine edukative gynäkologische Untersuchung sehr hilfreich sein, bei der die Betroffene über jeden Schritt genau informiert wird und für jeden Schritt zuerst die Zustimmung geben muss, mit der

Tabelle 3: Abnorme Befunde bei der körperlichen Untersuchung in Zusammenhang mit weiblichen sexuellen Dysfunktionen

Befund	potenzielle Ursache	sexuelle Symptome
Harnwege/Genitalien:		
Zystozele, Rektozele, Uterusprolaps	–	reduzierte Libido (aus Scham), Dyspareunie
fixierter retrovertierter Uterus; Knoten, schmerzhaftes uterosakrales Ligamente	Endometriose	tiefe Dyspareunie
hypertone Beckenbodenmuskulatur	Vaginismus, Vestibulitis	Dyspareunie
spärliche Pubeshaare	tiefer Androgenspiegel	reduzierte Libido
Schmerzpunkte im Bereich des Vestibulum vulvae	Vestibulitis	Dyspareunie
vaginaler Ausfluss	Infektion	Dyspareunie
vaginale oder labiale Atrophie	tiefer Östrogenspiegel	Dyspareunie
vulväre Hauterscheinungen	Lichen sclerosus, chronische Candida-Vaginitis	Dyspareunie
Andere:		
abnormer Blutdruck/ abgeschwächte periphere Pulse	atherosklerotische periphere Gefässerkrankung	verminderte Erregung
Galaktorrhö	Prolaktinom	reduzierte Libido
muskuloskeletale Abnormitäten	Arthrose, rheumatoide Arthritis u.a.	reduzierte Libido, vermindertes Verlangen als Folge von Behinderung bei sexueller Aktivität oder aus Scham
Neuropathie	neurologische Störung, Diabetes	verminderte Libido oder Erregung, Anorgasmie
Blässe	Anämie	verminderte Libido oder Erregung
Schilddrüsenvergrößerung	Hypothyreose	verminderte Libido oder Erregung

Zusicherung, dass sie die Übung jederzeit abbrechen kann. Die Patientin kann auch das Spekulum genau anschauen oder selber halten, und die Entspannung der Beckenbodenmuskulatur kann direkt geübt werden. Mit dem Erlernen von Entspannungsübungen kann so eine Desensibilisierung erzielt und schliesslich das vaginale Einführen eines Fingers oder Vaginaldilatators erreicht werden. Eine Cochrane-Review anerkannte für unkontrollierte Studien zur Desensibilisierung mit Vaginaldilatatoren oder Hypnotherapie eine begrenzte Evidenz. Die Pharmakotherapie kann ursächliche Störungen ausschalten, etwa einen Östrogenmangel bei vaginaler Atrophie mit einem Östrogen beheben oder eine vaginale Candidiasis mit einem

Antimykotikum therapieren. Die vulväre Vestibulitis wird mit einem trizyklischen oder neueren Antidepressivum, mit Antiepileptika oder topisch behandelt. Zur Stützung solcher Therapien gibt es aber nur sehr begrenzte Daten. ■

Jennifer E. Frank (University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Appleton, Wisconsin/USA) et al.: Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *American Family Physician* 2008; 77 (5): 635–642.

Interessenkonflikte: J.E. Frank deklariert den Besitz von Aktien des Viagraherstellers Pfizer.

Halid Bas