

Libidomangel bei der Frau

Störungen des weiblichen sexuellen Begehrens

Das Konzept von sexueller Lustlosigkeit als Störung unterliegt einem steten Wandel. Aktuell wird darunter ein Mangel an Interesse an sexuellen Handlungen und ein Fehlen von sexuellen Gedanken und Fantasien verstanden, wodurch Leidensdruck verursacht wird (1). Das sexuelle Begehren nimmt bei Frauen mit steigendem Alter ab, was jedoch von vielen nicht als störend erlebt wird. Die Prävalenz störender Lustlosigkeit liegt daher über alle Altersgruppen konstant bei etwa 6–15% (2). So leidet etwa jede 10. unserer Patientinnen an zu wenig Lust auf Sex, meist, weil dies Konflikte in der Partnerschaft kreiert, oder auch weil sie eine gewisse vitale Kraft vermisst.



Le concept de manque de désir sexuel est soumis à des changements au fil du temps. La définition actuellement retenue est: manque d'intérêt pour toute activité sexuelle et absence de pensées et fantasmes d'ordre sexuel – avec apparition/présence de détresse/souffrance (1). Le désir sexuel chez la femme diminue avec l'âge. Cependant, beaucoup de femmes ne s'en sentent pas dérangées. La prévalence d'un manque de désir sexuel ressenti comme dérangeant se situe ainsi dans toutes les classes d'âge à env. 6–15% (2). Dans notre pratique quotidienne, env. une patiente sur 10 souffre d'un manque de désir sexuel – car ceci mène à une détérioration de sa vie de couple ou diminue tout simplement son énergie vitale.

Hormone und medikamentöse Behandlungsansätze

Der Einfluss der Geschlechtshormone auf das weibliche Begehren bleibt bis heute kontrovers. Systemische Östrogen-Progesterontherapie hat keine nachweisliche Auswirkung (3). Vaginal appliziertes Östrogen bei Atrophie kann dagegen Dyspareunie reduzieren und sich so positiv auf Begehren auswirken. Freies Testosteron korreliert nur schwach mit Begehren, wohl auch weil Frauen unterschiedliche Androgenrezeptordichten aufweisen, weshalb keine Schwellenwerte definiert sind und die Bestimmung keinen Sinn macht. Eine Kurzzeittherapie mit Testosteron (in der Schweiz nicht zugelassen) ist nach Ausschluss anderer Ursachen in bestimmten Situationen, z. B. nach bilateraler Ovariectomie, gelegentlich bei Libidomangel erfolgreich und scheint ausser Hirsutismus keine relevanten gesundheitlichen Folgen zu haben, wenn Androgenüberschuss vermieden wird. Für die Sicherheit einer Therapie > 4 Jahre existieren keine Daten. Systemische DHEA Therapie wird bei intakter Nebennierenfunktion nicht empfohlen. Evt. wird die vaginale DHEA- oder Androgentherapie in Zukunft spruchreif (4). Das psychoaktive Flibanserin (zugelassen in den USA, nicht aber in Europa) führt zu



Dr. med. Karoline Bischof
Zürich

0.5 zusätzlichen befriedigenden sexuellen Erlebnissen pro Monat, bei einem beachtlichen Nebenwirkungsprofil (5). Da Sexualtherapie das Begehren effektiv, nachhaltig und ohne Nebenwirkung verbessern kann, kommen medikamentöse und hormonelle Therapien in unserem Zentrum nicht zum Einsatz (Ausnahme: Östrial zur Dyspareunieprophylaxe in Postmenopause, Stillzeit oder bei Aromatasehemmern).

Sexuelles Lusterleben

Die Stärke des sexuellen Begehrens lässt sich verstehen als Produkt fördernder (Abb. 1) und hemmender (Abb. 2) Faktoren. Zentraler Faktor ist das sexuelle Lusterleben. Ein lustvolles sexuelles Erlebnis triggert zerebrale Belohnungs- und Appetenzzentren und motiviert stark zur Wiederholung. Allerdings stellt sich nach einem Orgasmus ein Gefühl der Zufriedenheit ein, das sich auf die Beurteilung der gesamten Aktivität beschönigend auswirken kann – auch wenn diese nicht andauernd lustvoll erlebt wurde. So können Frauen eine sexuelle Begegnung phasenweise mühsam finden, z. B. wenn sie anfänglich noch nicht in Stimmung sind und eine Weile brauchen, um sich einzulassen, oder wenn es ihnen schwer fällt, den Alltag abzuschalten und ihre sexuelle Erregung zu steigern. Gelingt schliesslich ein Orgasmus, folgt Erleichterung: «Das war doch schön, warum machen wir das nicht öfter?» Das Hirn stellt allerdings seine eigene Aufwand-Ertrag Rechnung an – 20 Minuten Arbeit für 20 Sekunden Orgasmusgefühl, diese Rechnung geht nicht auf. Den Frauen ist oft nicht bewusst, dass sie einen Sex erleben, den zu begehren sich eigentlich gar nicht lohnt!

Was macht Sex lohnenswert? Geht es vorwiegend um die Befriedigung von Sicherheits- oder Anerkennungsbedürfnissen, unterliegt das Begehren grossen Schwankungen. Je nach Beziehungsklima und Alltagsbelastung ändern sich Bedürfnisse mit zunehmender Beziehungsdauer. «Es ist nicht mehr wie am Anfang.» Nähebedürfnisse schwanken («Du hast wieder den Müll nicht rausgebracht!») oder werden bis zum Überdruß durch den Nachwuchs befriedigt: «Seit der Geburt ist das Letzte, was ich brauche, noch einer, der was

von mir will!» Erst wenn der Sex hochgradig lustvoll erlebt wird, ist er deutlich weniger stör anfällig auf Stress, Müdigkeit oder Ablenkung. Dafür braucht es angenehme Sinnesreize, Emotionen und Kognitionen (Abb. 1) (6, 7).

Kognitionen

Negative Denkweisen können (Nozebo Effekt) angenehme Wahrnehmungen einschränken (8). Eine ambivalente Haltung gegenüber der eigenen Lust äussert sich z. B. in Schuldgefühlen über Selbstbefriedigung oder der Ablehnung von Cunnilingus. In der gynäkologischen Praxis signalisiert die Frau vielleicht eine Ablehnung des eigenen Genitales, indem der physiologische Ausfluss stört oder Labien zu gross oder zu klein beurteilt werden.

Patientin X fragt mich, wie ich «so einen Beruf» bloss ausüben kann (= rund um das «schreckliche» Genitale). Nachdenklich stimmt sie meine Antwort, dass es im Gegenteil ein Privileg sei, sich mit diesem schönen, wohltuenden und besonders weiblichen Körperteil beschäftigen zu dürfen.

Für unsichere Frauen ist die ärztliche Beurteilung ihres Geschlechts beim Untersuch von grosser Bedeutung. Sehr genau hören sie Zwischentöne, weshalb es sich lohnt, auf die Wortwahl zu achten. Ob dann nichts dazu gesagt wird, oder ob das Geschlecht «normal» ist oder gar «prima», macht einen Unterschied.

Sinnesreize

Noch wichtiger als die Fremdbeurteilung ist das Erleben, dass sich dieses Geschlecht gut anfühlt. Frauen, die sich sexuell kompetent fühlen, haben ein besseres Körperbild und mehr sexuelles Begehren als Frauen, die Schwierigkeiten mit sexueller Erregung haben (9, 10). Die Fähigkeit zur sexuellen Erregung ist angeboren. Erkrankungen (Abb.2) können sie erschweren, oft jedoch ermöglichen Lernprozesse eine Anpassung an veränderte Lebensumstände. So lassen sich z. B. nach Vulvektomie über vaginale Stimulation neue Wege zum Orgasmus einüben (11). Viel öfter liegt sexueller Lustlosigkeit aber kein medizinisches Leiden zugrunde. Es genügt, dass die Frau ihr Potenzial an Erregbarkeit nicht voll nutzt. Besonders beim vaginalen Geschlechtsverkehr erleben rund 50% der Frauen Schwierigkeiten mit Erregung und Orgasmus (12, 13) – eine der häufigsten Ursachen für vermindertes Begehren. Glücklicherweise ist dies weniger genetisch als lerngeschichtlich bedingt (14, 15). Während klitonale Stimulation aufgrund der hohen Nervendichte und einfachen Zugänglichkeit oft schon im Kindesalter entdeckt und eingeübt wird, ist der Zugang zur Erregbarkeit der Vagina weniger selbstverständlich. Sie weist, anders als die Vulva, wenig Oberflächen-

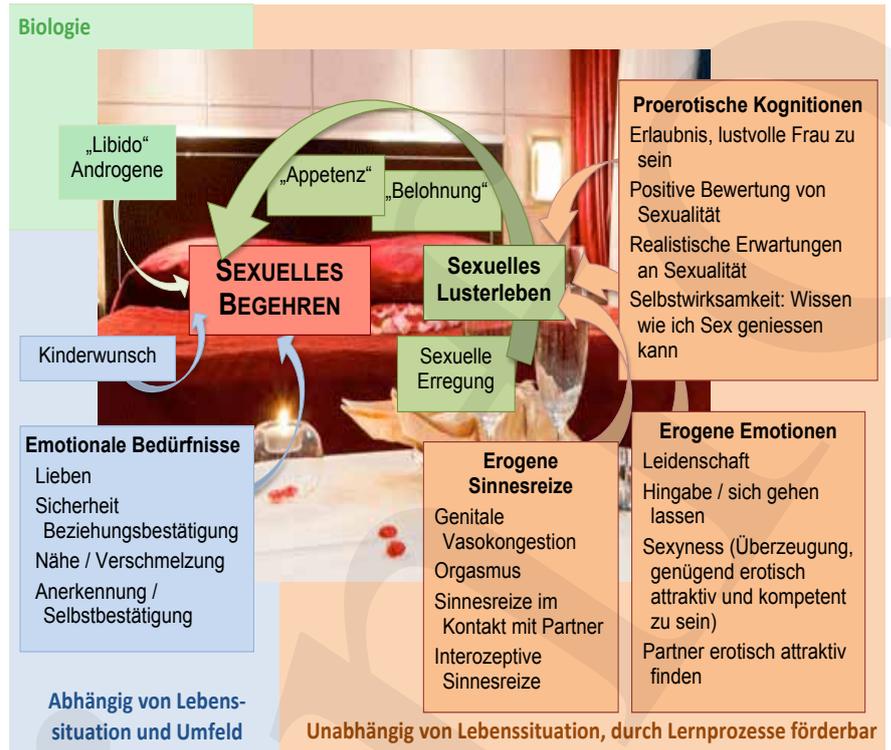


Abb. 1: Einige Faktoren, die sexuelles Begehren fördern

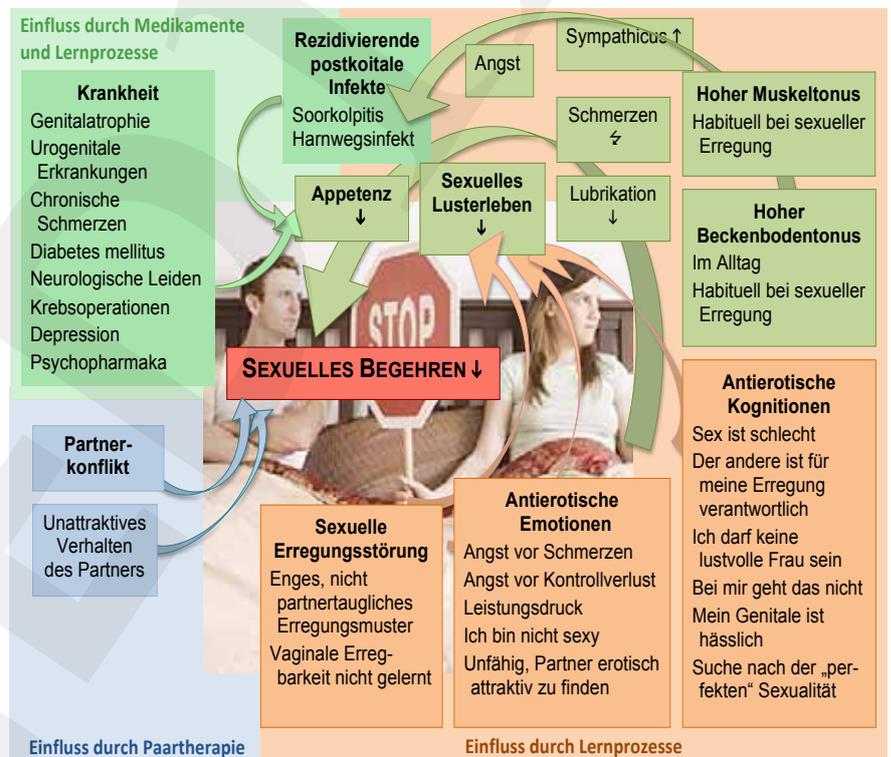


Abb. 2: Einige Faktoren, die sexuelles Begehren hemmen

sensibilität auf und reagiert somit kaum auf Reibung. Sie hat aber wie die umliegenden Gewebe Druck- und Dehnungsrezeptoren (16). Verstärkte Durchblutung bei Erregung löst ebenso Reize aus wie die Bewegung des Beckenbodens oder Druck und Dehnung, die z. B. der Penis beim Koitus verursacht. Insbesondere Vorderwand und Urethralregion besitzen eine erhöhte Nervendichte. Das

Wahrnehmen dieser zahlreichen Sinnesreize geschieht jedoch nicht automatisch sondern setzt Lernprozesse voraus, die kulturell kaum unterstützt werden. Zudem haben viele Frauen die Gewohnheit, in sexueller Erregung die Muskulatur unbewusst stark und anhaltend anzuspannen (17). Dies steigert zwar die Erregung, hemmt aber neurophysiologisch das Lusterleben und die Wahrnehmung der Vagina (7, 13). Auch können verminderte Lubrikation, Dyspareunie und urogenitale Infekte die Folge sein. Dyspareunie betrifft bis zu 20% aller Frauen! Bei postkoital rezidivierender Soorokolpitis oder Harnwegsinfekten sollte nach der Muskelspannung beim Sex gefragt werden – wird das vaginale Epithel beim Sex habituell mechanisch lädiert, nützt alle medikamentöse Prophylaxe nichts.

Beratung

Gegen vermindertes Begehren helfen Lernprozesse, die das Lusterleben fördern. Sensorisches Lernen – spüren und mit Erregung assoziieren – geschieht durch wiederholte Rezeptorstimulation, z.B. durch tägliche digitale Selbstexploration der Vulva und der Vagina (kann mit digitaler Östriolapplikation kombiniert werden (detailliert bei 18)). Damit die Aktivität nicht enttäuscht abgebrochen wird, soll zunächst Erregung nicht das Ziel sein sondern absichtsloses Spüren. Ist die Wahrnehmung deutlicher geworden, kann das Explorieren kombiniert werden mit der gewohnten Selbststimulation unter allmählicher Ausweitung des erregbaren Areal und Bereicherung des Stimulationsrituals. Langsames, bewusstes An- und Entspannen des Beckenbodens sowie Kreisen

oder Schaukelbewegungen des Beckens fördern genitale Vasokongestion und ermöglichen neben gesteigerter Wahrnehmung auch, sich selbstverantwortlich die Berührungen abzuholen, die die eigene Erregung unterstützen. In der Sexualtherapie setzen wir zudem Bauchatmung und weitere körperliche Techniken ein, um Gefühle des Loslassens und Geniessens zu unterstützen, sowie Partnerbezogene Interventionen. In der gynäkologischen Praxis können neben Informationsvermittlung und Schmerzvermeidung auch ohne sexologischen Ausbildungshintergrund einige hier beschriebenen Schritte zur Förderung des sinnlichen Lusterlebens angeregt werden.

Dr. med. Karoline Bischof

FMH Gynäkologie/Geburtshilfe
 Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP
 Klinische Sexologin (Institut Sexocorporel International)
 ZiSMed Zentrum für interdisziplinäre Sexologie und Medizin
 Minervastrasse 99, 8032 Zürich
 k.bischof@zismed.ch

+ Interessenkonflikt: Die Autorin hat keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

+ Literatur

am Online-Beitrag unter: www.medinfo-verlag.ch

Take-Home Message

- ◆ Rund 10% unserer Patientinnen haben vermindertes sexuelles Begehren, das ihnen Leidensdruck verursacht
- ◆ Lust auf Sex setzt Lust am Sex voraus – also eine Sexualität, die genossen werden kann
- ◆ Schmerzen schränken das lustvolle Erleben der Sexualität stark ein (wichtige Ursache von Lustlosigkeit)
- ◆ Östriol unterstützt als vaginale Prophylaxe von Dyspareunie (Menopause, Stillzeit, Aromatasehemmer) sexuelles Begehren. Andere Hormone und Medikamente können derzeit zur Behandlung von Lustlosigkeit nicht empfohlen werden
- ◆ Die Fähigkeit zur Erregungssteigerung bis zum Orgasmus wird durch Lernprozesse erworben, die kulturell nicht unterstützt werden. Daher haben 50% der Frauen Schwierigkeiten mit der Erregung, v.a. beim vaginalen Geschlechtsverkehr (wichtige Ursache von Lustlosigkeit)
- ◆ Die Gewohnheit, bei der Erregungssteigerung die Muskulatur andauernd stark anzuspannen, kann Lusterleben und Lubrikation einschränken bis hin zu Dyspareunie und rezidivierenden urogenitalen Infekten
- ◆ Übungen zur Steigerung des Lusterlebens: Bei sexueller Erregung den Körper, v.a. Becken und Beckenboden, in Bewegung halten; tiefe Bauchatmung; Erweiterung der erogenen Zonen in der Genitalregion durch regelmässige Selbstberührung von Vulva und Vagina

Messages à retenir

- ◆ Env. une patiente sur 10 souffre d'un manque de désir sexuel lui causant une souffrance.
- ◆ Le désir sexuel est fonction du plaisir sexuel – donc d'une sexualité qui est vécue comme plaisante.
- ◆ La douleur diminue fortement le plaisir pendant le sexe. Ceci représente une raison importante du manque de désir sexuel.
- ◆ Actuellement, on ne peut recommander aucun traitement hormonal voire médicamenteux pour le manque de désir sexuel.
- ◆ L'oestriol, en application locale vaginale, soutient le désir sexuel en prévenant la dyspareunie (à la ménopause, période d'allaitement, pendant un traitement aux inhibiteurs de l'aromatase).
- ◆ La capacité de s'exciter jusqu'à l'orgasme doit être acquise. Notre environnement socio-culturel n'y prête guère de conditions favorables. Env. le 50% des femmes peinent à être excitées, surtout lors de pénétration vaginale (ce qui représente également une raison importante du manque de désir sexuel).
- ◆ L'habitude de contracter, lors d'excitation sexuelle, en permanence la musculature du petit bassin, peut influencer négativement le plaisir sexuel et provoquer une dyspareunie voire des infections uro-gynécologiques à répétition.
- ◆ Des exercices favorables pour augmenter le plaisir sexuel sont: Pendant l'excitation sexuelle, garder son corps (surtout le bas ventre et le plancher pelvien) en mouvement et favoriser une respiration abdominale profonde. Et élargir ses zones érogènes dans la région génitale en s'exerçant par l'attouchement répété de la vulve et du vagin.

Literatur:

1. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, Graziottin A, Heiman JR, Laan E, Meston C, Schover L, van Lankveld J, Schultz WW. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1(1):40-8.
2. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril.* 2007;87(1):107-12.
3. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sex Med Rev* 2016; 4(2), 103-120.
4. Davis SR, Worsley R, Miller KK, Parish SJ, Santoro N. Androgens and female sexual function and dysfunction - Findings from the Fourth International Consultation of Sexual Medicine. *J Sex Med.* 2016;13(2):168-78.
5. Jaspers L, Feys F, Bramer WM, Franco OH, Leusink P, Laan ET (2016). Efficacy and safety of flibanserin for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in women: A systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine* 2016; 176(4): 453-462.
6. Kringelbach ML, Berridge KC. Towards a functional neuroanatomy of pleasure and happiness. *Trends Cogn Sci* 2009; 13:479-87.
7. Bischof K: Sexocorporel in the promotion of sexual pleasure. In Kontula O (Hrsg.), *Pleasure and Health (Proceedings of the Nordic Association for Clinical Sexology NACS)*. 2012; 59-68. Web: www.ziss.ch/veroeffentlichungen/
8. Esch T, Stefano GB (2005): *The Neurobiology of Love*. *Neuroendocrinol Lett* 2005; 26,3:175-92.
9. Woertman L, van den Brink F. Body Image and Female Sexual Functioning and Behavior: A Review. *J Sex Res* 2012; 49(2-3), 184-211.
10. Bischof-Campbell A: Zusammenhänge des sexuellen Erlebens von Frauen. Psychologische Fakultät Universität Zürich 2012; Unveröffentlichte Masterarbeit. Web: www.ziss.ch/veroeffentlichungen
11. Bischof K. Nervensache - praxisorientierte Neurophysiologie der weiblichen Sexualität. *Praxis* 2015;104(13):695-700.
12. Fugl-Meyer KS, Oberg K, Lundberg PO, Lewin B, Fugl-Meyer A: On orgasm, sexual techniques, and erotic perceptions in 18- to 74-year-old Swedish women. *J Sex Med* 2006; 3,1:56-68.
13. Bischof-Campbell A, Hilpert P, Bischof K, Kessler M, Burri AV. Body Movement During Arousal as a Predictor for Coital Orgasm in Women. *J Sex Med*, submitted for publication.
14. Burri AV, Cherkas L, Spector TD. Genetic and environmental influences on self-reported G-spots in women: a twin study. *J Sex Med.* 2010; 7: 1842-52.
15. Chivers ML, Seto MC, Lalumière ML, Laan E, Grimbos T. Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: a meta-analysis. *Arch Sex Behav.* 2010; 39: 5-56.
16. Salonia A, Giraldi A, Chivers ML, Georgiadis JR, Levin R, Maravilla KR, McCarthy MM. Physiology of women's sexual function: basic knowledge and new findings. *J Sex Med.* 2010; 7: 2637-2660.
17. Desjardins JY, Chatton D, Desjardins L, Tremblay M. Le sexocorporel. La compétence érotique à la portée de tous. In: M. El Feki (Hrsg.). *La sexothérapie: Quelle thérapie choisir en sexologie clinique?* 2. Aufl. Bruxelles; De Boeck: 2010. 63-103.
18. Bischof K. Orgasmusstörungen der Frau, in: Gehrig P, Bischof K (Hrsg.). *Leitfaden für Sexualmedizin in der ärztlichen Praxis*. Zürich; Pfizer: 2008. Web: www.ziss.ch/veroeffentlichungen