

Endometriose und Sexualität

Symptomatik und Bewältigungsstrategien

Endometriose-bedingte Unterbauchschmerzen, Dyspareunie und Erschöpfung beeinflussen die partnerschaftliche Sexualität. Daher sollte die medizinische Begleitung für beide Partner auch Unterstützung zur Gestaltung einer erfüllenden Sexualität umfassen.

BRIGITTE LEENERS¹, ALEXANDRA S. KOHL SCHWARTZ^{1,2}, KIRSTEN GERAEDTS¹, MONIKA WÖFLER³, STEFANIE VON ORELLI⁴, FELIX HÄBERLIN⁵, MARKUS EBERHARD⁶, PATRICK IMESCH⁷, DANIEL FINK⁷, BRUNO IMTHURN¹, MARTINA RAUCHFUSS⁸



Brigitte Leeners

Insgesamt sind 6–10% aller Frauen und 35–50% aller infertilen Frauen von einer Endometriose betroffen (1). Typische Lokalisationen der Endometrioseläsionen sind das Peritoneum, das Ovar und tiefer infiltrierende Herde, insbesondere im Douglasschen Raum (2). Ungefähr 50–70% der Frauen zeigen ausgeprägte Krankheitssymptome (3–5) wie eine Dysmenorrhö, Dyspareunie, chronische Unterbauchschmerzen, Fatigue und Infertilität (6). Ausserdem ist Endometriose mit psychischen Symptomen wie Depression und Angst – am ehesten als Folgeerscheinungen der Erkrankung – assoziiert (7). Derzeit zur Verfügung stehende Behandlungsoptionen führen meist zu kurzfristiger Beschwerdelinderung, jedoch kommt es in bis zu 50% zu einem erneuten Auftreten mit den entsprechenden Symptomen (8). Oftmals lassen sich Krankheitssymptome zwar reduzieren, nicht jedoch komplett beseitigen (9).

Sexualberatung als wichtige Komponente im Umgang mit Endometriose

Endometriose-assoziierte Symptome können zu einer deutlichen Reduktion der Lebensqualität insgesamt und der Sexualität führen (10–12), wobei nicht nur die Patientin selbst, sondern auch der Partner betroffen ist (13–15). Gleichzeitig sind Partner eine wich-

tige Ressource bei der Krankheitsbewältigung, und Zufriedenheit mit der Partnerschaft kann den Umgang mit der Endometriose positiv beeinflussen (16). Gemäss WHO umfasst sexuelle Gesundheit körperliches, emotionales, psychisches und soziales Wohlbefinden in Bezug auf Sexualität (World Health Organisation. WHO Rep. 2015: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/). Prävalenzen sexueller Störungen liegen bei Endometriosepatientinnen je nach verwendeter Definition zwischen 30 und 60% (4, 17). Sexuelle Zufriedenheit korreliert mit partnerschaftlicher Zufriedenheit und umgekehrt, sodass mit sexuellen Schwierigkeiten ein Teufelskreis entstehen kann, welcher über sexuelle Frustration zu einer Verschlechterung der Partnerschaft führt (18). Eine solche Entwicklung kann letztlich zu einer Beendigung der Partnerschaft führen (19). Dennoch umfassen heutige Betreuungskonzepte nach der Diagnose einer Endometriose oftmals keine Beratung zur Gestaltung einer erfüllenden Sexualität (4, 17). Insbesondere Partner betroffener Frauen werden derzeit kaum in die Betreuung mit einbezogen. Somit bleiben wertvolle Möglichkeiten, das Verständnis und den Umgang mit der Erkrankung zu verbessern, ungenutzt.

Der folgende Beitrag soll auf der Basis eigener Ergebnisse sowie der Literatur einen Überblick über Endometriose-bedingte Auswirkungen auf die partnerschaftliche Sexualität geben und Möglichkeiten zur Integration sexueller Aspekte in bisherige Betreuungskonzepte aufzeigen.

Merkmale

- **Endometriose-assoziierte Symptome**, insbesondere Unterbauchschmerzen, Dyspareunie und Erschöpfung (Fatigue) interferieren mit dem Sexualleben betroffener Paare.
- **Das Bedürfnis nach einem aktiven Sexualleben** wird durch die Diagnose einer Endometriose nicht verändert.
- **Eine Vielzahl von Möglichkeiten** zur Verbesserung der partnerschaftlichen Sexualität wird derzeit nicht genutzt.
- **Sexualität sollte nach Diagnose** einer Endometriose thematisiert, und Hilfestellungen zur Gestaltung einer erfüllenden partnerschaftlichen Sexualität sollten angeboten werden.
- **Partner sollten im Rahmen der medizinischen Unterstützung** mitberücksichtigt und über Symptome der Endometriose informiert werden.

¹ Universitätsspital Zürich, Klinik für Reproduktions-Endokrinologie, 8910 Zürich.

² Universitätsspital Bern, Frauenklinik Inselspital, Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, 3010 Bern.

³ Medizinische Universität Graz, Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, A-8036 Graz.

⁴ Stadtspital Triemli, 8036 Zürich.

⁵ Kantonsspital St. Gallen, 9007 St. Gallen.

⁶ Kantonsspital Schaffhausen, 8208 Schaffhausen.

⁷ Universitätsspital Zürich, Klinik für Gynäkologie, 8910 Zürich.

⁸ Charité Berlin, Psychosomatische Klinik, D-10117 Berlin.

Parameter	ASRM I	ASRM II	ASRM III	ASRM IV	Total	Kontroll	P-Wert
Nb	68 16,2%	90 21,4%	130 30,9%	133 31,5%	421	421	–
Partner	82,4%	78,9%	73,2%	76,7%	78,9%	77,3%	.8023
Wichtigkeit Sexualität	81,7%	76,9%	52,3%	65,5%	67,7%	73,4%	.1920
Sexuelle Aktivität im letzten Monat	67,7%	69,3%	67,5%	70,3%	68,6%	74,9%	.0704

Tabelle: Sexualität bei Frauen mit Endometriose und Kontrollprobandinnen

Eigene Untersuchungsergebnisse zur Lebensqualität bei Endometriose

Zwischen 2010 und 2016 haben wir eine multizentrische Case-control-Studie zur Lebensqualität bei Endometriose im deutschsprachigen Raum durchgeführt, in der unter anderem die Sexualität aus weiblicher und männlicher Perspektive als ein Aspekt der Lebensqualität untersucht wurde. Patientinnen und Kontrollprobandinnen wurden in der Schweiz, in Deutschland und in Österreich rekrutiert und in Bezug auf Alter und Nationalität für die Studie «gematcht». Folgende Kliniken waren an der Rekrutierung beteiligt: Universitätsspital Zürich, Triemli Spital Zürich, Kantonsspitaler in Schaffhausen, Solothurn, St. Gallen, Winterthur, Baden und Walenstadt, ferner Charité Berlin, Vivantes Humboldt Krankenhaus Berlin, Frauenklinik RWTH Aachen, Albertinen Krankenhaus Hamburg sowie die Universitätsklinik Graz. Sämtliche Diagnosen wurden anhand der medizinischen Akten verifiziert und auf der Basis der Operationsberichte nach Kriterien der rASRM (revised classification American Society of Reproductive Medicine) durch eine Mitarbeiterin des Forschungsteams (AKS) einem Endometriosestadium zugeordnet.

Der von Endometriosepatientinnen und Kontrollprobandinnen ausgefüllte Fragebogen umfasst neben sozioepidemiologischen Themen Fragen zur allgemeinen und gynäkologisch-geburtshilflichen Vorgeschichte, zu Endometriose und assoziierten Krankheitssymptomen, zu Ressourcen, Berufstätigkeit, Kindheitserfahrungen, Partnerschaft, Sexualität, Angst/Depressionen und zur Zufriedenheit mit der medizinischen Betreuung. Zur Exploration der Sexualität wurden Auszüge des «Brief Index of Sexual Functioning» und der «Sexual History Form» als international anerkannte, validierte Fragebögen eingesetzt.

Die vorgestellten Ergebnisse basieren auf einer Auswertung der Daten von 421 «Case-control-Paaren». Die Tabelle zeigt den Anteil der sexuell aktiven Endometriose- und Kontrollprobandinnen, welche in

fester Partnerschaft leben und Sexualität als wichtig oder sehr wichtig für ihre Lebensqualität erachten.

Endometriose und Partnerschaft

Entgegen unseren Erwartungen sind Endometriosepatientinnen genauso häufig wie Frauen ohne Endometriose in einer festen Partnerschaft (Tabelle). Auch das Endometriosestadium zeigt keine Korrelation zur Häufigkeit einer festen Partnerschaft. Damit besteht in unserem Kollektiv kein Hinweis darauf, dass eine Endometriose generell oder in Abhängigkeit zum Krankheitsstadium gehäuft zu Trennungen führt. Erfahrungsbereichte Betroffener zeigen jedoch, dass Krankheitssymptome der Endometriose durch die Auswirkungen auf den Alltag zu Konfliktsituationen führen können, welche die Partnerschaft belasten.

Endometriose und Bedeutung der Sexualität

Obwohl sexuelle Möglichkeiten durch die Endometriose eingeschränkt sein können, wurde Sexualität von Frauen mit und ohne Endometriose als gleich wichtig für eine Partnerschaft eingeschätzt (Tabelle). Dies zeigt, dass Sexualität ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität ist und die medizinische Begleitung daher Unterstützungsangebote zur Gestaltung eines erfüllenden Sexuallebens umfassen sollte.

Endometriose und Frequenz sexueller Kontakte

Die sexuelle Aktivität wurde für den der Studie vorangehenden Monat erfasst. Kontrollprobandinnen gaben tendenziell häufiger einen sexuellen Kontakt an (Tabelle). In Abbildung 1 sind die Häufigkeiten verschiedener sexueller Aktivitäten bei Endometriosepatientinnen und bei Kontrollprobandinnen zusammengestellt. Frauen mit Endometriose gaben geringere Häufigkeiten in Bezug auf Petting/Vorspiel sowie in Bezug auf Geschlechtsverkehr an. Auch Ergebnisse anderer Forschergruppen fanden eine niedrigere Frequenz von Geschlechtsverkehr bei Frauen mit Endometriose (20). Insbesondere Frauen mit tief infiltrierender Endometriose müssen einen Geschlechtsverkehr häufiger aufgrund von Schmerzen vorzeitig beenden (4). Dies ist wahrscheinlich vor allem auf Dyspareunie zurückzuführen. Nach unseren Ergebnissen weichen Paare nicht auf schmerzfreie sexuelle Möglichkeiten aus, wenn Geschlechtsverkehr problematisch oder nicht möglich ist. Eine Unterbrechung eines sexuellen Kontaktes aufgrund eines Störfaktors birgt immer das Risiko, dass der Kontakt nicht an die aktuellen Voraussetzungen angepasst, sondern abgebrochen wird, was die Wahrscheinlichkeit für eine (sexuell) frustrierende Situation erhöht. Eine Häufung solcher Situationen resultiert klassischerweise in einer Vermeidungshaltung – das heisst, sexuelle Kontakte werden unter anderem aufgrund des erhöhten Risikos für eine erneute frustrierende Erfahrung weniger und weniger initiiert. Damit

bleiben wertvolle Möglichkeiten eines erfüllten Sexuallebens ungenutzt. Erfahrungsgemäss ist es für Paare – nicht nur im Zusammenhang mit Endometriose – eine Herausforderung, sexuelle Techniken an körperliche Möglichkeiten anzupassen. Dies erfordert einen konstruktiven Umgang mit Krankheitssymptomen und eine offene Kommunikation über das aktuelle Befinden und die sexuellen Bedürfnisse. Oftmals ist Kreativität gefragt, um adäquate Lösungen zu finden. Eine unzureichende Kommunikation ist jedoch auch bei Paaren ohne Endometriose eine der Hauptursachen sexueller Störungen. Statt Lösungen zu suchen, werden nicht nur die sexuellen Aktivitäten, die schwierig oder nicht möglich sind, sondern wird die Sexualität generell vermieden.

Hier kann eine Sexualberatung und Unterstützung des Paares im konstruktiven Umgang mit Anpassungen eines sexuellen Kontaktes an aktuelle körperliche Rahmenbedingungen wertvolle Hilfestellungen im Sinn der Gestaltung einer erfüllenden Sexualität geben. Da nach unseren Ergebnissen Frauen mit Endometriose kein geringeres Interesse an sexuellen Aktivitäten als Frauen ohne diese Erkrankung zeigen, sollte eine Sexualberatung und wenn indiziert eine Sexualtherapie folglich ein standardisierter Bestandteil der medizinischen Betreuung sein.

Endometriose und Dyspareunie

Eine Dyspareunie liegt bei Endometriosepatientinnen zehnmal häufiger als bei gesunden Frauen vor, wobei diese bei Stellungen mit potenziell tiefer Penetration besonders ausgeprägt ist (20, 21). Erschwerend kommt hinzu, dass die Schmerzerfahrung bei sexuellen Kontakten und zu einem späteren Zeitpunkt auch die Erwartung von Schmerzen zu einer zunehmenden Anspannung des Beckenbodens (d.h. zu einem Vaginismus) führen kann. Eine solche Anspannung begünstigt das Auftreten von Schmerzen, sodass sich Symptome und Reaktionen auf diese Symptome in eine ungünstige Richtung verstärken. *Abbildung 2* gibt eine Übersicht über die Häufigkeit einer Dyspareunie in unserem Untersuchungskollektiv. Unabhängig von der konkreten Ursache führen chronische Unterbauchschmerzen zu einer signifikanten Reduktion der sexuellen Zufriedenheit und zu mehr sexuellen Problemen als bei jedem anderen chronischen Schmerz. Dabei werden die Auswirkungen der Unterbauchschmerzen auf die Sexualität stark von weiteren Symptomen der Endometriose, insbesondere von Angst und Depression, beeinflusst (11).

Kinderwunsch als Motivation für Geschlechtsverkehr und Auswirkungen einer Infertilität

Infolge einer Endometriose kommt es gehäuft zu einer Infertilität und zu Fehlgeburten (22). *Abbildung 3* zeigt die Häufigkeit, mit der Frauen aufgrund eines Kinderwunsches Geschlechtsverkehr praktizieren,

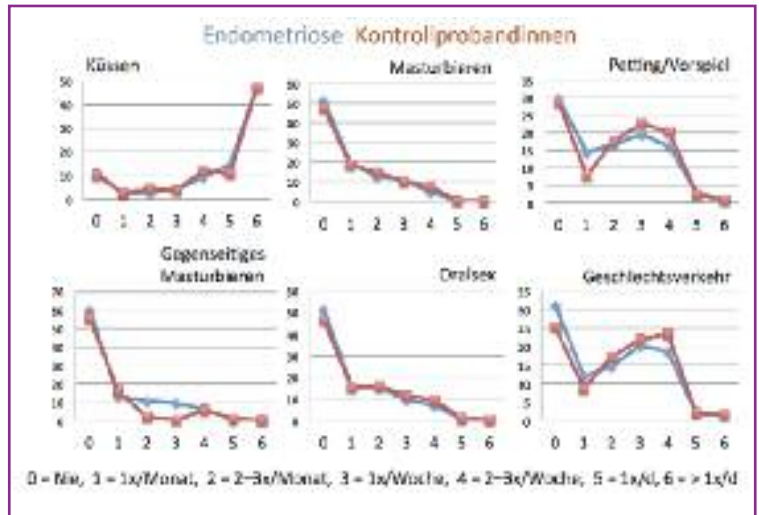


Abbildung 1: Häufigkeit sexueller Aktivitäten

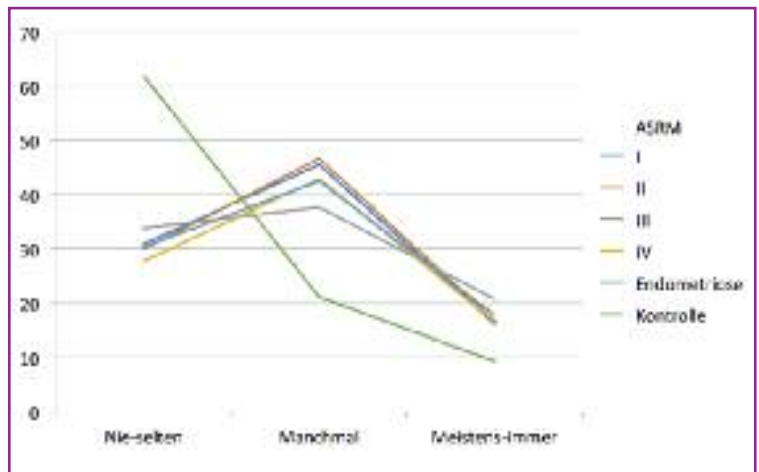


Abbildung 2: Häufigkeit Dyspareunie

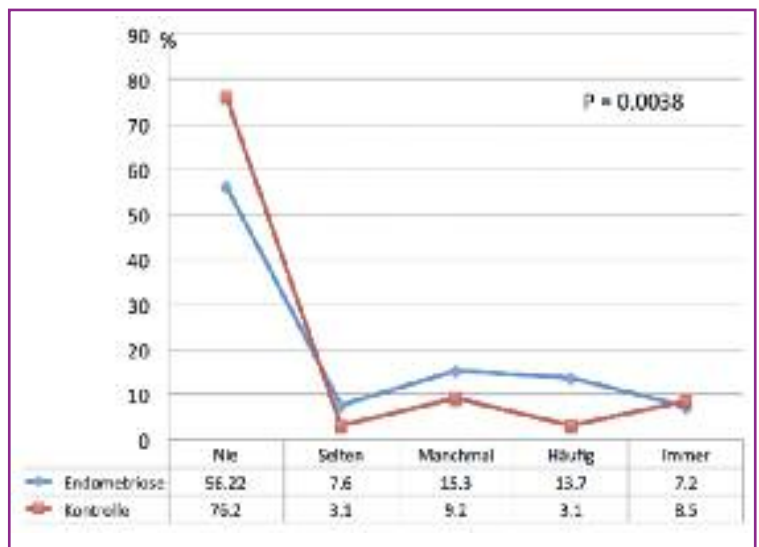


Abbildung 3: Geschlechtsverkehr trotz Schmerzen aufgrund eines Kinderwunsches

obwohl sie dabei unter einer Dyspareunie leiden. Unsere Ergebnisse zeigen auf, dass zirka 20% der betroffenen Frauen unabhängig vom Endometriosestadium, aber auch 10% der Kontrollprobandinnen häufig, also «meistens» bis «immer», Geschlechtsverkehr trotz Dyspareunie haben. Damit führt Kinderwunsch auch in Kenntnis der möglicherweise reduzierten Fruchtbarkeit zu einer hohen Motivation, trotz ausgeprägter Schmerzen Geschlechtsverkehr zu haben.

Umgekehrt kann das Ausbleiben einer erwünschten Schwangerschaft bei beiden Partnern zu einem Libidoverlust, einer Reduktion des sexuellen Selbstwertgefühls, Partnerschaftskonflikten und einer höheren Unzufriedenheit mit der Partnerschaft führen (23).

Endometriose und psychosoziale Einflussfaktoren

Endometriose kann mit Schuldgefühlen aufgrund sexueller Einschränkungen einhergehen (4, 24). Den Partnern ist teilweise nicht bewusst, wie ausgeprägt und persistierend Endometriose-assoziierte Schmerzen und andere Krankheitssymptome sein können (25). Durch fehlende Kenntnis der Erkrankung und ihrer Symptome werden Missverständnisse, Fehleinschätzungen und daraus resultierende Konflikte begünstigt. Betroffene Frauen schätzen das Risiko für sexuelle Aussenbeziehungen des Partners als erhöht ein, wenn ihre eigenen sexuellen Möglichkeiten aufgrund von Schmerzen eingeschränkt sind (26).

Hinzu kommen allgemeine Rahmenbedingungen wie beispielsweise ein sozialer Rückzug infolge der nicht vorhersehbaren und damit nicht planbaren Endometriose-bedingten Schmerzen, welche die Partnerschaft belasten und damit die Voraussetzungen für ein erfüllendes Sexualeben verschlechtern.

Endometriose und Müdigkeit/ körperliche Erschöpfung

Auch die mit einer Endometriose verknüpfte Müdigkeit und Erschöpfung stellt einen erschwerenden Faktor eines aktiven Sexualebens dar. Hier können einfache Hinweise, wie das bewusste Planen sexueller Kontakte zu Tages- oder Abendzeiten, welche seltener oder auch in einem geringeren Ausmass durch die Fatigue geprägt sind, günstigere Voraussetzungen schaffen.

Auswirkungen medikamentöser Therapien

Medikamentöse Behandlungsoptionen der Endometriose umfassen häufig eine Reduktion des Östrogenspiegels mit dem Ziel, das Wachstum von Endometriosezellen zu reduzieren. Da Östrogen massgeblich an der Vaskularisation, Lubrikation, Elastizität, Innervation und Belastungsfähigkeit der Vaginalwand beteiligt ist, führt eine solche Reduktion zu ungünstigen Voraussetzungen für sexuelle Kontakte. Hier muss im Einzelfall geprüft werden, ob

Gleitmittel, idealerweise auf Silikon- oder Wasserbasis, symptomatisch eingesetzt werden sollen oder die Gabe eines niedrigst dosierten lokalen Östriolpräparates vertretbar ist.

Erfahrungen männlicher Partner von Frauen mit Endometriose

Die wenigen zur Verfügung stehenden Studien zeigen ein geringeres sexuelles Interesse, eine reduzierte Frequenz sexueller Aktivitäten und eine geringere sexuelle Zufriedenheit bei Partnern von Endometriosepatientinnen (4, 27, 28), jedoch gibt es auch gegenteilige Ergebnisse: Eine neuere Untersuchung konnte keine Unterschiede in Bezug auf Erregung, Orgasmus, Geschlechtsverkehr und Gesamtzufriedenheit zwischen Partnern von Frauen mit Endometriose und Partnern von gesunden Frauen aufzeigen (29).

Da Männer die sexuellen Schwierigkeiten ihrer (von Endometriose betroffenen) Partnerinnen unterschätzen (30) und Männer tendenziell höhere Frequenzen sexueller Kontakte als Frauen anstreben, besteht bei körperlichen Einschränkungen ein erhöhtes Risiko für partnerschaftliche Konflikte und sexuelle Unzufriedenheit. Auch hier kann eine Sexualberatung und insbesondere eine Integration des Partners in die medizinische Betreuung wertvolle Hilfestellungen bieten.

Verbesserung bestehender Unterstützungskonzepte

Die vorgestellten Ergebnisse machen deutlich, dass ein adäquates Schmerzmanagement auch in Bezug auf die Sexualität ein wichtiges Element der Endometriose-therapie ist.

Im Rahmen einer an beide Partner gerichteten Sexualberatung sollten Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie Sexualität vor dem Hintergrund einer Endometriose gestaltet werden kann. Dabei müsste besonders die Wichtigkeit einer offenen konstruktiven Kommunikation aufgezeigt werden. Reicht dies nicht aus, so sollte grosszügig an eine(n) SexualtherapeutIn überwiesen werden. ■

Prof. Dr. med. Brigitte Leeners
(Korrespondenzadresse)
E-Mail: Brigitte.Leeners@usz.ch

Klinik für Reproduktions-Endokrinologie
Universitätsspital Zürich
8091 Zürich

Quellen:

- Giudice LC, Kao LC.: Endometriosis. *Lancet*. 200; 364(9447): 1789-1799.
- Nisenblatt V, Prentice L, Bossuyt PMM, Farquhar C, Hull ML, Johnson N.: Combination of the non-invasive tests for the diagnosis of endometriosis. *Cochrane Gynaecology and Fertility Group, editor. Cochrane Database Syst Rev.*; 2016 Jul 13; 7(2): CD012281.
- Eskenazi B, Warner ML.: Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1997; 24(2): 235-258.
- Fritzer N, Haas D, Oppelt P, Renner S, Hornung D, Wölfli M, et al.: More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013 Jul; 169(2): 392-396.

5. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P.: Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2004; 18(2): 177–200.
6. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, et al.: ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction.* 2005; 26:2698–2704.
7. Sepulcri R de P, do Amaral VF.: Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009; 142(1): 53–56.
8. Guo S-W.: Recurrence of endometriosis and its control. *Hum Reprod Update.* Oxford University Press; 2009; 15(4): 441–461.
9. Garry R.: The effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2004; 16(4): 299–303.
10. Leroy A, Azais H, Garabedian C, Bregegere S, Rubod C, Collier F.: Psychology and sexology are essential, from diagnosis to comprehensive care of endometriosis. *Gynecol Obstet Fertil.* 2016; 44(6): 363–367.
11. Tripoli TMT, Sato HH, Sartori MGM, de Araujo FFF, Girão MJBCM, Schor EE.: Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med.* 2011; 8(2): 497–503.
12. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S.: The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2004; 25(2): 123–133.
13. Kuyper MB, Wester F.: In the shadow: the impact of chronic illness on the patient's partner. *Qual Health Res.* 1998; 8(2): 237–253.
14. Söderberg S, Strand M, Haapala M, Lundman B.: Living with a woman with fibromyalgia from the perspective of the husband. *J Adv Nurs.* 2003; 42(2): 143–150.
15. Maughan K, Heyman B, Matthews M.: In the shadow of risk. How men cope with a partner's gynaecological cancer. *Int J Nurs Stud.* 2002; 39(1): 27–34.
16. Strzempko Butt F, Chesla C.: Relational patterns of couples living with chronic pelvic pain from endometriosis. *Qual Health Res.* 2nd ed. 2007; 17(5): 571–585.
17. Di Donato N, Montanari G, Benfenati A, et al.: Do women with endometriosis have to worry about sex? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014; 179: 69–74.
18. Hurlbert DF, Apt C, Rabehl SM.: Key variables to understanding female sexual satisfaction: an examination of women in nondistressed marriages. *J Sex Marital Ther.* 1993; 19(2): 154–165.
19. Denny E.: Women's experience of endometriosis. *J Adv Nurs.* Blackwell Science Ltd; 2004; 46(6): 641–648.
20. Denny E, Mann CH.: Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2007; 33(3): 189–193.
21. Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT.: Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study – Part 1. *BJOG;* 2008; 115(11): 1382–1391.
22. Kohl Schwartz AS, Wöfler MM, Mitter V, Rauchfuss M, Haeberlin F, Eberhard M, et al.: Endometriosis, especially mild disease: a risk factor for miscarriages. *Fertil Steril.* 2017; 108(5): 806–814.e2.
23. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ.: Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *J Health Soc Behav.* 1991; 32(3): 238–253.
24. Leeners B, Imthurn B.: Psychosomatic aspects of endometriosis – current state of scientific knowledge and clinical experience. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch.* 2007; 47(3): 132–139.
25. Seear K.: The etiquette of endometriosis: stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay. *Soc Sci Med.* 2009; 69(8): 1220–1227.
26. Elmerstig E, Wijma B, Berterö C.: Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain? *J Adolesc Health.* 2008; 43(4): 357–363.
27. Fernandez J, Reid C, Dziurawiec S.: Living with endometriosis: the perspective of male partners. *J Psychosom Res.* 2006; 61(4): 433–438.
28. Wagner G, Fugl-Meyer KS, Fugl-Meyer AR.: Impact of erectile dysfunction on quality of life: patient and partner perspectives. *Int J Impot Res.* 2000; 12 Suppl 4: S144–146.
29. De Graaff AA, Van Lankveld J, Smits LJ, Van Beek JJ, Dunselman GAJ.: Dyspareunia and depressive symptoms are associated with impaired sexual functioning in women with endometriosis, whereas sexual functioning in their male partners is not affected. *Human Reproduction.* 2016; 31(11): 2577–2586.
30. Frank E, Anderson C, Rubinstein D.: Frequency of sexual dysfunction in «normal» couples. *New England Journal of Medicine.* 1978; 20; 299(3): 111–115.