



Junge Frau mit primärer, situativer Erregungsstörung

Cornelia Friedrich, Prof. Dr. med. Hans-Joachim Ahrendt

Die Patientin ist angespannt und kann sich nicht fallen lassen

Eine 25-jährige Studentin stellt sich in der gynäkologischen Routine-Sprechstunde zur Krebsvorsorge und wegen eines neuen Pillenrezeptes vor. Dabei fällt auf, dass die Untersuchung nur sehr schwer möglich ist, weil die Patientin stark angespannt ist und es ihr trotz Zuredens nicht gelingt, sich fallen zu lassen. Die Untersuchung wird daraufhin abgebrochen und es folgt ein ausführliches Gespräch.

Darauf angesprochen, ob es ihr beim Geschlechtsverkehr ähnlich gehe, bricht sie in Tränen aus. Sie sei seit 2 Jahren mit ihrem Freund zusammen und fühle sich sehr wohl mit ihm. Das Kuscheln und Schmusen wären für sie das Schönste. Sie sei dann auch jedes Mal sehr erregt und wünsche sich, mit ihm zu schlafen.

Die sexuelle Erregung lässt schnell nach

Ab einem bestimmten Punkt des sexuellen Spiels gehe die Erregung jedoch ganz schnell zurück und sie würde am liebsten alle weiteren sexuellen Aktivitäten abbrechen. Lässt sie es dennoch zu, dass es weitergeht und es zum Koitus kommt, würde ihr das im Bereich des Introitus vaginae wehtun. Am Anfang waren die Schmerzen nur sehr leicht. Jetzt würde sie nach und nach merken, dass sie dabei noch mehr verkrampft und es nur ihm zuliebe ertragen würde.

Mit ihrem Freund hat sie schon darüber geredet. Er hat großes Verständnis für sie, ist sehr rücksichtsvoll, akzeptiert ihre Bedürfnisse und sie fühlt sich von ihm angenommen und geliebt. Sie hätten schon Mehreres probiert, wie etwa Gleitgele, längeres Vorspiel oder Stellungswechsel, aber es hätte nicht viel geholfen.

Diese Probleme gäbe es von Anfang an in der Partnerschaft und auch frühere Beziehungen habe sie unter anderem deshalb beendet.

Auf Nachfrage gibt sie an, dass es bei der Selbstbefriedigung keine Probleme gäbe und sie dabei regelmäßig zum Orgasmus käme.

Sexualanamnese

Die Patientin wird daraufhin zu einem neuen Termin einbestellt, an dem mehr Zeit zur Verfügung steht. Jetzt erfolgt eine ausführlichere Sexualanamnese, bei der folgende Diagnose gestellt wird: primäre, situative Erregungsstörung.

Erregungsstörungen mit Dyspareunie

Erregungsstörungen kommen selten isoliert vor. Auch bei der vorgestellten Patientin ist die Erregungsstörung mit einer primären Dyspareunie als weitere Sexualstörung verbunden. Eine Dyspareunie kann psychische Ursachen haben oder auch organopathologisch bedingt sein.

Psychisch bedingte Dyspareunie

Zu den psychischen Ursachen gehören z. B. Sexualängste, phobische und sexuelle aversive Reaktionen, Schuldgefühle, Partnerschaftskonflikte, negative Erfahrungen, sexualfeindliche Erziehung und sexuelle Traumata.

Organopathologisch bedingte Dyspareunie

Bei den organopathologisch bedingten Ursachen unterscheidet man je nach Ursache und Therapie eine äußere und eine innere Dyspareunie.

Äußere Dyspareunie: Schmerzen im Bereich der Vulva, des Introitus vaginae und der Scheide

Die Patientin gibt dabei besonders Schmerzen beim Eindringen des Penis in die Scheide oder während des Sexualverkehrs in der Scheide an (als Brennen, Stechen, Ziehen, Druckgefühl). Dies kann meist leicht durch gynäkologische Diagnostik, einschließlich Mikrobiologie u. a., geklärt werden.

Folgende Erkrankungen können eine äußere Dyspareunie bedingen:

- Trockenheit der Scheide
- Vulvovestibulitis-Syndrom, Vulvitis, Vulvovaginitis, Bartholin-Zyste
- Interstitielle Zystitis, Urethritis
- Dermatologische Erkrankungen, Kondylome, Ekzeme
- Epitheliale Defekte, Episiotomie-Narbe
- Veränderungen nach gynäkologischer OP oder Radiatio: verkürzte Scheide, Stenose der Scheide
- Anatomische Variationen: enge Scheide, Vaginalseptum, Hymenalreste, Probleme mit der Penisgröße

Die Dyspareunie bei Frauen in der Peri- und Postmenopause wird meist durch eine östrogenbedingte Trockenheit der Scheide verursacht, gegebenenfalls sekundär begleitet von einer Vulvovaginitis.

Innere Dyspareunie: Schmerzen im Bauchraum

Schmerzen im Bauchraum sind durch das Anstoßen des Penis an die Portio vaginalis uteri und das nachfolgende »Hochschieben« des Uterus bedingt. Diese Schmerzen sind durchaus als »physiologisch« anzusehen, wenn sie nur in einigen wenigen sexuellen Stellungen auftreten. Treten diese Schmerzen permanent auf, können sie durch akute oder chronische Krankheiten bedingt sein und müssen durch eine übliche Organdiagnostik (Palpation, Sonografie, Pelviskopie u. a.) abgeklärt werden:

- Endometriose
- Adhäsionen
- Ovarialtumoren, Uterus myomatosus
- Adnexitis, Appendizitis
- Retroflexio uteri fixata
- Gynäkologische Karzinome
- Colon irritabile u. a.

! Folge und Ursache einer Dyspareunie kann ein Vaginismus sein. !

Ausführliche Befragung der Patientin

Die Patientin wird zu diesen Punkten ausführlich befragt und gibt an, dass sie als 14-Jährige einmal einen fast an sexuellen Missbrauch grenzenden Übergriff durch ältere Jugendliche an ihrer Schule erlebt habe. Sie habe den Vorfall verarbeitet, indem sie viel mit anderen darüber gesprochen und auch ihrem Freund am Anfang der Beziehung davon erzählt habe. Eine Psychotherapie wurde ihr damals nicht angeboten und die würde sie jetzt nicht wünschen.

Die Patientin entschließt sich zu einer Sexualtherapie

Mir ihr werden weitere Termine vereinbart, an denen ihr Partner sie begleitet. Beide entschließen sich für eine Sexualtherapie.

Sie lernt im Laufe der Zeit, dass sie ihrem Freund vertrauen kann, dass es schön ist, ihm körperlich sehr nahe zu kommen, dass er ihr Sicherheit gibt und sie jederzeit die körperlichen Annäherungen abbrechen könnte. Es bereitet beiden Freude, sich gegenseitig zu verwöhnen, sich auf diese Art neu kennenzulernen, sich zu genießen und nach und nach einen Schritt weiterzugehen. Um die Angst vor Schmerzen zu nehmen, wird beiden empfohlen, wenigstens anfänglich ein zusätzliches Gleitgel zu benutzen.

Eine solche Therapie erfordert zuweilen sehr viel Zeit und Geduld, sowohl von dem betroffenen Paar als auch vom Therapeuten. Die Gespräche finden regelmäßig in einer gesonderten Sprechstunde, außerhalb der gynäkologischen Routine-Sprechstunde statt.

Nicht selten kommt es zu Rückschritten, die besprochen und überwunden werden können. Dem Paar ist bewusst zu machen, dass es wichtig ist, über eventuelle Schwierigkeiten zu reden und diese nicht als persönliche Kränkung aufzufassen.

Glücklich sein mit der eigenen Sexualität

Sie lernen also beide, sich sowohl verbal als auch körperlich besser zu verstehen. Das Ziel am Ende ist es, dass das Paar nach seiner eigenen Definition mit seiner Sexualität glücklich ist.

Zu den Autoren

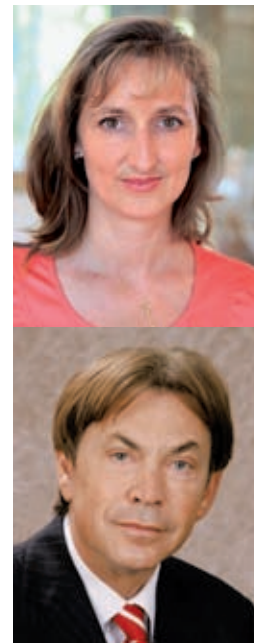
Cornelia Friedrich

Frau Friedrich studierte Medizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und legte 2004 ihre Facharztprüfung Frauenheilkunde und Geburtshilfe ab. Seit April 2005 ist sie in eigener Praxis mit den Schwerpunkten Teenagersprechstunde, Sexualmedizin und -therapie tätig.

Von 2006 bis 2008 bildete sie sich Curricular-fundiert im Fach Sexualmedizin am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin fort.

Prof. Dr. med. Hans-Joachim Ahrendt

Herr Prof. Ahrendt ist Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Gesellschaften und Arbeitsgruppen, Leiter zahlreicher klinischen Studien sowie stellvertretender Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V. in Sachsen-Anhalt. Neben seiner praktischen und wissenschaftlichen Tätigkeit in seiner Praxis und der Universität in Magdeburg engagiert er sich sehr in der Aus- und Weiterbildung. Seine persönlichen Interessenschwerpunkte sind die hormonale Kontrazeption und Familienplanung, Hormonersatztherapie, das Klimakterium sowie Fragestellungen der Sexualmedizin.



Kontaktadresse:
Cornelia Friedrich
Prof. Dr. med.
Hans-Joachim Ahrendt
Zentrum für sexuelle
Gesundheit
Halberstädter Straße 122
39112 Magdeburg