

Libidostörungen bei der Frau

Teil 2: Betreuung in der Praxis

Troubles de la libido chez la femme

2^e partie: prise en charge pratique

Johannes Bitzer

Quintessenz

- Die Betreuung von Patientinnen mit Störung der Libido sollte einem strukturierten Prozess mit definierten Phasen folgen: Klärung mit Erarbeitung eines gemeinsamen Störungsmodells, gemeinsame Definition von Behandlungszielen, Entwicklung eines Lösungsplanes, Umsetzung in die Praxis.
- Die gemeinsamen Merkmale dieses Prozesses sind: Die Patientin ist aktive Partnerin, die Kommunikation ist patientinnen- bzw. paarzentriert und es findet ein Lernprozess statt.
- Bei der Therapie unterscheiden wir unspezifische und spezifische Interventionen. Unspezifische Interventionen sind Psychoedukation, Ratschläge zur allgemeinen Lebensführung, Stressbewältigungstraining.
- Spezifische Interventionen umfassen Hormontherapien, kognitive Techniken, paartherapeutische Sitzungen, sexualtherapeutische, körperbezogene Interventionen im engeren Sinne.

Quintessence

- *La prise en charge de patientes présentant un trouble de leur libido devrait être structurée, avec des phases bien définies: explication et élaboration d'un modèle commun de trouble, définition commune des objectifs thérapeutiques, application pratique.*
- *Les caractéristiques de ce processus sont: la patiente est une partenaire active, la communication est axée sur la patiente ou son couple et il y a un processus d'apprentissage.*
- *Dans le traitement, nous faisons la distinction entre interventions non spécifiques et spécifiques. Les interventions non spécifiques sont psychoéducation, conseils de gestion de la vie en général, training de la maîtrise du stress.*
- *Les interventions spécifiques sont hormonothérapies, techniques cognitives, traitement de couple, interventions sexologiques thérapeutiques et physiques au sens propre du terme.*



CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 1016 oder im Internet unter www.smf-cme.ch

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 1018 ou sur internet sous www.smf-cme.ch

- Die beschriebenen Merkmale der Libidostörung machen es erforderlich, dass die Praktikerin, der Praktiker über ein strukturiertes Klärungs- und Behandlungskonzept verfügt. Nach unserer Erfahrung bewährt es sich, die Betreuung dieser Patientinnen in verschiedene Phasen einzuteilen:
- Klärungsphase mit Erarbeitung eines gemeinsamen Störungsmodells.
 - Gemeinsame Definition von Behandlungszielen.
 - Erarbeitung eines Lösungsplanes.
 - Umsetzung in die Praxis.

Allen Phasen gemeinsam sind folgende Merkmale:

- Die Patientin ist aktive Partnerin.
- Die Kommunikation ist patientinnenzentriert.
- Es findet ein Lernprozess statt.

Schritt 1: Die Erfassung und Beschreibung der Symptomatik

Die Patientin wird zunächst eingeladen, ihre sexuelle Geschichte zu erzählen.

«Erzählen Sie mir über Ihr Problem, was Sie bedrückt und über alles, was Ihrer Meinung nach damit im Zusammenhang steht.»

Das Narrativ dient dazu, die wichtigsten Kernbotschaften im Sinne einer dynamischen Erzählung zu erfassen: Die Abfolge der Symptome, der Kontext, das subjektive Leiden, die ersten Bewertungen. Im Narrativ geht es auch darum, die subjektive Bedeutung von Sexualität zu erfahren.

- Sexualität als Wunsch nach Lusterleben und Lusterfüllung.
- Sexualität als emotionales Bedürfnis nach Intimität und Nähe.
- Sexualität als Teil eines Kinderwunsches oder eines Wunsches nach Fortpflanzung.

Danach kommen die gezielten Fragen, die dazu dienen, eine deskriptive Diagnose zu erstellen: Worauf ging die Lust verloren? Bezieht sich der Lust/Verlust auf:

- Sexuelle Phantasien und Tagträume?
- Masturbation?
- Austausch von Zärtlichkeiten mit gegenseitigem Berühren und Streicheln?
- Manuelle oder orale Stimulation?
- Geschlechtsverkehr?

Dabei lassen sich bereits globale Libidostörungen von partiellen Libidostörungen unterscheiden. Seit wann besteht der Mangel an sexuellem Interesse? War die Lust auf Sexualität schon immer gering oder hat sich das verändert? Damit lassen sich primäre und sekundäre Libidostörung voneinander unterscheiden. Als Sie das letzte Mal sexuell aktiv waren, wie haben Sie sich und Ihre körperlichen Reaktionen

erlebt? Haben Sie sich sexuell erregt gefühlt? Wie haben Sie Ihre Erregung gespürt? Haben Sie einen Orgasmus erlebt? Hatten Sie Schmerzen beim Verkehr?

Damit wird exploriert, ob gleichzeitig mit der Libidostörung andere sexuelle Funktionsstörungen bestehen und in welchem Zusammenhang diese miteinander stehen.

Ist der Mangel an sexuellem Interesse abhängig von äusseren Faktoren, zum Beispiel der Lebenssituation, dem Verhalten des Partners? Ist das sexuelle Interesse grösser für Menschen, die sich noch nicht kennen, für Fremde oder andere Personen?

Diese Frage zielt auf die Differenzierung zwischen permanenter und situativer Libidostörung.

Schritt 2: Die Exploration der Problemhintergründe

Arzt: Ich möchte jetzt mit Ihnen die möglichen ursächlichen Faktoren betrachten, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung Ihres sexuellen Problems beitragen. Dabei ist es mir wichtig, deutlich zu machen, dass in den allermeisten Fällen nicht eine einzige Ursache allein für das Problem verantwortlich ist, sondern dass häufig mehrere Faktoren zusammenwirken.

Dann werden einzelne Ursachengruppen exploriert. Zunächst Faktoren, die mit der *Person* selbst zusammenhängen:

Körperliche und seelische Erkrankungen und Medikamente

- Leiden Sie an chronischen körperlichen oder seelischen Erkrankungen, wenn ja, an welchen? Fast alle chronischen Erkrankungen können einen Einfluss haben.
- Nehmen Sie regelmässig Medikamente, wenn ja, welche? Zahlreiche Medikamente können sich libidomindernd auswirken.

Körperlich-seelisches Wohlbefinden

- Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden, Ihre Fitness auf einer Skala von 0 bis 10 ein?
- Wie zufrieden fühlen Sie sich mit Ihrem Körper?

Sexuelle Vorgeschichte und sexuelles Skript

- Gab es Phasen in Ihrem Leben, in denen Sie sexuell sehr aktiv waren?
- Wie wichtig finden Sie Sexualität, beziehungsweise welche Bedeutung hat Sexualität in Ihrem Leben auf einer Skala von 0 bis 10? Hat sich die Bedeutung der Sexualität für Sie geändert?
- Haben Sie irgendwann in Ihrem Leben sehr unangenehme oder traumatisierende Erfahrungen im Zusammenhang mit der Sexualität machen müssen?

- Wie würden Sie die familiäre und soziale Umgebung in Ihrer Pubertät und Adoleszenz beschreiben – zum Beispiel auf einer Achse zwischen sexualfreundlich und sexualfeindlich?

Die zweite Faktorengruppe betrifft die *Beziehung*.

- Wie beurteilen Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit mit Ihrer Beziehung auf einer Skala von 0 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden)?
- Welche Rolle spielen Eifersucht und Misstrauen in Ihrer Beziehung?
- Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Vorstellungen und Wünsche im Zusammenhang mit Sexualität den Vorstellungen und Wünschen Ihres Partners gut oder weniger gut entsprechen?
- Glauben Sie, dass Ihr Partner Ihre sexuellen Bedürfnisse kennt?
- Wie gut können Sie über Ihre Bedürfnisse und Ängste miteinander sprechen?

Schliesslich geht es noch um Fragen zur *Lebenssituation* und *Lebensphase* ganz allgemein.

- Haben Sie eine Veränderung des sexuellen Interesses im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus oder mit der Einnahme der Pille oder nach einer Geburt bemerkt?
- Welchen beruflichen oder privaten Belastungen sind Sie ausgesetzt?

Schritt 3: Entwicklung einer gemeinsamen Arbeitshypothese, eines gemeinsamen Störungsmodells

Aus der Exploration beziehungsweise dem Frage-Antwort-Dialog, der im Sinne einer begleiteten Selbstreflexion stattfinden soll, entwickelt der Arzt/die Ärztin mit der Patientin eine erste Arbeitshypothese über die individuelle Libidostörung und deren Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen.

Diese Arbeitshypothese kann zum Beispiel folgendermassen aussehen:

Sie haben bei sich einen teilweisen Verlust des sexuellen Interesses verglichen mit der Zeit vor etwa 5 Jahren beobachtet, der sich vor allem auf sexuelle Intimität mit Ihrem Partner bezieht, aber auch begleitet ist von einem Nachlassen anderer sexueller Aktivitäten wie Masturbation, sexuelle Phantasien etc. Dies führt dazu, dass Sie etwa einmal alle 3 bis 4 Monate mit Ihrem Partner Verkehr haben. Dabei empfinden Sie wie früher eine von Ihnen als ausreichend empfundene sexuelle Erregung und Sie erleben auch einen Orgasmus. Schmerzen treten keine auf beim Verkehr.

Im Hinblick auf mögliche bedingende Faktoren für diese Störung haben Sie mir folgendes erzählt:

- Sie haben diese Veränderung allmählich bemerkt in einem zeitlichen Zusammenhang mit den hormonellen Veränderungen der

Wechseljahre (im Wochenbett, in den letzten 5 Jahren etc.).

- Sie haben bei sich einen Gewöhnungseffekt beobachtet, d.h. eine Abnahme der erotisch-sexuellen Attraktivität Ihres Partners.
- Ihre Arbeit nimmt Sie sehr stark in Anspruch. Sie haben wenig Erholungsmöglichkeiten und spüren bei sich häufiger eine Erschöpfung.
- Jetzt ist auch eine Angst hinzugekommen, dass bei einer sexuellen Begegnung Enttäuschung und Missverständnisse auftreten könnten.

Die gemeinsame Arbeitshypothese kann gegebenenfalls durch weitere Untersuchungen überprüft werden. Dazu gehören allenfalls:

- Spezielle körperliche Untersuchungen.
- Hormonbestimmungen.
- Einsatz von psychologischen und psychiatrischen Diagnoseinstrumenten.

Schritt 4: Die Formulierung von Behandlungszielen

Dies stellt einen wichtigen Schritt der Behandlung dar. Ziel dieser Definition von Behandlungszielen ist es, den erwünschten Veränderungsprozess möglichst genau zu charakterisieren.

- Was soll sich wie, in welchem Tempo und in welchem Ausmass verändern?
- Was soll gleich bleiben?

Ein erster gedanklicher Prozess bezieht sich darauf, ob das Behandlungsziel sein soll, einen vorherigen Zustand wieder herbeizuführen (es soll so werden, wie es vor 10 Jahren war) oder ob ein neuer Zustand erstrebt wird, eine Veränderung in eine Richtung, die bisher unbekannt war. Dabei können folgende Zielvorstellungen zur Sprache kommen.

- Wir wollen wieder regelmässig miteinander schlafen.
- Ich möchte wieder mehr Lust empfinden.
- Ich möchte, dass die Minderung der sexuellen Aktivität zu keinem Problem für die Partnerschaft wird und nicht zur Trennung führt.
- Ich möchte mit meinem Partner besser über meine Bedürfnisse sprechen können.

Bei der Besprechung der Ziele sind zwei wichtige Aspekte herauszuarbeiten:

- Zum einen die Frage, wie sehr sich die Patientin die Erreichung des Zieles zutraut.
- Zum zweiten die Frage, wie die Patientin und der Therapeut/die Therapeutin den Erfolg ihrer Bemühungen merken werden, das heisst, woran sich Veränderung misst im Sinne einer Evaluation.

Schritt 5: Brainstorming über Lösungswege; unspezifische und spezifische Therapien

Nachdem die Ziele und Inhalte der gewünschten Veränderung definiert sind, geht es um die Frage über den individuell besten Weg zur Erreichung dieser Ziele. Der Arzt/die Ärztin bringt dabei ihr Fachwissen ein und die Patientin greift auf ihre Erfahrungen und ihre eigenen Ressourcen zurück.

Unspezifische Therapien

Darunter sind alle Interventionen zu verstehen, die an speziellen Ressourcen orientiert sind und auch bei anderen psychosomatischen und sexuellen Störungen zum Einsatz kommen.

- Psychoedukation. Vermittlung von Wissen über die Hintergründe der Libidostörung, Schaffung von «awareness», also von Problembewusstsein, Besprechung von Zusammenhängen zwischen Verhalten, Emotionen und Gedanken.
- Zu den unspezifischen Interventionen gehören das aktive Zuhören, das Zusammenfassen, das Rückfragen, also alle Interventionen aus dem Bereich der ärztlichen Kommunikation und Gesprächsführung, die geeignet sind, Prozesse der Selbstreflexion in Gang zu bringen.
- Zu diesen Interventionen gehört auch die Wissensvermittlung über biologische, endokrinologische und psychosoziale Einflussfaktoren auf die Libido. Das Modell der «pushing»- und «pulling»-Faktoren als Beispiel.
- Weitere unspezifische Techniken sind Stressbewältigungstraining, Entspannungsübungen, allgemeine Körpererfahrungsübungen.
- Veränderungen der allgemeinen Lebensführung. Dazu gehören beispielsweise die Wiederaufnahme sportlicher Aktivität, Gewichtsreduktion etc.

Spezifische Interventionen

Spezifische Interventionstechniken orientieren sich an der individuellen, oben beschriebenen Arbeitshypothese.

Hormone und Hormontherapie

Aus den weiter oben beschriebenen Befunden ergibt sich die Frage der Androgensatztherapie insbesondere bei postmenopausalen Frauen mit Libidostörung.

Einige Studien weisen auf günstige Effekte dieser Therapie hin:

In der klassischen Studie von Sherwin [1] wurde gefunden, dass bei 53 in eine chirurgische Menopause gebrachten Frauen der Androgensatz zu einer Erhöhung der Libido, der Erregung und der Häufigkeit sexueller Phantasien führte. Die Kombination von Östrogen und Androgen war

dabei noch stärker wirksam als Östrogen allein, was darauf hindeutete, dass das Androgen zusätzlich wirksam war neben dem möglichen Effekt durch eine periphere Aromatisierung zu Östrogen.

In der grossen Studie von Lobo [2] et al. 2003 wurden randomisiert bei 107 Frauen mit Libidomangel zwei Therapiearme durchgeführt. Einmal die Gabe von 0,626 mg Östrogenvalarat (n = 111) oder Östrogen mit 1,25 mg Methyltestosteron (n = 107). Am Anfang erhielten beide Gruppen über 2 Wochen hinweg den Östrogenester. Aus endokrinologischer Sicht nahm in der Kombinationstherapiegruppe die SHB-Konzentration ab und ebenso das Gesamttestosteron, wobei das freie Testosteron zunahm.

Die mittleren Werte des «sexual interest questionnaire» (SIQ) eines Selbstbeurteilungsfragebogens, der Lust auf Sexualität und sexuelle Ansprechbarkeit misst, waren am Ende der Studie signifikant höher in der kombinierten Therapiegruppe als in der Östrogen-«only»-Therapiegruppe. Es bestand eine positive Korrelation zwischen der Verbesserung der SIQ-Scores und den Veränderungen an freiem Testosteron.

Schliesslich zeigte die Studie von Shifren 2000 [3], dass mit einer transdermalen Testosterongabe bei Frauen, die eine Ovariectomie und Hysterectomie hinter sich hatten und bereits mit Östrogen vorbehandelt waren, eine Verbesserung der Sexualfunktion und des psychischen Wohlbefindens zu erreichen war – allerdings mit einer Dosis, die doppelt so hoch war beim freien Testosteron, als dies der mittleren Konzentration bei prämenopausalen Frauen entsprach. Bei einer Dosierung, welche die mittlere Testosteronkonzentration auf einen mittleren Wert an hob, der prämenopausalen Frauen entsprach, zeigte sich kein Einfluss auf die Sexualfunktion oder das psychische Wohlbefinden. Bisher ist nicht bekannt, ob ein ähnlicher Effekt bei Frauen beobachtet werden kann, die in eine natürliche Menopause kommen.

Andere Studien zeigen jedoch widersprüchliche Ergebnisse:

Die Studie von Myers et al 1990 [4] beispielsweise zeigte keinen Unterschied zwischen Östrogen, Östrogen mit MPA oder Methyltestosteron kombiniert und Placebo bei 40 postmenopausalen Frauen im Hinblick auf sexuelle Erregung, obgleich in der Östrogen-Androgen-Gruppe über eine erhöhte Genussfähigkeit bei der Masturbation berichtet wurde. In einer populationsgestützten Verhaltensstudie von 211 Frauen zwischen 48 und 58 Jahren [5] wurde deutlich, dass die meisten Aspekte der sexuellen Funktion bei Frauen nicht durch das Alter, den Menopausenstatus oder die Serumssexualsteroiden beeinflusst wurden.

Kognitive Interventionen und Abbau dysfunktionaler Denkmuster

Diese Interventionen zielen darauf, sexualitätsfeindliche und hemmende Denk- und Verhaltensmuster bewusst zu machen, abzubauen und durch konstruktive Denk- und Handlungskonzepte zu ersetzen. Konkret geht es häufig um die Auseinandersetzung mit sogenannten sexuellen Mythen – zum Beispiel:

- Keine Sexualität ohne Liebe und keine Liebe ohne Sexualität.
- Sexualität muss immer spontan funktionieren.
- Sexuelle Lust muss von alleine kommen und bedarf keiner «Hilfsmittel» etc.
- Masturbation und andere, nicht auf den Geschlechtsverkehr bezogene sexuelle Aktivitäten sind schmutzig und pervers.

Paartherapeutische Interventionen

Dabei gibt es verschiedene Inhalte zu besprechen.

Zunächst geht es um die Abgrenzung des Liebens und des sexuellen Begehrens. Lieben ist ein aktiver Vorgang, welche die ganze Person umfasst und bei dem das Wohlergehen und das Wohlbefinden der geliebten Person im Vordergrund steht. Mit Lieben verbindet sich Fürsorge, Verantwortung, Verbindlichkeit, Unterstützung etc. Sexuelles Begehren ist primär eine spontane Aktivierung sexueller Wünsche und damit das Ergebnis einer Interaktion zwischen erotisch-sexueller Bereitschaft und erotisch-sexuellem Reiz. Das Begehren ist deshalb viel mehr momentan, verläuft in anderen Bahnen des Gehirns, ist einer emotionalen Anspannung entsprechend auf Entladung hin ausgerichtet; es ist gleichsam ein vegetativer Vorgang. Begehren beinhaltet häufig eine illusionäre Verzerrung, eine Trunkenheit der Wahrnehmung.

Die unterschiedlichen Erwartungen und Konzepte sollten miteinander besprochen werden und ein Dialog stattfinden über männliche und weibliche Sexualität und die persönlichen Bedürfnisse der Partner. Einen wesentlichen Anteil nehmen dabei Kommunikationsübungen ein.

Sexualtherapeutische Interventionen im engeren Sinn

Diese Interventionen beziehen sich direkt auf das sexuelle Erleben und die sexuelle Aktivität. Dabei soll in einem abgestuften Verfahren die sexuelle Erlebnisfähigkeit dadurch gefördert werden, dass die verschiedenen Elemente sexuellen Erlebens in einem sicheren und geborgenen Rahmen neu bewusst gemacht und neu erlernt werden können. Diese übenden Verfahren umfassen:

- Masturbationsübungen: Die Patientinnen werden ermutigt, aktiv sexuelle Phantasien zu entwickeln und durch Masturbation besser die eigenen körperlichen Reaktionen (was

ist angenehm, was ist erregend, was ist unangenehm etc.) kennenzulernen.

- «Sensate focus»-Techniken: Damit ist gemeint, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden, in denen die Patientin *auf sexuelles Geniessen fokussieren* kann. Dies dient zum Abbau von frustrierenden und negativen sexuellen Erfahrungen, die im Kontext von Kommunikationsschwierigkeiten, Fehlerwartungen und Anpassungen an den Partner gemacht wurden. Indem die sexuelle Interaktion gleichermassen entwirrt wird, kann die Patientin für sich sehr viel besser herausfinden, welches Verhalten ihres Partners ihr guttut und ihre sexuelle Erregung fördert. Um diese Erfahrung machen zu können, muss bei beiden Partnern eine Bereitschaft zum Experimentieren und zum gemeinsamen Gespräch vorhanden sein.

Schritt 6: Entscheidung über Behandlungsplan und Umsetzung in die Praxis

Die Auswahl der möglichen Interventionen erfolgt im Hinblick auf die Beantwortung folgender Fragen:

- Welches sind die primären Ziele der Patientin?
- Welche Faktoren wurden im individuellen Störungsmodell als relevant definiert?
- Welche Interventionen wirken mit der grössten Wahrscheinlichkeit günstig auf diese Faktoren ein?
- Welche Behandlungsvorstellung und Erwartungen hat die Patientin?
- Was sind ihre Ressourcen und ihre Rahmenbedingungen?

Häufig geht es darum, einen gestuften Behandlungsplan durchzuführen, bei dem Erfolgsaussichten, Zeitaufwand, Kosten, Risiken und mögliche Schwierigkeiten mit der Patientin vorbesprochen werden.

Beispiele

Stufe 1: Wechsel eines Hormonersatzpräparates auf ein stärker androgen wirksames Präparat in Kombination mit 2 bis 3 Paargesprächen (Psychoedukation, Basisfertigkeiten der Kommunikation).

Stufe 2: Individuelle kognitiv orientierte Sexualtherapie mit Förderung sexueller Phantasien, Abbau dysfunktionaler Denkmuster und Masturbationsübungen.

Stufe 3: Kombinierte Sexual- und Paartherapie mit «sensate focus»- und anderen körperbezogenen Techniken.

Schritt 7: Gemeinsame Evaluation und Anpassung des Behandlungsplans

Die Wirkungen und Nebenwirkungen der durchgeführten Interventionen sollen mit den Patientinnen beziehungsweise den Paaren gemeinsam besprochen werden. Dabei zeigt sich, inwieweit die unter Schritt 4 definierten Behandlungsziele erreicht werden konnten. In den meisten Fällen gelingt keine hundertprozentige «Erfüllung» der

Ziele und für die Patientin und die Ärztin/den Arzt ergibt sich daraus die Notwendigkeit, teilweise Zielanpassungen vorzunehmen oder neue Interventionsmöglichkeiten zu überlegen.

Dabei können sich durchaus auch primär als Nebenziele definierte Inhalte, wie zum Beispiel eine vermehrte aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität, an persönlicher Bedeutung gewinnen.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Johannes Bitzer
Leiter gynäkologische
Sozialmedizin
und Psychosomatik
Universitäts-Frauenklinik
Spitalstrasse 21
CH-4031 Basel
jbitzer@uhbs.ch

Literatur

- 1 Sherwin BB, Gelfand MM, Brender W. Androgen enhances sexual motivation in females: a prospective, crossover study of sex steroid administration in the surgical menopause. *Psychosom Med* 1985;47:339-51.
- 2 Lobo RA, Rosen RC, Yang HW, Block B, Van Der Hoop RG. Comparative effects of oral esterified estrogens with and without methyltestosterone on endocrine profiles and dimensions of sexual function in postmenopausal women with hypoactive sexual desire. *Fertil Steril* 2003;79:1341-52.
- 3 Shifren JL, Braunstein GD, Simon JA, Casson PR, Buster JE, Redmond GP, et al: Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N Engl J Med* 2000;343:682-8.
- 4 Myers LS, Dixen J, Morrisette D, Carmichael M, Davidson JM. Effects of estrogen, androgen, and progestin on sexual psychophysiology and behavior in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1990;70:1124-31.
- 5 Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Burger H. Sexuality, hormones under menopausal transition. *Maturitas* 1997; 26:83-93.