1. EINLEITUNG

Jeder Mensch hat ein Recht auf sexuelle Erfüllung!

Die Bedeutung dieser Aussage nimmt glücklicherweise in unserer Gesellschaft in den letzten Jahren zu. Kaum ein Thema interessiert den Menschen mehr als die eigene Sexualität und der Vergleich eigener Verhaltensweisen mit dem sexuellen Verhalten der anderen. Ohne die positive Kraft des Sexualtriebes würde ein wesentlicher Teil der gesellschaftlichen Dynamik verloren gehen.

Die Diskussion der letzten Jahrzehnte befreite das bis dahin von Verbot, Mystik und Halbwissen gekennzeichnete Sexualverhalten des Menschen und ermöglichte endlich ernsthafte Forschungen auf dem Gebiet der Sexualstörungen. So sind eine Vielzahl von sehr guten Büchern, Heften und Schriften sowohl in der Laien- als auch in der Fachpresse zu diesem Thema erschienen. Die männlichen Sexualstörungen wurden aufgrund der westlichen Gesellschaftsstruktur von dieser Entwicklung bevorzugt. So kam es zum Beispiel auf dem Gebiet der Impotenz oder erektilen Dysfunktion zu entscheidenden Durchbrüchen in der Ursachenforschung und Behandlung.

Der weiblichen sexuellen Lust und Befriedigung wurden dabei leider weniger Aufmerksamkeit geschenkt. Während sich männliche Lust meist deutlich sichtbar in einer Erektion äußert, sendet der weibliche Körper feinere Signale von sexueller Erregung. Individuell bestehen große Unterschiede in dem Reizmuster, welches zu einer sexuellen Reaktion führt. Die weibliche sexuelle Erregung setzt dabei später ein, steigt im Allgemeinen langsamer an und besteht länger als beim Mann. Hieraus ergeben sich sehr leicht Disharmonien im sexuellen Erleben zwischen den Partnern.

Die Tatsache, dass ein Geschlechtsverkehr auch ohne oder mit nur geringer sexueller Erregung der Frau möglich ist, führt leicht zu Missverständnissen im Sinne von einer leichten Befriedigung der weiblichen sexuellen Bedürfnisse. Das Gegenteil trifft zu. Tatsächlich sind weibliche Sexualstörungen häufiger als männliche. Am häufigsten bestehen Orgasmusstörungen, die leider oft als Frigidität gedeutet werden. Prinzipiell ist sexuelle Erregbarkeit bei jeder Frau vorhanden und somit eine echte Frigidität sehr selten.
Die Orgasmusfähigkeit der Frau unterliegt einer weit größeren Beeinflussung durch Erziehung und individuellen Erfahrungen als der Orgasmus des Man-

nes, der relativ uniform an die Ejakulation gebunden ist. So haben eine restriktive Erziehung und ein in der sozialen Rolle der Frau begründetes mangelndes Selbstwertgefühl für das spätere sexuelle Erleben meist einen negativen Einfluss. Aber sexuelles Verhalten und Erleben des Menschen sind in weiten Grenzen veränderbar. Untersuchungen belegen, dass die weibliche Orgasmusfähigkeit Lernprozessen unterworfen ist. So kommt weniger als die Hälfte der Frauen direkt nach der Aufnahme von Geschlechtsverkehr zum Orgasmus, während nach einem Jahr regelmäßiger Sexualkontakte etwa 60 bis 75 Prozent der Frauen einen sexuellen Höhepunkt erleben. Die größte sexuelle Befriedigung erleben Frauen meist erst in der dritten oder vierten Lebensdekade, also lange nach Aufnahme erster sexueller Kontakte.

Sexuelle Lust und Befriedigung sind Faktoren die entscheidend zum Wohlbefinden beitragen. Frigidität bzw. Orgasmusstörungen der Frau konnten daher dank einer zunehmenden Aufgeschlossenheit der Gesellschaft ins Blickfeld geraten und Gegenstand von seriösen Untersuchungen werden. Viele Frauen empfinden ihre Frigidität oder Orgasmusstörung als ausschließlich selbstverschuldet, worin sie der Partner manchmal bestärkt. Der Gedanke, dass an einer Disharmonie in der Partnerschaft der Mann mindestens im gleichen Umfang beteiligt ist, kommt zu selten auf.

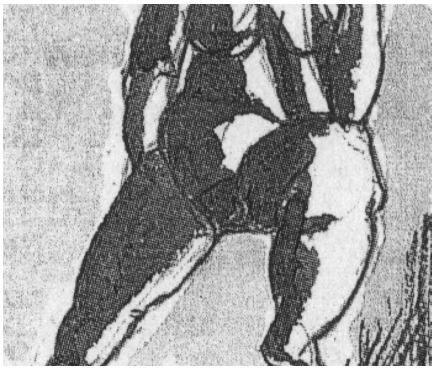
Es wäre sinnlos und töricht, die Unterschiede in den sexuellen Bedürfnissen und im Erleben zwischen Mann und Frau zu leugnen. Daher erfordert die Erkennung von Ursachen einer sexuellen Störung und die partnerschaftliche Bewältigung fundierte Kenntnisse und Kompromissbereitschaft. Die Voraussetzung dafür ist, sehr einfach in Worte zu fassen: Liebe und Verständnis.

Weiterhin können unabhängig vom Partner eine Vielzahl von biologischen und psychischen Einflüssen das Sexualverhalten nachhaltig beeinflussen und müssen daher besonders berücksichtigt werden. Als Beispiele seien Schwangerschaft und Menstruation erwähnt. Ebenso kann sich das sexuelle Erleben nach Operationen oder bestimmten Krankheiten völlig ändern. Das weite Spektrum der Ursachen und der Behandlungsmöglichkeiten von Orgasmusstörungen in verschiedenen Lebensabschnitten erfordert daher die Zusammenarbeit vieler medizinischer Disziplinen. Besonders angesprochen seien hier Gynäkologen, Internisten, Urologen, Psychologen bzw. Psychotherapeuten. Die Koordination und Verlaufskontrolle liegt dabei in der Hand des kompetenten und aufgeschlossenen Hausarztes, gleich welcher Disziplin er angehört.

Einige Fallberichte werden die Thematik einleiten. Über die Darstellung der normalen Anatomie und sexuellen Erregungsmuster nach Klärung wichtiger Begriffe soll dann der Leser zu den Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten einer Orgasmusstörung geführt werden. Besonders betrachtet wird das sexuelle Erleben in bestimmten Lebensphasen wie Schwangerschaft, Klimakterium und Alter. Dies erleichtert eine fundierte Analyse eventuell bestehender eigener Probleme und ermöglicht einen gleichberechtigten Bund zwischen Therapeuten und Patient.

2. AUS DER PRAXIS

Bevor wir uns im Einzelnen mit den vielschichtigen Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Orgasmusproblemen befassen, erleichtern vielleicht einige Fallbeispiele das Verständnis von Diagnose und Therapie. Die Vorgeschichten, Untersuchungen und Behandlungen werden verkürzt dargestellt. Die Leserin oder der Leser sollte jedoch nicht versuchen, ein auf ihn zutreffendes Beispiel zu suchen. Jeder Mensch ist einmalig in seiner sozialen, biologischen und seelischen Situation. Ein kritikloses Anwenden von Schemata ist gefährlich, weil es die individuelle Lage der einzelnen Person nicht berücksichtigt. Bei einer Sexualstörung ist nur ein *therapeutisches Bündnis* zwischen Arzt,



Patientin und Partner langfristig erfolgreich. Dabei wird die individuelle Situation, das Umfeld und die Partnerschaft der Patientin in die Behandlung einbezogen. Ein solches Bündnis über längere Zeit führt am ehesten zu Heilung oder Linderung beim Patienten und zu beruflicher Zufriedenheit beim Arzt. Dies gilt nicht nur für die Behandlung einer Sexualstörung.

2.1 Erster Fall

Eine 30jährige, seit 7 Jahren verheiratete, ehemalige Verwaltungsangestellte stellt sich vor. Seit einigen Jahren ist sie nicht mehr berufstätig. Die Ehe blieb bisher kinderlos. Vor neun Monaten wurde ihr Mann zum Abteilungsleiter befördert. Er arbeitet seitdem regelmäßig bis spät in die Nacht und meist auch am Wochenende. Die Frau sagt scherzhaft zu Freunden, er sei mit seiner Arbeit „verheiratet“. Innerlich leidet sie an der abnehmenden Aufmerksam-