

1.3.1.1 Sexuelle Beeinträchtigungen bei chronischem Schmerz

A. Diezemann

Schwierigkeiten des Screenings von sexuellen Beeinträchtigungen bei chronischen Schmerzen.....	2	Kopfschmerzen	5
Überblick über die Studienlage zu sexuellen Problemen bei chronischen Schmerzen	4	Rückenschmerzen.....	6
Fibromyalgiesyndrom	4	Einflussnehmende Faktoren	6
Rheumatische Erkrankungen.....	4	Therapie sexueller Funktionsstörungen	9
Schmerzen im Urogenitalbereich, Becken, Unterbauch.....	4	Zusammenfassung	10
		Literatur	10

Sexuelle Gesundheit stellt einen zentralen Erlebens- und Verhaltensbereich dar. Sexuell nicht aktive Menschen berichten von einer niedrigeren Lebensqualität, Einbußen im Bereich der Intimität und Paarverbundenheit, verminderter Leistungsfähigkeit und einer geringeren Befriedigung im persönlichen, beruflichen und emotionalen Bereich. Die Sexualmedizin befasst sich mit der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Störungen, welche das sexuelle Erleben und Verhalten betreffen. Patienten mit chronischen Schmerzen berichten von den verschiedensten Beeinträchtigungen und auch von sexuellen Funktionsstörungen, unabhängig von ihrer angenommenen oder nachgewiesenen Entstehung. Hierbei können manchmal die individuellen Ansprüche an eine erfüllte Sexualität nicht erreichbar sein und die Person steht unter Leidensdruck oder hat interpersonelle Schwierigkeiten. Das DSM IV („Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen“) unterscheidet verschiedene

Funktionsstörungen: Primäre (lebenslang bestehende) Funktionsstörungen sind unabhängig von der Schmerz Erkrankung zu sehen. Häufig treten die Probleme im Rahmen der Erkrankung sekundär auf und können generalisiert (stets vorhanden) und situativ (nur in bestimmten Situationen auftretend) sowie partnerabhängig vs. partnerunabhängig bestehen. Bei chronischen Schmerzen werden folgende Funktionsstörungen bzw. Beeinträchtigungen häufiger beschrieben:

- Mangelnde sexuelle Appetenz geht mit einer deutlichen Minderung des sexuellen Verlangens einher: Männer sind hiervon weniger betroffen als Frauen. Die sexuelle Aktivität wird seltener initiiert oder der Geschlechtsverkehr wird eher resignativ geduldet. Häufig liegt ein Mangel an sexuellen Fantasien vor.
- Die Störung mit sexueller Aversion wird mit einer Abneigung gegenüber dem genitalen Kontakt beschrieben, verbunden

mit Angst oder auch Ekelgefühlen beim Geschlechtsverkehr, vor dem Geruch, dem Ejakulat, den Ausdünstungen. Dies kann vor allem im Rahmen von Traumatisierungen vermehrt auftreten. Frauen mit einer Vulvodynie, z.B. nach häufigeren Pilzinfektionen, beschreiben diese Störung auch in Verbindung mit Ängsten vor einer erneuten Infektion.

- Die Störung der sexuellen Erregung geht mit der Unfähigkeit einher, eine Lubrikation und Anschwellung der äußeren Genitale zu erlangen oder aufrechtzuerhalten. Der Geschlechtsverkehr ist möglich, dabei werden aber weniger Lustgefühle und weniger Orgasmen empfunden. Die Erektionsstörung beim Mann geht mit der Unfähigkeit einher, eine adäquate Erektion zu erreichen oder aufrechtzuerhalten.
- Bei der Dyspareunie treten Schmerzen, Irritationen, Jucken, Brennen beim Sexualverkehr auf. Dies kann die äußeren und inneren Genitalien betreffen. Zu beobachten sind dabei häufig Entzündungen und Verkrampfungen des Beckenbodens bei beiden Geschlechtern.
- Beim Vaginismus kommt es zu Spasmen der Muskulatur des äußeren Drittels der Vagina und auch in der Beckenbodenmuskulatur. Dies macht das Eindringen des Penis, eines Spekulum oder auch Tampons zum Teil nicht möglich. Die Frauen können aber sexuell erregbar sein und Orgasmen haben, kommen aber erst bei einem bestehenden Kinderwunsch in Behandlung.
- Die Verzögerung oder das Ausbleiben vom Orgasmus wird als Orgasmusstörung bezeichnet. Dieser tritt auch nicht beim Petting oder bei der Masturbation auf und geht häufig mit einer Hemmung und Angst einher, sich fallen zu lassen.

- Bei der Ejaculatio praecox kommt es kaum zur Kontrolle über die Ejakulation, welche auch vor der Penetration der Vagina und ohne Erektion erfolgen kann. Dies kann bei minimaler Stimulation auftreten.

Beachte: Angaben zur Prävalenz sexueller Beeinträchtigungen bei Schmerzpatienten liegen nicht vor. In der Allgemeinbevölkerung sind die Angaben meist sehr ungenau, die Dunkelziffern sind hoch. In vielen Untersuchungen wird nicht zwischen Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen unterschieden. In einer Studie von (Laumann et al. 1999) berichten die Autoren bei 1 749 Frauen und 1 410 Männern zwischen 18 und 59 Jahren eine hohe Prävalenz von sexuellen Dysfunktionen: 43 % der Frauen und 31 % der Männer. (Simons u. Carey 2001) analysierten über 50 Studien und fanden bei 7–10 % der Frauen Orgasmusstörungen, bei bis zu 5 % der Männer Erektionsstörungen oder eine Ejaculatio praecox.

Schwierigkeiten des Screenings von sexuellen Beeinträchtigungen bei chronischen Schmerzen

In der Schmerztherapie findet das Thema Sexualität wenig Raum. In einer schriftlichen Umfrage der Französischen Assoziation für Rheumatoide Arthritis (de Castro Ferreira et al. 2013) antworteten lediglich 38 % der angeschriebenen Rheumapatienten. Von diesen berichteten 70 % von sexuellen Problemen, 72 % davon haben jedoch nie mit einem Therapeut oder Arzt darüber gesprochen.

(Josefsson u. Gard 2012) verschickten einen Fragebogen an schwedische Patienten mit rheumatoider Arthritis. 75 % derjenigen die antworteten, haben nicht mit ihren Behandlern über Sexualität gesprochen, obwohl sie einen Zusammenhang zwischen sexueller Gesundheit, Schmerz, Steifigkeit, Erschöpfung, körperlicher Leistungsfähigkeit und positiven Gefühlen erkannten.

Wichtig für die Praxis: Schwierigkeiten im Gespräch über sexuelle Beeinträchtigungen können entstehen, weil die therapeutische Beziehung nicht ausreichend ist, um relevante psychologische Themen wie eigene sexuelle Bedürfnisse und Beeinträchtigungen zu thematisieren. Häufig besteht auch eine Unsicherheit seitens des Therapeuten, da er eine Scham des Patienten befürchtet, es selbst für ihn ein Tabuthema oder schwieriges Thema darstellt oder auch seine gesprächstherapeutischen Kompetenzen nicht ausreichend sind. Patienten sehen häufig gar keinen Zusammenhang zwischen den Schmerzen und den sexuellen Beeinträchtigungen. Frauen mit einer rheumatischen Erkrankung attribuieren die Schmerzen beim Geschlechtsverkehr nicht unbedingt auf trockene Schleimhäute, die im Rahmen der Grunderkrankung auftreten können. Schmerztherapeuten sind aus Patientensicht für die sexuellen Probleme nicht zuständig. Das Bedürfnis nach Schutz der persönlichen intimen Probleme und die Angst vor einer Dokumentation in der Patientenakte, verbunden mit Scham und Angst vor Frustration, spielen sicherlich auch eine wichtige Rolle.

Aber auch das Behandlungssetting ist bedeutsam. Bei Zeitmangel, wenig Ruhe für das Gespräch mit Wahrung der Privatsphäre des Patienten und auch dem offenen Rahmen, der für Fragen in diesem intimen Be-

reich notwendig ist, wird ein Gespräch über die sexuellen Probleme eventuell gar nicht möglich.

Es gibt in der englischsprachigen Literatur zwei Fragebögen, die häufig für das Screening von sexuellen Problemen bei chronischen Schmerzen eingesetzt werden. Der Female Sexual Function Index (FSFI; Rosen et al. 2000) erfasst mit 19 Items auf einer 5-Punkte-Likert-Skala Verlangen, Erregung, Lubrikation, Orgasmus, Vergnügen/Befriedigung und Schmerz. Es wird ein Gesamtwert mit Cut-off ermittelt. Im International Index of Erectile Function Scoring System (IIEF; Rosen et al. 1997) werden mit 15 Items auch auf einer 5-Punkte-Likert-Skala Erektion, Orgasmus, Verlangen, Vergnügen/Befriedigung während des Geschlechtsverkehrs und das Gesamtvergnügen abgefragt. Auch hier wird ein Gesamtscore errechnet, darüber hinaus wird eine Schweregrad-Einteilung vorgenommen.

Die Hürde ist für den Patienten sehr hoch, solche intimen Angaben zu seinem sexuellen Erleben abzugeben. Der in der Schmerztherapie häufig eingesetzte Pain Disability Index (Dillmann et al. 1994) enthält ein Item zur Beeinträchtigung der Sexualität. Gerade diese Frage wird häufig ausgelassen. Auch beim konkreten Nachfragen werden korrekte Angaben zum tatsächlichen Erleben vermieden.

Überblick über die Studienlage zu sexuellen Problemen bei chronischen Schmerzen

Fibromyalgiesyndrom

Zum Krankheitsbild des Fibromyalgiesyndroms gibt es einige Studien, die auf die recht hohe Beeinträchtigung dieser Patienten hinweisen. Zwei Reviews zu kontrollierten Studien (Kalichman 2009; Bazzichi et al. 2012) beschreiben vor allem Beeinträchtigungen im Verlangen, in der Orgasmusfähigkeit, der Erregung und Zufriedenheit beim Geschlechtsverkehr. In 4 von 9 Studien (Bazzichi et al. 2012) wird auch von einer verringerten Lubrikation und einem genitalen Schmerz berichtet. In einigen Studien wurden nur weibliche Patienten untersucht. (Batmaz et al. 2013) und auch (Rico-Villademoros et al. 2012) beschreiben jedoch auch bei männlichen Fibromyalgiepatienten eine signifikante Beeinträchtigung der Sexualität gegenüber gesunden Kontrollpersonen.

Rheumatische Erkrankungen

(Tristano 2009) zeigt in einer Übersichtsarbeit, dass die Ausprägung von sexuellen Problemen bei rheumatoider Arthritis in den Studien zwischen 30–76 % schwankt. Männliche Patienten mit rheumatoider Arthritis beschreiben in einer Studie von (Miedany et al. 2012) vor allem erektile Dysfunktionen. 53,8 % der untersuchten Männer geben sexuelle Beeinträchtigungen an. 45,7 % der Frauen sind beeinträchtigt hinsichtlich der Erregbarkeit (Probleme, einen Orgasmus zu erfahren) und der sexuellen Zufriedenheit. In der Untersuchung von (Ferreira et al. 2013) lag die Prävalenz der sexuellen Störungen nur bei 18,4 %, allerdings

gaben auch über 24 % der Betroffenen eine sexuelle Abstinenz an.

Schmerzen im Urogenitalbereich, Becken, Unterbauch

Bei einem Fibromyalgiesyndrom tritt gehäuft das Phänomen der Vulvodynie (provokiert, unprovokiert) auf, die ätiologische Faktoren sind unzureichend bekannt. Ein Vulvaschmerz kann auch mit einer Erkrankung, wie HPV-Infektion, Candida, Lichen sclerosus, verbunden sein. Charakterisiert ist dieser durch Schmerzen im Bereich der Vulva (Scheideneingang, Schamlippen, Klitoris) und durch Brennen, Reißen, Wundsein (Mendling 2008). (Hallam-Jones et al. 2001) beschreiben, dass Frauen mit Vulvodynie im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe signifikant weniger sexuelle Aktivität und vermehrt Schmerzen beim Geschlechtsverkehr aufweisen. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zeigten die untersuchten Frauen bei (Gates u. Galask 2001) eine signifikante Beeinträchtigung ihres sexuellen Selbstbilds, des Geschlechtsverkehrs und anderer sexueller Aktivitäten. Nicht nur intimes Vorspiel (genital, oral), sondern auch Küssen, Stimulation der Brust und erotische Umarmungen sind beeinträchtigt, vermutlich aus Angst, dass weitere Sexualität mit Schmerz folgen könnte.

Frauen mit chronischem Unterbauchschmerz geben mehr Probleme mit Vaginismus, sexueller Vermeidung und Unzufriedenheit an als gesunde Kontrollpersonen (Ter Kuile et al. 2010).

Männer mit chronischem Beckenschmerz geben in einer Repräsentativumfrage der Universität Leipzig neben den Schmerzen im Abdomen, Becken, Urogenitalbereich vielfältige andere Beschwerden an, wie z.B.

Erschöpfung, Benommenheit, übermäßiges Schlafbedürfnis, Gliederschmerzen und auch Herz- und Magenbeschwerden (Beutel et al. 2004). Sexuelle Störungen werden vor allem bei den jüngeren Männern unter 40 Jahren vermehrt beschrieben: 30–40 % Ejaculatio praecox, 40 % sexuelle Inappetenz, 30 % Erektionsstörung. Diese Funktionsstörungen nehmen mit steigendem Alter ab; die Patienten unterscheiden sich aber trotzdem noch von den Männern ohne Beckenbeschwerden. In den Studien von (Davis et al. 2013) zeigen 46 % der Männer mit chronischem Beckenschmerz eine sexuelle Dysfunktion (Erektionsstörung und Ejaculatio praecox); diese ist assoziiert mit einer schlechteren Lebensqualität. Die Arbeitsgruppe um Daniel (Shoskes 2012; 2013) beschreibt in zwei Überblicksarbeiten Schmerzen bei der Ejakulation bei 50–60 %, frühzeitige Ejakulation bei 22–75 %, erektile Dysfunktion bei 15–40 % und eine mangelnde Erregbarkeit bei 36 % der Männer mit einer chronischen Prostatitis und chronischem Beckenschmerz.

Kopfschmerzen

Bei Kopfschmerzpatienten können zwei Formen der sexuellen Beeinträchtigung unterschieden werden:

1. Die internationale Klassifikation von Kopfschmerzkrankungen unterscheidet den Präorgasmuskopfschmerz und den Orgasmuskopfschmerz. 78 % der Betroffenen leiden unter dem letzten Typus. Männer sind 3- bis 4-mal häufiger betroffen als Frauen (Levin 2008).
2. sexuelle Störungen, die im Rahmen von anderen primären Kopfschmerzen auftreten

(Nappi et al. 2012) beschreiben eine deutliche sexuelle Beeinträchtigung bei Frauen mit Migräne, Spannungskopfschmerz und einer Doppeldiagnose. 90 % lagen in dem beschriebenen Fragebogen (FSFI) unter dem Cut-off. Am auffälligsten war der Bereich „Schmerzen bei der Sexualität“. Zwischen den Diagnosen gab es keinen Unterschied. Die Studie von (Ifergane et al. 2008) zeigt ebenfalls bei Migränepatientinnen einen höheren Grad an Schmerz während des Geschlechtsverkehrs und stärkere Angst vor der Penetration als die gesunde Vergleichsgruppe. In einer kontrollierten Untersuchung bei Männern mit Kopfschmerzen (Aksoy et al. 2013) gab es ebenfalls keinen Unterschied zwischen den Diagnosen Migräne und Spannungskopfschmerz. Die Patienten unterschieden sich in dem IIEF jedoch signifikant von der Kontrollgruppe. 6,66 % der Migränepatienten und 3,2 % der Spannungskopfschmerzpatienten wiesen eine schwere sexuelle Dysfunktion auf. Eine mittelschwere Dysfunktion trat bei 51 % bei Spannungskopfschmerz und 60 % bei Migräne auf. Ausgangspunkt für eine anonyme Befragung von 800 Migräne- und 200 Clusterkopfschmerzpatienten der Neurologie der Universität Münster stellten ältere Untersuchungen zur Reduktion vom Kopfschmerz bei sexueller Aktivität dar (Hambach et al. 2013). 402 Patienten beantworteten Fragen zu ihren Erfahrungen mit Sex während der Kopfschmerzattacke, ob es zur Verbesserung oder Verschlechterung kam, ob der Orgasmus für eine Verbesserung notwendig sei und auch zum therapeutischen Einsatz von Sex während einer Kopfschmerzattacke. Ein Drittel der Patienten hatte Sexualität während der letzten Attacken; eine Verbesserung der Symptomatik beschrieben 60,2 % bei Migräne und 36,7 % bei Clusterkopfschmerz. Eine

Verschlechterung trat bei 33 % mit Migräne und bei 50 % mit Clusterkopfschmerz auf. Die Veränderung des Kopfschmerzes trat vor allem mit oder kurz nach dem Orgasmus (bei 43 % mit Migräne und 73,1 % mit Clusterkopfschmerz) auf, unabhängig von Zeitpunkt der Attacke, Körperposition oder der Anwesenheit des Partners. Es gab keinen prognostischen Faktor für die Verbesserung (Dauer, Häufigkeit, Aura, Alter, Geschlecht). 36,4 % aller männlichen Patienten und 13,7 % der weiblichen Patienten setzen Sex als therapeutisches Tool ein.

Rückenschmerzen

(Maigne u. Chatellier 2001) beschreiben, dass Rückenschmerzpatienten weniger Geschlechtsverkehr als Nackenschmerzpatienten angaben. Frauen sind stärker beeinträchtigt als Männer. Schwierigkeiten bestehen vor allem darin, die richtige Position zu finden (gebeugte Haltung am unangenehmsten) sowie bei Beckenbewegungen. In einer neueren Untersuchung (Bahouq et al. 2013) geben 81 % der Rückenschmerzpatienten sexuelle Probleme an. Männer geben hier im Gegensatz zu der Untersuchung von (Maigne u. Chatellier 2001) mehr Probleme und schlechtere sexuelle Lebensqualität als die Frauen an. Die sexuelle Lebensqualität war hier assoziiert mit einem schlechteren funktionellen Status. 2 Studien (Berg et al. 2009; Hag et al. 2006) beschäftigten sich mit der Verbesserung der sexuellen Funktion nach einer Wirbelsäulenoperation. Mit einer lumbalen Fusion kam es im Zeitraum von 2 Jahren zu einer Verbesserung der sexuellen Funktion (Orgasmusfähigkeit und Ejakulation) in Abhängigkeit von einer Schmerzreduktion.

Beachte: Abschließend ist allerdings anzumerken, dass es sich meist um Querschnittsstudien handelt und unterschiedliche Fragebögen verwendet werden, sodass die Daten häufig nicht direkt vergleichbar sind. In der englischsprachigen Literatur wird häufig von sexuellen Dysfunktionen gesprochen. Darunter versteht man eine Störung aufgrund medizinischer Faktoren. Bei Schmerzerkrankungen liegt aber eher eine Funktionsstörung (kombiniert: psychischer plus medizinischer Krankheitsfaktor) vor. Es bleibt häufig unklar, ob die diagnostischen Kriterien zur Vergabe einer sexuellen Funktionsstörung genutzt wurden und damit auch die erlebte Einschränkung befragt wurde oder ob nur Testergebnisse verwendet wurden, die wenig darüber aussagen, inwiefern die betroffene Person unter der Einschränkung tatsächlich auch leidet.

Einflussnehmende Faktoren

Es gibt vielfältige körperliche einflussnehmende Faktoren auf die Sexualität, wie Entzündungen, Nervenschädigung, Funktionsstörungen, aber auch Veränderungen im Stoffwechsel, Gefäßsystem oder auch zentralnervöse Veränderungen. Eine zentrale Desensibilisierung wird im Zusammenhang mit einer schmerzhaften Sexualität bei verschiedenen Schmerzerkrankungen diskutiert. Darüber hinaus liegen häufig dermatologische, neurologische oder auch hormonelle Veränderungen bei den unterschiedlichen Krankheitsbildern vor.

Hinzu kommen Symptome und Folgen der Erkrankung, die das sexuelle Erleben, die Er-

regbarkeit und Genussfähigkeit beeinträchtigen können. Funktionelle Störungen im Beckenboden-/Rückenbereich erschweren manche Bewegungen und Stellungen.

Der Schmerz, die Unbeweglichkeit und eine Bewegungseinschränkung (vor allem in LWS, Hüfte, Knie) erschwert die körperliche Aktivität und kann zusätzliche Schmerzen verursachen. Die Steifigkeit in den Gelenken und die hohe muskuläre Anspannung führen schnell zu einem Gefühl der hohen Belastung durch die Aktivität und können auch zu einer verringerten Anstrengungsbereitschaft führen. Hinzu kommen jedoch auch häufig Gefühle der Kraftlosigkeit und Erschöpfung, die einer sexuellen Lust entgegenstehen und die Motivation verringern. Vegetative Begleiterscheinungen, Gewichtszunahme, der Einfluss von Alko-

hol/Drogen und die Nebenwirkungen der Medikamente können die sexuelle Aktivität zusätzlich beeinträchtigen.

Besonders beim Fibromyalgiesyndrom diskutieren die Autoren die unterschiedlichsten physiologischen und psychologischen Einflussfaktoren, welche sowohl an der Aufrechterhaltung des Fibromyalgiesyndroms als auch an den sexuellen Beeinträchtigungen beteiligt sein können. Diese sind in Abbildung 1 zusammengefasst.

Bei rheumatischen Erkrankungen kommen vor allem erschwerend relevante Komorbiditäten, wie Sklerodermie, Sjögren-Syndrom, systemischer Lupus Erythematosus, systemische Sklerose, hinzu. Probleme mit den Schleimhäuten führen häufig zu Schmerzen während des Geschlechtsver-

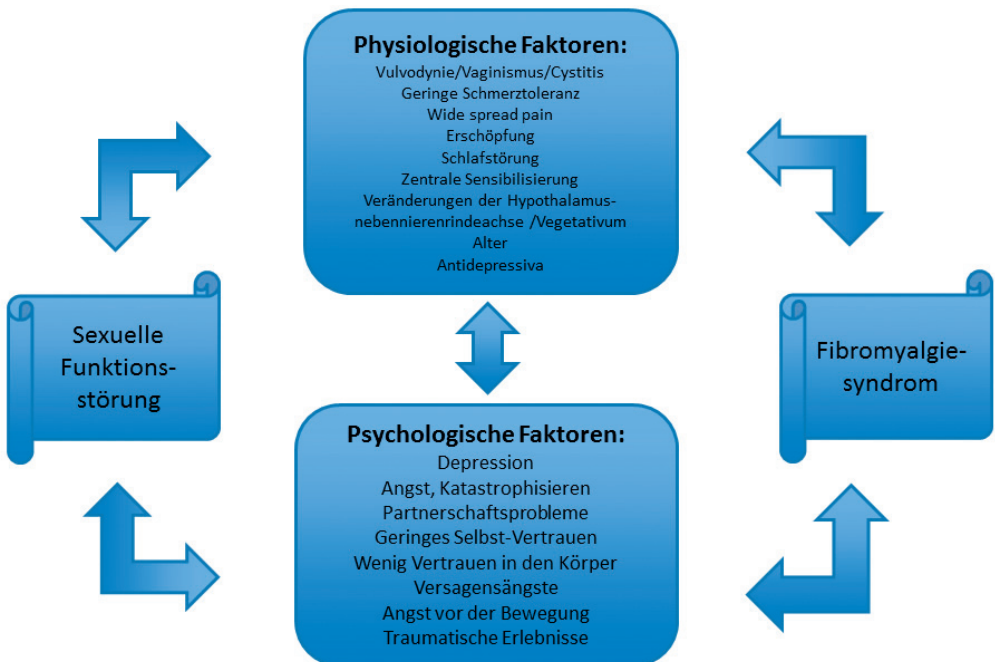


Abb. 1: Hypothesen zum Zusammenhang von Fibromyalgie syndrom und sexuellen Funktionsstörungen (L. Kalichman, I. Batmaz, J. Ablin, F. Rico-Villademoros, C. Orellana, C. Tikiz, C. Ferreira)

kehrts und auch zu atrophischen Veränderungen mit einer vaginalen Enge bei der systemischen Sclerosis (Tristano 2009).

Hinsichtlich der Vulvodynie werden vor allem Aspekte der zentralen Sensibilisierung, Entzündungsprozesse und auch Verkrampfungen der Beckenbodenmuskulatur als einflussnehmende körperliche Aspekte diskutiert (Cox and Neville 2012; Zhang et al. 2011; Hampson et al. 2013). Vielfältige Einflussfaktoren auf die Sexualität werden beim chronischen Unterbauchschmerz in Erwägung gezogen: gynäkologisch, urologisch, gastrointestinal, durch das Muskel-Skelett-System. Männer mit chronischem Unterbauchschmerz und chronischer Prostatitis weisen als Risikofaktoren arterielle Insuffizienzen, beeinflusst durch Spasmen im Beckenboden, eine androgene Dysfunktion, einen Hypogonadismus bei Langzeitopioideinnahme und vermehrt neurologische Erkrankungen auf (Tran and Shoskes 2013; Shoskes 2012).

Psychologische Variablen haben einen bedeutsamen Einfluss auf sexuelle Funktionsstörungen (Gromus 2002; Kokott u. Fahrner 2000). In Abbildung 2 sind die bei Schmerzerkrankungen relevanten psychosozialen Aspekte zusammengefasst. Mit der Krankheit verbunden können Schonverhalten und „Fear Avoidance“ eher zur sexuellen Abstinenz, Angst vor einer Schmerzverstärkung oder Schädigung des Körpers führen. Das mangelnde Vertrauen in den Körper und in die eigene Leistungsfähigkeit spielt hier eine Rolle. Manchmal ist der Schmerz eine sozial akzeptierte Möglichkeit des Rückzugs und verstärkt dadurch das Einnehmen einer Krankenrolle. Mit der Veränderung des eigenen Körperbilds, eventuell auch mit einer Gewichtszunahme, leidet das Selbstwertgefühl, die Person schämt sich für ihr eigenes Aussehen. Ängste, depressive Stimmung, aber auch erlebte Traumata können die Sexualität maßgeblich beeinflussen. Die mit dem Schmerz verbundenen sozialen Veränderungen und Stressoren kommen hinzu.

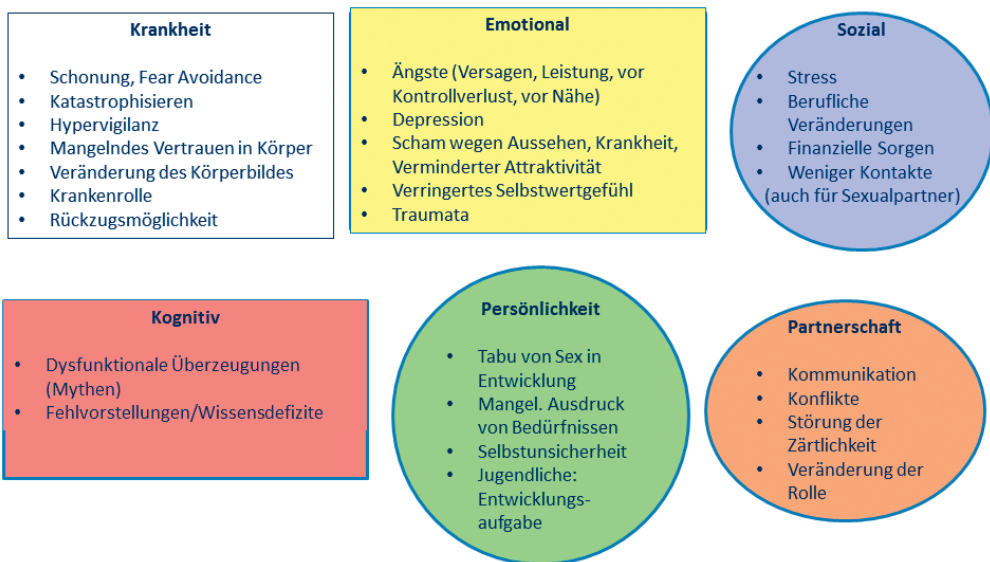


Abb. 2: Einflussnehmende Faktoren Psychologische und soziale Aspekte

Die Partnerschaft leidet eventuell unter den Einschränkungen des erkrankten Partners, bereits bestehende Konflikte können verschärft werden, mangelnde Kommunikation über die Sexualität erschwert die Gestaltung einer genussvollen Sexualität. Aber auch Aspekte der Persönlichkeit und Lernerfahrungen spielen eine wichtige Rolle: Welche Einstellungen bringt der Betroffene mit? Wie gut ist er oder sie in der Lage, sexuelle Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen? Junge Menschen haben vielleicht noch keine ausreichende sexuelle Erfahrung vor Beginn der Erkrankung gemacht, um ein sexuelles Selbstbild zu entwickeln.

In den verschiedenen Studien zu Schmerzkrankungen werden sehr unterschiedliche psychologische Aspekte beleuchtet. Frauen mit Vulvodynie beschreiben im Vergleich zu anderen Patienten einer gynäkologischen Kontrolluntersuchung ein geringes Selbstwertgefühl als Sexualpartner und eine geringere Zufriedenheit mit der Qualität ihrer sexuellen Aktivität (Aikens et al. 2003). Der psychologische Distress (Depression und Angst) ist bei Patientinnen mit Vulvaschmerz recht hoch (Aikens et al. 2003; Cox and Neville 2012; Gates and Galask 2001). Patientinnen mit einer Vulvovestibulitis unterscheiden sich signifikant von den Kontrollpersonen hinsichtlich der verschiedensten Faktoren, beispielsweise Angst, Vermeidung, ängstliche Bewertung, physiologische Angstsymptome, Katastrophisieren und höhere Vigilanz bei Schmerz (Payne et al. 2007). Die besorgte Reaktion des Partners und die Tendenz der Betroffenen zum Katastrophisieren haben einen wesentlichen Einfluss auf die sexuelle Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der Frauen (Rosen et al. 2013). Höhere Angst vor dem Schmerz und eine geringe Selbstwirksamkeit erklären einen Teil der Varianz (22 %)

der sexuellen Beeinträchtigung (Desrochers et al. 2009). Mehr Angst vor der Penetration, verbunden mit vermehrtem Schmerz, wird auch bei Migränepatientinnen beschrieben (Ifergane et al. 2008). Sexuelle Probleme bei Unterbauchbeschwerden sind assoziiert mit Angst und Depression. Die Hypothese des sexuellen Missbrauchs in der Vorgeschichte als Prädiktor für das Auftreten einer Vulvodynie erscheint jedoch nicht ausreichend belegt (Savidge and Slade 1997; Ter Kuile et al. 2010). Bei Männern werden Stress, Angst, Katastrophisieren als psychologische Einflussfaktoren diskutiert (Shoskes 2012). In Untersuchungen zu Rückenschmerzen wird vor allem Angst vor einer Schmerzverstärkung bei der körperlichen Aktivität beschrieben (Maigne and Chatellier 2001). Bei Rheumapatienten fanden die Autoren (Yilmaz et al. 2012) eine enge Assoziation von Depressivität und sexueller Beeinträchtigung. Hypothesen über psychologische Einflussfaktoren bei Fibromyalgie sind in Abbildung 1 zusammengefasst dargestellt.

Therapie sexueller Funktionsstörungen

Eine umfassende Krankheitsanamnese beim Schmerzpatienten sollte auch die Exploration von möglichen sexuellen Beeinträchtigungen umfassen. Dazu sind aber eine gute therapeutische Beziehung und die notwendigen Rahmenbedingungen, wie Zeit für offene Fragen und notwendige Erläuterungen über Zusammenhänge und Einflussfaktoren auf die Sexualität, erforderlich. Eine Sexualtherapie könnte dann empfohlen werden, wobei diese bei Schmerzpatienten auch in einer interdisziplinären Zusammenarbeit des Sexualmediziners, Physiotherapeuten und Psychotherapeuten sinnvoll erscheint.

Beachte: Sexuelle Funktionsstörungen stellen neben der Schmerzkrankung häufig ebenfalls ein komplexes biopsychosoziales Phänomen dar (Beier u. Loewit 2011). Ein neuer Ansatz zur erlebnisorientierten Therapie sexueller Funktionsstörungen integriert Elemente der klassischen Sexualtherapie (sensate focus) nach (Masters et al. 1967) sowie (Kaplan 1974) mit neueren Konzepten der Schematherapie, der systemischen Therapien und der emotionsfokussierten Paartherapie (Hartmann 2011).

Expertenmeinung: Korrigierende Erfahrungen werden durch die Modifikation antizipierender negativer Kognitionen und Emotionen sowie durch Strategien zur Erhöhung der Selbstwirksamkeit und zur Kontrolle von Abwehrverhalten und Hypervigilanz induziert (Hartmann u. Philippsohn 2009). Sensualitätsübungen des Paares und ein strukturiertes Programm zur Ermöglichung neuer sexueller Erfahrungen sind Bestandteile der Therapie. Medikamentöse und physiotherapeutische Behandlungsoptionen kommen ebenfalls zum Einsatz. Die Lösung von Verspannungen, Verbesserung der Beweglichkeit des Beckens und das Finden geeigneter Positionen beim Sex, aber auch Beckenbodentraining, z.B. Kegelübung zur Schmerzreduktion, Verstärkung der Durchblutung der Beckenmuskeln und schmerztherapeutische Strategien können zum Einsatz kommen. Eine Biofeedback-Therapie kann sowohl zur Verbesserung der Körperwahrnehmung als auch zum Training des Beckenbodens genutzt werden.

Zusammenfassung

Sexuelle Beeinträchtigungen und Funktionsstörungen treten bei Schmerzkrankungen vermehrt auf, werden aber in der Therapie häufig vernachlässigt, obwohl das sexuelle Wohlbefinden einen wesentlichen Aspekt einer guten Lebensqualität darstellen kann. Weitere Längsschnittstudien könnten Aufschluss darüber geben, ob sich auch das sexuelle Erleben mit einer Schmerztherapie verbessert. Von Interesse wäre auch ein tieferes Verständnis für die Entwicklung von sexuellen Störungen bei unterschiedlichen Schmerzen. Hierzu liegen bisher nur wenige Studien vor. Wünschenswert wäre, dass sich Schmerztherapeuten dem Thema Sexualität im Kontakt mit dem Patienten mehr zuwenden würden und dem Patienten Möglichkeiten der Sexualtherapie aufzeigen würden.

Literatur

- Ablin JN, Gurevitz I, Cohen H, Buskila D (2011) Sexual dysfunction is correlated with tenderness in female fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol* 29(69): 44–48
- Aikens JE, Reed BD, Gorenflo DW, Haefner HK (2003) Depressive symptoms among women with vulvar dysthästhesie. *Am J Obstet Gynecol* 189: 462–466
- Aksoy D, Solmaz V, Cevik B, Gencten Y, Erdemir F, Gulsum Kurt S (2013) The evaluation of sexual dysfunction in male patients with migraine and tension type headache. *J Headache Pain* 14: 46
- Bahouq H, Fadoua A, Hanan R, Ihsane H, Najia HH (2013). Profile of sexuality in moroccan chronic low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 14: 63

- Batmaz I, Sariyildiz MA, Dilek B et al (2013) Sexuality of men with fibromyalgia: what are the factors that casual sexual dysfunction? *Rheumatol Int* 33: 1265–1270
- Bazzichi L, Giacomelli C, Rossi A et al (2012) Fibromyalgia and sexual problems. *Reumatismo* 64(4): 261–267
- Beier KM, Loewit K (2011) *Praxisleitfaden Sexualmedizin. Von der Theorie zur Therapie*. Springer, Berlin
- Beutel ME, Weidner W, Brähler E (2004) Der chronische Beckenschmerz und seine Komorbidität. *Urologe* 43: 261–267
- Berg S, Fritzell P, Tropp H (2009) Sex life and sexual function in men and women before and after total disc replacement compared with posterior lumbar fusion. *Spine J* 9: 987–994
- Cox KJ, Neville CE (2012) Assessment and management options for women with vulvodynia. *J Midwifery Womens Health* 57(3): 231–240
- Davis SN, Binik YM, Amsel R, Carrier S (2013) Is a sexual dysfunction domain important for quality of life in men with urological chronic pelvic pain syndrome? Signs UPOINT to yes. *J Urol* 189: 146–151
- De Castro Ferreira C, Da Mota LM, Oliveira AC et al (2013) Frequency of sexual dysfunction in women with rheumatic diseases. *Rev Bras Reumatol* 53(1): 35–46
- Dillmann U, Nilges P, Saites H, Gerbershagen HU (1994) Behinderungseinschätzung von chronischen Schmerzen. *Schmerz* 8: 100–110
- De Castro Ferreira C, Da Mota LM, Vanderley Oliveira AC et al (2013) Frequency of sexual dysfunction in women with rheumatic diseases. *Rev Bras Reumatol* 53(1): 35–46
- Desrochers G, Bergeron S, Khalife S, Dupuis MJ, Jodoin M (2009) Fear avoidance and self efficacy in relation to pain and sexual impairment in women with provoked vestibulodynia. *Clin J Pain* 25(6): 520–527
- Gates EA, Galask RP (2001) Psychological and sexual functioning in women with vulvar vestibulitis. *J Psychosom Obstet Gynecol* 22: 221–228
- Gromus B (2002) *Sexualstörungen der Frau*. Hogrefe, Göttingen
- Hagg O, Fritzell P, Nordwall A (The Swedish Lumbar Spine Study Group) (2006) Sexual function in men and women after anterior surgery for chronic back pain. *Eur Spine J* 15: 677–682
- Hallam-Jones R, Wylie KR, Osborne-Cribb J, Harrington C, Walters S (2001) Sexual difficulties within a group of patients with vulvodynia. *Sex Relat Ther* 16(2): 113–126
- Hambach A, Evers S, Summ O, Husstedt IW, Frese A (2013) The impact of sexual activity on idiopathic headaches: an observational study. *Cephalgia* 33(6): 384–389
- Hampson JP, Reed BD, Clauw DJ et al (2013) Augmented central pain processing in vulvodynia. *J Pain*: 1–11
- Hartmann U (2011) State-of-the-Art der Sexualtherapie und Anforderungen an ihre Weiterentwicklung. *Sexuologie* 18: 3–24
- Hartmann U, Philippsohn S (2008) Sexuelle Störungen der Frau – sexuelle Schmerzstörungen. *Gyne* 29: 209–216
- Ifergane G, Ben-Zion IZ, Plakht Y, Regev K, Wirguin I (2008) Not only headache: higher degree of sexual pain symptoms among migraine sufferers. *J Headache Pain* 9: 113–117
- Josefsson KA, Gard G (2012) Sexual Health in Patients with Rheumatoid Arthritis: Experiences, Needs and Communication with Health Care Professionals. *Musculoskeletal Care* 10: 76–89
- Kalichman L (2009) Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women. *Clin Rheumatol* 28: 365–369
- Kokott G, Fahrner EM (2000) *Sexualstörungen des Mannes*. Hogrefe, Göttingen
- Kaplan, HS (1974) *The new sex therapy*. Brunner/Mazel, New York
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC (1999) Sexual Dysfunction in the United State. Prevalence and Predictors. *Jama* 281(6): 537–545
- Levin M (2008) Headache and sexual activity: a review. *Headache*, doi: 10.1111/j.1526-4610.2008.01221.x
- Masters WH, Johnson VE (1967) *Die sexuelle Reaktion*. Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt
- Maigne JY, Chatellier GC (2001) Assessment of sexual activity in patients with back pain

- compared with patients with neck pain. *Clin Orthop Relat Res* 365: 82–87
- Mendling W (2008) Burning Vulva, Vulvodynie, Vulvares Vestibulitis-Syndrom. *Frauenarzt* 49(4): 314–317
- Miedany YEL, Gaafary MEL, Aroussy NEL, Youssef S, Ahmed I (2012) Sexual dysfunction in rheumatoid arthritis patients: arthritis and beyond. *Clin Rheumatol* 31: 601–606
- Nappi RE, Rerreno E, Tassorelli C et al (2012) Sexual function and distress in women treated for primary headaches in a tertiary university center. *J Sex Med* 9: 761–769
- Orellana C, Grattacos J, Galisteo C, Larrosa M (2009) Sexual Dysfunction in Patients with Fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 11: 437–442
- Payne KA, Binik YM, Pukall CF, Thaler L, Amsel R, Khalife S (2007) Effects of sexual arousal on genital and non-genital sensation: a comparison of women with vulvar vestibulitis syndrome and healthy controls. *Arch Sex Behav* 36: 289–300
- Rico-Villademoros F, Calandre EP, Rodriguez-Lopez C et al (2012) Sexual functioning in women and men with fibromyalgia. *J Sex Med* 9: 54–549
- Rosen R, Brown C, Heiman J et al (2000) The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 26: 191–208
- Rosen R, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A (1997) The international index of erectile dysfunction. *Urology* 49(6): 822–830
- Rosen NO, Bergeron S, Lambert B, Steben M (2013) Provoked vestibulodynia: mediators of the association between partner response, pain, and sexual satisfaction. *Arch Sex Behav* 42: 129–141
- Savidge CJ, Slade P (1997) Psychological Aspects of chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 42(5): 433–444
- Shoskes D (2012) The challenge of erectile dysfunction in the man with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Curr Urol Rep* 13: 263–267
- Simons JS, Carey MP (2001) Prevalence of sexual dysfunction. Results from a decade of research. *Arch Sex Behav* 30: 177–219
- Tran CN, Shoskes D (2013) Sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *World J Urol*, DOI 10.1007/s00345-013-1076-5
- Tikz C, Muezzinoglu T, Pirildar T, Taskin, EO, Firat A, Tuzun C (2005) Sexual dysfunction in female subjects with fibromyalgia. *J Urol* 174: 620–623
- Tristano AG (2009) The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol Int* 29: 853–860
- Yilmaz H, Polat HA, Yilmaz SD et al (2012) Evaluation of sexual dysfunction in women with rheumatoid arthritis: a controlled study. *J Sex Med* 9: 2664–2670
- Zhang Z, Zolnoun DA, Francisco EM, Holden JK, Dennis RG, Tommerdahl M (2011) Altered central sensitization in subgroups of women with vulvodynia. *Clin J Pain* 7(9): 755–763