



Psychische Störung

Die Sexualität ist für die meisten Menschen ein wichtiger Aspekt der Lebensqualität. Trotz der zunehmenden Liberalisierung dieses Themas haben viele Patienten aber auch viele Ärzte Probleme, darüber zu reden. Verschiedene Untersuchungen haben aber gezeigt, dass die meisten Patienten mit ihrem Arzt beim Vorhandensein von Problemen darüber reden würden; sie erwarten aber, dass der Arzt die Initiative für das Gespräch ergreift.

Viele Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung - besonders jedoch bei Patienten mit psychischen Störungen - konnten zeigen, dass sexuelle Störungen häufig sind, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer. Sexuelle Störungen können dabei in den verschiedenen Abschnitten des sexuellen Reaktionszyklus (sexuelles Verlangen, Erregung, Orgasmus, Entspannung) beziehungsweise der sexuellen Interaktion auftreten, wobei die einzelnen Phasen bei beiden Geschlechtern unterschiedlich störanfällig sind.

Wie viele psychische Störungen sind auch sexuelle Funktionsstörungen multifaktoriell bedingt, wobei sowohl die verschiedenen Auslöser (zum Beispiel Partnerprobleme, berufliche Überlastung, sexueller Leistungsdruck, körperliche Erkrankung, medikamentöse Therapie, Persönlichkeitsstruktur usw.) als auch aufrechterhaltende Faktoren (vor allem Erwartungs- und Versagensangst) eine wichtige Rolle spielen.

An der zentralen Regulation sexueller Funktionen sind zahlreiche Transmittersysteme und Hormone beteiligt, wobei

gen und Sexualität

Sexuelle Probleme sind bei Menschen mit psychischen Störungen häufig, wobei sowohl die Krankheit selbst als auch die Medikamente einen negativen Einfluss auf die sexuelle Funktionsfähigkeit und das Erleben haben können. Für die adäquate Bewältigung dieses Problems ist es wichtig, dass die Patienten darüber reden können, wobei die Initiative zum Gespräch vom Arzt ausgehen muss. **Von Johann F. Kinzl***

viele Details noch nicht bekannt sind. Bei den endokrinen Faktoren kommt den Androgenen, den Östrogenen, dem Progesteron, dem Prolaktin, dem Oxytocin, den Pheromonen und anderen Hormonen die größte Bedeutung zu. Bei den Neurotransmittern spielen vor allem das Dopamin, das Serotonin und das Epinephrin eine wichtige Rolle. Dabei ist die Balance von monaminergen und dopaminergen Einflüssen Voraussetzung für eine ungestörte Sexualfunktion. Dopamin hat vor allem einen sexuell stimulierenden Effekt und bewirkt auch eine Steigerung der Stickoxidsynthese. Deswegen haben dopaminerge Agonisten wie L-Dopa, Apomorphin, Amantadin, Bupropion und Amphetamine ein förderndes Verhalten auf die Sexualität, während zentrale Dopaminblocker wie Antipsychotika eher die sexuellen Funktionen unterdrücken. Der Neurotransmitter Serotonin hingegen

wirkt eher hemmend auf die Sexualität, wobei die Auswirkung stark vom Serotonin-Rezeptor-Subtyp abhängt. Vor allem eine Aktivierung des 5-HT-2-Rezeptors verschlechtert alle Phasen des sexuellen Reaktionszyklus. Stark serotonerg wirkende Substanzen sind häufig assoziiert mit Libidostörungen, Erregungsstörungen und mit Erektionsstörungen (aufgrund möglicher Veränderung der lokalen NO-Spiegel in den Schwellkörpern).

Psychische Störung und sexuelle Dysfunktion

Um die sexuellen Dysfunktionen einschätzen zu können, sind folgende Voraussetzungen notwendig:

- Kenntnis der prämorbid sexuellen Funktion und des Erlebens;

- augenblickliche psychische Störung und deren Auswirkung auf die Sexualität;
- komorbide psychische Störungen;
- komorbide körperliche Störungen (zum Beispiel eine Erektionsstörung durch Gefäßerkrankung tritt oft einige Zeit vor einer KHK auf);
- Psychopharmaka;
- andere Medikamente.

Depressionen haben eine große Auswirkung auf das emotionale Erleben und den Hormonstoffwechsel. So sind vielfältige Wechselwirkungen zwischen einer Depression und der Sexualität möglich:

- Typische Symptome der Depression wie Apathie, Antriebsstörung, Freud- und Interesselosigkeit haben eine negative Auswirkung auf die sexuelle Aktivität (So kann die Störung der Sexualität - vor allem eine Verminderung des sexuellen Verlangens - das erste Symptom der Depression sein).
- Depressionen können zu einer Beeinträchtigung des Hormonstoffwechsels führen (zum Beispiel Absinken des Testosteronspiegels).
- Eine Sexualstörung kann zu einer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls mit nachfolgender Niedergeschlagenheit und depressiver Verstimmung führen.

Depressive Männer klagen häufig über relevante aktuelle Libido- und Erre- ►►



►► gungsstörungen, wobei die Schwere der Depression meist mit dem Ausmaß der Sexualstörung korreliert. Diskutiert wird auch, ob eine verminderte Ausschüttung der Sexualhormone (PADAM) im Sinne von „Wechseljahren des Mannes“ eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber Depressionen bewirkt. Bei Frauen haben Depressionen besonders negative Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen und die Orgasmusfähigkeit, wobei die Schwere der Depression meist eine enge Korrelation mit dem Libidoverlust zeigt.

Über die Häufigkeit von Sexualstörungen bei Angststörungen liegen relativ wenige Daten vor, was deshalb überrascht, weil Angst generell ein wichtiger Faktor für eine sexuelle Dysfunktion ist. Übereinstimmung besteht darin, dass die Höhe des Angstlevels mit der Häufigkeit und Schwere der sexuellen Dysfunktion korreliert. Patienten mit einer sozialen Phobie zeigen meist eine verminderte sexuelle Genussfähigkeit, eine geringe sexuelle Zufriedenheit und sie haben meist spätere sexuelle Erfahrungen und weniger Sexualpartner.

Die Sexualität bei schizophrenen Patienten ist im Vergleich zu Normalpersonen und anderen psychisch Kranken generell reduziert, nicht nur im akuten Stadium. Auch nach dem Abklingen der akuten Symptomatik findet man sexuelle Dysfunktionen mit einer Häufigkeitsrate zwischen 18 bis 60 Prozent. Als Ursachen für die sexuellen Störungen bei Schizophrenen sind verantwortlich: die Persönlichkeitsstruktur (oft schizoid oder paranoid), Negativsymptome wie Anhedonie und abgestumpfte Affekte, die Partnersituation und die psychopharmakologische Behandlung. Dabei ist der subjektive Leidensdruck bei den Betroffenen

häufig eher gering, was als Ausdruck einer krankheitsbedingten Störung der zwischenmenschlichen Kontaktfähigkeit angesehen wird. Trotz der bekannten negativen Auswirkung der meisten Antipsychotika auf die sexuelle Funktion sehen die meisten Forscher die Ursache für sexuelle Funktionsstörungen bei schizophrenen Patienten weniger in der antipsychotischen Therapie als in der Erkrankung selbst.

Es zeigt sich, dass eine deutliche Diskrepanz bei der Einschätzung der Häufigkeit von sexuellen Dysfunktionen zwischen Psychiatern und Patienten besteht; das heißt die Häufigkeitsraten von sexuellen Funktionsstörungen bei Patienten mit einer psychischen Störung werden von den Psychiatern meist deutlich unterschätzt.

Psychopharmaka und sexuelle Dysfunktion

Sigusch (2007) hält fest, dass folgende Faktoren auf einen Zusammenhang zwischen sexueller Dysfunktion und Medikamenten hinweisen:

- Es besteht ein zeitlicher Zusammenhang zwischen der Medikation und der sexuellen Dysfunktion (Wichtig für die Einschätzung ist die Kenntnis der prämorbid Sexualität, der Sexualität bei der psychischen Störung, Veränderung der Sexualität durch Psychopharmaka).
- Es gibt Hinweise aus der Forschung und Klinik, dass die sexuelle Dysfunktion beim verordneten Medikament nicht selten ist.
- Eine Erklärung der sexuellen Dysfunktion durch die bioche-

mischen Mechanismen des Medikamentes ist möglich.

- Die sexuelle Dysfunktion verschwindet nach dem Absetzen des Medikaments.
- Es zeigt sich aus der Anamnese kein wesentlicher Hinweis auf eine Psychogenese der Symptomatik.

Eine besondere Beeinträchtigung der Sexualität durch Medikamente ist zu erwarten bei (Sigusch 2007):

- zentral nervöser Wirkung (Neocortex, limbischer Cortex, Hypothalamus) zum Beispiel bei Psychopharmaka, Antihypertensiva;
- Interferenz mit Neurotransmittern (besonders Reduktion der Dopaminaktivität und Zunahme der Serotoninaktivität);
- dämpfender Wirkung auf die Hypophysen-Gonaden-Achse (zum Beispiel bei Medikamenten mit östrogenen, gestagenen oder androgenen Potenzen);
- Prolaktinerhöhung (besonders bei Amisulprid, Risperidon);
- Auswirkungen auf das periphere vegetative Nervensystem (zum Beispiel Antihypertensiva);
- Veränderungen der peripheren Durchblutung (wichtig für die Lubrikation und die Schwellkörperreaktionen) wie zum Beispiel Antihypertensiva.

Für die Beurteilung einer medikamentös bedingten Störung gilt in ►►



►► besonderer Weise, dass es im Einzelfall schwer möglich ist, deren genauen somatischen und psychischen Anteil am Problem einzuschätzen; das heißt eine Entscheidung im Sinn „entweder psychisch oder körperlich bedingt“ ist oft nicht möglich. Für die meisten Medikamente gilt auch, dass viele Fragen über ihre Wirkungsweise noch offen sind. Die Symptomatik ist interindividuell variabel; man kann ihnen im Vorhinein nichts Schlechtes, aber auch nichts Gutes nachsagen. Wichtig zu erwähnen ist, dass die meisten Arzneimittel-induzierten sexuellen Dysfunktionen reversibel sind.

Die negativen Auswirkungen von Antidepressiva auf die sexuelle Funktion sind interindividuell unterschiedlich. So werden Prävalenzraten von 20 bis 70 Prozent angegeben, wobei diese auch stark von der genetischen Variation des Medikamentenmetabolismus abhängig sind. Eher häufig finden sich vor allem Störungen der sexuellen Appetenz, des Orgasmus und eine Ejaculatio retardata bei den SSRIs, den Trizyklika und Venlafaxin; weniger häufig bei Duloxetin, Bupropion, Mirtazapin, Mianserin und Trazodon. Dabei ist aber zu bemerken, dass die Unterschiede zwischen den verschiedenen Substanzen vom klinischen Standpunkt aus eher gering sind, auch wenn statistisch signifikante Unterschiede gefunden werden.

Die Prävalenzraten von sexuellen Dysfunktionen bei den verschiedenen Antipsychotika sind generell hoch (40 bis 60 Prozent), wobei diese bei den typischen Antipsychotika (zum Beispiel Haloperidol) nicht wesentlich höher sind als bei den atypischen Antipsychotika (zum Beispiel Olanzapin, Risperidon, Quetiapin). Generell muss man davon ausgehen, dass die Compliance bei

Patienten mit einer Psychose bezüglich der Medikamenteneinnahme grundsätzlich eher gering ist (zum Beispiel fehlende Krankheitseinsicht, negative Einstellung Psychopharmaka gegenüber, Medienberichte).

Wenn unter einer Therapie mit Psychopharmaka sexuelle Funktionsstörungen auftreten, können bei der Bewältigung folgende Interventionen hilfreich sein:

- „Wait and see“: Dabei soll der weitere Verlauf der sexuellen Dysfunktion beobachtet und abgewartet werden (Bei etwa einem Fünftel der Betroffenen ist eine komplette Rückbildung des sexuellen Problems innerhalb von einigen Wochen beziehungsweise eine deutliche Besserung bekannt).
- Dosisreduktion: Die sexuelle Störung ist gelegentlich dosisabhängig.
- „Drug holidays“: Eine Medikamentenpause ist nur dann möglich, wenn die Art und Schwere der Erkrankung dies erlauben und hängt auch von der Halbwertszeit der Substanz ab. Voraussetzung ist eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung und eine gute Compliance. Insgesamt ist aber der Wert dieser Maßnahme umstritten und das Risiko oft größer als der Benefit.
- Substanzwechsel: Der Wechsel auf eine Substanz, die weniger häufig sexuelle Dysfunktionen bewirkt, macht Sinn, wobei der Effekt aber gelegentlich nur gering ist.
- Die Verabreichung von prosexuellen Substanzen wie Tadalafil oder

Sildenafil wird als die wirksamste Maßnahme (besonders bei erektiler Dysfunktion) angesehen.

Das Gespräch über Sexualität sollte bei jedem Patienten, auch bei depressiven und schizophrenen Patienten, selbstverständlicher Teil der Anamnese sein. Dabei ist auch auf die eigene Einstellung zur Sexualität besonders bei psychisch Kranken zu achten. Die meisten Patienten erwähnen sexuelle Veränderungen und Störungen nicht von sich aus. Deshalb muss die Initiative zum Gespräch darüber vom Arzt ausgehen. Für die Compliance und die Behandlungszufriedenheit ist das Eingehen auf die sexuelle Dysfunktion von großer Bedeutung. Die Angst, dass durch das Ansprechen von möglichen sexuellen Problemen eine sexuelle Funktionsstörung auftreten könnte, ist unbegründet. Vielmehr ermöglicht das Wissen um eine mögliche negative Nebenwirkung des Medikamentes auf die Sexualität es dem Patienten, dass er sie zuordnen kann und die Wahrscheinlichkeit, dass sich der Patient non-compliant verhält, wird vermindert. ◀◀

Literatur beim Verfasser

*) **Univ. Prof. Dr. Johann F. Kinzl**,
 Universitätsklinik für Psychosomatische
 Medizin/Medizinische Universität Innsbruck,
 Anichstraße 35, 6020 Innsbruck;
 Tel.: 050504-23705;
 E-Mail: johann.kinzl@uki.at