

Störungen der weiblichen Sexualität

Wer an Sex orientiert ist, wird Sex ernten - wer an Liebe orientiert ist, wird Liebe ernten.

Begriffsdefinition

Nach herrschender Lehre werden unter dem Oberbegriff „sexuelle Funktionsstörungen“ alle Beeinträchtigungen der sexuellen Funktionen subsumiert und zwar unabhängig von ihrer angenommenen oder nachgewiesenen Genese: Sexuelle Dysfunktionen sind jene Störungen, bei denen eine vorwiegend oder ausschließliche körperliche Ursache vorliegt, während unter „funktionellen Sexualstörungen“ Beeinträchtigungen verstanden werden, die als psychisch bedingt anzusehen sind und bei denen normale physiologische Reaktionsweisen vorhanden sind. Wobei bei Neuersten Untersuchungen bei bis zu 16 % der betroffenen Frauen, sowohl eine sexuelle Dysfunktion als auch eine funktionelle Sexualstörung zu finden ist.

Inhaltlich lassen sich die Störungsbilder der „funktionellen Sexualstörungen“ danach unterscheiden, in welcher Phase der sexuellen Erregung sie auftreten.

Unterteilung funktioneller Sexualstörungen

<i>Phasen:</i>	<i>Störungen bei der Frau</i>
1. Appetenz	A. Frigidität: anhaltend stark herabgesetzte oder aufgehobene sexuelle Lust
2. Erregung	B. Erregungsstörung: Erregung nicht oder kaum ausreichend für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr (GV) C. Vaginismus: (Scheidenkrampf) Einführung des Penis durch krampfartige Verengung des Scheideneingangs gar nicht oder nur unter Schmerzen möglich. D. Schmerzhaftes GV: Schmerzen im Genitalbereich während oder unmittelbar nach dem Koitus
3. Orgasmus	E. Orgasmusschwierigkeiten: Orgasmus nie oder nur selten
4. Entspannung	F. nachorganische Verstimmung: Gereiztheit, innere Unruhe fehlende Entspannung, Schlafstörungen, Weinanfälle, Depressio

A. Allgemeines

Störungen der weiblichen Sexualität wurden früher, aber vereinzelt auch noch heute, unter dem Begriff der "Frigidität" zusammengefaßt. Dieser Ausdruck bezeichnet eine "Gefühlskälte" der Frau, die sich in geringem sexuellen Verlangen oder Genuß äußert. Es ist wichtig, diese *sexuellen Funktionsstörungen* von dem umgangssprachlichen und abfälligen Gebrauch des Wortes abzugrenzen, bei dem Frauen dann als frigide bezeichnet werden, wenn sie nicht den sexuellen Ansprüchen eines (potentiellen) Sexualpartners entgegenkommen. Insgesamt ist es

überhaupt schwierig, die Grenze zwischen "normalem" und gestörtem Sexualverhalten zu ziehen, da es in diesem Bereich große individuelle Unterschiede gibt und kulturelle Normen eine bedeutende Rolle spielen.

Häufigkeit

Sexuelle Dysfunktionen und funktionelle Sexualstörungen treten recht häufig auf: Etwa 35% der Frauen berichten, dass sie zumindest für eine gewisse Zeit kein Verlangen nach sexueller Aktivität haben. Bei etwa 11% der Frauen treten Störungen der sexuellen Erregung auf. Circa 7% der Frauen geben an, noch nie einen Orgasmus erlebt zu haben, 18 % der Frauen berichten, nur selten zum Orgasmus zu kommen. Bei mindestens 8% der Frauen treten beim Geschlechtsverkehr Schmerzen auf und bei 4 % der Frauen kommt es zu einer nachorganischen Verstimmung.

Symptomatik

A. Bei *Störungen der sexuellen Appetenz* berichten die Betroffenen, dass sie kaum oder keine sexuelle Phantasien oder Bedürfnisse haben. Dabei sollte beachtet werden, dass eventuell ein z.B. durch die Medien beeinflusstes falsches Verständnis davon vorliegt, wie "normales" sexuelles Verlangen aussieht. Bei einigen Frauen besteht allerdings ein regelrechter Widerwille gegen eine sexuelle Beziehung. Störungen der sexuellen Appetenz schließen sexuelle Erregung oder Befriedigung nicht aus, bedeuten aber, dass sexuelle Aktivitäten seltener initiiert werden. Abzuklären wäre in diesem Fall auch, ob sie die Störung der *sexuellen Appetenz*, nur gegen einen bestimmten Partner ausdrückt oder generell vorhanden ist.

B. Bei *Störungen der sexuellen Erregung* kommt es zu einem Versagen der genitalen Reaktion, d.h. es bildet sich trotz sexueller Stimulation nur wenig oder gar keine Scheidenflüssigkeit, so dass der Geschlechtsverkehr häufig schmerzhaft ist. (Die Labia majora und minora schwellen, kaum oder gar nicht an .) Neben dieser körperlichen Symptomatik klagen Betroffene auch über den Mangel eines subjektiven Gefühls von Erregung und Lust, dies führt oft zu einer massiven Enttäuschung über die fehlende körperlich Reaktion bei der Betroffenen. Dies kann bei manchen Betroffenen zur Entstehung von Minderwertigkeitsgefühlen und völligen Ablehnung des eignen Unterleibes führen. Vereinzelt gibt es auch die Möglichkeit, dass die üblichen körperlichen Reaktionen auf sexuelle Stimulierung eintreten, jedoch die Frau subjektiv keine sexuelle Erregung annehmen kann, was am ehesten als Abwehr sexuellen Erlebens zu interpretieren ist.

C. Beim *Vaginismus* kommt es zur unwillkürlichen und reflexhaften Verkrampfung der Vaginalmuskulatur inkl. der Beckenbodenmuskulatur, die den Geschlechtsverkehr unmöglich oder schmerzhaft macht. Die Einführung des Penis wird meist völlig unmöglich. Die Verkrampfung kann unterschiedlich stark sein, manchmal ist nicht einmal das Einführen eines Tampons möglich. Jedoch kommen mehr als 50 % der Betroffenen durch eine anderen Form der Stimulation zu einer ungestörten Orgasmusfähigkeit. Psychotherapeutisch versteht man unter Vaginismus, einen seelisch hervorgerufenen Abwehrreflex der Frau. Im Detail gibt es eine Unterscheidung zwischen *primären* Vaginismus (Mädchen die noch keine GV vollziehen können) und dem *sekundären* Vaginismus (dem geht meist eine seelische und körperliche Verletzung – Mißbrauch voraus.) Eine Ursache des Vaginismus kann Angst vor Schmerzen beim GV sein, oder aber auch Scham usw..

D. Bei *Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen* werden zwei Störungsformen unterschieden: Treten (trotz normaler Erregungsphase) vor, bei oder nach dem Geschlechtsverkehr wiederholt anhaltende genitale Schmerzen auf, spricht man von *Dyspareunie* oder *Algopareunie*.

Die Schmerzen können in Form von Stechen, Brennen, Jucken oder wehenähnliche Krämpfe beim Orgasmus auftreten. Bei dieser häufigen sexuellen Störungsform ist eine körperliche Ursache am wahrscheinlichsten (Narben, Verwachsungen usw.). Die jeweilige Schmerzsymptomatik ist für den Gynäkologen eine diagnostische Richtschnur.

E. Orgasmusstörungen können den Zeitpunkt oder das subjektive Erleben des Orgasmus betreffen. Nach einer vorausgegangenen Phase der sexuellen Erregung tritt bei den Betroffenen der Orgasmus stark verzögert oder gar nicht auf. Es wird diskutiert, ob dieses Phänomen überhaupt "Störungscharakter" hat. Höchstens die Hälfte aller Frauen kommt immer oder fast immer beim GV zum Orgasmus. Der subjektive Leidensdruck ist daher ebenfalls sehr unterschiedlich. Möglicherweise handelt es sich um eine normale Variation weiblicher Sexualität, da die Betroffenen durchaus normaler Erregung fähig sind und sexuelle Aktivitäten auch als befriedigend erleben. In diesen Bereich der Störungen erfolgen laut herrschender Meinung eine Differenzierungen in Frauen mit einer *vollständigen Orgasmusstörung*, welche im Laufe ihres sexuellen Lebens bisher niemals bei irgendeiner sexuellen Aktivität einen Orgasmus erreichten und in Betroffenen mit *koitalen Orgasmusstörungen*, welche zwar bei der Masturbation, jedoch nicht bei einem Koitus orgasmusfähig sind. Trotz prinzipiell bestehender Orgasmusfähigkeit scheinen diese Frauen unter ihrer Problematik in stärkeren Maße zu leiden als Frauen mit anderen sexuellen Problemen. Orgasmus beim GV wird als einzige richtige Befriedigung empfunden. Oft scheint eine Angst vor einer Art Kontrollverlust eine Rolle zu spielen, eine Angst beim Erleben des Orgasmus „das Gesicht zu verlieren“.

F. Satisfaktionsstörungen, treten zur Gänze erst unmittelbar nach einem GV auf, daher haben sie während der sexuellen Aktivität kaum Einfluß auf sexuelle Funktionen einschließlich einer möglichen Orgasmusfähigkeit. Sie werden daher auch als Befriedigungsstörungen oder nachorganische Störungen bezeichnet. Symptome wie Gereiztheit, Weinkrämpfe, Unruhe, Schlafstörungen, usw... treten nach dem Verkehr auf. Im Vordergrund für diese Art der Störung stehen oft andere psychoneurotische oder psychosomatische Symptome. Zu denken ist vor allem an eine schwere Persönlichkeitsstörung und nicht an eine monosymptomatische Sexualstörung.

Grundlagen und Ursachen

Zur Entstehung sexueller Störungen existiert bisher noch keine einheitliche Theorie, es scheinen sowohl seelische als auch körperliche Aspekte eine Rolle zu spielen. Als Grundproblem der Betroffenen läßt sich häufig feststellen, dass sie sich in Bezug auf Sexualität unter Leistungsdruck setzen oder sich zu kritisch selbst beobachten. Für diese Haltungen werden verschiedene Ursachen angeführt:

- ? **Erziehungsfaktoren** Die durch die Eltern vermittelten Werte können das aktuelle Sexualverhalten beeinträchtigen. Wird z.B. Geschlechtsverkehr aufgrund einer streng konservativen Erziehung als unmoralisch angesehen, ist es weniger wahrscheinlich, dass Sexualität genossen werden kann. Gegenteilige Aussagen können aber auch sein, den Mann „ nicht unbefriedigt aus dem Haus gehen zu lassen“ oder Tochter du darfst dich nicht verweigern, dein Mann hat in der Ehe ein Recht auf dich. (Angst des Fremdgehens) Oder merke dir, die Männer wollen immer nur das "Eine" !! Solche Arten von Aussagen sind vor allem im ländlichen Bereich auch heute von 30-40-jährigen Patientinnen zu hören.
- ? **Partnerschaftsprobleme** Bei vielen der betroffenen Frauen lassen sich Probleme in der Partnerschaft feststellen, die ihre Sexualität behindern. Dabei ist es möglich, dass alltägliche Streitereien indirekt den Genuß des Geschlechtsverkehrs beeinträchtigen oder

dass eine fehlende Kommunikation über die sexuellen Bedürfnisse eine befriedigende Sexualität ausschließt. Es ist für den Gynäkologen nicht immer leicht als Außenstehender eine Verbindung zwischen einer verdeckten Paarproblematik und Sexualität herzustellen. Der Mann setzt oftmals den GV als alleiniges Mittel für eine Versöhnung nach einen Streit ein. Denn er ist in dem Irrglauben, Liebe und Versöhnung entsteht alleine durch die Sexualität, für die Frau ist es aber gerade umgekehrt, durch Gespräche – Zuhören – Verständnis entsteht Versöhnung > Liebe und in nächster Konsequenz Lust auf Sexualität.

- ? **Traumatische Erfahrungen** Wurden frühere sexuelle Aktivitäten als beängstigend oder demütigend erlebt, wird das spätere lustvolle Erleben von Sexualität erschwert. Aber auch zuwenig eigenen Freiraum (Intimsphäre) in der Kindheit oder zuviel bzw. zu wenig Hautkontakt in der Kindheit oder im Jugendalter kann ein weiterer Bereich von traumatischen Erfahrungen sein. In diese Kategorie sind auch Kinofilme einzuordnen, welche bei Kindern in der Latenzphase traumatischen Erinnerungen hinterlassen haben. Es gibt eine kleine Anzahl von traumatischen Störungen welche, darauf zurückzuführen sind, dass Kinder ihre Eltern (zufällig) bei exzessiven Sexualpraktiken beobachtet haben und daraus eine Sexualstörung geboren wurde.
- ? **Mangelnde Informationen** Unzureichende Kenntnis des eigenen Körpers z.B. durch fehlende Masturbationserfahrungen oder mangelnde Informationen über den Ablauf des Geschlechtsverkehrs können zu Unsicherheiten führen, die das Sexualverhalten beeinträchtigen. Aber auch Ablehnung des eigenen Körpers kann zu einer Sexualstörung führen.
- ? **Biologische Faktoren** Schmerzen beim Sexualverkehr werden häufig durch organische Ursachen, z.B. Entzündungen oder vernarbtes Gewebe, bedingt. Nach der Menopause ist die Produktion von Scheidenflüssigkeit bei Frauen häufig reduziert. Weiters können auch Mißbildungen oder Verwachsungen ein Grund für das Auftreten einer Störung darstellen.
- ? **Äußere Faktoren** Die Angst von Schwangerschaft oder einer Geschlechtskrankheit behindert oft eine befriedigende Sexualität. Auch das gesellschaftliche Bild der Frau, das ihr eine eher passive Rolle zuschreibt, kann das lustvolle Erleben ihrer Sexualität stören. Ein weiterer Auslöser für eine unerfüllte Sexualität, können soziokulturelle Trends sein, welche die Sexualität und Orgasmusfähigkeit als Maßstab für Leistung sieht. Es wird angenommen das die Leistungsangst eine sexuelle Erregung verhindert und das autonome Nervensystem in großen Ausmaß dadurch gehemmt wird, so dass physiologische Erregung unmöglich wird. Ein Ritual- oder Gewohnheitsdenken, jeden Dienstag und Donnerstag zwischen 20⁰⁰ und 21⁰⁰ Verkehr zu haben, somit wir in laufe der Zeit aus Spontaneität – Gewohnheit > Zwang.
- ? **Innerpsychische Ängste** Viele der oben anführten Faktorenbereiche führen zu einer Trieb-, Beziehungs-, Gewissens- und Geschlechtsidentitätsängsten, mit letzteren ist die Selbstunsicherheit gegenüber der eigenen Geschlechtsrolle zu verstehen. Es ist nach meiner Erfahrung und Verständnis kaum so, das nur ein Faktor eine funktionelle Sexualstörung auslöst, zumeist sind es mehrere die in Laufe der Jahre von der Betroffenen nicht verarbeitet werden konnten, hier wird einhellig von Ursachenbündel bei funktionellen Sexualstörungen gesprochen. Fahrner und Kockett 1994, sehen in jeder funktionellen Sexualstörung, die Wurzel der individuellen Persönlichkeit als Bindeglied zwischen negativen Erfahrungen und dem Ausbrechen einer Störung. Klar zu sehen ist natürlich auch das jede psychische oder psychosomatische Erkrankung für die Betroffene oft einen unmittelbaren

Krankheitsgewinn mit sich bringt. Diese Überlegung ist oftmals ein guter Ansatzpunkt für die wahre Ursachenerforschung einer *funkt. Sexualstörung*.

Verschiedenen Möglichkeiten einer Psychotherapie

Nicht jede sexuelle Störung bedarf einer spezifischen Psychotherapie. Eine Reihe von sexuellen Problemen ist alleine durch Unwissenheit, fehlende Aufklärung oder sexuelle Fehleinstellung bedingt. Diese Gespräche sind durchaus im gynäkologischen Rahmen durch einen Facharzt/in für Gynäkologie sinnvoll und möglich.

Eine intensivere psychotherapeutische Betreuung sollte sich nach der Grundproblematik richten. Bestehen vorwiegend partnerschaftliche Probleme, wird eine paarbezogene Sexualtherapie am Anfang einer Psychotherapie zum Scheitern verurteilt sein. Ziel sollte es hier vorab sein, die Beziehungsbasis zu stärken bzw. zu stabilisieren, damit anschließend eine Sexualtherapie möglich wird.

Das Hamburger Modell der Sexualtherapie

Die Therapie bei sexuellen Funktionsstörungen sollte, wenn möglich in Zusammenarbeit mit beiden Partnern stattfinden - Grundlage hierfür ist die Bereitschaft beider Partner, die Beziehung trotz *sekundärer* bestehender Probleme fortzuführen und gemeinsam an den Schwierigkeiten zu arbeiten. Stellt sich heraus, dass die sexuellen Störungen Ausdruck *grundsätzlicher* Beziehungsprobleme sind, sollten die Betroffenen vorab eine Paartherapie aufsuchen, da die Einzelbehandlung der sexuellen Schwierigkeiten für die Betroffene nur begrenzt erfolgreich sein könnte. Grundsätzliches Ziel der Behandlung ist es, das sexuelle Genussempfinden zu steigern und Angstgefühle und Leistungsdruck zu reduzieren. Zu diesem Ziel ist ein mehrstufiges Therapieprogramm entwickelt worden: Dieses Modell ist sehr stark der Verhaltenstherapie angelehnt, die ersten Erfolge stellen sich in der Regel nach einigen Monaten ein, da jedoch dieses Therapiemodell überwiegend mit dem Mittel der Konditionierung arbeitet, besteht das begründete Gegenargument, dass keine tiefgreifende Bewusstwerdung stattgefunden habe, welche auf Sicht gesehen mehr Sicherheit durch Stabilität für die Betroffene mit sich bringen würde.

Die unterhalb angeführten 3 Punkte ergeben nur eine Zusammenfassung von insgesamt 7 Punkten der Hamburger Sexualtherapie.

1. Zunächst wird das Paar aufgefordert zueinander zärtlich zu sein, ohne dabei den Geschlechtsverkehr zu vollziehen. Dabei sollen die Partner abwechselnd eine aktive oder eine passive Rolle einnehmen, d.h. einmal nur Zärtlichkeiten geben und dann wieder nur die Berührungen des anderen empfangen.
2. Im zweiten Schritt soll der jeweils passive Partner die Hand des anderen führen; erst jetzt ist das Berühren der Geschlechtsorgane erlaubt, es soll zu sexueller Erregung, aber zunächst immer noch nicht zum Geschlechtsverkehr kommen. Auf diese Weise lernen die Betroffenen, dass sie Intimitäten austauschen können, ohne dass es zum Sex kommen muß. Auch lernen sie den Körper und die Bedürfnisse des Partners besser kennen.
3. Schließlich sollen sich die Betroffenen spielerisch dem Geschlechtsverkehr nähern. So kann etwa die Frau den Penis ihres Partners einführen und durch kleine Bewegungen herausfinden, welche Position sie als besonders lustvoll erlebt. Wichtig ist es dabei, dem Paar zu vermitteln, dass es jetzt zum Geschlechtsverkehr kommen darf, aber nicht muß. Die Beteiligten haben jederzeit das Recht eigene Wünsche zu äußern.

Abschließend kann für das Hamburger Modell der Sexualtherapie gesagt werden, dass es speziell bei Leistungs- oder Berührungsängsten von Betroffenen sehr gute Erfolge gibt,

da das Ziel der Sexualität nicht mehr unbedingt der Orgasmus ist.

Neben diesem Therapieprogramm sollten bei der Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen weitere Aspekte und Methodenmöglichkeiten beachtet werden:

- ? Bei vielen Paaren sollte vor der eigentlichen Therapie eine *Informationsphase* vorgeschaltet werden, in welcher der Therapeut über sexuelle Störungen, aber auch "normale" Sexualität informiert. Dazu können auch Videos gezeigt verwendet, die verschiedene sexuelle Techniken zeigen. Als positive Nebenerscheinung soll dadurch auch erreicht werden, dass die Betroffenen lernen über das tabubeladene Thema Sex zu sprechen und ihre eigenen Vorstellungen und Wünsche zu formulieren. Dabei können auch mögliche übersteigerte Erwartungen aufgedeckt und bearbeitet werden.
- ? Für viele Frauen ist es wichtig, bewußte Erfahrungen mit *Selbstbefriedigung* zu sammeln. Sie sollen dadurch ihren Körper und ihre Bedürfnisse besser kennenlernen und sich selbst als sexuelle Wesen erfahren und akzeptieren. Oft ist dazu das Mittel des Malens seines eigenen Körpers bzw. Geschlechtsteiles von großem Vorteil.
- ? Viele Frauen mit funktionellen Sexualstörungen haben auch eine geringe Körperwahrnehmung und Empfindung, hier kann eine begleitende Tanz.- oder Bewegungstherapie gute Dienste leisten.
- ? Es kann durchaus sinnvoll und therapeutisch Hilfreich sein, der Betroffenen einige „Hausaufgaben“ mit zugeben. Langes entspannendes Bad mit anschließender Körpermassage, mittels kleinen Spiegel sein eigenen Genitalorgane zu erforschen, das phantasievolle erfinden einer erotischen Geschichte / Märchen, usw..
- ? Der Partner kann in die Selbstbefriedigung eingebunden werden. Eine spielerische gegenseitige Masturbation unter Zuhilfenahme eines Hegerstiftes bei Vaginismus hat sich sehr bewährt.
- ? Bei sexuell bedingten Schmerzen sollten vorliegende *organische Ursachen* überprüft und behandelt werden, so können z.B. in der Menopause Hormone verabreicht werden, die die Produktion von Scheidenflüssigkeit steigern.

Bei Betroffenen mit Schuldgefühlen und Scham hat sich die Methode von Masters & Johnsen durchgesetzt, welche mit einen 9-stufigen Selbststimulierungsprogramm sehr gute Erfolge hatten. Ein wesentlicher Teil dieser 9 Stufen hat mit dem Aufbau von Werten und Selbstvertrauen zu seinem eigenen Körper zu tun.

Systemische Therapieansätze sind in der funktionellen Sexualtherapie durchaus dann sinnvoll und erfolgversprechend, wenn es sich um reine psychosomatische Schmerzen der Betroffenen handelt und dessen Ursprung in der Herkunftsfamilie oder im aktuellen Konstrukt zu finden ist.

Tiefenpsychologische – Analytische Sexualtherapie

Sexuelle Traumatisierungen, Bedürfen einer analytischen Aufarbeitung, da die Traumatisierung vom Bewußtsein der Betroffenen überwiegend in das persönliche Unbewußte verdrängt wurden. Um diese Traumatisierung zu bearbeiten und aufzulösen sind tiefenpsychologische Techniken nötig.

Der Libido / Sexualenergie nach der Auslegung von C.G. Jung, ist einer der stärksten und selbständigsten Triebe überhaupt in unserm kollektiven Unbewußten. Speziell durch eine- oder mehrer Traumatisierungen im Kindes.- oder Jugendalter ist der Libidofluß zwischen kollg. UB und persönlichen UB blockiert, denn jedes Trauma welches wir erleben wir im Bereich des persönlichen UB abgespeichert, dies ist der Bereich des UB in dem Moral, Ethik, Gewissen und soziale Normen verankert sind. Es kommt zur Spannung zwischen dem kollektiven UB (Libidotrieb) und dem persönlichen UB (Moral), daraus können Ängste – Scham – sexuelle Abartigkeiten – Depressionen – Neurosen und Psychosen entstehen.

Funktionelle Sexualstörungen sind bei Frauen vor allem in dem Bereich Erregungs.- und Orgasmusstörungen aus psychoanalytischer Sicht neurotisch begründet. Generell wird angenommen, dass ihnen unbewußt, in der Kindheit zurückliegende Konflikte zwischen Triebwünschen und Ich-Interessen zugrunde liegen. Nach der Komplextheorie von C.G. Jung werden gerade in der Sexualtherapie mit gutem Erfolg Assoziationstestverfahren angewendet, diese lassen relativ rasch einen verborgenen Komplex für den Therapeuten sichtbar werden. Eine weitere wesentliche Technik in der Sexualtherapie ist die Traumanalyse, denn es kann nur das aus dem Unbewußten aufsteigen was schon vorhanden ist. Ferner werden Techniken des Malens und der freien Assoziation aber auch Übungen für Tiefenentspannungen angewendet.

Obwohl eine analytische ausgerichtete Psychotherapie / Sexualtherapie zeitaufwendiger und auch kostspieliger gegenüber des Hamburger Modells ist, hat sich denn nicht zu widerlegenden Vorteil, das ein Rückfall der Betroffenen nach einer erfolgreichen Beendigung der Therapie in eine gleich oder ähnlichen Sexualstörung mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Natürlich wird jeder ernst zunehmende Psychoanalytiker auch Techniken der systemischen – verhaltenstherapeutischen – des Hamburger Modells in seine analytische Sexualtherapie einbauen, sofern es für die Betroffene eine Erleichterung in der therapeutischen Aufarbeitung darstellt.

Die oben angeführten Ausführungen über die Arten der *funktionellen Sexualstörungen*, deren Hauptursachen, Methodik und Behandlung, können in kürze der Zeit und wegen des großen Themenkomplexes nicht vollständig erläutert und besprochen werden. Diese jedoch überschaubare Darstellung sollte zum Ziel haben, einen Überblick über die Wichtigsten funktionellen Sexualstörungen, deren Ursachen und den verschiedenen Ansätzen einer psychotherapeutischen Behandlungsmethoden dem Leser zu vermitteln.

Als aller letztes möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass nur dann eine Sexual.- oder Psychotherapie für die Betroffene erfolgversprechend sein kann, wenn der physische oder psychische Leidensdruck so groß ist, das die Person von sich aus freiwillig etwas verändern möchte.

Man erwartet, dass die Seele nach dem Sexualakt nicht traurig ist, aber oft kommt es in der Ehe nach dem Beischlaf zu den schlimmsten Streitigkeiten und Mißverständnissen, den die Sexualität Nährt den Eros nicht. C.G. Jung