Orgasmusstörungen der Frau

Der Erregungsreflex ist angeboren, nicht jedoch die Fähigkeit, ihn auszulösen, zu steigern und zu geniessen. Jede Frau kann aber das Wahrnehmen, Aneignen und Erotisieren ihres Genitales und der Erregungsfunktion lebenslang erlernen und erweitern. Im vorliegenden Kapitel werden die weibliche Erregungsfunktion, ihre anatomisch-physiologische Basis und die wichtigsten sie betreffenden Lernprozesse beschrieben.

Anliegen zum weiblichen Orgasmus betreffen vor allem Probleme im Zusammenhang damit, eine orgastische Entladung zu erreichen, den Orgasmus zu geniessen und vor allem auch beim Geschlechtsverkehr einen Orgasmus zu erlangen. Sie sind meist Folgen von Grenzen im Bereich des sexuellen Lernens, insbesondere was die persönlichen körperlichen Lernschritte und die Ebene der Kognitionen (Kenntnisse, Wertvorstellungen, Rollenbilder) anbelangt.

Entsprechend strebt die Behandlung an, Lernprozesse anzuregen, die individuell an die in der Evaluation erhobenen Stärken und Grenzen der jeweiligen Patientin angepasst werden. Die wesentlichen therapeutischen Schritte werden in einer Übersicht dargestellt. Anhand von zwei Arzt-Patientin-Gesprächen auf DVD werden Beispiele eines Evaluationsgespräches gezeigt.

Das Wichtigste in Kürze

Orgasmus-Definition

Definition Orgastische Entladung
Durch genügend starke sexuelle Erregung ausgelöstes, reflektorisches Geschehen mit einer bis mehreren rhythmischen Kontraktionen der Beckenboden- und Abdominalmuskulatur, gefolgt von einem Rückgang der Vasokongestion und einem Absinken des Muskeltonus.
Störung: Anorgastie (keine Entladung möglich)

Definition Orgasmus
Orgastische Entladung begleitet von intensivem emotionalem Erleben, d.h. von Lust- und Genussgefühlen, mit emotionaler Entladung.
Störung: Anorgasmie (Entladung möglich, aber nicht genussvoll erlebt)

Voraussetzungen für die Orgasmie

- Erregung und orgastische Entladung sind Reflexe. Körperliche Voraussetzung sind die entsprechenden neuroanatomischen Strukturen, die bei allen (neuroanatomisch gesunden) Frauen vorgeburtlich angelegt sind. Die Reflexe werden durch adäquate Stimulation ausgelöst, genital durch Reibung und Druck an der Vulva oder Druck und Dehnung in der Vagina sowie durch extragenitale Erregungsquellen, z. B. erogene Zonen, erotische Bilder, Fantasien.

- Die Aneignung der Sexualorgane und die Fähigkeit, den Erregungsreflex bis zur orgastischen Entladung zu steigern, sind Folgen von Lernprozessen. Diese verlaufen von frühester Kindheit an und basieren auf dem wiederholten körperlichen Erleben von extero- und propriozeptiven Nervenreizen in der Becken- und Genitalregion, allein und in Begegnung mit der Umwelt. Die Steigerung der Erregung erfolgt in bestimmten Erregungsmodi, d. h. durch eine bestimmte Weise, den Körper bei der Erregung einzusetzen. Im archaischen (Druck-) und mechanischen (gleichförmige Reibung) Erregungsmodus kann bei hohem Muskeltonus eine Entladung erreicht werden.

- Ebenfalls erlernbar ist die Diffusion der sexuellen Erregung durch das Spiel mit Bewegungen in

variablen Rhythmen, Muskeltoni und Amplituden sowie tiefer Bauchatmung im ondulierenden oder wellenförmigen Erregungsmodus, die das Erleben von intensiver erotischer Lust und von Genuss in Verbindung mit der sexuellen Erregung ermöglicht.

- Der Orgasmus wird ermöglicht durch die Fähigkeit, die Erregung zu intensivieren, mit der Beckenschaukel in die Genitalien zu kanalisieren und zu entladen, und sich zugleich in der oberen Schaukel den intensiven Gefühlen hinzugeben und die emotionale Spannung loszulassen.

Anorgastie und Anorgasmie

- Bei primärer Anorgastie müssen in den seltensten Fällen organische Ursachen berücksichtigt werden. Bei sekundären Orgasmusstörungen spielen gelegentlich Schmerzen, Neuropathien, Alkohol oder Antidepressiva eine Rolle.

- Die primäre Anorgastie ist fast immer durch Grenzen im sexuellen Lernen bedingt und geht mit einer unvollständigen Aneignung des eigenen Geschlechts einher. Bei der koitalen Anorgastie betreffen diese Grenzen speziell das Aneignen der Erregbarkeit der Vagina.

- Anorgasmie, also begrenztes oder fehlendes Geniessen von Erregung und Entladung, ist oft Folge eines Erregungsmodus mit hohem Muskeltonus und eingeschränkter Bewegungen, die keine Diffusion der Erregung erlauben (archaisch oder mechanisch). Wertvorstellungen, Verbote und Ängste können das lustvolle Geniessen und Loslassen im Orgasmus verhindern, ebenfalls eine starke Ausrichtung auf die Bedürfnisse des Partners/der Partnerin (Heterozentrierung) oder auf eigene Gefühle und Gedanken, die nicht mit dem körperlichen Erleben verbunden sind.

Behandlung

1. Evaluation
Bei sexuellen Anliegen ist die umfassende Evaluation aller Komponenten der Sexualität und der erfolgten sexuellen Lernschritte die Grundlage jeder Behandlung. Im Vordergrund steht dabei bei weiblichen Orgasmusstörungen die Evaluation der Wahrnehmung des eigenen Geschlechts, der Erregungsfunktion/des Erregungsmodus und des kognitiven Hintergrundes (Kenntnisse, Werte, Rollenbilder).

2. Therapeutische Schritte
Diese werden individuell an die bereits vorhandenen Fähigkeiten und Grenzen der Frau angepasst.

- Vermitteln von Kenntnissen über die Erregungsfunktion

- Kennenlernen des eigenen Geschlechts durch:
  - Schauen (mit dem Spiegel)
  - Ertasten äusserlich und intravaginal (mit den Fingern)
  - Von innen erspüren (mit Beckenboden(BB)-Kontraktionen während der Exspiration)
  - Konsolidieren durch häufige Wiederholungen

- Aneignen der Erregungsfunktion durch:
  - Wahrnehmung von angenehmen Sinnesempfindungen und körperlichen Begleitreaktionen
  - Verstärkung derselben durch Spiel mit Rhythmen und Intensitäten in der Stimulation
  - Unterstützung durch andere Erregungsquellen (Erotika, Fantasien etc.)

- Steigerung und Geniessen der Erregung durch Modifikation der drei Körpergesetze Raum (Bewegungsamplitude, Atmung), Zeit (Bewegungsrhythmen), Intensität (Muskeltonus), erst ohne, dann bei der Erregung:
  - Bauchatmung, BB-Kontraktionen
  - Fliessende Bewegungen ermöglichen Diffusion der Erregung im Körper
  - Doppelte Schaukel mit wechselnden Rhythmen und Intensitäten

- Entladung und Orgasmus durch Erregungssteigerung und:
  - Genitales Loslassen in der Beckenschaukel
  - Emotionales Loslassen in der oberen Schaukel mit der Stimme

- Erotisieren des eigenen Geschlechts durch:
  - Erfahren der Vulva und Vagina als erregende Orte im eigenen Körper
  - Entwickeln von inneren Bildern, Symbolen, Fantasien zum eigenen Geschlecht

- Erotisierung des Partners/der Partnerin:
  - Erfahren des Gegenübers als erotisch erregend
  - Entwickeln von Bildern, Symbolen und Fantasien zum Geschlecht und zur Sexualität des/der Anderen

Orgasmusstörungen der Frau

Der Orgasmus wird oft als eine «natürliche», also angeborene, nicht erworbene Fähigkeit angesehen. Tatsächlich können sich Männer – zumindest in jungen Jahren – dank hormoneller Unterstützung hier an einem «Geschenk der Natur» erfreuen und haben höchstens darum zu kämpfen, dass sie nicht unvermittelt vorzeitig damit beglückt werden, wie wir im letzten Kapitel gesehen haben. Demgegenüber ist der weibliche Orgasmus ein oft nur mühevoll erklimmbarer Gipfel, überhöht durch Versprechen der Superlative in Medien und Liebesratgebern, umgeben von einer Aura des Mysteriums. Unklar bleibt, aus welchem neurophysiologischen Garn er gestrickt ist, wozu er überhaupt gut sein soll, und wie Frau und ihr Partner ihn am zuverlässigsten herbeilocken können. Anders als beim Mann, der um die Steuerung seiner Erregung kämpft, ist es bei der Frau die Steigerung der Erregung, die Kenntnisse und Übung erfordert. Weibliche Orgasmusprobleme sind daher keine Seltenheit.

Dem Orgasmus der Frau sind in verschiedenen Kulturen über die Jahrtausende ganz unterschiedliche Bedeutungen zugemessen worden. Geschichte und Kultur bilden auch den Hintergrund für die unterschiedlichen Theorien über die weibliche Geschlechtsfunktion. So spiegeln sich darin beispielsweise wechselnde soziokulturelle, politische und medizinische Sichtweisen und Rollenbilder. In den Diskursen darüber wurden die unterschiedlichsten Aspekte der Sexualität beleuchtet und die unterschiedlichsten Interessen verfolgt. In der heutigen Zeit ist die Sichtweise geprägt von biochemisch-physiologischen Standpunkten, aber auch von gegenläufigen Trends. So ruft die zunehmende Medikalisierung der Sexualität bisweilen auch kritische Stimmen auf den Plan, ebenso die Tendenz zur androzentrischen Betrachtung der weiblichen Sexualfunktion (siehe hierzu Kapitel 6 zum weiblichen sexuellen Begehren). Im «Approche Sexocorporelle» werden soziokulturelle, inter- und intrapsychische und biologische Einflüsse auf die Sexualfunktion berücksichtigt. Der Schwerpunkt liegt aber auf den genitalen Lernprozessen und ihrer Bedeutung für die Sexualität. Wie wir sehen werden, spielen diese auch beim weiblichen Orgasmus eine grosse Rolle.

In den letzten hundert Jahren hat sich die Bedeutung des weiblichen Orgasmus in unserem Kulturkreis erheblich gewandelt. Um die Jahrhundertwende erfuhr er eine Auferstehung aus seinem viktorianischen Schattendasein durch Sigmund Freud, der das Bild von Frau und Kind als asexuelle Wesen revidierte. Im Nachfeld gelangte der Orgasmus der Frau in viele Eheratgeber, im öffentlichen Diskurs blieb er aber noch ein halbes Jahrhundert mehrheitlich ein Tabu. Erst der Bericht von Kinsey über *Das geheime Leben der Frauen*[1] schilderte ihn als ein weit verbreitetes Phänomen und erschütterte damit den westlichen Kulturkreis. Laborbeobachtungen von Masters und Johnson[2] in den 60er Jahren bestätigten dies, und in den 70ern kamen zahlreiche Untersuchungen dazu, die ihn zum Massenphänomen machten, gleichzeitig aber auch neue Leistungsnormen entstehen liessen. So gilt «The big O» aktuell als der «golden standard» der Sexualität, je nach Ideologie ausgestattet mit besonderen Eigenschaften, klitoral, vaginal, oder dem G-Punkt abstammend sowie möglichst multipel, und sein Fehlen ist zur Pathologie geworden[3]. Die Frau, die ihn nicht «kriegt», fühlt sich unweiblich, defizient: das «Normalste auf der Welt» gelingt ihr nicht. Orgasmus ist das erstrebenswerte Ziel – die «Erfüllung» einer sexuellen Reise: um jeden Preis zu erreichen, zur Not auch zu erzwingen. Da bleibt nur der Gipfel vor Augen, und der soll erreicht werden, selbst auf dem letzten Drücker. Oft geht dann vorher die Luft aus, und der Blick für die schönen Landschaften unterwegs fehlt. Der Orgas-Muss wird zur Pflichtübung; aus dem Liebes-Spiel wird Leistungs-Ernst, für das Geniessen der sexuellen Erregungsreise bleibt kein Platz. Ein Paradox, denn gerade das wäre eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass der Orgasmus dann auch als lustvoll erlebt werden kann. Das zielgerichtete Leistungsdenken der heutigen Zeit wird so dem Orgasmus zum Problem.

Orgastische Entladung und Orgasmus

Das Phänomen Orgasmus wird unter Sexologen uneinheitlich definiert.

Aktuell gängige Definitionen des Orgasmus:

«A peak intensity of excitation generated by:
(a) afferent and re-afferent stimulation from visceral and/or somatic sensory receptors activated exogenously and/or endogenously, and/or
(b) higher-order cognitive processes, followed by a release and resolution (decrease) of excitation.
By this definition, orgasm is characteristic of, but not restricted to, the genital system.»[4]

«A variable, transient, peak sensation of intense pleasure, creating an altered state of consciousness, usually with an initiation accompanied by involuntary rhythmic contractions of the pelvic striated circumvaginal musculature, often with concomitant uterine and anal contractions, and myotonia that resoves the sexually induced vasocongestion and myotonia, generally with an induction of well-being and contentment.»[4]

Im AS unterscheiden wir zwischen dem rein körperlichen Phänomen einer orgastischen *Entladung*, bei der es sich vorwiegend um ein angenehmes Loslassen körperlicher Spannung handelt, und dem *Orgasmus*, dem intensiven und genussvollen Erleben einer körperlichen und emotionalen Entladung, die einen lustvollen Anstieg der emotionalen Spannung während der sexuellen Reise voraussetzt. Die erste oben zitierte Definition beinhaltet die körperliche, aber nicht die emotionale Komponente, die zweite Definition fordert intensiven Genuss und entspricht damit der Definition des AS von Orgasmus, ohne dass ihr aber das Phänomen der orgastischen Entladung gegenübergestellt wird*.

Definition Orgastische Entladung
Durch genügend starke sexuelle Erregung ausgelöstes reflektorisches Geschehen mit einer bis mehreren rhythmischen Kontraktionen der Beckenboden- und Abdominalmuskulatur, gefolgt von einem Rückgang der Vasokongestion und einem Absinken des Muskeltonus.

Der genitale Erregungsreflex kann als Kurve (grün) dargestellt werden (Abb. 1). Sie beginnt beim Auslösen des Reflexes, steigt an, erreicht allenfalls einen Schwellenwert, bei dem ein zweites Reflexgeschehen – die Entladung – erfolgt, und sinkt anschliessend wieder ab.

Beim Mann ist dies in der Regel begleitet von einer Ejakulation und einer nachfolgenden Refraktärzeit. Bei der Frau können kurz nacheinander mehrere Entladungen stattfinden. (Abb. 2)

Abb. 1:
Genitale Erregungskurve mit Entladung

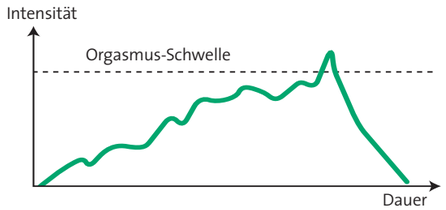
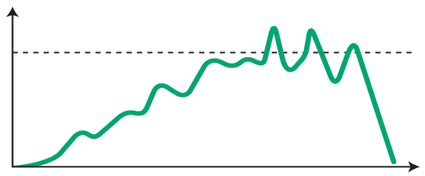


Abb. 2:
Genitale Erregungskurve mit mehreren Entladungen



*Die meisten Forschungsergebnisse zum weiblichen Orgasmus sind eingeschränkt aussagekräftig, weil diese Unterscheidung nicht gemacht wird. Während Masters und Johnson die rhythmischen Muskelkontraktionen im Labor nachwiesen, erkannten spätere Forscher, dass diese nicht von allen Frauen beschrieben werden und schlossen darum das subjektive Erleben in ihre Definitionen ein, ohne jedoch die Unterscheidung zwischen Orgastie und Orgasmie, also eine Unterscheidung aufgrund der Intensität des Erlebens, zu machen. Diese war bereits von Wilhelm Reich postuliert worden, wurde dann vor allem von Jean-Yves Desjardins aufgrund ihrer klinischen Bedeutsamkeit wieder aufgegriffen und zu einer eindeutigen Definition ausgearbeitet.

Definition Orgasmus
Anstieg der sexuellen Erregung bis zur orgastischen Entladung begleitet von intensivem emotionalem Erleben, d. h. von Lust und Genussgefühlen, mit emotionaler Entladung.

Auch die Intensität des emotionalen Erlebens, welche die genitale Erregung begleitet, kann als Kurve dargestellt werden (rot). Die von Masters und Johnson entwickelte genitale Erregungskurve ist allgemein in der Sexologie gebräuchlich, die «Genusskurve» findet sich nur im AS (Abb. 3).

Eine orgastische Entladung, bei der vorwiegend ein Abbau der Muskelspannung stattfindet, welcher als mehr oder weniger angenehm oder entspannend empfunden, aber nicht von einem intensiven, lustvollen Erleben mit emotionaler Entladung begleitet wird, bezeichnen wir nicht als Orgasmus (Abb. 4).

Das lustvolle Erleben einer sexuellen Aktivität mit einer emotionalen Entladung, welche *nicht* von einer körperlichen orgastischen Entladung begleitet ist, ist ebenfalls kein Orgasmus, auch wenn manche Menschen ihr Erleben so bezeichnen (Abb. 5).

Das emotionale Erleben kann sich auch im Negativbereich abspielen; hier wird die genitale Erregung als anstrengend, unangenehm oder schmerzhaft erlebt oder, z. B. im Zusammenhang mit Gewalterlebnissen, mit verschiedensten negativen Emotionen assoziiert (Abb. 6).

Genuss wird immer subjektiv beurteilt. Daher ist der Übergang zwischen orgastischer Entladung und Orgasmus fliessend. Das Erleben erstreckt sich über die Bandbreite von «nichts» oder gar Missempfindungen über «wie ein Niesen» oder «angenehm entspannend» bis zu intensiven Empfindungen und Gefühlen: Da werden Flutwellen beschrieben, Feuerwerke von Wärme, Farben und Licht, jubelnd-schluchzende kosmische Höhenflüge. Denn der «kleine Tod», wie der Orgasmus auch genannt wird, geht einher mit sensorischen Erlebnissen, Emotionen, aber auch mit Bewusstseinsveränderungen oder -eintrübungen, einem deutlich herabgesetzten Schmerzempfinden und verminderter Kontrollaktivität des Grosshirns[4]. Die Frauen beschreiben ihr Erleben sehr unterschiedlich:

> *«Wie soll ich so was Wunderbares beschreiben? Eine Explosion! Eine Welle, die in der Vagina anfängt und sich ausbreitet über den ganzen Körper.»*

> *«Wie tausend Federn, die mich überall streicheln. Und Wasser, das raus bricht. Und Schmetterlinge, die im Inneren tanzen.»*

Abb. 3:
Orgasmus: Genitale Erregungskurve mit Entladung begleitet von emotionaler Genusskurve mit hoher Intensität

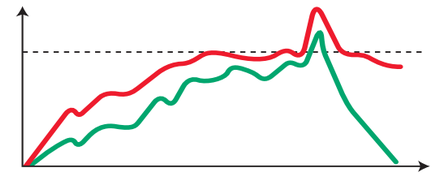


Abb. 4:
Orgastische Entladung, kein Orgasmus: Genitale Erregungskurve mit Entladung, niedrige emotionale Genusskurve

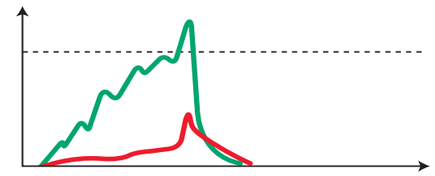


Abb. 5:
Lustvolles Erleben, aber keine orgastische Entladung, kein Orgasmus: Niedrige genitale Erregungskurve, hohe emotionale Genusskurve

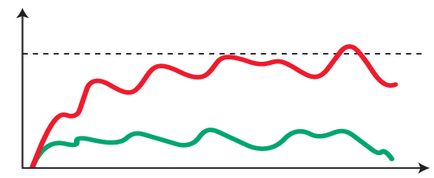
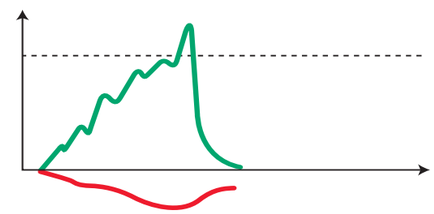


Abb. 6:
Orgastische Entladung unangenehm erlebt: Genitale Erregungskurve mit Entladung, emotionale Genusskurve im Negativbereich



«Ein kleiner Punkt, der anfängt zu tanzen, ein kleines Lichtlein, das durch ein Loch schaut und plötzlich durch das Loch ausbricht und heranwächst zu einem hellen, leuchtenden Licht, das meinen ganzen Körper wärmt.»

«Ein Loslassen von Gefühlen und Spannung, das mich fast leer zurücklässt.»

«Ein volles, warmes Gefühl in der Vagina, den Lippen, der Umgebung, das sich ausbreitet, plus ein Jubeln in meiner Brust. Der Wunsch, dass sein Penis bis zu meinem Hals hochreicht, dass er einfach in mich reinkriecht. Er kann gar nicht tief genug oder nah genug sein.»

«Ein besonders starkes Gefühl an der Klitoris. Dauert nicht sehr lang.»

«Sehr lustvolle Zuckungen in Klitoris, Scheide und der Analregion. Manchmal zieht es meinen ganzen Körper zusammen. Die Lust ist vor allem im Unterbauch, aber der ganze Körper macht mit.»

«Alles um mich hört auf zu existieren, es gibt nur noch dieses intensive süsse Gefühl in mir.»

«Gerade vor dem Orgasmus brennt meine Klitoris und kribbelt und vibriert bis zu einem plötzlichen orgasmischen Hitzeschwall in der Vagina, allzu schnell folgen die Kontraktionen, das Klatschen der Wände aneinander.»

«Die grösste Lust habe ich gerade vor der ersten Zuckung. Erst ist die Spannung im Geschlecht, dann breitet sich die Lust aus durch meinen Bauch und die Beine herunter, und dann ziehen sich Scheide und Gebärmutter zusammen.»

«Ein fast verzweifeltes, unersättliches Gefühl von Kitzel-Schmerz-Lust in meiner Vagina und Klitoris, extrem warm. Dann verliere ich total die Kontrolle, eine Explosion von Hitze und Erlösung von der Kitzel-Schmerz-Lust. Lässt sich gar nicht in Worte fassen.»

«Mein Blick löst sich auf in ein Leuchten hinter meinen Augen, das mich blendet, mein Körper löst sich auf in pures Licht. Ich sehe nichts als Licht, höre nichts, fühle nichts, das benannt werden kann, aber jede Blutzelle tanzt, jede Pore strahlt vor Liebe.»

«Wie ein heftiges Zusammenziehen, das in der Geschlechtsregion anfängt, dann den ganzen Körper einbezieht, und ein Gefühl, total dabei zu sein, ohne eigenen Willen oder Gedanken, «es» macht mit mir. Es ist unerhört, vernichtend, vorbei nach Sekunden, fantastisch.»

«Die Spannung steigt in meinem Körper und Kopf, dann herrscht ein, zwei Sekunden absolute Stille, kein Atmen, ich gleite langsam aber unaufhörlich über den Rand. Dann brechen von unten her die Wellen los, ich bewege mich gegen meinen Partner und kann ihn nicht fest genug halten. Mein ganzer Körper bebt. Danach bin ich durchströmt von Wärme und Liebe und absolutem Glück.»

Im AS berücksichtigen wir neben dem subjektiven Erleben stets auch die objektiven körperlichen Kriterien. Bei der orgastischen Entladung sind dies unterschiedlich stark ausgeprägte rhythmische Muskelkontraktionen* im Beckenboden und den angrenzenden Muskelgruppen, insbesondere dem Iliopsoas (*Beckenschaukel*), der das Becken retrovertiert (d.h. lumbale Kyphose). Beim Orgasmus ist die Entladung nicht nur genital in der Beckenschaukel, sondern auch emotional – gleich anderen emotionalen Entladungen wie heftigem Lachen oder Schluchzen – im Bereich des Thorax mit Einsinken des Brustbeins, Anteversion der Schultern und Loslassen der Nacken-/Hals- und Kiefermuskulatur beim tiefen Ausatmen in der *oberen Schaukel***.

*Aber Achtung – deren Wahrnehmung ist an Lernschritte gebunden, und nur weil eine Frau diese nicht wahrnimmt, heisst nicht, dass sie sie nicht doch hat.
**Beckenschaukel und obere Schaukel werden auf der DVD praktisch demonstriert.

Orgasmusstörungen bei Frauen

Kehren wir nochmal zurück zur Frage, weshalb es den Orgasmus überhaupt braucht. Eine Frage, die die anorgastische Frau in zäh verlaufenden Momenten der Therapie gerne einmal stellt. Warum soll sie sich so anstrengen für etwas, dessen Wert sie nicht kennt, da sie es noch nie erlebt hat? Wer ihn schon genossen hat, dem scheint der Fall klar: Er ist es wert. Die Frau ohne Orgasmus kommt aber eher mit diffusen Erwartungen in die Sprechstunde und nicht selten zunächst wegen anderer, sekundärer Beschwerden: Einschränkungen in ihrem sexuellen Geniessen, fehlendes sexuelles Begehren bis hin zu einer totalen Aversion, oder eine Dyspareunie, hinter der sich eine ungenügende genitalsexuelle Erregung und Lubrikation verstecken. Auch postkoitale Beschwerden können Folge einer Erregungsreaktion sein, die ausgelöst wurde, sich aber nicht in einer Entladung auflösen konnte. Die Rückbildung der Vasokongestion verläuft dann stark verzögert und führt zu unangenehmen Spannungsgefühlen.

Da in der Sexualforschung meist nicht zwischen Orgastie und Orgasmie differenziert wird, ist es schwierig, Angaben über die Häufigkeit zu interpretieren. Wir können jedoch davon ausgehen, dass 10–20% aller Frauen eine orgastische Entladung noch nicht oder nicht bewusst erlebt haben, mit der höchsten Inzidenz bei jungen Frauen und bei Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau (was auf die Bedeutung von Lernerfahrung und Information hinweist). Und noch weitaus mehr Frauen – über die Hälfte – berichten, dass sie beim Geschlechtsverkehr nicht zum Orgasmus kommen[5].

Das bedeutet:
dieses Thema betrifft viele unserer Patientinnen!

Probleme mit dem Orgasmus

Definition Anorgastie
Mangelnde Fähigkeit, die sexuelle Erregung bis zu einer orgastischen Entladung zu steigern.
Entspricht am ehesten ICD-10 Code F52.3
«Orgasmusstörung: Der Orgasmus tritt nicht oder nur stark verzögert ein.»

Definition Anorgasmie
Mangelnde Fähigkeit, einen Orgasmus zu erreichen oder eine orgastische Entladung zu geniessen.
Entspricht am ehesten ICD-10 Code F52.1
«Mangelnde sexuelle Befriedigung: Sexuelle Reaktionen verlaufen normal und ein Orgasmus wird erlebt, aber ohne die entsprechende Lust daran (Mangel an sexueller Befriedigung).»

Ausserdem wird beschrieben, in welchen Situationen die Frau keine Entladung oder keinen Orgasmus erreicht – global durch jegliche Art von Stimulation (also z. B. durch klitorale Stimulation) oder situativ nur beim Geschlechtsverkehr (koitale Anorgastie/-mie) – und ob es sich um ein schon immer bestehendes Phänomen handelt (primär), oder ob die Fähigkeit einmal bestanden hat und später (z. B. postpartal) verloren ging (sekundär).

Orgasmusstörungen der Frau

Hintergrund: Voraussetzungen für Orgastie und Orgasmie

Neurophysiologische und anatomische Voraussetzungen

Der sexuelle Erregungsreflex kann durch verschiedenste genitale oder extragenitale Stimuli ausgelöst werden. Die neurologischen Abläufe sind bis heute nicht restlos geklärt. Nach unserer Definition von Orgasmus, die genitale sexuelle Erregung mit einbezieht (dies ist in der Literatur nicht immer der Fall), sind Afferenzen aus der Genitalregion – also Nervenreize, die in den Reflexbogen einfliessen – und die genitale orgastische Reaktion immer daran beteiligt. Die Vulva und die Perianalregion sind sehr dicht innerviert mit Rezeptoren für oberflächliche Berührungs- und Reibungsreize – insbesondere die Klitoris, die inneren Lippen, die Harnröhrenmündung, der Scheideneingang und der Anus. Kenntnisse über die Anatomie der Klitoris unterlaufen alle paar Jahrhunderte eine Renaissance. Nachdem sie in den Anatomiebüchern des 20. Jahrhunderts ein vernachlässigbar kleiner Fleck war und oft gänzlich fehlte, belegen neuere anatomische und MRI-Untersuchungen, was schon im 17. Jahrhundert de Graaf und anderen bekannt war: Zur Klitoris gehören nicht nur Glans, Schaft und Schenkel, sondern auch die vestibulären Bulbi und das Schwellgewebe der Labien, das auch die distale Urethra und Vagina umfasst (Abb. 7)[6]. Vibrations-, Druck- und Dehnungsrezeptoren befinden sich vor allem im Subkutangewebe, in der Vaginalwand, dem paraurethralen Schwellgewebe, der Beckenbodenmuskulatur* und dem Sphincter ani.

Direkte Stimulation der Rezeptoren durch Reibung und Druck führt über medulläre (n. pudendus und Plexus pelvicus, S2-S4, Plexus hypogastricus Th10–12) und wahrscheinlich auch extramedulläre vagale Afferenzen** und Re-Afferenzen zur Aktivierung von spinalen Reflexbögen und kortikalen Zentren[7]. Auf kortikaler Ebene spielt Dopamin eine fördernde, Serotonin eine hemmende Rolle. Verschiedene Efferenzen führen zu einer bereits innerhalb von Sekunden messbaren genitalen Hyperämie und zu einem Anstieg der Herzfrequenz und des Blutdruckes, des Muskeltonus und der Atemfrequenz[2]. Die Brüste und Brustwarzen, die Haut und die Muskulatur werden stärker durchblutet. Begleitphänomene sind eine messbare generalisierte Abnahme der Schmerzwahrnehmung bei gleichzeitig verstärkter Oberflächensensibilität. Die genitale Vasokongestion betrifft insbesondere das ausgedehnte klitorale Schwellgewebe und die Vaginalwand. Letztere ist von venösen Geflechten durchsetzt, deren Füllung zu vermehrter Transsudation von Blutplasma ins Vaginallumen führt. Es ist dieser durch vasointestinales Polypeptid geförderte Vorgang, welcher für die Lubrikation bei sexueller Erregung verantwortlich ist – nicht eine vermehrte Sekretion aus genitalen Drüsen. Mit zunehmender Erregung verlängert sich die Vagina und weitet sich im oberen Drittel zeltförmig aus. Der Uterus richtet sich dadurch auf. Frauen, die gelernt haben, diese Veränderungen wahrzunehmen, beschreiben sie als angenehme Wärme, Kribbeln, Spannungsgefühl und Feuchtwerden und können sie mit dem Bedürfnis verbinden, etwas in die Vagina aufzunehmen, ausgefüllt zu werden.

Abb. 7

*Während Freud die Vagina als das bezüglich Orgasmus der Klitoris überlegene, «reifere» Organ betrachtete, galt sie bei Kinsey[1] ebenso wie der Beckenboden als unerregbar. Die Klitoris wurde rehabilitiert als wesentlicher Bestandteil des weiblichen Genitales – statt als zu klein geratener Penis – und durch die Untersuchungen von Masters und Johnson gar zur einzig wirksamen genitalen Erregungsquelle erhoben, die auch beim Geschlechtsverkehr indirekt durch Zug an den Labien stimuliert werde. Diese Anerkennung ihres Erlebens erleichterte zahlreiche Frauen, die sich mit ihren klitoralen Orgasmen minderwertig gefühlt hatten. Zwar wurde in jener Zeit auch die Erregbarkeit der Vagina erforscht und nachgewiesen[8], diese Erkenntnisse setzten sich damals aber nicht durch. Obschon die Druckempfindlichkeit von Vagina und Beckenboden unterdessen anerkannt ist, wird noch heute oft angenommen, dass die vaginale Erregbarkeit manchen Frauen in die Wiege gelegt ist, für andere stets unerreichbar bleibt[9]. Dabei wird die zentrale Bedeutung des Lernens in der Sexualität ausser Acht gelassen.

**In einigen Untersuchungen konnten Frauen mit kompletter Rückenmarksdurchtrennung oberhalb Th10 durch Stimulation der Cervix eine orgastische Entladung erreichen[10].

Wenn die Erregung einen Schwellenwert erreicht, wird ein zweites Reflexgeschehen ausgelöst – die orgastische Entladung. Diese besteht aus einer oder mehreren (bis ca. 30) rhythmischen Kontraktionen der Beckenboden- und Vaginalmuskulatur, gelegentlich auch angrenzender Muskelgruppen (anfangs im Abstand von 0.8 sec., dann verzögert und von abnehmender Intensität), die unterschiedlich angenehm und lustvoll erlebt werden. Einige Frauen nehmen auch uterine Kontraktionen wahr. In der anschliessenden Resolutionsphase nehmen in der Regel die Vasokongestion, wie auch die vegetativen Begleiterscheinungen rasch ab. Der Muskeltonus löst sich in einer wohltuenden Entspannung. Manche Frauen können unmittelbar danach erneute Erregungsanstiege und weitere orgastische Entladungen erleben (sog. «multiple Orgasmen»). Diese werden nicht unbedingt als lustvoller erlebt als ein einfacher Orgasmus. Während des gesamten Ablaufes der Erregungsreaktion werden verschiedene Hormone und Neurotransmitter freigesetzt. Nach dem Orgasmus sorgt unter anderem Prolaktin, das je nach Intensität des Orgasmus stärker oder weniger stark ausgeschüttet wird, für ein unterschiedlich ausgeprägtes Wohl- und Sättigungsgefühl[11]. Oxytocin beruhigt und spielt eine Rolle für die Liebes- und Bindungsgefühle, die dann manchmal auch erlebt werden.

Manche Frauen erleben vor oder während des Orgasmus, insbesondere nach Massage der vorderen Vaginalwand und wenn sie die Bauchpresse betätigen, einen Abgang von Flüssigkeit aus der Urethra (sog. «weibliche Ejakulation»). Dies kann sehr lustvoll sein. Für einige Frauen ist es aber nicht leicht zu unterscheiden, wo die Flüssigkeit herkommt – strömt sie lustvoll aus der Scheide oder Urethra, oder etwa – Scham und Schande! – aus der Blase? Der unwillkürliche Harnverlust ist negativ kodifiziert. Aus Angst davor scheuen sich die Frauen loszulassen, was wiederum das Erreichen des Orgasmus erschweren kann.

G-Zone und weibliche Ejakulation

Die spezielle Erregbarkeit einer umschriebenen Zone der vorderen Vaginalwand, ab ca. 1–2 cm innerhalb des Introitus bis zum Blasenhals, in erotischen Kulturen teils seit Jahrtausenden bekannt, wurde 1950 in unserem Kulturkreis publik gemacht durch Ernst Gräfenberg. Er hatte beobachtet, dass die Massage dieser Zone zu einem Anschwellen, zu einer orgastischen Entladung und gelegentlich auch zu Ejakulationen führte. Die Zone wurde später nach ihm benannt, als «Gräfenberg» – oder «G-Punkt». Die Bezeichnung «Punkt» ist irreführend. Es handelt sich vielmehr um die Region der Paraurethraldrüsen (auch Skene-Drüsen oder weibliche Prostata genannt), die bei vielen Frauen wesentlich ausgedehnter sind als nur ein Punkt. Es konnte nachgewiesen werden, dass diese Drüsen unter anderem Prostata-spezifisches Antigen produzieren. Auch einzelne Fälle von Prostatakarzinom sind beschrieben worden[12]. Über die Funktion der Drüsen kann nur spekuliert werden. So ist z. B. ein Schutz der Urethra vor aszendierenden Infektionen während dem Koitus postuliert worden. Umstritten bleibt, wieviel Flüssigkeit sie produzieren können. Immerhin weisen die Drüsen bei manchen Frauen ein weitaus grösseres Gesamtvolumen auf als die männliche Prostata. Andererseits führt die bei sexueller Erregung gesteigerte Diurese zu einer starken Verdünnung des Urins, so dass es sich bei Abgängen von reichlich «klarer Flüssigkeit» auch darum handeln könnte. Dieser Diskurs demonstriert das immer noch lückenhafte Wissen um die weibliche genitale Anatomie und Sexualfunktion. Interessierte können das Phänomen der weiblichen Ejakulation («Spritzen», «squirting» oder «gushing») u. a. in zahlreichen genital expliziten Darstellungen auf dem Internet oder auf Film besichtigen*.

Bei unseren Patientinnen, die uns mit der Sorge um Urinverlust beim Orgasmus konsultieren, sollte sicherheitshalber eine Inkontinenz ausgeschlossen werden. So kann z. B. eine Cystocele durch die Penetration zu Urinabgang führen (Quetschhahn-Phänomen!). Ist kein medizinisches Problem dahinter, kann die Frau getrost dazu ermutigt werden, die sinnlichen Erfahrungen beim Spritzen zu geniessen.

*Siehe hierzu z.B. Ref. 13 oder www.doctorg.com

Der Erregungsreflex kann auch durch zahlreiche extragenitale Erregungsquellen (Berührungen am übrigen Körper, visuell, Gerüche, Gedanken, Träume etc.) ausgelöst und gesteigert werden. Nicht wenige Frauen erleben, zumindest im Schlaf, genitale orgastische Entladungen ohne jegliche körperliche Stimulation.

Erregung und orgastische Entladung sind Reflexe. Körperliche Voraussetzung sind die entsprechenden neuroanatomischen Strukturen, die bei allen (neuroanatomisch gesunden) Frauen vorgeburtlich angelegt sind. Die Reflexe werden durch adäquate Stimulation ausgelöst, genital durch Reibung und Druck an der Vulva oder Druck und Dehnung in der Vagina, sowie durch extragenitale Erregungsquellen, z. B. erotische Bilder.

Lernprozesse als Voraussetzung

Das Entdecken des Erregungsreflexes

So wie dies für alle Körperregionen gilt, sind wir uns auch unserer Genitalregion nicht von Geburt an bewusst. Zwar ist der Erregungsreflex angeboren. Aber es erfordert viele Lernschritte, bis eine Frau die Sinnesempfindungen in Vulva, Vagina und Beckenboden wahrnehmen, sie als angenehm kodifizieren, sie bis zu orgastischen Muskelspasmen steigern und das Erlebte als sexuelle Erregung verstehen und geniessen kann. Diese Lernschritte beginnen bereits im Säuglingsalter. So fördert beispielsweise das Erleben der Schwerkraft (z. B. wenn ein Säugling geschaukelt oder getragen wird) die Propriozeption und Innenwahrnehmung im Becken und in der Vagina. Ähnlich wirkt das Spiel mit der Muskelspannung. Letzteres ermöglicht dem Mädchen schon ab dem 4. bis 6. Lebensmonat, diese Wahrnehmungen selbst auszulösen. Es erlebt sie wahrscheinlich als angenehm, denn ein treibender Motor des frühkindlichen Lernens ist der Drang, angenehme Gefühle zu wiederholen. So entdeckt das Mädchen durch Anspannen der Becken-, Gesäss- oder Oberschenkelmuskulatur den Erregungsreflex über die Propriozeption und lernt, ihn zu steigern. Im Säuglingsalter geschieht dies rein durch rhythmisches oder andauerndes Muskelspannen, später kommt vielleicht das Pressen der Vulva gegen einen Gegenstand oder gegen die Hand dazu. Da er von vielen Menschen als Erstes erlernt wird, nennen wir diesen Erregungsmodus den archaischen Modus. Typischerweise geht er mit einer hohen generalisierten Muskelspannung einher, mit wenig Bewegung und flacher oder angehaltener Atmung. Kleine Mädchen, die noch nicht gelernt haben, die Erregung bis zur Entladungsschwelle zu steigern, fallen manchmal durch stundenlanges Wiederholen dieses Ablaufes auf. Einmal eingeübt, gelingt es Mädchen und Frauen im archaischen Modus oft, sehr rasch zu einer Entladung zu kommen*.

Ebenfalls schon im Säuglingsalter werden auch die Oberflächenrezeptoren des Körpers und des Geschlechts durch stetige Stimulation beim Körperkontakt, bei der Säuglingspflege und bei jeglicher Berührung immer mehr angeeignet. Mit zunehmenden motorischen Fähigkeiten kann das Mädchen sein Geschlecht selbst mit den Fingern explorieren. Mit der Zeit entsteht eine «innere Landkarte» der Vulva, entsprechend der somatotopischen «Landkarte» des gesamten Körpers in der sensorischen Hirnrinde. Durch das Erleben angenehmer Gefühle beim wiederholten

*Eine Übersicht über die Erregungsmodi findet sich am Schluss des Glossars dieses Leitfadens.

Reiben von Klitoris und Vulva erlernt das Mädchen den mechanischen Erregungsmodus. Dieser zeichnet sich ebenfalls aus durch eine hohe generalisierte Muskelspannung und flache Atmung; die Stimulationsbewegungen sind stereotyp, «mechanisch» und rasch. Der Modus kann ebenfalls zur Entladung führen, meist weniger schnell als der archaische Modus.

Orgastische Entladung

Auch Säuglinge können schon orgastische Entladungen haben. Diese äussern sich, ähnlich wie bei Erwachsenen, durch Schweissausbrüche, Gesichtsrötung, rhythmische Spasmen und Augenverdrehen. Gelegentlich löst dies bei Eltern oder Pädiatern Besorgnis aus. Gerade wenn die Selbststimulation mehrmals täglich wiederholt und «eingeübt» wird, wird sie gelegentlich als zwanghaftes Verhalten missverstanden. Reibt sich ein Kind besonders lang oder kräftig, z. B. weil es noch nicht zu einer Entladung gelangt, löst dies bisweilen genitale Entzündungen aus. Umgekehrt kann eine Entzündung durch den Juckreiz und das Bedürfnis nach Kratzen auch dazu führen, dass die angenehmen Gefühle im Geschlecht überhaupt entdeckt werden. Wird der Zusammenhang mit sexuellem Lernen nicht erkannt, z. B. wenn das Mädchen sich nicht mit den Händen am Geschlecht stimuliert, sondern durch Pressen, kommt es vor, dass die Begleiterscheinungen als epileptische Anfälle oder Abdominalbeschwerden fehlgedeutet werden. Diese Unkenntnis führt manchmal zu aufwändigen medizinischen Abklärungen und Therapien, die dann natürlich völlig unergiebig sind[14]. Im Gegensatz zur Epilepsie bleiben die Kinder bei der Selbststimulation stets ansprechbar (wenngleich sie sich auch nicht gerne stören lassen dabei!), und die Eltern können beruhigt und beglückwünscht werden, dass ihr Kind wichtige sexuelle Entwicklungsschritte macht. Diese sind weder übermässig noch pathologisch und sollten keinesfalls unterdrückt oder unterbunden werden (z. B. mit Lidocain als modernem Analog einer Klitoridektomie*). Ist das Kind besonders häufig damit beschäftigt, so konnte es vielleicht noch keine Entladung erreichen – hier braucht es geduldiges Abwarten seitens der Erzieher, und wenn der Lernschritt erst gemacht ist, beruhigt sich die Situation**. Wenn Eltern und Ärzte sich über die sexuellen Entwicklungsschritte des Kindes ebenso freuen können wie über die psychomotorischen, lernt es, dass sein Genitale und dessen angenehme Empfindungen genauso willkommen sind und weiter entwickelt werden dürfen wie seine Beine und die ersten Schritte, die es damit gemacht hat.

Auch um seine Wahrnehmungen und Erlebnisse richtig zu benennen und einzuordnen, ist ein Kind auf elterliche Unterstützung und die elterliche Sprache angewiesen. Hier können Ärztinnen und Ärzte die Eltern bereits ab Geburt ihres Kindes mit dem nötigen Vokabular für das Genitale und mit Wissen über den Ablauf der sexuellen Erregung versorgen. Warum nicht z.B. schon bei Routineuntersuchungen der Säuglinge und Kleinkinder auch eine Frage nach der sexuellen Entwicklung stellen? «Haben Sie schon beobachtet, dass Ihr Kind sich gelegentlich selber stimuliert oder erregt?» Das hilft den Eltern, ihre Beobachtungen richtig einzuordnen. Unterstützend kann auch Information abgegeben werden, wie z. B. die Broschüre der BZgA (siehe Anhang).

Die Vagina

Ihre Vagina entdecken Mädchen oft erst später. Vor allem die Erkundung mit den Fingern ist bei der Vagina nicht nahe liegend, weshalb die Wahrnehmung dieses Innenraumes oft unvollständig entwickelt wird. Manche Frauen erinnern sich, im Grundschulalter bereits mit dem Einführen von Gegenständen experimentiert zu haben. Andere entdecken ihre Vagina mit der Menarche oder beim Geschlechtsverkehr. Und wieder andere entdecken sie überhaupt nicht. Wieweit die Vagina angeeignet, also bewohnt wird, hängt von den Erkundungen ab, die stattgefunden haben. Diese reichen von der blossen Entdeckung über das wiederholte Explorieren bis hin zur Entwicklung der Erregbarkeit durch wiederholtes Stimulieren. Die mehrheitlich propriozeptiven Nervenendigungen in der Vaginalwand und der umgebenden Muskulatur reagieren vor allem auf Druck- und Dehnungsreize. Gerade auf Frauen, die im klitoralmechanischen Modus vor allem eine Stimulation der Oberflächenrezeptoren der Vulva gelernt haben, wirken die wenig entwickelten Druckreize in der Vagina oft zu wenig stark und werden daher nicht weiterverfolgt. Erst wenn die Frau gelernt hat, die vaginalen Sinnesempfindungen wahrzunehmen, kann sie lernen, sie als angenehm zu erleben und mit Erregung zu assoziieren.

Die Vagina kann nicht nur von aussen mit den Fingern entdeckt, sondern auch von innen her erlebt werden: Das Erleben der Propriozeption der Beckenmuskulatur im Zusammenhang mit der Schwerkraft, z. B. beim Auf und Ab auf der Schaukel, und das Spiel mit der Beckenbodenmuskulatur lassen mit der Zeit eine Vorstellung dieses Innenraumes entstehen. Je mehr Bewegung das Mädchen oder später die Frau in ihre sexuelle Erregung integriert hat (ondulierender oder wellenförmiger Modus, siehe unten), desto mehr wird also die Innenwahrnehmung und damit die Erregbarkeit ihrer Vagina unterstützt. Ist umgekehrt die Bewegung reduziert und die Muskulatur angespannt, wie beim mechanischen oder archaischen Erregungsmodus, so ist dies weit weniger der Fall.

*Im 19. Jahrhundert (und teils bis in die 50er Jahre des letzten Jahrhunderts!) wurden im westlichen Kulturkreis bei Kindern drakonische Massnahmen bis hin zu Klitoridektomien durchgeführt, um die genitale Selbststimulation zu unterdrücken, die damals als Ursache multipler Erkrankungen galt.

**Thore Langfeldt, ein norwegischer Kinder- und Jugendsexologe, postuliert, dass diesen Kindern auch Tipps gegeben werden dürfen, wie sie eine Entladung erreichen können. In allen anderen Bereichen der Entwicklung ist elterliche Unterstützung selbstverständlich, sobald es mal nicht recht vorwärts geht. Leider ist in unserem Zeitalter aber der Übergriffsdiskurs so im Vordergrund, dass die meisten Eltern durch eine entsprechende Empfehlung überfordert würden. Da bleibt nur der Verweis auf Geduld.

Andere Erregungsquellen

Zur körperlichen Sexualisierung gehört auch das Entdecken und Einüben extragenitaler Erregungsquellen, etwa das Berühren und Wahrnehmen der sog. «erogenen Zonen». So ist der Mund schon bei Säuglingen ein Ort angenehmen Empfindens. Auch der Anus wird durch den Defäkationsakt und digitale Erkundungen bald lustvoll wahrgenommen. Um im späteren Leben Analverkehr zu geniessen und allenfalls einen Orgasmus zu erreichen, braucht es ähnliche Lernschritte wie bei der vaginalen Erregbarkeit, denn die gleichen Schwellgewebe und muskulären Strukturen werden stimuliert. Zudem reagiert der anale Sphincter ohne das entsprechende Training reflektorisch mit schmerzhaften Spasmen auf Penetration. Dem kann durch schrittweise Gewöhnung begegnet werden. Auch andere Zonen des Körpers können durch wiederholte Erfahrung von angenehmen Gefühlen und sexueller Erregung zunehmend erogen wahrgenommen werden. Dieser Lernprozess beginnt ebenfalls bereits im Säuglingsalter, mit sinnlichen Erlebnissen wie z. B. der Babymassage. In gleicher Weise werden Gerüche, Geräusche, Geschmackswahrnehmungen und optische Reize zu Erregungsquellen.

Im Verlauf der Entwicklung werden die zunächst als angenehm wahrgenommenen Sinnesempfindungen zunehmend als sexuelle Erregung verstanden und kodifiziert. Das älter werdende Mädchen und die Frau lernen, ihre Vulva und Vagina als Körperteile zu erleben, die erotischen Genuss ermöglichen, d. h. sie erotisieren sie. Symbole entstehen. Erotische Bilder und Fantasien entfalten sich und werden für viele Frauen zur Steigerung der Erregung wichtig. In den breit gefächerten Fantasien spiegeln sich die genitalen Lernschritte, der Erregungsmodus, aber auch Lebenserfahrungen und kognitive Aspekte.

Des Weiteren unterstützen Emotionen die genitale Erregung: intensive Liebesgefühle, das Gefühl begehrenswert zu sein, der Stolz auf die eigene erotische Attraktivität. Auch leichte Angstgefühle können erregen; deshalb sind Vorstellungen oder Inszenierungen populär, die kleinere Gefahren beinhalten, wie etwa das Risiko, entdeckt zu werden.

Schliesslich werden auch Partner und Partnerinnen erotisiert. Das heisst, ihr Körper, ihr Verhalten und Aspekte ihrer Persönlichkeit werden als Quellen von erotischer Lust angesehen, bei Frauen mit heterosexuellen Anziehungscodes auch der Penis und die männliche Sexualität mit ihrer Intrusivität.

Übung:
Können Sie sich erinnern, wie Sie Ihren Erregungsreflex entdeckt und entwickelt haben?

Diese Sexualisierungsprozesse begleiten uns durch das ganze Leben. Jederzeit können wir neue Erregungsquellen entdecken und uns aneignen, unsere Erregbarkeit und Genussfähigkeit fördern und intensivieren.

Die Aneignung der Sexualorgane und die Fähigkeit, den Erregungsreflex bis zur orgastischen Entladung zu steigern, sind Folgen von Lernprozessen. Diese verlaufen von frühester Kindheit an und basieren auf dem wiederholten körperlichen Erleben von extero- und propriozeptiven Nervenreizen in der Becken- und Genitalregion. Die Steigerung der Erregung erfolgt in bestimmten Erregungsmodi, d. h. durch eine bestimmte Weise, den Körper einzusetzen. Im archaischen Erregungsmodus (Druck) und im mechanischen Erregungsmodus (gleichförmige Reibung) kann bei hohem Muskeltonus eine Entladung erreicht werden.

Voraussetzungen für das genussvolle Erleben von sexueller Erregung und Entladung

Je mehr wir die körperliche Erregung auch über die Genitalregion hinaus spüren können, desto mehr erotische Lust und Genuss können wir bei sexueller Erregung und Entladung erleben. Körperliche Voraussetzung hierfür ist die Fähigkeit zur Diffusion der Erregung. Diffusion der Erregung bedeutet eine Verstärkung der Durchblutung und die Aktivierung von Sinneszellen im Bereich des ganzen Körpers durch Bewegung. Dadurch kann der ganze Körper intensiv und lustvoll wahrgenommen werden. Allerdings hat der Körper bei sexueller Erregung die Tendenz, Bewegungen einzuschränken und zu beschleunigen, und der Muskeltonus steigt an*, was der Diffusion entgegenwirkt – bei hoher Muskelspannung ist die Durchblutung völlig unterbrochen. Aber auch durch die vollkommene Entspannung wird die Diffusion nicht unterstützt, sondern durch das Spiel mit Bewegungen in variablen Muskeltoni, Rhythmen und Amplituden und durch eine tiefe Bauchatmung. Viele Menschen schätzen dieses angenehme, vitalisierende Ganzkörper-Erleben im Zusammenhang mit sportlicher Aktivität. Oft ist ihnen aber nicht bewusst, dass sie es auch in der Sexualität erleben könnten, wenn sie sich dabei nur auch so intensiv und fliessend bewegen würden wie beim Sport.

Die Diffusion wird vor allem im *ondulierenden* und im *wellenförmigen Erregungsmodus* unterstützt. Beim ondulierenden Modus bewegt sich der Körper fliessend, ähnlich einer Wasserpflanze, um die eigene Achse, im Unterschied zum wellenförmigen Modus, wo sich Oberkörper und Becken schaukelnd in der Körperachse bewegen; wir nennen die Bewegung der oberen zusammen mit der Beckenschaukel die *doppelte Schaukel*. Bei beiden Modi sind Muskelspannungen und Rhythmen variabel, die Atmung ist tief, die Bewegungen haben grosse Amplituden. Beide Modi können ebenfalls bereits in der Kindheit ihren Ursprung finden, beim Erleben von sexueller Erregung im Zusammenhang mit Bewegungsabläufen beim Schaukeln, Spielen, Sport etc. Die doppelte Schaukel ist eine Körperbewegung, die reflektorisch auch beim Husten, Niesen, Lachen oder Schluchzen auftritt, vorausgesetzt, wir unterdrücken sie nicht. Bei Kindern ist sie schön zu beobachten, z. B. wenn es diese vor Lachen «durchschüttelt».

Um die Entladungsschwelle zu erreichen, braucht es die Fähigkeit, die Erregung zu steigern (*intensivieren*) und auf die Genitalien zu konzentrieren («*kanalisieren*»). Wegen des hohen Muskeltonus sind der archaische und der mechanische Modus geeignet, die Erregung zu intensivieren und zu kanalisieren. Insbesondere im archaischen Modus sind daher sehr rasche Entladungen möglich. Im wellenförmien Modus erfolgt das Intensivieren und Kanalisieren durch Bewegungen, die zunehmend tonischer werden und insbesondere auch die Beckenregion betreffen. Geeignet hierzu ist die Beckenbewegung in der doppelten Schaukel mit steigendem Muskeltonus, also steigender Intensität, und evtl. auch steigendem Rhythmus**. Die Intensität der Entladung auf körperlicher und emotionaler Ebene wird bestimmt durch die Spannung, die sich auf diesen beiden Ebenen aufbauen konnte. Ein kurzer Erregungsaufbau, oder einer, der mit viel körperlicher Anstrengung und wenig Genuss erfolgte, mündet in einer weniger intensiven Entladung. Je mehr die Erregung diffundieren konnte und je lustvoller der Erregungsanstieg erlebt wurde, desto höher die körperliche und emotionale Ladung, die sich dann in einem Orgasmus entlädt.

Das lustvolle Erleben der Sinnesempfindungen erfordert zudem die Fähigkeit, sich auf die eigenen körperlichen Wahrnehmungen zu konzentrieren. Das bedingt, dass die Frau im Verlauf des sexuellen Liebesspieles ihre Aufmerksamkeit von den Bedürfnissen des Partners oder der Partnerin ab- und mehr ihren eigenen Bedürfnissen und Empfindungen zuwendet («*Egozentrierung*») – also mehr der Frage «Wie kann ich mich an ihm/ihr erregen?» statt «Wie kann ich ihn/sie erregen?». Zuletzt bedingt das intensive Erleben eines Orgasmus auch das Loslassen. Das Loslassen der genitalen Spannung in der Beckenschaukel und der emotionalen Spannung durch Hingabe an die Gefühle in der oberen Schaukel ist hierzu gut geeignet. Die tiefe Bauchatmung verbindet die beiden Abläufe.

Die Diffusion der sexuellen Erregung durch das Spiel mit Bewegungen in variablen Rhythmen, Muskeltoni und Amplituden sowie tiefer Bauchatmung im ondulierenden oder wellenförmigen Erregungsmodus ermöglicht es, in Verbindung mit der sexuellen Erregung intensive erotische Lust und Genuss zu erleben.

Der Orgasmus wird ermöglicht durch die Fähigkeit, die Erregung zu intensivieren, mit der Beckenschaukel in die Genitalien zu kanalisieren und zu entladen und sich mit der oberen Schaukel den Gefühlen hinzugeben und die emotionale Spannung loszulassen.

*Dies sind die typischen erregungsbedingten Veränderungen innerhalb der „drei Gesetze des Körpers“: Bewegungsamplitude (einschliesslich Atmung), Muskeltonus und Bewegungsrhythmus. Alle unsere Handlungen, unser gesamtes Dasein, spielt sich ab im Rahmen der drei physikalischen Dimensionen unseres Körpers: Raum, Intensität und Zeit.

** Es ist aber auch möglich, die Intensität rein durch kräftigere Bewegungen zu steigern, ohne dass diese auch schneller werden. Langsame Bewegungen können bewusster erlebt und darum tendenziell mehr genossen werden.

Wie kommt es zu Orgasmusproblemen?

Organische Faktoren

Organische Störungen sind sehr selten Ursache von Orgasmusproblemen. Insbesondere bei der primären Anorgastie/-mie müssen sie bei der gesunden Frau nicht speziell gesucht werden. Kongenitale Rückenmarksschädigungen (z. B. Spina bifida) können, müssen aber nicht zwingend primäre Orgasmusprobleme verursachen.

Wenn die Orgasmusfähigkeit bereits bestanden hat und sekundär verloren ging, können organische Einflüsse vorliegen. Frauen durchlaufen von der Menarche über die Mutterschaft bis zur Menopause psychosoziale und körperliche Veränderungen, die sich auch auf die Sexualität und die Orgasmusfähigkeit auswirken können. Der natürliche Alterungsprozess führt zu einer Verlangsamung der Erregungsreaktion sowie zu einer leichten Abnahme der sensorischen Empfindlichkeit am ganzen Körper[15]. Hormonelle Veränderungen beeinflussen die genitale Trophik und Reaktivität. Im Weiteren ist auch mit den Auswirkungen von Krankheiten, Operationen und Medikamenten zu rechnen. Aber auch beim Vorliegen von organischen Faktoren können viele Frauen lernen, ihre Orgasmusfähigkeit zu erweitern. Allgemein ist zu beobachten, dass Frauen, die schon vorgängig eine relativ eingeschränkte oder störungsanfällige Erregbarkeit hatten, bei medizinischen Ereignissen eher mit einer Anorgasmie reagieren als Frauen, die gelernt haben, ihre Erregung aus vielen Quellen zu nähren.

Bei primärer Anorgastie müssen in den seltensten Fällen organische Ursachen berücksichtigt werden. Bei sekundären Orgasmusstörungen spielen gelegentlich Schmerzen, Neuropathien, Alkohol oder Antidepressiva eine Rolle.

Lernprozesse

Primäre Anorgastie: Bei den Frauen, die noch nie (bewusst) eine orgastische Entladung erlebt haben, finden wir immer unvollständige Lernschritte zur Aneignung ihres Geschlechts. Zwar hat sich das soziokulturelle Klima von heute erwärmt, von der sexuellen Repression zur Toleranz – so ist die Selbstbefriedigung dabei, sich von ihrem Stigma als sündig oder krank machend zu erholen und wird immer häufiger und früher praktiziert[21]. Aber nach wie vor bietet die Gesellschaft der sexuellen Entwicklung kaum Unterstützung – sie fordert den Orgasmus, verrät aber nicht das Wie. So haben sich die betroffenen Frauen oft unter Einflüssen ihres Umfelds (z. B. prohibitives Elternhaus, Fehlinformationen, Religion) nur wenig mit ihrem Genitale auseinandergesetzt. Im Unwissen oder mit Fehlvorstellungen über dessen Anatomie und Funktionsweise werden genitale Sinnesempfindungen und sexuelle Erregung nicht oder nur wenig wahrgenommen oder nicht als solche

Mögliche organische Faktoren bei sekundären Orgasmusproblemen[4]

- Beginnende/fortgeschrittene Neuropathie (Diabetes mellitus, Multiple Sklerose, evtl. M. Parkinson)
- Rückenmarksläsionen: unterschiedliche Störungen, am stärksten ausgeprägt bei S2-S4-Läsionen (siehe hierzu Fussnote Seite 9)[16]
- Klitoridektomie: unterschiedliche Auswirkung auf Orgasmus, oft keine Anorgasmie! (Die Klitoris ist keine unabdingbare Erregungsquelle.)[17]
- Antidepressiva (v. a. SSRI, Clomipramin), Neuroleptika (Dopaminrezeptor-Antagonisten), Alkohol: mögliche Inhibition des Erregungsreflexes*
- Schmerz: starker Inhibitor des Erregungsreflexes
- Postpartal kaum, nach gynäkologischen Eingriffen selten Veränderung der Orgasmusfähigkeit**[18]

*Antidepressiva ohne nachgewiesene Störung der sexuellen Erregung: Johanniskraut, Buprobion, Buspiron, Mirtazapin, Moclobemid, Reboxetin, Trazodon, Venlafaxin. Dopaminagonisten können eine orgasmusfördernde Wirkung haben, ebenso Amphetamine und Kokain. Ecstasy verzögert, aber verstärkt den Orgasmus[4].

**Die Forschungsresultate zu den Folgen von Hysterektomie, subtotaler Hysterektomie, TVT, Radiotherapie sind widersprüchlich (siehe hierzu z. B. Ref. 19 und 20). Tatsächlich scheint keiner der genannten Eingriffe eine messbare Veränderung der vaginalen Durchblutung, d. h. der Erregungsreaktion nach sich zu ziehen. Eine Ausnahme bildet die radikale Hysterektomie, die eine Minderdurchblutung des oberen Drittels der Vagina zur Folge hat. Wie so oft in der Sexualforschung sind diese Resultate eingeschränkt aussagekräftig. Es lässt sich aber auf rein anatomischer Ebene postulieren, dass die Fähigkeit, einen Orgasmus auszulösen, nicht auf ein so kleines anatomisches Areal beschränkt zu bleiben braucht, dass ein chirurgischer Eingriff (mit Ausnahme neurologisch destruierender Eingriffe) sie unwiderruflich zunichte machen könnte, wie ja das Beispiel der Klitoridektomie zeigt. Entsprechend sollten also Frauen, die nach einem Eingriff eine sekundäre Anorgastie erleben, durch Stimulation einer benachbarten Region die Orgasmusfähigkeit wieder lernen können. Ungeachtet dessen wäre es aber wünschenswert, dass in der gynäkologischen Chirurgie nervenschonendere Eingriffe entwickelt würden, wie dies in der Prostatachirurgie ja jetzt modern ist. Unabhängig von der Physiologie spielen Faktoren wie die subjektive Krankheitsverarbeitung etc. aber eine grosse Rolle. Genaueres hierzu folgt im Kapitel über Sexualität bei speziellen Krankheiten.

verstanden. Oft erleben die Frauen auch Scham- und Schuldgefühle oder Berührungsängste bis hin zur Aversion. Ein Bereich des Körpers, der so unbekannt ist, so wenig gespürt wird, nicht wie gewünscht «funktioniert» und zudem vielleicht mit negativen Assoziationen belastet ist, kann leicht Angst machen.

Viele Frauen missverstehen emotionales Erleben als genitale Erregung. Das kann in der Sprechstunde zu Verwirrungen führen, wenn bei der Evaluation nicht genau nachgefragt wird, wo im Körper sich diese Erregung denn spüren lässt. Jegliche Hinweise sollen beachtet werden, die auf körperliche Erregung hindeuten könnten, zum Beispiel Wärmegefühle oder «Schmetterlinge im Bauch».

Andere Frauen glauben, noch nie sexuelle Erregung verspürt zu haben. Frauen, die effektiv noch keinen Erregungsmodus entwickelt haben, sind jedoch in der Minderheit. Die meisten haben, ohne es zu wissen, sexuelle Erregung schon in irgendeiner Form erlebt oder können sich sogar bis zu Entladungen erregen, im archaischen Erregungsmodus, ohne dies als sexuelle Erregung zu verstehen. Während der Junge schon früh lernt, das angenehme Erregungsgefühl in seinem Geschlecht zu benennen («Ständer», «Stiife») und damit richtig einzuordnen, gibt es für die körperlichen Veränderungen des weiblichen Genitale bei sexueller Erregung kein eigenes Wort. Zudem sind sie nicht deutlich sichtbar. Und wenn die Frau sich beispielsweise im archaischen Modus ohne direktes manuelles Berühren des Geschlechts stimuliert, ist nachvollziehbar, dass sie das nicht automatisch mit Sexualität assoziiert.

Neuerdings wird in der Literatur von einem Phänomen berichtet, welches als persistierende sexuelle Erregung (*persistent sexual arousal*[P2]) die (Miss-)Empfindungen im Zusammenhang mit einem über Stunden, Tage oder Wochen andauernden Erregungsgefühl beschreibt. Während manche Frauen dies nicht als Störung erleben, sondern es im Gegenteil sehr geniessen, ständig «heiss» zu sein, ist es für andere quälend, insbesondere wenn sie auch durch eine Entladung nur wenig Linderung erfahren, oder wenn sie kognitive Vorbehalte gegen sexuelle Lust haben. Das Phänomen ist noch wenig erforscht. Ähnlich wahrgenommen wird bisweilen die Anorgastie, wenn die sexuelle Erregung nicht zur Entladung gesteigert werden kann und sich dann nur langsam, manchmal über mehrere Stunden hinweg, zurückbildet: Die persistierende Vasokongestion führt zu Schwellungen im Vulvabereich, Klitorisödemen und Spannungs- und Druckgefühlen im Unterleib, die auch als postkoitale Dyspareunie oder Unterbauchschmerzen imponieren können und bisweilen unnötige Abklärungen nach sich ziehen.

Koitale Anorgastie: Viele Frauen gelangen durch die Stimulation der Vulva mehr oder weniger mühelos zu einer Entladung oder einem Orgasmus, nicht aber beim Geschlechtsverkehr. Während die einen dennoch gern den Penis in der Vagina spüren und sich auch daran erregen, erleben andere die Stimulation der Vagina durch den Penis als wenig oder nicht erregend, oder gar als störend, da sie von den Wahrnehmungen an der Vulva ablenkt. Das heisst nicht, dass ihnen die entsprechenden Sinneszellen im Inneren fehlen (wie in der Literatur z.T. vermutet wird). Sie haben aber noch nicht gelernt, die Nervenreize zu spüren oder nehmen sie nicht als erregend wahr, d. h. sie haben sich ihre Vagina unvollständig angeeignet. Oft sind dies Frauen, die gelernt haben, sich im klitoral-mechanischen Modus zu erregen. Die starken oberflächlichen Nervenreize «übertönen» die dumpfere Innenwahrnehmung, so dass diese uninteressant erscheint und darum nicht weiterentwickelt wird. Manche Frauen lösen dies so, dass sie beim Koitus zusätzlich die Klitoris stimulieren und so oder in Kombination mit einer gewissen vaginalen Erregbarkeit eine Entladung erreichen. Diejenigen, die damit zufrieden sind, sehen wir in der Sprechstunde nicht. Die Frau, die uns konsultiert, sucht den Geschlechtsverkehr nicht, um den Penis in sich zu spüren und zu geniessen und sich daran vaginal zu erregen, sondern z. B. dem Mann zuliebe oder aus Verschmelzungswünschen oder anderen emotionalen Bedürfnissen. Das Gefühl des Penis in der Vagina «sagt ihr nichts», ist nicht genital erregend, mit der Zeit mangels Lubrikation vielleicht sogar schmerzhaft. Das Anliegen in der Praxis kann der koitale Orgasmus sein, nicht selten aber auch die Klage über Dyspareunie oder fehlendes Begehren nach Geschlechtsverkehr (Näheres hierzu in den entsprechenden Kapiteln).

Fallbeispiel 1

Primäre Anorgasmie bei archaischem Erregungsmodus und wenig differenzierten Körperwahrnehmungen

Frau, 27j. Sekretärin, seit 5 Jahren Partnerschaft

Anliegen: Sie konsultiert, weil Sex ihr keinen Spass macht und sie noch nie einen Orgasmus hatte. Der Partner ist unzufrieden, weil sie beim Sex so passiv und lustlos ist. Sie selbst hat das Gefühl, mit ihr stimme etwas nicht, sie fühlt sich als Versagerin, weil ihr das «Natürlichste auf der Welt» nicht gelingt. «Wieso können das die anderen einfach so, und bei mir geht es nicht?» – Angst, der Partner könnte sie deshalb verlassen.

In der *Partnersexualität* schätzt sie festere Berührungen, ihn schwer auf sich zu spüren; wenn er sie fest an sich drückt, löst das bei ihr im Unterbauch ein Wärmegefühl aus. Mit Zärtlichkeiten kann sie nicht so viel anfangen. Er stimuliert sie manchmal manuell, was aber oft eher unangenehm ist. Cunnilingus ist von der Vorstellung her erregend, in der Realität aber lehnt sie es ab, steht innerlich plötzlich neben sich und fragt sich «Was tust du da?» Sie fühlt sich nicht sauber, ihre Vulva gefällt ihr nicht, wenn er sie «da unten» ansieht, macht sie die Beine zu. Beim Geschlechtsverkehr ist sie gern auf ihm, da kann sie den Druck auf die Klitoris regulieren, was gewisse angenehme Gefühle auslöst. Oft hat sie aber am Anfang eine trockene Scheide und Schmerzen. Die ganze Sache ist irgendwie anstrengend, sowohl körperlich als auch mental, u. a. da sie oft selbstabwertende Gedanken hat.

In der *Autoerotik* verneint sie zunächst jegliche Selbstbefriedigung. Am Geschlecht möchte sie sich nicht berühren, hat es zwei- bis dreimal probiert, das brachte «nichts». Bei genauem Nachfragen kennt sie aber das Auslösen von angenehmen Gefühlen in der Vulva durch das Zusammenpressen ihrer Beine in Bauchlage oder durch das Pressen der Vulva gegen ein Kissen. Dies hat sie bereits als 6-Jährige gemacht. Dabei sind Beine und Gesäss sehr stark angespannt. Das angenehme Gefühl steigt sehr rasch an und bricht dann noch rascher wieder ab. Sie war sich nicht bewusst und kann es kaum glauben, dass dies sexuelle Erregung, möglicherweise sogar eine Entladung darstellt. Kontraktionen spürt sie keine, wohl aber eine Entspannung.

Fantasien hat sie selten, meist beobachtet sie sich kritisch – «es muss was passieren», und Fantasien sind nicht wirklich erlaubt. Wenn sie sich Fantasien erlaubt, dann sieht sie sich als aktive und durchaus fliessend bewegliche Frau, die mit Gelegenheitsbekanntschaften von der Strasse Geschlechtsverkehr oder Cunnilingus geniesst.

An anderen *Erregungsquellen* kennt sie romantische Filme und Bücher, die sie aber wieder aufgegeben hat («nützt ja eh nichts»). Auch Porno ist erregend, aber «eklig und gruusig».

Fallbeispiel 2

Koitale Anorgasmie bei klitoral-mechanischem und archaischem Erregungsmodus mit wenig entwickelter Vaginalität

Frau, 45j., verheiratet

Anliegen: Sie möchte mehr Lust auf Sex und Orgasmen mit dem Partner erleben.

Die Liebesbeziehung mit dem Partner ist eigentlich gut. Sie hat Sex mit ihm ganz gern, aber trotzdem in letzter Zeit seltener. Der Partner hat sich zunehmend zurückgezogen. Sehr kränkend für die Patientin war ihre kürzliche Entdeckung, dass er sich heimlich zu pornographischen Darstellungen im Internet selbst befriedigt. Sie fühlt sich nun auch nicht mehr begehrt von ihm und in ihrer Weiblichkeit verunsichert.

Paarsexualität: Beim Geschlechtsverkehr ist für sie die beste Position oben, wobei sie ihre Klitoris gegen sein Os pubis reibt und damit manchmal ihre Erregung steigern kann. Zu Entladungen kommt es dabei nicht. Das Gefühl des Penis in ihrer Vagina ist schön, weil es Nähe ermöglicht, es ist aber nicht körperlich erregend. Den Geschlechtsverkehr kann sie geniessen, vorausgesetzt sie nervt sich nicht wieder mal über die «Ungeschicktheit» ihres Partners. Denn der könne sie im Vorspiel nicht recht stimulieren, oft wird die Klitoris bei seinen Berührungen überempfindlich und ihre Erregung bricht ab, der Sex endet dann im Frust.

Autoerotik: Etwa alle 2 Monate stimuliert sie sich selbst klitoral durch mechanische Streichelbewegungen. Öfter sinkt die Erregung plötzlich wieder ab, weil die Berührung zunehmend schmerzhaft wird. Manchmal gelingt es ihr, durch Druck mit der Hand auf die Vulva, das Zusammenpressen der Schenkel und des Beckenbodens nach einer Pause die Erregung bis zur Entladung zu steigern. Die Vagina stimuliert sie dabei nicht, und die Erregung nimmt sie vorwiegend im Vulvabereich wahr. Unterstützend wirken sich Fantasien aus von einem früheren Liebhaber, mit dem sie den Sex als sehr erregend erlebt hatte.

Die primäre Anorgastie ist fast immer durch Grenzen im sexuellen Lernen bedingt und geht mit einer unvollständigen Aneignung des eigenen Geschlechts einher. Bei der koitalen Anorgastie betreffen diese Grenzen speziell das Aneignen der Erregbarkeit der Vagina.

Genuss von Erregung und Entladung

Anorgasmie: Manche Frauen sind sich durchaus bewusst, dass sie sexuelle Erregungen und Entladungen haben, empfinden das Erlebte aber als wenig genussvoll, anstrengend oder nicht der Rede wert und jedenfalls nicht so, wie es in Medien und Büchern beschrieben wird. Und es fehlt ihnen die Kenntnis, wie sie dorthin gelangen können.

Wenn der Anstieg der sexuellen Erregung nicht sonderlich lustvoll ist, so ist dies meist durch Einschränkungen im Zusammenhang mit dem Erregungsmodus bedingt. Ein hoher Muskeltonus bis hin zur Rigidität schnürt die Durchblutung ab. Dies kann in der Vagina zu einer Verminderung der Transsudation und damit zu Reibungsschmerzen führen, und es fördert nicht die Ausbreitung und angenehme Wahrnehmung der Erregung im übrigen Körper (Diffusion). Erregungsmodi, welche mit einer muskulären Rigidität einhergehen (archaischer und mechanischer Modus), schränken sowohl die Durchblutung als auch die Selbstwahrnehmung ein. Auch die Steuerbarkeit der Erregung und das Spiel mit verschiedenen Erregungsintensitäten sind in einem rigiden Körper reduziert, ebenso das Loslassen in der Entladung. Wenn die Atmung blockiert ist, kann emotionale Spannung kaum aufgebaut oder losgelassen werden.

Fallbeispiel 3

Anorgasmie bei archaischem Erregungsmodus und differenzierten Körperwahrnehmungen

Frau, 55j., geschieden, 3 Kinder, seit 1 Jahr neue Partnerschaft, seit 2 Jahren Menopause

Anliegen: Sie möchte ihren Orgasmus mit dem Partner haben und geniessen.

In der langjährigen Ehe war Sexualität kaum ein Thema, zumal ihr Ex-Mann an Erektionsstörungen litt. Sie fehlte ihr auch nicht. Mit dem neuen Partner ist es nun anders – er hat entsprechende Bedürfnisse und sie setzt sich unter Druck, «das» müsse ihr nun doch gelingen. Sie verspürt aber auch den Wunsch, «vor dem Grab» doch noch für sich zu entdecken, was es denn auf sich hat mit diesem Orgasmus, von dem alle so schwärmen.

Autoerotik: Seit frühster Kindheit kann sie auf stets die gleiche Weise ihre Erregung steigern: in Rückenlage durch Zusammenpressen der überkreuzten Beine ohne zusätzliche genitale Stimulation – ausser bisweilen dem Druck durch die Naht von eng sitzenden Jeans. Sie hat bereits selbst bemerkt, dass dabei der ganze Körper angespannt und die Atmung sehr flach ist. Damit erfolgen ein rascher Erregungsanstieg und eine kurze, kleine Entladung mit nachfolgender angenehmer Entspannung. Versuche, sich manuell zu stimulieren, hat sie bald aufgegeben, da sich die Erregung damit nicht in gleicher Weise steigern liess. Sie erlebt Erregung in Form von Spannung und Wärme innerlich, «wie einen Muskelring», nicht an der Vulva, sowie die Entladung mit 2–4 Kontraktionen. Das ganze Erlebnis ist recht unbedeutend, wenig genussvoll und «irgendwie banal».

Paarsexualität: Wenn der Partner sie manuell an der Klitoris stimuliert, steigt ihre Erregung bis ca. 4 (auf einer Skala von 0–10). Ihr ist aufgefallen, dass sie die Stimulation mehr geniessen kann, wenn sie das Ziel Orgasmus auf der Seite lässt, sich weniger anspannt und sich mehr auf ihre Körperwahrnehmungen konzentriert. Bruststimulation findet sie sehr erregend. Auch den sinnlichen Hautkontakt kann sie am ganzen Körper sehr geniessen. Eine Erregungssteigerung bis zur Entladung ist jedoch mit dem Partner bislang nicht gelungen. Zum Verkehr öffnet sie die Beine, dann verliert sie aber jegliche Erregung. Der Koitus ist problematisch, da nicht erregend und eher anstrengend, und trotz Gleitmittel oft schmerzhaft, vor allem wenn sie mehr anspannt – eine Gratwanderung: Sie fühlt sich unter Spannung, ständig aufpassen zu müssen, dass es nicht wehtut.

Fantasien hat sie kaum, sie hat Mühe, sich etwas vorzustellen, was sie erregen könnte. Erotika findet sie zwar erregend, sie gehen ihr aber rasch auf die Nerven, weil die dargestellten Inhalte so wenig dem entsprechen, was sie erlebt, und damit den Leistungsdruck bei ihr verstärken.

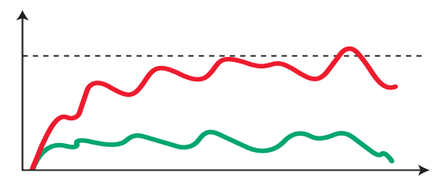
Übung:
Versteifen Sie, so fest Sie können, Bauch, Gesäss, Oberschenkel, den Oberkörper, die Arme; halten Sie die Luft an und versuchen Sie, sich währenddessen lust- und genussvollen Vorstellungen hinzugeben!

Die neuronalen Rückmeldungen an das Hirn signalisieren körperlichen Stress, der vom Hirn eher mit Angst- oder Kampfsituationen assoziiert wird als mit Genuss. Dadurch ist die Fähigkeit des Hirns stark eingeschränkt, genussvolle Emotionen und Bilder entstehen zu lassen. Durch einen eingeschränkten körperlichen Raum wird auch das emotionale Erleben eingeschränkt.

Hängt der Erregungsmodus zudem von einem ganz engen Stimulationsritual ab (z. B. einem klitoral-mechanischen Modus, wo es genau 3 Millimeter links der Klitoris sein muss und genau so schnell und genau so fest und so lang – und wehe das Telefon läutet...), so erfordert er Konzentration und Anstrengung, statt Lust zu machen.

Frauen mit viel Bewegungsfreiheit im ondulierenden Modus geniessen ihre Erregung sehr. Manchmal haben sie Schwierigkeiten, zum Orgasmus zu kommen. Vielfach ist das Erleben dennoch so lustvoll, dass dies nicht stört. Manchmal konsultieren sie dennoch, weil sie erfahren wollen, worum es bei dem Phänomen Orgasmus geht. Oft fehlt es an Tonus und Intensität in ihren Bewegungen, um die genitale Erregung zu steigern. Oder sie nehmen die Erregung weniger auf der genitalen Ebene wahr, sondern erleben ihre Lust mehr im übrigen Körper oder auf der emotionalen Ebene (siehe Abb. 5). Bisweilen greifen sie zur Erregungssteigerung am Schluss auf einen mechanischen

Abb. 5:
Lustvolles Erleben, aber keine orgastische Entladung, kein Orgasmus: Niedrige genitale Erregungskurve, hohe emotionale Genusskurve



Fallbeispiel 4

Anorgasmie bei ondulierendem Erregungsmodus und Entladungen im archaisch-mechanischen Erregungsmodus

Frau, 46j., seit 14 Jahren verheiratet, 2 Kinder

Anliegen: Sie möchte mit dem Partner orgasmisch werden und ihre Orgasmen geniessen.

Die *Paarsexualität* geniesst sie, sie findet Berührungen der Vulva und Vagina und des ganzen Körpers im Vorspiel lustvoll, auch den Geschlechtsverkehr, der aber wegen rascher Ejakulation des Partners eher kurz dauert. Sie bewegt sich dabei viel, mit meist langsamen, fliessenden Bewegungen des ganzen Körpers, räkelt sich «wie eine Schlingpflanze». Eine Entladung hat sie mit dem Partner nie erlebt, die genitale Erregung bleibt gering. Sie sucht und geniesst in der Sexualität vor allem die Nähe zum Partner. Mit den Jahren hat dieses Begehren abgenommen, so dass Sex jetzt nur noch relativ selten stattfindet.

In der *Autoerotik* streichelt sie sich am ganzen Körper, stimuliert sich am äusseren Geschlecht und in der Vagina mit Reibung und wenig Druck, bewegt sich dabei ebenfalls viel und erlebt vor allem Farben und Klänge in ihrer Fantasie. Es gelingt ihr auf diese Art jedoch nicht, die Erregung zu steigern, was auch nicht immer das Ziel ist. Sie geniesst diese Form der Selbststimulation, macht sie aber nicht häufig, da sie – mit streng religiösem Hintergrund – danach Schuldgefühle hat, was sie ärgert. Wenn sie eine Entladung möchte, beschleunigt sie den Rhythmus und den Druck bei der genitalen Stimulation, hält still, «um die Spannung zu steigern». Dies wird zum «Krampf», insbesondere im Gesäss, im Unterbauch und in den Beinen (was anderntags nicht selten Muskelkater auslöst!) und führt zu einer nur sehr lokalisiert in Vulva und Vagina wahrnehmbaren Entladung, die sie nicht als sonderlich genussvoll oder befriedigend erlebt.

oder archaischen Erregungsmodus zurück. Die Entladung kann dann vergleichsweise wenig intensiv sein und darum enttäuschen.

Zudem spielen bei anorgasmischen Frauen oft störende Wertvorstellungen, verinnerlichte Verbote und Ängste vor Kontrollverlust eine wichtige Rolle. Diese hindern sie daran, sich als lustvolle Frau zu sehen, die schuldfrei die Verantwortung für ihren eigenen sexuellen Genuss tragen und sich ganz ihren Empfindungen hingeben kann. Wenn sie stark auf die Bedürfnisse des Partners oder der Partnerin ausgerichtet (heterozentriert) sind, verlieren sie unter Umständen den Kontakt zu den Wahrnehmungen ihrer eigenen körperlichen Erregung. Viele Frauen haben Schwierigkeiten damit, ihre Fürsorglichkeit einen Moment auf die Seite und die eigene Befriedigung in den Vordergrund zu stellen, also die Rolle einer sexuell selbstbewussten, selbstbestimmten Frau zu übernehmen. Die körperliche Selbstwahrnehmung wird demnach durch verinnerlichte Verbote oder Rollenbilder beeinträchtigt, ebenso durch das Fokussieren der Aufmerksamkeit auf den Partner oder auf Gefühle (z. B. Verliebtheit) oder auf Gedanken, die nicht mit dem körperlichen Erleben verbunden sind (z. B. dass der Orgasmus jetzt kommen muss, aber auch erotische Fantasien, wenn diese weit entfernt vom aktuellen körperlichen Erleben angesiedelt sind).

Anorgasmie, also begrenztes oder fehlendes Geniessen von Erregung und Entladung, ist oft Folge eines Erregungsmodus mit hohem Tonus und eingeschränkten Bewegungen, der keine Diffusion der Erregung erlaubt (archaisch oder mechanisch). Wertvorstellungen, Verbote und Ängste können das lustvolle Geniessen und Loslassen im Orgasmus verhindern, ebenfalls eine starke Ausrichtung auf die Bedürfnisse des Partners/der Partnerin (Heterozentrierung) oder auf eigene Gefühle und Gedanken, die nicht mit dem körperlichen Erleben verbunden sind.

Orgasmusstörungen der Frau

Behandlung von Orgasmusproblemen

Evaluation

Grundlage jeder Behandlung von sexuellen Störungen ist eine exakte Evaluation der Sexualität und der sexuellen Lernerfahrungen. Für viele Frauen ist es nicht einfach, über ihre Schwierigkeiten mit dem Orgasmus zu sprechen. Der hohe gesellschaftliche Stellenwert des Orgasmus hat einen Leistungsdruck zur Folge, der bei Nicht-Gelingen zu Scham- und Versagensgefühlen führt. Die Frauen fühlen sich in ihrer Weiblichkeit verunsichert und befürchten, den Partner zu verlieren. Oft täuschen sie deswegen Orgasmen vor. Auch in der Sprechstunde besteht bisweilen eine Hemmschwelle, «das Versagen» einzugestehen. Manchmal hilft dann das konkrete Nachfragen nach Orgasmusproblemen. Bei der Evaluation achten wir aber darauf, nicht auf den Defiziten herumzureiten, denn das wirkt demotivierend, und die Patientin erlebt sich ja bereits als defizitär. Wir versuchen viel mehr, ihre Fähigkeiten herauszustreichen und ihr aufzuzeigen, dass sie mit ihrem sexuellen Lernen nicht bei Null steht, sondern bereits einiges erreicht hat. So hat sie beispielsweise eine Partnerschaft, d. h. ihre Liebesfähigkeit entwickelt; sie kann ihr Geschlecht vielleicht bei der Intimhygiene berühren, ohne sich etwas dabei zu denken, auch wenn sie Hemmungen hat, sich bewusst zu stimulieren; und die meisten Frauen haben schon Wärme oder «Schmetterlinge» im Unterbauch gespürt und können beruhigt werden: Sie sind erregbare Frauen.

Nicht selten ist die Frau ohne Orgasmus sehr auf die Bedürfnisse ihres Partners oder ihrer Partnerin ausgerichtet und eher durch Verlustangst zur Therapie motiviert als durch den Wunsch, etwas Eigenes für sich zu gewinnen. In den ersten Gesprächen streben wir an, ihr auch persönliche Vorteile aufzuzeigen und ein persönliches Projekt zu entwickeln, denn dies ist die bessere Therapiemotivation – bei aller Liebe wird die Frau nicht bereit sein, so viel Zeit des Übens nur für den Partner zu investieren...

Bei der Evaluation möchten wir verstehen, wo die Patientin aktuell mit ihrem sexuellen Lernen steht. Dabei berücksichtigen wir alle Komponenten der Sexualität. Bei Orgasmusproblemen stehen, wie oben dargestellt, die kognitiven Komponenten, also das Wissen, die Werte, die Ideologien und Rollenvorstellungen, und natürlich die Erregungsfunktion, also die genitalen Wahrnehmungen, der Erregungsmodus und die damit verbundenen Sinnesempfindungen im Vordergrund. Wir erfragen das Erleben in der Paarsexualität und in der Autoerotik. Der Erregungsmodus kristallisiert sich oft am deutlichsten in der Autoerotik heraus, und dort insbesondere, wenn die Erregung am höchsten ist.

Es ist auch aufschlussreich, wenn die Frau ihre Erregungskurven (Partnersexualität und Autoerotik) aufzeichnet – also die Körperreaktionen und die begleitenden Gefühle und Gedanken.

Mögliche Fragen zu den Kognitionen

- Wie sieht die Frau ihre Rolle und die des Partners/der Partnerin in ihrer Sexualität?
- Welche Einstellung hat sie zu Männern, wie erlebt sie Männer?
- Was weiss sie über ihren Körper, ihr Geschlecht und die Erregungsfunktion? Hier sind meist direkte Fragen nicht nötig, da die Kenntnisse der Frau im Laufe der Evaluation und Behandlung zu Tage treten.
- Hat sie Ängste und innere Verbote im Zusammenhang mit dem Erleben und Geniessen der Sexualität? Auch diese offenbaren sich meist ungefragt. Fragen im Stil von «Was wäre, wenn ...?» können aufschlussreich sein. («Wenn Sie einen lustvollen Orgasmus hätten, was würde Ihre Mutter/die Oma/der Pfarrer dazu sagen?»)
- Religiöse Verbote, z. B. im Zusammenhang mit Selbstbefriedigung, können gezielt erfragt werden – wissen die Frauen selbst nicht genau, was im Rahmen ihrer Religion erlaubt ist, so können sie dies bei einer entsprechenden Autoritätsperson abklären. Wenn es um das eheliche Wohl geht, ist dort oft mehr erlaubt als man meint.

Mögliche Fragen zur Erregungsfunktion

- Wie ist die Beziehung der Frau zu ihrer Vulva, ihrer Vagina?
- Kennt sie sexuelle Erregung? Wo im Körper spürt sie diese, wie fühlt sie sich an? Wodurch wird sie ausgelöst und verstärkt: Welche Berührungen, Positionen, Muskelspannung, Fantasien, andere Erregungsquellen setzt sie dafür in Autoerotik und Partnersexualität ein? Wir fragen hier sehr detailliert (Welcher Finger? Wieviel Druck? Wie sind die Beine? Welcher Muskel spannt? Wie bewegt das Becken? Was macht die Atmung?), damit wir uns ein deutliches Bild vom Ablauf machen und den Erregungsmodus oder die Erregungsmodi erkennen können. Grundsätzlich erleben unsere Klientinnen solche direkte Fragen nicht als distanzlos oder indiskret, sondern als erleichternd, weil wir eine klare, eindeutige Sprache wählen, die auch eindeutige Antworten möglich macht. Viele Frauen können nicht all diese Fragen zum Ablauf auf Anhieb beantworten, sondern erst, nachdem sie sich nochmals dabei beobachten konnten.
- Wenn die Frau sexuelle Erregung nicht kennt, hat sie schon einmal bemerkt, dass sie feucht wurde? Hat sie schon Kribbeln, Spannung, Wärme oder «Schmetterlinge» (= sexuelle Erregung) im Unterbauch erlebt, z. B. wenn ihr Partner sie umarmt, oder wenn sie einen romantischen Film anschaut? Kann sie sich an Kindheitsmomente erinnern, wo sie solche Wahrnehmungen hatte (z. B. beim Schaukeln, Turnen, Velofahren)?
- Kennt sie orgastische Entladungen? Wo im Körper, in welchen Situationen? Wie spürt sie die Entladungen?
- Wenn sie orgastische Entladungen nicht kennt, hat sie schon einen plötzlichen Abfall der Erregung und der Muskelspannung gespürt, allenfalls begleitet von Pochen oder Klopfen im Unterbauch oder in der Vulva (= orgastische Entladung)?
- Welche körperlichen Reaktionen (Muskeltonus, Atmung, Bewegungsrhythmen und -amplitude) begleiten die Phänomene, die die Frau beschreibt?

Mögliche Fragen zu begleitenden Gefühlen und Gedanken

- Geniesst sie Erregung, Entladung?
- Spürt sie ein Begehren danach, diese Gefühle und Wahrnehmungen zu wiederholen?
- Möchte sie gern einen Penis (oder Finger oder Dildo) in sich spüren? Weshalb – aus emotionalen Gründen, oder weil es in der Vagina körperlich erregend ist?
- Wie weit kann sie sich bei der Partnersexualität auf ihre eigenen Wahrnehmungen und Bedürfnisse konzentrieren? Wie kann sie sexuelle Bedürfnisse kommunizieren?
- Wie weit erlaubt sie sich allein und zu zweit, sich gehen zu lassen und sich ihren Gefühlen hinzugeben?
- Wo ist der Fokus ihrer Aufmerksamkeit? Bei ihren Wahrnehmungen, bei ihren Gedanken, bei ihrem Partner/ihrer Partnerin?
- Welche Fantasien oder Bilder gehen ihr durch den Kopf? Wie ist die Frau in diesen Fantasien – hat sie schon eine Vorstellung von sich als lustvoll geniessende, erregbare Frau? Enthalten die Fantasien Elemente von Rezeptivität, d. h. kann sie sich auch ihre Vagina als erregbaren Innenraum vorstellen?

Übung:
Wie beantworten Sie die oben stehenden Fragen für sich selbst?

Achtung: Manche Frauen beschreiben starke Emotionen und emotionale Entladungen bei sexueller Aktivität, ohne dabei aber wesentliche genitale Erregung zu empfinden (siehe Abb. 5). Wenn die körperlichen Anzeichen von Erregung (Vasokongestion) gering sind oder nicht wahrgenommen werden, und wenn die Muskelspasmen fehlen, sprechen wir nicht von einem Orgasmus.

Die anderen sexodynamischen Komponenten im Erleben der Frau evaluieren wir ebenfalls, so ihr sexuelles Begehren, wie sie ihre Weiblichkeit erlebt und diese zeigt, und wieweit sie einen Stolz darauf entwickelt hat. Die Themen Selbstbefriedigung und Fantasien sind besonders gern Reizworte für innere Verbote und Ideologien. Wenn wir als Befragende eine gewisse Selbstverständlichkeit und interessierte Gelassenheit ausstrahlen, normalisiert unsere Haltung dieses Verhalten und erleichtert es der Frau, darüber zu sprechen. Entlastend wirkt auch das Vermitteln von Information, z. B. dass die allermeisten Frauen erotische Fantasien zum Steigern der Erregung einsetzen und dass die Inhalte mancher Fantasien (zum Beispiel Vergewaltigung oder Unterwerfung) nicht unbedingt den Rollenvorstellungen der Frauen oder ihren realen Wünschen entsprechen.

Bei sexuellen Anliegen ist die Evaluation aller Komponenten der Sexualität und der erfolgten sexuellen Lernschritte die Grundlage jeder Behandlung. Im Vordergrund steht bei weiblichen Orgasmusstörungen die Evaluation der Wahrnehmung des eigenen Geschlechts, der Erregungsfunktion/des Erregungsmodus und des kognitiven Hintergrundes (Kenntnisse, Werte, Rollenbilder).

Therapeutische Schritte bei Anorgastie/Anorgasmie

Wir gehen davon aus, dass die Fähigkeit zum Orgasmus wesentlich mit individuellen Kenntnissen und Lernschritten rund um das eigene Geschlecht und seine Funktion zusammenhängt. Daher konzentrieren wir uns in Beratung und Therapie darauf, das genitale sexuelle Lernen anzuregen. Im Unterschied zu paarzentrierten Therapieansätzen geht es um individuelle Lernschritte, die die Patientin zunächst allein absolviert. Dabei ist die Wahrnehmung des eigenen Körpers im Zentrum. Wenn sie ihr Geschlecht und seine Reaktionen gut kennen gelernt hat, verändert dies ihre Selbstwahrnehmung und den Blick auf das Gegenüber – dann kann sie das Gelernte auf die Paarsexualität übertragen. Dies ist nicht anders als bei anderen Lernprozessen – wer beispielsweise ein Duett spielen möchte, muss das eigene Instrument zunächst allein erlernen und das Stück einüben, bevor er mit dem Partner musizieren kann.

Das Therapiemodell des «Approche sexocorporelle» legt Wert auf das Fördern des sexuellen Geniessens durch bewusste Veränderungen auf der Ebene der drei Körpergesetze Bewegungsamplitude, Tonus und Rhythmus. Kernelement der Therapie ist die Entwicklung der Vaginalität, denn die meisten sexuellen Störungen der Frauen (Dyspareunie, Vaginismus, fehlendes sexuelles Begehren, siehe dazu die entsprechenden Kapitel) stehen damit direkt im Zusammenhang. Das Integrieren der eigenen Vagina in das Körperbild hat Folgen für die anderen Komponenten der Sexualität – für das lustvolle Erleben des Geschlechtsverkehrs, das sexuelle Begehren, aber auch das Erleben der eigenen Weiblichkeit und Geschlechtsidentität, und für die Fähigkeit, die Sexualität und den Körper des Partners oder der Partnerin zu geniessen.

Das ärztliche Gespräch
Das ärztliche Gespräch (10–20 Minuten) vermittelt der Frau, dass sie mit ihrem Anliegen ernst genommen wird. Es ist eine wichtige Gelegenheit, der Patientin einen sexuellen Wortschatz sowie Kenntnisse über ihren Körper und die Erregungsfunktion zu vermitteln. Es kann die Frau sehr erleichtern, wenn sie erfährt, dass das Problem eine Folge von zu wenig unterstütztem Lernen ist – und nicht von körperlichen oder psychischen Defiziten. Damit erfährt sie, dass sie dem Problem nicht aufgrund einer Pathologie ausgeliefert ist, sondern die Lösung dazu selbst in der Hand hält. Bei Bedarf kann Selbsthilfeliteratur angegeben werden (siehe Literaturliste im Anhang, Informationsblatt).

Die ärztliche Beratung
Bei einer vertiefenden Beratung (1 Stunde) erfolgt eine genauere Evaluation der Sexualität der Patientin. Hier

kann sie erkennen, dass sie nicht «bei Null» anfängt, sondern gewisse Lernschritte bereits gemacht hat (denn nahezu alle Frauen haben, auch ohne es benennen zu können, sexuelle Erregung bereits erlebt). Erste Lernschritte können angeregt werden. Gespräche über Autoerotik und das Anregen der Selbstexploration haben auch eine wichtige Bedeutung, indem sie Erlaubnis zur Lust geben, vor allem, wenn innere Verbote diese bislang verhinderten.

Die Therapie:
Lernschritte zur Aneignung des eigenen Geschlechts und der Erregungsfunktion

Die nachfolgenden Anleitungen gehen von der Basis aus, die sich die Patientin bereits angeeignet hat – je nach ihren Stärken und Grenzen liegt der Schwerpunkt bei den Übungen anders. Es handelt sich also nicht um ein «Kochrezept», welches für jede Frau gleich zur Anwendung kommt, wie dies bei manchen «Masturbationsprogrammen» der Fall ist. Die Behandlung ist individuell, wird den jeweiligen Lernerfolgen angepasst und erstreckt sich über mehrere Konsultationen. Wir lassen uns jeweils ganz genau erklären, wie die Patientin die Übungen erlebt und wahrgenommen hat, und den nächsten Lernschritt schlagen wir erst vor, wenn der letzte gut bewältigt wurde. Wie beim Erlernen eines Musikinstrumentes oder einer Sprache braucht das Hirn häufige Wiederholungen, damit neue Bewegungsmuster und Wahrnehmungen verankert werden können. Darum empfehlen wir, die Übungen möglichst täglich, mindestens dreimal in der Woche durchzuführen. Sich abzugrenzen, sich Zeit zu nehmen für sich selbst und für ihre Sexualität und ihre Sexualität selbst in die Hand zu nehmen ist ein wesentlicher Schritt für Frauen mit Orgasmusproblemen. Hierzu braucht es wiederholtes Motivieren! Darüber hinaus gelten gewisse Aspekte der Übungen – wie das Bewusstmachen der Atmung und Haltung – und die Wahrnehmung des Geschlechts auch ausserhalb der Übungszeiten: Je mehr sie in den Alltag integriert werden, desto rascher festigen sich diese Errungenschaften. Für Frauen, die sich an der Vulva bereits bis zur Entladung erregen können und die vaginale Erregbarkeit verbessern wollen, liegt der Fokus auf Schritt 5 und folgende, aber auch sie können profitieren von den vorher aufgeführten Übungen.

Die Lernschritte

Der Rahmen für die Übungen zu Hause ist eine angenehme Umgebung: warm, ungestört und ohne Partner, evtl. nach Dusche oder Bad; im Bett, nicht auf dem WC!

1 Körperwahrnehmungsübung: Die Frau nimmt sich mindestens 3x ca. 20 Minuten Zeit, den ganzen Körper mit der Hand zu berühren, zu streicheln, zu massieren. Sie experimentiert bei der Berührung mit verschiedenen Rhythmen und Intensitäten und achtet dabei darauf, was die Hand spürt – und ebenso, was der Körper spürt. Es geht nicht darum, etwas Bestimmtes zu spüren, sondern zu lernen, unvoreingenommen und neutral die eigenen Wahrnehmungen zu beachten.

2 Eigene Vulva mit Spiegel betrachten: Das vorgängige Betrachten von Vulvaphotos (z. B. *Petals,* siehe Anhang) oder Anatomiebildern in der Sprechstunde setzt hier die Schwelle herab und kann zur Wissensvermittlung dienen. Findet die Frau die Strukturen bei sich? Die Spiegelübung sollte mehrmals wiederholt werden; das erste Mal braucht am meisten Überwindung.

3 Vulva-Wahrnehmungsübung: Die Frau nimmt sich täglich 5–20 Minuten Zeit, die Vulva mit der Hand kennen zu lernen: zu berühren, zu streicheln, zu massieren. Sie spielt mit verschiedenen Rhythmen und Intensitäten und achtet darauf, was die Finger spüren und was die Vulva spürt – sie entwickelt also ein inneres Abbild der Vulva. Bei der Verschreibung der Übung können Therapeut/in und Patientin dies an den eigenen Händen demonstrieren/explorieren.

Mögliche Schwierigkeiten:

- Die Rückmeldung: «Ich habe *nichts* gespürt.» Achtung! Das Ziel ist nicht, dass die Patientin etwas Bestimmtes spürt, sondern dass sie lernt, die eigentlichen Wahrnehmungen zu registrieren. Die Frau spürt «nichts», weil sie etwas Bestimmtes erwartete, nämlich Erregung. Aber Erregung zu spüren ist ein Lernprozess, nicht angeboren! Zunächst geht es darum, ihre Vulva überhaupt als einen Teil ihres Körpers wahrzunehmen, d. h. im Hirn die «Lücken» auf der sensorischen Landkarte durch wiederholte Nervenreize zu füllen. Durch unser genaues Nachfragen, ob und wo genau sie Druck, Wärme, Reibung etc. gespürt hat, lernt sie, genauer auf ihre Wahrnehmungen zu achten.
- Innere Verbote verhindern die Selbstberührungen. Oftmals schrumpfen diese «Verbotstafeln», wenn neue Wahrnehmungen und Lernerfahrungen deutlich machen, dass die befürchteten «Strafen» nicht eintreten. Diese Begegnungen mit der Realität sind wirksamer gegen Fehlvorstellungen als Überzeugungsversuche des Therapeuten. Unterstützend kann hier auch wirken, wenn die Frau in einer therapeutischen Gruppe Normen, Werte und Erfahrungen anderer Frauen erlebt.
- Bei sehr grosser Angst oder Scham, die Vulva zu berühren, werden evtl. Zwischenschritte eingebaut: Was spürt die Frau bei der Intimhygiene? (Denn das kann sie schon!) Statt diese Handlungen unbewusst-mechanisch auszuführen, kann sie bewusst genau hinspüren. Die Selbstexploration wird evtl. auch dann möglich, wenn die Frau sich langsam herantastet, sich z. B. zuerst nur am Venushügel berührt und sich mit der Zeit der Vulva annähert. Es hilft auch, zu entdramatisieren: Was ist das Schlimmste, das passieren kann, wenn sie sich berührt? Wird die Vulva den Finger abbeissen?
- Angenehme Umgebung und Körperhaltung spielen eine Rolle! Ist die Frau ängstlich-verkrampft, werden die Wahrnehmungen schwächer und weniger angenehm sein, als wenn sie körperlich entspannt, tief atmend und neugierig an die Aufgabe herantritt.

4 Vulva-Wahrnehmung: Welche Unterschiede stellt die Frau fest? Fühlt es sich an den äusseren Lippen genau gleich an wie am Klitoriskopf? Beim Scheideneingang? Hier ist es wichtig, immer wieder ganz genau nachzufragen.

5 Vagina-Wahrnehmung: Die Frau geht mit den Fingern in der Scheide «spazieren». Was spüren die Finger, was spürt die Vagina? Das Ziel ist wieder, sich ein inneres Bild zu verschaffen. Die Vagina hat gerne Druck, nicht Reibung! Ist es vorne anders als hinten, links anders als rechts?

Mögliche Schwierigkeiten:

- Auch hier können diffuse Ängste, Hygienesorgen und innere Verbote sehr hemmend wirken. Hilfreich ist Information über die natürliche Sauberkeit der Vagina und ihre Fähigkeit, sich vor Infektionen zu schützen. Hilfreich ist auch der Vergleich mit dem Mund: Kann die Frau ihre Mundhöhle austasten? Wo ist es sauberer? Die Lactobazillen-Monobesiedelung in der Vagina ist viel reiner als die «wilde» Flora der Mundhöhle. Erneut hilft die Frage: Was ist das Schlimmste, das passieren kann? Manchmal kann die Exploration mit einem Gegenstand zunächst einfacher sein als mit dem Finger.

6 Innenwahrnehmung des Beckens: Die Frau zieht den Beckenboden («der Muskel, der den Harnstrahl unterbricht», oder «Scheidenmuskel») langsam zusammen, synchron mit dem Ausatmen, z. B. dreimal täglich 10 Kontraktionen (geht auch im Tram...). Zur Selbstkontrolle kann sie mit dem Finger in der Vagina überprüfen, ob sie die Kontraktion spürt. Wie fühlt sich der Unterbauch danach an? Spürt sie Wärme, so erlebt sie die verstärkte Durchblutung, und diese wiederum ist Basis der sexuellen Erregung.

7 Vulva-/Vagina-Stimulation: Gibt es Berührungen, die angenehmer sind als andere? Wie kann die Frau diese verstärken (Variationen der Berührungsintensität und -rhythmen)? Zur Verstärkung der vaginalen Erregbarkeit hilft das Spiel in der Vagina bei gleichzeitiger äusserlicher Erregung, aber auch zwischendurch ein Verzicht auf die äussere Stimulation, um die inneren Empfindungen besser wahrnehmen zu können.

Mögliche Schwierigkeiten:

- Kein Fortschritt. Hier braucht es gewöhnlich mehr Zeit und Durchhaltevermögen. 5 Minuten sind zu kurz (aber gerade für Frauen im archaischen Modus oft schon «zu lang»), die Frau sollte zwischendurch mindestens eine halbe Stunde oder sogar länger üben. Vielleicht hilft die Begleitung mit erotischer Lektüre? Die klitorale Erregungssteigerung ist einfacher als die vaginale, darum für Frauen, die noch keine Entladung kennen, meist der erste Weg.

8 Weitere Erregungsquellen: Sobald die Frau Erregung wahrnimmt, kann sie alle zusätzlichen Erregungsquellen hinzuziehen: die übrigen erogenen Zonen des Körpers, sofern sie nicht schon zum Einsatz gekommen sind*, erotische Fantasien, Erotika, Pornographie etc. Dildos können intermittierend für die vaginale Stimulation eingesetzt werden, da sie Regionen tiefer im Inneren erreichen können. Die digitale Exploration bleibt aber unverzichtbar, weil der Finger zusätzliche sensorische Informationen ans Hirn liefert und damit das Entstehen eines inneren Bildes von der Vagina unterstützt.** Die Ermutigung durch den/die Therapeuten/in, sich in der Welt der Erotika umzusehen, hilft, innere Verbote zu überwinden. Besonders überzeugt der Therapeut/die Therapeutin, der/die sich selbst in dieser Welt auch auskennt (siehe Liste von Internet-Links und Läden im Anhang).

* Mancher Frau gelingt die Erregungsauslösung zunächst leichter über die Brustwarzen als über das Genitale!
** Von Vibratoren raten wir zu diesem Zeitpunkt eher ab, da sie einen archaisch-mechanischen Erregungsmodus begünstigen und das Erlernen einer Stimulation, die mit dem Partner nicht erreicht werden kann (es sei denn der Vibrator ist ein fester Bestandteil der Partnersexualität).

9 Atmung und Bewegung: Parallel zu den anderen Schritten werden die tiefe Bauchatmung, fliessende Bewegungen und die Beckenschaukel von Anfang an eingeübt – zunächst ohne, dann mit Selbststimulation. Durch die stete Bewegung kann der Neigung des Körpers entgegengewirkt werden, sich in sexueller Erregung zu verspannen. So verstärkt sich die Durchblutung des Beckenraums, Beckenboden und Vagina werden besser wahrgenommen, und die Erregung kann sich ausbreiten (Diffusion). Wenn die Frau die Beckenschaukel gut beherrscht, kommt die obere Schaukel dazu, in Rückenlage, Bauchlage, 4-Füssler, auf den Knien, in Seitenlage. Es geht nicht nur darum, orgastisch zu sein. Es geht vor allem auch darum, zu lernen, den Weg zum Ziel zu geniessen, also trotz Erregung in Bewegung zu bleiben, zu atmen, mit der Erregung zu spielen und sie lustvoll zu erleben.

Mögliche Schwierigkeiten:

- Hat die Frau bereits einen archaischen oder mechanischen Erregungsmodus entwickelt, so führen Veränderungen zunächst zu einem Abfall der Erregung, insbesondere wenn sie zu viel auf einmal verändert. Sinnvoll ist, bei der gewohnten Stimulation schrittweise kleine Variationen einzuführen, z. B. kleine Bewegungen, das Anspannen der BB-Muskeln oder eine Verlangsamung des Stimulationsrhythmus. Wenn die Erregung zurückgeht, kann kurzfristig wieder zum alten Modus übergegangen werden. Mit der Zeit gewöhnt sich der Körper an mehr und mehr Veränderungen. Um nicht auf das alte Erregungsmuster zurückzugreifen, kann die Frau explorieren, wie sie sich stimulieren und ihre Erregung maximal geniessen kann, ohne sie jedoch bis zum Orgasmus zu steigern.
- Wenn tiefe Atmung, Becken- und obere Schaukel noch ungewohnt sind, erfordert der Ablauf manchmal so viel Konzentration, dass die sexuelle Erregung gestört wird. Mit zunehmender Übung verliert sich diese Schwierigkeit.

10 Steigern, Intensivieren und Kanalisieren der Erregung: Hierbei helfen Beckenbodenkontraktionen und die doppelte Schaukel während der Stimulation. Die Frau lernt, sich durch die Beckenbewegung mit Vulva und Vagina die Stimulation zu holen, die sie braucht, während der Finger stillhält. Der Finger wird in der Vorstellung zum Penis des Idealpartners oder Finger der Idealpartnerin, an dem sie sich aktiv erregt.

Mögliche Schwierigkeiten:

- Eher hypotone Frauen haben Schwierigkeiten damit, eine muskuläre Intensität aufzubauen und eine Zeitlang aufrechtzuerhalten – hier braucht es längere Übungssequenzen im Sinne von Ausdauertraining!
- Viele Frauen brauchen anfangs recht lange Stimulation, um die Erregung genügend zu steigern; sie geben oft zu früh auf und brauchen Ermutigungen zur Geduld.

11 Emotionales Loslassen: Hierfür ist die obere Schaukel wesentlich. Wichtig ist auch, die tiefe Bauchatmung mit der Stimme zu begleiten (z.B. ein «A»-Ton). Dies steigert die emotionale Intensität und unterstützt das Loslassen.

Mögliche Schwierigkeiten:

- Verbissene Fixierung auf das Ziel führt zur Verkrampfung unterwegs – je mehr die Frau in Bewegung bleiben und auch den Weg geniessen kann, desto weniger ist das Ziel überwertig, es wird damit erreichbarer. Manchmal hilft erotische Lektüre, da sie vom Ziel ein bisschen ablenkt.
- Ängste vor Kontrollverlust sind häufig. Der Orgasmus ist ein Moment der Bewusstseinsveränderung, ähnlich Zuständen unter Alkohol, Drogen etc. Aber er ist vergleichsweise sehr kurz. Es kann hilfreich sein, vor dem Einschlafen zu üben, da im Übergang Wachen-Schlafen eine Abnahme der Kontrolle und des Kontrollbedürfnisses erfolgt.
- Ängste vor Entstellung, dem «inneren Tier», beunruhigten Nachbarn etc. – auch hier spielen Kognitionen wieder eine grosse Rolle. Als desensibilisierende Übung kann die Frau probieren, zu Hause einen lärmenden, «übertriebenen» Orgasmus zu schauspielern (und damit wieder die Erfahrung zu machen, dass das Befürchtete nicht eintritt).

12 Einbezug des Partners/der Partnerin: Wenn der Orgasmus erreicht wurde, macht Wiederholung die Meisterin... Das Übertragen auf die Partnersexualität kann z.B. so erfolgen, dass die Partner sich gegenseitig zeigen, wie sie sich stimulieren. Dadurch, dass die Frau gelernt hat, sich mit ihren Beckenbewegungen zu holen, was sie braucht, hat sie eine gewisse Unabhängigkeit vom Partner oder von der Partnerin und kann anstreben, sich aktiv an ihm/ihr zu erregen, statt sich passiv von ihm/ihr erregen zu lassen.

Mögliche Schwierigkeiten:

- Es braucht oft einige Überwindung, sich dem Gegenüber plötzlich als lustvolle Frau mit eigenen erotischen Bedürfnissen zu zeigen. Als Übergang kann sie sich den Partner/die Partnerin möglichst realistisch dazu fantasieren bei der Autoerotik und sich vorgängig vorstellen, wie sie ihm/ihr ihre Wünsche übermitteln möchte.
- Auch mancher Partner oder manche Partnerin muss sich an die Autonomie seiner/ihrer Frau erst gewöhnen. Vor allem, wenn sie ihre Wünsche eher als Forderungen denn als Einladungen vorbringt, stösst sie vielleicht auf Widerstand. Es kann hier angebracht sein, Verführungsstrategien zu erarbeiten (vgl. spätere Kapitel).
- Je grösser das Bedürfnis, es dem Partner recht zu machen, desto grösser das Risiko, den Kontakt mit den eigenen Wahrnehmungen und der eigenen Lust zu verlieren. Im Verlauf der Behandlung wird dieses Bedürfnis jedoch in der Regel kleiner, je mehr die Frau gelernt hat, sich autonom mit ihrem eigenen Körper und ihrer Erregung zu beschäftigen, und dabei auch an Selbstsicherheit gewonnen hat.
- Bei manchen Partnern tritt ein eigenes sexuelles Problem zutage, sobald die Patientin sexuell kompetenter wird. Bisweilen bedarf dann auch der Partner oder die Partnerin einer eigenen Behandlung.

13 Integration in den Alltag: Das Geschlecht gehört nicht nur während den Übungszeiten zur Frau, sondern begleitet sie auch im Alltag. So kann sie jederzeit Kontakt damit aufnehmen, sich auf die Sinnesempfindungen konzentrieren, einen kurzen Befindlichkeits-Check machen, mit dem Beckenboden spielen. Unterstützt wird dies durch Bauchatmung, eine aufrechte Haltung und einen ondulierenden Gang. Dieser bewegt das Becken, macht den Innenraum spürbar und fördert – als Folge der Körper-Hirn Einheit – das Gefühl, eine Frau zu sein und den Stolz auf diese Weiblichkeit.

Behandlung von Orgasmusstörungen bei der Frau in Kürze

- Vermitteln von Kenntnissen über die Erregungsfunktion.
- Kennenlernen des eigenen Geschlechts durch:
  - Schauen (mit dem Spiegel)
  - Ertasten äusserlich und intravaginal (mit den Fingern)
  - Von innen erspüren (mit Beckenboden(BB)-Kontraktionen während der Exspiration)
  - Konsolidieren durch Wiederholungen
- Aneignen der Erregungsfunktion durch:
  - Wahrnehmung von angenehmen Sinnesempfindungen und körperlichen Begleitreaktionen
  - Verstärkung derselben durch Spiel mit Rhythmen und Intensitäten in der Stimulation
  - Unterstützung durch andere Erregungsquellen (Erotika, Fantasien etc.)
- Steigerung und Diffusion zum Geniessen der Erregung durch Modifikation der drei Körpergesetze Raum (Bewegungsamplitude, Atmung), Zeit (Bewegungsrhythmen), Intensität (Muskeltonus) erst ohne, dann mit der Erregung:
  - Bauchatmung, BB-Kontraktionen
  - Fliessende Bewegungen
  - Doppelte Schaukel mit wechselnden Rhythmen und Intensitäten
- Entladung und Orgasmus durch:
  - Genitales Loslassen in der Beckenschaukel
  - Emotionales Loslassen in der oberen Schaukel mit der Stimme
- Erotisieren des eigenen Geschlechts durch:
  - Erfahren der Vulva und Vagina als erregende Orte im eigenen Körper
  - Entwickeln von inneren Bildern, Symbolen, Fantasien zum eigenen Geschlecht
- Erotisierung des Partners/der Partnerin:
  - Erfahren des Gegenübers als erotisch erregend
  - Entwickeln von Bildern, Symbolen und Fantasien zum Geschlecht und zur Sexualität des/der anderen

Referenzen

1 Kinsey, A.C., Pomeroy W.B., Martin, C.E., Gebhard, P.H. (1953). Sexual behavior in the human female. Philadelphia and London: W.B. Saunders Company.

2 Masters, W.H., and Johnson, V.E. (1966). Human Sexual Response. Boston: Little, Brown and Company.

3 Schmidt, G. (1991). Das grosse Der Die Das. Über das Sexuelle. Rowohlt Taschenbuch Verlag.

4 Komisaruk BR, Beyer-Flores C, Whipple B (2006). The Science of Orgasm. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

5 Büsing, S., C. Hoppe, et al. (2001). «Sexuelle Zufriedenheit von Frauen – Entwicklung und Ergebnisse eines Fragebogens.» Psychother Psych Med; 51: 68–75.

6 O'Connell HE, Sanjeevan KV, Hutson JM (2005). Anatomy of the clitoris. J Urol.;174(4 Pt 1):1189–95.

7 Levin (2002). «The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis.» Arch Sex Behav. Oct;31(5):405–11.

8 Alzate H, Londoño ML. (1984) Vaginal erotic sensitivity. J Sex Marital Ther. 10(1):49–56.

9 Dawood K., K. K. M., Bailey J.M., Andrews P.W., Martin N.G. (2005). «Genetic and environmental influences on the frequency of orgasm in women.» Twin Research and Human Genetics 8(1): 27–33.

10 Komisaruk, B. R., B. Whipple, et al. (2004). «Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the Vagus nerves.» Brain Research Volume 1024(1–2, 22): 77–88.

11 Brody S., K. T. H. C. (2006). «The post-orgasmic prolactin increase following intercourse is greater than following masturbation and suggests greater satiety.» Biological Psychology 71: 312–315.

12 Pongtippan A, Malpica A, Levenback C, Deavers MT, Silva EG (2004) Skene's gland adenocarcinoma resembling prostatic adenocarcinoma. Int J Gynecol Pathol. 23(1):71–4.

13 Sundahl D. (2006). Weibliche Ejakulation und der G-Punkt. Hans-Nietsch-Verlag.

14 Yang ML, F. E., Goldstein J, Mink JW (2005) «Masturbation in infancy and early childhood presenting as a movement disorder: 12 cases and a review of the literature.» Pediatrics. 116(6):1427–32.

15 Plaut, SM, Graziottin A, Heaton JPW. (2004). Sexual Dysfunction. Health Press Ltd. Oxford.

16 Sipski ML, A. C., Rosen R. (2001). «Sexual arousal and orgasm in women: effects of spinal cord injury.» Ann Neurol. 49(1): 35–44.

17 Okonofu, F. E., U. Larsen, et al. (2003). «The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria.» BJOG;109(10):1089–96.

18 Connolly A, T. J., Pahel L. (2005). «Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study.» Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 16(4): 263–7.

19 Maas, C. P., M. M. t. Kuile, et al. (2004). «Objective assessment of sexual arousal in women with a history of hysterectomy.» BJOG 111, 456-462.

20 Meston, C. M. (2004). «The Effects of Hysterectomy on Sexual Arousal in Women With a History of Benign Uterine Fibroids.» Archives of Sexual Behavior, 33(1): 31-42.

21 Sigusch V (2001). Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

22 Leiblum, Sandra R. and Chivers, Meredith L. (2007) «Normal and Persistent Genital Arousal in Women: New Perspectives», Journal of Sex & Marital Therapy, 33:4, 357 - 373.

Orgasmusstörungen der Frau

Information

Information für Eltern

www.BZgA.de
Broschüren Körper, Liebe, Doktorspiele 1.–3. und 4.–6. Lebensjahr (bei Lieferproblemen Kontaktnahme mit uns).

Empfohlene Fachliteratur

Komisaruk BR, Beyer-Flores C, Whipple B (2006).
«The Science of Orgasm»
Baltimore: The Johns Hopkins University Press

Bücher zur Selbsthilfe

«Stöhnst du noch oder kommst du schon – der sichere Weg zum Orgasmus»
Beatrice Poschenrieder

«Wild Thing – Sextipps für Boys und Girls»
Paul Joannides (Goldmann)

«Petals» (Vulvaphotos)
Nick Karras

«Schöner kommen – das Sexbuch für Lesben»
Manuela Kay und Anja Müller

«Unten rum – die Scham ist nicht vorbei»
Claudia Haarmann

Historisch (ohne jegliche Erwähnung der Vaginalität):

«For yourself – die Erfüllung weiblicher Sexualität»
Lonnie Garfield Barbach

«Gelöst im Orgasmus. Entwicklung des sexuellen Selbstbewusstseins für Frauen»
Heimann, LoPiccolo

«Becoming Orgasmic»
Film (Englisch) zum Buch von LoPiccolo, Heimann

Internetadressen (mit Läden) für Erotika, explizite Darstellungen genitaler Sexualität und Sextoys

www.sensuelle.ch
www.femintim.ch
www.orgazmic.ch

Bücher/Hörbücher Erotika

Litera-Tour & Blütenlust, München
www.litera-tour.de
www.daserotischekabinett.de

Lustwandel® – Die Buchhandlung für erotische Literatur & Kunst
www.lustwandel.de

Sinn und Sinnlichkeit® – Bücher, die verführen ..., München
www.sinnundsinnlichkeit.com

Übersinnlich – erotische Buchhandlung, Leipzig
www.uebersinnlich.com

NachtwaertZ – Forum für erotische Kunst und Literatur
www.nachtwaertz.com/magazin/

Erotische Geschichten zum Hören
www.erotik-hoergeschichte.de