

Masterarbeit
Studiengang Sexologie II ISP Uster

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts Sexologie

Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur der Hochschule Merseburg
und
des Instituts für Sexualpädagogik und Sexualtherapie ISP Uster

**Sexuelle Lust und Unlust von Frauen im
Zusammenhang
mit hormoneller Empfängnisverhütung und
erlerntem körperlichem Verhalten in der Sexualität**

Vorgelegt von
Christina Schnurrenberger

Matrikel–Nr. 22954



8700 Küsnacht



Erstgutachterin: Esther Elisabeth Schütz
Zweitgutachter: Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß

Abgabedatum
17.01.2020

Abstrakt

Einführung: In der Masterarbeit fasst die Verfasserin die Ergebnisse anderer Forschungen und die Ergebnisse eigener Untersuchungen zum Thema der beiden Faktoren zusammen, welche die sexuelle Lust bei Frauen beeinflussen – die hormonelle Empfängnisverhütung und das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität.

Methodik: Forschungsarbeit mit Aufarbeitung der Ergebnisse früherer, von anderen durchgeführter Forschungen und der Ergebnisse der eigenen Untersuchung mittels qualitativer Befragung von sechs Frauen im gebärfähigen Alter.

Ergebnis:

Aufgrund der bei der Befragung erhaltenen Antworten wurde aufgezeigt, dass die hormonelle Empfängnisverhütung und das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Einfluss auf die sexuelle Lust haben können (auf das sexuelle Verlangen und das sexuelle Vergnügen). Der Untersuchung nach kann das sexuelle Vergnügen Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen und die sexuelle Motivation haben. Gleichermassen wirkt sich die sexuelle Motivation auf das sexuelle Verlangen aus.

Schlussfolgerung:

Die hormonelle Empfängnisverhütung und das erlernte körperliche Verhalten können sich auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen auswirken. Da die Befragung jedoch lediglich unter Mitwirkung von sechs Frauen durchgeführt wurde, ist eine weiterführende Forschung notwendig, um unter Einbindung einer höheren Anzahl an Frauen allgemeine Schlussfolgerungen ziehen zu können. Mit einer erhöhten Teilnehmerzahl könnten die kausalen Zusammenhänge zwischen Einflussfaktoren und sexueller Lust allgemeingültig formuliert werden.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Einführung	2
Theoretischer Hintergrund und bisherige Forschungsergebnisse	5
1. Sexuelle Lust und sexuelle Unlust	5
2. Das sexuelle Verlangen und sonstige sexuelle Motivationsfaktoren.....	10
2.1 Das sexuelle Verlangen	10
2.2 Sexuelle Motivationsfaktoren (sexuelles Verlangen, nicht-sexuelle Gründe)	10
2.3 Sinnlich, koital, biologisch und emotional induziertes Verlangen nach Sex	12
3. Die Lust aus medizinischer Sicht: Rolle des neuro-endokrinen Systems.....	13
3.1 Einfluss des zentralen Nervensystems auf die Lust.....	13
3.2 Wirkung des endokrinen Systems auf die Lust.....	17
3.2.1 Wirkung der Geschlechtshormone auf das sexuelle Verlangen.....	17
3.2.2 Für die Sexualität relevante Geschlechtshormone.....	19
4. Hormonelle Empfängnisverhütung	22
4.1 Arten der hormonellen Empfängnisverhütung	22
4.1.1. Kombi- Präparate mit Östrogen- und Progesterongehalt	23
4.1.2. Präparate mit ausschliesslichem Progesterongehalt	23
5. Der Einfluss der hormonellen Empfängnisverhütung auf die Lust und Unlust.....	24
5.1 Die Höhe der enthaltenen Ethinylestrediol-Dosis	24
5.2 Die Wirkung von Testosteron und anderen Androgenen	26
5.2.1 Der Einfluss von synthetischem, anti-androgenem Progesteron.....	26
5.2.2 Die Wirkung des tieferen Testosteronspiegels.....	28
5.2.3 Die Wirkung von Testosteron auf die Lust	29
5.3. Die Wirkung der Konzentration vom Sexualhormon bindenden Globulin.....	30
5.4. Veränderung der Blutversorgung und Dicke der Geschlechtsorgane	30
5.5. Veränderte Partnerattraktivität durch hormonelle Verhütungsmittel	32
5.6. Auswirkung der hormonellen Empfängnisverhütung auf die Sexualität ohne Angabe von Ursachen.....	33
6. Einfluss des sexuellen Lernprozesses auf das sexuelle Vergnügen.....	36
6.1. Der periphere Körper und das Gehirn als untrennbare Einheit	37
6.2 Die Rolle des Gehirns für das sexuelle Vergnügen	37
6.3. Die Rolle der Peripherie für das sexuelle Vergnügen	38
6.4. Der Zugang zum Geschlecht.....	38
6.4.1 Unterschied zwischen der in den Geschlechtsorganen gemessenen und subjektiv erlebten sexuellen Erregung.....	38
6.4.2 Der Unterschied zwischen sexueller Erregung und sexuellem Vergnügen	40
6.4.3 Der genitale Erregungszustand in der Klitoris und in der Vagina	42

7. Das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität und dessen Wirkung auf das sexuelle Vergnügen	45
7.1 Das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität.....	45
7.2 Der Einfluss des erlernten körperlichen Verhaltens auf das sexuelle Vergnügen ..	45
7.2.1. Die Wirkung des Muskeltonus auf die Reizübertragung.....	45
7.2.2. Die Wirkung des Muskeltonus auf die Blutversorgung.....	46
7.2.3. Die Wirkung des Muskeltonus auf das vegetative Nervensystem	47
7.2.4. Die Rolle von Bewegung bei der sexuellen Erregungssteigerung	47
7.3. Charakteristische Muster des erlernten körperlichen Verhaltens in der Sexualität	48
7.3.1 Archaischer Modus: sexuelle Erregung durch Druck und Muskelanspannung	48
7.3.2 Mechanischer Modus: sexuelle Erregung durch äusserliches Reiben	49
7.3.3 Ondulierungs- und wellenförmiger Modus: sexuelle Erregung in Bewegung ..	50
7.4. Der Zusammenhang zwischen dem erlernten körperlichen Verhalten und den Emotionen/Kognitionen und deren Wirkung auf die Lust	51
7.4.1. Einfluss der Emotionen auf die sexuelle Lust	51
7.4.2. Einfluss der Kognition auf die sexuelle Lust.....	53
Eigene Forschung.....	54
1. Forschungs- und Leitfragen	55
2. Forschungsmethode	56
Ergebnisse.....	58
Diskussion	71
Schlusswort	78
Literatur	79
Anhang	84
Ehrenwörtliche Erklärung/Selbstständigkeitserklärung	

Vorwort

Während meiner Tätigkeit als Gynäkologin sah ich mich bereits in mehreren Fällen Patientenproblemen gegenüber, die über mein Fachgebiet hinausgingen. Mit dieser Erkenntnis meldete ich mich für den ersten, in Kooperation der Hochschule Merseburg und dem Institut für Sexualpädagogik ins Leben gerufenen Master-Lehrgang für Sexologie in der Schweiz an. Im Rahmen der Ausbildung hörte ich viele Jahre lang Vorträge über die theoretischen und praktischen Fragen der Sexologie. Mit dem Abschluss meiner Studien steckte ich mir das Ziel, mit einem eigenen Forschungsprojekt Antworten auf solche aktuellen Fragen zu finden, mit denen sich meine Patienten in der Praxis an mich wenden.

Meine Masterarbeit erstellte ich mithilfe zweier Methoden. Im ersten Schritt studierte ich die Fachliteratur. Zu diesem Zweck las ich zahlreiche Abhandlungen, Fachbücher sowie Fachartikel, was mir sehr bei der Auswahl eines heute aktuellen Themas half. Im Anschluss daran arbeitete ich die Forschungsfragen aus, auf die ich Antworten im Rahmen meiner eigenen Forschungsstudie suchte. Meine eigene Studie führte ich mit Hilfe von Interviews durch, um auch einen Einblick in persönliche Aspekte zu erhalten und für den Fall, dass die bereits ausgearbeiteten Fragen nicht die geeigneten Antworten auf die Fragestellung der Studie generieren, die Möglichkeit zu haben, während des Interviews diese anzupassen und zu ergänzen. Die Interviews führte ich mit sechs Frauen im gebärfähigen Alter, wobei die Antworten in anonymisierter Form vertraulich behandelt wurden.

Als Gynäkologin war ich bestrebt, ein Thema zu wählen, dass im Zusammenhang mit meinem Beruf steht, da ich bereits mehrfach feststellen konnte, dass hinsichtlich der Gründe für sexuelle Unlust und der Lösung dieses Problems weder meine Patienten, noch ich oder meine Kollegen über entsprechende Kenntnisse verfügen. Meiner Erfahrung zufolge wurden bereits mehrere Partnerschaften durch sexuelle Unlust zerstört. Ehescheidungen sind ein schwerwiegendes gesellschaftliches Problem, und wenn zumindest der Scheidungsgrund eliminiert werden könnte, der auf sexuelle Unlust zurückzuführen ist, wäre dies auch auf gesellschaftlicher Ebene von Nutzen. Mein Wunsch ist es, durch meine sexologischen Untersuchungen und meine eigene Forschung zur Lösung des Problems beizutragen.

Im Rahmen der Erstellung der gegenwärtigen Arbeit verbrachte ich viel Zeit mit dem Studium der theoretischen Fragen und der Durchführung der Interviews meiner eigenen Forschung. Mein Dank gilt meinem Ehemann und meinen Eltern, die mich während der Zeit

meines Studiums und der Erstellung dieser Arbeit bei der Betreuung meiner zweijährigen Tochter unterstützt haben. Ich möchte mich auch bei den sechs Teilnehmerinnen an meiner Studie bedanken, die mehr persönliche Informationen mit mir geteilt haben, als ich zu hoffen gewagt hatte.

Einführung

Ist heutzutage ein Partner – oder beide – in der Beziehung mit dem anderen nicht mehr zufrieden, so können sie das Problem lösen, indem sie sich letztlich voneinander trennen. Eine grundlegende Dimension von Partnerschaften ist die sexuelle Zufriedenheit. Überdies erfüllt es die Partner heute nicht, dass nur sie selbst zufrieden sind, sie erwarten zudem, dass auch ihr Partner seine Zufriedenheit erkennbar zum Ausdruck bringt. Daher ist es ein wichtiger Aspekt, dass sich unser Sexualleben harmonisch gestaltet, sich die sexuelle Lust auf demselben Niveau bewegt oder die Partner zumindest die Differenzen lösen können. Die sexuelle Lust bzw. Unlust ist daher für beide Geschlechter (Frau, Mann) eine wichtige Frage. Es gibt zahlreiche Faktoren, welche die sexuelle Lust beeinflussen. Die gegenwärtige Arbeit beschäftigt sich mit zwei dieser Aspekte, der hormonellen Empfängnisverhütung und das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität bei Frauen im gebärfähigen Alter.

Mit der Thematik der sexuellen Unlust begannen sich Fachleute erst zu beschäftigen, nachdem so wichtige Fragen zumindest teilweise gelöst werden konnten, wie Impotenz beim Mann, Geburtenkontrolle oder schmerzhafter Geschlechtsverkehr.

Nachdem die Problematik der Geburtenkontrolle mit Hilfe der hormonellen Empfängnisverhütung gelöst war, erfuhren die Frauen in den 1960er Jahren eine sexuelle Befreiung, da zuvor jeder Geschlechtsakt die Gefahr einer Schwangerschaft mit sich brachte. Zu diesem Zeitpunkt kam erstmals die Frage auf, ob Frauen hinsichtlich des Geschlechtsaktes – der nun ohne Konsequenzen vollzogen werden kann - überhaupt Lust verspüren. Dies führte auf gesellschaftlicher Ebene zu der Fragestellung, was die sexuelle Lust bei Frauen beeinflusst und was zu sexueller Unlust führt.

In den seither vergangenen Jahrzehnten gab es zahlreiche Untersuchungen zu diesem Thema. Die Relevanz ist jedoch noch heute gegeben, da es sich um eine komplexe Lösung handelt und diese nur durch die persönliche Zusammenarbeit der Betroffenen mit den Sexologen erfolgen kann (Bitzer, 2004, S. 976).

Die Fragestellung deutet in die Richtung, sich mit einem real existierenden Problem zu beschäftigen und nicht nur akademische Fragen im luftleeren Raum zu untersuchen.

Die Frage der sexuellen Unlust bereitet heute vielen Frauen im praktischen Leben Probleme (Angst, Hengartner, Rössler, Ajdacic-Gross, Leeners, 2015, S. 949; Bitzer, 2004, S. 976), die Ergründung der damit zusammenhängenden Ursachen kann in der Praxis von Sexologen unterstützt werden.

Viele Frauen wenden heute hormonelle Empfängnisverhütung an, es ist die am weitesten verbreitete Art der Empfängnisverhütung und gleichzeitig die effektivste Methode der Geburtenkontrolle (Hogg, 2007, S. 4). Sowohl in Fach- als auch gesellschaftlichen Kreisen sind die allgemeinen medizinischen Risiken bekannt, die eventuellen negativen Auswirkungen auf das Sexualleben hingegen kennen nur wenige (Hogg, 2007, S. 8).

Obwohl sich bereits viele Studien mit den Auswirkungen der hormonellen Empfängnisverhütung auf die sexuelle Lust beschäftigt haben, gestalten sich die Antworten auf die Forschungsfragen in vielen Fällen widersprüchlich. Diese Arbeit möchte auch einen Beitrag zur wissenschaftlichen Entwicklung leisten.

Die sexuelle Unlust wird in der praktischen Sexologie zumeist nur unter dem Aspekt der Partnerschaft untersucht, jeweils unter der Annahme, dass keiner der Partner alleine eine Lösung erzielen kann. Das im Rahmen des Masterlehrgangs vorgestellte Sexokorporal Modell hingegen zeigt neben der Partnerbeziehung noch drei weitere Aspekte auf (Physiologie, Kognition, Emotion). Diese Arbeit untersucht in Bezug auf die Gründe für sexuelle Unlust innerhalb des physiologischen Aspekts neben den hormonellen Ursachen auch das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität.

Die hauptsächliche Forschungsfrage der Studie ist unter Berücksichtigung der oben genannten zwei Faktoren folgende:

Haben die hormonelle Empfängnisverhütung und das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Einfluss auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation¹ bei Frauen im gebärfähigen Alter?

Die Ausführung der Forschungsfrage erfolgt entlang der folgenden Leitfragen, die helfen sollen, die Forschungsfrage in ihrer Komplexität und Tiefe zu verstehen:

¹ Im Rahmen dieser Arbeit verstehen wird unter sexueller Motivation eine Gruppe von Motivationen, die das Individuum zu sexueller Tätigkeit veranlassen.

- Kann die hormonelle Empfängnisverhütung Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- Kann das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- Kann das sexuelle Vergnügen Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- Kann die sexuelle Motivation Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Für die vorliegende Masterarbeit wurden im Rahmen eines persönlichen qualitativen Interviews sechs Frauen im gebärfähigen Alter befragt, die hormonelle Empfängnisverhütung anwenden. Es wurden persönliche Interviews durchgeführt, um die Frauen in den Mittelpunkt zu stellen, und weil die erhaltenen Antworten so Möglichkeiten für neue, noch nicht formulierte Fragen bieten, die der Beantwortung der Forschungsfrage noch ein Stück näher kommen.

Eine der Hauptfragen unserer Forschung, die Auswirkung der hormonellen Empfängnisverhütung auf die sexuelle Lust, stand bereits im Mittelpunkt mehrerer Forschungen. Es gibt Publikationen zu diesem Thema, die Ergebnisse sind jedoch in vielen Fällen nicht eindeutig. Die Auswirkung des erlernten körperlichen Verhaltens in der Sexualität auf die sexuelle Lust/Unlust hingegen wurde bisher nur von wenigen Forschern untersucht. Auch hier sind die Ergebnisse nicht eindeutig. Aus diesem Grund wählte ich dieses Forschungsthema.

Die Arbeit ist in vier Abschnitte unterteilt: der erste Teil beinhaltet die Darstellung des theoretischen Hintergrunds. Im zweiten Teil stelle ich die Methodik meiner eigenen Forschung vor. Der dritte stellt die Ergebnisse der eigenen Forschung vor. Der vierte Abschnitt enthält eine Diskussion und die Schlussfolgerungen.

Theoretischer Hintergrund und bisherige Forschungsergebnisse

1. Sexuelle Lust und sexuelle Unlust

Die sexuelle Lust ist das intensive Verlangen nach sexueller Aktivität, sexuellem Vergnügen und sexueller Befriedigung. Sie sorgt dafür, dass das Individuum Verlangen nach sexueller Aktivität verspürt, die Aktivität einleitet, die sexuelle Erregung steigert, sexuelle Befriedigung erlebt und dabei sexuelles Vergnügen verspürt. Es gibt zwei Dimensionen der sexuellen Lust, das sexuelle Verlangen als Motivation und das sexuelle Vergnügen als Dimension des Erlebens. Die zur Sexualität motivierende Lust und die beim Sex durchlebte Lust sind unterschiedliche Faktoren, gleichzeitig verbinden sie sich aber auch miteinander (Bitzer 2004, S. 976).

Das Individuum wird durch das sexuelle Verlangen zu sexuellen Aktivitäten motiviert. Die zur Sexualität motivierende Lust ist wie der Appetit, wie eine antreibende Kraft, wie eine Motivation (Bitzer 2004, S. 976).

Synonyme des sexuellen Verlangens sind: sexuelles Begehren, sexuelle Begierde, Wollust, Libido. Der Begriff „Libido“ wurde erstmals von Freud geprägt. Er war der Meinung, Libido sei die Energie, die das Individuum in Richtung Sexualität treibt. Heutzutage wird der Begriff Libido nicht mehr in diesem Sinne verwendet, vielmehr ist er Synonym für sexuelles Verlangen.

Das sexuelle Vergnügen ist diejenige Dimension des Erlebens, die zur sexuellen Befriedigung führt, also die sexuelle Erregung mit einem Glücksgefühl vereint. Die beim Sex durchlebte Lust ist – wenn man es mit dem Essen vergleicht – das beim Essen durchlebte positive, emotionale Erlebnis. Das ist die Dimension der Lust und des Erlebens (Bitzer 2004, S. 976).

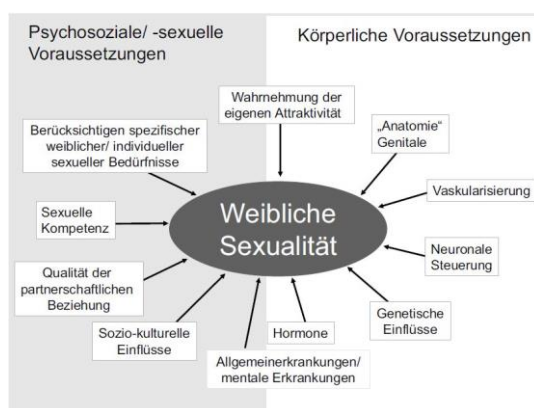
In dieser Arbeit definieren wir als sexuelles Vergnügen die genussvolle Wahrnehmung der sexuellen Erregung.

Neben Störungen des sexuellen Verlangens bestehen auch häufig Störungen des sexuellen Erlebens. Diese beiden Arten der Störungen können sich gegenseitig in ihrer Wirkung verstärken (Bitzer 2004, S. 976).

Das sexuelle Verlangen ist eine äußerst komplexe Erscheinung und bei den einzelnen Individuen können grosse Unterschiede beobachtet werden. Jedes Individuum erlebt die sexuelle Lust unterschiedlich oft, und sie wird auch jeweils aus unterschiedlichen Gründen aktiviert (Leeners 2017, Weibliche Sexualität und sexuelle Störungen, S. 59). Im Laufe

des Lebens verändert sich das sexuelle Verlangen wesentlich. Störungen des sexuellen Verlangens entstehen zumeist infolge eines komplexen Zusammenwirkens mehrerer Faktoren. Hierbei spielen sowohl innere als auch äussere Einflüsse eine Rolle. Eine Störung des sexuellen Verlangens entsteht, wenn sich die Wirkung der inneren Motivationsfaktoren verringert (sexuelles Temperament, hormonelle Faktoren, Krankheiten, Medikamente, Kognitionen). Eine Störung des sexuellen Verlangens kann auch infolge einer Verringerung der äusseren Attraktivitätsfaktoren eintreten (Gewöhnung, Umgebungssignale, negative Reaktionen des Partners). Im allgemeinen verstärken die inneren und äusseren Faktoren ihre Wirkung gegenseitig (Bitzer 2004, S. 976).

Abbildung Nr. 1. Wirkungsfaktoren der sexuellen Lust



Quelle: Leeners (2017), Weibliche Sexualität und sexuelle Störungen, S. 59

In der klinischen Praxis unterscheidet man verschiedene Kategorien sexueller Unlust: Die sexuelle Unlust, als Störung des sexuellen Verlangens, wird dann diagnostiziert, wenn über einen längeren Zeitraum hinweg der Betroffenen trotz eines adäquaten, direkten und indirekten Stimulus kein Interesse an sexueller Aktivität zeigt. Falls der Betroffene lediglich auf indirekte Stimuli nicht reagiert, handelt es sich noch nicht um einen pathologischen Fall. Häufig besteht das verminderte sexuelle Verlangen nur innerhalb der Beziehung, nicht jedoch gegenüber der Sexualität im Allgemeinen (Leeners 2017, S. 59).

Gemäss der Definition der klinischen Expertin Diana Lüchern (München) besteht sexuelle Unlust, wenn die folgenden drei Bedingungen gemeinschaftlich eintreten:

- zeitweilig, jedoch wiederkehrend besteht kein Wunsch nach sexueller Aktivität,
- das Fehlen des Wunsches nach sexueller Aktivität besteht seit mindestens sechs Monaten,
- die betroffene Person leidet unter diesem Zustand.

In der klinischen Praxis unterscheidet sie zwei Gruppen: Zum einen das allgemein oder situativ fehlende sexuelle Verlangen, zum anderen die sexuelle Aversion oder die sexuelle Angst (sexuelle Aversion ist die Abneigung gegenüber bestimmten sexuellen Praktiken oder jeder Art von Sex).

Verspürt eine Person kein sexuelles Verlangen, leidet jedoch nicht darunter, so stellt dies kein Problem dar. Problematisch wird die Situation erst dann, wenn der Betroffene sich unter Druck gesetzt fühlt und unter der Situation leidet.

Aus klinischer Sicht ist lediglich das Fehlen jenes sexuellen Verlangens von Bedeutung, das entweder persönliches Leiden verursacht oder zu Beziehungsstörungen in der Partnerschaft führt (Bitzer 2004, S. 976).

Synonyme für sexuelle Unlust sind: sexuelle Lustlosigkeit, Libidostörung, Libidoverlust, Libidomangel, Frigidität, Störungen der sexuellen Appetenz, Störungen des sexuellen Verlangens.

Die verschiedenen offiziellen Klassifikationssysteme geben darstellende Antworten auf die Frage, was sexuelle Lust oder Unlust bedeutet.

Das DSM, die Klassifikation der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft, gibt es seit 1952, mit der seit Mai 2013 geltenden aktuellen Ausgabe DSM V (DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Dieses Klassifikationssystem beschreibt die sexuellen Funktionsstörungen basierend auf deren gemeinsamen Eigenschaften. Für den Betroffenen bedeutet die sexuelle Funktionsstörung eine signifikante persönliche Belastung oder führt zu interpersonellen Störungen.

Die Störungen der weiblichen sexuellen Lust nennt DSM V in Kombination mit den Störungen der weiblichen Erregungssteigerung „Female Sexual Interest/Arousal Disorder“, mit folgender Definition: Verringerung oder Fehlen von

- Interesse an sexueller Aktivität und/oder,
- sexuellen Gedanken und Fantasien und/oder,
- Initiierung sexueller Aktivitäten und/oder,
- sexueller Erregung oder Vergnügen und/oder,
- sexuellem Interesse oder einer Reaktion auf innere oder äussere Reize und/oder,
- genitalem Empfinden während der sexuellen Aktivität,

wobei dieser Zustand mindestens 6 Monate besteht und die betroffene Person darunter leidet.

All dies ist unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und den persönlichen Lebensumständen zu beurteilen (IsHak, Tobia, 2013, S. 121).

Die von der Weltgesundheitsorganisation WHO international anerkannte Klassifikation ist die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems – ICD). ICD10, die letzte Ausgabe der ICD, definiert sexuelle Funktionsstörungen wie folgt:

F52 Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit. Diese werden basierend darauf definiert, dass die Funktionsstörung(en) die betroffene Person daran hindert, eine sexuelle Beziehung einzugehen.

Das Fehlen der sexuellen Lust, also des sexuellen Verlangens und Vergnügens, beinhaltet folgende zwei Punkte unter den Funktionsstörungen:

F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen

Der Verlust des sexuellen Verlangens ist das Grundproblem und beruht nicht auf anderen sexuellen Störungen wie z.B. Erektionsstörungen, Lubrikationsstörung oder Dyspareunie. Dazu gehören auch Frigidität und asexuelle Hypoaktivität.

F52.1 Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung

Sexuelle Aversion bedeutet, dass im Bereich sexueller Partnerbeziehungen so große Furcht oder Widerwillen auftritt, dass die sexuelle Aktivität gehemmt wird. Bei Mangel an sexueller Befriedigung, erfolgt die sexuelle Reaktion auf physiologischer Ebene auf normale Weise, der Orgasmus tritt ein ist jedoch nicht mit dem dazugehörigen Vergnügen verbunden. Hierzu gehört die sexuelle Anhedonie.

Die folgenden drei Funktionsstörungen sind eindeutig von der sexuellen Unlust abzugrenzen, wegen ihres negativen Erlebens haben sie jedoch ernste Auswirkungen auf die sexuelle Lust.

F52.2 Versagen genitaler Reaktionen

Bei Frauen ist das Hauptproblem mangelnde oder fehlende vaginale Lubrikation. Hierzu gehört die sexuelle Erregungsstörung bei Frauen.

F52.3 Orgasmusstörung

Der Orgasmus tritt nicht oder nur stark verzögert ein. Hierzu gehören der gehemmte Orgasmus und die psychogene Anorgasmie.

F52.6 Nicht organische Dyspareunie

Schmerzen während des Sexualverkehrs können auch organische Ursachen haben. Hierzu gehören jedoch nur jene Fälle, die keine organischen Ursachen haben.

Die folgenden Funktionsstörungen hingegen stellen einen Gegenpol zur sexuellen Unlust dar:

F52.7 Gesteigertes sexuelles Verlangen

Hierzu gehören bei der Frau Nymphomanie, beim Mann Satyriasys.

Dies lässt darauf schliessen, dass die Störung der sexuellen Lust nicht objektiver, sondern subjektiver Natur ist. Verliert eine Person ihr sexuelles Interesse oder die Lust auf Sexualität, ist dies eine Diskrepanz zwischen erwünschtem und tatsächlichem Zustand. Der erwünschte Zustand jedoch ist eine vollkommen subjektive Sache, dafür gibt es keinen objektiven Massstab. Die Objektivität wird auch dadurch erschwert, dass die verschiedenen Individuen unter Sexualität völlig unterschiedliche Aktivitäten verstehen (z.B. Petting, Geschlechtsverkehr, Selbstbefriedigung, Fantasien). Wenn wir sie also zu ihrer sexuellen Unlust befragen, ist für sie nicht eindeutig, worum es sich handelt (Bitzer 2004, S. 977).

Zu dem Thema der Epidemiologie der sexuellen Unlust wurden unterschiedliche Daten publiziert. Da es sich bei der sexuellen Unlust um eine subjektive Erscheinung handelt, ist deren Häufigkeit (Prävalenz) nur schwer zu bestimmen. Es ist dennoch auffällig, wie häufig Frauen über sexuelle Unlust klagen. Die untenstehenden Forscher veröffentlichten die folgenden Ergebnisse:

Laumann mass 1999 in den USA bei seiner Forschung hinsichtlich des Auftretens von sexueller Unlust eine durchschnittliche Häufigkeit von 33% (Laumann, Paik, Rosen, 1999, S. 537ff). Eine Studie von Familienärzten (Schein) kam 1988 zu einem ähnlichen Ergebnis (Schein et al., 1988, S. 122ff). Nusbaum untersuchte im Jahr 2000 ebenfalls dieses Problem und stellte fest, dass das Fehlen von sexuellem Verlangen bei etwa 30% der Frauen als regelmässig auftretendes Problem zu beobachten ist, und bei etwa 90% als zeitweiliges Problem (Nusbaum M.R., Gamble G., Skinner B., Heimann J., 2000, S. 229ff). Schnarch veröffentlichte im Jahr 2000, dass bei der sexualtherapeutischen Behandlung die sexuelle Unlust das häufigste Problem ist (Schnarch, 2000). 2004 veröffentlichte Bitzer, dass etwa ein Drittel der Frauen im Alter zwischen 20 und 60 Jahren angaben, unter sexueller Unlust zu leiden (Bitzer, 2004, S. 976). Leeners schrieb 2017 (Leeners 2017, Weibliche Sexualität und sexuelle Störungen, S. 59), dass das verminderte sexuelle Verlangen die häufigste sexuelle Funktionsstörung bei Frauen ist. Den Erfahrungen nach kann bei bis zu 37% der Frauen im Alter zwischen 20 und 50 das Fehlen des sexuellen Verlangens festgestellt werden (Angst, Hengartner, Rössler, Ajdacic-Gross, Leeners 2015, S. 954).

2. Das sexuelle Verlangen und sonstige sexuelle Motivationsfaktoren

Wir beschäftigen uns mit der Frage, was die Frauen zum Sex motiviert. Zunächst sprechen wir über das Verlangen, dann über sexuelles Verlangen und sonstige Motivationsfaktoren, wobei Sex lediglich ein Mittel zum Erreichen anderer Ziele ist. Im letzten Teil geben wir einen Überblick über die Komponenten des sexuellen Verlangens.

2.1 Das sexuelle Verlangen

In der Fachliteratur wird das sexuelle Verlangen nicht eindeutig definiert (Bischoff-Campbell, 2012, S. 23). Zum Teil wird es als biologischer Triebinstinkt dargestellt (Tiefer 1991, S. 1-20), teilweise als sexuelle Emotion, wenn sich das Individuum auf unbestimmte Weise als sexy empfindet, Interesse für Sex hat und unruhig ist (Kaplan 1979). Sexologen geben eine andere Definition. Regan und Berscheid (Regan, Berscheid, 1996, S. 111) beispielsweise schrieben über das Verlangen: „A subjective, psychological experience of state that can be understood broadly as an interest in sexual objects or activities, or as a wish, need, or drive to seek out sexual object or to engage in sexual activities”.

Das Pschyrembel Wörterbuch Sexualität (Dressler und Zink, 2003) beschreibt das sexuelle Verlangen vielfältig. Demnach ist sexuelles Verlangen gleichbedeutend mit Appetit, sexueller Motivation, die wir als sexuelle Treibkraft verstehen.

Sexuelle Motivation als Sammelbegriff wird für jene Auslöser und Ziele angewendet, die zu sexueller Erregung und sexueller Aktivität führen. Bei einigen Autoren erscheint die sexuelle Motivation als sexuelles Bedürfnis (Bischoff-Campbell 2012, S. 23).

Ein Teil der Forscher kritisiert, dass Wissenschaftler das sexuelle Verlangen zum Zweck der besseren qualitativen Messung reduzierten, als ob es sich dabei um eine Art sexuellen Appetits handele bzw. eine homogene Kraft (Levin, 2003). Rosen mass das sexuelle Verlangen als eindimensionale Menge auf einer häufig angewendeten Skala zur Messung des sexuellen Verlangens mithilfe des Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen et al., 2000, S. 191-204).

2.2 Sexuelle Motivationsfaktoren (sexuelles Verlangen, nicht-sexuelle Gründe)

Kaplan (1979) stellte fest, dass vor der sexuellen Erregung das sexuelle Verlangen steht. Basson kam zu dem Schluss: "The human sexual experience, alone or partner, can fulfill a number of different needs of which conscious sexual hunger is only one" (Basson, 2001, S. 33-34). Sie unterscheidet dabei zwischen der Motivation zur Selbstbefriedigung und

zum Partnersex: "Hunger commonly is the major reason for self-stimulation, but it may be a far less important reason for sex with partner" (Basson, 2001, S. 34).

Zu den Gründen für Partnersex zählte man das Bedürfnis nach emotionaler Nähe, das Bedürfnis sich begehrenswert zu fühlen und die Verpflichtung dem Partner gegenüber (Basson, 2001, S. 33-41).

Hill und Preston identifizierten acht Motivationsgründe: Wertschätzung durch den Partner und Wertschätzung des Partners, Stressabbau, Umsorgen des Partners, das eigene Machtgefühl, Fühlen der Macht des Partners, Erleben des Vergnügens, Fortpflanzung (Hill, Preston, 1996, S. 27-44).

Meston und Buss (2007) erstellten einen Fragebogen, mit dessen Hilfe sie insgesamt 444 Frauen und Männer im Alter von 17-52 Jahren hinsichtlich ihrer sexuellen Motivation untersuchten (Meston, Buss 2007, S. 477ff.). Man fragte nach ihrer Motivation zu sexuellen Aktivitäten und identifizierte 237 Motivationsfaktoren. Man kam zu der Erkenntnis, dass es keine Kenntnisse über die Motivation gibt, nur weil darüber gesprochen wird, dass ein Individuum Lust auf Sex verspürt. Die 237 Gründe unterteilte man in vier Kategorien:

1. Körperlich: Stressreduktion, Spaß, körperliches Begehren, körperliche Erfahrungen suchen
2. Emotional: Liebe, Engagement, Ausdruck
3. Unsicherheit: Selbstwertgefühl steigern, Pflicht/Druck, den Partner bewachen
4. Zielerreichung: Ressourcen, sozialer Status, Rache

Die **erste und zweite Kategorie** wird im Allgemeinen als positiv bewertet.

Die Gründe der **dritten Kategorie** ergeben sich aus dem Fehlen eines Gefühls der Sicherheit, einerseits der Angst, den Partner zu verlieren und den Wunsch ihn an sich zu binden, andererseits spielen Druck und Pflichtgefühl eine Rolle. So kann es beispielsweise vorkommen, dass ein Partner seine Frau zum Sex zwingt, weil zwischen ihnen eine unausgesprochene, unbewusste Vereinbarung besteht, dass der Mann im Gegenzug für Sex etwas für die Frau tut (Schnarch 2011).

Ein Beispiel für die Vielfalt der sexuellen Bedürfnisse ist, dass das Fehlen des Gefühls der Sicherheit, also die Angst den Partner zu verlieren, bei einer Frau zu einem Bedürfnis nach Intimität, Sicherheit, Nähe und Gefühl des Verschmelzens führen kann und auf diese Weise Verlangen nach Sex auslösen kann. Bei einer anderen Frau hingegen löst dies unter Umständen nichts aus. Sie schläft nur mit ihrem Partner, um ihn nicht zu verlieren. Im ersten Fall erlebt die Frau die Verlustangst als Verlangen nach Sex, im zweiten Fall ist sich die Frau der Verlustangst bewusst und verspürt kein Verlangen nach Sex (Bischof-Campbell, 2012, S. 27).

Untersucht man die **vierte Kategorie** stellt man fest, dass diese keine Gründe für Verlangen nach Sex beinhaltet. In dieser Kategorie finden sich Gründe, die Sex bewusst als Mittel zum Erreichen anderer Ziele nutzen. Deren Ziel kann bewusste Manipulation sein (Bischof-Campbell, 2012, S. 27).

2.3 Sinnlich, koital, biologisch und emotional induziertes Verlangen nach Sex

Forschungsergebnissen zufolge stellt das niedrige sexuelle Verlangen eines der größten sexologischen Probleme bei Frauen dar und betrifft je nach Untersuchung 10-40% der Frauen (Angst et al., 2015, S. 954). Diese Zahl sinkt etwa auf die Hälfte, wenn man die Frauen berücksichtigt, die dies als Problem empfinden. Als Ursachen werden unter anderem medizinische und psychologische Faktoren genannt sowie sexuelle Unzufriedenheit, zunehmendes Alter und die Tatsache, dass eine Frau in einer stabilen Partnerschaft lebt (Brotto, Bitzer, Laan, Leiblum, Luria, 2010, S. 586ff.). Erwähnt wird auch die Rolle der Beziehungsfaktoren (Meana, 2010, S. 104-119), bzw. der Einfluss von in der Partnerschaft vorhandenem Stress (Bodenmann, Ledermann, Blattner, Galluzzo 2006, S. 494ff.). Es konnte ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Länge der Beziehung und dem Verlangen nach Sex nachgewiesen werden (Murray, Milhausen, 2012, S. 28-38). Die Erklärung dafür ist, dass am Anfang der Beziehung die Frau mehr intime Nähe benötigt. Der Zeitraum in dem die leidenschaftliche Liebe in freundschaftliche Liebe übergeht, liegt zwischen 6 und 30 Monaten (Hatfield, Sprecher, 1986, S. 383ff.). Untersucht wurde auch, ob man in einer langfristigen Beziehung das sexuelle Verlangen aufrechterhalten kann (Clement, 2011; Schnarch, 2011). Um diese Frage zu untersuchen, ist es zweckmässig, das Verlangen nach Sex aus verschiedenen Aspekten zu analysieren. Basiert das Verlangen nach Sex beispielsweise auf Liebe und Anerkennung, hängt es in höherem Masse von der Beziehung ab, als in einem Fall, wo das Vergnügen die Basis bildet (Bischof-Campbell, 2012, S. 27).

Das Sexokorporal Modell interpretiert das sexuelle Verlangen als positive Antizipation der erotischen Erfahrung, d.h. als vorangehendes Gefühl, das die Auslösung des sexuellen Erregungsreflexes unterstützt (Desjardins, Chatton, Desjardins, Tremblay, 2010, zitiert nach Bischof-Campbell, 2012, S. 27). Dem Modell nach unterscheiden wir vier Arten des Verlangens:

- sinnliches sexuelles Verlangen – in diesem Fall geniesst das Individuum den sexuellen Erregungszustand und das damit verbundene Vergnügen, die orgastische Entladung oder den Orgasmus allein oder zu zweit

- koitales sexuelles Verlangen – dabei sucht das Individuum die sexuelle Erregung, das damit verbundene Vergnügen und den Orgasmus durch den Koitus
- biologisch induziertes Verlangen nach Sex – das Verlangen ist hier der biologisch vorhandene, teilweise hormonell gesteuerte Wunsch nach dem Koitus, dessen Ziel die Fortpflanzung ist. Bei Frauen ist es auch ein durch eine zyklische Steigerung der Blutzirkulation (Vasokongestion) induziertes Bedürfnis nach orgastischer Entladung.
- Emotional motiviertes Verlangen nach Sex – Suche nach Befriedigung emotionaler Bedürfnisse (z.B. Liebe, Nähe, Intimität, Sicherheit) in der sexuellen Aktivität (Gehrig, Bischof 2010, zitiert nach Bischof-Campbell, 2012, S. 28).

Das sinnliche sexuelle und koitale sexuelle Verlangen beinhaltet Fähigkeiten wie beispielsweise, dass sich das Individuum die sexuelle Aktivität lustvoll und farbig vorstellt, noch bevor sie zustande kommt. Das ist eine Funktion des Belohnungssystems im Hirn, welches den sexuellen Appetit über einen Lernmechanismus steigert (Georgiadis, Krügelbach, 2012, S. 49ff.).

3. Die Lust aus medizinischer Sicht: Rolle des neuro-endokrinen Systems

Das Nervensystem bildet gemeinsam mit dem Hormonsystem als neuro-endokrines System eine Einheit. Aus didaktischen Gründen betrachten wir sie dennoch getrennt. Zunächst beschäftigen wir uns mit dem zentralen Nervensystem, anschliessend mit dem Hormonsystem.

3.1 Einfluss des zentralen Nervensystems auf die Lust

Die Rolle des Gehirns bei der Entstehung der sexuellen Lust (sexuelles Verlangen und sexuelles Vergnügen):

Der Sex ist gut, wenn dadurch viel Dopamin und Endorphin im Gehirn freigesetzt werden. Mit dieser These könnte man Sex aus neurobiologischer Sicht beschreiben.

Im allgemeinen entsteht jede beliebige Motivation und jegliches Vergnügen im biologischen Sinne, indem im Gehirn das Verstärkungs- und Genusssystem aktiviert wird. Die beiden Systeme sind im Gehirn getrennt, bilden jedoch eine starke Einheit. Im Gehirn kommunizieren die Nervenzellen mit Hilfe chemischer Moleküle, den so genannten Neurotransmittern, also Botenstoffen, die Erregung zwischen den Nervenzellen übertragen (Hajdú, 1996, S. 145-152).

Das Genusssystem

Genuss entsteht im Gehirn durch die körpereigenen Opiate, die Endorphine. Es gibt auch andere chemische Stoffe, wie beispielsweise das Oxytocin, die in diesem Prozess eine Rolle spielen (Hajdú, 1996, S. 145-152).

Neuroanatomische Hotspots des Genusssystems

- Subcortical: Nucleus accumbens, Ventral pallidum, Brainstem (Hirnstamm) in dem Parabrachial nucleus der Brücke
- Cortical: Orbitofrontal Cortex, Cingulate, Medial Prefrontal, Insular Cortex

In diesen Zentren entsteht wahrscheinlich auch das sexuelle Vergnügen (Kringelbach, Berridge, 2010, S. 582f.).

.

Das Verstärkungs- und Belohnungssystem

Der Wunsch und das Verlangen, die sich auf die Befriedigung der Lust richten, motivieren zur Aktivität. Das Verlangen und das Erwarten der Belohnung sind wichtige Motivationsfaktoren.

In diesem Prozess spielt das Belohnungs- und Verstärkungssystem des Gehirns eine Rolle. Das ist das mesokortikolimbische Dopaminerg System (Kringelbach, Berridge 2010, S. 582f; Hajdú, 1996, S. 211-218).

.

1954 entdeckten zwei amerikanische Forscher, James Olds und Peter Milner, zufällig das im Gehirn befindliche Verstärkungssystem. Sie führten am kalifornischen Institute of Technology Experimente an Ratten durch und sammelten Informationen über den Lernprozess. Die Elektroden wurden versehentlich im falschen Gehirnbereich der Ratte platziert. Die Ratte suchte immer wieder den Ort auf, wo der Eingriff vorgenommen worden war. Und es schien so, dass sie das tat – sogar noch einen Tag später – weil sie hoffte, einen neuerlichen elektrischen Impuls zu bekommen. Schliesslich fertigten die Forscher eine Kiste mit einem Pedal an, das die Ratte betätigen und sich so einen elektrischen Impuls verschaffen konnte. Die Ratten erlernten innerhalb von 2-5 Minuten, wie sie das erreichen konnten. Danach betätigten die Ratten das Pedal im Sekundentakt, um diesen Impuls zu induzieren. Es gab Ratten, die schliesslich zusammenbrachen, da sie an nichts anderem mehr interessiert waren, weder assen noch tranken (Kringelbach, Berridge, 2010, S. 579).

Das Verstärkungs- und Belohnungssystem im Gehirn funktioniert hauptsächlich mit dem Botenstoff Dopamin. Auch andere Neurotransmitter sind bekannt (z.B. Serotonin, Ach), die im Lernprozess eine Rolle spielen. Es gibt mehrere Bereiche im Gehirn, die belohnen,

wenn sie aktiviert werden. Das mesokortikolimbische Dopaminerg System (Verstärkungssystem) ist ein weit reichendes Netz, das aus der Vernetzung verschiedener Gehirnareale und Neuronen besteht. Anatomisch gesehen, stehen die kortikalen und subkortikalen Regionen in enger Verbindung und sind durch Bahnen verbunden (Hajdú, 1996, S. 211-218).

Hauptbestandteile des mesokortikolimbischen Dopaminerg Systems:

- **Tegmentum** (mittlerer Teil des Mittelhirns, Schaltzentrale).
- **Substantia nigra** (im Mittelhirn, seine schwarze Farbe verdankt es den Dopaminerg Nervenzellen, die Melanin enthalten).
- **Striatum** (besteht aus der in den Tiefen der Gehirnhälften befindlichen Grauen Substanz, Nucleus caudatus und Putamen; diese bilden eine funktionale Einheit).
- **Limbisches System:** Nucleus accumbens (hier entsteht das Glücksgefühl), Amygdala (verarbeitet die eingehende Erregung), Hippocampus (Erinnerung und Lernprozess)

Cortical

- Orbitofrontal Cortex (OFC). Im Bereich des Orbitofrontal Cortex kann Aktivität bei kulinarischen Genüssen, einem Orgasmus, Drogen, Schokolade und Musik gemessen werden. Die Aktivität in diesem Bereich sinkt, wenn jemand satt ist. Die mid-anterior Subregion des Orbitofrontal Cortex ist der Ort des subjektiven Durchlebens der Lust.
- Anterior Cingulate Cortex (ACC), (Funktionen: Antizipation, Appraisal (Einschätzung), Erfahrung)
- Medial Prefrontal Cortex (mPFC), (Funktionen: Antizipation, Appraisal (Einschätzung), Erfahrung)
- Insular Cortex (Funktionen: Antizipation, Appraisal (Einschätzung), Erfahrung).

Das Belohnungssystem funktioniert wie ein Kreislauf. In der Gehirnrinde entsteht ein Verlangen, und gibt das Individuum diesem nach, so gelangen die Signale über das limbische System zurück in die Gehirnrinde, d.h. das Verlangen verstärkt sich selbst. (Kringelbach, Berridge, 2009, S. 479-485; Szentágothai, Réthelyi, 1996, S. 1352ff.).

Früher stellte sich die Frage: Entsteht Motivation aufgrund von Vergnügen oder aufgrund des Verlangens? Damals war man der Meinung, dass Dopamin das Glücksgefühl hervorruft.

In einem Experiment an Ratten zerstörte Kent Berridge 1996 an der Universität von Michigan die Bahnen zwischen lateralem Hypothalamus und Striatum sowie zwischen lateralem Hypothalamus und Nucleus accumbens. Dabei handelte es sich um Dopamin-Bahnen. So verringerte sich in diesen Bereichen die Dopaminkonzentration. Die Ratten suchten daraufhin kein Futter mehr und frassen nicht mehr. Als er das Futter jedoch auf ihre Zunge legte, frassen sie es. Damit bewies er, dass die Ratten das Futter zwar mögen, jedoch kein Verlangen mehr danach verspüren, ihnen die Motivation zur Futtersuche fehlte. Man führte auch das Umkehr-Experiment durch, wobei die Dopaminerg-Axonon des lateralen Hypothalamus stimuliert wurden, worauf die Tiere mit sehr intensiver Futtersuche reagierten, ohne jedoch einen grösseren Genuss bei dem Verzehr des Futters zu verspüren. Auch viele Drogen wirken auf diese Weise, sie erhöhen direkt oder indirekt die Dopaminausschüttung (Szentágothai, Réthelyi 1996, S. 1352ff.).

Der Genuss und die Verstärkung sind im Gehirn verschiedene Systeme. In ihrer Funktion und anatomisch bilden sie jedoch eine Einheit, d.h. teilweise identische Zentren des Gehirns können sie zustande kommen lassen. Beispielsweise kann je nach Neurotransmitter der Nucleus accumbens Teil des Genuss- oder des motivierenden Verstärkungssystems sein.

Abbildung Nr. 2: Genuss- und Verstärkungssysteme

	Messmethode	Bereich im Gehirn	Neurotransmitter
Bewusste Motivation (Willen, bewusste Motivation)	Subjektive Einordnung des Verlangens, bewusste Ziele	OFC, ACC, Insula	Dopamin
Bewusstes Vergnügen	Befragung	OFC, ACC, mPFC, Insula	Opioid, Cannabioide
Bewusstes Lernen (kognitiver Prozess)	Mündlich	OFC, ACC, mPFC, Insula	Ach, Dopamin, Serotonin
Unbewusste Motivation	Pawlowscher Reflex	NAC, VTA, Hypothalamus	Dopamin
Unbewusstes Vergnügen (Hedonic Impact)	Gesichtsausdruck und sonstige menschliche Reaktionen	NAC, Shell, VP, PAG, Amygdala	Opioid, Cannabioide
Unbewusstes Lernen (assoziativ)	Pawlowscher Reflex	Amygdala, Hippocampus	Ach, Dopamin

Quelle: Kringsbach, Berridge, 2009, S. 480

Wird der Nucleus accumbens durch opioide Neurotransmitter stimuliert, ist er Teil des Genusssystems, wird er durch Dopamin stimuliert, ist er Teil des motivierenden Verstärkungssystems.

Die Genuss- und motivierenden Verstärkungssysteme werden durch Tätigkeiten aktiviert, die Vergnügen bereiten und sich somit selbst verstärken. Physiologisch gesehen sind solche Aktivitäten Sport, Verzehr von Süßigkeiten, Sex. Auch Drogen wirken auf diese

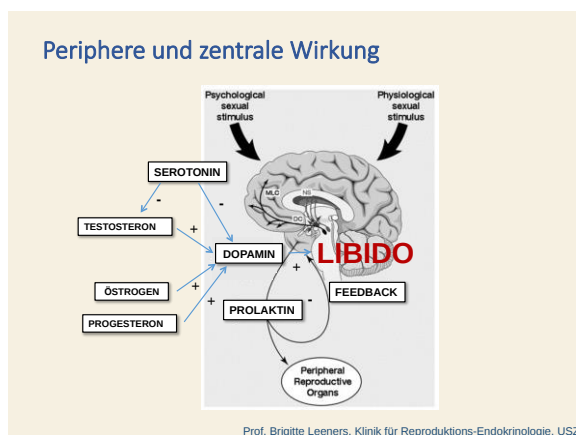
Systeme. Im Falle der beiden Komponenten der sexuellen Lust, spielt Dopamin eine Rolle bei der Motivation, dem Verlangen und dem Wunsch. Die opioden Genusssysteme hingegen spielen eine Rolle beim sexuellen Vergnügen. **Es ist offensichtlich, dass wenn Sex das Vergnügungs- und Verstärkungssystem signifikant aktiviert, das Individuum die sexuelle Tätigkeit häufig wiederholen möchte.** Das sexuelle Vergnügen bewirkt späteres sexuelles Verlangen. Mit anderen Worten, das sexuelle Verlangen kommt durch das sexuelle Vergnügen zustande. Die sexuelle Lust entsteht durch die beim Sex erlebte Lust (Bischof, 2018, S. 183).

3. 2 Wirkung des endokrinen Systems auf die Lust

3.2.1 Wirkung der Geschlechtshormone auf das sexuelle Verlangen

Die Wirkung chemischer Moleküle auf die sexuelle Lust ist ein überaus komplexer und zum Teil unerforschter Prozess, wie – zum leichteren Verständnis – auf der untenstehenden Abbildung zu sehen ist. Daraus ist ersichtlich, dass das sexuelle Verlangen durch das Dopaminerg System induziert wird. Die Graphik zeigt des Weiteren, dass bei diesem Prozess auch andere Neurotransmitter wie Serotonin, Oxytocin und Prolaktin eine Rolle spielen. Somit kann festgestellt werden, dass die Wirkung der chemischen Moleküle auf das sexuelle Verlangen einerseits in der Funktion als Neurotransmitter bei der Kommunikation zwischen den Gehirnzellen und andererseits in der Funktion als Hormone des endokrinen Systems in Bezug auf die Peripherie und das zentrale Nervensystem beruht.

Abbildung Nr. 3. Die Wirkung von Neurotransmittern und Hormonen auf das sexuelle Verlangen



Quelle: Leeners, 2017, Biologische Grundlagen der weiblichen Sexualität, S. 42

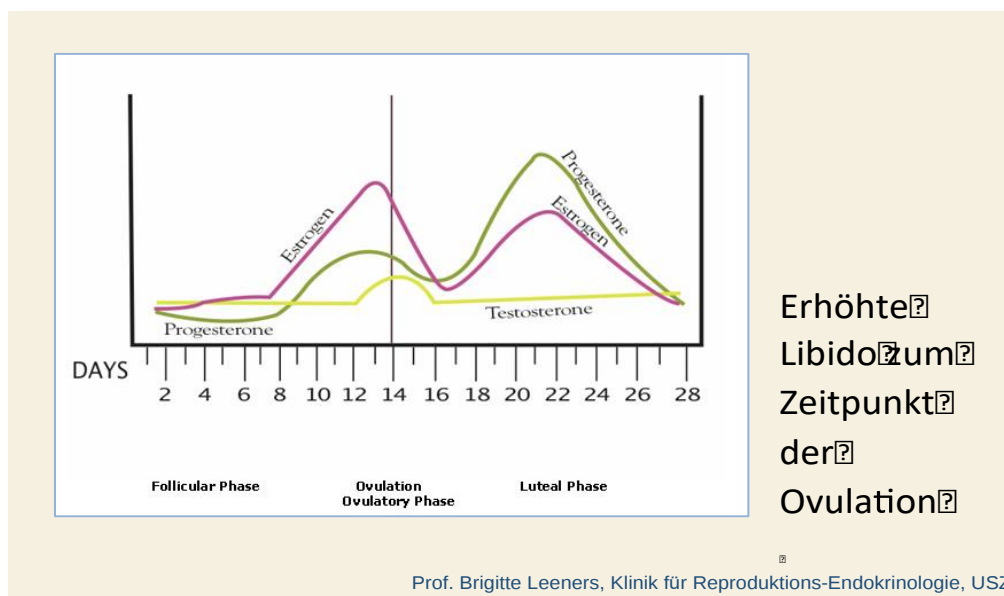
Die Dopaminproduktion im Gehirn wird durch Östrogen gefördert und so indirekt das sexuelle Verlangen gesteigert.

Für die Freisetzung des Dopamins im Gehirn ist Progesteron verantwortlich und hat so eine positive Wirkung auf das sexuelle Verlangen.

Ähnlich wie die weiblichen Geschlechtshormone unterstützt auch Testosteron die Dopaminfreisetzung und entfaltet auf diese Weise ebenfalls eine positive Wirkung auf das sexuelle Verlangen.

Die folgende Graphik zeigt, dass während des Eisprungs der Östrogen- und der Progesteronspiegel ansteigt und gleichzeitig damit die Plasmakonzentration des Testosterons. Parallel dazu erhöht sich das sexuelle Verlangen.

Abbildung 4. Durch die Ovulation verursachter Höhepunkt des sexuellen Verlangens



Quelle: Leeners, 2017, Biologische Grundlagen der weiblichen Sexualität, S. 38

Mit Hilfe der hormonellen Empfängnisverhütung wird die Ovulation verhindert und so auch der Höhepunkt des sexuellen Verlangens, da dieser auf dem Östrogen-, Gestagen- und Testosteron-Peak während des Eisprungs beruht. Die zuvor genannten Hormone haben eine steigernde Wirkung auf das sexuelle Verlangen, daher mindert die Verhinderung der Ovulation für einige Tage im Monat theoretisch das sexuelle Verlangen. Berichten von zahlreichen Frauen nach steigt ihr sexuelles Verlangen während des Eisprungs sprunghaft an.

3.2.2 Für die Sexualität relevante Geschlechtshormone

FSH/LH

Das follikelstimulierende Hormon FSH wird in der Hypophyse gebildet. Es ist einerseits für die Anregung des Follikelwachstums in den Eierstöcken verantwortlich und andererseits für die Aktivierung der Östrogenproduktion.

In der Hypophyse wird auch LH (Luteinisierendes Hormon) gebildet, dessen hauptsächlichen Wirkungen wie folgt sind: Unterstützung

- der für den Eisprung notwendigen Veränderungen,
- der Gelbkörperbildung,
- der Bildung der androgenen Hormone.

Östrogene

Östrogene werden an unterschiedlichen Stellen im Körper gebildet, die wichtigste Rolle spielen dabei die Follikel der Eierstöcke. In kleineren Mengen wird Östrogen auch in der Leber, in den Hoden, in der Haut und im Fettgewebe gebildet. Bei schwangeren Frauen wird auch von der Plazenta viel Östrogen gebildet. Hauptwirkungen: Unterstützung/Veränderung

- des Wachstums von Gebärmutter, Eileitern, Vagina, Vulva und Brüsten,
- des Wachstums der Gebärmutterschleimhaut,
- der Produktion des Zervixschleims,
- der Epithelproliferation der Scheide,
- der Bildung von Fettpolstern am Unterkörper,
- des Wachstums von Scham- und Achselhaaren, der Pigmentierung der Brustwarzen und der Vulva,
- des Stoffwechsels, (insbesondere Fettstoffwechsel und die Blutgerinnung)
- des Einbaus von Mineralien in die Knochen,
- des Wachstums der Brüste (Milchkanäle, Bindegewebe, Fettgewebe),
- des sexuellen Verlangens.

Natürliche Östrogenhormone sind: Estradiol, Estrone, Estriol.

Das wichtigste synthetische Östrogenhormon ist Ethinylestrediol (die meisten hormonellen Verhütungsmittel beruhen auf diesem Östrogenwirkstoff).

Gestagene

Im Gelbkörper (Corpus Luteum) bzw. in der Plazenta schwangerer Frauen wird das Progesteron, auch Gelbkörperhormon genannt, gebildet. Die Hauptwirkungen sind:

- Vorbereitung des Körpers auf die Schwangerschaft
- Bildung der sekretorischen Transformation der tiefen Schleimhaut,
- Verengung des Gebärmutterhalses, Verringerung der Menge des Zervixschleims, Steigerung der Viskosität, Minderung der Dehnungsfähigkeit,
- Verringerung des Muskeltonus der glatten Muskulatur z.B. in der Gebärmutter, in den Harnleitern und Venen,
- Erhöhung der Körpertemperatur um etwa 0,5 Grad Celsius,
- Förderung der Lappchenbildung im Brustgewebe,
- positive Wirkung auf das sexuelle Verlangen.

Abbildung Nr. 5 Die wichtigsten natürlichen und synthetischen Gestagenhormone und ihre Rezeptorwirkungen

Progesteron/Gestagene		WIRKUNG				
		Antiöstrogen	Östrogen	Antiandrogen	Glucocorticoid	Antimineralocorticoid
PROGESTERON	Progesteron	✓	—	/	/	—
	Dydrogesteron	✓	—	/	/	—
	17α Hydroxyprogesteron					
	Megestrolacetat	✓	—	—	✓	—
	Cyproteronacetat	✓	—	✓	✓	—
	Chlormadinonacetat	✓	—	✓	✓	—
	Medroxyprogesteronacetat	✓	—	—	✓	—
	Norethisteronderivate					
	Norethisteron	✓	(+)	—	—	—
	Norethisteronacetat	✓	(+)	—	—	—
19 NORTESTOSTERON	Lynestrenol	✓	(+)	—	—	—
	Dienogest	✓	—	✓	—	—
	Ethinodioldiacetat	✓	(+)	—	—	—
	Norgestrelgruppe					
	Levonorgestrel	✓	—	—	—	—
	Gestoden	✓	—	—	/	—
	Desogestrel	✓	—	—	—	—
	Norgestimat	✓	—	—	—	—
	Etonogestrel	✓	—	—	—	—
	Drospirenon	✓	—	✓	—	✓

Prof. Brigitte Leeners, Klinik für Reproduktions-Endokrinologie, USZ

Quelle: Leeners 2017, Biologische Grundlagen der weiblichen Sexualität, S. 33

Androgene

Die Androgenbildung findet in den Eierstöcken, der Nebennierenrinde und in der Plazenta statt. Androgene aus Vorläufern werden in der Leber, der Lunge und in der Haut gebildet. Beim Mann bewirken Androgene die Ausbildung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale. Hauptwirkungen der Androgene bei Frauen sind:

HS Merseburg / ISP Uster • Christina Schnurrenberger • Sexuelle Lust und Unlust von Frauen im Zusammenhang mit hormoneller Empfängnisverhütung und erlerntem körperlichem Verhalten

- Vorläufer der Östrogensynthese,
- Unterstützung der Ausbildung von Klitoris, des Schamhügels und der Schambehaarung,
- Verhinderung der Entwicklung der Brust,
- kann eine Behaarung ähnlich wie beim Mann bewirken,
- positive Wirkung auf das sexuelle Verlangen.

Das wichtigste Androgenhormon ist das **Testosteron**.

Wie bereits bekannt, sinken in der Menopause die sexuelle Lust und die sexuelle Motivation ab. Wir wissen auch, dass die Entfernung der Eierstöcke zu einer Verringerung des sexuellen Verlangens führt. Erfahren Frauen dieser beiden Gruppen eine Testosteronbehandlung, stellt sich das sexuelle Verlangen wieder ein. Daraus könnte man folgern, dass sich Testosteron positiv auf das sexuelle Verlangen auswirkt.

Sexualhormon bindendes Globulin (SHBG)

Das Transportprotein SHBG wird in der Leber gebildet und bindet und transportiert 60% des Testosterons, Dihydrotestosterons und des Östrogens im Plasma. Lediglich die freien Fraktionen sind für die biologische Wirkung zuständig, demnach wird durch jede Wirkung, die die Zahl der Transportmoleküle erhöht, die freie, biologisch aktive Hormonfraktion verringert.

Im Falle eines niedrigen oder hohen Testosteronspiegels sollte der SHBG-Spiegel gemessen werden. Die Konzentration des SHBG und des Testosterons gibt Aufschluss über die biologisch aktive Hormonkonzentration. (Freier Androgenindex): $(\text{Gesamttestosteron (ng/ml)} \cdot 3,467 \cdot 100) / \text{SHBG (nmol/ml)}$

Eine erhöhte SHBG-Konzentration besteht bei:

- Schwangerschaft
- Leberzirrhose
- Östrogentherapie
- Hyperthyreose

Eine verringerte SHBG-Konzentration besteht bei:

- Übergewicht
- Hypothyreose
- androgenen Medikamenten
- Nephrosis-Syndrom
- M.Cushing

4. Hormonelle Empfängnisverhütung

Werden keine hormonellen Verhütungsmittel angewendet, aktiviert das pulsatile GnRH im Hypothalamus die Hypophyse, diese stimuliert die FSH-Produktion (Follikelstimulierendes Hormon) und LH-Produktion (Luteinisierendes Hormon). Diese beiden Hormone sind für das Heranreifen der Eier in den Eierstöcken und für den Eisprung verantwortlich. Während des Heranreifens der Eier wird durch die Östrogenbildung die Gebärmutter Schleimhaut verdickt. Der nach dem Eisprung gebildete Gelbkörper produziert das Progesteron, das für die sekretorische Veränderung der Gebärmutter Schleimhaut verantwortlich ist. Bleibt eine Befruchtung aus, degeneriert der Gelbkörper und der Progesteronspiegel sinkt ab. Wegen des niedrigen Hormonspiegels findet auch eine Degeneration der Gebärmutter Schleimhaut statt. Diese löst sich in Form einer Blutung ab. Dies bezeichnet man als Menstruationsprozess. Mit diesem Vorgang ist der Zyklus abgeschlossen. Wird ein hormonelles Verhütungsmittel eingesetzt, werden der FSH- und LH-Spiegel durch den negativen Feedback-Mechanismus des von aussen eingebrachten synthetischen Östrogens (Ethinylestrediol) und synthetischen Progesterons auf die Hypophyse verringert, wobei die Hypophysen-Ovarien-Achse gelähmt wird und der zuvor beschriebene Prozess nicht abläuft. In den Eierstöcken reifen somit keine Eier, die Östrogenproduktion wird verhindert, und es kommt zu keiner Ovulation und daher auch keiner Gelbkörperbildung, die Progesteronproduktion wird verhindert. Durch diese Behinderung der Eierstöcke verringert sich auch die Testosteronbildung. Und der damit einhergehende Hormonmangel wird mittels von aussen eingebrachten synthetischen Hormonen kompensiert. Die Konzentration des synthetischen Östrogens in den einzelnen Präparaten kann unterschiedlich sein, bzw. können in den Tabletten unterschiedliche Arten an Progesteron enthalten sein. Daher kann auch die Wirkung auf die einzelnen Rezeptoren unterschiedlich ausfallen (Anti-Östrogen, teilweise Östrogen, Antiandrogen, Glukokortikoid, Antimineralokortikosteriod). Die Relevanz der Rezeptorenunterschiede besteht bei der Entstehung des Profils der Nebenwirkungen. In Bezug auf das sexuelle Verlangen und das sexuelle Vergnügen ist die Teilwirkung von Antiandrogen wichtig (s. unten).

4.1 Arten der hormonellen Empfängnisverhütung

Die hormonelle Empfängnisverhütung ist eine sichere Methode, ungewollte Schwangerschaften zu verhindern (Pearls Index: 0,001) (Hogg, 2007, S. 4). Demnach wird von 1000 Frauen, die hormonelle Verhütungsmittel anwenden, innerhalb eines Jahres eine Frau schwanger. Die Hormone wirken jedoch nicht nur auf die Reifung des Eis, sondern auf nahezu alle weiblichen Körperfunktionen und können auf diese Weise zu zahlreichen Ne-

benwirkungen führen. Als wichtigste negative Nebenwirkungen sind die Wirkung auf den Stoffwechsel (Verringerung des HDL, Anstieg des LDL) und die Wirkung auf die Blutgerinnung (thrombotisierende Wirkung) zu nennen (Hogg, 2007, S. 8). Die Auswirkung hormoneller Verhütungsmittel auf die Sexualität ist ein bisher weniger erforschter Bereich, zu diesem Thema wurden jedoch zahlreiche Artikel publiziert. Der erste Artikel wurde Ende der 1960er Jahre verfasst.

Im Wesentlichen gibt es folgende zwei Typen der hormonellen Empfängnisverhütung (Hogg, 2007, S. 5ff., S. 41ff.):

Präparate mit kombiniertem Östrogen- und Progesterongehalt

Präparate mit ausschliesslichem Progesterongehalt

4.1.1. Kombi- Präparate mit Östrogen- und Progesterongehalt

Kombi-Präparate mit Östrogen- und Progesterongehalt beinhalten synthetisches Östrogen und verschiedene Progesterone. Da die Progesterone Affinität gegenüber unterschiedlichen Rezeptoren haben, gibt es unterschiedliche Spektren an Nebenwirkungen. Anfangs stellte man diese Produkte mit einem höheren Östrogengehalt her (50mcg). Heutzutage beinhalten sie eine geringere Menge von 30 bzw. 20mcg. (Anmerkung: Die Präparate müssen über einen Zeitraum von 21 Tagen eingenommen werden, darauf folgt eine Einnahmepause von 7 Tagen. In der Einnahmepause kommt es zu einer Entzugsblutung, diese ist jedoch schwächer, als die Menstruationsblutung. Nach 7 Tagen Einnahme lähmt die Tablette die Hypothalamus-Ovarien-Achse und verhindert somit sicher die Ovulation.)

Es sind Kombi-Präparate erhältlich, deren Progesteronzusätze eine antiandrogene Wirkung haben. Die damit verbundene geringere Androgenwirkung ist vorteilhafter, wenn die betroffene Frau unter Problemen leidet, die durch Androgenhormone verursacht werden, wie beispielsweise pickelige Haut, Haarausfall, starke Behaarung. Der niedrigere Androgenspiegel kann jedoch gleichzeitig eine negative Wirkung auf das sexuelle Verlangen haben.

4.1.2. Präparate mit ausschliesslichem Progesterongehalt

Die Wirkung von **Präparaten mit ausschliesslichem Progesterongehalt** ist der von Kombi-Präparaten ähnlich. Da jedoch kein Östrogen enthalten ist, gibt es ein anderes Spektrum an Nebenwirkungen (z.B. verursachen sie weniger Thrombosen). Diese Präpa-

rate können jedoch leichter einen Östrogenmangel verursachen und daher kann es auch mit höherer Wahrscheinlichkeit zu Blutungsstörungen, Depressionen und einer Minderung des sexuellen Verlangens kommen. (Anmerkung: diese Präparate sind auch als Depot-Präparate erhältlich, was ihre Anwendung erleichtert, z.B. Depot-Injektion alle 3 Monate oder integriertes Depot).

Die **Hormonspirale** ist eine Sonderform eines reinen Progesteron-Präparats. Sie wird in die Gebärmutter eingesetzt und setzt dort kontinuierlich eine geringe Progesterondosis frei. Dadurch wird die Gebärmutterschleimhaut verdünnt und der für Spermien undurchdringliche Schleim am Gebärmutterhals verdickt. Die negative Auswirkung auf das sexuelle Verlangen ist identisch mit der Wirkung der Tabletten mit ausschliesslichem Progesterongehalt. Durch die Hormonspirale wird der Eisprung jedoch nicht zwingend verhindert, die Wirkung der Spirale ist örtlich begrenzt.

5. Der Einfluss der hormonellen Empfängnisverhütung auf die Lust und Unlust

Aufgrund der veröffentlichten Forschungsergebnisse können folgende Fälle unterschieden werden:

5.1 Die Höhe der enthaltenen Ethinylestrediol-Dosis

Je nach Höhe der enthaltenen Ethinylestrediol-Dosis kann das hormonelle Verhütungsmittel den Östrogenspiegel des Individuums verringern und die positive Wirkung des Östrogens auf das Dopamin gemindert werden (s. Kapitel 3.2.1.). Auf diese Weise ist es möglich, dass die Einnahme von empfängnisverhütenden Tabletten die Minderung des sexuellen Verlangens bewirkt. Diese Auswirkungen stehen im Mittelpunkt folgender Forschungsstudien:

Wallwiener et al. untersuchten in Deutschland, Österreich und in der Schweiz im Rahmen einer Forschungsstudie aus dem Jahr 2015, ob es einen Unterschied bei den **Auswirkungen auf die Sexualfunktion** zwischen Präparaten mit **unterschiedlicher Ethinylestrediol-Dosis** und den verschiedenen progesteronhaltigen oralen Verhütungspräparaten gibt. Die Studie wurde mit 2612 Personen in Form eines Online-Fragebogens ausgeführt, der 19 Fragen zu FSFI und 17 Fragen zu Demographie, Lebensführung, sexueller Aktivität und Verhütung umfasste.

Je nach Höhe der Östrogendosis unterteilte man die hormonellen Verhütungsmittel in drei

Gruppen (weniger als 20ug, 20-30ug, über 30ug) und hinsichtlich des Progesterongehalts in zwei Gruppen (partielle Androgenwirkung, Antiandrogenwirkung).

Man kam zu dem Ergebnis, dass die Einnahme oraler Verhütungsmittel einen niedrigeren FSFI-Wert bewirkte, als bei den Personen, die andere Verhütungsmittel anwendeten. Die Wirkung der unterschiedlichen Östrogendosen bzw. Progesteronarten führten zu keinen signifikanten Abweichungen, wofür wahrscheinlich die geringe Anzahl an Testpersonen verantwortlich war. Deshalb erachtete man die Durchführung weiterer Studien für notwendig (Wallwiener C.W., Wallwiener L.M., Seeger H., Schönfisch B. et al., 2015, S. 883-889).

2013 veröffentlichten Pastor, Holla und Chmel die Ergebnisse zur Neubewertung von 36 Untersuchungen zum Thema der Auswirkungen oraler Verhütungsmittel mit **verschiedenen Ethinylestrediol-Dosen**. Im Zeitraum von 1978 bis 2011 wurden in 36 Studien die Daten von 13673 Frauen Neubewertet, wobei man feststellte, dass 63,6% aller Frauen, die orale Kombipräparate einnahmen, keine Veränderung des sexuellen Verlangens während dem Einnahmezeitraum beobachteten. Lediglich 21,7% gaben einen Anstieg und 14,7% eine Verringerung an. Bei der Untersuchung der Art der Tabletten wurde festgestellt, dass Tabletten mit einem Ethinylestrediol-Gehalt **zwischen 20-35 ug keine signifikanten Auswirkungen** auf das sexuelle Verlangen hatten, wohingegen Präparate mit einem **Ethinylestrediol-Gehalt von 15 ug eine erhebliche Verringerung des sexuellen Verlangens** zur Folge hatten. Die Untersuchungsergebnisse erlauben den Schluss, dass die Einnahme kombinierter oraler Verhütungsmittel bei den meisten Personen keine signifikante Veränderung des sexuellen Verlangens aufgrund hormoneller Verhütungsmittel bewirkte, **Präparate mit geringem Ethinylestrediol-Gehalt jedoch mindernd auf das sexuelle Verlangen wirken** (Pastor, Holla, Chmel, 2013, S. 27-41).

Der Vergleich zweier oraler Verhütungsmittel mit gleichem Hormongehalt hinsichtlich der Wirkung auf die Sexualfunktion und den Plasma-Androgenspiegel war Gegenstand einer Zufallsstudie im Jahr 2010 von Strufaldi et al., wobei in den Präparaten die Hormone jedoch in unterschiedlicher Dosis (erstes Präparat: **30mcg Ethinylestradiol**, 150mcg Levonorel, zweites Präparat: **20mcg Ethinylestradiol**, 100mcg Levonorel) enthalten waren. An der Studie nahmen 97 Frauen teil.

In beiden Gruppen kam es zu einer Verbesserung des sexuellen Verlangens (FSFI Desire Score), jedoch lediglich die Gruppe mit geringerer Hormondosierung zeigte eine signifikante Veränderung. In beiden Gruppen war ein Rückgang des Total-Testosteronspiegels

und des freien Androgen-Indexes zu beobachten, allerdings in unterschiedlichem Masse. Die Gruppe mit höherer Hormonkonzentration zeigte eine signifikante Verringerung. Insgesamt verringerten E30, LNG 150 den Serum-Androgenspiegel. Eine Minderung des sexuellen Verlangens trat nicht ein, im Gegenteil, EE20/LNG100 erhöhte sogar den FSFI Score für sexuelles Verlangen (Strufaldi et al., 2010, S. 147-153).

5.2 Die Wirkung von Testosteron und anderen Androgenen

In der Menopause, bzw. nach Entfernung der Eierstöcke verringert sich das sexuelle Verlangen. Behandelt man diese Frauen jedoch mit Testosteron oder Präparaten mit androgener Wirkung stellt sich das sexuelle Verlangen wieder ein. Daraus kann man schließen, dass **Testosteron oder Präparate mit androgener Wirkung eine positive Auswirkung auf das sexuelle Verlangen haben.**

5.2.1 Der Einfluss von synthetischem, anti-androgenem Progesteron

Das synthetische Progesteron in Anti-Babypillen kann eine anti-androgene Wirkung haben und so die androgene Wirkung verringern, womit auch eine Minderung des sexuellen Verlangens einhergeht.

Dies war Gegenstand folgender Studien:

Im Jahr 2016 fand eine prospektive Zufallsstudie von Čiaplinskienė, Žilaitienė, Verkauskienė unter Einbeziehung von 80 gesunden, in einer monogamen Beziehung lebenden Frauen statt. In der 3 Monate dauernden Untersuchung wurden die Frauen in zwei Gruppen von jeweils 40 Personen aufgeteilt. Eine Versuchsgruppe erhielt ein orales Kombi-Präparat mit einem Ethinylestrediol-Gehalt von 30ug und **3 mg Drospirenone**, also einem **Progesteron mit anti-androgener Wirkung**.

Die andere Gruppe verhütete hormonfrei, beispielsweise mit Barrier- oder natürlichen Verhütungsmitteln. Dabei wurde der weiblichen Sexualfunktionsindex (female sexual function index – im Folgenden: FSFI) beobachtet. Probanden mit einem Kombipräparat **wiesen** nach drei Monaten einen wesentlich niedrigeren Wert für den **gesamten FSFI-Spiegel, das sexuelle Verlangen und die sexuelle Erregung (Arousal) auf**, als die hormonfreie Gruppe. Bei Frauen, die mit der Barrier-Methode oder mittels natürlicher Verhütungsmittel verhütet hatten, konnte eine Verbesserung des FSFI-Wertes festgestellt werden (Čiaplinskienė, Žilaitienė, Verkauskienė, 2016, S. 395-399).

Die mindernde Wirkung des anti-androgenen Progesterons auf das sexuelle Verlangen und die Veränderungen der Anatomie und Blutversorgung der Klitoris und deren Auswirkungen auf die Sexualität wurden in Forschungsstudien in den Jahren 2012 und 2013 untersucht. Beim Einsatz hormoneller Verhütungsmittel **verringert sich die Blutversorgung der Geschlechtsorgane** und auch die **Dicke der Schamlippen**, was sich **negativ** auf die **sexuelle Lust** und das **sexuelle Verlangen** auswirken kann.

2012 konzentrierten sich Battaglia et al. auf die Wirkung des Kombi-Präparats Yasmin mit anti-androgenen Inhaltsstoffen (30 ug Ethynilestradiol, 3mg Drospirenone) auf das **Sexualverhalten** und auf die **Blutversorgung der Geschlechtsorgane**. Im Fokus standen die Frage wie sich das Sexualverhalten und die Blutversorgung vor und drei Monate nach der Einnahme des Präparats veränderten.

Als Ergebnis stellte man fest, dass es nach der Einnahme des Medikaments zu einem **signifikanten Rückgang des McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ)**, d.h. der **Häufigkeit des wöchentlichen Geschlechtsverkehrs** kam (Battaglia C., Battaglia B. et al., 2012, S. 550-556).

In einer Vergleichsstudie aus dem Jahr 2013 untersuchten Battaglia et al. zwei hormonelle Verhütungsmittel: eine Tablette mit **Drospirenone-Ethinyl Estradiol**-Gehalt und einen **Vaginalring**. Die beiden Mittel wurden hinsichtlich ihrer **Wirkung auf die Blutversorgung der Geschlechtsorgane** und auf das **Sexualverhalten** verglichen.

Als Ergebnis zeigte sich ein Absinken des McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ) Score in beiden Gruppen, wobei die Verringerung in der Gruppe mit Tabletten jedoch signifikanter war. Probanden, die Tabletten einnahmen hatten seltener Geschlechtsverkehr, d.h. es konnte eine Verringerung des Sex/Woche Verhältnisses beobachtet werden (Battaglia C, Morotti E, et al., 2013, S. 471-478).

Die **Auswirkungen auf die Sexualfunktion** von Verhütungspräparaten mit unterschiedlichen Ethinylestrediol-Dosen und verschiedenen Progesteronpräparaten mit **partieller Androgenwirkung, Antiandrogenwirkung** standen im Mittelpunkt einer in Punkt 5.1 vorgestellten Studie (Wallwiener C.W., Wallwiener L.M., Seeger H., Schönfisch, B. et al., 2015, S. 883-889; Punkt 5.1).

5.2.2 Die Wirkung des tieferen Testosteronspiegels

Die hormonelle Verhütung verringert den Testosteronspiegel mittels der Blockierung der Eierstöcke und mindert so das sexuelle Verlangen.

Eingehende Ausführungen zu diesem Thema wurden/werden in anderen Punkten vorgestellt:

2013 stellten Pastor et al. in einer Untersuchung zu den Auswirkungen kombinierter oraler Verhütungsmittel fest, dass sich die Konzentration des freien Testosteronplasmas **bei Frauen durch die Einnahme der Antibaby-Pille** verringerte (Pastor, Holla, Chmel, 2013, S. 27-41; Punkt 5.1).

Den **Vergleich zweier oraler Verhütungsmittel mit identischen Hormonen – jedoch in unterschiedlichen Dosen - (erstes Präparat: 30mcg Ethinyl Estradiol, 150mcg Levonorelgestrel, zweites Präparat: 20mcg Ethinyl Estradiol, 100mcg Levonorelgestrel)** hinsichtlich der Wirkung auf den Plasma-Androgenspiegel stellten Strufaldi et al. in einer im Jahr 2010 veröffentlichte Studie an.

Bei beiden Versuchsgruppen hatten sich der Total-Testosteronspiegel und der freie Androgenindex verringert, wobei die Gruppe mit der höheren Hormonkonzentration einen signifikanteren Rückgang verzeichnete (Strufaldi et al. 2010, S. 147-153; Punkt 5.1).

2013 untersuchten Battaglia et al. in einer Studie die Wirkungen einer Tablette mit Drospirenone-Ethinyl Estradiol und eines Vaginalrings unter verschiedenen Aspekten. Bei beiden Gruppen verringerten sich die Testosteronkonzentration und der Freie Androgenindex (FAI) (Battaglia, C., Morotti E. et al., 2013, S. 471-478; Punkt 5.2.1)

Eine Zielsetzung einer Studie von Lee aus dem Jahr 2011 war es, die Auswirkungen eines kombinierten hormonellen Verhütungsmittels mit 20mcg Ethinyl-Estradiol auf den freien Testosteronspiegel zu untersuchen, wobei Lee et al. feststellten, dass ein hormonelles Verhütungsmittel mit geringer Dosierung (20mcg) den freien Testosteronspiegel senkt (Lee M., Morgan, M, Rapkin A, 2011, S. 213-217).

5.2.3 Die Wirkung von Testosteron auf die Lust

Folgende Studien untersuchten die Wirkung von Testosteron und anderen androgenen Hormonen auf die Sexualität.

Gemäss einem im Jahr 2015 veröffentlichten Artikel von Nappi besteht eine starke Verbindung zwischen der androgenen Umgebung und dem sexuellen Verlangen bei Frauen, da sich beides mit zunehmendem Alter verringert. Bis heute gibt es jedoch noch keine exakte Bestimmung des Grenzwertes für normales Androgen (Totaltestosteron, freies Testosteron) und die androgenen Vorläufer (Androstendione, Dehydroepiandrosterone (DHEA)) sowie die DHEA Sulfate (DHEAS). In der klinischen Praxis wäre dies für die Feststellung des Androgenmangels von Nutzen. Und abgesehen davon, dass das sexuelle Verlangen in der reproduktiven Lebensphase von komplexer, mehrdimensionaler Natur ist, besteht eine komplizierte Korrelation zwischen dem Testosteronspiegel und der spezifischen Symptomatik seines Mangels. Die bestehenden Messmethoden sind auch aufgrund dieser Komplexität nicht ausreichend zuverlässig. Die Studie mass den **Total-Testosteronwert mittels Massenspektrometrie und dabei wurde ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen sexuellem Verlangen, Erregung und der Selbstbefriedigung** bei amerikanischen Frauen mittleren Alters in der Menopause nachgewiesen. Auch in Europa führte man diese Untersuchung in der **Altersgruppe von 19 bis 65 Jahren** durch und kam zu dem Ergebnis, dass das **sexuelle Verlangen mit der Konzentration des freien Testosterons und des Androstendione korrelierte. Der therapeutische Einsatz von Testosteron kann mit diesen Ergebnissen untermauert werden, insofern das sexuelle Verlangen niedrig und die sexuelle Dysfunktion Folge eines Androgenmangels ist** (Nappi, 2015, S. 672-674).

Den Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Androgenkonzentration und der Stärke des sexuellen Verlangens bei Frauen der Altersgruppe **25-65 Jahre** suchten **Wåhlin-Jacobsen et al.** in einer Forschungsstudie aus dem Jahr 2014. Dabei beobachteten sie, dass es eine **Korrelation zwischen sexuellem Verlangen und der Konzentration des freien Testosterons (FT)** gibt, und konnten dies in der gesamten Gruppe **nachweisen**.

Bei den Probanden, **der Altersgruppe 25-44**, die keine oralen Verhütungsmittel einnahmen, **korrelierte das sexuelle Verlangen mit dem totalen Testosteron (TT) und FT, dem Androstenedione und dem DHEAS**. Das sexuelle Verlangen korrelierte in der Altersgruppe 45-65 mit **Androstenedione**. Die Analyse wurde mittels Massenspektrometrie

durchgeführt und man stellte fest, dass **das FT und das Androstenedione in jeder Altersgruppe signifikant mit dem sexuellen Verlangen korrelierten.**

Da das ADT-G nicht in einem höheren Mass als die zirkulierenden Androgene korrelierte, ist eine Messung nicht notwendig (Wählin-Jacobsen et al., 2014, S. 358-371).

5.3. Die Wirkung der erhöhten Konzentration vom Sexualhormon bindenden Globulin (SHBG)

Hormonelle Verhütungsmittel erhöhen die Konzentration des Sexualhormon bindenden Globulins (SHBG) im Blut und verringern auf diese Weise die Konzentration der biologisch aktiven, freien Hormone. Somit kann sich das sexuelle Verlangen verringern.

Die Wirkung kombinierter oraler Verhütungsmittel wurde im Rahmen einer Studie von Pastor aus dem Jahr 2013 untersucht und dabei wurde festgestellt, dass die Konzentration des Sexualhormon bindenden Globulins bei Frauen, **die mit einem Hormonpräparat verhüteten**, erhöht war (Pastor, Holla, Chmel, 2013, S. 27-41; Punkt 5.1).

Die Wirkungen einer Tablette mit Drospirenone-Ethinyl-Estradiol und eines Vaginalrings wurde 2013 aus unterschiedlichen Gesichtspunkten untersucht, wobei beide Gruppen einen erhöhten SHBG-Spiegel zeigten (Battaglia, Morotti, 2013, S. 471-478; Punkt 5.2.1).

5.4. Veränderung der Blutversorgung und Dicke der Geschlechtsorgane

Hormonelle Verhütungsmittel führen zu einem Rückgang der Blutversorgung der Geschlechtsorgane und der Dicke der Schamlippen. Somit können sie einen negativen Effekt auf das sexuelle Vergnügen und das sexuelle Verlangen haben.

Folgende Studien wurden zu diesem Thema durchgeführt:

2013 unternahmen Battaglia et al. den Vergleich zweier hormoneller Verhütungsmittel, zum einen eine Tablette mit Drospirenone-Ethinyl Estradiol, zum anderen einen Vaginalring. Dabei untersuchten Battaglia et al. diese unter zwei Aspekten, der Auswirkungen der beiden Verhütungsmittel auf die Blutversorgung der Geschlechtsorgane und auf das Sexualverhalten. Eine Gruppe von 21 Frauen nahmen Tabletten ein, die andere Gruppe von 19 Frauen verwendete einen Vaginalring.

Die Befragung der Probanden wurde mittels Fragebogen durchgeführt, die Klitoris mit Ultraschall anatomisch untersucht und ihre Blutversorgung gemessen. Gemessen wurden

die Konzentrationen von Estradiol, Androstendion, Testosteron, SHBG. Und man berechnete jeweils den freien Androgenindex (FAI) und Freien Östrogen Index (FEI). Als Ergebnis wurde festgestellt, dass: die Studie zu mehreren Ergebnissen kam. Beide Gruppen verzeichneten ein Absinken des Testosteronspiegels, der Estradiol-Spiegel sank jedoch nur in der Gruppe mit oralen Hormonpräparaten. Wiederum in beiden Gruppen stieg die SHGB-Konzentration, die beiden gemessenen Indices (FAI, FEI) zeigten einen niedrigeren Wert. Bei Probanden beider Gruppen hatte sich die Klitoris verkleinert, jedoch nur in der Gruppe mit Tabletteneinnahme erhöhte sich der Dorsalis Clitoris Arteria Pulsalität Index. Der McCoy Female Sexuality Questionare (MFSQ) Score verringerte sich in beiden Gruppen. Die Verringerung war in der Gruppe mit Tabletten allerdings signifikanter. In der Gruppe mit Tabletteneinnahme verringerte sich das Sex/Woche- Verhältnis, d.h. sie hatten weniger häufig Geschlechtsverkehr. Auch die Anzahl an Orgasmen beim Geschlechtsverkehr war geringer. Gleichzeitig konnte eine vermehrte Häufigkeit von schmerzvollem Geschlechtsverkehr beobachtet werden.

Die Studie kam zu der Feststellung, dass sich nach dem Einsatz von hormonellen Verhütungsmitteln über einen Zeitraum von sechs Monaten der MFSQ Score in beiden Gruppen verringert hatte und in der Gruppe mit Tabletteneinnahme darüber hinaus auch die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs und des Orgasmus gesunken war. Hinsichtlich der Anzahl an schmerzvollem Geschlechtsverkehr wurde ein Anstieg festgestellt (Battaglia, Morotti, 2013, S. 471-478; Punkt 5.2.1).

Die Auswirkung des Kombi-Präparats Yasmin mit anti-androgenen Inhaltsstoffen (30 ug Ethynilestradiol, 3mg Drospirenone) auf das Sexualverhalten und die Blutversorgung der Geschlechtsorgane untersuchten Battaglia et al. in einer 2012 durchgeführten Studie. Dabei verfolgte man die Veränderung folgender Bereiche vor und drei Monate nach der Einnahme des Präparats:

- McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ)
- Dicke der Labia Minora und Blutversorgung des Bereichs Vagina Introitus
- Arterienpulsalität Index (PI) der Clitoris und Labia Minora
- Hormonspiegel: Estradiol, Androstendion, Testosteron, Transportmoleküle (Sexualhormonbindendes Globulin).

Als Ergebnis stellte man fest, dass sich die Dicke der Labia Minora und die Blutversorgung des Vagina-Introitus-Bereichs nach dreimonatiger Einnahme des Präparats signifikant verringert hatten und dass der Arterienpulsalität Index (PI) der Clitoris und der Labia Minora wesentlich erhöht waren. Der McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ) war signifikant niedriger (auffälliger Rückgang bei der Häufigkeit des wöchentlichen Ge-

schlechtsverkehrs, geringere Anzahl an Orgasmen, vermehrt schmerzvoller Geschlechtsverkehr) (Battaglia, C., Battaglia, B., et al. 2012, S. 550-556; Punkt 5.2.1).

Den Fokus einer Studie von Lee aus dem Jahr 2011 (Lee, Morgan, Rapkin, 2011) bildete die Frage, ob ein kombiniertes hormonelles Verhütungsmittel mit 20mcg Ethinyl-Estradiol und die damit verbundene Verringerung der Konzentration des freien Testosterons Veränderungen an den Genitalien bewirken. 24 Teilnehmerinnen der Untersuchung erhielten ein hormonelles Verhütungsmittel in Tablettenform, die Kontrollgruppe mit 28 Teilnehmerinnen verhütete nicht hormonell.

Die Untersuchung beobachtete die Wärme- und Vibrationsschwelle der Klitoris sowie die Schmerzempfindlichkeit des Scheideneingangs. Gemessen wurde auch die Konzentration des freien Testosterons, und mithilfe des Female Sexual Functioning Index (FSFI) wurde die Sexualfunktion bestimmt.

Im Rahmen der Studie kam man zu dem Schluss, dass hormonelle Verhütungsmittel mit geringer Dosierung (20mcg) die Konzentration des freien Testosterons mindern. Es konnte jedoch kein Einfluss auf die Wärme- und Vibrationsschwelle der Klitoris und die Schmerzempfindlichkeit des Scheideneingangs nachgewiesen werden (Lee, Morgan, Rapkin, 2011, S. 213-217; Punkt 5.2.2).

5.5. Veränderte Partnerattraktivität durch hormonelle Verhütungsmittel

Aufgrund derselben Wirkung von Schwangerschaft und hormonellen Verhütungsmitteln verändert sich die Partnerattraktivität, dies kann zu einer Verringerung des sexuellen Verlangens innerhalb der Partnerschaft führen.

Zu oben genannter Fragestellung wurden folgende Studien veröffentlicht:

In einer Studie aus dem Jahr 2016 gingen Cobey et al. davon aus, dass die Einnahme hormoneller Verhütungsmittel bei Frauen andere Gesichtspunkte der Partnerwahl in den Vordergrund stellen, als bei Frauen, die keine Präparate einnehmen. Auch die Partnerpräferenz schwangerer Frauen unterscheidet sich von der Partnerpräferenz von Frauen mit einem spontanen Zyklus. Dies stimmt mit der Tatsache überein, wonach die Partnerpräferenzen von Frauen von ihrem hormonellen Zustand abhängen. Im Falle einer Schwangerschaft ähnelt die Präferenz der von Frauen, die empfängnisverhütende Tabletten einnehmen. Vor diesem Hintergrund war es die Zielsetzung der Studie, den Vergleich mit dem sexuellen Verlangen von Schwangeren anzustellen, die ihren jeweiligen Partner

unter der Einwirkung von Verhütungsmitteln kennen gelernt hatten oder nicht. Ausgangspunkt war, dass das sexuelle Verlangen von Schwangeren, die ihren Partner unter der Wirkung des Verhütungsmittels kennen gelernt hatten, während der Schwangerschaft stärker ist, als das jener Frauen, die nicht unter der Wirkung eines Hormonpräparats standen, als sie ihren Partner kennen lernten. Der Grund dafür ist, dass die Präferenz der ersten Gruppe stärker dem Zustand ähnelt, in dem sie ihren Partner kennengelernt hatten.

Schwangere, die ihren Partner unter der Wirkung von Hormonpräparaten kennen gelernt hatten, verspürten im Laufe ihrer Schwangerschaft ein stärkeres sexuelles Verlangen innerhalb der Partnerschaft, als jene schwangeren Frauen, die zum Zeitpunkt des Kennenlernens einen spontanen Zyklus hatten. Diese Feststellung trifft nicht auf sexuelle Anziehung ausserhalb der Partnerschaft zu (Cobey KD, Havlíček J, Klapilová K, Roberts SC, 2016, S. 2117-2121).

5.6. Auswirkung der hormonellen Empfängnisverhütung auf die Sexualität ohne Angabe von Ursachen

Die folgenden Studien untersuchten die Auswirkung der hormonellen Empfängnisverhütung auf die Sexualität ohne Angabe von Ursachen.

Im Rahmen einer im Jahr 2016 veröffentlichten Studie, an der 3740 schwedische Frauen teilnahmen, versuchten Malmborg et al. nachzuweisen, dass die hormonelle Empfängnisverhütung das sexuelle Verlangen, die sexuelle Lust mindert. Gleichzeitig untersuchten sie, ob diese Minderung ein Niveau erreicht, das die Frauen dazu bewegt, andere, nicht-hormonelle Verhütungsmittel einzusetzen. 100% der befragten Frauen wendeten Verhütungsmittel an, 81% davon hormonelle Mittel und 19% hormonfreie. 27% der Probanden, die hormonelle Verhütungsmittel einnahmen, gaben an, dass sich ihre sexuelle Lust verringert hatte und sie diese Verringerung mit dem hormonellen Verhütungsmittel in Verbindung brachten.

Unter Verwendung verschiedener statistischer Analysen stellten die Autoren schliesslich fest, dass – unabhängig von Alter, Lebenslust, Körper-Masse-Index (BMI), Bildungsgrad und Anzahl der Geburten – jene Frauen, die hormonelle Empfängnisverhütung einsetzten, häufiger eine Minderung des sexuellen Verlangens beobachteten, als Frauen, die hormonfreie Präparate anwendeten.

Frauen mit Partner berichteten über ein höheres Mass an Verlust der sexuellen Lust, als Frauen ohne Partner.

Die negative Nebenwirkung der hormonellen Empfängnisverhütung war so stark, dass die betroffenen Frauen, die hormonelle Empfängnisverhütung anwendeten, mit hoher Wahrscheinlichkeit (odds ratio) das Risiko eingingen, auf andere Verhütungsmethoden überzugehen (Malmborg, Persson, Brynhildsen, Hammar, 2016, S. 158-166).

Die Autoren eines 2012 publizierten Artikels (Burrows, Basha, Goldstein, 2012) stellten fest, dass die Auswirkungen hormoneller Empfängnisverhütung auf die Sexualfunktion noch weniger im Fokus der Forschung standen. Die bisherigen Forschungsergebnisse sind ambivalent. Bei einem geringeren Teil der untersuchten Frauen wurde festgestellt, dass die hormonellen Verhütungsmittel in einem geringen Mass die sexuelle Lust verändern und diese Wirkung sowohl steigernd, als auch mindernd sein kann. Laut bisheriger Forschungen hat die hormonelle Empfängnisverhütung im Falle bestimmter Frauen einen Effekt auf die sexuelle Lust. Dieser Effekt ist jedoch unterschiedlich gross und auch die Richtung ist nicht in jedem Falle gleich (Burrows, Basha, Goldstein, 2012, S. 2213-2221).

Eine im Jahr 2004 veröffentlichten Studie von Davis und Castano gab einen Überblick über die 30 Fachpublikationen hinsichtlich Untersuchungen zum Thema Wirkung der oralen Empfängnisverhütung auf das sexuelle Verlangen. Abhängig von den jeweils angewendeten Methoden, kam die jeweilige Forschungsstudie zu unterschiedlichen Ergebnissen:

- retrospective uncontrolled (17 Stück) Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass bei den meisten Frauen die sexuelle Lust bei Anwendung oraler Empfängnisverhütung ansteigt,
- prospective uncontrolled (4 Stück) Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass bei den meisten Frauen eine geringe Veränderung des sexuellen Verlangens bei der Einnahme oraler Verhütungsmittel zu beobachten war,
- prospective and cross-sectional controlled (4 Stück) Untersuchungen zeigten als Ergebnis, dass ein Teil der Frauen, die orale Verhütungsmittel einnahmen eine Steigerung des sexuellen Verlangens angaben, ein Teil jedoch das Gegenteil, eine Minderung im Vergleich zu den Frauen, die keine oralen Verhütungsmittel einsetzten.
- randomized placebo-controlled (5 Stück) Untersuchungen kamen zu gemischten Ergebnissen. Die meisten berichteten von einer Minderung des sexuellen Verlangens bei Frauen mit oraler Empfängnisverhütung im Vergleich zu Frauen, die ein Placebo eingenommen hatten.

Die Verfasser kamen zu dem Schluss, dass besser vorbereitete Forschungsstudien notwendig seien, um die ursächlichen Zusammenhänge zwischen oraler Empfängnisverhütung und sexuellem Verlangen unabhängig untersuchen zu können (Davis, Castaño, 2004, S. 297-317).

Im Jahr 2010 veröffentlichten Wallwiener et al. eine Studie, deren Ziel es war, den Zusammenhang zwischen hormoneller Empfängnisverhütung und sexueller Dysfunktion bei Frauen zu untersuchen. An der Untersuchung nahmen 1219 deutsche Medizinstudentinnen teil.

Die Teilnehmer füllten den FSFI-Fragebogen aus und ihnen wurden auch zusätzliche Fragen hinsichtlich Empfängnisverhütung und sexueller Aktivität gestellt. Man kam zu dem Schluss, dass die hormonelle Empfängnisverhütung mit einem niedrigeren Gesamt-FSFI-Score, einem geringerem sexuellen Verlangen und einer niedrigeren sexuellen Erregbarkeit einhergeht, als in Fällen, bei denen keine hormonelle Empfängnisverhütung oder keinerlei Verhütungsmittel zum Einsatz kamen (Wallwiener, Wallwiener, Seeger, Mück, et al. 2010, S. 2139-2146).

2008 publizierte Martin-Loeches eine Studie, in der die Wirkung von oralen Verhütungsmitteln und in die Gebärmutter eingesetzten Verhütungsmitteln auf das sexuelle Verlangen untersucht wurde. Die Studie wurde unter der Teilnahme von 1073 Frauen durchgeführt. Man hatte zum Ziel, das relative Risiko der Minderung des sexuellen Verlangens zu vergleichen. Dabei wurde festgestellt, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Arten der Empfängnisverhütung hinsichtlich der Wirkung auf das sexuelle Verlangen nachweisbar war. In beiden Fällen verringerte sich das sexuelle Verlangen, die Partnerschaftsbeziehung war durchschnittlich oder schlecht. In Fällen, bei denen die Frau noch keine Geburt hatte, war die mindernde Wirkung höher, als bei Frauen, die bereits ein Kind geboren hatten. Das sexuelle Verlangen verbesserte sich bei Frauen, die das empfängnisverhütende Mittel bereits seit mehr als 12 Monaten verwendeten (Martin-Loeches, Ortí, Monfort, Ortega, Rius, 2008, S. 129-133).

Eine Online-Forschungsstudie von Higgins aus dem Jahr 2008 unterteilte die Teilnehmer hinsichtlich des verwendeten Verhütungsmittels in drei Gruppen: ausschliesslich hormonelle Verhütung, ausschliesslich Kondom, Verwendung beider Mittel über einen Zeitraum von vier Wochen. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass diejenigen, die das Kondom verwendeten, den Geschlechtsakt als weniger lustvoll empfanden. Ausschliesslich hormonell verhütende Frauen berichteten in geringerem Masse über ein gemindertes sexuel-

les Lustempfinden, ihr Gesamt-Score bezüglich sexueller Befriedigung war jedoch signifikant niedriger, als bei den beiden anderen Gruppen.

Bei der Gruppe, die beide Verhütungsmittel anwendete, war der Gesamt-Score bzgl. sexueller Befriedigung am höchsten (Higgins, Hoffman, Graham, Sanders, 2008, S. 321-330).

Schaffir beschäftigte sich in einer im Jahr 2006 veröffentlichten Studie mit der medizinischen Fachliteratur der vergangenen 31 Jahre, um den Zusammenhang zwischen hormoneller Verhütung und sexuellem Verlangen aufzuzeigen. Zwar konnte er sexuelle Nebenwirkungen in den verschiedenen Untergruppen von Frauen feststellen, die hormonell verhüteten, der Autor konnte jedoch keinerlei konsistente Muster bei den Auswirkungen erkennen. Somit kam er zu dem Schluss, dass die Anti-Babypille tatsächlich keine Wirkung auf das sexuelle Verlangen hat. Seiner Meinung nach unterliegt das sexuelle Verlangen vielmehr biologischen, psychologischen und sozialen Einflüssen, und zur Identifikation der wichtigsten Einflussfaktoren seien weitere Untersuchungen notwendig (Schaffir, 2006, S. 305-312).

6. Einfluss des sexuellen Lernprozesses auf das sexuelle Vergnügen

Der Lernprozess ist notwendig, damit das Individuum bestimmte Körperteile entsprechend bewegen und fühlen kann und um Genuss zu verspüren. Die Zentren für die Bewegung und das Gefühl befinden sich im Primärkortex, das Zentrum für das Genussgefühl hingegen im Sekundär- und Tertiärkortex (Bischof, 2018, S. 188-189).

Wenn sich der sexuelle Erregungsreflex entwickelt, steigt die Blutversorgung der Geschlechtsorgane. Diesen Vorgang bezeichnet man als Vasokongestion. Dabei handelt es sich um einen automatischen Ablauf, die Wahrnehmung des Prozesses durch das Individuum ist jedoch nicht automatisch und auch nicht der Genuss. Dieser Lernprozess beginnt bereits bei der Geburt und läuft im Kleinkindalter weiter. Das Kind berührt – wie alle seine Körperteile – auch seine Geschlechtsorgane und spielt damit. Dabei sammelt es wertvolle Erfahrungen über das Gefühl des Berührens und der angenehmen Natur dieser Berührung. Durch Wiederholung werden diese Erfahrungen verankert. In der europäischen Kultur wird der sexuelle Lernprozess der Kinder leider häufig nicht unterstützt. Mädchen wachsen daher häufig auf, ohne ihren eigenen Körper zu kennen, was später beim Erleben ihrer Sexualität zu Problemen führen kann (Bischof, 2018, S. 189).

Die Komponenten der sexuellen Lust sind das sexuelle Verlangen und das sexuelle Vergnügen. Das sexuelle Vergnügen ist jene Komponente der sexuellen Lust, in der das Individuum die Steigerung der sexuellen Erregung empfindet und positiv erlebt.

Das positive Erleben findet im Gehirn statt, der sexuelle Reiz erfolgt an der Peripherie. Um das sexuelle Vergnügen zu maximieren – was, wie wir später sehen werden, eine Grundbedingung des sexuellen Verlangens ist – muss das Genusssystem im Gehirn maximal aktiviert sein.

Dies hängt zum Teil von Abläufen im Gehirn (s. Kapitel 3.1, 6.1, 7.3), teilweise von den Abläufen in der Peripherie (Kapitel 6.2, 6.3, 6.4, 7.1, 7.2) ab. In der Peripherie muss demnach ein maximaler Stimulus vorhanden sein und zum Gehirn gelangen. Damit das geschieht, sind zum Teil erlernte Abläufe notwendig. Die oben genannten Prozesse stellt dieses Kapitel in sehr vereinfachter Form vor.

6.1. Der periphere Körper und das Gehirn als untrennbare Einheit

Aus den oben genannten Umständen folgt eindeutig, dass der menschliche Körper eine Einheit ist, d.h., dass Gehirn und die Peripherie miteinander im Einklang stehen.

6.2 Die Rolle des Gehirns für das sexuelle Vergnügen

Wie bereits im Kapitel 3.1 ausgeführt, spielt das Gehirn eine zentrale Rolle bei der Entstehung der sexuellen Lust (sexuelles Verlangen und sexuelles Vergnügen). Die sexuelle Lust entsteht in verschiedenen Teilen des Gehirns und wird vom Genusssystem gebildet. Im Gehirn wird das Vergnügen von den körpereigenen Opiaten, den Endorphinen, induziert. Es gibt noch andere chemische Stoffe, wie beispielsweise Oxytocin, die in diesem Prozess eine Rolle spielen.

Die neuroanatomischen Hotspots des Genusssystems

- Subcortical: Nucleus accumbens, Ventral pallidum, Brainstem (Hirnstamm) im Parabrachial Nucleus der Brücke,
- Cortical: Orbitofrontal Cortex, Cingulate, Medial prefrontal, Insular Cortex.

In diesen Zentren entsteht wahrscheinlich auch das sexuelle Vergnügen (Kringelbach, Berridge 2009, S. 479-485; Szentágothai, Réthelyi, 1996, S. 1352ff.).

Auf Wirkung des von Endorphin überschwemmten Gehirns erlebt das Individuum ein intensives sexuelles Vergnügen.

Frage: Wovon hängt es ab, dass sich das System bei einem Individuum stärker aktiviert als bei anderen?

Wie wir sehen konnten, sind die chemischen Abläufe im Gehirn grundlegend. Sie wirken unmittelbar auf das Neurotransmittersystem. Auch verschiedene Drogen und Medikamente entfalten auf diese Weise ihre Wirkung. So blockieren beispielsweise die bei der Behandlung von Depression eingesetzten SSRIs die Rückaufnahme von Serotonin in den Zellen. Somit steigt der Serotoninspiegel. Serotonin steht in Verbindung mit dem Dopaminerg-System, so wirkt das Medikament unmittelbar auf das Gehirn.

Auch die Wirkungen der Emotionen und Kognitionen gehören teilweise diesem System an. Da sich die Stimulierung der sexuellen Erregung andererseits an der Peripherie bildet, kommt auch der Verbindung zwischen Peripherie und der Gehirnperipherie eine wichtige Rolle zu (Bischof 2018, S. 188ff.).

6.3. Die Rolle der Peripherie für das sexuelle Vergnügen

Obwohl das positive Erleben, wie in vorangehenden Kapiteln beschrieben, in den entsprechenden Gehirnregionen entsteht, reizt der Stimulus, der die sexuelle Erregung auslöst, zum Teil die Rezeptoren des peripheren Körpers und gelangt anschliessend durch Vermittlung über die peripheren afferenten Nerven in das zentrale Nervensystem. Dort wird der Reiz verarbeitet und mit Ausstrahlung auf den Cortex entsteht ein primäres Gefühl, daraus ein sekundäres. Als tertiäres Gefühl gelangt es als sexuelles Vergnügen in das Bewusstsein.

Dieser Prozess ist nicht angeboren, sondern erlernt, d.h., es sind entsprechende Wiederholungen der Situation notwendig, damit sich die entsprechenden neuronalen Verbindungen bilden können. Diese neuronalen Verbindungen sind die zwischen den Neuronen befindlichen Synapsen (Bischof, 2018, S. 188-189).

6.4. Der Zugang zum Geschlecht

6.4.1 Unterschied zwischen der in den Geschlechtsorganen gemessenen und subjektiv erlebten sexuellen Erregung

Das am häufigsten referenzierte Modell über den Ablauf der sexuellen Reaktion stammt von Masters und Johnson aus dem Jahr 1966 (Masters, Johnson 1966). Demnach kann der physiologische Ablauf der sexuellen Reaktion in folgende vier Phasen unterteilt wer-

den: Erregungsphase, Plateauphase, Orgasmusphase, Rückbildungsphase. Bereits in den 1970er Jahren war es fraglich, ob es sich bei der Plateauphase um eine gesonderte Phase handelt oder lediglich um eine Unterphase des hohen Erregungszustandes, da sie sich qualitativ nicht von der Erregungsphase unterscheidet. Heute wird das Modell daher als Drei-Phasen-Modell angesehen (Komisaruk, Beyer-Flores, Whipple 2006, S. 16ff.). Ebenso unterscheidet Kaplans (1979) Drei-Phasen-Modell neben der Erregungs- und Orgasmusphase eine Verlangensphase. Die Phase des Verlangens steht vor der Erregungsphase. Keines dieser Modelle berücksichtigt das subjektive Erleben der sexuellen Erregung (Bischof-Campbell 2012, S. 7).

Auf diese Problematik wiesen Chivers und Bailey (2005, S. 115-120) hin. Sie untersuchten 18 heterosexuelle Männer und Frauen. Den Probanden wurden sieben Kurzfilme mit sexuellem Inhalt vorgeführt. Dabei wurden heterosexuelle und homosexuelle (weibliche und männliche) Szenen und auch Sex zwischen Bonobo-Affen gezeigt. Die genitale Reaktion wurde objektiv und subjektiv gemessen. Die objektive Messung erfolgte indem die vaginale Pulsamplitude mithilfe eines vaginalen Photoplethysmographen aufgezeichnet wurde, subjektiv indem die Teilnehmer einen Hebel auf der Skala zwischen 0 und 100 betätigten. Den Ausgangserregungszustand mass man mittels eines neutralen Films, dabei wurde der Nullwert (0) festgelegt. Daneben erhielten die Teilnehmer unterschiedliche Aufgaben, bis sie den Nullwert erreichten. Gemäss der objektiven Messung bewirkten alle Filmszenen bei den Frauen einen Erregungszustand, der signifikant höher war als der Ausgangszustand (p kleiner als 0,01). Zwischen den einzelnen Filmszenen gab es keinen wesentlichen Unterschied. Die Messung des subjektiven Erregungszustandes zeigte vollkommen andere Ergebnisse. Die Frauen gaben an, dass die Affenszenen keine Erregung auslösten, der subjektive genitale Erregungszustand bei heterosexuellen Filmszenen war signifikant höher, als bei Filmszenen mit homosexuellem Inhalt (zwischen Männern p kleiner als 0,01, zwischen Frauen p kleiner als 0,05). Bei den männlichen Testpersonen stimmten die objektiven und subjektiven Messergebnisse überein (Chivers und Bailey, 2005, S. 115-120). Die Ergebnisse dieser Untersuchung untermauerten die Ergebnisse früherer Studien. **Der Unterschied zwischen objektiver und subjektiver Wahrnehmung konnte nicht bei allen Frauen nachgewiesen werden** (Bischof-Campbell, 2012, S. 7-9).

Rellini, McCall, Randall und Meston führten folgendes Experiment durch: 22 Frauen wurden erotische Filmszenen gezeigt. Der objektive genitale Erregungszustand wurde mit Hilfe eines Photoplethysmographen gemessen, der subjektive Erregungszustand mit einer Maus, indem die Teilnehmerinnen die Maus zwischen Werten von (-)2 und (+)7 bewegen konnten. Gezeigt wurde ein 14 Minuten langer Film, wobei dieser aus 1 Minute Ruheteil, 3

Minuten neutralem Inhalt und 10 Minuten erotischem Inhalt bestand. Danach markierten die Teilnehmerinnen ihren subjektiv durchlebten genitalen und mentalen Erregungszustand auf einer 7-Punkte-Skala. Bei den Frauen zeigten sich erhebliche Unterschiede, bei einigen stimmten der objektive und subjektive Erregungszustand überein, bei anderen gab es wesentliche Abweichungen (Rellini, McCall, Randall und Meston, 2005, S. 116-123). Diesen Unterschied stellten auch andere Forscher fest (Bischof-Campbell, 2012, S. 8).

Die Forscher kamen zu dem Schluss, dass bei den Frauen, die häufiger Geschlechtsverkehr und dabei einen Orgasmus hatten, der objektive und subjektive genitale Erregungszustand stärker korrelierten (Adams, Haynes, Brayer, 1985, S. 689-695).

2003 führten Brody, Laan und van Lunsen weitere Studien durch. Sie leiteten folgendes Experiment: untersucht wurden 38 gesunde, postmenopausale Frauen. Ihr genitaler Erregungszustand wurde mittels vaginalem Photoplethysmographen während vier erotischer Stimuli gemessen. Anschliessend befragte man sie zu ihrem genitalen Erregungszustand. Dabei kam man zu dem Schluss, dass das objektive und subjektive Messergebnis bei denjenigen Frauen übereinstimmte, die während des Geschlechtsaktes einen Orgasmus hatten. Bei Frauen, die während der Selbstbefriedigung, beim Vor- oder Nachspiel einen Orgasmus hatten, stimmten die objektiven und subjektiven Messergebnisse nicht überein. Die Forscher zogen daraus den Schluss, dass Frauen, die beim Sex mehrere Orgasmen haben, in ihrer Vagina besser fühlen und daher die internen Stimuli in der Scheide intensiver empfinden (Brody, Laan und van Lunsen 2003, S. 15-22).

6.4.2 Der Unterschied zwischen sexueller Erregung und sexuellem Vergnügen

Aufgrund der im vorhergehenden Kapitel getroffenen Aussagen wurden die Modelle von Masters und Johnson, bzw. Kaplan stark kritisiert (Basson et al., 2004, S. 40-47; Kleinplatz et. al., 2009, S. 1-12; Levin, 2002, S. 405-410; Sugrue und Whipple, 2001, S. 221-225). Als überholt gilt heute auch die Ansicht, wonach sich die oben genannten Modelle lediglich auf die quantitative Komponente der sexuellen Erregung konzentrierten (physisch, physiologisch), jedoch die qualitative Komponente (das Durchleben der Lust) völlig ausser Acht liessen. Qualitative Komponente heisst, dass die sexuelle Erregung als angenehm oder unangenehm wahrgenommen wird (Bischof-Campbell 2012, S. 9). Die früheren Modelle betrachteten das erotische Vergnügen als zwingende Begleiterscheinung der sexuellen Erregung. Die sexualtherapeutische Praxis widerspricht jedoch dieser Aussage, zumal viele Frauen gerade deshalb Hilfe suchen, weil sie die sexuelle Erregung nicht geniessen können (Bischof, 2012, zitiert nach Bischof-Campbell 2012, S. 9). Mehre-

re Forscher gingen davon aus, dass Frauen mit sexuellen Erregungsstörungen wahrscheinlich keine Probleme mit der physiologischen Reaktion an sich haben, sondern vielmehr die entsprechende sexuelle Stimulation zur physiologischen Reaktion fehlt (Bischof-Campbell, 2012, S. 9-10; Van Lunsen und Laan, 2004, S. 741-747).

Aufgrund der oben genannten Kritikpunkte beschäftigte sich ein internationales interdisziplinäres Gremium mit der Aufgabe, die Definitionen und Klassifikationen im Zusammenhang mit sexuellen Störungen bei Frauen zu aktualisieren. Auf diese Weise entstand die neue Klassifikation Consensus-Based classification of Female sexual dysfunction CCFs. Diese neue Klassifikation unterscheidet zwischen genitalen und subjektiven Aspekten. Die sexuelle Erregungsstörung wird so interpretiert, dass diese Störung eine physiologische Störung sein kann, oder eine Störung des subjektiven Erlebens oder auch beides gleichzeitig (Basson et .al., 2004, S. 40-47).

Sugrue und Whipple (2001) entwickelten diese neuen CCFs weiter. Anstelle der Aussage, wonach die beiden Aspekte der sexuellen Erregung der genitale und der subjektive Aspekt sind, entwickelten sie zwei neue, voneinander getrennte Dimensionen, die sexuelle Erregung und die sexuelle Lust. Wenn eine Frau während des Geschlechtsverkehrs in einen Erregungszustand gerät, jedoch keine Lust empfindet, so ist das keine Erregungsstörung, sondern vielmehr eine Störung des Lustempfindens. Sie schlugen die Schaffung zweier unterschiedlicher diagnostischer Kategorien für die sexuelle Erregung und die sexuelle Lust vor (Sugrue und Wipple, 2001, S. 221-225). Dass sexuelle Erregung nicht unbedingt mit sexueller Lust einhergeht ist z.B. auch aus sexuellen Übergriffen ersichtlich. Im Zuge sexueller Übergriffe kann es auf physiologischer Ebene durchaus zu sexuellen Erregungszuständen kommen, die sich bis zur Entladung steigern können, während das Opfer auf emotionaler Ebene Schreckliches durchlebt (Bischof-Campbell, 2012, S. 11).

Auf demselben Ansatz basiert das Sexocorporel-Konzept, das die sexuelle Erregung und die durchlebte Lust als zwei unterschiedliche Dimensionen beschreibt (Desjardins et al. 2010, zitiert nach Bischof-Campbell, 2012, S. 10-11). Im Sexocorporel-Konzept werden die sexuelle Erregung und die sexuelle Lust zeitlich als zwei voneinander unabhängige Kurven dargestellt. Die Lustkurve kann sogar in den Negativbereich unter Null geraten und so ein unangenehmes Erlebnis abbilden. Erreicht die sexuelle Erregung (erster Reflex) im Zuge der Steigerung eine bestimmte Schwelle, wird automatisch ein zweiter Reflex ausgelöst, der Reflex der sexuellen Entladung. Wenn hingegen die Lust ein bestimmtes Niveau erreicht, kann dort eine emotionale Entladung stattfinden. Diese emotionale Entladung kann Lachen oder auch Schreien sein. Dem Modell nach kann eine Frau die sexuelle Erregung auch ohne Orgasmus als lustvoll empfinden (Bischof-Campbell, 2012,

S. 10-11). Umgekehrt ist es auch möglich, dass sie eine körperliche Entladung durchlebt, ohne diese wahrzunehmen oder gar in Begleitung von unangenehmen Gefühlen. Dies tritt ein, wenn die Steigerung der sexuellen Erregung sehr ermüdend ist oder es sich im Extremfall um einen sexuellen Übergriff handelt. Diese rein physiologische Entladung bezeichnet das Sexocorporel-Modell als orgastische Entladung. Wird die Entladung jedoch wahrgenommen und als lustvoll empfunden, wird die Orgastik zur Orgasmik (Desjardins et al., 2010, zitiert nach Bischof-Campbell, 2012, S. 10-11).

6.4.3 Der genitale Erregungszustand in der Klitoris und in der Vagina

Die sexuelle Erregung ist eine reflexartige Reaktion in den Geschlechtsorganen. Im Falle von männlichen Föten konnte dies bereits während der Entwicklung in der Gebärmutter mittels Ultraschall beobachtet werden (Meizner, 1987, S. 111). Dieser Reflex wird durch das periphere und zentrale Nervensystem erzeugt, insbesondere durch den parasympathischen Teil. Wird der Reflex ausgelöst, kommt es zu einer Vasokongestion, d.h. in den Geschlechtsorganen und im Beckenbereich steigt die Blutzirkulation. Aus dem Blutplasma tritt entlang der Scheidenwand eine Flüssigkeit aus, wodurch die Vagina feucht wird, dieser Vorgang wird Lubrikation genannt. Auch bei Frauen kommt es - wenn auch in geringerem Masse als bei Männern - zu einer Erektion. Dabei füllt sich die Klitoris, d.h. die erektilen Körper der Klitoris, mit Blut und vergrössern sich. Ausserdem schwellen die kleinen Schamlippen an (Maravilla et al., 2005, S. 162-166). Daneben läuft eine koordinierte Reaktion zwischen der glatten Scheidenmuskelwand und der die Scheide umgebenden Beckenbodenmuskulatur ab. Als Folge dieser Reaktion verlängert und verbreitert sich zu Beginn der Innenbereich der Scheide. Bei weiterer Steigerung der Erregungssteigerung zieht dieser sich erneut zusammen und der innere Druck der Vagina erhöht sich erneut. Diese Druckerhöhung wächst im Zuge des Orgasmus als Folge des rhythmischen Zusammenziehens weiter an (Giuliano, Rampin, Allard, 2002, S. 101-115). Dies ist ebenfalls ein Reflex, der vom sympathischen Teil des vegetativen Nervensystems ausgelöst wird. Der Blutdruck und der Herzrhythmus steigen dabei auf das Doppelte der Ruhewerte an. Das Schmerzempfinden hingegen reduziert sich etwa auf die Hälfte, das Tastempfinden nimmt zu (Komisaruk, Beyer-Flores, Whipple, 2006, S. 16ff.). In den 1970er Jahren war es eine verbreitete Annahme, dass die Stimulierung der Klitoris für einen Orgasmus unabdingbar sei, heute gilt diese Ansicht als überholt. Dies wird durch die Erfahrung zahlreicher Frauen bestätigt, bei denen die Klitoris und die kleinen Schamlippen entfernt wurden und die dennoch entladungsfähig blieben (Lightfoot-Klein, 1989, S. 375-391). Es wurde auch bewiesen, dass Frauen, deren Rückenmark völlig durchtrennt worden war und die

daher gelähmt waren, über eine vaginale zervikale Stimulation zum Orgasmus kommen konnten, über eine mechanische Stimulation der Klitoris hingegen nicht. Als Erklärung dafür gab man an, dass der zehnte Hirnnerv Vagus als alternative Verbindung unter Umgehung des Rückenmarks die zervikale Region mit dem Hirnstamm verbindet und so eine Reizübertragung über das Rückenmark zur Reizweiterleitung nicht notwendig ist (Komisaruk et al., 2004, S. 77-86). Es sind mehrere sensorische Stimulationen der sexuellen Erregungssteigerung bekannt, die beiden wichtigsten sind die äussere sensorische Stimulierung der Vulva, insbesondere der Glans Clitoridis (Klitorisspitze) und des umgebenden Bereichs, sowie die innere sensorische Stimulierung der Scheidenwand und des Beckenbereichs (Bischof-Campbell, 2012, S. 5-7). Diese beiden Bereiche verfügen neuroanatomisch über vollkommen unterschiedliche sensorische Rezeptoren und afferente Nervenenden (Fugl-Meyer, Oberg, Lundberg, Lewin, Fugl-Meyer, 2006, S. 56-66). Die Klitorisspitze, die kleinen Schamlippen, der Eingang des Harnleiters, der Scheideneingang und der Anus verfügen über ein sehr dichtes Nervennetz und die oberflächliche Wahrnehmung wird in diesem Bereich durch den Pudendusnerv gesichert. Dem gegenüber befinden sich im Unterhautgewebe, in den Scheidenwänden, in der Nähe der Beckenbodenmuskeln sowie im Schliessmuskel des Afters Rezeptoren, die empfindlich auf Vibration, Druck und Dehnung reagieren (Bischof, 2008, S. 190-194; Bischof-Campbell, 2012, S. 5-7). Ein besonders wichtiger (jedoch nicht der einzige) Bereich in der Scheide, dessen Reizung zu einem Orgasmus führen kann, ist das paraurethrale Schwellgewebe an der vorderen Scheidenwand, die sog. Gräfenberg- Zone (Komisaruk et al., 2004, S. 77-86). Es konnte nachgewiesen werden, dass die Reizung der Klitoris und der Scheide Aktivitäten in den unterschiedlichen sensorischen Kortextbereichen auslöst (Komisaruk et al., 2011, S. 2822-2829). An dem Experiment nahmen 11 Frauen teil. Ihre Klitorisspitze und Scheidenwand wurde abwechselnd stimuliert und dabei ihr Gehirn mittels MRI untersucht. Auf dem MRI-Bild war zu sehen, dass die Stimulationen der Klitoris, der Vagina und des Zervix im medialen parazentralen Lobulus Aktivitäten auslösten, jedoch jeweils in unterschiedlichen Bereichen. Die Forscher waren der Meinung, dass dafür die unterschiedlichen sensorischen Nervenvernetzungen der Klitoris, der Vagina und des Zervix verantwortlich sind. In der Klitoris ist der Nervus Pudendus aktiv, in der Vagina und dem Zervix hingegen die Nervenstränge des Beckens, die hypogastrischen Nerven und der Vagus. Die aktivierten Gehirnbereiche überlappten teilweise. Die Forscher erklären dies damit, dass der Zervix nicht stimuliert werden kann, ohne die Scheide zu berühren, bzw. wird bei Einführung eines Objekts in die Scheide das Klitorisgewebe indirekt stimuliert (Komisaruk et al., 2011, S. 2822-2829). Masters und Johnson schrieben im Jahr 1966, dass der Orgasmus unabhängig von der Art der Stimulation sei. Dank genauerer Messmethoden wis-

sen wir heute, dass diese Annahme falsch war (Bischof-Campbell, 2012, S. 7). Die sensorische Auslösung des Orgasmus ändert sich in Abhängigkeit von den Stimulationsmechanismen (King, Belsky, Mah, Binik, 2011, S. 865-873; Levin, Van Berlo 2004, S. 82-87). Frauen beschreiben das so, dass sich die Scheidenstimulation auf den gesamten Körper ausbreitet, während sie den Orgasmus durch Stimulation der Klitoris nur als örtlich begrenztes Gefühl empfinden (Bischof-Campbell, 2012, S. 7). Die kombinierte Stimulation von beiden Bereichen führt zu einem weitläufigen, intensiven Orgasmus (Fugl-Mayer et al., 2006, S. 56-66). In Schweden untersuchte Fugl-Mayer die Häufigkeit der verschiedenen Stimulationen, Mechanismen. An der Studie nahmen 1335 Frauen im Alter von 18 bis 74 Jahren teil (Fugl-Mayer et al., 2006). Mit Hilfe verschiedener Methoden, Interviews und Fragebogen untersuchte man die Art des Orgasmus und der Stimulation und auch, welche Techniken mit dem Partner angewendet werden. Diese waren wie folgt: manuell, Cunnilingus, Fellatio, Vibrator, Dildo, normaler Geschlechtsverkehr, Analsex. Dies wurde auch in Bezug auf Selbstbefriedigung untersucht. Nahezu 90% der Frauen wurden von ihrem Partner manuell stimuliert, etwa 80% davon erreichten damit einen Orgasmus. Mehr als 90% hingegen hatten normalen Geschlechtsverkehr, jedoch lediglich 50% erlebten dabei einen Orgasmus. Noch weniger Frauen (47%) gaben an, auch ohne Stimulation der Klitoris zum Höhepunkt zu kommen. 66% der Frauen hingegen gaben an, dass der Orgasmus dann am besten sei, wenn sich dabei der Penis in der Scheide befindet, unabhängig davon, ob in der Zwischenzeit die Klitoris stimuliert wird (Fugl-Mayer et al., 2006, S. 56-66).

Zusammengefasst: Aus den Beispielen ist ersichtlich, dass das Fehlen des sexuellen Lernprozesses dazu führt, dass ein Grossteil der erwachsenen Frauen während des sexuellen Erregungszustandes nicht entsprechend fühlt und auch keinen Genuss empfinden kann. Sie können den sexuellen Erregungszustand in der Scheide deshalb nicht nur deshalb nicht fühlen oder geniessen, weil sie als Kinder keine entsprechenden Erfahrungen gesammelt haben, sondern weil sie während der Steigerung der sexuellen Erregung die Steigerung häufig mit einem hohen Muskeltonus herbeiführen (Bischof, 2018, S. 188-194; Bischof-Campbell, 2012, S. 5-7).

Im folgenden Kapitel werden das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität und seine Wirkungen vorgestellt.

7. Das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität und dessen Wirkung auf das sexuelle Vergnügen

7.1 Das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität

Sex beginnt mit dem Auslösen des sexuellen Erregungsreflexes und der Steigerung der sexuellen Erregung. Wenn die sexuelle Erregung ein bestimmtes Niveau erreicht, wird ein weiterer Reflex ausgelöst, der Entladungsreflex. Beide Reflexe sind angeboren, bei männlichen Föten kann man die Erektion sogar im Mutterleib beobachten.

Die Steigerung der sexuellen Erregung hingegen ist ein erlernter Prozess, der im Rahmen der Sexualisierung abläuft. Da es sich nicht um einen automatischen Prozess handelt, ist das sexuelle Erlernen dazu notwendig (Desjardins, 1996, zitiert nach Bischof, 2018, S. 187).

Abhängig davon, wie die einzelnen Personen diesen Prozess erlernen, spielen sich unterschiedliche physiologische und vegetative Abläufe im Körper ab (Bischof, 2018, S. 187-189; Bischof-Campbell, 2012, S. 14-15).

Als erlerntes körperliches Verhalten in der Sexualität bezeichnet man die vegetativen Abläufe, die sich bei der sexuellen Erregungssteigerung im Körper abspielen und die im Rahmen des Sexualisierungsprozesses erlernt werden. Diese vegetativen Prozesse umfassen Muskeltonus, Bewegung sowie Atmung und deren zeitliche Veränderung sowie Rhythmus.

Wie beeinflussen die unterschiedlichen Muskeltoni, die Atmung und Bewegungen das Durchleben der sexuellen Lust während der sexuellen Erregungssteigerung?

Die Muskelanspannung beeinflusst die Fähigkeit der Nervenzellen zur Reizweiterleitung, die Blutversorgung und das vegetative Nervensystem (Bischof, 2018, S. 192-194).

7.2 Der Einfluss des erlernten körperlichen Verhaltens auf das sexuelle Vergnügen

7.2.1. Die Wirkung des Muskeltonus auf die Reizübertragung

Eine hohe Muskelspannung verändert die Reizübertragung und schwächt die oberflächliche zärtliche Wahrnehmung (z.B. Streicheln, zärtliche Berührung). Das kann man an sich selbst beobachten indem man den Handrücken bzw. den Unterarm zart streichelt, einmal mit geballter Faust, und einmal mit lockerer Hand. Wird die Hand zur Faust geballt, spüren wir das Streicheln viel weniger. Wird die Hand jedoch entspannt, ist das Streicheln gut

zu spüren und kann auch genossen werden. Derselbe Berührungsreiz wird also unterschiedlich empfunden (Bischof, 2018, S. 193). Das zärtliche Streicheln ist bei der Sinnlichkeit, dem Erleben von Intimität äusserst wichtig und steigert die Verbundenheit, bei angespanntem Muskeltonus bereitet es ein unangenehmes Gefühl (Löken, Wessberg, Morrison, McGlone, Olausson, 2009, S. 547-548). Die Personen gaben an, dass sie das zärtliche Streicheln nicht mögen. Wenn für einen Partner Zärtlichkeit sehr wichtig ist und er dadurch Intimität erlebt, der andere Partner dies jedoch nicht mag, wird zwischen beiden kein Einklang entstehen, und es wird zu Missverständnissen kommen. Die Anspannung der Muskeln während der sexuellen Erregungssteigerung ist nur erlernt und kann durch einen erneuten Lernprozess modifiziert werden (Bischof, 2018, S. 193).

Die Anspannung des Brustkorbs und des Bauchs verhindert die Reizübertragung von den Geschlechtsorganen zum Gehirn. So kommen die lustvollen Berührungsimpulse zur Erregungssteigerung gar nicht im Gehirn an. Der hedonische Input und das Durchleben der Lust sind wegen des hohen Muskeltonus niedriger, als möglich. Auf diese Weise ist während der sexuellen Erregung das Erleben eines angenehmen Vibrationsgefühls in den Geschlechtsorganen – das aufgrund der erhöhten Blutversorgung dieser zustande kommt – nicht möglich (Bischof, 2018, S. 193).

7.2.2. Die Wirkung des Muskeltonus auf die Blutversorgung

Die genitale Vasokongestion (Steigerung der Blutversorgung der Geschlechtsorgane) führt in den Geschlechtsorganen zu einem warm prickelnden und angenehmen Gefühl. Ein hoher Muskeltonus verringert die Blutversorgung der Geschlechtsorgane, daher kommt das angenehme Gefühl nicht zustande, was wiederum die sexuelle Lust mindert. Wegen der geringeren Blutversorgung, verringert sich auch die Scheidenlubrikation. Die Scheide kann so nicht zu einem feuchten und angeschwollenen Bereich werden, sondern bleibt eine solide, steife Röhre. Somit entsteht auch kein Verlangen nach Penetration und Ausfüllen der Scheide. Die sensorische Motivation des Geschlechtsakts bleibt aus (Bischof, 2018, S. 193). Im Gegensatz dazu unterstützt die aktive Bewegung die Blutversorgung und somit die Lubrikation, so entsteht das Fühlen des vaginalen Innenbereiches und die Lust, diesen auszufüllen. Die einfache Anspannung und Entspannung der Beckenbodenmuskulatur kann sexuelle Erregung und Lubrikation auslösen. In einem sich fließend bewegenden Körper, bei dem der gesamte Beckenbereich mit Blut ausgefüllt ist, kommt die Steigerung des Muskeltonus nicht global zustande, sondern abhängig von der Bewegung, dynamisch lokal immer nur an dem kleinen Bereich der Geschlechtsorgane. So ist

die sexuelle Erregung nicht so empfindlich gegenüber äusseren Störfaktoren. In einem Zustand, wo aufgrund des hohen Muskeltonus die Blutversorgung von vornherein gestört ist, bricht die sexuelle Erregung bei einer störenden Einwirkung zusammen. Die geringere Blutversorgung mindert auch die Intensität des Orgasmus, somit werden im Gehirn weniger Transmitter freigesetzt, die ein Glücksgefühl verursachen. Viele Frauen mit sehr hohem Muskeltonus beschreiben den Orgasmus wie ein gutes Niesen und geniessen die anschliessende Entspannung. Bewegt sich hingegen das gesamte Becken und steigt die Blutversorgung stark an, schaden kleine Pausen (Aussetzer bei der sexuellen Erregungssteigerung) nicht, und es kommt zu einem stärkeren Orgasmus (Bischof, 2018, S. 193-194).

7.2.3. Die Wirkung des Muskeltonus auf das vegetative Nervensystem

Ein hoher Muskeltonus und eine oberflächliche Atmung führen zu Sauerstoffmangel, was wiederum das sympathische Nervensystem übermässig aktiviert. Dies wirkt sich negativ auf die sexuelle Erregungssteigerung aus (Ulrich- Lay et al., 2010, 20529-20533.) Das Gehirn befindet sich dabei in einem Fluchtmodus, anstatt in einem Genussmodus. Das Individuum möchte den Zeitraum der sexuellen Erregungssteigerung nicht verlängern, sondern wünscht eher eine schnelle Beendigung (Bischof, 2018, S. 194).

Zusammengefasst: Insgesamt können wir über die Wirkung des Muskeltonus auf die sexuelle Lust feststellen, dass viele Betroffene durch einen übermässig angespannten, rigiden Muskeltonus den Sex nicht geniessen. Solange jemand dieses Muskeltonusmuster nicht verändert, also den Körper anspannt und oberflächlich atmet, kann sich aus physiologischen Gründen das Erleben der Freude nicht verändern. Der häufige Ratschlag „entspann dich einfach“ ist dabei nicht hilfreich, da zur Steigerung der sexuellen Erregung eine gewisse Muskelanspannung notwendig ist. Für die sexuelle Erregungssteigerung ist es optimal, wenn während des Geschlechtsaktes ein Bewegungsmuster entsteht, in dem sich dynamische Anspannung und Entspannung abwechseln (Bischof, 2018, S. 194).

7.2.4. Die Rolle von Bewegung bei der sexuellen Erregungssteigerung

Wie aus den oben genannten Ausführungen ersichtlich, ist zur sexuellen Erregungssteigerung die Steigerung des Muskeltonus notwendig. Zum Durchleben der sexuellen Lust hingegen ist ein entspannter Muskeltonus nötig. Diesen scheinbaren Widerspruch löst die Bewegung auf (Bischof-Campbell, 2012, S. 15).

Erfolgt bei der sexuellen Aktivität eine tiefe Bauchatmung und eine fließende Bewegung, so kann das Individuum sexuelle Freude erleben. Dabei werden in den Gehirnzentren (limbisches System, Amygdala usw.) grosse Mengen Endorphin freigesetzt. Dieses ist für das sexuelle Vergnügen verantwortlich, und Dopamin verstärkt über das Nervensystem diesen Prozess (Bischof, 2018, S. 193-194).

7.3. Charakteristische Muster des erlernten körperlichen Verhaltens in der Sexualität

Aufgrund der inneren und äusseren Bewegung (Atmung), dem Muster der Muskelanspannung und des gesamten Rhythmus, der zeitweiligen Änderung des Ganzen während der sexuellen Erregungssteigerung, kann das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität in folgende charakteristische Muster eingeteilt werden (Desjardins et al., 2010, zitiert nach Bischof-Campbell, 2012, S. 15):

- archaischer Modus,
- archaisch-mechanischer Modus,
- mechanischer Modus,
- ondulierender Modus,
- wellenförmiger Modus.

Klinische Erfahrungen belegen, dass jene Modi, bei denen das Bewegungs- und Atmungsspiel gering ist, mit einer hohen Muskelrigidität einhergehen und dort sexuelle Unlust entsteht (Bischof, 2018, S. 183ff.).

7.3.1 Archaischer Modus: sexuelle Erregung durch Druck und Muskelanspannung

Der archaische Modus heisst deshalb archaisch, weil dieser im Laufe der Entwicklung des Individuums die erste Methode ist, mit der das Kind lernt, die sexuelle Erregung zu steigern. Dies entwickelt sich bereits im Alter von einigen Monaten, zu diesem Zeitpunkt kann das Kind seine Hände noch nicht benutzen. Zur sexuellen Erregungssteigerung benutzt es die Anspannung des Muskeltonus.

Im archaischen Modus spannt sich während der sexuellen Erregungssteigerung der gesamte Körper an. Die Atmung wird dabei oberflächlich und es kann zu Atempausen kommen. Die Steigerung des Muskeltonus kann so intensiv werden, dass es zu Muskelkater kommt. Der hohe Muskeltonus und die oberflächliche Atmung verengen das Durchleben der sexuellen Lust, lediglich die orgasmische Entladung erzeugt ein Glücksgefühl, die Phase der sexuellen Erregungssteigerung wesentlich weniger. Obwohl sich dieser Modus im

Kindesalter entwickelt, behalten viele erwachsene Frauen ihn zur sexuellen Erregungssteigerung bei. Einer Studie zufolge befinden sich 19% der erwachsenen Frauen in diesem Modus (Bischof-Campbell, 2012, S. 15-17). Der hohe Muskeltonus spiegelt sich auch in der Fantasie wider. Häufig kommt es zu gewalttätigen Fantasien. Diese spiegeln den Zustand des eigenen Körpers, z.B. sadomasochistische Szenen, Bondage sowie Strangulation. Die betroffenen Personen schämen sich häufig dafür, was nicht zur sexuellen Lust beiträgt; denkt jemand, dass er sich für diese Dinge schämen muss, wird er sie nicht geniessen. Auch der Sauerstoffmangel beeinträchtigt die sexuelle Lust. In diesem Zustand befindet sich das Gehirn eher im Fluchtmodus, als im Genussmodus, dabei aktivieren sich tiefe Dehnungsrezeptoren. Ein hoher Muskeltonus führt zu Problemen bei der sexuellen Vereinigung, was wiederum die sexuelle Lust und das Erleben mindert (Bischof, 2018, S. 194; Bischof-Campbell, 2012, S. 15-17).

7.3.2 Mechanischer Modus: sexuelle Erregung durch äusserliches Reiben

Im Falle des mechanischen Modus geschieht die Stimulation der Geschlechtsorgane auf eine rhythmisch monotone Weise, was zu einem Automatismus führt. Am häufigsten reibt die Frau ihre Klitoris mit einem oder zwei Fingern gemäss einer bestimmten, genauen Choreographie. Da in der Stimulation weniger Abwechslung vorhanden ist, wird dieses Muster am ehesten verankert und eine abweichende Stimulation führt nicht zu einem entsprechenden Erregungsniveau. Da der Partner diese Choreographie nicht genau kennt, kann er die Betroffene häufig nicht befriedigen. In einem breiten mechanischen Modus, wo nicht nur an einem kleinen, punktförmlichen Bereich mit einer bestimmten Choreographie stimuliert wird, sondern sich das Individuum abwechslungsreich stimuliert, bereitet es dem Partner keine Probleme die sexuelle Erregung des Individuums zu steigern. Durch das Reiben werden die oberflächlichen Rezeptoren stimuliert. Auf der Klitoris und der Vulva befinden sich zahlreiche oberflächliche Rezeptoren. Die Stimulation führt nach einigen Minuten zur orgastischen Entladung, wobei sich der Körper währenddessen nicht viel bewegt, das Becken oft nach vorne geschoben ist und sich nicht dreht. Der Muskeltonus ist hoch, jedoch niedriger, als im archaischen Modus. Die Atmung ist oberflächlich. Da sich in der Scheide nur wenige oberflächliche Rezeptoren befinden, fühlen die Individuen die Scheide weniger und die Penetration führt nur dann zum Höhepunkt, wenn der Partner oder das Individuum selbst gleichzeitig die Klitoris stimuliert. Geschieht dies nicht, bleibt die sexuelle Erregung auf einem niedrigen Niveau, der Geschlechtsakt wird langweilig. Wegen des niedrigen Erregungsniveaus tritt Scheidentrockenheit auf, was zu Schmerzen führt. Dies verhindert das Durchleben und den Genuss der sexuellen Lust und die Aktivie-

rung von Verstärkungsmechanismen im Gehirn, was sexuelle Unlust zur Folge hat (Bischof, 2018, S. 191, Bischof-Campbell 2012, S. 17-18).

Archaisch-mechanischer Modus

Der archaisch-mechanische Modus ist ein Übergang zwischen dem archaischen und mechanischen Modus; eine Mischung aus archaischem und mechanischem Modus, der deren Charakteristika in unterschiedlichem Masse zeigt.

Vibrationsmodus

Hierbei handelt es sich um einen Sonderfall des mechanischen Modus, wenn die Vibrationsrezeptoren aktiviert werden. Dies geschieht bei der Verwendung eines Vibrators. Die sexuelle Erregung tritt durch eine Hochfrequenz-Vibration ein, z.B. Vibrator oder elektrische Zahnbürste. Personen, welche die sexuelle Erregung nur auf diese Weise steigern können, sind auf diese Geräte angewiesen, ohne diese können sie keine sexuelle Erregungssteigerung erreichen. Da der Penis während der Penetration nicht vibrieren kann, ist die sexuelle Erregungssteigerung nicht angemessen. Der Modus ist bewegungslos, das Becken, die Schultern und der Nacken sind stabil und bewegen sich nicht. Während der Steigerung der Erregung wird die Atmung oberflächlich, das Durchleben der sexuellen Lust und des Vergnügens ist dadurch eingeschränkt (Bischof, 2018, S. 191-192).

7.3.3 Ondulierungs- und wellenförmiger Modus: sexuelle Erregung in Bewegung

Ondulierungsmodus

In diesem Modus bewegt sich der Körper fließend, der Muskeltonus ist niedrig, was eine tiefe Bauchatmung ermöglicht. Die fließende Bewegung und die rhythmische Veränderung gewährleisten ein intensives Glücksgefühl und Erleben während der sexuellen Erregungssteigerung. Die Bewegung richtet sich nicht auf die Geschlechtsorgane, Ziel ist die Steigerung des Genusses. Der sexuelle Erregungszustand sichert ein derart intensives Erlebnis, dass das Individuum – obwohl es keinen Orgasmus durchlebt – dennoch Befriedigung fühlt (Bischof-Campbell, 2012, S. 19).

Wellenförmiger Modus

In diesem Modus bewegt sich der Körper fließend und die ondulierende Bewegung ist auch hier typisch. Dieser Modus verbindet jedoch die Bewegung mit der sog. Doppelschaukel. Bei der Doppelschaukel dreht sich das Becken so um die Querachse nach vorne und nach hinten, dass das Becken beim Ausatmen nach vorne, beim Einatmen nach hinten schaukelt. Mit dieser Bewegung wird auch die Scheide ein sich aktiv bewegender Innenraum, der den Penis aktiv aufnehmen und loslassen kann, anstatt den Penis nur passiv penetrieren zu lassen. Der Penis bewegt sich in der Scheide vor und zurück und massiert die Scheidenwände. Dabei werden die in der Scheidenwand befindlichen Tiefenrezeptoren aktiviert. (Im Gegensatz zum mechanischen Modus, wo sich der Penis nur hinein- und herausbewegt und dabei die Scheidenwände nur reibt und so lediglich die oberflächlichen Rezeptoren stimuliert.) Da der Körper dabei nicht steif ist, folgen auch die Schultern und der Nacken der Schaukelbewegung des Beckens. Ist das Becken vorne, so befinden sich auch die Schultern vorne, der Kopf neigt sich nach hinten, der Nacken ist locker. Dies führt zu einem intensiven, emotionalen Zustand (Gefühl der Hingabe). Die Bewegung der Schultern und des Nackens wird obere Schaukel genannt, die des Beckens untere Schaukel. Erfolgen beide Bewegungen gleichzeitig, sprechen wir von der Doppelschaukel. Die Doppelschaukel ist bei vielen Säugetieren als angeborener Reflex bei der Paarung zu beobachten. Beim Menschen ist diese Bewegung im Rahmen des Geschlechtsakts nicht genetisch programmiert. Jedoch ist die Doppelschaukel bei anderen Reflexabläufen vorhanden, z.B. Husten, Niesen, Lachen und Weinen. Die vielfältigen Bewegungen des wellenförmigen Modus sorgen für angenehme Gefühle im ganzen Körper. Man benötigt keine Fantasievorstellungen. Das Muskelspiel im Beckenbereich, insbesondere das der Beckenbodenmuskulatur, steigert die Blutversorgung der Geschlechtsorgane. Dieser Modus ermöglicht die wellenartige Steigerung der Erregung, die der Mensch beeinflussen kann, und so kann das Individuum einen intensiven Orgasmus erleben (Bischof, 2018, S. 192; Bischof-Campbell, 2012, S. 19).

7.4. Der Zusammenhang zwischen dem erlernten körperlichen Verhalten und den Emotionen/Kognitionen und deren Wirkung auf die Lust

7.4.1. Einfluss der Emotionen auf die sexuelle Lust

Wie bereits in Kapitel 3.1. dargestellt, sind die zum Erleben der sexuellen Lust notwendigen Bereiche des Gehirns diejenigen Bereiche, in denen die Emotionen ausgelöst werden (Limbisches System).

Gemäss dem Sexokorporel-Modell bilden der physische Körper (Gehirn und Peripherie), die Emotionen und die Kognitionen eine untrennbare Einheit. Diese expliziten (Gehirn und peripherer Körper) und impliziten (Emotionen und Kognitionen) Systeme spiegeln sich fortlaufend ineinander wider (Desjardins et al., 2010, zitiert nach Bischof-Campbell, 2012, S. 11-13). Ein ähnlicher gedanklicher Ansatz kann in der Körperpsychotherapie beobachtet werden (Marlock, 2006). Das Niveau des emotionalen Gefühls und des Glücksgefühls des Individuums hängt in hohem Mass mit dem Muster der Körperanspannung (insbesondere der Gesichtsmuskulatur) zusammen (Ekman, 1993, S. 384-391).

In vielen Fällen stimulieren Gefühle die sexuelle Lust. Intensive positive Gefühle (z.B. Zuneigung, Leidenschaft, Glück, Selbstbestätigung) erhöhen den hedonischen Input im Gehirn. Es ist eine Tatsache, dass während des Geschlechtsverkehrs ausserordentlich viele Emotionen freigesetzt werden. Dabei wäre es wünschenswert, wenn die Individuen die sexuelle Erregung mit den Emotionen verbinden könnten. Um eine Verbindung zwischen Gefühl und dem sexuellen Erregungszustand zu schaffen, müssen gewisse körperliche Bedingungen erfüllt sein (Bischof, 2018, S. 195-196).

Die peripheren Teile des Körpers bilden eine neurophysiologische Einheit mit dem Gehirn. Das bedeutet, dass auch Gefühle ein körperliches Phänomen sind und auf bestimmte Teile des Körpers projiziert werden können. Emotionen wie beispielsweise Trauer projizieren sich auf den Bereich um das Herz, den Brustkorb. Die sexuelle Erregung wird auf den Intimbereich projiziert, also auf den Beckenbereich (Bischof, 2018, S. 195-196).

In unbewegten Modi, so im archaischen und mechanischen Modus, ist diese Verknüpfung aufgrund der körperlichen Hindernisse nicht möglich. Diese Individuen können ihren sexuellen Erregungszustand nicht mit positiven Gefühlen und Emotionen verbinden. In diesen Modi versteifen sich aufgrund des hohen Muskeltonus der Oberkörper und häufig auch das Gesicht. Dies verhindert das Durchleben von Gefühlen im Zuge der sexuellen Erregung und während des Orgasmus. Nach dem Orgasmus leiten diese Individuen ihre emotionale Anspannung häufig in Form von Lachen oder Weinen mit Bewegung der oberen Schaukel ab.

Bei bewusster Nutzung der oberen Schaukel ist das Durchleben der emotionalen Intensität und des Loslassens während der sexuellen Aktivität möglich (Bischof, 2018, S. 196).

Im Bewegungsmodus, insbesondere bei der Doppelschaukel, kann mit der Bewegung des Beckens bei der unteren Schaukel die sexuelle Erregung mobilisiert werden, mit der oberen Schaukel hingegen geraten Brustkorb, Hals und Kopf in Bewegung. Durch die mit der Atmung zusammenhängende Mobilisierung der Halsmuskulatur, des Kiefers, des Brust-

korbs und des Zwerchfells kann die sexuelle Erregung in hohem Masse gesteigert werden. Dabei gerät das Gehirn von einem hypervigilen Zustand in einen Zustand verringerter Wachsamkeit, was eine Grundbedingung dafür ist, dass sich das Individuum von seinen Gefühlen leiten lässt und dies als Freude empfindet. Mit der oberen Schaukel können wir dabei die Gefühle, die Freude, die sexuelle Stimmung, die Lust und Glücksgefühle in Bewegung bringen. Mit der Doppelschaukel fließen die beiden Bewegungen über die tiefe Bauchatmung ineinander. Das bildet die körperliche Basis für das Ineinanderfließen der sexuellen Erregung und der Gefühle und deren wellenartige Steigerung (Bischof, 2018, S. 195-196).

Die Doppelschaukel steigert auf diese Weise die physische und emotionale Intensität. Sie erhöht die Leidenschaft, die Aufmerksamkeit gegenüber dem Partner, die Selbstbewertung und bewirkt, dass wir uns als Mann oder als Frau erleben. Der gesamte sexuelle Akt kann sinnlich und freudvoll durchlebt werden, nicht nur der Höhepunkt, der Orgasmus (Bischof-Campbell, 2012, S. 19). Das assertorische und Lustzentrum des Gehirns werden optimal stimuliert, und die beim Sex erlebte Freude wird gesteigert (Bischof 2018, S. 195-196).

7.4.2. Einfluss der Kognition auf die sexuelle Lust

Die Art, wie eine Person über ein sexuelles Erlebnis denkt und die Fähigkeit, diesem Erlebnis einen positiven Inhalt zu verleihen, sind Schlüsselkomponenten bei dem Erleben sexueller Lust. Unsere Gedanken beeinflussen in hohem Masse das Erleben der Lust (Kringenbach, Berridge, 2009, S. 479-485).

Man kann sagen, dass unsere Vorkenntnisse bestimmen, was ein bestimmter Stimulus in der jeweiligen Situation auslöst.

Das Individuum hat im Laufe seines Lebens durch Erfahrung erlernt, dass die sexuelle Stimulation ein positives Gefühl auslöst (assoziative Konditionierung). Einige gesellschaftliche und religiöse Anschauungen hingegen suggerieren das Gegenteil. Letztere bestimmen die Denkweise des Einzelnen, obwohl diese Kenntnisse nicht durch einen auf Erfahrung basierenden Lernprozess erworben wurden (Bischof, 2018, S. 197).

Allein der Gedanke, dass uns etwas gut tut, reicht aus, den Belohnungsmechanismus im Gehirn in Gang zu setzen, was zu einem positiven Durchleben führt (Esch, Stefano, 2005, S. 175-187). Dies trifft auch auf den umgekehrten Fall zu, glauben wir, dass uns etwas schadet, führt dies zu negativen Gefühlen. Glauben wir, für etwas bestraft oder beschämt zu werden, können wir diese Tätigkeit wegen des Schuldgefühls nicht vollständig positiv bewerten. Frauen, die weniger Verlangen nach Sex verspüren, haben oft sexuelle

Schamgefühle und können sich selbst nicht als sexuell entwickelte Persönlichkeit sehen. Es ist kein Zufall, dass dies viel häufiger im archaischen und mechanischen Modus zutrifft (Bischof, 2018, S. 197). Diese Individuen empfinden bei sinnlichen Erfahrungen weniger Freude. Daher sind mit der sexuellen Erregung weniger positive Gedanken verbunden, als in einem Bewegungsmodus (Bischof, 2018, S. 197). Eine schweizerische Studie zeigte, dass sexuelles Selbstbewusstsein, Stolz auf die eigene Weiblichkeit und die Geschlechtsorgane positiv damit korrelieren, wie viel sich das Individuum während der sexuellen Erregungssteigerung bewegt (Bischof-Campbell, 2012).

Kognitive Therapien, die auf Zulassen und Information beruhen, führen häufig zu keinem Ergebnis, da sich die im Laufe des Lebens aufgebauten Hemmungen nicht so leicht durchbrechen lassen. Eine effektivere Lösung ist, wenn das Individuum über die eigenen sinnlichen Erlebnisse selbst Erfahrungen sammelt und sich so hinsichtlich der angenehmen Natur der sexuellen Erregung überzeugt. Diese angenehmen Erfahrungen lösen positive physiologische Reaktionen und Gedanken aus. Damit werden die negativen Erfahrungen in Frage gestellt und überschrieben. Die persönliche Erfahrung, dass nichts Schlechtes passiert ist, und das im Gehirn aktivierte innere Verstärkungssystem sind eine viel stärkere Nachricht, als mündliche Überzeugungsarbeit (Bischof, 2018, S. 196-197).

Eigene Forschung

Im Rahmen dieser Arbeit beschäftigen wir uns bei der eigenen Forschung (Befragung) mit den Auswirkungen der hormonellen Empfängnisverhütung und des erlernten körperlichen Verhaltens in der Sexualität auf die sexuelle Lust.

Nach dem Studium der Fachliteratur wurden folgende Vermutungen aufgestellt:

Die hormonelle Empfängnisverhütung kann Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben.

Das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität kann Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation haben.

Das sexuelle Vergnügen kann Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen und die sexuelle Motivation haben.

Die sexuelle Motivation kann Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen haben.

1. Forschungs- und Leitfragen

Zur Untersuchung unserer Vermutung dienten folgende Forschungs- und Leitfragen:

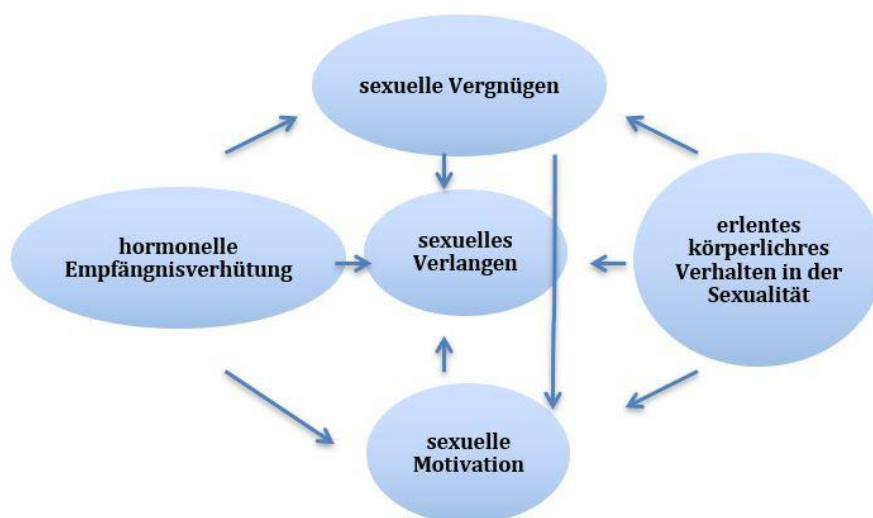
Forschungsfrage

Können die hormonelle Empfängnisverhütung und das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Auswirkungen auf die sexuelle Lust bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Leitfragen

- I. Kann die hormonelle Empfängnisverhütung Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- II. Kann das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- III. Kann das sexuelle Vergnügen Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- IV. Kann das sexuelle Vergnügen Auswirkungen auf die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- V. Kann die sexuelle Motivation Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Abbildung Nr. 6: Grafische Darstellung der Leitfragen



2. Forschungsmethode

Aufgrund der Vielseitigkeit, Komplexität und Intimität der Studie wurde die qualitative Befragung als Forschungsmethode gewählt. An der Untersuchung nahmen sechs Frauen im gebärfähigen Alter (22-38 Jahre) teil. Die Befragungen wurden zu unterschiedlichen Zeiten durchgeführt. Die Befragten hatten keine Kenntnis voneinander und die Ergebnisse wurden anonymisiert.

Zwecks Beantwortung der Leitfragen wurden Interviewfragen ausgearbeitet, da die Befragten in vielen Fällen die Leitfragen selbst nicht hätten beantworten können.

1. Leitfrage:

- I. Kann die hormonelle Empfängnisverhütung Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Diesbezügliche Interviewfragen:

- 1.1 Konnten Sie während der Einnahme der hormonellen Verhütungsmittel Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen feststellen, wenn ja, welche?
- 1.2 Konnten Sie während der Einnahme der hormonellen Verhütungsmittel Auswirkungen auf das sexuelle Vergnügen feststellen, wenn ja, welche?
- 1.3 Konnten Sie während der Einnahme der hormonellen Verhütungsmittel Auswirkungen auf die sexuelle Motivation feststellen, wenn ja, welche?

2. Leitfragen:

- II. Kann das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- III. Kann das sexuelle Vergnügen Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- IV. Kann das sexuelle Vergnügen Auswirkungen auf die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- V. Kann die sexuelle Motivation Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Diesbezügliche Interviewfragen:

Diese Leitfragen wurden mit Hilfe von vier Fragengruppen untersucht:

- 2.1 Interviewfragen bezüglich erlerntem körperlichem Verhalten in der Sexualität:

- 2.1.1 Bewegen Sie während der sexuellen Erregungssteigerung Ihr Becken, wenn ja, wie?
- 2.1.2 Bewegen Sie während der sexuellen Erregungssteigerung Ihre Schultern und Ihren Brustkorb, wenn ja, wie?
- 2.1.3 Bewegen Sie während der sexuellen Erregungssteigerung Ihren Kopf, wenn ja, wie?
- 2.1.4 Spannen Sie während der sexuellen Erregungssteigerung Ihre Muskeln an, wenn ja, welche?
- 2.1.5 Wo atmen Sie während der sexuellen Erregungssteigerung?
- 2.1.6 Kommt es während der sexuellen Erregungssteigerung zu Atempausen?
- 2.1.7 Praktizieren Sie Selbstbefriedigung, wenn ja, wie?
- 2.1.8 Stellen Sie die sexuelle Erregungssteigerung als zeitabhängige Kurve in einer Grafik dar.
- 2.2 Interviewfragen bezüglich sexuellem Verlangen:
 - 2.2.1 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem eigenen sexuellen Verlangen? Wenn Sie den Wunsch nach Sex verspüren, steht dieser Wunsch im Einklang mit der Menge, die Sie sich wünschten, wenn Sie Verlangen hätten?
 - 2.2. 2 Wie häufig findet Partnersex statt?
 - 2.2. 3 Wie häufig befriedigen Sie sich selbst?
- 2.3 Interviewfragen bezüglich sexuellem Vergnügen:
 - 2.3.1 Wie viel Vergnügen bereitet Ihnen der Partnersex?
 - 2.3.2 Wie viel Vergnügen bereitet Ihnen Selbstbefriedigung?
 - 2.3.3 Gibt es Unterschiede zwischen dem Vergnügen beim Partnersex und bei der Selbstbefriedigung, wenn ja, welche?
- 2.4 Interviewfragen bezüglich sexueller Motivation:
 - 2.4.1 Was bereitet Ihnen beim Partnersex Vergnügen? Was bereitet Ihnen bei der Selbstbefriedigung Vergnügen? Wohin würden Sie dies im Körper projizieren?
 - 2.4.2 Was motiviert Sie zum Sex? Wohin würden Sie dies im Körper projizieren?
 - 2.4.3 Was fühlen Sie beim Sex? Wohin würden Sie dies im Körper projizieren?
 - 2.4.4 Wo im Körper fühlen Sie die sexuelle Erregung während des Vorspiels, des Hauptakts und des Nachspiels?

Über die Beantwortung der Leitfragen hinaus waren wir bestrebt, einen Einblick in die allgemeine Situation der Befragten mit hormoneller Empfängnisverhütung zu bekommen. Das war wichtig, da bei einem qualitativen Interview die Erhebung der menschlichen As-

pekte stets eine grundlegende Rolle spielt. Daher stellten wir folgende, zusätzliche Interviewfragen:

1.4 Welche Auswirkungen hatten die Nebenwirkungen der hormonellen Verhütung auf Sie?

1.5 Welche Auswirkungen hatten die Nebenwirkungen der hormonellen Verhütung auf Ihren Partner und auf Ihre Beziehung?

Um die Nebenwirkungen der hormonellen Empfängnisverhütung auf die Sexualität bewerten zu können, benötigten wir einige grundlegende Informationen hinsichtlich der angewendeten Methode:

1.6 Nahmen Sie verschiedene Anti-Babypillen ein, wenn ja, bemerkten Sie Unterschiede im sexuellen Verlangen, Vergnügen und in der Motivation?

1.7 Nach welchem Einnahmezeitraum kam es zu den Auswirkungen?

1.8 Verschwanden nach dem Absetzen der Anti-Babypille die Nebenwirkungen auf die Sexualität? Wenn ja, nach welchem Zeitraum?

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie fassen wir mit der Beantwortung der Leitfragen zusammen.

- I. Kann die hormonelle Empfängnisverhütung Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- II. Kann das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- III. Kann das sexuelle Vergnügen Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- IV. Kann das sexuelle Vergnügen Auswirkungen auf die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- V. Kann die sexuelle Motivation Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

I. Kann die hormonelle Empfängnisverhütung Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Die oben stehende Leitfrage wird in drei Abschnitten beantwortet:

1.1. Kann die hormonelle Empfängnisverhütung Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Aufgrund der im Folgenden dargelegten Antworten kann festgestellt werden, dass die hormonelle Empfängnisverhütung eine mindernde Nebenwirkung auf das sexuelle Verlangen haben kann. (Antworten der Befragung: Anhang)

1.2. Kann die hormonelle Empfängnisverhütung Auswirkungen auf das sexuelle Vergnügen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Von sechs Befragten

- gaben zwei Befragte an, dass sich das sexuelle Vergnügen während der Einnahme des hormonellen Verhütungsmittels verringerte;
- konnte eine Befragte die Frage nicht beantworten, da sich ihr sexuelles Verlangen derart verringert hatte, dass es zu keinen sexuellen Aktivitäten kam;
- stellten drei Befragte keine Veränderungen fest.

Aufgrund dieser Ergebnisse kann nicht ausgeschlossen werden, dass hormonelle Verhütungsmittel eine das sexuelle Vergnügen mindernde Nebenwirkung haben können. (Antworten der Befragung: Anhang)

1.3 Kann die hormonelle Empfängnisverhütung Auswirkungen auf die sexuelle Motivation (was motiviert sie zum Sex) bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Basierend auf den Interviewantworten ist nicht belegbar, dass hormonelle Verhütungsmittel eine Veränderung der sexuellen Motivation bewirken. Wegen der geringen Teilnehmerzahl kann dies jedoch nicht verallgemeinert werden. (Antworten der Befragung: Anhang)

Über die Beantwortung der Leitfragen hinaus, waren wir auch bestrebt, die allgemeine Situation der Befragten mit hormoneller Empfängnisverhütung kennenzulernen. Wie bereits in dem Kapitel bezüglich der Methode beschrieben, war dies von Wichtigkeit, da die menschlichen Aspekte bei einem qualitativen Interview stets grundlegend sind. Im Folgenden fassen wir diese Faktoren kurz zusammen:

1.4 Welche Auswirkungen hatten die Nebenwirkungen der hormonellen Verhütung auf Sie?

Die Befragten hatten vor der Einnahme keinerlei Kenntnisse hinsichtlich der nachteiligen Nebenwirkungen der hormonellen Verhütungsmittel. Die negative Wirkung auf das sexuelle Verlangen und Vergnügen traf sie daher unerwartet. Zunächst konnten sie den Zusammenhang zwischen hormonellen Verhütungsmitteln und Nebenwirkungen nicht herstellen. Später erkannten sie diesen jedoch eigenständig und nach Identifikation des Problems, führten sie eine Änderung herbei. Vier (B,S,V,K) der sechs Befragten hatten eine negative Nebenwirkung festgestellt, alle änderten die angewendete Verhütungsmethode. Eine Befragte (B) ging zu einer anderen Art der Empfängnisverhütung (Kupferspirale) über, als sie erkannte, dass das hormonelle Verhütungsmittel die sexuelle Lust minderte (Verlangen und Vergnügen), eine andere Testperson (S) versuchte ein anderes Tablettenpräparat, wobei sich nach einem halben Jahr herausstellte, dass dieser Wechsel nicht von Nutzen und das sexuelle Verlangen immer noch auf niedrigem Niveau war. Schliesslich beendete sie die Tabletteneinnahme. Die dritte Testperson (V) beendete die Tabletteneinnahme sofort, da sie das Absinken des sexuellen Verlangens erschreckte. Die Befragte (K) beschäftigte sich vorerst nicht weiter mit der Frage des verringerten sexuellen Verlangens und Vergnügens, da andere, sich aus ihrer Lebenssituation ergebende Probleme ihrer Aufmerksamkeit und Energie bedurften. Schließlich beendete auch sie die Tabletteneinnahme. (Antworten der Befragung: Anhang)

1.5 Welche Auswirkungen hatten die Nebenwirkungen der hormonellen Empfängnisverhütung auf Ihren Partner und Ihre Beziehung?

Vier (V,S,B,K) der sechs Befragten stellten negative Nebenwirkungen bei der Einnahme der hormonellen Verhütungsmittel fest. Die mindernde Wirkung auf ihre sexuelle Lust und das sexuelle Verlangen, wurde von den Partnern nicht positiv aufgenommen, ein Partner (Partner der Befragten V) war ernsthaft besorgt. Der Partner der Befragten (S) brachte das Thema zwar nicht zur Sprache, dennoch störte ihn der Umstand wahrscheinlich. Er verbrachte immer weniger Zeit mit ihr und schliesslich zerbrach die Ehe, wobei wohl auch die Tatsache eine Rolle spielte, dass die Ehepartner ihre Probleme – unter anderem auch dieses Problem - nicht zur Sprache brachten. Ein Partner (Befragte B) machte sich selbst für die Verringerung des sexuellen Verlangens verantwortlich; das Problem konnte erst nach langer Zeit gemeinsam identifiziert und schliesslich gelöst werden. Auch der Partner der Befragten (K) war nicht erfreut, jedoch wegen der besonderen Lebenssituation geduldig. (Antworten der Befragung: Anhang)

Insgesamt ist erkennbar, dass die einzelnen Partnerreaktionen zwar unterschiedlich waren, jedoch alle das Absinken des sexuellen Verlangens und Vergnügens schlecht aufnahmen und je nach Temperament schnellere oder langsamere Lösungen eintraten. Alle strebten jedoch nach einer Lösung des Problems, sie akzeptierten die Verschlechterung nicht und fanden sich nicht mit der Situation ab.

1.6 Nahmen Sie verschiedene Anti-Babypillen ein, wenn ja, bemerkten Sie Unterschiede hinsichtlich sexuellem Verlangen, Vergnügen und sexueller Motivation?

Vier (B,K,S,V) der sechs Befragten bemerkten eine Verringerung des sexuellen Verlangens. Eine Testperson (B) verwendete zwei verschiedene Hormonpräparate (Evra, Novaring) und bemerkte bei beiden Präparaten einen Rückgang des sexuellen Verlangens. Eine weitere Testperson (K) nahm drei verschiedene Präparate (Triregol, Mercilon, Harmonet) und beobachtete nur im Fall von Harmonet eine Verringerung des sexuellen Verlangens. Die Testperson (S) wendete zwei Anti-Babypillen an (Mercilon, Yadin) und litt bereits während der Einnahme von Mercilon unter einem Rückgang des sexuellen Verlangens und wechselte daher zur dem Präparat Yadin. Leider blieb das geminderte sexuelle Verlangen während der Einnahme von Yadin bestehen. Die Befragte (V) nahm nur ein Präparat ein (Yazz) und bemerkte im Zusammenhang damit ein gemindertes sexuelles Verlangen. (Antworten der Befragung: Anhang)

Hinsichtlich des sexuellen Vergnügens beobachteten zwei (B,K) der sechs Befragten einen Rückgang. Die Testperson (B) nahm zwei Präparate ein (Evra, Novaring) und bemerkte in beiden Fällen einen leichten Rückgang des sexuellen Vergnügens. Die Befragte (K) nahm drei verschiedene empfängnisverhütende Präparate (Triregol, Mercilon, Harmonet), beobachtete jedoch nur im Falle von Harmonet ein gemindertes sexuelles Vergnügen. Drei (G,N,S) der Interviewteilnehmer bemerkten keinen Rückgang des sexuellen Vergnügens während der Einnahme des hormonellen Verhütungsmittels. Eine Befragte, (V) konnte die Frage nicht korrekt beantworten, da wegen der mindernden Wirkung der Tablette auf das sexuelle Verlangen keine sexuellen Aktivitäten stattfanden. (Antworten der Befragung: Anhang)

In der sexuellen Motivation bemerkte keine der befragten Personen eine Veränderung. (Antworten der Befragung: Anhang)

1.7 Nach welchem Einnahmezeitraum führte die Tablette zu Nebenwirkungen auf die Sexualität?

Alle an der Befragung teilnehmenden Frauen hatten schon empfängnisverhütende Tabletten eingenommen. Während der Befragung nahmen eben zwei Befragte Tabletten ein, zwei hatten die Einnahme innerhalb kurzer Zeit (sechs Monate) zuvor beendet, und zwei Personen hatten die Einnahme bereits Jahre zuvor beendet, nach eigenen Angaben konnten sie sich jedoch genau an die Nebenwirkungen des Präparats erinnern.

Während der Einnahme der Tabletten bemerkten vier Befragte einen Rückgang des sexuellen Verlangens. Eine Befragte (G) stellte keine derartige Nebenwirkung fest, die Testperson (N) brachte das zeitweise sehr niedrige sexuelle Verlangen nicht in Zusammenhang mit der Einnahme von hormonellen Verhütungsmitteln, sondern betrachtete den Rückgang des sexuellen Verlangens als einen von der Tabletteneinnahme unabhängigen Umstand.

Zwei (K,V) der vier Personen (B,K,S,V), die den Rückgang des sexuellen Verlangens mit der Tabletteneinnahme in Verbindung brachten, erinnerten sich, dass sich der Rückgang des sexuellen Verlangens etwa ein bis zwei Monate nach Einnahmebeginn einstellte. Zwei Testpersonen (B,S) stellten ihrer Erinnerung nach eine schrittweise Verringerung erst nach vier bis sieben Monaten nach Einnahmebeginn fest.

Zwei (B,K) der sechs befragten Frauen bemerkten einen Rückgang des sexuellen Vergnügens. Eine Befragte, (V) konnte sich nicht dazu äussern, da nach Eintritt der mindernenden Nebenwirkung der Tablette keine sexuellen Aktivitäten stattfanden. Die verbliebenen drei Befragten (G,N,S) bemerkten keine derartige Nebenwirkung. Eine der Testpersonen (K), die eine Minderung des sexuellen Vergnügens beobachtet hatte, erinnerte sich, dass die Minderung des sexuellen Verlangens einige Monate nach Einnahmebeginn der Tablette einsetzte. Die Teilnehmerin (B) erinnerte sich, dass sich der Rückgang des sexuellen Vergnügens etwa vier bis sechs Monate nach Einnahmebeginn einstellte. (Antworten der Befragung: Anhang)

1.8 Verschwanden nach dem Absetzen der Anti-Babypille die Nebenwirkungen auf die Sexualität? Wenn ja, nach welchem Zeitraum?

Vier (K,V,B,S) der sechs befragten Frauen bemerkten negative Nebenwirkungen des hormonellen Verhütungsmittels auf ihr sexuelles Verlangen. Zwei von ihnen (K,V) gelangten nach dem Absetzen der Tablette wieder in den ursprünglichen Zustand zurück. Sie

erinnerten sich, dass sich die Erholung des sexuellen Verlangens auf das ursprüngliche Niveau etwa ein bis zwei Monate nach dem Absetzen der Tablette einstellte. Bei einer Person (B) blieb das sexuelle Verlangen auch weiterhin wechselhaft, und eine Befragte (S) konnte zwar eine Verbesserung des sexuellen Verlangens verzeichnen, erreichte jedoch auch weiterhin kein wünschenswertes Niveau, was jedoch auch auf andere Gründe zurückzuführen war. Zwei (B, K) der Befragten bemerkten negative Nebenwirkungen auf das sexuelle Vergnügen. Das sexuelle Vergnügen der Testperson (B) kann vor allem mit dem Stressniveau in Zusammenhang gebracht werden, daher konnte sie die Frage nicht genau beantworten. Die Testperson (K) gelangte ein bis zwei Monaten nach dem Absetzen der Tablette wieder auf das ursprüngliche Niveau zurück. (Antworten der Befragung: Anhang)

Leitfragen:

- II. Kann das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- III. Kann das sexuelle Vergnügen Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- IV. Kann das sexuelle Vergnügen Auswirkungen auf die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- V. Kann die sexuelle Motivation Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Vor der Beantwortung der oben stehenden vier Leitfragen, war es eine Grundvoraussetzung das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität bei den Befragten zu ergründen, daher stellen wir zunächst das erlernte körperliche Verhalten der Befragten vor:

Welches erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität haben die Befragten?

Von den sechs befragten Personen

- wendet eine befragte Person (G) die Doppelschaukel und Tiefenatmung bei der sexuellen Erregungssteigerung an, sowohl beim Partnersex, als auch bei der Selbstbefriedigung. Diese Befragte befindet sich im wellenförmigen Modus;
- sind bei zwei (B,S) befragten Personen die Arten der sexuellen Erregungssteigerung nicht statisch, sondern veränderlich. (B) kann die sexuelle Erregung auf zwei Arten steigern: bei Wohlbefinden und in einem gelösten Zustand bewegt sie ihr Becken vor und zurück, sie wendet also teilweise die untere Schaukel an (Beckenschaukel), die Schultern, der Nacken hingegen bleiben dabei steif. Der untere

Teil des Körpers zeigt in diesem Fall bereits typische Anzeichen des wellenförmigen Modus, die obere Hälfte ist jedoch noch im mechanischen Modus. Bei geringem Wohlbefinden gelangt die Person nicht in einen gelösten Zustand. In diesem Fall hält sie das Becken steif, d.h. der Modus verengt sich völlig zum mechanischen Modus. Die befragte Person (S) drückte früher während der gesamten Dauer des Partnersexes und auch jetzt bei der Selbstbefriedigung das Becken nach vorne, stimuliert die Vulva und die Vagina mittels Reiben und Drücken, währenddessen bleiben die Schultern, der Nacken und der Kopf steif, der Muskeltonus, insbesondere in den Bauchmuskeln, ist hoch, die Atmung oberflächlich, d.h. die Person befindet sich im archaisch-mechanischen Modus. Im Laufe der Jahre hatte sie gelernt, sich im Partnersex zu entspannen. Der Muskeltonus verringerte sich (seither mag sie Zärtlichkeiten und Streicheln, was sie zuvor nicht ertrug), bewegt sich fließend. Die Atmung ist wechselhaft, aber nicht oberflächlich, eher tief. In diesem ondulierenden Modus genießt sie auch für die Dauer von ein bis zwei Stunden die sexuelle Erregung. Um die sexuelle Erregung bis zum Orgasmus zu steigern, drückt sie das Becken nach vorn und aktiviert die Bauchmuskeln. Die Schultern und der Nacken stabilisieren sich. Die Atmung wird oberflächlich und sie wechselt zum aus der Selbstbefriedigung wohl bekannten archaisch-mechanischen Modus.

- Eine Befragte (K) steigert die Erregung sowohl im Partnersex als auch bei der Selbstbefriedigung mit der mechanischen Stimulation der Klitoris, einem relativ hohen Muskeltonus (das Becken, die Schultern und der Nacken sind unbeweglich) und oberflächlicher Atmung, d.h. sie befindet sich im mechanischen Modus.
- Eine Befragte (V) steigert die sexuelle Erregung durch Reiben der äusseren Geschlechtsorgane, dem Drücken und Reiben der Vagina, einen höheren Muskeltonus und oberflächliche Atmung sowohl beim Partnersex, als auch bei der Selbstbefriedigung. Sie befindet sich demnach im archaisch-mechanischen Modus.
- Eine der Befragten (N) steigert die sexuelle Erregung durch Stimulation der Vagina, einen extrem hohen Muskeltonus, statischen Körper, ein nach vorne geschobenes Becken und Atempausen während des Partnersexes. Sie führt keine Selbstbefriedigung aus. Diese Befragte befindet sich im archaischen Modus.

(Antworten der Befragung: Anhang)

II. Kann das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Aufgrund der Komplexität der oben stehenden Leitfrage, beantworten wir diese in mehreren Abschnitten. Zunächst wird der Einfluss des erlernten körperlichen Verhaltens in der Sexualität auf die sexuelle Lust dargelegt. Anschliessend betrachten wir die Wirkung auf die beiden Komponenten der sexuellen Lust, das sexuelle Verlangen und das sexuelle Vergnügen. Im letzten Abschnitt beschäftigen wir uns mit der Auswirkung der sexuellen Erregungssteigerung auf die sexuelle Motivation.

Auswirkung des erlernten körperlichen Verhaltens in der Sexualität auf die sexuelle Lust

Aufgrund der im Folgenden ausgeführten Antworten kann festgestellt werden, dass das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Einfluss auf die sexuelle Lust haben kann. Man kann beobachten, dass die Bewegung und die Atmung positiv mit dem sexuellen Vergnügen korrelieren und in Wechselwirkung mit dem sexuellen Verlangen stehen.

Die Testperson (G), die während des Geschlechtsaktes die Doppelschaukel anwendet, genoss den Sex am meisten, und bei ihr war das sexuelle Verlangen am höchsten. Ihre sexuelle Lust wurde durch die Einnahme der Anti-Babypille nicht gemindert. Aus den Antworten ergibt sich, dass sich das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität bei den Befragten im Laufe der Zeit, je nach Änderung der Lebenssituation, ebenfalls verändern kann. Falls sich das Individuum spontan verändert, so kann sich im Rahmen des sexuellen Lernprozesses auch das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität entwickeln. Als Ergebnis kann man das Ansteigen des Niveaus des sexuellen Genusses und als Folge den Anstieg des Niveaus des sexuellen Verlangens beobachten. Bei zwei der Befragten konnte diese Veränderung in Abhängigkeit des Zeitrahmens festgestellt werden.

Eine der befragten Personen (B) gab an, dass sie an sich die Beobachtung machte, wonach es von ihrer Stimmung und ihrem Stressniveau abhängt, inwieweit sie sich beim Sex entspannen kann. Ein niedriges Stressniveau bedeutet auch einen niedrigeren Muskeltonus, sie bewegt sich mehr und umgekehrt. Bei mehr Bewegung durchlebt sie die sexuelle Erregung intensiver, hat ein grösseres Verlangen nach Sex, und die sexuelle Lust ist insgesamt höher. Ist die Person angespannt und bewegt sich deshalb weniger, verspürt sie

keine Lust, auf Sex einzugehen. Tut sie es dennoch, durchlebt sie die Situation in geringerem Masse, der Genuss bleibt aus, und der Akt wird abgebrochen.

Eine andere Befragungsteilnehmerin (S) hatte im Laufe der vergangenen Jahre (in einer neuen Partnerschaft) durch einen spontanen sexuellen Lernprozess gelernt, sich zu entspannen, sich mehr zu bewegen, und dadurch erhöhte sich das sexuelle Vergnügensniveau explosionsartig. Der Sex wurde für sie zu einer Priorität, und damit erhöhte sich auch das sexuelle Verlangen. (Antworten der Befragung: Anhang)

Kann das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Aus den Antworten geht hervor, dass das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität mit dem sexuellen Verlangen korreliert.

- Diejenigen, die die sexuelle Erregung mit mehr Bewegung, tieferer Atmung, dynamisch abwechselndem Muskeltonus, der Bewegung von Becken, Schultern und Nacken (fliessende Bewegung, Kreisen, Doppelschaukel) steigern, verspüren ein grösseres sexuelles Verlangen. Diese Befragten befinden sich im wellenförmigen, teilweise wellenförmigen und ondulierenden Modus (G, B, S).
- Die Befragten, die sich nicht bewegen, eine oberflächliche Atmung und einen hohen Muskeltonus haben, ihr Becken, die Schultern und den Nacken bei der sexuellen Erregungssteigerung angespannt haben, verspüren ein geringeres sexuelles Verlangen. Diese Befragten befinden sich im archaischen, archaisch-mechanischen und mechanischen Modus (N, V, K). (Antworten der Befragung: Anhang)

Kann das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Auswirkungen auf das sexuelle Vergnügen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Aus den Antworten ist ersichtlich, dass das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Einfluss auf das sexuelle Vergnügen haben kann.

- Diejenigen, die die sexuelle Erregung mit mehr Bewegung, tieferer Atmung, dynamisch wechselndem Muskeltonus, der Bewegung von Becken, Schultern und Nacken (fliessende Bewegung, Kreisen, Doppelschaukel) steigern, verspüren ein wesentlich grösseres sexuelles Vergnügen. Diese Befragten befinden sich im wellenförmigen, teilweise wellenförmigen und ondulierenden Modus (G, B, S).

- Die Befragten, die sich nicht bewegen, eine oberflächliche Atmung und einen hohen Muskeltonus haben, ihr Becken, die Schultern und den Nacken bei der sexuellen Erregungssteigerung angespannt haben, verspüren ein geringeres sexuelles Vergnügen. Diese Befragten befinden sich im archaischen, archaisch-mechanischen und mechanischen Modus (N, V, K). (Antworten der Befragung: Anhang)

Kann das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Auswirkungen auf die sexuelle Motivation (was motiviert sie zum Sex) bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Aus den Antworten ist ersichtlich, dass das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Einfluss auf die sexuelle Motivation haben kann.

- Bei den Befragten, die die sexuelle Erregung mit mehr Bewegung, tieferer Atmung, dynamisch wechselndem Muskeltonus, der Bewegung von Becken, Schultern und Nacken (fliessende Bewegung, Kreisen, Doppelschaukel) steigern, sich also im wellenförmigen, teilweise wellenförmigen und ondulierenden Modus (G, B, S) befinden, belegt der Genuss der sexuellen Erregung einen der ersten Plätze bei der sexuellen Motivation. Daneben spielen auch in ihrem Falle weitere Faktoren (emotionale Motivation, Erreichen des Orgasmus) eine Rolle.
- Die Befragten, die sich nicht bewegen, eine oberflächliche Atmung und einen hohen Muskeltonus haben, ihr Becken, die Schultern und den Nacken bei der sexuellen Erregungssteigerung angespannt haben, sich also im archaischen, archaisch-mechanischen und mechanischen Modus befinden, haben andere Motivationen. Diese sind vor allem das Erreichen des Orgasmus, der Genuss des Orgasmus und der anschliessenden Entspannung, bzw. emotionale Aspekte, ein Bedürfnis nach Liebe, Verschmelzung und Verbindung.
(Antworten der Befragung: Anhang)

III. Kann das sexuelle Vergnügen Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Die Antworten belegten die Annahme, wonach das sexuelle Vergnügen Einfluss auf das sexuelle Verlangen haben kann. Je mehr eine Person den Sex geniesst, desto mehr Verlangen verspürt sie danach. Die neurophysiologische Erklärung dafür ist, dass sich bei Genuss in unserem Gehirn zuerst das Genusssystem aktiviert, das mit dem Neurotrans-

mitter Endorphin funktioniert, dann das verstärkende Dopaminerg-System. Genuss führt zur Verstärkung der Aktivität, die den Genuss auslöst. Anders ausgedrückt: Die Lust auf Sex wird durch die beim Sex verspürte Lust gesichert. Dieser Zusammenhang besteht auch in umgekehrter Richtung, je mehr Verlangen jemand nach Sex verspürt, desto mehr geniesst er ihn.

Im Zuge der Befragung konnten im Interesse der Beantwortung selbstverständlich nur übertragene Fragen gestellt werden und aufgrund der Antworten ist festzustellen, dass alle Befragten unsere Annahme stützten, wonach ihr sexuelles Vergnügen mit dem sexuellen Verlangen korreliert. Jene Personen, die mit ihrem sexuellen Vergnügen stabil zufrieden waren, waren auch mit ihrem sexuellen Verlangen stabil zufrieden. Dies traf auf mehr als die Hälfte der befragten Personen zu, also vier Befragte (G, K, S, V). Basierend darauf kann eine Korrelation zwischen sexuellem Vergnügen und sexueller Lust beobachtet werden. Die eine Befragte (B), deren sexuelles Vergnügen wechselhaft war, verspürte auch ein wechselhaftes sexuelles Verlangen. Und ihren Angaben nach stimmte dies zeitlich eindeutig überein (Stressphasen). Eine der Befragten (N) war weder mit dem sexuellen Vergnügen, noch dem sexuellen Verlangen zufrieden. (Antworten der Befragung: Anhang)

IV. Kann das sexuelle Vergnügen Auswirkungen auf die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Basierend auf der untersuchten Theorie stellten wir unsere Annahme auf, dass sich bei Personen, die die sexuelle Erregung geniessen, dies auf die sexuelle Motivation auswirkt, d.h. der Genuss der sexuellen Erregung stellt einen Teil der Motivation dar. Gemäss dem theoretischen Hintergrund und anderen Forschungen kann sich der Genuss der sexuellen Erregung auf die sexuelle Motivation auswirken.

Das Individuum, das die sexuelle Erregung geniesst, wird den Genuss der sexuellen Erregung als eine Motivation verspüren. Wer in der Sexualität verschiedene emotionale Bedürfnisse verspürt und geniesst, wird den emotionalen Inhalt als eine Motivation verspüren. Diese Vermutung wurde in der Befragung bestätigt.

Fünf der sechs Befragten gaben an, den Sex zu geniessen. Drei von ihnen nannten den Genuss der sexuellen Erregung als einen Motivationsfaktor. Diese Befragten (B,G,S) untermauern unsere Vermutung. Eine der Befragten (N) gab an, keinen Genuss beim Sex zu verspüren, ihre Motivation war hauptsächlich das Erleben und Verstärken der Beziehung, also eine emotionale Motivation. Auch diese befragte Person untermauert unsere Vermutung.

Zwei der Befragten (K,V) hingegen geniessen zwar den Sex, ihre Motivationsfaktoren beinhalten jedoch nicht den Genuss der sexuellen Erregung, sondern hauptsächlich emotionale Motive. Die Befragte (K) sucht im Sex äussere Bestärkung und Beziehung mit dem Partner. Die Testperson (V) sucht Intimität, das Erleben von Liebe und emotionale Verschmelzung. Diese beiden Befragten scheinen unsere Vermutung nicht zu untermauern (wonach sich aus einem hohen sexuellen Vergnügen ergibt, dass der Genuss der sexuellen Erregung einer der Motivationsfaktoren ist), da sie zwar von hohem Genuss beim Sex berichten, sie dennoch nicht durch den Genuss der sexuellen Erregung motiviert werden. Dieser scheinbare Widerspruch wurde aufgelöst, als die Testpersonen gefragt wurden, ob sie mit dem Genuss der sexuellen Erregung zufrieden seien und sie nicht auf diese Frage antworteten, sondern ob sie mit dem Sex, also dem Genuss und dem Durchleben der Emotionen während des Geschlechtsaktes (Bestärkung, Intimität) zufrieden sind. Diejenigen, die emotionale Motivation verspürten, bezogen diese Frage darauf und nicht auf den Genuss der sexuellen Erregung.

V. Kann die sexuelle Motivation Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Es kann viele Motivationen für Sex geben:

- Emotionale Bedürfnisse (Zärtlichkeit, Nähe, Liebe, Zusammenhalt, Bestärkung)
- Fortpflanzung
- Sexuelle Befriedigung (Genuss des Orgasmus, anschliessende Entspannung usw.),
- Genuss der sexuellen Erregung

Die **emotionalen Bedürfnisse** können einerseits nicht nur auf sexuellem Weg, sondern anderweitig befriedigt werden. Andererseits hängen sie stark von der Partnerbeziehung ab. Drittens können sie sich spontan in hohem Masse verändern. Ist dies also die Hauptmotivation einer Person, sind die hohe Fluktuation der Motivation und damit die hohe Veränderung des sexuellen Verlangens charakteristisch.

Ist die sexuelle Hauptmotivation die **Fortpflanzung**, möchten diese Individuen nur selten, in einer kurzen Phase ihres Lebens Kinder zeugen, zumal die Anzahl der Kinder heutzutage niedrig ist. Daher wird das sexuelle Verlangen dieser Personen während eines Grossteils ihres Lebens auf niedrigem Niveau liegen.

Liegt die Hauptmotivation für Sex lediglich bei der **sexuellen Befriedigung** – ohne Genuss der sexuellen Erregung - ist bei dem Individuum während des Geschlechtsaktes nicht der „Weg“ das Ziel, sondern ausschliesslich die „Endstation“, der Orgasmus. Die Genussquelle ist in diesem Fall nicht die gesamte sexuelle Aktivität. Im Gehirn aktivieren sich dabei die Genuss- und Verstärkungsmechanismen erst im Augenblick des sexuellen Höhepunktes und nicht während der ganzen sexuellen Aktivität. Dies führt zu einem verringerten sexuellen Verlangen. Jene Modi, bei denen ausschliesslich die sexuelle Befriedigung das Ziel darstellt, weil der Genuss der sexuellen Erregungssteigerung nicht erreichbar ist, gehen mit einem hohen Muskeltonus einher, und gerade deshalb kann der Genuss der sexuellen Erregung nicht eintreten. Der erhöhte Muskeltonus stresst den Körper, was das Gleichgewicht von „Profit/Aufwand“ ungünstig beeinflusst.

Ist der **Genuss der sexuellen Erregung** die vorrangige sexuelle Motivation, so wird das Individuum durch einen Faktor zur sexuellen Aktivität motiviert, den es nicht auf andere Weise abreagieren kann. Mit dem Genuss der sexuellen Erregung ist bereits der „Weg“ das Ziel und nicht nur eine Endstation, d.h. die gesamte sexuelle Aktivität ist eine Genussquelle und im Gehirn werden die Genuss- und Verstärkungsmechanismen optimal aktiviert. Dies führt zu maximalem sexuellem Verlangen.

Zwei der befragten Frauen (G, S) nannten den Genuss der sexuellen Erregung als Motivation und beide hatten ein stabil hohes Niveau an sexuellem Verlangen, mit dem sie zufrieden waren.

Eine der befragten Frauen (B) nannte zwar den Genuss der sexuellen Erregung als Motivation, jedoch konnte sie die sexuelle Erregung nur phasenweise – im stressfreien Zeitraum - erleben und geniessen. Genau in diesem stressfreien Zeitraum hatte sie ein hohes Niveau an sexuellem Verlangen, mit dem sie zufrieden war.

Zwei (K, N) der drei (K, N, V) Befragten, deren Motivation hauptsächlich aus emotionalen Bedürfnissen bestand (Intimität, Zusammenhalt, Beziehung, Bestätigung der Weiblichkeit) gaben ein wechselhaftes sexuelles Verlangen an (K, N), eine ein stabiles (V). Letztere Testperson (V) verspürte eine mittelmässige emotionale Motivation. Ihre Partnerbeziehung war noch in der Anfangsphase, was auch noch ihr emotionales Verlangen verstärkte.

(Antworten der Befragung: Anhang)

Diskussion

Die Hauptfrage unserer Forschung lautet (Forschungsfrage):

Können hormonelle Empfängnisverhütung und das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Auswirkungen auf die sexuelle Lust bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Zur Untersuchung der Forschungsfrage wurden folgende Leitfragen formuliert:

- Kann die hormonelle Empfängnisverhütung Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- Kann das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- Kann das sexuelle Vergnügen Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- Kann das sexuelle Vergnügen Auswirkungen auf die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?
- Kann die sexuelle Motivation Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben?

Diese Leitfragen konnten wir in vielen Fällen den Testpersonen selbstverständlich nicht unmittelbar stellen, da sie diese nicht hätten beantworten können. Daher wurden sie zu Interviewfragen konvertiert. Aus den Antworten war ersichtlich, dass sich unsere Vermutungen als richtig erwiesen.

Folgende Annahmen wurden aufgestellt:

Die hormonelle Empfängnisverhütung und das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität können Auswirkungen auf die sexuelle Lust bei Frauen im gebärfähigen Alter haben.

- Die hormonelle Empfängnisverhütung kann Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben.
- Das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität kann Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen, das sexuelle Vergnügen und die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben.

- Das sexuelle Vergnügen kann Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben.
- Das sexuelle Vergnügen kann Auswirkungen auf die sexuelle Motivation bei Frauen im gebärfähigen Alter haben.
- Die sexuelle Motivation kann Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben.

Die Annahmen wurden vor dem im Vorfeld untersuchten theoretischen Hintergrund und in Kenntnis der Ergebnisse anderer Forschungen aufgestellt.

Aufgrund der theoretischen Kenntnisse und der Forschungsergebnisse anderer Untersuchungen kamen wir zu dem Ergebnis, dass die sexuelle Lust zwei, miteinander in starkem Zusammenhang stehende Komponenten hat, das sexuelle Verlangen und das sexuelle Vergnügen.

Beide Komponenten (das sexuelle Verlangen und Vergnügen) kommen im Gehirn als Ergebnis chemischer Abläufe zustande. Das sexuelle Verlangen entsteht im Gehirn im Belohnungs- und Verstärkungssystem (mesokortikolimbisches Dopaminerg-System), das vorrangig mittels dem Neurotransmitter Dopamin funktioniert. Auf das Dopaminerg-System wirken auch noch andere Neurotransmitter und Hormone ein (Serotonin, Prolaktin, Testosteron, Östrogen, Progesteron). Da hormonelle Verhütungsmittel das Niveau der Geschlechtshormone in unterschiedlichem Masse beeinflussen, wirken sie mittelbar auf das sexuelle Verlangen. Mit einer Ausnahme konnte unsere mittels Befragung durchgeführte eigene Forschung unsere Annahme untermauern.

Die hormonelle Empfängnisverhütung kann Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen und das sexuelle Vergnügen bei Frauen im gebärfähigen Alter haben. Die Wirkung der hormonellen Empfängnisverhütung auf die sexuelle Motivation konnte nicht nachgewiesen werden.

Vier der sechs Befragten (mehr als die Hälfte) gaben an, dass das sexuelle Verlangen während der Einnahme hormoneller Verhütungsmittel sank. Zwei befragte Personen hingegen erklärten, dass sie keine Veränderungen bemerkten, als sie die Verhütungsmittel anwendeten. Daher kann festgestellt werden, dass die hormonelle Empfängnisverhütung Auswirkungen auf die sexuelle Lust haben kann, die Aussage, wonach dies in jedem Fall eintritt, ist jedoch nicht zutreffend.

Laut drei der sechs Befragten veränderten die hormonellen Verhütungsmittel das sexuelle Vergnügen nicht, laut einer Person verringerten sie dies mit Sicherheit, gemäss einer wahrscheinlich. Eine Testperson konnte keine Angaben machen.

Aufgrund der unterschiedlichen Antworten und der geringen Anzahl an Testpersonen kann lediglich festgestellt werden, dass die hormonelle Empfängnisverhütung *eventuell* Auswirkungen auf das sexuelle Vergnügen haben *kann*, wobei *nicht behauptet wird, dass dies in jedem Fall zutrifft*.

Alle sechs Befragten waren der Meinung, dass die hormonellen Verhütungsmittel die sexuelle Motivation nicht beeinflussen. Wegen der geringen Anzahl an Befragten ist keine Verallgemeinerung der Aussagen möglich. Für eine allgemeingültige Beantwortung dieser Fragen sind weitere Studien mit einer höheren Teilnehmerzahl notwendig.

Gemäss dem theoretischen Hintergrund und den Ergebnissen anderer Studien **kann das sexuelle Vergnügen Einfluss auf das sexuelle Verlangen haben.**

Demnach kann das sexuelle Vergnügen neben den Hormonen, bzw. in vielen Fällen in höherem Maße als diese, Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen haben. Das sexuelle Vergnügen entsteht im Gehirn. Dort entsteht das Vergnügen durch die körpereigenen Opiate, die Endorphine. Das sexuelle Vergnügen kommt in unterschiedlichen, teilweise phylogenetisch älteren (subcortalen) Bereichen des Gehirns zustande, teilweise strahlt es auf die Großhirnrinde aus, wo es in das Bewusstsein gelangt. Das sexuelle Vergnügen und die Verstärkung sind unterschiedliche Systeme im Gehirn, hinsichtlich Funktion und Anatomie bilden sie jedoch eine enge Einheit. Es ist offensichtlich, dass das Individuum die sexuelle Tätigkeit häufig wiederholen möchte, wenn der Sex das Genuss- und Verstärkungssystem in hohem Maße aktiviert. Das sexuelle Vergnügen erzeugt also das spätere sexuelle Verlangen. Die im Rahmen der Befragung erhaltenen Antworten untermauerten unsere Annahme, d.h. das sexuelle Vergnügen kann Einfluss auf das sexuelle Verlangen haben.

Im Zuge der Befragung konnten im Interesse der Beantwortung selbstverständlich nur übertragene Fragen gestellt werden und aufgrund der Antworten ist festzustellen, dass alle Befragten unsere Annahme stützten, wonach ihr sexuelles Vergnügen mit dem sexuellen Verlangen korreliert. Jene Personen, die mit ihrem sexuellen Vergnügen stabil zufrieden waren, waren auch mit ihrem sexuellen Verlangen stabil zufrieden. Dies traf auf mehr als die Hälfte der befragten Personen, also vier Befragte, zu. Basierend darauf kann eine Korrelation zwischen sexuellem Vergnügen und sexueller Lust beobachtet werden. Die eine Befragte, deren sexuelles Vergnügen wechselhaft war, verspürte auch ein wechselhaftes sexuelles Verlangen.

gen und ihren Angaben nach stimmte dies zeitlich eindeutig überein (Stressphasen). Eine der Befragten war weder mit dem sexuellen Vergnügen noch dem sexuellen Verlangen zufrieden.

Gemäss dem theoretischen Hintergrund und den Ergebnissen anderer Untersuchungen kann **das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität unmittelbar Auswirkungen auf das sexuelle Vergnügen und mittelbar auf das sexuelle Verlangen und die sexuelle Motivation haben.**

Obwohl das sexuelle Vergnügen im Gehirn entsteht, entfaltet ein Teil der auslösenden Reize seine Wirkung über die peripheren Rezeptoren. Der mittels der Stimulierung der peripheren Rezeptoren induzierte Reiz gelangt über den afferenten Nerv in das zentrale Nervensystem. Obwohl das Auslösen des sexuellen Erregungsreflexes und der Entladungsreflex angeborene Abläufe sind, ist die Steigerung der sexuellen Erregung erlernt, wobei sich unterschiedliche physiologische und vegetative Prozesse im Körper abspielen. Die mit der Steigerung der sexuellen Erregung einhergehenden unterschiedlichen Muskeltoni, Atmungen und Bewegungen beeinflussen das sexuelle Vergnügen, d.h. das Durchleben des sexuellen Vergnügens. Die Muskelanspannung beeinflusst die Fähigkeit der Nervenzellen zur Reizweiterleitung, die Blutversorgung und das vegetative Nervensystem. Die äussere und innere Bewegung (Atmung), das Muster der Muskelanspannung und der Rhythmus des Ganzen sowie die zeitliche Veränderung erzeugen während der sexuellen Erregungssteigerung die unterschiedlichen Modi. Die einzelnen Modi (archaisch, archaisch-mechanisch, mechanisch, ondulierend, wellenförmig) unterscheiden sich nicht nur im Muskeltonus, sondern auch in der Bewegung. Bei einem Modus mit wenig Bewegungs- und Atmungsspiel, d.h. mit einer hohen Muskelrigidität (archaisch, archaisch-mechanisch, mechanisch) entsteht sexuelle Unlust.

Die während der Befragung erhaltenen Antworten untermauern unsere Annahme, wonach das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität unmittelbare Auswirkungen auf das sexuelle Vergnügen und mittelbare Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen und die sexuelle Motivation haben kann.

Aus den Antworten geht indirekt hervor, dass sich eine der sechs Befragten im archaischen Modus, eine im archaisch-mechanischen, zwei im mechanischen, eine im ondulierenden und eine im wellenförmigen Modus befand.

Aus den Antworten geht indirekt hervor, dass jene Befragten, die sich während der sexuellen Erregungssteigerung bewegten (wellenförmig und ondulierend) mit ihrem sexuellen Vergnügen und somit auch mit ihrem sexuellen Verlangen zufrieden

waren (zwei Befragte). Zwei der befragten Personen, die sich nicht bewegten, untermauerten unsere Annahme, da die Person im archaischen Modus überwiegend unzufrieden mit ihrem sexuellen Vergnügen war, eine andere, die sich in unterschiedlichem Masse bewegte, genau in diesem Verhältnis zufrieden mit ihrem sexuellen Vergnügen war, also bei mehr Bewegung war die Zufriedenheit höher, bei weniger Bewegung niedriger.

Zwei der Befragten, die sich im mechanischen Modus sowie im archaisch-mechanischen Modus befanden, waren dennoch mit ihrem sexuellen Vergnügen zufrieden. Eine von ihnen gab ein wechselhaftes sexuelles Verlangen in Abhängigkeit von ihrem Partner an. Die andere Befragte war mit ihrem sexuellen Verlangen zufrieden. Aus den Antworten dieser beiden Testpersonen geht hervor, dass sie mit dem sexuellen Vergnügen und teilweise ihrem sexuellen Verlangen zufrieden waren, obwohl sie sich nicht bewegten. Diesen scheinbaren Widerspruch zu unserer Annahme (viel Bewegung während der sexuellen Erregungssteigerung ist für das sexuelle Vergnügen notwendig) löst ihre sexuelle Motivation auf.

Hinsichtlich der sexuellen Motivation der Befragten stellte sich heraus, dass lediglich zwei oder drei der sechs befragten Frauen den Genuss der sexuellen Erregung als Motivationsfaktor angaben. Die sexuellen Motivationsfaktoren der übrigen drei oder vier Teilnehmerinnen richteten sich hauptsächlich auf die Befriedigung emotionaler Bedürfnisse. Diese Bedürfnisse waren Liebe und Zusammenhalt, Sicherheit, Kontakt mit dem Partner und Bestätigung von aussen (sie fühlt sich nur auf diese Weise als Frau). Dieser Umstand erschwert die Bewertung des sexuellen Verlangens und des sexuellen Vergnügens wesentlich, macht sie sogar unmöglich. Sucht jemand im Sex keine sexuelle Erregung, ist es nicht möglich, das sexuelle Vergnügen bzw. das sexuelle Verlangen dieser Person zu beurteilen. In diesem Fall können das emotionale Verlangen und Vergnügen aufgezeigt und analysiert werden, was jedoch nicht spezifisch für Sex ist. Diese Bedürfnisse können auch ohne Sex, auf andere Art und Weise befriedigt werden.

Die Befragten, die sich während der sexuellen Erregungssteigerung bewegten (zwei) und tief atmeten, bzw. teilweise (eine), gaben den Genuss der sexuellen Erregung als einen sexuellen Motivationsfaktor an. Bei den drei befragten Frauen, die sich überhaupt nicht bewegten, bestand die Motivation zum Partnersex aus der Befriedigung emotionaler Bedürfnisse. Die Motivation zur Selbstbefriedigung war in diesen drei Fällen das Abreagieren von sexuellen Spannungen.

Dem theoretischen Hintergrund und den Ergebnissen anderer Studien zufolge kann der Genuss der sexuellen Erregung Auswirkungen auf die sexuelle Motivation haben. Geniesst eine Person die sexuelle Erregung, so findet sich der Genuss der sexuellen Erregung unter den Motivationsfaktoren dieser Person. Wer in der Sexualität verschiedene emotionale Bedürfnisse erlebt, dessen sexuelle Motivationsfaktoren umfassen emotionale Gründe.

Unsere Annahme, wonach der **Genuss der sexuellen Erregung Auswirkungen auf die sexuelle Motivation haben kann** konnte untermauert werden.

Fünf der sechs Befragten gaben an, den Sex zu geniessen. Dabei nannten drei den Genuss der sexuellen Erregung als Motivationsfaktor. Diese Befragten stützen unsere Annahme. Eine Testperson geniesst den Sex nicht und gab die Pflege der Beziehung als Motivation an, auch sie untermauert unsere Annahme. Zwei der befragten Frauen geniessen zwar den Sex, dennoch ist ihre Motivation nicht der Genuss der sexuellen Erregung, vielmehr besteht diese aus verschiedenen emotionalen Bedürfnissen (Bestätigung von aussen, Beziehung mit dem Partner, Bedürfnis nach Intimität und Liebe). Diese Befragten stützen unsere Annahme scheinbar nicht. Dieser Widerspruch löste sich jedoch auf, als wir die Testpersonen fragten, ob sie mit dem Genuss des sexuellen Vergnügens zufrieden waren. Dabei beantworteten sie nicht diese Fragestellung, sondern vielmehr, ob sie mit dem Sex, also dem Genuss, dem Erleben von Emotionen während der sexuellen Aktivität (Bestätigung, Intimität) zufrieden seien. Wer also eine unmittelbare emotionale Motivation verspürte, bezog diese Frage darauf und nicht auf den Genuss der sexuellen Erregung.

Laut dem theoretischen Hintergrund kann die sexuelle Motivation Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen haben.

Wie bereits zuvor ausgeführt, wessen sexuelle Motivation

- sich im Laufe der Zeit wesentlich verändert,
- auch auf andere Weise, unabhängig von der Sexualität, befriedigt werden kann,
- mittels hoher Aufwendungen erreicht werden kann,

dessen sexuelles Verlangen ist wechselhaft oder niedrig.

Beispiele: Befriedigung emotionaler Bedürfnisse, narzisstische Bedürfnisse, lediglich sexuelle Befriedigung ohne Genuss der sexuellen Erregung.

Ist einer der sexuellen Motivationsfaktoren der Genuss der sexuellen Erregung, so ist das sexuelle Verlangen hoch.

Die bei der Befragung erhaltenen Antworten stützen **unsere Annahme, d.h. die sexuelle Motivation kann Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen haben.**

Zwei der befragten Frauen nannten den Genuss der sexuellen Erregung als Motivation und beide hatten ein stabil hohes Niveau an sexuellem Verlangen, mit dem sie zufrieden waren.

Eine der befragten Frauen (B) nannte zwar den Genuss der sexuellen Erregung als Motivation, jedoch konnte sie die sexuelle Erregung nur phasenweise – im stressfreien Zeitraum - erleben und geniessen. Genau in diesem stressfreien Zeitraum hatte sie ein hohes Niveau an sexuellem Verlangen, mit dem sie zufrieden war.

Zwei der drei Befragten, deren Motivation hauptsächlich aus emotionalen Bedürfnissen bestand (Intimität, Zusammenhalt, Beziehung, Bestätigung der Weiblichkeit), gaben ein wechselhaftes sexuelles Verlangen an, eine ein stabiles. Letztere Testperson verspürte eine mittelmässige emotionale Motivation. Ihre Partnerbeziehung war noch in der Anfangsphase, was auch noch ihr emotionales Verlangen verstärkte.

Insgesamt ist festzustellen, dass die im Rahmen der eigenen Forschung durchgeführte Befragung viel zur Bekräftigung unserer vorläufigen Annahme beitrug. Dennoch ist eine Weiterführung der Studie notwendig, um weitere Testpersonen einzubinden und so die Ableitung allgemeingültiger Folgerungen zu ermöglichen.

Die hormonelle Empfängnisverhütung kann Auswirkungen auf die sexuelle Lust haben, dies ist jedoch bei den meisten Frauen nicht signifikant. Spürt jemand dennoch eine derartige Nebenwirkung, ist dies ernst zu nehmen. Ein Weg zur Behandlung des Problems könnte die Änderung der medikamentösen Behandlung sein, was jedoch nicht in jedem Fall zu einem Ergebnis führt. Ein anderes hormonelles Präparat kann ebenfalls unangenehme Nebenwirkungen haben, wie das ursprünglich eingesetzte Medikament. In vielen Fällen ist auch die Anwendung einer hormonfreien Empfängnisverhütung nicht möglich. In dieser Situation wendet sich der Patient an den Sexologen, der mit seiner Fachkompetenz Unterstützung bei der Lösung des Problems bieten kann.

Das erlernte körperliche Verhalten in der Sexualität spielt bei dem Genuss der sexuellen Erregung bzw. dadurch bei dem sexuellen Verlangen eine grundlegende Rolle. So kann sie im Falle sexueller Unlust zur Lösung der Situation beitragen, indem ein solches sexuelles erlerntes körperliches Verhalten erworben wird, das Raum für Bewegung und Atmung bietet. Besonders geeignet dafür ist der wellenförmige Modus, wo der Genuss der sexuellen Erregung in der Scheide und im ganzen Körper intensiv erlebt werden kann und

so das sexuelle Verlangen maximal ausgelöst wird. Das optimale sexuelle erlernte körperliche Verhalten können Frauen, die unter sexueller Unlust leiden, in vielen Fällen nicht selbständig erwerben, dazu ist die fachliche Unterstützung des Sexologen notwendig. Es ist auch wichtig, dass Frauen mit sexueller Unlust und deren Partner wissen, dass sie von Sexologen Hilfe erhalten können und so in relativ kurzer Zeit das Problem gelöst werden kann. Sie müssen ihre aktuelle Situation nicht akzeptieren.

Schlusswort

Diese Arbeit habe ich mit der Hoffnung begonnen, mit Hilfe des theoretischen Hintergrunds und der eigenen Forschung Antworten auf die ausgearbeitete Forschungsfrage und die Leitfragen zu finden, und dass diese Antworten einen Beitrag zur Lösung solcher Probleme meiner Klienten leisten, die im Zusammenhang mit der sexuellen Unlust stehen. Im Rahmen der Studie hatte ich die Möglichkeit, zahlreiche interessante Publikationen zu lesen und wertvolle methodische Kenntnisse zu erwerben, während ich mich auf die Ausarbeitung der Methodik meiner eigenen Forschung vorbereitete. Auf diese Weise leistete diese Arbeit einen ausserordentlichen Beitrag zu meiner beruflichen Weiterentwicklung. Ich hatte nicht nur die Möglichkeit zusammenzufassen, was ich während der Ausbildung erlernt hatte, sondern auch neue Kenntnisse zu erwerben.

Diese werde ich auch in der Praxis anwenden, wenn sich Patienten mit der Problematik der sexuellen Unlust hilfesuchend an mich wenden.

Auch von den Befragungsteilnehmerinnen konnte ich dank ihrer Offenheit, mit der sie über ihr Sexualleben sprachen, viel lernen. Des Weiteren erhielt ich von ihnen Antworten auf während der Studie von den Teilnehmerinnen selbst aufgeworfene Fragen, die ich ursprünglich nicht formuliert hatte.

Für diese nützlichen Kenntnisse, die meine ursprünglichen Hoffnungen bei weitem übertreffen, bedanke ich mich bei meinen Dozenten, die meine Forschungsfrage akzeptierten und mir so die Möglichkeit gaben, Wissen zu erwerben, das künftig in der Praxis anwendbar ist.

Literatur

- Adams, A. E.; Haynes, Stephen N.; Brayer, Mary Ann (1985). Cognitive distraction in female sexual arousal. *Psychophysiology*, 22 (6), 689–696. DOI:10.1111/j.1469-8986.1985.tb01669.x.
- Angst, Jules; Hengartner, Michael P.; Rössler, Wulf; Ajdacic-Gross, Vladeta; Leeners, Brigitte (2015). A Swiss Longitudinal Study of the Prevalance of, and Overlap Between, Sexual Problems in Men and Women Aged 20 to 50 Years Old. *The Journal of Sex Research*, 52:8, 949-959, DOI: 10.1080/00224499.2014.1002556.
- Basson, Rosemary (2001). Human sex-response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27 (1), 33–44. DOI:10.1080/00926230152035831.
- Basson, Rosemary; Leiblum, Sandra; Brotto, Lori; Derogatis, Leonard; Fourcroy, Jean; Fugl-Meyer, Kerstin; Graziottin, Alessandra; Heidman, Julia; Laan, Ellen; Meston, Cindy; Schover, Leslie; van Lankveld, Jacques; Schultz, Willibrord Weijmar (2004). Revised definitions of women's sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 1 (1), 40–48. DOI:10.1111/j.1743-6109.2004.10107.x.
- Battaglia, Cesare; Battaglia, Bruno; Manchi, Flulvia, Busacchi, Paolo; Paganotto, Maria Chiara; Morotti, Elena; Vernturoli, Stefano (2012). Sexual behavior and oral contraception: a pilot study. *The Journal of Sexual Medicine* 2012, 9, 550-557. DOI:10.1111/j.1743-6109.2011.02597.x.
- Battaglia, Cesare; Morotti, Elena; Persico, Nicola; Battaglia, Bruno; Busacchi, Paolo; Casadio, Paolo; Paradisi, Roberto; Venturoli, Stefano (2013). Clitoral vascularization and sexual behavior in young patients treated with drospirenone-ethinyl estradiol or contraceptive vaginal ring: a prospective, randomized, pilot study. *The Journal of Sexual Medicine* 2014;11, 471-480. DOI:10.1111/jsm.12392.
- Bischof, Karoline (2012). *Sexocorporel in the promotion of sexual pleasure*. In O. Kontula (Hrsg.), *Pleasure and Health (Proceedings of the Nordic Association for Clinical Sexology NACS)* (S. 59- 68).
- Bischof, Karoline (2018). *Lust auf Sex durch Lust am Sex - Das Begehren und die Neurophysiologie der Erotik*. In Angelika Eck (Hrsg.), *Der erotische Raum* (S. 183-198). Heidelberg: Carl-Auer Verlag, zweite, überarbeitete Auflage, 2018.
- Bischof-Campbell, Anette (2012). *Das sexuelle Erleben von Frauen als Spiegel ihres sexuellen Verhaltens*. Zürich: Psychologische Fakultät Universität Zürich (unveröffentlichte Masterarbeit).
- Bitzer, Johannes (2004). Libidostörungen bei der Frau. *Schweiz Med Forum* 2004, 4, 976-980.
- Bodenmann, Guy; Ledermann, Thomas; Blattner, Denise; Galluzzo, Claudia (2006). Associations Among Everyday Stress, Critical Life Events, and Sexual Problems. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194 (7), 494–501. DOI:10.1097/01.nmd.0000228504.15569.b6.
- Brody, Stuart; Laan, Ellen; Van Lunsen, Rik H. W. (2003). Concordance Between Women's Physiological and Subjective Sexual Arousal Is Associated with Consistency of Orgasm During Intercourse But Not Other Sexual Behavior. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29 (1), 15–23. DOI:10.1080/713847101.
- Brotto, Lori A.; Bitzer, Johannes; Laan, Ellen; Leiblum, Sandra; Luria, Mijal (2010). Women's Sexual Desire and Arousal Disorders. *The Journal of Sexual Medicine*, 7 (1pt2), 586–614. DOI:10.1111/j.1743-6109.2009.01630.x.
- Burrows, Lara J.; Basha, Maureen; Goldstein, Andrew T. (2012). The effects of hormonal contraceptives on female sexuality. *The Journal of Sexual Medicine* 2012; 9, 2213-2223. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x.
- Chivers, Meredith L.; Bailey, J. Michael (2005). A sex difference in features that elicit genital response. *Biological psychology*, 70 (2), 115–120. DOI:10.1016/j.biopsycho.2004.12.002.

- Ciaplinskienė, Lina; Zilaitienė, Birutė; Verkauskienė, Rasa; Zalinkevicius, Rimantas; Bumbulienė, Zana; Vanagienė, Virginija; Bitzer, Johannes (2016). The effect of a drospirenone-containing combined oral contraceptive on female sexual function: a prospective randomised study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2016. VOL. 21; NO. 5, 395-400. Abgerufen von <https://doi.org/10.1080/13625187.2016.1217324>.
- Clement, Ulrich (2011). *Systemische Sexualtherapie* (5. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cobey, Kelly D; Havlicek, Jan; Klapilová, Katerina; Roberts, S. Craig (2016). Hormonal Contraceptive Use During Relationship Formation and Sexual Desire During Pregnancy. *Arch Sex Behav* (2016) 45:2117-2122. DOI: 10.1007/s10508-015-0662-6.
- Davis, Anne R.; Castaño, Paula M. (2004). Oral Contraceptives and Libido in Women. *Annual Review of Sex Research*, 15:1, 297-320, DOI: 10.1080/10532528.2004.10559822.
- Desjardins, J.-Y. ; Chatton, D. ; Desjardins, L. ; Tremblay, M. (2010). *Le sexocorporel. La compétence érotique à la portée de tous*. In M. El Feki (Hrsg.), *La Sexothérapie: Quelle Thérapie Choisir En Sexologie Clinique?* (2. Aufl., S. 63–103). Bruxelles: De Boeck.
- Dressler, Stephan; Zink, Christoph (2003). *Psychosexuelle Wörterbuch Sexualität*. Berlin: De Gruyter.
- Ekman, Paul (1993). Facial Expression and Emotion. *American Psychologist* 48: 384-392.
- Esch, Tobias; Stefano, George B. (2005). The Neurobiology of Love. *Neuroendocrinology Letters* 26 (3), 175-92.
- Fugl-Meyer, Kerstin S.; Oberg, Katerina; Lundberg, Per Olov; Lewin, Bo; Fugl-Meyer, Axel (2006). On orgasm, sexual techniques, and erotic perceptions in 18- to 74-year-old Swedish women. *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (1), 56–68. DOI:10.1111/j.1743-6109.2005.00170.x.
- Gehrig, Peter; Bischof, Karoline (2010). *Glossar*. In P. Gehrig & K. Bischof (Hrsg.), *Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis*. Zürich: Pfizer AG.
- Georgiadis, J. R.; Kringelbach, M. L. (2012). The human sexual response cycle: Brain imaging evidence linking sex to other pleasures. *Progress in Neurobiology*, 98 (1), 49–81. DOI:10.1016/j.pneurobio.2012.05.004.
- Giuliano, Francois; Rampin, Oliver; Allard, Julien (2002). Neurophysiology and Pharmacology of Female Genital Sexual Response. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28 (sup1), 101–121. DOI:10.1080/00926230252851230.
- Hajdú, Ferenc (1996). *Vezérfonal a neuroanatómiához*, Budapest: Semmelweis Orvostudományi Egyetem.
- Hatfield, Elaine; Sprecher, Susan (1986) Measuring passionate love in intimate relationships. *Journal of Adolescence*, 9 (4), 383–410.
- Higgins, Jennia; Hoffman, Sussie; Graham, Cynthia; Sanders, Stephanie A.(2008). Relationships between condoms, hormonal methods, and sexual pleasure and satisfaction: an exploratory analysis from the Women's Well-Being and Sexuality Study. *Sex Health* 2008 December: 5(4), 321-330.
- Hill, Craig A.; Preston, Leslie K. (1996). Individual differences in the experience of sexual motivation: Theory and measurement of dispositional sexual motives. *Journal of Sex Research*, 33 (1), 27–45. DOI:10.1080/00224499609551812.
- Hogg, Brigit (2007). *Handbuch Familienplanung*. Zürich: Universitätsspital Zürich, Departement Frauenheilkunde, Klinik für Reproduktions-Endokrinologie.
- IsHak, Waguih William; Tobia, Gabriel (2013). DSM-5 Changes in Diagnostic Criteria of Sexual Dysfunctions, *Reproductive System and Sexual Disorders* 2013, 2:2., 1000122. DOI:10.4172/2161-038X.1000122.
- Kaplan, Helen Singer (1979). *Disorders of Sexual Desire*. New York: Simon & Schuster.
- King, Robert; Belsky, Jay; Mah, Kenneth; Binik, Yitzchak (2011). Are there different types

- of female orgasm? *Archives of sexual behavior*, 40 (5), 865–875. DOI:10.1007/s10508-010-9639-7.
- Kleinplatz, Peggy J.; Ménard, A. Dana; Paquet, Marie-Pierre; Paradis, Nicolas; Campbell, Meghan; Zuccarino, Dino; Mehak, Lisa (2009). The components of optimal sexuality: A portrait of “great sex.” *Canadian Journal of Human Sexuality*, 18 (1-2), 1–13.
- Komisaruk, Barry R.; Whipple, Beverly; Crawford, Audrita; Grimes, Sherry; Liu, Wen-Ching; Kalnin, Andrew; Mosier, Kristine (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*, 1024 (1– 2), 77–88. doi:10.1016/j.brainres.2004.07.029.
- Komisaruk, Barry R.; Beyer-Flores, Carlos; Whipple, Beverly (2006). *The Science of Orgasm*. Baltimore: Johns Hopkins Univ Pr.
- Komisaruk, Barry R.; Wise, Nan; Frangos, Eleni; Liu, Wen-Ching; Allen, Kachina; Brody, Stuart (2011). Women’s Clitoris, Vagina, and Cervix Mapped on the Sensory Cortex: fMRI Evidence. *The Journal of Sexual Medicine*, 8 (10), 2822–2830. DOI:10.1111/j.1743-6109.2011.02388.x.
- Kringelbach, Morten L.; Berridge, Kent C. (2009). Towards a functional neuroanatomy of pleasure and happiness. *Trends in cognitive sciences* 13:479-87 DOI?
- Kringelbach, Morten L.; Berridge, Kent C. (2010). The Functional Neuroanatomy of Pleasure and Happiness, *Discov Med. Author manuscript; available in PMC 2010 Dec 22. Published in final edited form as: Discov Med. 2010 Jun; 9(49), 579–587.*
- Laumann, Edward O.; Paik Anthony; Rosen, Raymond C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281, 537-544.
- Lee, Monica; Morgan, Melinda; Rapkin, Andrea (2011). Clitoral and vulvar vestibular sensation in women taking 20 mcg ethinyl estradiol combined oral contraceptives: a preliminary study. 2011;8, 213-218. DOI:10.1111/j1743-6109.2010.02074.x.
- Leeners, Brigitte, Prof., Dr. (2017). Biologische Grundlagen der weiblichen Sexualität (2017). Power Point Presentation vom Vortrag am 2.6.2017.
- Leeners, Brigitte, Prof., Dr. (2017.) Weibliche Sexualität und sexuelle Störungen. *Gynäkologie*, 1(50), 55-65. DOI: 10.1007/s00129-016-4007-x. Online publiziert: 10. Januar 2017.
- Levin, Roy J. (2002). The Physiology of Sexual Arousal in the Human Female: A Recreational and Procreational Synthesis. *Archives of Sexual Behavior*, 31 (5), 405–411. DOI:10.1023/A:1019836007416.
- Levin Roy J. (2003). Do Women Gain Anything from Coitus Apart from Pregnancy? Changes in the Human Female Genital Tract Activated by Coitus Pain Disorders: Responses to a Web-Based Survey. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(sup1), 59-69. DOI:10.1080/713847134.
- Levin, Roy J.; Van Berlo, Willy (2004). Sexual arousal and orgasm in subjects who experience forced or non-consensual sexual stimulation -- a review. *Journal of clinical forensic medicine*, 11 (2), 82–88. DOI:10.1016/j.jcfm.2003.10.008.
- Lightfoot-Klein, Hanny (1989). The Sexual Experience and Marital Adjustment of Genitally Circumcised and Infibulated Females in the Sudan. *The Journal of Sex Research*, 26 (3), 375–392. DOI:10.2307/3812643.
- Löken, Line S.; Wessberg, John; Morrison, India; McGlone, Francis; Olausson, Hakan (2009). Coding of pleasant touch by unmyelinated afferents in humans. *Nature Neurosciences* 12: 547-548.
- Lüchem Diana, *Beziehungs- & Sexualtherapie München für Singles & Paare*. Abgerufen von <https://sexual-paar-therapie-muenchen.de>. Zuletzt geprüft am 2.1.2020.
- Malmborg, Agota; Presson, Elin; Brynhildsen, Jan; Hammar, Mats (2016). Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21:2, 158-167, DOI:10.3109/13625187.2015.1079609.

- Maravilla, Kenneth; Cao, Yunyu; Heiman, Julia R.; Yang, Claire; Garland, Patricia A.; Peterson, Barry T.; Carter, Wayne O. (2005). Noncontrast dynamic magnetic resonance imaging for quantitative assessment of female sexual arousal. *The Journal of Urology*, 173 (1), 162–166. DOI:10.1097/01.ju.0000146643.00140.e3.
- Marlock, Gustl; Weiss, Halko (2006) *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer
- Martin-Loeches, M.; Ortí, R. M.; Monfort, M.; Ortega, E.; Rius, J. (2009) A comparative analysis of the modification of sexual desire of users of oral hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 8:3, 129-134, DOI: 10.1080/ejc.8.3.129.134.
- Masters, William H.; Johnson, Virginia E. (1966). *The Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown and Company.
- Meana, Marta (2010). Elucidating women's (hetero)sexual desire: Definitional challenges and content expansion. *Journal of Sex Research*, 47 (2-3), 104–122. DOI:10.1080/00224490903402546.
- Meizner, Israel (1987). Sonographic observation of in utero fetal "masturbation". *Journal Of Ultrasound In Medicine. Official Journal Of The American Institute Of Ultrasound In Medicine*, 6 (2), 111.
- Meston, C. M. & Buss, D. M. (2007). Why Women Have Sex. *Archives of Sexual Behavior* 36: 477-507. DOI: 10.1007/s10508-007-9175-2.
- Murray, Sarah H.; Milhausen, Robin R. (2012). Sexual desire and relationship duration in young men and women. *Journal of sex & marital therapy*, 38 (1), 28–40. DOI:10.1080/0092623X.2011.569637.
- Nappi R. E. (2015). To be or not to be in sexual desire: the androgen dilemma, *Climacteric*, 18:5, 672-674, Doi: 10.3109/13697137.2015.1064268.
- Nusbaum, MR.; Gamble, G.; Skinner, B.; Heimann, J. (2000). The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J Fam Pract* 2000;49, 229-232.
- Pastor, Zlatko; Holla, Katerina; Chmel, Roman (2013). The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: A systematic review. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18:1, 27-43, DOI: 10.3109/13625187.2012.728643.
- Regan, Pamela C.; Berscheid, Ellen (1996). Beliefs about the state, goals, and objects of sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 22 (2), 110–120. DOI:10.1080/00926239608404915.
- Rellini, Alessandra H.; McCall, Katie M.; Randall, Patrick K.; Meston, Cindy M. (2005). The relationship between women's subjective and physiological sexual arousal. *Psychophysiology*, 42 (1), 116–124. DOI:10.1111/j.1469-8986.2005.00259.x.
- Rosen, R.; Brown, C.; Heiman, J.; Leiblum, S.; Meston, C.; Shabsigh, R.; Ferguson D.; D'Agostino, R., Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26 (2), 191–208. DOI:10.1080/009262300278597.
- Schaffir, Jonathan (2006). Hormonal Contraception and Sexual Desire, *Journal of Sex&Marital Therapy* 2006, 32, 305-314. DOI:10.1080/0092623060066311
- Schein M.; Zyzanski S.J.; Levine S.; Medalie J.H.; Dickman R.L.; Alemagno S.A. (1988). The frequency of sexual problems among family practice patients. *Fam Pract Res* J1988;7, 122-34.
- Schnarch, David (2011). *Intimacy & Desire: Awaken the Passion in Your Relationship*. New York: Beaufort Books.
- Schnarch, David (2000). *Desire problems. A systemic perspective*. In: Leiblum, S.; Rosen, R. (eds.), *Principles and Practice of Sex Therapy*. New York: Guilford Press.
- Strufaldi, Rodolfo; Pompei, Luciano; Steiner, Marcelo L.; Cunha, Everaldo P.; Ferreira,

- José A.S.; Peixoto, Sérgio; Fernandes César E. (2010). Effects of two combined hormonal contraceptives with the same composition and different doses on female sexual function and plasma androgen levels. *Contraception* 82 (2010), 147-154. DOI:10.1016/j.contraception. 2010.02.016.
- Sugrue, Dennis P.; Whipple, Beverly (2001). The Consensus-Based Classification of Female Sexual Dysfunction: Barriers to Universal Acceptance. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27 (2), 221–226. DOI:10.1080/00926230152052030.
- Szentágothai, János; Réthelyi, Miklós (1996). *Funkcionális anatómia 3*. Budapest: Medicina Kiadó, Schemmelweis Kiadó.
- Tiefer, Leonore (1991.) Historical, scientific, clinical and feminist criticisms of “the human sexual response cycle” model. *Annual Review of Sex Research*, 2:1, 1–23. <https://doi.org/10.1080/10532528.1991.10559865>.
- Ulrich-Lai, Yvonne M.; Christiansen, Anne. M; Ostrander, Michelle M.; Jones, Amanda A.; Jones, Kenneth R.; Choi, Dennis C.; Krause, Eric G.; Evanson, Nathan K.; Furay, Amy R.; Davis, Jon F.; Solomon, Matia B.; de Kloet, Annette D.; Tamashiro, Kellie L.; Sakai, Randall R.; Seeley, Randy J.; Woods Stephen C.; Herman James P. (2010). Pleasurable behaviors reduce stress via brain reward pathways. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 107, 20529-34.
- Wahlin-Jacobsen Sarah; Pedersen, Anette Tonnes; Kristensen, Ellids; Laessoe, Nanna Cassandra; Lundqvist, Marika; Cohen, Arie S.; Hougaard David M.; Giraldi Annamaria (2014). Is there a correlation between androgens and sexual desire in women? *The Journal of Sexual Medicine* 2015; 12, 358-373. DOI:10.1111/jsm.12774.
- Van Lunsen, Rik H. W.; Laan, Ellen (2004). Genital vascular responsiveness and sexual feelings in midlife women: psychophysiologic, brain, and genital imaging studies. *Menopause: Journal of The North American Menopause Society* Vol. 11 No. 6, 741–748. DOI:10.1097/01.GME.0000143704.48324.46.
- Wallwiener, Christian W.; Wallwiener, Lisa-Maria; Seeger, Harald; Mück, Alfred O.; Bitzer, Johannes; Wallwiener, Markus (2010). Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *The Journal of Sexual Medicine* 2010;7, 2139-2148. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.01742.x.
- Wallwiener, Christian W.; Wallwiener, Lisa-Maria; Seeger, Harald; Schönfisch, Birgitt; Mueck, Alfred O.; Bitzer, Johannes; Zipfel, Stephan; Brucker, Sara Y.; Taran, Florin-Andrei; Wallwiener, Markus (2015). Are hormonal components of oral contraceptives associated with impaired female sexual function? A questionnaire-based online survey of medical students in Germany, Austria, and Switzerland *Arch Gynecol Obstet* (2015) 292, 883-890. DOI: 10.1007/s00404-015-3726-.

Anhang

Anhangsverzeichnis

Interview mit Frau „B“	1
Interview mit Frau „G“	12
Interview mit Frau „K“	20
Interview mit Frau „N“	31
Interview mit Frau „S“	40
Interview mit Frau „V“	53
Ehrenwörtliche Erklärung/Selbstständigkeitserklärung	

Interview mit Frau „B“

Abkürzungen:

Interviewerin: I

Interviewte Person: A

I: Also ich danke dir, dass wir dieses Interview machen können. Es geht um meine Masterarbeit, in der ich die Wirkung von hormonellen Verhütungsmitteln und erlerntem körperlichen Verhalten auf die Sexualität, sexuelles Verlangen und den Genuss untersuche.

1.2

1.1. I: Du hast mir erzählt, dass du früher hormonelle Verhütungsmittel benutzt hast und dass du leichte Veränderungen in Bezug auf Genuss und Verlangen bemerkt hast.

I: Was für Veränderungen hast du bemerkt?

A: Ich habe gemerkt, dass bei der hormonellen Verhütung ich mich ... – also es ist schwierig zu erklären – es fühlt sich so an, wie wenn man unter einer Glasglocke ist. Also alle Reize kommen irgendwie weniger an. Es ist so als wäre immer etwas dazwischen, das macht, dass ich mich nicht so lebendig fühle, das macht, dass ich weniger Genuss beim Sex habe.

A: Also es ist nicht so lebendig, sondern ein wenig gedämpft.

I: Also du empfindest weniger Genuss. Und wie sieht es mit dem Verlangen nach Sex aus?

A: Das Verlangen nach Sex ist auch geringer. Es ist emotional alles ein wenig gleichgeschaltet.

I: Alles ein wenig gleichgeschaltet.

1.3 I: Und hast du eine Veränderung bei dem, was dich zum Sex motiviert, bemerkt?

A: Das ist noch schwierig zu sagen. Ja, es ist schon sehr lange her, seit ich hormonell verhütet habe. Aber so wie ich mich zu erinnern glaube, habe ich schon das Gefühl, dass ich weniger Verlangen hatte. Weniger ... (zögert) ja einfach, wie wenn ich einfach etwas in Ruhe gelassen werden wollte. Ich wollte etwas mehr Abstand.

1.6 I: Und welches Verhütungsmittel hattest du gebraucht?

A: Zuerst das Pflaster und nachher den Nuvaring.

I: Mit Pflaster meinst du das Evra-Pflaster, also das, das man aufklebt

A: Genau.

I: Also nicht die klassische Pille, sondern andere hormonelle Verhütungsmittel?

A: Ja.

I: Warum nicht die Pille?

A: Also das war eine recht schockierende Geschichte, die mich im Nachhinein sehr überrascht hat. Ich war 18 und hatte immer wieder mal Episoden von Durchfall und Verdauungsschwierigkeiten gehabt. Deshalb bin ich zum Arzt, also Frauenarzt, gegangen und habe ihm erzählt, dass ich gerne ein hormonelles Verhütungsmittel hätte. Und dann haben sie mir tatsächlich die Pille vorgeschlagen. Und dann habe ich aber zum Glück gecheckt, dass wenn man die Pille nimmt und oft Durchfall hat – danach hat sie mich nämlich nicht gefragt – das weiss ich noch, weil ich im Nachhinein so schockiert war. Sie hat mich das nicht gefragt. Aber ich habe ihr das gesagt. Ich habe ihr gesagt, dass ich nicht die Pille nehmen könne, wenn ich immer wieder mal Durchfall habe und ab und zu erbrechen müsse. Mir war damals oft übel. Und dann hat sie gesagt, aja dann, in dem Fall sei es gut, dass ich ihr das sage. Es gebe einfach das Evra-Pflaster. Das sei gut, ich solle doch das nehmen.

I: Und bei beiden hattest du dann die Dämpfung ... also beim Pflaster und auch beim Ring?

A: Ja genau.

I: Eigentlich logisch.

A: Was mich eigentlich am Pflaster gestört hat, ist, dass man es gesehen hat. Also wenn man geduscht hat, haben alle geschaut und gefragt, was das ist. Und es hat dann auch ein bisschen Hautreizungen gegeben. Genau. Und ich glaube von der Wirkung auf die Psyche – ich glaube, es ist bei beiden gleich gewesen.

I: Ja ...

A: Eben ich war weniger motiviert für alles, für das Leben insgesamt. Es war schwierig mit den Emotionen.

I: Und darum hast du zur Spirale gewechselt?

A: Genau. Ich wollte weiterhin eine sehr zuverlässige Verhütungsmethode haben. Zuverlässiger als die kombinierten natürlichen Methoden. Und darum fiel die Wahl auf die Spirale ohne Hormone.

I: Eben ohne Hormone.

A: Ja.

(Schwer verständliches Geflüster)

1.7 I: Und wie lange hat das gedauert, bis die negative Wirkung der hormonellen Verhütungsmittel, du hattest von einer Dämpfung gesprochen, gekommen ist?

A: Ich glaube ... So 4-6 Monate.

I: Also es hatte schon etwas länger gedauert, bis die Wirkung gekommen ist.

A: Weil, am Anfang hatte ich sehr daran gezweifelt, ob das wirklich von den Hormonen war. Denn es hatte geheissen, das sei sehr sicher und habe eigentlich keine Nebenwirkungen. Und ich hatte es mir auch sehr lange nicht eingestanden, dass es für mich Nebenwirkungen hat, die ich nicht will.

I: Also kann es schon sein, dass die Nebenwirkungen viel früher gekommen waren? Vielleicht ein zwei Monate früher, aber du wolltest es dann ein paar Monate lang nicht wahrhaben.

A: Ja, ich glaube es.

I: Eben, anfänglich wolltest du es nicht wahrhaben. Und was hat das bei dir ausgelöst, als du das dann wahrgenommen hattest?

A: Wie meinst du, was es ausgelöst habe?

1.4 I: Eben. Du dachtest, dass du keine Dämpfung haben wolltest. Hast du dann sofort reagiert oder noch länger gewartet?

A: Nein, es war eigentlich so, dass ich sehr lange ... (*zögert und setzt neu an*) zuerst habe ich natürlich gar nichts gedacht. Ich dachte, hey cool, ich habe ein sehr sicheres Verhütungsmittel, bei dem ich nicht schwanger werden kann. Ich war dort so 18, 19 und wollte noch nicht unbedingt schwanger werden. Dann habe ich gemerkt, dass es mich dämpft von den Emotionen und der Lust. Dann habe ich das bemerkt und eben wollte es mir sehr lange nicht eingestehen. Irgendwann habe ich es mir eingestanden, weil es dann für mich so offensichtlich wurde, dass es mit dem zusammenhängen musste. Und dann hatte ich das Pflaster weiterhin sehr lange, weil es nicht so gute Optionen gegeben hatte, so wie ich aufgeklärt worden war. Und dann habe ich sehr lange gedacht, das ist einfach der Preis, den man bezahlt, dass man eine einfache simple Sexualität haben kann, ohne dass man das Risiko eingehen muss, dass man schwanger werden kann. Und dann habe ich mich irgendwann noch mal erkundigt. Damals kam gerade der Ring auf den Markt. Und dann habe ich gefragt, ob ich auf den Ring wechseln kann, um mal auszuprobieren, ob da die Kombination der Hormone anders ist. Ja (*atmet tief ein*) und genau dann irgendwann habe ich das ausprobiert, und das war nicht besser.

I: Es war nicht besser ...

A: Genau. Und ich hatte sehr geschwollene Beine. Auch als Nebenwirkung. Also so geschwollene Füße. Ich habe auch sehr, sehr lockere Bänder gehabt am ganzen Körper. Ich bin schon beweglich. Aber durch die Hormone wurde ich noch beweglicher/lockerer. Ich habe oft auch Rückenschmerzen gehabt. Und irgendwann habe ich mir einfach eingestehen müssen, dass ich keine Lust mehr auf die Hormone habe, dass ich müde bin von diesen Hormonen und keine von diesen Hormonen mehr nehmen wollte.

I: Ja, und dann hast du auf die Kupferspirale gewechselt?

A: Ja.

I: Und mit der bist du jetzt zufrieden?

A: Sehr.

1.5 I: Und wie war es mit der Partnerschaft? Du hast doch relativ lang die Wirkung toleriert.

A: Ja.

I: Wie hatte sich das auf die Beziehung ausgewirkt?

A: Ja, das hatte sicher auch einen Einfluss auf die Beziehung. Aber jetzt im Rückblick ist das schwierig anzuschauen, weil ich glaube, auch neben den Hormonen gibt es auch schon eine Beziehungskomponente oder die Persönlichkeitsentwicklung, die einen grossen Einfluss auf die Begierde hat – oder ja auf das Verlangen oder auf den Genuss von der Sexualität. Und eben damals war es so, ich hatte vielleicht nicht immer so Lust auf Sex, aber mein Ex-Freund hatte vielleicht schon mehr Lust als ich. Ich glaube, er war manchmal auch ein wenig frustriert, weil er das persönlich genommen hatte. Dass ich wegen ihm keine Lust hätte. Er dachte, das hinge mit ihm zusammen, mit etwas das er machte oder nicht machte.

I: Also dass du weniger Lust wegen ihm hattest?

A: Ja genau.

I: Und konntest du das dann mit ihm besprechen?

A: Damals war mir das nicht so bewusst, dass man das einfach mal ansprechen kann. Es dauerte dann auch sehr lange, bis wir das mal zum Thema gemacht hatten. Und da hatten sich auch schon ganz viel so Dynamiken eingespielt gehabt, in der Beziehung.

1.8 I: Es brauchte also etwas länger, bis ihr darüber sprechen konntet. Und als ihr dann auf die Spirale gewechselt hattet, hörten dann die (negativen) Wirkungen auf?

A: Ja ich würde schon sagen

I: Ist es besser geworden?

A: Für mich schon. Es war dann so wie ein Aufwachen.

I: Wie lange ging dann dieses Aufwachen?

A: Ja, ich würde auch so sagen, so zwei, drei, vier Monate dauerte der Zeitraum, in dem ich realisierte, jetzt fühlt sich das alles anders an. Der Zyklus fühlt sich anders an, die Menstruation. Genau, ich glaub, dass ist auch mit der Entwicklung zusammen gekommen, dass ich realisierte, dass ich mich mehr ins Zentrum stellen darf und auch mehr einfordern und nachfragen darf und ich etwas verfolge, bis ich es erreiche, das Ziel.

I: Dann ist das ja eigentlich super, dass du jetzt die Spirale hast.

A: Für mich ist es ein sehr gutes Verhütungsmittel, ja.

2.2.1 I: Und in Bezug auf das sexuelle Verlangen. Bist du jetzt mit deinem Verlangen zufrieden ohne die hormonellen Verhütungsmittel? Ist das Verlangen im Zusammenhang mit der Sexualität so, wie du es dir wünschst?

A: Ja, ich denke auf alle Fälle, dass es mir sehr gut geht in der Sexualität vom Verlangen her.

I: Und wie stabil ist denn dein jetziges Verlangen?

A: Im Moment würde ich sagen, dass es jetzt gerade wieder ein bisschen stabiler ist. Aber das hängt damit zusammen, dass ich lange in den Ferien war. Und ich konnte mich sehr gut erholen. Also ich merke bei mir, jetzt wo die Hormone sicher nicht mehr schuld sein können, ist das Verlangen weiterhin sehr stark davon geprägt, wie es mir geht, also von meinem Wohlbefinden und wie erholt ich auch bin, um mich auf die Sexualität einlassen zu können.

I: Also wenn es dir gut geht, dann ist das Verlangen grösser?

A: Ja, das ist weiterhin so.

I: Und wenn du stressige Zeiten hast?

A: Ja dann habe ich emotional Mühe zum Abschalten während dem Sex. Es wäre dann so, wie wenn ich beim Sex erinnert werde, was ich noch alles erledigen sollte, wo ich überall nicht mehr so gut „binnenand“ (bei der Sache) bin.

I: Also wenn du weniger bei der Sache bist?

A: Ich kann es weniger gut geniessen, weil ich dann emotional weniger gut abschalten kann.

I: Und körperlich eigentlich auch nicht?

A: Körperlich nicht, wenn ich nicht sehr aktiv bin.

I: Bist du weniger aktiv beim Sex, wenn du stressige Zeiten hast?

A: Ja, genau.

I: Es ist noch interessant, dass bei unserer Methode Emotionen und Körper wie beide bestimmend für die Sexualität sind.

A: Absolut! Ich glaub schon, dass die Sexualität nicht nur ein Spiegel dafür ist, wie es einem emotional geht – ganz klar.

I: ... und körperlich.

A: und körperlich auch.

I: ... und insgesamt eigentlich.

A: Ich bin halt körperlich eher gesund. Daher merke ich es eher von der psychischen Seite her. Aber ich glaube schon, dass jemand der körperliche Beschwerden hat, dies auch beim Sex merkt.

I: Der Körper und die Seele die spiegeln sich auch.

A: Genau.

2.3.1 I: Und wie geniesst du den Sex, den Partner-Sex?

A: Also sehr. Ich habe den Eindruck, dass ich es mit dem jetzigen Partner je länger, je mehr geniesse, weil wir sehr offen über Sexualität reden können. Das ist schön. Das hilft. So können wir uns auch als Paar verändern. Wir können auch zusammenwachsen und die Sexualität geniessen.

2.2.2 I: Und wie häufig hast du Sex mit deinem Partner?

A: Im Moment, wo es mir etwas besser geht, würde ich sagen, haben wir zwei bis drei Mal pro Woche Sex.

I: Und wenn es eine nicht so gute Phasen ist?

A: Dann kann es auch mal sein, dass wir wochenlang keinen Sex haben. Vielleicht mal einen Monat lang, das kann es durchaus auch mal geben.

I: Das kann es auch mal geben. Aber zum Glück, mit dem Partner, den du jetzt hast, könnt ihr das gut bereden.

A: Ja. Und es ist auch so, dass er – das ist noch spannend, er hatte auch schon mal eine Beziehung, in der er viel mehr Verlangen hatte als seine Exfreundin. Und er weiss, dass es nichts mit ihm persönlich zu tun hat.

I: Das ist ja super. Das ist ein Unterschied zum Ex-Partner, der das total auf sich bezogen hatte.

A: Also mein jetziger Freund ist sicher nicht narzisstisch gekränkt, wenn ich ihn ablehne. Und es ist ihm auch bewusst, dass ähem (*leicht zögernd*) Selbstbefriedigung auch für ihn eine sehr gute Option ist. Genau, dass ich nicht verantwortlich bin in der Beziehung, dass er genug Sex hat.

I: Ja, das ist super.

A: Genau. Und er kann es echt gut dann so handhaben.

2.2.3 I: Und wie sieht es mit der Selbstbefriedigung bei dir aus? Praktizierst du Selbstbefriedigung?

A: Das ist eine witzige Frage. Wir hatten das mal besprochen vor längerer Zeit. Und ich hatte mir das so vorgenommen für die Ferien in Australien. Aber ich war

2.3.2 einfach so kaputt. Ich hatte keine Lust, mich selber zu befriedigen. Ich hatte es mir wirklich vorgenommen. Aber ich hatte es dann doch nicht gemacht. Ich dachte, jetzt bin ich einfach zu faul und mache nix (*lacht*). Ja und sonst. Ich befriedige mich, aber eher selten. Vielleicht so alle zwei oder alle drei Monate. Also nicht sehr oft.

2.1.7 I: Und was machst du bei der Selbstbefriedigung?

A: (*zögernd*) Äheeeeem. Ich finde es lässig, verschiedene Sachen, sind eigentlich gut. Also ich finde es gut, mir etwas Schönes vorzustellen, in der Phantasie vorzustellen und dann den Mittelfinger einführen in die Vulva, also nein, in die Vagina. Oder ich spiele an der Vulva herum, oder ich stimulare meine Klitoris. Das kann in Rückenlage sein, aber ich finde es auch in Bauchlage lässig.

I: Also in unterschiedlichen Positionen. Also du machst nicht immer das Gleiche. Wir haben mal darüber geredet, dass du dich auch sonst am Körper anfasst und nicht nur direkt an der Klitoris.

A: Genau. Das ist auch unterschiedlich, je nach Stimmung. Manchmal geniesse ich es einfach, mich zu streicheln. Ähem, meine Brüste anzufassen.

I: Und du kommst bei der Selbstbefriedigung zum Höhepunkt?

A: Ja.

I: Was stimulierst du dann so?

A: Ich würde sagen, sehr viel die Vulva, die ganze Klitoris. Aber es kann auch sein, dass ich mich vaginal befriedige. Ja, es ist noch schwierig, weil man die Klitoris ja trotzdem berührt, auch wenn man versucht, sich eher vaginal zu befriedigen.

I: Ja, das kommt darauf an, aber meistens.

A: Ja, meistens. Genau, ich benütze keine Tools, eigentlich immer meine Finger.

I: Du hast noch gesagt, dass du so einen empfindliche Punkt in der Scheide hast. Wo genau befindet sich der?

A: Eine Fingerlänge, also vielleicht so 5 cm in der Scheide drin. Und je erregter ich bin, desto mehr kommt der Punkt hervor. Es ist wie so ein Knubbel, der sehr empfindlich ist.

I: Dort kannst du auch zur Entladung kommen?

A: Ja, genau.

2.3.1 I: Und wie geniesst du? Also du hast gesagt, der Genuss sei unterschiedlich.

A: Genau. Also ich merke es wirklich, wenn es mir gut geht, dann kann ich mich gut einlassen und bin bei der Sache. Ich bin allgemein lockerer, und zum Beispiel bewege ich auch mein Becken.

I: Also auch bei der Selbstbefriedigung?

A: Jaaa (*gedehnt*). Seit wir das besprochen haben ist es mir schon bewusst geworden, dass das schon hilft.

I: Also jetzt habe ich dieses Beispiel schon eingeführt ...

A: In diesen Interns, die wir schon gehabt haben, habe ich natürlich auch ein paar Sachen für mich notiert und habe dies mitgenommen.

I: Ja. Das ist ja super.

- 2.1.5** A: Genau. Dadurch habe ich das dann bewusster angewendet, bewusst die Atmung noch mehr beobachtet. Ich merke wirklich, wenn es mir gut geht, ist die Atmung locker und fließend, auch eher tief. Wenn ich gestresst bin, dann bin ich angespannt, also emotional angespannt, aber auch körperlich. Die Atmung ist dann eher oberflächlich, aber auch die Beckenbewegung fällt vielleicht einfach mal weg, weil ich dann auch eh nicht so bei der Sache bin.

2.3.3 I: Und spürst du beim Genuss einen Unterschied zwischen der Selbstbefriedigung und dem Partnersex?

- A: Ähem (*zögerlich*). Ja. Ich finde Partnersex schon sehr lässig. Selbstbefriedigung kann auch durchaus lässig sein. Ich glaube einfach, durch Partnersex habe ich noch mehr Berührungen am Körper, am ganzen Körper. Oder auch das Küssen. Küssen ist etwas sehr Schönes, und das fehlt mir ein wenig.
- 2.4.1**

(*lachen*)

A: Genau. Ja, darum würde ich Partnersex wählen.

I: Du hast ja auch mehr Partnersex

A: Ja. ich habe gerne Partnersex.

2.4.2 I: Und was motiviert dich zum Sex?

A: Ja, das ist wirklich die interessante Frage. Es gibt ganz viele Sachen, die mich motivieren können. Also so einerseits das Verlangen, das Begehren nach meinem Partner. Es gibt mir körperlich schöne Gefühle. Und es gefällt mir, die Erregung zu spüren. Aber auch einen Orgasmus zu haben, das finde ich etwas sehr Schönes.

I: Und die Erregung genießt du auch während der Steigerung der Erregung?

A: Hm, ja genau.

I: Weil wir mal die Kurve gezeichnet haben, wie die Kurve hoch und runter geht. Du hast da ja ganz schöne Berge.

A: Ja genau. Das war jetzt echt lässig. Wir haben am Wochenende Sex gehabt, mein Partner und ich. Er hat mich manuell befriedigt. Und das klappte dann nicht ganz so gut. Also ich habe dann oft keine Entladung, ähem ja genau. Aber trotzdem, ich war so kurz davor. Ich war so erregt, das hat mir wahnsinnig gut gefallen. Und ich genieße das auch sehr.

I: Also wenn es hoch und runter geht.

A: Ja selbst wenn es dann schlussendlich keine Entladung gibt. Ich glaube, das ist dann mehr der Prozess währenddessen, den ich sehr genieße.

2.4.3 I: Ja und wo spürst du das in deinem Körper?

2.4.4 A: Ähem, im Intimbereich natürlich. Aber auch, zum Beispiel, die Nippel werden sehr hart. Es gibt so ein gespanntes ... (*sucht nach einer möglichst passenden Formulierung*). Ja, es ist noch schwierig ... Es gibt einerseits ... Es braucht ja eine Spannung, damit man erregt ist. Also bei mir ist das so. Eine gewisse Spannung, an sich nicht eine feste Anspannung, sondern wie eine lockere Anspannung, also keine Stressanspannung, eine lockere Spannung, eine freudige Anspannung

2.1.4 I: Eine Spannung in der Bewegung?

A: Genau.

I: Man kann nicht so rigid sein, wenn du dich ein bisschen bewegst, entspannst du auch immer ein wenig die andere Seite. Wie bei einer flüssigen Bewegung.

A: Ja, es nicht so, wie wenn man liegt und nichts macht. Dann hat man ja sehr wenig Tonus. Aber es braucht ein gewisses Mass an Spannung oder Tonus, aber keine Starrheit. Bei zu viel Spannung geht es nicht.

I: Dann ist es wieder weniger genussvoll.

A: Ja, genau.

I: Und du hast mal angesprochen, dass, wenn es dir weniger gut geht, dann spürst du auch eine Verspannung oder einen Krampf im Körper.

A: Ja, genau. Das ist so.

2.1.1 I: Und wir hatten mal über die Körperbewegungen geredet. Ob du das Becken bewegst oder wie du dein Becken bewegst. Kannst du mir dazu auch noch etwas sagen?

A: Ja. Am liebsten habe ich es, wenn sich das Becken locker bewegen kann. Das kann eine Bewegung von vorne nach hinten sein. Es kann aber auch ein Kreisen sein. Genau. Das ist eben eine fließende Bewegung. Oft. Die gut geht, die mich dann noch mehr erregt.

I: Und wenn du gestresst bist?

A: Dann ist eben alles nicht so locker im Körper, und ich kann dann oft das Becken nicht ganz so gut bewegen.

I: Oder kann es auch sein, dass du unbeweglich/starr beim Sex bist.

A: Genau. Weil ich dann einfach nicht daran denke

I: Weil du dann wie nicht im Fluss bist.

A: Genau. Und dann bewege ich mich auch nicht im Fluss. Und dann ist der Genuss überhaupt nicht da. Und das ärgert mich dann auch eher. Dann denke ich, hach, lieber gar keinen Sex als so schlechten Sex. Ja. Genau.

2.1.2 I: Wie ist es mit der Schulter und dem Kopf? Und dem Brustkorb?

A: Der Brustkorb bewegt sich mit der Atmung, würde ich sagen. Ich würde sagen wenn ich Sex habe, ist der Oberkörper eher etwas ruhiger.

2.1.3 I: Dann ist die Bewegung hauptsächlich im Becken, weniger im Kopf und in den Schultern?

A: Ja. Die Hände bewegen sich, die tasten natürlich.

2.1.4 I: Und wie ist es mit den Muskeln, welche Muskeln spannst du an? Die Frage ist vielleicht ein bisschen theoretisch.

A: Das kommt natürlich darauf an, wie der Sex ist. Es kann sein, dass es lässig ist, wenn der Beckenboden etwas mehr Spannung hat. Aber manchmal finde ich es auch lässig, wenn der Beckenboden ganz entspannt ist. Oder es kann sein, dass wir aufeinanderliegen und nur den Beckenboden anspannen ohne Bewegung des restlichen Körpers. Das ist auch lässig.

I: Und spürst du bei der Spannung auch die besseren oder schlechteren Zeiten?

A: Wenn es mir schlechter geht, ist die Ansteuerung des Beckenbodens schlechter.

I: Spürst du mehr Spannung im Körper, wenn du gestresst bist?

A: Ja, weniger Bewegung und auch weniger selektiv. Die Ansteuerung ist für mich schwieriger, wenn ich gestresst bin.

2.4.4 I: Und kannst du deine Gefühle während Vor-, Haupt-, und Nachspiel beschreiben? Wie erlebst du das?

A: Ich war gerade am Überlegen, was ich antworten möchte. Für mich ist es lässig, wenn es Abwechslung in der Sexualität gibt. Das kann einmal ein sehr kurzes Vorspiel sein, oder sehr lang. Für mich ist irgendwie die Abwechslung sehr schön. Durch das können Vorspiel, Hauptspiel und Nachspiel schon sehr unterschiedlich ausfallen. Wobei ich nach der Entladung eher nicht mehr gross stimuliert werden möchte. Dagegen möchte mein Freund schon noch stimuliert werden. Und ich brauche dann auch mehr Zeit, bis ich mich wieder erholt habe.

2.4.3 I: Und wo spürst du das im Körper?

A: Ja grundsätzlich ist der ganze Körper sehr gut durchblutet, fühlt sich locker an, gut, leicht. Vielleicht nach der Entladung auch manchmal sehr schwer und müde. Ich würde sagen, meine Vulva ist sehr durchblutet, wie prall, wie aufgeschwollen, genau.

2.1.8 I: Als Letztes wäre ich noch froh, wenn du den Verlauf anhand einer Kurve zeigen könntest. Die X-Achse ist die Zeit, die Y-Achse die Erregung. Da ist der Point of no return. Da fängt die Erregung an.

A: Also willst du einen Durchschnitt?

I: Einfach irgendeinen.

A: (zeichnet) Ähem, vielleicht so.

I: Oder vielleicht einen, wenn du verspannt bist, und einen, wenn du entspannt bist.

(zeichnet)

A: Also das wäre jetzt eine durchschnittliche Kurve, wenn ich entspannt bin. Da kann es unterschiedlich lang sein. Und da kann es sehr steil nach oben gehen. Und das, wenn ich angespannt bin, dann vielleicht so, und an dem Punkt stinkt es mir dann.

I: Also kannst du dann nicht zur Entladung kommen, wenn du verspannt bist?

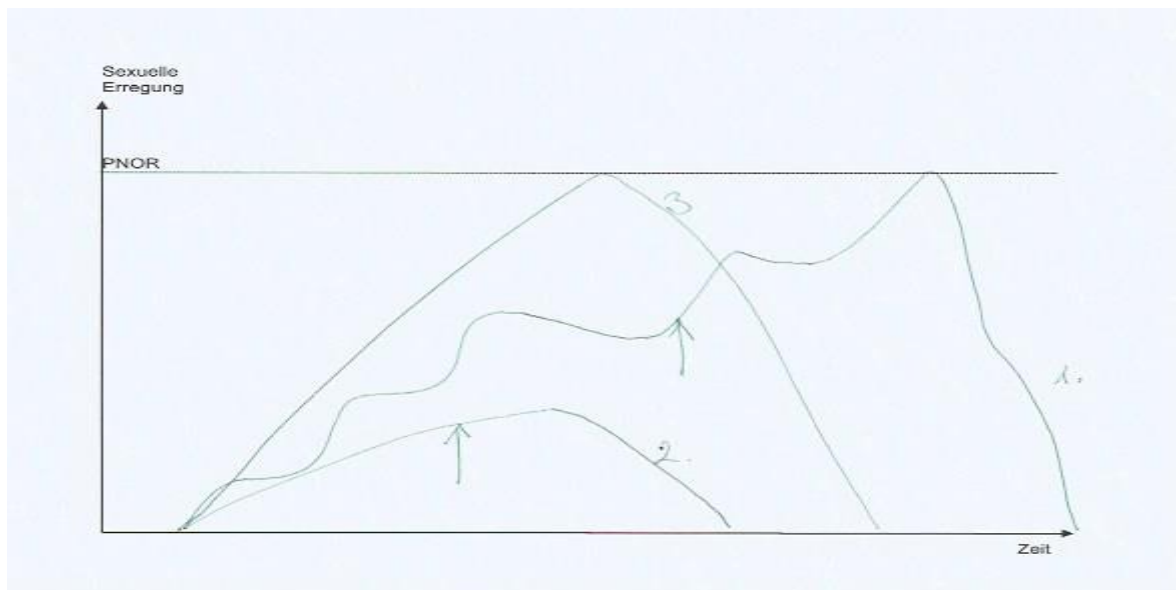
A: Auf meinen Partner hat es wohl weniger Einfluss. Aber wenn ich dann Selbstbefriedigung machen würde, könnte ich glaub besser zur Entladung kommen, dann könnte es vielleicht so aussehen. Aber das wäre mit Selbstbefriedigung, wenn man mal gestresst ist. Also wenn ich gestresst bin und Partnersex habe, dann lenkt mich oft vieles ein wenig ab. Und wenn es dann nicht ganz so ... (*sucht nach der passenden Formulierung*), wenn es zu viele Variationen gibt in der Stimulierung und ich abgelenkt und nicht mehr feucht bin oder ich einen Gedanken habe und dann nicht mehr feucht bin, und das ist dann eher ein Teufelskreis. Wenn ich mich selber befriedige, weiss ich halt in dem Moment ganz genau, was ich brauche

I: Dann kannst du es besser steuern.

A: Ganz genau, dann kann ich es besser steuern

I: Gut, danke vielmals. A: Gern

Erregungskurve Frau „B“



Interview mit Frau „G“

Abkürzungen:

Interviewerin: I

Interviewte Person: A

I: Wir machen dieses Interview, da ich die sexuelle Lust und Unlust bei Frauen untersuche und innerhalb dessen die Rolle der Empfängnis verhütenden Pille und des körperlichen Verhaltens.

1.4 Also du nimmst und hast schon mehrere Empfängnis verhütende Pillen genommen, hast du irgendwelche sexuellen Nebenwirkungen der Pille festgestellt?

A: Nein. Nein, typischerweise nicht.

I: Nicht typisch.

A: Nicht besonders.

1.1 I: Das sexuelle Verlangen und der Genuss, keines war beeinflusst?

1.2

A: Nein, das wurde nicht beeinflusst – oder nicht signifikant, ich habe nichts festgestellt ...

1.3 I: Du hast nichts festgestellt.

Hat sich vielleicht etwas geändert, was dich zum Sex oder zur Sexualität motiviert?

A: Nein.

I: Du hast nichts bezüglich der Sexualität bemerkt?

A: Nein, das eindeutig nicht.

I: Ich verstehe.

Also du hast die Pille gut vertragen? Also wahrscheinlich nimmst du auch deshalb schon seit langem die Pille, weil du keine ernsten Probleme damit gehabt hast?

A: Nein.

I: Hast du irgendeine Nebenwirkung der Pille bemerkt?

A: Hm, meine Haut wurde schöner, ich denke, damals wurde mein Verhütungsmittel auch so ausgesucht, weil ich seit mehreren Jahrzehnten Pickel hatte und ich habe absichtlich eine bekommen, die anti-androgen ist.

I: Aha.

A: Aber das war es, ich habe nicht zugenommen, ich habe genauso viele Kilos wie früher.

1.5 I: Hm, na dann ist das ein Glücksfall, dass du die so gut vertragen hast. Dann hatte das Verhütungsmittel also wahrscheinlich auch keine grosse Wirkung auf den Partner?

A: Ich glaube nicht.

I: Du hast nicht bemerkt, dass sich die Partnerbeziehung verändert hätte?

A: Ähm ... ähm, ... glaube nicht

1.6 I: Du hast ..., welche Pille hast du genommen?

A: Vor der Geburt meines Kindes habe ich Yadin genommen, noch bevor ich schwanger wurde, jetzt nehme ich Cerazette.

I: Ich verstehe. Na, Yadin ist eine ausgesprochen anti-androgene Pille.

A: Mhm, mhm.

I: Ich verstehe, und mit Cerazette wurde deine Haut nicht schlechter?

A: Nein.

I: Sie ist genauso.

A: Aber seitdem bin ich ein paar Jahre älter geworden. Und jetzt habe ich nicht mehr so viele Pickel. Also wahrscheinlich ist das jetzt vorbei, und jetzt brauche ich dieses Anti-Androgen nicht mehr.

2.2.1 Noch im Zusammenhang mit dem sexuellen Verlangen: du hast gesagt, dass die Pille das nicht verändert hat, dass du im Grunde genommen zufrieden bist mit dem sexuellen Verlangen.

A: Ja, ich bin zufrieden.

I: Nach wie viel Sex du Verlangen hast, ist im Einklang damit, wie viel du dir wünschst.

A: Ja.

2.2.2 I: Ich verstehe. Und wie oft bist du mit deinem Partner zusammen?

A: Wir können 3-4 Mal pro Woche zusammen sein.

I: Oh, das ist ein guter Durchschnitt. Und war das immer so?

A: Früher, als wir uns kennengelernt haben, kam es vor, dass wir auch zweimal am Tag zusammen waren, wir waren sehr oft zusammen, aber dann haben wir zwei Kinder bekommen. Und jetzt können wir das nicht mehr so oft, wir sind körperlich sehr müde.

I: Ich verstehe, wie alt sind die Kinder?

A: Der kleinere ist drei, fast drei und fünf

I: Zwei Jungs oder Mädchen?

A: Zwei Jungen.

I: Zwei Jungen, ah, ich verstehe, na dann denke ich, dass du abends sehr müde bist, wenn du zwei Kinder hast und auch noch arbeitest.

A: Mhm.

I: Dann ist das ja eine besonders schöne Zahl, dass ihr regelmässig zusammen sein könnt.

A: Das meine ich auch.

2.2.3 I: Und die Selbstbefriedigung, wie ist das?

A: Es kommt vor, das ist verschieden. Es kommt manchmal vor. Also ich geniesse das, ich bin auch damit zufrieden, wenn es sich gerade so ergibt, dass wir nicht zusammen sein können oder mein Partner eben einschläft, dann kommt das vor.

I: Und etwa wie oft?

A: (*Seufzer*) Sagen wir einmal pro Woche, zweimal pro Woche.

2.3.1 I: Ich verstehe. Und wie sehr geniesst du die Selbstbefriedigung oder den 2.3.2 Partnersex, oder wie verhält sich das zueinander?

A: Ich geniesse auch die Selbstbefriedigung, wenn es sich so ergibt, den Partnersex geniesse ich mehr. Ich bevorzuge es, mit meinem Partner zusammen zu sein. Das ist emotional viel besser. Dabei gibt es Emotionen, beim anderen gibt es nicht besonders Gefühle.

2.4.1 I: Und was geniesst du bei der Selbstbefriedigung?

A: Naja, dabei erlebe ich die Sinnlichkeit, den erotischen Teil, aber sie gibt mir eher körperlichen Genuss, nicht viel mehr anderes. Also (*Pause*) in der Scheide, das ist vollkommen in Ordnung, ich kann auch so befriedigt sein.

I: Ich verstehe.

A: Ich streichle höchstens meine Klitoris, oder so, oder beides zusammen, aber nichts Besonderes.

I: Beides, wie beides?

A: Scheide und Klitoris.

I: Scheide und Klitoris, und du kommst auf beiden Wegen zum, ...

A: Es geht auch einzeln, obwohl nur die Scheide allein, so dauert es, denke ich, länger, und es ist schwerer. Und gegen Ende, obwohl ich denke, es würde auch so gehen, aber es würde viel länger dauern, aber beides zusammen, das ist sehr gut.

2.1.7 I: Und was machst du während der Selbstbefriedigung?

A: Also (*Seufzer*), mein Finger ist auch sehr ... kann vollkommen ausreichen, kann auch an sich funktionieren, dass ich nur meine Klitoris streichle und dann so. Aber im Laufe der Zeit habe ich einmal irgendeine Webseite gefunden darüber und mich selbst aufgeklärt, was alles möglich ist (*lacht*), aber total einfache Lösungen, die vollkommen perfekt sind, inklusive Frotteehandtuch, es braucht also nichts Besonderes, als Frau hat man es fantastisch einfach. Es braucht kein ... auch für Männer ...

I: Und in welcher Position bist du?

A: Ich denke, das ist es, ich setze mich hin, so, ich gehe in Kniehocke, sagen wir, oder so. Aber auch das ist verschieden, aber ich imitiere dabei den Partnersex, weil mir der eher fehlt, also nicht das ... es geht nicht darum, dass ich in der Selbstbefriedigung irgendetwas Anderes suchen würde.

I: Also du machst etwas Ähnliches?

A: Ja. Ähnliches ...

I: (*spricht gleichzeitig*) Also du machst etwas Ähnliches ... aha ... ich verstehe ...

2.3.3 I: Aber in Bezug auf den Genuss geniesst du den Partnersex mehr?

A: ... Ja, ja ..., den Partnersex genieße ich mehr als die Selbstbefriedigung (*sprechen gleichzeitig*) ... Weil das noch intensiver ist. ... noch interessanter, das überrascht einen, es gibt eine unabhängige Variable.

I: Ich verstehe.

A: Alleine ist das nicht so aufregend. (*lacht*) Mit jemand anderem ist das immer aufregender.

2.4.1 I: Ich verstehe, und was fühlst du, was konkret geniesst du beim Sex?

A: Also in meiner Scheide habe ich das prickelnde Gefühl, ... also das ... Ich erlebe eine Art sexuelle Erregung, die in meinem ganzen Körper auftritt.

I: (*pause*) Also du geniesst beim Sex die sexuelle Erregung?

A: Ja, das ist für mich ein Spiel, ja.

2.4.2 I: Ich verstehe. Und dann motiviert dich auch das zum Sex, dass du die sexuelle Erregung geniesst, oder was genau motiviert dich zum Sex?

A: Manchmal die Suche nach Intimität, manchmal, dass wir zusammen sind, manchmal, dass ich erleben, dass ich Verlangen nach Sex habe, dass ich mit meinem Partner zusammen bin, dass wir uns lieben, dass ich in meiner Scheide diese Art Gefühl erlebe, dass es prickelt, dass dort dieser Reiz ist und eindeutig dort, ich kann das also identifizieren, wonach ich mich sehne, danach dass es mir richtig besorgt wird (*lacht*). Danach sehne ich mich. Ich erlebe das nicht nur emotional, sondern ich erlebe das auch körperlich.

2.4.3 I: Und was erlebst du körperlich im Genuss?

A: Also was erlebe ich, ... *(kurze Pause)* ... ich geniesse, dass der Penis in meine Scheide eindringt, *(kleine Pause)* ... wenn ich den, ... den dabei pressen kann, ich kann loslassen, *(kleine Pause)* das ist auch gut, ... *(kleine Pause)* es kommt vor, dass ich damit spiele, ... *(kleine Pause)* ... es kommt vor, dass dabei auch meine Erregung gesteigert wird, ... *(kleine Pause)*. Ansonsten ja, es kommt vor, dass ich das für die Erregung meines Partners mache, weil ich weiss, dass das im Allgemeinen für die Männer gut ist, ... also das ... kann ich nutzen.

I: Du kannst eigentlich mit der Scheide spielen, ...

A: Natürlich...

I: ... aktiv teilnehmen? *(sprechen gleichzeitig)*.

A: Natürlich, ja, diese Muskeln kann ich anspannen, ich weiss, wo sie sich befinden.

I: Und spürst du das auch bei der Selbstbefriedigung?

A: Manchmal fällt mir ein, dass auch das gut ist ... Und dann mache ich das, ist aber nicht typisch, ... also ... Das erlebe ich eher mit meinem Partner, weil ich denke, dass das für die Männer im Allgemeinen gut ist, also, hauptsächlich so, dass ich zwei Kinder habe ... deshalb ... Ich weiss es nicht, ob es ein Stereotyp ist, dass sie weiter wird oder nicht, ... wer weiss. Ausserdem ist ein Grossteil der Männer auf Analsex fixiert. Und ich weiss nicht, ob das nicht auch damit zusammenhängt, dass die Scheide weiter ist. Also deshalb denke ich ...

I: Das kann sein.

(beide Stimmen überlappen vollkommen)

A: Das ist das Minimum, dass ich sie zusammenpressen kann.

I: Ich verstehe, aber du sagst, dass das auch für dich, also du hast Gefühle ...

A: ... Es kommt vor, dass ... Es kann die Erregung steigern.

I: Aha.

A: ... aber ich möchte das nicht immer so. Ja.

2.4.4 I: Das ist verschieden. Ich verstehe ... Wo fühlst du die ... Wie ist die Sexualität, gibt es Vor- und Nachspiel, oder fängt es mit dem Hauptspiel an. oder wie ist das?

A: Es gibt immer ein Vorspiel, immer irgendeine Art, obwohl nein, nein, zur Zeit gibt es nicht immer ein Vorspiel. Ich würde sagen, es gibt immer ein Vorspiel, aber nicht immer ein körperliches. Also es kommt auch vor, dass man sich von vornherein nach Sex sehnt, und dann kann man, ich denke auch sofort, es muss nicht sein, und auch das hat seinen eigenen Reiz. Aber klassisch, sagen wir, in einer langen Partnerschaft, denke ich, gibt es ein Vorspiel, wie bei uns auch, und dann, wenn sich die sexuelle Erregung steigert, wir uns auf einander einstellen, uns küssen, dann lieben und dann das Nachspiel, nach dem Orgasmus, streicheln wir uns vielleicht ein bisschen.

I: Und wo fühlst du das dann in deinem Körper? Du hast gesagt, dass du den Sex auch körperlich geniesst.

A: Ja, das denke ich.

I: Also du fühlst das auch in deinem Körper intensiv, und etwa wo fühlst du das?

A: Also ich fühle das auch in meiner Scheide, aber ich fühle das überall, ich kann das nicht auf einen Ort lokalisieren. Ich erlebe das nicht nur emotional, sondern auch körperlich, ja, in meinem ganzen Körper. ... Wo ich eben gerade gestreichelt werde. (*lacht*) Keine Ahnung.

2.1.1 I: Ich habe einige Fragen, wie genau der körperliche Spiegel deiner Sexualität aussieht. Was machst du z.B. mit deinem Becken?

A: Das bewege, ich bewege das bestimmt. Manchmal vor und zurück, manchmal kreisend, ich mache manchmal dies und manchmal das. Es ist nicht typisch, dass ich es in einer Pose anspanne, weil das meiner Meinung nach zu nichts führt (*lacht*). Wenn man einen Orgasmus haben möchte, dann muss man früher oder später etwas mit diesem Körperteil machen.

I: Ich verstehe, man muss aktiv sein, um die Erregung zu steigern.

A: Ich schon.

2.1.2 I: Das ist eine gute Einstellung. Und deine Schultern dein Brustkorb?

A: Kann sein, dass ich dabei auch meine Schultern bewege, keine Ahnung, ich bin dabei nicht besonders angespannt. Ich denke, dass ich sie bewege.

2.1.3 I: Und dein Kopf?

A: Ja den auch, das ist verschieden, manchmal kippe ich ihn nach vorne, manchmal nach hinten, ich bewege also auch meinen Kopf, der ist nicht fixiert.

I: Also folgen deine Schultern und dein Kopf eigentlich der Beckenbewegung?

A: Kann sein. (*Pause*) mein Kopf bewegt sich spontan. (*lacht*)

2.1.4 I: Mit den Muskeln, welche spannst du eventuell bei der Erregungssteigerung an?

A: Meine Scheidenmuskulatur.

I: Scheidenmuskulatur?

A: Ja, das kann ich nicht genauer beschreiben, ich kenne mich da nicht so aus, ich weiss nicht, welche Scheidenmuskeln ich anspanne. Vielleicht spanne ich diese an. Aber dann entspannen sie, dann lasse ich los, das ist ein Pulsieren, was mir dabei helfen kann, dass es leichter ist. Das ist verschieden. Es kommt vor, dass ich schneller zum Orgasmus komme, wenn ich das mache.

I: Und etwas Anderes ...

A: Rhythmische Sportgymnastik (*lacht*). Andere Muskeln, ich weiss nicht, ich denke, dass ich keine anderen Muskeln anspanne.

I: Bauch?

A: Meine Bauchmuskeln, nein. Das ist nicht typisch.

I: Du spannst dort nicht an, auch nicht deinen Po? Muskeln der Innenschenkel?

A: Also (*seufzt*) ich reite gerne, es kommt vor, das hängt von der Position ab. Das hängt mit der Position zusammen nicht mit der sexuellen Erregung. Also eigentlich denke ich aus dieser Sicht, dass bei mir die Anspannung der übrigen Körpermuskeln, die Erregungssteigerung höchstens unbewusst, spontan passiert, wegen dem Positionswechsel, aber nicht, weil ich das so machen will, das kommt mir so nicht in den Sinn (*lacht*). Das ist nicht Fitness.

2.1.5 I: Wie ist deine Atmung dabei?

A: Ich denke auch das ist unterschiedlich, mal schneller, mal langsamer. Also ich wechsele gern den Rhythmus, manchmal schneller, manchmal langsamer.

I: Und die Tiefe?

A: Ich denke, dass ich dabei tief atme, ja. Sicher nicht oberflächlich, ich habe tiefe Bauchatmung.

2.1.6 I: Atempausen?

A: (*kleine Pause*) Nein, nein, das ist nicht typisch. Höchstens vielleicht beim Orgasmus. Aber auch da nicht ... Aber das kann ich nicht beobachten.

I: Aha.

A: Ich halte die Luft nicht an.

I: Aha.
(*Seufzer*)

2.1.8 I: Ich verstehe. Kannst du mir vielleicht noch eine Kurve zeichnen, wie ...?

A: Das ist eine ... Ja.

I: Hier ist t, die Zeit, und hier die sexuelle Erregung ...

A: Ok, ich zeichne.

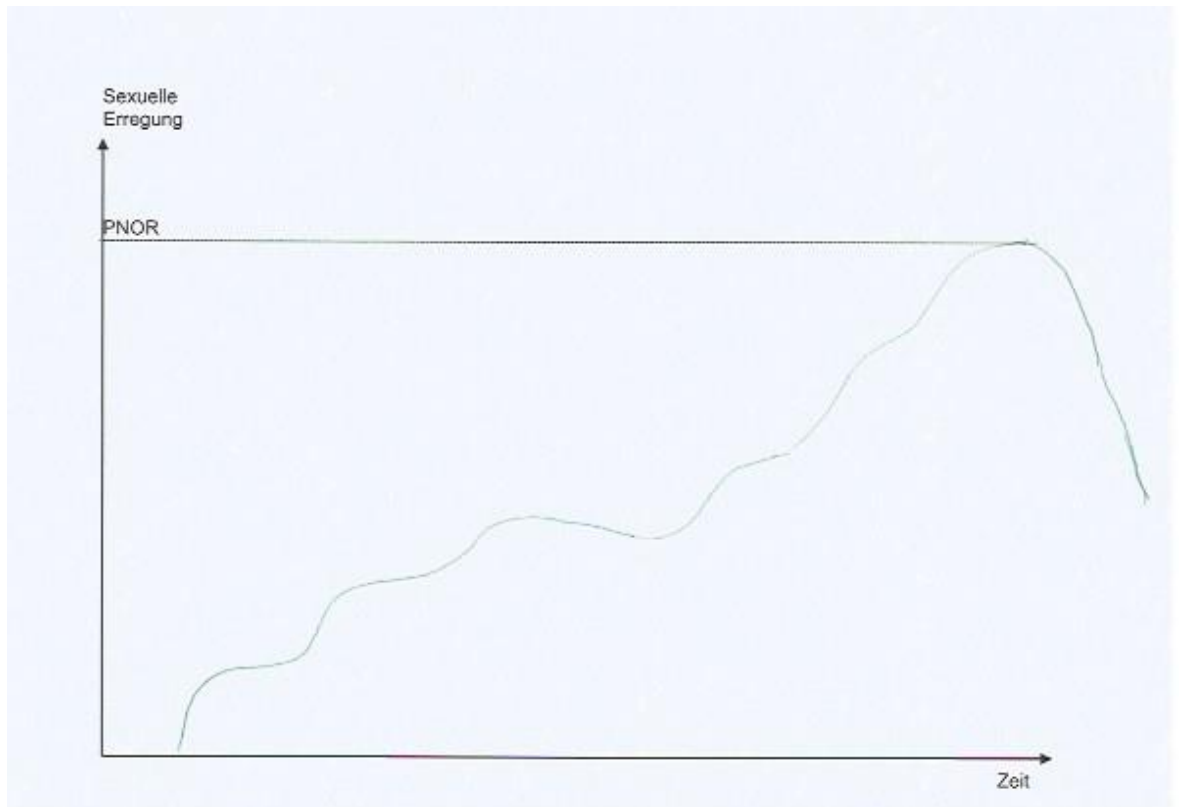
I: Also dort beginnt ...

A: Bei mir ist das so plateauamässig, also Schritt für Schritt steigt das schön langsam, es steigt ein bisschen, dann stagniert das, es kann sein, dass es ein bisschen zurückgeht, kann sein, dass es horizontal geht, dann steigt das wieder ein bisschen, dann stagniert es wieder. Dann steigt es wieder an, und dann, mit dieser Welle, kommen wir soweit, dass dann auf einmal der Orgasmus eintritt und dann fällt es ab.

I: Ich verstehe. Gut, vielen Dank. Dann haben wir das eigentlich besprochen.
Vielen Dank für die Zeit

A: Gerne.

Erregungskurve Frau „G“



Interview mit Frau „K“

Abkürzungen:

Interviewerin: I

Interviewte Person: A

I: Also danke für das Interview. Wir machen ...

A: Ja bitte.

I: ... dieses Interview eben, weil ich eine Forschung mache im Rahmen meiner Masterarbeit. Und mein Forschungsthema ist die sexuelle Lust und Unlust bezüglich ... bezüglich, ähm, der Pille und dem erlernten Verhalten in der Sexualität. Du hast schon unterschiedliche Pillen genommen.

A: Ja. Das stimmt.

I: Und darum bin ich dir sehr dankbar, dass wir dieses Interview machen können ...

A: *(spricht dazwischen)* Gern geschehen.

I: ... über die Wirkungen von dieser Pille und Sexualität.

1.6 I: Und welche Pillen hast du schon genommen? Oder wann?

A: Also eigentlich habe ich drei schon versucht, also das waren Tiregor, Mercilon und Harmonette. Ähm und ähm eigentlich, alle drei Tabletten hatten irgendwelche Nebenwirkungen, die ich nicht so gerne hatte. Und soll ich dann von diesen Nebenwirkungen erzählen?

I: Ja, ja sicher, das ist super.

A: Also bei Tiregor war das Problem, dass ich, also, ähm, als ich Tiregor das erste Mal genommen habe, das war so während, während ich das Abitur gemacht habe ...

I: *(spricht dazwischen)* Also das ist schon ...

A: Ja, das ist schon eine schwere Zeit, also war für mich eine schwere Zeit, und ich habe auch sechs Kilos zugenommen, also das ist schon relativ viel zu meiner Höhe.

I: In welchem Zeitraum waren diese ... ?

A: Also das war so, als ich das Abitur gemacht habe.

I: Ja aber wie lang?

A: Also vor circa 10 Jahren und das habe ich drei oder vier Monate lang genommen.

I: Und in diesem Zeitraum hast du sechs Kilo zugenommen?

A: Ja, ja, stimmt, ja, ja.

I: Aha.

A: Und deshalb habe ich dann auf Mercilon gewechselt, aber das hatte leider die Nebenwirkung, dass ich sehr haarig wurde (*lachen*), worüber ich mich gar nicht gefreut habe. Ähm und naja, das war so, also nicht so gut. (*kleine Pause*) Und es war auch mein Freund, der sich über diese Änderung nicht freut, gefreut hat und da haben wir ...

I: (*dazwischen*) Also über die Änderungen, Gewichtszunahme ...

A: Genau, Gewichtszunahme und über die, über das Haarewachsen, und da haben wir lange darüber nachgedacht, was wir machen könnten und wir haben beschlossen, mit der, mit, mit (*Pause*) mmmh, mit der Pille aufzuhören ... Und wir haben auf Kondom gewechselt. Und ja also neulich, mit meinem neuen Partner, haben wir wieder mit der Pille angefangen. Und jetzt, jetzt (*Pause*) nehme ich Harmonette. (*kleine Pause*) Aber das, also, oder neulich habe ich Harmonette genommen, aber ...

I: Und hast du schon aufgehört mit der Harmonette?

- 1.1 A: Ja, ja jetzt habe ich aufgehört, weil ich bei dieser Pille bemerkt habe, dass sich die, dass sich die sexuelle Lust vermindert hat, und dass, ich denke, dass das wegen der Pille ist.

I: Ah, ok, und deshalb hast du diese letzte Pille abge..

A: Ja, ja, ja und jetzt, jetzt haben wir uns wieder zurück auf Kondom umgestellt.

I: Ah, und damit seid ihr jetzt zufrieden, mit dem Kondom?

A: Ja, schon, ja.

I: Ah, ok. Und du hast gesagt, dass die sexuelle Lust weniger geworden ist.

A: Ja.

- 1.2 **I: ... bezüglich Verlangen nach Sex, ist die Lust weniger geworden?**

A: Ähm, ja, ähm, also ich habe das weniger genossen und gar keine Lust zum Geschlechts...

I: Ah, ok, also hast du eigentlich auch weniger Lust gehabt ...,

A: Genau, genau ...

I: Hast du auch Schmerzen gehabt beim Geschlechtsverkehr?

A: Nein, nein, nein, nein, keine Schmerzen, überhaupt keine Schmerzen, nur keine Lust zum Sex.

- 1.3 **I: Was macht die Lust auf Sex, was ...?**

A: Ja, ich, ich glaube verschiedene Dinge können das sein, aber vielleicht die emotionale Nähe, die man während des Geschlechtsverkehrs erlebt. Das ist das Schönste eigentlich.

I: Ah, ok. Und hat sich das oder dabei etwas verändert mit der Pille?

A: Ähm (*denkt nach*). Weiss nicht, also nicht wirklich. Also, der Grund bestimmt nicht, aber trotzdem kommt die Lust nicht so.

I: Ja.

A: Also das, das ist das Problem.

1.4 I: Und was hast du dann gemacht, wenn diese Pille ... Wann hast du diese Harmonette genommen?

A: Ähm, (*Pause*) also ich habe mit der Pille Harmonette letztes Jahr angefangen, aber das war eigentlich eine sehr anstrengende Zeit.

I: Entschuldigung, wie lange hast du die genommen?

A: Ja, also bis vor kurzem habe ich das ein gutes Jahr genommen, also ein bisschen mehr als ein Jahr. Ähm, (*kleine Pause*) und, also das, also da das eine anstrengende Zeit war, und ich musste 15 Stunden am Tag arbeiten, ich hatte einen neuen Job, und neues Arbeitsklima, und also rundherum hat sich, also um mich, hat sich die Situation sehr geändert. Ich, ich dachte, das würde so nicht weitergehen, ich muss den Stress in meinem Leben irgendwie vermindern, und da dachte ich, ich sollte wieder einen neuen Job haben. Und als ich das hatte, da, da war die Situation viel besser, also ich war ...

I: Viel besser bezüglich Stress?

A: Genau, genau. Also da war ich viel entspannter und – und ich dachte, die sexuelle Lust würde auch wieder zurückkehren. Aber das, das ist leider nicht passiert. Und so dachte ich, ich sollte zur Gynäkologin gehen und mit ihr über die Situation sprechen, und sie hat mir zwei Möglichkeiten eigentlich vor ...

I: Die Gynäkologin?

A: Genau, genau.

I: Aha.

A: Zwei Möglichkeiten vorgestellt, also einerseits hat sie mir empfohlen, eine Pille zu nehmen mit höherem Hormongehalt oder zum Kondom zurückzukehren.
(*Pause*)

I: Was haben, hast du dann ...

A: Ja, also ich habe gedacht, mit dem höheren Hormongehalt gefällt das mir eigentlich gar nicht, also habe ich mich mit meinem Partner für, fürs Kondom entschlossen.

I: Ja, und das hat gut funktioniert?

A: (*kleine Pause*) Ja, schon.

I: Das habt ihr vor paar Monaten gemacht?

A: Ja, genau, genau.

1.8 I: Ok. Und seit ihr das so gemacht habt, wie ist die Lust geworden? Als du aufgehört hast mit der Tablette?

A: *(denkt kurz nach)* Also ich, also der (kleine Pause) ursprüngliche Zustand ist zurückgekommen. Ja, also alles ist wieder, wie es vorher war. Also alles ist jetzt wieder gut und schön.

I: Ja, und wie lange hat es gebraucht?

A: Ja, so ein oder zwei Monate.

I: Ah, ok, also verstehe ich richtig, weil, als du aufgehört hast mit dieser Pille vor ein paar Monaten, ist nach ein, zwei Monaten die ursprüngliche Lust zurückgekommen?

A: Ja, ja das ist so.

I: Da war es eigentlich relativ schnell auch?

A: Ja, schon

1.7 I: Auch vorher, also am Anfang hast du gesagt, dass bis der Lustverlust gegangen ist, das war auch nach ein paar Monaten und danach war die Reversibilität auch ähnlich schnell.

A: Ja. Ja.

I: Schnell zurückgekommen. Das ist eigentlich ein guter Verlauf, den ihr da so gefunden habt.

A: Ja.

I: mit dem Kondom?

1.5 I: Und wie hat dein Partner eigentlich auf diese Situation, als du keine Lust gehabt hast, reagiert?

A: Ja, also er, er, also er ...

I: Wie hat das auf eure Beziehung gewirkt?

A: Also wir haben viel darüber gesprochen, aber er, also er, er hat mich immer verstanden, und, und er hat immer versucht, alles so zu machen, wie es mir auch gut ist.

I: Ah, ok.

A: Also alles ging mit ihm relativ gut.

I: Also er hat dich nicht gestresst oder so.

A: Nein, nein, gar nicht. Nein.

I: Er hat gut verstanden, dass du eine schwierige Lebenssituation hattest. Hat es schlussendlich auch die Beziehung gestärkt? Kann man sagen, dass ihr etwas zusammen managen konntet?

A *dazwischen*: Ja, ja.

I: Das ist super, das ist nicht in jeder Beziehung so.

A: Ja, das weiss ich, ja. Ja, das ist so.

I: Gut, so einen Partner zu haben, der ... (A: Stimmt, ja, ja.)

2.2.1 I: Und wie ist es jetzt mit dem sexuellen Verlangen, seit du die Pille nicht mehr nimmst? Bist du zufrieden damit?

A: Ja, ja. (*sprechen gleichzeitig*)

I: Also du hast so viel Verlangen nach Sex, wie du dir wünschst, dass du hast?

A: Ja, ja, ja, ja schon.

2.2.2 I: Und wie häufig bist du zusammen mit deinem Partner?

A: Hm, ja also das hängt auch davon ab, wie gut unsere Beziehung ist, aber wenn wir zum Beispiel im Urlaub sind und alles gut läuft, dann mehrmals in der Woche. Aber wenn etwas schief geht, wenn etwas nicht so gut zwischen uns läuft, dann, dann eben nicht ... Also dann haben wir gar keinen Sex.

I: Gar keinen Sex (A: nein, nein) **für wie lange?**

A: Ah, ja kann auch (*lacht*) für Wochen vorkommen.

I: Paar Wochen?

A: Ja, ja. Paar Wochen, kann sein.

I: Wenn nicht Monate?

A: Nein, nein. Bestimmt nicht (*lachen*).

2.2.3 I: Und wie ist es mit Selbstbefriedigung? Praktizierst du Selbstbefriedigung?

A: Ähm, ja so mein, mein Partner hat für einige Zeit in einer anderen Stadt gelebt, und ... und da habe ich das öfter gemacht, und auch ist es vorgekommen, dass ich das, dass ich das mehrmals in der Woche gemacht habe.

I: Mhm.

A: ...ähm, ja.

I: Aber jetzt, wo der Partner mit dir zusammenwohnt, ist ...

2.3.3 A: Mmmh ... nein also, also, ähm, nein eigentlich nicht, weil der, also weil Sex mit dem Partner etwas viel Besseres ist (*lacht*).

I: Ah, ok, also eigentlich genügend ... Sex.

A: Genau, genau, das ist eine andere Dimension, könnte ich sagen.

I: Ok.

A: Ähm, das ja.

I: Also was, das ist eine andere Dimension, in dem Sinn, welche Dimension?

A: (gleichzeitig) Ich meine, ja ich meine ...

2.3.1 I: Was und wie viel genießt du den Partnersex?

A: Also es ist viel emotionaler

I: Der Partnersex?

A: Genau. Und, und es geht nicht nur um, um Orgasmus.

I: Ok.

A: Sondern ist viel mehr ... (Pause).

2.3.2 I: Und die Selbstbefriedigung ist hauptsächlich ...

A: Ja, also das ist nur körperlich wichtig. Hauptsächlich die Entladung, die Entspannung ...

2.3.3 I: Mhm. Mhm. Ok. Also da gibt es einen deutlichen Unterschied bei dir zwischen den zwei Arten von Sex?

A: Ja, ja, das stimmt. Ja, das ist so.

I: Und eben der Partnersex ...

A: ... ist viel besser.

I: Viel besser, mhm.

2.4.1 I: Was genießt du genau beim Partnersex? Was motiviert dich zum

2.4.2 Partnersex?

A: (Pause) Also ich glaube, die emotionale Nähe ist dabei sehr wichtig und auch, dass man, also dass man richtig, so wirklich das Zusammengehören dabei fühlt.

I: Mit dem Partner?

A: Genau (*I spricht dazwischen*), genau, dass wir ein Paar sind. Ja und natürlich fühle ich mich auch sehr weiblich dabei.

I: Dass der Partner dich begehrt?

A: Genau, genau, das ist eine Bestätigung ...

I: Und, und wie ist es mit dem Genuss, zum Beispiel, wenn er in dich eindringt? Ist das, ist das schön?

A: Ja, eigentlich schon, aber, das ist nicht das Wichtigste für mich. Ähm, sondern eigentlich, glaub ich, dass vielleicht, die Stimulation ...

I: Also ist es erregend, dass er in dich eindringt? Oder schön, emotional, ...

A: Das ist schön emotional, aber nicht erregend, nein.

I: Ah, ok. Kommst du beim Geschlechtsverkehr zum Orgasmus?

A: Ja, ja, aber nur wenn meine Klitoris stimuliert ist, also ohne das würde ich nicht dazu kommen.

I: Ok, und das machst du beim Geschlechtsverkehr, oder dein Partner?

A: Ja hängt davon ab, also... kann mal so... oder so sein...Hängt von der Situation ab. *(Pause)*

I: Ja, oder vielleicht auch von der Position ...

A: Ja, ja von der Position ...

I: Eigentlich kommst du beim Geschlechtsverkehr zum Orgasmus, aber nicht von der Penetration?

A: Ja, genau. Genau.

2.4.2 I: Was motiviert dich zum Sex?

A: *(Pause)* Ah, ich glaube, also ja, das Zusammensein mit dem Partner.

I: ... Das ist ein wichtiger Punkt für dich?

A: Ja, genau.

2.4.3 I: Und wo spürst du das im Körper, in der Sexualität, den Genuss, oder was du erlebst?

A: Mhm, also ich glaube, emotional (**I: ist auch schwierig**), mhm ja, ist schon schwierig, aber ich glaube, emotionale Dinge fühlt man immer im Herzen, (**I: In dem Brustkorb?**) im Brustkorb, ja. Und körperlich natürlich, in der Klitoris, ja.

I: Dort, dort ist eigentlich lokal (A: ja, ja) dort ... die du spürst (A: ja, ja)

2.4.4 I: Wenn du das irgendwie vorstellst im Vorspiel, nimmst du den Brustkorb, das Herz wahr, oder ist da auch schon die Klitoris wichtig beim Vorspiel?

A: Also, ich glaube, beide sind schon von Anfang an sehr wichtig.

I: Genau, dann beim Hauptspiel, was spürst du im Körper?

A: Ähm, ja also da, das föhl ich (**I: Oder bei der Penetration?**), das föhl ich, glaube ich, in der Klitoris.

I: Die Penetration ist nicht so erregend ... (A: ja, ja) hast du gesagt (A: nein, das nicht) sondern die parallele Stimulation der Klitoris (beide sprechen gleichzeitig; A: Ja, ja.)

I: Und das Nachspiel, was für eine Bedeutung hat das für dich?

A: Ja, also das ist wieder eigentlich emotional sehr wichtig, ein bisschen zu (*lacht*) kuscheln und ein bisschen, ja... dort ist die Körperlichkeit nicht mehr so im Vordergrund, da beruhigt man sich ...

I: Ja.

A: Also die Beruhigung ...

I: Die Ruhe, Entspannung vielleicht spüren.

A: Genau ...

2.1.1 I: Jetzt sind wir beim Körper angekommen. Wie ist das bei dir, beim Geschlechtsverkehr? Nachher reden wir auch noch von der Selbstbefriedigung und der Bewegung beim Sex. Bewegst du deinen Körper, dein Becken, beim Sex?

A: Ich würde nicht glauben, dass ich mein Becken bewegen würde. Ähm, ich, ich glaube, ich spanne meine Muskeln an.

I: Ist es vorn, oder hinten, das Becken?

A: Ähm, ja bisschen vorne.

I: Vorne? Hauptsächlich in der stabilen Position?

A: Schon.

2.1.2 I: Und wie ist das mit dem sonstigen Körper, Schultern, Brustkorbbereich?

A: Ja, ich also, also (*lacht*), also darauf achte ich eigentlich nicht so sehr, aber (*lachen*) ich glaube, ich glaube, ich bewege mich nicht. Und mit, ähm, (*kleine Pause*) also da das Becken auch nach vorne kommt, glaube ich auch, dass meine Schultern vielleicht nach vorne kommen. Mein Kopf, also das ist so eine natürliche Position.

I: Mhm.

A: Ähm, und ähm, ich ähm, also wenn ich nachdenke, ich glaube, mit der Steigerung der Erregung bleibt mein Becken auch vorne.

2.1.3 I: Mhm. Und der Kopf, bewegt sich der Kopf, oder? Wahrscheinlich auch?

A: Wahrscheinlich ... Nein, ich glaub nicht.

I: Bleibt stabil?

A: Ja, ja, relativ schon. (*sprechen gleichzeitig*)

2.1.4 I: Und du hast auch die Muskelspannung angesprochen, dass du die Muskeln anspannst bei der Erregungssteigerung (A: Ja). Welche Muskeln? (*kleine Pause*)

A: Ah, Bauchmuskeln und Oberschenkel, ähm, und auch meinen Po.

I: Mhm. Mhm. Den Beckenboden kannst du gut wahrnehmen, oder ist das schon ein bisschen ein schwierigerer Muskel?

A: Äh, ja, manchmal schon, manchmal nicht so sehr, das kommt darauf an.

I: Und wie ist das mit der Muskelspannung? Während dem Sex, nimmt das zu oder ist das abwechselnd, oder...?

A: Ah, ich glaube, das nimmt zu, ich glaube, das nimmt zu.

I: Also spannst du sie eher an, die Muskeln?

A: Ja, ja, schon.

2.1.5 I: Und der Atem, wie ist das mit dem Atmen?

A: Ich glaube, die Atmung wird relativ oberflächlich. Ähm, besonders, ähm, wenn ich stark erregt bin.

2.1.6 I: Ja. Und Atempausen?

A: *(kleine Pause)* Ja, die habe ich *(zögert, kleine Pause)* wahrscheinlich ...ähm, ich glaube, die habe ich nicht.

2.1.7 I: Ok. Und du hast schon angesprochen, dass du Selbstbefriedigung gemacht hast, als dein Partner nicht in deiner Nähe war. Auch sogar paar Wochen.

A: Ja.

I: War das ein Thema? Was machst du bei der Selbstbefriedigung?

A: Ja, also, also ich – ich liege auf meinem Rücken.

I: Im Bett oder ...?

A: Im Bett, ja im Bett. Ja, so, oder auf dem Teppich. Hängt davon ab, äh, und äh *(kleine Pause)*, ich stimulare mit, mit, ähm, meiner rechten Hand, mit meinem mittleren Finger, ähm, die Klitoris. Und auch die Vulva.

I: Mhm, aber hauptsächlich die Klitoris, oder hauptsächlich ...

A: Hauptsächlich die Klitoris, ja.

I: Und ist das ein grösserer Druck oder ein weniger...

A: Ähm, ja ist schon grösser ...

I: Mhm, und brauchst du dabei immer den gleichen Finger oder wechselst du ab. Oder stimulierst du die Klitoris?

A: Nein, nein immer mit dem gleichen Finger, ja.

I: Das ist die rechte Hand, hast du gesagt?

A: Ja. Ja, rechte Hand.

I: Und die Rituale wie du die Klitoris stimulierst, ist das abwechselnd oder ungefähr ähnlich?

A: Also der Druck nimmt vielleicht zu.

I: Druck nimmt zu, aber wie du (A: Ja) stimulierst ist das immer ähnlich oder abwechselnd?

A: (Pause) Das ist, ja, ähnlich (I: Ja) (A: Ja)

I: Also hauptsächlich machst du immer das gleiche ungefähr mit dem Finger?

A: Ja, ja. (I dazwischen: immer der gleiche Rhythmus). Ja.

I: Spielst du mit dem Rhythmus?

A: Nein, nein es ist immer gleich eigentlich.

I: Gleicher Rhythmus.

A: ja, ja. Ja also, es hat eigentlich den gleichen Rhythmus, aber ich glaube, das steigt vielleicht mit der Erregung.

I: Aha, also du machst das schneller oder (A dazwischen: ja) machst mehr Druck.

A: Ja, ich glaube schon, ja.

I: Und wie ist das mit der Scheide? Dringst du auch mit den Fingern in die Scheide ein? Oder ...?

A: Nein, nein, das habe ich schon versucht, aber das hat nichts gebracht.

I: Das findest du nicht so erregend?

A: Nein, nein.

I: Nicht so gut.

A: Nein, nein gar nicht.

2.1.8 I: Und ich würde noch gerne mit dir eine Kurve zeichnen. Wo wir aufzeichnen, wie die Erregung ansteigt. Da siehst du, habe ich schon etwas vorbereitet (A: Ja.), das ist die Erregungsstufe, das ist die Zeit, und da ist der Punkt, der Point of no return, wo der Entladungsreflex ausgelöst wird. (A dazwischen: Mhm, mhm.). Da ist ein Reiz, da fängt er an, und dann, ich würde dich

bitten, dass du mir den Weg von dem Moment, wo die Erregung ausgelöst wird, bis zu der Entladung aufzeichnest (A: Mhm.).

A: Ja, also. Ähm, zuerst, also ich glaube, das steigt ganz steil.

I: Genau, also ganz steil. Wie lange geht das zum Beispiel da, bis zur Penetration? Das Vorspiel ...

A: Ja, also das Vorspiel dauert, ja circa eine Viertelstunde, glaube ich ...

I: Und dann nachher dringt der Partner ein?

A: Ja.

I: Wie lange geht das ungefähr?

A: Äh, zwei Minuten, vielleicht ...

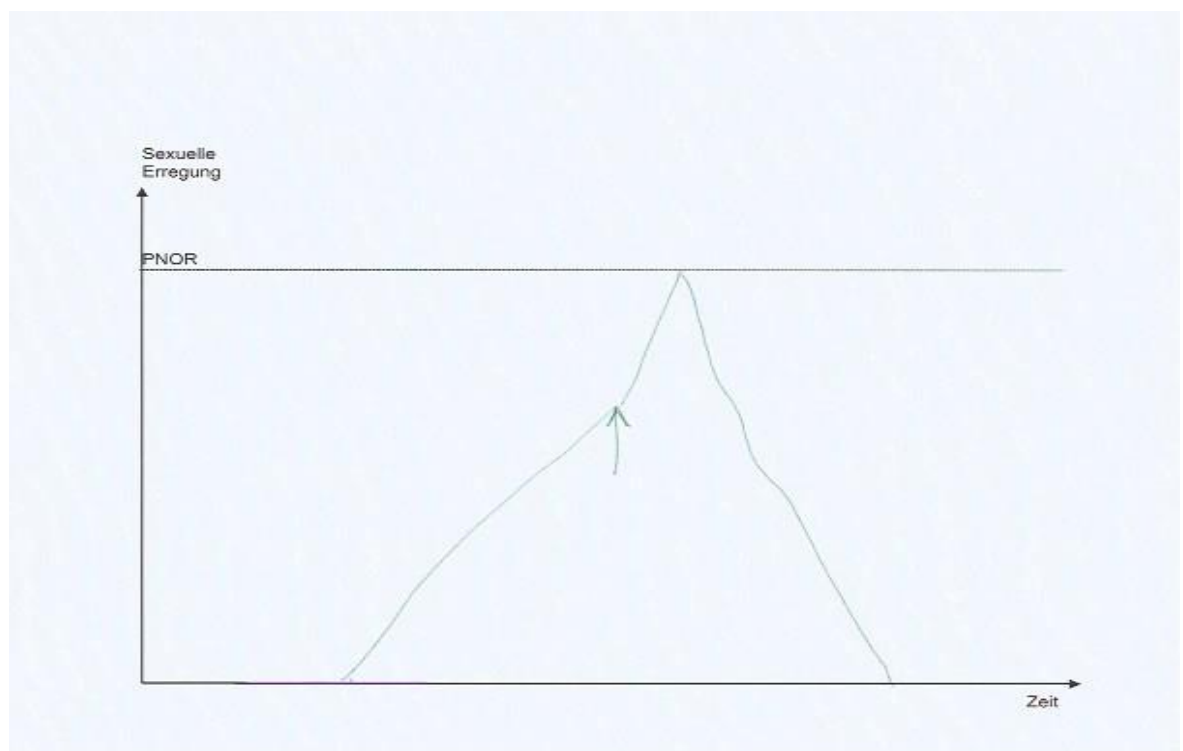
I: OK. So zwei, drei Minuten, dann löst sich das eigentlich relativ schnell (A: Ja, ja) (sprechen gleichzeitig)

I: Ok, ja super. Ich denke, die meisten Sachen haben wir besprochen. Ich danke dir sehr für das Interview.

A: Ja, ich freue mich, dass ich dir helfen konnte.

I: Ja, danke vielmals.

Erregungskurve Frau „K“



Interview mit Frau „N“

Abkürzungen:

Interviewerin: I

Interviewte Person: A

1.1 I: Also wir machen dieses Interview wegen meinem Masterstudium. Und es geht eigentlich um die sexuelle Lust und Lustlosigkeit im Rahmen der Pilleneinnahme, und wir untersuchen auch noch die Wirkung vom erlernten körperlichen Verhalten bei der Sexualität. Und Sie nehmen eine Pille, die Gynera Pille, (A *dazwischen*: ja) und damit sind Sie qualifiziert (*lacht*) dafür, dass wir dieses Interview machen können. Und, ähm wie erleben Sie die Sexualität seit Sie die Pille nehmen? Merken Sie irgendeine Änderung dabei?

A: Nein, ich habe keine Änderung bemerkt.

I: Also es ist gleich (A: gleich wie vorher). Gleich wie vorher. Im Rahmen der Pilleneinnahme hat sich das sexuelle Verlangen nicht geändert?

A: Hat sich nicht geändert.

1.2 I: Hat sich nicht geändert, ist gleichgeblieben. Und auch der Genuss bei der Sexualität?

A: Hat sich auch nicht geändert.

I: Hat auch nicht...

A: Ich habe keine Änderung bemerkt.

I: Weder zugenommen oder abgenommen, ist gleichgeblieben?

A: Nein, nein.

1.3 I: Und was Sie zum Sex motiviert, ist auch nicht anders geworden?

A: Auch nicht. Ist auch gleichgeblieben.

I: Haben Sie andere Nebenwirkungen von der Pille gemerkt?

A: Nein, keine. Ist alles gut geblieben und äh, alles geblieben wie vorher.

I: Und ... mhmh ... bezüglich Sexualität und andere Nebenwirkungen, nicht sexuelle Nebenwirkungen.

A: Auch nicht. (*sprechen gleichzeitig*)

I: Haben Sie nichts bemerkt. Also sind Sie zufrieden mit der Pille?

A: Bin ich. ja, bin ...

I: Nehmen Sie auch schon länger ...

A: Ja ...

1.6 I: Welches Präparat nehmen Sie?

A: Gynera.

I: Ja, das ist super, wenn Sie das so gut vertragen. Eigentlich die meisten Frauen, muss man sagen, vertragen diese Präparate schon gut und ...

A: Ich habe nur ein einziges, äh, bemerkt, dass meine Pigmentation auf dem Gesicht ein bisschen dunkel geworden ist.

I: Ja. Ah, ok.

A: Das ist alles.

I: Das ist das Einzige. Das merken auch viele Frauen. Das hat etwas mit dem Östrogengehalt der Pille zu tun, aber das ist eigentlich, Gynera ist eine moderne Tablette, also Mikropille, d.h. eigentlich ist der Hormongehalt bei diesem Medikament eigentlich tief.

A: Ja, das war diese einzige Einwirkung, die ich bemerkt habe.

1.5 I: Das ist super. Und (lange Pause) dann hat das auch auf die Partnerschaft keinen grossen Einfluss genommen, (A: Nein.) dass Sie die Pille einnehmen?

2.2.1 I: Sind beide zufrieden, auch Sie und auch Ihr Partner? (A lacht)

A: Ja, die sexuelle Aktivität hängt von der Partnerschaft ab, ...

I: Ah, hängt von der Partnerschaft ab ...

2.2.2 A: Ja, wenn der Partner oder Kontakt sehr neu ist, dann brauche ich fast oder jeden Tag Sex, das bestärkt mich, (kleine Pause) dass unsere Beziehung gut ist und (kleine Pause) später, nach einigen Jahren oder nach einem Jahr, kommt es vor, dass ich Monate lang keinen Wunsch nach Sex habe, ähm, aber am Anfang des Kontakts brauch ich jeden Tag Sex.

I: Das ist noch ...

A: Das ist wichtig.

I: Das ist noch ein interessanter Aspekt, dass für Sie bei der Lust die, (Pause) dass bei Ihnen die Lust (Pause) so abhängig ist von dem Partneraspekt. Und nicht nur vom Partneraspekt, weil Sie eigentlich mit dem gleichen Partner zusammen sind, sondern auch von dem zeitlichen.

2.4.2 A: Ja. Da fühl ich mich, äh, weiblich, äh, wenn wir oft, äh, Sex haben, dann denke ich, dass ich sehr wichtig für meinen Partner bin, ...

I: Also Sie haben auch eine Bestätigung, die Sie durch die sexuellen Kontakte erleben.

A: Ja. Auf jeden Fall. ... die Bestätigung weiblich zu sein, ... begehrt zu werden. ... Dass der Partner, ... dass ich auch wichtig bin für ihn.

I: Ja. Ja, sicher. Also eigentlich wichtig ist für Sie der Kontakt, wie Sie gesagt haben zum Partner, die Beziehungsebene und die Bestätigung. Und dadurch, am Anfang wissen Sie das noch nicht, (*lachen beide*) und da brauchen Sie viel davon, (*lachen*) und dann nachher, wenn Sie schon wissen, dass der Partner Sie begehrt und will, dann ist es eigentlich gar nicht mehr so wichtig.

A: Ja, wahrscheinlich ist das so.

I: Mhm. Und wie toleriert das der Partner?

A: Ähhhhh (*lange Pause*), am Anfang, da ist es sehr gut für ihn ... (*beide lachen*). Später nicht so, so ...

I: Nicht so gut.

A: Nicht so gut, ja (*kleine Pause*) wenn der Partner tolerant ist, dann kann er das tolerieren, wenn nicht (*Pause*), dann (*Pause*), naja.

I: Dann haben Sie Probleme in der Beziehung.

A: (*spricht gleichzeitig*) Probleme ... jajaja.

I: Hat auch schon in der Vergangenheit ... Sie haben diesen Modus nicht nur mit dem jetzigen Partner, sondern ...

A: ... auch früher habe ich den gehabt, ja.

I: Wo stehen Sie jetzt in der Partnerschaft? Wie lange dauert die Partnerschaft schon?

A: Wir haben schon mehrmals Pause gehabt und immer, wenn wir...

I: Mit dem vorherigen Partner?

A: Ja, und wir haben Pause gemacht, und danach, am Anfang, wenn wir wieder (*kleine Pause*) begonnen haben, ist, äh, der Sex sehr wichtig, wieder gut, und dann geht es immer runter.

I: Ah, ok. Verstehe ich. Ist anstrengend so ... (*A lacht*).

2.2.1 I: Und, (*Pause*) ja super. Und wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Begehren, mit diesem abwechselnden Begehren?

A: Äh, Ich bin überhaupt nicht zufrieden, und es wäre besser, wenn ich das anders machen könnte, aber (*Pause*) ich kann es nicht.

I: Ja, das ist halt einfach so, wenn man keine Lust hat, dann hat man ... Aber was stört Sie mehr, dass Sie zu viel Lust haben am Anfang oder dass Sie nachher weniger Lust haben? Was ist problematischer?

A: Äh, (*kleine Pause*) dass ich später weniger Lust habe, eigentlich ist, sind beide problematisch, sind beide problematisch ... nur äh, (*Pause*) in einer Partnerbeziehung ist, äh, (*Pause*) mehr Sex weniger problematisch.

I: (*lacht*) Für den Mann?

A: Ja, für den Mann, ja, (*beide lachen*) und ich denke, dass dies in einer Partnerschaft weniger Probleme verursacht ...

I: Ja, weniger Probleme am Anfang, das ist eigentlich nur gut. Aber dann nachher, wenn Sie Monate lang keine Lust haben, dann ist das wahrscheinlich für den Partner schwierig. Also Sie würden das gerne ändern?

A: Ja, natürlich.

I: Jetzt sind wir eigentlich in einer guten Position, weil jetzt sind Sie in der Anfangsphase.

A: Ja, ich ...

I: Also es funktioniert eigentlich noch sehr gut?

A: Ja, aber ich bin, fürchte mich, dass später (*I lacht*), dass sich das wieder ändern wird und dann kann ich, ich möchte das nicht, äh, darauf warten, dass meine Partnerschaft wieder zugrunde geht.

2.2.2 I: Und Sie haben gesagt, Sie haben jetzt sehr häufig ... Wie häufig haben Sie jetzt Geschlechtsverkehr?

A: Äh, jeden Tag.

2.2.3 I: Jeden Tag. Ja, das ist super. Und wie häufig machen Sie Selbstbefriedigung, wenn ich fragen darf?

2.3.2 A: Äh, ich habe schon probiert, aber, äh, ich habe nichts gespürt, und deshalb habe ich damit aufgehört. Ich habe das sogar auch mit Vibrator versucht, aber ich habe (*kleine Pause*) überhaupt nichts gespürt. Deshalb habe ich damit aufgehört.

I: Also nichts gespürt? Meinen Sie, Sie sind nicht erregt worden, oder?

A: Nein, nein, einfach war es sehr langweilig, und ich habe damit aufgehört. (*beide lachen*)

I: Hat Ihnen das irgendeine Kollegin empfohlen auszuprobieren, oder?

A: Ja, aber vielleicht funktioniert das bei ihr.

I: (*lacht*) Ja.

2.3.1 I: Und wie es mit dem Genuss sonst in der Partnerbeziehung? Den Geschlechtsverkehr genießen Sie aber?

A: (*zögert*) Ja.

I: Das ist ein Genussfaktor?

A: Ja, ... ja nur, (*Pause*) eigentlich ja, nur, (*kleine Pause*) ich brauche kein Vorspiel ...

I: Brauchen Sie kein Vorspiel?

2.4.1 I: Also das Hauptspiel ist, die Penetration ist das, was Sie hauptsächlich geniessen?

A: Ja, ja. Genau.

I: Und was ist schön bei der Penetration?

A: Ah, das Gefühl (*Pause*) in meiner Scheide, ich spanne meine Muskeln, alle meine Muskeln, um ihm ... Und das ist eine Intensität. (*lange Pause*)

I: Ja, das ist eine schwierige Frage.

A: Ja, ja, ja. (*Pause*) Es ist sehr intensiv. Und dann fühle ich, dass mein Partner sehr, sehr nahe ist zu mir, und unsere Beziehung (*kleine Pause*) ist sehr nah, weil sich unsere Körper aneinanderpressen, und, ähm, (*kleine Pause*) ja das ist für mich wichtig.

I: Ja, das ist der Hauptgenuss? Dieses Zusammensein, das Zusammendrücken? Das Vorspiel geniessen Sie nicht. Das brauchen Sie nicht?

A: Brauche ich nicht, weil es für mich langweilig ist.

I: Ah, ok. Der Partner möchte das auch nicht, für ihn ist das gut so?

A: Mmmh, manchmal schon, (*kleine Pause*) aber ... naja, das (*Pause*) (*wird leise*)

I: Ja?

(*A lacht; lange Pause*)

2.3.3 I: Also Sie haben einen deutlichen Unterschied beim Partnersex im Genuss und bei der Selbstbefriedigung?

A: Eigentlich, (*kleine Pause*) über Selbstbefriedigung kann ich nicht sprechen, weil ich habe das probiert und dann damit aufgehört. Da (*Pause*) genieße ich nichts

I: Also Genuss haben Sie eigentlich nur bei dem Partnersex?

A: Ja.

(*Pause*)

2.4.1 I: Ah, ich verstehe. Also eigentlich ist dann da ein deutlicher Unterschied, weil nur der Partnersex genussvoll ist. Und, und was ist das genau? Ich weiss, dass es eine schwierige Frage ist. Was geniessen Sie bei diesem Hauptspiel? Was geniessen Sie bei dieser Penetration?

A: Ahh, ...

I: Weil es muss ja etwas sein, wenn Sie das jeden Tag möchten am Anfang der Beziehung.

A: Ja, eigentlich die Entladung und die Entspannung. Und ähm, nachher, diese Pulsation in meinem Bauch, das ist ein sehr gutes Gefühl.

I: Ja, auf der körperlichen Ebene ...

A: ... körperlich, ja und, ähm, *(Pause)* naja.

2.4.2 I: Und auf der emotionalen Ebene?

2.4.3 A: Ähm, dieses *(kleine Pause)* zusammen ..., *(Pause)* diese Partnerschaft zu erleben. Dass wir zusammen sind, sehr nah ...

(Pause)

2.4.4 I: Und was haben Sie gesagt? Wo spüren Sie das im Körper?

A: Äh, *(kleine Pause)* im hinter, im, in der Brust *(Pause)*

I: Das ist dann wahrscheinlich, dass Sie zusammengehören?

A: Ja, ja, ja.

I: Das ist natürlich schwierig, sich das so vorzustellen. Ich weiss, dass ich schwierige Fragen habe? *(beide lachen)*

(Pause)

I: Und Sie haben gesagt, Vorspiel haben Sie nicht so viel. (A: Nein.) Und danach, wie lange geht eigentlich die sexuelle Aktivität bei Ihnen?

A: *(leise)* Sehr kurz, Nachspiel haben wir auch nicht.

I: Ah, Nachspiel haben Sie auch nicht.

A: Auch nicht.

I: Also eigentlich von der Penetration an (A: Ja, ja.)

I: Und sind Sie schon feucht bei der Penetration?

A: Äh, eigentlich noch nicht. Aber *(kleine Pause)*, ähm, ich helfe dabei ein bisschen.

I: Ah, Sie nehmen etwas, etwas zum Feuchtmachen?

A: Ja, ja, ja.

I: Und was nehmen Sie zum Feuchtmachen?

A: Gleit..., äh, Gleitmittel.

I: Ah, Sie nehmen Gleitmittel vor der Penetration ... damit es ist nicht wehtut?

A: Ja. Und wenn die Erregung kommt, dann werde ich natürlich feucht.

I: Ja, genau. Und wie lange geht das, diese Penetration?

A: *(Pause)* *(leise)* Zwei Minuten, oder...

I: Also so kurz? So zwei, drei Minuten, und dann kommen Sie schon zur Entladung?

A: Ja, ja, und es kommt dann zur Pulsation und ...

I: Nach der Entladung?

A: Genau, nach der Entladung. Ja.

I: Ah, ok, das verstehe ich. Wir sind jetzt schon ein bisschen reingekommen, was Sie bei der Sexualität mit dem Körper machen. Ich würde Ihnen noch ein paar spezielle Fragen dazu stellen. Also dass wir noch darüber reden würden, ist das in Ordnung?

A: Ja, können Sie ...

2.1.1 I: Es ist noch ein bisschen schwierig, sich das vorzustellen, weil man bei der Sexualität ja nicht daran denkt, aber es ist noch sehr hilfreich für uns, wenn wir darüber reden. Wissen Sie, ob Sie sich bewegen oder ob Sie das Becken bewegen während der Erregungssteigerung?

A: Eigentlich bewege ich mich nicht, weil ich spanne alle Muskeln, und, maximal ein, zwei Millimeter bewege ich mich.

I: Mhm

2.1.4 A: Und ich spanne wirklich alle Muskeln, das heisst im Gesicht auch, und, und (Pause) ich bin sehr gespannt.

I: Aber ist das für Sie trotzdem genussvoll?

A: Ja, ja das ist genussvoll.

2.1.1 I: Ja. Und das Becken bewegen Sie dann nicht so viel, sagen Sie.

A: Nein. Nur ein, ein, ein paar Millimeter.

I: Und in welcher Position ist das Becken?

A: Das Becken? Ähm (*kleine Pause*) ziehe ich ein bisschen nach vorne.

I: Ja, ein bisschen nach vorne. Nach vorne gekippt?

A: Ja. Nach vorne gekippt.

2.1.2 I: Und wie ist es mit den Schultern?

A: Ähm, die Schultern sind auch sehr gespannt und ein bisschen nach vorne.

I: Ah, vorne. Das passt eigentlich gut, ... dass das Becken und die Schultern beide vorne ...

2.1.3 I: Wie ist das mit dem Kopf? Wissen Sie das? Können Sie sich das ein bisschen vorstellen?

A: Äh (Pause) alle Muskeln sind sehr gespannt, und äh, (Pause) ja, und so starr.

I: Ja. Also der Kopf auch?

(Pause)

2.1.4 I: Und Sie haben gesagt, dass Sie die Muskeln anspannen. Konnten Sie das beobachten, können Sie sich daran zurückerinnern, welche Muskeln Sie am meisten anspannen?

A: Am meisten im Becken, und auch die (Pause)

I: Aha, Oberschenkel.

A: Oberschenkel, und äh, (Pause)

I: Bauch vielleicht?

A: Bauch auch, und Po und ...

I: Also eigentlich unten die Muskeln, ... die unteren Extremitäten.

2.1.5 Und wie ist es mit dem Atmen?

A: Ja, die, die ... Ich atme auch sehr oberflächlich und ähm, am Ende, wenn die

2.1.6 Entladung kommt, dann (kleine Pause) atme ich gar nicht.

I: Gar nicht mehr?

A: Mmh, gar nicht mehr.

(Pause)

2.1.7 I: Genau, Selbstbefriedigung machen Sie nicht, also ist es eigentlich beim Partnersex so.

A: Ja.

2.1.8 I: Ich hätte noch einen Wunsch. Wäre das möglich, dass Sie mir aufzeichnen, wie die Erregung ansteigt? Dass Sie ein Bild machen? Ich habe da mal ein Diagramm mitgenommen. Könnten Sie mir das aufzeichnen, wie das aussieht, mit der Erregungssteigerung? Wie lange das geht, wie steil oder langsam? Steigt das kontinuierlich an, oder gibt es da Wellen? Oder geht es hoch und runter?

A: Das Diagramm beginnt, denke ich eigentlich, mit der Penetration,

I: Ah, ok. Ja klar. Wir haben ja gesagt, dass Sie das Gleitmittel brauchen.

A: Und ähm, ist sehr steil, denke ich, ist sehr steil, und nach oben auch, und nach unten auch.

I: Könnten Sie das mal vielleicht schnell aufzeichnen. Ich gebe Ihnen ein Papier.

A: Ja, äh, ...

I: Genau, da ist die Zeit, und das da ist die Erregungssteigerung. Und da haben Sie einen Kugelschreiber ... Ok, da fängt es an, da kommt ein Stimulus, und dann geht das steil runter

A: Sehr steil hoch und danach runter.

I: Und das da geht ungefähr, haben Sie gesagt?

A: Wie ich das genieße? Genau ein paar Minuten. Ein paar Minuten, ja, ja, ja. Zwei bis drei Minuten.

I: Dafür haben Sie jeden Tag Sex (*Lachen*). Das geht schnell, aber Sie haben es jeden Tag.

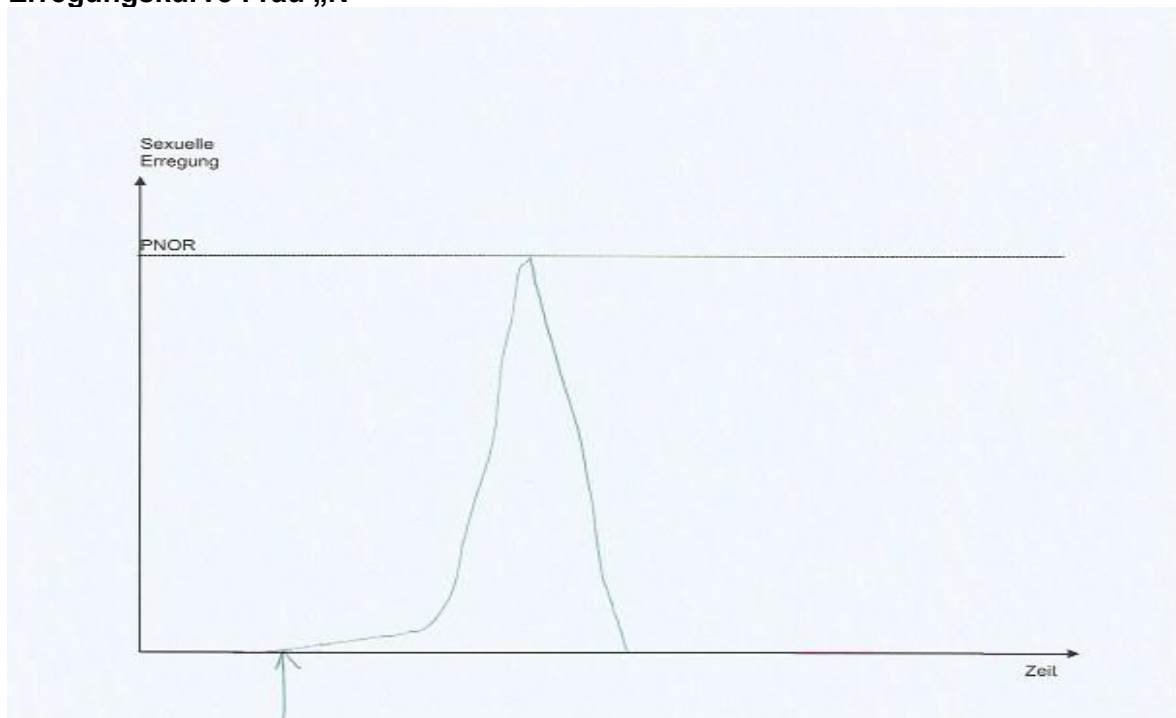
A: Ja, aber nur am Anfang der Partnerschaft. Ich habe, möchte das ändern, wenn es dafür eine Möglichkeit gibt.

I: Ja, ja, also man könnte schon eine Sexualtherapie machen.

A: Ok, ich überlege mir das. Vielen Dank.

I: Sehr gerne, ich bedanke mich bei Ihnen für das Interview.

Erregungskurve Frau „N“



Interview mit Frau „S“

Abkürzungen:

Interviewerin: I

Interviewte Person: A

Bei den Fragen „2.2.1; 2.2.2; 2.3.1; 2.4.1“ wurden die Antworten, die sich auf den alten Partner beziehen, mit „a“ markiert. Mit „b“ wurden die Antworten markiert, die sich auf den neuen Partner beziehen.

I: Also, Danke für das Interview. Wir führen jetzt dieses Gespräch, weil ich mich in der Diplomarbeit mit der sexuellen Lust und Unlust beschäftige. Und besonders untersuche ich die Rolle der Pille, der hormonellen Verhütungsmittel ...

A: Mhm ...

I: ... und dem Verhalten, dem erlernten körperlichen Verhalten bei der Sexualität.

A: Mhm ...

I: Und du hast relativ lange zwei unterschiedliche Pillen genommen.

A: Ja, stimmt.

I: Und darum machen wir jetzt dieses Interview, wie du das erlebt hast, oder ob du Nebenwirkungen der Pille bemerkt hast.

A: Mhm ...

1.6 I: Welche Pillen hast du genommen?

A: Zuerst habe ich Mercilon genommen, (*Pause, denkt nach*) ungefähr ein Jahr lang.

1.1 I: Mhm. Und hast du dort etwas bemerkt?

A: Ja, habe ich ...

I: In Bezug auf die Lust, auf das Verlangen nach Sex?

1.7 A: Ja, ungefähr nach 6 bis 7 Monaten habe ich gemerkt, dass meine Libido, also meine Lust auf Sex hat sehr abgenommen ... (*kleine Pause*) Und das hat mich wirklich gestört. ... Das war (*Pause*) eine sehr unangenehme Nebenwirkung.

I: (*dazwischen*). Ja, ja.

A: ... muss ich sagen.

I: Also du hattest nicht wirklich Lust auf Geschlechtsverkehr?

A: Nein, fast gar nicht.

I: Ah, ok.

A: Nein.

1.2 I: Und hat sich der Genuss vom Sex auch geändert?

A: Genuss? Ähm, nein, nein, das hat sich nicht geändert, das war wie vorher. Da habe ich gar nichts gemerkt. Nein.

I: Einfach, dass du weniger ...

A: Also nur weniger Lust gehabt, aber Sex hab ich genauso genossen, wie vorher ...

I: Ja, ja.

A: ... habe ich keinen Unterschied gemerkt, nein.

1.3 I: Und was dich sonst zu Sex motiviert? Oder sonst andere Wirkungen auf die Sexualität?

A: (zögert) Nein, nein.

I: Hast du nicht mehr ...?

A: Nein, nur die Libido und, ähm, das war das grösste Problem.

I: Mhm, mhm.

A: Sonst hab ich nichts gemerkt.

I: Mhm, und du hast vorher gesagt, dass du nach 6-7 Monaten diese Wirkung bemerkt hast.

A: Ja.

I: Mit der ersten Pille. Welche Pille war das?

A: Mercilon.

1.4 I: Ja, Mercilon. Und was hast du dann gemacht?

A: Ich bin zum Frauenarzt gegangen, und da hab ich gedacht, ok, ich wechsele. Ich habe gewechselt zu Yadin.

I: Aha.

A: Und dann hab ich wieder ungefähr sechs Monate lang das genommen und gehofft, dass meine Libido wieder steigt. Aber das hat sie nicht gemacht.

I: Ist es nicht besser geworden?

A: Nein, nein, nein, gar nicht. Ich habe wirklich gehofft, aber *(Pause)* mich beobachtet extra, und, äh *(Pause)*, dann habe ich mit der ganzen Pille aufgehört.

I: Ok. Hast du nachher ...

A: Ja, weil es hat mich wirklich gestört, und darum habe ich damit aufgehört.

1.5 I: Und hat es auch eine Wirkung auf die Beziehung gehabt, dass du weniger Lust gehabt hast?

A: *(zögert)* Ja, leider, ähm *(Pause)*, wir haben darüber eigentlich gar nicht gesprochen, und das war das grösste Problem. Mein Mann, ähm *(Pause)* ...

I: Ah, du warst damals schon verheiratet?

A: Ja, also mein Mann wollte darüber auch nicht reden. Er hat auch nichts gesagt, und ich habe eigentlich mit ihm auch darüber nicht gesprochen, und *(holt tief Luft)* das war das grösste Problem auch.

I: Mhm.

A: Dass wir das alles, ähm, *(Pause)* ja, wir haben das nicht wahrgenommen, *(Pause)* dass es ein grosses Problem ist.

I: Mhm, mhm, also ihr habt so getan, als ob sich nichts geändert hätte. Aber wahrscheinlich hat er das auch schon gemerkt.

A: Er hat wahrscheinlich gemerkt, äh *(Pause)*, äh *(schluckt)*, der Sex ist viel weniger geworden, *(lange Pause)* ... ähm, aber er hat mit mir eigentlich ganz wenig Zeit verbracht. Er hat zu sehr viel gearbeitet und, äh, wir hatten auch sehr wenig Zeit für einander gehabt. Und plus mein Lustverlust, das hat natürlich nicht geholfen.

I: Mhm, mhm, mhm. Und eben hast du gesagt, du hast zuerst die Mercilon genommen ...

A: Ja.

I: ... und nach 6-7 Monaten, oder so einem Jahr, oder wie lange hast du die genommen?

A: So ungefähr ein Jahr.

I: Ja, 6-7- Monate, hast du gemerkt, dass...

A: ... dass die Lust weniger geworden ist. Und dann habe ich da zur Yadin gewechselt und die noch ein halbes Jahr genommen und ungefähr nach, sage ich mal, eineinhalb Jahren habe ich ganz aufgehört.

I: Ja, und dann ist es wie gleich gewesen.

A: Genau.

1.6 I: Die zwei Pillen, hast du einen Unterschied bemerkt zwischen Mercilon und Yadin?

A: Nein, nein gar nicht.

I: Gar nicht. Und eben hast du gesagt, die Lust hat sich nur im Sinn von Begehren verändert?

A: Ja, genau.

1.8 I: Und als du mit der Pille aufgehört hast, was ist dann passiert?

A: *(Pause, holt Luft)* Die Lust ist besser geworden, *(Pause)* so natürlich. Der Körper müsste darauf reagieren, so nach einigen Monaten. Die Lust ist wieder besser geworden, aber nicht gut genug. Aber natürlich ist es auch mit der ganzen Partnerbeziehung so. Mit meinem Mann hat sich nicht viel geändert, und, ähm, *(Pause)* aber wir haben darüber nicht viel gesprochen, aber der *(Pause)* ... die Lust ist nicht besser geworden. Also besser geworden, aber nicht gut genug.

2.2.1a I: Mhm, mhm. Ich verstehe, also es ist besser geworden, aber immer noch nicht optimal geworden.

1.5 I: Und was habt ihr nachher gemacht?

A: Ja es ist eine *(langes Ausatmen)* ganz schwierige Situation, ähm, geworden. *(Pause)* Also dann bin ich schwanger geworden. Natürlich, ich hatte keine Pille, dann *(Pause)* ich bin schwanger geworden, und dann haben wir unsere Tochter bekommen. Und dann war ich zuhause mit unserer Tochter. Natürlich war Sex gar kein Thema mehr. Ich habe mich ganz mit dem Kind beschäftigt, und mein Mann mit der Arbeit ...

I: Er hat viel gearbeitet?

A: Ja, er hat sehr, wirklich sehr viel gearbeitet, und er hatte fast keine Zeit für uns. Also für mich auch nicht und, ähm, natürlich war ich auch mit dem Kind beschäftigt. Und natürlich war Partnersex gar, fast gar kein Thema zwischen uns. Wir haben darüber auch nicht gesprochen.

2.2.2a I: Wie häufig habt ihr da Geschlechtsverkehr gehabt?

A: Ungefähr jeden zweiten Monat vielleicht einmal.

I: Ah, ok.

A: Ja. Aber kurz.

I: Mhm, mhm.

2.3.1a A: Fast ohne Genuss, nur, ähm *(lange Pause)*, nur für den Orgasmus.

2.4.1a

I: Ah, also hauptsächlich die Entladung war ...

- 1.5** A: ... Ja, die Entladung war im Zentrum und, ähm (*Pause*), nur schnell. Und natürlich habe ich nach dem Mutterschaftsurlaub wieder angefangen zu arbeiten. Und, ähm (*atmet tief ein*), die Beziehung mit meinem Mann ist, ähm, so, sage ich mal, so schlecht geworden, dass, ähm, ich mich verliebt habe in einen anderen Mann, (*Pause*) bei der Arbeit. Das ist schon (*lacht*) eigentlich lange her, wir sind seit vier Jahren schon zusammen. Und unsere Beziehung ist viel anders als die mit meinem Mann. So bin ich sehr glücklich. Und wir haben eine sehr (*atmet tief ein*) intensive, ähm (*Pause*), Zeit (*lacht*).

I: Und dann, was ist mit deinem Mann passiert?

A: Also wir haben uns scheiden lassen, ja genau.

I: Scheiden lassen, ja.

A: Ja, genau. Und mit meinem neuen Partner bin ich aber seit vier Jahren zusammen. Und da funktioniert alles natürlich ganz anders.

I: Ah, ok. Ganz anders. Was ist genau anders?

A: Also es ist (*Pause*), viel häufiger, (*Pause*) und, ähm, viel genussvoller, also ...

2.2.1b I: Dann verstehe ich, also jetzt bist du zufrieden?

A: Ja.

I: ... mit deiner (*A spricht dazwischen*: Ja.) Libido?

A: Ja, ja (*lacht*). Ja, ich bin sehr zufrieden.

I: Sehr zufrieden.

A: Also...

2.2.2b I: Wie häufig seid ihr zusammen?

A: Also jedes Mal, wenn wir uns treffen, sind wir zusammen, das ist ungefähr sechs Mal in der Woche.

I: Ah, das ist ...

A: Ja. ... Sehr, sehr häufig. (*lacht*)

I: Eine lebhafte ...

A: Ja, und ich freue mich sehr.

2.2.2a I: ... Sexualität. Ah, ok. Und wie war das mit deinem Mann, wie häufig wart ihr zusammen?

A: Also, ungefähr jeden zweiten Monat, (*leise*) einmal. Und das war auch kurz und nur, ähm (*Pause*), also nicht genussvoll, es ist nur, ähm, (*Pause*) nur der Orgasmus war im Fokus. Und nur kurz.

2.3.1a I: Und was hat der Orgasmus für dich bedeutet?

A: Also nur Entladung. *(Pause)* Nur Entladung nichts anders. *(lange Pause)* und die Entspannung am Schluss. Das war für mich auch *(Pause)*, ähm, ganz, ganz, ganz, ganz gut.

2.3.1b I: Und wie ist es jetzt? Was bietet jetzt der Partnersex für dich?

2.4.1b

A: Also, wie ich das gesagt habe, es ist sehr genussvoll, und *(kleine Pause)* die Erregung *(Pause)*, ähm, *(lange Pause)* der ganze Weg zum Orgasmus ist viel länger, und ich genieße das sehr. Und natürlich, ähm ...

I: Wie lange seid ihr zusammen, wenn ihr Sex habt, mit dem Partner jetzt?

A: Also, wir sind sehr, relativ, lange zusammen, ähm. Es geht ab und zu zwei Stunden, und die ganze Zeit ist sehr lang, das ist sehr wichtig, ähm, das ganze ähm, *(Pause)* Spiel, die Emotionen, *(holt Luft)* dass er mich berührt und wir uns berühren, dass wir ganz nah zueinander sein können und das genießen wir wirklich voll, und ähm *(Pause)*. Und wenn er in mir drinnen ist, so das Ganze, *(holt Luft)*, wenn sein Penis in mir ist, ist ungefähr auch eine halbe Stunde, das ist auch relativ lang.

I: Dass er in dir ist, bis ihr kommt?

A: *(Pause)* Also, ich kann nur am Schluss kommen.

I: Und er?

A: *(Pause)* Er, er, er nicht immer, er kommt nicht immer.

I: Warum kommt er nicht immer?

A: *(lange Pause)* Also er kommt nicht jedes Mal, weil er gemerkt hat, dass, er ist schon so 50, und er hat gemerkt, dass, wenn er jedes Mal kommt, dann hat er weniger Lust. Und natürlich will er auch mit mir jedes Mal zusammen sein und den ganzen Sex genießen. *(holt Luft)* Und darum kommt er nicht jedes Mal, damit wir wirklich zusammen sein können und genießen können.

I: Also ihm ist der Orgasmus nicht so wichtig?

A: Nein, nein für ihn ist das nicht wichtig, natürlich genießt er es auch sehr. Aber für ihn ist auch wichtiger, dass wir die ganze Zeit voll genießen können.

I: Und er macht das bewusst, dass er nicht jedes Mal kommt?

A: *(Pause)* Ja, ja. Er macht, er macht es wirklich bewusst.

I: Ah, ok. Und äh, *(lange Pause)*, also wie ich verstehe, ist für euch in dem Fall auch das Vorspiel sehr wichtig, der Genuss im Zusammensein sehr wichtig.

A: Ja, das stimmt.

I: Wie ist es mit dem Vorspiel und dem Nachspiel?

A: Also momentan, wie du gesagt hast ist, es sehr wichtig, und es dauert lang. Und das Nachspiel ist auch sehr wichtig, zusammen, äh (*kleine Pause*), zu sein, und kuscheln und schmusen, und, äh, wirklich, äh, das ganze (*kleine Pause*) ähm, (*lange Pause*) das, der ganze Prozess. Sehr wichtig, aber damals war es nicht so und ich ...

I: Damals? Wann, damals?

A: Damals mit meinem alten Mann, es war wirklich nicht so. Es war, äh, wir hatten eigentlich kein Vorspiel gehabt, das war für mich eigentlich gar nicht wichtig, (*holt Luft*) und das hat, ähm, sich auch ausgewirkt auf mein, zum Beispiel auf mein Kind. Ich konnte auch nicht mit ihr so, so (*Pause*), äh, (*Pause*) so zart sein.

I: Aha, ja. Das hat dem Kind gefehlt?

A: Ja, es hat gefehlt. Und, natürlich, mit meinem alten Mann konnte ich das auch nicht machen, und ich hatte auch kein Bedürfnis danach.

I: Ja. Und das hat sich jetzt geändert?

A: Ja, ja.

2.4.2 A: Und es hat sich so geändert jetzt. Das ist, das ist eigentlich die Priorität für mich
2.4.3 und für uns, das ganze Vorspiel. Und mit dem Genuss, was ich vorher erklärt habe, das ist jetzt Priorität geworden. Und der Orgasmus am Schluss ist natürlich auch wichtig, aber das ist nicht, äh (*holt Luft*), Priorität.

I: Mhm, also nicht das Wichtigste.

A: Nein.

I: ...also das ist eine natürliche Veränderung, was du jetzt mit diesem neuen Partner gelernt hast, wenn man das so sagen kann.

A: Ja. Ja, es ist eine ...

I: Es ist schön, dass er dir das zeigen konnte.

A: Ja, ich habe das mit ihm gelernt, ich habe das auch nicht gewusst, dass es so gehen kann, weil mit (*kleine Pause*) meinem alten Mann, wir waren ganz lange zusammen vorher, hatte ich auch fast keine andere, wir waren damals noch ganz jung, ich habe das gar nicht gekannt, dass es so etwas gibt ...

I: Mhm, mhm.

A: Und jetzt, natürlich, habe ich mich neu entdeckt. Und dann habe ich neue Sachen gelernt, und ich bin ihm sehr dankbar, dass er mir das zeigen konnte und ich das erlernen konnte.

2.1.7 I: Mhm, mhm. Und wie ist das mit der Selbstbefriedigung? Praktizierst du Selbstbefriedigung?

- 2.2.3** A: Ja, natürlich ist das kein Thema mehr. Wir sind so ungefähr sechs Mal pro Woche zusammen. Und wie ich das gesagt habe, damals mit meinem alten Mann, ähm, ich ...
- 2.3.2** habe das ungefähr jeden Monat einmal nur wegen der Entladung gemacht, und jetzt mache ich das gar nicht mehr, weil (*kleine Pause*) ich bin zufrieden. (*lacht*) Ich brauch das nicht.

I: Ah, ok. Ok, also jetzt ist das nicht mehr so ein Thema.

A: Nein.

- 2.3.3b I: Ähm, weil du die Selbstbefriedigung weniger genießt als den Partnersex?**
(*Pause*)

A: Natürlich, das ist Orgasmus, die Selbstbefriedigung geht nur um den Orgasmus und die Entladung. Und der Partnersex ist, ähm, (*kleine Pause*) der ganze Weg, die Erregungszeit, der Genuss von der Erregung ... das ist sehr wichtig, das ist das Wichtigste. Und darum mach ich auch fast keine Selbstbefriedigung (*kleine Pause*), weil ich das nicht brauche.

- 2.1.7 I: Und was machst du bei der Selbstbefriedigung? Wenn du das machst, oder gemacht hast?**

A: Also momentan mache ich es fast nicht, aber wenn ich das mache ... sehr selten ... (*kleine Pause*), also ich lege mich immer auf meinen Bauch, äh ...

I: Also Bauchlage?

A: Bauchlage, genau ich ... und von hinten stimulierte ich mit zwei Fingern, ähm, (*Pause*) den hinteren Teil meiner Vagina, da gibt es irgendetwas, einen Punkt, der sehr ... ähm, sensibel ist, und dann ja nach kurzer Zeit, das geht relativ schnell, dann ... dann, dann gibt es einen Orgasmus und die Entladung, und es ist vorbei.

I: Mhm, mhm.

A: Und ich ... eigentlich merke ich, dass ich meinen ganzen Bauch anspannen muss, und auch den ganzen Beckenbereich muss ich anspannen, und das geht relativ schnell nachher.

I: Mhm, mhm. Also du konntest beobachten, dass du die Muskeln relativ anspannst, bei der Selbstbefriedigung?

A: Ja ich konnte das beobachten, ja.

I: Und bewegst du das Becken bei der Selbstbefriedigung?

A: (*kleine Pause*) Nein. Nein, es ist sehr nach vorne gekippt, ähm (*Pause*), ich muss es nach vorne kippen, und ähm, nein ich bewege das nicht, nein.

I: An den Schultern, oder dem Kopf?

A: Eigentlich (*lacht*) mein ganzer Körper ist so angespannt, ich, ich denke, ich bewege nichts. Nein.

I: Und wie ist das mit dem Atmen?

A: Atmen? ... Mmmh (*denkt nach*) schwierige Frage. Aber das Atmen am Schluss ist, ähm (*kleine Pause*) sehr – wie sagt man das – (*lange Pause*) oberflächlich. Ich atme nicht so.

I: nicht so tief, ja?

A: Ja, genau.

I: Passt eigentlich dazu, dass du den Bauch anspannst.

A: Ja genau. Ich denke, wenn man den Bauch anspannt, kann man auch nicht so richtig atmen.

I: Ja.

A: Ja.

2.4.1 I: OK, aber du genießt es eigentlich für die Entladung.

A: Ja, genauso, ist das eine kurze Entladungszeit, dann ... (*kleine Pause*) hilft mir das auch mit dem Stressabbau. (*lacht*). Ja, ja. Schlafe, genau locker.

2.4.2 I: Und was motiviert dich hauptsächlich für den Sex?

A: (*Pause*) Was ich mal erwähnt habe, der ganze (*kleine Pause*) Genuss, (*kleine Pause*) der ganze Weg, Erregungszeit, ... das motiviert mich wirklich.

I: Also mit dem Partner zusammen?

A: Ja genau.

I: Das ist ... Genau, das hast du gesagt, dass es früher mehr die Entladung war mit dem alten ...

2.4.3 A: Ja genau, wenn ich das vergleichen muss, (*Pause*) vorher und nachher, so war vorher wirklich nur der Genuss am Schluss, also der Orgasmus am Schluss und die Entladung. Und mit meinem jetzigen Partner ist es die ganze Zeit bis zum Orgasmus und der Entladung, ja.

I: Mhm, und bei der Selbstbefriedigung haben wir schon darüber geredet, wie das ist mit der ... Was machst du genau mit dem Körper?

A: Mhm.

2.1.1 I: Und wie ist das beim Geschlechtsverkehr? Weisst du, was du beim Geschlechtsverkehr mit dem Körper machst? Wie bewegt sich da das Becken?

2.1.2 A: Also ich bewege mich ganz, äh, locker. Ich kann nicht wirklich sagen, welche Richtung, aber wie es kommt, so wellenmässig, äh, aber ganz, ganz locker, alles

2.1.3 bewegt sich zusammen, mein Becken, mein ganzer Rücken, meine Schultern, mein Kopf, (*holt Luft*) und, ähm, das geht immer weiter und weiter (*lacht*), ähm...

2.1.4 I: Also du hast gelernt, dich zu entspannen?

A: Genau, ich bin sehr entspannt. Und dann geniesse ich das Ganze (*holt Luft*) bis zum Schluss. Natürlich, es ist, äh, sehr, ähm, wie ich gesagt habe, es geht ungefähr so (*kleine Pause*) ein bis zwei Stunden ...

I: Mhm

A: ... Und am Schluss (*kleine Pause*) natürlich, wenn, ähm, (*kleine Pause*) wenn ich kommen möchte oder wenn wir so, (*lacht*) so weit sind, dass es, dass wirklich jetzt der Orgasmus kommen sollte, dann spanne ich wieder meinen ganzen Körper an. Und wie ich das, ähm (*Pause*), auch mal gesagt habe, wie bei der Selbstbefriedigung, dass, ähm, wirklich dass ich, ähm, wenn ich kommen möchte, dann muss ich das machen, auch beim Geschlechtsverkehr. Also wenn ich entspannt bin, kann ich eigentlich nicht kommen.

I: Mhm.

A: Das hab ich wirklich beobachtet, (*holt Luft*) und auch am Schluss, wenn ich kommen möchte, da muss ich alles anspannen, wie bei der Selbstbefriedigung, und dann kann ich am Schluss kommen. (*I dazwischen: Mhm.*) Sonst kann ich nicht.

I: Mhm, also wenn du früher anspannen würdest, würdest du früher kommen? Oder ...

A: Ja, ja.

I: Und warum machst du das nicht?

A: Weil ich das Ganze geniesse, ich will das, äh, geniessen mit meinem Partner, weil es so wichtig ist für uns.

I: Mhm.

A: Das geniesse ich sehr. Und ich will nicht am Anfang kommen und nachher aufhören. Ich will, dass es weitergeht, darum.

I: Ok. Und das, das ist aber eine grosse Veränderung?

A: Ja.

I: War das mit deinem Mann auch so, weisst du das noch, oder ...?

A: Nein, nein es war gar nicht so, ich habe das gar nicht gekannt oder so gar nicht

I: (*spricht dazwischen*) Also das hast du eigentlich von deinem Partner gelernt?

A: Ja, also mit meinem Mann konnte ich mich gar nicht entspannen. Und es ist wirklich nur ganz schnell und kurz gegangen. Und mein Körper, wenn ich mich gut erinnere, war nur in Spannung und gar nicht locker. Und jetzt ist (*kleine Pause*) der ganze Körper wirklich locker und geniesst. Und nur am Schluss muss ich mich anspannen.

I: Mhm. Weil du den Orgasmus haben möchtest.

A: Genau, genau.

2.1.5 I: Und dein Atmen ist vielleicht anders als bei der Selbstbefriedigung, oder ähnlich?

A: Also *(Pause)* ... mh ... *(Pause)* nein, am Schluss, wenn ich mit meinem Partner komme, ist meine Atmung auch so ..., so kurz wie oberflächlich und **(I spricht dazwischen: Aha, aha.)** ... *(Pause)* es ist das gleiche wie am Schluss bei der Selbstbefriedigung.

I: Und dann während dieser Zeit, wo du locker bist?

A: Also ich atme, wenn ich das so sagen kann, vom Bauch aus normal.

I: Mhm, ja.

A: Also, nicht speziell.

2.1.6 I: Ja. Ok. Und ... also du atmest normal, von dem her. Atempausen vielleicht? Kommt das vor?

A: *(lange Pause)* Nein. Nein.

I: Hast du nicht?

A: *(verneinend)* Ich ...

I: Kennst du nicht?

A: Ich glaube nicht, nein, ... Ich erinnere mich nicht, dass ich eine Atempause habe, nein.

2.1.8 I: Mhm. (A verneint). Ok. Könntest du mal, da habe ich noch etwas mitgenommen, das ist also ein Diagramm, da ist die Zeit, vert..., horizontal, Entschuldigung, *(lacht)* und vertikal ist die Erregung, wie die Erregung, da kommt mal ein Reiz, da fängt der Erregungsreflex an, wie das aussieht? Das Bild kannst du mal zeigen, wie die Erregung ansteigt? Da ist die Linie, da ist, wo der Orgasmus kommt, bei diesem Erregungszustand. Wie du vom Anfang dieser Erregung bis zum Schluss kommst?

A: Ja, jetzt muss ich zeichnen oder?

I: Ja, genau.

A: Ok, also das fängt so an, und so, wie wellenmässig, kommt das so Richtung Erregung ...

I: Das kann auch zurückgehen, sehe ich gerade.

A: Ja, ein bisschen, also so wellenmässig steigt es, dann ist es auch mit dem Körpertonus, äh, im Zusammenhang. Also wir versuchen wirklich, dass es so ...

I: Wo ist die Penetration, kannst du da mal dort einen Pfeil zeichnen? Und da geht es noch relativ lang, sehe ich ... Aber da ... wenn die Penetration hier noch relativ langsam ist, und dann nachher wird es steil, wahrscheinlich kommst du hier zum Orgasmus.

A: Genau, genau.

I: Ah, ok.

A: Bei der Penetration am Anfang ist es, ... wir versuchen das wirklich locker zu machen und am Schluss schneller. Und unsere Körper sind natürlich gespannt, ja, am Schluss.

I: Und in dem Fall geniesst du auch die Penetration?

A: Ja, ja

I: Nachher willst du noch nicht gerade kommen?

A: Nein (*lacht*), nein.

I: Ok, wie lange geht das, die Penetration?

A: Ungefähr eine halbe Stunde.

I: Oh, so lange.

A: Ja.

I: Oder kann er, ah, du hast gesagt, er kann es sogar noch hinauszögern.

A: Ja. Ja, er ist sehr gut. Er kann das machen.

2.4.3 I: Ja (*lacht*). Und (*Pause*) in dem Körper, wie würdest du das beschreiben.

2.4.4 Ich weiss, das ist eine schwierige Frage, während dem Sex, wo spürst du die Erregung?

A: (*Pause*) Also, mhhh (*Pause*), mein Bauchbereich, mein Beckenbereich ... (*Pause*) mein ganzer Körper eigentlich.

I: Ah, ok. (*lange Pause*) Ja?

A: Ja.

I: (*Pause*) Ja, ist interessant bei dir, diese, diese Änderung in diesen letzten Jahren mit diesem neuen Partner.

A: Ja, ich habe viel gelernt. Und zum Glück.

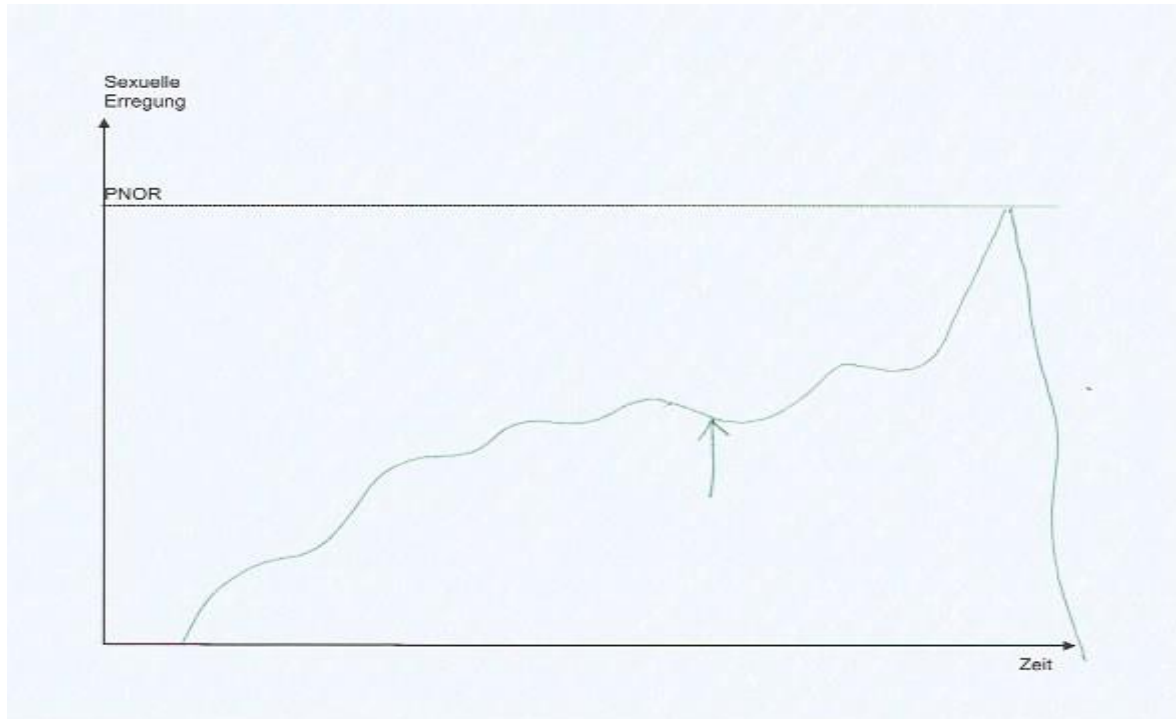
I: Ja, das ist schön, dass ihr so etwas zusammen gemeistert habt.

A: Ja.

I: Ja, danke für das Interview.

A: Bitte schön.

Erregungskurve Frau „S“



Interview mit Frau „V“

Abkürzungen:

Interviewerin: I

Interviewte Person: A

I: Vielen Dank, dass wir das Interview machen. Wie ich schon gesagt habe, ich forsche auf dem Gebiet der sexuellen Lust und Unlust, einerseits über die Wirkung der Empfängnis verhütenden Pille, und andererseits untersuche ich die Rolle des erlernten körperlichen Verhaltens in dieser Frage. Soviel ich weiss, hast du die Pille genommen?

A: Ja, ja, ich habe sie genommen.

I: Und hast du Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Sexualität wahrgenommen?

A: Leider ja. Das habe ich leider wahrgenommen. Ja. Noch dazu sehr schnell.

1.1 I: Welche Nebenwirkungen hast du bemerkt?

A: Zuerst habe ich nur gedacht, dass mir einfach schlecht wird davon, dann hat sich herausgestellt, dass ich nicht nur Brechreiz davon hatte, sondern, wie soll ich sagen, das sexuelle Verlangen, kann man das so sagen? – mein sexuelles Verlangen hat sich dadurch verringert.

I: Mhm, mhm.

A: Aber nicht deswegen, weil ich Brechreiz hatte, weil den hatte ich nicht den ganzen Tag über, und der ging auch vorbei, relativ schnell, sondern ich hatte einfach kein Verlangen nach Sex.

I: Du hattest kein Verlangen?

A: Nein, aber eigentlich hatte ich auch sonst einige Aversionen gegen diese Pille, auch schon vorher.

I: Ich verstehe. Ich verstehe.

A: Zuerst habe ich gedacht, dass es deswegen ist, weil ich von vornherein gegen Medikamente - nicht nur gegen Empfängnis verhütende Tabletten – sondern überhaupt gegen Medikamente Aversionen habe. Ich mag eher natürliche Methoden. Ich dachte, dass das vielleicht vorübergeht.

I: Ich verstehe. Ich verstehe.

A: Aber es ging nicht vorbei.

I: Also das war die Idee deines Freundes, die Pille.

A: Ja, ja, ich wollte das ursprünglich überhaupt nicht, aber ... weil ich eher natürliche Lösungen haben wollte, aber auf das Drängen meines Freundes hin – also gut, dann habe ich mich eben gefügt. Dann hat sich relativ schnell herausgestellt, dass sich bei mir leider negative Nebenwirkungen einstellen, was ich befürchtet hatte.

- 1.4** Zuerst aber habe ich mit meiner Freundin gesprochen, und sie sagte, dass sie auch Nebenwirkungen hatte, aber sie hatte nicht solche Nebenwirkungen, sondern andere. Sie hat angefangen zuzunehmen. Na, so eine Gewichtszunahme gab es zum Glück nicht, und dann ... da aber die Wirkung nicht vorbeiging, bin ich zum Arzt gegangen und habe gesagt, ist das eigentlich möglich, oder bilde ich mir das jetzt nur so ein, weil ich eben gegen alle möglichen Medikamente Aversionen habe. Und dann sagte er, da es eine Hormonpille ist, kann das leider vorkommen, und dann habe ich aber immer noch gehofft, dass das vorbeigeht. Nun es ging nicht vorbei. Leider hat sich die Nebenwirkung sehr rasch gezeigt, und ...

I: Entschuldigung, und nur, was hat der Arzt empfohlen?

A: Der Arzt hat gar nichts empfohlen. Er hat gesagt, dass, weil das ein Hormonpräparat ist, kennt er leider keine andere Art. Ich habe gesagt, dass er mir etwas geben soll, das ... in dem Heilpflanzen sind, oder so etwas, soll er mir empfehlen. Weil ich mich zu Heilpflanzen immer ein bisschen mehr hingezogen fühlte und weil sie nicht so künstlich sind. Und er hat gesagt, dass ... Also ich sage nicht, dass er mich ausgelacht hat, aber er hat gesagt, ich solle keine Witze machen, das sind Hormonpräparate, er kann so etwas nicht anbieten, denn falls es so etwas gäbe, hätte man das schon vor Jahrhunderten entdeckt. Dass man das aus Heilpflanzen herstellen kann. Er konnte nichts sagen. Er sagte, er kann mir etwas anderes verschreiben. Aber wenn ein Medikament so eine Wirkung, vielmehr Nebenwirkung, hat, das Verhütungsmittel, dann soll ich mir leider keine Hoffnungen machen, weil ein anderes genauso wirkt. Und dann ...

I: Es lohnt sich nicht zu wechseln.

A: Es lohnt sich nicht, also wir können experimentieren. Aber er hat keine grossen Ergebnisse versprochen. Und dann haben wir leider eingesehen, dass dieser Weg vielleicht für uns nicht machbar ist, weil letztendlich die Empfängnis so gut geklappt hat (*lacht*), dass das die beste Wirkung war, weil es auch keinen Sex mehr gab. Wir haben damit also ein hervorragendes Ergebnis erzielt. Wir wollten nichts mehr. Vielmehr, ich wollte nicht, das war das Problem.

I: Ich verstehe, ich verstehe. Und dann die

- 1.5** A: Und deswegen mein Partner, mein Freund hat sich nicht darüber gefreut. Er sagte, dass es seine Idee war, aber es ist nicht sicher, dass es eine gute Idee war, weil wir kein sehr gutes Ergebnis in der Empfängnisverhütung erreicht haben. Sicher, dass nichts passiert, weil es keinen Sex mehr gab. Und das ist die beste Lösung für die Empfängnisverhütung.

I: Also das ist eine sichere Methode.

A: Ja, ja, also, zusammengefasst....

I: Also dann hatte er Sinn für Humor?

A: Hat er, sagen wir am Anfang, danach zeigten sich diese traurigen und depressiven Anzeichen an ihm, und ich wurde auch traurig, weil ich gesehen habe, dass er sehr traurig ist.

I: Ich verstehe. Danach war er ernsthaft besorgt.

A: Er war schon ernsthaft besorgt, und ich sage, dass schon unser Frohsinn behindert war, nicht nur die Empfängnis (*lacht*), sondern das wurde zur Frohsinnverhütung.

I: Ich verstehe. Und andere Auswirkungen eventuell? Sie sagten, dass Sie am Anfang Brechreiz hatten.

A: Es gab Brechreiz.

I: Und anderes? Noch anderes, ausser der Unlust und dem Brechreiz?

A: Dieser, dieser, dieser Brechreiz war sehr schlimm. Er war nicht sehr angenehm. Aber es gab kein Erbrechen, sondern immer nur diesen leichten Brechreiz. Und dann vergeht einem die Lust am Leben. Und dann schaust du auf das saure Gesicht deines Partners, der ein saures Gesicht zieht. Das ist alles so nicht mehr gut. Das geht nicht, und wir haben das dann auch gelassen, also wir haben die Sache nicht forciert.

1.2 I: Und hat sich auch der Genuss am Sex verändert?

A: Nun, das weiss ich nicht genau, weil es keinen Sex gab. (*lacht*) Also gab es nichts zu geniessen. Weil es keinen Sex gab. (*Lachen, Pause*) Ich kann das so nicht sagen, was genau gewesen wäre, weil wir eben so ein wunderbares Ergebnis erzielt haben.

1.3 I: Ich verstehe. Und dann, auch nicht was genau dich zum Sex motiviert hätte?

A: Also das hat sich so nicht besonders herausgestellt, nein.

I: Ich verstehe. Und dann hast du schon gesagt, dass du eigentlich zum Arzt gegangen bist, und mit deiner Freundin...

A: Ja, ja, sie hatte schlimmere Wirkungen, oder ich weiss gar nicht, was schlimmer ist, wenn ich anfangen zuzunehmen, (*lacht*) oder wenn einem sogar die Lust auf Sex vergeht. Also das war die Situation, weshalb ich schliesslich die Einnahme beendet habe.

1.5 I: Ich verstehe, ich verstehe. Aber dann hast du das mit deinem Partner besprochen?

A: Aber natürlich, unbedingt, haben wir das besprochen. Er sagte, dass das seine Idee war, und deshalb kann er jetzt sagen, dass wir das korrigieren. Das hat sich so, so nicht bewährt.

I: Ich verstehe. Und dann welche andere Verhütungsmethode habt ihr gewählt?

A: Also, wir haben eine mechanische Lösung gewählt, die Pille haben wir schön beendet, also keinerlei chemische Lösung.

I: Also dann Präservative?

A: Wir haben zu Präservativen gewechselt, ja. Das hat meinem Partner auch nicht gefallen, deshalb hatte er die Idee zu dieser Lösung. Er hat sich sehr schön überlegt, wie gut das wird, wenn ich die nehme. So dass ... ääääh ... (*kleine Pause*). Ursprünglich war der Gedanke, dass das weniger auffällig ist. Nur seelisch, dann haben wir leider ein schlechteres Ergebnis erzielt, als wir eigentlich wollten.

I: Und dann hat dein Partner ..., du hast gesagt, dass er am Anfang noch Sinn für Humor hatte, dann aber ernsthaft besorgt war.

A: Dann war er ernsthaft besorgt, also nein, nein. Die Sache wäre schon in eine ganz schlechte Richtung gegangen, also das geht nicht mehr, das wäre bis zum Bruch gegangen, wenn wir das so weitermachen. Aber es war leicht, mich davon abzubringen, weil ich sie ursprünglich schon nicht einnehmen wollte, so dass das schnell, schnell gegangen ist.

I: Dann hat sich das letztendlich so nicht auf die Partnerbeziehung ausgewirkt ...

A: Langfristig so nicht ... So wurde nicht ..., aber langfristig wäre es gewesen, wenn ich das nicht beendet hätte.

I: Und als du das beendet hast, dann ist deine Partnerbeziehung ...

A: ... Die ist wieder wie früher geworden. Und auch das ...

1.6 I: Und hast du verschiedene Pillen genommen?

A: Nein, nein. Nur eine.

I: Ich verstehe. Welche Tablette war das?

A: Ich glaube das muss man YAS aussprechen, aber ich weiss nicht genau, wie.

I: Ich verstehe. (längere Pause)

1.7 I: Und nach wie langer Zeit hat sich dann diese Wirkung gezeigt? Dass die Lust verringert wurde?

A: Kann sein, dass sofort, aber es hat nicht lange gedauert. Ich habe sie einen Monat genommen, ein bis zwei Monate vielleicht, ich erinnere mich so, dass das ziemlich rasch eintrat.

I: Ich verstehe.

A: Kann sein, dass schon sofort, aber das ist so verwaschen, weil den Brechreiz, den hatte ich sofort, und dann hatte ich schon keine Lust mehr auf Sex. Danach wurde der Brechreiz schon weniger, aber dann schon, also so ...

I: Ich verstehe.

1.8 I: Und als du mit der Pille aufgehört hast ...

A: ... Dann sofort, dann sofort, aber ich sage, hier kann es auch eine seelische Sache sein, dass ich von vornherein das nicht nehmen wollte, sondern das eher auf so eine Partner- ..., auf Druck meines Freundes entstanden ist, und ich die chemischen Sachen sowieso nicht mochte. Wie ... Der ursprüngliche Zustand hat sich sofort wiedereingestellt, wie ich aufgehört habe, ja.

2.2.1 I: Und jetzt bist du zufrieden mit deiner Libido?

A: Also damit jetzt schon. (*sprechen gleichzeitig*) Seitdem ich mit der Pille aufgehört habe ...

I: Seitdem bist du zufrieden?

A: ja.

I: Also du verlangst nach soviel Sex, du möchtest soviel ...

A: Ja, ja ... Ich war auch vorher zufrieden, das war nicht das Problem, sondern, dass wir keine Kinder haben wollten.

2.2.2 I: Ich verstehe, ich verstehe. Und wie oft seid Ihr zusammen?

A: Wir wohnen nicht zusammen, das ist verschieden. Sagen wir, zweimal pro Woche, wir wohnen nicht zusammen.

I: Wenn Ihr euch trifft?

A: Wenn wir uns treffen, natürlich.

2.2.3 I: Und Selbstbefriedigung? Sex mit dir selbst?

A: Also wöchentlich, zweiwöchentlich, vielleicht.

I: Ich verstehe.

A: Also, wie man Lust hat.

I: Mhm, mhm.

A: Ja. Also eigentlich, tatsächlich, eher nur zweiwöchentlich. Weil wir uns zweimal pro Woche treffen, so reicht das auch zweiwöchentlich.

I: Ich verstehe.

(*hustet*)

2.3.1 I: Und inwieweit geniesst du den Partnersex?

A: Nun, die Wahrheit ist, dass nicht, ... also das fließt so ineinander, Sex oder
2.4.1 Liebe, am ehesten fühle ich beim Sex (*kleine Pause*) Liebe. Und das ist das Beste am Ganzen.

I: Ich verstehe, ich verstehe.

A: Diese ...
(*Pause*)

I: Also beim Sex ist die Liebe das Wichtigste ...?

A: Für mich ist das Erleben der Liebe am wichtigsten, das Umarmen, das drückt sich aus. Ja, ja, also beim Sex ist das das Wichtigste, dass wir kuscheln und ich fühle, dass er mich liebt, das ist das Wichtigste.

I: Aber du hast beim Sex einen Höhepunkt?

A: Natürlich, das habe ich, wie jeder andere auch, denke ich. Aber das Ganze, im Ganzen ist das auch sehr, sehr wichtig für mich, weil in der Umarmung und dem Ausdruck der Liebe fühle ich, dass das gut für mich ist.

I: Ich verstehe, dann...(kann die Frage nicht beenden)

A: Ich durchlebe das, das ist für mich auch so eine seelische Sache, und ich weiss, dass der Sex eine körperliche Sache ist, aber für mich ist das auch seelisch wichtig.

I: Ich verstehe, dann...(kann die Frage nicht beenden)

A: Und auch deshalb war es ein Problem, als ich kein Verlangen hatte und es keinen Sex gab, weil wenn man diese Liebe nicht durchleben möchte, dann ist das nicht gut, dann wäre das Ganze nicht gut, auch der Akt nicht.

I: Dann hast du am ehesten mit denen eine sexuelle Beziehung, mit denen du in einer Partnerbeziehung bist?

A: Ja, nur.

I: Also fallweise ... sexuelle Beziehungen – (Frage wird nicht beendet, A spricht dazwischen: Nein, nein, nein.)

A: Sowas nein, nein. Überhaupt nicht. Das ist Ausdruck meiner Liebe und nur dann, wenn wir schon tatsächlich seelisch erleben, zusammenleben, seelisch.

2.3.2 I: Und die Selbstbefriedigung?

2.4.1 A: Also dabei geht es wirklich nicht darum, das ist ausgesprochen nur *(Pause)* die Befriedigung, der Orgasmus, um den es geht. *(Pause)* Also hier kann man nicht sagen, dass hier die Liebe, die Liebe zu mir selbst, das geht nicht darum, das ist eigentlich eine einfache technische Angelegenheit. Und das kann man erlernen, sozusagen.

2.3.3 I: Und dann gibt es einen Unterschied. Gibt es für dich einen Unterschied zwischen Partnersex und Selbstbefriedigung?

A: Also ja, unbedingt. Ja, den gibt es unbedingt. Das eine ist nur, sozusagen so eine technische, körperliche Sache, da geht es um den Orgasmus. Der Partnersex hingegen ist auch Ausdruck der Liebe. Also ich hoffe, auch für meinen Freund. *(lacht)*. Nicht nur für mich, also es heisst, die Frauen suchen die Liebe, die Männer hingegen *(lacht)* den Sex. Ich weiss nicht, aber ich fühle, dass ihm das auch wichtig ist. Also er drückt damit seine Liebe auch mir gegenüber aus.

2.4.1 Und was geniesst du hauptsächlich beim Sex?

A: Ja, ja, die seelische Beziehung, die ist sehr, sehr wichtig für mich.

I: Ich verstehe, ich verstehe. Und ist es auch wichtig, dass der Körper ..., ist auch das Eindringen wichtig, oder?

A: *(Pause)* Ja, eigentlich ist das auch wichtig. Aber, aber ich sage, dass, dass das zu wenig wäre. *(sprechen gleichzeitig)*

I: Hast du einen Orgasmus, geniesst du den auch ...

A: Natürlich, das ist notwendig, aber nicht ausreichend, sozusagen. Ich genieße das auch, aber nur das wäre zu wenig für mich. Das wäre zu wenig.

2.4.2 I: Also die Hauptmotivation ist die Liebe? *(sprechen gleichzeitig)*

A: Die Liebe ... meinerseits sicher, und ich hoffe, auch von der Seite meines Freundes her.

2.4.3 I: Und in deinem Körper, wenn du dir vorstellst, dass du mit deinem Partner zusammen bist, wo erlebst du das, in welchem Teil?

A: Wo erlebe ich das? Weil das für mich eine emotionale Sache ist und Liebe, also in der Gegend um mein Herz. Wie man so sagt, wo das Herz des Menschen schlägt, also soll ich sagen im Brustkorb, oder so. Hier in der Gegend um mein Herz, im Brustkorb.

2.4.4 I: Aha, aha ... Also sagen wir, Vor-, Haupt- und Nachspiel, wie könntest du das auf deinen Körper projizieren?

A: Also zuerst überflute ich ihn mit Liebe, und er mich. Und also sagen wir in der Gegend um mein Herz, der Brustkorb. Dann, also verlagert sich die Sache, und dann sagen wir in der Scheide und Umgebung, dann das Nachspiel, wieder der Ausdruck der Liebe, dann gibt es ja den Orgasmus und dann wieder, wieder die Liebe.

I: Spürst du danach etwas in der Scheide?

A: *(Pause – denkt nach)* Natürlich, ja, ja, ja, ja *(Pause)*. Ich kann das nicht so genau formulieren, aber natürlich, ja ich fühle. Etwas Scheide, vielleicht ... Hmmm.

I: Und wenn wir den Sex betrachten oder vielleicht die Selbstbefriedigung, und sagen wir, sprechen wir zuerst über den Sex, weil das einfacher ist, dass der ... der körperliche Ausdruck interessiert uns auch sehr, das ist auch Teil der Forschung.

2.1.1 I: Eine etwas ungewöhnliche Frage *(lacht)*, z.B. bewegst du beim Sex dein Becken?

A: Nein.

I: ... Während der Penetration?

A: ... Nein, ich bewege es nicht, sollte ich? Nein, nein, ich bewege das nicht.

I: Und dann könntest du ...

A: ...eher ...

I: Könntest du mir sagen, in welcher Lage dein Becken ist?

A: Also vielleicht kippe ich es nach vorne? Aber nein, ich bewege es nicht, so habe ich das beobachtet, nein. (*denkt nach, Pause*) Ich spanne es eher an, ich glaube, weil ich fühle, dass das so besser ist. Eigentlich möchte man es so steigern, und wenn ich das, das fühle. Ja.

2.1.2 I: Und die Schultern,

2.1.3 der Hals, der Kopf?

A: Also nein, ich glaube nicht. Nein, gewöhnlich nicht, so wie ich zurück ... ich mich beobachtet habe, nein, nein, es passiert nichts Besonderes, ich mache nichts damit. Ich bewege das nicht ...

I: Bewegt sich nicht sehr.

A: Also nein. Ich glaube nicht. Ich erinnere mich nicht sehr.

2.1.4 I: Und der Muskeltonus, ist der eher niedrig?

A: Nein, nein, den spanne ich gewöhnlich an, weil ich fühle, dass das, das so gut ist. Ich unterstütze damit den Akt, eigentlich will ich helfen (*Pause*) und damit kann ich helfen, also, dass ich anspanne, was angespannt werden muss, und sagen wir das Becken (*Pause*), die Bauchmuskeln (*Pause*), vielleicht die Schenkel, meine Schenkel, meinen Po. Aber wie gesagt, das, das ist ein Mitwirken im Interesse des Erfolgs, sozusagen.

I: Dann ist der Muskeltonus eher hoch.

A: Also, wenn man das so sagen kann, dann ja. Ja, ja.

I: Und wenn sich die Erregung steigert, so steigt der Tonus oder verringert sich oder ...

A: Also er steigt, steigt, (*Pause*) ja. (*Pause*)

2.1.5 I: Wie ist die Atmung?

A: Wie könnte die Atmung sein? Welche Atmung kann sein?

I: Wo atmest du?

A: Also, ja wo würde ich atmen, also da wo ich immer atme (*Pause*). Brustkorb, Brustkorb. Woanders nicht. (*Pause*) So wie ... (*Pause*) normal, Brustkorb.

2.1.7 I: Und bei der Selbstbefriedigung? Wie ist da die Position, oder wie machst du das?

A: Hmmmmm. Ich lege mich auf den Bauch, das ist sicher (*Pause*), also, warte mal, zuerst, (*Pause*) also zuerst wie immer die Klitoris, die stimulare ich, also es ist so, ja, mit einem Finger.

I: Mit welchem Finger?

A: Mit welchem, (*Pause*) also vielleicht mit dem Mittelfinger, (*Pause*) dann auch die Scheide, mit zwei Fingern. Dann an der Scheidenwand hinten, (*Pause*) dort, dort ist ein sensibler Punkt, ich weiss nicht genau ...

I: An der hinteren Scheidenwand.

A: Also ja, dort.

I: Und was fühlst du bei der Selbstbefriedigung in der Scheide?

A: Also Druck, den ich selbst verursache. Auf Druck, das habe ich schon herausgefunden, weil ich es herausgefunden habe, dass dann, wenn Druck und Reiben. Das, das ...

I: Also Druck und Reiben ...

A: Ja, ja das, das, das ich für mich selbst, das probiere ich, und das führt zum Ergebnis.

I: Also so kannst du auch gut die Erregung steigern?

A: Ja, ja, ich für mich selbst. So, dass das

I: Und dann kommt es auch zum Orgasmus?

A: Natürlich, natürlich, das ist das Ziel des Ganzen, oder? Da geht es um nichts anderes.

I: Und dann der Orgasmus, über die Scheide?

A: Ja, eindeutig. Ja, ja.

I: Ich verstehe, ich verstehe. Also die Klitoris stimulierst du zuerst. Dann wenn du schon erregt bist, dann stimulierst du die Scheide?

A: Ja, ja.

I: Mit Druck und Reiben?

A: Ja, ja.

I: Atmung dabei?

A: Also der, also der (*Pause, zögert*), im Brustkorb.

I: Im Brustkorb?

A: Ja, ja.

2.1.6 I: Gibt es vielleicht Atempausen?

A: Ja, das kommt vor, ja, das kommt vor ...

2.1.8 I: Noch meine letzte Frage. Das wäre, ich habe dir hier eine Zeichnung mitgebracht, ob du mir zeichnen könntest, einerseits hier ist die Zeit, andererseits hier ist das Niveau der sexuellen Erregung. Hier zum Beispiel, sagen wir, kommt ein Reiz, hier beginnt der Erregungszustand. Und wenn die Erregung dieses Niveau erreicht, dann kommt es zum Orgasmus. Welche Form hat die Kurve?

A: Gleichmässig wie ein ... wie eine Gauss-Kurve, sozusagen. Also nach oben, dann nach unten ... gleichmässig

I: Ich verstehe, also sie geht nach oben. Könntest du das zeichnen?

A: Ja, natürlich. Einfach, zuerst nach oben, dann nach unten, wie eine ...

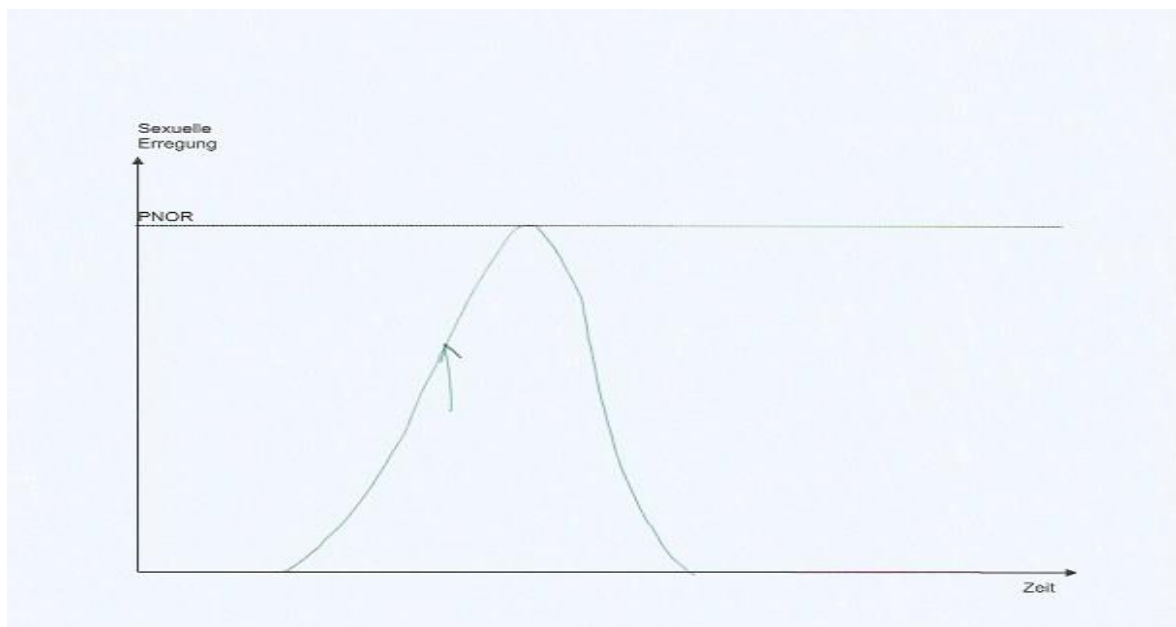
I: Wo ist die Penetration? Könntest du mit einem Pfeil ...

A: Ja, hier.

I: Vielen Dank. Gut, vielen Dank für das Interview.

A: (Pause) Sehr gerne.

Erregungskurve Frau „V“



Ehrenwörtliche Erklärung/Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, dass ich vorliegende Masterarbeit

**Sexuelle Lust und Unlust von Frauen im Zusammenhang
mit hormoneller Empfängnisverhütung und erlerntem körperlichem Verhalten in der Sexualität**

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, alle Formulierungen, Ideen, Untersuchungen, Gedankengänge, Analysen und sonstigen schöpferischen Leistungen, Grafiken, Tabellen und Abbildungen, die benutzten Werken oder Quellen aus dem Internet eins zu eins oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich durch Quellenangaben korrekt kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende schriftliche Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Ort

Datum

Vorname, Name