

Sexuelle Funktionsstörungen

Wenn Psychopharmaka das Liebesleben lähmen

Sowohl Antidepressiva als auch Antipsychotika können sexuelle Funktionen beeinträchtigen. Dies sollte nicht unterschätzt werden, da mit dem Sexualleben oft auch die Therapieadhärenz leidet. Eine gute Aufklärung der Patienten und mitunter ein frühzeitiger Präparatewechsel sind nötig, um den Therapieerfolg nicht zu gefährden.

MATTHIAS J. MÜLLER



Ein zufriedenes Sexualleben ist auch unter Psychopharmakabehandlung wichtig – sonst steht die Therapieadhärenz auf dem Spiel.

Sexualität als komplexe und zentrale biologische Funktionalität wird durch die meisten psychischen Krankheiten und viele andere Erkrankungen verändert und gestört. Wirksame Therapien können die sexuelle Funktionsfähigkeit deutlich verbessern und wiederherstellen, aber auch sexuelle Funktionsstörungen induzieren oder verstärken. In besonderem Maße trifft dies auf viele der heute verfügbaren Psychopharmaka zu. Die Besserung und Remission von Symptomen kann einerseits erfüllte Sexualität wieder ermöglichen; andererseits können sexuelle Funktionsstörungen neu auftreten oder vorbestehende sexuelle Funktionsstörungen verstärkt werden.

Sorgsame Anamnese ist entscheidend

Als sexuelle Funktionsstörung oder funktionelle Sexualstörung werden Störungen des Ablaufs und des Erlebens sexueller Reaktionen subsumiert. Sexuelle Funktionsstörungen werden bei Männern und Frauen meist in drei Bereiche unterteilt, treten jedoch häufig kombiniert auf:

- Störungen des sexuellen Interesses und des Verlangens (Libidostörungen)
- Störungen der sexuellen Erregungs- und Reaktionsfähigkeit (Erektionsstörungen beim Mann, Störungen der Lubrikation und der sexuellen Erregung bei der Frau)
- Störungen des sexuellen Erlebens (Orgasmusstörungen, beim Mann auch Ejakulationsstörungen)

Die Erfassung sexueller Funktionsstörungen ist problematisch: Sowohl Ärzte als auch Patienten neigen zur Tabuisierung, Frauen offensichtlich noch mehr als Männer. Unterschiede zwischen Spontanangaben und systematischer Erfassung sind daher in Forschung und Klinik beträchtlich. Die behutsame, sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchung sind die wichtigsten Informationsquellen, dazu können standardisierte Fragebogenverfahren und weitere medizinische Untersuchungen kommen. Neben organischen Komponenten müssen sowohl subjektives Erleben und individueller Leidensdruck bei nicht erfüllten Erwartungen als auch gesellschaftliche und kulturelle Vorstellungen von Sexualität berücksichtigt werden. Angstsymptome sind von besonderer Bedeutung; Erwartungs- und Versagensangst, verstärkte Selbstbeobachtung und erhöhte Anspannung können zu einem „Teufelskreis“ führen und sind mit einem normalen sexuellen Reaktionszyklus physiologisch inkompatibel. Neben aktuellen Belastungen ist auch an frühere Traumatisierungen und Missbrauch zu denken.

Multifaktorielle Entstehung

Nach ICD-10 (F52) und DSM-IV werden sexuelle Funktionsstörungen klassifiziert, die nicht „durch eine organische Störung oder Krankheit“ verursacht sind (Tab. 1). Die Klassifikation ist unbefriedigend, da zunehmend „organische“ Befunde bei sexuellen Störungen berichtet werden und für die meisten sexuellen Funktionsstörungen (etwa erektile Dysfunktion) eine multifaktorielle Entstehung wahrscheinlich ist (Abb. 1). Zudem gibt es kaum andere Störungen, die so stark vom subjektiven Erleben, also vom Leidensdruck und Veränderungswunsch, geprägt sind. Subjektives Leiden

und Behandlungsbedürftigkeit bei sexuellen Funktionsstörungen (etwa bei Ejaculatio praecox) aus Sicht des Betroffenen und seines Partners müssen nicht mit dem objektivierbaren Störungsmaß (z. B. intravaginale Ejakulationslatenz) korrelieren. Sie sind bei Diagnose und Therapie jedoch in besonderer Weise zu berücksichtigen.

Psychopharmaka und Antihypertensiva als Ursache

Medikamente sind nicht selten die Ursache einer sexuellen Funktionsstörung, insbesondere erektile Dysfunktionen sind unter internistischen Medikamenten häufig. Dazu zählen etwa ACE-Hemmer, β -Rezeptorenblocker, Clonidin, Kalziumantagonisten, Reserpin, Statine, Spironolacton, Thiazide, Kortikosteroide, Methyl dopa, Metoclopramid sowie Cimetidin.

Unter Psychopharmaka können Veränderungen in allen Bereichen sexueller Funktionen auftreten und sowohl mit einer pathologischen Steigerung als auch – sehr viel häufiger – mit einer Beeinträchtigung und Verminderung der sexuellen Funktion einhergehen. Dazu zählen Antipsychotika, Antidepressiva (vor allem SSRI, Venlafaxin, Trizyklische Antidepressiva), Carbamazepin, Lithium und Benzodiazepine.

Alkohol und Nikotin können bei chronisch hohem Konsum zu erektiler Dysfunktion führen, unter Opiaten sind sexuelle Störungen bei Langzeitmissbrauch häufig. Für Stimulanzien und Kokain sind insbesondere akute Libidosteigerungen beschrieben (Tab. 3).

Durch Psychopharmaka bedingte sexuelle Funktionsstörungen werden besonders mit serotonergen Effekten wie Ejakulationsverzögerung und Orgasmusstörungen, direkt Dopamin-D2-Rezeptor blockierenden Wirkungen sowie mit einer Prolaktinerhöhung in Verbindung gebracht. Auch anticholinerge und GABAerge Wirkungen sind mit sexuellen Dysfunktionen assoziiert (Tab. 2 und 3).

Priapismus: nicht nur unter α -adrenolytischen Substanzen

Anhaltende schmerzhafte Erektionen (> 4 h) sind ein dringender urologischer Notfall! Priapismus kommt vor allem unter α -adrenolytischen Substanzen vor, die häufigsten Fallbeschreibungen gibt es für Trazodon. Wahrscheinlich hemmt die α_1 -Rezeptorblockade die Detumeszenz der Corpora cavernosa, allerdings kann auch unter Beteiligung anderer Mechanismen Priapismus auftreten. Fallberichte liegen auch für Alprostadil, Sildenafil, SSRI und Antipsychotika vor, auch für solche ohne α_1 -blockierende Effekte. Im Einzelfall sind unter α -blockierenden Substanzen (vor allem Trazodon) auch schmerzhafte Schwellungen der Klitoris (klitoraler Priapismus) aufgetreten.

Sexuelle Funktionsstörungen häufig unter SSRI-Therapie

Große Studien haben ergeben, dass sexuelle Störungen unter Antidepressiva in unterschiedlicher Inzidenz und Prävalenz auftreten (Tab. 3). Unter SSRI können dosisabhängig Ejakulationsverzögerungen, aber auch Störungen der sexuellen Appetenz sowie der Erektions-, Erregungs- und Orgasmusfähigkeit auftreten. Die serotonerg vermittelte Verzögerung der Ejakulationslatenz kann therapeutisch genutzt werden.

Sowohl Clomipramin als auch SSRI sind bei Ejaculatio praecox wirksam. Mittlerweile ist mit Dapoxetin ein kurzwirksamer SSRI in dieser Indikation zugelassen.

Die angenommenen Mechanismen bei der Entstehung Antidepressiva-induzierter sexueller Funktionsstörungen sind gleichzeitig Ansatzpunkte für deren Behandlung, es gibt allerdings keinen empirisch validierten Behandlungsalgorithmus. Individuell sollten – wenn möglich unter Einbeziehen eines Partners – pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsstrategien entwickelt werden. Folgende Therapiemaßnahmen können angewendet werden:

Beratung und Abwarten („watchful waiting“): Bei schweren sexuellen Störungen ist Zuwarten jedoch nicht anzuraten. Bei SSRI-induzierten Ejakulations- und Orgasmusstörungen ist ein Rückgang der Beschwerden bei 20 bis 60 Prozent der Patienten nach sechs Monaten möglich.

Dosisreduktion oder „drug holidays“ (wenn psychiatrisch vertretbar): Ein Aussetzen der SSRI-Medikation über das Wochenende war für Sertralin und Paroxetin begrenzt erfolgreich. Das Risiko einer Verschlechterung der psychischen Störung muss gegen einen möglichen Nutzen abgewogen werden.

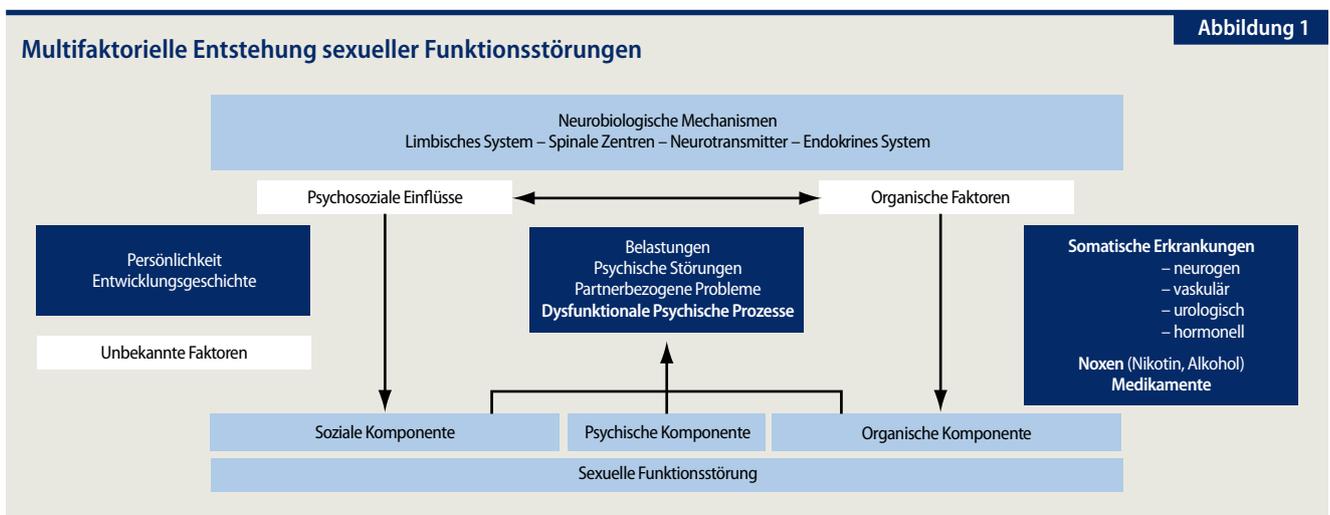
Zusätzliche Gabe eines Pharmakons zur Neutralisierung oder Behandlung der pharmakogenen sexuellen Funktionsstörung (Augmentierung):

- **Mirtazapin** in niedriger Dosis (7,5–15 mg/Tag), mitunter auch Mianserin. Die 5-HT_{2C}-Blockade scheint einen günstigen Effekt zumindest bei Männern zu haben.
- **Agomelatin** (Melatonin-Rezeptoragonist, 5HT_{2C}-Antagonist) könnte in dieser Indikation ebenfalls wirksam sein, muss jedoch noch geprüft werden.
- **Bupropion** (selektiver Dopamin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, Dosis 75–300 mg/Tag) kann durch SSRI bedingte sexuelle Funktionsstörungen bei Männern und Frauen bessern.
- **Buspiron** (5-HT_{1A}-Agonist, Dosis bis 60 mg/Tag). Für die zumindest kurzfristige Wirksamkeit bei krankheitsbedingten und SSRI-induzierten sexuellen Funktionsstörungen liegen Ergebnisse aus offenen Studien vor.
- **Amantadin** (NMDA-Antagonist mit prodopaminergere Wirkung, Prolaktinhemmung, Dosis 50–100 mg/d); positive Wirksamkeitshinweise bei Männern; nicht aber in einer placebokontrollierten Studie bei Frauen.
- Nach Ausschluss von Kontraindikationen Gabe eines **PDE-5-Inhibitors** bei Erektionsstörungen oder andere Therapien zur Behandlung gegen erektile Dysfunktion. Für Sildenafil liegen Studien zum Wirksamkeitsnachweis auch bei medikamentös induzierter erektiler Dysfunktio-

Tabelle 1

Sexuelle Funktionsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV	Sexuelle Funktionsstörungen
F52.0	302.71	Mangel oder Verlust an sexuellem Verlangen
F52.1	302.79	Sexuelle Aversion
F52.2	302.72	Verlust genitaler Reaktionen, nicht-organische Lubrikations- beziehungsweise Erektionsstörung
F52.3	302.73/4	Orgasmusstörungen (Ausbleiben, starke Abschwächung oder erhebliche Verzögerung)
F52.4	302.75	Ejaculatio praecox (vorzeitige Ejakulation mit Leidensdruck)
F52.5	306.51	Vaginismus (unwillkürliche reflexartige Verkrampfung der Beckenbodenmuskulatur)
F52.6	302.76	Dyspareunie (ausgeprägte Schmerzen in Verbindung mit sexueller Aktivität)
F52.8/9	302.70	Sexuelle Funktionsstörungen (nicht näher bezeichnet)
T88.8 Y57.9	995.2	Medikamentöse Nebenwirkungen



Komplex vernetzte neurobiologische Systeme sind an sexuellen Funktionsstörungen beteiligt. Für die meisten Störungen ist bisher keine spezifische Pathophysiologie bekannt; die Dysregulation eines Systems hat häufig Folgen auf allen sexuellen Funktionsebenen.

on vor. Zudem gingen mit der erektilen Dysfunktion auch depressive Symptome zurück, die Lebens- und Partnerschaftsqualität nahm zu.

— Bei anhaltenden sexuellen Störungen unter Antidepressiva muss bei Gefährdung der Medikamentenadhärenz ein Wechsel vorzugsweise auf Agomelatin, Mirtazapin, Bupropion oder Moclobemid erwogen werden.

Antipsychotika können sexuelle Funktionen beeinträchtigen

Unter Antipsychotika sind sexuelle Störungen ebenfalls häufig (bei 40 bis 70 Prozent). Während bei unbehandelten Patienten mit Schizophrenie vor allem Störungen von Libido und sexuellem Erleben auftreten, werden unter Behandlung

mit Antipsychotika zudem Erektionsstörungen berichtet. Sexuelle Funktionsstörungen sind ein wichtiger Aspekt reduzierter Lebensqualität unter Antipsychotika – auch nach Besserung der Psychopathologie – und werden als ein häufiger Grund für Nonadhärenz angenommen.

Für die sexuellen Funktionsstörungen unter Antipsychotika werden direkte D2-Rezeptor-antagonistische Wirkungen und die D2-antagonistisch vermittelte Prolaktinerhöhung durch viele Antipsychotika verantwortlich gemacht.

Die wichtigsten Funktionen von Prolaktin sind die Förderung der Laktation sowie die zyklusabhängige Steuerung der Progesteronsekretion bei Frauen und die Verstärkung der Testosteronproduktion bei Männern. Normwerte liegen für

Tabelle 2

Psychopharmakologisch relevante Neurotransmitter und sexuelle Funktionen

Neurotransmitter	Mechanismus	Männer	Frauen
Serotonin (5-HT)	5-HT ₂ -Stimulation (SSRI, Venlafaxin)	Ejaculatio retardata Erektionsstörungen, PRL-Erhöhungen	Libidostörungen Orgasmusstörungen, PRL-Erhöhungen
	5-HT ₂ -Blockade (Cyproheptadin)	Besserung von Libidostörungen	Besserung von Orgasmusstörungen
	5-HT _{1A} -Stimulation (Buspiron, Aripiprazol)	Positive Wirkung auf sexuelles Erleben	Positive Wirkung auf Libido
Noradrenalin (NA)	NA-Stimulation (Yohimbin)	Besserung von Erektionsstörungen und Anorgasmie	Positive Wirkung auf Erregung und Orgasmus
	NA-Stimulation (Duloxetin, Reboxetin)	Selten sexuelle Funktionsstörungen als Nebenwirkung	Selten sexuelle Funktionsstörungen als Nebenwirkung
Adrenalin (A)	α-adrenerge Stimulation	Verbesserung der Detumeszenz	In Grenzen positive Wirkungen auf Erregung und Orgasmus
	α-Blockade (Trazodon, Antipsychotika, v.a. Asenapin)	Priapismus Libido- und Orgasmusstörungen	Libido- und Orgasmusstörungen
Dopamin (DA)	D ₂ -Stimulation (DA-Agonisten, Apomorphin)	Positive Wirkung auf Libido und Erektion, Besserung von Erektionsstörungen	Fraglich positive Wirkung auf Libido
	D ₂ -Rezeptor-Antagonisten (Antipsychotika)	Häufig sexuelle Funktionsstörungen, vor allem Libido- und Erektionsstörungen, PRL-Erhöhungen, Testosteronabfall	Libidostörungen, Orgasmusstörungen PRL-Erhöhungen Östrogenabfall
	Kokain (Dopaminagonist)	Niedrige Dosis: Libidozunahme Hohe Dosen: Orgasmusstörungen	Niedrige Dosis: Libidozunahme Hohe Dosen: Orgasmusstörungen
Acetylcholin (ACh)	ACh-Agonisten (Bethanechol u. a.)	Stimulierung der Erektion, Besserung von Erektionsstörungen	Unbekannt
	Anticholinergika (Biperiden u. a.)	Häufig sexuelle Funktionsstörungen, vor allem Libido- und Erektionsstörungen	Sexuelle Funktionsstörungen
GABA	GABA-Stimulation (Benzodiazepine)	Variable Inhibition der Sexualfunktionen mit Libido-, Erektions- und Orgasmusstörungen	Variable Inhibition der Sexualfunktionen mit Libido- und Orgasmusstörungen
Histamin	Histamin-H ₂ -Blockade (Cimetidin, Ranitidin)	Libido- und Erektionsstörungen	Libidostörungen
Opioide	μ-Agonisten (Analgetika, Heroin)	Libido-, Erektions- und Orgasmusstörungen (Langzeitwirkung)	Libidoveränderungen und Orgasmusstörungen (Langzeitwirkung)
	Opiatentzug μ-/κ/δ-Antagonist (Naloxon)	Libidozunahme, Erektionssteigerung, im Opiatentzug auch Spontanejakulationen und Spontanorgasmus	Inkonsistente Ergebnisse

Tabelle 3

Sexuelle Funktionsstörungen unter Psychopharmaka		
Psychopharmaka ^a	Sexuelle Funktionsstörung	Prävalenzschätzung
Antidepressiva		
SSRI und Venlafaxin	Vor allem Ejakulationsverzögerung (Männer) und Orgasmusstörungen (Frauen)	30 – 80%
TCA, Duloxetin, Reboxetin	Vor allem Erektions- und Orgasmusstörungen	30 – 50%; (seltener als unter SSRI)
Mirtazapin	Geringere Häufigkeit, vor allem Libidostörungen	20 – 25%
Bupropion	Geringere Häufigkeit	5 – 20%
Agomelatin	Sehr geringe Häufigkeit	5 – 10%; mit Placebo vergleichbar
Moclobemid	Sehr geringe Häufigkeit	5 – 10%; mit Placebo vergleichbar
Hypericum	Sehr geringe Häufigkeit	5 – 10%; mit Placebo vergleichbar
Antipsychotika		
Konventionelle hochpotente Antipsychotika (Haloperidol), Amisulprid, Zotepin, Risperidon (PRL-erhöhend)	Libido-, Erregungs- und Orgasmusstörungen	25 – 80% (vor allem Männer) 40 – 50%
Clozapin, Quetiapin, Olanzapin, Ziprasidon (nicht PRL-erhöhend)	Libido-, Erregungs- und Orgasmusstörungen	15 – 50%; nicht sicher seltener unter Quetiapin und Clozapin
Aripiprazol (partiell dopaminagonistisch, PRL-neutral oder PRL-reduzierend)	Libido-, Erregungs- und Orgasmusstörungen (unter Umständen Hypersexualität)	10 – 20%; wahrscheinlich seltener als unter anderen Antipsychotika, Fallberichte von Hypersexualität
Benzodiazepine	Dosisabhängig alle sexuellen Funktionsstörungen	?
Anticholinergika	Erektions- und Orgasmusstörungen	?

^a auch unter verschiedenen anderen Pharmaka können sexuelle Funktionsstörungen auftreten, gehäuft unter Antihypertensiva, Lipidsenkern, Antihistaminika, Antiepileptika, Zytostatika, Steroidhormonen

erwachsene Frauen (etwa 5–25 ng/ml) höher als für Männer (2–20 ng/ml). Die Untersuchung sollte wegen der zirkadianen Rhythmik am besten durch wiederholte Blutproben nüchtern 2 Stunden nach dem Aufwachen erfolgen. Die physiologische Prolaktinausschüttung wird etwa durch Opiate, Endorphine, Östrogene, Noradrenalin und Serotonin stimuliert, während als Prolactin-Inhibiting Factor endogenes Dopamin über D2-Rezeptoren fungiert. Erhöhungen auf das fünf- bis zehnfache der Normwerte werden nicht selten kurzzeitig nach Krampfanfällen und anderen massiven Stressoren oder bei konventionellen Antipsychotika (meist zwei- bis dreifache Erhöhung, bei Männern höher) gefunden, bei anhaltender deutlicher Prolaktinerhöhung (häufig mit Kopfschmerzen) ist an einen prolaktin-produzierenden Tumor zu denken.

Nach Absetzen oraler Antipsychotika normalisieren sich Prolaktinwerte nach etwa zwei bis drei Wochen, bei Depot-Antipsychotika dauert dies bis zu 24 Wochen nach letzter Injektion. Unter manchen atypischen Antipsychotika sind Prolaktinerhöhungen transient und gering oder fehlen gänzlich (bei Aripiprazol, Clozapin, Quetiapin, Olanzapin, Ziprasidon, Asenapin). Dies wird durch partial-agonistische Wirkung am D2-Rezeptor (Aripiprazol), eine geringere D2-Blockade von Hypophysen-Rezeptoren, eine geringe Bindungsaffinität oder ein rascheres Dissoziieren vom D2-Rezeptor und eine damit bessere endogene Dopaminwirkung erklärt. Konventionelle Antipsychotika (Haloperidol) und manche

Atypika (Zotepin, Risperidon, Paliperidon, Sulpirid, Amisulprid) führen zu deutlichen Prolaktinerhöhungen. Die Korrelation zwischen Serumprolaktinspiegeln und sexuellen Funktionsstörungen ist allerdings gering, die individuelle Reaktion auf Prolaktinerhöhungen ist folglich nicht gut vorhersagbar.

Studien zum Vergleich von konventionellen und atypischen Antipsychotika haben Vorteile für Atypika bezüglich sexueller Funktionsstörungen nicht konsistent belegen können. Für Aripiprazol verdichten sich allerdings Befunde, dass sexuelle Funktionsstörungen seltener sind und die Prolaktin normalisierende Wirkung von Aripiprazol bei prolaktininduzierten Störungen unter anderen Antipsychotika gebessert werden kann („add-on“ oder Umstellung). Allerdings sind in Einzelfällen unter Aripiprazol auch Libidosteigerungen und unerwünschte Hypersexualität aufgetreten.

Bei konventionellen hochpotenten Antipsychotika und dosisabhängig bei Risperidon und Paliperidon, selten unter Olanzapin, insbesondere aber unter Sulpirid und Amisulprid, gehen die deutlichen Prolaktinerhöhungen häufig auch mit Zyklusunregelmäßigkeiten, Amenorrhö, Libidostörungen; Galaktorrhö bei Frauen (bei 2 bis 6 Prozent) sowie Gynäkomastie bei Männern einher. Durch Histamin-H1-Blockade (Sedierung), anticholinerge und α -adrenolytische Wirkungen werden sexuelle Funktionsstörungen auch ohne Prolaktinerhöhung bei anderen Antipsychotika (etwa Quetiapin und Clozapin) erklärt.

Bei Langzeittherapie mit prolaktinerhöhenden Substanzen besteht die Gefahr eines Androgen- und Östrogenmangels mit konsekutiver Osteopenie. Die Zusammenhänge zwischen chronischer Hyperprolaktinämie und Brustkrebsrisiko werden weiterhin diskutiert. Ein erhöhtes Brustkrebsrisiko bei Frauen unter Langzeiteinnahme von konventionellen Antipsychotika wurde bisher nicht bestätigt. Bis zu einem Drittel der Patienten entwickelt auch unter konventionellen Antipsychotika keine persistierende Hyperprolaktinämie. Insgesamt wird derzeit jedoch empfohlen, bei sexuellen Funktionsstörungen unter Psychopharmaka (etwa unter Dopamin-D2-Rezeptorantagonisten, selten unter SSRI) die dosisabhängige Prolaktinerhöhung zu beachten und darauf zu reagieren (Dosisreduktion, zusätzliche Gabe eines Dopaminagonisten, Absetzen).

Dosisreduktion erhöht das Risiko für eine Exazerbation

Ein generelles Vorgehen bei durch Antipsychotika induzierten sexuellen Störungen ist noch nicht etabliert, ein individuelles Vorgehen unter Berücksichtigung der psychosozialen Komponenten wird daher angeraten:

- Wenn möglich, zunächst eingehende Beratung und Abwarten.
- Wenn psychopathologisch vertretbar, bei Persistenz der sexuellen Störungen vorsichtiger Versuch der Dosisreduktion; jede Dosisreduktion bei stabil eingestellten Patienten mit schizophrener Störung erhöht das Risiko für eine Exazerbation.
- Bei sexuellen Funktionsstörungen unter Antipsychotika kann die Prolaktinbestimmung im Plasma zielführend sein.
- Bei prolaktinerhöhenden Antipsychotika und persistierenden, subjektiv nicht tolerierbaren Störungen ist die Umstellung auf ein Antipsychotikum ohne Prolaktinerhöhung wie Aripiprazol, Quetiapin oder Clozapin zu erwägen.
- In Einzelfällen wurde über eine Prolaktinsenkung durch die zusätzliche Gabe eines niedrig dosierten Dopaminagonisten wie Bromocriptin, Cabergolin oder Amantadin eine Reduktion sexueller Funktionsstörungen beschrieben (Gefahr der potenziell psychotogenen Wirkung); vorher sollte ein Versuch mit Aripiprazol als „add-on“ erfolgen.
- Bei nicht prolaktininduzierten sexuellen Funktionsstörungen kann bei erektiler Dysfunktion eine Zusatzmedikation mit einem PDE-5-Inhibitor nach Ausschluss von Kontraindikationen empfohlen werden. Sildenafil hat sich bei Erektionsstörungen unter antipsychotischer Behandlung als wirksam erwiesen. Für niedrig dosiertes Mirtazapin liegen in dieser Indikation Einzelfallberichte vor.

Bei erektiler Dysfunktion und Ejaculatio praecox sollten immer auch psychotherapeutische Maßnahmen – wenn möglich unter Einbeziehen des Partners – erwogen werden. Besondere Erwähnung verdienen das „sensitive focusing“-Verfahren bei Ejaculatio praecox und Psychotherapien bei komplexen Sexualstörungen. Zudem sind bei erektiler Dysfunk-

tion und Lubrikationsstörungen auch lokal applizierbare Prostaglandine (E1), die von manchen Patienten gut akzeptiert werden (intracavernös SKAT, transurethral MUSE), verfügbar. Hormongaben (Testosteron, Östrogene) sollen nach aktuellem Kenntnisstand nur bei nachweislichem Defizit und unter engmaschiger Kontrolle erfolgen.

Fazit

Sexuelle Funktionsänderungen unter Psychopharmaka sind sehr häufig, exakte Inzidenz- und Prävalenzangaben aber kaum möglich. Besonders häufig sind Störungen der Sexualfunktion bei Antidepressiva wie SSRI und Venlafaxin sowie bei Dopamin-D2-Rezeptor blockierenden Substanzen, die auch mit einer ausgeprägten Prolaktinerhöhung einhergehen können (etwa Risperidon, Paliperidon, Amisulprid, Sulpirid).

Die Behandlung sollte nach sorgfältiger Diagnostik individuell unter Abwägung von Risiken und Nutzen erfolgen. Evaluierbare Algorithmen sind nicht verfügbar. Sollten Zuwarten und Dosisreduktion nicht möglich sein, sind Substanzen mit bekanntem positivem Effekt auf die sexuelle Funktion eine Option. Zugelassen sind hier Dapoxetin gegen Ejaculatio praecox und die PDE-5-Inhibitoren Sildenafil, Vardenafil und Tadalafil bei erektiler Dysfunktion.

Alternativ oder begleitend sind immer psychotherapeutische Maßnahmen zu erwägen, letztlich bleibt oft nur der Wechsel auf ein alternatives Psychopharmakon mit bekannter oder wahrscheinlich geringerer ungünstiger Wirkung auf die sexuelle Funktion. Mit dem Wechsel sollte nicht zu lange gewartet werden, da sexuelle Funktionsstörungen die Lebensqualität massiv beeinträchtigen können und nicht selten Ursachen für einen Abbruch der Psychopharmakabehandlung sind. □

LITERATUR

bem Verfasser

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych.

Matthias J. Müller

Vitos Klinikum Giessen-Marburg

Licher Straße 106, 35394 Giessen

E-Mail: mjmuller@vitos-giessen-marburg.de