

**Psychopharmaka und
sexuelle Störungen**

Weig W

Blickpunkt der Mann 2006; 4 (2)

19-22

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Psychopharmaka und sexuelle Störungen

W. Weig

Sexuelle Störungen haben bedeutsame Auswirkungen auf Lebensqualität und Lebenszufriedenheit, wobei dem Thema von Männern tendenziell mehr Bedeutung zugemessen wird als von Frauen. Beeinträchtigungen der Sexualfunktion insbesondere in den Phasen der Erregung und des Orgasmus sind nicht selten medikamentös bedingt, viele in der Praxis gängige Psychopharmaka spielen dabei eine wichtige Rolle. Sexuelle Funktionsstörungen werden insbesondere unter Neuroleptika und Antidepressiva beobachtet. Die Abgrenzung medikamentös bedingter von unmittelbar der Krankheit zuzuordnenden Beeinträchtigungen ist dabei schwierig. Neuroleptika-induzierte Sexualstörungen werden mit der Hyperprolaktinämie in Zusammenhang gebracht, die Befunde dazu sind nicht eindeutig. Antidepressiva aus der Klasse der Serotoninwiederaufnahmehemmer bringen ein besonders hohes Risiko sexueller Störungen mit sich. Möglichkeiten des klinischen Umgangs mit den Störungen und deren Abhilfe werden diskutiert.

*Sexual dysfunctions have important effects on quality of life and contentment with life. Men tend to attach more importance to this subject than women. Impairment of sexual functions especially in the phase of arousal and orgasm often are caused by medicines; in this respect many current psychotropic drugs play an important role. Sexual dysfunctions are often observed in neuroleptics and antidepressants. Differentiation of dysfunctions whether caused by diseases themselves or by medications is difficult. Sexual dysfunctions induced by neuroleptics are thought to be related to hyperprolactinaemia, however data are not clear-cut. Antidepressants belonging to the group of serotonin-reuptake-inhibitors carry an especially high risk of sexual dysfunctions. Ways to deal with these dysfunctions and remedial measures are discussed. **Blickpunkt DER MANN 2006; 4 (2): 19–22.***

Sexualität spielt für Gesundheit und Lebensglück des Menschen eine zentrale Rolle. Männer bewerten das Thema tendenziell höher als Frauen und reagieren auf Beeinträchtigungen ihrer sexuellen Leistungsfähigkeit („Potenz“) mit Beeinträchtigungen des Selbstwertempfindens; längere und schwere Störungen können zur Verzweiflung bis hin zur Suizidalität führen [1, 2].

Die Sexualfunktion in ihren, zunächst von Masters und Johnson beschriebenen, typischen Phasen der Appetenz, der Erregung, deren Aufrechterhaltung im so genannten „Plateau“, des Orgasmus, der Rückbildung und der Refraktärzeit [3] unterliegt vielfältigen regulierenden Einflüssen. Zu unterscheiden sind dabei die organisch-physiologische Dimension mit ihrer neuronalen und ihrer endokrinen Komponente von den psychosozialen Einflüssen der Persönlichkeit, der Lebensgeschichte, der Beziehungsdynamik und des soziokulturellen Rahmens. Biologisch verstehbar wird dieser Einfluß über die engen Beziehungen der vegetativen Steuerung der Sexualfunktion im Hypothalamus mit Großhirnrinde und limbischem System als den Repräsentanten kognitiver und emotionaler Funktionen [1].

Klinisch relevante und gegebenenfalls behandlungsbedürftige sexuelle Funktionsstörungen treten mit einer Lebenszeitprävalenz von 5 % bis 20 % auf. Deutlich gehäuft sind sie bei Menschen mit definierten psychiatrischen Erkrankungen [4]. Depressiven Syndromen kommt dabei besondere Bedeutung zu, in akuten Stadien einer schweren vitalen Depression ist die Beeinträchtigung der sexuellen Appetenz obligat. Ähnlich hohe Komorbiditäten finden sich bei Schizophrenie und Opiatabhängigkeit, aber auch bei manchen Persönlichkeitsstörungen [5].

Von Patienten, aber auch von der sozialen Umgebung und den Behandelnden werden sexuelle Störungen, die im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung auftreten, häufig auf die Medikation attribuiert. Tatsächlich spielen Medikamente bei der Auslösung und Aufrechterhaltung sexueller Störungen, insbesondere in den Phasen der Erregung und des Orgasmus, eine beträchtliche Rolle. Neben anderen Substanzgruppen (z. B. Antihypertonika, Hormonpräparate u. v. a.) spielen dabei Psychopharmaka eine wesentliche Rolle. Nach einer Übersicht sollen 200 der international verfügbaren Präparate bzw. Präparatgruppen unerwünschte Nebenwirkungen auf die Sexualfunktion haben [6]. In der Klassifikation DSM-IV wurde eine eigene diagnostische Kategorie „substanzinduzierte sexuelle Störungen“ eingeführt [7]. Sie ist wie folgt definiert:

- a) Eine klinisch bedeutsame sexuelle Funktionsstörung, die zu deutlichem Leiden oder zwischenmenschlichen Schwierigkeiten führt, ist nachweisbar.
- b) Die Vorgeschichte, die körperliche Untersuchung oder Laborbefunde haben den Nachweis dafür erbracht, daß eine sexuelle Funktionsstörung vollständig durch die Substanzeinnahme erklärt wird. Eingenommene Medikamente stehen in ätiologischem Zusammenhang mit dem Störungsbild.
- c) Das Störungsbild kann nicht besser durch eine sexuelle Funktionsstörung erklärt werden, die nicht substanzinduziert ist.

In der Praxis sehr schwierig ist die Abgrenzung medikamentös bedingter Sexualstörungen von solchen, die durch die Krankheit selbst oder ihre Begleitumstände hervorgerufen wurden. Wie bereits in früheren Studien nahegelegt [8, 9], hat auch eine kürzlich durchgeführte multizentrische Stichtagserhebung Ergebnisse gezeigt, die sich nur schwer mit der Annahme einer überwiegenden Verursachung sexueller Störungen bei den typischen Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Behandlung durch die Medikation erklären lassen. Am ehesten liegt hier eine komplexe Interaktion zwischen Krankheitssymptom, faßbarer Medikamentenwirkung und anderen Einflüssen (Nocebo-Wirkung) vor [5]. Dieser Effekt, den wir insbesondere für an Schizophrenie erkrankte Patienten belegen konnten, fordert in der Diagnostik und im therapeutischen Umgang ein subtiles Vorgehen.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Wolfgang Weig, Niedersächsisches Landeskrankenhaus Osnabrück, Knollstraße 31, D-49088 Osnabrück, E-mail: Wolfgang.Weig@NLKH-Osnabrueck.Niedersachsen.de

Unerwünschte Nebenwirkungen von Psychopharmaka auf die Sexualität – klinische und pathophysiologische Aspekte

Lange Zeit wurden die Sexualität betreffende Nebenwirkungen von Psychopharmaka übersehen und bagatelisiert, sie wurden systematisch unterschätzt [10]. Dies hat sich in den letzten Jahren tendenziell geändert. Der aktuellen Literatur können nun einigermaßen zuverlässige Daten zur Häufigkeit und Ausprägung derartiger Nebenwirkungen und zu möglichen pathophysiologischen Erklärungen entnommen werden.

Antidepressiva

Derzeit spielen Antidepressiva bei der Verursachung substanzbedingter sexueller Störungen die führende Rolle. Dies geht auf die Einführung der selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer zurück. Spontan werden Erektionsstörungen und Ejakulationsverzögerungen bis zum völligen Ausbleiben von Ejakulation und Orgasmus von bis zu 33% der mit SSRI behandelten Patienten angegeben. Bei direkter Befragung erhöht sich der Anteil auf bis zu 96% [6]. Andererseits wurden in Einzelfällen unter Fluoxetin, Fluvoxamin und Bupropion rezidivierende Spontanorgasmen assoziiert mit Gähnen berichtet [11].

Angesichts der großen Häufigkeit sexueller Beeinträchtigungen durch SSRI ist es schwer verständlich, daß sich diese Substanzgruppe vor allem in den USA zur „Lifestyle Drug“ entwickeln konnte. Ähnlich häufig sind sexuelle Beeinträchtigungen bei Clomipramin, was auch wegen des Wirkprofils verständlich ist. Uneinheitlich sind die Angaben zu Mirtazapin, in unserer Stichtagserhebung [5] unterschied es sich in dieser Hinsicht nicht wesentlich von den SSRI. Deutlich seltener, mit einer geschätzten Häufigkeit von 20–30% [12], sind sexuelle Beeinträchtigungen bei den älteren tri- und tetrazyklischen Antidepressiva. Insgesamt war die Quote negativer Beeinflussung von Erregung und Orgasmus bei Behandlungen mit Antidepressiva außerhalb der klassischen Indikation, z. B. bei Zwangsstörungen und Persönlichkeitsstörungen, höher als bei der Anwendung im Zusammenhang mit (endomorphen) Depressionen.

Besonders fatal ist bei der Behandlung der Depression, daß die zunächst krankheitsbedingte Beeinträchtigung von Lust und Appetenz durch den Medikamenteneffekt schwindet und gerade dann, wenn sexuelle Interaktion wieder gewünscht wird, die physiologischen Reaktionen versagen. Von den derzeit im Handel befindlichen Antidepressiva gibt es lediglich für die Gruppe der Monoaminoxidasehemmer keine Hinweise auf eine Beeinträchtigung der Sexualität.

Der Weg der negativen Beeinflussung der Sexualfunktion ist nicht gänzlich verstanden. Angenommen wird die Beeinflussung multipler Neurotransmitter, insbesondere Serotonin und Noradrenalin, daneben spielen wohl Alpha1-Blockade sowie muskarinerge und cholinerge Nebenwirkungen eine Rolle.

Am Rande sei erwähnt, daß der ejakulationsverzögernde Effekt von Clomipramin und den neueren SSRIs im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans zur Therapie der Ejaculatio praecox eingesetzt werden kann.

Neuroleptika

Neuroleptika, die in antipsychotischer Indikation bei schizophrenen und schizoaffektiven Psychosen, aber auch bei wahnhaften Depressionen und anderen Störungsbildern, leider gelegentlich immer noch unkritisch als „major tranquilizer“ eingesetzt werden, beeinträchtigen die Sexualfunktion häufig, wobei der Effekt allerdings aus den schon erwähnten Gründen eher überschätzt wird. Die gesamte Häufigkeit des Auftretens derartiger Nebenwirkungen lag in der erwähnten Stichtagserhebung [5] deutlich unterhalb derer von Antidepressiva in der Größenordnung von 20%.

Beobachtet werden unter Neuroleptika Verminderung der Appetenz (wobei dieser Effekt besonders schwer von unmittelbar krankheitsbedingten oder aus der Lebenssituation entstehenden Einflüssen abzugrenzen ist), der Erektion sowie von Ejakulation und Orgasmus. Daneben werden auch Hodenschwellung und Gynäkomastie angegeben [6]. Behauptet wird eine geringere Beeinträchtigung durch die Gruppe der „atypischen“ Neuroleptika. Entsprechende Angaben beruhen allerdings bisher auf theoretischen Annahmen bzw. Tierversuchen, empirische klinische Untersuchungen am Menschen unter naturalistischen Bedingungen stehen noch aus [13].

Die Beeinträchtigung der Sexualität durch Neuroleptika wird häufig mit der Prolaktinerhöhung assoziiert. Eine relevante Beeinträchtigung von Erektion und Orgasmus bei Männern durch erhöhte Prolaktinspiegel ist jedoch nicht erwiesen und konnte bei entsprechenden Erhebungen statistisch nicht gefunden werden [5]. Lediglich das Eintreten einer Gynäkomastie ist eindeutig mit dem Prolaktinspiegel assoziiert. Anders ist die Lage dagegen bei den Frauen, bei denen vielfältige Nebenwirkungen einschließlich sexueller Funktionsstörungen durch prolaktinerhöhende Medikamente gefunden werden konnten. Die Erwartung, „atypische“ Neuroleptika könnten für die Sexualfunktion schonender sein als andere Medikamente, beruht auf der Prolaktinhypothese. Dabei ist allerdings auch darauf hinzuweisen, daß die Gruppe der so genannten Atypika in sich heterogen ist und die einzelnen Substanzen u. a. sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die Prolaktinsekretion haben.

Insgesamt ist die endogene Steuerung der Sexualfunktion bei Menschen noch nicht zusammenhängend verstanden worden [14]. Als gesichert kann lediglich gelten, daß Releasing-Hormone wie FSH und LH, Oxytocin, Testosteron, vor allem aber auch Nebenhirnrindenhormone Einfluß auf die Regulation der sexuellen Aktivität haben. Dopaminagonisten wirken sexuell stimulierend, Substanzen mit Opiatwirkung vermindern die sexuelle Appetenz und stören die Sexualfunktion [15]. Aus älteren Studien ist bekannt, daß neben den endogenen auch neuronale Effekte wie zentrale Sedierung und periphere vegetative Störungen in den Segmenten S2, S4 und Th11–12 eine wesentliche Rolle spielen [16]. Dopaminantagonisten, neuronale Blockaden sowie anticholinerge Wirkungen können sicher einen Teil der durch Neuroleptika bedingten sexuellen Funktionsstörungen und Unterschiede zwischen den einzelnen Präparatgruppen zumindest teilweise erklären. Dazu paßt die hohe Wahrscheinlichkeit sexueller Beeinträchtigung durch stark anticholinerge „niederpotente“

Neuroleptika, insbesondere Thioridazin, die zu dem (fragwürdigen) Einsatz derartiger Substanzen zur Unterdrückung sexueller Reaktionen, z. B. beim Vorliegen von Störungen der Impulskontrolle, geführt hat.

Andere Psychopharmaka

Auch bei weiteren Gruppen von Psychopharmaka sind gehäuft Beeinträchtigungen der Sexualfunktion berichtet worden. Dies gilt für Benzodiazepine wie Alprazolam, Chlordiazepoxid und Diazepam. Auch unter Lithium und Carbamazepin in der Verwendung als Phasenprophylaktika wurden Beeinträchtigungen von sexueller Appetenz und Erektionsfähigkeit beobachtet. Hinsichtlich des Carbamazepins wurde hierfür die Erhöhung des sexualhormonbindenden Globulins und in der Folge die Reduktion des freien Testosterons angeschuldigt, der Wechsel auf das Präparat Oxcarbazepin verringerte die Störungshäufigkeit [6].

Therapeutische Optionen

Entscheidendes Prinzip des therapeutischen Umgangs mit möglichen sexuellen Nebenwirkungen der Medikamentengabe ist der offene Umgang mit dem Thema im Gespräch mit dem Patienten und die Vermeidung negativer suggestiver (Nocebo-) Effekte. Der (schwierige) Versuch der Abgrenzung der Einflüsse von Krankheit und Lebensumständen einerseits, Medikation andererseits muß unternommen werden.

Auf die Möglichkeit additiver, gegebenenfalls potenzierender Störeffekte durch andere Noxen, z. B. Alkohol oder Cannabis, sowie auf den Einfluß körperlicher Begleiterkrankungen muß hingewiesen werden. Schließlich gilt es auch herauszufinden, ob die Beeinträchtigung der Sexualität in der jeweils gegebenen Situation den Patienten überhaupt stört oder möglicherweise sogar hinsichtlich des sexuellen Leistungsdrucks entlastet. Leidensdruck und Wunsch nach Veränderung wird in der gegebenen Situation nur von etwa der Hälfte der Betroffenen angegeben, wobei diese Quote tendenziell mit steigendem Lebensalter sinkt [4].

Hinsichtlich des Managements der substanzinduzierten sexuellen Störung selbst haben sich folgende Möglichkeiten bewährt [6, 16]:

- Überprüfung der Indikation der Medikamentengabe und möglicher Alternativen, insbesondere Überprüfung von Mehrfachkombinationen, die aufgrund häufig wenig überschaubarer Interaktionen das Risiko vermehren.
- Wechsel des Präparates: wenn das gewünschte Wirkprofil das zuläßt, kann bei Antidepressivamedikation der Übergang auf einen MAO-Hemmer, am ehesten in der reversiblen Form des Moclobemid hilfreich sein, wenigstens tendenziell auch der Wechsel von einem Serotoninwiederaufnahmehemmer zu einem Präparat mit einem anderen Profil. Hinsichtlich der Neuroleptika kann der Versuch der Umstellung auf ein „Atypikum“ gemacht werden, wobei sich in dieser Indikation insbesondere Clozapin, Olanzapin und Quetiapin zu bewähren scheinen. Eindeutige Daten liegen hierzu noch nicht vor.
- Dosisreduktion: Da nicht alle der hier in Frage kommenden Effekte dosisabhängig sind, sind die Möglichkeiten begrenzt. Darüber hinaus ist natürlich zu berücksichtigen, daß eine Unterschreitung

der therapeutisch wirksamen Dosis mit der Gefahr von Rezidiven oder Verschlimmerungen der Grundkrankheit kontraproduktiv wäre.

- Einsatz von Partialantagonisten: Sofern der (wesentliche) Wirkmechanismus bekannt ist, kann dieses im Zusammenhang mit extrapyramidal-motorischen Störungen durch Neuroleptika durchaus bekannte Prinzip Abhilfe schaffen. Bei Störungen der Erektion durch Antidepressiva wurden Amantadin 100 mg 2–3 Stunden vor sexueller Aktivität oder Betanechol 25 mg 1–2 Stunden vor sexueller Aktivität empfohlen. Die Beeinträchtigung durch Serotoninwiederaufnahmehemmer kann durch Cyproheptadin 4 mg 1–2 Stunden vor der geplanten Aktivität antagonisiert werden. Geht die Störung auf eine periphere Nervenblockade zurück (die auch zu Harnverhaltung führen kann), dann kann wiederum im Zeitabstand von 1–2 Stunden Carbachol empfohlen werden. Hyperprolaktinämie läßt sich durch Bromocriptin in individueller Dosierung senken.
- Einsatz von Erektiva: Läßt sich der negative Effekt anders nicht kompensieren, beschränkt er sich auf eine Beeinträchtigung der Erektion und besteht ein entsprechender Leidensdruck, kann die Kombination mit erektionsfördernden Substanzen bei Beachtung spezifischer Kontraindikationen und Nebenwirkungen in Betracht gezogen werden. In Frage kommen Yohimbin und die neueren Substanzen Sildenafil, Vardenafil und Tadalafil.
- Medikamentenpause („Drugholiday“): Bei Substanzen mit kürzerer Halbwertszeit, z. B. Paroxetin und Sertralin, kann eine gelegentliche Einnahmepause von 2–3 Tagen die Möglichkeit ungestörter sexueller Aktivität schaffen und damit die subjektive Zufriedenheit erhöhen.

Schließlich ist wegen der Interaktion unmittelbar pharmakogener und sekundär z. B. durch Erwartungsangst hervorgerufener Phänomene auch an die Möglichkeiten der Sexualberatung, Psychoedukation und direkten Sexualtherapie („sensitive focus“) zu denken. Nicht angemessen behandelte sexuelle Funktionsstörungen stellen die Compliance gegenüber der Medikation in Frage.

Literatur:

1. Beier KM, Bosinski HAG, Hartmann U, Loewit K. Sexualmedizin. Verlag Urban & Fischer, München, Jena, 2001.
2. Swanson JM, Forrest KA (Hrsg). Die Sexualität des Mannes. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 1987.
3. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Little, Brown & Co., Boston, 1966.
4. Kockott G, Fahrner EM (Hrsg). Sexualstörungen. Thieme-Verlag, Stuttgart, New York, 2004.
5. Weig W, Cohen S, Kühn KU, Sträter B. Sexualstörungen bei stationär psychiatrisch behandelten Patienten – eine multizentrische Prävalenzstudie. In Vorbereitung.
6. Kinzel U, Weig W. Medikamente und ihre Nebenwirkungen auf die Sexualität. Psycho Neuro 2004; 30: 53–61.
7. Saß H, Wittchen H U, Zaudig M. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV. Hogrefe, Göttingen-Bern, 1996.
8. Kockott G, Pfeiffer W. Sexual disorders in non acute psychiatric out patients. Compr Psychiatr 1996; 37: 56–61.
9. Kowohl S, Weig W. Zur Bedeutung der Sexualität im Erleben schizophrener Menschen – Copingfaktor oder Stressor? Sexuologie 1998; 5: 11–29.
10. Dreher J, Holbinger M, Rodriguez de la Torre B, Bagli M, Malevanyi I, Rao M L. Selbstbeurteilungsfragebogen für Arzneimittelnebenwirkungen im Rahmen einer Studie mit Antidepressiva. Fortschr Neurol Psychiatr 1999; 67: 163–74.

11. Labatte L A, Grimes J B, Hines A M, Oleshansky M A. Sexual dysfunction induced by SRIS. APA Annual Meeting, May 17–22, 1997, San Diego, California. Paper Session Abstract 36.
12. Strauss B, Gross J. Psychopharmakabedingte Veränderungen der Sexualität – Häufigkeit und Stellenwert in der psychiatrischen Praxis. *Psychiat Prax* 1984; 11: 49–55.
13. Weig W. Sexuelle Dysfunktion bei Neuroleptika – Behandlung. In: Möller H J (Hrsg). *Das Quetiapin-Dossier*. Schattauer Verlag, Stuttgart-New York, 2005; 217–24.
14. Meston CM, Frohlich PF. The neuro biology of sexual function. *Arch Gen Psychiatr* 2000; 57: 1012–38.
15. Paice JA, Penn RD, Ryan WG. Altered sexual function and decreased testosterone in patients receiving intraspinal opioids. *J Pain Symptom Manage* 1994; 9: 126–31.
16. Weig W. Psychiatrische Erkrankungen und sexuelle Dysfunktion. In: Gaebel W, Hartung HP (Hrsg). *Psyche, Schmerz, sexuelle Dysfunktion*. Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York, 2003.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)