

Dr. Heiko Reutter

Zentrum für Kinderheilkunde, Universität Bonn
D-53113 Bonn

Dr. T.M. Boemers

Klinik für Kinderchirurgie
Landeskliniken Salzburg
A-5020 Salzburg

Blasenekstrophie und Epispadie

Kloakale oder klassische Blasenekstrophie und Epispadie sind Fehlbildungen des Urogenital- und Intestinaltraktes unterschiedlicher Ausprägung. Trotz der grossen Varianz des ekstrophischen Fehlbildungskomplexes kann von einem Mittelliniendefekt gesprochen werden, der immer die untere Bauchwand betrifft und auf eine embryologische Mangelentwicklung des für diesen Abschnitt verantwortlichen Mesoderms zurückzuführen ist.

Klinisches Erscheinungsbild und Häufigkeit

Die verschiedenen Fehlbildungen des Ekstrophiekomplexes reichen von einer allein die Harnröhre betreffenden Epispadie bis hin zur kloakalen Ekstrophie, bei der nicht nur die Blase, sondern auch der Enddarm betroffen sind. 60% der Patienten, die durch Ekstrophie betroffen sind, leiden an einer klassischen Blasenekstrophie (1 auf 40 000 Geburten), während das Vorkommen einer isolierten Epispadie (1 auf 120 000 Geburten) oder einer kloakalen Ekstrophie (1 auf 400 000 Geburten) weitaus seltener ist. Alle Ausbildungen betreffen das männliche Geschlecht häufiger als das weibliche, mit einer Verteilung von 2:1 im Falle der klassischen Blasenekstrophie.

Pränatale Diagnostik

Die Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik des Ekstrophiekomplexes sind limitiert. Ein exakter Vererbungsmodus konnte bisher für ekstrophische Fehlbildungen nicht beschrieben werden, was wiederum nur eine eingeschränkte genetische Beratung erlaubt. Während der Schwangerschaft durchgeführte Sonographien des Feten bieten den bisher sichersten Weg einer Pränataldiagnostik. Handelt es sich um einen sehr ausgeprägten Defekt, wie im Fall einer kloakalen Ekstrophie, kann ein routinierter Sonographeur

diesen am Ende des 1. und zu Beginn des 2. Trimesters sonographisch erfassen. Hingegen gestaltet sich im Falle einer klassischen Blasenekstrophie oder Epispadie die pränatale Diagnostik mittels Ultraschalls als schwierig. Eine Darstellung der nach aussen gekehrten Blasenplatte bei isoliert auftretender Blasenekstrophie ist schwierig. Aufgrund des kleineren, nach dorsal flektierten Phallus kann bei männlichen Feten die Diagnosestellung in einigen Fällen erfolgen. Liegt eine ekstrophische Fehlbildung vor, kann sich die Blase des Feten nicht mit Urin füllen, da dieser ungehindert ablaufen kann. Ist somit während der sonographischen Vorsorgeuntersuchungen keine gefüllte Harnblase darstellbar, kann dies als Hinweis für das Vorliegen einer ekstrophischen Missbildung dienen.

Variationen der ekstrophischen Ausprägung von Epispadie bis hin zur kloakalen Ekstrophie

Isolierte Epispadie

- Spaltung der Harnröhre vom Blasenhalshals ausgehend, beim Mann über den Penisrücken bis hin zur Penisspitze. Bei Frauen kommt es zu einer Spaltung der Klitoris und der Harnröhre. Bei beiden Geschlechtern kommt es zu einem Defekt des Blasenhalsschliessmuskels.
- Mehr oder weniger ausgeprägtes Spaltbecken, bei dem die Schambeinfuge und somit das Schambein nicht geschlossen ist.
- Beim Mann kommt es zusätzlich zu einer dorsalen Verkrümmung des Penis zum Bauch hin.

Klassische Blasenekstrophie

- Komplette Epispadie mit Spaltbecken.
- Offene Bauchdecke mit hervorgetretener, nicht verschlossener Blase (Ausnahme: Pseudoekstrophie).

Kloakale Ekstrophie

- Komplettes Bild einer Blasenekstrophie bei jedoch halbiertem Harnblase und Spaltung des Enddarms,

wobei das Becken zwischen den Blasenhälften offen darliegt.

Zusätzliche Komplikationen bei allen Formen

- Fehlmündung der Harnleiter (Ureteren) in die Blase mit konsekutivem Rückfluss des Urins zur Niere (vesikoureteraler Reflux).
- Leistenhoden, die nicht in das Skrotum (Hodensack) gewandert sind.
- Indirekte Leistenhernie (Leistenbruch).
- Rektusdiastase, gleichbedeutend mit einem Bruch (Hernie) der vorderen Bauchwand zwischen den grossen Bauchmuskeln.



Abb. 1. Epispadie bei einem Jungen.



Abb. 2. Klassische Blasenekstrophie bei einem Mädchen direkt nach der Geburt.

Genetische Beratung

Eine genetische Beratung lohnt sich nur für Betroffene, da bekannt ist, dass für sie ein erhöhtes Risiko besteht, selbst ein Kind mit Ekstrophie zu bekommen. Dieses Risiko ist gegenüber der Normalbevölkerung 400fach erhöht. Somit kommt es etwa bei jeder 70. Lebendgeburt eines Kindes, bei dem entweder Vater oder Mutter betroffen sind, ebenfalls zu einer ekstrophischen Fehlbildung [1].

Entwicklungsaussichten

Die über die Lebensqualität von Patienten mit Blasenekstrophie geführten Studien zeigen, dass die meisten sich in der modernen Gesellschaft rehabilitieren und etablieren und eine über dem Bevölkerungsdurchschnitt liegende schulische oder berufliche Ausbildung durchlaufen.

Bei der psychosozialen Entwicklung spielen die Ausprägungen des Defekts zum Zeitpunkt der Geburt eine grosse Rolle, vor allem bei männlichen Patienten mit kloakaler Ekstrophie. Eine gute soziale Integration sowie ein positives Ich-Gefühl der Betroffenen hängt jedoch nicht nur von der operativen Korrektur ab, sondern auch in erheblichem Masse von einem intakten sozialen Umfeld und einem gefestigten Selbstvertrauen. Ist beides nicht vorhanden, kann es selbst bei geringer gesundheitlicher Beeinträchtigung und auch relativ geringen kosmetischen Defekten zu starken psychischen Belastungen der Betroffenen kommen.

Therapie

Da es sich um einen Geburtsfehler handelt, welcher der operativen Korrektur bedarf, ist es vor allem wichtig, nach der Geburt des Kindes den richtigen, kompetenten Arzt zu finden. Hier kommt dem Geburtshelfer oder der Hebamme eine entscheidende Rolle zu.

Es ist wichtig, nach der Geburt Ruhe zu bewahren!

- Eine Operation in den ersten 24–48 h nach der Geburt wird zwar von den meisten kinderurologischen Zentren befürwortet. Dies rechtfertigt jedoch nach heutigem Wissensstand nicht die Intervention durch den erstbesten Kinderchirurgen. Eine zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführte Primärkorrektur beeinflusst das operative Ergebnis nicht.
- Liegen keine zusätzlich vital bedrohlichen Fehlbildungen oder Begleitumstände vor, besteht *immer* genug Zeit, das Neugeborene an ein Zentrum zu überweisen, das in der Betreuung von Patienten mit ekstrophischen Fehlbildungen ausreichende Erfahrung hat.
- Ein früher postuliertes erhöhtes Risiko für rasch eintretende Pyelonephritiden besteht nicht. Der ungehindert ablaufende Urin verhindert einen geraden Rückfluss in die Nieren.
- Es besteht immer genug Zeit, das Kind nach der Geburt der Mutter in den Arm zu geben und den Eltern die Fehlbildung zu zeigen.
- Die Ergebnisse einer nicht geglückten Korrektur reichen von iatrogen verursachten Nierenschäden durch Harnaufstau bis hin zu schweren, nicht mehr zu behobenden kosmetischen und funktionellen Verstümmelungen des Genitals.

Grundsätzlich gibt es mehr als nur eine Alternative für die operative Behandlung der Blasenekstrophie. Die heute international als Standard und als erstrebenswert angesehene Korrektur beinhaltet die Erhaltung der Blase durch Rekonstruktion der Blasenplatte zum Hohlorgan. Dies umfasst zudem

- die Korrektur des Spaltbeckens, soweit dies möglich und nötig ist;
- den Aufbau des Blasenhalses (= Verbindung zwischen Blase und Harnröhre sowie Schliessmuskel) sowie das Anlegen bzw. Verschiessen der Harnröhre;
- die Reimplantation der Harnleiter in die hintere Blasenwand, wenn nötig;
- kosmetische Anlage eines Nabels;
- die Korrektur des Penis bei Jungen;
- kosmetische Korrektur des Genitales beim Mädchen, wenn dies für nötig erachtet wird, und zuletzt eine Scheidenerweiterung bei Mädchen während oder am Ende der Pubertät.

Wird fast überall während der ersten Sitzung der Verschluss des Bauchwanddefekts sowie die Schaffung einer Blase und die Korrektur des Spaltbeckens angestrebt, so gibt es zeitliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kliniken wie auch interindividuelle Unterschiede in ein und derselben Klinik, abhängig von den anatomischen Gegebenheiten des einzelnen Patienten, wann die Korrektur des Penis beim Jungen und der Aufbau der Blasenhaloplastik bei Jungen und Mädchen erfolgen soll. Eine individuelle und den Voraussetzungen des jeweiligen Patienten angepasste und sorgfältig geplante Operationsstrategie garantiert hierbei den grösstmöglichen Erfolg.

Literatur

- 1 Shapiro E, Lepor H, Jeffs RD: The inheritance of the exstrophy-epispadias complex. *J Urol* 1984;132:308–310.

Selbsthilfegruppen

Schweiz

Sandra Faoro, Früebergstrasse 55, CH-6340 Baar
Tel. +41 41 760 66 64, E-Mail sandra.faoro@bluewin.ch

Österreich

Elke Oitzinger, Stambach 34, A-4822 Bad Goisern
Tel. +43 6135 6185, E-Mail oitzi@aon.at

Deutschland

Heiko Reutter, Gänsäckerstrasse 37, D-75365 Calw
Tel. +49 173 304 7171, E-Mail hreutter@gmx.net

Dr. Ruth Gnirss-Bornet
Sexualmedizinische Sprechstunde
Prof. Claus Buddeberg
Abteilung für Psychosoziale Medizin
Universitätsspital Zürich
CH-8091 Zürich

Wechseljahre und weibliche Sexualität

Die Wechseljahre bringen für Frauen und Männer Veränderungen und Herausforderungen mit sich, deren Bewältigung nicht immer ohne Krisen gelingt. Das Erleben der Sexualität in diesem Lebensabschnitt unterliegt vielfältigen Einflüssen. Im Gespräch mit Patientinnen und eventuell auch ihren Partnern ist es notwendig, genau hinzuhören und zu verstehen, wo mögliche Schwierigkeiten sind, wo Ansatzpunkte positiver Veränderungen liegen und wie beide ihren Lebensweg weiter gehen können – denn die Sexualität dieser Jahre und ihre möglichen Entwicklungen und Störungen sind so vielfältig wie die Frauen selbst.

In medizinischen Veröffentlichungen stehen häufig die Auswirkungen der veränderten hormonellen Situation im Mittelpunkt, seelische und psychosoziale Belastungen werden als ihre Folge interpretiert und aufgrund der so gestellten Diagnose einer «Hormonmangelkrankheit» wird die Therapie in der Gabe von Hormonen gesehen.

Bei Psychologen, Psychotherapeuten und Sozialwissenschaftlern wiederum besteht gegenüber der Hormongabe – wie gegenüber medikamentöser Behandlung generell – oft ein gewisses Misstrauen. Da «mache man sich die Dinge einfach», «speise Frauen mit Hormonen ab», statt mit ihnen die Krise zu bearbeiten, die durch Verlust von Jugend und Fruchtbarkeit und veränderte Rollenanforderungen ausgelöst sei. Der Verlust der aktiven Mutterrolle, Probleme bei der Rückkehr in den Beruf, tatsächliche oder gefürchtete Verluste wichtiger Bezugspersonen oder die nowendige Pflege der hilfsbedürftigen Eltern werden in den Mittelpunkt gestellt, während den körperlichen Veränderungen und Symptomen sowie körperlichen Behandlungsmöglichkeiten weniger Bedeutung beigemessen wird.

Die gleichen Tendenzen finden sich wieder in der Beurteilung sexueller Probleme und den Hypothesen zu ihrer Entstehung. Auch hier besteht die Gefahr

einer eindimensionalen Sichtweise durch Beachtung entweder von körperlichen oder psychosozialen Faktoren. Eine ganzheitliche Sichtweise der Wechseljahre sollte das Erleben der Patientin und ihres Partners einschliessen, denn nur ein Gesamtbild aus objektiven Fakten und subjektiven Wahrnehmungen kann Anregungen und Hinweise für die Überwindung von Problemen liefern.

Erleben körperlicher Veränderungen und Symptome

Viele Frauen erleben sich durch die körperlichen Symptome überrumpelt, die mit der hormonellen Veränderung einhergehen. Sie fühlen sich im eigenen Körper nicht mehr wohl und sind dadurch verunsichert. Sie leiden unter Hitzewallungen, deren Plötzlichkeit und Unvorhersehbarkeit oft als unangenehm und peinlich empfunden wird. Mangelnde Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit sowie erhöhte Vergesslichkeit werden häufig empfunden, Schlafstörungen kommen dazu, Herzrhythmusstörungen sind beunruhigend und können Todesangst auslösen [1]. Starke Blutungen in der Prämenopause werden als körperlich schwächend erlebt. Nach dem Aufhören der Mens wird von vielen Frauen der Zyklus und die damit verbundene Rhythmisierung des Lebens vermisst. Manche Frauen erleben eine tiefe Traurigkeit über den Verlust ihrer Gebärfähigkeit, am meisten die Frauen, die ungewollt kinderlos geblieben sind oder ein Kind verloren haben. Andere Frauen empfinden das Aufhören der Blutung als befreiend, sie sind froh, keine weiteren Schwangerschaften fürchten zu müssen und erleichtert, mit der Verhütung aufhören zu können [2].

Genitale Physiologie und sexuelle Reaktionsfähigkeit

Altersbedingt kommt es bei beiden Geschlechtern zu einer Verlangsamung und verstärkten Störbarkeit der sexuellen Reaktion. Ab etwa dem 50. Lebensjahr brauchen viele Männer neben visueller und mentaler Stimulation direkte Berührung im Bereich der Genitalien, um eine Erektion zu bekommen [3]. Auch durch Medikamente (Hochdruckmittel, Antidepressiva, H₂-Rezeptorenblocker u.a.) kann es zu Störungen der Erregung kommen [4]. Einige Männer ziehen sich aus Angst vor Versagen völlig aus der Sexualität zurück, obwohl sie durchaus noch sexuelle Wünsche hätten. Frauen nehmen diesen Rückzug oft passiv hin. Hier kann durch ein Beratungsgespräch oft die Situation geklärt und die Blockade überwunden werden [5]. Eventuell ist auch eine medikamentöse Behandlung der Potenzstörung, z.B. mit Viagra, sinnvoll, wenn diese Störung körperlich bedingt ist und die Behandlung von beiden Partnern gewünscht wird. Durch Hormonmangel kann es auch zum Auftreten oder zur Verschlechterung einer Blaseninkontinenz kommen, die als unangenehm und peinlich erlebt wird.

Weiterhin berichten viele Frauen über Trockenheit von Haut und Schleimhäuten – im Bereich von Augen, Ohren und Mund sowie der Vagina. Dadurch kann es zu Missempfindungen, Reizungen und vermehrten Infektionen kommen. Die Trockenheit der Scheide kann zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr führen. Die geringe oder fehlende Lubrikation der Scheide wirkt sich auch auf das psychische Erleben der Sexualität aus: Das Feuchtwerden der Scheide ist ein wichtiges Signal für die Bereitschaft der Frau, Verkehr zu haben. Die Scheide fühlt sich anders an, wenn sie feucht ist, sie wird «etwas Besonderes», manuelle Stimulation wird angenehmer erlebt. Wenn dieses Signal fehlt, kann auch für den Mann ein wichtiger sexueller Reiz ausfallen, wobei es vielen Paaren schwer fällt, darüber zu sprechen und gegebenenfalls ein Gleitgel zu benutzen.

Erwartungen und Befürchtungen

Die Erwartungen und Befürchtungen bezüglich der eigenen Wechseljahre sind häufig durch Erinnerungen daran geformt, wie die eigene Mutter diese Zeit erlebt und innerhalb der Familie kommuniziert hat («wie die Mutter, so die Tochter»). Dies gilt gerade auch dann, wenn die Mutter Komplikationen, wie Depressionen oder Osteoporose, hatte.

Gegenüber Männern haben Frauen oft wenig Hoffnung, mit ihren Beschwerden und Ängsten verstanden zu werden. Vielmehr fürchten viele einen Verlust der – erotischen – Attraktivität in den Augen der Männer, wenn diese erfahren, dass sie in den Wechseljahren sind. Sie fürchten bei Konflikten als hysterisch – weil in den Wechseljahren – angesehen zu werden.

Manche Patientinnen nehmen die Pille weit länger als nötig wäre, weil sie durch den wiederholenden Zyklus sich selbst wie auch den Partnern die Auseinandersetzung mit den Wechseljahren ersparen wollen. Auch alleinstehende Frauen, die schon lange ohne Sexualität mit einem Partner leben, versuchen mittels Pille an der Zeitlosigkeit ihres Frauseins festzuhalten, zum Teil auch, um das Ende der Gebärfähigkeit nicht betrauern zu müssen.

Verarbeitung gynäkologischer Operationen

Bezüglich aneratener oder durchgeführter gynäkologischer Operationen bestehen unterschiedliche Haltungen, die von Hoffnungen bis hin zu schweren Befürchtungen reichen können. Einige Patientinnen erlebten die Menstruation als immer wiederkehrende Schwächung und heftiges Unwohlsein und sind froh, mit einer Gebärmutteroperation dieses Übel endlich los zu werden, erhoffen sich davon Genesung und Kräftigung sowie mehr Ausgeglichenheit. Andere

Frauen fürchten, mit diesem Eingriff in ihrem seelischen und körperlichen Erleben beschnitten, wichtiger Empfindensmöglichkeiten beraubt und in ihrer Weiblichkeit beschädigt und verunstaltet zu werden. Zweifel an einem Fortbestehen der eigenen Attraktivität, Ängste vor einem Verlust oder Rückzug des Partners können aktiviert werden. Wenn der Eingriff vorgeschlagen wird im Zusammenhang mit der Erklärung, dass die Zeit des Gebärens ja ohnehin vorbei sei, fühlen sich viele Frauen verletzt und auf das Gebären reduziert.

Operationen der Brust wegen Mammakarzinomen können das Selbstwerterleben der Frau so stark erschüttern, dass sie weitere sexuelle Kontakte aus Angst vor Beschämung zu vermeiden versucht und damit einen wichtigen Erlebensbereich verliert. Instinktiv reagieren viele Frauen damit aber auch auf den tatsächlichen Rückzug und Abstand ihres Partners, der mit ihrem veränderten Körper nicht zu-rechtkommt und Gefühle von Angst, Unsicherheit bis hin zu Schuld, Wut und Abscheu in sich spüren mag. Unterstützung und Hilfe sind oft notwendig, eine als entstellend erlebte Narbe ins eigene Körperbild integrieren zu können. Das gemeinsame Anschauen, Verbinden und Abtasten der Narbe kann diese Integration beschleunigen, wenn sie in einer Atmosphäre von Achtung durchgeführt wird. Die oft vorhandene Scham wird so abgebaut.

Kontakte mit anderen Frauen

Freundinnen und Kolleginnen sind vielen Frauen eine wichtige Hilfe, die Wechseljahre zu bewältigen. «Es ist gut, dass ich mit meiner Freundin zusammen lachen kann – über die Lesebrille, die plötzliche Hitze und den roten Kopf. Wir gehen zusammen zum Turnen und irgendwie hilft es, dass sie das gleiche erlebt. Sie war die erste, mit der ich offen über meine sexuellen Probleme geredet habe. Sie hat mir auch viel erzählt. Und zugenommen hat sie auch!» Zitat aus einem Beratungsgespräch mit einer 48jährigen Patientin mit Libidostörungen.

Erwartungen an den Frauenarzt/die Frauenärztin

Im Gespräch mit dem Frauenarzt suchen viele Patientinnen zunächst einmal Verständnis, einen Zuhörer/eine Zuhörerin, der/die hilft, die Veränderungen zu begreifen und zu verstehen. Viele Frauen wünschen sich Informationen und nicht sofort die Verschreibung von Hormonen. In dieser Frage – aufgrund genauer Informationen – selbst entscheiden zu können, hilft in einer Phase der Verunsicherung, Autonomie und Selbstwert zu bewahren. Patientinnen, die dazu neigen, Krankheiten und Unwohlsein jeweils als nur psychisch bedingt zu begreifen, können entlastet und beruhigt reagieren, wenn sie von möglichen Auswirkungen des Hormonmangels erfahren. Oft werden Hormonbehandlungen als erleichternd erlebt, wenn die Entscheidung dafür aufgrund guter Information gefällt werden konnte. Durch die Verbesserung des Allgemeinbefindens werden vorhandene Libidostörungen gelegentlich positiv beeinflusst, wenngleich eine direkte libidosteigernde Wirkung der Hormonsubstitution bisher nicht gesichert ist [6].

Veränderte Erwartungen an Partnerschaft und Sexualität

Frauen, die nach den Wechseljahren eine freiere und genussreichere Sexualität kennen lernen, sprechen darüber selten mit ihren Ärzten. Dennoch erleben viele Frauen diese Lebensphase als sexuell beglückend. Sie haben vielleicht mehr Zeit und Ruhe, weil die Kinder sie nicht mehr so brauchen, sie haben keine Angst mehr vor einer erneuten Schwangerschaft und haben vielleicht auch mehr Sicherheit erworben, eigene Wünsche zu äussern und zu diskutieren und ihre Sexualität selbst zu gestalten.

Die mit den Wechseljahren gezogene Bilanz und die Wahrnehmung der Endlichkeit der eigenen Lebenszeit können Mut machen, notwendige Veränderungen im eigenen Leben anzupacken und vielleicht auch gegenüber dem Partner zu formulieren. Die Frauen möchten die wirklichen Hintergründe jahrelanger sexueller Probleme kennenlernen und weisen oft erstmals bisherige gemeinsame Erklärungsmodelle zurück, die sie allein für die Schwierigkeiten verantwortlich machten. Libidostörungen werden von den Frauen eher mit Problemen in der Partnerschaft als mit der hormonellen Umstellung in Verbindung gebracht. Wenn ihnen die wirklichen Gründe, z.B. für ihre Lustlosigkeit oder ihre Unfähigkeit, einen Orgasmus zu erleben, deutlicher werden, möchten viele einen Versuch machen, ihr Sexualleben zu verbessern. Manche Frauen erleben in dieser Phase massive Wut, wenn sie erkennen, dass der Partner sich jahrelang bezüglich der sexuellen Probleme auf ihre Kosten entlastet hat und ihre Vorschläge und Wünsche überhört bzw. nicht ernst genommen hat. Andere Frauen leiden unter der sexuellen Passivität, dem Desinteresse oder einer Impotenz ihrer Männer. Ihnen fehlt neben der sexuellen Erfüllung die Bestätigung, geliebt und begehrt zu werden, sie erklären sich den Rückzug des Mannes oft mit dem Nachlassen ihrer körperlichen Attraktivität oder vermuten eine Aussenbeziehung.

Reifungskrise als Chance

Einige Frauen kommen mit dem Wunsch, eine Klärung herbeizuführen, um eigene Entscheidungen besser treffen zu können. Sie sind nicht bereit, auf die Erfüllung ihrer Wünsche in Bezug auf Partnerschaft und Sexualität länger zu verzichten und sind gewillt, auch die Konsequenzen einer Trennung in Kauf zu nehmen, wenn ihr Partner eine Veränderung nicht will oder nicht dazu in der Lage ist. Manche Frauen möchten endlich ihren Körper kennenlernen und suchen Informationen über weibliche Sexualität, möchten vielleicht auch lernen, wie sie sich selbst befriedigen können. Vieles im Bild der Frau von sich selbst und ihrem Körper, von ihrem Selbstwahrnehmen und ihrer Wirkung auf andere verändert sich in diesen «Wechseljahren» – und viele Frauen erleben die damit verbundenen Gefühle und Krisen wie eine Art «zweite Pubertät». Sie trauern um das Verlorene, die Attraktivität für andere wird erneut ein wichtiges Thema, es kommt zu Auseinandersetzungen mit der Umgebung, und gleichzeitig kann Kreativität entwickelt werden, verbunden mit dem Gefühl, sich dem eigenen Wesen zu nähern und in Beziehungen mehr sich selbst zu sein.

Literatur

- 1 Jürgensen O: Weibliche Lebensmitte als Psychologie der Östrogene?; in Schlesinger-Kipp G (Hrsg): Weibliche Identität und Altern. Giessen, Psychosozial-Verlag, 1995.
- 2 Riedel I: Die gewandelte Frau – vom Geheimnis der zweiten Lebenshälfte. Freiburg, Herder, 1998.
- 3 Masters WH, Johnson VE: Human Sexual Response. Boston, Little, Brown, 1966.
- 4 Gnirss-Bornet R, Sieber M, Buddeberg C: Sexualmedizinische Diagnostik und Therapie von Erektionsstörungen in einer Spezialsprechstunde. Z Sexualforsch 1995;8:12–23.
- 5 Buddeberg C: Sexualberatung: Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater. Stuttgart, Enke, 3. Aufl, 1996.
- 6 Leiblum SR, Rosen R: Sexual Desire Disorders. New York, Guilford, 1993, pp 297–305.