

Lustlosigkeit der Frau

Wie bei allen Sexualproblemen ist zu bedenken, dass sowohl Erkrankungen als auch psychische und soziale Belastungen in gleichem Maße als Ursache in Frage kommen. Nur wenn die richtige Ursache gefunden wird, kann auch die passende Therapie angewendet werden.

Lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig durch und machen Sie sich Notizen, die Sie dann zu Ihrem Arztbesuch mitnehmen können. Je besser Sie sich im Vorfeld auf Ihren Arztbesuch vorbereiten, desto schneller kommen Sie zu einer sicheren Diagnose und passenden Therapie.

Fragen zur sexuellen Lustlosigkeit

- Seit wann besteht die Lustlosigkeit?

- War der Beginn plötzlich oder schleichend? plötzlich schleichend
- Sind Sie nur in bestimmten Situationen lustlos? Urlaub unter Stress
 Alltag unter Zeitdruck
 wenn Probleme vorliegen

andere Störfaktoren:

- Oder mit bestimmten SexualpartnerInnen? Ja Nein
- Ist die Selbstbefriedigung auch betroffen? Ja Nein
- Können Sie abschalten? leicht schwer gar nicht
- Können Sie sich fallen lassen? leicht schwer gar nicht
- Möchten Sie gerne Kontrolle behalten? Ja Nein
- Können Sie erregt werden, merken aber dass alles „zäher“ geworden ist und länger dauert? Ja Nein
- Werden Sie zwar erregt, die Erregung bricht aber ab, bald nachdem Ihr Partner in Sie eindringt? Ja Nein
- Wie leicht schaffen Sie es feucht zu werden und den Feuchtigkeitsfilm bis zum Ende zu bilden? leicht schwer gar nicht
- War das früher anders? Ja Nein
- Leiden Sie auch unter anderen Sexualproblemen? z.B.:
 - Erregungsstörung
 - Lustlosigkeit
 - Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

Fragen zur sexuellen Lustlosigkeit

- Gab es vor/um die Zeit des ersten Auftretens des Problems einschneidende Ereignisse?

- Trennungen
- Verluste
- Krankheiten

andere Ereignisse:

- War der letzte Geschlechtsverkehr für beide zufriedenstellend?
 - Laufen die Sexualkontakte so ab, wie Sie es brauchen um zufrieden zu sein?
 - Was fehlt Ihnen?
-
-
-

- Ja Nein
- Ja Nein

Krankheiten

- Übergewicht
- zu hoher Cholesterinspiegel
- Diabetes mellitus (erhöhter Blutzuckerspiegel)
- Bluthochdruck
- Zustand nach Herzinfarkt
- Zustand nach Hirnschlag
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Depression
- Schilddrüsenfunktionsstörung
- Prolaktinom (gutartiger Tumor der Hirnanhangdrüse)

- Andere chronische Erkrankungen wie z.B.:

- Krebserkrankungen
- Lebererkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Erkrankungen des Nervensystems
- hormonelle Störungen
- andere Erkrankungen

Medikamente

Bitte Beipackzettel mitnehmen!

Lebensstil

- Rauchen
- Trinken
- Drogen
- Schlafstörungen
- Schlafmangel
- soziales Leben
- Stress

• Ist in Ihrer Lebensgestaltung Platz für Sinnlichkeit?

Ja

Nein

Operationen

- Operationen im Bereich des Bauchraumes
- Operationen des kleinen Beckens (Gefäß-, Dickdarmoperationen...)
- Blutgefäßoperationen
- Operationen des Gehirns
- Operationen der Wirbelsäule
- Operationen der Genitale-versorgenden Nerven

• Gynäkologische/urologische Operationen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blasenoperationen | <input type="checkbox"/> Gebärmutterentfernung |
| <input type="checkbox"/> Entfernung der Eierstöcke | <input type="checkbox"/> vordere/hintere Plastik |
| <input type="checkbox"/> andere | |

Unfälle

- Schädel-Hirn-Traumen
- Wirbelsäulenverletzungen
- Becken-Damm
- Pfählungsverletzungen

Psychische und soziale Belastungen

Zum Beispiel:

- neuer Familienzuwachs Verlust eines Familienmitgliedes
- schwierige berufliche, familiäre und/oder partnerschaftliche Situation
- Leidet Ihr/e PartnerIn unter körperlichen, psychischen oder sozialen Belastungen?
- Hat Ihr/e PartnerIn Sexualprobleme?
 - Lustlosigkeit Orgasmusstörungen Erektionsstörungen
 - vorzeitiger Samenerguss andere Sexualstörungen
- Neigen Sie dazu, sich bei der Sexualität eher um die Wünsche des/der Partners/Partnerin zu kümmern, als auf sich zu schauen? Ja Nein

• Was sagt Ihr/e PartnerIn zu Ihrem Problem?

• Andere Ursache

Therapiewünsche

Was haben Sie bisher unternommen – was wünschen Sie sich?

- Was haben Sie bisher gegen dieses Problem unternommen?
- Inwiefern hat dieser Therapieversuch geholfen?
- Was ist Ihr Therapiewunsch?
- Was ist der Therapiewunsch Ihrer/es Partnerin/Partners?

Notizen
