

SEXOLOGISCHE BALNEOTHERAPIE

Kurortbehandlung sexueller Störungen



MUDr. Robert Kovarik

Sexologische Balneotherapie

Kurortbehandlung sexueller Störungen

—

von
MUDr. Robert Kovarik

—

2. Auflage

© 2023 von Robert Kovarik, Alle Rechte, insbesondere die der Übersetzungen in fremde Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieses Buches darf ohne Genehmigung des Autors in irgendeiner Form - durch Fotokopie, Mikrofilm oder irgendein anderes Verfahren - reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsmaschinen, verwendbare Sprache übertragen oder übersetzt werden.

All rights reserved (including those of translation into foreign languages). No part of this book may be reproduced in any form - by photo print, microfilm, or any other means - or transmitted, or translated into a machine language without written permission from the author.

Inhaltsverzeichnis

1. Über dieses Buch.....	1
2. Vorwort.....	3
3. Luxusfunktion kontra Stress.....	5
4. Individuelle oder Paartherapie?.....	8
5. Ein Problem der sexologischen Anamnese.....	9
6. Neurophysiologie der Sexualfunktionen.....	12
6.1. Die Vorbereitung des Organismus und der Genitalorgane für die sexuelle Funktion.....	12
6.1.1. Der hormonale, chemische Code.....	13
6.1.2. Der nervale, elektrische Code.....	13
6.1.3. Wie oben so unten.....	14
6.1.4. Die Schädlichkeit des chronischen Schmerzes.....	14
6.1.5. Optimierung der neurovegetativen Lage.....	15
6.1.6. Antagonismus zwischen den Gonadotropinen und Stresshormonen.....	17
6.1.7. Neurovegetative Signale unseres Lebens.....	18
6.1.7.1. In die parasympathikotone Richtung wirken.....	19
6.1.7.2. In die sympathikotone Richtung wirken.....	20
6.1.8. Diagnostik der neurovegetativen Lage.....	20
6.1.8.1. Statische Werte.....	21
Györgyi-Quotient.....	22
6.1.8.2. Dynamische Werte.....	22
Akrale Wiedererwärmungszeit nach Heidelmann.....	22
Kreislaufregulationsprüfung nach Schellong.....	23
Cold-Pressor-Test nach Hines und Brown.....	23
Dermographismus.....	24

Adrenalin-Histamin Hauttest nach Breitmann.....	24
Elektrodermatogramm.....	25
CLUE-Medical.....	25
6.2. Die Ausführung der sexuellen Funktionen.....	26
7. Kompensationsmöglichkeiten.....	34
7.1. Hormonwirksame nichthormonale Anwendungen.....	35
7.2. Wie entstehen hormonale Effekte ohne Hormone?.....	36
8. Das Rätsel der Scheidenfeuchtigkeit.....	38
9. Sexuelle Unterschiede zwischen Mann und Frau.....	42
9.1. Tomboyismus.....	45
9.2. Der Detumeszenstrieb.....	46
10. Klassifikation der funktionellen sexuellen Störungen.....	48
11. Balneotherapie.....	51
11.1. Neurovegetative Synchronisierung.....	53
11.2. Dynamische Chronotherapie. Die Umkehr der Reize.....	55
11.3. Der Tagesbiorhythmus.....	56
11.4. Begleitbedingungen jeder Therapie.....	57
11.5. Das potenzierende Verhalten und die neurovegetativ richtige Ernährung des Patienten.....	58
11.6. Unspezifischer sexueller Effekt jeder Kurort-Behandlung.....	58
11.7. Bisherige Zusammenfassung.....	60
12. Fazilitätstherapie.....	61
12.1. Das Prinzip der Fazilitation.....	62
12.2. Die Gefahr der neuronalen Adaptation und ihre Abhilfe.....	66
13. Sexologisch wirksame Kuranwendungen.....	67
13.1. Thermotherapie, Wärmebehandlung.....	67

13.1.1. Wärmeregulation.....	67
13.1.2. Thermoregulatorische Volumenverschiebungen.....	71
13.1.3. Übersicht der mehrstufigen Wärmeregulation.....	72
13.1.4. Wärmeeffekte.....	73
Allgemeine Wärmeapplikation.....	73
Lokale Wärmeapplikation.....	74
Wirkungsmechanismen der Wärmebehandlung.....	75
13.2. Hydrotherapie, Wasserbehandlung.....	76
13.2.1. Hydrostatische Volumenverschiebungen.....	76
13.3. Kalte Anwendungen.....	77
13.3.1. Klassische Regeln der Kältetherapie.....	77
13.4. Volumenverschiebungen bei thermoregulatorischen und hydrostatischen Kombinationen.....	78
13.4.1. Kaltes Vollbad.....	78
13.4.2. Kaltes Halbbad.....	79
13.4.3. Warmes Vollbad.....	79
13.4.4. Warmes Halbbad.....	79
13.5. Wasservollbad 35 - 36°C.....	80
13.6. Wasservollbad 37°C.....	81
13.7. Wasservollbad 38°C.....	82
13.8. Wasservollbad 39°C.....	82
13.9. Wasservollbad 40°C.....	83
13.10. Vaginale Solespülungen 40 - 44°C.....	84
13.11. Perlbad, Luftsprudelbad, 35 - 37°C.....	85
13.12. Kneippsche Hydrotherapie.....	86
13.13. Sexologische Anwendungskomposition A (SAK-A).....	87

13.14. Sexologische Anwendungskomposition B (SAK-B).....	87
13.15. Sexologisches Wirbelbad, 35 - 37°C.....	88
13.16. Duschenstimulationen der Vulva.....	89
13.17. Kaltes Hodensackbad.....	89
13.18. Genitale Vakuum-Therapie.....	91
13.19. Pelloide.....	91
13.19.1. Indifferentes Torfbreibad, 33 - 34°C.....	92
13.19.2 Hyperthermisches Torfbreibad, 42 - 44°C.....	93
13.19.3. Torfpackung und Fango, 44°C.....	93
13.19.4. Vaginaler Moortampon (FEMIOThERIK).....	94
13.20. CO ₂ -Behandlung, Kohlensäurebehandlung.....	97
13.20.1. Physiologie des CO ₂	97
13.20.2. Klassisches wässriges Kohlensäurebad.....	98
13.20.3. Geschlossene Kohlendioxyd-Komfortgasbehandlung, (BIOThERIK™)	100
13.20.4. CO ₂ -Trockengasbad nach Tichý.....	103
13.20.5. CO ₂ -Sitzbad.....	105
13.20.6. CO ₂ -Vaginale Insufflation.....	106
13.20.7. Direktes CO ₂ -Genitalbad.....	106
13.21. Gynäkologische Vibrationstherapie.....	107
13.22. Reflexbehandlung.....	109
13.22.1. Subkutane CO ₂ -Gasinsufflationen.....	109
13.22.2. Elektrotherapie, Ultraschalltherapie.....	110
13.23 Massage.....	111
13.23.1. Klassische Massage.....	111
13.23.2. Reflexzonenmassage - Bindegewebsmassage.....	112

14. Psychotherapie.....	113
14.1. Rationale oder emotionale Psychotherapie?.....	113
14.2. Sexologische Balneotherapie als nonverbale Psychotherapie.....	114
14.3. Behaviorale sexuelle Übungstherapie.....	115
14.4. Entspannungsübungen.....	115
14.4.1. Autogenes Training.....	116
14.4.2. Muskelrelaxation nach Jacobson.....	118
14.5. Musiktherapie.....	118
14.5.1. Methode der „Emotionalen Katharsis“.....	119
14.5.2. Vulvo-Elektrokapazitätsplethysmographie nach Figar.....	122
14.6. Liegekuren.....	143
15. Balneologische Strategien.....	144
15.1. Zentralisierungsstrategie.....	145
15.2. Nachahmungsstrategie.....	147
15.3. Substitutionsstrategie.....	150
15.4. Relaxationsstrategie.....	150
15.5. Analgetische Strategie.....	151
15.6. Anregungsstrategie.....	154
15.7. Fazilitätsstrategie.....	155
15.7.1. Spezifische sexologische Fazilitätstherapie.....	155
15.8. Kombinationen der balneologischen Strategien.....	158
16. Sexologische Behandlungstaktik.....	159
16.1. Grundprinzip des sexologischen Behandlungsplans.....	159
16.2. Beispiel einer Verordnung bei einer Frau.....	162
16.3. Beispiel einer Verordnung bei einem Mann.....	166
17. Indikationen der balneologischen Sexotherapie.....	170

18. Allgemeine Kontraindikationen der Kur, der hydrostatischen Belastung und der Wärmebelastung aus interdisziplinärer Sicht.....	172
18.1. Kontraindikationen der sexologischen Balneotherapie.....	173
19. Zwischenfälle während des Bades.....	174
19.1. Kreislaufkollaps.....	174
19.2. Herzrhythmusstörung.....	174
20. Vorteile der sexologischen Balneotherapie.....	176
21. Fazit.....	178
22. Zum Autor.....	179
23. Weiterführende Literatur.....	181

8. Das Rätsel der Scheidenfeuchtigkeit

Während sich die beginnende sexuelle Erregung bei einem Mann mit dem Versteifen des Gliedes manifestiert, reagiert die gesunde Scheide einer Frau mit einer sofortigen Befeuchtung.

Das sollte uns stutzig machen!

Wie kann es zu einer Scheidensekretion kommen, wenn die Scheide bekanntlich überhaupt keine sekretorischen Drüsen besitzt?

An der Sekretion der tubaren sekretorischen Zellen, die für die Produktion einer intratubaren Flüssigkeit (Endolymph) zwecks besserer Beweglichkeit der Spermien zuständig sind, kann es nicht liegen. Erstens sind sie von der Scheide zu weit entfernt, zweitens bleibt der Zervikalkanal der Gebärmutter mit einem abdichtenden Schleimpfropf gegen aufsteigende Infektionen fest verschlossen, während die Scheidenflüssigkeit schon heraustropfen kann.

Ein retrograd fließender Urin in die Vagina kann es auch nicht sein, schon deswegen nicht, weil die Scheide beim Geschlechtsverkehr mit dem Penis mehr oder weniger immer obstruiert wird, und die abdichtende Muskelanspannung des unteren Scheidendrittels während der sexuellen Erregung ebenfalls zunimmt.

Wie die rätselhafte Scheidensekretion zustande kommt, darüber schweigen sich alle schlauen Lehrbücher bis heute beharrlich aus. Es scheint keinen Professoren zu stören, nichts darüber zu wissen, respektive nichts zu schreiben, obwohl dies eine überaus wichtige, tagtäglich beobachtbare Tatsache ist, die sogar große gesundheitliche und therapeutische Konsequenzen hat. Es mussten sogar pharmakologische Ersatzmittel entwickelt werden, um das Syndrom der trockenen Scheide zu lindern (allerdings vermögen sie sie nicht zu heilen!).

Wie entsteht also die Scheidensekretion?

Ich habe die Antwort in den Arbeiten von M. Stauber und V. Nicolas über die Anatomie der Scheidenwand gefunden. Sie schrieben:

„Die Vaginalwand ist etwa 3 mm dick. Die innere Schicht weist einen relativ dicken Übergang aus mehrschichtigem, nicht oder kaum verhornendem Plattenepithel auf. Das subepitheliale Bindegewebe ragt mit unregelmäßigen, teils höheren (Hinterwand), teils flachen Papillen (Vorderwand) in die Epithelbasis hinein.

Aus dem subepithelialen Gefäßnetz dringen in den Stromapapillen einzelne Kapillarschlingen bis etwa zur Hälfte der Epithelhöhe vor. Unmittelbar unter dem Epithel befindet sich ein Netz dünner elastischen Fasern. Das kollagene Fasergeflecht, das an die elastische Schicht anschließt, bildet ein schmalschlitrigen Gitter. Durch seine Lücken treten Blutgefäße hindurch. Die Muskularis der Vagina setzt sich aus Bündeln glatter Muskelzellen zusammen, die scherengittrig angeordnet sind und rechts und linksläufige Spiralsysteme bilden. Die Adventitia setzt sich in die Bindegewebshülle der Nachbarnorganen fort, in das festere Septum vesico-urethro-vaginale und in das nachgiebigere Septum rectovaginale. Subepitheliales Bindegewebe, Muskulatur und Adventitia werden von muskulösen Arterien und einem Netz von Venen durchzogen.

Alle Blutgefäße treten vom Parakolpium an die seitlichen Ränder der Vagina heran. Die Arterien stammen von einem starken Zweig der aa. vesicalis caudalis und der a. cervicovaginalis, kleinere Zweige der aa. vesicalis caudalis und der a. pudendus interna treten an den unteren Teil der Vagina heran, wobei sich gelegentlich an der hinteren Vaginalwand eine längstverlaufende Anastomose zwischen diesen Arterien bildet.

Die von Vagina kommenden Venen bilden seitlich im Parakolpium einen mächtigen Plexus vaginalis, der mit den Venen der Blase und des Rectums in Verbindung steht, als Plexus uterovaginalis sich in die Venen des Parametriums fortsetzt. (Seitz-Americh 1953)

Die Gefäße im Portiobereich zeichnen sich gegenüber den Gefäßen im introitusnahen Bereich im Allgemeinen durch größere Querschnitte aus. Das Scheidensekret hat pH 4-4,5 durch Gehalt an Milchsäure (0,5%) bedingt.

Die Altersvorgänge in der Vagina äußern sich nach Bergmann (1962) in den auch für die Uterusgefäße zutreffenden sklerotischen Veränderungen der Arterien (Zerfall der Media, Intimaverdickungen). Im Senium tritt in der Vaginalwand eine Atrophie der Muskulatur ein, die elastischen Fasern zerfallen und es ist eine allgemeine Gewebeschrumpfung zu verzeichnen.“

Mir fiel sofort auf, dass dies des Rätsels Lösung ist. Davon bin ich fest überzeugt, weil ich es physikalisch - medizinisch, ohne Medikamente, nur mit dem wärme - mechanischen Effekt der heißen vaginalen Moortamponaden immer mit Erfolg ausnutzen konnte. Mit Hilfe der Entdeckung dieser anatomischen Besonderheit der Scheidenhaut konnte ich das Syndrom der trockenen Vagina sogar heilen, nicht nur lindern (über die vaginalen Tamponaden lesen Sie im entsprechenden Kapitel mehr).

Die Erklärung des Geheimnisses der geisterhaften Scheidensekretion liegt also in der einmaligen Konstruktion der Scheidenhaut:

Vereinfacht gesagt: In der Struktur der Scheidenwand befindet sich eine elastische vaginale Platte. Sie ist mit unzähligen kleinen Öffnungen übersät. Durch jede solche Mikroöffnung ragt je eine Kapillarschlinge.

Das ist alles.

Nun ist es klar, wie es funktioniert:

Parasympathikotone Reize (zum Beispiel sexuelle Reize) bewirken eine Erweiterung des Durchmessers dieser kleinen Blutgefäße. Der Durchmesser der Öffnungen in der elastischen Scheidenplatte wird dabei nicht vergrößert, weil er nicht von parasymphatischen Reizen abhängt.

Die ursprünglich flexible Scheide wird im Laufe der sexuellen Erregung zu einem fast rigiden Hohlorgan. Die durch sexuelle Erregung provozierten Kontraktionen der spiralförmigen glatten Muskelfasern verursachen jetzt eine Verengung der Öffnungen.

Die angeschwollenen Kapillarschlingen werden innerhalb der relativ festen, unflexiblen Öffnungen der elastischen und glattmuskulären Vaginalplatte nun vorübergehend eingeschnürt. Da im arteriellen Teil der Kapillarschlinge immer ein etwas höherer Blutdruck herrscht als in dem venösen Teil, gibt es jetzt ein Ventilmechanismus, der zum Blutstau oberhalb dieser Öffnungen führt. Der Blutstau entsteht in dem Bogen der Kapillarschlinge, der dem Scheidenlumen zugewandt ist.

Dadurch sickert die in der Kapillarschlinge gestaute Serumflüssigkeit vermehrt in das Scheideninnere. Sie ernährt gesunde Mikroben, Laktobazillus Döderleini, die die Scheide so dicht besiedeln, dass keine anderen Pathogenen Platz an der Scheidenhaut finden.

Falls die sexuellen Ovarialhormone fehlen, egal ob unter Dauerstress oder altersbedingt, schrumpft allmählich die Scheide. So werden auch die Öffnungen in der elastischen Platte kleiner bis unsichtbar. Stellen Sie sich einfach einen aufgeblasenen Luftballon mit eingemalten Kreisen vor! Schrumpft der Luftballon, so verringern sich die Kreise bis zu Pünktchen, in denen kein Platz mehr in ihrem Zentrum bleibt.

Genauso werden die Kapillarschlingen in der schrumpfenden Scheide eingeschnürt, bis kein Blut mehr durchkommt. Die Kapillarschlingen ziehen sich unterhalb der zugehörigen Öffnung zurück. Die Scheidenhaut wird dann trocken, brüchig und infektionsanfällig. Der schützende Laktobazillus wird nicht mehr genügend ernährt, stirbt aus und alle Pathogenen finden einen ungehinderten Zugang in das Innere der Scheide.

So entsteht eine Dyspareunie: Das Sexualleben wird unangenehm, schmerzhaft und mit Stress verbunden, was einen pathologischen Zirkel verursacht und zum Verlust der Libido führt.

Wird die elastische Scheidenplatte gedehnt - das geschieht laufend während des regelmäßigen Sexuallebens, oder therapeutisch mit Hilfe von intravaginal unter Druck appliziertem heißen Moortampon - so erweitern sich die Öffnungen automatisch, die glatte Muskelfasern werden durch die Wärme detoniert, und die unzähligen Kapillarschlingen sprießen wieder in das Scheidenlumen, womit die Befeuchtung der Scheide unter entsprechenden Reizen wieder gesteigert wird.

Dieser Mechanismus macht deutlich, wie wichtig der parasympathische Grundtonus für die gesunde Sexualität ist, warum stressbedingte sympathikotone Zustände zu Sexualstörungen führen, warum nichtganzheitliche sexuelle Behandlung kaum wirksam ist, warum die Östrogene kompensatorisch helfen und wie essenziell die möglichst generalisierte Sympathikolyse bei der Sexotherapie ist.