



© foto.fritz / Fotolia.com

Schweigen überwinden

Sexualberatung in der Onkologie

STEFAN ZETTL

Einschränkungen der Sexualität, wie z.B. ein vermindertes sexuelles Verlangen, treten als Folgeerscheinung vieler onkologischer Krankheitsbilder und deren Behandlung auf und bedeuten für die Betroffenen oft eine erhebliche Einbuße an Lebensqualität. Spricht der Onkologe das Thema Sexualität offen an, kann dies chronifizierte sexuelle Störungen verhindern.

Schwierigkeiten im Umgang mit Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens im Kontext körperlicher Krankheiten sind in Klinik und Praxis immer noch weit verbreitet: sie werden selten zum Thema eines Gesprächs mit den Betroffenen. Gerade im Bereich onkologischer Krankheitsbilder finden sich aber eine Vielzahl möglicher Auswirkungen der Erkrankung und/oder der notwendig werdenden therapeutischen Maßnahmen, die die Sexualität negativ beeinflussen können (Kasten 1 und 2).

So treten Störungen des sexuellen Verlangens („hypoactive sexual desire disorder“) als eine häufige Begleiterscheinung onkologischer Erkrankungen und ihrer Behandlung auf. In klinischen Beobachtungsstudien werden z.B. für das Ovarialkarzinom Prävalenzen zwischen 47% [5] und 67% [4] angegeben.

Als zentrales klinisches Merkmal sexueller Appetenzstörungen gilt ein Mangel oder ein Fehlen sexueller Motivation, Phantasien und sexuellen Verlangens. Menschen mit diesen Symptomen verspüren nur wenig Lust, sexuelle Aktivitäten zu beginnen und sind auch nicht enttäuscht, wenn diese nicht stattfinden. Die verminderte Appetenz kann sich bis zur sexuellen Aversion steigern. Auch in der Partnerschaft übernehmen Betroffene gewöhnlich keine Initiative oder

machen nur widerwillig mit, wenn der Partner sie ergreift. In der Regel finden nur selten sexuelle Kontakte statt.

Im Kontext einer Krebserkrankung können dabei viele unterschiedliche Bedingungen als Endergebnis zu einer Reduktion oder dem vollständigen Verlust des sexuellen Verlangens führen.

Körperbildveränderungen

Mutilierende Eingriffe wie eine Mastektomie oder die Anlage eines künstlichen Darmausgangs oder Veränderungen des Körperbildes durch die Spätwirkungen einer Radiatio bedeuten für viele Patienten eine massive Veränderung ihres Körperbildes, eine Erschütterung ihres Selbstverständnisses und ihrer psychosozialen Rollensicherheit. Sie führen häufig zu einem sexuellen Rückzug und einem Verlust sexuellen Verlangens, wobei der objektive Befund und die subjektive Befindlichkeit in keinem eindeutigen Verhältnis zueinander stehen. Das heißt, auch kleine, für den Außenstehenden unbedeutende Körperbildveränderungen können einen maximalen Leidensdruck und in der Folge eine Appetenzstörung und ein damit verbundenes Vermeidungsverhalten verursachen. Andere Krebspatienten wiederum fühlen sich dagegen auch durch gravierende Veränderungen nicht oder kaum beeinträchtigt.

Auswirkungen der Chemotherapie

Eine Chemotherapie hat in Abhängigkeit von den angewandten Substanzen, ihrer Dosis und Länge deutliche Auswirkungen auf die Sexualität. Dabei geht die Hochdosischemotherapie im Vergleich zur konventionellen Chemotherapie häufiger mit Einschränkungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens einher. Aufgrund des radikalen Abfalls des freien Testosteronspiegels entwickeln z. B. Frauen einen Androgenmangel der u.a. ein vermindertes sexuelles Verlangen verursacht. Dazu kommen Veränderungen der Gefühlslage, rasche Ermüdbarkeit und Störungen des Antriebs, die sich ebenso negativ auf das sexuelle Verlangen auswirken. Der Haarverlust wird von vielen Frauen mit dem Verlust ihrer Attraktivität und Weiblichkeit assoziiert und kontaminiert dadurch auch das sexuelle Verlangen.

Einfluss einer endokrinen Therapie

Ein Beispiel für eine endokrine Therapie mit Einfluss auf die Sexualität ist die medikamentöse Unterdrückung bzw. Ausschaltung der Ovarfunktionen bei prä- und perimenopausalen Frauen mit hormonrezeptorpositivem Mammakarzinom. Die vorzeitige Einleitung der Menopause führt neben Hitzewallungen und Schlafstörungen insbesondere auch zu einer Abnahme des sexuellen Verlangens. Eben-

so leiden besonders junge Frauen mit Ovarialtumoren unter der meist unumgänglichen Kastration durch die bilaterale Oophorektomie. In der Women's International Study of Health and Sexuality [2] zur Frauengesundheit und Sexualität der Frau, an der 2.050 Frauen in den Vereinigten Staaten teilnahmen, berichteten 66% der 20- bis 49-jährigen und 44% der 50- bis 70-jährigen Frauen über einen Leidensdruck im Zusammenhang mit ihrem geringen sexuellen Verlangen.

Fatigue lähmt auch die Lust

Müdigkeit, Erschöpfung, Antriebslosigkeit und Verlust an Lebenskraft sind häufige Begleiterscheinungen onkologischer Erkrankungen und ihrer Behandlung. Sie treten in Abhängigkeit von der Art des Tumors und seiner Behandlung bei 20–70% der Betroffenen auf und sind auch durch Ruhepausen und Schlaf kaum zu bessern. Patienten beschreiben diese Müdigkeit als „bleiern“; es fallen

oft Sätze wie „Ich kann mich zu nichts aufraffen“, „Jeder Schritt fällt mir schwer“, oder „Ich habe zu nichts mehr Lust!“ Als mögliche körperliche Ursachen wird u.a. die Ausschüttung von Zytokinen, die Tumorkachexie oder eine bestehende Anämie diskutiert. Ebenso können depressive Syndrome zur Entwicklung der Fatigue beitragen. Natürlich wirkt sich dieses Syndrom auch auf die Sexualität der Betroffenen in negativer Weise aus, insbesondere in Form eines verminderten sexuellen Verlangens.

Anpassungsstörungen im Verdacht

Anpassungsstörungen treten als Folge zahlreicher Krebserkrankungen auf und beeinträchtigen die Lebensqualität. Die Prävalenz klinisch relevanter Anpassungsstörungen liegt je nach Untersuchungsmethodik zwischen 24 und 32%. Es gibt bisher keine empirischen Studien, die die Auswirkungen dieser Störungen auf das

sexuelle Erleben und Verhalten der Betroffenen untersucht haben, aber es ist mit Sicherheit davon auszugehen, dass es in vielen Fällen zu Einschränkungen der Sexualität kommt. Ängste vor dem Auftreten eines Rezidivs („Damoklessyndrom“) oder auch eine hypochondrische Selbstbeobachtung des eigenen Körpers können u.a. das Auftreten sexueller Wünsche blockieren.

Komorbide psychische Störungen

Komorbide psychische Störungen im Kontext onkologischer Erkrankungen können ebenso einen negativen Einfluss auf die Sexualität nehmen. Die allgemeine psychische Belastung über alle onkologischen Krankheitsbilder hinweg wird auf 20–35% geschätzt. Die häufigsten Diagnosen sind Angststörungen, Depressionen, Anpassungsstörungen, akute Belastungsreaktionen oder auch posttraumatische Belastungsstörungen. Depres-

Beispiele körperlicher Ursachen

Kasten 1

- Allgemeine Verschlechterung des körperlichen Befindens durch die Krebserkrankung und deren Behandlung, z.B. Fatigue
- Krebs- oder behandlungsbedingte unmittelbare anatomische Schädigung von primären oder sekundären Geschlechtsorganen, z.B. radikale Vulvektomie
- Wundschmerzen nach operativen Eingriffen
- Schmerzen bei der Kohabitation durch operationsbedingte Lageveränderungen innerer Organe oder Verwachsungen
- Tumor- oder behandlungsbedingte Veränderungen sexueller Funktionen, z.B. mangelnde Lubrikation nach Radiatio
- Nebenwirkungen von Medikamenten, z.B. Auswirkungen von Eingriffen in die Hormonregulation
- Krebs- oder behandlungsbedingte Infertilität

Beispiele psychosozialer Ursachen

Kasten 2

- Konfrontation mit der Diagnose Krebs und deren Auswirkungen auf das Selbsterleben und Selbstwertgefühl
- Beeinträchtigung des Empfindens der eigenen Attraktivität, z.B. durch Gefühle von Scham oder Ekel nach Stomaanlage
- Krankheits- und therapiebedingte Ängste und depressive Verstimmungen
- Fehlvorstellungen und Wissensdefizite über die Sexualität
- Sexuelle Versagensängste
- Falsche Erwartungen, z.B. dass der Partner keinen sexuellen Verkehr mehr wünscht
- Durch die Erkrankung krisenhaft ausgelöst, zuvor latente Partnerschaftskonflikte

sive Syndrome treten bei ca. 20 % der Frauen mit einer Krebserkrankung auf [1], werden aber nur selten adäquat diagnostiziert und behandelt. Für posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) bei Krebspatienten werden in der Literatur Häufigkeiten zwischen 5 und 22 % angegeben. In diesen Fällen ist eine begleitende psychoonkologische Behandlung erforderlich.

Erhebung der Anamnese

Wie bei anderen sexuellen Störungen ist auch hier eine sorgfältige Anamneseerhebung erforderlich. Neben dem derzeitigen Sexualstatus und der aktuell bestehenden Beziehung ist es wichtig, nach der potenziellen Auslösesituation zu fragen. Dabei könnte sich nämlich auch zeigen, dass das Problem bereits vor dem Ausbruch der Krebserkrankung bestand und nicht erst durch sie ausgelöst wurde. Außerdem sollte die Entwicklung des Symptoms erfragt werden, da die Appetenzminderung in manchen Fällen erst durch ein anderes sexuelles Problem (z.B. Dyspareunie als Nebenwirkung einer Radiatio) ausgelöst wurde. Differen-

zialdiagnostisch ist natürlich abzuklären, ob und welche Medikamente (z.B. Antidepressiva) eingenommen werden.

Sexualität offen ansprechen

Sexualität und insbesondere „sexuelles Versagen“ sind scham- und angstbesetzt und hindern die Patienten daran, offen das Bedürfnis nach einer Beratung durch ihren Haus- oder Facharzt zu äußern, wie es das folgende Beispiel einer 58-jährigen Patientin mit einem Mammakarzinom verdeutlicht:

„Ich wurde mit der abschließenden Bemerkung nach Hause entlassen, dass ich mit dem operativen Ergebnis sehr zufrieden sein könne, da der Tumor vollständig entfernt worden sei und man keine befallenen Lymphknoten gefunden habe. Darüber war ich auch sehr glücklich, aber durch die Entfernung meiner linken Brust hatte sich mein Aussehen verändert. Ich konnte mich nur mit Überwindung im Spiegel betrachten und vermied es, mich in Anwesenheit meines Mannes auszuziehen. Und obwohl mein Mann sehr liebevoll mit mir umging, konnte ich seine Zärtlichkeiten nicht mehr ertragen und schreckte jedesmal davor zurück, wenn er mich in den

Arm nehmen wollte. Gleichzeitig hatte ich deswegen Schuldgefühle, konnte aber darüber mit ihm nicht reden. Ich habe mich auch davor gescheut, meinen Frauenarzt darauf anzusprechen, ob meine Reaktionen normal sind und was ich dagegen tun könnte – meine Hemmungen waren viel zu groß. Er fragte aber auch nie danach; vielleicht ist er davon ausgegangen, dass alles in Ordnung ist, wenn ich von mir aus nichts sage.“

Schamgefühle respektieren

Auch gesunde Menschen unserer Kultur sprechen meist nur ungern über ihre eigene Sexualität und ihre sexuellen Beziehungen zu anderen Menschen. Sexuelle Probleme werden demnach auch in der Betreuung von Krebspatienten selten zum Thema, denn die Betroffenen schämen sich. Allerdings kann man sie ermutigen, darüber zu sprechen. Für eine solche Unterhaltung ist es wichtig, nicht selbst durch eigene Schamgefühle blockiert zu sein, sondern möglichst offen und selbstverständlich mit sexuellen Schwierigkeiten der Patienten umzugehen. Helfen kann es, mögliche Schamgefühle indirekt anzusprechen und dem Patienten beispielsweise zu sagen: „Es ist für Sie vielleicht sehr ungewohnt, mit einem fremden Menschen wie mir über Ihre Sexualität zu sprechen.“

Gefühle von Peinlichkeit und Scham kann man nicht „ausreden.“ Reagiert ein Patient während eines vertraulichen Gesprächs über die Sexualität mit Schweigen, wurden möglicherweise Punkte berührt, die zu sehr mit Schamgefühlen besetzt sind. Hier ist eine einfühlsame Reaktion wichtig, wie z. B.: „Es scheint Ihnen sehr schwer zu fallen, darüber zu sprechen.“ Keinesfalls sollte versucht werden, dem Patienten durch möglichst geschicktes Fragen doch noch dessen Probleme zu entlocken. Der hilfreich gemeinte Satz: „Sie brauchen sich nicht zu schämen!“ entspannt normalerweise nicht die Situation, sondern ruft einen zusätzlichen Konflikt hervor: Nicht nur, dass sich der Patient sowieso schon schämt, jetzt muss er sich auch noch dafür schämen, dass er sich weiterhin schämt. Ist es dem Patienten einfach nicht möglich, sich zu einer bestimmten Frage zu äußern, sollte dies akzeptiert und das Gespräch auf andere Inhalte gelenkt werden.

Manchmal kann auch „Schamlosigkeit“ zu einem Problem werden. Das musste ein Arzt nach einer Anamneseerhebung feststellen [3]:

„Ich war sehr erstaunt, als eines Tages eine Patientin kommt, die mir im Erstgespräch ausführlich und breit über ihre Schwierigkeiten mit der Sexualität und über den Ehemann berichtet hatte, und ich geduldig und wahrscheinlich nicht ohne Neugier zugehört hatte, einige Tage später sich einen Termin geben ließ. Bei diesem forderte sie mich äußerst aggressiv auf, alles, was sie mir gesagt habe, könne für null und nichtig erklärt werden und sie fordert von mir die Herausgabe von Notizen über das Gespräch.“

Der Autor kommentierte dies so:

„Ich hätte bemerken sollen, dass sich die Patientin für ihre Verhältnisse viel zu weit vorgewagt hatte und ich sie hätte vorsichtig bremsen müssen, anstatt sie zu weiteren Erzählungen zu ‚verführen‘.“

Kulturelle Unterschiede

Zunehmend häufiger befinden sich auch Patienten mit fremdländischer Herkunft in Behandlung. Sie sind vielleicht mit ganz anderen Normen und Wertvorstellungen über Sexualität aufgewachsen. Zwei Beispiele machen dies deutlich:

— Im Buddhismus kommt es immer wieder zu einer leidvollen Wiedergeburt, solange der menschliche Geist an der Welt der Sinne haftet. Die Aufhebung und Zerstörung des Begehrens – also auch der sexuellen Wünsche – und die Erlangung eines gleichmütigen, von Begierden freien Geisteszustandes ist dementsprechend das Ziel, um den Menschen von diesem Geburtenstrom zu befreien.

— In arabischen Staaten besteht weiterhin das Gebot der sexuellen Unberührtheit vor der Ehe, d. h. eine Frau wird als „entehrt“ angesehen, wenn sie sich auf intime Kontakte mit einem Mann einlässt, mit dem sie (noch) nicht verheiratet ist. Auch für traditionell lebende türkische Familien mag es schwer sein, unseren sexuell eher liberalen Lebensstil zu akzeptieren und eigene Töchter daran teilhaben zu lassen.

Möglicherweise sind einige dieser kulturellen Normen für einen Mitteleuropäer schwer nachvollziehbar oder lösen spontane Ablehnung aus (etwa die Klitoridektomie im Sudan). Damit ist ein unvor-

eingonnenes Gespräch schwierig. Dann kann es sinnvoll sein, sich zuvor ausführlich über die kulturellen Gegebenheiten zu informieren oder eine Kollegin bzw. einen Kollegen anzusprechen, der aus diesem Kulturkreis stammt.

Störende Kontextbedingungen

Leider erschweren es die derzeit bestehenden Strukturen im stationären und ambulanten Bereich, eine qualifizierte sexualmedizinische Beratung anzubieten. Durch Einsparverordnungen und dem damit einhergehenden verschärften Wettbewerb zusammen mit immer kürzer werdenden Verweilzeiten in den Krankenhäusern und dem Zeitdruck in den ambulanten Praxen entwickeln sich Rahmenbedingungen, die kaum noch ein Vertrauensverhältnis zwischen Onkologen und Patienten entstehen lassen. Vertrauen ist aber für viele Menschen eine unumgängliche Voraussetzung, um über Sexualität sprechen zu können.

Vorschnelles Lösungsangebot

Betroffene interpretieren ihre sexuellen Probleme häufig als schambesetztes „Versagen“. Die schulmedizinische Herangehensweise symptomorientiert zu behandeln, d. h. nach Krankheiten, Symptombildungen oder Funktionsausfällen zu suchen, erscheint als Zugangsweg zum Thema Sexualität deshalb eher ungeeignet. Es wirkt entlastend, den Patienten nach der „Zufriedenheit“ oder nach möglichen „Veränderungen“ der Sexualität zu fragen. Die schulmedizinisch orientierte Ausrichtung eines Gespräches verführt auch dazu, schnell nach einer „Lösung“ zu suchen und sie dem Patienten anzubieten. Dies verhindert aber in vielen Fällen die zuvor notwendige Auseinandersetzung mit Gefühlen, zunächst ist oft die Trauerarbeit über irreversible Verluste oder Einschränkungen sexueller Funktionen oder Erlebensmöglichkeiten nötig.

Fazit

Zu einer patientengerechten onkologischen Versorgung gehört das Angebot einer sexualmedizinischen Beratung. Frühzeitige Informationen beugen dabei in vielen Fällen der Entstehung chronifizierter sexueller Störungen mit einer nur noch schwer zu unterbrechenden Eigen-

dynamik (z. B. zunehmendes Vermeidungsverhalten) vor! Ein Tumorpatient mag durch die Krankheit oder Therapiefolgen in seinen Fähigkeiten eingeschränkt sein, den Geschlechtsakt zu vollziehen. Das heißt aber nicht, dass er deshalb über keine Sexualität mehr verfügt. Gerade in den Fällen, in denen eine offene Kommunikation zwischen den Partnern über die Sexualität behindert erscheint und/oder der Aufbau neuer Formen körperlicher Nähe und Befriedigung notwendig wird, stellt das Beratungsangebot eine wichtige Hilfestellung dar. Der Arzt übernimmt dazu noch eine wichtige Vorbildfunktion, indem er das Thema Sexualität offen anspricht und es so als einen selbstverständlichen Teil der Lebensqualität konkretisiert. Manche Patienten fühlen sich erst dadurch ermutigt, sexuelle Probleme auch mit ihrem Partner zu besprechen.

Literatur:

1. Jacobi F. Psychische Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. In: Härter M et al. (Hrsg.) Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Springer, Heidelberg, 2007; 45–53.
2. Leibium SR et al. Self-reported distress associated with decreased interest in sex as a function of age-menopausal status. Vortrag bei der International Society for the Study of Women's Sexual Health; 10.–13.10.2002, Vancouver/Kanada.
3. Schneider E. Umgang mit Intimität und Sexualität bei Krebspatienten. Ein Erfahrungsbericht. (Unveröffentl. Vortragsmanuskript) 1990
4. Stead ML et al. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. Br J Cancer 2003; 88: 666–71.
5. Taylor CLC et al. Predictors of Sexual Functioning in Ovarian Cancer Patients. J Clin Oncol 2004; 22(5): 881–9.

Autor:

Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. Stefan Zettl,
Medizinische Universitätsklinik Heidelberg,
Nierenzentrum,
Im Neuenheimer Feld 162,
69120 Heidelberg
E-Mail: stefan.zettl@
med.uni-heidelberg.de

Für die Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS)
ASORS im Internet: www.asors.de