

Onko-Sexologie

Stefan Mamié, Dipl. Psych. FH, Psychoonkologischer Psychotherapeut SGPO
Sexualtherapeut DAS Uni Basel

Einleitung

Auf nationaler und internationaler Ebene rückt das Thema Cancer Survivorship in den Focus der Aufmerksamkeit. Durch die Fortschritte in der Früherkennung und Behandlung hat sich in der Schweiz die Anzahl der Menschen, die nach oder mit Krebs weiterleben zwischen 1990 und 2010 mit circa 300'000 Personen mehr als verdoppelt. Bis 2025 wird mit einer Zunahme auf rund 400'000 Personen gerechnet (1). Mit steigendem Bewusstsein für die Folgeprobleme Krebsüberlebender wird die Sexualität als teilweise empfindlich tangierter Lebensbereich erkannt. Dazu ist gelegentlich ein Zaudern seitens onkologischer Kollegen zu hören: Warum sollten wir uns darum auch noch kümmern? Die Antwort des holländischen Gynäkologen und Onko-Sexologen Woet Gianotten ist kurz und klar: «because we caused the damage». Es ist bereits seit einigen Jahren keine Frage, ob wir unsere Patienten nach Abschluss der Behandlung zum Neurologen schicken, wenn die Neurotoxizität Schäden verursacht hat, zum Kardiologen bei Schädigung des Herzmuskels oder der Gefässe, zum Psychoonkologen, wenn ein psychisches Folgeproblem besteht. Die Kultur, auch die längerfristigen Folgen der Therapien zu behandeln, hat sich in der Onkologie durchgesetzt und wir übernehmen Verantwortung, die Patienten bestmöglich im Umgang damit zu unterstützen. Dazu gehört auch die Sexualität.

Der vorliegende Artikel beinhaltet Abschnitte zum Bedarf der Patienten, zu Kommunikationshürden sowie eine Übersicht zu sexuellen Folgeproblemen. Der Folgeartikel (Heft 03/2017) vermittelt eine Übersicht zu bio-psycho-sozial-spirituellen Lösungsansätzen während der abschliessende Artikel (Heft 04/2017) sich mit der Umsetzung der Erkenntnisse im onkologischen Alltag befasst.

Sexualität – wichtig für Krebspatienten?

In einer Erhebung zu psychosozialen Bedürfnissen der Krebsliga Schweiz nannten 17% der PatientInnen und 16% der PartnerInnen ein Bedürfnis «nach Hilfe, um mit Veränderungen in ihrer Sexualität umzugehen», fühlten sich seitens ihrer Behandler jedoch weitgehend unverorgt (2). In einer finnischen Studie (3) wurden Informa-

tionen über sexuelle Veränderungen in einer Rangliste an achter oder neunter Stelle genannt; eine Ausnahme waren die Prostatakrebs Patienten, die sexualrelevante Informationen nach Aussagen über Kurierbarkeit, Krankheitsausdehnung und Behandlung bereits an vierter Stelle nannten. Allgemein zeigte sich ein umso höheres Informationsbedürfnis, je stärker die Auswirkung von Erkrankung oder Behandlung auf die Sexualität war. Jüngere PatientInnen hatten im Mittel ein höheres Bedürfnis nach Unterstützung. Allerdings befand sich in beiden Studien ein grösserer Teil der Befragten noch in Behandlung. Häufig wird die Sexualität aber erst nach deren Abschluss zum Thema, was nicht explizit berücksichtigt wurde.

Eine Verminderung der Lebensqualität durch sexuelle Probleme nach Krebs ist bei Männern und Frauen unbestritten (4, 5), wird aber je nach Patientenkollektiv unterschiedlich gewichtet. Selbst bei Männern nach Prostata-Ca wird über eine ausgeprägte Heterogenität der Auswirkungen von sexuellen Funktionsstörungen auf die Lebensqualität berichtet (6).

Nicht für jeden Patienten ist die Behebung einer sexualrelevanten Einschränkung wichtig. Patienten bringen u.U. bereits vorbestehende sexuelle bzw. Beziehungs-Probleme mit. Eine Funktionseinschränkung kann auch ein durchaus willkommener Anlass sein, auf diesen Lebensbereich zu verzichten und es mit den Krankheits- bzw. Therapiefolgen zu erklären. Entscheidend für einen Unterstützungsbedarf ist darum nicht die objektive Dysfunktion, sondern der durch die Sexualstörung entstehende subjektive Leidensdruck.

Kommunikation

Schwierigkeiten im Bereich Sexualität werden von den Patienten kaum selbst angesprochen. Jeder zweite bis dritte Patient erwartet ein aktives Ansprechen des Themas durch den Arzt (7). Seitens der Behandler wird dies auf Grund von Annahmen bezüglich Alter, Geschlecht, Diagnose, Kultur oder Beziehungsstatus vermieden (8). Je nach PatientIn mögen die Annahmen richtig sein, jedoch kritisieren die Autoren deren unüberprüften aber dennoch handlungsleitenden Einfluss.

Eigene Unsicherheiten oder Hemmungen der Behandler im Bereich Sexualität haben einen Einfluss darauf, ob das Thema angesprochen wird. Auch eine antizipierte Überforderung mit der Antwort des Patienten kann sich hemmend auswirken. Wesentliche Voraussetzung für ein Ansprechen ist die Verfügbarkeit eines entsprechend qualifizierten Unterstützungsangebots.

Auswirkungen von Erkrankung oder Behandlung auf die Sexualität

Für zahlreiche Patientengruppen bestehen inzwischen Daten zu den Auswirkungen von Erkrankung oder Behandlung auf die Sexualfunktion (9, 10). Die Häufigkeit von sexuellen Beeinträchtigungen reicht von 20% bis nahezu 100%, je nach Patientenkollektiv, Krankheitsdiagnose und Art der Behandlung. Methodische Probleme bestehen in der Operationalisierung: Wie ist eine Störung bzw. Veränderung der Sexualfunktion zu messen, wie der Vergleich zur Situation vor der Erkrankung zuverlässig herzustellen? Sind PatientInnen bereit, über diesen Lebensbereich offen Auskunft zu geben?

Bei Frauen sind häufig zu beobachtende Folgeprobleme verminderte vaginale Lubrikation und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Je nach Behandlung kann eine vaginale Atrophie oder Stenose auftreten. Bei Körperbildveränderungen (z.B. nach Ablatio bei MammaCa) und damit assoziierter Verunsicherung oder Selbstwertverminderung wird das in der Sexualität besonders sensible Zusammenspiel zwischen Körper und Psyche deutlich.

Bei den Männern ist das häufigste sexuelle Folgeproblem die Erektile Dysfunktion. Diese tritt prominent nach Prostata-Ca auf, kann aber durchaus auch eine Therapiefolge nach chirurgischen Eingriffen oder Radiotherapie im kleinen Becken oder unspezifisch nach für Nerven oder Gefässe belastender Chemotherapie sein. Eine längere Zeit unbehandelte Erektile Dysfunktion kann zu einer Schwellkörperatrophie führen; ist diese fortgeschritten, ist eine penile Rehabilitation in der Regel nicht mehr möglich. In den letzten Jahren rückte darum die Wichtigkeit eines regelmässigen Schwellkörpertrainings ins Blickfeld. Eine weitere Folge der radikalen Prostatektomie ist eine Verkürzung des Penis (durch die Anastomose). Weniger häufig sind Veränderungen der Ejakulation (trocken/retrograd).

Sexuelle Folgeprobleme bei beiden Geschlechtern können sein: Erkrankungs- oder behandlungsbedingte Infertilität; chronische Fatigue mit Beeinträchtigung der sexuellen Aktivität und Appetenz; Schmerzen oder Missempfindungen durch Narbengewebe oder Lageveränderung innerer Organe; verändertes oder vermindertes Empfinden bis zu Taubheit bestimmter Körperteile auf Grund chirur-

gischer Eingriffe, Neurotoxizität oder als psychologische Folge; Veränderung oder Ausbleiben des Orgasmus aufgrund organischer oder psychischer Veränderungen. Verminderte Appetenz ist geschlechtsunabhängig häufig; sie kann medikamentös (einschliesslich psychiatrischer Medikation!) und/oder (anti)-hormoninduziert, krankheits- bzw. behandlungsbedingt sowie psychosozial verursacht sein. Die antihormonelle Therapie ist zudem bei beiden Geschlechtern mit individuell sehr unterschiedlich beeinträchtigenden Folgeproblemen wie Hitzewallungen, Fatigue, emotionaler Labilität und bei Männern Gynäkomastie verbunden. Bei Knochenmarktransplantierten PatientInnen kann eine GvHD zu genitalen Veränderungen, Schmerzen und Entzündungen führen. Die allgemeine Empfindlichkeit gegenüber Erregern lässt sexuelle Aktivität u.U. als zu gefährlich erscheinen. Selten kommt auch gesteigertes sexuelles Verlangen vor, z.B. vor dem Hintergrund einer Enthemmung bei Tumoren des ZNS oder auch angesichts des gesteigerten Bewusstseins für die Endlichkeit des Lebens, was Verschiebung von Prioritäten oder Verabschiedung moralischer Hemmfaktoren mit sich bringen kann.

Psycho-Soziale Aspekte

Sexualstörungen entstehen in der Regel nicht durch eine einzige, isolierte Ursache, sondern sind ein komplexes Zusammenspiel aus folgenden Ebenen (11):

- Biologisch-biomedizinische Ebene
- Individualpsychologische Ebene
Wie gehen Patient und Partner mit der Einschränkung um? Welche Copingstrategien stehen zur Verfügung? Wie wichtig ist einer Person die Sexualität und welchen Stellenwert hat sie in Bezug auf Identität, Selbstwert, Lebenszufriedenheit? Welche sexuelle Lernentwicklung hat eine Person durchlaufen - kann sie sexuelle Erregung spüren, steigern, im Körper verteilen? Gibt es Gefühle von Scham, Angst, Ekel und wie wird damit umgegangen? Bestehen Tabus oder Traumatisierungen?
- Partnerschaftliche Ebene
Welche Bedeutung hat die Sexualität in der Beziehung? Wie war die Zufriedenheit sexuell und in der Beziehung vor der Erkrankung? Kann über Gefühle und Bedürfnisse kommuniziert werden?
- Soziokulturelle Ebene
Welche Bedeutung hat die Sexualität in der Herkunftskultur? Was ist erlaubt, was wird negativ bewertet? Wie geht die Person mit diesen kulturellen Vorgaben um?

Eine erfolgreiche sexualmedizinisch/-therapeutische Behandlung basiert auf einer Erfassung der Gesamtsituation und der relevanten Wirkfaktoren und leitet daraus ein massgeschneidertes Therapiekonzept ab.

Körperbild, Selbstwert, Identität

Die Selbstdefinition der eigenen Attraktivität beeinflusst, ob sich eine Person dem Partner sexuell zeigt/zumutet. Hier liegt üblicherweise bei Männern der Fokus stärker auf der Funktionsfähigkeit: Ist diese beschädigt oder nicht mehr in gleicher Weise abrufbar, führt dies zu Verunsicherung, Selbstwert- und Identitätskrisen und in der Folge nicht selten zu Rückzug und depressiver Entwicklung. Bei Frauen zeigen sich entsprechende Prozesse, wenn sie sich selbst als nicht mehr attraktiv einschätzen. Körperbildveränderungen führen hier ebenfalls zu Verunsicherung, Selbstwert- und Identitätskrisen.

Auswirkung auf PartnerInnen

Die Belastungswerte von Partnern und besonders von Partnerinnen von Krebspatienten sind vergleichbar mit jenen der Patienten. Auch bei ihnen sind Angst und Depressionswerte erhöht; beides geht mit einer Abnahme der Libido einher.

Coping

Die Neuerschliessung der Sexualität nach einer Krebserkrankung ist in den meisten Fällen mit verändertem Erleben, veränderter Funktionsfähigkeit, Gefühlen von Trauer, Vulnerabilität, Verunsicherung und Versagensangst verbunden. Diese Erlebensqualitäten sind in unserer Kultur weitgehend tabuisiert. Eine verbreitete Strategie im Umgang damit ist Vermeidung, wodurch jedoch die Aufrechterhaltung der Symptomatik unterstützt wird. Im klinischen Alltag besteht darum eine Sexualberatung /-therapie zu Beginn oft darin, den Betroffenen die Konsequenzen des vermeidenden Verhaltens sichtbar zu machen und gemeinsam abzuwägen, ob eine Konfrontation mit dem unliebsamen Erleben sich im Dienste einer Neuerschliessung der Sexualität lohnen könnte.

Conclusion

Die Sexualität in der Onkologie wird in allen Studien als ungenügend adressiert bewertet. Zwar ist der Erhalt der Sexualfunktion nur für einen Teil der PatientInnen wichtig bzw. deren Verlust mit verminderter Lebensqualität assoziiert. Was in der Sexualtherapie gilt, trifft damit auch im onko-sexologischen Bereich zu: Die Indikation für eine Unterstützung oder Behandlung ergibt sich aus dem subjektiven Leidensdruck des Betroffenen. Rückzug und Vermeidung von Sexualität sind Copingstrategien,

die eine Persistenz der vorhandenen sexuellen Symptomatik bzw. Dysfunktion unterstützen. Häufig rückt die Sexualität erst nach Abschluss der Behandlung wieder vermehrt in den Fokus der Aufmerksamkeit. Die involvierten Fachpersonen sollten diesen Lebensbereich möglichst in allen Phasen der Behandlung, verstärkt aber auch im Zeitraum der Nachsorge aktiv ansprechen.

Referenzen

1. Ess S, Herrmann C. Cancer Survivors – eine stark wachsende Bevölkerungsgruppe. Schweizer Krebsbulletin 34: 281-284, 2014.
2. Navarra S, Eichenberger C, Fluri M, et al. Psychosoziale Onkologie in der Schweiz. Krebsliga Schweiz, 2005.
3. Hautamäki-Lamminen K., Lipiäinen L., Beaver K., Lehto J., Kellokumpu-Lehtinen P-L. (2013). Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. European Journal of Oncology Nursing 17: 9-15, 2013.
4. NCCN Guidelines Survivorship: Sexual Dysfunction (Female). J Nat Compr Canc Netw 12: 184-192, 2014.
5. NCCN Guidelines Survivorship: Sexual Dysfunction (Male). J Nat Compr Canc Netw 12: 356-363, 2014.
6. Penson D. The Effect of Erectile Dysfunction on Quality of Life Following Treatment for Localized Prostate Cancer. Rev Urol 3: 113-119, 2001.
7. Buddeberg C, Bitton A, Eijsten A, Casella R. Management eines Tabus. Expect Studie: Therapie der erektilen Dysfunktion aus der Sicht von Ärzten und Patienten. ARS Medici 14: 689-693, 2007.
8. Hordern A, Street A. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. Med J Aust 186: 224-227, 2007.
9. Bober S, Schez Varela V. Sexuality in Adult Cancer Survivors: Challenges and Intervention. Journal of Clinical Oncology 30: 3712-3719, 2012.
10. Ntekim A. Sexual Dysfunction Among Cancer Survivors. In: Goshasebi A. (Hrsg.) Sexual Dysfunctions - Special Issues. Download unter: <http://www.intechopen.com/books/sexual-dysfunctions-special-issues/sexual-dysfunction-among-cancer-survivors>.
11. Bitzer J. Sexualstörungen. Suchen Sie nach biologischen, psychologischen und sozialen Ursachen. Hausarzt Praxis 9: 9-13, 2006.

Korrespondenz:

Stefan Mamié, Dipl. Psych. FH
 Psychoonkologischer Psychotherapeut SGPO
 Sexualtherapeut DAS Uni Basel
 Praxis: Rothüsliweg 17
 CH-8200 Schaffhausen
www.stefanmamie.ch
stefan.mamie@gmx.ch