

Onko-Sexologie 3 Die Versorgung sexueller Probleme nach Krebs

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

Einleitung

Unter dem Titel Onko-Sexologie wurde in der Ausgabe 02/2017 ein Übersichtsartikel zu den gängigsten sexuellen Folgeproblemen nach Krebs, den zugehörigen psycho-sozialen Faktoren und dem Bedarf der Patienten publiziert. Im Heft 03/2017 wurden unter dem Titel Onko-Sexologie 2 unterschiedliche Behandlungsansätze vorgestellt. Im vorliegenden Artikel wird auf die Umsetzung der Erkenntnisse im onkologischen Alltag eingegangen. Es werden Hindernisse benannt, das Warum, Wann und Wie eines Ansprechens gezeigt. Eine Übersicht zu bereits bestehenden Angeboten oder Anlaufstellen und zu weiteren Informationsquellen vermittelt Sicherheit im Umgang mit allfälligen Weiterweisungen. In einem Ausblick wird auf noch zu entwickelnde Strukturen eingegangen.

Kommunikationshürden zum Thema Sexualität seitens des Fachpersonals

Vor dem Hintergrund der multifaktoriellen Genese sexueller Schwierigkeiten ist die Selbsteinschätzung vieler Fachpersonen, sich mit dem Wissen der eigenen Disziplin nicht genügend kompetent zu fühlen, durchaus adäquat. Im Umgang mit anderen onkologieassoziierten Problemen hat es sich als selbstverständlich eingebürgert, die Patienten an entsprechende Fachkollegen weiter zu weisen, falls deren Bedarf vor dem Hintergrund der eigenen Kompetenz nicht ausreichend versorgt werden kann. Die Sexualität scheint jedoch bislang von dieser Praxis ausgegessen zu sein. Australische Autorinnen [1] sehen dafür die folgenden Vorannahmen als mitursächlich an:

- In diesem Alter wird doch wohl die Sexualität kein Thema mehr sein.
- Ich als FachFRAU kann den männlichen Patienten nicht zu seiner Sexualität befragen.
- Bei dieser Diagnose kann Sexualität ja kein Thema sein.
- Ich bin unsicher, ob ich eine türkische Patientin auf Sexualität ansprechen kann.
- Die Patientin ist nicht in einer Beziehung, dann ist Sexualität ja kein Thema.

Die Autorinnen kritisieren den unüberprüften, aber dennoch handlungsleitenden Einfluss solcher Annahmen. Weitere Hindernisse, das Thema Sexualität in der Onkologie anzusprechen sind [2, 3, 4]:

- Eigene Unsicherheiten im Umgang mit dem Thema Sexualität.
- Mangel an Zeit und an geschützter Rahmung (Gespräche im Beisein anderer Patienten in Chemotherapieräumen oder bei stationären Aufenthalten).
- Annahme, das Thema sollte seitens einer anderen involvierten Disziplin oder Person angesprochen werden.
- Es braucht kein Bedarf angesprochen zu werden, für den ohnehin kein Angebot besteht (Mangel an qualifizierten Fachpersonen) oder für den es keine Therapien gibt (Mangel an Behandlungsoptionen).

Sexualität – mehr als «nice to have»

Die Unterlassung einer Versorgung der Sexualität nach Krebs bei vorhandenem Bedarf kann mit verminderter Lebensqualität [5, 6], Reue bezüglich des Behandlungsentscheids [7], verstärkten psychischen Folgeproblemen und Beziehungsproblemen [5, 6] verbunden sein. Länger dauernder Verzicht oder Vermeiden von Sexualität bei bestehender erektiler Dysfunktion hat bei Männern einen irreversiblen Funktionsverlust zur Folge [8], bei Frauen sind die Daten zu den Folgen längerer Sexualabstinenz bei eingeschränkter Sexualfunktion inkonsistent [5], d.h. auch bei Frauen kann ein irreversibler Funktionsverlust nicht sicher ausgeschlossen werden.

Bei Männern führte bereits eine psychoedukative Unterstützung zur Weiterführung des partnerschaftlichen Körperkontakts und Zärtlichkeitsaustausches bei eingeschränkter erektiler Funktionsfähigkeit zu einer höheren sexuellen Zufriedenheit [9]. Frauen konnten im Rahmen einer psychosozialen Unterstützung leichter über ihr Erleben, ihre Gefühle, ihre Befürchtungen und Unsicherheiten mit ihren Männern sprechen und damit vermehrt Verständnis und Intimität als wichtige Voraussetzung für Zufriedenheit in der Beziehung und sexuelles Interesse herstellen [10].

Wann ist das Ansprechen des Themas sinnvoll?

Es besteht ein Mangel an Evidenz zur abschliessenden Beantwortung dieser Frage – darum muss die Antwort individuell beim Patienten erfragt werden. Schover [11] empfiehlt besonders bei Männern mit erektiler Dysfunktion eine möglichst frühe Versorgung, um nicht mit zusätzlichem Funktionsverlust assoziiertes Vermeidungsverhalten zu unterstützen. Bei Frauen besteht je nach Symptomatik die Möglichkeit, mit geringem Aufwand zu einer Linderung unangenehmer Symptome beizutragen (z.B. bei vaginaler Trockenheit mittels entsprechenden Produkten) und damit Vermeidungsverhalten zu verringern.

In den amerikanischen Guidelines wird eine regelmässige Befragung zur Sexualfunktion vor, während und nach einer onkologischen Therapie und bei Bedarf eine adäquate Versorgung entsprechender Symptome bzw. eine Zuweisung zu onko-sexologischen und ggf. gynäkologischen oder urologischen Fachpersonen empfohlen. Eine gleichzeitige Versorgung der psychosozialen und der somatischen Dimension ist am Erfolgversprechendsten [12]. In einer französischen Studie [13] äusserten 51% der Befragten die Bereitschaft, eine onko-sexologische Fachperson zu konsultieren, falls Ihnen dies seitens ihres versorgenden Facharztes empfohlen würde.

Für onkologische Fachpersonen wichtig ist aber auch zu wissen, dass nicht alle von sexuellen Problemen Betroffenen an der vorhandenen Symptomatik leiden und eine Veränderung bzw. eine Behandlung der Situation wünschen. Vor dem Hintergrund eines «informed consent – Anspruchs» ist es angemessen, einen Entscheid über den Umgang mit einer sexuellen Funktionseinschränkung und die entsprechenden Folgen in Kommunikation und Kooperation mit dem Patienten zu treffen.

Wie kann das Thema angesprochen werden?

Für ein Ansprechen des Themas Sexualität kann das im Folgenden vorgestellte vierstufige PLISSIT-Modell [14] bzw. das fünfstufige extended PLISSIT Modell [15] als Orientierungshilfe dienen. Eine Zuweisung zu einer onko-sexologischen Fachperson kann je nach Fragestellung bereits ab der zweiten Stufe erfolgen.

Permission

Patienten sprechen nicht von sich aus sexuelle Fragen mit dem onkologischen Personal an. Es ist darum nötig, diese Möglichkeit aktiv anzubieten. Die Auslage entsprechender Broschüren (z.B. der Krebsliga zu Krebs und Sexualität) kann bereits ein Signal zur Relevanz des Themas transportieren. Einige Brustzentren geben ein Set mit Mustern von vaginalen Pflegeprodukten ab und signalisieren damit die Sensibilisierung für diesen Lebensbereich. Inzwischen ist das Distress-Thermometer in vielen onkologischen Behandlungskontexten eingeführt; hier steht «Sexuelle Pro-

bleme» im Katalog der belastenden Faktoren und dient damit bei entsprechender Markierung als Einladung für einen Gesprächseinstieg. Selbstverständlich ist dafür eine räumliche Situation, in welcher die Intimsphäre des Patienten gewahrt bleibt, unabdingbar.

Die Hürde der Verbalisation sollte zuerst seitens der behandelnden Fachperson überwunden werden. Dies kann mit einer offenen Frage geschehen wie zum Beispiel: «Wir wissen, dass einige Patienten mit vergleichbaren Therapien teilweise erhebliche Auswirkungen auf die Sexualität bemerken – fühlen Sie sich durch Veränderungen in ihrer Sexualität auch belastet?» Falls ja: «Gerne würden wir Sie im Umgang damit unterstützen – was beschäftigt Sie in diesem Zusammenhang?» Falls Nein: «Sehr gut, machen Sie sich gerne bemerkbar, falls in Zukunft ein entsprechendes Problem auftaucht.»

Limited Information

In dieser zweiten Stufe sexualmedizinischer Versorgung werden Informationen zu physiologischen Aspekten der individuellen Situation mitgeteilt wie zum Beispiel:

- Krebs kann nicht durch Sexualität weiter verbreitet werden.
- Nach dem Eingriff sollten Sie etwa 6 Wochen auf Geschlechtsverkehr verzichten.
- Chemotherapie belastet alle Schleimhäute im Körper; sie kann sich auch ungünstig auf das Scheidenklima auswirken.
- Sexuelle Gefühle aktivieren die männlichen Sexualhormone unter antihormoneller Therapie nicht – es besteht keine Gefahr, durch Sexualität zu Tumorstadium beizutragen.

Specific Suggestions

In der dritten Stufe werden konkrete Empfehlungen oder Vorschläge zum Umgang mit dem vom Patienten geschilderten Problem eingebracht. Angenommen eine Patientin erlebt Funktionseinschränkungen (verminderte vaginale Lubrikation), äussert Angst oder Unsicherheit bezüglich der Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs:

- Empfehlung für funktionale Therapieoptionen (z.B. Einsatz eines Gleitgels, Einsatz vaginaler Pflege- bzw. Befeuchtungsprodukte).
- Formulierungsvorschläge für das Gespräch mit dem Partner (die Fachperson hat mich darauf hingewiesen, beim Geschlechtsverkehr wegen der therapiebedingten Trockenheit ein Gleitgel zu verwenden).
- Evtl. zusätzlich Vorschlag zum Einsatz einer Entspannungstechnik.
- Evtl. zusätzlich Vorschlag für weiterführende Informationsquellen oder zu onko-sexologischer Fachperson.

Intensive Therapy

In der vierten Stufe wird eingebracht, dass das vorhandene Problem mit dem Fachwissen der eigenen Disziplin oder im zur Verfügung stehenden Rahmen nicht ausreichend behandelt werden kann, es aber entsprechende Fachpersonen gibt. Die Unterstützung besteht dann in der Triagierung durch Verweis auf weiterführende Informationsquellen und/oder Weitergabe entsprechender Kontaktadressen.

Fallbeispiel: Patientin äussert Ängste, Unsicherheit, Beziehungs- bzw. Kommunikationsprobleme, Vermeidungsverhalten, kommt evtl. mit funktionalen Therapieoptionen nicht zurecht, fühlt sich dadurch belastet und hat den Wunsch, daran etwas zu verändern.

- «Es gibt Sexualtherapeuten, die mit onkologischen Problemen vertraut sind. Ich habe den Eindruck, es könnte lohnend sein, sich (möglicherweise gemeinsam mit dem Partner) Unterstützung für den Umgang mit den von Ihnen beschriebenen Schwierigkeiten zu holen. Wir wissen auch, dass eine längerfristige Vermeidung das Problem eher verstärkt und die Lösung aufwändiger wird. Darf ich Ihnen die Adresse geben / Sie zuweisen / weitere Informationsquellen angeben?»

Extended PLISSIT

In einer Erweiterung des Modells [15] werden in allen Stufen Reflexionsfragen eingebaut (verkürzt St. Mamié):

- Wie tönt das für Sie?
- Was meinen Sie dazu? Was meint ihr Partner dazu?
- Gibt es noch andere Dinge, die Sie belasten oder die wir jetzt nicht einbezogen haben?

Onko-Sexologische, sexualmedizinische/therapeutische Angebote

Inzwischen besteht eine Evidenz [16] für den Nutzen onko-sexologischer Interventionen auf die Sexualfunktion, die Beziehungsqualität und die Lebensqualität. Im Folgenden eine Übersicht zu vorhandenen Angeboten bzw. Anlaufstellen.

Fachpersonen

Schweizweit sind sexualmedizinisch/-therapeutisch ausgebildete Fachpersonen vorhanden, jedoch nicht unbedingt flächendeckend verfügbar. In den meisten Fällen wird sich eine Intervention auf einige Sitzungen beschränken; ein Anreiseweg sollte darum für die Patienten kein unüberwindbares Hindernis darstellen. Entsprechende Initiativen mit besonderem Blick auf onkologische Patienten sind meist als lokale Angebote mit eingeschränkter Vernetzung und von unterschiedlichen Grundberufen ins Leben gerufen. Beispiele dafür sind die onko-sexologische Sprechstunde der Krebsliga Fribourg, die sexualmedizinische

Sprechstunde des UniSpitals Zürich oder des Brustzentrums in Zürich, die Sexualberatung der Onkologiepraxis «rundum» in Sargans, die Sexualberatung Impulsi in Locarno oder mein eigener Beitrag im Rahmen der Praxis in Schaffhausen oder der Anstellung bei der Krebsliga Zürich (Aufzählung nicht abschliessend).

Mitgliederverzeichnisse der schweizerischen Gesellschaft für Psychoonkologie SGPO (www.psychoonkologie.ch) oder der Swiss Society for Sexology (www.swissexology.com) können bei der Recherche nach entsprechend kompetenten Fachpersonen hilfreich sein, erfassen aber nicht alle qualifizierten Anbieter. Gerne biete ich auf Anfrage Unterstützung, ein passendes Angebot zu finden.

Weitere für Betroffene geeignete Informationsangebote

Print:

Die Broschüren der KLS (Männliche Sexualität 2016; Weibliche Sexualität 2015) sind in den aktuellen Versionen empfehlenswert. Sie behandeln umfassend und für Betroffene verständlich die Auswirkungen unterschiedlicher Therapien auf die Sexualität; psychologische und beziehungs-dynamische Aspekte werden jedoch eher oberflächlich abgebildet. Das Standardwerk «Krebs und Sexualität» [17] bietet umfassendes Wissen für Patienten und Partner. Mit besonderem Focus auf die schwierig zu erreichenden Männer leistet «Prostatakrebs und die Neuentdeckung der Lust» [18], verfasst vom Team einer deutschen uro-onkologischen Rehabilitationsklinik einen wertvollen Beitrag.

Internet:

Eine Initiative der österreichischen Sexualmedizinerin Elia Bragagna ist SexMedPedia (www.sexmedpedia.com), ein umfassendes deutschsprachiges Wissensportal für eine Vielzahl von Sexualproblemen einschliesslich expliziter Berücksichtigung auch onkologieassoziiierter Themen mit ausführlichen Beschreibungen, Checklisten, Videointerviews etc.

Auf der umfassenden (aber nicht onkologiespezifischen) Website des Informationszentrums für Sexualität und Gesundheit e.V. (www.isg-info.de) ist eine Vielzahl von Informationsschriften verfügbar; die meisten funktionalen Methoden werden in einfacher Sprache beschrieben.

Ich selbst biete auf einer eigenen Website (www.stefanmamié.ch) verschiedene Informationen zu onko-sexologischen Fragen durch Videoclips, Literaturempfehlungen und einen sich im Ausbau befindlichen Onko-Sexologie Blog.

In englischer Sprache wird auf Initiative der international anerkannten Expertin in Onko-Sexologie Leslie Shover ein kostenpflichtiges Online Selbsthilfe-Programm angeboten (www.will2love.com).

Ausblick

Derzeit fehlt es noch an detailliertem Wissen, welche Patienten in welchem Masse von welchem sexualmedizinischen bzw. -therapeutischen Angebot profitieren (10). Dies kann aber keinesfalls als Kontraindikation für eine Versorgung gelten, im Gegenteil: entsprechende Angebote sind erst schlüssig beforschbar, wenn sie eingesetzt werden.

Eine Aufnahme der onko-sexologischen Versorgung von Krebspatienten mit sexuellen Folgeproblemen in die entsprechenden Leitlinien und Zertifizierungsanforderungen ist sehr wünschenswert und würde Chefärzte bei den Verhandlungen um Stellenprozente mit den Klinikleitungen unterstützen.

Weiterbildungsangebote zur Schulung von Pflegefachpersonen und Ärzten im Umgang mit sexuellen Problemen würden Sicherheit und Kompetenz im Ansprechen, Versorgen, Informieren und Triagieren vermitteln.

Der Einbezug psychoonkologischer Psychotherapeuten in der Onkologie ist inzwischen zur Selbstverständlichkeit geworden. Die Versorgung der Sexualität sollte ebenfalls zu einem selbstverständlichen Angebot einer umfassenden onkologischen Behandlung werden. Eine integrierte Versorgung der Zukunft bietet anerkannt sexualtherapeutisch ausgebildete Fachpersonen im Rahmen eines psychoonkologisch-psychotherapeutischen Angebots innerhalb der Onkologie oder im Rahmen eines Versorgernetzwerks mit niedrigschwelliger Möglichkeit für interdisziplinären Informationsaustausch an. Gleichzeitig kann durch die sexualtherapeutische Fachperson eine fächerübergreifende Versorgung anderer prominent mit Sexualität assoziierter Kliniken wie der Gynäkologie und der Urologie geleistet werden.

Conclusion

Die Sexualität ist derzeit in der Schweiz bei onkologischen Patienten wenig versorgt. Es bestehen verschiedenste Hürden auf Seite des behandelnden Personals. Onko-sexologische Interventionen sind wirksam und werden von vielen Patienten angenommen. Weitere Evidenz und ein erweitertes Verständnis darüber, welche Interventionen wann bei welchen Patienten hilfreich sind, müssen noch entwickelt werden. In amerikanischen Guidelines wird eine regelmässige Adressierung, Informationsvermittlung und bei Bedarf Zuweisung zu qualifizierter onko-sexologischer Behandlung empfohlen. Es bestehen Modelle, die ein kompetentes Ansprechen und Weiterversorgen dieses Lebensbereichs für onkologische Fachpersonen leiten können. Patientengerechtes onko-sexologisches Fachwissen ist in verschiedenen Medien zugänglich und qualifizierte Fachpersonen sind in regional unterschiedlicher Dichte verfügbar. Eine kompetente Versorgung der Sexualität bei Krebsbetroffenen innerhalb onkologischer Routine sollte zukünftig zum Standard werden.

Literatur

1. Hordern A, Street A. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Med J Aust* 186: 224-227, 2007.
2. Zettl S, Kroner Th. Sexualität und Fertilität. In: Margulies A, Kroner Th, Gaisser A, Bachmann-Mettler I (Hrsg.). *Onkologische Krankenpflege*. Heidelberg: Springer, 2017.
3. Ditz S. Beratung zu sexuellen Problemen bei Patienten mit Mammakarzinom. *Der Gynäkologe* 4: 303-316, 2007.
4. Schover L, van der Kaaij M, van Dorst E, et al. Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. *EJC Suppl* 12: 41-53, 2014.
5. NCCN Guidelines Survivorship: Sexual Dysfunction (Female). *J Nat Compr Canc Netw* 12: 184-192, 2014.
6. NCCN Guidelines Survivorship: Sexual Dysfunction (Male). *J Nat Compr Canc Netw* 12: 356-363, 2014.
7. Gilts C, Cohen L, Pettaway C, Parker P. Treatment regret and quality of life following radical prostatectomy. *Support Care Cancer* 21: 1-14, 2013.
8. Capogrosso P, Salonia A, Briganti A, Montorsi F. Postprostatectomy erectile dysfunction: A review. *World J Mens Health* 34: 73-88, 2016.
9. Barsky Reese J. Coping with sexual concerns after cancer. *Curr Opin Oncol* 23: 313-321, 2011.
10. Zimmermann T, Heinrichs N. Auswirkungen einer psychoonkologischen Intervention für Paare auf die Sexualität bei einer Brustkrebskrankung der Frau. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 19: 23-34, 2011.
11. Schover L. Managing erectile dysfunction after cancer: More than penile rigidity. *Journal of Oncology Practice* 12: 307-309, 2016.
12. Schover LR, Canada AL, Yuan Y, et al. A randomized trial of internet-based versus traditional sexual counseling for couples after localized prostate cancer treatment. *Cancer* 118: 500-509, 2012.
13. Almont T, Delannes M, Ducassou A, et al. Sexual quality of life and needs for sexology care of cancer patients admitted for radiotherapy: A 3-month cross-sectional study in a regional comprehensive reference cancer center. *Journal of Sexual Medicine* 14: 566-576, 2017.
14. Annon JS. PLISSIT-Modell. In: Corsini RJ (Hrsg.). *Handbuch der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz, 1983.
15. Taylor B, Davis S. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard* 21: 35-40, 2006.
16. Brotto LA, Yule M, Breckon E. Psychological interventions for the sexual sequelae of cancer: a review of the literature. *J Cancer Surviv* 4: 346-360, 2010.
17. Zettl S, Hartlapp J. *Krebs und Sexualität: Ein Ratgeber für Krebspatienten und ihre Partner*. Berlin: Weingärtner, 2008.
18. Akoa Mbida GE (Hrsg.) *Prostatakrebs und die Neuentdeckung der Lust – Ein medizinischer Ratgeber*. Kempten: Allgäuer Zeitungsverlag, 2013.

Korrespondenz:

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