

Onko-Sexologie

Erkrankungsfolgen, über die nicht gesprochen wird

Stefan Mamié, Schaffhausen

Steigende Survivorzahlen rücken die Lebensqualität nach onkologischen Behandlungen immer mehr ins Blickfeld. Die Sexualität als ein Aspekt der Lebensqualität wird bei Krebspatienten trotz teilweise weitreichender Folgeprobleme bislang wenig versorgt. Die Inanspruchnahmerate entsprechender Angebote ist erstaunlich hoch, wenn diese seitens der onkologischen Bezugspersonen empfohlen werden. Eine kompetente Versorgung der Sexualität von Krebsbetroffenen sollte zukünftig in der onkologischen Routine zum Standard werden.

■ Für zahlreiche Patientengruppen bestehen inzwischen Daten zu den Auswirkungen von Erkrankung oder Behandlung auf die Sexualfunktion [1,2]. Die Häufigkeit von sexuellen Beeinträchtigungen reicht von 20% bis nahezu 100%, je nach Patientenkollektiv, Krankheitsdiagnose und Art der Behandlung. In **Tabelle 1** veranschaulicht eine Übersicht die häufigsten somatischen Sexualprobleme.

In einer Erhebung 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 unversorgt [3]. Die Unterlassung einer Versorgung bei vorhandenem Bedarf kann mit verminderter Lebensqualität [4,5], Reue bezüglich des Behandlungsentscheids [6,7], verstärkten psychischen Folgeproblemen und Beziehungsproblemen [4,5] verbunden sein.

Gelegentlich kommt auch gesteigertes sexuelles Verlangen vor, z.B. vor dem Hintergrund einer Enthemmung bei Tumoren des ZNS, angesichts einer Verschiebung von Prioritäten oder Verabschiedung von moralischen Hemmfaktoren in Zusammenhang mit der Karzinomdiagnose. Eine Übersicht zu möglichen

sexuellen Folgen nach Krebs findet sich in Mamié, 2017 [8].

Psycho-soziale Aspekte

Sexualstörungen entstehen in der Regel nicht durch eine einzige, isolierte Ursache, sondern sind ein komplexes bio-psycho-soziales Zusammenspiel.

Körperbild, Selbstwert, Identität: Die Selbstdefinition der eigenen Attraktivität beeinflusst, ob sich eine Person dem Partner sexuell zeigt/zumutet. Hier sind üblicherweise Männer empfindlicher auf Veränderungen ihrer Funktionsfähigkeit: Ist diese eingeschränkt, 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 können hier ebenfalls zu Verunsicherung, Selbstwert- und Identitätskrisen führen.

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 vielen Fällen mit verändertem Erleben, veränderter Funktionsfähigkeit, Gefühlen von Trauer, Vulnerabilität, Verunsicherung und Versagensangst verbunden. Eine verbreitete Strategie im Umgang damit ist Vermeidung, die jedoch zur Aufrechterhaltung der sexuellen Symptomatik beiträgt. Im klinischen Alltag startet darum eine Sexualberatung /-therapie oft damit, den Betroffenen die Konsequenzen des vermeidenden Verhaltens sichtbar zu machen und abzuwägen, ob eine Konfrontation mit der Veränderung und dem damit assoziierten Erleben sich im Dienste einer Neuentdeckung der Sexualität lohnen könnte.

Sexuelle Probleme nach Krebs – somatisch/funktionelle Lösungsansätze

Der Nutzen onko-sexologischer Interventionen auf die Sexualfunktion, die Beziehungsqualität und die Lebensqualität ist unbestritten [9]. Es besteht eine Vielzahl von Möglichkeiten, eine eingeschränkte Sexualfunktion auf somatisch/funktioneller Ebene zu kompensieren. Nicht selten greifen diese zu kurz, indem sie nur teilweise wirksam sind oder von den Betroffenen nicht angenommen werden. Bei medizinisch/funktionellen Lösungsansätzen sollte darum gleichzeitig die psychosoziale Dimension umfassend mitversorgt werden [10].

Lösungsansätze psycho-sozial

Auch in der Onkologie spielen bei vielen sexuellen Problemen psychologische und soziale Faktoren eine wesentliche Rolle. Mit den funktionellen Hilfsmitteln ist eine Einschränkung oft nicht vollumfänglich kompensierbar. Es braucht darum die Bereitschaft, sich der Veränderung für sich selbst und gemeinsam mit dem Partner zu stellen. Das eigene Leiden an der Situation anzuerkennen und fachliche Unterstützung in Anspruch zu nehmen ist der erste Schritt einer erfolgreichen Bewältigung. Strategien der Vermeidung aufzuweichen, sich mit einem veränderten Körper auseinanderzusetzen und ihn wieder mit positiven Erlebnissen zu besetzen, kann als wichtiger Prozess auf dem Weg der Rehabilitation mit einem Durchleben unterschiedlichster Gefühle wie Trauer, Schmerz, Scham, Angst, Verunsicherung oder Kränkung einhergehen. Eine qualifizierte psychotherapeutische Begleitung, in welcher die Gefühle anerkannt, vom Therapeuten mitausgehalten, dosiert und immer wieder in Verbindung zu Ressourcen, zu den Stär-

Tab. 1	Sexuelle Veränderungen nach Krebserkrankungen
Frauen	<ul style="list-style-type: none"> – Verminderte Lubrikation – Dyspareunie (Schmerzen beim GV) – Vaginale Atrophie (Verkürzung), Stenosis (Verengung) – GvHD
Männer	<ul style="list-style-type: none"> – Störung der Erektionsfähigkeit – Schwellkörperatrophie – Ejakulation verändert (trocken, retrograd)
Beide Geschlechter	<ul style="list-style-type: none"> – Fertilitätsverlust – Libidoverlust – Vermindertes oder verändertes Empfinden/Taubheit – Orgasmus verändert oder ausbleibend – Körperbildveränderung



Stefan Mamié
 Praxis für
 Paar- & Sexualtherapie,
 Psychoonkologie und
 Onko-Sexologie
 Vordergasse 54
 8200 Schaffhausen
 stefan.mamie@gmx.ch

Praxis für Psychoonkologie der Krebsliga
 des Kantons Zürich
 Freiestrasse 71, 8032 Zürich
 stefan.mamie@krebisligazuerich.ch

Tab. 2 PLISSIT Modell

<p>Permission</p> <p>Erlaubnis signalisieren, über Sexualität zu sprechen, z.B. mit einer offenen Frage zum Thema.</p> <p>Limited Information</p> <p>Es werden allgemeine Informationen zu physiologischen Aspekten der individuellen Situation mitgeteilt.</p> <p>Specific Suggestions</p> <p>Es werden konkrete Empfehlungen oder Vorschläge zum Umgang mit dem vom Patienten geschilderten Problem eingebracht.</p> <p>Intensive Therapy</p> <p>Triagierung durch Verweis auf weiterführende Informationsquellen und/oder Empfehlung entsprechender onko-sexologischer Behandlungsangebote.</p>
--

nach [13]

ken und dem Potenzial der Betroffenen gebracht werden, ist darum hoch indiziert. Auch in Paarsettings ist das Durchleben verschiedenster Gefühle ein wichtiger Prozess für die gemeinsame Verarbeitung. Mit einer Neuentdeckung der Sexualität nach Krebs ist aber meist auch eine Adaption verbunden. Wie soll die Sexualität neu gelebt werden und welche Hilfsmittel passen dabei? Eine wichtige Kraft für Progression ist häufig die Neugier; kann diese geweckt werden, verlieren die vermeidenden, die ausweichenden Kräfte an Boden. Eine Beschreibung der unterschiedlichen sexualtherapeutischen Ansätze mit Bezugnahme auf deren Relevanz im onkologischen Kontext findet sich in Mamie, 2017 [11].

Wann und wie kann das Thema angesprochen werden?

Es besteht ein Mangel an Evidenz zur Frage nach dem richtigen Zeitpunkt – darum muss die Antwort individuell beim Patienten erfragt werden. In den amerikanischen Guidelines [4,12] 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.

Nicht für jeden Patienten ist die Behebung einer sexualrelevanten Einschränkung wichtig. Entscheidend für einen Unterstützungsbedarf ist darum nicht die objektive Dysfunktion, sondern der durch die Sexualstörung entstehende subjektive Leidensdruck. Für ein Ansprechen des Themas Sexualität kann das in **Tabelle 2** vorgestellte PLISSIT-Modell [13] als Orientie-

rungshilfe dienen. Eine Zuweisung zu einer onko-sexologischen Fachperson kann je nach Fragestellung bereits ab der zweiten Stufe erfolgen.

Überwindung von Kommunikations-hürden zum Thema Sexualität

Schwierigkeiten im Bereich Sexualität werden kaum von den Patienten selbst angesprochen. Jeder zweite bis dritte Patient ist auf ein aktives Ansprechen durch den Arzt angewiesen [7]. Unüberprüfte Annahmen bezüglich Alter, Geschlecht, Diagnose, Kultur oder Beziehungsstatus waren die Gründe für den Verzicht auf ein Ansprechen durch die Behandler in einer australischen Studie [14].

Die persönliche Empfehlung des Onkologen ist einer der wichtigsten Prädiktoren für die Inanspruchnahme psychoonkologischer Unterstützung [15]. Dies scheint auch auf onko-sexologische Fragestellungen übertragbar zu sein: In einer französischen Studie [16] äusserten 51% der Befragten die Bereitschaft, eine onko-sexologische Fachperson zu konsultieren, falls Ihnen dies seitens ihres versorgenden Fachzettes empfohlen würde.

Onko-Sexologische Angebote

Schweizweit sind zwar sexualmedizinisch/-therapeutisch ausgebildete Fachpersonen vorhanden, jedoch nicht immer flächendeckend verfügbar. Ein Anreiseweg sollte für die Patienten kein unüberwindbares Hindernis darstellen, wird sich doch eine Intervention in den meisten Fällen auf einige Sitzungen beschränken. Als jüngste Initiative bietet die Krebsliga Schweiz seit März 2019 im Rahmen des Krebstelefon's eine gesonderte Mailsprechstunde zum Thema Sexualität nach Krebs an und bietet Betroffenen damit eine niedrighschwellige Möglichkeit, zu fachlich qualifizierter Beratung zu kommen. Die Broschüren der Krebsliga Schweiz (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 weniger vertieft abgebildet.

Ausblick

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 Versorger-netzwerks mit niedrighschwelliger 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.

Literatur:

1. Bober S, Sanchez Varela V: Sexuality in Adult Cancer Survivors: Challenges and Intervention. *Journal of Clinical Oncology* 2012; 30: 3712–3719.
2. Ntekim A. (2011). Sexual Dysfunction Among Cancer Survivors. In: Goshtasebi A. (Hrsg.) *Sexual Dysfunctions - Special Issues*. Download unter: www.intechopen.com/books/sexual-dysfunctions-special-issues/sexual-dysfunction-among-cancer-survivors
3. Navarra S, Eichenberger C, Fluri M, et al.: Psycho-soziale Onkologie in der Schweiz. *Krebsliga Schweiz*, 2005.
4. NCCN Guidelines Survivorship: Sexual Dysfunction (Male). *J Nat Compr Canc Netw* 2014; 12: 356–363.
5. Penson D: The Effect of Erectile Dysfunction on Quality of Life Following Treatment for Localized Prostate Cancer. *Rev Urol* 2001; 3: 113–119.
6. Guiltis C, Cohen L, Pettaway C, Parker P: Treatment Regret and Quality of Life Following Radical Prostatectomy. *Support Care Cancer* 2013; 12: 21.
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* 2007; 14: 689–693.
8. Mamié S: Onko-Sexologie. *Schweiz. Krebsbulletin* 2017; 02: 160–162.
9. Brotto LA, Yule M, Breckon E: Psychological interventions for the sexual sequelae of cancer: a review of the literature. *J Cancer Surviv* 2010; 4: 346–360.
10. 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* 2012; 118: 500–509.
11. Mamié S: Onko-Sexologie 2; Behandlungsoptionen bei sexuellen Folgeproblemen nach Krebs. *Schweiz. Krebsbulletin* 2017; 03: 256–259.
12. NCCN Guidelines Survivorship: Sexual Dysfunction (Female). *J Nat Compr Canc Netw* 2014; 12: 184–192.
13. Annon JS: PLISSIT-Modell. In: Corsini RJ (Hrsg.). *Handbuch der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz, 1983.
14. Hordern A, Street A: Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Med J Aust*. 2007; 186: 224–227.
15. Zwahlen D: Vom Graben zwischen psychosozialer Belastung und Inanspruchnahme von Unterstützung: Resultate einer psychoonkologischen Studie zum Belastungsscreening. *Schweiz. Krebsbulletin* 2019; 02: 167–169.
16. Almont T, Delannes M, Ducassou A, et al.: Sexual Quality of Life and Needs for S-exology Care of Cancer Patients Admitted for Radiotherapy: A 3-Month Cross-Sectional Study in a Regional Comprehensive Reference Cancer Center. *Journal of Sexual Medicine* 2017; 14: 566–576.