

Onko-Sexologie 2 Behandlungsoptionen bei sexuellen Folgeproblemen nach Krebs

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

Einleitung

Je nach Patientenkollektiv, Diagnose und Art der Behandlung treten Beeinträchtigungen der Sexualität nach onkologischen Erkrankungen bei 20% bis gegen 100% der Betroffenen auf. Die Sexualmedizin steht als eigenständiges Fachgebiet zwischen den Disziplinen Medizin, Psychologie und Soziologie; für einige spielen auch religiöse und spirituelle Aspekte eine Rolle. In Fachbüchern und Ratgebern zu Sexualität nach Krebs nimmt die Erhebung der Defizite oft mehr Raum ein, als Beiträge zu Lösungen. Die vorhandenen onko-sexologischen Interventionsmöglichkeiten bleiben damit wenig nachvollziehbar.

Unter dem Titel Onko-Sexologie wurde in der Ausgabe 02/2017 ein Übersichtsartikel zum Bedarf der Patienten, zu Kommunikationshürden und zu den gängigsten sexuellen Folgeproblemen nach Krebs publiziert. Im vorliegenden Artikel werden Lösungsansätze mit besonderer Gewichtung der psycho-sozialen Herangehensweisen vorgestellt. Der Folgeartikel Onko-Sexologie 3 in Heft 04/2017 wird sich mit der Umsetzung der Erkenntnisse im onkologischen Alltag befassen.

Sexuelle Probleme nach Krebs - somatisch / funktionelle Lösungsansätze

Es besteht eine Vielzahl von Möglichkeiten, eine eingeschränkte Sexualfunktion auf somatisch / funktioneller Ebene zu kompensieren (1, 2).

Häufigstes Problem bei den Männern ist eine erektile Dysfunktion. In urologischen Kontexten wird qualifizierte Physiotherapie (Beckenbodentherapie) zur gezielten Aktivierung der Beckenbodenmuskulatur, der zuführenden Gefässe und anderer involvierter faszieller Strukturen eingesetzt, mit gleichzeitig positiver Wirkung auf die Kontinenz. Die Vakuumpumpe kann vor dem Sexualakt oder für ein Schwellkörpertraining genutzt werden. Medikamentös sind PDE-5 Hemmer mit unterschiedlichen Wirkungs- und Nebenwirkungsprofilen verfügbar. Bei

Unwirksamkeit wird in der nächsten Stufe Alprostadil zur Erweiterung der zuführenden Gefässe eingesetzt; es kann injiziert, in die Urethra eingebracht oder als Creme angewendet werden. Letzte Möglichkeit bei persistierender Symptomatik ist der irreversible Einsatz eines Schwellkörperimplantats. Die Kosten aller Verfahren sind mit Ausnahme der Physiotherapie vom Patienten zu tragen.

Bei den Frauen können Lubrikanzien oder Präparate zum Wiederaufbau von beeinträchtigter Vaginalschleimhaut eingesetzt werden. Gezielte physiotherapeutische Verfahren zeigen auch hier eine bestätigte Wirksamkeit (3). Je nach vorhandener Hormonsensibilität der Tumorerkrankung ist ein Einsatz östrogenhaltiger Präparate systemisch oder lokal möglich oder aber kontraindiziert. Gleitgels können Schmerzen wegen verminderter vaginaler Feuchtigkeit während des Sexualaktes mildern. Einer vaginalen Atrophie als Folge einer Radiotherapie kann mit Vaginaldilatationsstäben oder RecaFem Tampons entgegengewirkt werden.

Für Störungen der Appetenz werden seitens der Sexualmediziner bei beiden Geschlechtern Präparate und Hormone mit unterschiedlichem Erfolg eingesetzt; je nach onkologischer Diagnose sind einige davon jedoch kontraindiziert. Eine wichtige Therapieoption besteht darin, sexualunfreundliche Medikamente abzusetzen oder zu ersetzen. Besonders bei den Frauen spielt die Selbsteinschätzung der eigenen Attraktivität eine zentrale Rolle für die Libido. Eine Brustrekonstruktion kann zu einer erheblichen Verbesserung des Selbstwerts und der Libido bei mastektomierten Frauen beitragen (4). Mit einer Bedeckung entsprechender Körperstellen durch hübsche Tücher oder andere Accessoires besteht eine Möglichkeit, Schamgefühle über als hässlich empfundene Narben oder ein Stoma zu mildern.

Bei Sexualstörungen sind Lösungsversuche auf somatisch / medizinischer, eher funktioneller Ebene am stärksten verbreitet. Nicht selten greifen diese zu kurz, indem sie nicht ausreichend wirksam sind oder von den Betroffenen nicht angenommen werden (5, 6). Vermeidungsverhalten kann einer Wiederaufnahme des Sexuallebens im Weg stehen

und alle Bemühungen auf funktioneller Ebene zum Scheitern prädisponieren. Bei medizinisch / funktionellen Lösungsansätzen sollte darum die psychosoziale Dimension umfassend mitversorgt werden.

Lösungsansätze psycho-sozial-spirituell

Bei vielen sexuellen Problemen in der Onkologie spielen auch psychologische und soziale Faktoren eine wesentliche Rolle. Mit bestehenden 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. Im Folgenden werden unterschiedliche sexualtherapeutische Ansätze und Herangehensweisen beschrieben und deren onko-sexologisches Potential verdeutlicht.

Psychoonkologische Psychotherapie

Psychoonkologische Psychotherapie versteht sich als supportive Disziplin zur Unterstützung von Patienten und Angehörigen in der Krankheitsverarbeitung, dem Erhalt der Lebensqualität, der Prävention und Behandlung von psychischen Folgestörungen sowie der sozialen Reintegration. Ziel ist, die vielfältigen Auswirkungen der Krankheitserfahrung mit Hilfe eigener Fähigkeiten und Stärken sowie Unterstützung aus dem sozialen Umfeld so zu verarbeiten und zu bewältigen, dass persönliche Integrität und Würde, Selbstbestimmung und bedeutsame Beziehungen gewahrt bleiben (7). Ein psychoonkologisch-psychotherapeutischer Hintergrund bildet damit die Basis allen onko-sexologischen Handelns. 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 Stärken und dem Potential 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 (8). Wie möchten wir unsere Sexualität neu gestalten 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.

Bei gynäkologischen Krebserkrankungen sind bereits standardisierte Programme für betroffene Paare mit beziehungs- und kommunikationsorientiertem Hintergrund verfügbar (9), ein vergleichbarer Ansatz ist auch die «syn-diastische Sexualtherapie» (10).

Körperorientierte Sexualtherapie (Sexocorporel)

Die Methode basiert auf den Beobachtungen des kanadischen Theologen und späteren Psychologen Desjardins, der im Beichtstuhl viel über die Sexualität seiner Gemeindeglieder erfuhr. Sexuelle Probleme werden als Folge un abgeschlossener Lernvorgänge begriffen und mittels körperbezogener Übungen zur Erweiterung der Funktions- wie der Erlebensfähigkeit behandelt. Individuelles (einschliesslich autoerotisches) sexuelles Verhalten wird detailliert erfragt, um ein Verständnis für bereits erfolgte Lernprozesse zu erhalten. Mit Übungen wie dem Beckenbodentraining oder der Beckenschaukel wird ein verstärkter Blutfluss und eine grössere Modulationsfähigkeit der sexuellen Erregung erreicht. Es gilt zwischen erhöhtem Muskeltonus und damit fokussierender Qualität und Entspannung und damit diffundierender Qualität zu pendeln und so die eigenen Erlebensfähigkeiten zu erweitern. Mit gezielten Selbstberührungsübungen sollen neuronale Bahnen trainiert bzw. Repräsentanzen im ZNS ausgebildet werden.

Onko-Sexologische Bedeutung

Beckenbodentraining bei erektiler Dysfunktion ist medikamentösen Ansätzen sogar leicht überlegen (11), wird im Rahmen urologischer Rehabilitation auch zur Wiedererlangung der Kontinenz eingesetzt und scheint unter Umständen auch bei Frauen mit Dyspareunie oder Orgasmusschwierigkeiten einen positiven Effekt zu haben (3). Während einer Krebstherapie gehen viele Patienten in einen aushaltenden Zustand; körperliche und emotionale Dissoziationsreaktionen können mit dazu gehören. In der Rehabilitationsphase besteht die Aufgabe in einer Re-Assoziation. Mit Hilfe der Selbstberührungsübungen kann eine schrittweise Erweiterung der eigenen Erlebensfähigkeiten erreicht werden und eine Neubesetzung des eigenen Körpers mit angenehm erlebten Empfindungen.

Verhaltenstherapie

Der Ansatz basiert auf der Arbeit der Pioniere der Sexualforschung Masters & Johnson. Sexuelle Probleme werden verstanden als Spiegel von erzieherisch oder kulturell vermittelten Normen, die zu Ängsten oder Schuldgefühlen geführt haben und einem freien sexuellen Ausdruck im Weg stehen. Die Therapie im Paarsetting mit abwechslungsweisen Streichelübungen zur schrittweisen und gerahmten Habituation (Angstreduktion) soll eine angenehme Erfahrung vermitteln und damit einen Abbau bzw. eine Neudefinition der verinnerlichten moralischen

Hürden bewirken. Jüngere Erweiterungen des Ansatzes (12) beziehen die Bedeutung emotionaler Intimität und der partnerschaftlichen Zufriedenheit als wichtige modulierende Faktoren für eine sexuelle Bereitschaft mit ein.

Onko-Sexologische Bedeutung

Es kann hilfreich sein, sich dem eigenen sexuellen Erleben gerahmt durch das Übungssetting und dosiert durch Auslassung von vorgängig definierten Körperpartien schrittweise zu nähern und damit eine positive Erfahrung zu machen. Das definierte abwechslungsweise Setting lässt auch gesunde PartnerInnen wieder zu Empfängern werden und trägt damit zu einer Normalisierung des manchmal erkrankungsbedingten Ungleichgewichts bezüglich Geben und Nehmen bei.

Systemische Paartherapie

Repräsentant dieses Ansatzes im deutschen Sprachraum ist Ulrich Clement (13); wichtige Beiträge stammen von Esther Perel und David Schnarch. Sexuelle Anziehung wird verstanden als Anziehung ungleicher Pole. Im Gegensatz dazu stellen romantische Mythen zu Partnerschaft eher das Gemeinsame in den Vordergrund. Gegenseitige Rücksicht, Anpassung und Fürsorge, die Minimierung der Unterschiedlichkeit, ein seelisches Gleichschwingen gelten als Ideal, während abweichende Bedürfnisse und Qualitäten ausgeklammert werden. Bezogen auf die Erotik hat dieses Beziehungsmodell den entscheidenden Nachteil: man kann nicht etwas begehren, was man schon hat.

Clement's Ansatz bietet eine Vielzahl von Werkzeugen zum Umgang mit den in Sexualtherapiepraxen häufig anzutreffenden Unlust Phänomenen. Das Symptom des Nicht-Könnens wird umgedeutet in ein Nicht-Wollen bestimmter Ich-Anteile als Ausgangspunkt eines Suchprozesses für das eigene Wollen. Erotische Anziehung entsteht nicht durch Funktionsfähigkeit oder Perfektion der Silhouette, sondern durch ein sich Offenbaren in seinem persönlichen und sexuellen Profil.

Onko-Sexologische Bedeutung

In vielen Paarbeziehungen besteht eine Schonungstendenz mit natürlicherweise de-erotisierendem Effekt, die sich im Erkrankungsfall oft noch verstärkt und angesichts der therapiebedingten Belastungen des Patienten häufig auch notwendig ist. In der Rehabilitationsphase werden vorbestehende Rollen und Aufgaben im Rahmen des Möglichen wieder aufgenommen und Patienten wie Partner sind herausgefordert, die Schonungsmuster wieder zu verlassen, sich wieder zu differenzieren als ein wesentlicher Schritt, um die erotische Anziehung wieder einzuladen.

Slow Sex

Dieser von Diana Richardson (14) so benannte Ansatz stellt einen Paradigmenwechsel zu den vorherigen sexu-

altherapeutischen Theorien und Methoden dar. Er integriert Prinzipien der Meditation in die Sexualität durch einen Verzicht, bestimmte (angenehme) Empfindungen zu erleben bzw. zu verstärken, indem mittels aktiver Stimulation darauf hingearbeitet wird. Stattdessen wird die körperliche Vereinigung unabhängig von der sexuellen Erregung vollzogen. Der Penis wird auch im nicht oder nur partiell erigierten Zustand in die Vagina eingeführt; bei Bedarf ist ein Gleitgel hilfreich. Hierfür besonders geeignet ist die sogenannte Scherenposition (15). Das Paar darf sich in der so etablierten Verbindung entspannen. Stilleerlebnisse oder Einschlafen kann ebenso dazu gehören wie spontane Gefühle der Verbundenheit oder Lust. Die körperliche Verbindung wird aufrechterhalten, so lange es beiden angenehm ist; die sogenannte intravaginale Zeit (IVZ) kann hier eine sonst übliche Dauer um ein Vielfaches übersteigen. Ein Verzicht auf Orgasmus bzw. Samenrguss entpuppt sich (für Viele vorerst unvorstellbar) als Gewinn, indem Qualitäten wie Entspannung, lebendige Präsenz und Verbindung mit sich und dem Partner in den Vordergrund rücken.

Onko-Sexologische Bedeutung

Der Ansatz bewahrt vor der psychologischen Falle des Versagens, indem eine intakte Funktionsfähigkeit für ein Praktizieren von Sexualität nicht vorausgesetzt wird. Eine Einschränkung der Erektionsfähigkeit steht einer körperlichen Vereinigung viel weniger im Weg. Bei beschädigter Vaginalschleimhaut kann eine reibungsinduzierte Dyspareunie deutlich verringert werden. Fatigue als weitere Folgeerscheinung nach Krebserkrankungen wird umgangen, indem nur geringe körperliche Aktivität nötig ist. Auch Appetenzverlust ist von sekundärer Bedeutung, da für diesen Zugang keine sexuelle Lust vorhanden sein muss.

Entspannung und Druckfreiheit wirkt sich üblicherweise sexualfreundlich aus. So kann diese Praxis manchmal auch Ausgangspunkt für eine Neuerschliessung der erotischen Sexualität werden.

Conclusion

Angesichts der anerkannt multifaktoriellen Genese von Sexualproblemen ist deren multidisziplinäre Behandlung die fachlich logische Konsequenz. Es ist eine Vielzahl unterschiedlichster bio-psycho-sozial-spirituelle Interventionmöglichkeiten verfügbar. In den meisten Fällen ist eine Kombination mehrerer Verfahren am ehesten erfolgversprechend. Mit einer Neuerschliessung der Sexualität nach einer onkologischen Erkrankung ist oft auch die Konfrontation mit wenig erwünschten Gefühlen verbunden. Darum ist eine persönlich zugewandte, fachlich kompetente und motivierende Begleitung wichtig für einen Erfolg.

Literatur

1. Ahrendt HJ, Friedrich C. Sexualmedizin in der Gynäkologie. Heidelberg: Springer, 2015.
2. Michel MS, Thüroff JW, Janetschek G, Wirth M (Hrsg). Die Urologie, Band 1 und 2. Heidelberg: Springer, 2016.
3. Wurn L, Wurn B, Roscow A, et al. Increasing Orgasm and Decreasing Dyspareunia by a Manual Physical Therapy Technique. *Medscape General Medicine* 6: 47, 2004.
4. Ng SK, Hare RM, Kuang RJ. Breast Reconstruction Post Mastectomy: Patient Satisfaction and Decision Making. *Annals of Plastic Surgery* 76: 640, 2016.
5. Corona G, Rastrelli G, Burri A, et al. First-generation phosphodiesterase type 5 inhibitors dropout: a comprehensive review and meta-analysis. *Andrology* 4: 1002–1009, 2016.
6. Capogrosso P, Salonia A, Briganti A, Montorsi F. Postprostatectomy Erectile Dysfunction: A Review. *World J Mens Health* 34: 73-88, 2016.
7. Mamié S, Dietrich L. Psychoonkologie. In: Margulies A, Kroner Th, Gaisser A, Bachmann-Mettler I (Hrsg). *Onkologische Krankenpflege*. Heidelberg: Springer, 2017.
8. Barsky Reese J. Coping with sexual concerns after cancer. *Curr Opin Oncol* 23: 313–321, 2011.
9. Heinrichs N, Zimmermann T. Bewältigung einer gynäkologischen Krebserkrankung in der Partnerschaft: Ein psychoonkologisches Behandlungsprogramm für Paare. Göttingen: Hogrefe, 2007.
10. Beier K, Loewit K. Lust in Beziehung. Einführung in die syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Therapiekonzept der Sexualmedizin. Heidelberg: Springer, 2004.
11. Sommer F, Graf C. Sports meets Medicine - Urologie und Sport. Göttingen: Cuvillier, 2002.
12. Basson R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. *New England Journal of Medicine* 354: 1497-1506, 2006.
13. Clement U. Systemische Sexualtherapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 2004.
14. Richardson D. Slow Sex – Zeit finden für die Liebe. München: Integral, 2011.
15. Künzler A, Mamié S, Schürer C. Diagnose-Schock: Krebs, Kap. 4.2, Krebs und Sexualität. Heidelberg: Springer, 2012.

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



Getreidefeld in Quartino.