

Regelmässiges Nachfragen ist wichtig

Sexualanamnese und Sexualberatung

Gynäkologinnen und Gynäkologen sind in der Regel die ersten AnsprechpartnerInnen für sexualmedizinische Fragestellungen und Probleme. Patientinnen schätzen, wenn sie von ärztlicher Seite auf ihre Sexualität angesprochen werden. Der Patientin sollte dabei vermittelt werden, dass das Thema Sexualität ein wichtiger Eckpfeiler der gynäkologischen Gesundheit ist und mit grosser Selbstverständlichkeit angesprochen werden darf. Dabei ist hilfreich, wenn neben somatischen Aspekten auch emotionale und soziale Problempunkte thematisiert werden.

+ Pour les femmes, le gynécologue (femme et homme) est en général le premier interlocuteur pour aborder les problèmes sexuels. Les patientes apprécient que le médecin les invite à aborder le sujet de leur sexualité. Il incombe au médecin de communiquer que la sexualité représente une part essentielle de la santé gynécologique – et que l'on a le droit d'en parler librement. Pour le thérapeute il est important de soulever non seulement des aspects somatiques mais également émotionnels et sociaux.

Sexualität ist für die meisten Menschen wichtig

Für die allermeisten Menschen ist Sexualität ein wesentlicher Faktor der Lebensqualität. In einer länder- und kulturübergreifenden Studie von 27 500 Personen über 40 Jahren beurteilen 83% der Männer und 63% der Frauen Sex als extrem, sehr oder ziemlich wichtig in ihrem Leben (4), wobei diese Rate bei Jüngeren vermutlich noch wesentlich höher liegt. Mit zunehmendem Alter verändern sich sexuelle Verhaltensmuster und die sexuelle Aktivität nimmt ab, bleibt aber für sehr viele Menschen ein wichtiger Teil ihres Lebens. Während viele Menschen zumindest phasenweise ein erfülltes Sexalleben haben, bestehen im biographischen Verlauf meistens auch Phasen unbefriedigter Sexualität, die zu einer Einschränkung der Lebensqualität führen können. Häufig werden solche Phasen durch Selbsthilfe (Freunde, Literatur, Internet, etc.) überwunden, aber gelegentlich suchen Betroffene auch bei Ihnen Hilfe. Es ist deswegen empfehlenswert, dass Sie den Patientinnen mit einer offenen Frage zur Sexualität die Möglichkeit zum Gespräch geben. Dies wurde in einer Studie aus Lausanne an ca. 1500 Männern mit kleineren allgemeinmedizinischen Problemen nachgewiesen: mehr als 90% wünschten sich, dass sie von ihrem Arzt auf sexuelle Themen angesprochen werden (3). Bei GynäkologInnen und UrologInnen wird ein aktives Ansprechen erwartet, da sie als «Spezialistinnen für genitale Gesundheit» ja ohnehin «indiskrete» Fragen stellen. Die meisten sexualmedizinischen Probleme können dabei in relativ kurzen, beratenden Informations-Gesprächen geklärt werden, bei denen neben Vermittlung von gynäkologisch-urologischem Fachwissen auch wohlwollend-offe-



PD Dr. med. Gideon Sartorius
Basel

nes Interesse und «Beratung» mit gesundem Menschen-Verstand gefragt sind (1).

Sofern das Problem zu Leidensdruck führt, kann aber auch eine intensivere sexualmedizinische Betreuung indiziert sein. Sofern Sie sich dafür keine Zeit nehmen können/wollen oder sich für die spezifischen Probleme als nicht genügend kompetent betrachten, ist es hilfreich, wenn Sie ihre Patientinnen an interessierte SexualmedizinerInnen, Psycho-, Sexual-, Physiotherapeuten etc. weiterweisen können.

Störungen der Sexualität sind relativ häufig

Die Inzidenz von sexueller Dysfunktion ist relativ hoch, wobei sie in Querschnittsstudien zwischen 30 und 40% liegt (28% der Männer und 39% der Frauen (4)). Aufgrund methodologischer Aspekte variiert die Inzidenz stark und kann in spezifischen Populationen wesentlich höher sein (z.B. bis zu 70% bei Frauen mit Mammakarzinom (5)).

Grundsätzlich (gemäss DSM-5-Kriterien) können weibliche Sexualfunktionsstörungen in Lust-/Erregungsstörungen, Schmerzstörungen und Orgasmusstörungen unterteilt werden.

Zu den **Lust-/Erregungsstörungen** gehört z.B. die störende (!) Lustlosigkeit, die vielfach noch als HSDD (hypoactive sexual desire disorder) bezeichnet wird- und die von vielen Frauen in der Sprechstunde mit der Bitte um medikamentöse Behandlung angesprochen wird. Leider führt i.d.R. weder die Androgen-Substitution noch die Verabreichung vom in den USA zugelassenen Flibanserin zu einer klinisch relevanten Verbesserung der Libido.

Zu den **Schmerzstörungen** gehören Vaginismus und Vulvodynie/Dyspareunie, wobei gewisse Frauen auch unter Schmerzen bei Erregung ohne Berührung oder Penetration klagen. Zu ausgeprägtem Leiden kann das «persistent genital arousal disorder»-Syndrom führen. Dabei handelt es sich um eine gehäuft bei Frauen über 60 Jahren auftretende Dauererregung ohne adäquate Stimulation, die teilweise schmerzhaft ist und durch Erreichen von Orgasmen häufig nicht oder nur minimal abnimmt. Häufig werden diese Episoden jeweils durch emotionalen Stress getriggert.

Von **Orgasmusstörungen** wird gesprochen, wenn bei vorhandener Lust und ausreichender Stimulation nicht oder nur schwierig ein

Orgasmus erzielt werden kann. Neben emotionalen Faktoren, kann dies z.B. durch Neuropathien oder toxische Effekte (z.B. Alkohol oder Drogen) bedingt sein.

Sexualität ist individuell und verändert sich im Verlaufe des Lebens

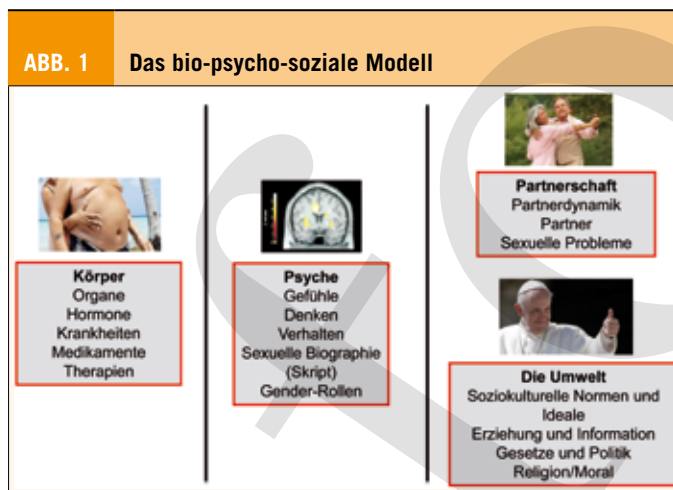
In unserer stark sexualisierten Gesellschaft müssen sich alle Adoleszenten und Erwachsenen mit ihrer Sexualität auseinandersetzen und dabei ihre individuelle Sexualität definieren und ihre sexuelle Rolle finden. Das gilt also auch für diejenigen, die sich eigentlich nicht/kaum für Sexualität interessieren, aber trotzdem häufig in Partnerschaften mit sexuellen Menschen leben (ca. 1% der Bevölkerung bezeichnet sich selbst als asexuell (2)). Der Prozess der sexuellen Selbstdefinition erfolgt teils bewusst, häufig aber unbewusst, und ist eine lebenslange biographische Entwicklung mit vielen Einflussfaktoren. Dabei spielen das soziale Umfeld (Erziehung, Freundeskreis, Kulturkreis, Religion, Partnerschaft etc.), die emotionalen Bedingungen und körperlichen Eigenheiten eine entscheidende Rolle, wobei insbesondere auch die sexuellen Erfahrungen («sexuelle Biographie») erfragt und berücksichtigt werden sollten. Da bekanntlich jede Lebensgeschichte einzigartig ist und vielfältigen Einflüssen unterliegt, entwickelt dementsprechend auch jeder Mensch eine einzigartige und individuelle Sexualität mit unterschiedlichen Möglichkeiten und Bedürfnissen.

Dabei entspricht die individuelle sexuelle Entwicklung in aller Regel nicht dem medial vermittelten Bild der leichten, lustvollen, «Allzeit-bereit»-Sexualität, sondern es besteht vielmehr häufig eine Diskrepanz zwischen dem vermeintlichen «Idealbild» und der Realität. Dieses Spannungsfeld zwischen «Ist» und «Soll» kann für viele belastend sein- und führt dann zu sexualmedizinischem Gesprächsbedarf.

Die sexuelle Norm

Gelegentlich reicht bei solchen Anliegen bereits die Information, dass das Idealbild häufig nicht der mittels «sex surveys» erhobenen statistischen Norm entspricht. Allerdings ist das Kennen von statistischen Normwerten zwar interessant, aber für die individuelle Betreuung nicht unbedingt hilfreich. Das Anstreben und Leben eines sexuellen Normverhaltens führt nicht zu einer erfüllten Sexualität, sondern es sollten vielmehr die individuellen Bedürfnisse erkannt und soweit möglich erfüllt werden.

Verschiedene US-amerikanische und europäische Untersuchungen zeigten, dass sich das Sexualverhalten in den letzten 50 Jahren verändert hat, beispielsweise indem das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr vorverlegt wurde, das Beziehungsverhalten sich stark verändert hat («serielle Monogamie», Anzahl der Geschlechtspartner im Lebensverlauf hat zugenommen), und das Alter bei der ersten Geburt deutlich zugenommen hat. In den letzten Jahren kam es zudem zu einer weiteren massiven Veränderung im Sexualverhalten vieler Menschen, indem pornographisches Bild- und Video-Material problemlos rund um die Uhr verfügbar ist, was von vielen Leuten als bereichernd erlebt wird, aber auch zu Problemen führen kann, z.B. im Rahmen der «Porno-Sucht». Dabei kommt es zum zwanghaften, kaum kontrollierbaren Konsum von pornographischen Inhalten, was nicht selten zu schweren Partnerschaftskonflikten oder zu Problemen am Arbeitsplatz führen kann.



Relevant ist die subjektiv wahrgenommene, sexuelle Gesundheit

Relevant für die Patientinnen ist weniger, ob ihr Verhalten einer sich verändernden Norm entspricht, als vielmehr, dass sie sich selber als sexuell gesund wahrnehmen. Behandlungsbedürftig wird eine Patientin also erst durch den subjektiven Leidensdruck- oder (seltener) den Leidensdruck der sozialen Umgebung. Sexuelle Gesundheit definiert sich nicht nur durch die Abwesenheit von genitalen Erkrankungen/Infekten oder ungewollten Schwangerschaften, sondern sie beschreibt einen umfassenderen Zustand, in dem es zusätzlich auch um sexuelle Selbstbestimmung, sexuelles Wohlbefinden und Zufriedenheit geht.

Diese multidimensionale Definition (WHO, 2006) bedeutet gleichzeitig aber auch, dass das hehre Ziel einer umfassenden sexualmedizinischen Anamneseerhebung und Betreuung vielfältig- und im gynäkologischen Praxisalltag schwierig zu verwirklichen ist.

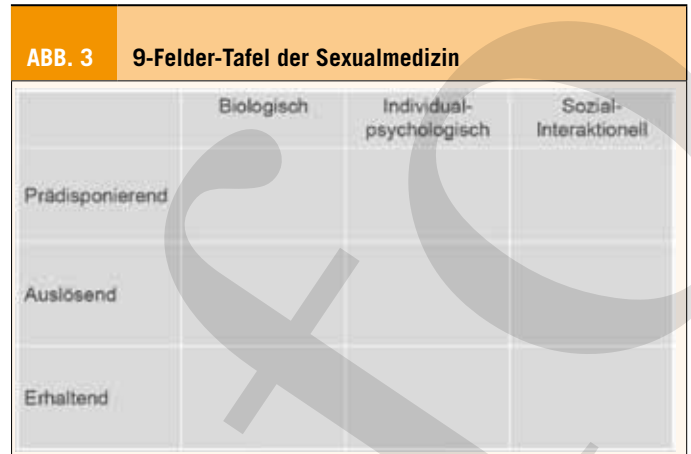
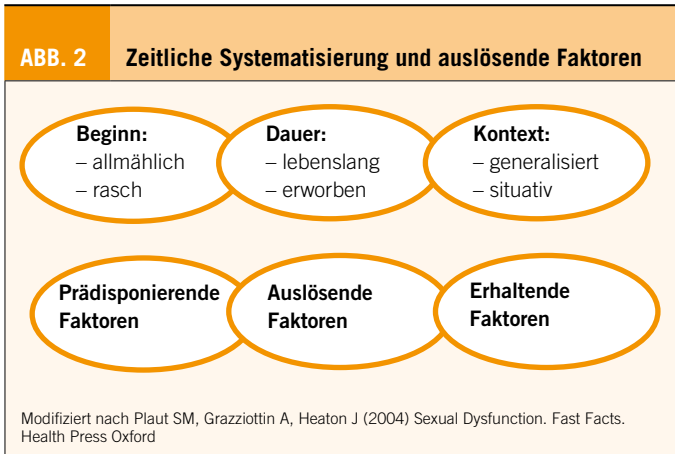
Was können Sie im Praxisalltag also tun?

Der wesentlichste Faktor bei der sexualmedizinischen Gesprächsführung ist meines Erachtens die Haltung der Ärztin/des Arztes die idealerweise offen, wertfrei und interessiert sein soll.

Da Gespräche über Sexualität häufig schambesetzt sind, kommt es sowohl von ärztlicher Seite als auch von Patientinnen-Seite häufig zu Vermeidungsverhalten. Dies kann zumindest teilweise umgangen werden, indem ÄrztInnen sich einen vorformulierten Satz bereithalten, der routinemässig und selbstverständlich an einem gewissen Punkt des Gespräches angebracht wird (Z.B.: «Haben Sie Beschwerden beim Sex?» oder «Sind Sie mit Ihrer Sexualität zufrieden?»).

Rufen Sie sich als ÄrztIn dabei immer wieder in Erinnerung, dass die Patientinnen von Ihnen erwarten, dass Sie von ärztlicher Seite das Thema Sexualität ansprechen. Wenn eine Patientin nicht darüber sprechen möchte, wird sie es Ihnen ohnehin mitteilen- oder Ihre Frage kurz und abschliessend beantworten. Vielleicht ist auch das Einbeziehen des Partners/der Partnerin in weitere Gespräche sinnvoll.

Bei der sorgfältigen Evaluation sexualmedizinischer Probleme ist ein systematisches Vorgehen häufig sinnvoll. Dabei ist das bio-psycho-soziale Modell (Abb. 1) hilfreich, welches aus der Allgemeinen Systemtheorie kommt. So soll sichergestellt werden, dass neben körperlichen Beschwerden, auch relevante emotionale und soziale



Faktoren angesprochen werden. So ist es beispielsweise relevant zu wissen, ob eine perimenopausale Patientin mit störendem Libidoverlust einen liebevollen, attraktiven und lebenslustigen Partner hat oder ob sie in einer unglücklichen Partnerschaft mit einem alkoholkranken, gewalttätigen Ehemann mit beginnender Demenz lebt. Als weitere hilfreiche Systematisierung hat sich die zeitliche Systematisierung und die Unterteilung der Faktoren in «prädisponierende», «auslösende» und «erhaltende» Faktoren erwiesen (Abb. 2). Das Zusammensetzen beider Systeme ergibt die in Abbildung 3 dargestellte 9-Felder-Tafel der Sexualmedizin, die als Grundgerüst für Sexualberatungen sehr empfehlenswert ist.

Literatur:

- Ahrendt HJ FC (2011) Die Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen und Probleme in der gynäkologischen Sprechstunde. Frauenarzt 52/6
- Bogaert AF (2004) Asexuality: prevalence and associated factors in a national probability sample. J Sex Res 41:279-287
- Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De Heller K et al. (2011) Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly 141:w13178
- Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB et al. (2004) Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. Urology 64:991-997
- Panjari M, Bell RJ, Davis SR (2011) Sexual function after breast cancer. J Sex Med 8:294-302

PD Dr. Gideon Sartorius

Sexualmedizin
 Abteilung für Gyn. Sozialmedizin und Psychosomatik
 Frauenklinik Universitätsspital Basel
 Spitalstrasse 21, 4031 Basel
 Gideon.Sartorius@usb.ch

+ Interessenskonflikt: Der Autor hat keinen Interessenskonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Take-Home Message

- ◆ Patientinnen schätzen es, wenn Sie auf Ihre Sexualität angesprochen werden. Fragen Sie also regelmässig danach!
- ◆ Vermitteln Sie Ihren Patientinnen, dass Sie ein «offenes Ohr» für sexualmedizinische Fragestellungen und Probleme haben.
- ◆ Betonen Sie, dass die individuellen Bedürfnisse und Eigenheiten entscheidend sind- und nicht was von der Umgebung als «Soll» vorgegeben wird.
- ◆ Die Sexualität verändert sich im Verlaufe des Lebens.
- ◆ Entwickeln Sie gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten Verbesserungsvorschläge, wobei insbesondere die funktionierenden Anteile der individuellen Sexualität gestärkt werden sollten (ressourcenorientiert).
- ◆ Bio-psycho-soziales Modell: Beachten Sie, dass die Sexualität vielfältigen Einflussfaktoren unterliegt. Neben körperlichen und emotionalen Aspekten, müssen auch soziale Faktoren wie z.B. die Partnerschaft und das soziokulturelle Umfeld berücksichtigt werden.

Messages à retenir

- ◆ Prenez l'habitude d'intégrer les questions touchant à la sexualité dans votre interrogatoire régulier ! Les patientes apprécient si leur médecin prend l'initiative d'aborder ce sujet à la consultation.
- ◆ Communiquez à la patiente que vous avez «une oreille ouverte» pour des questions et problèmes d'ordre sexuel.
- ◆ Veuillez mettre l'accent sur les besoins et particularités individuels. C'est cela l'essentiel et non les soi-disant normes de la société.
- ◆ Au cours de la vie, la sexualité subit des changements.
- ◆ Développez, ensemble avec la patiente/le patient, des propositions pour améliorer leur situation. En particulier, il faut renforcer les aspects de la sexualité de la personne qui fonctionnent déjà bien (counselling orienté aux ressources propres au patient).
- ◆ Le modèle bio-psycho-social: Il s'agit de considérer que de nombreux facteurs influencent la sexualité. Le thérapeute doit prendre en considération des aspects physiques et émotionnels, mais aussi des facteurs psycho-sociaux tels la relation de couple et l'environnement socio-culturel.