

Sexualberatung in der Praxis

S. Tschudin / Frauenklinik Universitätsspital Basel

Das Thema Sexualität im Praxisalltag

Im gynäkologischen Praxisalltag, wo der Fokus auf der Reproduktion und auf gesundheitlichen Problemen im Zusammenhang mit den Geschlechtsorganen liegt, spielt Sexualität indirekt eigentlich immer eine Rolle und wird direkt zum Thema im Zusammenhang mit Kontrazeption, Kinderwunsch oder der präoperativen Aufklärung vor gynäkologischen Eingriffen. Schwierigkeiten mit der Sexualität beschränken sich aber nicht auf den gynäkologisch-geburtshilflichen Fachbereich, sondern können bei zahlreichen internistischen Erkrankung auftreten und zudem auch bei Männern vorkommen. Somit wären wohl viele PatientInnen froh, wenn nicht nur ihre FrauenärztInnen, sondern auch ihre HausärztInnen kompetente Ansprechpersonen für ihre sexuellen Schwierigkeiten wären, zumal sexuelle Störungen gemäss Prävalenzstudien bei beiden Geschlechtern häufig sind. Je nach Studie liegt die Prävalenz bei Frauen zwischen 25-63%, bei Männern gemäss einer US-amerikanische Studie bei gut 30%. Die nachfolgenden Tabellen 1 und 2 enthalten Angaben zum Vorkommen der einzelnen Störungen.

Tabelle 1: Prävalenz sexueller Störungen bei der Frau

Libidomangel	41%
Orgasmusstörungen	19%
Dyspareunie	12%
Vaginismus	10%
Sexuelle Aversion	8%
Erregungsstörungen	1%

Laumann et al. 1999 / Buddeberg et al. 1994, Clement 1990, Bitzer 1999

Tabelle 2: Prävalenz sexueller Störungen beim Mann

Ejakulatio praecox (EP)	28-32%
Erektionsstörungen (ED)	7-18%
Libidomangel	13-17%
Angst bzgl. „performance“	14-19%

Laumann et al. 1999

In der heutigen Zeit treten auch bei Männern vermehrt Libidoprobleme auf, und eine Verunsicherung betreffend ihre sexuelle Rolle insgesamt ist zu beobachten. Zudem sind Frauen und Männer natürlich auch mitbetroffen, wenn ihre PartnerInnen ein sexuelles Problem haben. Allerdings sind all diese Zahlen, sei es für Frauen wie für Männer, mit Vorsicht zu interpretieren: In der Sexualität ist es z. T. schwierig zwischen normal und krankhaft zu unterscheiden. Nicht jede als Störung zu klassifizierende Erscheinung oder Veränderung muss beim Betroffenen einen Leidensdruck erzeugen und als Problem wahrgenommen werden. Dies gilt es zu berücksichtigen bei der Frage, welche PatientInnen denn einer Sexualberatung bedürfen. Gleichzeitig sind wohl die meisten Menschen der Ansicht, dass eine befriedigende Sexualität eine Komponente des Lebens ist, die zum Wohlbefinden beiträgt. Somit müsste zumindest die Frage nach der sexuellen Zufriedenheit ein integraler Bestandteil einer ganzheitlichen ärztlichen Betreuung sein.

Reden über Sexualität

Auch wenn das Thema Sexualität allpräsent ist in den Medien, so ist es z. T. auch heute noch tabu- und schambehaftet. Dies ist nicht weiter erstaunlich, handelt es sich doch um einen sehr intimen, emotionsbeladenen Lebensbereich, in dem wir auch entsprechend verletzlich sind. Das Sprechen über Sexualität stellt also eine besondere Herausforderung für die Ärztin /den Arzt dar. Hilfreich im Gespräch ist eine gewisse Selbstverständlichkeit über das Thema zu sprechen. Eine Voraussetzung dafür ist Selbstreflexion, d. h. ein Vertrautsein, mit den eigenen Perspektiven und Blickwinkeln auf die Sexualität. Einige wichtige Fragen, die sich jede/r Beratende stellen sollte, sind der Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3: Fragen zur Selbstreflexion über Sexualität

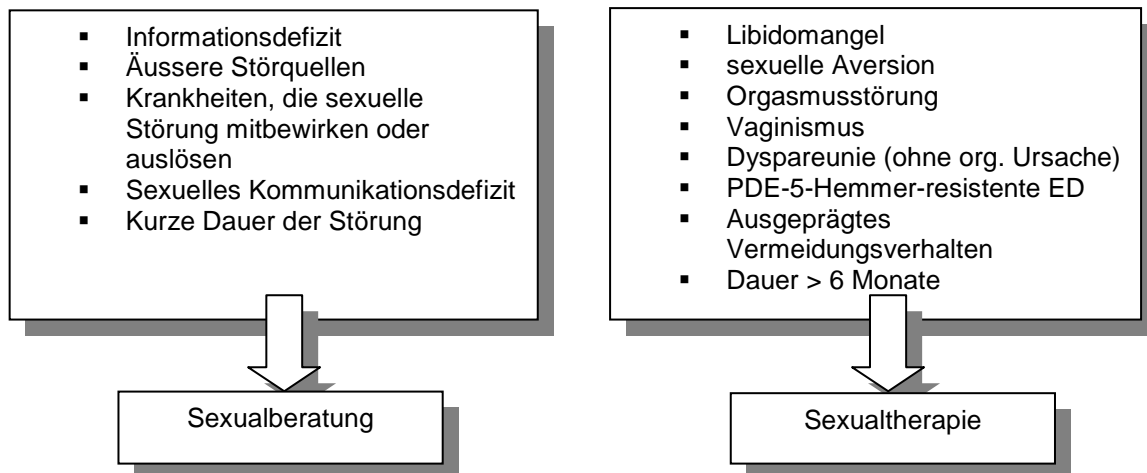
Welche Bedeutung hat die Sexualität in meinem Leben?
Kenne ich selbst sexuelle Schwierigkeiten? Wie gehe ich damit um?
Mit welchen Ausdrucksformen der Sexualität habe ich Mühe?
Was macht mir Angst, was stösst mich ab?
Was ruft Gefühle, wie Verachtung, Wut, Neid, Schuld, Scham bei mir hervor?
Spreche ich mit meinen PatientInnen über Sexualität? Warum nicht?
Wie fühle ich mich dabei? Welche Schwierigkeiten treten auf?

Selbstreflexion ist eine wichtige Grundlage für den richtigen Zugang zu den PatientInnen. Dieser sollte geprägt sein von Empathie und einem echten Interesse für deren sexuelle Befindlichkeit. Vor diesem Hintergrund wird detailliertes Fragen von den PatientInnen in der Regel nicht als aufdringlich empfunden. Klare und direkte Fragen senken gar die Hemmschwelle, über das intime Problem zu sprechen. Sinnvoll ist es allerdings, zu Beginn des Gesprächs klar zu stellen, dass es die PatientInnen sind, die entscheiden, wozu sie sich äussern wollen. Entscheidend ist auch die Wahl eines verständlichen Vokabulars. In der Regel bietet sich die medizinische Fachsprache an. Bei einzelnen PatientInnen (Adoleszenten, MigrantInnen, ältere Frauen und Männern) gilt es sich ihrer Ausdrucksweise anzupassen, um eine gemeinsame Sprache zu finden. Darüber wann sie / er nach der sexuellen Befindlichkeit fragt, und ob situativ oder generell, sollte jede/r Ärztin / Arzt für sich entscheiden. Denn wenn wir danach fragen, dann sollte die innere Bereitschaft, mit unserer beraterischen Kompetenz zur Verfügung zu stehen, auch wirklich vorhanden sein.

Sexualberatung

Ist eine entsprechende Bereitschaft seitens der Ärztin / des Arztes spürbar für die PatientInnen, so ist die Hemmschwelle in der Regel deutlich geringer, sie / ihn auf ein sexuelles Problem anzusprechen, als eine spezielle Beratungsstelle oder eine Sexualtherapeutin / einen Sexualtherapeuten aufzusuchen. Nicht selten ist die Frage oder das Problem auch so gelagert, dass eine Beratung, die sich auf einen oder einige wenige Termine beschränkt, ausreichend ist. Der Tabelle 4 ist zu entnehmen, bei welchen Beschwerdebildern Beratung sinnvoll ist und wann die Überweisung zu SpezialistInnen erwogen werden sollte.

Tabelle 4: Sexualberatung oder Sexualtherapie



Anamnese und Diagnostik

Entscheidend ist wie bei jeder anderen medizinischen Fragestellung, dass wir versuchen, uns ein möglichst genaues Bild des Problems zu machen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sexuelle Probleme und Störungen durch biologisch-somatische, intrapsychische und partnerschaftliche, sowie soziokulturelle Faktoren bedingt sein, ausgelöst und / oder aufrechterhalten werden können. Zudem kann ein sexuelles Problem seit je bestehen oder im Laufe der Zeit auftreten (primär vs. sekundär), immer oder nur in gewissen Situationen auftreten (global vs. situativ) und es kann partnerbezogen oder partnerunabhängig sein.

Welche Probleme sich ergeben, hängt auch ab von der Lebensphase, in der sich die Betroffenen befinden: Bei den Adoleszenten ergeben sich häufig Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit sexueller Unerfahrenheit stehen. Bei der erwachsenen Frau können u. a. Angst vor unerwünschter Schwangerschaft, unerfüllter Kinderwunsch, psychische und physische Herausforderungen im Zusammenhang mit der Mutterschaft, aber auch instabile und dysfunktionale Partnerschaften die Sexualität negativ beeinflussen. Beim erwachsenen Mann können ebenfalls partnerschaftliche Faktoren und unerfüllter Kinderwunsch eine Rolle spielen, zudem können Belastungen im Berufsleben massgebend sein. Bei älteren Menschen wiederum kann die Sexualität beeinträchtigt sein durch altersbedingte Veränderungen im Allgemeinen und der Sexualorgane im Speziellen, aber auch durch bestehende Grunderkrankungen. Nicht selten fühlen sich ältere Frauen in ihren sexuellen Bedürfnissen beschnitten, weil in der Partnerschaft keine befriedigende Sexualität mehr gelebt wird, oder sie gar keinen Partner mehr haben. Nicht zuletzt ist auch immer daran zu denken, dass eine weit zurückliegende oder kurz zuvor erlittene sexuelle Traumatisierung und Gewalterfahrung mitverantwortlich sein kann für das bestehende sexuelle Problem.

In Tabelle 5 sind die Phasen, die sich für die Sexualanamnese und Diagnostik anbieten, dargestellt.

Tabelle 5: Phasen der Sexualanamnese / -diagnostik

1. Einstieg ins Thema
2. Beschreibung des Problems durch die Patientin
3. Nachfragen - Symptomexploration
4. Exploration der Hintergründe und bedingender Faktoren
5. Zusammenfassende Diagnose und Erarbeitung eines gemeinsamen Störungsmodells als Arbeitshypothese

Bei der Gesprächsführung gilt es, sich an den Prinzipien des aktiven Zuhörens, d. h. also einer patientInnenzentrierten Gesprächstechnik zu orientieren. Das heisst offene Fragen stellen und die PatientInnen verbal und nonverbal zum Sprechen ermuntern. Durch Wiederholen, Nachfragen, Spiegeln der Emotionen und Zusammenfassen kann sich der / die BeraterIn versichern, dass sie richtig verstanden hat, und gleichzeitig signalisieren, dass sie aktiv zuhört und das Gegenüber ernst nimmt.

Therapie

In Tabelle 6 sind unterschiedliche sexualmedizinische Interventionen, die je nach Problemstellung eingesetzt werden können, aufgelistet.

Tabelle 6: Indikationsbereich unterschiedlicher sexualmedizinischer Interventionen

Problem	Intervention
Informationsdefizite	Psychoedukation, Informationsvermittlung
Mangel an Körpererfahrung	Körpertherapie
Kommunikationsschwierigkeiten und Bedürfniskonflikte	Paartherapie, systemischer Ansatz
Trieb- und Ueberich-Konflikte	Psychodynamisch-konfliktzentrierte Interventionen

Bereits in der 1970er Jahren wurde von Annon ein Modell, das Beratung und Therapie als fließenden Stufenprozess darstellt, entwickelt [Annon 1974]. Dieses sogenannte PLISSIT-Modell (Tabelle 7) eignet sich sehr gut für den Einsatz im Praxisalltag.

Tabelle 7: PLISSIT-Modell nach Annon

P	Permission	Erlaubnis geben, z. B. für sexuelle Phantasien, Masturbation etc.
LI	Limited Information	Vermittlung spezifischer Informationen, z. B. über den sexuellen Reaktionszyklus, den weiblichen Orgasmus, die Sexualität störende Gedanken
SS	Specific Suggestions	Konkrete Vorschläge, z. B. Anleitungen zu regelmässigem Zärtlichkeitsaustausch ohne GV, zur Beseitigung von äusseren Störfaktoren
IT	Intensive Therapy	Intensive Therapie im Einzel- oder Paarsetting

Fazit

FrauenärztInnen, aber auch HausärztInnen haben eine wichtige Schlüsselfunktion in der Erkennung von behandlungsbedürftigen sexuellen Schwierigkeiten und Problemen, die wie Studien ergeben haben, weit verbreitet sind über alle Altersstufen hinweg. Wenn sie die entsprechende Grundhaltung haben und der Patientin Offenheit, Interesse und Wertschätzung signalisieren, so sind sie niederschwellige AnsprechpartnerInnen. In Kenntnis der eigenen Kompetenzen und Grenzen können sie bei zahlreichen Problemstellungen die Beratung selbst vornehmen, oder die Patientin bei der Entscheidung für eine weiterführende Sexualtherapie unterstützen und begleiten.

Literatur

Bitzer J. Die sexuelle Dysfunktion der Frau – Ursachen und aktuelle Therapieoptionen. UNI-MED Verlag AG (Bremen), 2008.

Bitzer J, Alder J. Sexualmedizin für den Gynäkologen. Der Gynäkologe. 2003 Okt.; 36:891-906.

Buddeberg C.: Sexualberatung, eine Einführung für Aerzte, Psychotherapeuten und Familienberater, Thieme (Stuttgart), 2005.

Clement U. Systemische Sexualtherapie. Klett Cotta (Stuttgart), 2004.

Sigusch V. Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Thieme (Stuttgart), 2006.

Sexuallist 2008. Rosenfluh Publikationen AG. Bayer Schering Pharma. (mit TherapeutInnenliste!)

Tschudin S. Sexualberatung durch GynäkologInnen – wann indiziert? Das Thema Sexualität in der gynäkologischen Sprechstunde. Gynäkologie Special 2007.