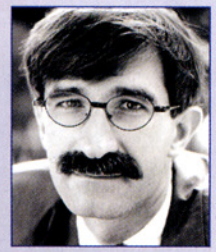
Sollen, wollen, dürfen, können, müssen ...

Wie bedeutsam ist für Krebspatienten das Thema Sexualität?



Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. Stefan Zettl
Medizinische Universitätsklinik Heidelberg, Sektion Nephrologie

Können sexuelle Beeinträchtigungen wirklich von Bedeutung sein in einer Situation, in der Krebspatienten vollständig beansprucht sind von der Bewältigung ihrer Erkrankung und der damit assoziierten Ängste? Viele würden diese Frage sicher verneinen, und für die Mehrzahl der Patienten ist diese Einschätzung für den Zeitraum der Ersterkrankung und deren Therapie auch zutreffend. Die Konfrontation mit der Diagnose „Krebs" löst bei den Betroffenen in besonderer Weise Verunsicherung und Ängste aus; GERDES (1984) spricht von einem „Sturz aus der Wirklichkeit". Alle Gedanken und Gefühle konzentrieren sich zunächst auf die notwendig werdende Behandlung und das Überleben, das Thema Sexualität tritt für die meisten in dieser Situation in den Hintergrund. Mit der Rückkehr in die „Normalität", in den Lebensalltag werden jedoch auch diese Bedürfnisse vielleicht wieder wichtig.

Aber wie bedeutsam ist das Sexuelle eigentlich? Welche Rolle spielt sie für die Lebensqualität und die Zufriedenheit mit der Partnerschaft? Und wie groß ist der Leidensdruck, der durch krankheits- und therapiebedingte Einschränkungen entsteht?

Sexualisierung der Umwelt

Die Medien sprechen dazu eine eindeutige Sprache und pflastern unsere Umwelt mit sexuellen Reizen: Kaum ein Titelbild einer Illustrierten, das nicht offen oder verdeckt von sexuellen Inhalten gekennzeichnet ist. Die Funktionalisierung des Sexuellen in der Werbung begegnet uns überall. In Film und Fernsehen werden Szenen unverhüllt zur Schau gestellt, die noch vor 20 Jahren undenkbar gewesen wären. Der Sexualwissenschaftler Schmidt (2001, S. 40) spricht in diesem Zusammenhang von einer „Wucht der Sexualisierung", die die heutigen Medien kennzeichnet und natürlich auch das Internet und den Cyberspace erreicht haben. Man könnte den Eindruck gewinnen, Sexualität sei überhaupt das Wichtigste im Leben von Menschen schlechthin. Die vielleicht positive „Nebenwirkung" der Medienproduktion: Sexualität stellt heute kein Tabuthema mehr dar, da Informationen zu diesem Bereich für Interessenten relativ leicht zugänglich sind.

Karge Alltagsrealität

Die medialen Einflüsse zeigen jedoch nicht nur eine befreiende Wirkung auf den Einzelnen. In Deutschland ist beispielsweise – gerade bei Männern – eine deutliche Prägung der Sexualität durch das Leistungs- und Anspruchsdenken zu beobachten: In der „Fortschrittsgesellschaft" soll alles möglich sein, also sollen auch im Sexuellen Spitzenleistungen erbracht werden. Und nirgendwo wirken Normvorstellungen so „hinterhältig" wie im Bereich der Intimität: Es wird nicht danach gefragt, wie oft eine Frau und ein Mann das Bedürfnis empfinden, miteinander zärtlich zu sein, sondern das Zusammensein wird plötzlich dadurch bestimmt, wie oft „ein Durchschnittspaar" pro Woche miteinander verkehrt. Zusätzlich erscheint die eigene Sexualität oft klein, grau und unbefriedigend neben der perfekten Sexualität, die in Fernsehen, Kino und Magazinen gezeigt wird.

Im Gegensatz zu dem bunten und sehr positiv getönten Bild der Sexualität, das die Medien zeichnen, scheint die Alltagsrealität allerdings eher karg. Studien über das Sexualverhalten von Männern und Frauen in den westlichen Industriegesellschaften zeigen, dass

- 80 % der Befragten im Jahr vor der Befragung keinen oder nur einen Sexualpartner hatten;
- nur 3–4 % der Verheirateten im Jahr vor der Befragung außereheliche Beziehungen hatten und
- die Hälfte aller Befragten seltener als einmal die Woche Geschlechtsverkehr hatten.

Die Klage „ich habe keine Lust" hat in den letzten 20 Jahren stark zugenommen und stellt heute vermutlich das häufigste Problem in Partnerschaften dar. Hier offenbart sich interessanterweise ein bemerkenswerter Unterschied zwischen den Geschlechtern: Von 577 Frauen und 533 Männern, die eine sexualtherapeutische Klinik in Edinburgh wegen ihrer sexuellen Schwierigkeiten aufsuchten, klagten 47 % der Frauen, aber nur 8 % der Männer über Lustlosigkeit oder mangelndes Interesse am Sex. 68 % der Männer, aber nur 20 % der Frauen kamen wegen nachlassender physiologischer Reaktionsfähigkeit (Warner et al. 1987). Übersetzt auf den onkologischen Alltag: Möglicherweise geht es auch Patientinnen bei der Beratung zu sexuellen Fragen mehr um das Wiedererleben bestimmter Empfindungen und Gefühle, während es Patienten eher um die Wiederherstellung sexueller Funktionen geht.

Das verletzliche Konstrukt „Männlichkeit"

In unserer Kultur scheint das Konstrukt „Männlichkeit" (immer noch) eng an körperliches, insbesondere sexuelles Funktionieren gebunden. Nach Tiefer (1995) ist der Maßstab für die eigene Männlichkeit nicht durch Erlebnisqualitäten wie Genuss, Intimität oder Entspannung gekennzeichnet, sondern körperliches Funktionieren, Leistungsfähigkeit und die Unabhängigkeit von Personen und äußeren Umständen. Dies müsse immer wieder in der Sphäre von Arbeit und Freizeit – aber auch durch sexuelles Funktionieren – vor sich und anderen unter Beweis gestellt werden. Nach Feil und

Appelt (2002) sind Männer stark auf eine „erektile Selbstbestätigung" angewiesen; wichtig scheint dabei zu sein, dass die Männer ihre Erektion vor einer Frau, meistens ihrer Partnerin präsentieren können. Onkologische Patienten werden deshalb z.B. auf eine radikale Prostatektomie und die damit einhergehende Erektionsstörung mit hoher Wahrscheinlichkeit mit Ängsten und sinkendem Selbstwertgefühl reagieren: weil ihre Geschlechtsrolle insgesamt bedroht wird und sie sich mit Eigenschaften und Problemen konfrontiert sehen, die sie bisher nicht zu ihrem Selbstbild als Mann gehörig angesehen haben.

Oft ist bei Patienten eine sich selbst verstärkende Angst zu beobachten: Die Angst zu „versagen" führt dazu, dass die Betroffenen sexuelle Kontakte meiden. Gerade Männer werden oft Opfer ihrer eigenen Leistungsansprüche in der Sexualität. Sie sind während des Zusammenseins mit einer Frau von dem Gedanken beherrscht, ob sie eine „richtige" Erektion bekommen und/oder sie aufrechterhalten können. Die Konzentration auf diese Gedanken und die daraus resultierende Angst und Anspannung verursachen ein „sexuelles Versagen" im Sinne einer selffulfilling Prophecy. Beim nächsten intimen Zusammensein führt diese Versagensangst durch die innere Anspannung erst recht zu erneuten sexuellen Schwierigkeiten. Der Betroffene bewegt sich in einem Teufelskreis von Versagensangst und daraus resultierendem Versagen.

Ein 54-jähriger Patient berichtet über seine diesbezüglichen Erfahrungen: *„Wenn ich jemandem einen Ratschlag geben soll, dann den, nichts erzwingen zu wollen. Ich wusste durch das Aufklärungsgespräch mit meinem Arzt, dass ich nach meiner Operation mit Erektionsstörungen rechnen musste, sie zumindest nicht mit absoluter Sicherheit zu verhindern wären. Das hat bei mir zur Folge gehabt, dass ich mich nach der Operation richtig darauf konzentriert habe, ob ich nun eine Erektion bekommen kann oder nicht. Wenn ich mit meiner Frau zusammen war, habe ich mich kaum auf etwas anderes einstellen können – ich habe mich richtig darauf versteift. Und dann ging natürlich gar nichts. Beim nächsten Mal habe ich erst recht daran denken müssen – und bekam natürlich wiederum keine Erektion. Bis ich gemerkt habe, dass ich es nicht erzwingen kann – erst dann habe ich lockerlassen können. Ich habe mich einfach mit meiner Impotenz abgefunden, dem Sex ade gesagt und mich sozusagen auf die faule Bärenhaut gelegt. Und siehe da, plötzlich ging es! Deswegen sage ich heute: Es hat keinen Sinn, mit aller Gewalt erzwingen zu wollen, dass alles wieder wie vorher läuft."*

Das Problem kann noch weiter verschlimmert werden, wenn ein großes Bedürfnis danach besteht, den Partner sexuell zu befriedigen oder dessen Wünschen zu entsprechen, und deshalb das Symptom erst recht als eigenes „Versagen" erlebt wird. Abhilfe kann nur das offene Gespräch schaffen, um den „Erfolgsdruck" zu reduzieren und damit die angstfreie Entwicklung sexueller Lust zu ermöglichen. In einem gemeinsamen Gespräch kann der Arzt einen hilfreichen Dialog zwischen den Partnern fördern und dadurch zu einem Abbau der Ängste beitragen.

Ein Patient: *„Ich weiß nicht, wie viele vergebliche Anläufe ich gemacht habe, meiner Frau einzugestehen, dass ich Probleme mit meiner Erektion habe. Meine Frau hat so eine ironische Art, macht gerne spitze Bemerkungen, nimmt einen auf den Arm, wo man dabeisteht. Eigentlich mag ich das ganz gerne. Aber wegen meiner Potenz – da wollte ich mich nicht unbedingt auslachen lassen. Das geht irgendwie an die Substanz. Ich habe deshalb alles Mögliche versucht, um keine Situation entstehen zu lassen, in der es zum Beischlaf kommt. Ich wusste einfach nicht, wie ich es ihr erklären sollte. Ich war dann doch froh, dass mein Arzt das Thema in der Sprechstunde angesprochen hat, als meine Frau dabei war. Es war erst einmal wie ein ‚Hosen runterlassen', aber danach konnten wir offen darüber sprechen – wir haben nur seinen Anstoß gebraucht."*

Frauen: im Dienste der Schönheit?

Onkologische Patientinnen werden dagegen mit einem ganz anderen Problembereich konfrontiert. Wir leben in einer Kultur mit einem nahezu gnadenlosen Schönheitsideal: Vor allem Frauen kanalisieren ihre Energien in ein hoffnungsloses Rennen um einen perfekten Körper. Kaum eine Frau, die nicht schon einmal eine Diät erprobt hat oder immer wieder anwendet; Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa) sind weit verbreitet. Dass Frauen im „Dienste der Schönheit" sogar Schmerzen erdulden, hat eine lange Tradition. Angefangen vom Abbinden der Füße im alten China bis hin zu chemischen Gesichtspeelings und silikongestalteten Brüsten sind viele Frauen offensichtlich dazu bereit, alles Erdenkliche zu tun, um den kulturellen Idealbildern von weiblichem Aussehen und weiblicher Erscheinung zu entsprechen. Die Zahl schönheitschirurgischer Eingriffe nimmt von Jahr zu Jahr zu. Die amerikanische Feministin Naomi Wolf (1990) bemerkt dazu kritisch: *„Heute verfügen mehr Frauen über mehr Geld, Macht, Möglichkeiten und gesetzliche Rechte denn je zuvor, aber was unser körperliches Selbstwertgefühl betrifft, sind wir womöglich schlechter dran als unsere unemanzipierten Großmütter."*

Das Erleben einer Krebserkrankung bedeutet häufig auch die unausweichliche Konfrontation mit krankheits- oder therapiebedingten Körperbildveränderungen, z. B. durch eine Mammaablatio oder die Anlage eines Stomas. Operations- oder strahlenbedingte Narben werden von Frauen sehr viel mehr als von Männern unter ästhetischen Gesichtspunkten betrachtet: Werde ich mich mit dem so veränderten Körper noch als attraktiv und begehrenswert fühlen können? Die Rekonstruktion der „äußeren Silhouette" durch die Verordnung einer Perücke oder einer Mammarekonstruktion erleichtert zwar die Situation, behebt aber noch lange nicht den „inneren Schaden": Objektiver Befund und subjektive Befindlichkeit können deutlich auseinander klaffen.

Individuelle Bedeutungsgebung

Sexuelle Störungen sind im Gegensatz zu vielen anderen somatischen Symptombildern häufig nur vor dem Hintergrund der aktuellen Lebenssituation und der Lebensgeschichte der Betroffenen versteh- und behandelbar. In der Art, wie sich ein Mensch sexuell verhält und wie er sexuell empfindet, spiegeln sich seine bisherige Lebensgeschichte, seine individuellen Erfahrungen sowie die besonderen gesellschaftlichen Umstände, in denen er aufgewachsen ist und bisher gelebt hat. Die Spannweite der individuellen Bilder und Vorstellungen über die eigene Sexualität reicht von aversiv

über bejahend bis impulsivsüchtig. Die amerikanische Psychoanalytikerin Avodah Offit (1979) beschreibt diese Vielfalt sexuellen Erlebens so:

„Sexualität ist, was wir daraus machen: Eine teure oder billige Ware, Mittel der Fortpflanzung, Abwehr der Einsamkeit, eine Kommunikationsform, eine Waffe der Aggression (Herrschaft, Macht, Strafe, Unterwerfung), ein Sport, Liebe, Kunst, Schönheit, ein idealer Zustand, das Böse, das Gute, Luxus oder Entspannung, Belohnung, Flucht, ein Grund der Selbstachtung, ein Ausdruck der Zuneigung, eine Art der Rebellion, eine Quelle der Freiheit, Pflicht, Vergnügen, Vereinigung mit dem All, mystische Ekstase, indirekter Todeswunsch oder Todeserleben, ein Weg zum Frieden, eine juristische Streitsache, eine Art, menschliches Neuland zu erkunden, eine Technik, eine biologische Funktion, Ausdruck psychischer Gesundheit oder Krankheit, oder einfach eine sinnliche Erfahrung."

In den o. g. Facetten wird auch der kulturelle Einfluss auf das Sexuelle erkennbar. 1973 veröffentlichten die amerikanischen Soziologen Gagnon und Simon das berühmt gewordene Buch „Sexual conduct". Sie sehen die Sexualität als sozial konstituiert an und durch kulturelle, interpersonelle und intrapsychische Skripte determiniert: *„... dass die Person, von der man sexuell etwas will, nicht nur ein Mann oder eine Frau ist, sondern ein Mann oder eine Frau einer bestimmten Kultur, einer bestimmten Zeit und mit einer bestimmten Biographie"* (Gagnon, 1998, S. 358). Der vor kurzem verstorbene Soziologe William Simon (2002) hat die komplexe Bedeutungsgebung des Sexuellen so beschrieben: *„Desire is a fuzzy matrix"* – also sexuelles Verlangen und Verhalten sind eine „klebrige Substanz", an der alles Mögliche andocken kann und sexuelle, aber auch nichtsexuelle Motive zum Ausdruck kommen können.

Störung bedeutet nicht zwangsläufig Gestört-Sein

Die Reaktionen auf krankheitsbedingte Einschränkungen der Sexualität werden sich deshalb von Person zu Person unterscheiden, so wie sich deren Lebensgeschichte, die Lebensumstände, die individuellen Erfahrungen und der kulturelle Kontext unterscheiden. Nicht jeder Patient, der eine sexuelle Störung i. S. der Kriterien der ICD-10 aufweist, fühlt sich dadurch auch subjektiv beeinträchtigt. Der medizinisch-diagnostische Blick auf das Symptom – z. B. eine Erektionsstörung – versperrt die Möglichkeit, das Individuelle des Sexuellen zu erkennen. Im Gegenteil: *„Kann nicht die ‚erektile Dysfunktion', von der unsere Mediziner neuerdings so selbstgewiss reden, eine seelische Funktion haben, die für das innere Gleichgewicht der Person (und des Paares) von Bedeutung ist?"* (Sigusch, 1996, S. 9). Eine sexualmedizinische Beratung und Behandlung kann deshalb, muss aber nicht für jeden Kranken etwas Wichtiges sein. Die klinische Erfahrung zeigt, dass deren adäquate Verarbeitung und die Wiederherstellung körperlicher Nähe und Intimität die Lebenszufriedenheit verbessern und die Ausbildung sekundärer Ängste und Depressionen verhindern können.

Sexualität und Partnerschaft

Was bewirken krankheitsbedingte Einschränkungen der Sexualität in einer Partnerschaft? Wie ist die Bedeutung des Sexuellen für eine Partnerschaft überhaupt einzuordnen? Ganz allgemein gilt: Für viele Paare ändert sich die Bedeutung der Sexualität in verschiedenen Lebensabschnitten und Phasen einer Partnerschaft. Befragungen zeigen, dass mit zunehmender Dauer einer Partnerschaft die Bedeutung der Sexualität in den Hintergrund tritt und andere Aspekte an Bedeutung gewinnen. Auf die Frage, welche Gründe Partner in langjährigen Beziehungen aneinander binden, gelangt man zu folgenden Antworten (z. B. Riehl-Emde et al. 1994):

- Zärtlichkeit und Sexualität
- Austausch im gemeinsamen Gespräch
- eigene Kinder
- Identifikation mit der Partnerschaft
- Gewähr der eigenen persönlichen Entwicklung
- gegenseitige Solidarität und Unterstützung
- die Art, wie gemeinsame und eigene Lebensbereiche aufgeteilt sind.

Bei den Antworten zeigt sich eine deutliche Abhängigkeit von der Dauer der Partnerschaft: In den ersten fünf Jahren stehen Zärtlichkeit und Sexualität an erster Stelle, während sie in späteren Jahren nicht mehr unter den ersten fünf bindenden Merkmalen vorkommen. In den folgenden Jahren tragen Kinder am meisten zum Zusammenhalt bei; auch in Partnerschaften, die länger als 20 Jahre dauern, stehen Kinder an erster Stelle. An zweiter Stelle steht – unabhängig von der Dauer der Partnerschaft – der Austausch im gemeinsamen Gespräch. Die Sexualität scheint für die Zufriedenheit mit der Partnerschaft von eher untergeordneter Bedeutung. Ob das so sein muss, dass sich der Stellenwert der Sexualität in langjährigen Partnerschaften in dieser Weise verschiebt, ist ungeklärt. Bornemann (1985) spricht in diesem Zusammenhang von einem unvermeidlichen (?) „Abnutzungseffekt der Monogamie".

Für die Beratung onkologischer Patienten bedeutet das: Auch wenn es durch eine Krebserkrankung und deren Folgen für ein Paar nicht mehr möglich ist, bisher vertraute Formen der Sexualität zu leben, muss dies nicht zwangsläufig zu schwerwiegenden Belastungen oder dem Scheitern einer Partnerschaft führen.

Trauerarbeit

Gleichgültig ob es sich um Einbußen sexueller Funktionen oder um therapiebedingte Veränderungen des Körperbildes handelt, es sind Verluste, mit denen sich Betroffene und Partner auseinander setzen müssen: Der Verlust von erotischer oder sexueller Potenz, von vertrauten und lustvollen Formen der sexuellen Befriedigung oder sogar von Körperteilen. In der Psychoanalyse wird im Zusammenhang mit Verlusten von der notwendigen „Trauerarbeit" gesprochen. Das Trauern ist notwendiger und unumgänglicher Bestandteil einer Bewältigung und wird erschwert, wenn der Versuch unternommen wird, den Patienten in hilfreicher Absicht zu trösten (Beispiel: *„Das ist gar nicht so schlimm, wie Sie denken. Wir können in einer späteren Operation einen sehr schönen Brustaufbau vornehmen"*). Dieser in hilfreicher Absicht geäußerte Satz eines Kollegen übergeht aber den ersten Schritt: die Anerkennung des ganz realen Verlustes und der damit verbundenen Gefühle von Schmerz und Trauer (Beispiel: *„Das ist schlimm, sich vorzustellen, dass die eigene Brust entfernt werden muss."*).

Die Entwicklung neuer Formen sexueller Befriedigung unterstützen

Auch wenn vertraute Wege der Befriedigung durch die Erkrankung versperrt sind, braucht das nicht zum vollkommenen Verlust der Sexualität zu führen. Ein Beispiel dafür können beim sexuellen Verkehr auftretende Schmerzen sein, die durch unterschiedlichste Ursachen ausgelöst werden. In vielen Fällen ist es hilfreich, beim Intimverkehr andere Stellungen einzunehmen, die vielleicht ungewohnt sind, aber weniger oder keine Schmerzen verursachen. Viele Paare entwickeln im Laufe der Jahre eine „Lieblingsstellung", die sie vorwiegend einnehmen, wenn sie miteinander schlafen. Gerade diese mag aber bei einer bestimmten Erkrankungssituation unangenehm oder schmerzauslösend sein. Hier gilt grundsätzlich: Jede Form des sexuellen Kontakts, die beiden Partnern Befriedigung bereitet, ist gut – auch wenn sie in den Augen anderer vielleicht ungewöhnlich erscheint.

Dazu eine Frau nach Hysterektomie: *„Während wir früher miteinander schliefen, lag ich meistens unten und mein Mann auf mir – eben die „klassische" Stellung. Aber nach der Operation habe ich öfter Schmerzen empfunden, wenn mein Mann dabei zu tief in mich eindrang und an das Ende meiner Scheide stieß. Das führte dazu, dass ich mich aus Angst vor einer neuen Schmerzattacke nicht mehr gehen lassen konnte und dann auch keinen Orgasmus mehr bekam. Ich habe dann mit meinem Mann darüber gesprochen, und er schlug mir vor, doch eine andere Stellung auszuprobieren. Seit dieser Zeit bevorzuge ich es, auf meinem Mann zu sitzen. Ich kann damit zu jedem Zeitpunkt bestimmen, wie tief er in mich kommt und wie heftig wir uns bewegen. Seither fühle ich mich viel besser."*

Die Entwicklung neuer Formen sexueller Befriedigung kann auch die Verwendung von Hilfsmitteln wie eines Erektionshilfesystems einschließen – auch wenn es zunächst fremd erscheint, wenig vorstellbar ist und seine Erprobung Mut kostet.

Ein Patient berichtete dazu: *„Am Anfang habe ich gedacht, so etwas kann ich nie benutzen – schon gar nicht, wenn ich mit meiner Frau zusammen bin. Aber dann habe ich mir überlegt: Wenn jemand einen Arm verloren hat und eine Prothese verwendet, sagt ja auch niemand etwas. Und irgendwie ist es ja was Ähnliches. Also warum sollte ich da nicht auch ein Hilfsmittel benutzen? Und ich glaube, weil ich es dann schließlich so selbstverständlich benutzt habe, kam auch gar keine Verlegenheit mehr zwischen uns auf."*

Sexualität – nicht nur Geschlechtsverkehr!

Auch wenn ein Patient durch seine Erkrankung oder deren Behandlung in seiner Fähigkeit eingeschränkt ist, einen Koitus zu vollziehen, heißt das nicht, dass er über keine Sexualität mehr verfügt. In dieser Situation gerät oft in Vergessenheit, dass der ganze Körper ein sinnliches und potenziell sexuelles Organ ist und diese Fähigkeit zum Empfinden lustvoller Berührungen nur in wenigen Fällen völlig verloren geht. Es kann daher für Patienten und deren Partner ein hilfreicher Hinweis sein, dass gemeinsam gelebte Sexualität nicht nur der Geschlechtsverkehr verkörpert. Der Koitus ist eine Ausdrucksform einer liebevollen Beziehung zwischen zwei Menschen, aber nicht die einzige. Viele Paare verzichten beim Auftreten einer sexuellen Einschränkung nicht nur auf jeglichen Versuch, den Geschlechtsverkehr zu vollziehen, sondern auch auf jede andere Form von Zärtlichkeit und Körperkontakt. Dabei ist der gesamte Körper für zärtliche und erregende Berührungen empfänglich, und zur Liebkosung eignen sich ebenso die Hände, die Lippen, die Zunge oder andere Körperteile. Das Ausprobieren sollte alle zur Verfügung stehenden Sinne umfassen, denn sie alle können zu sexueller Lust beitragen: Sehen, Hören, Riechen, Schmecken oder Tasten.

Fazit

Zu einer patientengerechten onkologischen Versorgung gehört das Angebot einer sexualmedizinischen Beratung. Frühzeitige Informationen beugen dabei in vielen Fällen der Entstehung chronifizierter sexueller Störungen mit einer nur noch schwer zu unterbrechenden Eigendynamik (z. B. zunehmendes Vermeidungsverhalten) vor! Kommt es durch eine Krebsoperation zu irreversiblen Funktionseinbußen, gilt ganz allgemein: Ein an Krebs erkrankter Mensch mag durch die Krankheit oder Therapiefolgen in seinen Fähigkeiten eingeschränkt sein, den Geschlechtsakt zu vollziehen. Das heißt aber nicht, dass er deshalb automatisch über keine Sexualität mehr verfügt. Gerade in den Fällen, in denen eine offene Kommunikation zwischen den Partnern über die Sexualität behindert ist und/oder der Aufbau neuer Formen körperlicher Nähe und Befriedigung notwendig wird, kann eine Beratung durch den behandelnden Onkologen eine wichtige Hilfestellung darstellen.

Literatur:

- Feil MG, Richter-Appelt H (2002): Kontrollüberzeugungen und Angst bei heterosexuellen Männern mit einer Erektionsstörung. Z f. Sexualforsch 15(1): 1-20
- Gagnon JH, Simon W (1973): Sexual conduct. The social sources of human sexuality. Aldine, Chicago
- Gagnon JH (1998): „Sexual Conduct" revisited. Z f Sexualforsch 11(4): 353-366
- Gerdes (1984): Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach dem Sinn. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (Hrsg), Ergebnisbericht der 2. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie, Bad Herrenalb, 28-56.
- Offit A (1979): Das sexuelle Ich. Klett-Cotta, Stuttgart
- Riehl-Emde A, Hänny G, Willi J (1994) Was Paare zusammenhält. Empirische Untersuchung zu den Gründen für und gegen Trennung bei Paaren in fester Partnerschaft. Psychotherapeut 39: 17–24
- Schmidt G (2001): „Ein Kuss ist nur ein Kuss." Ein Gespräch mit dem Sexualwissenschaftler Gunter Schmidt über die Sexualität als Verhandlungssache, Gender und die Rolle der Jugendmedien. BzGA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 2001 (4): 39-41
- Sigusch V (1996): Was heißt sexuelle Störung? In: Sigusch V (Hrsg.) Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Thieme, Stuttgart, 9-15
- Tiefer L (1995): Sex is not a natural act & other essays. Westview Press, Boulder
- Warner P, Bancroft J (1987): A regional clinical service for sexual problems: A three year survey. Sex Marital Ther 2: 115-126

Kontakt:
Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. Stefan Zettl
Medizinische Universitätsklinik Heidelberg
Sektion Nephrologie
Bergheimer Str. 56a
D-69115 Heidelberg
Tel.: 06221 91120
E-Mail: stefan_zettl@med.uni-heidelberg.de