Sexualität nach Krebs bei Männern

Bremen 30.11. bis 1.12. 2024

Zentrum für Kompetenzentwicklung in der Krebs-Selbsthilfe

Dipl.-Psych. Alexander Krüger

Verantwortliche

Saskia Hurle
Projektkoordinatorin
Telefon +49 761 270-71556
Fax +49 761 270-64810
saskia.hurle@uniklinik-freiburg.de

Prof. Dr. phil. Joachim Weis
Leitung
Telefon: +49 761 270-71561 (Sekretariat)
oder +49 761 270-71563
Fax: +49 761 270-71569
joachim.weis@uniklinik-freiburg.de
Publikationen

Tumorzentrum Freiburg - CCCF

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Herzlich willkommen

auf der Seite des Zentrums für Kompetenzentwicklung in der Krebs-Selbsthilfe (ZfK KSH)
der Professur für Selbsthilfeforschung am Universitätsklinikum Freiburg

Datum & Uhrzeit:
Samstag, 30.11.2024 von 14.00 Uhr – 18.15 Uhr
Sonntag, 01.12.2024 von 8.30 Uhr – 12.45 Uhr

Veranstaltungsort:
Hotel Munte am Stadtwald, Parkallee 299, 28213 Bremen

Buchbare Plätze: 6 von maximal 14 buchbaren Plätzen
Sollten bereits alle Plätze vergeben sein, können Sie sich auf die Warteliste setzen lassen.

Anmeldeschluss: 20. November 2024

Alexander Krüger

Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie)
Psychoonkologe (WPO/DKG)
Systemischer Sexualtherapeut

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

- Spezialambulanz für Psychoonkologie (Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie)
- Martini-Klinik am UKE (Prostatakrebs Zentrum)

Ablauf und Themen

Samstag

- 14:00 bis 15:30 Uhr
  Kennenlernen, Sammeln von Anliegen
- 15:30 Kaffeepause
- 15:45 bis 16:30 Uhr
  Einführung
- 16:30 Pause
- 16:45 bis 18:15 Uhr
  Medizinisches + Hilfestellungen
- 19 Uhr Abendessen Restaurant Wels

Sonntag

- 08:30 bis 10:00 Uhr
  Psychosoziales + Hilfestellungen
- 10:00 Vormittagssnack
- 10:15 bis 12:00 Uhr
  Praxisbeispiele und Klärung von Anliegen
- 12:00 Mittagssnack
- 12:15 bis 12:45 Uhr
  Abschluss und Evaluation

Vorstellungs-runde

Zur Person

- Persönliches
- Erkrankung
- Bezug Selbsthilfe

Warum ich hier bin…

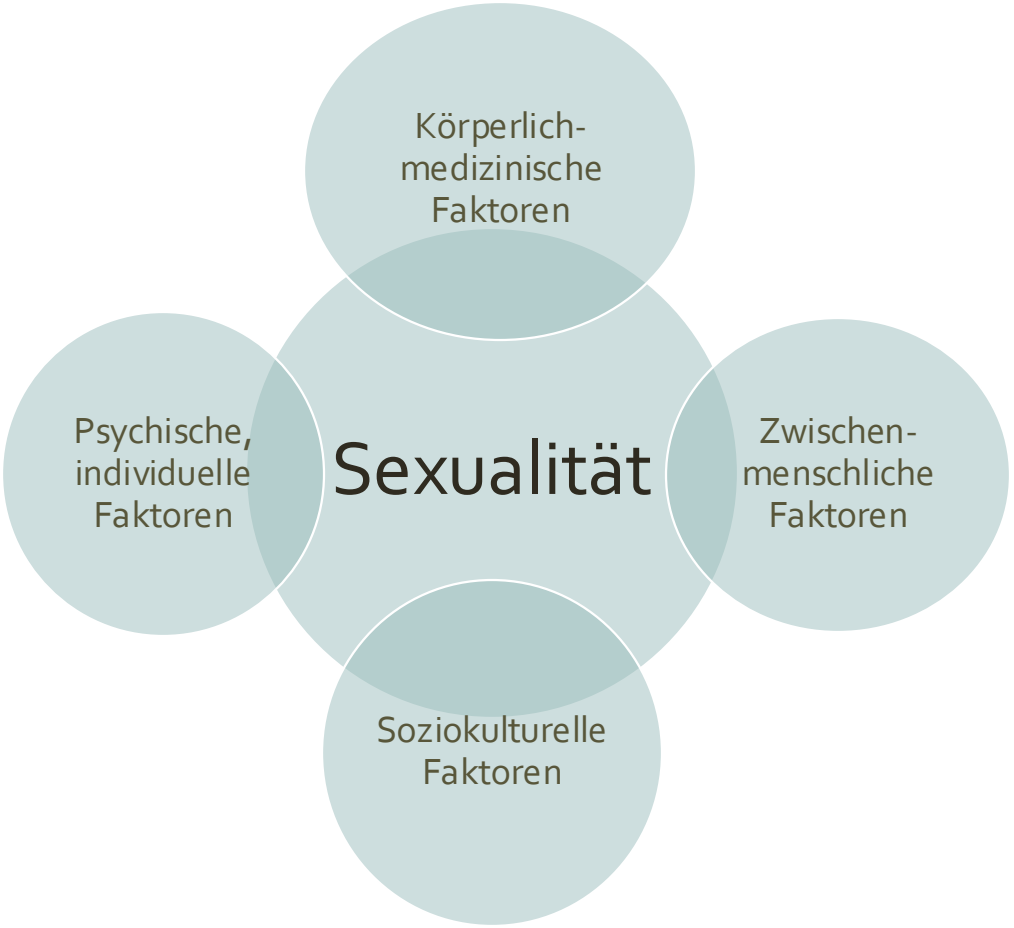
Das wünsche ich mir…

Das will ich nicht…

Sexuelle Motivation

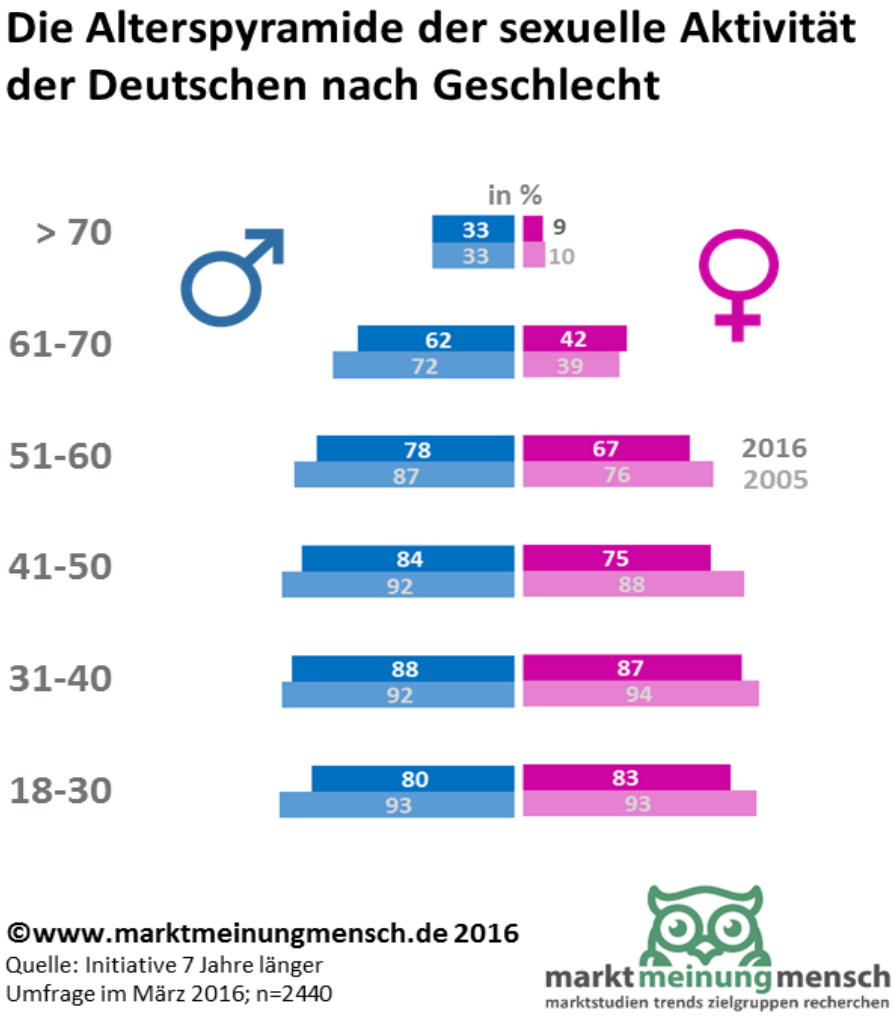
Sexuelle Motive sind sehr individuell und stellen den meist unbewussten Antrieb zum Sex dar.
Sex ist erfüllend, wenn diese Grundbedürfnisse gestillt werden.

Bio-Psycho-Soziales Modell der Sexualität



„Sexuelles Vergnügen ist das Produkt von Erwartungen, von der symbolischen Bedeutung des Sexualakts, vom emotionalen und partnerschaftlichen Kontext und der körperlichen Erfahrung.“ Mitchell (2012)

Einführung: Alter und sexuelle Aktivität



Ärzt*innen adressieren sexuelle Probleme und Behandlungsmöglichkeiten selten, besonders bei:

- älteren Patient*innen,
- Singles
- schlechter Prognose
- unterschiedlichem kulturell-ethnischem Hintergrund
- nicht heterosexuellen Patient*innen

(Park et al., 2009)

Einführung: Alter, Partnerschaft und sexuelle Aktivität

Sexuelle Aktivität der Deutschen insgesamt (Angaben in %)

	Männer			Frauen		
Altersgruppe	**2016**	**2005**	**1994**	**2016**	**2005**	**1994**
18-30	79,7	92,5	81,9	82,6	92,6	89,7
31-40	88,1	92,1	86,5	87,0	94,4	88,7
41-50	83,9	91,6	84,9	74,8	87,5	84,9
51-60	78,0	87,2	82,6	67,4	76,3	67,2
61-70	62,3	71,6	58,7	42,3	39,3	30,9
>70	33,3	32,7	30,4	8,5	9,5	7,1

Sexuelle Aktivität von Männern und Frauen in Partnerschaft (Angaben in %)

	Männer			Frauen		
Altersgruppe	**2016**	**2005**	**1994**	**2016**	**2005**	**1994**
18-30	96,4	100	95,6	98,8	100	95,9
31-40	97,4	96,9	91,7	98,5	96,8	93,7
41-50	94,1	97,3	94,8	95,6	97,7	94,1
51-60	93,8	91,0	88,6	89,5	88,6	85,4
61-70	75,7	79,2	68,2	73,1	62,6	61,2
>70	49,4	54,2	39,2	27,3	31,4	31,0

Sexuelle Aktivität von Singles (Angaben in %)

	Männer			Frauen		
Altersgruppe	**2016**	**2005**	**1994**	**2016**	**2005**	**1994**
18-30	71,7	89,0	74,2	72,7	86,4	81,9
31-40	67,9	79,6	73,3	65,3	90,8	72,8
41-50	67,6	76,8	55,8	40,9	60,0	52,8
51-60	48,1	72,7	54,1	34,3	46,0	23,5
61-70	38,3	36,1	21,7	11,6	7,7	5,0
>70	10,9	2,4	9,1	2,9	2,0	2,6

Hinweis: „Singles" beschreibt hier Menschen, die nicht in einer Partnerschaft leben. Für die Studie wurden im Zeitraum von Februar bis März 2016 insgesamt 2.440 Person im Alter ab 18 Jahren befragt. Zu Vergleichszwecken wurden zwei methodisch identische Repräsentativbefragungen von 3.047 Personen in 1994 und 2.341 Personen in 2005 herangezogen.

- junge Singles haben immer weniger Sex!
- Ältere Frauen werden sexuell immer aktiver!
- Paare zwischen 60 und 70 sind sexuell aktiver als junge Singles!

Einführung: Relevanz des Themas

Krebserkrankung und –behandlung

- Bedürfnis nach Nähe, Sinnlichkeit und Aufmerksamkeit bleibt bestehen
- Lust auf geschlechtliche Beziehung kann durch körperliche und seelische Herausforderungen eingeschränkt sein.
- Sexuelle Probleme gehören zu den häufigsten und lange überdauernden Folgen (Schönbucher und Núñez, 2013; Victorson et al., 2016)
- Hohes Informationsbedürfnis bei gleichzeitig bestehender Hemmung, Fragen bei Behandlern zu stellen (Reese, 2010)

Seminar soll anregen, ins Gespräch zu kommen und Hilfen anzunehmen

- Behandler haben häufig selbst Hemmschwellen, Sexualität von sich im Patientenkontakt zu thematisieren (Reese, 2010)
- Sexualität ist ein sehr komplexes und hoch individuelles Geschehen und umfasst breites Verhaltens- und Erlebensspektrum
- es existieren keine interdisziplinären Behandlungsstandards für Menschen, die nach/mit Krebserkrankungen mit sexuellen Problemen zu Behandlern kommen

Einführung: Relevanz des Themas

Körperliche und behandlungsbedingte Ursachen erklären das Ausmaß der sexuellen Problematik häufig nicht hinreichend.
(Schönbucher und Núñez 2013)

- **Körperliche** Ursachen (Tumore selbst, Behandlungsfolgen auf Nerven, Blutgefäße, Hormone etc., schlechte körperliche Verfassung)
- **Psychosoziale** Ursachen: emotionale Beeinträchtigungen (Rezidivängste, Depression, Veränderungen des Selbstwertempfindens), (vorbestehende) Paarkonflikte; Männer v.a. Angst vor Verlassenwerden
- **Anpassungsleistung enorm**:
  - Mühe über sexuelles Erleben zu sprechen, Verstummen
  - Kränkung und Trauer durch Veränderungen werden abgewehrt
  - sexueller Rückzug aus Angst oder Scham
  - sexueller Leistungsdruck und Mythen erschweren es, neue Wege zu gehen
- **Chronifizierung** der sexuellen Probleme

sexuelle Probleme bei Männern mit Krebs

Probleme im sexuellen Reaktionszyklus

1. **Sexuelle Aversion** (z.B. Körperbildstörung, Sensibilitätsstörung, Schmerzen)
2. **Sexuelle Unlust**
3. **Mangelnde sexuelle Erregung** (mangelnde Stimulationsfähigkeit, mangelnde Fantasiefähigkeit)
4. **Erektionsprobleme** (Festigkeit, Dauer)
5. **Orgasmusprobleme** (Schmerzen, Intensitiät, Anorgasmie, Klimakturie, retrograde Ejakulation, trockener Orgasmus)

Psycho-sexuelle Anamnese

Körperliche und Medizinische Faktoren

- Direkte Einflüsse: Nervenschädigungen, hormonelle Veränderungen, Blutgefäßveränderungen, Amputationen, Sensibilitätsstörungen
- Indirekte Einflüsse: Schmerzen, Fatigue, Inkontinenz, Nebenerkrankungen
- Lebensstil, Alkohol, Drogen, Nikotin, Medikamente

Individuelle Faktoren

- Informationsstand zu Folgen der Erkrankung und Behandlung
- Psychische Belastung (vor und nach Krebs)
- Körperbild, Vertrauen in den Körper
- Lebensgeschichtliche Entwicklung
- Sexuelle Geschichte
- Sexuelle Identität und Einstellungen zu Sexualität
- Sexuelle Traumata
- Frühere sexuelle Störungen

Psycho-sexuelle Anamnese

Soziale Faktoren

- Sexuelle Normen, Prägungen und Mythen
- *„Mann hat Frau Orgasmus zu verschaffen."*
- *„Guter Sex ist spontan und muss sich aus einer Woge der Leidenschaft heraus entwickeln."*
- *Sex = Geschlechtsverkehr*
- Eigene Einstellungen zu Sexualität
- Männlichkeitsbild

Interpersonelle und kontextuelle Faktoren

- Körperlich-medizinische, individuelle und soziale Faktoren bei Partner*in
- Dauer der Partnerschaft
- Beziehungsqualität, Konflikte
- Paarkommunikation
- Unterschiedliches Begehren der Partner*in
- Sexuelle Störung bei der Partnerperson
- Mangelnder erotischer Kontext
- Mangel an Zeit

Psycho-sexuelle Diagnostik

Fragebogen

- IIEF-5 (International Index of Erectile Function)
- SBQ-G (Sexual Behaviour Questionnaire- German)

Interviews

- SISF-M (Strukturiertes Interview für sexuelle Funktionsstörungen nach ICD-11 bei Männern)
  - Vermindertes oder fehlendes sexuelles Verlangen (HA00)
  - Männliche sexuelle Erregungsstörung/Erektionsstörung (HA01.1)
  - Vorzeitige Ejakulation (HA03.0)
  - Verzögerte Ejakulation (HA03.1)

Fragen stellen

„Einige Patient*innen, die Ihre Krebsbehandlung hatten berichten von sexuellen Problemen. Haben Sie hierzu Fragen oder Informationsbedarf?"

sexuelle Probleme bei Männern mit Prostata-Krebs

(Canada et al. 2005; Hyde et al. 2016)

- Erektionsstörungen bis zu 85%
- Geringeres Bedürfnis nach Sex 45-55%
- Trockener Orgasmus, schwacher Orgasmus 28-37%
- Schmerzen beim Orgasmus 14%
- Orgasmusunfähigkeit 17%
- Penisverkürzung bis zu 68%
- Harnverlust bei sexueller Erregung oder Orgasmus
- Die erektile Dysfunktion führt zu Frustrationserleben, so dass viele Männer intime vermeiden und sich in der Folge eine Luststörung einstellt.
- Männer, die nicht in Partnerschaft leben, leiden am stärksten unter den sexuellen Folgen der PCA-Behandlung.
- Nur 1/3 der Männer mit sexuellen Sorgen suchen Behandler auf
- Nur **1,8%** suchen explizit Sexualberatung auf

sexuelle Probleme bei Männern mit Prostata-Krebs
(Harrington 2011)

Behandlungsbezogene Veränderungen im Körperbild mit direkten und indirekten Folgen für die Sexualität

Nach Operation:
Inkontinenz , Erektile Dysfunktion, Narben, Schmerzen, Penisverkürzung

Nach Bestrahlung:
Harnblasenentzündung, Darmentzündungen, Durchfälle, Strahlenproktitis, Einschränkungen der sexuellen Funktionsfähigkeit (nach 3 Jahren keine Unterschiede i.Vgl. zur OP)

Hormonelle Behandlung („Chemische Kastration"):
Hitzewallungen und Schwitzen, Verlust an Muskelmasse, Zunahme an Fetteinlagerung, Verlust von Körperhaaren, Gynäkomastie, Verkleinerung von Hoden und Penis, Libidoverlust, erektile Dysfunktion, Müdigkeit, Schwäche, emotionale Labilität

sexuelle Probleme bei Männern mit Darmkrebs

(Göttgens and Breuking 2017, Traa et. al. 2012)

- Nach **Operation**:

Verletzung der Sympathikus Nervenfasern: fehlende, retrograde oder schmerzhafte Ejakulation (19-54%)

Beschädigung der Parasympathikus Nervenfasern: erektile Dysfunktion (11-25%)

- Nach **Chemo- oder Strahlentherapie**:

Nervenschädigungen (ca. 2 Jahre nach Behandlung), hormonelle Veränderungen und indirekte Folgen wie Fatigue, Hautveränderungen, Haarausfall und Polyneuropathie

- **Körperbildstörungen** durch künstlichen Darmausgang (body-shaming, Flatulenzen, Hautirritationen, Auslaufen, Prolaps, subjektive Attraktivität)
- **Sexuelle Funktionsstörungen** zwischen 5% und 88%
- Partner*innen scheinen weniger Probleme zu erleben als Patient*innen

sexuelle Probleme bei Männern mit Kopf-Hals-Tumoren
(Jones 2017)

Krebserkrankungen der Nase, des Munds, des Rachens und Kehlkopfs

- Nase, Mund, Rachen und Kehlkopfkrebs
- 2/3 betrifft Männer
- Operation (zum Teil sehr umfassend mit Defektdeckung), Chemotherapie, Bestrahlung und Immuntherapie
- Systemische Behandlungen können direkte Folgen auf die Sexualfunktion haben, Prävalenzzahlen
- **Studienlage zu sexuellen Problemen unzureichend**!
- V.a. praktische Herausforderungen (Sprechen, Essen, Trinken, Luftnot, Störgeräusche, Mundtrockenheit, Sensibilitätsstörungen im Mund-Hals-Bereich, Schmerzen), emotionale und Körperbildstörungen (Tracheo - oder Gastrostoma) im Zusammenhang mit sexuellen Problemen.

Partnerschaft

(Hyde et al. 2013; Katz und Dison 2016; Badr und Carmack-Taylor 2009; Reese 2010)

- Krebserkrankungen führen in aller Regel zu einem stärkeren Zusammenrücken in der Partnerschaft
  - 75% geben an, dass Krebs die Partnerschaft verändert hat, davon geben 4% der Patienten und 8% der Partner*innen negative Konsequenzen an
- Männer haben einen höheren sexuellen Leidensdruck als ihre Partner*in
  - Ca. 50% der Patienten beklagen starke sexuelle Unzufriedenheit, die sie direkt auf die erektile Dysfunktion zurückführen.
  - Bis zu 38% der Frauen benennen zumindest moderate sexuelle Unzufriedenheit, wobei hier vorrangig ein Rückgang an genereller intimer Zuwendung als Ursache angegeben wird.

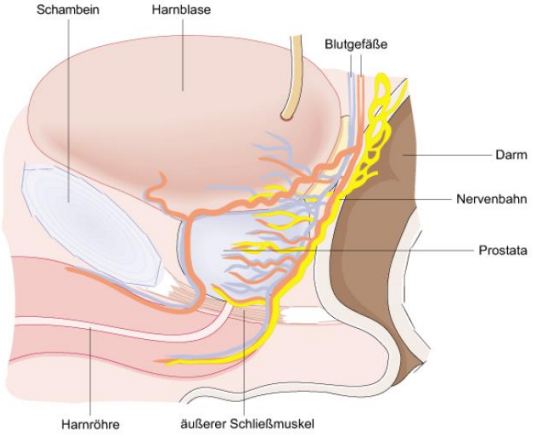
Partnerschaft

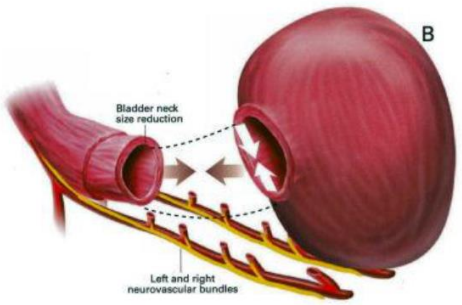
(Hyde et al. 2013; Katz und Dison 2016; Badr und Carmack-Taylor 2009; Reese 2010)

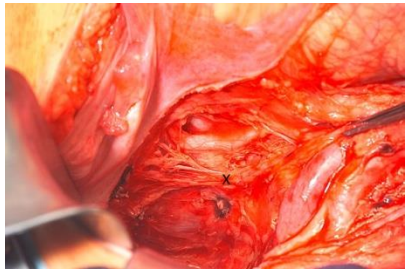
- **Die Bedeutung der Partnerschaft für die sexuelle Genesung ist wichtig**
  - In Partnerschaften, in denen Zuneigung schwer ausgedrückt werden kann, leiden Männer stärker unter sexuellem Unbehagen, sie meiden häufiger sexuelle Aktivitäten und geben mehr Einschränkungen in ihrem männlichen Selbstwert an.
  - Paare, die ein breites sexuelles Verhaltensrepertoire und ein flexibles Verständnis von Sexualität haben, haben eine höhere sexuelle Zufriedenheit.
  - Offene Paarkommunikation korreliert positiv mit Ehezufriedenheit und psychischem Wohlbefinden, unabhängig von der erektilen Funktionsfähigkeit.
  - Eine tragfähige partnerschaftliche Beziehung ist die Basis für einen gelingenden sexuellen Regenerationsprozess.
  - Singles haben dafür häufig weniger Leistungsdruck, müssen sich zugleich mehr Gedanken um das "Wieder-in-Beziehung-Kommen" machen.

Medizinisches und Hilfs-möglichkeiten

- **Neuropraxie**
  - Auch bei nerverhaltender Operation oder Bestrahlung (zeitverzögert) werden die Nerven und Gefäße zu einem gewissen Grad traumatisiert





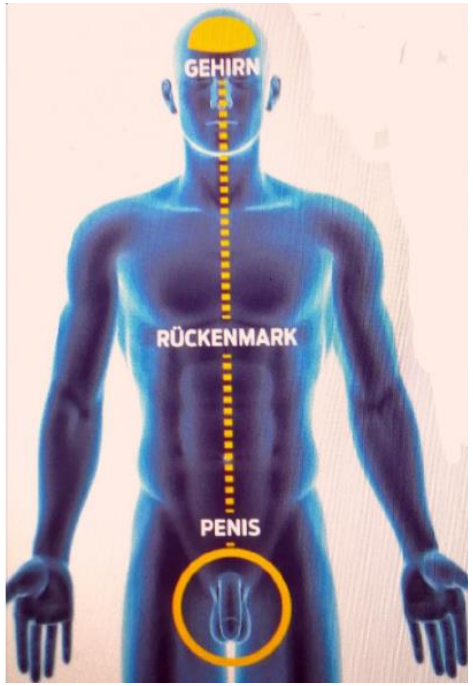


  - Vorübergehender oder auch dauerhafter **Verlust der Funktionsfähigkeit**

    („Die beleidigten Gefäßnervenstränge lassen nicht mehr ausreichend elektronische Signale vom Gehirn zum Penis durch.")
  - Die Regenerationsdauer kann **Jahre** dauern *(„Es ist wichtig, dass Sie realistische Erwartungen und viel Geduld mit sich haben.")*

Medizinisches und Hilfs-möglichkeiten

- **Erektion**: Komplexes Zusammenspiel hormoneller, psychologischer, neuronaler, physiologischer und vaskulärer Prozesse
- Mögliche **Störfaktoren**
  - Hormone: z.B. wenig oder kein Testosteron
  - Psyche: z.B. Angst, Anspannung, Leistungsdruck
  - Neuronal: z.B. MS, Parkinson, Neuropraxie
  - Physiologisch: z.B. metabolisches Syndrom, Diabetes
  - Vaskulär: z.B. venöses Leck, Arteriosklerose
- **Entstehen einer Erektion**
  - Optimale Stimulation der Sexualzentren im Gehirn
  - Neuronale Reizweiterleitung elektronsicher Impulse
  - In Schwellkörpern biochemische Reaktionen (>20) → Erschlaffen der glatten Muskelzellen
  - Blutzufluss in Schwellkörperkammern und Blutrückstau



Medizinisches und Hilfs-möglichkeiten

- Sexuell motivierte Erektionen
  - Durch optimale Stimulation können erektionsbezogene Regelkreisläufe aufrecht erhalten werden
- Nächtliche Spontanerektionen
  - Gesunde Männer haben in den REM-Schlafphasen eine vermehrte Durchblutung der Schwellkörper, die nicht notwendigerweise sexuell motiviert ist

„Männer haben pro Nacht 4 bis 6 Erektionen. Sie trainieren quasi im Schlaf die glatten Muskelzellen im Penis."

- **Neuropraxie** → Fehlen von Spontanerektionen
  - Sauerstoffmangel im Penis → Untergang der glatten Muskelzellen
  - Umbauprozesse (Fibrosierung) des Penisschwellkörpergewebes nach wenigen Monaten
  - Folge: **mögliche dauerhafte Erektionsstörung,** mögliche Penisverkürzung

Medizinisches und Hilfs-möglichkeiten

- **Penile Rehabilitation**
  - *(„Reha für den Penis. Es geht nicht darum, dass Sie sofort wieder Erektionen haben, sondern günstige Bedingungen für spätere Erektionen schaffen.")*
  - Ziel: Sauerstoffversorgung und Training der Schwellkörper so lange Neuropraxie besteht (= so lange keine Spontanerektionen vorhanden sind)
  - PDE-5-Hemmer: abendliche, niedrigdosierte Einnahme von Viagra®, Cialis®, Levitra® oder Spedra®.
  - Vakuumpumpe: 2 x täglich 10 Minuten mechanisches Herstellen einer Erektion durch Unterdruck
  - Schwellkörper-Auto-Injektionstherapie (SKAT): regelmäßige Injektion von Alprostadil in einen Schwellkörper, z.B. Caverject®
  - Einbringen erektionsfördernder Gels in der Harnröhre (MUSE®, Vitaros®)
  - Gesunder Lebensstil, Beckenbodentraining und ggf. Stoßwellentherapie
- Für alle Strategien gilt: möglichst früher Einsatz nach den Behandlungen

Medizinisches und Hilfs-möglichkeiten

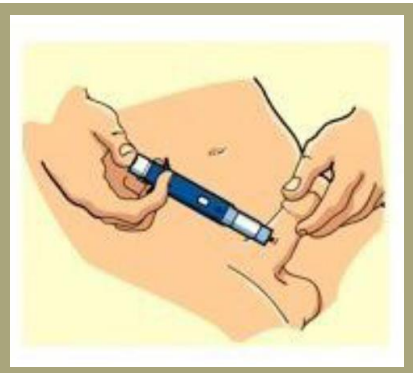
- **PDE-5-Hemmer**
  - Wirkweise: erhöhen die intrazelluläre Konzentration von cGMP im Schwellkörper → Vasodilatation → erhöhte Blutzufuhr (+ O_2)
  - Achtung!
    - zu Beginn Einsatz meist nur zur penilen Rehabilitation in niedriger Dosis (z.B. 5mg Cialis®); es kommt häufig **nicht** zu merklichen Erektionen!!!
    - Erst wenn die Neuropraxie nach Monaten wieder abklingt, kann ein höher dosierter PDE-Hemmer-Gebrauch bei vielen zu einer besseren Erektion führen (z.B. 20mg Cialis®).
    - PDE-5-Hemmer funktionieren nur bei sexueller Stimulation

    („Wenn die Sexualzentren im Gehirn nicht in einem sexuell erregten Zustand sind, bringen die Medikamente nichts!")
  - Indikation: **nur** wenn Gefäßnervenstränge vorhanden
  - Kontraindikation: KHK, nitrathaltige Medikamente, Poppers, bei gleichzeitigem Einsatz mehrerer blutdrucksenkender Medikamente
  - Kosten werden **nicht** von den Krankenversicherungen übernommen; rezeptpflichtig

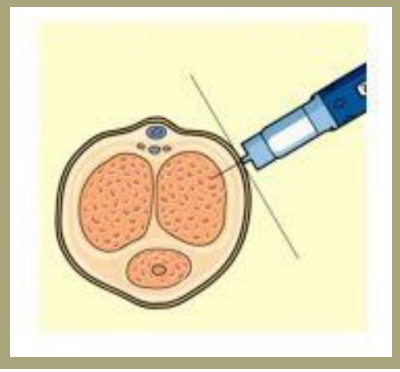
Medizinisches und Hilfs-möglichkeiten

Wirkstoff	Avanafil	Sildenafil	Vardenafil	Tadalafil
Markenname	Spedra	Viagra	Levitra	Cialis
Dosierung	50/100/200 mg	25/50/100 mg	5/10/20 mg	5/10/20 mg
Wirkung nach	15-30 min	30-60 min	25-60 min	60-120 min
Wirkdauer	> 6 Std.	4 Std.	4 Std.	36 Std.

Quelle: www.martini-klinik.de/patientenseminar



Medizinisches und Hilfs-möglichkeiten



- **Schwellkörper-Autoinjektionstherapie (SKAT)**
  - Wirkweise: Injektion von Alprostadil → Vasodilatation
  - Einsatz zur penilen Rehabilitation und zur sexuellen Aktivität
    - Injektion in einen der paarig vorhandenen Schwellkörper, Einmassieren des Wirkstoffs in das Gewebe, Diffusion an anderen Schwellkörper, nach ca. 15 Minuten kommt es zu einer Erektion, die bis zu einer Stunde anhält
  - Vorteil: Hohe Erfolgsrate, Einbau ins Vorspiel möglich
  - Nachteil: hohe Schwelle; urologische Anleitung notwendig; unsachgemäßer Gebrauch kann zu Schmerzen, Gewebsschäden oder Priapismus führen.
  - Indikation: auch nach nicht nerverhaltender OP/ Hormonther.
  - Kondtraindikation: mögliche Unverträglichkeiten, Schmerzen
  - Kosten werden von den Krankenversicherungen nicht übernommen, rezeptpflichtig

Medizinisches und Hilfs-möglichkeiten

- Harnröhrengele (z.B. Vitaros®)
  - Wirkweise: Gabe von Alprostadil über Harnröhre→ Vasodilatation
  - Einsatz zur penilen Rehabilitation und zur sexuellen Aktivität
    - Nach Urinieren, Einträufeln der Substanz in die Harnröhre, Aufnahme des Wirkstoffs über die Schleimhäute und Diffusion an Schwellkörper, nach ca. 15 Minuten kommt es zu Tumeszenz
  - Ca. 40% Effektivität, weniger invasiv als SKAT
  - Nachteil: Brennen in der Harnröhre
  - Indikation: auch nach nicht nerverhaltender OP/Hormonth.
  - Kontraindikation: mögliche Unverträglichkeiten, Schmerzen
  - Kosten werden von den Krankenversicherungen nicht übernommen, rezeptpflichtig

Medizinisches und Hilfs-möglichkeiten

Weitere Maßnahmen der penilen Rehabilitation

- Beckenbodentraining
  - Eine neue Überblicksstudie belegt einen klinisch bedeutsamen Effekt von Beckenbodentraining auf eine Verbesserung der Erektionsfähigkeit nach Operationen im Urogenitaltrakt oder Darmoperationen
- Lebensstil und medizinische Faktoren
  - Reduktion von Risikofaktoren mit negativen Konsequenzen für die erektile Funktion (Nikotin, übermäßiger Alkoholkonsum, Übergewicht, Bluthochdruck, nicht eingestellter Diabetes)
  - Wechsel von einigen Blutdruck medikamente oder Antidepressiva
- Stoßwellentherapie
  - soll Gewebeveränderungen infolge mangelnder Sauerstoffversorgung entgegen gewirkt werden; Wirksamkeit wird aktuell in Studien überprüft

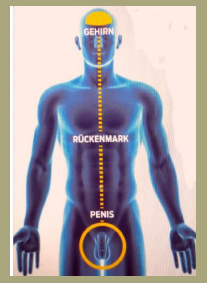
Kleingruppen

Sexuelle Herkunft

- Welche sexuellen Aufträge habe ich vom Elternhaus bekommen?
- Was habe ich übernommen?
- Was habe ich abgelehnt und anders gemacht?

Warum ist mir Sex wichtig?

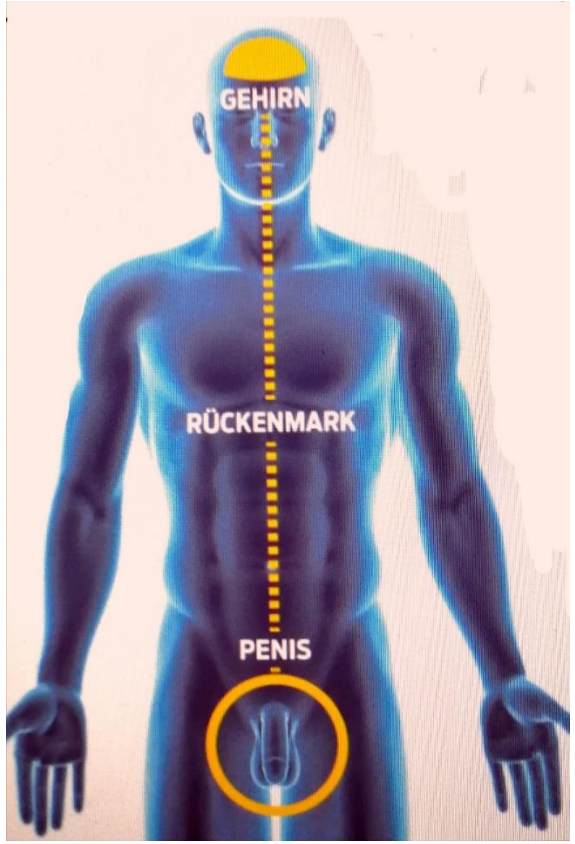
Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten



- Körperliche und behandlungsbedingte Ursachen erklären das Ausmaß der sexuellen Problematik häufig nicht hinreichend
- Psychosexuelle Faktoren spielen eine gewichtige Rolle!!!
  - Sexuelle Mythen und Glaubenssätze
  - Psychische Verfassung
  - Einstellung zu sex. Hilfsmitteln
  - Sexualität vor der Operation
  - Frustrationstoleranz in Bezug auf ED
  - Männlicher Selbstwert
  - Einstellungen zu Sexualität
  - Partnerschaftliche Beziehungsqualität
  - Paarkommunikation
  - Flexibilität im sex. Begehrensausdruck und Verhalten
  - Sexualpraktiken
  - Sexuelles Vermeidungsverhalten

Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten:

Gehirn und Penis



Gehirn

- Sexuelle Reize → Aktivierung spezifischer Gehirnregionen

Rückenmark

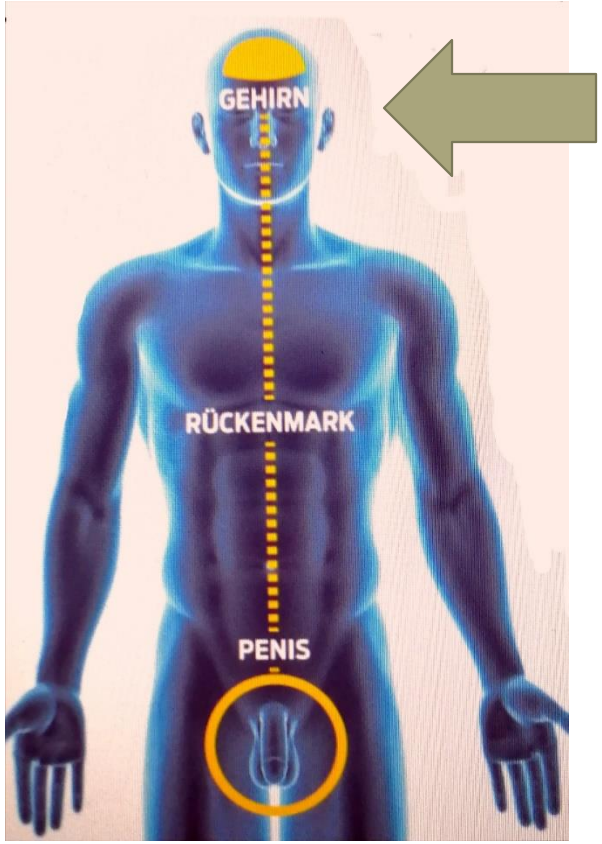
- elektronische Impulse gelangen vom Rückenmark → über die Erektionsnerven → zum Penis

Penis

- Im Penis komplexen biochemischen Reaktion → glatte Muskelzellen entspannen sich → Erektion

Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten:

Gehirn und Penis



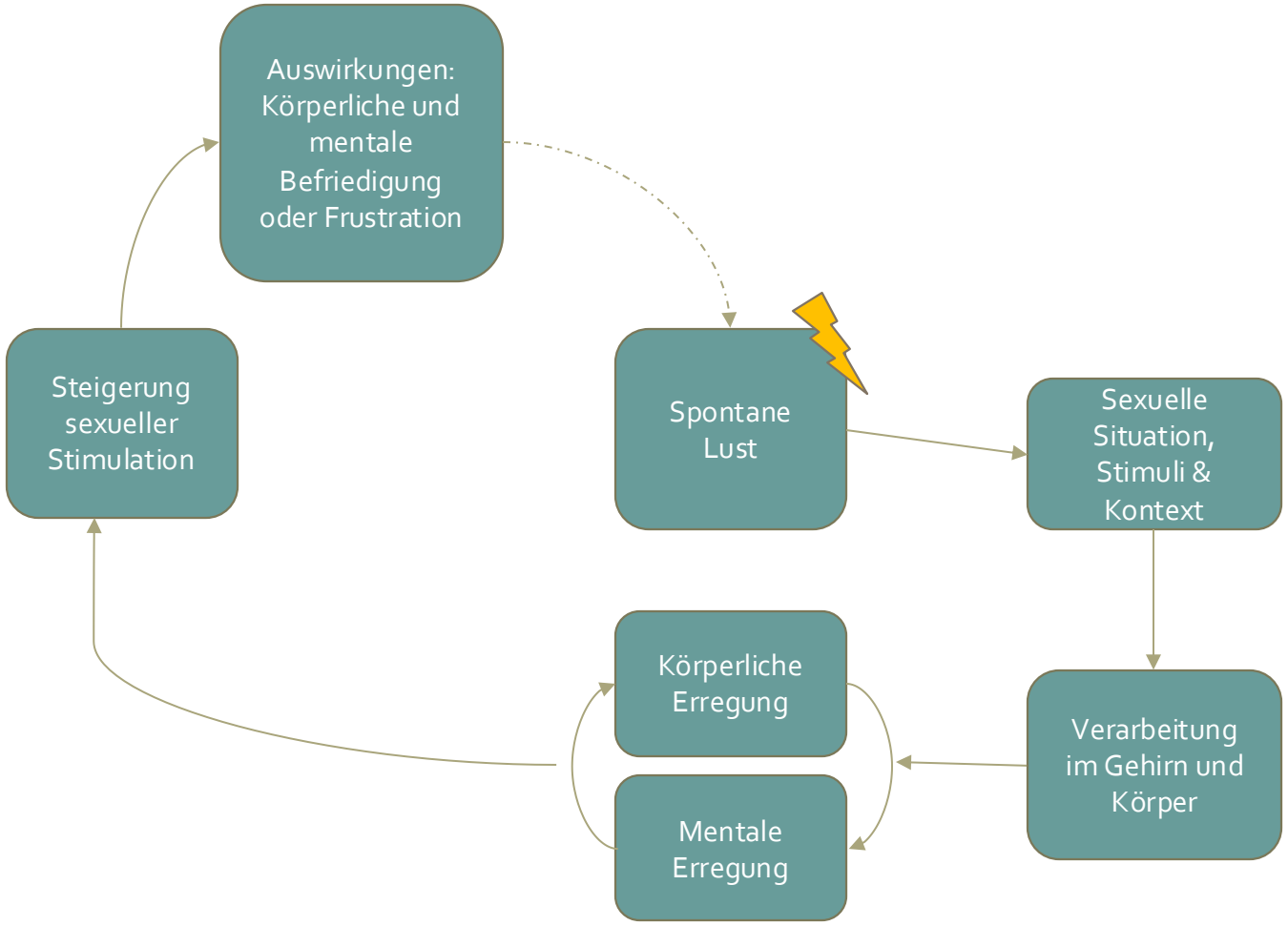
Ziel sexualtherapeutischer Maßnahmen:

Günstige Bedingungen für
das Gehirn als „sexuellen Taktgeber" **schaffen**.

1. Akzeptanz (vorübergehender) Einschränkungen
2. Gehirn sollte zur Verarbeitung sexueller Reize in möglichst angstfreiem, entspannten Zustand sein.
3. Selbst- und Körperbild stärken!
4. Wenn in Partnerschaft: Stärkung der Paarbeziehung, Kommunikation und Intimität generell
5. Wenn Solo: Solosexualität und Hoffnung auf Beziehung Gehen fördern, Thematisierung einüben
6. Sexualität auch mit Einschränkungen leben / Flexibilisierung der Sexualität
7. Sex soll attraktiv bleiben!

Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten:

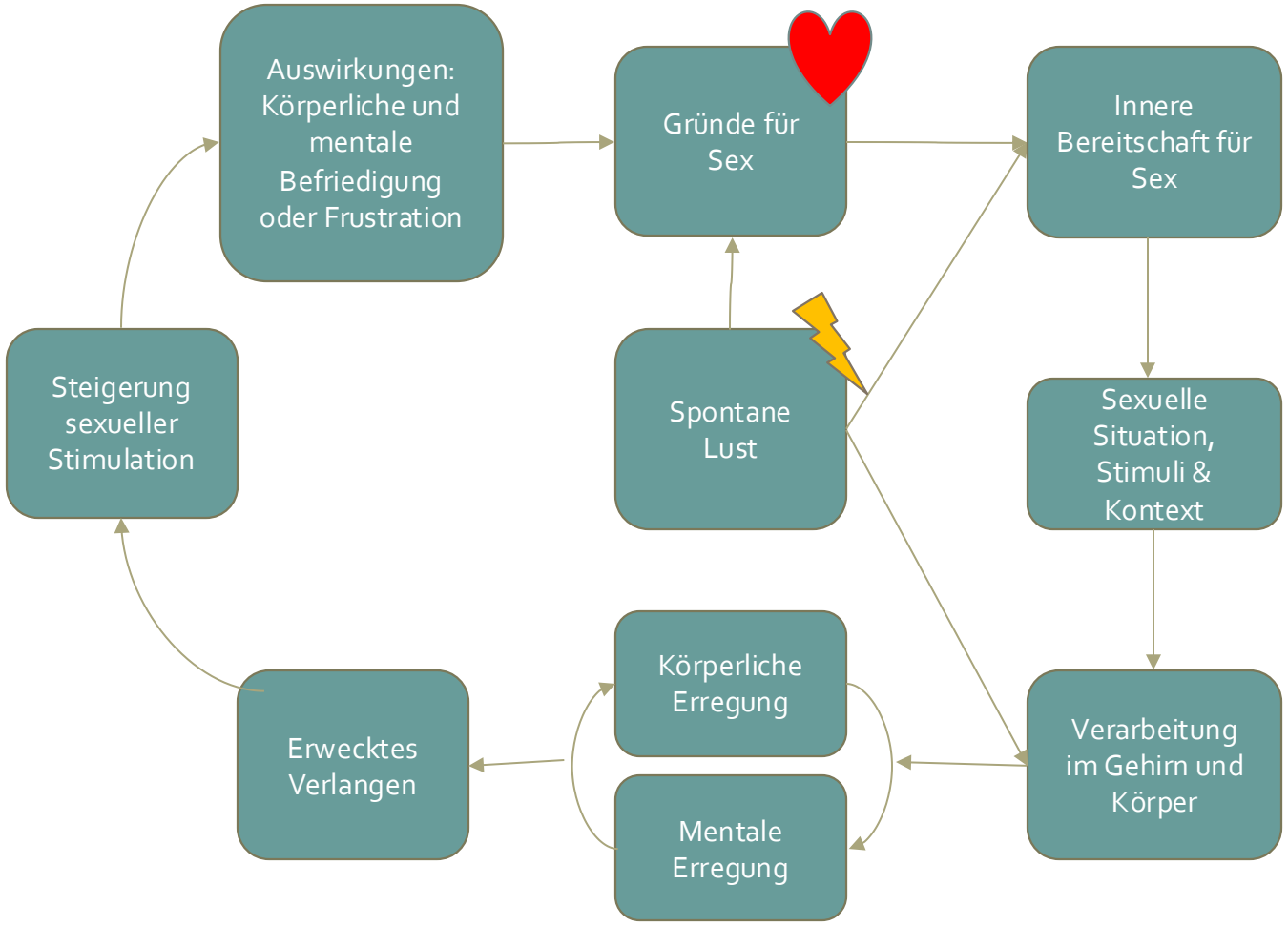
Sexueller Reaktions-kreislauf



Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten:

Sexueller Reaktions-kreislauf

Sexuelle Erregung braucht häufig einen Stupser! Zu Beginn braucht das Gehirn attraktive Reize oder Ziele → Lustkreislauf

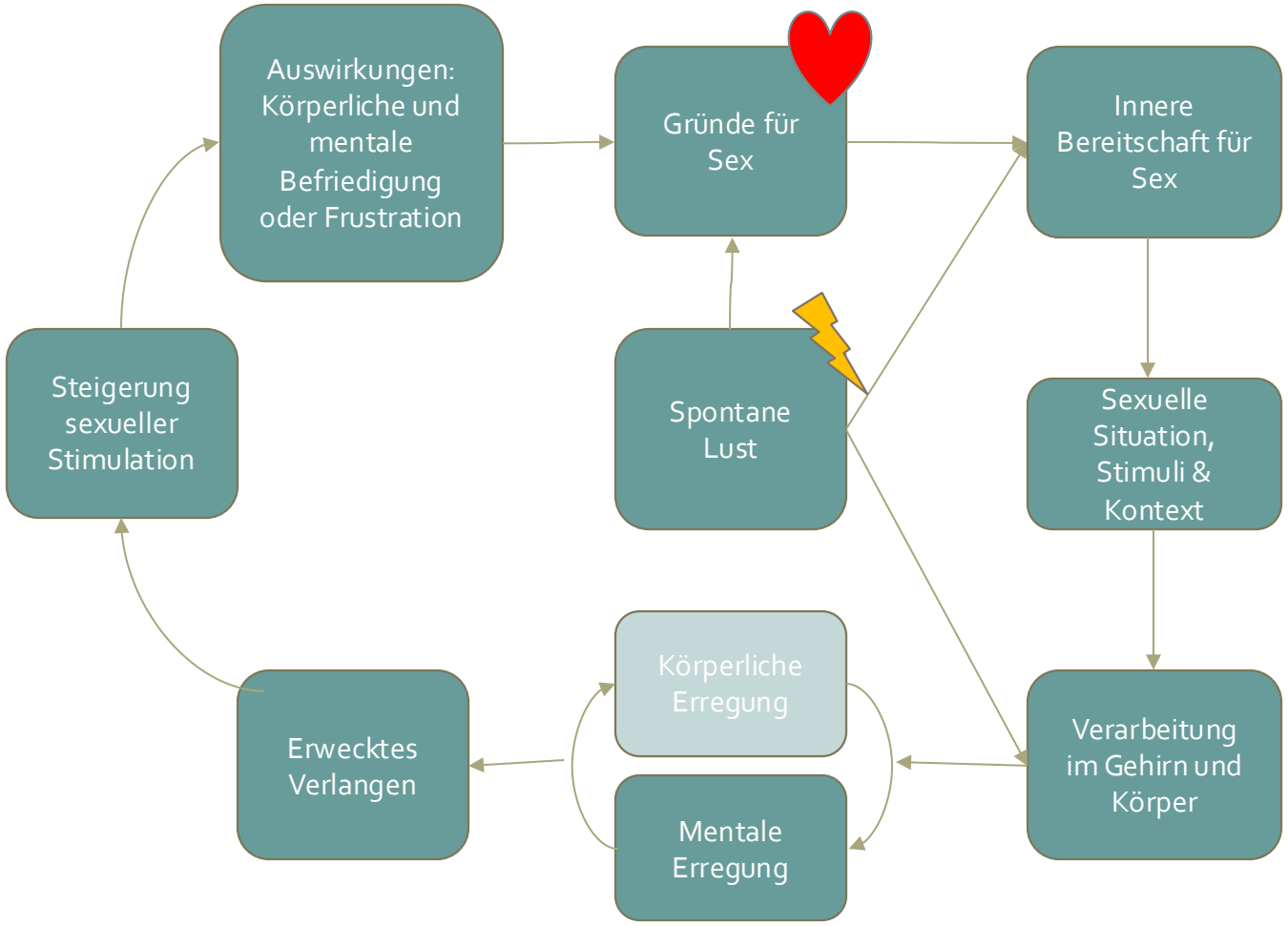


Modifiziert nach Basson (2000)

Was verändert sich durch eine Erektionsstörung?

Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten:

Sexueller Reaktions-kreislauf



Modifiziert nach Basson (2000)

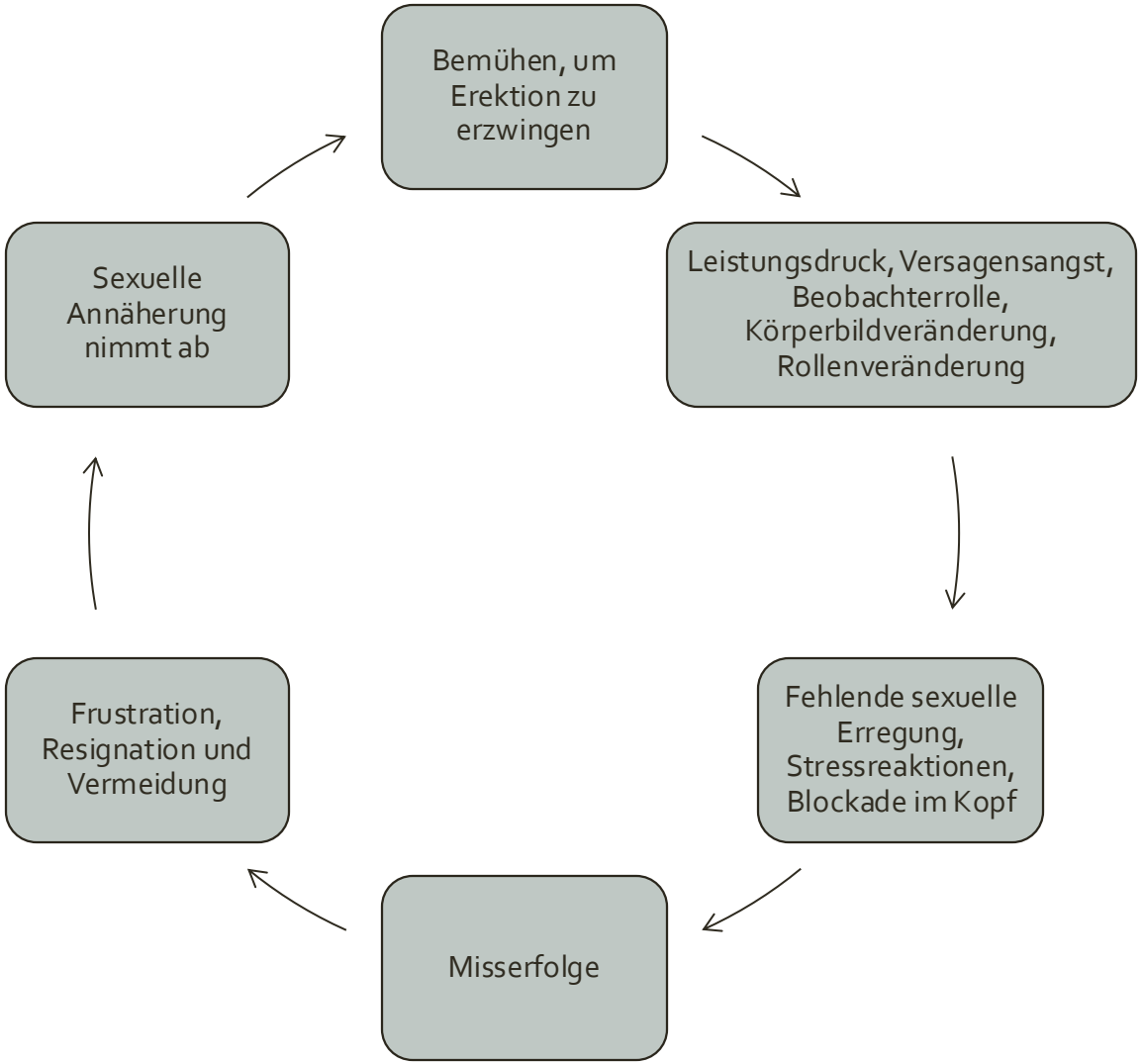
Arbeitsblatt 15 (S. 73)

Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten:

Teufelskreis der sexuellen Vermeidung

- Was verändert sich durch Erektionsprobleme?

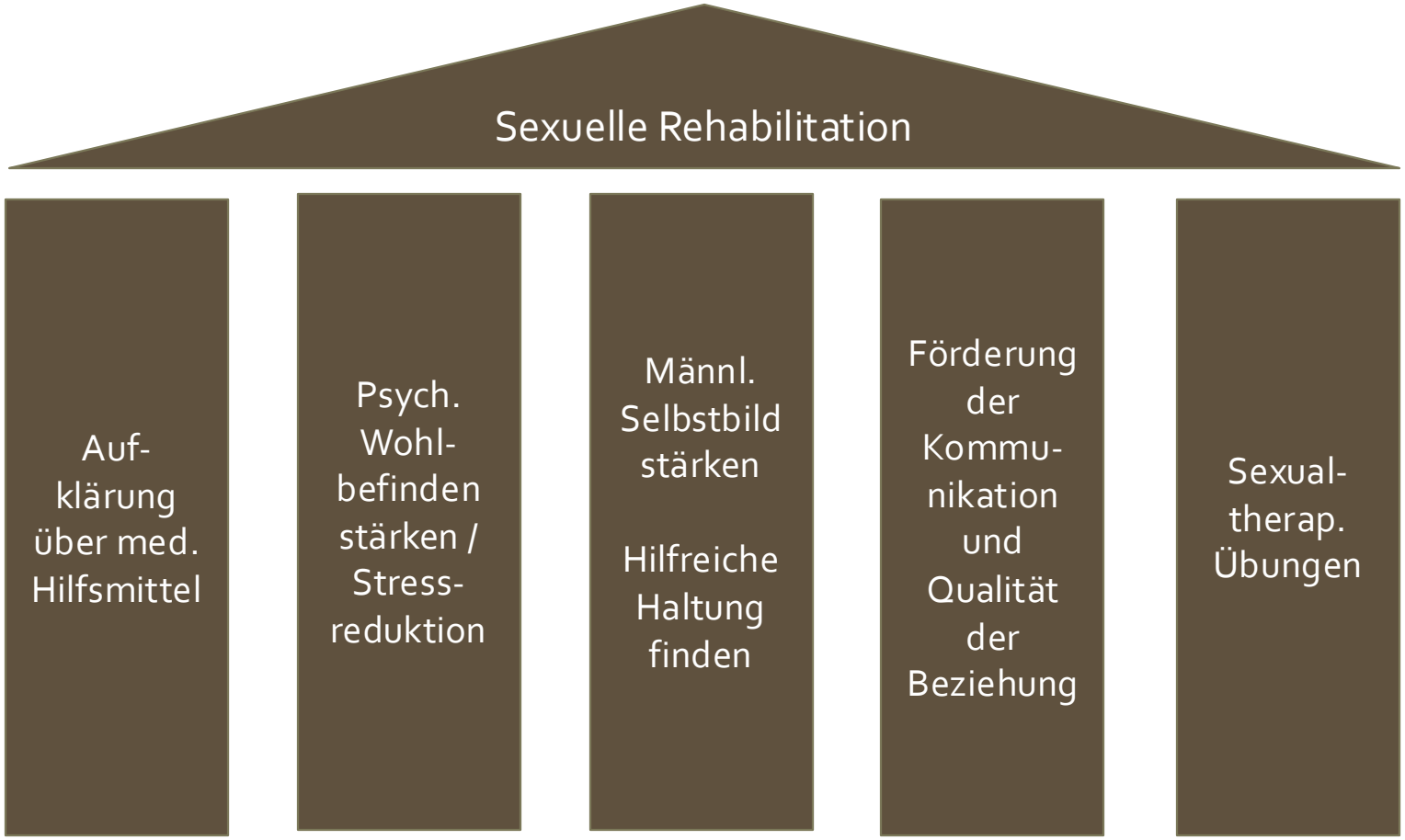
Der sexuelle Kreislauf kann sich an vielen Stellen verändern!



Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten:

Katz und Dison 2016; Schönbucher und Núñez 2013 ; Reese 2010)

Reese: „ Wechsel von einer auf dem Geschlechtsverkehr basierenden Perspektive der sexuellen Funktion zu einer umfassenderen, mehr auf Intimität basierenden Perspektive“



Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten

- **Bedeutung und Anwendung der sexuellen Hilfsmittel**
  - *„Viele Männer und teilweise auch ihre Partner:in sind beim Einsatz der Hilfsmittel schnell **frustriert**, weil diese als künstlich, unspontan, abschreckend oder lusttötend erlebt werden können."*
  - *„Wenn es nicht so wie früher läuft und ich so viel Aufwand betreiben muss, dann lass' ich es lieber gleich."*
  - **Trotz hoher Effektivität werden Hilfsmittel nicht ausprobiert oder frühzeitig aufgegeben.**
  - *„Welche der Hilfsmittel möchten Sie zur längerfristigen penilen Reha und welche Sie zur sexuellen Aktivität nutzen?"*
  - *„Insbesondere von Männern bzw. Paaren, bei denen keine Spontanerektionen mehr möglich sind, habe ich viel gelernt. So zum Beispiel, dass nach Überwindung zur Anwendung der Spritze häufig eine hohe Zufriedenheit besteht."*
  - *Gedankliche Umdeutung einer „authentischen Erektion" bzw. „Wann ist eine Erektion authentisch, wann nicht?"*
  - *„Genauso wichtig ist es, nicht zu zwanghaft in der Erwartung und im Umgang mit den Hilfsmitteln zu werden, weil auch das die sexuelle Lust negativ beeinflussen kann."*

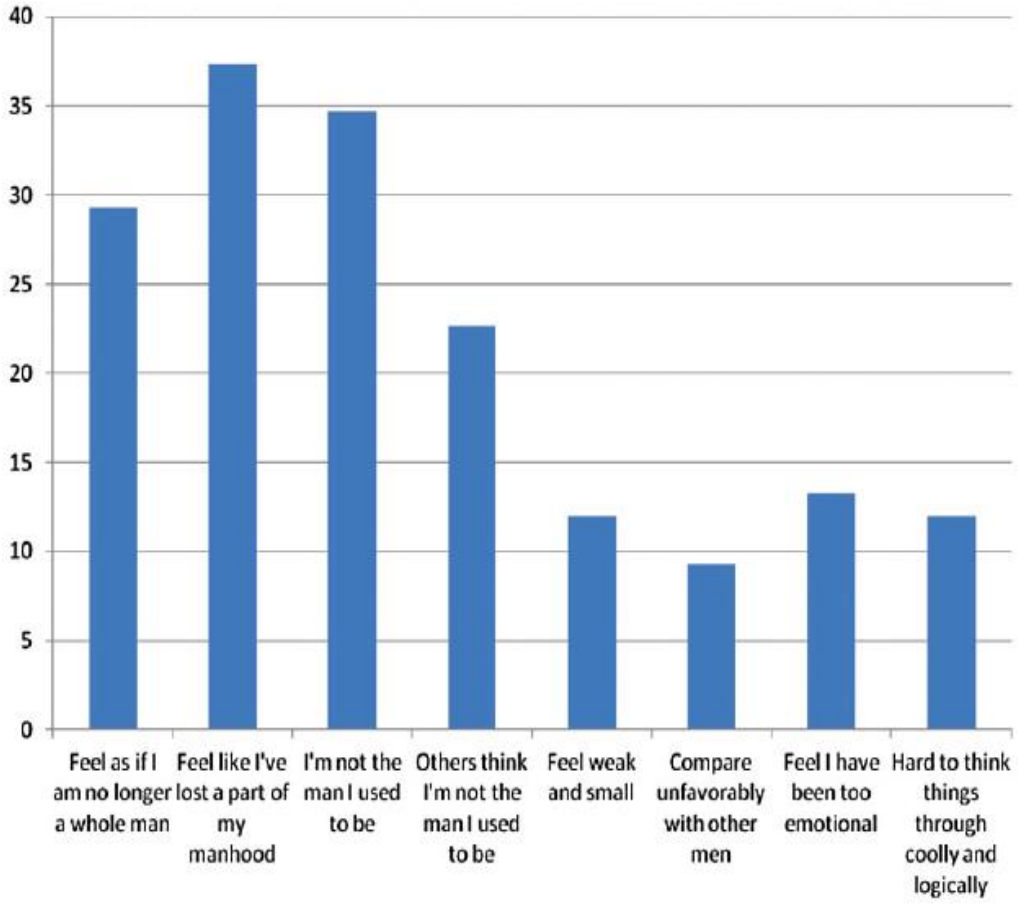
Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten

- **Aufklärung**
  - Biopsychosoziales Modell
  - *„Neben den medizinischen, sexuellen Hilfsmitteln geht es auch darum, dass Sie sich klar machen, was Sie selbst zur sexuellen Rehabilitation beitragen können."*
  - *„Ihr psychisches Befinden, Ihre Einstellungen und Ihr Verhalten tragen dazu bei, wie zufrieden Sie in der Zukunft mit Ihrer Erektion und Sexualität sind."*
- **Stabilisierung des psychischen Befindens**
  - *„Es ist normal, dass Sie aktuell noch durch die Diagnose und Behandlung verunsichert sind."*
  - *„Später, wenn Ihr Gehirn weniger Bedrohungsreize verarbeiten wird, ist es auch wieder empfänglicher für sexuelle Stimulation"*
  - *„Es kann sinnvoll für die sexuelle Rehabilitation sein, sich zunächst auf die psychische Stabilisierung zu konzentrieren und dann konkret an der Sexualität zu arbeiten."*
- **Sexuelle Aufmerksamkeit und Achtsamkeit**
  - Überaufmerksamkeit auf den Penis, Störgedanken und Selbstbeobachtung können über Achstamkeits- und Entspannungsübungen abgebaut werden. → Arbeitsblatt 52 (S.162)

Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten:

Männlichkeit und sexuelle Sorgen (Zaider et al. 2012)

Studie (n=75 Männer, ca. 8 Monate nach Therapie)



1/3 der Männer fühlen sich in ihrer Männlichkeit bedroht

Figure 1 Percentage of men who endorsed moderate to high agreement with dimensions of masculine identity.

2 Kleingruppen

(5 Minuten, Ideen auf Moderationskarten schreiben)

Gruppe 1

- Welche sexuellen Mythen kennt ihr?

  z.B. „*Guter Sex hat spontan zu sein!*"

Gruppe 2

- Wann ist ein Mann ein richtiger Mann?
- Wann nicht?

Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten:
Kognitionen

Einstellungen zu Männlichkeit überprüfen und verändern = Sich Hinterfragen

Es ist einfach, sich potent zu fühlen, wenn eine Erektion immer da ist.

- **Sexuelle Mythen hinterfragen**
  - *„Was heißt für Sie guter Sex? Wann ist er erfüllend für Sie?"*
  - *„Welche Möglichkeiten gibt es aus Ihrer Sicht, dies bei bestehender Erektionsschwäche umzusetzen?"*
- **Mannsein als gedankliche Einstellung**
  - *„Was macht für Sie Mannsein aus?"*
  - *„Potenz fängt da an, wo die Erektion aufhört. Können Sie damit etwas anfangen?"*
  - *„Es geht darum, die Kränkung durch die Erektionsstörung zu überwinden. Wie könnten Sie lernen, vor sich oder Ihrer Sexualpartnerperson **zur Erektionsschwäche zu stehen**?"*
  - *„Was wäre anders, wenn Sie nicht mehr unter der erektilen Dysfunktion leiden würden? **Was wäre dann in sexueller Hinsicht möglich**?"*

Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten:
Kognitionen

Rational der Kognitiven Verhaltenstherapie:

Typische "Denkfehler" aufdecken und verändern! Arbeitsblätter S. 185-186

1. **Muss-Sätze**
   „Sex muss man genießen."
2. **Katastrophisieren**
   „Ohne Erektion wird mich meine Frau verlassen."
3. **Abwerten des Positiven**
   „Das gegenseitige Berühren von Penis und Vulva ist doch kein richtiger Sex."; Meine Frau sagt, dass es ihr nichts ausmacht, nur, um mich nicht zu verletzen."

Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten:
Kognitionen

Einstellungen zu Männlichkeit überprüfen und verändern = Sich Hinterfragen

Typische "Denkfehler" aufdecken und verändern!

4. **Schwarz-Weiß-Denken**
   „Männer müssen immer Können und Wollen, sonst sind sie keine echten Männer."
5. **Gedankenlesen**
   *„Mein*e Partner*in hält mich sicher für einen Schlappschwanz."*
6. **Gefhühlsdenken/emotionales Begründen**
   „Ich fühle mich nicht als vollständigen Mann, also bin ich auch keiner."
7. ***Wahrsagen***
   „Ich kann sexuell nie wieder glücklich sein, wenn die Erektionsstörung nicht besser wird."

Sexualtherapie der ersten und zweiten Generation

	Masters-Johnson	systemisch
Zentrales Konzept	Funktion: „Können“ Frage: „Klappt es?“	Begehren: „Wollen“ Frage: „Will ich oder nicht?“
Therapeutischer Fokus	Umgang mit Versagensangst Entspannung	Sexuelles Profil Kommunikation der Differenz

Grundlagen der systemischen Sexualtherapie

- Im Zentrum steht das erotische Potential der beiden Partnerpersonen und NICHT die sexuelle Funktion!

- *An welcher Stelle meiner sexuellen Biographie stehe ich?*
- *Was habe ich an Sexuellem schon realisiert?*
- *Was möchte ich noch realisieren?*
- *Wir alle haben sexuelle Grenzen. Was wollen Sie unabhängig vom Können?*
- *Lohnt es sich für Sie, sich Zeit zu nehmen, auch ohne Erektion eine schöne Sexualität zu haben?*

Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten:

Partnerschaft als Ressource

Die meisten Paare finden intuitiv ihren Weg!

- **Trauer!**
- Gemeinsame sexuelle Geschichte betrachten
- Gemeinsam zur*m Urolog*in gehen
- Förderung der Paarbeziehung, **nicht-sexuelle Paarzeit** einplanen
- **Offene Kommunikation** über die sexuellen Herausforderungen → Arbeitsblatt 81 (S. 246-247)
- **Gemeinsam** Ideen entwickeln
- Entspannte und sinnliche **Gelegenheiten schaffen**
- **Intimität konkret einplanen**
- Manchmal entscheiden sich auch, sich von Sexualität bewusst zu verabschieden

Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten:
Partnerschaft als Ressource

Rückgriff auf sexuelle Entwicklung und Geschichte

- „Manche Paare haben bereits in der Vorgeschichte mit Einschränkungen oder Veränderungen in Ihrer Sexualität einen Umgang gefunden.
- Vielleicht haben Sie bereits Strategien in Ihrer sexuellen Geschichte erlebt, die Ihnen auch jetzt helfen können, gemeinsam intim zu sein trotz unzureichender Erektion."
- *„Was hat uns früher geholfen, Sex zu haben?"*

Psychosoziales und Hilfs-möglichkeiten:
Partnerschaft als Ressource

Nichtsexuelle Paarzeit als Motor

- Ulrich Clement: *„Die beste Sexualtherapie findet nicht im Bett statt."*
- *„Was macht uns als Paar aus?"*
- **Geistige Verbindung:** Bewusstsein und Aufmerksamkeit für die andere Person, Komplimente oder Überraschungen machen
- **Körperliche Nähe und Intimität ohne Sex**: Gemeinsam Sport, in die Sauna, Körperkontakt suchen, Nacktsein, Kuscheln
- Gemeinsam **Trauern**
- Sich als **Team** verstehen
- **Sprechen**!!!!

Neue Wege gehen

Intimität wieder wagen

- Penile Rehamaßnahmen unabhängig von Intimität
- Günstige Bedingungen fürs Gehirn: Berühren, inniges Küssen, Massagen etc.
- Erste Erfahrungen im **Solosex**: mit keiner oder nur unzureichender Erektion masturbieren (ca. 4 Wochen nach der Behandlung)
- Später **Einbezug der Partnerperson**
- Zu Beginn **Koitusverzicht** (häufig 3-6 Monate) und gleichzeitig Intimität (nicht-koitale Stimulation) ausweiten
- Sensate Focus / Slow Sex: „**Sinnlichkeit statt Druck**" → Arbeitsblätter S. 170-175
- **Lernen mit (vorübergehender) Erektionsstörung zu sich zu stehen und sexuell aktiv zu bleiben**

Hilfsangebote

Urolog*in involvieren
Sexualmedizin
Sexualtherapie
http://dgfs.info
Psychologische Beratung
Austausch mit anderen
e-Health-Angebote

PCA-Selbshilfegruppen (Thaxton et al. 2005)

- Männer nutzen SHG konsistent weniger als Frauen:
  - Männer beschränken Krankheitsverarbeitung auf den engsten Familienkreis
  - Sie haben bereits gute emotionale und informationale Hilfe
  - Andere Sozialisierung und soziale Rollenerwartungen; Stigmatisierungsbefürchtungen
  - Uninformiertheit über Angebote
  - schambesetzte spezifische Themen wie Sexualität
- Inanspruchnahmerate: PCa 13% (BCa-Frauen: 33%)
- Was wünschen sich die Männer?
- Offenes, strukturiertes und informationsgebendes Gruppenformat präferiert (Selbstbestimmung, Expertenreferate)
- Emotionale Unterstützung wird von Männern in vielen Studien als nachrangiges Motiv zur Gruppenteilnahme eingeschätzt, wobei im Verlauf auch Gruppencharakter und Freundschaftsbildung gewertschätzt werden
- ABER: Zeitlicher Verlauf, Einfluss von Alter, Krankheitsstadium etc. unzureichend untersucht!!!!

Kriterien für Nichtteilnahme oder Verlassen von SHG (Ussher et al. 2008)

Neben positiven Effekten der SHG-Teilnahme auch negative bekannt

Faktoren, die zum Verlassen der SHG führen:

1. praktische Gründe
2. Einstellung *„Ich möchte die Erkrankung hinter mir lassen"*
3. Unzufriedenheit mit der Gruppe oder Leitung

Faktoren, die Personen davon abhält in SHG zu gehen:

1. Passiver Krankheitsverarbeitungsstil: *„Ich möchte mich nicht so viel mit meiner Erkrankung auseinandersetzen. Das hat mir bislang am besten geholfen."*
2. Identitätskonflikt: *„Ich möchte mich nicht als Krebskranker fühlen."*
3. Abwehrende oder furchtgeprägte Einstellung in Bezug auf Gruppen im Allgemeinen: *„Gruppen sind nichts für mich."*, *„Ich bin zu schüchtern."*, *„In solchen Gruppen drehen sich die Leute um ihre Probleme."*
4. *Genügend institutionelle und/oder familiäre Unterstützung*
5. *Mangelnde Abgrenzungsfähigkeit i.B. auf das Leid anderer*
6. *Uninformiertheit und praktische Gründe*

Diskussion: Welche Implikationen hat dies für Ihre Arbeit?

PCA-Selbshilfegruppen (Arrington 2010)

- *The group leader often avoided emotional topics such as sex and death, shifting the support group conversation to a more traditional biomedical mode of physician–patient interaction instead. Hence,* ***uncertainty reduction is a strong suit of the group; uncertainty integration is not****. Because the group failed to focus on uncertainty integration for men who had completed treatment, many survivors perceived the group as less important for them after undergoing treatment.*
- Möglicherweise werden Unsicherheiten, die mit Themen wie dem Sterben oder Sexualität zusammenhängen, in SHG häufig nicht adäquat (nämlich lösungs- und zugleich emotionsfokussiert) adressiert.

Literatur

- Arrington, M. I. (2010) Theorizing About Social Support and Health Communication in a Prostate Cancer Support Group. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(3), 260-268.
- Badr, H. and C. L. Taylor (2009). "Sexual dysfunction and spousal communication in couples coping with prostate cancer." *Psychooncology* 18(7): 735-746.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51–65.
- Canada, A. L., et al. (2005). "Pilot intervention to enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma." *Cancer* 104(12): 2689-2700.
- Göttgens, K. and Breuking, S. O. (2017). Colorectal and Anal Cancer. *Cancer, Intimacy and Sexuality*, Y. Reisman and W. L. Gianotten. Cham, Sringer Verlag: 161-165.
- Hyde, M. K., et al. (2016). "Medical Help-Seeking for Sexual Concerns in Prostate Cancer Survivors." *Sex Med* 4(1): e7-e17.
- Jones, K. (2017). Sexual Consequences of Head and Neck Cancer. *Cancer, Intimacy and Sexuality*, Y. Reisman and W. L. Gianotten. Cham, Sringer Verlag: 175-178.
- Jordan, K., et al. (2013). Neurobiologie der Sexualität und sexueller Störungen. *Praxisbuch Sexuelle Störungen*. P. Briken and M. Berner. Stuttgart, Thieme Verlag: 43-52.
- Katz, A. and D. S. Dizon (2016). "Sexuality After Cancer: A Model for Male Survivors." *J Sex Med* 13(1): 70-78.
- Park, E. R., Norris, R. L., & Bober, S. L. (2009). Sexual health communication during cancer care. *The Cancer Journal,* 15(1), 74–77.

Literatur

- Reese, J. B., et al. (2010). "Coping with sexual concerns after cancer: the use of flexible coping." *Support Care Cancer* **18**(7): 785-800.
- Schönbucher, V. and G. N (2013). Sexualität und sexuelle Probleme bei Menschen mit Krebserkrankungen. *Praxisbuch Sexuelle Störungen*. P. Briken and M. Berner. Stuttgart, Thieme Verlag**:** 150-158.
- Thaxton, L. et al. (2005). Prostate Cancer Support Groups. *Prostate Cancer Support Groups*, *Journal of Psychosocial Oncology*, 23 (1), 25-40.
- Traa MJ et al.: Sexual (dys)function and the quality of sexual life in patients with colorectal cancer: a systematic review. *Ann Oncol* 2012; 23(1): 19-27
- Ussher, M. J., Kirsten, L., Butow, P., Sandoval, M. (2008). A Qualitative Analysis of Reasons for Leaving, or Not Attending, a Cancer Support Group. *Social Work in Health Care*, 47 (1), 14-29.
- Velten, J. and Zarski, A.-C. (2022),*Therapie-Tools Sexuelle Funktionsstörungen*. (n.d.). 1. Auflage. Weinheim, Beltz Verlag.
- Victorson, D. E., et al. (2016). "Factors Affecting Quality of Life at Different Intervals After Treatment of Localized Prostate Cancer: Unique Influence of Treatment Decision Making Satisfaction, Personality and Sexual Functioning." *J Urol* **196**(5): 1422-1428.