

JOURNAL FÜR FERTILITÄT UND REPRODUKTION

SPRINGER-KREMSER M, NADERER A
Sexualität und chronische Krankheit

*Journal für Fertilität und Reproduktion 2007; 17 (4) (Ausgabe
für Österreich), 7-12*

Homepage:

www.kup.at/fertilitaet

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR IN-VITRO-FERTILISIERUNG, ASSISTIERTE REPRODUKTION UND KONTRAZEPTION

Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*«
L A N D



www.waldweihrauch.at

Sexualität und chronische Krankheit

M. Springer-Kremser, A. Naderer

Nach einer Definition von Sexualität, welche auch die genetischen und somatischen Merkmale enthält, wird ein für das Thema zwingend erforderlicher Exkurs zur psychosexuellen Entwicklung eingeschoben. In diesem wird die Bedeutung einer befriedigenden Symbiose zwischen Kleinkind und Mutter am Beginn des Lebens für den späteren Umgang mit dem eigenen Körper und wichtigen „anderen“ aufgezeigt. Weiters wird das Einüben eines flexiblen Umganges mit Nähe und Intimität in der Kindheit als ein Merkmal für die Qualität der Beziehungen zu wichtigen anderen, gerade in Krisensituationen wie bei chronischer Krankheit, betont. Interessante miteinander interagierende Fragestellungen im Zusammenhang mit nach der Adoleszenz auftretenden chronischen Erkrankungen und dem Umgang mit Sexualität werden angeführt. Diese Fragen werden anhand von 3 Krankheitsbildern, über die es in der Literatur Daten gibt, ausgeführt: Diabetes mellitus, rheumatoide Arthritis und schließlich Beeinträchtigungen der Atemfunktion. Diabetes mellitus betreffend steht eine Metaanalyse sexueller Funktionsstörungen bei fast ausschließlich weiblichen Patientinnen zur Verfügung. Die Beeinträchtigung der Sexualität durch rheumatoide Arthritis wurde bei weiblichen und männlichen Patienten untersucht und die Forderung nach Untersuchungen gestellt, welche die Konsequenzen der krankheitsgefärbten Interaktion der Partner einschließen, denn Sexualität kann auch als eine – eher nonverbale – Kommunikationsform in einer Beziehung verstanden werden. Abschließend wird auf die methodischen Probleme bei der Erhebung von Daten zu Sexualität und Sexualverhalten eingegangen.

The given definition of sexuality includes genetic, somatic and psychosexual characteristics – the latter require the inclusion of a short digression on psychosexual development. The significance of a symbiotic relationship in early childhood as a basis for the development of a satisfying handling of bodily sensations in health and illness in later life is stressed. Further the handling of closeness and distance, as rehearsed in childhood, is an important issue in human sexuality and an indicator for the quality of the relationship to relevant others, specially in crises-situations as chronic illness. Concentrating on chronic illness with onset after adolescence, interrelating questions are posed. For answering these questions, data from studies on mostly female patients, suffering from diabetes, rheumatoid arthritis and respiratory dysfunction are shown. Regrettably, the interactive aspect of sexuality is thoroughly neglected, though sexual function can be seen as one way of – rather nonverbal – communication in a relationship. Finally, methodological problems, which are inherent in research on sexual function, and “sexual behaviour” are stressed. J Fertil Reprod 2007; 17 (4): 7–12.

Der Begriff „Viktorianisches Zeitalter“ ist für uns alle mit einer bestimmten Einstellung, die damals in der Gesellschaft herrschte, verbunden. Bezugnehmend auf Königin Viktoria, schrieb Michel Foucault (1983): „Im Wappen unserer Sexualität steht zuchtvoll, stumm und scheinheilig die spröde Königin“ [1]. Wenn also ein ganzes Zeitalter davon geprägt war, wie damals mit Sexualität umgegangen wurde, ist die Schlußfolgerung wohl naheliegend, daß Sexualität die individuelle Persönlichkeit eines Menschen prägt, und wie ein Regelkreis bestimmt diese Prägung wiederum das sexuelle Verhalten. Das Zitat von Foucault, das ja in der Zeitform „Gegenwart“ gehalten ist, sagt aus, daß sich nach Meinung dieses Autors (und im wesentlichen zwingen uns Beobachtungen an Gesunden und Kranken, an Lehrinhalten der Medizincurricula, ihm zuzustimmen) letztlich auch heute nicht viel am Umgang mit Sexualität verändert hat.

Die subjektive Bedeutung, die eine Person der Sexualität zuschreibt, ist eine Sache – wie Sexualität hingegen von derselben Person gelebt wird, ist eine andere, und die Diskrepanz zwischen beiden ist häufig sehr groß. Die subjektive Bedeutungszuschreibung hängt vom soziokulturellen Hintergrund und der Vorstellung von der Verbindlichkeit des herrschenden Werte- und Normensystems sowie dem Bildungsstand, dem Alter und ähnlichen sozialen Variablen ab. Wie Sexualität tatsächlich gelebt wird, spiegelt hingegen den Charakter eines Menschen wider – wie jemand mit sich selber und mit anderen umgeht.

Bei der Erhebung einer biographischen Anamnese, wie sie unerlässlich für die Erstellung einer Diagnose und eines Therapieplans bei chronifizierten Erkrankungen ist, soll die Frage „Wie gehen Sie mit Ihrer Sexualität um?“ gestellt werden. Die Sittengeschichte zeigt, daß es sehr verschiedene Stile gibt, mit Sexualität umzugehen: Ob jemand das Zölibat wählt, den Weg in die Prostitution gefunden hat, eine homosexuelle Objektwahl trifft, mit Beziehungen

experimentieren zu müssen glaubt, eine monogame Ehe führt, alle sexuellen Regungen verneint – alles dies sind Möglichkeiten, mit der Sexualität umzugehen. Welche Möglichkeit auch immer gewählt wurde – wobei es sich hier nicht oder kaum um eine freie Wahl handelt, sondern zweifellos diese Wahl eher überdeterminiert ist –, stellt der Umgang mit der Sexualität einen Kompromiß dar: einen Kompromiß zwischen der persönlichen Lebenslanggeschichte einerseits und dem soziokulturellen Umfeld andererseits.

Definition von Sexualität und psychosexueller Entwicklung

Sexualität bezeichnet nicht allein die Aktivitäten und die Lust, die vom Funktionieren des Genitalapparates abhängen, sondern eine ganze Reihe von Erregungen und Aktivitäten, die bereits in der Kindheit bestehen und eine Lust verschaffen, die auch aus der Befriedigung des Bedürfnisses nach Nähe, Intimität und Zärtlichkeit resultiert, also nicht auf die Stillung eines physiologischen Bedürfnisses reduzierbar ist. Sie finden sich als Komponenten in der „normalen“ Form der sexuellen Liebe [2].

In dieser Definition sind einige Begriffe aneinandergereiht, die einzeln etwas näher diskutiert werden müssen:

Was bedeutet das Funktionieren des Genitalapparates?

Man kann Entwicklungsmerkmale der Sexualität identifizieren, die teils voneinander unabhängig sein können, und jedes dieser Merkmale kann Fehlentwicklungen und Störungen unterworfen sein. Diese Merkmale sind: das genetische oder Chromosomengeschlecht, das Gonadengeschlecht, das Hormongeschlecht im Fetalstadium, das innere morphologische Geschlecht, das äußere morphologische Geschlecht, das Hypothalamusgeschlecht, das Geschlecht nach Geburtsurkunde und Erziehung, also das Zuweisungsgeschlecht, das Hormongeschlecht in der Pubertät und die Störungen der Zeugungsfunktionen [3].

Die obenangeführte Definition von Sexualität beinhaltet auch die Bedeutung der Bindung von Sexualität an eine ungestörte biologische/genetische Entwicklung, die an je-

Korrespondenzadresse: o. Univ.-Prof. Dr. Marianne Springer-Kremser, Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20, E-Mail: marianne.springer-kremser@medunivwien.ac.at

dem der angeführten Entwicklungsschritte einer Störung unterworfen sein kann [3]. Als Beispiel sei angeführt, daß die internen und externen morphologischen Merkmale im Laufe einer Erkrankung und einer nachfolgenden therapeutischen Behandlung drastisch verändert sein können (Genitalkarzinom: Vulvektomie etc.).

Welche Aktivitäten und Lustempfindungen sind gemeint, die mit dem Genitale nichts oder kaum etwas zu tun haben?

Die Art und Weise, wie mit Erregungen und Aktivitäten in der frühen Kindheit umgegangen wurde, stellt die Basis für die Entwicklung von Vertrauen dar. Die zärtliche Symbiose mit der Mutter, die dem Kind eine maximale Bedürfnisbefriedigung garantiert, verschafft diesem Kleinstkind durch zärtlichen Hautkontakt und durch Befriedigung von Hungergefühlen Lust – man braucht sich nur das lustvolle Gesicht eines Kleinkindes, das eben diese Zärtlichkeiten genießt, anzuschauen. Eine nach Winnicott „good enough mother“ (1974) hat auch die Fähigkeit, die Wünsche und Bedürfnisse des Kindes „richtig“ zu interpretieren, also keine Bedeutungen zu unterschreiben oder wenn, so nur selten. In der Regel wird es möglich sein, richtig zu beurteilen, ob das Kind Hunger hat oder ob es nur Gesellschaft und Nähe möchte, oder ob es vielleicht Blähungen hat usw., das heißt, die Quelle seiner Unlustgefühle sozusagen richtig zu diagnostizieren und die entsprechende Abhilfe zu verschaffen. Wenn dies aber nicht der Fall ist, wenn einem Kind Bedürfnisse unterschoben werden, wenn Nähebedürfnisse immer nur als Bedürfnis nach Nahrungsaufnahme wahrgenommen und auch befriedigt werden, so entsteht nicht Vertrauen, sondern Ur-Mißtrauen. Denn das Kind lernt die Signale, die vom eigenen Körper kommen, nicht richtig zu lesen. Da es ja schließlich auf die Umwelt angewiesen ist, die Bedürfnisse interpretiert, wird es in der eigenen Wahrnehmung grob verunsichert und kann schließlich sich selber nicht mehr trauen und weiß eigentlich nicht mehr, ob es jetzt ursprünglich Hunger hatte oder ob es eigentlich Zärtlichkeit wollte. Diese Art der Uminterpretation von Körpersignalen ist etwas, was wir bei Personen mit chronischen Erkrankungen immer wieder erleben können: Erregung, z. B. sexuelle Erregung, wird nicht als solche wahrgenommen, sondern etwa als Schmerz uminterpretiert. Ein Kleinkind, dessen Körper liebevoll behandelt wurde und das auf diese Weise ein gutes inneres Bild von seiner Mutter entwickelt hat, wird auch im späteren Leben seinen eigenen Körper im wesentlichen liebevoll und „richtig“ behandeln. So ein Mensch wird sich selbst gut behandeln und daher auch zu anderen gut sein können.

Um das 18. Lebensmonat herum kann das Kind zwischen Mann und Frau unterscheiden und auch sein eigenes Geschlecht richtig bezeichnen. Es kann sich durch das Vertrauen, das es zu der bekannten Person entwickelt hat, Neuem, Unbekanntem zuwenden. Es kann umherkrabbeln, Dinge anfassen usw. Es lernt seine Schließmuskeln zu kontrollieren. Die erfolgreiche Kontrolle der Schließmuskeln, das erfolgreiche Sich-Neuem-und-Unbekanntem-Zuwenden, das Autonomie erfordert, macht stolz und sicher im Gegensatz zu verschämt und zweifelnd.

Das Unterbinden dieser Neugier und dieses Forschertriebes hat ziemlich unangenehme Konsequenzen für die Entwicklung des Kindes: Es ist nicht möglich, ein Triebgeschehen isoliert zu unterbinden, sondern ein rigoroses Unterbinden dieser Strebungen resultiert in einem allgemeinen Hemmungsverhalten. Dieses Hemmungsverhalten zeigt sich auf allen Ebenen, im Spielverhalten, im Lernen usw. Außer-

dem entwickeln sich Schuldgefühle. Das ist die Zeit, wo die elterlichen Verbote oder die Verbote, die von anderen verbotenden Instanzen kommen, verinnerlicht werden, die Instanz des Gewissens und damit auch die Basis für moralische Einstellungen bilden. Wenn diese Verbote besonders rigid sind, so werden die moralische Überwachung der eigenen Person und die moralische Überwachung anderer ebenso rigid und kontrollierend, was sich im Sexualverhalten auswirkt. Lustlosigkeit, Lustverbot, und zwar nicht ein isoliertes Lustverbot für eine bestimmte Situation, sondern ein generalisierendes Lustverbot, kann daraus entstehen, das sich einerseits in sexuellen Funktionsstörungen äußert, andererseits aber auch in ganz bestimmten Charaktereigenschaften, wie eben diesem moralischen strengen Überwachungs- und Kontrollbedürfnis.

Nähe und Intimität

Häufig werden sexuelle Beziehungen eingegangen, um in Wirklichkeit ein Nähebedürfnis zu befriedigen, oder aber es wird eine unbefriedigende oder auch quälende Beziehung aufrechterhalten, nur um Nähe zu haben und sich nicht einsam und verlassen zu fühlen. Trennungsangst und Abhängigkeit können zu dieser fatalen Verwechslung verführen. Die Folge ist, daß häufig weder das Bedürfnis nach Nähe noch das Lustbedürfnis befriedigt sind. Enttäuschung, Frustration und oft körperliche Beschwerden können die Folge sein.

Ausgewählte chronische Erkrankungen und Sexualität

Eine chronische Erkrankung kann in jeder Lebens- oder Entwicklungsphase auftreten. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf einen Erkrankungsbeginn nach abgeschlossener Adoleszenz und somit abgeschlossener psychosexueller Entwicklung.

Schuld- und Schamgefühle, Todesangst, oft maskiert hinter Trennungsängsten, die in der psychosexuellen Entwicklung so leicht durch das Verhalten der Erwachsenen im Kind mobilisiert werden, werden bei jeder chronischen Erkrankung aktiviert. Weiters besteht bei chronischer Krankheit oft die Tendenz, mit der Physiologie der Sexualität übermäßig beschäftigt zu sein und zu vergessen, daß sexuelle Begegnung mehr ist als die Summe spinaler Reflexe.

Interessante interagierende Fragestellungen sind:

- Werden spezifische Probleme im Falle einer chronischen Krankheit durch die prämorbid Einstellung einer Person zur Sexualität mobilisiert?
- Wird die Sexualität der Patientinnen durch krankheitsspezifische Effekte beeinflusst?

Jede Annäherung an die obengestellten Fragen muß die unterschiedlichen Möglichkeiten einer Person einschließen:

- mit Trieben, Affekten und Impulsen umzugehen,
- stabile und befriedigende Objektbeziehungen zu begründen,
- ein adäquates Gefühl für Realität und für sich selbst zu entwickeln, wie dies im Exkurs zur psychosexuellen Entwicklung skizziert wurde [4].

Die aus der Literatur zur Verfügung stehenden Daten sexuelle Funktionsstörungen betreffend können jedoch nur in sehr beschränktem Ausmaß Antworten auf die obengestellten Fragen geben. Die Gründe dafür sind vielfältig: Z. B. sind Forscher in der Regel auf die Angaben der erkrankten Per-

sonen hinsichtlich des individuellen sexuellen Erlebens und Verhaltens vor Beginn der Erkrankung angewiesen. Diese Angaben können aus verschiedenen Gründen verzerrt sein.

Für folgende Krankheitsbilder stehen aus der Literatur Daten sexuelle Funktionsstörungen betreffend zur Verfügung: Diabetes mellitus, rheumatoide Arthritis, Beeinträchtigung der Atemfunktion

Unter einer Funktionsstörung versteht man eine am Ausführungsorgan, also an der Vagina/am Penis manifest werdende zentrale Hemmung. Dabei muß eine normale Einschränkung der Funktion (z. B. allgemeine geistige, körperliche Erschöpfung) von einer stärkeren Hemmung abgegrenzt werden. Wenn die Funktion ungewöhnlich abgeändert ist (z. B. primäre Impotenz) oder gar eine neue Leistung vollbracht wird (z. B. Muskelkontraktion beim Vaginismus), dann handelt es sich um ein Symptom [4].

Diabetes mellitus und weibliche Sexualität

Diabetes mellitus (DM) kann belastende somatische Beschwerden hervorrufen und eine große psychosomatische Last darstellen. Wissenschaftliche Daten gibt es bisher hauptsächlich zu sexuellen Problemen von Männern mit Diabetes mellitus.

Enzlin et al. durchsuchten die Literatur nach Daten zum Einfluß von Diabetes mellitus auf die weibliche Sexualität. Gefunden wurden 23 Artikel, von denen 15 Forschungsberichte waren [5].

Seit Masters und Johnson die sexuelle Physiologie beforchten, wird der sexuelle Reaktionszyklus berücksichtigt, und drei Phasen der sexuellen Reaktion werden unterschieden: Erregung, Orgasmus und Rückbildungsphase [6].

Als sexuelle Dysfunktionen bei Frauen gelten: Probleme des sexuellen Verlangens (Libido), Störung der sexuellen Erregung (vaginale Lubrikation), weiters kann die Orgasmusfähigkeit vermindert sein, oder schmerzhaft sexuelle Störungen (Dyspareunie) können auftreten.

Jede der Phasen des sexuellen Reaktionskreislaufes wird von verschiedenen physiologischen Reaktionen dominiert, weshalb jede Störung, sei sie neurologisch, vaskulär oder endokrin bedingt, zur Beeinträchtigung führen kann [7].

Probleme des sexuellen Verlangens bei Frauen mit DM

Sexuelles Verlangen ist definiert als Motivation oder Wunsch, ein sexuelles Erlebnis zu haben und wird oft wirksam als Wunsch nach sexueller Aktivität, als sexuelle Fantasien, Interesse an Geschlechtsverkehr, Frequenz von Geschlechtsverkehr, sexuellem Antrieb oder Libido.

Im „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV) wird der Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen beschrieben. Da der Begriff „sexuelles Verlangen“ schwierig zu definieren ist, kommt es häufig zu methodischen Fehlern. Eine signifikante Verminderung sexuellen Verlangens wurde bei 4% bis 24% der Frauen mit DM im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen gefunden. Ein direkter Zusammenhang von verminderter Libido und schlecht kontrolliertem DM wurde gefunden, wobei der Verlust sexuellen Verlangens vor allem in der Gruppe der Frauen mit DM Typ II auffällt.

Probleme mit sexueller Erregung bei Frauen mit DM

Sexuelle Erregung bezieht sich auf die subjektive Definition von sexueller Erregung/Vergnügen, welche sowohl durch psychologische als auch durch physiologische Stimulation erreicht werden kann. Im DSM-IV werden Störungen der sexuellen Erregung als dauerhafte oder vorübergehende Unfähigkeit, adäquate vaginale Lubrikation und Schwellung als Antwort auf sexuelle Erregung zu erreichen oder bis zu Abschluß des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten, definiert. Da es schwierig ist, vaginale Lubrikation und deren Veränderung zu messen, verlassen sich die meisten Studien ausschließlich auf subjektive Beschreibungen der Frauen. Genitale Erregung stellte sich als kein geeignetes Maß für subjektive Erregung dar und umgekehrt. 30% bis 50% der diabetischen Frauen zeigen eine Verminderung der vaginalen Lubrikation nach dem Beginn der Krankheit. Dies stellt einen signifikanten Unterschied zur Kontrollgruppe dar.

Orgasmusstörungen

DSM-IV definiert Orgasmusstörungen als dauerhafte oder vorübergehende Verzögerung oder Fehlen des Orgasmus, wobei eine normale Phase der sexuellen Erregung vorausgeht. Die Diagnose der Orgasmusstörung beruht auf der (fragwürdigen) klinischen Meinung, daß die weibliche Orgasmusfähigkeit unabhängig von Alter, sexueller Erfahrung und Angemessenheit der sexuellen Stimulation sei. Weiters besteht große individuelle Variabilität bei Intensität und Dauer der Orgasmusphase bei Frauen. Außerdem ist es wichtig, zwischen Orgasmen zu unterscheiden, die im Rahmen des Geschlechtsverkehrs oder während Masturbation erreicht werden.

Veränderungen der Orgasmusfähigkeit konnten bei 1% bis 15% der Frauen nach Ausbruch des DM beschrieben werden. Bei der Komplexität des orgasmischen Empfindens scheint diesen Zahlen überhaupt keine Aussagekraft zuzukommen.

Dyspareunie

Dyspareunie wird nach DSM-IV definiert als vorübergehende oder dauerhafte genitale Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs. Diese Störung wird nicht allein durch Vaginismus oder fehlende vaginale Lubrikation ausgelöst und ist nicht nur auf einen physiologischen Effekt zurückzuführen. Etwa 12% der untersuchten Frauen gaben Dyspareunie an.

Sexuelle Probleme sind meist multifaktorieller Genese. Der sexuelle Reaktionskreislauf hängt mit der ungestörten Funktion zirkulatorischer, endokriner, vaskulärer und psychischer Mechanismen zusammen.

Frauen mit Diabetes mellitus haben dasselbe Risiko, eine diabetische Neuropathie zu entwickeln, wie Männer. Läsionen der klitoralen Nerven werden beschrieben und können einen Einfluß auf die sexuelle Funktion haben. Weiters sind bei Frauen mit DM vaginale Infektionen und eine Verminderung der vaginalen Lubrikation häufiger beschrieben als bei gesunden [8]. Darüber hinaus haben sexuelle Probleme eine Korrelation mit psychologischen Faktoren, mit Depression und Beziehungsaspekten.

Die vorhandenen Daten über den Zusammenhang von Diabetes mellitus und sexuellen Problemen bei Frauen sind insuffizient. Gründe dafür könnten die Tendenz sein, zu ignorieren, daß weibliche Sexualität mit physischer Krankheit zusammenhängen kann, und mit Sicherheit

auch die Schwierigkeit, weibliche Sexualität zu quantifizieren.

Beeinträchtigung der Sexualität durch rheumatoide Arthritis
Charakteristische Probleme von weiblichen und männlichen Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) sind körperliche Behinderung, Schmerz, Depression und soziale Isolation. Die sexuelle Funktion ist einer der Bereiche im Leben der Patienten, welche die Lebensqualität vieler RA-Patienten und deren Partner beeinflussen [9].

Schwerere funktionelle Behinderung korreliert mit größerer sexueller Unzufriedenheit. Da prolongierte sexuelle Aktivität sehr viel Schmerz verursacht, wünschen sich die Patienten häufig, den Orgasmus möglichst rasch zu erreichen bzw. sexuelle Aktivitäten eher kurz zu halten. Patienten mit RA haben häufiger eine kürzere Vorspielperiode, eine Aversion gegen und weniger Vergnügen bei sexuellen Aktivitäten. Körperliche Beeinträchtigung und Schmerz machen es schwieriger, Geschlechtsverkehr zu haben, vermindern das sexuelle Verlangen und Vergnügen bei Patienten mit RA. Sexuelle Probleme bei RA-Patienten können auch durch Depression oder konfliktreiche Partnerschaft ausgelöst werden. Es ist nachgewiesen, daß Patienten mit RA im Vergleich zu altersgleichen Kontrollgruppen der Gesamtpopulation häufiger an Depressionen leiden [10].

Männer berichten über höhere Frequenz von Geschlechtsverkehr und Masturbation. Die Interpretation von Schover und Jensen ist folgende: Nach dem traditionellen Modell vieler Paare übernimmt der Mann die Initiative für sexuelle Aktivitäten. Wenn die Männer krank werden, hören sie meist auf, die Initiative zu ergreifen. Frauen scheinen dann eher nicht die Rolle als Initiatorin zu übernehmen [11].

Geschlechtsunterschiede in der Sexualität bei RA-Patienten werden auch durch die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der RA beeinflusst. Frauen berichten meist einen geringeren Level körperlicher Fähigkeiten.

Kraaimaat et al. untersuchten folgende Faktoren genauer: Mobilität, Selbständigkeit, Schmerz, Depression, Kritik durch den Partner und den Zusammenhang dieser Faktoren mit Beeinträchtigung der Sexualität. Über Beeinträchtigung der Sexualität berichteten 30 % der Männer und 36 % der Frauen. Diese Daten stimmen mit der Hypothese überein, daß Mobilität, Selbständigkeit, Schmerz und Depression bestimmende Faktoren bei der Beeinträchtigung der Sexualität sind [9].

Als methodischer Einwand muß festgehalten werden, daß Daten zur sexuellen Aktivität vor Beginn der Krankheit fehlen, und, obwohl in der Literatur ein Zusammenhang zwischen sexuellen Problemen und Konflikten in der Partnerschaft beschrieben wird, hier die Kritik des Partners nicht mit der Beeinträchtigung der Sexualität in Verbindung gebracht wird. Weiters wurden die Daten mittels Fragebögen erhoben, die an die Patienten verschickt und von ihnen selbst ausgefüllt worden sind; dieses Untersuchungsdesign ist äußerst fragwürdig, weil vielen Fehlern offen.

Sexualität bei Patienten mit beeinträchtigter Atmung

Chronische Erkrankungen betreffen häufig ältere Menschen. Es herrscht immer noch die Meinung, daß Sexualität bei chronisch kranken Menschen keine oder kaum ein Rolle spielt. Die altersphysiologischen Aspekte stehen in keinem Widerspruch zur sexuellen Aktivität im Alter. Bei

chronischer Erkrankung können folgende Gesichtspunkte zu einer Reduktion der sexuellen Aktivität beitragen: der bestehende somatisch-physische Schaden, die damit verbundene psychosoziale Beeinträchtigung und die Nebenwirkungen der Pharmakotherapie [12].

Patienten mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) leiden häufig an Multimorbidität und nehmen Medikamente ein, die sich negativ auf sexuelle Aktivitäten auswirken können. Die Reduktion der sexuellen Aktivität resultiert primär somatisch aus der Beeinträchtigung der Atmungsorgane. Nach subjektiver Einschätzung führt die Lungenerkrankung bei etwa 80 % der Patienten physisch bedingt zu einer Beeinträchtigung der Sexualität [13]. Dennoch scheinen physische Probleme nicht der ausschließliche Grund der Beeinträchtigung beim Geschlechtsverkehr zu sein. Es kann im Sinne eines Teufelskreises vor allem psychogen bedingt zu Impotenz kommen. Frühe körperliche Erschöpfung, Versagensangst, vermindertes Selbstbewußtsein, Depression [14], Autonomieverlust können zur weiteren Abnahme der Libido führen. Insgesamt liegen im Vergleich zu Frauen mehr Erkenntnisse zur sexuellen Dysfunktion bei Männern mit COPD vor.

Schlußbemerkungen

Die Kargheit der wissenschaftlichen Literatur und deren begrenzter Aussagewert zu diesem Thema mögen mehrere Ursachen haben: Eine Ursache liegt sicher bei den methodischen Problemen, welche sich bei der Erhebung von Daten zu Sexualität und Sexualverhalten ergeben. Diese sind:

1. Verhaltensbeobachtungen sind von der Sache her nicht adäquat: Sexualität ist durch Intimität geschützt.
2. Interviews und Fragebögen für empirische Studien haben Vor- und Nachteile; z. B. organisiert das Geschlecht des Interviewers (männlich oder weiblich) das Antwortmaterial.
3. Die Validität von Selbstbeschreibungen ist fraglich, weil abhängig von Auskunftsbereitschaft und Erinnerungsfähigkeit [15].

Außerdem kann die Auskunft über sexuelle Ereignisse durch 3 Filter gehen:

1. Vergessen: bedeutet nicht zwingend Unbedeutetheit, sondern Unzuordenbarkeit eines Ereignisses.
2. Aversive Affekte (Scham, Schuld) führen zu Verweigerung von Auskunft.
3. Zum Selbstbild/sozialer Erwünschtheit diskrepante Ereignisse werden verschwiegen. Fehlende Erfahrungen können als abweichend von einem sexualisierten Selbstideal entsprechend übertrieben werden – bewußt oder unbewußt.

Literatur:

1. Foucault M. Sexualität und Wahrheit. Erster Band: Der Wille zum Wissen. Suhrkamp, Frankfurt, 1983.
2. Freud S. Das menschliche Sexualleben. In: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Ges. Werke Bd. XI. Fischer, Frankfurt, 1917; 313–30.
3. Money J. Körperlich-sexuelle Fehlentwicklungen. Rowohlt, Reinbeck, 1969.
4. Springer-Kremser M. Sexualtherapie, Indikation und Methoden. Prax Psychother Psychosom 1981; 26: 219–27.
5. Enzlin P, Mathieu C, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Diabetes mellitus and female sexuality: a review of 25 years' research. Diabet Med 1998; 15: 809–15.
6. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Little and Brown, Boston, 1960.

7. Kaplan HS. The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunction. Brunner/Mazel, New York, 1974.
8. Newman A, Bertelson A. Sexual dysfunction in diabetic women. *J Behav Med* 1986; 9: 261–70.
9. Kraaiaat FW, Bakker AH, Janssen E, Bijlsma JWJ. Intrusiveness of rheumatoid arthritis on sexuality in male and female patients living with a spouse. *Arthritis Care Res* 1996; 9: 120–5.
10. Frank RG, Beck NC, Parker JC, Kashani JH, Elliott TR, Haut AE, Smith E, Atwood C, Brownlee-Duffeck M, Kay DR. Depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1988; 15: 920–5.
11. Schover LR, Jensen SB. Sexuality and chronic illness: a comprehensive approach. Guildford Press, New York, 1988.
12. Schönhofer B. Sexualität bei Patienten mit beeinträchtigter Atmung. *Med Klin* 2002; 97: 344–9.
13. Hanson EI. Effects of chronic lung disease on life in general and on sexuality: perceptions of adult patients. *Heart Lung* 1982; 11: 435–41.
14. Dudley DL, Sitzman J, Rugg M. Psychiatric aspects of patients with chronic pulmonary disease. *Adv Psychosom Med* 1985; 14: 64–77.
15. Clement U. Empirische Studien zu heterosexuellem Verhalten. *Z Sexualforsch* 1990; 3: 289–319.



o. Univ.-Prof. Dr. Marianne Springer-Kremser

Vorstand der Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie (UTP) der Medizinischen Universität Wien. Mitglied und Lehranalytikerin der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung und der International Psychoanalytical Association. Diplom der Österreichischen Ärztekammer für Psychotherapeutische Medizin.

Gründerin der Konsiliar-/Liaison-Einrichtung der UTP „Psychosomatische Frauenambulanz“ an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde. Ständiges Mitglied der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien. Vorsitzende des Arbeitskreises für Gleichbehandlungsfragen der Medizinischen Universität Wien. Mitglied internationaler und nationaler wissenschaftlicher Organisationen. Über 130 Buch- und Zeitschriftenpublikationen zu Themen der weiblichen Psychosexualität, Psychosomatik, Psychotherapieforschung, insbesondere psychoanalytischer Liaison-Psychotherapie und Gender-Problematik. Mitarbeit am EU-Projekt „Coordination Action on Human Rights Violation (CAHRV)“.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)