

Sexuelle Probleme in der psychiatrischen Sprechstunde

Sexuelle Funktionsstörungen sind häufig – auch bei psychiatrischen Patienten. Angesprochen werden sie in der Praxis allerdings nur selten. Der Psychiater und Sexualmediziner Dr. Kurt April spricht im Interview über eigene Erfahrungen in der Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen und zeigt auf, wie das Problem in der psychiatrischen Praxis für Patient und Psychiater zufriedenstellend angesprochen werden kann.

Psychiatrie & Neurologie: Laut der Lausanner Studie aus dem Jahr 2011 erstellen nur 40 Prozent der Ärzte eine Sexualanamnese, obwohl es 90 Prozent der Patienten gerne hätten, wenn nach sexuellen Problemen gefragt würde. Woher kommt diese Diskrepanz?

Dr. Kurt April: Die Lausanner Studie zeigt ganz deutlich, dass der Wunsch des Patienten nach einem Gespräch besteht, das aber vom behandelnden Arzt in der Regel nicht geführt wird. Diese Angaben können meiner Erfahrung nach auch auf die Psychiater übertragen werden. Sexualität ist immer noch ein Tabu, und viele Patienten warten eigentlich darauf, dass der Psychiater dieses heikle Thema anspricht. Wenn er das nicht tut, geht eine wichtige Chance verloren. Denn laut der Studie wären 85 Prozent der Patienten keineswegs peinlich berührt, wenn die Aktivität und die Nachfrage vom Arzt ausgingen.

Sind sexuelle Funktionsstörungen für Psychiater in der Praxis überhaupt relevant?

Kurt April: Viele psychische und psychiatrische Themen gehen mit sexuellen Problemen einher. Beispielsweise bei Patienten mit Stimmungsschwankungen, Depressionen oder aufgrund der Einnahme von Neuroleptika oder Antidepressiva. An den Fortbildungen kann ich feststellen, dass Ärzte eher nachfragen, wenn sie auf das Thema sensibilisiert sind. Und das Feedback von den Patienten ist dann meist sehr positiv. An einer Podiumsdiskussion mit zwei Gynäkologen schilderten diese beispielsweise, dass sie darüber gestaunt hätten, wie leicht es gewesen sei, mit den Frauen über Sexualität zu reden. Es liegt also eine grosse Offenheit vor.

Was wäre ein guter Gesprächseinstieg für den Psychiater?

Kurt April: Bei psychiatrischen Patienten gehört die ausführliche Anamnese sowieso dazu. Diese sollte dann



Kurt April

auch auf die sexuellen Funktionsstörungen ausgedehnt werden. Die Fragen sollten dabei einführend, aber trotzdem direkt und genau erfolgen. Beispielsweise: «Haben Sie einen Partner?», «Wie ist Ihre Sexualität? Ist diese zufriedenstellend?», «Tritt die Störung partnerbezogen oder partnerunabhängig auf?» und so weiter. Ein guter Einstieg ist auch die Verordnung von Medikamenten wie Psychopharmaka. Oftmals können diese sexuelle Funktionsstörungen auslösen, und dann ist es wichtig, das anzusprechen, weil sonst die Gefahr eines Therapieabbruchs besteht. Oder das Thema lässt sich leicht ansprechen, wenn die Partnerschaft oder das Single-Leben thematisiert wird. Wenn jemand allerdings sagt, dass er mit seiner Sexualität zufrieden sei, würde ich nicht weiter insistieren.

Was gehört alles zur Sexualanamnese?

Kurt April: Psychiater sollten sich bewusst sein darüber, dass sexuelle Funktionsstörungen nicht per se ein psychologisches Problem sind. Abzuklären sind die Biologie des Problems und der psychologische Anteil daran unter Einbezug von Beziehungsaspekten, sozialen Aspekten wie der finanziellen Situation und der Arbeitssituation. Anzusprechen sind auch die sexuell übertrag-

Kasten 1:

Sexuelle Störungen – ein häufiges Problem der Patienten

Frauen

Total: 43% (25–63%), 15% mit Leidensdruck

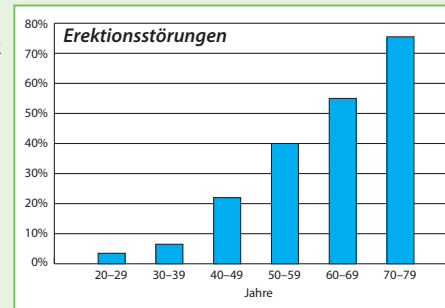
1. Sexuelle Lustlosigkeit (8–55%)
2. Orgasmusstörungen (40–50%)
3. Dyspareunie (8–21%)
4. Erregungsstörungen (6–7%)
5. Vaginismus (0,4–1%)
6. Hypersexualität, Sexsucht (2–7%)

Männer

Total: 31% (10–52%), 15% mit Leidensdruck

1. Erektile Dysfunktion (16–22%)
2. Ejaculatio praecox (10–30%)
3. Sexuelle Lustlosigkeit (2–15%)
4. Orgasmusstörungen (1–10%)
5. Hypersexualität, Sexsucht (5–12%)

Quelle: Laumann 1999, Lindau 2007



baren Infektionen, sexuelle Gewalt, organische Leiden wie Herzprobleme, Hormonstörungen oder auch körperliche Probleme, insbesondere nach einer Geburt.

Wie sieht die Therapie aus?

Kurt April: Die Therapie von sexuellen Problemen beginnt mit der Anamnese. Denn die Befundaufnahme ist Teil der Therapie, weil man die Probleme bereits geordnet und erfasst hat. Die Diagnose ist dann der Ausgangspunkt der Behandlung. Handelt es sich beispielsweise um eine Depression, ein Alkohol- oder ein Drogenproblem und so weiter, braucht es eine Psychotherapie und unter Umständen eine Medikation? Liegen Partnerprobleme vor, und ein Psychiater grenzt sich von der Paartherapie ab, kann beispielsweise die Psychotherapie beim Psychiater erfolgen und die Paartherapie bei einem Paartherapeuten.

Können Sie anhand der Praxis schildern, wie die Behandlung aussehen könnte?

Kurt April: Eine knapp 30-jährige Patientin kam aufgrund von Stimmungsschwankungen zu mir in die Praxis. Die Beziehung zum Partner bestand seit vier Jahren; die beiden hatten aber seit zwei Jahren keinen Sex mehr. Sie litt unter Lustlosigkeit, hatte aber gleichzeitig Angst davor, dass sie fremdgehen könnte, weil die Beziehung sexuell unbefriedigend war. Sie wollte aber unbedingt, dass die Beziehung bestehen bleibt, da sie einen Heirats- und Kinderwunsch hatte.

Die sexuelle Lustlosigkeit sprach sie erst nach einigen Sitzungen an, als sie Vertrauen in die Behandlung hatte. Es stellte sich im Gespräch heraus, dass sie vom Partner erwartet hatte, dass er die sexuelle Führung übernimmt. Ihr Partner konnte das aber aus Angst und Unsicherheit selbst nicht. Beide hatten nie über die Probleme miteinander geredet. Im Gespräch wurde nochmals intensiv thematisiert, dass sie sich einen kräftigen Mann gewünscht hatte, der sich um Sex bemüht. In der Behandlung schlug ich ihr vor, sie solle selbst die Initiative ergreifen und die Probleme aktiv angehen. Sie sollte mit ihrem Partner darüber sprechen, was sie braucht, welche Wünsche sie hat, und ihn so weit wie möglich anleiten. Denn es stellte sich heraus, dass sie sexuell viel erfahrener war als er. In der Therapie habe ich sie in diesem Prozess begleitet. Da beide keine sexuelle Funktionsstörung hatten, kam es schnell wieder zu sexuellen Kontakten.

Kasten 2:

Erkrankungen mit potenziellen Auswirkungen auf die Sexualität

- Depressionen, Angststörungen
- Schizophrenie, Demenz und so weiter
- Suchterkrankungen: Alkohol, Drogen
- Diabetes mellitus
- Arteriosklerose
- Multiple Sklerose
- Rheumatische Erkrankungen
- Karzinomerkrankungen
- Operationsfolgen
- Nebenwirkungen von Medikamenten wie Antidepressiva, Neuroleptika, Antihypertensiva

Wird erfahrungsgemäss sehr schnell an eine Trennung gedacht?

Kurt April: Aus meiner Erfahrung heraus: Nein! Es gibt Statistiken, die diese Entwicklung bestätigen: So halten in Deutschland Ehen seit den Neunzigerjahren wieder zwei Jahre länger als in den Siebziger- und Achtzigerjahren nach der sogenannten sexuellen Revolution. Der häufigste Trennungsgrund ist tatsächlich der Tod des Ehepartners. Der Wunsch beim Partner zu bleiben, ist also eher gross.

Sie gehören dem «Netzwerk sexuelle Gesundheit» an und sind Präsident von Dr. Sexual Health. Was ist darunter zu verstehen?

Kurt April: Das Netzwerk ist ein Verbund von ärztlichen Kollegen, die ein offenes Ohr für sexuelle Probleme haben und die Sexualität bei den Patienten aktiv ansprechen. Ich leite einen Qualitätszirkel, in dem wir uns über diese Probleme fortbilden. Dazu gehören Psychiater, aber auch Gynäkologen, Rheumatologen und so weiter. Im Ärzteverein Dr. Sexual Health (www.drsh.ch) versuchen wir, die sexuelle Gesundheit zu fördern. Das umfasst die Aufklärung über sexuell übertragbare Infektionen, sexuelle Störungen und sexuelle Gewalt. Aber wir machen uns auch dafür stark, dass Probleme der Sexualität weniger tabuisiert und stigmatisiert werden. Wir sind mittlerweile 600 Mitglieder, die andere Ärzte, aber auch Patienten und die Allgemeinbevölkerung informieren. Sexualität ist ein wichtiger Teil unseres Lebens.

Kasten 3:

Medikamente zur Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen

Männer:

Bei der häufigsten männlichen Störung, der erektilen Dysfunktion, werden die rezeptpflichtigen Phosphodiesterase-5-Inhibitoren (PDE-5-Hemmer) eingesetzt. Sie erleichtern den Bluteinstrom in den Penis, indem sie die Blutgefäße erweitern und so zu einer Verstärkung und Verlängerung der Erektion führen. Sie wirken meist (75%) bei psychischen und körperlichen Ursachen, entfalten ihre Wirkung aber nur, wenn sexuelle Lust vorhanden ist. In der Regel sind PDE-5-Hemmer gut verträglich. Sie dürfen aber nicht gleichzeitig mit Herzmedikamenten wie Nitroglyzerin eingenommen werden, da es sonst zu einem gefährlichen Blutdruckabfall kommen könnte.

	Sildenafil (Viagra®)	Vardenafil (Levitra®, Vivanza®)	Tadalafil (Cialis®)	Avenafil (Spedra®)
Wirkungseintritt	30–60 Min.	20–30 Min.	30 Min.	15–30 Min.
Wirkungsdauer	4–6 Stunden	4–7 Stunden	24–36 Stunden	6 Stunden
Dosis	25–100 mg	5–20 mg	2,5–20 mg	50–200 mg

Alternative Therapien: Prostaglandin E1 (Alprostadil) kann als Gel in den Penis eingespritzt werden. Das führt zu einer Gefässerweiterung und damit zu einem steifen Penis. Die Spritze wirkt gut (Wirkungseintritt nach 10 bis 15 Minuten); die Anwendungsart ist aber nicht jedermanns Sache.

Frauen:

Hormone: Bei der Frau kann die Lustlosigkeit in den Wechseljahren mit einer Hormonersatztherapie deutlich gebessert werden. Ein neues Medikament ist Flibanserin, ein Wirkstoff aus der Gruppe der Serotonin-Rezeptor-Modulatoren und damit eigentlich ein Antidepressivum. Es wurde zur Behandlung prämenopausaler Frauen mit einer hypoaktiven Sexualfunktionsstörung entwickelt. Flibanserin stimuliert das sexuelle Verlangen, indem es die Konzentrationen von Serotonin und Dopamin im Gehirn beeinflusst. Die Tabletten werden einmal täglich abends vor dem Schlafengehen eingenommen. Zu den häufigsten möglichen unerwünschten Wirkungen gehören Schwindel, Müdigkeit, Schläfrigkeit, Übelkeit, Schlafstörungen und Mundtrockenheit.

Die WHO-Definition zur Gesundheit beinhaltet auch die Sexualität. Deshalb ist es wichtig, dass diese Thematik von den Ärzten angesprochen wird! ●

Sehr geehrter Herr Dr. April. Wir bedanken uns für das Gespräch!

Das Interview führte Annegret Czernotta

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Kurt April

Psychiatrie, Psychotherapie & Sexualmedizin

Seestrasse 126

8810 Horgen

E-Mail: praxis@drapril.ch

Internet: www.drapril.ch

Quellen:

1. Meystre-Agostoni G et al.: Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* 2011; 141: w13178.
2. April K, Bitzer J: Sexuelle Gesundheit in der ärztlichen Praxis – Call to Action. Teil 1. *Schweiz Med Forum* 2014; 14(40): 760–763.
3. April K, Bitzer J: Sexuelle Gesundheit in der ärztlichen Praxis – Call to Action. Teil 2. *Schweiz Med Forum* 2014; 14(41): 742–763.
4. Hartmann U et al.: Sexualität in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Ergebnisse der «Globalen Studie zu sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen». *Sexologie* 2002; 9: 50–60.
5. Laumann EO et al.: Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537–544
6. Lindau ST et al.: A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007; 357: 762–74.
7. Lewis RW et al.: Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004; 1: 35–39.
8. Müller A: Erektile Dysfunktion – ein Indikator für erhöhtes kardiovaskuläres Risiko. *Der informierte Arzt*. 2015; 7: 20–24.