S. Zettl

Über Sexualität sprechen – ein heißes Eisen?

Sexuality – A Taboo Topic?

Zusammenfassung

Ein Blick in die Medien könnte die Vermutung aufkommen lassen, das Thema Sexualität stelle heute kein Tabu mehr dar. Das Gegenteil ist der Fall: Über das eigene sexuelle Erleben und Verhalten wird immer noch wenig gesprochen. Dies gilt auch für den Klinik- und Praxisalltag, obwohl zahlreiche Studien den diesbezüglichen Informations- und Beratungsbedarf von Patienten belegen. Der Artikel beleuchtet einige grundsätzliche Aspekte im Umgang mit diesem sensiblen Thema und gibt Hilfestellungen zur Gesprächsführung.

Schlüsselwörter
Sexualmedizin · Sexualberatung · Sexualtherapie

Abstract

Looking at the media one might believe there are no sexual taboos. On the contrary: People hardly discuss their own sexual experiences and behaviour. This applies in equal measure to day-to-day clinical and medical practice, although many studies definitely underline that patients do need information and counselling. The present contribution highlights a few fundamental aspects when treading on such delicate ground and provides helpful pointers.

Key words
Sexual medicine · sexual counselling · sex therapy

Die naturwissenschaftliche Ausrichtung und das explosionsartig wachsende Wissen haben unser Gesundheitssystem in den letzten 100 Jahren grundlegend verändert. Seine Mitarbeiter sind zu hochqualifizierten Spezialisten geworden, die arbeitsteilig in einem differenzierten Netz vielfältiger Fachdisziplinen tätig sind. Inzwischen wird allerdings auch zunehmend deutlich, dass die moderne Medizin für eine Reihe von Problemen keine angemessenen Lösungsansätze bereit hält. So werden die psychosozialen Folgen körperlicher Krankheiten nur selten berücksichtigt. Dies gilt auch für den Bereich der Intimität und Sexualität, der durch eine Vielzahl von psychischen oder somatischen Krankheitsbildern und therapeutischen Maßnahmen beeinträchtigt werden kann. Dieses Thema wird bisher in der Klinik und Praxis häufig eher mit Stillschweigen „behandelt", obwohl das sexuelle Erleben und Verhalten für die Lebensqualität von wichtiger Bedeutung sein können, wie es das folgende Beispiel einer Patientin mit Zustand nach Mammaablatio zeigt:

„Ich wurde mit der abschließenden Bemerkung nach Hause entlassen, dass ich mit dem operativen Ergebnis sehr zufrieden sein könne, da der Tumor vollständig entfernt worden sei und man keine befallenen Lymphknoten gefunden habe. Darüber war ich auch sehr glücklich, aber durch die Entfernung meiner linken Brust hatte sich mein Aussehen verändert. Ich konnte mich nur mit Überwindung im Spiegel betrachten und vermied es, mich in Anwesenheit meines Mannes auszuziehen. Und obwohl mein Mann sehr liebevoll mit mir umging, konnte ich seine Zärtlichkeiten nicht mehr ertragen und schreckte jedes Mal davor zurück, wenn er mich in den Arm nehmen wollte. Gleichzeitig hatte ich deswegen Schuldgefühle, konnte aber darüber mit ihm nicht reden. Ich habe mich auch davor gescheut, meinen Frauenarzt darauf anzusprechen, ob meine Reaktionen normal sind und was ich dagegen tun könnte – meine Hemmungen waren viel zu groß. Er fragte aber auch nie danach; vielleicht ist er davon ausgegangen, dass alles in Ordnung ist, wenn ich von mir aus nichts sage."

Institutsangaben
Rehabilitationszentrum für Chronisch Nierenkranke Heidelberg

Korrespondenzadresse
Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. Stefan Zettl · Rehabilitationszentrum für Chronisch Nierenkranke · Bergheimer Str. 56 a · 69115 Heidelberg · E-mail: stefan_zettl@med.uni-heidelberg.de

Bibliografie
Zentralbl Gynakol 2002; 124: 395–399 © J. A. Barth Verlag in Georg Thieme Verlag KG · ISSN 0044-4197

Das Fallbeispiel illustriert die immer noch weit verbreiteten Schwierigkeiten im Umgang mit sexuellen Störungen. Sie werden selten zum Thema eines Gesprächs mit den Betroffenen und ihren Partnern. Sexualität und insbesondere „sexuelles Versagen" sind in hohem Maß scham- und angstbesetzt und hindern die Patienten daran, offen darüber zu sprechen. Laut einer Befragung von 200 Mammakarzinom-Patientinnen einer onkologischen Ambulanz [6] können weniger als die Hälfte der Patientinnen (44,2 %) ihre psychischen Belastungen wirklich gut in der Nachsorge besprechen. Von den untersuchten Patientinnen möchten 77,5 %, dass sich die Klinik mehr um seelische Probleme ihrer Krebspatientinnen kümmert. Neben den Patienten scheinen aber auch die Behandelnden Schwierigkeiten im Umgang mit der Thematik zu haben.

Unzureichende Ausbildung

Viele ärztliche Kollegen halten sich schon allein aufgrund ihrer unzureichenden sexualmedizinischen Ausbildung für diesen Problembereich nicht für zuständig [3]. Sie versuchen deshalb häufig – wenn sexuelle Störungen überhaupt in der Praxis zur Sprache kommen –, ihre Patientinnen an einen niedergelassenen Psychiater oder Psychotherapeuten zu überweisen. Die klinische Erfahrung zeigt jedoch, dass solche Überweisungen häufig nicht „befolgt" werden. Die Ursache dafür ist nicht nur in den immer noch weit verbreiteten Vorurteilen gegenüber Psychiatern und Psychotherapeuten zu sehen, sondern in dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin. Viele Kranke ringen lange Zeit mit ihren Schamgefühlen, bis sie es wagen, ein sexuelles Problem anzusprechen. Eine Überweisung wird dann häufig als Kränkung erlebt. Eine Patientin kommentierte das mit der Bemerkung:

„Jetzt habe ich mich endlich getraut, das anzusprechen, und dann schickt mich mein Gynäkologe damit wieder weg. Ihm gegenüber kann ich mir das gerade noch vorstellen, darüber zu sprechen – aber gegenüber jemand mir wildfremden? Auf keinen Fall!"

Der Arzt könnte dabei eine wichtige Vorbildfunktion übernehmen, indem er das Thema Sexualität offen anspricht und es so als einen selbstverständlichen Teil der Lebensqualität konkretisiert. Manche Frauen fühlen sich erst dadurch ermutigt, sexuelle Probleme auch mit ihrem Partner zu besprechen. „Der Arzt, der mit seinen Patienten sexuelle Probleme bespricht, signalisiert damit, dass er für den Patienten eine lebenswerte Zeit voraussieht, dass er sich nicht nur für dessen Überleben interessiert, sondern auch für die Qualität dieses weiteren Lebens" ([2] S. 196).

Zwischen Einfühlung und Distanz

Es ist verständlich, dass der alltägliche Umgang mit Situationen, die außerhalb des Klinik- und Praxisalltags als sexuell angesehen würden (z. B. Berührungen des Intimbereichs im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung), einen Schutz für den Behandler erfordern. Dies kann z. B. dadurch geschehen, dass Patientinnen auf ihre Krankheit „reduziert" und eine emotionale Beziehung so weit wie möglich vermieden wird. Ein Kollege: „Wenn ich Frauen dauernd so nahe komme, muss ich das einfach abschalten, sonst kann ich nicht arbeiten. Es ist für mich wichtig und auch für meine Patientinnen, dass ich mich da gefühlsmäßig raushalte. Ich will gar nicht erst in Konflikte geraten, mit denen ich dann vielleicht nicht umgehen kann."

Dieser (notwendige) Schutz kann aber auch zur Gefahr werden, wenn mit der Sexualität verbundene Probleme der Patientinnen nur fragmentiert wahrgenommen und das Ansprechen dieses Themas deshalb eher vermieden wird.

Voraussetzung für das Patientengespräch: Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Verständnis von Sexualität

Es existieren kaum menschliche Gesellschaften, in denen nicht mehr oder weniger explizite Regeln im Hinblick auf sexuelles Verhalten bestehen. Diese gesellschaftlichen Normen beeinflussen nicht nur den Patienten, sondern natürlich auch die Behandler. Der Psychoanalytiker Michael Balint ([1], S. 306) äußerte im Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Beziehung:

„Nirgends sind die Schwierigkeiten, denen sich ein Arzt gegenübersieht, so groß wie auf sexuellem Gebiet. Sobald er mit irgendeinem damit in Beziehung stehenden Problem zu tun hat, kann er nicht umhin, seine eigenen Ansichten und Überzeugungen darüber zu enthüllen." Das bedeutet: Wie man mit einer Patientin über das Sexuelle spricht, wie man ihre Schilderungen wahrnimmt, bewertet und welche Hilfestellungen man ihr anbietet, wird wesentlich von der eigenen Sichtweise der Sexualität geprägt sein. Eine Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Entwicklungsgeschichte, den bisherigen positiven und negativen Erfahrungen, Phantasien, Wünschen und vielleicht auch Ängsten ermöglicht erst ein offenes Gespräch. Eine genauere Kenntnis der „inneren Landkarte", die das eigene sexuelle Erleben und Verhalten bestimmt, lässt auch besser eine Unterscheidung zu, was zu den eigenen Wahrnehmungen und Empfindungen gehört und was dem anderen zuzuschreiben ist. Ein Arzt: „Ich konnte mich, glaube ich, erst dann mit Patienten offen über Sexualität unterhalten, nachdem ich mich ein Stück weit davon frei gemacht hatte, was ich von meinem Elternhaus an Botschaften mitbekommen hatte. Meine Mutter hatte immer sehr unter den sexuellen Anforderungen meines Vaters gelitten und ich konnte mir nur schwer vorstellen, dass es anderen Frauen tatsächlich ganz anders geht. Ich habe sie immer eher als Opfer ihrer Ehemänner gesehen."

Auf äußere Rahmenbedingungen achten!

Die Rahmenbedingungen einer Klinik haben natürlich nicht unerhebliche Auswirkungen auf Verlauf und Inhalte von Gesprächen zwischen Ärzten und ihren Patientinnen. In einem 3-Bett-Zimmer ist es beispielsweise kaum möglich, über vertrauliche Themen wie Paarbeziehung und Sexualität zu sprechen. Immer kürzer werdende Verweilzeiten der Kranken in den Kliniken lassen zudem kaum noch ein Vertrauensverhältnis zwischen Behandlern und ihren Patientinnen entstehen. Vertrauen ist aber für die meisten Menschen eine unumgängliche Voraussetzung, um über die eigene Sexualität sprechen zu können.

In Gesprächen mit Ärzten werden immer wieder Hemmungen deutlich, das Sexuelle anzusprechen, einer Patientin damit vielleicht zu nahe zu treten und aversive Reaktionen zu provozieren. Der Alltag zeigt, dass dies bei taktvollem Vorgehen jedoch ausgesprochen selten geschieht. Offene Fragen wie „Hat sich denn durch ihre Erkrankung etwas in ihrer Partnerschaft und Sexualität verändert?" lassen ebenso eine Abwehr zu (Patientin: „Nein, da ist alles normal!") wie auch ein schrittweises Sich-Einlassen auf das Thema (Patientin: „Ja, aber es fällt mir schwer, darüber zu sprechen"). Grundsätzlich gilt: Das Angebot einer Sexualberatung sollte immer gemacht werden, es wird aber nicht von allen Patientinnen gewünscht oder in Anspruch genommen.

Auf die Frage, ob grundsätzlich eher eine Frau, d.h. eine Ärztin mit Patientinnen über das Thema Sexualität sprechen sollte, gibt es keine eindeutige Antwort. Die Qualität des Verstehens eines sexuellen Problems ist nicht primär geschlechtsgebunden: Eine Frau hat nicht selbstverständlich den besseren Zugang zu einer Frau, nur weil sie selbst eine Frau ist. Wenn sie möglicherweise durch Vorurteile oder eine gehemmte, ängstliche Haltung gegenüber ihrer eigenen Sexualität blockiert ist, wird sich dies natürlich auch auf das Gespräch störend auswirken. Es kann für eine Patientin sogar hilfreich sein, die Erfahrung zu machen, dass man mit einem Angehörigen des anderen Geschlechts über ein sexuelles Problem sprechen kann und Verständnis und Akzeptanz dafür findet. In manchen Fällen hilft es, sie unmittelbar darauf anzusprechen: „Vielleicht ist es Ihnen ungewohnt, mit einem Mann über dieses Thema offen zu sprechen." Dies eröffnet der Patientin den Freiraum, über ihre diesbezüglichen Ängste oder Schamgefühle zu sprechen. Die Frage beinhaltet aber natürlich auch das Angebot, bei zu großer Beeinträchtigung ein Gespräch mit einer Kollegin zu vermitteln.

Welche Sprache ist angemessen?

In unserer Alltagssprache fehlen häufig Begriffe, mit denen wir uns über das Sexuelle in adäquater Weise verständigen könnten. Dieses Phänomen wirkt sich auch unmittelbar auf die Sexualberatung aus, wie es Buddeberg ([3] S. 37) an folgendem Beispiel illustriert:

„Angenommen, ein 16-jähriger Jugendlicher kommt in Ihre Sprechstunde und möchte von Ihnen wissen, wie die körperlichen Reaktionen beim Geschlechtsverkehr sind. Welche der folgenden drei Erklärungen würde Ihnen am ehesten zusagen?

Variante 1: Umarmungen und Küsse versetzen Jungen und Mädchen in sexuelle Erregung. Das Mädchen wird nass, der Junge kriegt einen Steifen. Durch Fummeln mit den Fingern und der Zunge kann man die Erregung noch steigern. Auch Schwanz und Möse sind Geschlechtswerkzeuge, die einen in Fahrt bringen. Beim Höhepunkt sind dann beide in Gedanken etwas weg. Das Mädchen spürt ein Klopfen in der Möse, der Junge spürt den Höhepunkt am Samenerguss.

Variante 2: Die Umarmung und der Kuss führen bei den Partnern zu sexuellen Reaktionen. Beim Mädchen tritt vaginale Lubrikation ein, beim Jungen Erektion. Beide Reflexe sind im Sakralmark lokalisierbar. Manuelle oder orale Stimulation können die sexuellen Reaktionen noch steigern. Auch Penis und Vagina eignen sich zur sexuellen Stimulation. Beim Orgasmus tritt dann bei beiden eine leichte Bewusstseinsverschiebung ein. Das Mädchen spürt die Muskelkontraktionen der Vaginalmanschette, der Junge nimmt die Expulsion des Ejakulats wahr.

Variante 3: Die innige Umarmung zwischen Junge und Mädchen lässt beide ihr Verbundensein spüren. Wenn es dann unten feucht wird, wissen beide, dass sie zur körperlichen Vereinigung bereit sind. Beim Höhepunkt des Liebesspieles empfinden Junge und Mädchen sexuelle Lust, die sie aus gegenseitiger Verantwortung nicht bekämpfen müssen, sondern dankbar annehmen dürfen."

Das Beispiel lässt erahnen, welch unterschiedlichen Verlauf ein Gespräch nehmen kann, je nachdem, welche Art der Sprache verwendet wird. Es ist deshalb wichtig, die eigene Sprache wenn möglich der Umgangssprache anzupassen und z.B. von „Selbstbefriedigung" und nicht von „Masturbation" zu sprechen.

Umgang mit Schamgefühlen

Scham ist das Empfinden, in einer bestimmten Situation seine Selbstachtung zu verlieren, sich als mangelhaft, defizitär, entwürdigend zu erleben. Man fühlt sich schutzlos und den bewertenden Blicken anderer ausgesetzt. In diesem Gefühl spürt die betreffende Person eine Diskrepanz zwischen ihrem Idealselbst – d.h. der Vorstellung davon, wie sie gerne sein möchte – und dem Realselbst, d.h. dem, was und wie sie gerade ist oder in ihrem Erleben zu sein scheint. Im Moment des Schamempfindens wird der Blickkontakt unterbrochen, die Augen sind gesenkt, manchmal kommt es zum Erröten und es besteht der Wunsch, der Situation zu entkommen. Erfahrungen des Sich-Schämens prägen sich tief ein und bleiben lange erinnerbar. So berichten manche Erwachsene sehr bewegt über solche Erfahrungen in ihrer Kindheit – so als ob es gerade erst gestern passiert sei. Eine Patientin: „Für mich war es immer ganz schrecklich, wenn sich mein Vater in Anwesenheit von meinen Freundinnen über mich lustig gemacht hat. Ich hätte da in den Boden versinken können."

Sexualität und sexuelle Beziehungen zu anderen Menschen sind in besonderer Weise mit Schamgefühlen verbunden. Wenn man an die offene Zur-Schau-Stellung sexueller Inhalte in den öffentlichen Medien denkt, könnte man meinen, dass dies nicht mehr der Fall sei. Aber es zeigt sich, dass die öffentliche Freizügigkeit nicht mit einem Rückgang individuellen Schamempfindens gekoppelt ist. Menschen unserer Kultur sprechen von sich aus in der Regel nur ungern über ihre eigene Sexualität. Das erklärt auch, warum sexuelle Probleme so selten in Klinik und Praxis zum Thema werden: Die Betroffenen schämen sich. Die Erfahrung zeigt allerdings auch, dass man sie dazu ermutigen kann, darüber zu sprechen. Und dazu ist es wichtig, dabei selbst nicht durch eigene Schamgefühle blockiert zu sein („Darf ich das überhaupt fragen?"), sondern möglichst offen und selbstverständlich damit umzugehen. Es kann hilfreich sein, mögliche Schamgefühle indirekt anzusprechen und der Patientin beispielsweise zu sagen: „Es ist für Sie vielleicht sehr ungewohnt, mit einem fremden Menschen wie mir über Ihre Sexualität zu sprechen."

Die Schamgefühle rufen manchmal eine Tendenz zur Bagatellisierung der sexuellen Probleme hervor. So schildert z. B. Fennesz [5] das Verhalten einiger Frauen, die nach einer Hysterektomie die Wiederaufnahme eines regelmäßigen sexuellen Verkehrs angaben, bei denen sich jedoch in einer Nachuntersuchung herausstellte, dass dies aufgrund der Schleimhautatrophie sowie des engen Scheideneingangs gynäkologisch gesehen unmöglich erschien.

Während eines vertraulichen Gespräches über die Sexualität werden möglicherweise auch Punkte berührt, die zu sehr mit Schamgefühlen besetzt sind und dadurch ein Schweigen auslösen. Hier ist eine einfühlsame Reaktion wichtig, die das Gefühl der Patientin in akzeptierender Form anspricht, z. B.: „Es scheint Ihnen sehr schwer zu fallen, darüber zu sprechen." Keinesfalls darf der Versuch unternommen werden, die Gefühle der Patientin zu „unterlaufen" und durch möglichst geschicktes Fragen doch noch in sie einzudringen. Der hilfreich gemeinte Ausspruch: „Sie brauchen sich nicht zu schämen!" hilft in der Regel überhaupt nicht, sondern kann ein zusätzliches Problem bereiten: Nicht nur, dass sie sich sowieso schon schämt, jetzt muss sie sich auch noch dafür schämen, dass sie sich weiterhin schämt. Gefühle von Peinlichkeit und Scham kann man nicht „ausreden". Es geht daher darum, sich immer wieder potenziell beschämender Momente bewusst zu werden und sie – wo immer möglich – überhaupt zu vermeiden (z. B. Patientin längere Zeit unbekleidet auf ihre körperliche Untersuchung warten zu lassen). Und wenn eine Situation unvermeidbar erscheint, ist es hilfreicher, das Schamgefühl nicht zu verleugnen, sondern es offen anzusprechen, z. B. „Das ist für Sie sicher nicht einfach, was da jetzt auf Sie zukommt." Gelingt es der Patientin nicht, sich zu einer bestimmten Frage zu äußern, sollte dies akzeptiert und das Gespräch auf andere Inhalte gelenkt werden.

Umgekehrt kann aber auch „Schamlosigkeit" zu einem Problem werden. Das wird an folgendem Erfahrungsbericht eines Arztes deutlich ([8] S. 2): „Ich war sehr erstaunt, als eines Tages eine Patientin kommt, die mir im Erstgespräch ausführlich und breit über ihre Schwierigkeiten mit der Sexualität und über den Ehemann berichtet hatte, und ich geduldig und wahrscheinlich nicht ohne Neugier zugehört hatte, einige Tage später sich einen Termin geben ließ. Bei diesem forderte sie mich äußerst aggressiv auf, alles, was sie mir gesagt habe, könne für null und nichtig erklärt werden und sie fordert von mir die Herausgabe von Notizen über das Gespräch."

Schneider [8] kommentiert diesen Vorfall u. a. so: „Ich hätte bemerken sollen, dass sich die Patientin für ihre Verhältnisse viel zu weit vorgewagt hatte und ich sie hätte vorsichtig bremsen müssen, anstatt sie zu weiteren Erzählungen zu „verführen". Häufig hinterlassen diese Patienten nach dem Gespräch das Empfinden, ein beeindruckend „offenes" Gespräch geführt zu haben. Um so größer ist dann das Erstaunen, wenn die Patientin weitere Gespräche ablehnt oder wie im eben geschilderten Fall ultimativ die Herausgabe der Gesprächsnotizen verlangt.

Die lebensgeschichtliche Bedeutung beachten

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 dabei von aversiv über bejahend bis impulsiv-süchtig. Die amerikanische Psychoanalytikerin Avodah Offit [7] 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."

Alles das kann Sexualität sein und so, wie sich die Lebensgeschichte, die Lebensumstände, die individuellen Erfahrungen und der kulturelle Kontext unterscheiden, sind auch das sexuelle Erleben und Verhalten verschieden. Für viele ändert sich die Bedeutung der Sexualität in verschiedenen Lebensabschnitten und Phasen einer Partnerschaft. Ein Mensch kann auch über reichhaltige sexuelle Erfahrungen verfügen, ohne deshalb jemals eine befriedigende Sexualität erlebt zu haben. Männer und Frauen messen der Sexualität unterschiedliche Bedeutung bei; sie wird in der Regel von den Männern höher bewertet als von Frauen. Beide Geschlechter stimmen jedoch darin überein, dass die Sexualität für die eheliche Zufriedenheit eine wichtige Rolle spielt. Befragungen zeigen, dass mit zunehmender Dauer einer Partnerschaft die Bedeutung der Sexualität in den Hintergrund tritt und andere Aspekte an Bedeutung gewinnen.

Kulturelle Unterschiede respektieren

Durch den Zuzug von Menschen aus anderen Kulturkreisen in die Bundesrepublik Deutschland kommt es zunehmend häufiger dazu, dass Frauen fremdländischer Herkunft in Behandlung kommen. Es ist dabei darauf zu achten, dass in deren Herkunftsland vielleicht ganz andere Normen und Wertvorstellungen über Sexualität vorherrschen. Drei Beispiele machen dies deutlich:

- In vielen indischen Glaubensvorstellungen (insbesondere dem Buddhismus) kommt es immer wieder zu einer leidvollen Wiedergeburt, solange der menschliche Geist an der Welt der Sinne haftet. Die Aufhebung und Zerstörung des Begehrens – also auch der sexuellen Wünsche – und die Erlangung eines gleichmütigen, von Begierden freien Geisteszustandes ist dementsprechend das Ziel, um den Menschen von diesem Geburtenstrom zu befreien.
- In Japan war die bereits seit 40 Jahren in Europa und in den USA erhältliche Antibabypille aus moralischen Bedenken und

aus Furcht vor einer zunehmenden Verbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten bis 1999 offiziell nicht zugelassen. Die (sexuelle) Rolle der Frau und deren Selbstverständnis wird deutlich anders definiert als in Westeuropa.

- Für traditionell orientierte türkische Familien, die in Deutschland leben, mag es schwer sein, unseren sexuell eher liberalen Lebensstil zu akzeptieren und eigene Töchter daran teilhaben zu lassen. Ebenso besteht in arabischen Staaten weiterhin das Gebot der sexuellen Unberührtheit vor der Ehe, d. h. eine Frau wird als „entehrt" angesehen, wenn sie sich auf intime Kontakte mit einem Mann einlässt, mit dem sie (noch) nicht verheiratet ist.

Einige dieser kulturellen Normen sind für einen Mitteleuropäer nur schwer nachzuvollziehen oder lösen spontane Ablehnung aus (etwa die Klitoridektomie im Sudan) und erschweren dann natürlich ein unvoreingenommenes Gespräch. In manchen Fällen kann es daher sinnvoll sein, sich zuvor über die entsprechenden kulturellen Gegebenheiten zu informieren oder eine Kollegin bzw. einen Kollegen anzusprechen, der aus diesem Kulturkreis stammt.

Vorschnelles (Be-)Handeln kann den Zugang zur Lösung blockieren

Die medizinische Ausbildung führt eher zu einer „symptomorientierten Sichtweise", d. h., sie fragt nach Krankheiten, Symptombildungen oder Funktionsausfällen usw. Dieser Ansatz erscheint als Zugangsweg zum Thema Sexualität eher ungeeignet, da die Betroffenen ihre sexuellen Probleme häufig selbst als schambesetztes „Versagen" interpretieren. Es wirkt entlastend, nach der „Zufriedenheit" oder möglichen „Veränderungen" der Sexualität zu fragen. Die schulmedizinisch orientierte problemorientierte Ausrichtung eines Gespräches verführt auch dazu, schnell nach einer „Lösung" zu suchen und sie der Patientin anzubieten. Das vorschnelle Angebot von Lösungen verhindert aber in einer Reihe von Fällen die zuvor notwendige Auseinandersetzung mit Gefühlen wie die notwendige Trauerarbeit über den irreversiblen Verlust von Organen (z. B. Hysterektomie) oder sexuellen Funktionen. Diese Form eines eher ressourcenorientierten Fragens vermeidet auch die „genitale Zentrierung", bei der die Sexualität auf die Möglichkeit zur Durchführung des Geschlechtsverkehrs reduziert wird und damit zu einer Falle wird: Für die Patientin, die z. B. die Fähigkeit zum Koitus unter allen Umständen wiedergewinnen möchte, wie auch für den Behandler, der sich andere Formen sexueller Befriedigung vielleicht nur schwer vorstellen kann.

Literatur

[1] Balint M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett-Cotta, Stuttgart 1980

[2] Bruntsch U. Sexuelle Funktionsstörungen bei onkologischen Patienten. Münch Med Wochenschr 1991; 133 (13): 196 – 199

[3] Buddeberg C. Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater. 3. Aufl. Enke, Stuttgart 1996

[4] Buddeberg C, Strasser-Peter B, Wolf C. Sexualmedizin in der Allgemeinpraxis – Entwicklungstendenzen 1980–1990. Schweiz Ärztez 1991; 72: 1270 – 1275

[5] Fennesz U. Körperliche und seelische Reaktionen als Folge medizinischer Eingriffe am Beispiel der Hysterektomie. In: Springer-Kremser M, Ringler M, Eder A (Hrsg). Patient Frau. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1991

[6] Kirstgen C, Bastert G. Psycho-onkologische Nachsorge – Besteht ein Bedarf am Tumorzentrum? Ergebnisse einer Befragung von 200 Patientinnen der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg. Geburtshilfe Frauenheilkd 1994; 54 (6): 341 – 346

[7] Offit A. Das sexuelle Ich. Klett-Cotta, Stuttgart 1979

[8] Schneider E. Umgang mit Intimität und Sexualität bei Krebspatienten. Ein Erfahrungsbericht. (Unveröffentl. Vortragsmanuskript 1990)