Appetenzstörungen im Kontext onkologischer Erkrankungen

Einfach keine Lust mehr

Stefan Zettl

Einschränkungen der Sexualität treten als Folgeerscheinung vieler onkologischer Krankheitsbilder und deren Behandlung auf und bedeuten für die Betroffenen oft eine erhebliche Einbuße an Lebensqualität, Selbstwertgefühl und Zufriedenheit mit der Partnerschaft. Eine der häufigsten Folgeerscheinungen ist ein vermindertes sexuelles Verlangen.

Fallbeispiel einer Patientin mit Mammakarzinom

„Die Konfrontation mit meiner Krebserkrankung war für mich ein Schock. Dadurch hat sich alles verändert – auch die Beziehung zu meinem Mann. Ich habe mich absolut auf ihn verlassen können und das werde ich ihm auch nicht vergessen. Aber in der Sexualität geht es uns nicht mehr gut miteinander: ich genieße es, von ihm in den Armen gehalten zu werden, aber ich spüre überhaupt kein Bedürfnis mehr danach, mit ihm zu schlafen. Ich habe einfach keine Lust mehr."

Störungen des sexuellen Verlangens („hypoactive sexual desire disorder") treten als eine häufige Begleiterscheinung onkologischer Erkrankungen und ihrer Behandlung auf. In klinischen Beobachtungsstudien werden z.B. für das Ovarialkarzinom Prävalenzen zwischen 47% [5] und 67% [4] angegeben. Als zentrales klinisches Merkmal sexueller Appetenzstörungen gilt ein Mangel oder ein Fehlen sexueller Motivation, Phantasien und sexuellen Verlangens. Menschen mit diesen Symptomen verspüren nur wenig Lust, sexuelle Aktivitäten zu beginnen und sind auch nicht enttäuscht, wenn diese nicht stattfinden. Die verminderte Appetenz kann sich bis zur sexuellen Aversion steigern.

Auch in der Paarbeziehung übernehmen sie gewöhnlich keine Initiative oder machen nur widerwillig mit, wenn der Partner sie ergreift. In der Regel finden nur selten sexuelle Kontakte statt. Im Kontext einer Krebserkrankung können dabei viele unterschiedliche Bedingungen als Endergebnis zu einer Reduktion oder dem vollständigen Verlust des sexuellen Verlangens führen.

Körperbildveränderungen

Mutilierende Eingriffe wie eine Mastektomie oder die Anlage eines künstlichen Darmausgangs oder Veränderungen des Körperbildes durch die Spätwirkungen einer Radiatio bedeuten für viele Frauen eine massive Veränderung ihres Körperbildes, eine Erschütterung ihres weiblichen Selbstverständnisses und ihrer psychosozialen Rollensicherheit. Sie führen häufig zu einem sexuellen Rückzug und einem Verlust sexuellen Verlangens, wobei der objektive Befund und die subjektive Befindlichkeit in keinem eindeutigen Verhältnis zueinander stehen. Das heißt, auch kleine, für den Außenstehenden unbedeutende Körperbildveränderungen können einen maximalen Leidensdruck und in der Folge eine Appetenzstörung und ein damit verbundenes Vermeidungsverhalten verursachen. Andere Frauen wiederum fühlen sich dagegen auch durch gravierende Veränderungen nicht oder kaum beeinträchtigt.

Bedeutung der Chemotherapie

Eine Chemotherapie hat in Abhängigkeit von den angewandten Substanzen, ihrer Dosis und Länge deutliche Auswirkungen auf die Sexualität. Dabei geht die Hochdosischemotherapie im Vergleich zur konventionellen Chemotherapie häufiger mit Einschränkungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens einher. Aufgrund des radikalen Abfalls des freien Testosteronspiegels entwickeln die Frauen einen Androgenmangel der u.a. ein vermindertes sexuelles Verlangen verursacht. Dazu kommen Veränderungen der Gefühlslage, rasche Ermüdbarkeit und Störungen des Antriebs, die sich ebenso negativ auf das sexuelle Verlangen auswirken. Der Haarausfall wird von vielen Frauen mit dem Verlust ihrer Attraktivität und Weiblichkeit assoziiert und kontaminiert dadurch auch das sexuelle Verlangen.

Einfluss einer endokrinen Therapie

Eine therapeutische Option für prä- und perimenopausale Frauen mit hormonrezeptorpositivem Mammakarzinom ist die medikamentöse Unterdrückung bzw. Ausschaltung der Ovarfunktionen. Die vorzeitige Einleitung der Menopause führt u.a. zu Hitzewallungen, Nachtschweiß, Schlafstörungen, Trockenheit der Vagina und insbesondere einer Abnahme des sexuellen Verlangens. Ebenso leiden besonders junge Frauen mit Ovarialtumoren unter der meist unumgänglichen Kastration durch die bilaterale Oophorektomie. In der Women's International Study of Health and Sexuality [2] zur Frauengesundheit und Sexualität der Frau, an der 2.050 Frauen in den Vereinigten Staaten teilnahmen, berich-

teten 66% der 20- bis 49-jährigen Frauen und 44% der 50- bis 70-jährigen Frauen über einen Leidensdruck im Zusammenhang mit ihrem geringen sexuellen Verlangen.

Fatigue lähmt auch die Lust

Müdigkeit, Erschöpfung, Antriebslosigkeit und Verlust an Lebenskraft ist eine häufige Begleiterscheinung onkologischer Erkrankungen und ihrer Behandlung und tritt in Abhängigkeit von der Art des Tumors und seiner Behandlung bei 20% bis 70% der Betroffenen auf. Sie sind auch durch Ruhepausen und Schlaf kaum zu bessern. Patientinnen beschreiben diese Müdigkeit als „bleiern"; es fallen oft Sätze wie „Ich kann mich zu nichts aufraffen", „Jeder Schritt fällt mir schwer", oder „Ich habe zu nichts mehr Lust!"

Als mögliche körperliche Ursachen wird u.a. die Ausschüttung von Zytokinen, die Tumorkachexie oder eine bestehende Anämie diskutiert. Ebenso können depressive Syndrome zur Entwicklung des Fatigue beitragen. Natürlich wirkt sich dieses Syndrom auch auf die Sexualität der Betroffenen in negativer Weise aus, insbesondere in Form eines verminderten sexuellen Verlangens.

Auch Anpassungsstörungen stehen im Verdacht

Anpassungsstörungen treten als Folge zahlreicher Krebserkrankungen auf und beeinträchtigen die Lebensqualität. Die Prävalenz klinisch relevanter Anpassungsstörungen liegt je nach Untersuchungsmethodik zwischen 24% und 32%. Es gibt bisher keine empirischen Studien, die die Auswirkungen dieser Störungen auf das sexuelle Erleben und Verhalten der Betroffenen untersucht haben, aber es ist mit Sicherheit davon auszugehen, dass es in vielen Fällen zu Einschränkungen der Sexualität kommt. Ängste vor dem Auftreten eines Rezidivs („Damoklessyndrom") oder auch eine hypochondrische Selbstbeobachtung des eigenen Körpers können u.a. das Auftreten sexueller Wünsche blockieren.

Komorbide psychische Störungen

Komorbide psychische Störungen im Kontext onkologischer Erkrankungen können ebenso einen negativen Einfluss auf die Sexualität nehmen. Die allgemeine psychische Belastung über alle onkologischen Krankheitsbilder hinweg wird auf 20% bis 35% geschätzt, d.h. mindestens jede fünfte an Krebs erkrankte Frau ist schwer belastet.

Die häufigsten Diagnosen sind Angststörungen, Depressionen, Anpassungsstörungen, akute Belastungsreaktionen oder auch posttraumatische Belastungsstörungen. Depressive Syndrome treten bei ca. 20% der Frauen mit einer Krebserkrankung auf [1], werden aber nur selten adäquat diagnostiziert und behandelt. Für posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) bei Krebspatienten werden in der Literatur Häufigkeiten zwischen 5% und 22% angegeben. In diesen Fällen ist eine adjuvante psychoonkologische Behandlung erforderlich. Adressen von Psychoonkologen sind über die deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (www.dapo-ev.de) zu erfahren.

Erhebung der Anamnese

Wie bei anderen sexuellen Störungen ist auch hier eine sorgfältige Anamneseerhebung erforderlich. Neben dem derzeitigen Sexualstatus und der aktuell bestehenden Beziehung ist es wichtig, nach der potenziellen Auslösesituation zu fragen. Dabei könnte sich nämlich auch zeigen, dass das Problem bereits vor dem Ausbruch der Krebserkrankung bestand und nicht erst durch sie ausgelöst wurde. Außerdem sollte die Entwicklung des Symptoms erfragt werden, da die Appetenzminderung in manchen Fällen erst durch ein anderes sexuelles Problem (z.B. Dyspareunie als Nebenwirkung einer Radiatio) ausgelöst wurde. Differenzialdiagnostisch ist natürlich abzuklären, ob und welche Medikamente (z.B. Antidepressiva) eingenommen werden.

Therapeutische Möglichkeiten

Entsprechend der Vielzahl möglicher Ursachen der Appetenzminderung erscheinen unterschiedliche therapeutische Interventionen notwendig, die von der Hormonsubstitution nach beidseitiger Oophorektomie durch ein Testosteronpflaster [3], der Umstellung von Medikamenten (z.B. Antidepressiva) bis hin zu einer psychotherapeutischen Behandlung reichen. Leider liegen bisher wenige verlässliche Daten zur Wirksamkeit solcher Interventionen im Zusammenhang mit Appetenzstörungen bei onkologischen Patientinnen vor.

Fazit

Zu einer patientengerechten onkologischen Versorgung gehört das Angebot einer sexualmedizinischen Beratung. Frühzeitige Informationen beugen dabei in vielen Fällen der Entstehung chronifizierter sexueller Störungen mit einer nur noch schwer zu unterbrechenden Eigendynamik (z.B. zunehmendes Vermeidungsverhalten) vor!

Ganz allgemein gilt: Ein an Krebs erkrankter Mensch mag durch die Krankheit oder Therapiefolgen in seinen Fähigkeiten eingeschränkt sein, den Geschlechtsakt zu vollziehen. Das heißt aber nicht, dass er deshalb automatisch über keine Sexualität mehr verfügt. Gerade in den Fällen, in denen eine offene Kommunikation zwischen den Partnern über die Sexualität behindert ist und/oder der Aufbau neuer Formen körperlicher Nähe und Befriedigung notwendig wird, kann eine Beratung durch den behandelnden Onkologen eine wichtige Hilfestellung sein.

Literatur:

1. Jacobi F: Psychische Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. In: Härter M et al. (Hrsg.) Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Springer, Heidelberg, 2007; 45–53.
2. Leiblum SR et al.: Self-reported distress associated with decreased interest in sex as a function of age-menopausal status. Vortrag bei der International Society for the Study of Women's Sexual Health; 10.–13. 10. 2002, Vancouver, Kanada.
3. Simon J et al.: Testosteronpflaster steigert die sexuelle Aktivität und das Verlangen bei Frauen in der chirurgischen Menopause mit Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD). J Clin Endocrinol Metab 2005; 90(9): 5226–33.
4. Stead ML et al.: Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. Br J of Cancer 2003; 88: 666–71.
5. Taylor CLC et al.: Predictors of Sexual Functioning in Ovarian Cancer Patients. J of Clin Oncol 2004; 22(5): 881–9.

Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. Stefan Zettl
Medizinische Universitätsklinik
Heidelberg, Nierenzentrum
Im Neuenheimer Feld 162,
69120 Heidelberg, E-Mail:
stefan.zettl@med.uni-heidelberg.de