

Sexualität leben mit Endometriose

Sexualität leben mit Endometriose

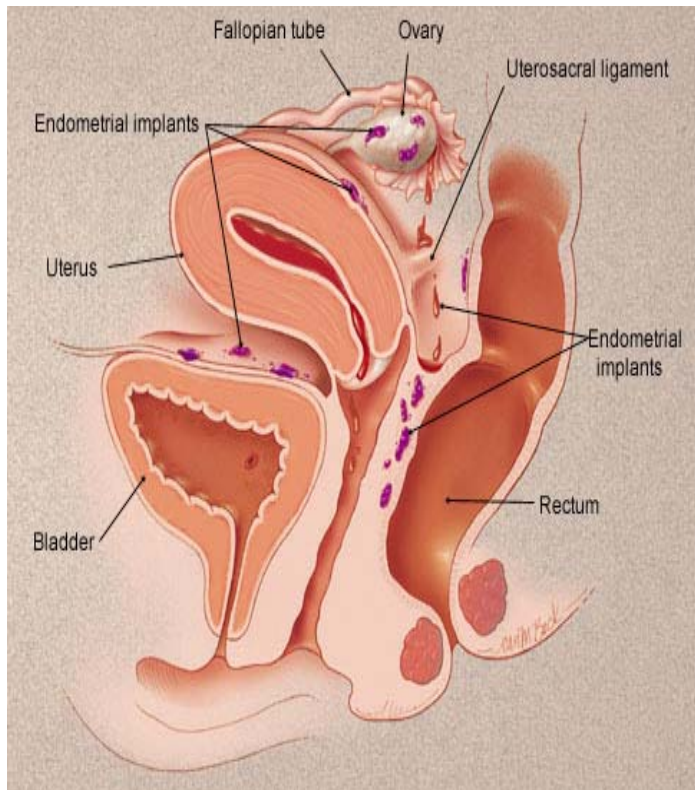
Jahrestagung der Endometriose Vereinigung
Schlangenbad, 11.-12. März 2017

Julia Bartley

ENDOMETRIOSE UND SEXUALITÄT
WAS WISSEN WIR
WAS KÖNNEN WIR TUN
WO SOLLTEN WIR HIN

ENDOMETRIOSE UND SEXUALITÄT
WAS WISSEN WIR
WAS KÖNNEN WIR TUN
WO SOLLTEN WIR HIN

Sexuelle Funktionsstörungen bei Endometriose




- Endometriose wird heute verstanden als eine chronische Erkrankung, die eine oft lebenslange individualisierte Therapie benötigt.
- Symptome und die Prioritäten der Patientin sind führend für die Therapieentscheidungen
- Wiederholte Operationen sollen dadurch verhindert werden!
- Sexuelle Funktionsstörungen wurden im Welt Endometriose Kongress weiterhin nicht aufgenommen als wichtiges Forschungsbestandteil!
- Sexuelle Dysfunktionen können das Selbstwertgefühl und die Partnerschaft massiv stören.
- 60% der teenager mit Dyspareunie haben Endometriose!

Sexuelle Funktionsstörungen der Frau

- Störung der Appetenz
- Störung der Erregung
- Störung des Orgasmus
- Dyspareunie
- Vaginismus

Sexuelle Funktionsstörungen bei Endometriose

- Es tut sich was!



When love hurts. A systematic review on the effects of surgical and pharmacological treatments for endometriosis on female sexual functioning

Human Reproduction Update, Vol.22, No.6 pp. 762-774, 2016
Advanced Access publication on September 2, 2016 doi:10.1093/humupd/dmw031

GIUSSY BARBARA¹, FEDERICA FACCHIN², MICHELE MESCHIA³, NICOLA BERLAN
MARIA P. FRATTARUOLO¹ & PAOLO VERCELLINI⁴



Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of the disease and consequences of treatment

Nicola Pluchino^{1,2,*}, Jean-Marie Wenger¹, Patrick Petignat¹,

Endometriose und Dyspareunie, Sexualität und Partnerschaft

Endometriose und Dyspareunie

- 11-57% der Endometriose- Patientinnen haben Schmerzen beim Geschlechtsverkehr = Dyspareunie
- 7xhäufiger als zu erwarten
- Dyspareunie findet sich am häufigsten bei Endometrioseläsionen im Douglas, des Darms, der Scheide und Mutterbändern, seltener bei Blasen- und Eierstock-Endometriose
- Dyspareunie findet sich häufiger beim chronischen Unterbauchschmerz
- Hyperalgesie scheint in der Entstehung mit eine wichtige Rolle zu spielen
- 50% der betroffenen Frauen geben an, dass das Sexuelleben eingeschränkt ist
- in 30% ist dies auf bestimmte Zyklusphase beschränkt

Endometriose und Sexualität

Deutsche Studie zur Sexualität und Endometriose (Fritzer et al. 2014)

- verschiedene sexuelle Funktionsstörungen wurden getestet, neben Dyspareunie auch Erregung, Orgasmus, Lubrikation
- 32-78% der Frauen zeigten Einschränkungen
- das Risiko korreliert mit dem Stadium der Erkrankung

- Betroffene Frauen gaben – wie zu erwarten – an
 - weniger Sexualität zu leben
 - häufiger Angst vor Trennung zu haben

Endometriose und die Partnerschaft

67 % geben an, dass Partnerschaftprobleme infolge der Endometriose aufgetreten sind

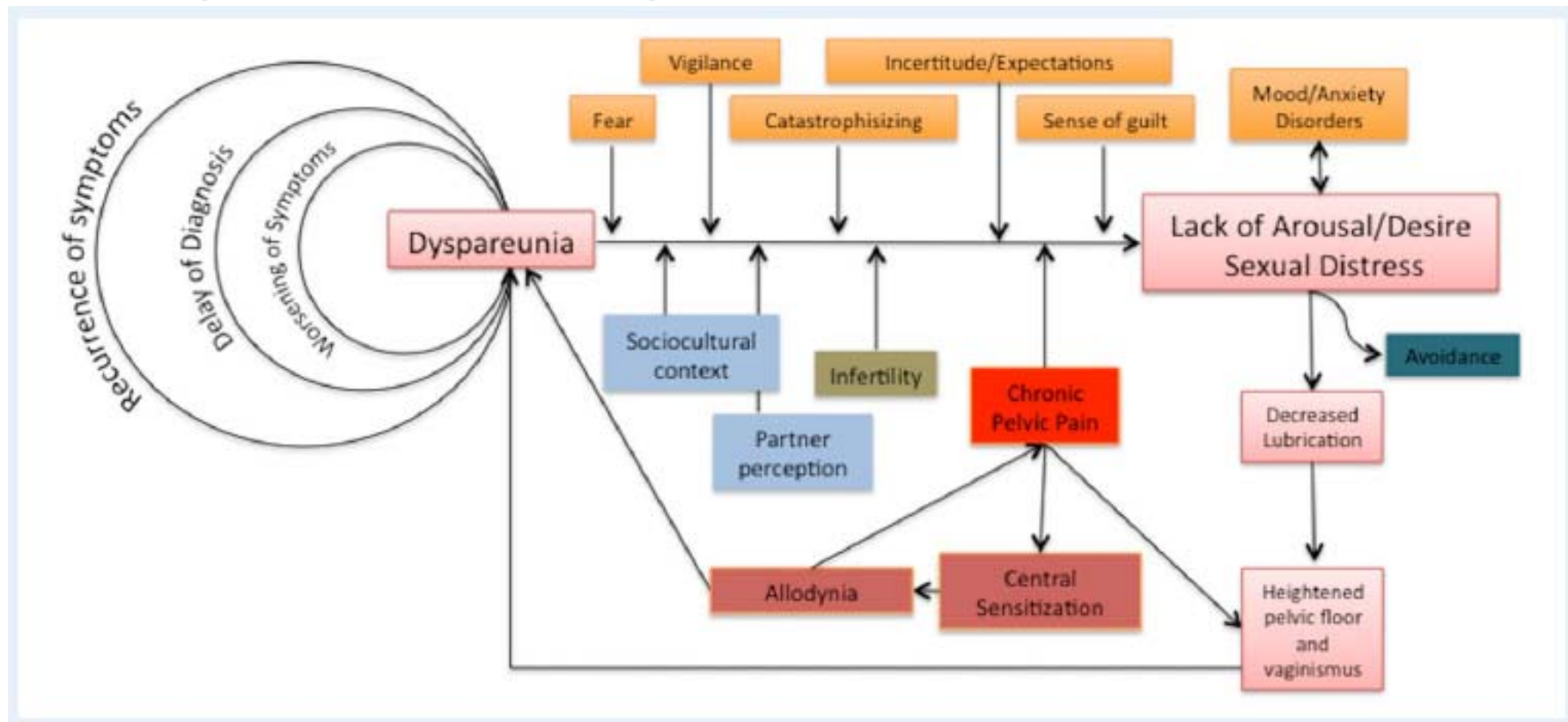
7- 19% geben Endometriose als Trennungsgrund an

Gründe für die o.g. Probleme sind

- eingeschränkte Sexualität
- eingeschränktes Sozialleben
- ungewollte Kinderlosigkeit
- Dauerbelastung durch die chronische Erkrankung

Endometriose und sexuelle Funktionsstörungen

- Angst-Vermeidungs-Modell bei Endometriose



ENDOMETRIOSE UND SEXUALITÄT
WAS WISSEN WIR
WAS KÖNNEN WIR TUN
WO SOLLTEN WIR HIN

Chirurgische Therapie und sexuelle Funktion

Die chirurgische Entfernung führt zu einer
Verringerung von Schmerzen bei rektovaginaler Endometriose
möglicher Verringerung bei leichter-mittlerer Endometriose

Die Verbesserung der Sexualität ist oft passager und verschlechtert
sich nicht selten wieder nach 9-12 Monaten

Auch wenn die Dyspareunie zurückgeht, bleibt die sexuelle
Funktions oft weiterhin eingeschränkt!

Hormonelle Therapie und sexuelle Funktion

Die hormonelle Therapie kann chronische Unterbauchschmerzen und auch eine Dyspareunie verringern

Der VAS-Schmerzscore bleibt aber bei „erfolgreicher“ Therapie im Durchschnitt bei 5-6 !

GnRHa führen oft zu einem Libidoverlust, Gestagene selteneraber häufiger als wahrgenommen.

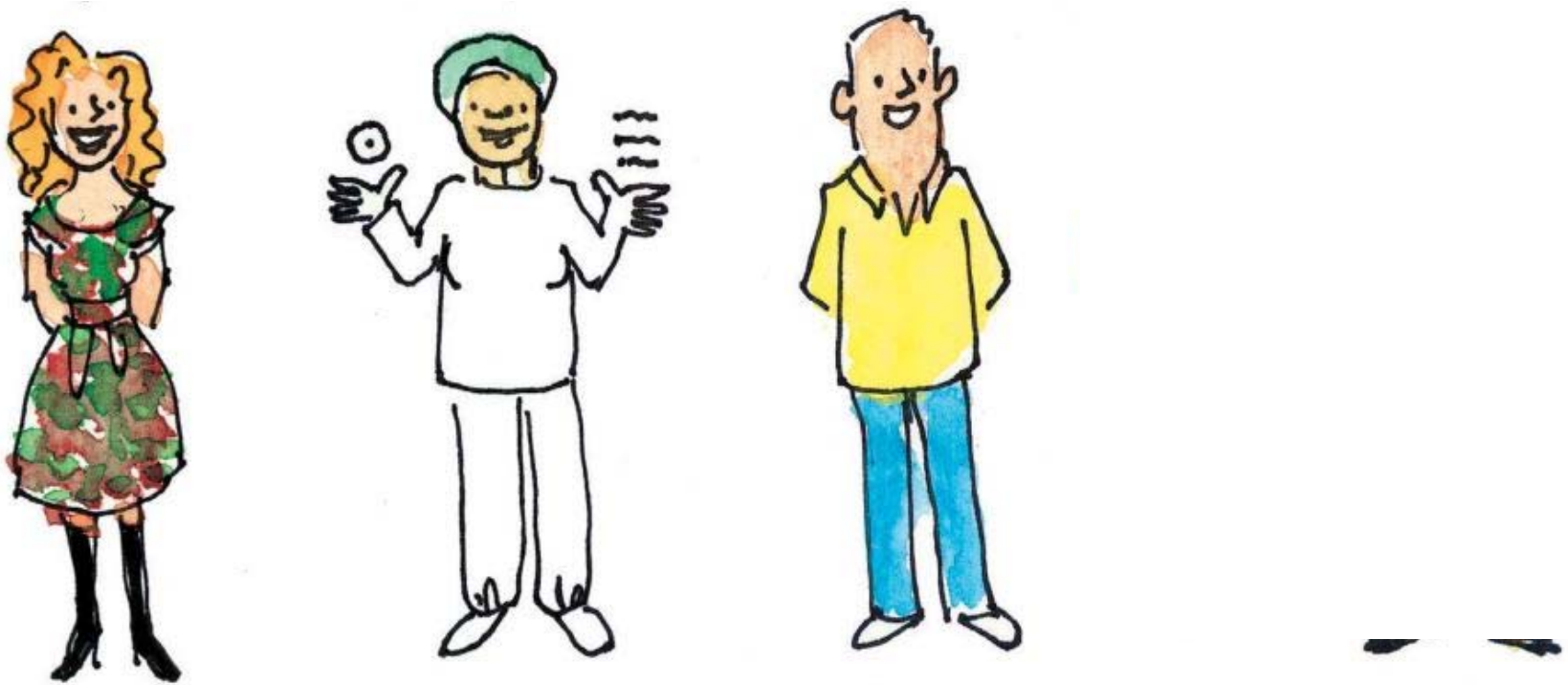
Sexualität leben mit Endometriose

Paartherapie und sexuelle Funktion

Keine Studien zu Endometriosepatientinnen

**WAS MACHT DIE EINGESCHRÄNKTE
FRUCHTBARKEIT UND
KINDERWUNSCHTHERAPIE MIT DER
SEXUALITÄT VON PAAREN?**

Paardynamik in der Reproduktionsmedizin



Sexualität leben mit Endometriose

Sexuelle Funktionsstörungen infolge ungewollter
Kinderlosigkeit

Wechsel von beziehungsorientierter
kommunikativer Bedeutung der Sexualität zur
reproduktiven Bedeutung der Sexualität:

„Hat es geklappt?“

Sexuelle Funktionsstörungen infolge ungewollter Kinderlosigkeit

„Drei Stufen“ der Kinderwunschbehandlung:

Therapieform

Sexualität

1. Monitoring

Spontanzklus
Ovarstimulation

Sexbefehl!
“

2. Insemination

Spontanzklus
Ovarstimulation

Sexverbot !
“

3. IVF / ICSI

kontrollierte (!) Überstimulation

Sexverbot !

**JEDE KINDERWUNSCHTHERAPIE
REDUZIERT DIE SEXUALITÄT AUF
DEN FORTPFLANZUNGSASPEKT**

**...UND STÖRT DEN LUSTASPEKT
UND BEZIEHUNGSASPEKT**

Reproduktionsmedizin und das Paar

- nur 55% der Paare entscheiden sich für eine „indizierte“ Kinderwunschtherapie
- 22% der Paare brechen vorzeitig eine IVF ab

Gründe:

- **1. Belastung der Partnerschaft!!!!!!!!!!**
- 2. psychische Belastung durch die Behandlung
- 3. Unzufriedenheit mit der medizinische Betreuung

ENDOMETRIOSE UND SEXUALITÄT
WAS WISSEN WIR
WAS KÖNNEN WIR TUN
WO SOLLTEN WIR HIN

5 x 3 der Sexualmedizin

Zentrale Komponenten des sexuellen Erlebens und Verhaltens

- 3 Grundlagen: bio-psycho-soziales Phänomen
- 3 Dimensionen: Lust, Fortpflanzung und Beziehung
- 3 Achsen: sexuelle Orientierung, Ausrichtung und Neigung
- 3 Ebenen: sexuelles Selbstkonzept, Phantasien, Verhalten
- 3 Formen: Selbststimulation, extragenitale und genitale Stimulation

Sexualität leben mit Endometriose

PSYCHOSEXUELLEN ENTWICKLUNG

Was ist Psychosexuelle Entwicklung?



Ungestörte psychosexuelle Entwicklung als Grundvoraussetzung für gesunde Sexualität im Erwachsenenalter.

Bei Vorstellung eines Patienten mit sexueller Störung →
Hypothesenbildung: Welche Beeinträchtigungen können zu Symptomatik geführt haben?

Was ist Psychosexuelle Entwicklung?

Lernen von und durch Sexualität

- Geschlechtliche Identität: Was bin ich?
- Geschlechtsrolle: Was wird erwartet?
- Sexuelle Identität: Wer bin ich?
- Sexuelle Funktion: Was kann ich?
- Sexuelle Präferenz: Was will ich?
 - Orientierung: Welches Geschlecht will ich?
 - Ausrichtung: Welches Körperbild will ich?
 - Neigung: Welchen Typ + Modus will ich?
- Bewertungen: richtig / falsch; gut / schlecht

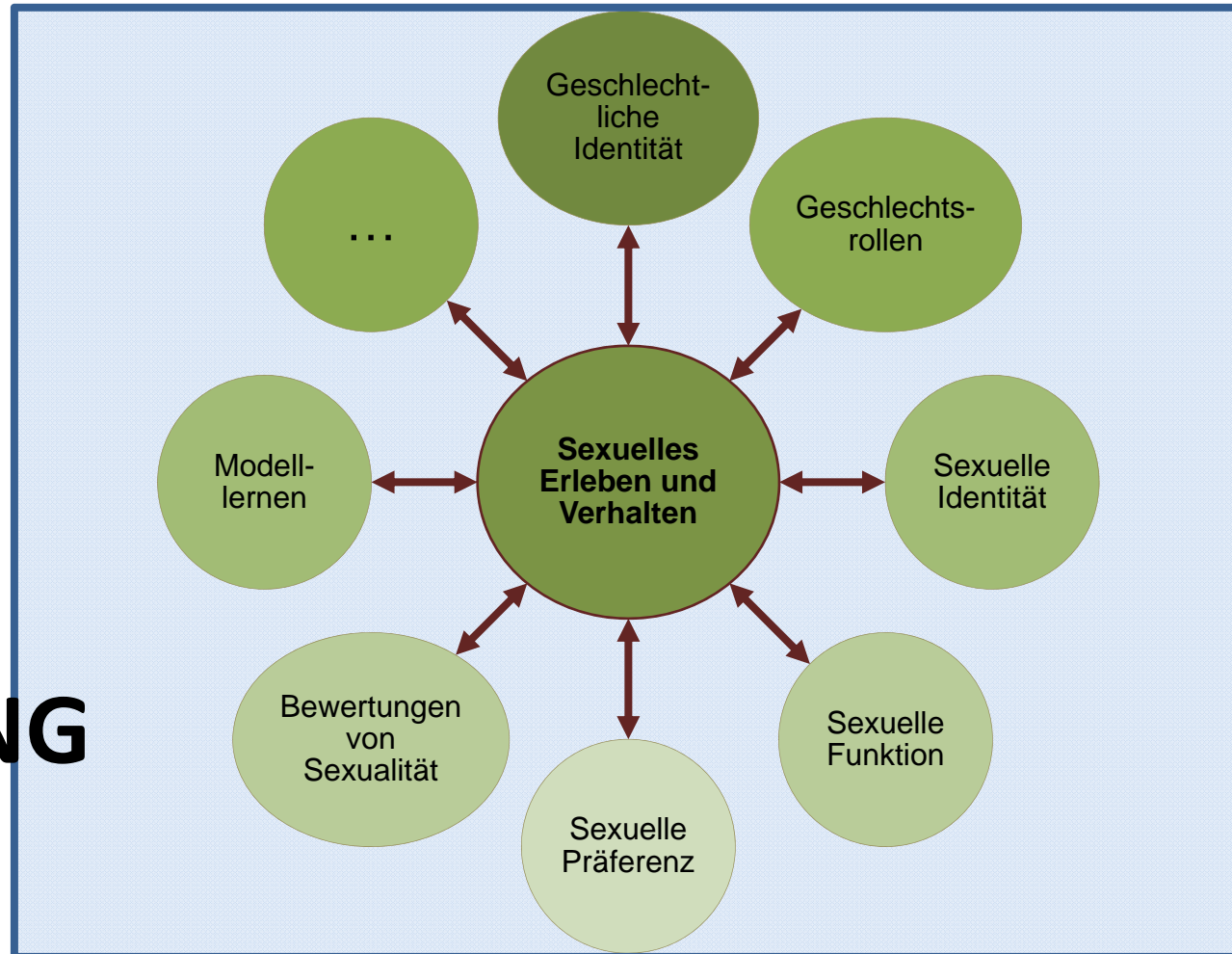
DIMENSIONEN MENSCHLICHER SEXUALITÄT

Sexuelle Funktionsstörungen der Frau

- Lustdimension:
 - Genitale Lust, Beziehungslust
- Fortpflanzungsdimension
- Beziehungsdimension = syndiastische Dimension
 - Erfüllung grundlegender Bedürfnisse
 - Sicherheit, Vertrauen, Nähe, Geborgenheit, Akzeptanz

Sexualität leben mit Endometriose

BINDUNG



Bindungstypen im Erwachsenenalter

		Haltung zu sich selbst	
		Positiv	Negativ
Haltung zu Anderen	Positiv	Sicher Positiver Umgang mit Intimität und Autonomie	Verstrickt Übermäßige Befassung mit Beziehungen
	Negativ	Abweisend Vermeidet Intimität, hohe Unabhängigkeit	Ängstlich Fürchtet Intimität und soziale Interaktionen

Sexuelle Funktionsstörungen der Frau

- Störung der Appetenz
- Störung der Erregung
- Störung des Orgasmus
- Dyspareunie
- Vaginismus

Sexuelle Funktionsstörungen der Frau

- Dyspareunie
 - Endzustand eines langen Werdegangs
 - Abklärung somatischer Befunde
 - Abklärung frustrierter Grundbedürfnisse/ Verunsicherung der Partnerschaft

- Mögliche Lösungen
 - Verbesserung der Kommunikation
 - Vermeidung schmerzhafter Interaktion
 - Erkundung der eigenen Genitale, Vagina durch eigene Finger

**WAS KÖNNEN WIR TUN, DAMIT DIE
PAARBEZIEHUNG UND SEXUALITÄT
BEI ENDOMETRIOSEPATIENTINNEN
WENIGER LEIDET?**

Sexualität leben mit Endometriose

- Wir können das Eis des Schweigens brechenund das ist nicht die Aufgabe der Betroffenen!!!



Frau B., 32 Jahre, Verkäuferin, verheiratet, 2 Kinder

- Stellt sich in der Sprechstunde zur Beratung wegen zunehmender zyklischer Unterbauchschmerzen und einer Dysmenorrhoe vor, die durch eine soeben diagnostizierte Endometriose verursacht seien.
- Auf Befragung gibt sie auch an, dass schon immer eine tiefe Dyspareunie bestanden habe. Sie habe nun immer öfter den Geschlechtsverkehr abbrechen müssen. Jetzt habe sie schon keine „Lust auf Sex“. Der Partner sei sehr verständig und vorsichtig. Gesprochen hätten sie „darüber“ aber noch nicht.
- Der gynäkologischer Untersuchungsbefund ist unauffällig.
- Im Operationsbericht werden vereinzelte Endometrioseherde auf dem Blasendach beschrieben.

Frau B., 32 Jahre

1. Stunde

- zugewandtes Paar, respektvoller Umgang
- seit 7 Jahren verheiratet,
- zwei Kinder 5 und 3 Jahre alt, 2 Kaiserschnitte

- Sie wurde traditionell streng erzogen, Sexualität war Tabu.
Sie versorgt die Familie und Schwiegermutter und arbeitet 15 Stunden als Sprechstundenhilfe bei einem Allgemeinarzt

- In seiner Familie war Sexualität weder Tabu noch Thema;
Er arbeitet als Elektromeister und beteiligt sich am Haushalt mit ihm fest zugewiesenen Aufgaben

Frau B., 32 Jahre

1. Stunde:

- Sie beklagt, dass zu wenig geredet werde; auch sei er wenig zärtlich, Zärtlichkeit gebe es nur beim Geschlechtsverkehr
- Die Hochzeitsnacht erinnert sie als sehr problematisch, es habe wehgetan und war schwierig
- Jetzt wisse Sie ja den Grund für die Schmerzen, das sei die Endometriose

Was tun ?

- *Gespräch über Grundbedürfnisse, Bedeutung von Kommunikation und Sexualität für deren Erfüllung*
- *Vereinbarung von „Übungen“*

Frau B., 32 Jahre

2. Stunde:

- Es habe mehr Zärtlichkeiten und Beisammensein gegeben, aber „muss es denn immer mit dem enden“?
- Die Kommunikation läuft nach wie vor schleppend, vor allem wenn sie über Probleme mit der Schwiegermutter reden will, blockt er ab.
- Ihr wird klar, dass sie mit ihm nur zärtlich ist, wenn er krank ist, aus Mitleid.

Was tun?

Frau B., 32 Jahre

3. Stunde:

- Die gemeinsamen körperlichen Erfahrungen haben beide als sehr positiv erlebt.
- Sie habe ihm das erste Mal eröffnen können, dass sie bei der Berührung seines Intimbereiches ein ungutes Gefühl habe.
- *Erörterung der neuen Sichtweise der Genitale und Geschlechtsverkehr als „Kommunikationsorgane „und „Verleiblichung“ der Grundbedürfnisse.*

Frau B., 32 Jahre

4. Stunde

- Die Stunde wurde auf ihren Wunsch um eine Woche verschoben, ihr ginge es zu schnell, er verliere dagegen die Geduld und mache ihr Vorwürfe.
- In der letzten Woche waren sie in der verabredeten Weise füreinander da
- Sie spürte kein sexuelles Verlangen – „darum geht es ja auch gar nicht! Mir fehlt nichts, ich habe ein schlechtes Gewissen wegen ihm.“

Frau B., 32 Jahre

4. Stunde:

- Erneut wird die Enttäuschung der Hochzeitsnacht zur Sprache gebracht: Schmerz, Schrecken, Angst
- Sie versucht die neue Sichtweise der Intimität zu fühlen, schaffe es aber nicht
- *Vereinbarung: erneuter Termin in zwei Wochen, damit sie mehr Zeit für Erfahrungen im bisherigen Rahmen haben*
- *Es wird angeregt, dass die Frau mit ihren Fingern in die Scheide eindringt und beobachtet, wie es sich anfühlt, ob Schmerz besteht.*

Frau B., 32 Jahre

5. Stunde:

- Er kommt zunächst allein, sie ist verspätet. Er berichtet wie sehr es ihn verwundere, dass die Sexualität zwischen Ihnen so schwierig sei, denn sie habe ihn ja heiraten wollen, bezweifelt aber nicht, der Richtige zu sein.
- Erkennt, dass die gemeinsame Sexualität sehr abgespalten ist von Zärtlichkeit und Intimität durch das gemeinsame Gespräch. Sieht die Gefahr, der schweigsame Vater zu werden.
- Er gebe sich große Mühe mehr mit seiner Frau zu reden und auf ihre Gefühle einzugehen.

Frau B., 32 Jahre

5. Stunde:

- Die Ehefrau bestätigt die deutlich gebesserte Atmosphäre. Sie fühle mehr Nähe in der Beziehung
- .Das Einführen mehrerer Finger in die Scheide habe keine Schmerzen verursacht.
- **Fazit: nicht stehen bleiben bei plausiblen Ursachen der Dyspareunie, nämlich Endometriose und Tabuisierung von Sex, sondern auf die Grundbedürfnisse achten, was erst einen dauerhaften Erfolg möglich macht.**

Frau B., 43 Jahre, Lehrerin, verheiratet, 2 Kinder

- Stellt sich in der Sprechstunde zur Beratung vor, da bei ihr eine rektovaginale Endometriose diagnostiziert worden sei. Die will sie auf keinen Fall operieren lassen, da sie ihr keine Probleme bereite. Regelschmerzen könne sie gut mit Schmerzmitteln behandeln.
- Auf Befragung gibt sie an, dass schon seit Jahren eine tiefe Dyspareunie bestehe. Sie hätten nun aufgegeben und würden auf Sex verzichten. Sie habe oft Angst, dass sie ihn doch verlieren könne. Sprechen würden sie „darüber“ aber nicht.
- Im gynäkologischen Untersuchungsbefund ist eine rektovaginale Endometriose tastbar, die druckschmerzhaft ist.

Frau B., 43 Jahre

1. Stunde mit dem Paar:

- Das Paar kommt etwa 2 Monate später zu einem Gesprächstermin. Beide wirken sehr ängstlich.
- Sie habe lange gezögert ihn zu fragen, er habe aber Interesse gezeigt mitzukommen.
- Er sei froh, dass sie nun Hilfe suche, denn ihre Schmerzen täten ihm ja auch weh und er würde ihr gerne helfen.

- Beide bestätigen, dass seit Jahren kein Geschlechtsverkehr mehr möglich sei.
- „Man habe sich arrangiert, dass da nichts mehr laufen kann. Er will ihr nicht wehtun. Aber wenn man das nun abschaffen könnte, wäre das ja gut für beide.“

Frau B., 43 Jahre

2. Stunde mit dem Paar:

- Beide wirken frustriert. Dass körperliche Zusammensein habe Erinnerungen geweckt, an die Zeit, wie es vor den Schmerzen gewesen war. Sie weint. Er tröstet sie.
- Für sie sei das Zusammensein jetzt mehr Schmerz als Freude gewesen.
- Er habe einmal eine Erektion gehabt und da habe sie Angst bekommen, dass er mehr will.

Frau B., 43 Jahre

3. Stunde mit dem Paar:

- Das körperlichen Zusammensein haben beide nun positiver erlebt. Sie würden nun nicht immer nur an früher denken, sondern „neue“ Erfahrungen sammeln.
- Sie habe immer wieder viel geweint, weil sie sich schuldig fühlt, das habe ihn verwundert, weil er gar nicht gewusst habe, dass es sie so beschäftigt hat.
- Nochmals Erörterung der neuen Sichtweise der Genitale und Geschlechtsverkehr als „Kommunikationsorgane“ und „Verleiblichung“ der Grundbedürfnisse.

Frau B., 43 Jahre

5. Stunde mit dem Paar:

- Mittlerweile hat sich seit Therapiebeginn die Stimmung des Paares insgesamt verbessert. Tägliche Liebkosungen sind wieder selbstverständlich geworden. Angst vor alltäglicher Annäherung besteht nicht mehr.
- Sie wollen nun den Genitalbereich mit einbeziehen.

Frau B., 43 Jahre

8. Stunde mit dem Paar:

- Die Stimmung ist etwas gedrückt: sie hatte wieder Schmerzen bei der Penetration mit seinen Fingern, sie hatte gehofft, dass sich das doch gebessert hätte. Sie erkennen nun, dass eine vollständige Penetration nicht möglich ist.

Was nun?

Frau B., 43 Jahre

9. Stunde mit dem Paar:

- Beide kommen recht gelöst zum Gespräch: sie haben eine teilweise Penetration durchgeführt, ohne dass das zu belastenden Schmerzen geführt hat. Sie haben das Gefühl, dass sie mit dieser Einschränkung aber doch ein erfülltes Sexualeben wiedergefunden haben.
- Sie äußert noch die Hoffnung, dass die Schmerzen bei ihr mit Eintritt der Wechseljahre verschwinden.