



## ENDOMETRIOSE UND SEXUALITÄT – DR. MED. JULIA BARTLEY

„Der Mensch ist ein Wesen, das eher auf die Gemeinsamkeit zu zweien  
als auf die umfassende Polis eingestellt ist...“

~ Aristoteles

(vgl. Nikomachische Ethik, Buch VIII, Kap.14)

Das syndiastische Prinzip (Syndyastikós, zurückzuführen auf Aristoteles) beschreibt eine Paarbeziehung, in der sich Vertrautheit und Zugehörigkeit besonders intensiv herausbilden können. Nach Aristoteles ist es für Menschen einfacher, sich in Zweisamkeit wiederzufinden, als dem Zusammenhalt von großen Gesellschaften immer gerecht zu werden.

Die Syndiastik umschreibt die innere Programmierung auf Bindung mit dem Zweck der Erfüllung der Grundbedürfnisse nach Nähe, Wärme, Geborgenheit, Sicherheit und Akzeptanz.

In der syndiastischen Sexualtherapie liegt der Fokus auf den unverzichtbaren Grundbedürfnissen, also der Wiederherstellung der Beziehung und der Integration von „Lust in der Beziehung“. Die Dimensionen der menschlichen Sexualität bilden dabei die Lustdimension, die Fortpflanzungsdimension und die Beziehungs- bzw. syndiastische Dimension. Zielsetzung ist die Erfüllung der Grundbedürfnisse für beide Partner\*innen, auch mit beeinträchtigter Sexualfunktion.

Die klassische Sexualtherapie (nach Master und Johnson, 1970) stellt dagegen die Wiederherstellung der Sexualfunktion in den Vordergrund.

### Was wissen wir?

Endometriose wird heute als eine chronische Erkrankung verstanden, die eine oft lebenslange individualisierte Therapie benötigt. Für die Therapieentscheidungen sind demnach die Symptome und die Prioritäten der Patient\*in führend. Wiederholte Operationen sollen dadurch verhindert werden.

Sexuelle Funktionsstörungen wurden im Welt-Endometriose-Kongress bisher nicht als wichtiger Forschungsbestandteil aufgenommen. Dies liegt auch an den Berührungängsten über dieses intime Thema zu sprechen, z.B. von Gynäkolog\*innen. Leider haben die Betroffenen es dadurch nochmal schwerer, mit den eigenen Problemen Gehör zu finden.

Eine sexuelle Dysfunktion kann das Selbstwertgefühl und die Partnerschaft massiv stören. Zu den sexuellen Funktionsstörungen bei der Frau\* zählen:

- Störung der Appetenz
- Störung der Erregung
- Störung des Orgasmus



- Dyspareunie – Schmerzen
- Vaginismus

Bei Endometriose wird das Vorkommen von Funktionsstörungen oft auf die Schmerzen (Dyspareunie) begrenzt. Allerdings ist bei Endometriose das gesamte Spektrum der sexuellen Funktionsstörungen möglich. Oft bedingt eine Funktionsstörung auch eine oder mehrere andere. So können beispielsweise dauernde Schmerzen beim Geschlechtsverkehr zum Verlust der Lust führen, was wiederum zu einem geringerem Erregungspotenzial, einer Störung des Orgasmus oder sogar Vaginismus führen kann. Die Sexualität von Endometriosebetroffenen darf somit nicht als monofokal betrachtet werden.

Auch wenn das Thema Sexualität auf den Welt-Endometriose-Kongressen eher außen vor ist, gibt es mittlerweile große, systematische Review-Arbeiten (Übersichtsarbeiten) hierzu (z.B. „AGOS Systematic review – When love hurts. A systematic review on the effects of surgical and pharmacological treatments for endometriosis on female sexual functioning“ und „human reproduction update – Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of the disease and consequences of treatment“).

11-57% der Endometriosebetroffenen haben Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie). Dyspareunie findet sich dabei am häufigsten bei Endometrioseläsionen im Douglasraum, des Darms, der Scheide und den Mutterbändern, seltener bei Blasen- und Eierstock-Endometriose und betrifft vermehrt Patient\*innen mit chronischem Unterbauchschmerz. Die Hyperalgesie scheint dabei in der Entstehung eine wichtige Rolle zu spielen (die Betroffenen nehmen Schmerz schneller und sensibler wahr).

50% der Endometriosebetroffenen geben an, das Sexualleben sei eingeschränkt. In 30% der Fälle sei diese Einschränkung auf bestimmte Zyklusphasen beschränkt.

In einer deutschen Studie zur Sexualität und Endometriose (Fritzer et al. 2014) wurden verschiedene sexuelle Funktionsstörungen getestet (neben Dyspareunie auch Erregung, Orgasmus und Lubrikation). 32-78% der befragten Frauen zeigten Einschränkungen. Das Risiko korrelierte mit dem Stadium der Erkrankung und betroffene Frauen gaben (wie zu erwarten) an weniger Sexualität zu erleben und häufiger Angst vor einer Trennung zu haben.

67% gaben an, dass Partnerschaftsprobleme infolge der Endometriose auftreten und 7-19% gaben Endometriose als Trennungsgrund an.

Gründe für die o.g. Probleme sind

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



## Was können wir tun?

Die **chirurgische Entfernung** führt am deutlichsten bei der rektovaginalen Endometriose zu einer Verringerung der Dyspareunie, aber auch eine Entfernung von Endometriose des Bauchfells kann diese Schmerzen reduzieren. Die Verringerung der Schmerzen ist jedoch oft nur vorübergehend und verschlechtert sich nicht selten wieder nach 9 bis 12 Monaten.

Doch auch wenn die Dyspareunie zurückgeht, bleibt die sexuelle Funktion häufig eingeschränkt. Dies liegt oft an den immer wieder erlebten Schmerzen und der dadurch entstandenen Erwartung dieser Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, einem dadurch entstandenen Schmerzgedächtnis.

Die **hormonelle Therapie** kann die chronischen Unterbauchschmerzen und die Dyspareunie verringern. Der VAS-Schmerzscore bleibt jedoch auch bei „erfolgreicher“ Therapie im Durchschnitt bei 5-6. Unbedingt erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass die eingesetzten Medikamente zu einem zusätzlichen Lustverlust führen können. Die Einnahme von GnRHa-Hormonen verringert oft die Libido, bei der Einnahme von Gestagenen ist dies seltener, jedoch deutlich häufiger als weitläufig angenommen.

Es gibt derzeit keine einzige Studie zu der Effizienz von **Paartherapien** bei Endometriosepatient\*innen.

Die Notwendigkeit zum Einsatz von **Reproduktionsmedizin** stört in aller Regel die Paardynamik, da hier der Lust- und Bindungsaspekt im Gegensatz zu dem Fortpflanzungsaspekt in den Hintergrund rückt. Es findet also ein Wechsel von der beziehungsorientierten, kommunikativen Bedeutung der Sexualität zur reproduktiven Bedeutung statt.

Die Kinderwunschbehandlung erfolgt in drei „Stufen“: das Monitoring, also die Beobachtung des Zyklus, die Insemination, das Einbringen von aufbereitetem Spermium zur Eisprung in die Gebärmutter und die künstliche Befruchtung (IVF/ICSI). Bei jeder dieser Therapieformen wird die Paardynamik gestört z.B. durch die Aussprache eines Sexverbots oder -befehls. Damit reduziert jede Kinderwunschtherapie die Sexualität auf den Fortpflanzungsaspekt und stört so zwangsläufig den Lust- und Beziehungsaspekt, sowie die Paardynamik.

Es ist somit nicht verwunderlich, dass sich nur 55% aller Paare für die „indizierte“ Kinderwunschtherapie entscheiden und 22% die Behandlung vorzeitig abbrechen. Die Gründe hierfür sind vor allem die hohe Belastung der Partnerschaft, sowie die psychische Belastung durch die Behandlung und die Unzufriedenheit mit der Behandlung.

## Wo sollten wir hin?

Es ist somit extrem wichtig, die zentralen Komponenten des sexuellen Erlebens und Verhaltens zu kennen und den Blick nicht allein auf die Schmerzen der Endometriosebetroffenen beim Geschlechtsverkehr zu richten. Diese Komponenten finden sich im 5 x 3 der Sexualmedizin wieder:

- 3 Grundlagen: bio-psycho-soziales Phänomen
- 3 Dimensionen: Lust, Fortpflanzung, Beziehung
- 3 Achsen: sexuelle Orientierung, Ausrichtung, Neigung



- 3 Ebenen: sexuelles Selbstkonzept, Phantasien, Verhalten
- 3 Formen: Selbststimulation, extragenitale und genitale Stimulation

Eine ungestörte psychosexuelle Entwicklung ist eine Grundvoraussetzung für eine gesunde Sexualität im Erwachsenenalter. Eine Beeinträchtigung dieser Entwicklung kann körperlich (biologisch), persönlich (psycho-sexuell) oder sozial- bzw. partnerbezogen (sozio-sexuell) sein.

Ob und inwiefern eine solche Beeinträchtigung vorliegt muss auch bei der sexualtherapeutischen Behandlung von Endometriosebetroffenen erfragt werden. Dabei ist auch bei Endometriosepatient\*innen – wie bei allen Patient\*innen mit sexuellen Funktionsstörungen - die Frage zu stellen, welche Beeinträchtigungen möglicherweise zur Symptomatik der/des Patient\*in beigetragen haben. Diese können im Verständnis der Geschlechtsrolle, der sexuellen Funktion, in der Bewertung der Sexualität, also richtig/falsch oder gut/schlecht liegen.

Auch Faktoren, wie der individuelle Bindungstypen der betroffenen Person sind von großer Bedeutung für die Bindung, die eingegangen werden kann. Eine Bindung kann positiv oder negativ erlebt werden sowohl in Bezug auf die Haltung zur/zum anderen als auch sich selbst gegenüber. Aus diesem Konstrukt ergeben sich vier grundsätzliche Bindungstypen:

- der sichere Bindungstyp (positiv zu sich und anderen), positiver Umgang mit Intimität und Autonomie
- der verstrickte Bindungstyp (positiv zu anderen und negativ zu sich selbst), übermäßige Befassung mit Beziehungen
- der abweisende Bindungstyp (negativ zu anderen und positiv zu sich selbst), vermeidet Intimität, hohe Unabhängigkeit
- der ängstliche Bindungstyp (negativ zu sich und anderen), fürchtet Intimität und soziale Interaktionen.

Dyspareunie ist immer der Endzustand eines langen Werdegangs. Eine Abklärung der somatischen Befunde, möglicher, frustrierter Grundbedürfnisse und einer Verunsicherung der Partnerschaft ist also auch bei Vorliegen einer Endometriose unabdingbar. Lösungsansätze sind die Verbesserung der sexuellen Kommunikation mit Erkundung der eigenen Genitale durch eigene Berührung und die des/der Partner\*in, durch das Erleben von Intimität ohne Angst, auch die Vermeidung schmerzhafter Interaktion und letztendlich auch durch das Erleben von Nähe, Geborgenheit und Akzeptanz.

Für diesen so verletzlichen Bereich wie der Sexualität bedürfen Betroffene Hilfe. Die behandelnden Gynäkolog\*innen sollten und müssen die Gelegenheit in einer angemessenen Atmosphäre eröffnen für eine Beratung zur Sexualität. Es ist die Verantwortung der Ärzte, nicht die Verantwortung der Betroffenen, das Eis des Schweigens zu diesem Thema zu brechen, um Endometriosebetroffenen den Leidensweg hinsichtlich der Sexualität und Paarbeziehung zu erleichtern.

#### **Literatur:**

Beier KM, Bosinski H, Loewit K (2005) „Sexualmedizin“ Der Urban & Fischer Verlag, ISBN 3-437-22850-1



La Rosa AL et al. (2020) "Sexuality in women with endometrioses: a critical narrative review". *Minerva Med*; 111(1): 79-89

Hämmerli S et al (2018) "Does Endometriosis Affect Sexual Activity and Satisfaction of the Man Partner? A Comparison of Partners From Women Diagnosed With Endometriosis and Controls". *J Sex Med*; 15(6): 853-856

Pluchina N et al. (2016) "Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of the disease and consequences of treatment". *Hum Reprod Update*; 22(6): 762-774

Fritzer N et al. "When sex is not on fire: a prospective multicentre study evaluating the short-term effects of radical resection of endometriosis on quality of sex life and dyspareunia". *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 197: 36-40.

### **Dr. med. Julia Bartley**



Dr. Bartley leitet seit September 2018 den Bereich „Universitäres Kinderwunschzentrum und Gynäkologische Endokrinologie“ der Universitätsfrauenklinik Magdeburg. Sie studierte Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum, an der Universidad der Oviedo (Spanien) sowie an der Freien Universität Berlin, an der sie 1992 ihre Approbation erhielt. Ihre Ausbildung zur Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe absolvierte sie an den Frauenkliniken der Charité Berlin, Klinikum Ernst-von-Bergmann Potsdam und der Royal Infirmary of Edinburgh (Schottland). Dr. Bartley promovierte 1996 an der FU Berlin.

Seit 2003 war sie zunächst als Fachärztin, von 2004 – 2014 als Oberärztin an der Universitätsfrauenklinik Charité tätig und absolvierte dort 2008 ihre Zusatzqualifikation in „Reproduktionsmedizin und Gynäkologische Endokrinologie“. Von 2006 – 2014 leitete sie das „Endometriosezentrum Charité“ und übernahm bis 2014 die Leitung des Funktionsbereichs „Reproduktionsmedizin und Gynäkologische Endokrinologie“. Von 2014 – 2018 war sie ärztliche Mitarbeiterin im „Kinderwunschzentrum an der Gedächtniskirche“ in Berlin.

### **Anmerkung:**

Dr. Bartley hat am 7. November, im Rahmen der 25. Jahrestagung der Endometriose-Vereinigung Deutschland einen Vortrag zum Thema „Endometriose und Partnerschaft“ gehalten. Dieser Vortrag wurde durch eine ehrenamtliche Mitarbeiterin verschriftlicht und durch Dr. Bartley frei gegeben.