

# Sexualanamnese in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis

Sexualität ist in allen Medien ein Dauerbrenner. Das öffentliche Gerede über Sexualität verbirgt die Tatsache, dass unter Partnern und in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen häufig nicht über Sexualität gesprochen wird. Obwohl viele psychiatrische Patienten unter sexuellen Problemen leiden, werden entsprechende Diagnosen zu selten gestellt, Patienten werden häufig mit ihren Sorgen alleine gelassen und Behandlungen finden oft nicht statt. Paradoxe Weise erwarten die Patienten vom Psychiater und die Psychiater vom Patienten die Initiative auf Fragen zur Sexualität.



K. April, Horgen

Sexuelle Gesundheit führt zu besserer Lebensqualität sowie besserer körperlicher und psychischer Gesundheit.<sup>1</sup> Schon lange ist bekannt, dass psychische Störungen häufig mit sexuellen Funktionsstörungen und mit erhöhtem sexuellem Risikoverhalten (sexuelle Gewalt, sexuell übertragbare Infektionen) korreliert sind. Je nach Schweregrad von Depressionen und Angststörungen gehören Funktionsstörungen bei 50–70% der Betroffenen zum Beschwerdebild.<sup>2</sup> Sexuelle Funktionsstörungen sind bekannte Nebenwirkungen von Psychopharmaka, worunter die Compliance leiden kann. Der psychiatrische Patient ist also auch häufig von einem Leiden in Zusammenhang mit Sexualität betroffen. Sexuelle Funktionsstörungen, ausser sie sind organisch oder durch Medikamente

verursacht, gehören nach ICD-10 zu den psychischen Störungen, sollten also zu den Kernkompetenzen des Psychiaters gehören.

## Patientengespräch: Sexualanamnese findet selten statt

Paradoxe Weise findet ein Gespräch über Sexualität in Arztpraxen selten statt, was bei Grundversorgern durch verschiedene Studien gut belegt ist. Wie häufig in psychiatrischen Behandlungen Gespräche über Sexualität stattfinden, ist leider zu wenig untersucht. Aus persönlicher Erfahrung des Autors darf bei Psychiatern von einer ähnlichen Prävalenz ausgegangen werden wie bei Grundversorgern und somatischen Kollegen: Eine Lausanner Studie ergab, dass nur 40% der Patienten

jemals von irgendeinem Arzt auf ihre Sexualität angesprochen und nur 20% nach sexuell übertragbaren Infektionen, der Anzahl der Sexualpartner oder der sexuellen Orientierung gefragt worden waren. Hingegen fänden es 95% aller Patienten normal, von ihrem Arzt auf ihre Sexualität angesprochen zu werden, und 90% wünschen dies ausdrücklich.<sup>3</sup> Die Ärzte gehen meist nur bei Fragen der Patienten auf die Sexualität ein.<sup>4</sup> Die wichtigsten Gründe dafür, dass Ärzte die Sexualanamnese nicht erheben, sind folgende: a) die Befürchtung, dem Patienten könnte ein Gespräch über Sexualität unangenehm sein; b) der Arzt fühlt sich im Bereich der Sexualmedizin nicht kompetent; c) eigene Schamgefühle und d) der Arzt erwartet, dass der Patient fragt.<sup>5</sup> Leider werden die Ärzte in Ausbildung und Weiterbildung kaum in Sexualmedizin oder der Erhebung einer Sexualanamnese ausgebildet.

## KeyPoints

- Die Diagnose von sexuellen Problemen und ihre Behandlung werden in der psychiatrischen Praxis zu häufig verpasst, weil zu wenig Gespräch über Sexualität stattfindet.
- Nur eine Minderheit der Patienten mit sexuellen Beschwerden sucht einen Arzt auf.
- Eine Sexualanamnese sollte selbstverständlicher Bestandteil des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächs sein.
- Es liegt an uns Psychiatern, die Initiative für ein Gespräch über Sexualität zu ergreifen.
- 90% der Patienten wünschen, auf ihre Sexualität angesprochen zu werden.
- Eine bessere Ausbildung der Psychiater in Sexualmedizin ist notwendig.

## Diagnose von sexuellen Problemen

### Von der Sexualanamnese zur Diagnose

Die Sexualanamnese ist Teil einer psychiatrischen Anamnese, die systematisch die Symptomatik und den Hintergrund sexueller Beschwerden exploriert. Die Diagnose einer sexuellen Störung führt immer über eine Sexualanamnese.<sup>6, 7</sup> Wenn die Sexualanamnese vollständig

erhoben ist, kann oft schon die Diagnose gestellt werden oder zumindest eine Hypothese mit Differenzialdiagnosen (DD), aufgrund derer noch ergänzende körperliche Untersuchungen notwendig sind, je nach DD internistische, gynäkologische oder urologische. Dazu gehören je nach DD auch Laboruntersuchungen (z.B. Hormone, kardiovaskuläre Risikofaktoren).

Zusätzlich zur Sexualanamnese stehen dem Psychiater zur Sicherung der Diagnose einer Funktionsstörung verschiedene Tests zur Verfügung. Bewährt haben sich die von der amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) empfohlenen Instrumente: der Arizona Sexual EXperience Scale (ASEX)<sup>8</sup> und der Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ).<sup>9</sup>

### Sexualität:

#### Psychiater vermeiden Gespräche

Nur unerfahrene Kollegen versuchen, das Arzt-Patienten-Gespräch durch solche psychometrischen Tests zu ersetzen, mit der Begründung, Tests seien objektiver und vollständiger. Ein erfahrener Psychiater wird Tests höchstens zusätzlich zur Sexualanamnese mit einbeziehen. Manchmal wünschen Patienten einfach ein Medikament (PDE-5-Hemmer), ohne darüber reden zu wollen. Wir sollten uns vor dem schnellen Griff zum Rezeptblock hüten und immer das notwendige Gespräch über die Sexualität suchen.<sup>10</sup> Wir Psychiater sind ausgebildet in psychotherapeutischer Gesprächsführung, weshalb in diesem Artikel nicht weiter darauf eingegangen werden muss. Es ist ein Paradoxon: Der Psychiater ist in der Gesprächsführung geübt und hat auch genügend Zeit, über Sexualität zu sprechen. Beides ist bei unseren somatischen Kollegen oft nicht der Fall. Aber trotzdem sprechen die Psychiater mit ihren Patienten selten über sexuelle Fragen und erheben ebenso wenig

eine vollständige Sexualanamnese wie Ärzte anderer Fachrichtungen auch.

Am Anfang des 20. Jahrhunderts spielte das Gespräch über Sexualität eine wichtigere Rolle. Sigmund Freud betonte immer wieder, wie wichtig das Sprechen über Sexualität zur Behandlung psychischer Probleme sei.<sup>11</sup> Warum heutige Psychiater sich nicht an Freuds Rat halten, ist schwierig zu erklären und bedarf weiterer Untersuchung. Ein Hinweis sei erlaubt: Ärzte sind wie alle anderen Menschen auch Kinder ihrer Zeit, und ihre Professionalität wird durch die kulturelle Vererbung<sup>12</sup> ebenso beeinflusst. Sowohl in ihrem Elternhaus wie in ihren Partnerschaften dürften sie oft auch nicht gelernt haben, über Sexualität zu sprechen. In der Ausbildung zum Sexualtherapeuten wird Wert darauf gelegt, dass die Kandidaten lernen, über ihre eigene Sexualität zu sprechen, und manche von ihnen suchen erst bei diesem Anlass das persönliche Gespräch mit ihrem Partner. Jedem Psychiater ist bekannt, dass negative Emotionen zu einem Vermeiden des Gesprächs über Sexualität führen können. In diesem Zusammenhang werden folgende Probleme genannt: Sprechen über Sexualität löse ein Gefühl diffusen Unwohlseins aus; Befangenheit; Angst, dem Patienten zu nahe zu treten; Angst, vor eigenen Unzulänglichkeiten beim Sprechen über Sexualität und vor mangelndem Faktenwissen.<sup>13</sup> Bei solchen Gesprächen gehen dem Psychiater auch oft Gedanken um eigene ungelöste Sexualprobleme durch den Kopf, begleitet von einem schlechten Bauchgefühl. So kommt es vor, dass Patienten berichten, der Psychiater rede um den Brei herum.

#### Verpasste Diagnosen

Die Folge der Vermeidung des Gesprächs über Sexualität ist häufig das Verpassen von Diagnosen und deren

angemessenen Behandlungen. Dazu gehören neben sexuellen Störungen auch sexuell übertragbare Infektionen, da diese zunächst häufig symptomfrei verlaufen und ein Gespräch über Risikoverhalten häufig nicht stattfindet. Bei 30–50% der Betroffenen werden HIV-Infektionen oder Syphilis erst spät diagnostiziert.<sup>14</sup> Laut Schätzungen werden auch viele Gonorrhö-, Chlamydien- und HPV-Infektionen übersehen. Bekannt ist auch die hohe Dunkelziffer bei sexueller Gewalt und Missbrauch. Der Psychiater wäre auch bezüglich Problemen mit der sexuellen Gesundheit eine geeignete Vertrauensperson, die viel seelisches Leid verhindern könnte.

### Die Sexualanamnese

#### Sexualität: Die Gesprächsführung kann/muss gelernt werden

Was aber soll beim Gespräch über die Sexualität besonders berücksichtigt werden? Zunächst braucht es die Bereitschaft des Psychiaters, auch über sexuelle Probleme sprechen zu wollen. Dafür ist das Bewusstsein über eigene, persönliche oder Wissensdefizite von Vorteil. Der beste Rat, um die Gesprächsführung zu erlernen, ist: „Just do it!“ Wir raten unseren Angstpatienten mit Vermeidungsverhalten, entsprechende Herausforderungen zu suchen, in Analogie zum Schwimmenlernen, das auch nicht im Trockenen gelingt. Wir Psychiater sollten unsere guten Ratschläge auch selbst befolgen. Selbstverständlich ist es auch wichtig, Kenntnisse über das Erheben der Sexualanamnese und die Grundlagen der Sexualmedizin zu erwerben. Erfahrungsgemäss holt ein engagierter Arzt diese Defizite durch „learning by doing“ schnell auf, wenn er parallel zu den Erfahrungen mit den Patienten Fachliteratur liest, erfahrene Kollegen konsultiert, Fortbildungen und Workshops

sowie Qualitätszirkel zu diesem Thema besucht. Das Absolvieren eines Ausbildungslehrganges für Sexualmedizin ist zweifellos hilfreich.<sup>7</sup>

### Wenn Patienten nicht über Sexualität sprechen wollen

Es gibt Patienten, die mit ihrem Psychiater nicht oder nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt über Sexualität sprechen wollen. Beispielsweise kann ein Patient ein Gespräch über Sexualität bei einer posttraumatischen Belastungsstörung nach sexueller Gewalt vermeiden wollen, da Symptome auftreten könnten. Vielleicht möchte der Patient lieber mit einem gleichgeschlechtlichen oder gegengeschlechtlichen Arzt über Sexualität reden. Vielleicht ist der Patient zum Zeitpunkt, zu dem der Psychiater ein Gespräch über Sexualität initiieren will, einfach nicht in der Stimmung dazu. Manchmal braucht es viel Einfühlungsvermögen, um „herauszuspüren“, wann der richtige Zeitpunkt ist und ob der Patient zu einem so intimen Gespräch bereit ist. Der Arzt muss auf jeden Fall den Wunsch des Patienten respektieren und darf ihn nicht zum Gespräch über seine Sexualität drängen.

### Was gehört zur Erhebung der Sexualanamnese?

Basis für ein gelungenes Gespräch über Sexualität ist, dass der Psychiater davon ausgeht, dass die Patienten froh

sind, wenn er die Initiative ergreift. Diese innere Haltung bringt auch die notwendige Offenheit und das Interesse an den sexuellen Nöten der Patienten mit sich. Unsere Patienten sind froh um eine offene und klare Kommunikation. Leider fehlen in Mundart und Hochsprache oft die treffenden Wörter für Anatomie, Biologie, Verhalten, Gefühle und Probleme der Sexualität, was ein Gespräch über Sexualität zusätzlich erschwert. Fachleute beurteilen die Wortwahl unterschiedlich.<sup>15</sup> Eine sachliche Wortwahl dient auch dazu, Vertrauen aufzubauen und Kompetenz zu vermitteln. Gassensprache oder Ausdrücke aus der Boulevardpresse klingen nach Anbiederung. Anatomie und sexuelle Vorgänge sollen möglichst konkret benannt und beschrieben werden, je nach Bildungsstand auf Deutsch (z.B. Glied und Scheide) oder in medizinischen Termini (Penis und Vagina); vermieden werden sollte die „Blümchensprache“. Unerlässlich ist genaues Nachfragen: wann erstmals aufgetreten?, wie häufig?, nur während des Geschlechtsverkehrs? etc. Als Einstieg ins Thema Sexualität eignen sich unterschiedliche Anlässe: bei Verschreibung eines Psychopharmakons mit Nebenwirkungen auf die Sexualität, beim Psychostatus, bei Fragen nach der Paarsituation, beim Erwähnen von körperlichen Problemen wie Klimakterium, Prostatahyperplasie oder anderen urogenitalen oder gas-

troenterologischen Leiden. Aber auch im Rahmen einer systematischen Anamnese erwarten die meisten Patienten Fragen nach ihrer Sexualität.<sup>3, 16</sup> ■

#### Literatur:

- <sup>1</sup> Clayton AH et al: Sexual dysfunction associated with major depressive disorder and antidepressant treatment. *Expert Opin Drug Saf* 2014; 13: 1361-1374
- <sup>2</sup> Atlantis E, Sullivan T: Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and metaanalysis. *J Sex Med* 2012; 9: 1497-1507
- <sup>3</sup> Meystre-Agostoni G et al: Talking about sexuality with physician: Are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* 2011; 141: w13178
- <sup>4</sup> Buddeberg C et al: Management eines Tabus. EXPECT-Studie: Therapie der erektilen Dysfunktion aus der Sicht von Ärzten und Patienten. *ARS MEDICI* 2007; 14: 689-693
- <sup>5</sup> Hartmann U et al: Sexualität in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Ergebnisse der „Globalen Studie zu sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen“. *Sexuologie* 2002; 9: 50-60
- <sup>6</sup> April K, Bitzer J: Sexuelle Gesundheit in der ärztlichen Praxis. Call to Action. Teil 1: Definition, Epidemiologie. Problematik in der ärztlichen Praxis. *Schweiz Med Forum* 2014; 14(41): 742-759
- <sup>7</sup> April K, Bitzer J: Sexuelle Gesundheit in der ärztlichen Praxis. Call to Action. Teil 2: Verbesserung der ärztlichen Versorgung, Sexualanamnese. *Schweiz Med Forum* 2014; 14(41): 760-763
- <sup>8</sup> McGahuey CA et al: The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2000; 6: 25-40
- <sup>9</sup> Keller A et al: Reliability and construct validity of the changes in sexual functioning questionnaire short-form (CSFQ-14). *J Sex Marital Ther* 2006; 32: 43-52
- <sup>10</sup> April K: Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes. Der rasche Griff zum Rezeptblock behebt die Probleme nur selten. *ARS MEDICI* 2009; 8: 1-5
- <sup>11</sup> Freud S: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Frankfurt: Fischer Verlag, 2007
- <sup>12</sup> April K: Sprechen über Sex und über sexuelle Infektionen. Bern: Hans Huber Verlag, 2012
- <sup>13</sup> Hartmann U et al: Sexualität in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Ergebnisse der „Globalen Studie zu sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen“. *Sexuologie* 2002; 9: 50-60
- <sup>14</sup> Bundesamt für Gesundheit. HIV- und STI-Fallzahlen 2012: Berichterstattung, Analysen, Trends. *Bulletin* 2013; 22: 363-385
- <sup>15</sup> Buddenberg C: Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater. Stuttgart: Thieme Verlag, 2005
- <sup>16</sup> Darling KEA et al: HIV testing practices by clinical service before and after revised testing guidelines in a Swiss university hospital. *PLoS ONE* 2012; 7: e39299



Autor:  
Dr. med. Kurt April  
FMH Psychiatrie und Psychotherapeut  
Seestrasse 126  
8810 Horgen  
E-Mail: kurt.april@hin.ch

■ 19