

Facharbeit

Sexualität in der Palliativmedizin

Christel Wolbring-Piehl



Inhaltsangabe:

Einleitung

1. Geschichte der Sexualität

- 1.1. Vorbürgerliche Zeit
- 1.2. Bürgertum
- 1.3. Gegenwart

2. Medizinischer Aspekt

- 2.1. Sexuelle Funktionsstörungen
 - 2.1.1. Ursachen der sexuellen Funktionsstörungen
 - 2.1.2. Formen der sexuellen Funktionsstörung
 - 2.1.3. Sexueller Reaktionszyklus
- 2.2. Organische Ursachen
 - 2.2.1. Körperliche Ursachen
 - 2.2.2. Neurologische Ursache
 - 2.2.3. Hormonelle Ursachen
- 2.3. Sexuelle Störungen durch therapeutische Maßnahmen
 - 2.3.1. Chemotherapie
 - 2.3.2. Strahlentherapie
 - 2.3.3. Medikamentöse Therapie

3. Pflegerisch/ Palliative Aspekte

- 3.1. Klärung der eigenen Sexualität
 - 3.1.1. Thesen
 - 3.1.2. Ziele für die eigene Auseinandersetzung
 - 3.1.3. Hinweis
- 3.2. Reflexion des eigenen Umganges mit dem Menschen
 - 3.2.1. Körperkontakt
 - 3.2.2. Bewusstes Wahrnehmen
 - 3.2.3. Eigene Grenzen
 - 3.2.4. Akzeptanz
 - 3.2.5. Patientenwürde
 - 3.2.6. Körperliche Reaktionen
 - 3.2.7. Selbstverständlichkeit
 - 3.2.8. Ziel
- 3.3. Medizinische Information

- 3.4. Gesprächsbereitschaft/ -angebot
 - 3.4.1. Wichtige Aspekte zum Gesprächsangebot
- 3.5. Trauerarbeit
- 3.6. Sexualtherapeut
- 3.7. Praktische Umsetzung
- 3.8. PLISSIT- Modell
 - 3.8.1. Duldung
 - 3.8.2. Angemessene Information
 - 3.8.3. Spezielle Vorschläge
 - 3.8.4. Gezielte Therapie

4. Psychosoziale und spirituelle Aspekte

- 4.1. Psychosoziale Problematik
 - 4.1.1. Diagnoseschock
 - 4.1.2. Psychische Veränderungen
 - 4.1.3. Attraktivitätsverlust
 - 4.1.4. Latente Partnerschaftskonflikte
 - 4.1.5. Kommunikationsprobleme
 - 4.1.6. Sexuelle Vergangenheit
- 4.2. Thesen zur Spiritualität
- 4.3. Bedeutung der psychosozialen und spirituellen Aspekte

5. Fazit

6. Schluss

Einleitung

Sexualität in der Palliativmedizin?! Wie geht das zusammen? Gibt es überhaupt Sexualität in der Palliativmedizin und hat, vor allen Dingen, der betroffene Mensch noch ein Interesse an Sexualität? Wie kann diese aussehen und wird darüber gesprochen?

Diese und viele andere Fragen gingen mir durch den Kopf als ich den Themenvorschlag las. Gerade die Tabuisierung dieses Themas haben mich neugierig darauf gemacht, mich mit dem Thema auseinander zu setzen.

Vielfach erlebe ich es im Krankenhaus so, dass es „einem“ und auch mir schwerer fällt über das Thema Sexualität zu sprechen, als über den Tod.

Nichts desto trotz finde ich, dass dieses Thema enttabuisiert werden sollte und habe es gerade deswegen gewählt.

Oft habe ich, in Gesprächen über die Facharbeit erlebt, dass ich gefragt worden bin: „ Sexualität in der Pflege? Werden Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger denn oft durch Patienten sexuell belästigt?“. Ich denke, dass verbale oder nonverbale sexuelle Übergriffe, seitens der Patienten oder aber auch seitens des Pflegepersonales, ein ganz wichtiges Thema ist. Auch spielt dieses Thema in der stationären, wie auch in der ambulanten Pflege eine Rolle. Und ist sicher mit einem noch größeren Tabu belegt, als sexuelle Funktionsstörungen. Ich denke, dass alle, die in der Pflege tätig sind sich diesem Thema bewusst sein müssen und sind.

Ich möchte jedoch das Hauptaugenmerk auf den Patienten richten und der Mittelpunkt meiner Facharbeit soll auf dem palliativ/ pflegerischen Aspekt liegen, um durch eine Sensibilisierung des Pflegepersonals eine Verbesserung der Lebensqualität für den Patienten zu erreichen.

Vielleicht finden sich hier ja auch Lösungsmöglichkeiten für das oben genannte Problem.

Beginnen möchte ich die Arbeit mit einem Gedicht von Pierre Stutz¹:

Einander zärtlich begegnen

Von Herz zu Herz

Die erotische Kraft der Liebenden

Tief ein- und ausatmen

Einander respektvoll begegnen

Im gegenseitigen Angerührtsein

Im Wahrnehmen der Verschiedenheit

Nähe und Distanz wagen

¹ S. „Atempausen für die Seele“, Pierre Stutz, Seite 126

*Einander beglückt begegnen
Im Staunen über die Liebe
Im Mitfühlen im Schmerz
Immer einen Leer-raum lassen*

Und mit der Definition von Sexualität lt. WHO (1975):

„Sexuelle Gesundheit ist die Integration psychischer, emotionaler, intellektueller und sozialer Aspekte auf eine Weise, die Bereicherung des Lebens und Stärkung von Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe zur Folge hat.“

1. **Geschichte der Sexualität²**

1.1. Vorbürgerliche Zeit

In der vorbürgerlichen Zeit (15. und 16. Jahrhundert) waren die Körperfunktionen noch nicht aufgelöst in Einzelbereiche, das heißt der Sexualtrieb war nicht von anderen Bedürfnissen zu trennen. Die sexuelle Erregung war eine Stimmung wie alle anderen Gefühlsstimmungen, die einen Menschen treffen konnten (natürlich). Dieser Umgang mit Sexualität wird heute als „prosexuelle“ Einstellung bezeichnet. Der Sexualtrieb wurde als notwendig angesehen, um der Fortpflanzung zu dienen. Folglich war Nacktheit oder der Geschlechtsverkehr nicht schamhaft oder tabuisierend besetzt, sondern galt als „funktionell“ und wurde auch in der Öffentlichkeit praktiziert.

1.2. Bürgertum

Am Ende des 16. Jahrhunderts begann sich diese Einstellung zu verändern. Die „antisexuelle“ Haltung der Kirche, die jede Sexualität jenseits von Ehe und dem Fortpflanzungsziel ablehnte, und mit Beginn der Leistungsgesellschaft gingen viele gesellschaftliche Wandlungen einher. Selbstbeherrschung, Disziplin und gesellschaftlich angepasstes Verhalten wurden nun hoch angesehen. Dadurch wurden körperbezogenen Bedürfnisse wie z.B. die Sexualität aus der Öffentlichkeit in den privaten, intimen Bereich verdrängt. Aus dieser „Affekt- und Triebärmeren“ Haltung resultieren tiefliegende Gefühle wie Scham oder auch Peinlichkeit. Die Sexualität wurde zu einer Gradwanderung zwischen dem Trieb und gesellschaftlich angepasstem Verhalten.

² s. „Sexualität und Pflege“, Sonja Kleinevers, Seite 17

1.3. Gegenwart

In der heutigen Zeit wird das sexuelle Verständnis oft noch von der „bürgerlichen“ Einstellung geprägt. Auch heute findet sich oft noch eine tief eingeprägte Normierung, wie z.B. die Verbindung von Ehe und Sex, wieder. Alle anderen Lebensformen oder Sexualpraktiken, die nicht der Fortpflanzung dienen, werden auch heute oft noch als „anormal“ empfunden und sind mit Ekel, Schuldgefühlen oder der Diskriminierung der betreffenden Person verbunden.

2. Medizinischer Aspekt

Um über das Thema Sexualität sprechen zu können, ist ein fundiertes, breitgefächertes medizinisches Wissen über: organische, physiologische, endokrinologische und psychologische Störungen, die aus den einzelnen Krankheitsbildern und der jeweiligen Therapie auftreten können, zwingend notwendig. Sowie ein Überblick über Behandlungsmöglichkeiten.

Da dieses Thema sehr komplex ist, möchte ich nur einzelne Bereiche auführen, um die einzelnen Themenbereiche zu verdeutlichen. Außerdem möchte ich darauf hinweisen, dass die Übergänge zwischen „gesunder“ und „gestörter“ Sexualität fließend sind und sehr durch das subjektive Erleben bestimmt werden.

2.1. Sexuelle Funktionsstörungen³

2.1.1. Ursachen der sexuellen Funktionsstörung

Um die Art der sexuellen Funktionsstörung zu differenzieren, werden diese in zwei Bereiche unterteilt: - „sexuelle Dysfunktion“ > Somatische Störung, sowie
- „funktionale Sexualstörung“ > psychogen verursachte Symptome.

2.1.2. Formen der sexuellen Funktionsstörung

Um die Ursachen der sexuellen Funktionsstörungen, sowie die damit einhergehenden Symptomen und Ausprägungen weiter differenzieren zu können, müssen folgende Faktoren berücksichtigt werden: - kompletter Ausfall der Funktion (z.B. Libidoverlust),
- verminderte Funktionsfähigkeit (z.B. Erektionsschwäche),
- gesteigerte sexuelle Störung (z.B. Priapismus),
- sonstigen Veränderungen (z.B. retrograde Ejakulation).

³ s. „Krankheit, Sexualität und Pflege“, Stefan Zetzl. Seite 22ff

2.1.3. Sexueller Reaktionszyklus

Als Hilfestellung zur Einordnung der sexuellen Störung kann der sexuelle Reaktionszyklus genommen werden. Anhand dieses Modells kann überprüft werden, welcher Part betroffen ist und ob, sowie wie behandelt werden kann:

- a) Appetenzphase (selten oder nie auftretendes Lustgefühl bzw. Verlangen; tritt bei Männern und Frauen auf; ist meistens gekoppelt mit einem Vermeidungsverhalten)
- b) Erregungsphase (z.B. Vaginaltumore oder Hodentumore; durch Missempfindungen kommt es zu einer Verminderung der sexuellen Erregbarkeit; dadurch bedingt liegt zusätzlich häufig eine reaktive Inappetenz vor)
- c) Plateauphase (z.B. infektiöse Kolpitis: der Geschlechtsverkehr wird trotz sexueller Erregung als schmerzhaft empfunden; beim Mann: es kommt zu einer nicht befriedigenden Erektion, d.h. die Erektion kann nicht bis zum Orgasmus aufrecht erhalten werden)
- d) Orgasmusphase (wird bei Frauen vielfach nicht als pathologisch erlebt; beim Mann muss genau differenziert werden zwischen der Ejakulation und dem Orgasmus(sind nicht gleich zu setzten), so gibt es: - den Orgasmus sine ejaculation
(Orgasmus ohne Ejaculation) und die
-Ejaculatio sine orgasmo
(Ejakulation ohne Orgasmuserleben).
Beides wird als deutliche Beeinträchtigung beschrieben)
- e) Nachorgastische Reaktion (bei Frauen und Männern kann es nach dem Geschlechtsverkehr zu Depressionen, innerer Unruhe und Schlafstörungen kommen, die Ursachen hierfür sind oftmals im psychosozialen Bereich zu finden.

2.2. Organische Ursachen

Bei den organischen Ursachen muss zwischen den körperlichen, neurologischen sowie den hormonellen Störungen unterschieden werden. Hierzu möchte ich nur je ein Beispiel aufführen. Neben allen folgenden organischen Aspekten sind in der Palliativmedizin natürlich die krankheitsbedingte Verschlechterung des AZ, sowie der Wundschmerz nach operativen Eingriffen, zu berücksichtigen. Unter palliativem Gesichtspunkt sollten diese beiden Faktoren eine deutlich größere Bedeutung bei der Wahl eines Therapieangebotes beigemessen werden, als unter kurativen Gesichtspunkten.

2.2.1. Körperliche Ursachen

- a) Hoden-, Nebenhoden- und Samenstrangtumore
häufigster Tumor bei Männern zwischen 20-30 Jahre,

- >> starke psychische Belastung durch Orchiectomie, Appetenzverlust durch Testosteronabfall, Ejakulationsstörung durch Lymphadenektomie, Fertilitätsstörung durch Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie
- >>> Hormontherapie, moderates Operationsverfahren, Hodenprothese, präoperative Samenspende

b) Vulvakarzinom

2% aller weiblichen bösartigen Genitaltumore

- >> Deformierung und oder Verengung des Scheideneinganges und der Scheide durch eine Vulvektomie- eventl. dadurch kein Geschlechtsverkehr mehr möglich, Empfindungsstörung (Dyspareunie) durch Operation, starke psychische Belastung durch „verstümmelnde“ Operation
- >>> Beratung über andere Möglichkeiten von Sexualpraktiken, Dehnung durch einen Dilator oder ggf. operatives Einfügen eines Hautimplantates, Benutzen eines wasserlöslichen Gleitmittels um Missempfindungen zu reduzieren, Körperbildbezogene Physiotherapie- z.B. Bewegungsbad um das Körpergefühl wieder her zu stellen

2.2.2. Neurologische Ursachen

Multiple Sklerose

- a) Erektionsstörung, vorzeitige Ejakulation, Appetenzverlust, sexuelle Aversion, Orgasmusstörungen, schmerzhafter Geschlechtsverkehr durch Oberschenkelmuskulaturspastiken
- b) Appetenzstörungen, sexuelle Aversion, Dyspareunie, Orgasmusstörungen, ebenfalls schmerzhafter Geschlechtsverkehr durch Oberschenkelmuskulaturspastiken
- >>> Antikonvulsiva können bei schmerzhaften Muskelspastiken eingesetzt werden. Medikamentöse Therapie muss überdacht werden, da a.G. von bestimmten Medikamenten (z.B. Glucocorticoide) sexuelle Funktionsstörungen auftreten können.

2.2.3. Hormonelle Ursachen

Diabetes mellitus (neurogene Degeneration, unzureichende Stoffwechseleinstellung, Medikamentennebenwirkung)

- a) Erektionsstörungen (von gelegentlichem bis vollständigem Ausbleiben), Appetenzstörung, verringerte Erregbarkeit
 - >> sexualmedizinische Beratung, medikamentöse Therapie (z.B. Viagra), Vakuumpumpen, Schwellkörper-Auto-Injektionstherapie, Implantation von Schwellkörperprothesen
- b) häufig Typ-2-Diabetikerinnen betreffend
 - Appetenzverlust, Lubrikationsverlust (Schleimabsonderungen der Scheide), Orgasmusstörungen

>> sexualtherapeutische Beratung, wasserlösliche Gleitmittelanwendung

2.3. Sexuelle Störungen durch therapeutische Maßnahmen⁴

Bei den sexuellen Funktionsstörungen durch therapeutische Maßnahmen muss man zwischen drei Bereichen unterscheiden: der Chemotherapie, der Strahlentherapie und der medikamentösen Therapie.

2.3.1. Chemotherapie

Die Nebenwirkungen können neben einer Schwächung des Allgemeinzustandes und des Wohlbefindens, auch zu einer Störung der Fertilität bei Männern und Frauen führen. Durch die Störung der Fertilität können alle Phasen des sexuellen Reaktionszykluses beeinträchtigt sein.

2.3.2. Strahlentherapie

Auch hier kann es, neben der o.a. allgemeinen Schwächung, zu Fertilitätsstörungen kommen. Daneben sind hier auch die Missempfindungen durch „Strahlenschäden“ nicht zu vergessen.

2.3.3. Medikamentöse Therapie⁵

Eine Vielzahl von Medikamenten kann auf direkte oder indirekte Weise zu sexuellen Funktionsstörungen führen. Diese Nebenwirkungen müssen nicht, können aber auftreten und müssen deswegen bei Auftreten einer Störung immer mit in Betracht gezogen werden.

Hierzu drei Beispiele: - Glucocorticoide > Störungen der Sexualhormonsekretion

(Ammenorrhoe, Erektionsstörung)

- Morphinsulfat > verminderte Appetenz, Erektionsstörung

- Diazepam > verminderte Appetenz, Erektionsstörung,
bei Frauen. Orgasmusstörungen

⁴ s. „Krankheit, Sexualität und Pflege“, Stefan Zettl, Seite 78

⁵ s. „Krankheit, Sexualität und Pflege“, Stefan Zettl, Seite 79ff

3. Pflegerisch/Palliative Aspekte

Die gesamte Pflege muss vor allen Dingen auf den palliativen Grundansatz, den Menschen mit seinen ganzheitlichen Bedürfnissen zu sehen, ausgelegt sein.

3.1. Klärung der eigenen Sexualität

Als erster Schritt muss sich der Pflegende zwangsläufig mit seiner eigenen Sexualität auseinandersetzen, da dann erst eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann. Erst in einem vertrauensvollen Verhältnis wird es dem Patienten möglich sein, über den sensiblen Bereich der Sexualität zu sprechen.

3.1.1. Thesen

Zur Klärung erscheinen mir folgende Gedanken (Thesen) als wichtig⁶:

>Sexualität meint den ganzen Menschen, nicht nur den Trieb, ein Organ oder erogene Zonen.

Sexualität ist eine umfassende, ganzheitliche Erfahrung.

Sie macht das Leben reicher, tiefer und solidarischer.

>Sexualität schafft Raum zur Versöhnung und Heilung.

>Die sexuelle Energie ist immer Energie des Lebens.

>Sexualität ist mehr als ein Naturtrieb. Sie schließt die Fähigkeit ein, sich Selbst zu entdecken und zu entwickeln.

>Sexualität kommt in verschiedenen Orientierungen vor. Hetero- und Homosexualität sind ohne Bewertung anzunehmen.

(Ich habe die Thesen bewusst in meine persönliche Reihenfolge gesetzt)

3.1.2. Ziele für die eigene Auseinandersetzung

Die, durch die eigene Auseinandersetzung, entwickelte Klarheit ergibt eine Sicherheit mit der, der Pflegende dem Patienten besser gegenüber treten kann.

3.1.3. Hinweis

Wichtig ist die Art und Weise des Umganges mit der Sexualität. Wird die Würde des Anderen gewahrt? Ist die Beziehung offen und auf Vertrauen ausgerichtet?

⁶ S. „Da sein bis zuletzt“, Heinrich Pera, Seite 75

3.2. Reflexion des eigenen Umganges mit dem Menschen

3.2.1 Körperkontakt

Verhaltensweisen wie „zart oder zärtlich“ und „erotisch oder liebevoll“⁷ müssen bei Aufnahme von Körperkontakt sensibel differenziert werden. Die Gestaltung des Körperkontaktes zu Kindern, gleichgeschlechtlichen oder älteren Patienten unterscheidet sich oftmals sehr zu dem Umgang mit dem Patienten, der auch als Sexualpartner in Frage käme. Eine liebevolle Umarmung oder Unterstützung bekommt hier oft einen „negativen“ Beigeschmack. Ängste wie z.B.: „Hoffentlich denkt keiner, ich möchte etwas von ihm/ihr!“ ,treten auf und rufen Hemmungen hervor.

Das bewusste Umgehen mit der Problematik, sowie das sensibleerspüren der eigenen Grenzen und ggf. auch die Akzeptanz des Gefühles einen Patienten attraktiv zu finden, ist hilfreich und notwendig.

3.2.2. Bewusstes wahrnehmen

Zu der bewussten Wahrnehmung gehört sicherlich, dass der Patient in seiner ganzen Person als Mann/Frau mit all seinen Bedürfnissen wahrgenommen werden will und nicht mit Aufnahme in die Einrichtung „entsexualisiert“ wird.

3.2.3 Eigene Grenzen

Daserspüren der eigenen Grenzen setzt die Auseinandersetzung mit dem eigenen Mann-/Fraugefühl und natürlich der eigenen Sexualität (s.3.1.) voraus.

„Ich gehe als Mann/Frau in ein Zimmer und werde auch so wahrgenommen! Aber das darf mich nicht daran hindern liebevoll mit dem Menschen umzugehen.“

Die Deutlichkeit des eigenen Körperbildes führt zu einem „wahrhaftigerem“ Umgang miteinander, und damit auch zu einer möglichen Enttabuisierung der Sexualität.

Zu demerspüren der eigenen Grenzen gehört jedoch auch, Grenzüberschreitungen zu erkennen und angemessen darauf reagieren zu können. Wichtig ist die Vermeidung der eigenen „Entsexualisierung“ bei Dienstantritt und die Akzeptanz der eigenen Mann-/Frauempfindungen.

3.2.4. Akzeptanz

Die Akzeptanz, dass der Patient ggf. unter anderen Umständen auch als Sexualpartner in Frage gekommen wäre, finde ich zulässig, da es eine Klarheit in den täglichen Umgang miteinander bringt. Jedoch ist in dem Fall eine fortlaufende Überprüfung der Grenzen, eventl. mit Hilfe eines Gespräches im Behandlungsteam oder mittels einer Supervision, zwingend erforderlich. Ohne

⁷ s. „Hilfestellung bei tumor- und therapiebedingten Störungen“, Peter Weyland, aus „Lehrbuch der Palliativmedizin“, Seite 791

diese Akzeptanz können distanziertes Verhalten und eine starke emotionale Verunsicherung auf beiden Seiten auftreten und die Gesamtsituation deutlich komplizieren.

Natürlich ist in diesem Zusammenhang auch darauf zu achten, ob der Patient bzw. die Patientin dem Pflegenden gegenüber mehr als nur Sympathie zeigt oder es sogar zu sexuellen Übergriffen kommt. In dem Fall ist es ebenso besonders wichtig die eigenen Grenzen aufzuzeigen. Sollte es für den Pflegenden problematisch werden, so ist auch das im Behandlungsteam zu besprechen. Eine Lösungsmöglichkeit wäre den Pflegenden aus der Pflege des Patienten heraus zu nehmen. Selbstverständlich sollte jedoch auf jeden Fall sein, dass dem Pflegenden innerhalb des Teams Sicherheit geboten wird. Und das nicht erwartet wird, dass ein übergriffiges Verhalten (verbal oder nonverbal) durch den Patienten von der Pflege hingenommen und toleriert werden muss.

3.2.5. Patientenwürde

Zu einem liebevollen Umgang mit dem Patienten gehört natürlich ebenfalls, ihm seine Würde zu lassen, d.h. ihn mit all seinen Schmerzen, Symptomen, Empfindungen, und Bedürfnissen wahr- und ernst zunehmen.

3.2.6. Körperliche Reaktionen

Eine spezielle Rolle fällt hier der wohlwollenden Selbstbeobachtung, auf körperliche Reaktionen, zu. Als Beispiel möchte ich hier die Erektion beim Mann nennen, da sie zu einer der sichtbarsten körperlichen Reaktionen gehört. Wie gehe ich damit um, wenn ich in ein Zimmer komme und eine Erektion bemerke bzw. wie gehe ich damit um, wenn es zu einer Erektion während einer pflegerischen Tätigkeit kommt?

Die Lösung kann hier nicht das „passive“ Übersehen sein, sondern sollte zu einem signalisieren des Erkennens, Wahrung der Intimsphäre und ggf. ein Verschieben der geplanten Tätigkeit auf einen späteren Zeitpunkt führen.

3.2.7. Selbstverständlichkeit

Höflichkeit, Freundlichkeit, Wertschätzung und Fürsorglichkeit sollten eine Selbstverständlichkeit sein und werden hier nicht weiter ausgeführt.

3.2.8. Ziel

Das Ziel einer differenzierten und sensiblen Reflexion ist, dem Patienten mehr Sicherheit und Geborgenheit geben zu können, ohne dabei selber in eine unklare und verunsicherte Emotionslage zu kommen. Ein Großteil von Vermeidungsstrategien und abgrenzender, distanzierter Schutzreflexe können weg fallen, die Gesamtsituation wird als „authentisch“ erlebt. „Liebevoll“ und „zart“ sein zu können und zu dürfen, bedeutet meiner Meinung nach einen großen Gewinn für den Pflegenden.

3.3. Medizinische Informationen

Umfassende medizinische Informationen über Krankheitsbild und behandlungsbedingte einhergehende Beeinträchtigungen in der sexuellen Aktivität und dem sexuellen Empfinden müssen bekannt sein (s. Medizinische Aspekte).

3.4. Gesprächsbereitschaft/-angebot

Wenn die oben aufgeführten Prozesse geklärt sind, ist es natürlich wichtig, dass der Pflegende deutlich eine Gesprächsbereitschaft zeigt. Das Angebot zu einem Gespräch sollte von dem Pflegenden ausgehen, da ja auch für den Patienten gilt, dass die eigene Sexualität ein Thema ist, dass eigentlich nur hinter der eigenen, verschlossenen Haustür besprochen und gelebt wird. Wenn eine Gesprächsbereitschaft seitens des Patienten vorliegt und die Hemmschwelle überschritten worden ist, sollte auch der Partner mit einbezogen werden. Gemeinsam können dann Ängste und Hemmungen, aber auch Verlust des Selbstwertgefühles, Ekel und Scham besprochen werden. Auf diesem Wege können dann auch Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden (s. Medizinischer Aspekt). Grundsätzlich gilt: **Ein Gesprächsangebot soll gemacht werden, wird aber nicht von allen Patienten angenommen oder gewünscht⁸** und außerdem: **Je früher das Gespräch geführt wird, desto leichter fällt es allen Beteiligten.** Die Hemmschwelle ist dann oftmals noch niedrig und nicht durch irritierende Situationen hochgesetzt worden.

Ob ein solches Gesprächsangebot bereits während der Pflegeanamnese erfolgen sollte, ist individuell und situativ zu entscheiden. Ebenso ist zu berücksichtigen, ob der Patient für Gespräche, bezüglich einer sexuellen Problematik, eine Bezugspflegeperson wünscht. Eine solche Bezugspflege kann dem Patienten deutlich mehr Vertrauen und damit mehr Möglichkeiten sich zu öffnen bieten.

3.4.1. Wichtige Aspekte zum Gesprächsangebot:⁹

- a) Gesprächsdauer individuell anpassen, d.h. Gespräche müssen nicht stundenlang dauern- auch kurze Gespräche können für den Patienten sehr hilfreich sein.
- b) Durch die Gespräche kann es dem Patienten leichter fallen mit seinem Partner zu sprechen.
- c) Der Patient kann sich mit seinen Emotionen angenommen fühlen.
- d) Ängste und/oder Befürchtungen können durch gezielte Aufklärung und Lösungsvorschläge gemindert oder gelöst werden.
- e) Durch gezieltes Ansprechen von Problemen/Empfindungen erhält der Patient die Möglichkeit, diese zu ver- und bearbeiten.
- f) Positive Bestärkung in der Erweiterung des „sexuellen Verhaltensrepertoires“ können für den Patienten die Reduzierung eines sexuellen Problems bedeuten.

⁸ S. „Krankheit, Sexualität und Pflege“, Stefan Zettl, Seite 100

⁹ Vgl. „Krankheit, Sexualität und Pflege“, Stefan Zettl, Seite 107

- g) Das Selbstwertgefühl des Patienten kann, durch die Akzeptanz seiner Person, wieder gestärkt werden.
- h) Eine Vorbereitung auf verunsichernde oder ablehnende Reaktionen der Umwelt kann gegeben werden, sowie mögliche Bewältigungsstrategien.

3.5. Trauerarbeit

Angeboten werden könnte ebenfalls die Verabschiedung von Organen vor Entfernung bzw. Amputationen, z.B. bei bevorstehender Mamaamputation. Dem Patienten könnte vor der Operation Zeit und Raum angeboten werden sich mit einem Ritual zu verabschieden und damit könnte der postoperative Umgang erleichtert werden. Die Möglichkeit eines bewussteren Umganges mit dem bevorstehenden Verlust und die Anerkennung dieses Verlustes seitens des Behandlungsteams, könnten für den Patienten eine wichtige Hilfestellung bei der gesamten Krankheitsbewältigung und –akzeptanz sein.

3.6. Sexualtherapeut

Neben den individuellen medizinischen und physiotherapeutischen Maßnahmen kann natürlich auch eine Empfehlung zu einem Sexualtherapeuten ausgesprochen werden. Zu beachten ist jedoch hierbei, dass eine solche Empfehlung oftmals als Kränkung empfunden wird¹⁰. Der Patient könnte sich „abgeschoben“ fühlen. Empfehlenswert wäre hier, dass die Sexualberatung im Behandlungsteam verbleibt, der beste Fall wäre natürlich wenn ein Sexualtherapeut zum Team gehört.

3.7. Praktische Umsetzung

Die praktische Umsetzung soll hier nochmals besonders hervorgehoben werden. Gerade im pflegerischen Bereich, d.h. bei der Berufsgruppe, die im engsten körperlichen Kontakt zu dem Patienten steht, muss auf die Wahrung der Intimsphäre geachtet werden. Dazu gehört eine bewusste sensible Beobachtung der Gesamtsituation wie z.B. Zeit für Zweisamkeit oder auch schon Trauer zu geben. Nicht wichtige Tätigkeiten sollten durchgeführt werden, wenn der Partner nicht zu Besuch ist. Auch die Verabredung bestimmter Signale wie z.B. eine geschlossene Zimmertüre oder ein „Bitte nicht stören“ Schild können zu einem entspannten Umgang miteinander führen und damit die Lebensqualität innerhalb einer Institution deutlich verbessern.

3.8. PLISSIT Modell¹¹

Als Hilfestellung für den Umgang mit sexuellen Fragen oder Problemen kann das PLISSIT Modell (entwickelt 1976 von Jack Annon (Verhaltenstherapeut)) dienen:

¹⁰ s. „Krebs und Sexualität“, Stefan Zetl, Zeitschrift: Dr.med. Mabuse 150, Seite 33

¹¹ s. „Lehrbuch der Palliativmedizin“, Aulbert/ Zech, Seite 785

Permission> Duldung

Limited Information> angemessene Information

Specific Suggestion> spezifische Vorschläge

Intensiv Therapie> gezielte Therapie

3.8.1 Duldung

Die Duldung meint das bewusste Wahrnehmen und Annehmen des Patienten als Mann bzw. Frau und den damit verbundenen Problemen. Sie braucht sich nicht zwangsläufig verbal auszudrücken, sondern sollte im Umgang mit dem Patienten klar werden. Dazu gehört natürlich die Auseinandersetzung mit der eigenen Person (s. 3.1.) und der Wahrung der Intimsphäre (s. 3.7.)

3.8.2. Angemessene Information

Angeboten werden sollten angemessene Informationen über krankheitsbedingte Veränderungen der Körperfunktionen: - mit der Krankheit einhergehende Veränderungen

(z.B. Ausbleiben der Menstruation)

- Nebenwirkungen bestimmter Medikamente

(z.B. Libido- und Potenzverlust)

- Nebenwirkungen bestimmter Behandlungsmöglichkeiten

(z.B. totaler Haarausfall unter Chemotherapie)

Erst mit dem Wissen dieser Informationen kann sich der Patient für oder gegen eine Behandlung entscheiden.

3.8.3. Spezifische Vorschläge

Spezifische Vorschläge sollten keine allgemein gehaltene, sondern konkrete und individuelle Vorschläge sein, so z.B.:

-die Verwendung von Gleitgels oder Dilatatoren nach der operativen

Behandlung eines Vulvakarzinoms

-die Substitution von Sexualhormonen bei der Störung der Produktion

bzw. als Behandlungsnebenwirkung (Dialyse)

- Kryokonservierung von Sperma vor einer totalen Hodenamputation

3.8.4. Gezielte Therapie

Sollte eine gezielte, intensive Sexualtherapie nötig sein, so muss ein Sexualtherapeut eingeschaltet werden.

4. **Psychosoziale und spirituelle Aspekte**

Diese beiden Aspekte möchte ich hier zusammenfassen, da der Übergang meines Erachtens nach fließend ist. Durch die krankheitsbedingte Verschlechterung des Allgemeinzustandes, die Konfrontation mit der Diagnose und durch die Auswirkungen mit der Therapie wird der Mensch als „Ganzes“ in Frage gestellt. Das gesamte Körpergefühl verändert sich und das Selbstbild wird tief erschüttert, und damit natürlich auch die Möglichkeit sich selbst oder andere spüren zu können bzw. zu wollen.

Hinweisen möchte ich hier nur kurz auf den Fall, wenn Patienten zu einer anderen Kultur und einer anderen Religion gehören. Unter Umständen finden sich dann z.B. komplett andere Moralvorstellungen und Schamgrenzen. Das gesamte Behandlungsteam sollte sich dann über die speziellen Gepflogenheiten, Moralvorstellungen und Riten dieser Religion informieren, da daraus völlig andere Umgangsformen nötig werden können. Diese heißt es dann nach Möglichkeit zu achten und zu respektieren.

Ebenfalls spielen die Patienten, die sich durch ihre Sexualität mit AIDS infiziert haben, eine ganz besondere Rolle. Diese Patientengruppe wird sich mit dem Thema Sexualität völlig anders auseinandersetzen, da hier der Grund für die Erkrankung zu suchen ist. Auch hier ist eine ganz besondere Sensibilisierung des gesamten Behandlungsteams erforderlich.

4.1. **Psychosoziale Problematik**

Hier soll anhand von einigen Beispielen verdeutlicht werden, wie eng eine Erkrankung und deren Folgen in Beziehung zur Sexualität steht.

4.1.1. **Diagnoseschock¹²**

Mit der Konfrontation einer Erkrankung, die möglicherweise tödlich verlaufend und damit sehr lebensverändernd ist, sowie deren Therapie und die Auswirkungen, verändert sich das komplette Selbsterleben und Selbstwertgefühl.

4.1.2 **Psychische Veränderungen**

Bedingt durch Erkrankung und Therapie kann es zu depressiven Verstimmungen und Angstzuständen kommen.

4.1.3. **Attraktivitätsverlust**

Die eigene Attraktivität wird, durch Emotionen wie z. B. Selbstekel oder Scham, nur noch als sehr reduziert bzw. nicht mehr vorhanden erlebt.

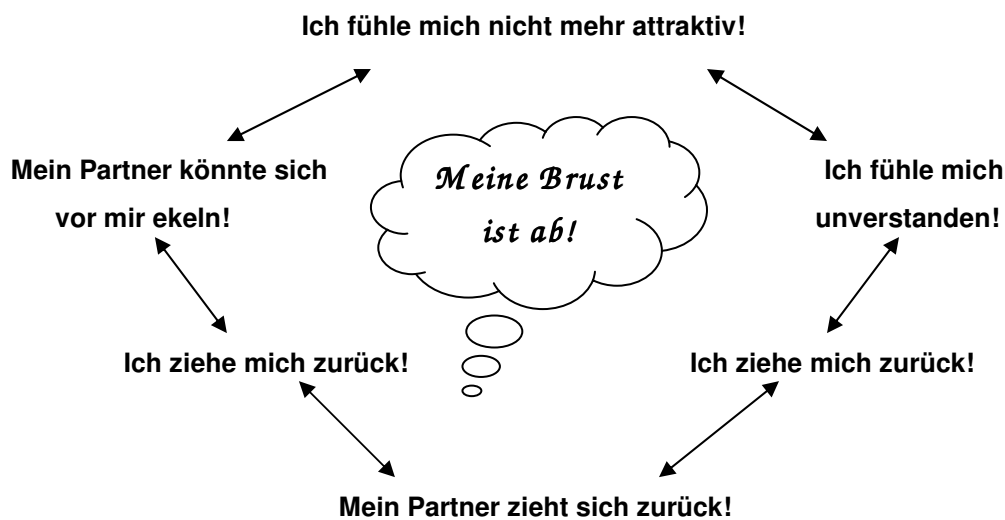
¹² s. „Krebs und Sexualität“, Stefan Zettl, Dr.med.Mabuse 150, Seite 31

4.1.4. Latente Partnerschaftskonflikte

Bereits vor der Erkrankung bestehende, latente Partnerschaftskonflikte werden durch die Erkrankung präsenter bzw. deutlich verstärkt.

4.1.5. Kommunikationsprobleme

Durch Kommunikationsprobleme können falsche Erwartungen (z.B. mein Partner möchte mich nicht mehr anfassen, oder mein Partner ekelt sich vor mir) entstehen. Der dadurch entstehende Teufelskreislauf kann zu einer schweren Beziehungskrise führen. Zum Beispiel:



4.1.6. Sexuelle Vergangenheit

Die sexuelle Vergangenheit meint die ganz individuelle Geschichte des Einzelnen. Das sexuelle Erleben in der Gegenwart ist geprägt durch Erlebnisse (positiv wie negativ) bezüglich der eigenen sexuellen Leistungsfähigkeit, geäußertes Bedürfnis nach Nähe und Wärme und eigenen Gefühlen von Ekel, Scham und Peinlichkeit in bezug auf die körperliche Versehrtheit anderer Menschen.

4.2. Thesen zur Spiritualität

Zum Thema Spiritualität und Sexualität möchte ich nochmals auf die Thesen von Heinrich Pera¹³ zurückkommen:

- „Zwischen einer zu lauten Sexualität, bei der die Seele nicht nachkommt und die den Menschen unter Leistungsdruck setzt, und eine Tabuisierung oder sogar

¹³ s. „Dasein bis zuletzt“, Heinrich Pera, Seite 75/76

Verteufelung der Sexualität muss eine gute Haltung (Spiritualität) gefunden werden.“

- „Wer die Sexualität aus dem geistlichen Leben ausklammert, verdorrt und erstarrt.“
- „Sexualität ist gottgewollt, wir sind geschaffen mit Leib und Seele. Unser Sein als Mann oder Frau ist gut in jedem Alter, jeder Lebenssituation und zu jeder Zeit. Diese Grundbefindlichkeit kann uns niemand nehmen. Wir spüren Gottes Annahme und seine Zuwendung, indem wir uns selber spüren- und uns annehmen mit unserem Körper, unserer Lust und Kraft.“

4.3. Bedeutung der psychosozialen und spirituellen Aspekte¹⁴

Nach Überwindung des „Diagnoseschocks“ gehört die Sexualität sicher mit zu den wichtigsten Komponenten der Lebensqualität. Das heißt, dass grundlegende Bedürfnis nach Liebe, Nähe, Wärme und zärtlichen Intimitäten bei Schwerkranken ist dem Bedürfnis von Gesunden gleichzusetzen. Jedoch muss der Erkrankte die eigene Person, mit dem Verlust an Autonomie, Attraktivitätsverlust, dem eigenen Körperbild sowie Verlust der Selbstachtung, völlig neu definieren. Alle diese Veränderungen führen natürlich zwangsläufig zu einer Infragestellung der eigenen Sexualität, der Fähigkeit Beziehungen auf zu bauen, zu führen und aufrecht zu erhalten. Kompromisse müssen eventuell auch dort gemacht werden, zu denen man in „gesunden Tagen“ auf keinen Fall bereit gewesen wäre. Hilfreich kann hier eine neue, eigene Definition der eigenen Sexualität sein. Sexualität meint ja auf keinen Fall nur den Geschlechtsverkehr, sondern hat ganz viele Facetten des „sich Berührens“, streicheln und gestreichelt werden, Nähe und Wärme geben und zulassen können und auch bei körperlichen Entstellungen bzw. Einschränkungen weiterhin attraktiv sein zu können und zu dürfen. Durch die Auseinandersetzung mit den oben aufgeführten Punkten besteht die Möglichkeit der Neufindung der eigenen sexuellen Identität und damit die Zunahme der Lebensqualität.

5. Fazit

Abschließend kann ich nach der Auseinandersetzung mit dem Thema „Sexualität in der Palliativmedizin“ sicher sagen, ein Thema gewählt zu haben, dass sehr ganzheitlich betrachtet und ausgelegt werden muss. Hilfreich ist das Wissen über die Geschichte der Sexualität, so wie

¹⁴ Vgl. „Lehrbuch der Palliativmedizin“ Aulbert/Zech, Seite 780

ein umfassendes Wissen über medizinische Aspekte über Erkrankung, Therapieformen und deren Nebenwirkungen. Schwerpunkt der Facharbeit sollten jedoch die pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Aspekte sein, die fließend ineinander übergehen. So kann ich einen Menschen nur mit dem nötigen Fachwissen gut pflegen; muss aber auch die Bereitschaft zu einer sehr differenzierten Selbstreflexion und Selbsthygiene mitbringen. Das Erstellen einer „eigenen sexuellen Landkarte“, die Differenzierung zwischen liebevoller und erotischer Pflege mit dem deutlichen Erspüren der eigenen Grenzen, so wie praktische Überlegungen zum Umgang mit der Sexualität des Patienten, sind für mich wichtige Eckpunkte im Umgang mit der Sexualität.

Des Weiteren ist sicher die Auseinandersetzung mit Gesprächsangebot und -führung zu nennen. Hilfreich für mich fand ich hier:

- > Es sollte immer ein Gesprächsangebot gemacht werden, um das Thema zu enttabuisieren.
- > Weniger ist oft mehr, das heißt auch kurze Gespräche können viel bewirken- sie brauchen nicht immer lang zu sein.
- > Durch Benennen der Problematik kann dem Patienten geholfen werden, für sich Probleme überhaupt verbalisieren zu können.

Die psychosozialen und spirituellen Aspekte, die ich aufgeführt habe, bestätigen mein Gefühl zu Beginn der Arbeit, dass Sexualität ein ganz wichtiger Bestandteil unserer Lebensqualität ist. Aber oft aus Gründen der Tabuisierung und des Eigenschutzes, nicht zum Thema gemacht wird. Hier möchte ich nochmals besonders hervorheben:

Alle Menschen, egal welchen Alters und welchen Gesundheitszustandes, haben ein Grundbedürfnis nach Nähe, Wärme, Intimität, Berührung, Sicherheit und Mitgefühl.

Auch das erneute genaue Hinsehen: „Was ist Sexualität überhaupt?“ gibt dem gesamten Thema nochmals eine tiefere Dimension. Wie oft wird Sexualität gleichgesetzt mit dem Geschlechtsverkehr. Und der Verlust von organischen Funktionen wird somit dem kompletten Verlust der Sexualität gleichgesetzt. Da dem nicht so ist, ergibt sich eine Vielzahl von Therapie- und Verhaltensmöglichkeiten. Auch der sexuelle Leistungsdruck kann so genommen werden. Wichtig ist hierbei aber nochmals zu beachten:

Vor jeder Überlegung über psychosoziale und spirituelle Ursachen einer sexuellen Funktionsstörung muss eine organische Ursache ausgeschlossen und ggf. behandelt werden.

Durch die Betrachtung aller relevanten Punkte um das Thema „Sexualität“ wird deutlich, wie viele Möglichkeiten sich der Palliativ-Medizin und Pflege bieten, wenn es zu einer

Enttabuisierung und somit mit dem offenen Umgang damit kommt. Die Lebensqualität kann gerade hier mit kleinen Angeboten und Taten deutlich verbessert werden.

Da jedoch auch heute noch das Thema und der Umgang damit, zumindest im Krankenhausbereich, noch sehr tabuisiert wird, lautet mein Fazit aus der Arbeit:

„Alleine mit dem Erkennen, dass Sexualität auch für Schwerkranke ein wichtiges Thema ist, ist der erste Schritt, zu einem verbesserten Umgang mit der Sexualproblematik, getan!“

6. Schluss

Beenden möchte ich die Facharbeit, die mir viel Spaß, viele Diskussionen und viel eigene Auseinandersetzung gebracht hat, mit einem Gedicht von Pierre Stutz¹⁵

Leer-Raum in Meinen Beziehungen

*Niemanden haben wollen
Einander zum Werden bestärken
Tag für Tag*

*Zwischen-raum in meinen Begegnungen
Offen sein für das Geheimnis der Liebe
Im dankbaren Staunen
Im fairen Austragen von Konflikten*

*Atem-zeit in meinen Beziehungen
Einander Verwandlung zugestehen
In der Bestärkung zur Selbstannahme
In der Ermutigung zum Engagement*

¹⁵ S. „Atempausen für die Seele“, Pierre Stutz, Seite 127

Literaturnachweise:

„Krankheit, Sexualität und Pflege“,
Stefan Zettl,
Verlag: Kohlhammer/Pflege
ISBNNR. : 3-17-015830-9

„Sexualität und Pflege“,
Sonja Kleinevers,
Verlag: Schlütersche (Bremer Schriften)
ISBNNR. : 3-89993-120-3

„Lehrbuch der Palliativmedizin“
Aulbert/ Zech,
Verlag: Schattauer Verlag,
ISBNNR. : 3-7945-2078-5

„ Da sein bis zuletzt“,
Heinrich Pera,
Verlag: Herder Spektrum,
ISBNNR. : 3-451-05483-3

„ Atempausen für die Seele“,
Pierre Stutz,
Verlag: Herder Spektrum,
ISBNNR. :3-451-07023-5

Zeitschrift Dr. med. Mabuse (Zeitschrift im Gesundheitswesen)
Ausgabenr. 150
Juli/ August 2004

Zum Einlesen in die Thematik und für weitere Anregungen habe ich im Buch:
„Palliativmedizin 3. Auflage“
Husebö/ Klaschik,
Verlag: Springer
ISBNNR. : 3-540-44-095-x gelesen.

