

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 19/2016

Psychosoziale Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität in der Psychoonkologie - Eine Perspektive der Integrativen Therapie

*Anne Holling**

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

Ich danke meiner Mutter, die mir mit ihrer Weisheit und Klugheit vermittelt hat, dass Bildung Freiheit bedeutet.

Anne Holling

Die begrenzte Liebe sucht den Besitz des Anderen, doch die grenzenlose Liebe verlangt nichts anderes als zu lieben.

Khalil Gibran

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Inhalte, Struktur und Haltung meiner psychoonkologischen Tätigkeit im klinischen Alltag	4
2.1.	Verständnis von Psychoonkologie	9
2.2.	Haltung und Menschenbild	12
2.3.	Unsere Voraussetzungen für Psychoonkologie im (teil-) stationären Klinikbereich	13
2.4.	Zugangswege zur psychoonkologischen Begleitung in den Kliniken Essen-Mitte	14
2.5.	Indikationen	14
2.6.	Ziele der psychoonkologischen Versorgung	16
3.	Sexualität und Krebs – zwei Tabus treffen aufeinander	18
4.	Folgen der Krebserkrankung und deren Behandlung auf die Sexualität	21
4.1.	Körperliche Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität	21
4.2.	Psychosoziale Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität	23
4.2.1	Psychosoziale Auswirkungen der Krebserkrankung auf die weibliche Sexualität	23
4.2.2.	Psychosoziale Auswirkungen der Krebserkrankung auf die männliche Sexualität	27
4.3	Vorurteile und falsche Vorstellungen	32
5.	Auswirkungen der veränderten Sexualität durch die Krebserkrankung auf die Identität	33
5.1.	Einschränkungen in der Sexualität erfassen den Menschen in seinem Lebensganzen. Darstellung anhand des Fünf-Säulen-Modells von H. Petzold	36
	1. Säule: Leiblichkeit	
	2. Säule: Soziales Netz	
	3. Säule: Arbeit, Leistung und Freizeit	
	4. Säule: Materielle Situation	
	5. Säule: Werte und Lebenssinn	
6.	Neuorientierung durch Identitätsstärkung des verletzten Leibes	44
7.	Zum Umgang mit dem Thema Sexualität im klinischen Alltag zwischen Patient und Behandlungsteam	45
7.1.	Was muss das Behandlungsteam in den Blick nehmen?	45
7.2.	Welche Herausforderungen mutet die beeinträchtigte Sexualität dem Patienten zu?	46
8.	Abschließende Gedanken	47
9.	Zusammenfassung, Schlüsselwörter, Summary, Keywords	49

1. Einleitung

Mein Anliegen in meiner beruflichen Tätigkeit in der Onkologie ist, das Thema Sexualität selbstverständlich in den Behandlungsablauf zu integrieren, was heißt, Sexualität zu einem kommunizierbaren Thema als feste Größe im Behandlungsplan zu etablieren. In der onkologischen Versorgung sollte eine sexualmedizinische Beratung angeboten werden. So wie es notwendig ist, die Blutwerte zu bestimmen, um eine medizinische Behandlung einleiten zu können (Chemotherapie, Bestrahlung, Operation etc.), ist es genauso notwendig für die Betrachtung des Menschen aus einer ganzheitlichen und differentiellen Perspektive die biopsychosozialökologische Situation in den Blick zu nehmen. Dazu gehört als elementarer Vitalantrieb die Sexualität. Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen, das bedeutet, dass wir alle Bereiche differentiell aber als gleich bedeutsam behandeln sollten. Sie sind miteinander verflochten und lassen sich ohne Informations- und Sinnverluste nicht isoliert betrachten. Leider sind wir von diesem Ansatz kontextualisierter Betrachtung in der Praxis immer noch weit entfernt. Die Behandlung am Körper wird prioritär in den Blick genommen „Anthropologische **Positionen, die als Grundlage für psychosoziales Handeln dienen** sollen, müssen den Subjektcharakter des Menschen und seine Konstituierung durch gelebte **Intersubjektivität** in das Zentrum der Überlegungen stellen. Im Integrativen Ansatz wird deshalb folgende „anthropologische Grundformel“ zum Ausgangspunkt psychosozialen Handelns als intersubjektiver Praxis:

„Der Mensch – als Frau und Mann – ist **Leibsubjekt** und Teil der *Lebenswelt*, ein Körper-Seele-Geist-Wesen, verschränkt mit dem sozialen/kulturellen und ökologischen *Kontext/Kontinuum*. Er ist fähig in diesem *Chronotopos*, beeinflusst von den in ihm wirkenden ökonomischen Bedingungen, kollektiven Sinnmatrizen und **Diskursen** durch **Ko-respondenz** mit relevanten Anderen in Prozessen intersubjektiver Verbundenheit und gelungenen Affiliation, ein personales **Selbst** auszubilden, mit emergierendem **Ich** und transversaler **Identität**. Menschen stehen über ihre *Lebensspanne* hin in ‚heraklitischen‘ Prozessen beständigen Wandels, die – wenn sie gelingen – *konnektivierende* Differenzierung, Integration, Kreation, schöpferische Überschreitung ermöglichen, Intersubjektivität bekräftigen, Verbundenheit vertiefen und Entfremdung entgegenwirken. (Petzold 2003e, 114)“ (Petzold, H.G., Orth, I. 2011)

„Die *Begegnung (rencontre)* ist hier zentral und geschieht in Prozessen wechselseitiger Empathie (Petzold, Beek & Hoek, 1994), die Therapie als „kokreative Menschenarbeit“ (Iljine, Petzold & Sieper, 1967/1990; Petzold & Sieper, 2001) begründet und sie zu einem kooperativen Unterfangen werden lässt. In solcher Integrativen Therapie wird dann mit „*Somatotherapie, Psychotherapie und Nootherapie*“ (Petzold, 1965, S. 19f.) Krankheit behandelt und mit agogischen [3] Mitteln, mit Bildungsarbeit, die Persönlichkeitsentwicklung gefördert in einer *éducation permanente*, in lebenslangem Lernen (Petzold & Sieper, 1970; Sieper & Petzold, 1993).“ (Petzold 2014)

Die Kernkonzepte der Integrativen Therapie sind für mich in meiner Praxis handlungsleitend.

Der größte Teil unserer Patienten ist in einer palliativen Behandlungssituation, das heißt, dass sie lindernd behandelt werden, Heilung im medizinischen Sinne jedoch nicht möglich ist. Viele von ihnen haben Hoffnung auf Heilung oder zumindest auf viele Jahre Leben, auch wenn sie oft im tiefsten Inneren wissen und spüren, dass es nicht so sein wird und diese Realität verdrängen bzw. dissoziieren. Mit Hoffnung ist auch verbunden, das alte Leben und die bisher geführte Partnerschaft ungebrochen wieder aufnehmen und die bislang gelebte Sexualität fortführen zu können. Verständlicherweise soll alles so bleiben wie es war. Die Veränderung des Körpers und damit auch der Sexualität kann eine Erschütterung des eigenen Selbstverständnisses in allen Lebensbereichen

zur Folge haben. Oft wird die Angst vor der Abweisung durch den Partner und der Aberkennung des eigenen Selbstwertes zu einem unbeherrschbar dominanten Gefühl für die Betroffenen. Viele Patienten äußern den Wunsch, ihr altes Leben genauso wieder haben zu wollen.

Für die meisten Betroffenen ist Krebs eine niederschmetternde Diagnose. Das Kopfwissen, dass unser Leben endlich ist, wird womöglich durchdringend leiblich spürbar. Die Patienten sind möglicherweise dem ausgesprochenen Wort schonungslos ausgesetzt. Der Mensch kann sich in seiner Leiblichkeit und im Besonderen in seiner Sexualität beeinträchtigt fühlen. Vor allem wenn die Sexualität und das äußere Erscheinungsbild sich stark verändern, braucht der Betroffene meiner Erfahrung nach sensible Zuhörer. Gespräche können dann sehr hilfreich sein. Was gibt in dieser Situation Trost? Einigen Patienten hilft es, sich so angenommen zu fühlen, wie sie sind. Anderen hilft der Glaube, die menschlich wärmende Hand und der mitfühlende Blick und das Wissen, an ihrer Seite sind Menschen, bei denen für die tiefsten erschreckendsten Worte und Gefühle Halt zu finden ist. Letztendlich ist der Mensch alleine. Betroffene empfinden dieses innere Drama sehr unterschiedlich. Jeder Mensch hat seine eigene Verarbeitungsstrategie. Die meisten retten sich zunächst damit, die Diagnose, die nachfolgenden Behandlungen und Konsequenzen zu dissoziieren.

In der Psychoonkologie befassen wir uns im Wesentlichen mit den Bewältigungsstrategien und darin ist die Akzeptanz ein wichtiger Bestandteil. Die Krebserkrankung zu akzeptieren bedeutet, "die Erkrankung und ihre Auswirkungen, so wie sie im gegenwärtigen Moment sind, anzunehmen und nicht aktiv zu versuchen, sie zu beeinflussen" (Geuenich, 2011). Akzeptanz bedeutet nicht sich aufzugeben oder zu resignieren. Akzeptanz beinhaltet anzunehmen was ist und die gewünschten Ziele im Möglichkeitsbereich proaktiv umzusetzen. Akzeptanz und aktive Bewältigungsstrategien gegen den Krebs für gesundheitsfördernde Maßnahmen schließen sich nicht aus. Im Gegenteil durch Akzeptanz ist Veränderung erst möglich. Ziel sollte sein, in der eigenen Macht stehendes zu verändern und Situationen und Gegebenheiten, die unveränderbar sind anzunehmen. Dabei geht es auch um die Erkenntnis im Hier und Jetzt immer wieder neu das eigene Verhalten reflektieren und verändern zu können.

Der Weg zur Akzeptanz ist oft lang, hinzunehmen im Laufe des Lebens vielen körperlichen Veränderungen zu unterliegen und sich der Tatsache beugen zu müssen, sterblich zu sein. Dieser Tag kommt ganz gewiss - für manche früher, für andere später. Ist nicht oft eher unsere Sicht und Einstellung zum Wandel, zum Älterwerden, zum Sterben und zum Tod für unser Leben hinderlich? Wenn wir Veränderungen, damit auch die Veränderungen unserer Sexualität annehmen, sind wir dann nicht besser in der Lage unser Leben selbstbestimmter zu gestalten?

Zunächst einmal stelle ich die Inhalte, Organisation und Struktur meiner psychoonkologischen Arbeit dar. Die Folgen der Krebserkrankung und deren medizinischen Behandlung auf die Sexualität und die Krankheitsverarbeitung der betroffenen Menschen müssen von Anbeginn der Erkrankung selbstverständlich vom Behandlungsteam thematisiert werden. Denn die Auswirkungen der Erkrankung und ihre Einschränkungen auf die Sexualität betreffen viele Menschen in diesem Bereich seiner Identität manchmal in sehr umfassender Weise. Theorie und Praxis der Integrativen Therapie (H.G.Petzold) weisen Wege auf (Konzepte, Modelle, Methoden, Techniken, Medien) die uns die Erschütterung der Identität der betroffenen Menschen durch die Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität verstehen lassen und wie Linderung und Heilung auf ganz anderem Wege gelebt werden und neue Lebensperspektiven entstehen können. Hier meine ich im Besonderen die Integrative

Identitätstheorie, die den Menschen in den Dimensionen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in seinem ökologischen und ökonomischen Kontext in den Blick nimmt.

„Die „Identitätsarbeit“ des personalen Selbst ist grundlegend für Gesundheit, Krankheit und Persönlichkeitsentwicklung des Subjekts, aber nicht anders zielführend denkbar als im Rahmen kollektiver Arbeit an identitätssichernden Kontexten, als in Projekten „kollektiver Identitätsarbeit“. In dieser „doppelten Identitätsarbeit“ – der individuellen und kollektiven – und durch ihre koreflexiven, polylogischen und kokreativen Prozesse macht der Mensch „sich selbst zum Projekt“ der „Selbstverwirklichung mit seinem relevanten sozialen Netzwerk“ und sieht zugleich dieses Netzwerk und sein „Gemeinwesen als Projekt“, für dessen gutes Gelingen er sich engagiert. Er hat nämlich erkannt, dass seine persönliche Identität sich in seinem sozialen Kontext realisiert und er für seine Identitätsprozesse auf die Unterstützung und Hilfe seiner Mitmenschen angewiesen ist, er deshalb zu ihren Identitätsprozessen und zum Wohl des Gemeinwesens - dessen Sicherheit, Gerechtigkeit Lebensfähigkeit und Integrität (Petzold, Orth 2011, Sieper, Orth, Petzold 2011) – beitragen muss.“ (H.G.Petzold, 2015 q, 444)

Das hochsensible Thema Sexualität und Krebs wird in dem Instrument der metaherme-
neutischen Triplexreflexion umfassend beleuchtet:

„Beobachten und Relektieren von phänomenal wahrgenommenen oder denkerisch aufgenommenen Gegebenheiten (I Wahrnehmen, Erfassen), dann ein hermeneutisches Berücksichtigen auch des Hintergrunds der eigenen Arbeit des Reflektierens, um das Wahrgenommene breiter zu begreifen (II Verstehen, Erklären), weiterhin der Einbezug der eigenen Identität mit ihren soziokulturellen Quellen und Determinierungen, aus denen die Relexionen erfolgen, als dritte sich zu einer Metahermeneutik öffnenden Ebene (III vertieftes Verstehen, umfassenderes Erklären), die die Mehrebenenreflexion durch Diskursanalyse (Foucault) und Dekonstruktion (Derrida) erweitert (vgl. Petzold 2007a, 193f)... Der von mir(H.G.Petzold) begründete „Integrative Ansatz“ einer „Humantherapie und biopsychosozialen Arbeit“ greift auf ihre Art zurück, Diskurse und Diskursebenen zu k o n n e k t i v i e r e n , zu durchdringen (Petzold 2003a; 2004d, e, g), um auf dem Boden solcher Relexionsarbeit, eine sorgsame, undogmatische und partizipative „Praxeologie“ zu entwickeln, in deren konkretem Vollzug der Patient/die Patientin partnerschaftlich und korelexiv beim „Aushandeln von Grenzen und Positionen“ einbezogen werden (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999). Genderspezifische Überlegungen werden hier unverzichtbar und sind von uns in identitätstheoretischer Perspektive mit unserem Leitkonzept der „Genderintegrität“ (Petzold, Orth 2011) spezifisch ausgearbeitet worden. In einer solchen differenzierenden Sicht von Integration, die konnektivierende, vernetzende Prozesse (schwache Integrationen) und übergeordnete, Synthesen schaffende Prozesse (starke Integrationen) unterscheidet und interventiv initiiert und nutzt , liegt ein wesentliches Moment der „Identität“ des „Integrativen Ansatzes“. Er vertritt dezidiert, dass ein interdisziplinäres „Konnektivieren“ von Wissensgebieten zur Erhellung komplexer Fragestellungen für die Praxis in der Arbeit mit Menschen unerlässlich ist und weit ausgreifen muss, um Reduktionismen zu vermeiden und Menschen „gerecht“ zu werden, ihre Würde zu respektieren, ihre Integrität zu sichern und sie in ihrer „Identitätsarbeit“ zu unterstützen (idem 2003d, i, Petzold, Orth 2011).“ (H.G.Petzold 2012 q, 413, 414)

Auf diesen Hintergrund wird deutlich, wie vielschichtig und breitfächrig Sexualität und Krebs in die Identität hineinwirkt.

Unter Berücksichtigung dieser umfassenderen Sichtweise kann Identitätsarbeit bei diesem schwierigen Thema gelingen.

Das sexuelle Verhalten und Erleben kann für die Lebensqualität von wichtiger Bedeutung sein. Um eine gelungene befriedigende Lebenssituation für den Patienten zu erreichen, sind sowohl der Behandler als auch der Patient vor eine Herausforderung gestellt: nämlich sich dieses Themas mit all seinen Facetten wie vorab beschrieben zu befassen.

„Die neuen Lebensformen, herausgefordert durch die Veränderungen in der Lebens- und Arbeitswelt, durch das Internet, die virtuellen Unternehmen und Arbeitsplätze (Turkle 1998; Hörnig et al. 1998) können nicht nur Arbeitsfeld und Interessensphäre von Marktforschern und Sozialwissenschaftlern bleiben (Schwenk 1999; Werner 1998; Ellmer 1995; Driesenberg 1995), dafür sind Lebensstile und -formen für die individuelle und kollektive Entwicklung von Menschen, ihre Gesundheit und Krankheit zu zentral. Das war zu allen Zeiten so, betrachtet man dieses Konzept unter evolutionstheoretischer Perspektive (Ullrich 1998) und, wie im vorliegenden Kontext, unter enkulturations-, sozialisations- und identitätstheoretischer Optik. Das muss für die klinische Praxis Konsequenzen haben, besonders für eine, die sich als „identitätstherapeutische“ versteht, weil sie den Menschen mit seinem sozialen Netzwerk, seinem „Weggeleit“ (convoy) betrachtet und zu behandeln versucht (Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004). Lifestyle-Phänomene finden sich in allen Identitätsbereichen (im „Integrativen Ansatz“ sprechen wir von „Identitätssäulen“, vgl. Petzold, Orth 1994) und müssen dort als Einflussgrößen für die „Identitätsarbeit“ des Ich beobachtet und ggf. therapeutisch begleitet werden.“ (H.G. Petzold 2012q, 504)

2. Inhalte, Struktur und Haltung meiner psychoonkologischen Tätigkeit im klinischen Alltag

Seit 14 Jahren arbeite ich in der Psychoonkologie Kliniken Essen - Mitte. Ich begleite die internistisch onkologischen Patienten psychotherapeutisch und beratend.

Schwerpunktmäßig arbeite ich in der onkologischen Tagesklinik (hier kommen die Patienten ambulant zur Chemotherapie) als auch auf den onkologischen Stationen.

In meinem Tätigkeitsbereich und in dem unmittelbaren Kontakt mit den Patienten ist die Theorie und Praxis der Integrativen Therapie Grundlage meines Handelns, und sie prägt meine Haltung gegenüber den Patienten.

„Eine tragfähige Beziehung und empathisches Verständnis für erlebtes Leid, konkrete Hilfe in Problemlagen, Einsicht in die gesellschaftlichen Bindungsgefüge der individuellen Biographie, des aktuellen Lebensentwurfes und der Zukunftsentwürfe, Bewusstheit für den eigenen Leib (das ist der erlebte Körper) sowie Räume für emotionalen Ausdruck und soziales Miteinander, das ist es, was unsere Patienten brauchen, um gesund zu werden, was Menschen brauchen, um gesund zu bleiben, und was Psychotherapie bereitstellen muss, um wirksam zu sein. Dabei müssen vielfältige, kreative Methoden und Medien eingesetzt sowie differentielle und integrative „Wege der Heilung und Förderung“ beschrritten werden. Dies ist die Richtung, die wir in der Praxis der Integrativen Therapie eingeschlagen haben“ (Petzold 1993a)

Die Förderung hin zu persönlichem Wachstum und die Verbesserung der menschlichen Beziehungen sind auch in der Psychoonkologie anstrebenswerte Ziele.

H.G. Petzold beschreibt für die Integrative Therapie insgesamt **vier Wege der Heilung und Förderung**, die ich in der Begleitung der Patienten anwende.

„Die 'Vier Wege der Heilung und Förderung' sind letztlich 'Strategien der Entwicklung', welche sinngelitetes Leben strukturieren helfen und deshalb auch geeignet sind, heilende und fördernde Wirkungen bei Menschen zu entfalten...(Petzold et al., 2005, S. 55)“ H.G.Petzold, 2012h)

„Das menschliche Leben ist ein heraklitischer Weg durch die Zeit, ein Prozess in permanenter Veränderung von Welt, der damit zugleich kreativ-kokreative Gestaltung des Lebensweges wird, auf dem die Subjekte voranschreiten – beständig Sinn erkennend und Sinn schaffend durch das Herstellen von Bezügen und Verbindungen über die Zeit hin und in alle Richtungen. Solcher Sinn wird immer wieder überschritten, kann sich immer wieder wandeln, wenn sich die Lebensverhältnisse verändern, die 'Welt' sich verändert. Im Althochdeutschen heißt sin Reise, Weg. Der Mensch ist semper in via. Der Lebensweg, wenn wir ihn bewusst durchmessen und für die Veränderungen der 'Landschaften', die er durchläuft, offen sind, bietet deshalb die Chance, daß wir selbst schöpferisch werden und Sinn aus all dem und mit all dem schaffen können, was uns 'unterwegs' begegnet – unseren Sinn als Ko-Kreation. Auf dem Hintergrund einer solchen 'Philosophie des Weges' sind Bildungsarbeit und Therapie (Petzold, Sieper 1970) deshalb kreative Prozesse der Begleitung von Menschen auf Wegen kokreativer Sinnschöpfung“ (Petzold 1971k)“ H.G.Petzold,2012h)

1. WEG: „Sich selbst verstehen, die Menschen, das Leben verstehen lernen.“

„Ziele dieses sind Förderung von Exzentrizität, Einsicht in Biographie, Übersicht über den Lebenskontext, Voraussicht auf Entwicklungen – insgesamt Sinnerleben und 17 Evidenzerfahrungen (Petzold 2003a) sowie ein Bewusstwerden der eigenen Selbstsorge und Selbsttechniken der Subjektconstitution (Petzold, Orth, Sieper 2000). Bei diesem ersten WEG geht es um Bewußtseinsarbeit, u.a. durch Förderung Wachsender Sinnwahrnehmungs-, Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität. Es geht um ein Überdenken des eigenen Lebens und der persönlichen Biographie in reflexiver, dialogischer und polylogischer Beziehungsarbeit, um ein Nachsinnen über das eigene Wesen, die eigene Persönlichkeit. Das sind Prozesse „im Fluss“ (Heraklit fr. B 91, vgl. Petzold, Sieper 1988), wie es für ein Bewusstwerden im verstehenden Miteinander therapeutischer Beziehung charakteristisch ist. – Bleibt man hier „auf dem WEGE“, so kann sich in der und durch die Therapie eine Dialektik von Vertiefung und Innovation entfalten, wie sie den gesamten Integrativen Ansatz kennzeichnet, und die Persönlichkeit wird weiter, reicher, stärker (enlargement, enrichment, empowerment, idem 1999p). Es geht um Einsicht in den eigenen Lebensvollzug, der damit nicht nur von unbewussten Dynamiken gesteuert wird (Eagleman 2012), sondern in dem ein Mensch in progredierenden, einsichtszentrierten Lernprozessen „mit sich selbst und mit Anderen über sich selbst“ zu Selbsterkenntnis, Lebenserfahrung, Sinnerleben kommt (Petzold, Orth 2005a). Soll für mich, für das Subjekt, eine „theory of my mind“ entstehen, erfordert das, dass ich feinhörig, feinspürig für mich selbst werde, zugleich natürlich auch für die Anderen, die ja Teil des Lebens sind, das ich verstehen, aufnehmen, interiorisieren und mentalisieren will (idem 2012h) mit beständig wachsender „Sinnwahrnehmungs-, Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs-, Sinnschöpfungskapazität(Petzold 2008b“. (H.G.Petzold, 2012h, 25)

Unter der Diagnose Krebs und in der Folgezeit braucht der Patient Gewinn von Einsicht und Erkenntnis über die neue Lebenssituation. Erklärungen werden gesucht. Bisher unreflektierte Aspekte des Handelns drängen sich in den Vordergrund. Der Patient macht sich -gemeinsam mit dem Therapeuten- auf den Weg, die Bedeutung seiner Symptome zu verstehen. Möglicherweise werden innere und äußere Konflikte, Störungen und die Auswirkungen von früher erlittenen Traumata im aktuellen(Er-)Leben des Patienten deutlich. Blockierungen können erkannt, emotional durchlebt und deren Sinnhaftigkeit im jeweiligen Lebenskontext verstanden werden. Hier geht es nicht nur um kognitive Einsichten, sondern auch um emotionales Sinnverstehen. Der Patient wird dabei unterstützt, die Veränderung zu akzeptieren, aus alten eventuell verschütteten

Ressourcen zu schöpfen und eventuell neue Kräfte zu aktivieren. Dieser Prozess der Auflösung narrativer Fixierungen geschieht durch das Erarbeiten mehrperspektivischer Einsicht. Patienten erzählen immer wieder, dass die Diagnose Krebs auch eine Befreiung ist, eingezwängte Strukturen zu verlassen. Die Sinnfrage und die Neukonstituierung von Lebenssinn stehen im Mittelpunkt. Was macht tatsächlich Sinn, was ist wesentlich für mich? Einige Patienten verändern ihr Leben radikal. Beispielsweise trennte sich eine 67-jährige Patientin von ihrem Ehemann. Sie bekam Wutausbrüche und wollte das Leben mit ihrem Mann nicht mehr teilen. Der Ehemann war noch sehr abhängig von seiner eigenen Mutter, und er ließ sich von ihr funktionalisieren. Ständig wäre seine Mutter anwesend. Sie fühlte sich eingeengt, da seine Mutter den Alltag bestimmen würde. Sie sagte: „Er glaubt, seine Mutter könne bei uns einziehen und ich pflege sie bis zum Tod.“ Nach der Trennung fühlte sie sich befreit und traf sich mit vielen alten Freunden, die sie vernachlässigt hatte. Aus der Selbstreflexion erwuchs mehr Selbstfürsorge. Nach ein paar Wochen bekam sie eine schlimme Panikattacke. Im Gespräch teilte sie mit, dass sie Todesängste hatte. Sie fühlte sich sehr alleingelassen und durch die massiven körperlichen Einschränkungen, z.B. die tumorbedingte Luftnot, geriet sie in große Angst. Sie wurde zusätzlich psychopharmakologisch medikamentös eingestellt. Inzwischen verstarb die Schwiegermutter. Der Mann ging wieder auf die Patientin zu und sie führten Gespräche über die Konflikte. Beide betonten, dass die Trennung eine wichtige Maßnahme war, um Veränderungen herbeizuführen. Die Patientin war sehr erleichtert über die Wiederannäherung. Beide wünschten weitere Gespräche zur Besprechung ihrer bisherigen Beziehung, um etwas an der Beziehung zu verändern und eine Verbesserung herbeizuführen. Hier ging es auch um gegenseitiges Verzeihen. Jedenfalls freute sich die Patientin über die wieder-eingeführten kleinen freundlichen Gesten ihres Partners. Inzwischen ist die Patientin verstorben. In weiteren Gesprächen mit dem Ehemann berichtete er unter Tränen, dass die Beziehung noch nie so innig und auch sexuell erfüllend gewesen sei, wie in den gemeinsamen letzten Monaten. Er vermisse seine Frau sehr. Dennoch sei es ein Trost, dass die Beziehung so erfüllt und friedvoll geendet sei. Eine erhöhte Sensibilität für Nützliches in ihrem Gefühlsleben, in ihren Einstellungen, ihren Verhaltensmustern und ihren Beziehungen haben Wandel und Neuorientierung in Gang gebracht.

Viele Patienten berichten von einer Richtungsänderung. Seit dem Einbruch der Erkrankung verstärken sie Selbstwahrnehmung und Achtsamkeit für die eigenen Bedürfnisse und Wünsche. Bislang seien sie den Erwartungen anderer gefolgt und haben sich mehr um deren Bedürfnisse gekümmert. Stress und Druck war die Folge. Sie spüren deutlicher was belastet und entlastet. Folge ist, vermehrt auf ihre eigene Stimme zu hören. Sie trauen sich direkter zu äußern, was sie denken und fühlen und können klarere Entscheidungen treffen. Im Prozess der Neuorientierung gewinnen sie die Energie, sich aktiver u.a. mit dem Behandlungsablauf auseinanderzusetzen. Sie erfahren sich weniger in der Opferrolle, sondern als aktiv Mitgestaltende.

2. WEG: „Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden.“ „Ziele dieses 2. WEGES sind Nach- und Neuzozialisation, u.a. durch perzeptive, emotionale, volitionale Differenzierungsarbeit im Beziehungserleben, differentielles Parenting/Reparenting. Therapie findet im zwischenmenschlichen Raum statt, weil Menschen in guten zwischenmenschlichen Milieus sich positiv entwickeln können, mitmenschlichen, emotional erlebten Sinn (felt sense, perceived meaning) erfahren können, der sie heil werden lässt. In negativen Beziehungserfahrungen sind sie beschädigt worden, haben den Abersinn von Gewalt und Missbrauch erfahren müssen, was Spuren hinterlassen hat, die durch korrigierende kognitive und emotionale Erfahrungen verändert werden müssen...Im zweiten Weg wird erlebbar, dass man

verstanden werden muss. Man braucht einen „Anderen“, braucht Andere, um ein vertieftes persönlichkeitskonstituierendes Wissen über sich selbst zu gewinnen. Eine „theory of my mind“ erwirbt man –entwicklungspsychoökologisch betrachtet (Nelson 1989, 2007) – erst, wenn ein Mensch im intersubjektiven Nahraum empathisch erfasst worden ist und er Menschen in seinem Nahraum hat, denen er zugehört, die sich von ihm erfassen lassen, sich ihm öffnen, damit er sie empathisch erfassen darf, weil sie einander zugehören. In solchen zwischenleiblichen Austauschprozessen, wird schon in utero Grundvertrauen gebildet, wird man beziehungsfähig, bezogen zum Anderen hin. Wenn man von ihm, dem Anderen, vielfältige emotionale Ströme spürt, vor allem Liebe, und auf diese Liebe mit eigener Liebe zu antworten lernt, wird man beziehungsfähig und es entsteht ein Selbstbezug im Geschehen solcher sozialisatorischer Wechselseitigkeit durch „Differenzierungen“ des emotionalen Erlebens und Lebens, die in integrativer Weise interiorisiert werden (sensu Vygotskij, vgl. Petzold 2012e und Jantzen 2008;). Zugleich entsteht von Kleinkindzeiten an ein zunehmend differenzierterer Bezug zu Anderen (plur., da in polyadischen Affiliationen bzw. Bindungen, Petzold, Müller 2005/2007). Dadurch kann ein Mensch sich selbst zum Freund werden, weil er – auf „friendly companionship“ genetisch disponiert (Trevvarthen 2001; Tronik 2007) – nicht abgelehnt wurde (Ferenczi 1929), sondern freundliche Aufnahme in dieser Welt erfahren hat und erfährt. Das ist nicht nur in früher Kindheit wichtig, sondern über die Lebensspanne hin. Es ist schlimm, nicht geliebt zu werden, und furchtbar, niemanden lieben zu dürfen. Der Selbstbezug bedarf Erfahrungen der Bezogenheit, sonst verkümmert er.“ (H.G.Petzold, 2012h, 25, 26)

Bei einer schweren körperlichen Erkrankung können heilsame therapeutische Beziehungen, in deren Rahmen der Mensch in seiner Ganzheit gesehen wird, erschüttertes Grundvertrauen wieder stärken. Durch die emotionale Zuwendung können korrigierende emotionale Erfahrungen ermöglicht werden.

Beispiel: Eine Patientin fühlte sich von ihrem Mann sehr vernachlässigt. Sie ging alleine zur Chemotherapie-Behandlung und erlebte, wie andere Patientinnen in Begleitung ihrer Partner liebevoll unterstützt wurden. Ihr Mann gab an, dass er zu stark mit seiner Berufstätigkeit beschäftigt sei. Die Patientin fand aber heraus, dass ihr Mann sich in Wirklichkeit mit einer anderen Frau traf. In einem gemeinsamen Gespräch mit der Patientin forderte mich der Ehemann auf, Verständnis für ihn aufzubringen. Er könne seine sexuellen Bedürfnisse nicht unterdrücken. In der Ehe wurde wenig miteinander geredet und die individuellen Bedürfnisse schon lange nicht mehr ausgetauscht. Die Frau erlebte es als eine Wohltat, dass ich klar Stellung bezog und ihrem Mann in seinem Verhalten keine Absolution erteilte, was er sich wünschte. Die Patientin erkannte, dass sie sich wie ihre Mutter verhielt. Ihr Vater sei oft fremdgegangen. Sie habe den Schmerz ihrer Mutter als Kind übernommen und duldsam bis heute ausgehalten. Diese frühen Szenen des leisen Leidens der Mutter durchlebte sie erneut schmerzhaft. Ihr wurde bewusst, dass die Mutter in diesem Verhalten gefangen war und keinen Raum für ihre Bedürfnisse als Tochter aufbringen konnte. Sie habe es als sehr wohltuend empfunden, jetzt in ihrem Schmerz wahr- und ernstgenommen zu werden. Sie fühlte sich durch meine Solidarität gestärkt. In weiteren Paargesprächen konnten Missstimmungen, Verletzungen, nichterfüllte Bedürfnisse ausgesprochen werden. Ein Durchbruch für das Ehepaar war, überhaupt eigene Befindlichkeiten aussprechen zu können. Dabei war ein zentrales Thema, einander in den jeweiligen Wünschen und sexuellen Bedürfnissen wahrzunehmen und Überlegungen anzustellen, wie jeder mehr Zufriedenheit erreichen kann.

3. WEG: „Neugierde auf sich selbst, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“ „Beim 3. WEG geht es um ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung. Seine Ziele sind, den Erlebens- und Ausdrucksspielraum der PatientInnen u.a. durch multiple Stimulierung zu erweitern, das Ressourcenpotential zu vergrößern, Ressourcennutzung zu verbessern, Selbstwirksamkeitserwartungen sowie die Kompetenzen und Performanzen des Copings und Creatings zu fördern (Petzold 1997p), schließlich neue Strukturbildung anzuregen. Auf dem soliden Boden interiorisierter positiver Beziehungserfahrungen und sicherer Bindungen (Grossmann, Grossmann 2012) wird man in diesem 3. WEG schöpferisch, ko-kreativ, kann beherzt mit der Welt vielfältige Kontakte aufnehmen, sich auf Situationen, Begegnungen mit Menschen einlassen. Man erlebt, wie man mit „explorativer Neugier“ – aus integrativer Sicht ein zentraler, überlebenssichernder menschlicher Grundantrieb (Petzold 2003e) – in die Welt hineingeht: auf der Suche nach Nahrung, Schutz und Schätzen, was sich oft genug als eine Suche und ein Finden eigener Möglichkeiten erweist. Und was gefunden wird, kann gestaltet werden. Das „poietische Gestaltungsstreben“ ist ein weiterer zentraler Antrieb (ibid.). Er bezieht sich nicht nur auf Dinge der materiellen Welt, sondern auch auf Gegenstände, Themen der mentalen Welt (Moscovici 2001; Petzold 2008b) und damit auf die Möglichkeit der Selbstgestaltung – von Äußerem: Kleidung, Schmuck, Wohnraum, Garten, bis zu Innerem: Räume des Denkens, Fühlens, der Haltungen, Tugenden, der eignen Persönlichkeit und ihres Lebensstils. Aus evolutionstheoretischer Sicht sind die „Mentalisierungen“ (sensu Vygotskij) aus konkretem Welterleben und poietischer Weltgestaltung hervorgegangen (Petzold 2010f). Der Mensch ist vom Wesen her „creator“ (Moreno 1990), ein „produktiver Realitätsgestalter“ (Hurrelmann 1995), der „sich selbst zum Projekt“ machen kann (Hartz, Petzold 2010). Auf seine Kreativität bzw. Kokreativität greift der „dritte WEG“ der Integrativen Therapie zurück. Er setzt bei den Ressourcen und den Potentialen an (Petzold 1997p; Petzold, Sieper 2011), bei den „alternativen Erfahrungen“ (idem 2003a, 695f), die zu heilen vermögen, ohne dass es unbedingt immer Prozesse der „Aufarbeitung“ geben muss und zwar durch bloße Neubahnung aufgrund des Durchlebens neuer Erfahrungen.“ (H.G. Petzold 2012, 26, 27)

Gerade in Grenzsituationen kann persönliches Wachstum durch neue Erfahrungen und Erlebnisse angeregt werden. Ich empfehle Patientinnen die Frauenselbsthilfe nach Krebs immer wieder gerne. Die Frauen unterstützen sich untereinander. Es geht darum, das Leid, gewonnene Informationen und Erfahrungen zu teilen und einander nutzbar zu machen. Durch die unterschiedlichen Erfahrungen des Leids motivieren sich die Frauen den Mut aufzubringen, die nicht gelebten Träume sich einzugestehen und zu leben. Dabei ist es wichtig sich abgrenzen zu können, was gerade Frauen schwer fällt. Sie scheuen sich oft ein Nein zu sagen aus Angst vor Ablehnung. In der Gruppe üben die Frauen u.a. Nein zu sagen, wenn sie ein Nein fühlen. Gemeinsame Aktivitäten wie ins Konzert gehen oder walken schaffen Verbundenheit und Freude.

Beispiel: Eine Patientin sehnte sich schon lange danach, tanzen zu gehen. Ihr Mann hatte keine Lust zum Tanzen und sie unterdrückte ihren Wunsch. Andere betroffene Frauen motivierten sie, ohne ihren Mann in die Tanzschule zu gehen. Sie wagte diesen Schritt mit einer Mitbetroffenen. Sie hatten viel Spaß und sie freute sich über die vielen positiven Rückmeldungen. Auffallend war, dass sie immer mehr aufblühte und sich in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt fühlte, was wiederum ihre erotische Anziehung auf ihren Partner sehr belebte. Das motivierte sie, viel mehr Wert auf ihr Äußeres zu legen. Sie besuchte einen Kosmetikkurs und eine Farbberatung. Ihr Outfit veränderte sich komplett. Sie hat es geschafft, die Blicke auf sich zu ziehen und hat enorm an Ausstrahlung gewonnen.

4.Weg: „Nicht alleine gehen, füreinander eintreten, gemeinsam Zukunft gewinnen“ „Im „vierten WEG“ geht es um Förderung von Solidaritätserfahrungen und von exzentrischer Übersicht. Ziele dieses Weges sind die Förderung von Metareflexivität, einer Übersicht über das Leben, die die individualisierende Perspektive übersteigt, die Mitmenschen, das Zwischenmenschliche, die menschliche Gemeinschaften, gesellschaftliche und Weltzusammenhänge in den Blick nimmt und aus dieser Vielperspektivität durch Exzentrizität das Gefühl von „Sinn in großen Zusammenhängen“ vermittelt und eine „altruistische Solidaritätsverpflichtung“ in den Raum stellt: in melioristischer Absicht für die Würde von Menschen und die Gewährleistung ihrer Integrität einzutreten – ein Beschädigung verhinderndes und zugleich ein heilsames Tun, denn „Menschenliebe heilt“ (Petzold, Sieper 2011; Petzold, Orth, Sieper 2010, Sieper, Orth, Petzold 2010). Mit einem solchen ethischen und sozialpolitischen Verständnis, das im Integrativen Ansatz seit seinen Anfängen vertiefend ausgearbeitet worden ist (idem 1978c, 2009d), erwächst die Verpflichtung solidarisch Hilfen zu geben. Es entsteht dabei zugleich die Möglichkeit, selbst durch solidarische Aktionen in Notsituationen Hilfe erhalten zu können. Hier, im vierten WEG, werden individualisierende Perspektiven überschritten und Akte der Solidarität eingefordert sowie die Bereitschaft, sich für bessere Lebens- und Weltverhältnisse melioristisch zu engagieren.“ (H.G. Petzold 2012, 27)

Bisher gelebte Beziehungen sind bei den Patienten häufig aufgrund der stark veränderten Lebenssituation nicht mehr tragfähig. Freunde bekommen Ängste vor der Erkrankung und möchten sich deshalb erst gar nicht damit konfrontieren. Viele scheuen sich auch davor, den langwierigen Weg von Leid und Krankheit mitzugehen.

Die Solidarität unter den Patienten und das daraus entstehende Gefühl, nicht alleine in der Erkrankung mit den sexuellen Einschränkungen zu sein, kann tröstend sein. Gerade die Sexualität ist ein ganz intimes Thema und bedarf sensibler und mitfühlender Zuhörer. Der Austausch mit Verbündeten kann den Schmerz über den Verlust einer unbefangenen gelebten Sexualität erträglicher machen und zu neuen Ideen und somit zu handlungsfähigen Verhaltensweisen führen. Das Selbstbewusstsein wird dadurch erheblich gestärkt. Aus dem erlebten Schrecken und dem Leid schöpfen sie in der Gemeinschaft mehr Verbundenheit zu sich selbst und zu anderen Betroffenen. Sie geben sich gegenseitig Mut, Kraft und Selbstvertrauen. Das Leben macht wieder Sinn und sie erleben, dass sie die Aufgaben und schwierige Situationen erst in der Gemeinschaft bewältigen können. Das Engagement in der Selbsthilfegruppe bereitet Freude und die gegenseitige Ermutigung, Bedrohungen emotional zuzulassen und situationsadäquat ressourcenvoll zu beantworten, stärkt das Selbstvertrauen. Aus dem Opfergefühl kann sich nun Tatendrang entwickeln. Dadurch kann auch die partnerschaftliche Sexualität neue Impulse bekommen und eine unbefangener Umgang miteinander möglich werden.

Darüber hinaus engagieren sich immer mehr Betroffene, ihre Erfahrungen weiterzugeben, und sind in Selbsthilfegruppen, sozialen Projektgruppen oder sozialen Netzwerken aktiv. Für Neuerkrankte ist der Austausch sehr hilfreich und wohltuend.

Gegenseitige Anteilnahme, Fürsorge, Anerkennung, Wertschätzung und wertvolle Informationen können Beruhigung schaffen und dem Gefühl des Ausgeliefertsein entgegenwirken. Vielfach entstehen neue Freundschaften.

2.1 Verständnis von Psychoonkologie

Im Januar 2014 wurde die S3 Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten veröffentlicht. Erfreulich für unser

psychoonkologisches Team war es, festzustellen, dass wir diese Leitlinie weitgehend umsetzen.

Psychoonkologie befasst sich mit der wissenschaftlich fundierten Begleitung, Beratung und Behandlung von Tumorpatienten, deren Angehörigen (dazu gehören auch Freunde) in den verschiedenen Krankheitsphasen der Prävention, der Akutversorgung, der Nachsorge und in der Rehabilitation. Der psychoonkologische Interventionsansatz ist inhaltlich auf Entlastung, gezielte Unterstützung und Verbesserung der Lebensqualität des einzelnen Patienten und seiner Angehörigen ausgerichtet. Psychoonkologie repräsentiert ein bio-psycho-soziales Verständnis von Krankheit und Gesundheit, das sich in einem multidisziplinären Engagement realisieren sollte. Dieses ganzheitliche Konzept verbindet drei grundlegende Lebensbereiche der Erkrankten miteinander:

Körperliches Geschehen: Mit der Krebserkrankungsart und dem Erkrankungsstadium stehen biologisches Geschehen, die Behandlung und die Folgen oder das als verändert empfundene Körperbild im Mittelpunkt. Wie schwer fällt es uns z.B., unseren Alterungsprozess anzunehmen, dem wir ausgesetzt sind: Gewichtszunahme, Erschlaffung der Haut, möglicherweise trockene Scheide, verkümmerte Lust. Diese eigenen körperlichen Veränderungen können erahnen lassen, was oft ein Krebserkrankter zu erdulden und durchzumachen hat.

Intrapsychische Prozesse: Innerhalb des Krankheitsverlaufs können die psychischen Grundfunktionen (Denken, Fühlen, Wollen) beeinträchtigt bzw. verändert werden. Zum einen können die Zytostatika konkrete Veränderungen hervorrufen wie Unkonzentriertheit, Vergesslichkeit, depressive Verstimmungen. Zum anderen können die immer wiederkehrenden medizinischen Abläufe zur Aversion führen, z.B. können viele Patienten nach einer Zeit keine Spritze mehr ertragen. Die Beeinflussung körperlichen Erlebens (z.B. Schmerzempfindung), kann sich auch auf das Verhalten des Patienten (z.B. Aggressivität, Depressivität) und auf das soziale Umfeld auswirken. Der unbedingte Überlebenswille dreht sich manchmal ins Gegenteil: nicht mehr leben zu wollen. Hier sind erweiterte und konstruktive Veränderung der psychischen Grundfunktionen des Denkens, Fühlens und Wollens anzuregen. Die Wertschätzung des Lebens, die tiefe Verbundenheit zum Leben (z.B. zur Natur), die Liebe des Partners und die der treubleibenden Freunde können hier überlebenswichtige Anker und Motivatoren sein. Hier gilt es konkreten Zugang zu persönlichen Kraftquellen und eigenen wertschätzenden Eigenschaften wieder zu erlangen oder sich darauf zu besinnen. Manchmal helfen ganz einfache Interventionen: achtsam die Aufmerksamkeit auf den Atem zu lenken oder in die Natur zu gehen und sie bewusst mit allen Sinnen (sehen, hören, riechen, schmecken, (er)fühlen und (er)tasten) wahrzunehmen.

„Blühende Bäume und Blumenbeete erfreuen das Herz der Betrachter, entspannen, beruhigen und beglücken. „Heute sind die „neuen Naturtherapien“ – so habe ich (H.G. Petzold) sie genannt – wie Landschafts- und Gartentherapie oder tiergestützte Interventionen innovative Wege der Krankenbehandlung und der Förderung von Gesundheit und biophilem Bewusstsein. .. Dysthyme Menschen leiden oft unter Sinn- und Hoffnungslosigkeit, einem Fehlen von Lebenszielen. Sie sind von Unruhe, Beunruhigung, Grübelzwängen gequält. Hier haben wir die Methode der „Green Meditation“ als Praxis komplexer Achtsamkeit entwickelt. Das Einsinken ins „Grün“, in die Prozesse des Lebendigen durch meditative Betrachtung und vertieftes Naturerleben vermittelt Sinnerfahrung, Trost und Freude am Lebendigen. Die depressive Stimmung erfährt Umstimmung durch emotionales Modulieren. .. Der „depressive Leib“ mit flachem Tonus, schwacher Kondition, etc. braucht physische Revitalisierung, die depressive Stimmungslage bedarf der Aufhellung, negatives Denken wird durch das Erleben von Wachstum und Lebendigkeit in der Natur zu positiven Kognitionen und Emotionen gelenkt, soziale Iso-

lation wird durch Gruppenaktivitäten in Garten und Landschaft durchbrochen. (Petzold, 2014)

„**GREEN CARE** bringt mit „**salutogenetischer, ressourcen- und potentialorientierter**“ Zielsetzung Ansätze a k t i v e r Naturerfahrung (Wandern, Outdoor-Activity, Green Power Training etc.) zum Einsatz oder des r e z e p t i v e n Naturerlebens (Naturbeobachtung, Green Exercises, Green Meditation), um Gesundheit, Wohlbefinden, Vitalität und Lebensglück von Menschen zu fördern. Dazu werden für die Bevölkerung – gendersensibel – für Frauen und Männer und generationensensibel „in der Lebensspanne“ für alte und junge Menschen **präventive** und **rekreative** Angebote in den Bereichen Stressreduktion, Entspannung, Erholung, Frische, Aktivierung, Kreativität geschaffen. Weiterhin werden **ko-kreative** Aktionsfelder „in der, mit der und durch die Natur“ bereit gestellt, um **Probleme** zu lösen oder **Ressourcen** und **Potentiale** zu entwickeln (**PRP-Perspektive**). Es sind immer zugleich Projekte *für die Menschen u n d für die Natur*, denn beides ist untrennbar verbunden. Es sind immer wieder auch Projekte für andere Lebewesen, für *Bäume, Pflanzen, Tiere* – z. B. durch Schutzzonen, Artenschutz, artgerechte Haltung usw.

- **GREEN CARE** umfasst mit „**klinisch-kurativer** und **rehabilitativer**“ Zielsetzung h u m a n t h e r a p e u t i s c h e Maßnahmen z. B. in Psycho-, Sozio-, Bewegungs-, Sport-, Ergotherapie und selbstverständlich Formen der Naturtherapie: Garten-, Landschafts-, Wald-, Wasser- und Tiergestützte Therapie. Sie dienen in indikationsspezifischen „**Bündeln von Maßnahmen**“ dazu, Menschen Entlastung und Hilfen zu bieten, die unter akutem oder chronischem körperlichem, seelischem, sozialem **Stress** stehen (Schichtdienst, Mobbing etc.) und ökologischen Belastungen (z. B. Lärm, Elektromog) ausgesetzt sind. Sie wollen für PatientInnen, die von psychosozialen **Problemen** betroffen sind oder an komplexen **Störungen** leiden, z.B. ökopsychosomatischen Beschwerden und chronischen bzw. chronifizierten Erkrankungen, wirksame Behandlungsmöglichkeiten und Unterstützung für die Veränderung **dysfunktionaler Lebensstile** bieten, die sowohl bei den symptomorientierten, behavioralen, aber auch bei den psychodynamisch ausgerichteten Behandlungsstrategien vieler Psychotherapieverfahren nicht hinreichend berücksichtigt werden. Es geht darum, **für** PatientInnen und **mit ihnen** in therapeutischen und mitmenschlichen Beziehungen oder auch durch Tier- und Pflanzenkontakte die heilsamen und gesundheitsförderlichen Potentiale der Natur zu erschließen und zu nutzen.“ (Petzold 2015 c)

„Wenn wir eintauchen in das dunkle Grün dichten Waldes, versinken wir in eine Ruhe, in der jede Beunruhigung schwindet. – Viele Menschen haben solche Erfahrungen gemacht, viele aber auch nicht. Ihnen ist Wesentliches entgangen, wenn ihre Seele nie „begrünt“ worden ist (Petzold 2014 q). Sie tragen dann keine inneren Bilder heilsamer Naturerfahrung in sich, keine „flammende Grünkraft“ (viriditas) – so Hildegard von Bingen (Strack 2011). Grün ist eine „Farbmetapher“ für Vitalität, Gesundheit, Wachstum, Lebenskraft, Hoffnung, die „grüne Seite“ der jungen Liebe (Heller 2006), und Grün ist mehr als das: Es ist das existenzielle Lebensgefühl, das uns durchströmt, wenn das Leuchten der Frühjahrsweiden und das lachende Maiengrün uns mit sprühender Kraft, mit Leichtigkeit, und Heiterkeit erfüllt, in der das Leben grüngolden zu schimmern beginnt, in einer „Freude am Lebendigen“ aufbricht und in einer „Liebe zum Lebendigen“ strömt. Das bedeutet „Begrünung der Seele“ als meditative Erfahrung: von „Grün durchflutet“ zu werden. Grün kommt – wie auch das Wort Gras – von althochdeutsch grouen, wachsen, sprießen, grünen, gedeihen (engl. grow). Wo Grün ist, ist Leben. Aber die WEGE des Lebens führen uns nicht nur durch „grüne Auen“, sondern auch durch Wüsteneien und Einöden (ahd. wuosti = leer, öde, lat. vastus = weit, leer, öde; Lindemann 2000). Dann gilt es Ausschau zu halten nach „Oasen des Grüns“ und nach sicheren WEGEN, die wieder herausführen in die „Fülle des Lebens“, und die ist grün. Die

Integrative Therapie mit ihrer „Philosophie des WEGES“ (2006u, Petzold, Orth 2004b, 2014) und „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ (Sieper 2007b) ermutigt dazu, wo immer man Menschen auch auf ihrem Lebensweg begegnet, ihnen gutes „WEGgeleit“ zu geben, KonvoiArbeit zu leisten – sie auf „grünen Pfaden“ zu begleiten (Petzold 1995a, 2007d; Hass, Petzold 1999). Ihre „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ bieten hierfür fundierte Hilfen (1988d, 2012h). (Petzold 2015b, 2,3)

Um überhaupt unausweichliche bedrohliche Lebensereignisse ertragen zu können, kann Green Care Stabilisierung schaffen - eine Grundlage um den schmerzhaften Veränderungen nicht ausweichen zu müssen, sondern sie fühlen und annehmen zu können. Dieser Prozess ist für die meisten Menschen die schwerste Hürde überhaupt und verläuft in immer wiederkehrenden nichtzyklischen Prozessen ab wie Schock, Nichtwahrhabenwollen, Zorn, Wut, Depression einerseits, und andererseits Annahme und die Bereitschaft neue Erfahrungen zu machen und andere Wege zu gehen. In der Integrativen Therapie sprechen wir hier von der hermeneutischen Spirale: „fortschreitendes, immer tiefer dringendes Verstehen und Wahrnehmen des Patienten (seiner Geschichte), der sich auch selber (seine Gefühle, seine Symptome, etc.) im Verlauf des Prozesses immer besser verstehen lernt (wobei Spirale als Gegenteil eines Circulus vitiosus zu verstehen ist); die Begegnung und Auseinandersetzung in dieser Spirale zwischen Arzt und Patient findet auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftebene statt = korrespondierende Hermeneutik: „Von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen“. Von „therapeutische Hermeneutik“ spricht man also, wenn die Deutung therapeutischen Effekt hat und von „hermeneutischer Therapie“, wenn die Therapie die hermeneutische Methode anwendet. Die hermeneutische Spirale lautet: „Wahrnehmen ⇒ Erfassen ⇒ Verstehen ⇒ Erklären“ (Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie,24)

Je besser die Patienten ihre Situation wahrnehmen, erfassen, verstehen, sich erklären können, umso besser können sie sich in ihr zurechtfinden.

Persönlicher und gesellschaftlicher Kontext: Hier sind persönliche Sichtweisen des Patienten, interiorisierte gesellschaftliche Einstellungen gegenüber malignen Erkrankungen in der Behandler-Patienten-Kommunikation mit einzubeziehen. Krankheit ist für viele Menschen immer noch ein Makel. Sterben und Tod wird in unserer Gesellschaft zunehmend als Thema in den Fokus genommen. Dennoch fällt es uns Menschen sehr schwer, uns persönlich mit diesem Thema auseinanderzusetzen, da Abschied nehmen und die Welt verlassen zu müssen und nicht zu wissen, wohin die Reise geht, Ängste und Schmerzen auslösen können. Das Gefühl, sich schuldig gemacht zu haben und den gesellschaftlichen und religiösen Normvorstellungen nicht gerecht geworden zu sein, kann zu einer unerträglichen Qual werden und zu Bestrafungsphantasien vor Gott führen. Manche Erkrankte fühlen sich selber und für die Gesellschaft wertlos und sehen sich lediglich als Kostenfaktor. Die offiziell als Wert geltenden Maßstäbe bröckeln: Mein Haus, mein Auto, meine Arbeit, mein schöner Körper. Über das Gefühl der Einsamkeit, der gefühlten sozialen Ausgrenzung und Diskriminierung aufgrund der Folgen der Erkrankung berichten die Patienten immer häufiger.

2.2 Haltung und Menschenbild

Grundlegende Haltung und Menschenbild in meiner therapeutischen Arbeit sind:

- Annehmen, Akzeptanz und Wertschätzen der Patienten
- Akzeptanz der Selbsteinschätzung der Patienten hinsichtlich des Behandlungsbedarfs
- Beachtung von Abgrenzungssignalen des Patienten
- Empathie, Echtheit und Selbstkongruenz
- Partielles Engagement / Selbstfürsorge

Handlungsleitend für mich ist das Menschenbild der Integrativen Therapie: „In der Integrativen Therapie“ wird der »Mensch – Mann und Frau – als ein „Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext und Zeitkontinuum“ gesehen, als „Leibsubjekt in der Lebenswelt“, das sich in komplexen evolutionären Prozessen entwickelt hat, von „bewussten und unbewussten“ Strebungen bestimmt ist und in „fundamentaler Korrespondenz mit der Welt und den Mitmenschen“ steht, um sein Leben und seine Weltverhältnisse kokreativ zu gestalten“ (vgl. Petzold 1991e, 2003e). In einem solchen „biopsychosozialen“ Modell (Orth, Petzold 2001) werden die seelischen und geistigen Prozesse des Subjekts nicht dualistisch, sondern im monistischen Sinn an die materielle Grundlage eines funktionsfähigen Gehirns gebunden und dabei von den soziokulturellen gesellschaftlichen Verhältnissen bestimmt gesehen (Lurija 1993; Petzold, Sieper 2007b). Die Konsequenz aus einem so umfassenden Menschenbild für die Praxis der Therapie ist, dass nicht nur Psychotherapie betrieben werden kann, sondern dass der „Körper“ einbezogen werden muss (durch körpertherapeutische, bewegungs-, entspannungs- und kreativtherapeutische Ansätze), dass die „Seele“, d.h. motivationales und emotionales Geschehen durch psychotherapeutische Methoden behandelt wird und dass für Belange des „Geistes“ (Fragen nach dem Lebenssinn, nach Zielen und Werten) Wege der Meditation oder das sokratische Sinngespräch aufgegriffen werden, dass schließlich für Probleme aus der Lebensgeschichte, aus der gegenwärtigen Lebenslage und der erwarteten persönlichen Zukunft (Kontext/Kontinuum), d. h. in der Bearbeitung sozialer Probleme soziotherapeutische, familientherapeutische und netzwerktherapeutische Ansätze zur Anwendung kommen.“ (H.G.Petzold, Was ist Integrative Therapie, Leitlinien und Grundkonzepte, 5)

2.3 Unsere Voraussetzungen für Psychoonkologie im (teil-)stationären Klinikbereich

Qualitative und wirksame psychoonkologische Mitbehandlung setzen strukturelle und organisatorische Mindestbedingungen voraus. Diese müssen der besonderen Situation der Patienten (Auswirkungen von Krankheit und Therapie sowie existentielle Bedrohung) und deren Umfeld gerecht werden:

- angemessene, niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten zu psychoonkologischen Angeboten (u.a. Information über das Angebot, angemessene Möglichkeiten zur Durchführung von Diagnostik und Gespräch / Therapie). Die Versorgung erfolgt unabhängig von der onkologischen Diagnose, dem soziokulturellen Hintergrund, der Sprache, dem Alter, des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung.
- fundiertes Störungswissen und Veränderungswissen in der hoch individualisierten psychoonkologischen Therapie
- Einbettung in das multiprofessionelle Behandlungsteam

Die psychoonkologische Versorgung in den Kliniken Essen-Mitte soll in interdisziplinärer Kooperation aller an Behandlung und Versorgung beteiligter Berufsgruppen geschehen. Die Zusammenarbeit soll auf dem Respekt vor dem jeweils anderen Fachwissen basieren. Qualifizierte psychoonkologische Behandlung umfasst qualifizierte Beratung und Begleitung mit dem Ziel einer verbesserten Bewältigung von Krankheit sowie Krankheits- und Behandlungsfolgen. Im Sinne einer optimalen Versorgung nehmen die Mitarbeiter des psychoonkologischen Dienstes eine fördernde und -wenn notwendig- auch vermittelnde Aufgabe zwischen Patient, Angehörigen und Behandlungsteam wahr.

2.4 Zugangswege zur psychoonkologischen Begleitung in den Kliniken Essen-Mitte

Ausschlaggebend für die psychoonkologische Begleitung ist der von Patient und sozialem Umfeld geäußerte Bedarf. Dieser wird direkt von Patienten und Angehörigen oder dem sozialen Umfeld geäußert oder über ein systematisches Screening bei uns mittels Hornheider Screening Instrument (HSI) ermittelt. Andere psychoonkologische Dienste verwenden auch den Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D), der auch sehr empfehlenswert ist. Jeder Patient bekommt bei der Aufnahme von der Fachpflegekraft ein Exemplar des Hornheider Screening Instruments mit der Bitte, dieses am gleichen Tage auszufüllen. Das HSI wird dem psychoonkologischen Dienst zugeleitet und von diesem ausgewertet. Danach erfolgt nach ermitteltem Bedarf die Kontaktaufnahme. Ein weiterer Zugangsweg ist die aktive Rückmeldung über das Stationsteam (Fachpflegekraft, Arzt/Ärztin, Physiotherapeuten).

2.5 Indikationen

Krebserkrankungen sind mit starken psychischen Belastungen verbunden. Daher ist die therapeutische Begleitung ein notwendiger und unverzichtbarer Bestandteil einer fundierten onkologischen Behandlung. Eine große Bandbreite an emotionalen und Verhaltensreaktionen bis hin zu psychopathologischen Entwicklungen können im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung auftreten.

Folgende Reaktionen und psychische Störungen sind zu nennen:

- schwieriger Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen u.a. mit dem veränderten Körperbild und der Leistungsfähigkeit
- akute Belastungsreaktionen
- Angststörungen
- Panikattacken
- Anpassungsstörungen
- Phobische Störungen
- affektive Störungen (Depressivität, Dysthyme Störung)
- Schlafstörungen
- Schuld- und Schamgefühle
- Erschöpfungsreaktionen
- Vermeidung von Gefühlen
- Schmerzstörungen
- Suizidalität
- Posttraumatische Belastungsstörungen z.B. dissoziative Störungen
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Probleme mit der Sexualität in Folge von Erkrankung und Behandlung
- familiäre und soziale Belastungen
- Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Behandlern
- Störungen in der Kommunikation
- Verdrängung des Unausweichlichen: Sterben und Tod
- Trauer

Der Patient bestimmt den Bedarf oder den Nichtbedarf einer psychoonkologischen Begleitung. Behandlungsbedürftige Reaktionen und Störungen können auch bei Angehörigen und Freunden auftreten und von daher gilt unser Angebot auch für Angehörige und Freunde.

Psychoonkologische Interventionen sind z.B.:

- Bedarfserhebung
- Diagnostik
- Psychoedukation
- Verringerung von Informationsdefiziten
- Vermittlung von hilfreichen weiteren Versorgungsangeboten
- supportive Einzel-, Paar- und Familiengespräche
- Entspannungsverfahren und Imaginative Verfahren
- Förderung des emotionalen Ausdrucks
- Konfliktbearbeitung
- Ressourcenaktivierung
- Unterstützung der Krankheitsverarbeitung, Problem- und Angstbewältigung
- Verbesserung des Selbstwertgefühls
- Begleitung / Da Sein
- Biografie Arbeit und Lebensbilanz (Sinn verstehen)
- Unterstützung bei der Vorbereitung auf zukünftige Lebenssituationen
- Krisenintervention
- Spirituelle Begleitung
- Sterbebegleitung
- Trauerbegleitung

2.6 Ziele der psychoonkologischen Versorgung

Unser Ziel ist es, den an Krebs erkrankten Menschen begleitend zur Krebsdiagnostik, Krebsbehandlung und Krebsnachsorge nach Bedarf psychotherapeutisch zu behandeln, zu beraten, zu begleiten, zu informieren, zu unterstützen und dabei seine Ressourcen zu erkennen und in den Blick zu behalten.

Mit der Krebserkrankung ist der Patient vielfältigen Belastungen ausgesetzt. Zum Beispiel Abnahme von Selbständigkeit, Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, Verlust der sozialen Stellung, Gefährdung des Arbeitsplatzes, Probleme in der Partnerschaft, Veränderung der Sexualität, Auseinandersetzung mit einer lebensbedrohlichen Situation: Sterben und Tod. Oft ist es schwierig, ein Mindestmaß an Lebensqualität aufrechtzuerhalten oder wieder herzustellen. Schlechte Copingstrategien können unter Umständen bei den Patienten zu einer Verstärkung vorhandener und Entwicklung zusätzlicher psychosozialer und gesundheitlicher Risikofaktoren führen, wie z.B. zu erhöhtem Stress und deutlich verringerter Belastbarkeit in Beruf und Familie.

Mit einem differenziellen psychoonkologischen Interventionsangebot bieten wir den Patienten und ihren Angehörigen, die oft existentiell mitbetroffen sind, Unterstützung bei der Verarbeitung der Diagnoseeröffnung und der Krankheitsbelastungen in körperlicher, emotionaler und psychosozialer Hinsicht an. Therapeutische Hilfestellung, Klärung, Unterstützung, Stabilisierung, zielt auf die Verbesserung der Krankheitsbewältigung sowie Verbesserung des aktuellen Gesundheitszustandes durch Förderung von Selbsthilfepotentialen. Dabei spielt die Aktivierung vorhandener sozialer Ressourcen (Partner, Freunde, Verwandte) eine wichtige Rolle. Es gilt generell zu eruieren, was „dem Patienten an Eigen- und Fremdressourcen, z.B. an sozialem Netzwerk, physischer Konstitution, materiellen Mitteln, Bildung, Lebenserfahrung, Copingstrategien etc. zur Verfügung stehen“.(Petzold 1988n.207)

„Ressourcen sind alle erdenklichen Mittel der Hilfe und Unterstützung, ja die Prozesse des ‚Supports‘ selbst, mit denen Belastungen, Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden können: innere Ressourcen/Stützen wie physische Vitalität, emotionale Tragfähigkeit, Willensstärke, Intelligenz, geistige Werte aber auch äußere Ressour-

cen/Stützen wie Freunde, soziale Netzwerke (Moreno), Unterkunft, Geld. Ressourcen tragen dazu bei, die Stabilisierung einer erschütterten Persönlichkeit, einer zerrütteten Familie, eines maroden sozialen Systems, einer desorganisierten Organisation zu ermöglichen, die Selbstregulationskräfte und Interaktionskompetenz des Systems mit der Umwelt zu restituieren und darüber hinaus - derartige Konsolidierungen überschreitende - Entwicklungen auf den Weg zu bringen und zu fördern" (Petzold 1998, 356)

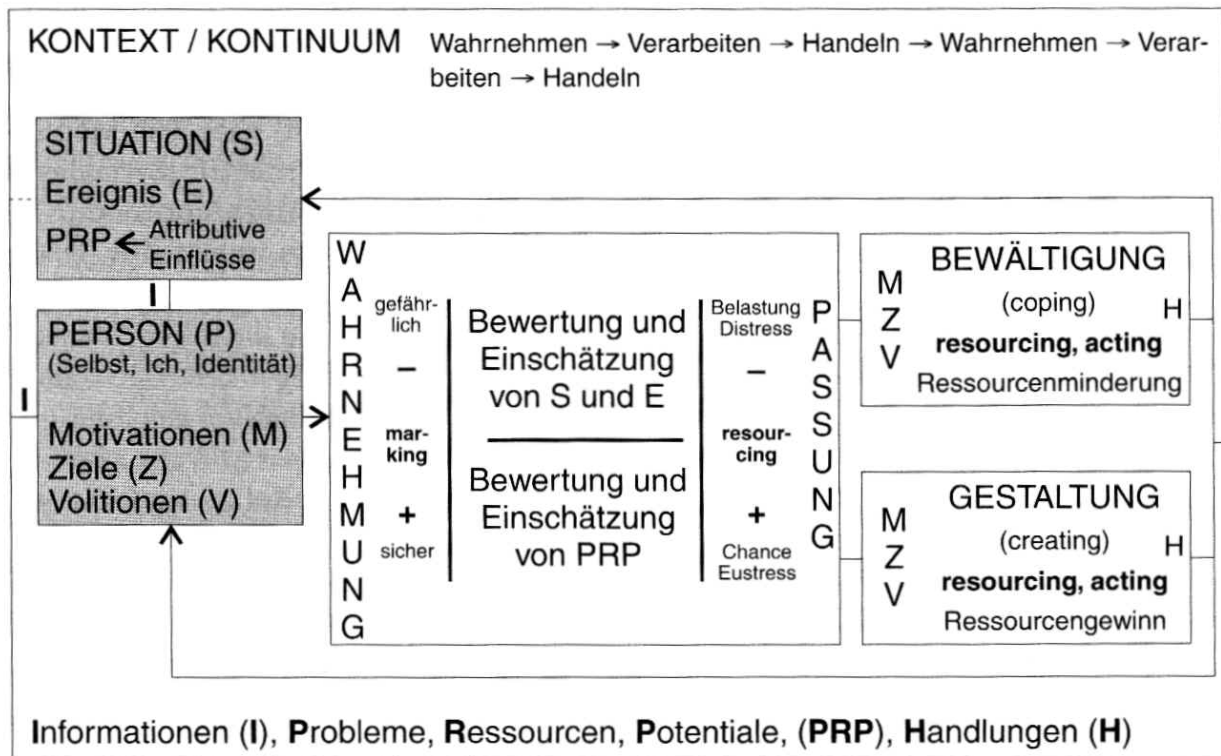


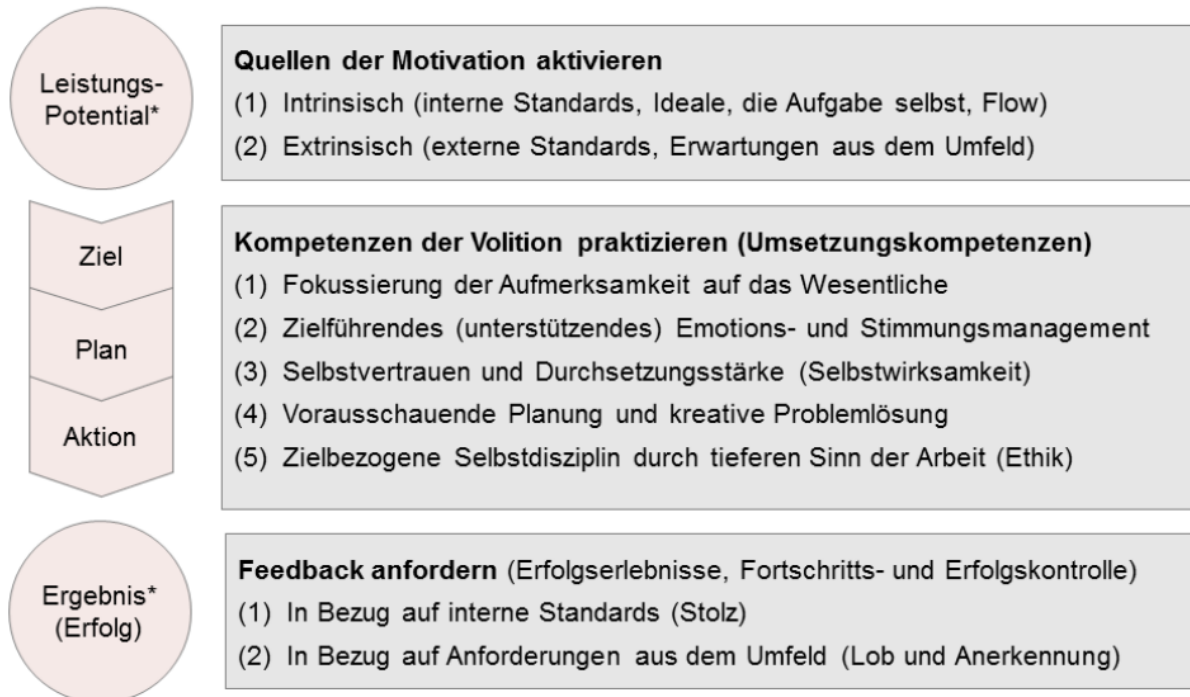
Abb. 4: Integratives Modell des Ressourcengebrauchs (Petzold 1998, 367)

„Ressourcen dienen dem System dazu, auf wahrgenommene, kontextbedingte Probleme (d.h. Aufgaben, Anforderungen, Schwierigkeiten) adäquat und effektiv antworten zu können oder aber innere Bedürfnisse und Interessen (Motivationen) und daraus folgende Erwartungen, Pläne, Entscheidungen, Willensentschlüsse- d.h. individuelle oder kollektive Volitionen durch Bewältigungsverhalten (coping) und/oder schöpferische Gestaltung (creating) zu realisieren.“ (H.G.Petzold (1997p)

Unter Volition wird verstanden, dass Ziele ganz bewusst und mit großer Willenskraft umgesetzt werden.

Entscheidend ist hier, die eigenen Ziele und Wünsche in messbare Resultate umsetzen zu wollen. Dafür reichen Willensäußerungen alleine nicht aus. Hier braucht es ergebnisorientierte Handlungen.

Den Zusammenhang von Motivation und Volition wird für mich sehr einleuchtend in der folgenden Graphik dargestellt.



*Das Verhältnis von Potential und Ergebnis nannte Narziß Ach den „Wirkungsrad des Wollens“

Quelle: Prof. Dr. Waldemar Pelz – Institut für Management-Innovation

[http://de.wikipedia.org/wiki/Volition_\(Psychologie\)#mediaviewer/File:Volition-Motivation.png](http://de.wikipedia.org/wiki/Volition_(Psychologie)#mediaviewer/File:Volition-Motivation.png)

Ausgehend von den Erfahrungen des Patienten und seinen bereits vorhandenen Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung können und müssen gezwungenermaßen durch die Erkrankung neue Lösungsstrategien (Coping-, Creating- und Konfliktlösungsstrategien) entwickelt werden. In der Integrativen Therapie werden Coping- und Creating- Prozesse als Interventionen eingesetzt, um Exzentrizität zu schaffen, Zugang zu den eigenen Kräften zu finden, neue Perspektiven zu entwickeln und vor allem Zutrauen zur eigenen Kompetenz und Selbstkontrolle und somit Selbstwirksamkeit wieder zu erlangen.

„Der Umgang mit Problemen (Coping), also die Bewältigung derselben kann unter folgenden Copingstilen stattfinden (Petzold 1989, 369):

- **Evasives Coping** sucht Belastungen und Bedrohungen durch Ausweich- und Vermeidungsstrategien zu entgehen
- **Aggressives Coping** will durch Strategien der Konfrontation, der (Selbst)- Behauptung, des Kampfes und durch alloplastisches Verhalten mit Negativeinwirkungen fertig werden
- **Adaptives Coping** versucht durch Strategien der Anpassung, Regression, Zurücknahme, autoplastisches Verhalten, mit Problemen, Belastungen, Überforderungen (threat, stress, strain) zurecht zu kommen. Gleichsam lassen sich für die Gestaltung der Potentiale (creating) nachfolgende Stile schöpferischen Handelns finden
- **Creative Adjustment:** ein kreatives Einpassen in vorhandene Gegebenheiten unter erfindungsreicher Ausnutzung der angetroffenen Möglichkeiten
- **Creative Chance:** ein kreatives Gestalten und Verändern der vorhandenen Gegebenheiten im Sinne ihrer Überschreitung und Ressourcenvermehrung

- **Creative Cooperation:** eine das individuelle schöpferische Tun überschreitende kokreative Aktivität, in der die Möglichkeiten einbezogen werden, Konflux-Phänomene (d.h. das fließende Zusammenspiel von Potenzialen) auftauchen, durch die neue Ressourcen freigesetzt bzw. geschaffen werden.“

Menschen erbringen gerade auch bei schweren Schicksalsschlägen und Erkrankungen Bewältigungsleistungen (Creating), die z.B. zur Abnahme depressiver Verarbeitungsweisen oder aus sozialer Isolation in mitmenschliche Verbundenheit führen. Die positive Folge ist ein Gefühl von Aufgehobensein im Leben. Der Betroffene braucht oft Mut, die Gefühle und Gedanken zuzulassen, auszusprechen, sich mit seiner neuen Situation auseinanderzusetzen und neue Erkenntnisse tätig umzusetzen. Die Förderung der Kommunikation spielt hier eine große Rolle in der Befähigung, sich existentiellen Fragen zu stellen, die mit Krebserkrankungen in der Regel verbunden sind. Möglich wird dadurch u.a. auch das Auflösen gedanklicher Blockaden und/oder Schuldgefühlen. Das Umbewerten und Neubewerten schafft häufig ein gelöstes und erlöstes Erleben. Neue Wege können beschritten werden.

Der Therapieverlauf in meiner Psychoonkologischen Begleitung erfolgt nach dem tetradischen Prozessmodell von H. Petzold (1974k, 1980g), [1a,80ff,220ff], in folgenden Phasen:

- 1) Initialphase: Hier geht es um den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung unter Exploration der augenblicklichen Situation und des biographischen Werdegangs.
- 2) Aktionsphase: Hier geht es um Erinnerungsarbeit. Erinnerungen werden szenisch nacherlebt, Probleme bearbeitet, Symptome werden verstehbar. Die Biographie und/oder aktuelle Probleme werden aufgearbeitet. Dies kann zu Chaos, Erschütterungen und Krisen führen, was zur Folge kathartische Abreaktionen haben kann. Die Grundlage für eine Stabilisierung ist das Bewusstmachen und Schaffen neuer Ressourcen und neuer Bewältigungsstrategien. Neue Sichtweisen auf die Themen und Aspekte führen zu neuen Erkenntnissen und ermöglichen Evidenzerlebnisse.
- 3) In der Integrationsphase geht es darum, die neuen Erkenntnisse und die erfahrenen Evidenzerlebnisse in das eigene Selbst- und Weltbild zu integrieren.
- 4) In der Neuorientierungsphase geht es darum, die in den vorhergehenden Phasen erarbeiteten Erkenntnisse in neue Denk,- Fühl- und Handlungsmuster umzusetzen und auszuprobieren.

Diese Phasen verlaufen nicht linear hierarchisch, sondern heraklitisch.

3. Sexualität und Krebs – zwei Tabus treffen aufeinander

Sexualität ist ein natürliches Bedürfnis – für die meisten Menschen ein wesentlicher Bestandteil einer glücklichen Partnerschaft.

Dennoch fällt es so vielen Menschen schwer, offen und direkt über ihre sexuellen Gefühle, Bedürfnisse, Wünsche und Abneigungen mit dem Partner zu sprechen und sie benötigen dafür eine große Portion Mut und Selbstüberwindung. Jeder Mensch hat seine sexuellen Vorstellungen, Wünsche und Phantasien, mit einer Spannbreite von sexuellen Erscheinungsformen, die kulturell und gesellschaftlich geprägt sind.

Die Komplexität des Themas „Sexualität“ beschreibt Avodah Offit folgendermaßen:

„Sexualität ist, was wir daraus machen:

Eine teure oder billige Ware,
Mittel der Fortpflanzung,
Abwehr der Einsamkeit,

eine Kommunikationsform,
eine Waffe der Aggression (Herrschaft, Macht, Strafe, Unterwerfung)
ein Sport, Liebe, Kunst, Schönheit,
ein idealer Zustand,
das Böse, das Gute,
Luxus oder Entspannung,
Belohnung,
Flucht,
ein Grund der Selbstachtung,
ein Ausdruck der Zuneigung,
eine Art der Rebellion,
eine Quelle der Freiheit,
Pflicht,
Vergnügen,
Vereinigung mit dem All,
mystische Ekstase,
indirekter Todeswunsch oder Todeserleben,
ein Weg zum Frieden,
eine juristische Streitsache,
eine Art, menschliches Neuland zu erkunden,
eine Technik,
eine biologische Funktion,
Ausdruck psychischer Gesundheit oder Krankheit
oder einfach eine sinnliche Erfahrung.“

Viele werden sich fragen, welche Rolle Sexualität in der existentiellen bedrohlichen Situation der Erkrankung spielt.

Die Frage ist, wie Sexualität definiert wird.

Gehört eine innige Umarmung nicht zur Sexualität?

Ich habe von Patienten gehört, dass sie eine Penetration beim sexuellen Akt in dieser lebensbedrohlichen Situation als Aufgehobensein und Geborgenheit erleben.

Andere empfinden es als letztes Aufbäumen gegen den Tod, als existentielles Lebensgefühl und als Beweis, dass sie leben.

Eine Angehörige erzählte, dass ihr Mann einen Tag vor seinem Tod mit ihr schlafen wollte und sie darüber erschrocken war und Ekel empfand, mit einem vom Tod gezeichneten Mann zu schlafen.

Für Andere ist es ein Liebesgefühl, ganz nah und umschlungen zusammen zu sein und den „zerschundenen Körper“ in den Armen zu halten und der Seele ganz nah zu sein.

Also sprechen wir über Sexualität bei Krebserkrankten, auch wenn Sexualität und Krebs zwei Tabuthemen sind. In meiner Arbeit erlebe ich nach wie vor, dass Krebs ein schambehaftetes, angstbesetztes Thema ist. Viele Menschen bringen die Krebserkrankung mit Verfall, Leid, Dahinsiechen, Isolation, Abhängigkeit und einem qualvollen Tod in Verbindung. Der eigene Wert wird vielfach über Leistungsfähigkeit, Makellosigkeit, Vitalität und materiellen Erfolg definiert. Diese internalisierten und teilweise gesellschaftlich diktierten Werte werden mit der Erkrankung in Frage gestellt.

Sexualität ist in den Medien ein massenhaft verbreitetes Thema, oft jenseits von Schamempfinden dargestellt.

Und wie ist es mit der Scham innerhalb der Partnerschaft? Wie wenig Menschen sprechen in ihrer Partnerschaft über ihre sexuellen Bedürfnisse, Lüste und Wünsche, Verletzlichkeiten und erst recht nicht, wenn der Körper nicht mehr „makellos“ ist. Wie

passt die öffentliche sexuelle Freizügigkeit in den Medien mit dem oftmals pruden Umgang in der Partnerschaft zusammen?

Wie viele Menschen haben Hemmungen aus der Scham heraus, sich dem Partner nackt zu zeigen. In den Medien wird man mit nackten Körpern - gerade auch in pornografischer Weise - überflutet. Auf Facebook, Twitter und What's App kursieren haufenweise Kurzfilme („Selfis“) über pornografische Stellungen beim eigenen Sex. Heutzutage wird der Körper erbarmungslos kritisch betrachtet und unterliegt einer gnadenlosen Zensur im Vergleich mit den ständig von uns zu betrachtenden tadellosen Körpern in den Medien. Wer kann diesen Idealen standhalten? Sollten die menschlichen Grundbedürfnisse wie Autonomie, Respekt und Würde, Beziehung, Authentizität und Individualität wieder in den Mittelpunkt rücken? Sollte nicht die Einzigartigkeit des Menschen zum Ideal werden? In der Auseinandersetzung in dieser existentiellen Situation erlebe ich in der Begleitung mit Betroffenen in vielen Krisenfällen eine Hinwendung zu den persönlichen Werten, sodass der Werte-Bereich eine immer wichtigere Rolle einzunehmen scheint. Die Fragen - was will ich eigentlich noch von meinem Leben, was will ich noch erreichen, wie sind meine Beziehungen zu den mir wichtigen Menschen, sind meine Lebensziele noch sinngesamt, kann ich meine Partnerschaft auch im sexuellen Bereich erfüllender gestalten – drängen sich in den Vordergrund.

Zur Tabuisierung von Sexualität führt Schuch 2012 folgendes aus:

„Es fügt sich das Bild praktisch generierter Wahrheit, dass es wahrscheinlich kein menschliches Themengebiet gibt wie das der Sexualität, das dermaßen vielzünftig verfassten multiplen Wahrheiten unterliegt. Ein Terrain, in dem sich soviel Wahres über den Menschen zeigt und gleichzeitig so viel verborgen bleibt, weil es intim bleibt und verheimlicht wird oder werden muss. Andererseits gibt es wohl auch keinen Lebensbereich, über den auf die eine oder andere Weise so viele Unwahrheiten vorgebracht werden. Letzteres geschieht meist aus gut nachvollziehbaren Gründen, befindet sich doch die Sexualität unter normativer gesellschaftlicher Kuratel, und handelt es sich doch nach wie vor um eine in vielfacher Hinsicht risikoreiche, soziale, kulturelle und persönliche Tabuzone. Zumal sexuelle Praktiken häufig als Tabubruch erfolgen, in der Nähe zu Rausch, Sucht, Gier, Macht, Schmerz und Gewalt.“

(Schuch, 2012,105)

Bei der Beschäftigung mit diesem Thema wurde mir sowohl im privaten Umfeld als auch im beruflichen Kontext signalisiert, dass ein Ansprechen der Sexualität als ein Eindringen in die Intimsphäre empfunden wird. Wie schwer wird es dann erst, die eigene Sexualität im Hinblick einer schweren Erkrankung zu thematisieren. Diese gesellschaftliche Doktrin des Schweigens bei sehr persönlichen Themen ist eine besondere Last für krebserkrankte Menschen, deren Körper durch die Erkrankung und deren Behandlung sich häufig extrem verändern.

Wird über Träume, Bedürfnisse, Gefühle und Gedanken gesprochen? Ich meine wenig oder nur dann, wenn der innere und äußere Druck nicht mehr aushaltbar ist.

Mein Anliegen ist, Sexualität bei der Krebserkrankung zu einem selbstverständlich kommunizierbaren Thema im Behandlungsplan zu implementieren und damit zu einer Verbesserung der Lebensqualität für die Patienten beizutragen.

Werte wie Makellosigkeit, Hochleistung und übertriebene Jagd nach Anerkennung und Aufmerksamkeit sind immer noch für viele Menschen hohe Herausforderer und Antreiber. Letztlich verhindern sie, sich selbst so anzunehmen wie man ist und seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse in die partnerschaftliche Sexualität einzubringen, um damit auch eine befriedigende Sexualität zu erleben. Kann es nicht auch bei einem versehrten Körper attraktiv sein, auf Entdeckungsreise zu sich selber zu gehen, um sich zu erforschen: wer bin ich, was macht mich aus und was macht mir mit meinem Partner

Freude? Denn hinter der Versehrtheit eröffnet sich ein Reich des Reichtums, das es zu erkunden und zu erforschen gilt. Dieser Weg kann lohnender und spannender sein, als das Wandeln entlang einer glatten Fassade.

Stellt nicht die Bewertung von Situationen das Problem dar? Was schön ist und nicht schön ist, was lebenswert und was nicht lebenswert ist, kann doch nur der Betrachter des Geschehens beurteilen. Wir leben stark in Polaritäten: in gut und schlecht. Wo Licht ist, fällt immer auch Schatten und wo Schatten ist, ist auch Licht. Ist nicht auch das in unseren Augen extrem Hässliche, Grauensvolle, Entsetzliche eine Schöpfung Gottes? Und verdient es nicht auch sich mit dem Schweren auseinanderzusetzen als Schatten unseres Selbst zur Vollkommenheit? Die Antwort liegt in dem Protagonisten und in seiner Auffassung, in jeder Begegnung den Menschen so zu sehen, wie er ist und den Versuch Kontakt herzustellen, bei dem Menschen zu Sein! Jenen schöpferischen Geist zu vertreten bedeutet in meinem Sinne einen freien Geist zu vertreten.

4. Folgen der Krebserkrankung und deren Behandlung auf die Sexualität

Im Jahr 2010 sind nach ZfKD-Schätzung (Das Zentrum für Krebsregisterdaten) im Robert Koch-Institut in Berlin insgesamt in Deutschland rund 477.300

Krebserkrankungen erstmalig diagnostiziert worden. Davon traten bei Männern ca. 252.400 und bei Frauen 224.900 Erkrankungen auf. Etwas mehr als die Hälfte der Fälle betreffen entweder die Brustdrüse (71.000), die Prostata (65.800), den Darm (62.400) oder die Lunge (52.100)

Jeder zweite Mann (51%) und 43% aller Frauen müssen derzeit damit rechnen, im Laufe des Lebens an Krebs zu erkranken. Jeder vierte Mann und jede fünfte Frau verstirbt an einer Krebserkrankung.

Die Zahlen deuten an, wie wichtig es ist, offen über die Folgen der Krebserkrankung, deren Behandlung und über die sexuellen Einschränkungen und Möglichkeiten zu sprechen, die den Weg zu einer bestmöglichen partnerschaftlichen Lebensqualität und sexueller Erfüllung ebnen. Denn eine erfüllte Sexualität und eine zufriedenstellende Partnerschaft sind gesundheitsfördernd und somit eine wichtige Ressource für die Gesundheit. Das Ergebnis einer Studie der Universität Bristol (GB) belegt, dass häufiger Sex die Gesundheit verbessert. Die Universität führte eine Langzeitstudie mit 1000 männlichen Probanden im Alter von 45 bis 59 Jahren durch. Es wurden zehn Jahre lang Daten gesammelt. Und das Ergebnis sagte aus, dass Sexualität ein Gesundheitselixier ist.

4.1 Körperliche Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität

Sexuelle Beeinträchtigungen durch **Operationen** können mit Funktionsstörungen wie Inkontinenz, Künstlicher Ausgang für Blase und Darm, Empfindungsstörungen wie Taubheitsgefühlen, Phantomschmerzen, Spannungszuständen, Wund- und Narbenschmerzen, Organverlusten, Amputationen und Veränderungen an den Geschlechtsorganen verbunden sein. Die Gefahr besteht, dass Nerven und Blutgefäße verletzt und dadurch sexuelle Funktionen gestört werden, z.B. bei der Prostataektomie können die für die Erektion notwendigen Nerven zerstört werden. Bei einer Brustentfernung kann das veränderte Körperbild und der damit verbundene Attraktivitätsverlust zu erheblichen Verunsicherungen und Selbstwertzweifeln, Minderwertigkeitsgefühlen und Einbußen des Selbstvertrauens führen. Verständlicherweise können diese einschneidenden Veränderungen zum sexuellen Rückzug führen.

Eine der Nebenwirkungen durch **Chemotherapie** ist eine vorübergehende Veränderung des Blutbildes, wodurch die Infektionsabwehr, die Blutgerinnung oder die Sauerstoffversorgung gestört sein können. Folge können eine erhöhte Blutungs-

neigung, Erschöpfung und Müdigkeit (Fatigue), Schleimhautentzündungen, Pilzinfektionen, bakterielle Infektionen und Hautausschläge sein. Wenn der Mund völlig entzündet ist, macht es kaum Spaß sich zu küssen. Viele Patienten haben aufgrund der Infektionsgefahr Angst sich anzustecken und ziehen sich deshalb zurück. Chemotherapie kann auch Haut- und Nagelveränderungen hervorrufen und diese können bei jeder Berührung schmerzhaft sein. Nervenschädigung an Fingern und Füßen können Empfindungsstörungen der Haut verursachen. Übelkeit und Erbrechen schwächen häufig den Körper und die Psyche und können ekelierend wirken. All diese Folgen können die eigene sexuelle Lust und die Attraktivität für den Partner erheblich beeinflussen.

Bei der Chemotherapie können nicht nur die subjektiv empfundenen körperlichen Veränderungen wie z.B. Erschöpfung und Müdigkeit, Schmerzen und depressive Verstimmungen, sondern auch die äußeren sichtbaren Veränderungen wie z.B.

Alopezie, Wassereinlagerungen, Fettumverteilung durch Cortisoneinnahme, Gewichtszunahme oder -abnahme Hemmnisse sein, sexuelle Lust zu empfinden.

Bestrahlungsfolgen wie Vernarbungen und Empfindungsstörungen sowie Rötungen und Blasenbildungen der Haut, Übelkeit und Erbrechen, vaginale Trockenheit, Erschöpfung, Müdigkeit, Schleimhautentzündungen, hormonelle Störungen und mögliche Unfruchtbarkeit bei Bestrahlungen des Beckenbereichs, geschädigte Nerven können zu sexuellen Beeinträchtigungen führen. Speziell durch die Bestrahlung im Beckenbereich bei Frauen kann es zu vaginaler Trockenheit und Vernarbungen kommen. Eine mögliche Folge ist eine narbige Verengung der Vagina, so dass eine Penetration möglicherweise sehr schmerzhaft sein kann. (Brachytherapie beim Zervixkarzinom beispielsweise oder beim Rektumkarzinom). Hier ist es wichtig, bereits während der Bestrahlung mit einem Vaginaldehner Vernarbungen und Verengungen entgegenzuwirken. Leider wird diese für die Patientinnen so wichtige Information von vielen Ärzten nicht gegeben (siehe Tabuisierung).

Sexuelle Beeinträchtigungen durch die **Hormontherapie** sind Hitzewallungen, Schlafstörungen, Gewichtszunahme, Knochen- und Gelenkschmerzen, (Nebenwirkung bei der antihormonellen Therapie mit Aromataseninhibitoren beim Mammakarzinom), Aussetzen der Menstruation, Wassereinlagerungen, depressive Verstimmungen, Libidoverlust, rheumatische Beschwerden, Stimmungsschwankungen, Osteoporose.

Verweiblichung des Körpers beim Mann durch Testosteronentzug und Hitzewällen beim Prostatakrebs.

Es gibt einige Informationen, auf die während einer Behandlung besonders hingewiesen werden sollte:

Da unter Chemotherapie sich das Blutbild verändern kann, kommt es möglicherweise zum Abfall der Thrombozyten und damit kann sich prinzipiell das Blutungsrisiko erhöhen. Durch die verschiedenen Therapiemaßnahmen kann es zur Einschränkung bzw. zum Verlust der Zeugungsfähigkeit bzw. Fruchtbarkeit kommen. Einfrierung von Spermien (Kryokonservierung) zur künstlichen Befruchtung und Eizellkonservierung oder ein Hormonschutz zur Eierstockfunktion (GnRH-Analoga) unter Chemotherapie und Bestrahlung kann die Fortpflanzungsfähigkeit in den meisten Fällen gewährleisten. Zuverlässige Empfängnisverhütung ist während und 6 Monate nach einer Chemotherapie notwendig, da eine aussetzende Monatsblutung keinen Empfängnischutz bedeutet.

Es ist auch möglich, dass die Patienten nach einer Behandlung nicht mehr in der Lage sind, auf natürliche Weise ein Kind zu zeugen bzw. schwanger zu werden. Das kann zum einen das Selbstbild beeinträchtigen und zum anderen die romantische Verklärung zerstören und so zum Libidoverlust führen.

4.2 Psychosoziale Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität

Nach der Diagnosemitteilung konzentrieren sich in der Regel zunächst einmal alle Gedanken und Gefühle auf die Behandlung und auf das Überleben. Hier sind die Präsenz, die Zuwendung - natürlich auch die körperliche - und die Geborgenheit durch den Partner, durch die Familie und die Freunde die wichtigsten Unterstützungspfeiler.

Auch wenn die Sexualität am Anfang der Erkrankung in den Hintergrund treten mag, so kann die Sexualität bedeutend sein für das Einfinden in den „normalen“ Lebensalltag. Sexualität ist und bleibt ein wichtiges Bedürfnis.

„Der Arzt, der mit seinem Patienten sexuelle Probleme bespricht, signalisiert damit, dass er für den Patienten eine lebenswerte Zeit voraussieht und er sich nicht nur für dessen Überleben interessiert, sondern auch für die Qualität des weiteren Lebens.“
(Prof. Dr. J.H.Hartlapp)

... Mein Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Körperkontakt ging nicht verloren ...“
(Frauenselbsthilfe nach Krebs, 2010,5)

Viele Patienten sehnen sich nach Normalität. Dadurch soll die Erkrankung und somit der Ausnahmezustand bedrängender Gefühle in den Hintergrund treten.

Mögliche Nebenwirkungen bzw. Folgen einer Krebserkrankung und deren Behandlung können umfangreiche Veränderungen nach sich ziehen und individuell sehr verschiedene Auswirkungen zur Folge haben. Diese Veränderungen können durch das (wieder einkehrende) sexuelle Verlangen schmerzlich in den Mittelpunkt rücken.

4.2.1 Psychosoziale Auswirkungen der Krebserkrankung auf die weibliche Sexualität

Viele Patientinnen erleben die Krebserkrankung als einen Einbruch in ihre weibliche Attraktivität. Das eingeschränkte oder völlig verloren gegangene Attraktivitätsempfinden führt oft zu Minderwertigkeitsgefühlen und schnell auch zum Rückzug vom Partner. Die optische Vorstellung vom weiblichen Erscheinungsbild wird erschüttert. Hier wirkt auch nochmal ganz besonders das medial geprägte Schönheitsideal schlank, schön, makellos, gesund und unversehrt zu sein.

Der Körper eignet sich also nicht als ein stabiles Identitätskriterium, wie zentral man seine Stelle auch setzen mag: Er steht im eigenen Blick und im Blick der Anderen als wahrgenommener und bewerteter.(H.G.Petzold, 2015,430)

Zum Beispiel können sich Patientinnen bei Brustkrebs und den Folgeerscheinungen der Behandlungen in erheblichem Maße in ihrer weiblichen Sexualität beeinträchtigt fühlen. Gerade die weibliche Brust wird mit Weiblichkeit und sexueller Attraktivität verbunden und ist sozusagen ein Sexuelsymbol. Die Angst vor einer entstellten Brust und vor der Abwendung des Partners ist nicht zu unterschätzen. Auch wenn gerade Frauen mehr über ihre Befindlichkeit sprechen, reagieren viele Frauen in dieser Situation mit Angst vor Verlust oder Distanz des Partners. Oft tritt große Sprachlosigkeit zwischen den Partnern ein.

Eine meiner Patientinnen hatte ihrem Partner ein halbes Jahr lang die Brustkrebs-Erkrankung verheimlicht, bis die Brust durch den heraustretenden Krebs unangenehme Gerüche absonderte. Sie spielte ihm Lustlosigkeit vor. Grund für ihr Verhalten war, dass sie große Angst hatte, dass ihr Partner Abstand von ihr nehmen würde und dass sie bald sterben könnte.

Eine andere Patientin, die mit 27 Jahren an Morbus Hodgkin erkrankte und heute 32 Jahre alt ist, begleitete ich 4 Jahre. Diagnose: Angststörung (F41.1), Posttraumatische Belastungsstörung (43.1). Zu ihren Erfahrungen mit der Sexualität während ihrer Erkrankung beschreibt sie folgendes:

„Während meiner Krebstherapie verspürte ich keine Lust auf Sexualität. Ich hatte große Sorgen und Ängste, wo gar kein Platz für Gedanken in Bezug auf Sexualität und Intimität vorkam. Ich hatte kein Selbstwertgefühl mehr. Verlor meine Haare und damit auch meine Fraulichkeit. Ich mochte keine körperliche Zuwendung meines damaligen Freundes, weil ich mir einfach nur hässlich und minderwertig vorkam. Draußen gab es so viele hübsche Frauen. Es war kein Selbstbewusstsein mehr vorhanden, nur große Scham und damit verbundene Zurückhaltung. Unterm Strich gesehen: während meiner Therapie hatte ich keine Lust auf Sex oder andere Zärtlichkeiten. Ich mochte meinen Körper nicht und hatte zudem ganz andere Dinge im Kopf. Die Stimmung dafür blieb bis zu einem guten Jahr aus. Und kam erst wieder, als ich meine eigenen Haare zurückbekam.“

Erfreulicherweise ist die Patientin heute glücklich verheiratet, hat eine dreijährige Tochter und ist aktuell wieder schwanger. Geblieben ist ihre Angst vor einem Rezidiv. Immer, wenn sie körperlich irgendetwas spürt, befürchtet sie eine Wiederkehr der Krebserkrankung. Diese Angst ist auf den ersten Blick ganz normal. Dennoch wurde an dem Ausmaß ihrer Angst deutlich, dass diese Angst möglicherweise ihren Ursprung in der Kindheit haben könnte und einen traumatischen Hintergrund verbirgt. Die Patientin sah ein, dass für sie eine ambulante Psychotherapie sinnvoll ist und bekam recht schnell einen Therapieplatz.

Eine andere Patientin mit Rektum Karzinom wurde mit einer Radio-Chemotherapie behandelt (6 Wochen 30 Bestrahlungen und Chemotherapie als Infusion und zusätzlich in Tablettenform). Nach einer Operation mit Rektum Resektion und Stoma Anlage wurde der künstliche Ausgang zurückverlegt. Anschließend erhielt sie erneut eine fünfmonatige Chemotherapie. Diagnose: Anpassungsstörungen (F43.2). Sie berichtete folgendes zu den anschließenden Folgen und enormen Belastungen für die Partnerschaft und Sexualität:

„Ich habe nie eine höhere psychische Belastung erlebt als jene nach der Diagnosestellung. Ca. 1 Woche nach Beginn der Bestrahlung wurde ich wund im gesamten Genital- und Analbereich. Durch die Chemo stellte sich eine Verstopfung ein, die dann entsprechend medizinisch behandelt wurde, und als Folge stellte sich dann Durchfall ein. So ging es abwechselnd. Neben den üblichen Nebenwirkungen der Chemo (Übelkeit, Verlust des Geschmackssinnes, Gelenk- und Gliederschmerzen, Kribbeln in Fingern und Füßen) stellte sich ein totaler Libido-Verlust ein, der aber sicherlich auch begründet war durch die psychische Belastung („Ich habe Krebs“!). In meiner Beziehung, die erst eineinhalb Jahren andauerte, gab es seit Diagnose-Stellung keine Sexualität mehr! Mich hat das anfangs nicht belastet, da ich mit der Krankheit und der Behandlung beschäftigt war. Meinen Partner belastete das wohl umso mehr, was aber völlig an mir vorbei ging. Meine Taktik war: Nicht dran denken, nicht drüber sprechen, Augen zu und durch! Dann folgten die OP, der künstliche Ausgang, die Rückverlegung des Ausgangs in einer erneuten OP und die anschließende Chemotherapie für weitere fast 6 Monate.

Mein Partner hatte mich in dieser Zeit nie bedrängt, was die Sexualität angeht. Und ich fand das toll, dabei habe ich nicht gemerkt, dass er sich immer weiter von mir entfernt hat. Er hat mich zwar super motiviert und er war auch immer da, aber irgendwie nicht bei mir! Er war völlig überfordert. Nach der OP und der Rückverlegung des Ausgangs stellt sich meine Verdauung wieder ein, und zwar mit ca. 20 Stuhlgängen pro Tag. Außerdem litt ich unter erheblichen Blähungen, hatte den Unterbauch voller Narben, so dass ich nach der Behandlung und Therapie ebenfalls nicht den kleinsten Gedanken an Sexualität hatte. Ich schämte mich vor meinem Partner. Je näher das Ende der Chemo kam, desto größer wurde meine Angst. Ich glaubte, ohne die Medizin der Chemo

kommt der Krebs zurück. Ca. 10 Monate nach Diagnose-Stellung versuchten mein Partner und ich es mit der Sexualität wieder. Mein Libido-Verlust war immer noch vorhanden, aber ich wollte ja auch meine Beziehung retten. Dies gestaltete sich äußerst schwierig. Als Folge der Bestrahlung und Chemo hatte sich meine Scheide verkürzt und verengt. Es kam zu einer Verwachsung im Bereich des Muttermundes, die letztendlich zu einem Verschluss führte. Zusätzlich kam ich durch die Therapie vorzeitig in die Menopause. Der Sex gestaltete sich sehr schmerzhaft, und da die Lust daran ebenfalls nicht vorhanden war, versuchte ich jeder Zärtlichkeit auszuweichen. Da dies dann zu Diskussionen mit meinem Partner führte, kam die psychische Belastung zurück. Die Angst, dass er mich verlässt. Ich wand Salben an gegen die Trockenheit der Scheide und versuchte mit medizinischen Dildos meine Scheide zu dehnen. Zusätzlich nahm ich ein Hormonpräparat gegen die Wechseljahrsbeschwerden. All diese Maßnahmen brachten in den Augen meines Partners nicht den gewünschten Erfolg, bzw. nicht den schnellen Erfolg, so dass die Beziehung letztendlich zerbrach.

Heute, dreieinhalb Jahre nach Diagnosestellung, bin ich Single. Geblieben sind: Libido-Verlust, Häufigkeit der Stuhlgänge liegt bei 3-5/Tag, Menopause, Verengung und Verkürzung der Scheide, Verschluss im Bereich des Muttermundes. Zurzeit mache ich eine Akupunktur-Behandlung gegen die Wechseljahrsbeschwerden (Hitzewellen, Schlafstörungen). Die beschriebenen Auswirkungen der Therapie und Behandlung, die bis heute andauern, belasten mich psychisch nicht sehr. Ich lebe damit, Hauptsache ist für mich, dass ich lebe. Keinen Partner zu haben belastet mich momentan eher wenig, was aber mit Sicherheit daran liegt, dass ich seit 15 Monaten einen kleinen Hund habe. Die psychische Belastung der vergangenen dreieinhalb Jahre war so hoch wie nie zuvor in meinem Leben.

Das vorangehende Beispiel weist deutlich auf die Folgen für die Patientinnen hin, die durch die Tabuisierung des Themas Krebs und Sexualität hervorgerufen werden können. Wir alle im Behandlungsteam sind herausgefordert, uns mit unseren Tabuisierungen, die bei jedem mit Sicherheit da sind, auseinanderzusetzen. Hätte der behandelnde Arzt diese Patientin darauf aufmerksam gemacht, dass sie mit einem Dildo während der Bestrahlung die Scheide weiten sollte, hätte sie der Verkürzung der Scheide und den Vernarbungen entgegenwirken können. Das bedeutet, dass die Penetration nicht oder in dem Umfang schmerzhaft sein muss bei gewissen Vormaßnahmen.

Die Krebserkrankung kann Chancen und neue Möglichkeiten auslösen.

Patientinnen erzählen immer wieder, dass sie sich durch die Krebserkrankung viel mehr mit ihren Gefühlen, Bedürfnissen und Wünschen auseinandersetzen - auch im Hinblick auf ihre Sexualität. Die größte Überwindung bestehe darin, die eigenen sexuellen Belange anzusprechen, Gedanken und Gefühle zum veränderten Körper einzugestehen, anzunehmen und auszusprechen. Sich mit dem veränderten Körper zeigen, erfordert einen weiteren mutigen Schritt. Ist ein Stück dieses oftmals schambehafteten Weges geschafft, können sich Klarheit für sich selber und in der Partnerschaft eine neue Offenheit und Nähe entwickeln. Partnerschaften scheitern auch an dieser schweren Aufgabe. Viele von den begleiteten Patientinnen überlassen immer noch ihren Partnern die Initiative im sexuellen Miteinander. Es fällt ihnen oft schon generell schwer, auf ihren Partner zuzugehen und mit der körperlichen Veränderung wird es ihnen fast unmöglich. Im Vordergrund belastet gerade Frauen die Frage: wie sehen mich die Anderen? Im Hintergrund verschwindet das Anliegen: **was möchte ich**. Viele Frauen haben berichtet, wie schwer es ihnen fällt, Grenzen zu setzen und Wünsche zu äußern, um eine befriedigende Sexualität zu erleben. Die Entscheidung, sich mit ihren leiblichen Bedürfnissen und mit ihren körperlichen Einschränkungen zu identifizieren, führte vielfach zu einer inneren Befreiung.

Sichtbare körperliche Veränderungen lassen sich schlechter verleugnen.

So ist ein Anus Praeter - ein künstlicher Darm- und/oder Blasenausgang - eine große Herausforderung. Die Sorge, bei einem Anus Praeter Kot- oder Urin-Gerüche zu verbreiten ist sehr groß. Es besteht auch die Angst, dass der Beutel platzen oder die Platte sich lösen könnte. Rückzug von dem Partner ist eine häufige Folge. Einige Patientinnen nehmen an sich selber einen unangenehmen Geruch wahr, den Außenstehende aber nicht wahrnehmen. Das führt nicht selten zu einer großen Verunsicherung in der partnerschaftlichen Sexualität. Sich mit einem künstlichen Ausgang zu zeigen ist eine weitere Herausforderung für Selbstwert und Selbstbewusstsein.

Die sichtbaren körperlichen Veränderungen bedeuten einen größeren Einschnitt in das sexuelle Erleben. Es gibt Utensilien, auch z.B. mit einem Anus praeter ungehemmte Sexualität zu leben. Die Voraussetzung ist dafür, die körperliche Veränderung anzunehmen, dazu zu stehen und sich zu erlauben, den damit verbundenen Gefühlen Raum zu geben, Lösungen zu suchen, den Umgang für sich selber stimmig zu machen. Es braucht viel Kraft und Unterstützung, sich von den genormten Vorstellungen zu lösen und Begleitumstände und Folgen der Erkrankung hinzunehmen.

In der Broschüre „Frauenselbsthilfe nach Krebs“ (2010,27) wird die Vielfältigkeit der Empfindungen und Erlebnisse von betroffenen Frauen treffend beschrieben:

„...Ich möchte, dass auch andere Menschen meinen Körper mögen und ihn heimelig und attraktiv finden ...“

„... Beim ‚ersten Mal‘ nach der Operation traute sich mein Mann nicht, die operierte Seite mit der Narbe anzufassen. Ich wurde richtig wütend und sagte: „Die volle Windel deines Sohnes kannst du wechseln, aber meine Verletzung kannst du nicht berühren...“

„... Ich ließ mir mit Eigengewebe die fehlende Brust rekonstruieren. So kann es nicht mehr passieren, dass mein Mann, mein Sohn und ich mit Schaufeln am Urlaubsstrand in der Türkei nach meiner Silikonprothese suchen müssen. Sie war mir aus dem Badeanzug gerutscht. Heute lachen wir über dieses Erlebnis; damals war es mir unsagbar peinlich ...“

„... Werde ich mit dem veränderten Körper noch attraktiv und begehrenswert sein und mich wohl fühlen können?“

„... Abends ziehe ich mir im Bad mein Nachtzeug an. Mein Mann hat mich nach meiner Brust-Operation noch nie gesehen. Er hat aber auch noch keinen Versuch unternommen, sich meinen veränderten Körper anzuschauen ...“

„... Auch wenn unsere Familienplanung längst abgeschlossen war, traf mich der Verlust meiner Gebärmutter hart. Ich glaubte, mit der Gebärmutter auch meine Fraulichkeit verloren zu haben ...“

„... Nach meiner Erkrankung war mein Mann einfach selbstverständlich für mich da, ohne mich mit seiner Zuneigung und Hilfe zu erdrücken ...“

„... Kein Kind mehr bekommen zu dürfen, war ein harter Schlag. Nicht nur für mich, auch mein Mann litt sehr darunter ...“

„...nachdem ich die mehrjährige Einnahme von Aromatasehemmern beendet hatte, war ich sehr erstaunt, dass ich schon innerhalb kurzer Zeit wieder eine feuchtere Scheide hatte, was vorher jahrelang nicht der Fall war.“

Ich habe mit sehr vielen Patientinnen zum ersten Mal nach der Operation die behandelte Brust gemeinsam angeschaut. Alleine fanden sie nicht den Mut dazu. Mit meinem solidarischen Blick von außen konnten das subjektive Empfinden und der Schrecken relativiert und die Angst gemindert werden. Oftmals bewunderten wir zusammen das Können der Chirurgen. In der Folge trat eine innere Ruhe bei den Patientinnen ein und sie waren dann eher in der Lage sich ihren Partnern zu zeigen.

4.2.2 Psychosoziale Auswirkungen der Krebserkrankung auf die männliche Sexualität

Ein krebserkrankter Mann teilte mir mit, dass er sich bislang als unbesiegbar, unverletzbar, unbeschwert und sicher gefühlt habe. Dieses Gefühl sei schlagartig mit der Diagnose weg gewesen. Viele Männer definieren sich immer noch häufig über Potenz, Kraft, Wettkampf und die Rolle als Versorger. Deshalb ist es gerade für diese Männer sehr schwer Sexualität zu leben, wenn ihr Körper sich verändert, sie Ihre Arbeit nicht mehr ausführen können und das Geld nicht mehr im vorherigen Umfang nach Hause bringen. Viele Männer erleben dadurch Einbrüche in ihrem Selbstwert und fühlen sich in ihrer Attraktivität gemindert. Folge ist oft eine große Verunsicherung. Ein Patient teilte mir mit, dass er bisher der Ansicht war, wenn er das Geld nach Hause bringe, habe er auch das Recht auf Sexualität. Er habe auch immer das Gefühl gehabt, wenn er erfolgreich war, habe er mehr Zuwendung und Sexualität von seiner Frau bekommen. Seine Befürchtung war jetzt groß, dass er die Attraktivität gegenüber seiner Frau verliert. Durch die Prostataentfernung leide er nun an Inkontinenz und müsse Einlagen tragen, wenn er außer Haus gehen würde. Das passe gar nicht zu seinem Selbstbild. Er erlebe es als demütigend. Ich habe immer wieder beobachtet, dass Männer sich im Gegensatz zu Frauen handlungsunfähiger und hilfloser zeigen. Sie erwarten von ihren Frauen, dass sie z.B. den Anus praeter versorgen sollen. Das männliche Selbstbild von Stärke wird in Frage gestellt. Da Männer oft weniger über ihre Gefühle sprechen, halten sie Schmerzen tapfer aus und bleiben oft einsam in ihrem Durcheinander von nicht annehmbaren Veränderungen. Ängste treten auf, z.B. bei der Erektion zu versagen. Gerade jetzt ist das Sich – Öffnen der Gefühlswelt für die Männer sehr wichtig, um die vielen Veränderungen gemeinsam in der Partnerschaft meistern zu können und eine gelingende Partnerschaft zu leben - trotz aller krankheitsbedingten Widrigkeiten.

Beispiel1

Ein Patient, der seit 14 Jahren an Lungenkrebs leidet (Diagnose: Anpassungsstörung (F43.2), Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak (F17), Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F 10) berichtet von sich folgendes:

„Ein Langzeit-Überlebender, der seit 14 Jahren an Lungenkrebs leidet und sich seit 6 Jahren nicht mehr als „Mann“ fühlen kann und darf, hat ein Riesenproblem. Es fing alles damit an, dass ich 2008 erneut an der Lunge operiert werden musste. Nach 3 Monaten (davon 2 Monate auf Intensivstation) wurde ich entlassen. Zuhause zu sein bei meiner Frau, die mich liebte, war immer das Schönste für mich, zumal ich meinerseits keine finanziellen Sorgen hatte. Eine Partnerschaft, in der Liebe und Sex eine erhebliche Rolle spielen, war für mich ein wesentlicher Baustein in puncto Lebensqualität. Seit meinem 14. Lebensjahr stand Sex in all seinen Facetten ganz oben auf meiner Wunschliste. Das damit verbundene Glücksgefühl gab mir Ausgeglichenheit und ein hohes Maß an Selbstvertrauen. Nach meiner OP ging es langsam aber stetig bergab. In der Uniklinik wurde ich psychoonkologisch ambulant betreut und mit reichlich Psychopharmaka zu gedöhnt, um Erlebtes zu verarbeiten. Ich habe seinerzeit auch zu viel Alkohol konsumiert. Die Lust am Sex hat immer mehr nachgelassen und das ging so weit, dass ich es manchmal als lästige Pflicht empfand – was meiner Frau natürlich nicht verborgen blieb. Immer mehr musste ich feststellen, dass ich nicht mehr in der Lage war, ein steifes Glied zu bekommen („erektile Dysfunktion“ sagten die Ärzte mir). Da ich mich dafür schämte, habe ich es nach Möglichkeit vermieden, in eine Situation zu kommen, in der meine Frau dies merkte. Heimlich habe ich mir Viagra etc. besorgt, um meine Frau (ohne ihr Wissen davon) sexuell zu überraschen.“

Ich hatte mir fest vorgenommen, unser Eheleben neu zu gestalten und zu reaktivieren. Zuneigung, Zärtlichkeit und gute Gespräche sollten uns dabei helfen. Aber irgendwie hat es bis heute nie wieder funktioniert. Entweder war unser beider Erwartungshaltung zu groß oder wir haben es nicht richtig angepackt. Selbst einen einfachen Kuss zu geben oder zu erhaschen macht schon Mühe. Als letzte Anlaufstelle habe ich den Urologen aufgesucht, um eine Hormonbestimmung machen zu lassen. Als Ergebnis wurde mir mitgeteilt, dass bei meinen Werten an ein Sexualleben nicht mehr zu denken sei. Nur durch Testosteronspritzen sei eine Besserung auf lange Sicht möglich. Diese Therapie habe ich natürlich sofort begonnen. Keiner der bisher befragten Fachärzte konnte mir dabei helfen, eine plausible Erklärung für dieses sexuelle Desaster zu finden. Aber was soll das Jammern, meine Lebensqualität und die meiner Frau sind diesbezüglich erst einmal „passe“. Ich habe in meinem bisherigen Leben noch nie freiwillig aufgegeben, aber langsam bin ich soweit. Mein Kämpferherz hat starke Risse bekommen und das Schuldgefühl meiner Frau gegenüber tut sein Übriges. Letzte Hoffnung gibt mir die Hormontherapie. Jetzt wo ich durch meine Beinoperationen wieder laufen kann, wäre das doch eine schöne Geschichte.“

Beispiel 2

Ein anderer Patient mit metastasiertem, stenosiertem Ösophagus-Carzinom, der sich einer Chemotherapie unterziehen musste und keine Erektion mehr hatte, sagte zu mir: „Ich will doch mein Schätzlein nicht verlieren. Nachher sucht sie sich noch einen anderen. Darum brauche ich jetzt dringend Hilfe.“

Beispiel 3

Eine Ehefrau berichtete ihre Erfahrungen über ihre Sexualität mit ihrem inzwischen verstorbenen krebserkrankten Mann. Ich nenne ihn hier Herrn W.. Diese Angehörige hat die Krebserkrankung 13 Jahre mit ihrem Mann geteilt und mit allen Facetten der gemeinsamen Sexualität durchlebt. Ihr Mann hatte zuletzt ein Tumorzidiv eines Plattenepithelkarzinoms im Bereich des Unterkiefers/ Mundbodens und zervikale Lymphknotenmetastasen, suspekten axillären Lymphknotenmetastasen.

Er ist im April 2014 gestorben.

Sie berichtete folgendes: Zu Beginn der Erkrankung 2001 war eine aufwendige OP an der Zunge erforderlich. 2004 kam die nächste Diagnose: Kieferkrebs. Es erfolgte eine Tumoresektion und radikale Neck Dissektion rechts. Vorrangig wurde bestrahlt in Verbindung von 3 Chemoeinheiten. 2005 Tumoresektion und radikale Neck Dissektion links. Anschließend adjuvante Radiatio. In diesem Zusammenhang hielten sich die körperlichen Veränderungen noch im Rahmen. Nach einer langen Zeit der Rekonvaleszenz und der Normalisierung des Lymphstaus normalisierte sich unser Leben wieder. Sexualität fand wieder im gewohnten Rahmen statt. Im Verlauf der folgenden Jahre erfolgten immer wieder Eingriffe, die unser Leben einschränkten und uns in vielen Dingen zum Umdenken zwangen. Unserem Sexualleben hat dies keinen Abbruch getan. 2009 Portanlage wegen aufwendiger Chemotherapie und zusätzlich eine Re-Bestrahlung. Ich begann mir in diesem Zusammenhang Gedanken zu machen, dass diese infizierten Gifte nicht nur die Tumorregion infiltrieren, sondern sich im gesamten Körper, somit auch in den Körperflüssigkeiten ablagern. Die Erholungsphase dauerte sehr lange. Im Rahmen der Behandlung fand auch ein erheblicher Gewichtsverlust statt, so dass die Voroperationen der Neck Dissektion optisch deutlicher hervortraten. Es hat nach dieser Behandlung ziemlich lange gedauert bis ich meinerseits Sexualität wieder zulassen konnte.

Die nächsten Jahre wurden durch diverse Operationen im Mund-/Kieferbereich bestimmt.

2011 erneute Chemotherapie und Bestrahlung. Da das Gewebe im Mundbereich völlig entzündet und geschädigt war, wurde zur Gewährleistung der weiteren Ernährung eine PEG-Sonde gelegt. Da sich bei einer späteren Untersuchung zeigte, dass der Kehledeckel durch die Bestrahlung geschädigt wurde und träge reagierte, war die Möglichkeit der normalen Ernährung nicht mehr gegeben und die PEG wurde nun zur Endlösung. Mittlerweile hatte sich das Körpergewicht um ca. 25 kg reduziert. Die Erholungsphase dauerte sehr lange.

Meinerseits bestand kein spontanes sexuelles Interesse mehr. Selbst wenn ich mich zu sexuellen Handlungen bereit fand, hat mein Körper krasse Gegenreaktionen gezeigt. Geschlechtsverkehr war nicht mehr möglich. Mein Gynäkologe meinte aufgrund der Sachlage sei dies eine ganz normale Reaktion. Ich solle Vaseline zu Hilfe nehmen.

Es hat die Sache nicht entscheidend verbessert. Einerseits war die gesamte Situation enorm stressig und anstrengend, zumal ich auch während des gesamten Zeitraums Vollzeit berufstätig war. Mein behandelnder Arzt stellte die Diagnose Burnout. Andererseits war die optische und körperliche Attraktivität meines Mannes, der ursprünglich ein ausgesprochen gutaussehender Mann war, in keiner Weise mehr gegeben. Hinzu kam eine enorme unangenehme Geruchsbildung. Trotz regelmäßiger Körper- und Mundpflege war der Geruch, der sich durch angesiedelte Bakterien auf dem Tumor bildete, nicht beherrschbar. Die Sexualität meines Mannes hatte trotz der Krankengeschichte, mit zeitlichen Einschränkungen nach Therapie, keinen Schaden genommen. Dadurch, dass ich die Wunden versorgt habe, also pflegerisch tätig war, ging Sexualität gar nicht. Die ganze Wohnung roch nach ihm.

2012 war eine Notaufnahme wegen massiven Nasenblutens. Hierbei wurde ein Tumor an der rechten Innenwange festgestellt. Trotz Laserung und OP war dieser Tumor nicht mehr beherrschbar. Sexualität war bei uns kein Thema mehr.

März 2014 Abbruch der Therapie, da der Tumor unter Chemotherapie weiter wuchs. Umzug in ein Hospiz. Organversagen.

Während unseres gesamten Zusammenlebens war uns beiden Nähe immer sehr wichtig. Berührungen im Vorbeigehen. Arm in Arm spazieren gehen oder an den Händen halten. Aneinander gekuschelt auf einer Bank oder dem Sofa sitzen. Und auf jeden Fall in der Löffelchenposition einschlafen. Die Krankheit hat dieser Form der Nähe keinen Abbruch getan. Im Gegenteil, sie hat uns, was Nähe und Zärtlichkeit betraf, noch enger zusammengeschweißt. Die Wundversorgung zu Hause habe ich auch selber erledigt. Auch diese Form der Nähe war für meinen Mann sehr wichtig. Die Geruchsentwicklung war nicht einfach zu ertragen, da ich selber auch noch extrem geruchsempfindlich bin. Ich glaube, dass hier sehr viel Liebe notwendig ist, um das zu ertragen. Wir sind bis zum Schluss in der Löffelchenposition eingeschlafen. Allerdings war ich bemüht, mich vorrangig an den Rücken meines Mannes anzukuscheln, um den fauligen Atem nicht im Genick zu spüren. Wir haben die Krankheit gemeinsam durchgestanden und das ohne Wenn und Aber. Leider hat mein Mann über Sterben und Tod nicht sprechen wollen, auch nicht über die körperlichen Veränderungen. Das Ausschweigen und Verdrängen der Realitäten war für unser Sexualleben hinderlich.

Nach diesem Bericht habe ich mich mehrmals mit der Ehefrau getroffen, da sie sich durch die aufgeflamten Emotionen instabil fühlte und massive Schuldgefühle hatte. Sie fühlte sich schuldig, dass sie ihrem Mann in der Endphase der Erkrankung Sexualität verweigert hatte. Sie erzählte im Laufe der Gespräche, was sie sich nicht getraut hatte, mit irgendjemanden zu besprechen, dass ihr Mann von ihr verlangt habe, dass sie nach seinem Tod keine sexuellen Kontakte mehr haben solle. Sie habe ihrem Mann wütend diese Auflage verweigert. Ich bestätigte sie, dass ihre Wut gegenüber ihrem Mann in Ordnung war und dass die Grenze gegenüber ihrem Mann für sie wichtig und angemessen war. Die Gespräche haben ihr gut getan und sie stabilisiert. Zum

anderen fühlte sie sich über die Erzählungen ihrem Mann wieder nahe und positive Erlebnisse standen wieder im Vordergrund.

Behandlungsverlauf mit dem Patienten Herrn W.

Ich habe Herrn W. vier Jahre begleitet. Diagnose: Anpassungsstörung (F43.2), Angststörung (41.1), Akute Belastungsreaktion (F43.1). In der Begleitung ging es immer wieder um die Akzeptanz der Erkrankung und um seine Körperbildveränderung, worunter er sehr litt. Sein Gesicht war verunstaltet und sein Körper abgemagert und ausgemergelt. Besonders wichtig war ihm, dass ich auch nach den Operationen seine Wunden anschauen konnte und nicht davor zurückschrak. Das bedeutete für ihn, dass es nicht ganz so schlimm sein konnte. Er beobachtete mich ganz genau und teilte mir mit, dass es für ihn beruhigend sei, dass ich ihn anschauen konnte! Nach jeder Operation war ein weiteres Stück vom Kiefer weggenommen. Ich hielt mit ihm diese Unerträglichkeit und Ungewissheit aus und jedes Mal hoffte er, dass es die letzte Operation und die letzte Chemotherapie sei und er danach gesund sei. Auch in dieser Hoffnung nahm er ganz sensibel meine Regungen zur Kenntnis und fragte, ob ich ihn eventuell schon aufgegeben hätte. Auch ich war herausgefordert, authentisch zu bleiben, ohne ihm die Hoffnung zu nehmen. Das war ein sehr schwieriger Drahtseilakt, da der Patient manchmal versuchte, mich zu nötigen, ihm zu sagen, dass alles gut wird. Seine Hoffnung war, positive Ergebnisse zu erreichen und wieder gesund zu werden. Ich wollte ihn in diesem Vorhaben stärken, um seine Handlungsfähigkeit zu erweitern und seine Selbstwirksamkeit zu stärken. Seine Selbstheilungskräfte sollten aktiviert werden. Er visualisierte ein Bild, wie er die vielleicht noch möglichen Krebszellen aus dem Körper herausschleusen könne. Da er gesund werden wollte, unterstützte ich ihn in seinem Ansinnen. Ich ermutigte ihn ein Bild von seiner Gesundheit zu entwickeln. Er wählte ein Bild, in dem die Sonnenstrahlen stark in seinen Körper eindringen und alle möglichen Krebszellen einschmelzen und die Überreste mit der Verdauung den Körper verlassen. Er sah sich in bester Gesundheit fit, vital, kraftvoll und voller Energie. Dieses Bild berührte ihn sehr. Zum anderen ging er mit allen Sinnesmodalitäten zu einem Körperteil, in dem er sich sehr gesund fühlte und leitete dieses Gefühl in seinen gesamten Körper.

In der Begleitung ging es immer wieder um Stabilisierung der gesunden Anteile. Er erkannte Ressourcen, die ihm immer mehr bewusst wurden und die er gezielt einsetzen konnte. Er erzählte, dass er auf seinen Reisen viele schöne Fotos gemacht hatte und mit diesen Photographien stundenlang in eine andere Welt eintauchen konnte. Ich regte an, diese Fotos auf sein Tablet zu überspielen, um sie immer wieder anschauen zu können und so ein gutes Gefühl zu evozieren. Er zeigte mir seine Fotos und zu jedem gab es eine Geschichte, in die ich ihn begleiten konnte. Viele Gebäude hatte er fotografiert. Er war Architekt und hatte einen ausgeprägten Sinn für Schönheit und Vortrefflichkeit. Ich ermutigte ihn, seinen sicheren Ort als Fotocollage darzustellen. Er stellte aus verschiedenen Reisefotos seinen sicheren Ort zusammen und hatte diesen auf seinem Tablet. Da er zum Schluss nicht mehr sprechen konnte, weil die Zunge zum Teil entfernt wurde, war das Tablet seine einzige Kommunikationsmöglichkeit

Er berichtete von den immer wiederkehrenden bedrängenden Gedanken und inneren Bildern der Verunstaltung seines Gesichtes und des Todes, denen er sich nicht verwehren konnte. Ich habe mit ihm Atemtechniken eingeübt, die ihm halfen, etwas Abstand zu bekommen, z.B. zunächst zu den bedrohlichen Gedanken und Bildern Stopp zu sagen. Weitere Techniken waren: sich zu kneifen oder leicht auf den Tisch zu schlagen, die Hand auf den Bauch zu legen, von 10-0 zu zählen und bei jeder Zahl ein - und auszuatmen, um dann zu seinem inneren sicheren Ort gehen zu können. Das auf

den Tisch schlagen und das Herunterzählen dient der Unterbrechung des destruktiven Gedankenkreislaufs.

Ich habe ihn den Sicherer Ort schon in der Initialphase entwickeln lassen.

Zur Stabilisierung empfiehlt es sich am Anfang der Therapie diesen inneren Ort visualisieren zu lassen. Der Patient wird gebeten, einen inneren sicheren Ort als Bild/Film zu gestalten, der ihm ein Gefühl der Ruhe und Sicherheit vermittelt.

Herr W. wählte Venedig, wo er mit seiner Frau war. Er saß alleine in der Gondel, fuhr durch die Kanäle und ließ die Stadt an sich vorbeiziehen. Er genoss mit allen Sinnen alle Details. Als Architekt hatte er viele Häuser konstruiert und bauen lassen. Er visualisierte in Venedig ein Haus, das er gebaut hatte, an dem er mit der Gondel vorbeizog und er voller Stolz betrachtete. Auch dieses Haus hatte er fototechnisch in seinen sicheren Ort hineingebaut. Er war sehr kreativ und verbrachte lange Zeit mit diesen Visualisierungen. Zuweilen ging er zu einem Haus, das er real gebaut hatte und auf das er sehr stolz war. Ich habe ihn alle Details gefragt, wie die Planung war, welche Materialien er benutzt hat, wie er vorgegangen war. Ihn hat sehr erfreut, wie sehr ich ihn in jedem Detail wertgeschätzt habe. In vielen Stunden kamen wir immer wieder darauf zurück.

Für den sicheren Ort sollen dabei ganz konkret alle Sinnesmodalitäten, begleitende Gefühle, Körpergefühl, Gedanken und entstehende Handlungsimpulse erfragt und mit einem Anker verknüpft werden. Ein Anker kann ein Wort, eine Körperberührung, eine Körperhaltung sein. Mit dem Anker kann der Patient sofort zu dem inneren sicheren Ort gelangen. Diese innere Vorstellung ist dann eine Sicherheit, in die der Patient sich in Zeiten der Anspannung innerlich zurückziehen kann. Falls sich am Ende einer Therapiesitzung oder im Alltag belastende Erinnerungen aufdrängen, bietet eine kurze Phantasiereise zum sicheren Ort die Möglichkeit für den Patienten, in einen ruhigen Zustand überzugehen.

Immer mehr versuchte er sich auch mit seinem veränderten Gesicht auseinanderzusetzen. Wir sprachen über die Bedeutung der Gesichtsveränderung und spielten mit Worten. Dadurch entstand auch Leichtigkeit im Sein. Er schaute sich bewusst im Spiegel an und fotografierte sich oder ließ sich von einem Fotografen fotografieren, indem er z.B. seinen Rollkragen vom Pullover bis zum Kinn oder hoch in sein Gesicht zog. Seine Narben und die Veränderung seines Gesichtes verschwanden in den Rollkragen. Dann fotografierte er sein Gesicht so wie es war. Es entstand Kunst.

In unserem Krankenhaus hatten wir ein großes Bauprojekt. Während seiner Aufenthalte verfolgte der Patient die Bautätigkeit ganz genau. Jedes Mal, wenn ich zu ihm kam, hörte ich erstmal, welche Fehler der Bauträger seines Erachtens machen würde. Ich bekam eine Einführungsstunde über den vernünftigen Bau eines solchen Projektes. Der Patient erlebte sich in seinem Element und konnte das alte Leben partiell wieder aufnehmen.

Die Stabilisierung durch meine Interventionen haben es ihm ermöglicht, noch lange eine relativ befriedigende Sexualität zu leben. Geholfen haben ihn dabei die Techniken zur Selbstberuhigung und die Distanzierungsfähigkeit zu seiner Erkrankung.

Nahrungsaufnahme wurde für Herrn W. ein zunehmendes Problem. Umso schlimmer war es, da er ein ausgesprochener Genussmensch war. Erst ging nur pürierte Nahrung, dann nur noch Suppen, dann gar nichts mehr. Ihm wurde eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) gelegt. Da er gerne reiste, ermutigte ich ihn zu reisen, auch wenn er nicht essen konnte. Zunächst nahm er Trinknahrung mit, zum Schluss Sondenkost. Er reiste und fotografierte.

Sterben und Tod waren fast bis zum Schluss unannehmbare Themen, die er für sein Leben nicht akzeptierte. Mit seinem Tod verband er einen Schlusspunkt. Danach gab es für ihn nichts mehr.

Exkurs

Häufig hängen viele Beschwerden, die mit der Krebserkrankung einhergehen, auch mit dysfunktionalen, schädigenden Verhaltensweisen zusammen, die auch schon vor der Erkrankung bestanden. Diese führen dann dazu, dass bestimmte Behandlungen notwendig werden, die sexuelle Einschränkungen zur Folge haben.

Manchmal hat die Trennung vom Partner auch wenig mit den sexuellen Schwierigkeiten zu tun, sondern kann ein Ausdruck und letztlich ein willkommener Ausdruck dafür sein, dass die Strukturen in der Beziehung schon vor der Erkrankung nicht stimmig waren. Nicht nur durch die Erkrankung kommen die Probleme, sondern vorhandene Probleme werden dann über die Erkrankungen aufgrund der Persönlichkeitsstrukturen aktiviert und/oder verstärkt.

Diese Dynamik kann durch bewusste oder unbewusste Handlungen forciert werden, um aus dem Dilemma rauszukommen. Hier stehen dann gesunde Handlungsweisen nicht zur Verfügung und vielleicht ist genau dieses Vorgehen unbewusst dazu da, die gewohnten unglücklich machenden Verhaltensweisen zu verlassen, um zu sich selbst zu finden. Oft werden die daraus folgenden Veränderungen umgangen, um möglichst nicht die eigene Verantwortung zu übernehmen und aktiv werden zu müssen. Hier ist das Gelassenheitsgebet von Reinhold Niebuhr sehr angebracht:

Gott, gib mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.

Natürlich sind wir bei solch destruktivem Verhalten angehalten, dem Menschen in der Not beizustehen. Hier steht es uns nicht zu, zu urteilen, sondern gerade weil die Vermeidung und Verdrängung sehr groß ist und einen Schutz bedeutet, liebevoll zu begleiten. Hier ist das Behandlungsteam besonders gefordert, da es oft die Aggression der Patienten ertragen muss, die Ausdruck derer unglücklicher Lebenssituationen sind.

4.3. Vorurteile und falsche Vorstellungen

Immer wieder glauben Angehörige und Patienten, Krebs sei ansteckend und übertragbar oder gar Krebs sei eine Bestrafung, Chemotherapie schädige während des Geschlechtsverkehrs auch den Partner und Strahlen seien übertragbar.

Jutta Mersch-Müller, Oberärztin Onkologie, Habichtswaldklinik Kassel, beschreibt es folgendermaßen:

„Es gibt einige **Missverständnisse** bezüglich Sexualität und Krebs wie: Krebs sei ansteckend oder der Partner könnte beim Intimkontakt mit den Chemotherapie-Medikamenten in Berührung kommen, während einer Strahlentherapie könnte der Partner beim Sex Strahlung abbekommen: Nur bei sehr wenigen Tumorerkrankungen - wie z.B. Leberkrebs, Tumoren des Hals-Nasen-Ohren-Bereichs oder Gebärmutterhalskrebs, kann eine früher durchgemachte Virusinfektion zur Tumorentstehung mit beigetragen haben – Krebs ist dadurch aber nicht ansteckend, es werden keine Tumorzellen von einem Menschen auf den anderen übertragen! Dennoch ist ein Schutz vor Übertragung von beispielsweise Hepatitisviren, humanen Papillomviren oder HI-Viren (AIDS) natürlich sinnvoll. Bei Hepatitis B wie auch bei den Papillomviren gibt es wirksame Schutzimpfungen, auch der Gebrauch von Kondomen bietet ebenfalls einen guten Schutz.

Chemotherapeutika werden rasch aus dem Körper ausgeschieden, meist binnen Stunden (bei Cisplatin bis wenige Tage), so dass dann sicher keine Beeinträchtigung

des Partners zu befürchten ist. Der Gebrauch von Kondomen bei männlichen Patienten schützt auch hier die Partnerin vor einem Kontakt mit dem Samenerguss, der ohnehin nur eine winzige Menge der Medikamente enthalten könnte.

Die Radioaktivität einer Bestrahlung von außen durch die Haut ist schon im Moment, wenn die Behandlung beendet wird, nicht mehr nachweisbar. Anders ist es, wenn Strahlungsquellen als Flüssigkeit eingespritzt werden oder in Körperhöhlen verbracht werden. Hier muss beim behandelnden Arzt nachgefragt werden, wann das Sexualleben wieder begonnen werden darf.“

Der Ehemann einer meiner Patientinnen hatte sich über das Internet auf Partnerschaftssuche begeben, obwohl seine Frau noch lebte. Die Patientin war darüber sehr verletzt. Im gemeinsamen Gespräch mit dem Ehepaar berichtete der Ehemann über seine Angst, dass seine Frau von der Chemotherapie und Bestrahlung „verseucht“ sei und er eine Infizierung befürchtete. Er hätte halt seine sexuellen Bedürfnisse und er könne mit seiner Frau Sexualität nicht mehr leben, da er Ekel aufgrund der ganzen Auswirkungen der Behandlung empfinden würde. Da seine Frau seine sexuellen Bedürfnisse nicht mehr befriedigen könne, hätte er ein Anrecht auf außerhäusliche Beziehungen. Außerdem würde er seine Frau zu allen Therapien begleiten und für sie materiell sorgen.

In der Haltung des Mannes zeigt sich deutlich eine bestimmte eingeleibte Gendervorstellung. Hierzu möchte ich wie folgt zitieren:

Eingeleibte interiorisierte Gendervorstellungen (Petzold 2012e) rekonstruieren die Machtverhältnisse zwischen Männern und Frauen laufend und halten diese aufrecht. Doing Gender als zentrales Moment jeder Kommunikation und Interaktion ist daher aufs Engste mit Macht verwoben. Im Kontext von Gender stellt sich für beide Geschlechter die Frage nach den Chancen, den eigenen Willen durchzusetzen, sowie nach den Machtgrundlagen und der Teilhabe daran (Abdul Hussain 2012).

Eine gute Gesundheit, erfüllte Sexualität und das Erleben leiblicher Integrität und Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen sind zentrale Identitätsmerkmale.(Orth 2010)

5. Auswirkungen der veränderten Sexualität durch die Krebserkrankung auf die Identität

Die durch die Krebserkrankung veränderte Sexualität ist im besonderen Maße ein Angriff auf die Integrität der Leiblichkeit. Um das zu verdeutlichen, möchte ich das 5 Säulen- Modell der Identität nach H. Petzold heranziehen. Die Leiblichkeit ist durch die Erkrankung im Besonderen angegriffen und dadurch sind der perzeptive Leib in seiner Wahrnehmung, der expressive Leib in seinem Ausdruck und Handeln eingeschränkt – eine ständige Kränkung für das Leib-Selbst. „Wahrgenommenes und Ausgedrücktes wird im memorativen Leib im Leibgedächtnis niedergelegt, das die Chronik eines Lebens enthält.“ (Orth, Petzold, in Petzold, Sieper 1993,100) Mit dieser Chronik sind wir befasst, wenn der Patient aus seiner „normalen“ Wirklichkeit herausgerissen wird und in bedrängender Weise seinem Leid nicht mehr ausweichen kann. Wir nehmen über die Sinnesmodalitäten (Tasten, Schmecken, Riechen, Sehen, Hören, Empfinden, Berühren) wahr. Wahrnehmen setzt voraus, das wir die gesetzten Reize und daraus entstehenden Gefühle bewusst wahrnehmen und ertragen können. Wenn Gefühle zu bedrängend und beängstigend werden, „spricht Petzold von „Skotomisierung“ (Teilausfall) des Wahrnehmungsfeldes und von „Anästhesierung des perzeptiven Leibes.“ (Rahm, D., Otte, H., Bosse, S. & Ruhe-Hollenbach, H. 1999, 106). Möglicherweise versucht der Betroffene die eigene Gefühlswelt vor sich selber und anderen zu verbergen. Schmerz, Trauer und Wut werden oftmals gut kontrollierbar in Schach gehalten und die realen Gefühle werden unterdrückt. Sich mit den aufkommenden Gefühlen und Gedanken in

der sexuellen Begegnung zu zeigen, sich den Blicken und Kommentaren des Partners auszusetzen, erscheint den Betroffenen oft als zu bedrohlich und verletzend. Eine erfüllende sexuelle Begegnung kann meistens nicht stattfinden.

Das Wichtigste ist, die Patienten in dieser Situation nicht allein zu lassen und deshalb sollten im Behandlungsteam Behandler in der Lage sein, auf Fragen der Sexualität bei Krebserkrankung offen und angemessen zu antworten.

Die Krebserkrankung und die dadurch meist veränderte Sexualität ist eine Attacke auf die Identität des Menschen. Unter Identität versteht man die Einzigartigkeit eines Menschen. Identität fragt nach dem, wer und was ich bin, auf wen ich mich beziehe und wer sich auf mich bezieht, worüber ich mich definiere und was mich ausmacht. Der Begründer der Integrativen Therapie, H.G. Petzold, konzipierte für die Arbeit an der Identität u.a. das Fünf-Säulen-Modell bestehend aus Leiblichkeit, Soziales Netz, Materielle Sicherheit, Arbeit-Leistung-Freizeit sowie Normen und Werte.

H.G. Petzold geht davon aus, dass diese Fünf Säulen die wesentlichen Aspekte der Identität eines Menschen aufzeigen. Für ihn ist Identität ein lebenslanger Prozess von Entwicklung und Veränderung, weil diese dem ständigen Wandel von Identifikation (Wie sehe ich mich selbst?) und Identifizierung (Wie werde ich von meinen Mitmenschen gesehen?) unterliegen (H.G. Petzold 1993).

H.G. Petzold) definiert Identität folgendermaßen:

„Der Begriff der Identität wird in seiner Doppelgesichtigkeit, seiner Verschränkung von Innen und Außen, von Privatem und Gesellschaftlichem, von Rollenzuschreibung und Rollenverkörperung gesehen. Identität wird gewonnen, indem Ich mich im Zeitkontinuum durch leibhaftes Wahrnehmen und Handeln in Szenen als der identifiziere, der ich bin (=Identifikation), und indem mich die Menschen meines relevanten Umfeldes in unseren gemeinsamen Szenen und Stücken als den identifizieren, als den sie mich sehen (=Identifizierung), und ich dies wahrnehme, kognitiv bewerte (Valuation) und verinnerliche (Internalisierung). Identität konstituiert sich also im Ineinander von Leib und Szene in der Zeit.

Das Selbst wird durch Selbstattributionen (Identifizierung) und durch Fremdattributionen (Identifikation) geprägt. Diese machen in ihrer Gesamtheit die Identität aus. Die Identität ist die höchste Leistung der Ichfähigkeit, sie konstituiert sich aus der Gesamtheit aller Ichfunktionen. Sie ist wesentlich beteiligt am Übergang des archaischen Selbst zum reifen Selbst. Wenn sich die kindliche Identität an Übergangsobjekten heranbildet, ist das ein Prozess sowohl der Identifizierung als auch der Identifikation. Durch Identitätsarbeit bildet sich die emanzipierte Identität.

Auf eine Formel gebracht: Identität (I) wird durch das Ich (i) im Zusammenwirken, durch die Synergie von Leib (L) und Kontext bzw. Szene (Kn) im Zeitkontinuum (Kt) des Stückes, des Lebensdramas konstituiert, wobei Kn den sozialen und ökologischen Kontext umfasst (ökologische Perspektive) und Kt die Zeitmodalitäten Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft in ihrer jeweils altersspezifischen Ausprägung.“ (H.G.Petzold 1993,907

Im Folgenden eine Definition von W. Schuch zur Identität:

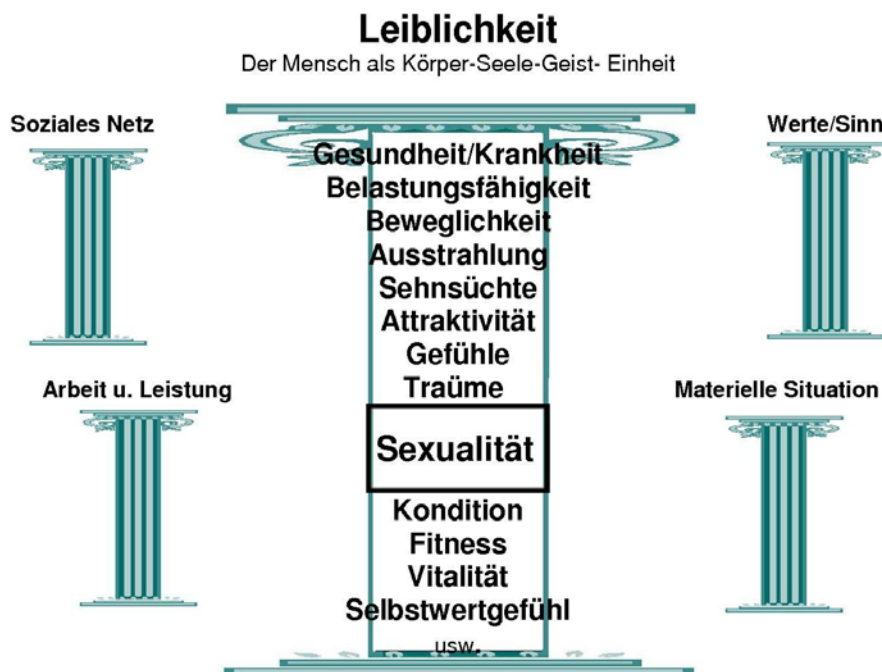
„Aus unserer Sicht - der erlebnistheoretisch - phänomenologischen Sicht- ist Identität zuerst eine elementare Form leiblicher Wahrnehmung, mit der ein Gefühl innerer Stimmigkeit und Selbstzugehörigkeit einhergeht. Es handelt sich um eine Wahrnehmung, die dem „Ich“ zukommt und zu der Erkenntnis führt: „So bin ich!“; um schließlich in die Entscheidung zu münden. „Das bin ich!“. Identität wird dieser Ansicht zufolge durch einen leiblichen, inneren Vorgang begründet, der – persönlichkeits-theoretisch begriffen – vom „Selbsterleben“ zum „Ich“ führt. Es geht um die persönlichkeits-theoretische Modellvorstellung eines Ichs, das über die Fähigkeit zur

Exzentrizität verfügt, dadurch in die Lage kommt, ein „Selbst“ zu erkennen, um alsdann in Attributionsvorgängen und selbstreferentiellen Entscheidungen zu enden....

Identität entsteht so verstanden in dialektischen Prozessen: Einerseits gewinnt das Ich Bilder über das Selbst aus dem Selbsterleben und attribuiert diese dem Selbst. Andererseits erfährt das Ich im Sozialisationsprozess aus dem Außenfeld Fremdattributionen und gleicht diese mit vorhandenen Selbstbildern ab. Identität konstituiert sich dann im Zusammenwirken von Leib und Kontext im Zeitkontinuum. Identität erwächst aus dem Miteinander im sozialen Netzwerk in reziproken Prozessen. Identität stellt letztlich ein vielfach vermitteltes, stets kulturell durchdrungenes Phänomen dar, das soziologische Dimensionen (Krappmann 1969) aufweist. Leibliche Wahrnehmung und also vermittelte Identität ist ein polylogisch generiertes Kulturprodukt. (Petzold 2002)“ (Schuch 2012,126)

Mit der Krebserkrankung und ihren Folgen für die Sexualität können alle Identitätssäulen erschüttert werden, vorrangig jedoch die Säule der Leiblichkeit. Der vitale Aspekt der Sexualität in der Leiblichkeitssäule mit seinen Ausformungen Fortpflanzung, Liebe, Zärtlichkeit, Lust und Attraktivität kann auch im Rahmen einer Krebserkrankung seinen Raum finden.

Das Wegbrechen einer oder mehrerer Identitäts-Säulen – zum Beispiel bei einer



Krebserkrankung – kann zu einer Identitätskrise führen, wenn andere Säulen nicht stabil genug sind. Nach H. Petzold kann eine stabile Werte- und Normensäule andere labilisierte Identitätssäulen wieder aufrichten. So kann die feste Verwurzelung in einer eigenen Lebenssinnhaftigkeit (Glaube, Spiritualität, Religiosität) in sehr belastenden Phasen der Erkrankung mit ihren augenscheinlich unlösbaren sexuellen Folgeerscheinungen eine Kraft zur Überwindung bedeuten.

Ganzheitliche Wegbegleitung in der Psychoonkologie sollte den Menschen im Lebensganzen erfassen. Im Dialog mit dem Patienten sollten neben der Identitätssäule

der Leiblichkeit der persönliche Beziehungskontext, also das Soziale Netz, der Arbeits- und Leistungskontext, die materielle Situation und die Sinnfrage angesprochen werden. Eine mögliche Zugangsweise der Psychoonkologie ist die Arbeit an der Identität, denn diese wird fast immer durch die Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen. Die Unterstützung geschieht in einem „detektivischen“ dialogischen Suchprozess zwischen dem Begleiter und seinem Patienten, der in das Aufdecken der jeweiligen Ressourcen mündet. Die Wunden und Auswirkungen des verkehrten Leibes - z.B. auf die Sexualität - können durch wiederentdeckte Stärken und Kräfte ausgeglichen und gemildert werden.

In meinen diesbezüglichen Interaktionen lasse ich mich von dem intersubjektiven Korrespondenzmodell der Integrativen Therapie leiten:

- „Ko-respondenz ist ein synergetischer Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftebene über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes/Kontinuums.“
- „Vorraussetzung für Ko-respondenz ist die in der prinzipiellen Koexistenz alles Lebendigen gründende, wechselseitige Anerkennung subjektiver Integrität, die durch Konsens bezeugt wird, und sei es nur der Konsens darüber, miteinander auf der Subjektebene in den Prozeß der Ko-respondenzen einzutreten oder konsensuell Dissens festzustellen und als solchen zu respektieren.“
- „Scheitern von Ko-respondenz führt zu Entfremdung...“ (Petzold,1993,55)

5.1. Einschränkungen in der Sexualität erfassen den Menschen in seinem Lebensganzen. Darstellung anhand des Fünf-Säulen-Modells von H. Petzold

1. Säule Leiblichkeit
2. Säule Soziales Netz
3. Säule Arbeit, Leistung und Freizeit
4. Säule Materielle Situation
5. Säule Werte und Lebenssinn

Diese 5 Säulen konstruieren u.a. die Identität eines Menschen.

„Ich habe in meiner Identitätstheorie fünf – durchaus genderspezifisch zu betrachtende – Bereiche unterschieden (Petzold, Sieper 1998; Petzold, Orth 2011), die eine „vielfältige Identität“ mit hinreichenden Flexibilitätschancen „tragen“, wie Säulen das Dach eines Gebäudes tragen: „Fünf Säulen der Identität“. ...Zu jeder „Säule“, jedem Bereich gibt es eigene Erzählungen – verbale, aktionale (Mimik, Gestik), piktorale (Bildgeschichten, Nitsch-Berg, Kühn 2000; Petzold, Orth 1993a) –, als geteilte und zu vermittelnde Erfahrungen (Petzold 2001b, 2003g). Jede Erzählung und alle identitätsstiftenden Elemente der Erzählungen durchlaufen ein spezielles zerebrales bzw. mentales „processing“, in dem und durch das Identitätsprozesse zur Ausbildung von „Identität im Wandel“ führen. Ich habe Identität – wie insgesamt meine Persönlichkeitstheorie – grundsätzlich prozessual formuliert. Persönlichkeit/Identität, wie sie nach „außen“ und nach „innen“ erkennbar werden, sind immer „als Prozess“ und „als Momentaufnahmen“ aus diesem Prozess zu sehen, also nie als ein abgeschlossenes bzw. abschließendes Ergebnis. Sie sind von „hinlänglicher Stabilität“ und zugleich „hinlänglicher Flexibilität“ bestimmt, und nur das gewährleistet eine „elastische Identität“, die weder zu starr ist und damit den vielfältigen Anforderungen der Wirklichkeit nicht gerecht werden kann, noch zu labil und diffus und damit die erforderliche Sicherheit und überdauernde Qualität nicht gewährleisten kann, welche Identität für das Subjekt wie für die Mitsubjekte in sozialen Prozessen, in die das

Subjekt und die Mitsubjekte involviert sind, bereitstellen muss. H.G. Petzold 2015 q 514, 515)

Im Folgenden wird dargestellt, in welcher Form die Krebserkrankung und die damit verbundene veränderte Sexualität auf die verschiedenen Identitätsbereiche wirken kann.

1. Säule Leiblichkeit

„Leib, eingebettet (embedded) in Kontext/Kontinuum, wird definiert als die Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata bzw. Narrative/Stile in ihrer aktuellen, intentionalen (d.h. bewußten und subliminal-unbewußten) Relationalität mit dem Umfeld und dem verleiblichten (embodied), als differentielle Information mnestisch archivierten Niederschlag der Narrationen/Inszenierungen dieser Schemata, welche in ihrem Zusammenwirken als „informierter Leib“ das personale „Leibsubjekt“ als Synergem konstituieren“ (vgl. Petzold 1996a, 283)

Eine anthroposophische Definition:

„Der Mensch als L e i b s u b j e k t ist durch ein differentielles und integriertes Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln (d.h. durch Narrationen, aktionale Lebensvollzüge) unlösbar mit der L e b e n s w e l t verflochten: mit den Menschen in Zwischenleiblichkeit, mit den Dingen in Handhabung. Er wird von den Gegebenheiten der Lebenswelt bewegt, beeinflusst, gestaltet und er wiederum bewegt, beeinflusst, gestaltet sie kokreativ durch sein Tun und Wirken - in konstruktiver und auch in destruktiver Weise - auf der Grundlage seiner archivierten Lebenserfahrung (Narrative)“ (Petzold 2002j 1066)

„Der Leib ist im Verständnis der Integrativen Therapie der „beseelte lebendige Körper“ oder genauer „der erlebende und sich selbst erlebende Körper“.

„Vom Leib sprechen wir bei einem Organismus, der sich selbst erlebt und seine Erlebnisse speichern kann, der also ein Bild, eine innere Repräsentation hat von sich selbst und seiner Welt. Ein Leib ist daher ein wahrnehmender und sich gewahrseiender, sich erinnernder Organismus. Der Prozess, in dem der Organismus sich „sich selbst aneignet“, ein Leib-Selbst entwickelt, beginnt bereits im Mutterleib.“ (Rahm et al., 1993, 75, 77)

Die Leiblichkeitssäule umfasst u.a. eine gute Gesundheit (health, wellness, fitness), wobei ich der „selbsterlebten Frische“ besondere Bedeutung zumesse und sie in der Integrativen Therapie diagnostisch und therapeutisch fokussiere (Petzold 2010b, Ostermann 2010). Menschen, die das Erleben von „Frische“ (körperliche, emotionale, geistige Frische) verloren haben, sind mit ihrer Gesundheit in einen riskanten Bereich geraten. Eine erfüllte Sexualität, ein Erleben leiblicher Integrität, eine Zufriedenheit mit seinem Aussehen sind weitere zentrale Identitätsmerkmale der Leibsäule. Sich „in seiner Haut wohlfühlen“, in „seinem Körper zu Hause sein“, das sind Qualitäten, die die Leiblichkeitssäule der Identität kennzeichnen. Gesundheit (health), Wohlbefinden (wellness) und Leistungsfähigkeit (itness), die Vitalität und Anmut des Körpers werden durch Sport, Spiel, Leben in der Natur (Petzold 2011g; Petzold, Orth, Orth-Petzold 2009) mit einem bewegungsaktiven Lebensstil (Orth, Petzold 1998) und einer leibbewussten Körperpflege erreicht und durch ein „Self Caring“, einen sorgsamen Umgang mit sich selbst, gefördert.“ (H.G.Petzold, 2015 q, 521)

Durch die Krebserkrankung kann die Sexualität als Bestandteil der Leiblichkeit stark beeinträchtigt sein. Die Veränderungen des Körperbildes (z.B. Verlust von Körperteilen oder Organen, Gewichtsveränderungen, Haarausfall), der körperlichen Funktionen, des Selbstbildes, des Verhältnisses zum eigenen Körper und des Attraktivitätsverlustes können Schmerz und Scham verursachen. Die Folge kann Sprachlosigkeit bedeuten.

Die Sorge, nicht mehr begehrenswert zu sein, kann Ängste vor Zurückweisung und Verletzungen auslösen und diese werden häufig vorsorglich mit Rückzug beantwortet. Die Einschränkung vitaler sexueller Bedürfnisse durch Erkrankung und Therapie (z.B. Fatigue, Schmerzen, Einschränkungen der Beweglichkeit) werden meist nicht angesprochen. Die dauernde Unsicherheit, die Todes-Angst und die Unruhe können sexuelle Unlust auslösen. Die mentale Verunsicherung hemmt die sexuelle Aktivität. Eine unzureichende Aufklärung über das, was im und mit dem Körper geschieht, kann diese mentale Verunsicherung unnötigerweise verstärken. Hemmungen und innere Sperrungen und Einbrüche in das Selbstwertgefühl können auftreten. Die Angst vor Berührung aufgrund des Verlustes der Unversehrtheit des Körpers kann seelischen Schmerz auslösen. Der Verlust weiblicher und männlicher Identität, das Gefühl, kein richtiger Mann oder keine richtige Frau mehr zu sein, kann in eine Identitätskrise münden.

Die Integrative Therapie differenziert den „perzeptiven Leib“ (der Körper mit allen Sinnen) als das zentrale Organ komplexer Wahrnehmung, den „informierten Leib“, der im „Leibgedächtnis“ alle Erfahrungen speichert, aus denen heraus er mit der Welt in Kommunikation steht und sich mit all seinem Ausdrucksvermögen als „expressiver Leib“ mitteilt. Dadurch steht der Mensch zu allen Dingen der Welt, die in sein Bewusstseinsfeld treten oder in seinem Handlungsraum liegen, in einer kreativen Bezogenheit. Der Mensch ist wesensmäßig Mitmensch und Gestaltender von Weltverhältnissen und seines eigenen Lebens. Wir sprechen deshalb von einer Anthropologie des „schöpferischen Menschen“ der eine „persönliche Lebenskunst“ entwickelt, in der das Selbst „Künstler und Kunstwerk“ zugleich ist. (Petzold 1999q; Orth, Petzold 1993, 2004; Petzold, Orth 2007)

Die Auswirkungen der Diagnose Krebs auf die Sexualität und damit auf die Leiblichkeit kann der Patient im Krankheitsverlauf meist nicht oder nur partiell wahrnehmen.

Häufig wird der perzeptive Leib anästhesiert. Der Schrecken ist zu groß und die Sprachlosigkeit ist ein möglicher erster Bewältigungsmechanismus, nicht wahr zu nehmen. Intensive Gefühle des Schmerzes und der Angst dominieren bei vielen Patienten. In diesem Zustand affektiver Betroffenheit fühlt sich der Patient nicht selten ausgeliefert: Ich kann nichts machen, nichts mehr kontrollieren, ich bin ausgeliefert. Häufig finden Patienten an dieser Stelle keine Worte.

Der Patient braucht oft erst einmal Ruhe oder Ablenkung. Mit etwas Abstand kann ein Kontakt zu sich selbst wieder entstehen. Stimmungen, Leibgefühle und Wünsche können dann in Worte gefasst werden. Durch den Kontakt mit dem Anderen erhöht sich das Bewusstsein von sich selbst, vorausgesetzt es gibt eine Fähigkeit zur Introspektionsfähigkeit.

Ein Beispiel aus der Praxis:

Eine Patientin, die ich begleitet hatte, konnte lange Zeit ihre Brustkrebserkrankung und all ihre damit verbundenen Gefühle nur schwerlich zulassen. Sie war sozusagen erstarrt. Um die Erstarrung zu lösen, wendete ich eine bibliotherapeutische Intervention an. Texte, ganz unterschiedlicher Art, können in der Lebens- und Sterbebegleitung Trost und Halt geben. Die Zuhörer können sich wiederfinden und dennoch auch Abstand bewahren. Sie können sich berühren lassen und ihre Bewegtheit Ausdruck verleihen. Im Text wird ausgedrückt, was der Betroffene nicht zu sagen vermag. Tiefe Schichten können an die Oberfläche kommen. Es besteht die Wahl sich berühren zu lassen oder auch nicht. Das Erzählen der eigenen Geschichte und das Schreiben eigener Texte können ausgelöst werden und eine Möglichkeit sein, der Seele Raum zu verschaffen. Sich den Schmerz und Druck von der Seele zu schreiben, schafft oft Erleichterung und kann zur Bewußtseinserweiterung führen. Spannungen können abgebaut werden. In Krisensituationen haben Sprache und Sprachlosigkeit eine

besondere Bedeutung. Jedes Wort kann wohltuend sein und kann aber auch empfindsam treffen - auch unabsichtlich. Sprache kann heilsam sein, kann seelische Integration und persönliches Wachstum in Gang setzen und sie kann zerstörerisch wirken.

Mit Hilfe eines Gedichtes von Rainer Maria Rilke wollte ich der Patientin einen Zugang zu ihren erstarrten Selbstanteilen ermöglichen. Über diese bibliotherapeutische Intervention fand die Patientin einen Weg aus der Anästhesierung, Vielleicht war das in dieser Situation eine gewagte, leicht provokative Intervention. Ich las der Patientin das folgende Gedicht vor und bat sie, direkt im Anschluss darauf spontan zu antworten.

„WAS VON UNS VERLANGT WIRD, ist, dass wir das *Schwere* lieben und mit dem Schweren umgehen lernen. Im Schweren sind die freundlichen Kräfte, die Hände, die an uns arbeiten. Mitten im Schweren sollen wir unsere Freuden haben, unser Glück, unsere Träume: da, vor der Tiefe dieses Hintergrunds, heben sie sich ab, da sehen wir erst, wie schön sie sind. Und nur im Dunkel der Schwere hat unser kostbares Lächeln einen Sinn; da leuchtet es erst mit seinem tiefen, träumenden Licht, und in der Helligkeit, die es für einen Augenblick verbreitet, sehen wir Wunder und Schätze, von denen wir umgeben sind.“

Die Antwort der Patientin:

Diagnose Krebs
Schwarzes Loch
Krebs = Tod

Wärme spüren
Nicht allein sein

Annehmen, akzeptieren der Krankheit.
Spüren, das Leben spüren.
Sich für Leben entscheiden.

Helligkeit erkennen, nach Licht suchen,
glücklich sein über das Licht, das man findet.
Immer mehr Gespür für das zu bekommen,
Was mir gut tut.

Sich täglich erinnern, wie viele wunderbare Dinge mir widerfahren.
Ein dankbares Gefühl entwickeln, dass ich lebe – jetzt und hier –
Jetzt und hier zu leben begreifen bedeutet:
Glücklich sein in der Schwere des Lebens.
Und ist für mich wunderbar.

Die Resonanz auf das Gedicht verhalf der Patientin in sich selbst anzukommen. Sie konnte sich selbst in ihrem Kontext leiblich spüren.
Sie weinte und berichtete unter Tränen, dass sie mit ihrem Mann nicht mehr schlafen würde, da sie ihren Körper nicht mehr zeigen möchte.

Zu dem oben beschriebenen Prozess möchte ich H.G.Petzold zitieren:

„Indem der Mensch ein „Bewusstsein seiner selbst“ gewinnt, die Fähigkeit einer Distanznahme zu sich, die es erlaubt, „sich selbst“, sein Selbst aus einer „Position der Exzentrizität“ (Plessner 1975,2003) in den Blick zu nehmen, die ein Wissen um sich selbst (bewissen, beweten, bewusst-sein) ermöglicht, kann „Identität“ entstehen und zunehmend Prägnanz erhalten.“ (H.G. Petzold 2015q,419)

Der Leib bildet die Grundlage allen Wahrnehmens und Handelns (Petzold 1980, 21). Er ist bestimmt durch „Anfang und Ende“ und hat damit eine Leibzeit (Petzold 1984, 79). Er gilt als Ursprung aller Gedanken und Gefühle und ist damit auch Ort der Zeit. „Seine Integrität, seine Gesundheit und Leistungsfähigkeit sind Voraussetzung und Garant eines klaren Identitätserlebens; sein Abbau, seine Verletzung, sein Zerfall bedeuten Bedrohung der Identität. Sein Sterben bedeutet ihr Verlöschen. Einschränkung, Disziplinierung, Vernichtung der Identität geschieht am nachhaltigsten und wirksamsten durch die Disziplinierung, Bestrafung, Zerstörung des Leibes (Petzold 1980). Die Ambiguität der Identität zeigt sich deutlich darin, dass der Leib „my body“ und „social body“ zugleich ist“ (Petzold 1984, 89).

2. Säule: Soziales Netz

Die Auswirkungen der Krebserkrankung können sich unmittelbar auf das Liebesleben und die Partnerschaft niederschlagen. Die Hemmung über sexuelle Gefühle, Gelüste und Wünsche zu sprechen, ist generell in der Partnerschaft verbreitet und wird unter den körperlichen Beeinträchtigungen verstärkt.

Obwohl wir in einer sexualisierten Welt leben, stimmt das Bild, das die Medien von der Sexualität zeichnen, mit dem Alltag vieler Menschen kaum überein. Diese gesellschaftlichen Vorgaben erschweren die Kommunikation zwischen den Partnern zusätzlich. Die mediale Darstellung von Sexualpraktiken, die Darstellung von männlicher und weiblicher Sexualität und das Reden oder Schreiben über die Häufigkeit von Geschlechtsverkehr entspricht nicht gelebter Realität.

Häufig findet ein Rückzug vom Partner statt aus Scham und dem Gefühl, mit der körperlichen Veränderung nicht mehr so gewollt zu sein. Zusätzlich kommt der Druck auf, die gesellschaftlichen Normen nicht mehr erfüllen zu können.

Folge ist bei vielen Paaren, dass physische und psychische Zärtlichkeit und Liebkosungen nicht mehr ausgetauscht werden. Das führt zu einer Distanz zwischen den Partnern, fördert depressive Symptome und reduziert im weiteren Verlauf die Lebenszufriedenheit. Wenn wir das Sprechen über Sexualität ermöglichen, können wir die Distanz in der Partnerschaft möglicherweise verringern, depressive Symptome verhindern und die Lebenszufriedenheit steigern.

Der Verlust der Konstrukte „Männlichkeit/Weiblichkeit“ kann zur Abwendung vom Partner führen: Männer messen sich gerne an ihrer erektilen Leistungsfähigkeit. Davon abhängig ist oft ihr Selbstwert. Frauen messen sich in der Regel an den aufoktroyierten gesellschaftlichen Schönheitsnormen. Heute sollen Frauen beruflich erfolgreich sein, Kinder erziehen und nebenbei eine top Figur machen und sexy sein! Und natürlich nebenbei den Haushalt managen.

„Gerade bei den Genderidentitäten, den Geschlechterrollen, bei der Art und Weise, wie eine ‚Frau als Frau zu sein hat‘, ein ‚Mann als Mann zu sein hat‘, lasten Wertungen und Normen auf den Menschen, die oft Jahrhunderte an Geschichte in sich tragen und die durch unsere Kultur, in der so genannten ‚Enkulturation‘, und durch unseren gesellschaftlichen Zusammenhang in der sogenannten ‚Sozialisation‘ vermittelt werden. Wir erlernen in unserem familiären Kontext, in Schule und Elternhaus Männerrollen und Frauenrollen, diese werden uns ‚auf den Leib‘ geschrieben. Das, was wir von unseren

Rollenvorbildern vermittelt bekommen, jeweils spezifische Männer- und Frauenrollen, gehen uns in ‚Fleisch und Blut‘ über“ (Orth 2010).

Gemeinsame Sprachlosigkeit, der Verlust partnerschaftlicher Kommunikation, Verslossenheit und Ungeduld verstärken die Versagensgefühle.

Partnerschaftliche Lebensqualität, körperliche und seelische Innigkeit gehen verloren. Wobei gerade jetzt seelische Innigkeit, Trost und Halten in dieser Situation gefragt sind und nahezu ein existentielles Bedürfnis darstellen.

Der Verlust vom eigenen Konstrukt Männlichkeit/Weiblichkeit kann sich ebenso auf andere soziale Kontakte im Freundeskreis oder auf berufliche Kontakte auswirken. Der Rückzug erfolgt aus verletztem Selbstwertgefühl: „Ich bin nicht mehr der tolle, kraftvolle, strotzende Kerl oder die Schönheit und Leichtigkeit ausstrahlende Frau.“

Der soziale Rückzug ist oft die einzige Bewältigungsstrategie.

„Das soziale Netzwerk, das soziale Atom (Moreno 1947) ist für das Identitätserleben konstitutiv. Die Erfahrung des „Ich bin“ ist ohne das „Du“ und das „Wir“ nicht möglich. Identität wird immer im Kontakt, der immer Grenze und Berührung zugleich ist, konstituiert. Sie ist immer Identität mit anderen durch andere.“

Beispiel:

Eine 60jährige Patientin schämt sich, das Thema Sexualität anzusprechen. Sie nimmt an, dass Sexualität in ihrem Alter kein Thema mehr sein dürfe und vermeidet das Gespräch darüber. Aufgrund ihres Darmkrebses bekommt sie Strahlentherapie im Beckenbereich. Folgen sind eine Scheidenverengung und die Bildung von Narbengewebe. Der Geschlechtsverkehr verursacht große Schmerzen. Sie schläft nicht mehr mit ihrem Mann. Sie befürchtet ein Auseinanderbrechen der Partnerschaft, zumal sie vor der Erkrankung ein erfülltes Sexualleben mit Ihrem Mann hatte. Hier kann eine frühe Aufklärung vor Bestrahlungsbeginn über die möglichen körperlichen Veränderungen und die Kenntnis der Patientin über die Nutzung eines Vaginaltrainers während der Bestrahlung Abhilfe schaffen.

Die norwegische Aufklärungs-Broschüre „Krebs und Sexualität“ beschwört ihre Leser mit dem Satz „Lassen Sie den Krebs nicht ihr Liebesleben zerstören“. Darin enthalten ist eine Aufforderung zum Dialog mit allen Beteiligten.

3. Säule: Arbeit, Leistung und Freizeit

Die Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität können sich unmittelbar auf die Arbeit und Leistung niederschlagen. Veränderungen im Sexualleben können das Gefühl des GESTÖRTSEINS bewirken

Das Gefühl des „Gestört Seins“ kann sich auf alle Identitäts- bzw. Lebensbereiche auswirken: Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit können abnehmen,

Verlust eines vielleicht früher guten Sexuallebens mit seiner vitalen Kraft kann die Lebens- und Leistungsfreude einschränken

„In der Arbeit im leibhaftigen Handeln, gestaltet der Mensch sein Leben und seine Umwelt. Er verwirklicht sich in seinem Tun. Das Geschaffene bietet ihm Identifikationsmöglichkeiten und dem Umfeld zugleich Möglichkeiten der Identifizierung. Seine Leistung steht nicht nur für ihn selbst da, sie wird gesehen, mit ihm in Zusammenhang gebracht.“ (Petzold 1980,22)

Beispiel:

Ein Patient (48 Jahre) mit metastasiertem Magencarcinom zeigte mir ein Foto von sich, Das Bild ist ein Jahr alt. Er ist auf dem Bild 30 kg schwerer und steht wie ein Baum. Ich habe ihn auf dem Foto nicht wiedererkannt. Es ist erschütternd. Er fängt an zu weinen und sagt: „Was ist von mir übriggeblieben. Ich war viel auf dem Bau, habe angepackt

und bin nun ein Wrack.“ Er ist Elektromeister. „Was soll ich zu Hause. Meine Frau ist lieb und nett und ich bin froh, dass ich sie habe, aber meine Arbeitskumpel fehlen mir. Ich sitze zu Hause und fühle mich zu nichts Nutze. Haushalt ist nicht meine Sache. Was soll ich tun. Ich war so stolz auf meine Kraft.“ Gerade die Arbeit bietet Sinn, Gemeinschaft und Strukturierung des Tages. Fällt sie weg, kann Leere und Sinnverlust auftreten, was unmittelbar leiblich gefühlt wird. Hinzu kommt, dass dieser Mann in der Arbeit seinen Leib stark gespürt hat. Kraft, Energie und Tatkraft waren für ihn starke Identifikationswerte. All das fällt jetzt weg. Sexualität war für ihn kein Thema mehr.

4.Säule Materielle Situation

Die Auswirkungen der Krebserkrankung können sich unmittelbar auf die materielle Situation niederschlagen. Häufig gibt es allein durch Erkrankung und langwierige Therapien einen Einbruch in der finanziellen Situation. Das Einkommen wird durch Krankengeldbezug geschmälert. Zusätzliche Kosten entstehen durch notwendige Pflegemittel, Hilfsmittel oder alternative Heilmittel, die nicht vollständig von der Krankenkasse bezahlt werden. Unter Umständen ist eine Veränderung der Wohnsituation mit den verbundenen zusätzlichen Kosten erforderlich. Das kann zu finanziellen Engpässen führen bis hin zu Existenzängsten, und die wiederum können das Sexualleben stark belasten. Die Potenz ist geschmälert, in mehrerer Hinsicht. Bei Existenzängsten ist häufig die Lust an Sexualität auf dem Tiefpunkt.

„Die ökonomische Absicherung, der Besitz und die ökologische Einbindung bieten wichtige Möglichkeiten der Identifikation.“ (Petzold 1984, 89)

Häufig muss erstmal die Existenz gesichert sein, bevor andere Themen wie Sexualität in den Fokus kommen können. Hier vermittele ich die Patienten an den Sozialdienst in unserem Haus. Dort bekommen sie die Informationen zu finanziellen Absicherungen und konkrete Hilfestellungen zu Antragsstellungen. Erst wenn die finanzielle Absicherung geklärt ist und Entlastung geschaffen wird, ist Psychotherapie möglich.

5. Säule: Werte und Lebenssinn

Der alte Lebensentwurf wird erschüttert:

Der Wunsch, eine Familie zu gründen kann in Frage gestellt sein.

Die Möglichkeit, auf normalem Wege schwanger zu werden bzw. Kinder zu zeugen kann zerschlagen werden und der damit verbundene Verlust von Vorstellungen über Romantik und über Formen der Erotik kann den Sinn von Beziehung erschüttern.

Eigene Rollenbilder können nicht mehr ausgelebt werden: Jetzt bin ich nicht mehr der vor Vitalität sprühende Typ oder die makellose Frau mit gnadenlosem Schönheitsideal.

In diesem Zusammenhang möchte ich die kritische Bemerkung der amerikanischen Feministin Naomi Wolf (1990) zitieren:

„Heute verfügen mehr Frauen über mehr Geld, Macht, Möglichkeiten und gesetzliche Rechte als je zuvor. Aber was unser körperliches Selbstwertgefühl betrifft, sind wir womöglich schlechter dran als unsere unemanzipierten Großmütter.“

Beispiel:

Eine junge Patientin (28 Jahre, metastasierter Hautkrebs) leidet sehr unter ihren körperlichen Veränderungen. Attraktivität, schlanker Körper, Beweglichkeit, Vitalität und Leistungsfähigkeit sind für ihr Selbstwertgefühl immer sehr wichtig gewesen. Unter der Gabe von Kortison erfolgt eine große Gewichtszunahme. Sie bezeichnet ihren Körper als unförmig und zwingt ihn in die alten, viel zu engen Jeans. Die Todesbedrohung, das veränderte Aussehen und ihre körperliche Gebrechlichkeit bringen ihr gleichzeitig viel Leiden und Qual. Viele Gespräche über den Sinn des Lebens, über ihren bisherigen Sinn und was jetzt Sinn sein kann, bringen sie in einen versöhnlichen Zustand. Sie versucht ihren erkrankten Körper nicht als Feind zu sehen. Sie gelangt zu der

Erkenntnis, dass Gott ihr die Zeit gibt, die sie braucht. Sie entdeckt die Stärken ihrer Werte/Sinn-Säule, (starker Glaube an Gott, alles hat seinen Sinn, nur Gott kennt diesen Sinn, starkes Vertrauen zu ihrer Freundin) baut sie aus und kann damit ihr Leiden lindern.

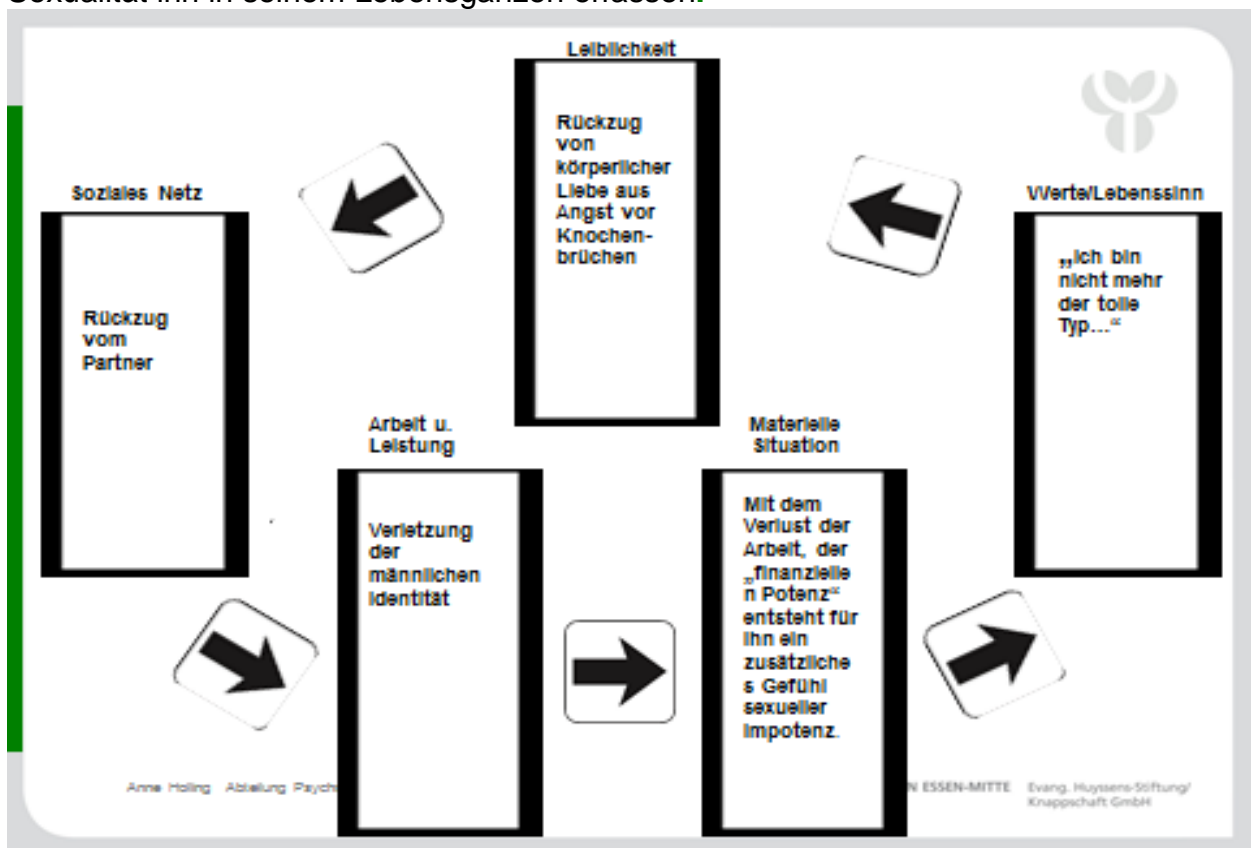
H.G. Petzold zur Wertesäule:

„Die Säule der Werte kann, sofern sie kräftig gebaut und entwickelt wurde, für das Identitätserleben immense Tatkraft gewinnen. Die Säule der Werte kann die Identität noch tragen, wenn andere Säulen gestürzt oder geborsten sind“ (Petzold 1980, 220).

Das nachfolgende Prozessbeispiel und die Skizze sollen die Auswirkungen der Sexualität bei Krebserkrankung auf alle Identitätssäulen verdeutlichen

Ein Patient mit Knochenmetastasen vermeidet die körperliche Liebe mit seiner Partnerin. Im Gespräch berichtet er von seinen Ängsten: Er befürchtet, durch den Geschlechtsakt Knochenbrüche zu erleiden. Er zieht sich zurück. Seine Partnerin glaubt, er begehre sie nicht mehr. Es kommt zu einem Beziehungseinbruch. Sprachlosigkeit entsteht auf beiden Seiten. Bislang vermeidet es der Patient, seinen behandelnden Arzt anzusprechen. Er hatte gehofft, dass der Arzt ihn auf das Thema anspreche. Der Patient wird in seiner Ressource Mut und Offenheit (Werte-Säule) von mir bestärkt, die fachmedizinischen Informationen bei seinem behandelnden Arzt zu erfragen. Dort bekommt er wesentliche Informationen und traut sich nun, mit seiner Partnerin über seine Sorgen zu sprechen. So kann er seine Ängste abbauen und mit seiner Partnerin neue Wege in der Sexualität beschreiten. Mit dem Verlust der Arbeit, der „finanziellen Potenz“, entsteht für ihn ein zusätzliches Gefühl sexueller Impotenz. Er sagt, „Ich bin kein richtiger Mann mehr“!

In diesem Beispiel wird nun noch einmal verdeutlicht, wie alle 5 Identitätssäulen dieses Patienten beeinträchtigt sind und dass die Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität ihn in seinem Lebensganzen erfassen.



6. Neuorientierung durch Identitätsstärkung des verletzten Leibes

Die Stärkung der Ressourcen unserer Patienten ist mir ein großes Anliegen. Gerade die Ressourcen - die Stärken, Fähigkeiten, Potentiale und Kraftquellen - sollten in allen fünf Identitätsbereichen in den Blick genommen sein.

Dabei ist zu berücksichtigen, was dem Patienten an sich selbst gefällt.

„Welche Potentiale hat er in sich und welche sind ihm bewusst?

Wie ressourcenvoll ist sein soziales Netz?

Welche biographischen Ereignisse sind nach wie vor wohltuend und erfolgreich bis heute?

An wen oder was hat der Patient gute Erinnerungen und trägt ihn bis heute?

Hat der Patient, die Patientin eine geistige Heimat, ein ihm/ihr wichtiges Engagement?

Worin liegen seine/ihre Erfolge?

Welche schwierigen/traumatischen Ereignisse hat der Patient/die Patientin sehr gut gemanagt?“

(Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach 1993, 467)

In der Intervention hierzu imaginieren Patienten jede der fünf Säulen, mit der Fragestellung was ist jetzt gut und tragend, welche bisher nicht wahr genommenen Ressourcen scheinen auf. Patienten sind häufig sehr überrascht, wieviel Lösungspotential und Ressourcen in ihnen selbst noch nicht zur Entfaltung gekommen sind. Die Bewusstwerdung zieht oftmals Kraft, Stärkung und Motivation zur Veränderung nach sich. Sichtweisen erweitern sich. Ressourcen und Fähigkeiten werden benannt, die jetzt gebraucht werden, um die aktuelle Situation gut meistern zu können. Es wird gemeinsam erforscht (kokreativer Prozess), ob der Patient/die Patientin diese Ressourcen und Fähigkeiten schon einmal bei sich selbst wahrgenommen hat und mit welchen Erlebnissen diese verbunden waren. Diese Situationen werden dann sehr detailliert erzählt. (Erzählgemeinschaft - ist identitätsstiftend)

Patienten berichten, dass sie ihren Selbstwert bislang vielfach über die Leistungsfähigkeit in der Arbeit, über die Leistungsfähigkeit des Körpers und/oder über die Anhäufung materieller Güter geschöpft haben und wie sinngebend und erfüllend es ist, dass sie wieder einen Zugang zu ihren eigenen Werten finden und sich darauf besinnen. Manchmal entdecken sie, dass sie auch in ihrer Sexualität nicht perfekt sein müssen und auch in ihrer eingeschränkten Sexualität vom Partner akzeptiert sind. Sie erleben für sich, dass Sexualität nicht nur auf den eigentlichen Geschlechtsakt reduziert werden muss.

„ Ich weiß jetzt vielmehr, was mir wichtig ist und tue mehr Dinge, die mir sinnvoll erscheinen. Ich lebe viel bewusster und intensiver, Ich empfinde mehr die Tiefe des Lebens. Ich kann plötzlich sehen, was wesentlich ist. Ich habe das Gefühl, ich genieße jeden Tag. Das ist wie ein Geschenk für mich. Und das ist schön. Also ich nehme nichts mehr für selbstverständlich hin. Ich kann viel intensiver meine Umgebung wahrnehmen. Menschen, Begegnungen sind ja ganz anders für mich als vorher. Und es ist alles ruhiger geworden, Die scheinbar nebensächlichen Dinge des Lebens wurden wichtig für mich. Die Sonne, die täglich aufgeht, ein Vogel, der singt, ein Mensch, dem ich mein Lächeln schenke.“

Religiosität, Transzendenz und Spiritualität bekommen einen neuen Stellenwert im Leben.

Eine Patientin äußerte ihr Gedanken:

„Ist die Krankheit ein Signal, dass ich was ändern soll? Habe ich ein Unbewusstes, das mich korrigiert? Ich nehme mich irgendwie anders wahr, auch die Natur erlebe ich anders. Vielleicht bin ich stärker verbunden mit allem um mich herum. Ich nehme die

Menschen, die Natur, mich selber bewusster wahr. Ich atme. Ich lebe. Ich bete zu Gott und führe Zwiegespräche mit ihm.“

Angehörige und Freunde durchschreiten ähnliche Prozesse wie Betroffene.

Eine Freundin der erkrankten Susanne Fleer:

„Ich möchte sehen, ich möchte die Welt sehen - das Blatt, das Grün, die Sonne, die Luft, das Wasser, riechen, schmecken, hören, und einfach so sein wie ich bin. Und das zieht sich einfach in allem durch; wenn ich tanze, dann tanze ich; wenn ich singe, dann singe ich; wenn ich esse, dann esse ich. Da habe ich dann gesehen, das ist Leben. Das ist Leben - und: für mich war es einfach, das zu sehen mit der Liebe, dass ich sehe, wie wenig ich eigentlich – meine eigene Liebe zeige, wie wenig ich Liebe von anderen Menschen annehmen kann. Und mehr mit den Menschen, wenn ich mit denen Kontakt habe, tiefer zu gehen, tiefer. Nicht nur die Maske von jemanden zu sehen und zu sagen, was ist das für'n blöder Typ, oder zu sehen, da ist noch irgendwas in jedem Menschen, was tiefer ist und was größer ist. Und diese Qualität mehr zu erfahren und das zuzulassen, das ist so schwer, das ist so verdammt schwer. Wie oft verurteile ich in meinem Leben, wie oft verurteile ich Menschen?“ (W.Filmer, 1991,86)

7. Zum Umgang mit dem Thema Sexualität im klinischen Alltag zwischen Patient und Behandlungsteam

Sexualität ist oft nach wie vor sowohl für die Behandler als auch für die Patienten ein tabuisiertes und schambehaftetes Thema.

Wie sieht die Realität im Behandlungsalltag aus? 87 % der krebserkrankten Patienten wünschen sich eine differenzierte Aufklärung über die Folgen der Erkrankung und Behandlung auf ihre Sexualität. 94% der Ärzte sagen, dass es nicht ihr Thema ist.

Quelle: Brock, G. Pfizer Global Study 2002

Ist der Fachwelt dieses hohe Interesse auf Seiten der Betroffenen bekannt und wie wird dieser Wunsch beantwortet? Offensichtlich besteht auf beiden Seiten eine Zurückhaltung. Scham und eine übergroße Vorsicht vor Grenzverletzungen hüllen das Thema Sexualität bei Krebserkrankung in Schweigen. Viele Menschen kostet es schon eine große Selbstüberwindung mit den engsten Vertrauten über sexuelle Gelüste, Wünsche und Nöte zu sprechen. Wie schwer ist es erst dann, mit dem Behandlungsteam darüber zu reden. Wenn das Behandlungsteam ein Bewusstsein über die Gesprächs- und Aufklärungswünsche des Patienten entwickeln kann, wenn die richtige Sprache gefunden wird, wenn taktvoll vorgegangen wird, wenn Offenheit gegenüber dem Thema vorhanden ist, wenn Fachpersonal sich mit dem eigenen Verständnis für Sexualität auseinandersetzt und andere Norm- und Kulturvorstellungen gelten lassen kann – dann sind schon viele Schritte in Richtung Tabu-Bruch getan. Der Patient benötigt die Ermutigung seitens des Behandlungsteams über seine Sexualität zu sprechen.

7.1 Was muss das Behandlungsteam in den Blick nehmen?

„Probleme mit der Sexualität“ bei einer Krebserkrankung können nur behandelt werden, wenn das Individuum in seinem Lebensganzen gesehen wird.

Deshalb sollte das Behandlungsteam

- Präsenz zeigen
- ein Vertrauensverhältnis aufbauen,
- für den Patienten Geduld haben und ihm genügend Zeit geben
- die richtige „Sprache“ verwenden
- den Patienten liebevoll annehmen und begleiten
- dem Patienten gegenüber Offenheit und Wertschätzung zeigen
- Bewusstheit für taktvolles Vorgehen entwickeln

- dem Leiden begegnen
- den Patienten ermutigen, über das Thema Sexualität zu sprechen
- den Patienten freien Raum lassen, ihre Sexualität selber zu definieren
- Respekt vor der Andersheit des Anderen zeigen (Levinas)
- Sorge tragen um die Integrität des Patienten
- sich mit Tabus allgemein und den eigenen Tabus in der Sexualität auseinandersetzen
- eigene sexuelle Vorstellungen und Sichtweisen hinterfragen
- über die eigene Einstellung zur Sexualität reflektieren
- persönliche Grenzen, aber auch Ressourcen im Umgang mit dem Thema Sexualität und Beziehung im Gespräch mit Betroffenen erforschen.
- fachliche und sachliche Aufklärung über medizinische Auswirkungen der Erkrankung und der Behandlung zur jeweiligen Symptomatik vermitteln
- fachliche Vorschläge zum Umgang mit der speziellen Problematik geben
- den Patienten über die Folgen der Behandlung auf das Sexualleben vor der jeweiligen Intervention aufklären und Hilfestellung bei der Entscheidung geben
- den Patienten mit Broschüren zu Sexualität und Krebs informieren
- bei Bedarf eine paar- oder sexualtherapeutische Behandlung empfehlen

Diesen Anforderungen im klinischen Alltag gerecht zu werden, kann als illusorisch angesehen werden, was es mit Sicherheit auch ist. Ich möchte damit aber anregen: wenn wir uns unserer Ziele bewusst sind und uns diese vergegenwärtigen, Werte und unsere Haltung zu uns selber reflektieren und den dringenden Wunsch haben, mit den Patienten qualifiziert umgehen zu wollen, dann schaffen wir einen humaneren Alltag!

Uns, dem Behandlungsteam wünsche ich genügend Ressourcen für eine ganzheitliche, qualifizierte Behandlung und Begleitung der Patienten. Dann sind wir alle einen Schritt weiter in der Umsetzung unserer Wünsche und Bedürfnisse und letztendlich manchmal in der Umsetzung unserer als gewagt eingeschätzten Träume.

7.2. Welche Herausforderungen mutet die krankheitsbedingt beeinträchtigte Sexualität dem Patienten zu?

Der Patient sollte

- sich trauen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, z.B. psychotherapeutische Hilfe
- sich Informationen zur Auswirkung der Behandlung **vor** der Behandlung einholen und einfordern
- sich intensiv mit dem Thema Sexualität im Hinblick auf die Erkrankung auseinandersetzen
- sich trauen, über Bedürfnisse, Gedanken und Gefühle mit den Behandlern und mit seinem Partner zu sprechen
- sich trauen, das Sexualleben wieder aufzunehmen
- neue Wege in der Sexualität für sich erforschen
- lernen, den unabänderbaren Verlust sexueller Funktionen zu betrauern
- sich mit den eigenen inneren Sperrern auseinandersetzen: Hindernisse für ein gutes Sexualleben befinden sich meistens im Kopf des Patienten oder dem des Partners (Moralvorstellungen, mangelnde Informationen über z.B. Ansteckungsgefahr)
- Vertrauen in den eigenen Körper und die Leistungsfähigkeit neu erobern
- eine befriedigende Lebensgestaltung und hohe Lebensqualität anstreben, was auch immer das für einen selber bedeutet, denn Zufriedenheit spielt eine große Rolle für die Lust auf Sexualität

- sich nicht auf kranke Anteile konzentrieren, sondern die gesunden Anteile entdecken!
- sich auf die machbaren Wünsche und Ziele fokussieren und alles für deren Umsetzung geben!

Auch diese Herausforderungen können für den Patienten eine Provokation sein. Nur wenn wir Möglichkeiten aufzeigen, können wir das Unmögliche bewirken!

8. Abschließende Gedanken

Kann man den Prozess und die Dynamik einer lebensbedrohlichen Erkrankung und die damit verbundenen Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität zusammenfassen? Verändern sich die Werte nicht ständig im Laufe des Lebens und verändert sich nicht auch laufend das individuelle Erleben und die Bedeutung der Sexualität im jeweiligen Kontext der Erkrankung?

Das Leben ist im ständigen Wandel und wie oft möchten wir allzu gerne, dass alles so bleibt wie es ist. Wie viele Menschen freuen sich auf Veränderungen? - die meisten nicht. Viele Menschen sind in ihrer Lebenssituation unbeweglich, auch wenn das augenblickliche Leben unbefriedigend ist.

Das Thema Sexualität in den Fokus zu nehmen trifft oft auf Abwehr und Scham bei den Patienten als auch bei den Behandlern. Deshalb ist sehr wichtig, dass das Behandlungsteam auch in diesem Thema geschult ist. Wir sind in die Pflicht genommen, die Patienten umfangreich über die Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität zu informieren. Der vitale Aspekt der Sexualität mit seinen Ausformungen Fortpflanzung, Liebe, Zärtlichkeit, Lust und Attraktivität sollte auch im Rahmen einer Krebserkrankung seinen Raum finden.

Der Patient in seiner lebensbedrohlichen Lage ist oft gar nicht in der Lage seine Belange anzusprechen.

Ich meine, die größte Herausforderung im Leben ist: das Leben zu leben. Das bedeutet, das Leben mit all seinen Facetten zu leben und immer wieder achtsam den Augenblick des Glücks wahrzunehmen, zu fühlen und zu lieben, sich so anzunehmen wie man ist und sich zu lieben und das Leben so anzunehmen wie es ist - anerkennen was ist. Letztendlich bedeutet es: bei sich selbst ankommen und sich zu Hause fühlen. Die Begegnung mit sich selber und dem anderen kann großes Glück und Erfüllung bedeuten. Aber ist nicht alles Begegnung oder blenden wir gewisse Begegnungen und Themen aus und titulieren sie mit böse, schrecklich, nicht gut? Ist das Urteilen die Verhinderung der Begegnung?

Wo Sonne ist, wirft sie Schatten.

Ich glaube gewisse Erkenntnisse und Einsichten sind nur möglich in bedrängenden Lebensereignissen. Darin geschehen persönliche Wachstumsprozesse. Sind Probleme dann dazu da, persönlich zu wachsen und sind diese dann ein Geschenk? Wollen wir dieses Geschenk in hässlichem Geschenkpapier annehmen?

Sicher provokante Fragen. Und ein Versuch das Leben zu verstehen.

Um die Krebserkrankung und Sexualität zum Thema machen zu können, braucht es Offenheit und Ehrlichkeit und immer wieder die eigene Reflexion und den Mut, sich den Themen stellen zu können. Dafür danke ich auch all meinen Patienten, dass sie mich herausgefordert haben, den Mut aufzubringen Unaussprechliches zur Sprache zu bringen. Meistens haben dann viele Gefühle wie Scham, Schuldgefühle, Trauer, Angst

Platz. Im Ausgesprochenen verschwinden meist die Gespenster. Wenn wir die Gefühle zulassen, stellt sich fast immer Ruhe ein.

Zum Schluss, der wie der Anfang beginnt, möchte ich einen Text von *Kalil Gibran* zitieren:

Dann sprach Almitra: Wir möchten nun nach dem Tod fragen. Und er sagte: Ihr könnt das Geheimnis des Todes kennenlernen. Aber wie werdet ihr es finden, wenn ihr nicht im Herzen des Lebens sucht? Die Eule, deren Nachtaugen am Tag blind sind, kann das Mysterium des Lichts nicht entschleiern. Wenn ihr wirklich den Geist des Todes schauen wollt, öffnet eure Herzen weit dem Körper des Lebens. Denn Leben und Tod sind eins, so wie der Fluss und das Meer eins sind.

In der Tiefe eurer Hoffnungen und Wünsche liegt euer stilles Wissen um das Jenseits.

9. Zusammenfassung: Psychosoziale Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität in der Psychoonkologie - Eine Perspektive der Integrativen Therapie

In meiner Arbeit stelle ich zunächst die Struktur, Inhalte und Ziele meiner psycho-onkologischen Arbeit dar, um zu verdeutlichen in welchem Rahmen die psychosozialen Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität in der Psychoonkologie zum Tragen kommen. Die Folgen der Krebserkrankung und deren Behandlung auf die Sexualität betreffen den Menschen in seiner ganzen Identität.

Theorie und Praxis der Integrativen Therapie (H.G. Petzold) weisen Wege auf (Konzepte, Modelle, Methoden, Techniken), die uns die Erschütterung der Identität der betroffenen Menschen durch die Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Sexualität verstehen lassen und welche Möglichkeiten den Betroffenen zur Linderung und Heilung angeboten werden können. Die Ressourcen und das Lösungspotential des Patienten zu erwecken und zu stärken, ist ein besonderes Anliegen. Um eine gelungene befriedigende Lebenssituation für den Patienten zu erreichen, sind sowohl der Behandler als auch der Patient vor eine Herausforderung gestellt: nämlich sich dieses Themas Sexualität und Krebs anzunehmen. Ziel ist es, neue Lebensperspektiven für den Patienten entstehen zu lassen.

Schlüsselwörter: Sexualität, Krebs, Psychoonkologie, Fünf Säulen der Identität, Identitätsstärkung, Ressourcenaktivierung, Integrative Therapie

Summary: Psychosocial Effects of Cancer on Sexuality in the Psycho-oncology - A View of Integrative Therapy

This treatise describes the structure, contents and aims of my psycho-oncological work in order to elucidate in which way the psychological effects of cancer disease on sexuality are relevant in psycho-oncology. The consequences of cancer disease and its treatment with regard to sexuality affect human beings in all their identity. Theory And Practice of Integrative Therapy (H.G. Petzold) shows ways (concepts, models, methods, techniques) that enable us to understand the effects of cancer disease on sexuality and the possibilities which could be offered to the affected persons for relief and healing. It is of particular concern to encourage and strengthen the patient's own resources and potential for solution. In order to reach a good and satisfactory way of life the therapist as well as the patient are both faced with a major challenge, namely to accept the topic: sexuality and cancer. The aim is to create new life prospects for the patient.

Keywords: Sexuality, Cancer, psycho-oncology, Five columns of Identity, strengthening of identity, mobilisation of resources, Integrative Therapy

10. Literatur

- Filmer, W.* (1991): Susanne Fleer: Abschied vom Leben. München: Goldmann
- Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.* (2011): Krebs und Sexualität Informationen für Betroffene und Partner
- Geuenich, K.* ((2011) Akzeptanz in der Psychoonkologie. Eschweiler: Schattauer
- Herschbach, Weis* (2010): Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten. Berlin: DKG Krebsgesellschaft
- Mehnert, A., et. al.* (2003): , Empfehlungen zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus, in Zeitschrift für Medizinische Psychologie 12
- Norwegischer Krebsverein*, Krebs und Sexualität
- Offit A.*(1979): Das sexuelle Ich. Stuttgart: Klett-Cotta,
- Orth, I.* (2010): Weibliche Identität und Leiblichkeit - Prozesse „konvivaler“ Veränderung und Entwicklung – Überlegungen für die Praxis. In: *Petzold, H., Orth, I., Sieper, J.* Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, geistiges Leben. Moderne Psychotherapie als wertegeleitete Praxis. Wien: Krammer Verlag.
- Petzold H.G.*(1988): Integrative Therapie, Band I,1, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1993). Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd.II/1. Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1993). Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. II/2. Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1993). Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. II/3. Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1996). Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie, Bd. I/1. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1996): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Band I /2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (1996): Integration und Kreation, 2 Bände. Paderborn: Junfermann,
- Petzold H.G.* (1998): Integrative Supervision, Meta-Consultung & Organisationsentwicklung. Paderborn: Junfermann,
- Petzold, H. G., Orth, I,* (2011): Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: *Abdul-Hussain* (2011): Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu “Genderintegrität”. Wiesbaden: VS Verlag
- Petzold H.G.* (2012h): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung – Komplexe Humantherapie III Textarchiv JG.2012.
<http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>
- Petzold,H.G.* (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit.“ Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In Petzold, H.G. (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407- 605. Überarbeitete und erweiterte Fassung von 2001p: www.FBI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE : Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit –

10/2001 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/10-2001-2001p-petzold-h-g-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit.html>, Update 2004, Integrative Therapie 4 (2004) 395-422, 4 (2005) 374-397. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Identitaetstheorie-Polyloge-10-2001.pdf>

Petzold, H.G. (2014j): Depression ist grau! – die Behandlung grün: Die „neuen Naturtherapien“: Green Exercises & Green Meditation in der integrativen Depressionsbehandlung. Green Care 4/2014 Textarchiv 2014. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>

Petzold, H.G.: Was ist Integrative Therapie? – Leitideen und Grundkonzepte <http://www.eagfpi.com/images/stories/downloads/was-ist-integrative-therapie.pdf>

Rahm, D., Otte, H., Bosse, S. & Ruhe-Hollenbach, H. (1999). Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.

Schuch, H. W. (2012): Auflösungserscheinungen und Normalisierungseingfügungen - Reden über den Sex, in Zeitschrift Integrative Therapie: 12/ 2012. Paderborn: Junfermann Verlag

Wolf, N.,(1993): Der Mythos Schönheit. Reinbeck: Rowohlt.

Zeitschrift: Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Forum 2, 2012, Springer Medizin

Das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut in Berlin http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Krebs_gesamt/krebs_gesamt_node.html

SOP der Psychoonkologie der Kliniken Essen-Mitte [http://damaskus/qm-portal/QMDokumente/Betreuung und Beratung/Psychoonkologischer Dienst/SOP Psychoonkologie.pdf](http://damaskus/qm-portal/QMDokumente/Betreuung%20und%20Beratung/Psychoonkologischer%20Dienst/SOP%20Psychoonkologie.pdf)

<http://www.habichtswaldklinik.de/Druck/sexualitaet-und-krebserkrankung.html>

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe e. V. (DKH)(2015): Leitlinienreport S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Psychoonkologie.59.0.html>

<http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/273>
Unterwegs zu einer Integrativen Humantherapie - Ein Interview von Anton Leitner mit Hilarion Gottfried Petzold