

FACHARBEIT

Thema:

Der geschlechtslose Klient

Das ATL Sexualität – (k)ein Thema in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen?

erstellt

im Rahmen der
„Weiterbildung zur Krankenschwester für Psychiatrie“

am

Centrum für Kommunikation Information Bildung

von

Sandra Wagner

Kursleitung: Jürgen Stadelmeyer

Nürnberg / Erlangen / Reifenberg, Januar-Juli 2003

1.0. Einleitung	2
2.0. Definition	
2.1. Der Begriff „Sexualität“	4
3.0. Sexualität und psychische Erkrankung	6
3.1. Der depressive Patient und sein Verhältnis zur Sexualität	
3.2. Der manische Patient und sein Verhältnis zur Sexualität	
3.3. Der schizophrene Patient und sein Verhältnis zur Sexualität	
3.4. Der alte, verwirrte Patient und sein Verhältnis zur Sexualität	
4.0. Psychiatrische Pharmakotherapie und deren Auswirkungen auf das ATL „Sexualität“	10
5.0. Welchen Stellenwert nimmt das Thema „Sexualität“ im Leben von psychisch kranken Menschen ein?	13
5.1. Das Paarinterview – der Plan, das Paar, die Rahmenbedingungen	
5.2. Das Paarinterview – die Zusammenfassung	
5.3. Das Paarinterview - die Erkenntnisse	
6.0. Vorschläge für pflegerische Maßnahmen zur Enttabuisierung des Themenbereichs „Sexualität“ im stationären Alltag	19
7.0. Fazit	23
8.0. Literaturliste	24

Anmerkung der Autorin: Zur Vereinfachung wurde in dieser Arbeit grundsätzlich die männliche Form verwendet. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass damit gleichzeitig die weibliche Form mit eingeschlossen ist.

1.0. Einleitung

Wenn man sich über die Sexualität von psychisch kranken Menschen, die sich in unserer Behandlung befinden, Gedanken macht, so werfen sich in erster Linie eine Unzahl von Fragen auf. Obwohl sich in psychiatrischen Institution die Menschen mit Leib und Seele begegnen, also auch mit Wünschen nach Sexualität, Zärtlichkeit und Nähe, steht noch immer die kranke Seele und der verwirrte Geist des Patienten im Vordergrund der Behandlung. Sexualität stößt im psychiatrischen Kontext vor allem auf Grenzen, auf Verbote und hat schlichtweg nicht statt zu finden. Bei Pflegeerhebungen die tagtäglich im stationären Behandlungssetting stattfinden und unter zu Hilfenahme des ATL-Modells erstellt werden, wird der Punkt „Sich als Mann / Frau fühlen“ beziehungsweise „Sexualität“ meist großzügig umgangen. Es drängt sich die Frage auf, ob das Thema Sexualität tatsächlich als unwichtig zu erachten ist, beziehungsweise warum dieser Bereich im Zuge des ganzheitlichen Behandlungsanspruchs in solch unzureichender Art und Weise Erwähnung findet. Sicherlich haben die Berührungängste mit diesem Thema auch geschichtliche Hintergründe. In psychiatrischen Anstalten hat es seit ihrer Gründung eine strenge Trennung der Geschlechter gegeben. Die klassischen Grundrisse psychiatrischer Krankenhäuser überall in Europa sind durch eine sogenannte „Geschlechterachse“ gekennzeichnet: Links im Krankenhausgelände befinden sich die Bauten für Männer, rechts die für Frauen. Dazwischen steht eine Mauer. Häufig markieren die Wirtschafts- und Küchengebäude die Trennung zwischen beiden Seiten. Nicht selten ist die architektonische Trennung der Geschlechter in historischen Anlagen heute noch sichtbar(vgl.: R. Baer: „Psychiatrie und Geschichte“/ Uni-Med-Verlag, Bremen 1997). Doch in den gegenwärtigen psychiatrischen Krankenhäusern gehören gemischt-geschlechtliche Stationen zum Alltag. Diese Stationen sollen einen Rahmen von Struktur, Sicherheit und Geborgenheit bieten. Sie sollen ein Platz der Entfaltung sein, ein Platz in dem das Individuum Beachtung findet und seine Bedürfnisse offen und unbefangen äußern kann. Kommt man im Gespräch mit Patienten auf das Thema Sexualität, so löst dies oftmals

Hilflosigkeit und Ausflüchte beziehungsweise schnelle Themenwechsel beim professionellen Helfer aus.

Es ist klar: Die Beschäftigung mit dem Thema Sexualität ist eine Gratwanderung zwischen möglicher Schamverletzung, Verletzung der Intimsphäre und „prüdem wegsehen“, zwischen fachlicher Kälte und Naivität. Wie schon anfangs erwähnt: Es werfen sich unzählige Fragen auf. Man stellt sich die Frage, in wie weit wir in die Sexualität der PatientInnen eingreifen müssen, sollen, dürfen oder wollen. Das kann eine menschliche Frage sein, eine juristische oder eine moralisch-ethische. Wie gut kommen wir mit unserer eigenen Sexualität zurecht? Wie weit handeln wir übervorsichtig aus dem Wissen, dass Kontrolle von vornherein nur durch das Setzen von Grenzen und Verboten möglich ist? Sind die Sorgen und das Kontrollbedürfnis um die Sexualität der uns Anvertrauten deshalb so groß, weil wir ihnen hinsichtlich dieser Aktivität des täglichen Lebens nicht über den Weg trauen? Wenn diese Sorge tatsächlich derart groß ist, wieso wird dieser Themenbereich in der Behandlung größtenteils ausgespart?

Sexualität stört oftmals die Ordnung schon im Alltag von unzweifelhaft Gesunden. Erst recht stört sie die Ordnung im Alltag von Kranken und erst recht in jeglicher Art von Institution. In allen Institutionen haben die dort Tätigen Pfleger, Schwestern, Ärzte, Sozialarbeiter usw. ein gewisses Maß an Verantwortlichkeit und Kontrollbefugnis über die ihnen Anvertrauten.

Wie wir mit der Sexualität psychisch kranker Menschen umgehen, wie wir uns gegenüber sexuellen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten verhalten, sagt etwas aus über unsere generelle Haltung gegenüber psychisch kranken Menschen. „Das Tabu- Thema Sexualität, von Angst, Unsicherheit, Befürchtungen und Zweifeln zu befreien, offen über Wünsche nach Nähe, Liebe und Intimität zu sprechen, gehört zur psychiatrischen Pflege- zur Beziehungspflege.“ (vgl. M. Knop u. B. Jessen: Störfall Sexualität, Psychiatrie Verlag, Bonn '96) . Doch das einfach klingende stellt sich beim näheren Hinsehen als komplex und kompliziert heraus. Auf der einen Seite wollen wir die PatientInnen in ihrer Suche nach Liebe und Geborgenheit unterstützen und ihre Wünsche nach Nähe und Sexualität als einen Teil der Gesundung und Stabilisierung in die Pflege mit einbeziehen, auf der anderen Seite müssen wir uns auf verschiedenen Ebenen mit diesem Thema kritisch befassen und Grenzen

setzen. Dass das für alle Krankenpflegekräfte auf psychiatrischen Stationen aufgrund ihrer Nähe zu den psychisch kranken Frauen und Männern eine besondere Herausforderung darstellt, soll nun in dieser Arbeit näher erläutert werden.

2.0. Definition

2.1. Der Begriff „Sexualität“ (Ursprung, Geschichte, Hintergründe):

Der Begriff „Sexualität“ entstand zu Beginn des 19. Jahrhunderts, bei einer botanischen Diskussion um die Entstehung von Pflanzen. Der Begriff wurde 1820 von Henschel in seinem Buch „Von der Sexualität der Pflanzen“ als vorerst wertneutraler Begriff eingeführt. In dem Wort Sexualität steckt die lateinische Wurzel „secare“ (schneiden, teilen). Sexus bedeutet demnach die Zweiteilung in männliches und weibliches Geschlecht. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstand ein großes pädagogisches wie wissenschaftliches Bedürfnis, Begriffe zu finden, die nicht sexuell erregend wirkten. Ein großer sexueller Wortschatz, der ohne Bewertung Vorgänge nennen ließ, galt nun als unsittlich und anstößig. Man behalf sich mit dem neutralen Begriff „Sexualität“, und in Anlehnung an die Biologie kam es zur folgenschweren Einengung auf das Fortpflanzungsgeschehen. Erst 1961 wehrte sich Leist gegen die Verwendung des Wortes „Sexualität“. Er schlägt den Begriff „Geschlechtlichkeit“ vor: „ Das, was wir unter Geschlechtlichkeit verstehen, ist durchaus nicht dasselbe, wie das, was andere mit Sexualität bezeichnen. Wenn wir von Geschlechtlichkeit sprechen, so meinen wir die Grundtatsache, dass der Mensch Mann oder Frau und nichts sonst- kein neutrales Zwischending- ist.“ (zit. n. Walter und A. Hoyler- Herrmann, 1987, S. 97).

Doch auch heute wird Sexualität vielfach als menschliches Verhalten verstanden, das sich aufn die Genitalorgane und deren Funktion beschränkt. Heinz Bach führt dazu aus: „ Eine solche biologisch- technische Verkürzung des Begriffs auf Genitalsexualität pflegt den Blick für intrapsychische und interpsychische Zusammenhänge zu verstellen, die als Bedingungsgefüge von wesentlichem Einfluss auf die Genitalsexualität sind.“ (vgl. H. Bach: Sexuelle Erziehung, 1981, S. 1). Isoliert praktizierte Genitalsexualität führt zu einer

Verarmung im emotionalen Bereich. In dieser partiellen Funktion kann Sexualität leicht als Konsumgut missverstanden werden, das als Kompensationsmittel für Enttäuschungen und als Machtmittel missbraucht wird. Ein Komplexeres Verständnis sollte angestrebt werden, das alle menschlichen Erlebens- und Ausdrucksformen umfasst, bei denen die Zugehörigkeit zu einem Geschlecht eine Rolle spielt. Sexualität wird also als „wesentlicher Aspekt der menschlichen Existenzsituation“ (vgl. P. Spoken: Sexualethik, 1975, S.168) definiert. Sie beinhaltet jedes Selbsterleben als geschlechtliche Person, das Erleben eines geschlechtlichen Gegenübers und einer geschlechtlichen Gemeinsamkeit.

Formen und Normen des sexuellen Erlebens sind keine angeborenen, natürlichen Vorgaben, sondern sie gehören zu den „Kulturleistungen und Existenzanforderungen wie Werkzeug und Sprache“ (vgl. H. Schelsky: Soziologie der Sexualität). Die natürlichen sexuellen Funktionsabläufe entwickeln sich schon im Mutterleib und sind bei Geburt voll funktionsfähig und müssen ebenso wenig gelernt werden wie Atmen und Verdauen. Was aber gelernt werden muss, ist der Umgang mit diesen natürlichen Funktionen. Sexualverhalten ist daher in allen Kulturen von intensiven Lernen und Lehren abhängig. Innerhalb einer Epoche, innerhalb einer Kultur bilden sich bestimmte Normen heraus, die dem Individuum zwar einen bestimmten Freiraum gewähren, aber auch Anpassung erfordern um Konflikte zu vermeiden.

In der Fachliteratur findet sich eine grosse Bandbreite von Vorschlägen den Begriff „Sexualität“ zu definieren. Alle Autoren sind sich einig, Sexualität nicht nur auf die Funktion der Fortpflanzung zu beschränken, sondern ihr auch Begriffe und Gefühle wie Fürsorge, Verantwortung und Respekt vor dem Anderen zuzuordnen. Der für diese Arbeit zugrunde liegende Definitionsversuch soll wie folgt lauten: Sexualität umfasst alle Aspekte menschlicher Daseinsformen, in denen die Tatsache des Mann- oder Frau-seins eine Rolle spielt. Sexualität ist mit dem Mensch- sein untrennbar verbunden, sie betrifft immer den ganzen Menschen, der als Mann oder Frau lebt und durch seine Sexualität bestimmt ist. Das geschlechtliche Gegenüber und die Begegnung von Männern und Frauen haben ihren Sinn in sich selbst. Deshalb dient die Sexualität nicht in erster Linie der Fortpflanzung. Mann und Frau sind aufeinander angewiesen, um ihre Beziehung zu gestalten. In der

Begegnung mit der Andersartigkeit des Partners erfährt der einzelne Mensch nicht nur eine Ergänzung, sondern er erkennt sich selbst und den anderen. Sexualität ist als ein zentraler Lebensbereich mit einer entscheidenden Dimension der (sozialen) Selbstentfaltung zu verstehen. (vgl. R.Fricke/J.Lerch: Zur Theorie der Sexualität, Bissendorfer Verlag, Innsbruck, 1998) .

3.0. Sexualität und psychiatrische Erkrankung

Versucht man die Situation psychisch kranker Mitmenschen objektiv zu betrachten, so stellt man fest, dass diese im Punkte Sexualität zuerst einmal grundsätzlich den selben Einflüssen unterliegen wie wir Gesunden. Durch die Symptomatik ihrer Erkrankung sowie der dem Alltag nachgeahmten Situation auf psychiatrischen Stationen wird ihre gelebte Sexualität nur transparenter, präsenter und meist problematischer als im tatsächlichen „normalen“ Alltag. Es wirken besondere Einflussfaktoren auf die Sexualität des psychisch kranken Menschen ein, welchen der Gesunde nicht unterworfen ist. Der tiefgreifendste Faktor sind wohl die Krankheit selbst sowie die pharmakotherapeutische Behandlung. Noch dazu kommen Faktoren wie die Institution als solche, die Einschränkungen bedingt durch Stationsregeln und auch das eigene Rollenverständnis des psychisch Erkrankten. Psychische Erkrankungen stehen in vielfältiger Art und Weise in Beziehung zur Sexualität des psychisch kranken Menschen. Im Folgenden soll nun versucht werden die häufig vorkommenden psychiatrischen Krankheitsbilder mit ihren Symptomen in Interaktion zum ATL „Sexualität“ beziehungsweise zum ATL „Sich als Mann / Frau fühlen“ darzustellen um die Notwendigkeit aufzuzeigen, die oben genannten Aktivitäten des täglichen Lebens tatsächlich mit in ein therapeutisches Behandlungskonzept mit einzubeziehen. Es besteht hierbei kein Anspruch auf Vollständigkeit, vielmehr sollen die Diagnosegruppen Beachtung finden die im stationären Alltag am häufigsten vorkommen und deshalb in Sachen Relevanz an erster Stelle stehen:

3.1. Der depressive Patient und sein Verhältnis zur Sexualität

Erkrankt ein Mensch an Depressionen, so bringt dies drastische Veränderungen mit sich. Der Patient empfindet seine Stimmung als leer, ausgebrannt und hoffnungslos. Der Antrieb und das Denken sind gestört, was sich in Initiativlosigkeit, unkonstruktiver Unruhe und grübelnden Negativismus äußert. Das Selbstbild ändert sich bis hin zur absoluten Wertlosigkeit des eigenen Daseins. Doch auch Vitalgefühle und vegetative Funktionen sind betroffen. Der depressive Mensch fühlt sich schlaff, ständig müde und niedergeschlagen. Die erotische Erlebnisfähigkeit und Potenz verschwinden unter der Last der Depression. Bei weiblichen Patienten kann es zu einem Ausbleiben des Monatszyklus kommen. Das Leben von Partnerschaften kann erheblich beeinträchtigt sein, bis hin zur Trennung vom Lebenspartner (vgl. Dörner/Plog: „Irren ist menschlich“/Psychiatrie Verlag, Bonn 2000). Im stationären Alltag lässt sich bedingt durch die oben genannten Symptome ein vernachlässigen der Körperpflege beobachten. Das regelmäßige Wechseln der Kleidung wird unwichtig, die Fähigkeit körperliche oder verbale Kontakte aufzunehmen und zu pflegen geht verloren. Blickt man zurück auf die im Punkt 2.0 aufgeführte Definition von Sexualität, so ist dort vom „Selbsterleben als geschlechtliche Person“ die Rede. Beim depressiv erkrankten ist dieses Selbsterleben aufgrund der geminderten Wertigkeit beziehungsweise „Fühlbarkeit“ des eigenen Seins aufgehoben. Da die psychiatrische Krankenpflege das Prinzip der „Ganzheitlichkeit des Menschen“ praktiziert, scheint es hinsichtlich dessen unausweichlich sich bei der pflegerischen Behandlung des depressiv erkrankten Menschen auch mit dem Thema Sexualität auseinander zu setzen.

3.2. Der manische Patient und sein Verhältnis zur Sexualität

Im krassen Gegensatz zum antriebsgeminderten, sich minderwertig fühlenden depressiven Patienten steht der antriebsgesteigerte, manische Mensch. Die Stimmung erscheint gehoben und euphorisch. Der Antrieb ist gesteigert, die Handlungsmechanismen beschleunigt. Das Denken gewinnt an Tempo bis hin zur Ideenflucht. Das eigene Sein wird als grandios und überwertig erlebt. Vegetative Funktionen und Vitalgefühle sind ebenfalls gesteigert, das

Schlafbedürfnis ist deutlich reduziert. Das moralische Empfinden bekommt eine besondere Bedeutung. Der manisch Erkrankte sprengt jeden Rahmen, setzt jede soziale Übereinkunft außer Kraft. Takt, Geschmack und alle Erwartungen auf die sich Menschen im sozialen Miteinander verlassen können werden überschritten. Jede sonst verlässliche Distanz wird aufgehoben. Das geht von der nachlässigen oder abenteuerlichen Kleidung bis zu ungefragten körperlichen oder verbal anstößigen Kontakten. Sexualität als Funktion und Erleben wird kurz, total und schamlos nach Außen gekehrt. Offene Nacktheit, sexuelle Handlungen und Bewegungen in der Gegenwart anderer, sowie unangemessenes Schminken und Auftreten sind im stationären Alltag nicht selten. Bedenkt man jedoch, das nach dem Abklingen der Akutphase einer Manie die Betroffenen häufig ein Gefühl der Peinlichkeit und Scham überkommt und dies zu massiven Einschränkungen im weiteren Behandlungsverlauf bis hin zu suizidalen Handlungen führen kann, so ist unschwer zu erkennen, das diese im massiv überzogenen Maße gelebte sexuelle Enthemmung bei der manischen Störung und deren oftmals drastischen Folgen einen klaren Aufruf an die Pflegenden auf psychiatrischen Stationen darstellt. Einerseits um andere Mitpatienten vor sexuellen Übergriffen in welcher Form auch immer zu schützen, andererseits um den manisch Erkrankten in seiner unkritischen Selbstüberschätzung vor folgenschweren Fehlritten zu bewahren.(vgl. Dörner/Plog: "Irren ist menschlich", Psychiatrie Verlag Bonn 2001).

3.3. Der schizophren erkrankte Patient und sein Verhältnis zur Sexualität

Der an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankte Mensch erleidet in erster Linie Störungen seitens des Fühlen, Denkens und Erlebens seiner Selbst, sowie seiner Umwelt. Es fällt ihm schwer zu sagen wer er eigentlich ist, das Selbstbild schwimmt in Folge der krankheitsbedingten Wahrnehmungsstörung. Dinge bekommen eine besondere, überwertige Bedeutung, Gefühle werden als gemacht und andersartig erlebt. Häufig wird von dem Gefühl, im Mittelpunkt der Wahrnehmung Anderer zu stehen, berichtet. Wahnhaftes Verarbeiten von Geschehnissen und Umwelteinflüssen

beeinträchtigen den Alltag in massivster Form. 70 Prozent der Patienten berichten über merkwürdige, fremdartige, oft kaum beschreibbare Wahrnehmungs- und Gefühlsstörungen des Körpers. Der schizophren erkrankte Mensch verliert die Grenze zwischen dem eigenen Ich und der Umwelt. Das pflegen und knüpfen von Beziehungen wird dadurch zu einer schier unlösbaren Aufgabe. Der Patient ist hin- und hergerissen zwischen dem Bedürfnis nach Nähe und der Angst vor dem „Zu-nahe-kommen“ (vgl.M. Eink: „Zur Erlebniswelt schizophoren Erkrankter“/ Uni-Med-Verlag, Bremen 1999). Die Tatsache der genetischen Vererbbarkeit und die Stigmatisierung die mit der Diagnose „Schizophrenie“ einhergeht, machen es dem Erkrankten, neben seinen krankheitsbedingten Einschränkungen, zusätzlich schwer eine Partnerschaft einzugehen.

Wie in der bereits erwähnten Definition unter 2.0 aufgeführt, hat Sexualität in erster Linie nichts mit Geschlechtsverkehr und Reproduktion zu tun, sondern ist vielmehr als wesentlicher Aspekt der menschlichen Existenzsituation zu verstehen. Sexualität, also das „Sich als Mann/Frau fühlen“, hat eine ganze Menge mit Lebensqualität zu tun. Tragfähige Beziehungen, egal ob mit oder ohne körperlich ausgeübter Sexualität, nehmen einen immensen Teil des Lebens ein. Psychiatrische Krankenpflege und das alltägliche Leben stehen in enger Beziehung zueinander. Deshalb ist es auch- oder gerade- bei schizophren erkrankten Menschen erforderlich den Aspekt der Sexualität und der damit verbundenen Beziehungsfähigkeit in die Behandlung mit einzubeziehen, um den uns Anvertrauten eine Chance auf Lebensqualität- mit tragfähigen, auch sexuellen Beziehungen- trotz Krankheit zu geben(vgl. Knop/Jensen:“Sexualität in der Klinik: Eine Herausforderung für die psychiatrische Krankenpflege“/ Psychiatrie Verlag Bonn 1996).

3.4. Der alte, verwirrte Patient und sein Verhältnis zur Sexualität

Erscheint im stationären Alltag ein betagter und verwirrter Patient, so fällt dieser zuerst durch Störungen der Orientierung zu Person, Situation, Zeit oder Ort auf. Die Erschwernisse der täglichen Verrichtungen, bedingt durch Alter und Orientierungslosigkeit treten bei der Betrachtung dieser Patientengruppe in den Vordergrund. Doch das sich hinter all diesen Störungen auch emotionale

Befinden wird häufig übersehen. Alter und Sexualität scheinen Begriffe zu sein die nicht zusammen passen. Doch befasst man sich mit diesem Thema näher, so ist zu lesen, dass sich Sexualität durch alle Lebensphasen, also auch das Senium, zieht. Sie ist Teil der Lebensbiographie. Im Laufe des Lebens verändert sich- wie alle Funktionen- auch das Sexualverhalten, dessen Stellenwert und Bedeutung. Es entwickelt sich in der Regel von Genitalität in Richtung auf Zärtlichkeit, emotionale Sicherheit und Loyalität des Partners. Im Altersprozess muß neu definiert werden, was als schön und sexuell attraktiv zu verstehen ist. Charakter, Haltung, Persönlichkeit, Auftreten und Einfühlungsvermögen nehmen an Bedeutung zu. Hierzu gehören auch, gesellige Kontakte mit anderen Menschen, Nähe, Anerkennung und Wertschätzung zu erfahren und annehmen zu können. Im Alter wachsen die Bedürfnisse nach Wechselseitigkeit, gegenseitigem Vertrauen und zärtlicher Berührung. Das Sexualverhalten kann sich- pointiert Ausgedrückt- von der Einseitigkeit (Genitalität), zur Vielseitigkeit (Zärtlichkeit, Vertrauen...) und genussvollen, gewährenlassenden Lebensfreude entwickeln (vgl. R. Hirsch: „Sexualität im Alter-Zwischen Lust und Tabu“/ Psychiatrie Verlag Bonn 1996).Diese Erkenntnisse machen Klar, das hinsichtlich der Zufriedenheit betagter Patienten- gleich wie verwirrt diese sind- mehr geschehen muß, als diese satt und sauber zu pflegen. Psychiatrische Krankenpflege im geriatrischen Bereich sollte sich in Anbetracht der zunehmenden Anzahl betagter Patienten und dem Anspruch qualitativ hochwertiger Arbeit auch dem Thema Sexualität, das hier nichts mit Geschlechtsverkehr zu tun hat, annehmen.

4.0. Psychiatrische Pharmakotherapie und deren Auswirkungen auf das ATL „Sexualität“

Die bisherige Abhandlung hat gezeigt, das das ATL „Sexualität“ in der Pflege psychisch kranker Menschen eine größere Rolle spielt als vielleicht auf den ersten Blick angenommen. Doch nicht nur bedingt durch die Symptomatik einer psychische Erkrankung wird das Erleben und Leben von Sexualität beeinflusst. Auch die obligate pharmakotherapeutische Behandlung und deren Nebenwirkungen haben auf das Gebiet der Sexualität Einfluss. Man kann nun

die Frage stellen, was pharmakologische Aspekte in einer pflegerisch orientierten Arbeit wie dieser zu suchen haben? Sind medikamentöse Behandlungsansätze doch klar die Domäne der Ärzte! Doch die Praxis beweist, dass die Ärzte die pharmakotherapeutischen Maßnahmen zwar Verordnen, doch das Pflegepersonal selbige einleitet. Damit ist gemeint, dass die Pflege die Medikamente verabreicht und als Kontaktperson Nummer 1 auch mit Fragen zu eben diesen Medikamenten konfrontiert wird. Behandelt man nun das Thema „Sexualität“, so ist es unumgänglich sich auch mit den Problemen der psychisch kranken Menschen hinsichtlich der Nebenwirkungen von verabreichten Psychopharmaka zu beschäftigen. Dies soll im nun anstehenden Kapitel geschehen.

Die wohl am bekanntesten unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei der Verabreichung von Psychopharmaka und hier vor allem der Neuroleptika, sind die sogenannten *extrapyramidalmotorischen Störungen* wie *Rigor*, *Hypokinese*, *Akathisie* sowie *Früh- und Spätdyskinesien*. Darüber hinaus kommt es, egal ob „althergebrachtes Neuroleptikum“ oder Atypikum, zu anderen neurologischen Störungen wie *EEG-Veränderungen*, *Akkommodationsstörungen* und *Parästhesien*. Eine oftmals drastisch erlebte Nebenwirkung ist die *immense Zunahme an Körpergewicht*, die bereits in den ersten Wochen der Neuroleptikatherapie eintritt. Des Weiteren sind bei nahezu allen gängigen psychiatrischen Arzneimitteln Störungen der Genitalfunktion bis zu Impotenz, Libidostörungen sowie Menstruationsstörungen oder Galaktorrhoe beschrieben. Von Psychopharmaka ist seit langem bekannt, dass sie aufgrund ihrer zumeist sedierenden und dämpfenden Wirkung das sexuelle Empfinden und Verhalten stark reduzieren und damit Lebensqualität und Lebenslust der psychisch kranken Frauen und Männer beeinträchtigen. Über diese allgemeinen Anmerkungen hinaus ist die Literatur zu diesem Zusammenhang aber spärlich, ein mögliches Anzeichen dafür, wie wenig Aufmerksamkeit und Stellenwert dem Aspekt Sexualität von psychisch kranken Menschen bisher gewidmet wurde. In einem der größten Nebenwirkungsprojekte der vergangenen Jahre, das speziell zur Aufdeckung qualitativer und quantitativer Zusammenhänge des Auftretens von unerwünschten Wirkungen bei der Therapie mit Psychopharmaka im stationären Bereich durchgeführt wurde, sind auch Daten zu „Sexualfunktionsstörungen“ erhoben worden. Insgesamt wurden

während eines zehn Jahres Zeitraumes (1984-1994) die Behandlungs- und Therapieverläufe für 15.264 psychisch kranken Frauen und Männern, die mit Psychopharmaka behandelt wurden, dokumentiert und ausgewertet. Bei rund 68% dieser Gruppe wurden Störungen der Sexualfunktion oder des Sexualverhaltens festgestellt! Bei 40,2% führten diese unerwünschten Arzneimittelwirkungen zum eigenmächtigen Absetzen der verordneten Medikation! Bei 1-2% waren die Auswirkungen der Psychopharmaka bedingten Sexualstörungen bedrohlicher Natur. Sie reagierten mit suizidalem Verhalten. Bei den Störungen der Sexualfunktion beziehungsweise des Sexualverhaltens sind Neuroleptika mit 41,5% und Antidepressiva mit 21,5% die beiden Gruppen mit den höchsten Raten. Lithiumsalze folgen mit 5,3%, Anitparkinsonmittel mit 4,2 und Benzodiazepine mit 3,0%. (vgl. Studie von R. Grohmann, E. Rüter, L.G. Schmitt Hrsg.:Sexualstörungen durch Psychopharmaka, Universität Berlin Heidelberg, Springer Verlag 1996).

Asmus Finzen schreibt hierzu sinngemäß: „...die verringerte Empfindung von Lust im sexueller Hinsicht, welche nicht rein funktionell betrachtet werden darf, stellt sich möglicherweise als sekundärer Effekt der Behandlung mit Psychopharmaka im Sinne einer Verminderung sexueller Appetenz, Reaktionsfähigkeit und Aktivität ein.“(vgl. A. Finzen; Medikamentenbehandlung psych. Störungen, Psychiatrie Verlag Bonn 1991)

Das Ergebnis der aufgeführten Daten zeigt wie weitgreifend die tagtäglich verabreichten Medikamente Einfluss auf das Sexualleben der von uns betreuten Patienten nehmen. Zusätzlich sollte noch bedacht werden das neben „unsichtbaren“ Nebenwirkungen wie beispielsweise dem Libidoverlust auch „sichtbare“ Nebenwirkungen, wie erhöhter Speichelfluss, Gynäkomastie und Gewichtszunahme, das Aufnehmen zwischenmenschlicher Kontakte in einer Zeit in der Schönheit und Makellosigkeit einen hohen gesellschaftlichen Stellenwert einnehmen, negativ beeinflussen und psychisch kranken Menschen die Rückkehr in ein „normales“ soziales Umfeld erheblich erschweren. Zum Abschluss dieses Kapitels und um Missverständnissen vorzubeugen noch folgender Nachsatz: In der Behandlung psychischer Krankheiten ist der Einsatz von Psychopharmaka unverzichtbar. Doch es sollten auch immer die Auswirkungen dieser Medikamente und vor allem deren Nebenwirkungen auf das Sozialleben und dazu ist auch der Aspekt der Sexualität zu zählen,

bedacht werden. Es ist daher an der Zeit diesem Thema Raum zugunsten der Lebensqualität in der Behandlung psychisch kranker Frauen und Männer einzuräumen und es nicht wie bisher „souverän“ zu vernachlässigen.

5.0. Welchen Stellenwert nimmt das Thema „Sexualität“ im Leben von psychisch kranken Menschen ein?

Im Verlauf der bisherigen Arbeit zeigte sich deutlich das das Thema „Sexualität“ im Kontext von psychiatrischer Erkrankung und den damit verbundenen Folgen, wie Krankenhausbehandlung, auftretende Beziehungsstörungen (zu sich und anderen), pharmakologische Therapie usw. durchaus eine Existenzberechtigung hat. Doch es muß auch gesehen werden das das Thema „Sexualität“ einen sensiblen (zwischen-)menschlichen Bereich anbetrifft. Man spricht- auch als „Nicht-psychisch-Kranker“- nicht unbefangen über Menstruationsstörungen, Verlust von Libido oder gar Impotenz. Das Ansprechen dieser Angelegenheiten bedeutet einen Eingriff in die Intimsphäre jedes Einzelnen und kann nur dann geschehen wenn die Beziehung stimmt. Im Zuge der Fachweiterbildung ergab sich während meines Praktikumeinsatzes im Gut Eggenhof, einer Langzeiteinrichtung für psychisch Kranke in Uttenreuth, die Möglichkeit ein psychisch krankes Paar näher kennen zu lernen. Da ich als Bezugsperson für den weiblichen Partner fungierte und ich selbige bereits langjährig von diversen Klinikaufenthalten kannte, ergab sich ein freundschaftlicher Kontakt in dem mit zunehmender Dauer auch über Partnerschaftsangelegenheiten und damit über das Thema Sexualität gesprochen wurde. Bei den im Vorfeld zu dieser Arbeit stattgefundenen Recherchen wurde klar, dass sich durch den noch immer währenden Kontakt zu diesem Paar die einmalige Chance ergab, psychisch kranke Menschen auf einer freundschaftlichen Ebene zum Thema „Welchen Stellenwert hat das Thema Sexualität im Leben psychisch kranker Menschen?“ zu befragen. Die Vorgehensweise, sowie die Resultate dieses Paarinterviews sollen nun im Folgenden näher beleuchtet werden:

5.1. Das Paarinterview (Design):

Der Plan: Bei den Vorüberlegungen zu dem Paarinterview sollte durch ein gezieltes, jedoch zwangloses Befragen herausgefunden werden in welcher Art und Weise die psychisch kranken Interviewpartner ihre Partnerschaft also auch ihre Sexualität (siehe Definition!!!) leben und gestalten. Es sollten dabei die vorhandenen, krankheits- bzw. pharmakotherapeutisch bedingten Störungen im Hinblick auf Sexualität und Partnerschaft Beachtung finden und außerdem auf Klinikaufenthalte und den erlebten oder auch nicht-erlebten Einbezug des ATLS „Sexualität“ zurückgeblickt werden. Zum Schluss sollte das befragte Paar zu Wünschen und Anregungen an das in psychiatrischen Institutionen tätige Personal animiert werden.

Das Paar: Die befragten Lebenspartner kannten sich zum Zeitpunkt des Interviews seit circa 3,5 Jahren und leben seit nunmehr zweieinhalb Jahren in einer partnerschaftlichen Beziehung.

Beide sind seit ihrer späten Jugend (19, 22) an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt und haben bereits diverse stationäre Krankenhausaufenthalte im Raum Mittel-, Unter-, Oberfranken hinter sich gebracht. Die Beziehungspartner nehmen langjährig Neuroleptika

(Sie: Clozapin 350mg / Er: Fluanxol-Depot 3%) ein und sind im geschützten Rahmen des besagten Gut Eggenhof psychisch stabil. D.h. beide gehen einer geregelten Arbeit in der WABE nach und mussten seit mindestens 3 Jahren keine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen. Der weibliche Partner ist 33, der männliche 35 Jahre alt. Beide hatten bereits Vorerfahrungen in partnerschaftlichen Beziehungen.

Die Rahmen-

bedingungen: Das Interview fand im Apartment des männlichen Beziehungspartners im Gut Eggenhof statt. Die vorherrschende Stimmung war von Offenheit und geselligem

Miteinander geprägt, was auf die längerfristige Bekanntschaft der Beteiligten und die damit einhergehende gute Beziehung zueinander zurückzuführen ist. Zu Beginn wurde vom Interviewer nochmals deutlich gemacht das es stets die Möglichkeit gibt auf Themen die den Interviewten zu intim erscheinen nicht zu antworten. Den Interviewten wurde Anonymität zugesichert und es wurde sich vergewissert das die gesamte Aktion auf deren Freiwilligkeit basiere. Das gesamte Interview wurde per Tonbandaufnahme mitgeschnitten und liegt bei der Autorin vor.

5.2. Das Paarinterview – die Zusammenfassung:

Auf die Frage „...**in welcher Art und Weise die Partnerschaft, also auch das ATL Sexualität gestaltet wird?**“, reagierte das befragte Paar anfangs verwundert und beantwortete die Frage sinngemäß: Sie würden die Partnerschaft „ganz normal“ gestalten. Sie gehen ins Restaurant essen, ins Kino oder Spazieren. Alles Dinge die „Gesunde“ auch tun. Sie stützen sich gegenseitig und achten aufeinander. Es sei beiden klar geworden, das sie aufgrund ihrer Krankheit nicht derart belastbar seien und man bewahrt sich mitunter gegenseitig vor gefährlichen Dummheiten, wie zum Beispiel Alkoholexzessen oder durchfeierten Nächten. Den Beziehungspartnern ist bewusst, das der Partner psychisch krank sei und das sei vielleicht auch der Grund für die Offenheit der Beziehung. Beide wissen um die Schwächen des Anderen und man habe es erst lernen müssen miteinander achtsam umzugehen, doch jetzt habe man eine Form des „Füreinander daseins“ gefunden in der sich beide sehr wohl fühlen.

Als das Thema auf „**krankheits- und pharmakotherapeutisch bedingte Störungen im Hinblick auf die Partnerschaft und damit auf das ATL Sexualität?**“, gelenkt wird, wissen beide Partner eine erstaunliche Menge zu berichten. Sie erzählen von einem Gefühl der Müdigkeit und schnellen Abgeschlagenheit welche Einfluss auf die Gestaltung der Partnerschaft habe. Gerade in Phasen von medikamentösen Dosisänderungen stelle dies ein Belastung für die Beziehung dar. So habe der männliche Beziehungspartner zuletzt eine Erhöhung der Depot- Medikation „verpasst bekommen“ und es fiel

ihm laut eigener Aussage schwer seine Partnerin und deren Aufforderungen zu Aktivität zu ertragen, was zu kurzzeitigen Unstimmigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich führte. In Folge dessen kam es zu einem Dreiergespräch mit der leitenden Sozialpädagogin und einer Klärung der Lage mit „anschließender Versöhnung“. Auf **Geschlechtsverkehr** angesprochen, reagierte das Paar belustigt und beteuerten das sie mit dieser Frage schon gerechnet hatten. Die weibliche Beziehungspartnerin berichtete das sie seit der Einnahme von Clozapin (Leponex) etwa 15 Kilogramm an Körpergewicht zugelegt habe und sie sich seither als dick und unansehnlich empfinde. Sie neige außerdem zu vermehrtem Schwitzen, was oftmals unangenehm rieche. Als dies mache es ihr schwer Geschlechtsverkehr auszuüben. Sie wisse nicht ob die oben genannten Faktoren ihr die Lust daran nehmen oder ob man das als „Libidoverlust“ in direkter Form bezeichnen kann. Der männliche Beziehungspartner gibt an das durch die lang andauernde Erkrankung und wohl auch durch die Neuroleptika das sexuelle Empfinden im Sinne von Geschlechtsverkehr für ihn in den Hintergrund getreten sei. Stattdessen seien ihm Zärtlichkeiten, wie Kuschneln, Umarmen und Küssen wichtig geworden. Seine Partnerin ergänzt noch das es viel bedeutsamer sei jemanden zu haben dem man als Person wichtig sei und der einfach „da ist“.

Auf Erfahrungen während **stationärer Behandlungen mit dem Thema Sexualität** angesprochen, reagierten die Befragten verduzt. Es bedurfte erst einer Klärung des Terminus „Sexualität“ bevor man darüber ins Gespräch kam. Beide Beziehungspartner waren nämlich nach der Fragestellung der Meinung das im Falle einer „Einlieferung“ nicht an Sex zudenken sei, dafür würde es einem zu schlecht gehen. Nachdem geklärt war, das es auch hierbei um Nähe und Zärtlichkeit gehe äußerten beide, das das Thema Sexualität in allen bisher erfahrenen Krankenhausbehandlungen eben kein Thema war. Als die weibliche Beziehungspartnerin bedingt durch eine kurzfristige psychotische Krise sich in stationäre Behandlung begab, war es ihr nicht erlaubt sich mit ihrem Partner auf das Bett zu kuscheln. Es wurden hygienische Gründe als Grund dafür genannt. Beide gaben als störend an, das das Personal die Zimmer ohne zu klopfen betrete. Außerdem wurde ihnen in einem Bezirkskrankenhaus das Küssen auf dem Flur verboten, mit der Begründung das dies nicht gut für Mitpatienten sei, schließlich sei man in einem Krankenhaus. Die weibliche

Beziehungspartnerin bemängelte noch das sich Duschen und Toiletten häufig auf dem Gang befänden und sie sich oftmals verspottet fühlte, aufgrund ihrer Körperfülle. Keiner der Interviewten wurde bei der Einstellung und Auswahl der „persönlichen“ Medikation auf mögliche Folgen bezüglich ihres Sexuallebens aufgeklärt. Als „wohltuend“ bezeichnete die weibliche Beziehungspartnerin es, wenn eine Pflegeperson ihr Äußeres oder einmal sogar ihr Parfüm lobte, dies sei jedoch in all den Jahren höchstens zwei mal vorgekommen. Beide hätten sich während Krankenhausaufenthalt mehr Kontakt zu ihrem Partner gewünscht, doch da eine Übernachtung des Partners als „unmöglich, auch aus Kostengründen“ abgetan wurde, war dieser für die Betroffene wichtiger Kontakt nicht möglich.

Auf die letzte Frage, „**....was sich das Paar von Tätigen in psychiatrischen Institutionen hinsichtlich des ATL Sexualität wünschen würden?**“, können die Antworten, die zutreffender kaum formuliert sein könnten, als sinngemäßes Zitat zusammengefasst wiedergegeben werden. „ Wenn wir ins Krankenhaus kommen sind wir zwar meistens durchgedreht, aber wir sind trotzdem noch Menschen, mit allem drum und dran. Wir würden uns wünschen das den Schwestern und Pflegern das klar ist und sie uns auch so behandeln. Dass das nicht immer leicht ist, ist uns schon klar.....“.

5.3. Das Paarinterview – die Erkenntnisse

Das zuletzt aufgeführte Interview mit dem psychisch kranken Paar, deren Antworten und die Eindrücke die der Autorin daraus entstanden sind sollen nun als Basis-Pool für weitere Gedanken zum Thema dieser Arbeit dienen. Die Erkenntnisse die aus dem Gespräch und der Interpretation des selbigen gewonnen werden konnten, sollen im jetzigen Kapitel Erwähnung finden.

Ø Grundsätzlich hat sich herauskristallisiert, dass auch psychisch kranke Menschen einen Anspruch auf Sexualität haben und diesen einfordern. Sie leben ihn, fernab von Schönheitsidealen der „gesunden“ Gesellschaft im Rahmen ihrer Möglichkeiten. Bei dem Thema „Gestaltung einer Partnerschaft“ kam zum Vorschein, dass psychisch Kranke ihre geschlechtlichen Beziehungen in ähnlicher Art und Weise gestalten wie wir Gesunden. Der Terminus „in ähnlicher Art und Weise“ scheint hier angebracht, da durch Restsymptomatiken, erhöhte Vulnerabilität und

herabgesetzte Belastbarkeiten, also durch die Krankheit selbst, Grenzen gesetzt werden. Ist dem psychisch kranken Menschen das klar, und kann er diesen Umstand für sich akzeptieren, so kann er, mit dem entsprechenden Partner, durchaus in der Lage sein eine Partnerschaft zu leben und daraus Lebensqualität schöpfen. Es ist der Umgang und die Frage der Akzeptanz gegenüber den Schwächen die die psychische Krankheit hervorbringt.

- Ø Bei der Frage nach krankheitsbedingten Störungen beziehungsweise pharmakologisch bedingten Unstimmigkeiten hinsichtlich Partnerschaft und Sexualität kam ans Tageslicht, dass diese beiden Faktoren einen deutlichen Belastungsfaktor für die gelebte Sexualität darstellen. Man muss sich die Frage stellen wie schwer es wohl sein mag für einen sedierten Menschen einer Beziehung und deren Anforderungen stand zu halten. Psychisch kranke Menschen müssen auch hier auf die Toleranz ihrer Mitmenschen hoffen. Es bedarf im günstigsten Falle professioneller Betreuung in Form von Beratung oder Vermittlung um Standpunkte klar zu machen und Unstimmigkeiten oder gar Beziehungsabbrüche zu verhindern. Auch das sich verändernde Selbstbild, bedingt durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen scheint ein problematischer Bereich im Sexualleben von psychisch kranken Menschen zu sein. Sich nicht mehr wohl fühlen, das Gefühl mit der Makellosigkeit der Umwelt nicht mehr mithalten zu können, all das sind Dinge die Belastungen für das Leben des ATLS Sexualität darstellen, da sie eine Verminderung des eigenen Selbstwertgefühls zur Folge haben. Als im oben aufgeführten Interview das Thema Geschlechtsverkehr angesprochen wurde ergab sich erstaunliches: Es scheint sicherlich problematisch sich mit der Tatsache abfinden zu müssen aufgrund von Ejakulationsstörungen, Libidoverlust oder gar Impotenz nicht mehr am zwischengeschlechtlichen Austausch von Körperflüssigkeiten teilnehmen zu können, doch scheint diese rein funktionale Spielart der Sexualität nicht existenziell für das ATL „Sich als Mann/Frau fühlen“. Andere Zwischenmenschlichkeiten erlangen gewicht. Zärtlichkeiten in Form von „sich nahe sein“, Kuschneln, streicheln, küssen, das Gefühl jemanden zu haben, sich „wertig“ zu fühlen, für jemanden wichtig zu sein, Sicherheit durch Zweisamkeit zu empfinden, diese viel tiefgründigeren Gefühle scheinen den Platz des Geschlechtsverkehrs einzunehmen und diese

Gefühle scheinen durchaus in der Lage zu sein eine Befriedigung beim Betroffenen zu bewirken.

- Ø Die gemachten Erfahrungen während stationärer Aufenthalte waren ein Thema das, nach kurzer Klärung, viele- oftmals selbstverständliche und deshalb noch nie bedachte- Mängel zum Vorschein brachte. Nicht vorhandenen Intimsphäre, unangekündigte Störungen durch Personal, kein Rooming-in für den Partner, Sanitäreinrichtungen auf ungeschützten Krankenhausfluren, mangelhafte Aufklärung hinsichtlich Medikation und deren Auswirkungen auf das Sexualleben, wenig persönlicher Kontakt zwischen Personal und Patienten, kaum Feedback seitens des Personals bezüglich dem Äußeren des Patienten usw.

All diese zwischenmenschlichen Alltagsnormalitäten scheinen in der routinierten Betriebsamkeit des stationären Alltags zu kurz zu kommen, dabei zeigt sich deutlich das die uns Anvertrauten solche „Taktlosigkeiten“ in, wie mir scheint, berechtigter Art und Weise als störend empfinden. Sollte doch, nach meinem Verständnis, gerade Menschen in Krisensituationen ein Recht auf Intimsphäre und Privatleben eingeräumt werden.

- Ø Die Antwort auf die Frage nach Wünschen seitens der Betroffenen in Richtung professionell Tätige spricht nach Meinung der Autorin für sich und muss deshalb hier nicht nochmals kommentiert werden. Es zeigt sich einmal mehr, dass ein kritisches Reflektieren des eigenen Handelns im Hinblick auf mehr Menschlichkeit in der Pflege psychisch Kranker und eine damit verbundene Zufriedenheit aller Beteiligten von Nöten wäre.

6.0. Vorschläge für Massnahmen zur Enttabuisierung des Themenbereichs „Sexualität“ in der stationären Arbeit mit psychisch kranken Menschen

Wie schon eingangs erwähnt ist das Thema „Sexualität und psychische Erkrankung“ ein Bereich der mit unzähligen Tabus und Fragen behaftet ist. Angesichts der Tatsache das Sexualität einen in jeder Situation, egal welches Krankheitsbild vorliegt, vorhandenen Bestandteil in der psychiatrischen Pflege darstellt und selbst Betroffene, wie das Interview verdeutlicht hat, einen Anspruch auf das Leben ihrer Sexualität im Rahmen ihrer Möglichkeiten

einfordern, scheint es im Rahmen der Ganzheitlichkeit unumgänglich diesem sicherlich sensiblen Themenbereich in der Behandlung psychisch kranker Menschen mehr Platz einzuräumen. Der nun folgende Abschnitt soll als Anstoß dienen, die Möglichkeiten in stationären Setting hinsichtlich des Einbezugs des ATLS Sexualität näher zu betrachten, die Vorschläge in die Tat umzusetzen und somit zur Enttabuisierung beitragen. Denn eines scheint gewiss: Ein Thema ist nur so lange Tabu, solange man nicht darüber spricht.

∇ **Enttabuisierungsvorschlag #1: Wahrung der Privat- und Intimsphäre!!!**

Um eine konstruktive Beziehung aufbauen zu können, bedarf es viel Feingefühl, Toleranz, Intuition und Akzeptanz des Pflegenden. In dem Moment in dem wir den Patienten kennenlernen, beginnt auch die Beziehung zu ihm. Es ist an uns sein Vertrauen zu gewinnen und uns dessen auch würdig zu erweisen. Wir Pflegende müssen erkennen können, wie viel Distanz und Nähe ein psychisch Kranker benötigt, d. h. wo seine Grenzen liegen und was ihn in sich zurückziehen lässt. Einfach ein Zimmer zu betreten ohne **vorheriges Anklopfen** und das **Abwarten auf die Aufforderung zum Eintreten**, kann viel Vertrauen verspielen. Der kranke Mensch fühlt sich beobachtet, kontrolliert und seiner Selbstbestimmung beraubt. Diese einfache Umgangsregel wird erfahrungsgemäß häufig, aus welchen Gründen auch immer missachtet. Versetzt man sich jedoch in die Lage des „Zimmerinhabers“, nämlich des Patienten, der sich in diesen Räumlichkeiten wäscht, kleidet, bewegt usw., so stellt ein hereinplatzen einer Person einen erheblichen Störfaktor, auch hinsichtlich des Auslebens von Nacktheit und damit des Auslebens des ATLS Sexualität, dar. Geht man von sich selbst aus, so wird klar: *Unser Gegenüber wird sich nicht wohl fühlen, wo wir uns nicht wohl fühlen. Es ist also an uns Pflegenden dieser Umgangsform und damit der Wahrung der Privat- und Intimsphäre unserer Patienten wieder den Stellenwert zu verschaffen der ihr eigentlich gebührt und somit zu einem sicheren, den anderen respektierenden Milieu auf den psychiatrischen Stationen beizutragen.*

v **Enttabuisierungsvorschlag #2: Freiraum für Zweisamkeit schaffen!!!**

Ein Großteil der Patienten in psychiatrischen Kliniken können auf vorhandene Beziehungen oder gar Partnerschaften zurückgreifen. Wie im Interview bewiesen können diese Beziehungsgefüge ein wichtige Ressource hinsichtlich sozialer Sicherheit, Wertigkeit und Gesunderhaltung darstellen. Doch diese Kontakte müssen gepflegt werden um sie nicht abbrechen zu lassen. Auf psychiatrischen Stationen herrscht oftmals wenig Platz für Rückzug und Zweisamkeit. Die Räume werden eher funktional genutzt, als Lagerräume etc. Sieht man jedoch den tatsächlichen Stellenwert vorhandener Beziehungen und macht man sich bewusst, das die Klinik mehr ist als ein Ort in dem nur Störungen behandelt werden, sondern ein Ort der Gesundheitsförderung in allen Bereichen des Lebens, so muss man sich Gedanken machen inwiefern man Freiraum für ungestörte Zweisamkeit schaffen kann. Eine praktikable und kostengünstige Möglichkeit wäre die **Einführung von „Bitte nicht stören“-Schildern**, wie sie aus Hotels hinlänglich bekannt sind. Die Schilder können im Falle von Besuch und dem Verlangen nach ungestörter Zweisamkeit (es muss dabei nicht gleich an Geschlechtsverkehr gedacht werden!!!) vom Patienten verlangt und an die Türklinke gehängt werden. Somit ist das ein klares Signal an alle Beteiligten, das aussagt :“Hiermit nehme ich mir mein Recht auf Intimsphäre“. Es ist außerdem ein klares Angebot der Pflege in Richtung persönlichen Freiraum. Diese Variante funktioniert vor allem bei kleineren Einheiten, mit Ein- bis Zweibettzimmern vorzüglich, wie Kollegen aus der psychosomatischen Abteilung der Uni Erlangen berichten.

Die optimale, jedoch aufgrund der räumlich meist beschränkten Möglichkeiten schwer zu verwirklichende, Lösung wäre die **Einrichtung eines Besucherzimmers**. Ein ansprechend gestalteter Raum, mit Sofa und der Möglichkeit der ungestörten Begegnung und Pflege von Partnerschaften und Beziehungen. Eine Oase innerhalb des Kranken-Hausalltags.

v **Enttabuisierungsvorschlag #3: Medikamentenaufklärung**

Bei der Verabreichung der obligaten pharmakologischen Behandlung, die durch das Pflegepersonal geschieht, kommt es immer wieder zu Fragen bezüglich der Wirkung bzw. Nebenwirkung von Medikamenten. Bei der Frage nach der Verträglichkeit eines Medikamentes wird der Bereich

Sexualität meist großzügig umschiff. Macht man sich bewusst welchen Stellenwert dieser Bereich, auch hinsichtlich einer Entlassung ins häusliche Umfeld, einnimmt, so scheint die Frage nach diesen unerwünschten Arzneimittelwirkungen durchaus berechtigt. Es ist nicht nur die Frage nach der Libido, nach Ejakulationsstörungen, nach Menstruationsproblemen oder ähnlichen Intimitäten. Nein, auch Gewichtszunahme, Gynäkomastie, Selbstbild müssen Thema sein. **Man sollte sich vergewissern ob sich der Patient wohlfühlt mit „seinen“ Medikamenten**, oder was ihm Sorge bereitet. Ob er sich ängstigt, dick und unansehnlich zu wirken und wie er mit dem Zwiespalt von medikamentös bedingter körperlicher Veränderung und dem Verhindern dessen durch Absetzen und dadurch einer Gefährdung seines Gesundheitszustandes umgeht. Auch hier ist es an uns Pflegenden, basierend auf einer guten, tragfähigen Beziehung zum Patienten, solche Themen anzusprechen und Aufklärungsarbeit zu leisten um schließlich Ängsten vorzubeugen und Klarheit zu schaffen. Es ist außerdem ein klares Angebot in Richtung Ganzheitlichkeit und dem Respekt der Person. Dass dazu sensibles Vorgehen und Einfühlungsvermögen von Nöten ist, ist klar. Doch auch diese Massnahme, diese innere Haltung gegenüber dem Themenbereich Sexualität könnte zu einem offeneren Umgang mit diesem zu unrecht mit Tabus behafteten ATL beitragen.

v **Weiter Enttabuisierungsvorschläge:**

Es gäbe noch viele Vorschläge die zur Enttabuisierung des Themenbereichs „Sexualität“ im stationären Bereich beitragen könnten, doch die Ausführung dieser Anregungen würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es wäre jedoch schade, diese Ideen gänzlich unter den Tisch fallen zu lassen. Deshalb sollen diese nun hier in Form einer unkommentierten Auflistung Erwähnung finden:

- Möglichkeiten des **Rooming-In für Partner**
- regelmäßige **Paar-/Familiengespräche**
- **Feedback-Haltung** von PP bzgl. Kleidung, Auftreten, Schminke...des Patienten **fördern**, zur Stärkung und Wahrnehmung des Selbstbildes
- **Angebot von Kondomen und Verhütungsmitteln falls nötig**

- **Fortbildung des Pflegepersonals** hinsichtlich des **Stellenwertes** des **ATLs „Sexualität“** bzw. **„Sich als Frau/Mann fühlen“** bei der Behandlung psychisch kranker Menschen.

7.0. Fazit

Bei den Gesprächen die ich mit Kollegen im Vorfeld zu dieser vorliegenden Arbeit führte, waren viele der Auffassung, dass Krankenhäuser keinen Platz für Sexualität bieten und diese schlichtweg nicht stattfinden hat. Während der Recherchen zu dieser Facharbeit wurde mir klar, dass die Umstände des Aufenthalts auf einer Station das Thema Sexualität zu einem schwierigen und hochsensiblen Thema machen, jedoch sicherlich schon aufgrund der aufgezeigten Relevanz des Themenbereichs nicht zu einem in jeder Hinsicht unmöglichen. Sexualität findet automatisch statt und lässt sich nicht verbieten. Der „Lebensraum“ einer psychiatrischen Station bietet Grenzen, aber auch Möglichkeiten. Es liegt somit in der Verantwortung von uns Pflegenden, dem psychisch kranken Menschen das Recht auf Zärtlichkeit, Liebe, Nähe, Zuneigung und Intimsphäre zu verschaffen und dafür alle Möglichkeiten auszuschöpfen. Das Thema „Sexualität und psychiatrische Erkrankung“ bleibt auch in Zukunft ein Hochsensibles, doch es hat sich für mich auch im Rahmen dieser Arbeit gezeigt, dass seitens der Erkrankten durchaus Bedarf an der Wahrnehmung dieses Lebensbereiches besteht. Uns Pflegenden bleibt somit ein schmaler Grat, auf dem wir mit viel Feingefühl zwischen Verantwortung, Gesetzen, Professionalität, unseren eigenen Gefühlen und den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen wandern müssen. Dem ATL „Sexualität“ oder „Sich als Frau/Mann fühlen“ mehr Gewicht in der Behandlung psychisch kranker Menschen zu verleihen, sehe ich persönlich als lohnenswerte Aufgabe für meine weitere Laufbahn als Fachkrankenschwester für Psychiatrie an. Diesem Spannungsfeld in meiner Arbeit mit psychisch kranken Menschen entgegenzutreten und somit eine Optimierung hinsichtlich der Ganzheitlichkeit psychiatrischer Pflege zu erzielen stellt für mich eine Herausforderung dar der ich zu begegnen bereit bin. Frei nach dem Motto: Es gibt noch viel zu tun – packen wir’s an!!!

8.0.Literaturliste

- R. Baer: „Psychiatrie und Geschichte“ / Uni-Med Verlag, Bremen 1997
- G. Herzog/G.Tergeist: „Störfall Sexualität“/ Psychiatrie Verlag Bonn 1996
- K. Dörner/U. Plog: „Irren ist menschlich“/Psychiatrie Verlag 2001
- Dilling/Mombour/Schmidt: „Internationale Klassifikation psych. Störungen“
Verlag Hans Huber 2000
- H. Bach: „Sexuelle Erziehung“/ Psychiatrische Praxis 20,1994
- P.Spoken:“ Sexualethik/ Neurologie-Psychiatrie-Magazin 12,1975
- H. Schelsky: “ Soziologie der Sexualität”/ Uni-Med Verlag Bremen1990
- R. Fricker/J.Lerch:„Zur Theorie der Sexualität“/Bisendorfer Vlg.,Innsbruck 98
- M. Eink:„Zur Erlebniswelt schizophoren Erkrankter“/Uni-Med Verlag Bremen 99
- Knop/Jensen:“Sexualität in der Klinik.....“/Psychiatrie Verlag Bonn 1996
- R. Hirsch: „Sexualität im Alter.....“/Psychiatrie Verlag Bonn 1996
- R. Grohmann/E.Rüther/L.G.Schmidt(Hrsg.): „Studie über
psychopharmakabedingte Veränderungen in der Sexualität“/Universität
Berlin-Heidelberg/Springer Verlag
1996
- A. Finzen: „Medikamentenbehandlung psychischer Störungen“/Psychiatrie
Verlag Bonn 1991