

Logotherapie im Zusammenhang mit Menschen mit Stoma nach kolorektalem Karzinom

Das Leben und die Liebe mit künstlichem Darmausgang nach Krebs neu entdecken!

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science (MSc)
im Universitätslehrgang Psychotherapie
(Existenzanalyse und Logotherapie)

von

Andrea Reisinger, 5274 Burgkirchen

Department für Psychotherapie und
Biopsychosoziale Gesundheit
an der Donau-Universität Krems

Betreuerin und Erstbegutachterin: DDr. Ida-Maria Kisler
Zweitbegutachter: Prof. Dr. Otmar Wiesmeyr

Burgkirchen, 07.03.2018

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Andrea Reisinger, geboren am 07.08.1972 in Wagna (Leibnitz), erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen (Klinik, Beratungszentrum...) betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

DANKSAGUNGEN

Ein herzliches Dankeschön an Frau DDr. Ida Kisler, welche mir nicht nur mit Rat in der Master Thesen-Betreuung beigestanden ist. Ihre wohlwollenden Worte haben zu meiner Motivation beigetragen und ihre offene Art ermöglichte mir viele Freiheiten in der Ausführung meiner Arbeit.

Besonders innig möchte ich meinen Kindern Matthias, Tobias und Bettina danken, die in der Zeit des Verfassens meiner Masterthesis häufig auf eine gemeinsame Familienzeit verzichtet und ihre Freizeit selbständig gestaltet haben.

Ein ebenso herzliches Dankeschön ergeht an meinen Partner Thomas, welcher mich in der Endphase meiner Arbeit sehr unterstützt hat.

Danken möchte ich auch meinem Vorgesetzten Herrn Markus Kiefer und in weiterer Folge der Verwaltung der Kreisklinik Altötting, welche mir durch die Gewährung von drei Monaten Bildungskarenz die Rahmenbedingungen für ein rasches Vorankommen in meiner Arbeit geschaffen haben.

Und last but not least gebührt den Betroffenen sowie der Expertin Frau Martina Signer ein besonderer Dank. Durch die informationsreichen Interviews zu diesem so sensiblen Thema wurde die Arbeit sehr bereichert.

Für meinen Schwager und
für den Vater meines Partners

ABSTRACT

In der vorliegenden Arbeit wurde die Thematik Stoma aufgrund einer Darmkrebserkrankung im Zusammenhang mit dem veränderten Körperbild und damit einhergehend mit der veränderten Sexualität dargestellt. Dabei rückt Frankls Haltung zu Liebe und Sexualität in den Fokus. Es erfolgten zwei Einzelfallanalysen (Frau und Mann) und ein Experteninterview. Diese wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring aufbereitet und anhand der Kategorien Einstellungswerte, Selbsttranszendenz und Sexualität als intentionaler Akt echter Liebe ausgewertet. Das erarbeitete logotherapeutische Konzept spannt den Bogen vom Istzustand über die Selbstannahme bis zu einer erfüllenden Liebesbeziehung.

Stichworte für die Bibliothek:

Stoma, Darmkrebs, Sexualität, Existenzanalyse, Logotherapie

ABSTRACT

In this master thesis a Stoma caused by a cancer of the colon resulting in a changed body image along with an altered sexuality was investigated. In doing so, Frankl's philosophy about love and sexuality was brought into focus. The analysis of two individual cases (female and male) was conducted incl. the interview of an expert. These were prepared by means of a qualitative analysis of the content according to Mayring and evaluated considering the following categories: focussing value, self-transcendence and sexuality as an intentional act of pure love. The elaborated logotherapeutic concept starts at the actual condition going by self-acceptance culminating in a loving relationship.

Keywords for the library

Stoma, cancer of the colon, sexuality, Existential Analysis, Logotherapy

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Einleitung	1
1.1.	Vorwort und disziplinäre Anbindung.....	1
1.2.	Ausgangssituation und Problemdarstellung.....	2
1.3.	Zielsetzung	3
1.4.	Vorschau.....	4
2.	Theoretischer Hintergrund.....	5
2.1.	Kolorektales Karzinom aus medizinischer Sicht (auch in Bezug auf die Beeinträchtigung der Geschlechtsorgane).....	5
2.2.	Stoma	8
2.3.	Psychoonkologie	10
2.4.	Existenzanalyse und Logotherapie in der Psychoonkologie.....	11
2.5.	Körperbild und Stoma.....	16
2.6.	Partnerschaft bei Stoma.....	18
2.7.	Sexualität	20
2.8.	Sexualität, Krebs und Stoma.....	21
2.9.	Liebe und Sexualität in der Existenzanalyse und Logotherapie	29
2.10.	Salutogenese.....	32
3.	Empirischer Teil.....	34
3.1.	Forschungslücke sowie Entwicklung der Fragestellung und Hypothesen.....	34
3.2.	Beschreibung der Stichprobe/Fallvignetten	37

3.2.1.	Fall Karin.....	37
3.2.2.	Fall Werner	38
3.2.3.	Expertin Martina Signer	39
3.3.	Methodisches Vorgehen.....	40
3.3.1.	Einzelfallanalyse/Offenes Leitfadenterview	41
3.3.2.	Experteninterview	42
3.3.3.	Interview-Leitfaden	43
3.3.4.	Ablauf und Reflexion des Interviews	43
3.3.5.	Transkription	44
3.3.6.	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	45
3.4.	Auswertung.....	46
3.4.1.	Demografische Daten.....	47
3.4.2.	Kodierleitfaden.....	47
3.4.3.	Interviews der Betroffenen.....	48
3.4.3.1.	Zusammengefasstes Interview Karin	48
3.4.3.2.	Zusammengefasstes Interview Werner.....	50
3.4.3.3.	Kategorie Einstellungswerte	51
3.4.3.4.	Kategorie Selbsttranszendenz	61
3.4.3.5.	Kategorie Sexualität als intentionaler Akt echter Liebe.....	62
3.4.4.	Interview der Expertin	68
3.4.4.1.	Zusammengefasstes Interview der Expertin Martina Signer	68
3.4.4.2.	Beispiele der Expertin zur Kategorie Einstellungswerte	70

3.4.4.3.	Beispiele der Expertin zur Kategorie Selbsttranszendenz	72
3.4.4.4.	Beispiele der Expertin zur Kategorie Sexualität als Akt intentionaler Liebe ..	72
3.5.	Interpretative Ableitung.....	74
4.	Logotherapeutisches Konzept.....	75
4.1.	Der Ist-Zustand/Das Sein	75
4.1.1.	Vergänglichkeit des Irdischen	75
4.1.2.	Körperliche Beeinträchtigung	76
4.1.3.	Annahme des Schicksals	77
4.1.4.	Partnerschaft und soziale Beziehungen.....	78
4.2.	Umsetzung der Therapieziele – Auf dem Weg zum Sollen	80
4.2.1.	Therapeutische Beziehung/Personale Präsenz.....	80
4.2.2.	Sokratischer Dialog	82
4.2.3.	Dereflexion.....	82
4.2.4.	Einstellungsmodulation.....	84
4.2.5.	Selbstdistanzierung durch Humor	84
4.2.6.	Edukation.....	86
4.2.6.1.	Edukation im Zusammenhang mit dem veränderten Körperbild.....	86
4.2.6.2.	Psychoedukation	88
4.2.6.3.	Nooedukation	89
4.2.7.	Körperarbeit.....	90
4.2.8.	Sinnfindung.....	91
4.2.9.	Ressourcen stärken.....	92

4.3.	Intentionale Liebe	93
5.	Conclusio	95
5.1.	Resümee	95
5.2.	Stärken und Schwächen der Logotherapie	96
5.3.	Ausblick	97
6.	Literaturverzeichnis	99
7.	Abbildungsverzeichnis.....	x
8.	Abkürzungsverzeichnis	xii
9.	Anhang	xiii
9.1.	Interviewleitfaden.....	xiii
9.2.	Interview der Expertin Martina Signer mit Kategorisierung anhand des Kodierleitfadens	xiv
9.3.	Curriculum Vitae	xxx

Die abwechselnd gewählte männliche bzw. weibliche Form steht jeweils pars pro toto, wechselt je nach Kontext und stellt keine Bewertung des jeweils anderen Geschlechts dar, sondern dient der Erleichterung der Lesbarkeit.

1. Einleitung

Im folgenden Abschnitt wird die persönliche Intention dargestellt. Anschließend wird die Ausgangssituation umrissen, das Ziel inkl. der Forschungsfrage formuliert und ein Überblick über die Arbeit gegeben.

1.1. Vorwort und disziplinäre Anbindung

*„Es war einmal
ein junger, kräftiger Mann,
der stand mitten
auf einem belebten Platz
und kam sich überflüssig vor.
Da hinkte
ein altes Weiblein
mit einem schweren Korb
die Straße entlang
und schenkte ihm
gleichsam im Vorübergehen
die Chance, nicht mehr
überflüssig zu sein.“*
(Lukas & Wiesmeyr, 1989, S. 22)

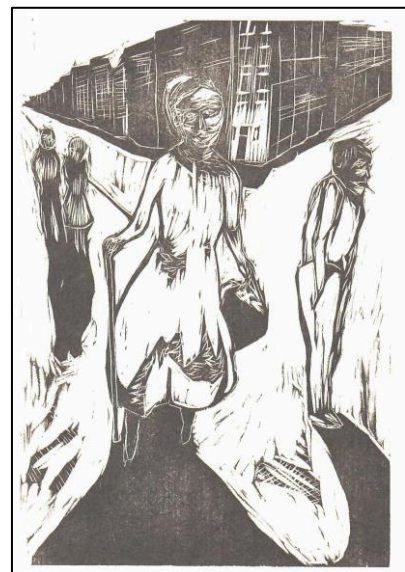


Abbildung 1: Illustration von Otmar Wiesmeyr
(Lukas & Wiesmeyr, 1989, S. 23)

Mein Leben stellt mir zahlreiche Fragen, Aufgaben und Werte, die ich bemüht bin, zu beantworten und zu erfüllen. Mit dieser Master Thesis habe ich eine weitere Möglichkeit, nützlich zu sein. So kann ich mein bereits vorhandenes Wissen aus meinem Beruf als Diätologin und als Studierende der Existenzanalyse und Logotherapie in die wissenschaftliche Arbeit einfließen lassen.

Besonders in den letzten vier Jahren bin ich schwerpunktmäßig mit der Betreuung eines Darmzentrums vertraut. Mitunter begleite ich die Patienten auf der chirurgischen Abteilung über einen längeren Zeitraum kurz nach der Diagnosestellung des Darmkrebses und/oder bei der Stomarückverlagerung. Dabei trete ich ihnen nicht nur in meinem beruflichen Kontext als Diätologin (an meiner Arbeitsstelle in Deutschland in der

Funktion als Diätassistentin) gegenüber, sondern komme unweigerlich auch mit ihrer seelischen Verfassung in Berührung, welche die Freude am Essen, die Verträglichkeit der Speisen und Getränke sowie den Gewichtsverlauf beeinflusst.

Dies begründet die disziplinäre Anbindung. Primär fühle ich mich der Existenzanalyse und Logotherapie und sekundär der Psychotherapie verbunden. Da ich erst durch mein ernährungsmedizinisches Wissen Zugang zu den Patienten fand, fühle ich mich auch dieser Disziplin verpflichtet.

Emotional stark betroffen war ich selbst Anfang 2017, als im familiären Umfeld die Diagnose Darmkrebs mit einem notwendigen bzw. not-wendenden permanenten Stoma gestellt wurde. Mein Schwager, rund 50 Jahre alt, Vater von zwei schulpflichtigen Mädchen, ... Da verloren für mich positive statistische Daten rasch an Bedeutung. Sofort schoss es mir in den Kopf, dass Krebs die zweithäufigste Todesursache in Europa darstellt.

So war es für mich naheliegend, meine beruflichen Kenntnisse und meine persönliche Betroffenheit als Ressource für die Wissenschaft zu nutzen.

1.2. Ausgangssituation und Problemdarstellung

Das kolorektale Karzinom ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine der drei häufigsten Krebserkrankungen. In den letzten zehn Jahren ging in Österreich für beide Geschlechter die Sterberate bei Darmkrebs um annähernd 30 % zurück. Durch das Fortschreiten der Medizin stieg das relative 5-Jahres-Überleben aller Tumorerkrankungen mit der Diagnoseperiode 2005 bis 2009 auf 61 % (Hackl & Karim-Kos, 2016).

Positive Zahlen und Fakten berühren die Betroffenen und deren Angehörige mitunter nur am Rande. Die Diagnose wie auch die Stomaanlage sind ein einschneidendes Erlebnis und führen zunächst zu einem Schockempfinden. Eine Interviewpartnerin bringt das vorherrschende Gefühl mit den Worten „Hallo, du weißt nicht, ob du morgen noch lebst!“ (Interview Karin, S. 10) zum Ausdruck.

Es ist ein langer Weg, bis sich nach der Operation und den adjuvanten Therapien wieder ein wenig der Alltag einzustellen beginnt. Doch dann sind die Betroffenen und ihre Partner erneut mit einer weiteren Hürde konfrontiert, nämlich mit der Anfreundung an das veränderte Körperbild und der Neugestaltung der körperlichen Liebe.

1.3. Zielsetzung

Wie aber lernen diese Menschen mit der Ungewissheit, der Angst und der Scham durch das Stoma umzugehen? Wie sind die Erwartungen? Wie wirken sich die sexuellen Einschränkungen auf die Partnerschaft aus? Können sie einer so brutalen Diagnose etwas Positives abgewinnen? Kann insbesondere hier Frankls Existenzanalyse und Logotherapie helfen? Wenn ja, dann wie?

Durch die Dimensionalontologie, welche erkennen lässt, dass körperliche Gesundheit nicht allein das Menschsein ausmacht? Was ist störfähig bzw. unzerstörbar? Was gibt Halt?

Oder durch die Einstellungsmodulation? Der Mensch soll doch durch die Veränderung der eigenen Sichtweise besser mit einer Erkrankung umgehen können.

Können die Betroffenen den verbliebenen Freiraum erkennen und nützen? Wie können sie – in der Einzigartigkeit ihrer Person und der Einmaligkeit der Situation – ihre persönlichen Werte leben?

Selbstdistanz und Selbsttranszendenz geben neue Wege für die Sinnsuche und -erfüllung frei. Wozu sind die Betroffenen trotzdem/noch immer am Leben?

Ist ein posttraumatisches Wachstum durch Ressourcenstärkung möglich?

Somit wurde in dieser Master Thesis folgender Hauptforschungsfrage nachgegangen: *Welche existenzanalytischen und salutogenetischen Ansätze finden sich bei Menschen mit Stoma nach Darmkrebs in Bezug auf ihre Sexualität?* Die Subfrage lautet: *Wie lässt sich daraus ein logotherapeutisches Konzept ableiten?* Durch dieses soll Menschen mit Stoma nach Darmkrebs geholfen werden, den Wert ihres Daseins zu erkennen. Trotz des Ereignisses, welches die Existenz erschüttert, kann dem Leben so eine Tiefe und hohe Qualität abgerungen werden.

1.4. Vorschau

Im theoretischen Teil werden zunächst die medizinischen Perspektiven von Darmkrebs und Stoma auch in Bezug auf die Geschlechtsorgane, die Psychoonkologie, das Körperbild, die Partnerschaft, die Sexualität sowie die existenzanalytischen und logotherapeutischen Grundlagen beleuchtet. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Möglichkeiten, eine gesunde Sexualität wiederzuerlangen. Der erste Teil gipfelt in Frankls Haltung zur Liebe und Sexualität sowie in die Salutogenese.

Der zweite Part widmet sich der Empirie. Die Arbeit geht der Frage nach, welche Aufgaben die Existenzanalyse und Logotherapie in der Nachbetreuung von Stomapatienten insbesondere in der Sexualität erfüllen kann. Zwei Betroffene und eine Expertin kommen in der qualitativen Studie zu Wort. Als Forschungsdesign wird die Einzelfallanalyse und als Erhebungsverfahren das offene Leitfadeninterview bzw. Experteninterview gewählt. Die drei Gespräche werden nach der Transkription anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring hypothesengenerierend ausgewertet. Als Kategorien werden die Einstellungswerte, die Selbsttranszendenz und die Sexualität als intentionaler Akt echter Liebe in der Auswertung der Interviews festgelegt.

In weiterer Folge wird daraus ein logotherapeutisches Konzept abgeleitet. Dabei wird vom Ist-Zustand ausgegangen. Die Themen Vergänglichkeit des Irdischen, körperliche Beeinträchtigung, Annahme des Schicksals und die neue Standortbestimmung in der Partnerschaft und in sozialen Beziehungen stehen am Anfang. Mit einem Blick auf das Sollen geben sodann die therapeutische Beziehung, der sokratische Dialog, die Dereflexion, Einstellungsmodulation, der Humor in der Selbstdistanzierung, die Edukation, Körperarbeit, Sinnfindung und Ressourcenarbeit konkrete Hilfestellungen in Bezug auf die Erkrankung, Liebe und Sexualität. Das Konzept schließt mit dem Kapitel der intentionalen Liebe.

Die Schlussfolgerung mündet in die existenzanalytischen und salutogenetischen Ansätze der Stomapatienten, zeigt die Stärken und Grenzen der Existenzanalyse und Logotherapie auf und gibt einen Ausblick auf den weiteren Bedarf für die Forschung.

2. Theoretischer Hintergrund

„Ist dein Hintern jetzt vorne, Oma?“

So zitiert Kelly (2004) die Frage der Enkelin der 52-jährigen Colostomieträgerin Lilljan (S. 21). Mit großem Interesse ließ sich das Kind das Stoma seiner Oma zeigen und wollte wissen, wie es funktionierte. Die Frage selbst ließ das Körperbild und die hervorragende Arbeit des Chirurgen bei der Betroffenen in einem neuen Licht erscheinen.

2.1. Kolorektales Karzinom aus medizinischer Sicht (auch in Bezug auf die Beeinträchtigung der Geschlechtsorgane)

Einen bösartigen Tumor des Colons (Dickdarmes) und Rektums (Enddarmes), der von Zellen im Deckgewebe also den Schleimhäuten ausgeht, nennt man kolorektales Karzinom (Darmkrebs). Dieses entwickelt sich meist langsam von einem Adenom (eine gutartige Wucherung, umgangssprachlich Polyp) im Verlauf von fünf bis zehn Jahren zu einem bösartigen Geschwulst.

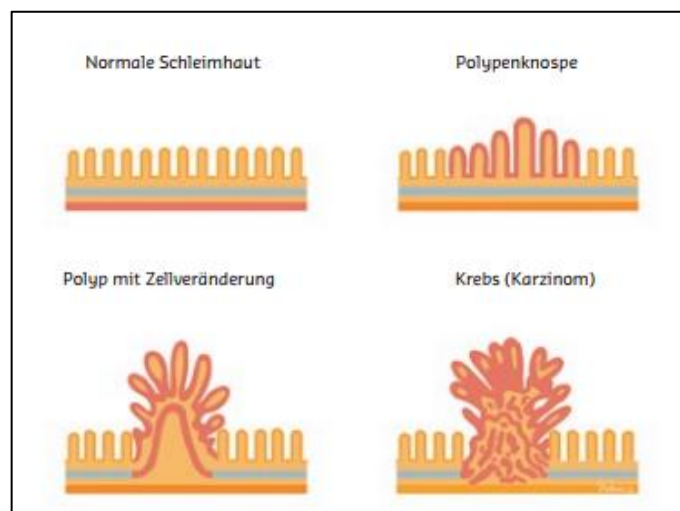


Abbildung 2: Stufenweise Entwicklung von Darmkrebs
(Haß, Kolligs, Post & Pox, 2014, S. 14)

In Österreich lag die Krebsinzidenz 2015 bei etwa 39.000. 2012 wurden insgesamt rund 4.700 bösartige Tumore im Colon bzw. im Rektum diagnostiziert. Krebsleiden sind für etwa ein Viertel der jährlichen Todesfälle in Österreich verantwortlich. Hackl und Karim-Kos (2016) sehen den Grund in der höheren Lebenserwartung.

Nach Haß, Kolligs, Post und Pox (2014) rangiert in Deutschland das Kolonkarzinom sowohl bei Männern als auch bei Frauen an zweiter Stelle der Krebsleiden. Laut Robert Koch-Institut Berlin erkrankten 2010 etwa 34.000 Männer und 29.000 Frauen daran. Am häufigsten tritt Darmkrebs in den letzten 40 Zentimetern des Colons auf (siehe Abbildung 1).

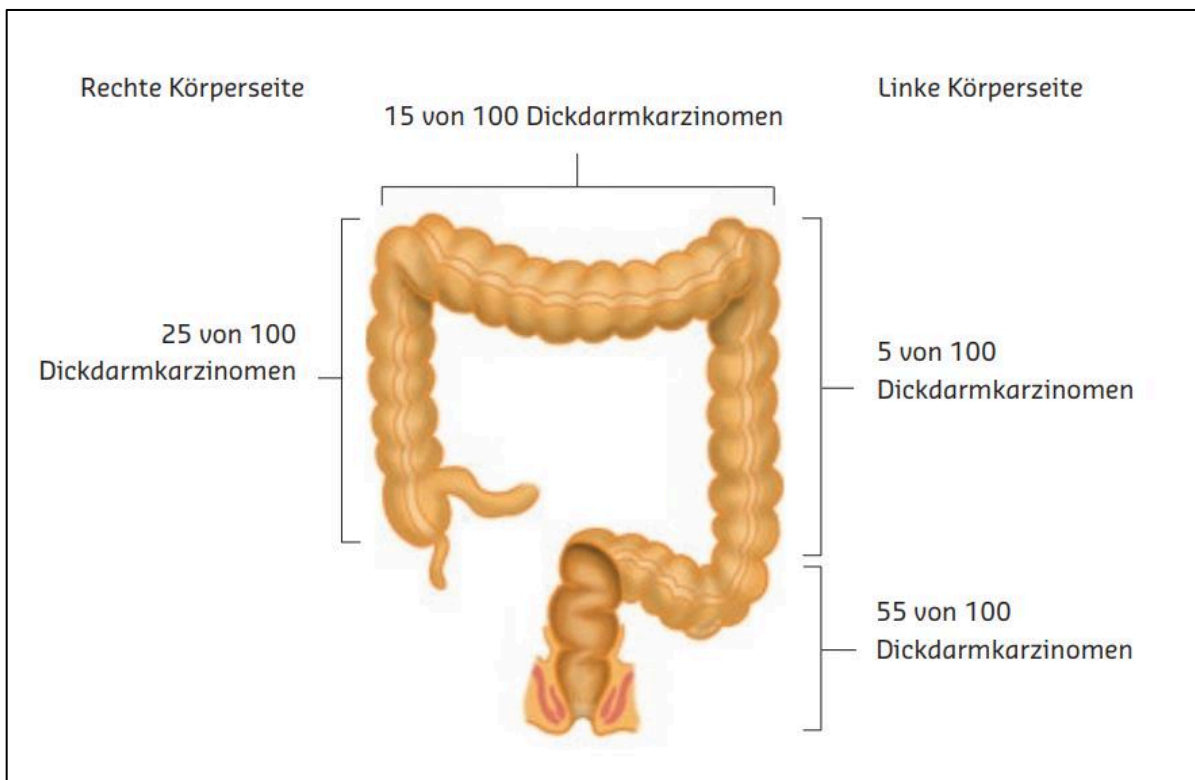


Abbildung 3: Häufigkeit von Krebs in den einzelnen Abschnitten des Dickdarms (Haß et al., 2014, S. 15)

Diagnostisch fällt er nach ICD-10 in das Kapitel II, Neubildungen und wird mit C18-C21 codiert. Um die Ausbreitung der Tumorerkrankung zu klassifizieren, wurde von der „Union Internationale Contre le Cancer“ [UICC] eine Stadieneinteilung eingeführt. Diese stellt die Grundlage bei der Prognose- und Therapieplanerstellung dar und wird international durchgeführt.

- T steht dabei für die Größe und Ausdehnung des Primärtumors,
- N für die Anzahl und Lokalisation befallener Lymphknoten (N = Noduli, was im Lateinischen Lymphknoten bedeutet)
- und M für das Auftreten von Fernmetastasen (Österreichische Krebshilfe, 2013).

UICC 2010	T	N	M
Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1/ T2	N0	M0
Stadium II	T3/ T4	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0
Stadium III	jedes T	N1/ N2	M0
IIIA	T1/ T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
IIIB	T3/ T4	N1	M0
	T2/ T3	N2a	M0
	T1/ T2	N2b	M0
IIIC	T4a	N2a	M0
	T3/ T4a	N2b	M0
	T4b	N1/ N2	M0
Stadium IV	jedes T	jedes N	M1
IVA	jedes T	jedes N	M1a
IVB	jedes T	jedes N	M1b

Abbildung 4: UICC-Klassifikation des kolorektalen Karzinoms
(Leitlinienprogramm Onkologie, 2014, S. 57)

Im Darmzentrum Inn-Salzach, Kreiskliniken Altötting – Burghausen (2016) werden die Patienten in einer Tumorkonferenz vorgestellt, um ein optimales Behandlungsergebnis zu erzielen. Hier findet über die vielschichtigen Aspekte der Erkrankung fächerübergreifend ein Austausch von Spezialisten statt. Darmzentren unterliegen strengen Qualitätskriterien und umfassen die Innere Medizin mit Onkologie, Gastroenterologie und Endoskopie, Chirurgie, Radiologie, Anästhesie mit Intensiv- und Schmerzmedizin, Ernährungsberatung, Psychotherapie und die spezialisierte Pflege, wie beispielsweise die Stomatherapie. Außerdem werden oft auch Experten anderer Bereiche, wie z. B. aus dem Bereich der Physiotherapie oder des Sozialdienstes sowie der Seelsorge zu Rate gezogen.

Je nach Ausbreitung des Tumors sind chirurgische bzw. nicht-operative (Chemo-, Radio- und Radiochemotherapie) Interventionen unausweichlich. Haß et al. (2014) betonen, dass bei der Operation des kolorektalen Karzinoms der tumortragende Darmabschnitt mit seinen Lymphabflüssen und Lymphknoten sowie die Blutgefäße, die diesen Teil versorgen, komplett entfernt werden müssen. Bei ungefähr 15 % der

Betroffenen mit Rektumkarzinom kann der Schließmuskel nicht erhalten werden. In diesen Fällen wird dauerhaft ein Stoma angelegt.

Je nach Tumorausbreitung lässt sich das Operationsergebnis durch Zytostatika (Chemotherapie) oder Bestrahlung (Radiotherapie) etwas verbessern. Bei Männern kommt es allerdings durch die Strahlentherapie manchmal zu einer Fibrosierung der blutzuführenden Arterien der Schwellkörper im Penis. Damit ist nur noch eine unvollständige Erektion möglich. Diese Bestrahlungsfolge macht sich erst in einem Zeitraum von ein bis zwei Jahren in vollem Umfang bemerkbar. Bei Frauen führt die adjuvante Chemotherapie oder Bestrahlung des Bauchraumes häufig zur Verminderung der Östrogene. Dies hat, so Zettl und Hartlapp (1996), eine geringere Scheidenerweiterung und verminderte Lubrikation (Austritt von Vaginalsekret) oder dem Klimakterium ähnliche Beschwerden zur Folge. Weis, Signer und Lafleur (2016) beschreiben als Spätnebenwirkungen der Strahlentherapie Verkürzungen, Stenosen und Synechien (Verklebungen) der Scheide. Außerdem kommt es häufig zu Scheidenblutungen. Beckenbestrahlungen, bei denen auch die Scheide im Bestrahlungsfeld liegt, können akut entzündliche Veränderungen der Scheide und Infektionen sowie eine radiogene Kolitis hervorrufen.

2.2. Stoma

Der Begriff Stoma kommt aus dem Griechischen und bedeutet Mund, Öffnung. Es sind operativ angelegte offene Verbindungen zwischen einem inneren Hohlorgan und der äußeren Haut. Das Enterostoma (auch Anus praeter, Darmstoma oder künstlicher Darmausgang genannt) dient der Ausleitung des Stuhls. Wiesinger und Stoll-Salzer (2012) unterscheiden beim künstlichen Darmausgang je nach Lokalisation zwischen Kolostoma und Ileostoma. Ersteres ist bei Einbeziehung der unmittelbar an den After angrenzenden Darmabschnitte erforderlich. Zweiteres ist bei vollständiger Entfernung des Colons notwendig. Entsprechend der Indikation und Operationstechnik können Kolostomata endständig und somit einlumig oder doppelläufig angelegt werden. Beim doppelläufigen Stoma wird eine eröffnete Darmschlinge über dem Hautniveau fixiert, sodass zwei Öffnungen entstehen. Durch die zuführende Schlinge entleert sich der Darminhalt, die abführende Schlinge ist Teil des stillgelegten Abschnittes, um beispielsweise eine operativ angelegte Anastomose vorübergehend zu schützen. Nach

Abheilung der Nahtstellen können temporäre Stomata im Gegensatz zu den permanenten (dauerhaften) nach zwei bis sechs Monaten wieder zurückverlagert werden.

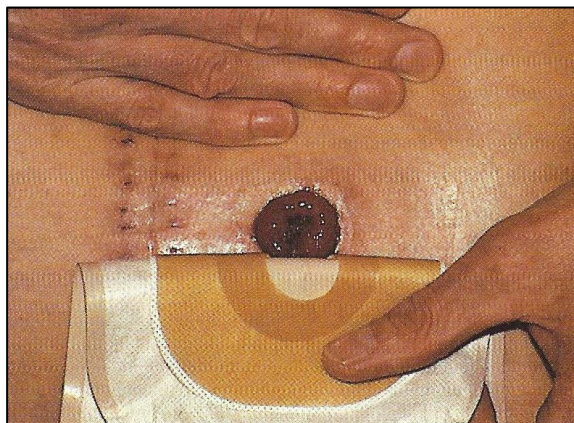


Abbildung 5: prominente, kreisrunde Kolostomie
(Boelker & Webelhuth, 2003, S. 32)

Um Schwierigkeiten bei der späteren Versorgung zu vermeiden, ist es unerlässlich, die Position für das zu erwartende Stoma genau festzulegen. In den Leitlinien des Leitlinienprogramms Onkologie (2014) steht explizit, dass eine Stomaanlage möglichst frühzeitig vor der Operation mit dem Patienten besprochen und geplant und dabei die Position präoperativ angezeichnet werden soll.

Zettl und Hartlapp (1996) beschreiben, dass durch die Anlage eines Stomas bei Frauen die Nerven des Genitalbereiches selten in Mitleidenschaft gezogen werden und damit das Lustempfinden und die Orgasmusfähigkeit nicht beeinträchtigt werden. Jedoch verursachen in den ersten Wochen und Monaten die nur langsam verheilenden Operationsnarben oft eine Dyspareunie (Schmerzen beim sexuellen Verkehr). Auch kann es durch die Verlagerung von Organen während des chirurgischen Eingriffes zur Lageveränderung der Vagina kommen, was zu schmerzhaften Zerrungen an den Bändern während des sexuellen Verkehrs sowie zu unwillkürlichen Urinabsonderungen führen kann.

Kommt es bei Männern beispielsweise bei einer abdomino-perinealen Rektumresektion zur Beschädigung von Nervenbahnen, können Erektionsstörungen und/oder seltener Ejakulationsstörungen die Folge sein. Das Unterbinden von Blutgefäßen kann zur verminderten Erektion führen, wobei die Empfindungsfähigkeit der Haut sowie die

Möglichkeit, einen Orgasmus zu erleben, erhalten bleiben. Die Autoren sprechen von einer Verbesserung der Erektionsfähigkeit nach einigen Monaten. Meyer (2015) sieht in diesen Fällen Behandlungsmöglichkeiten in Form von Injektionen in den Schwellkörper (SKAT-Therapie) oder Penisprothesen vor.

2.3. Psychoonkologie

Die Psychoonkologie befasst sich mit den psychosozialen Aspekten bei Krebserkrankungen und bedient sich dabei des Wissens aus Medizin, Psychologie, Soziologie und Philosophie. Sie hilft den Patienten und deren Angehörigen durch Information, Beratung, Diagnostik und Therapie mit den vielfältigen Folgen der Erkrankung besser umzugehen. So verfolgen Adolph et al. (2016) in der Psychoonkologie Ziele wie Unterstützung bei der Verarbeitung von seelischen und körperlichen Belastungen, die Verbesserung des seelischen Wohlbefindens, Verbesserung von Begleit- und Folgeproblemen, die Ressourcenstärkung sowie Unterstützung zur Alltagsbewältigung und Teilhabe am sozialen Leben. Körperliche Einschränkungen durch die Krebserkrankung und deren Behandlungen können kurz-, mittel- oder langfristig auftreten. Es zählen beispielsweise körperliche Schwäche, Fatigue (Erschöpfung), Schmerzen, Schlafprobleme, Beeinträchtigungen im sexuellen Bereich oder Magen-Darm-Probleme dazu.

Für die Betroffenen ist die Erkrankung mit zahlreichen Problemlagen, schweren Leiden und Todesbedrohung verbunden. Je nach Schweregrad und Dauer lassen sich die psychosozialen Belastungen zwischen normaler Belastungsreaktion und psychischer Komorbidität im Sinne einer ICD-Klassifikation beschreiben. Adolph et al. (2016) sehen somit wichtige Arbeitsfelder der Psychoonkologie in der Abklärung und Behandlung von Depressionen, Angststörungen, Anpassungsstörungen sowie Abhängigkeitssyndromen durch Tabak-, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch.

In der vorliegenden Arbeit liegt der Schwerpunkt jedoch in der Partnerschaft, im Körperbild und in der Sexualität. Gerade in diesem Zusammenhang braucht es die Ermutigung durch den Experten, belastende Themen an- und auszusprechen. Zettl (2016a) sieht darin eine große Chance für die Patienten und ihre Angehörigen, den unausweichlichen Belastungen effektiv zu begegnen.

2.4. Existenzanalyse und Logotherapie in der Psychoonkologie

Bei Krebserkrankungen ist es oft notwendig, den Reichtum der Wertewelt sichtbar zu machen, um deren Verwirklichung zu ermöglichen. Entsprechend des Sinnes des Augenblickes verlangt das Leben einmal die Verwirklichung schöpferischer Werte durch unser Tun. Zu einem anderen Zeitpunkt werden wir beispielsweise in der Hingabe an die Schönheit der Landschaft bereichert. Frankl (2005a) zählt auch die Liebe, „die Zweisamkeit, die innige Gemeinschaft eines Ich mit einem Du“ (S. 178) zu den Erlebniswerten. Wenn das Leben wenig Schöpferisches verwirklichen lässt und arm an Erlebnismöglichkeiten ist, bleiben noch die Einstellungswerte. Die Letztgenannten haben für den Autor den höchsten Wert. Hier kommt es darauf an, wie sich der Betroffene zu seinem unveränderbaren Schicksal einstellt. Er selbst schreibt *„bis zum letzten Atemzug kann ihm niemand die Freiheit nehmen, sich zu seinem Schicksal so oder so einzustellen. Und es gibt ein «So oder So»“* (S. 150). Frankl geht es darum, wie der Betroffene das Schicksal trägt, „um Haltungen wie Tapferkeit im Leiden, Würde auch noch im Untergang und im Scheitern“ (S. 93). Somit kann menschliche Existenz niemals sinnlos werden. Denn bis zum Lebensende trägt der Mensch Verantwortung gegenüber den Werten. Der Verlust eines Wertes macht das Leben noch lange nicht sinnlos, denn alle drei Kategorien dienen der Verwirklichung von Sinn.

„Er weiß eben um das »Warum« seines Daseins – und wird daher auch fast jedes »Wie« zu ertragen vermögen“ (Frankl, 2017, S. 121-122). Und so können Menschen, welche im Leben trotz allem eine Aufgabe sehen, die sie erfüllen sollen und können, besser mit den Verlusten umgehen.

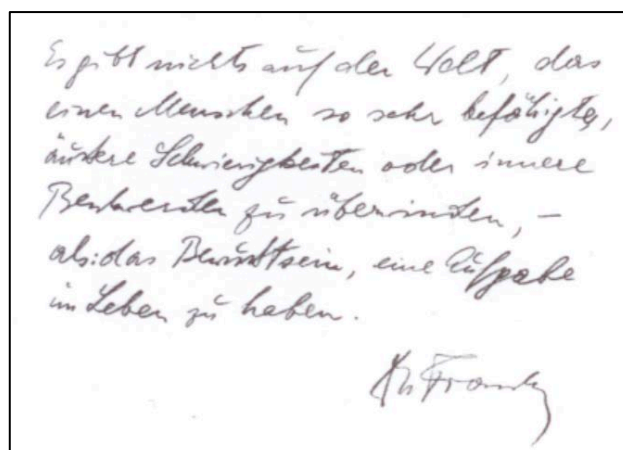


Abbildung 6: Handschriftliches Zitat von Viktor E. Frankl (Schechner & Zürner, 2013, S. 24)

„Es gibt nichts auf der Welt, das einen Menschen so sehr befähigte, äußere Schwierigkeiten oder innere Beschwerden zu überwinden, als: das Bewusstsein, eine Aufgabe im Leben zu haben.“

Dieses „Über-sich-selbst-hinaus-Verweisen“, also die Selbsttranszendenz ist – anthropologisch gesehen – die Voraussetzung für Existenz. Frankl (2005b) unterstützt nicht das Homöostaseprinzip bei psychischen Abläufen. Vielmehr sieht er darin die Gefahr der Hyperreflexion. Hingegen ist durch die Selbsttranszendenz – gemäß der Noodynamik – ein spannungsreiches Leben gesichert. Dazu bedarf es einerseits der Selbstdistanzierung und andererseits des Erkennens von Werten.

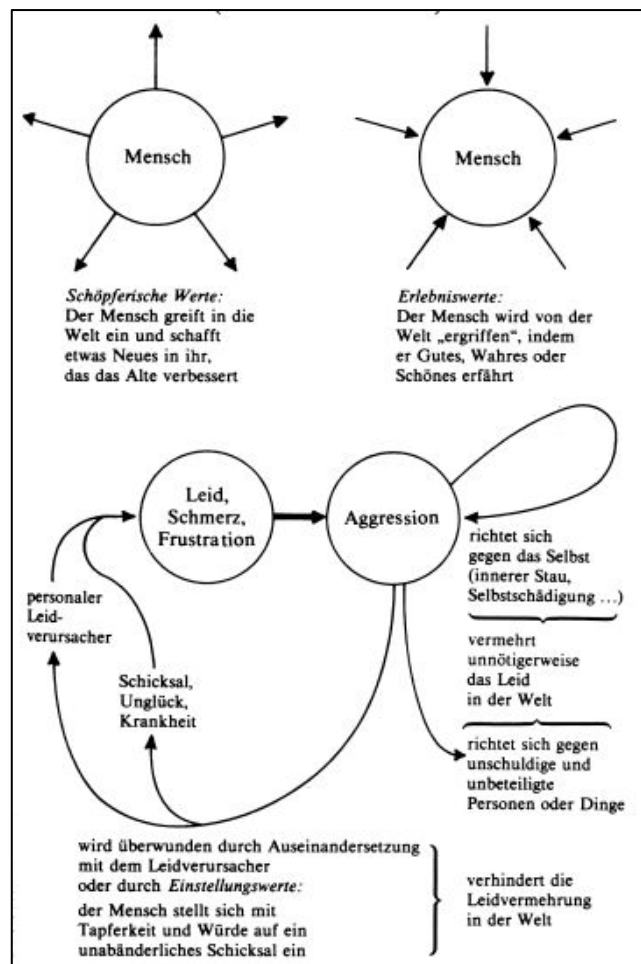


Abbildung 7: Die drei Wertkategorien (nach Viktor E. Frankl) (Lukas, 1988, S. 93)

Die tragische Trias Leid, Schuld und Tod fordert den Menschen, Einstellungswerte zu verwirklichen. Der Mensch selbst entscheidet, ob er mit Zorn, Wut und Tränen auf die Herausforderungen reagiert oder mit Mut, Würde sowie in Geduld und Akzeptanz. Durch

die Leiderfahrungskompetenz sieht der leidende Mensch „weiter und tiefer – und zwar mit den Augen des Geistes; er nimmt geistig mehr wahr, mehr vorweg“ (Schechner & Zürner, 2013, S. 298).

Frankl (2005b) ringt dem Leiden Sinn ab, auch wenn dieser oft schwer erkennbar ist. Durch die Wertverwirklichung wird Leiden in Leistung gewandelt. Leiden kann auch zum Reifungsprozess innerer Freiheit und zum Wachstum beitragen. Und andererseits ist Leiden auch eine Bereicherung, und zwar dann, wenn der Mensch „hellsichtig und die Welt durchsichtig“ (S. 208) wird.

„Wie oft sind es erst die Ruinen, die den Blick freigeben auf den Himmel“ (S. 193), so schreibt Lukas (2007) über den Sinn des Leidens. Der einzelne Mensch ist gefordert, seinen Blick zu schärfen, denn „Sinn kann nicht gegeben, sondern muss gefunden werden“ (Frankl, 1977, S. 28).

Lukas beschreibt 2014 das Gedankengebäude der Logotherapie, welches von drei „Säulen“ getragen ist. Diese sind die Freiheit des Willens, der Wille zum Sinn und der Sinn des Lebens. Frankl selbst spricht vom „Sinn *im* [Hervorhebung v. Verf.] Leben“ (Batthyany, Biller & Fizzotti, 2006, S. 299).

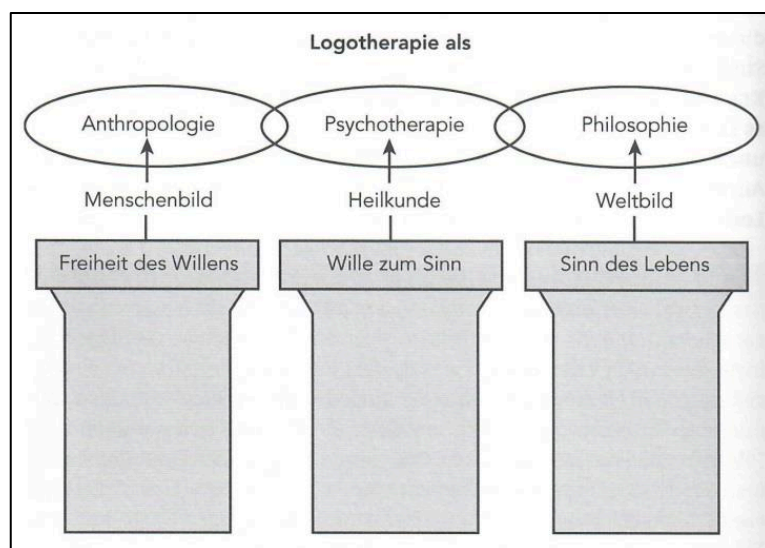


Abbildung 8: Freiheit des Willens – Wille zum Sinn – Sinn des Lebens (Lukas, 2014, S. 16)

Die „Freiheit des Willens“ ist nach Auffassung der Logotherapie immer vorhanden. Die Sinnwahrnehmung kann – so Albrecht (2006) – beispielsweise bei Krankheit

eingeschränkt sein. Der Blick für die Sinnwahrnehmung ist getrübt. Der Sinn des Augenblickes wird nicht mehr gefunden und kann somit nicht gelebt werden. Doch grundsätzlich bleibt das Streben nach Sinn als Primärmotiv erhalten.

Meine Damen und Herren: ich spreche zu Ihnen nicht, oder zumindest nicht nur, als ein Philosoph, sondern als ein Psychiater. Kein Psychiater, kein Psychotherapeut – auch kein Logotherapeut – kann einem Kranken sagen, *was* der Sinn ist, sehr wohl aber, *daß [sic]* das Leben einen Sinn hat, ja – mehr als dies: *daß [sic]* es diesen Sinn auch behält, unter allen Bedingungen und Umständen ... (Frankl, 2005b, S. 17)

Frankl (2005a) hebt die Freiheit des Menschen hervor. Er meint damit aber kein Freisein von den biologischen, psychologischen oder soziologischen Bedingungen. Diese Voraussetzungen sind schicksalhaft und unveränderbar. Es wäre sinnlos, dagegen anzukämpfen. Der Autor meint vielmehr, „sie ist überhaupt nicht eine Freiheit *von* etwas, sondern eine Freiheit *zu* etwas, nämlich die Freiheit zu einer *Stellungnahme* gegenüber all den Bedingungen“ (S. 18). Durch diese geistige Freiheit kann der Mensch jede Lebenssituation bejahen oder verneinen.

In diesem Zusammenhang wird in der Logotherapie die Einstellungsmodulation angewandt. Lukas (1991) hat in einer Reihenuntersuchung mit 300 behandelten Personen bei 37 % (mehr als einem Drittel) mit der Einstellungsmodulation – zum Teil in Kombination mit anderen Verfahren – sehr gute bis gute Therapieerfolge erzielt. Die Einstellung zu sich selbst, zu anderen Menschen oder Dingen, zum Leben, ... hat einen enormen Einfluss. Oft macht die innere Haltung einen größeren Teil der Not aus als das Problem an sich. Motivationstheoretisch gesehen dienen sowohl Glück, Sorgenfreiheit und Wohlstand als auch Probleme zur Aktivierung menschlicher Kräfte. In weiterer Folge dienen sie so der Sinn- und Werteverwirklichung. Die Psychohygiene, beispielsweise in der Form einer positiven, gesunden und dem Sinnverständnis angemessenen Sichtweise ist ebenso wichtig wie die tägliche Körperhygiene.

Die Einstellungsmodulation ist durch die noetische (geistige) Dimension möglich. Diese spezifisch humane Ebene ist Teil von Frankls Menschenbild. Der Begründer der

Logotherapie sagt, dass der Mensch ein dreidimensionales Wesen ist, eine leibliche-seelische-geistige Einheit und Ganzheit. Die somatische Ebene beinhaltet alle körperlichen Phänomene. Unter der psychischen Ebene werden die Emotionen (Gestimmtheit, Gefühle, Instinkte, Begierden und Affekte) sowie die Kognitionen (intellektuelle Begabungen, erworbene Verhaltensmuster und soziale Prägungen) verstanden. Die noetische Dimension ermöglicht die freie Stellungnahme zur Leiblichkeit und Befindlichkeit. Sie beinhaltet außerdem die Intentionalität (eigenständige Willensentscheidungen), sachliches und künstlerisches Interesse, schöpferisches Gestalten, Religiosität, Gewissen (ethisches Empfinden), Wertverständnis und Liebe. Wäre der Mensch um die geistige Dimension reduziert, würden sich die Abbildungen einander widersprechen bzw. mehrdeutig sein. Frankl (2006) erklärt dies anhand der Dimensionalontologie, in der einerseits die Schatten ein und derselben Figur widersprüchlich (Widerspruchsregel) sind bzw. verschiedene geometrische Figuren ein und dasselbe Schattenbild (Mehrdeutigkeitsregel) ergeben.

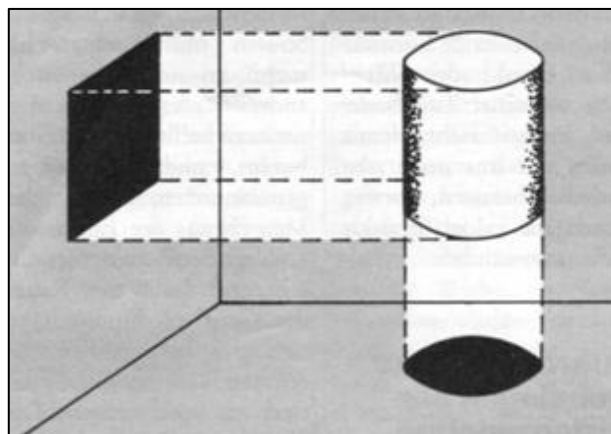


Abbildung 9: Widerspruchsregel (Frankl, 2006, S. 24)

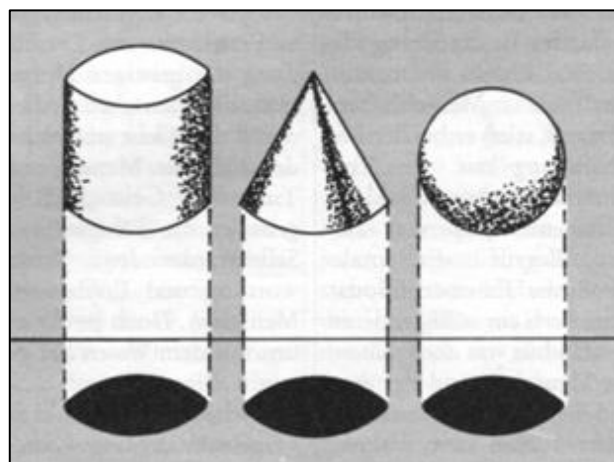


Abbildung 10: Mehrdeutigkeitsregel (Frankl, 2006, S. 25)

2.5. Körperbild und Stoma

Die somatische Ebene wird aufgrund der Notwendigkeit des Stomas stark beeinträchtigt. Patienten mit einem Rektumkarzinom und einer Kolostomie müssen nicht nur die Krebserkrankung bewältigen, sondern erleben mitunter den operativen Eingriff als Verstümmelung und nicht als lebensrettende Maßnahme. Die Stuhlentleerung, über die man im Allgemeinen wenig spricht, wird durch die Stomaanlage sichtbar gemacht. Gefühle wie Ekel und Scham können auftreten, weil man die Ausscheidung nicht mehr beherrscht. Die Krebsliga (2015; 2017) spricht von verschiedenen Phasen, die die Betroffenen durchlaufen, bis sie sich in ihrem „neuen“ Körper wieder wohl fühlen. In die erste Phase gehört beispielsweise die Trauer um Verlorenes und um die Selbstverständlichkeit von Normalität. Ein Annehmen der Krankheit, ein Auseinandersetzen mit der eigenen Lebendigkeit, die Suche nach dem Sinn der derzeitigen und künftigen Situation fordern die Psyche. In weiterer Folge ist ein schrittweises Herantasten an den veränderten Körper erforderlich.

Das Körperbild ist ein Aspekt des Selbstkonzeptes. Es repräsentiert das Bild, das sich jemand aufgrund seiner Wahrnehmungen, Kognitionen, Emotionen und Wertungen von seinem Körper macht. Es zeigt die Überzeugung, Sichtweise und Haltung zum eigenen Körper (Uschok, 2016).

Das Akzeptieren der körperlichen Veränderungen ist gleichbedeutend mit dem Abschiednehmen, dem Loslassenkönnen von einem Lebensabschnitt, der erfüllt war mit Gefühlen der Lebenskraft, von Liebe und Erotik. Es ist oft von intensiven Gefühlen der Trauer begleitet und braucht lange Zeit. Aber neben dem „Loslassen“ benötigt man auch Mut, mit dem veränderten Körper sexuelle Wünsche zuzulassen und zusammen mit dem Partner zu einem neuen, vielleicht sogar schöneren und bewußteren [*sic*] intimen Zusammensein zurückzufinden. (Zettl & Hartlapp, 1996, S. 130)

Das veränderte äußerliche Erscheinungsbild kann nicht nur das Selbstbild, sondern auch das Fremdbild stark beeinträchtigen.

Zettl (2016a) zitiert die Sorgen und Ängste einer Partnerin eines Stomapatienten: Ich liebe meinen Mann, aber seit er diesen künstlichen Darmausgang angelegt bekommen hat, ekle ich mich vor ihm. Er riecht immer unangenehm nach Fäkalien – nicht arg, aber immer so ein bisschen. Das stößt mich einfach ab. Ich kann ihn nicht einmal ohne Überwindung in den Arm nehmen. Und ich habe das Gefühl, er merkt das, aber wir sprechen nicht darüber. Ich will ihn natürlich nicht kränken. (S. 178)

In der westlichen Kultur hat die Reinlichkeitserziehung einen hohen Stellenwert. Somit stellt der Verlust über die Kontrolle der eigenen Ausscheidungsfunktionen einen tiefgreifenden Einschnitt in das Leben der Betroffenen dar. Zettl (2016b) bringt sie mit Schamgefühl, Schmutz- und Geruchsängsten und der Furcht vor sozialer Ausgrenzung in Verbindung.

In einer Studie mit 66 erwachsenen Kolorektalchirurgiepatienten von Bullen et al. (2012) korrelieren Depression und Angst positiv mit der Körperbildstörung und der Selbstbewertung zu Beginn der Studie. Die Körperbildstörung wurde als eine signifikante Variable für das Grundniveau der Depression und der emotionalen Lebensqualität erkannt. Die Autoren stützen die Hypothese, dass ein Körperbild mit Schwachstellen, welches bereits bei der Aufnahme zur Operation bestand, die emotionale Anpassung in der Rekonvaleszenzphase beeinflusst. Bragagna et al (2017) zitiert die ELIXIR Studie von Bonierbale, Lançon und Tignol (2003) in Frankreich. Bei den 4557 Teilnehmern löste die Depression bei beiden Geschlechtern zu 69 % irgendeine Sexualstörung aus.

Zettl (2016a) empfiehlt das Stoma im Schutz des Krankenhauses bereits gemeinsam mit dem Partner anzuschauen, um Ängste und Befürchtungen abzubauen. Das ist ein wichtiger Schritt, um sich wieder vollwertig, liebenswert und angenommen zu fühlen. Dabei hat das Verhalten anderer Menschen einen großen Einfluss auf das eigene Körperbild und dessen Intaktheit. Gemeinsam mit den nahen Bezugspersonen ist mit einem großen Maß an Einfühlungsvermögen und Vertrauen ein Anpassungsprozess zu leisten und eine neue Identität der veränderten Situation zu finden.

Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten, Freude bringende Tätigkeiten und eine sinnliche, zärtliche Beschäftigung mit dem verletzten Körper können – so die Krebsliga Schweiz (2015; 2017) – das Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen stärken. Bewegung in der Natur, Schwimmen, liebevolle Körperpflege, eine entspannende Musik, der bewusste Genuss der Lieblingsschokolade, ein besonderes Schaumbad mit Kerzenlicht und feinen Düften – der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt. Ebenso zeigen Entspannungstechniken (Progressives Muskelentspannungstraining nach Jacobson, ...), Yoga, professionelle Massagen und ähnliches positive Effekte.

2.6. Partnerschaft bei Stoma

Da der wesentliche Austausch an subjektiven Informationen nonverbal verläuft, ist das offene Gespräch über Sorgen, Ängste und Wünsche in der Partnerschaft unumgänglich. Das In-Worte-Fassen der Gefühle von Scham, Verzweiflung, Schmerz oder Trauer wirkt entlastend und befreiend. Durch das Gespräch entstehen beim Betroffenen das Gefühl und die Gewissheit, weiterhin vom Partner geliebt, akzeptiert und verstanden zu werden – egal ob im Moment die Sehnsucht nach einer Umarmung oder nach Ruhe und Rückzug im Vordergrund steht. Im Gegensatz dazu kann Unausgesprochenes Missverständnisse und ein erschwertes Coping verursachen oder dazu beitragen, dass sich Störungen chronifizieren. Doch in unserer Beziehungskultur haben wir meist nicht gelernt oder sind einfach nur ungeübt, miteinander übereinander zu sprechen. Es steckt die Sorge dahinter, von dem Menschen, mit dem man zusammenlebt, abgelehnt, zurückgewiesen, verworfen oder verlassen zu werden. Zettl (2016a) erachtet eine gute Selbst- und Objektwahrnehmung sowie eine erfolgreiche und zielführende Kommunikation als wichtig, um ein dyadisches Coping zu erreichen. So haben die Paare die Möglichkeit, Belastungen gemeinsam zu bewältigen bzw. dem Partner eine angemessene Unterstützung zu geben und den Weg zu neuen Möglichkeiten des körperlichen Beisammenseins zu ebnen. Ein gut gemeintes protective buffering (wechselseitiges Schonungsverhalten) bringt zwar kurzfristig eine Entlastung, langfristig wirkt es sich nachteilig auf alle Beteiligten aus, wie eine Studie von Langer et al. belegt. Es führt unweigerlich auf beiden Seiten zu depressiven Symptomen. Ferner bedingt es eine „Einsamkeit zu zweit“ (S. 180) und ein Misslingen der notwendigen psychosozialen Anpassungsprozesse.

Die lebensbedrohliche Erkrankung kann sich sehr unterschiedlich auf die Betroffenen und deren Partner auswirken. Unlust, Unbehagen, Unsicherheit, Schuldgefühle – die Palette ist lang. Dazu kommt die Sorge, dass die Versorgung undicht wird, der Beutel raschelt und die Ästhetik beeinträchtigt ist. Die Krebsliga Schweiz (2015; 2017) hebt hervor, dass es kein Richtig oder Falsch gibt. Wesentlich ist, dass der Partner spürt, dass sich eine allfällige Zurückhaltung nicht auf die Person, sondern auf die Umstände bezieht. Der Faktor Zeit spielt dabei eine wesentliche Rolle und die Wertschätzung und das Mitgefühl kann durch unterschiedlichste kleine Gesten und Aufmerksamkeiten ausgedrückt werden, welche nicht direkt mit der Sexualität in Verbindung stehen.

Zettl (2016a) betont die Rolle der nonverbalen Kommunikation, wenn Menschen versuchen, sich wechselseitig ineinander hinein zu versetzen. Auch durch ein Schweigen, einen Blickkontakt oder eine – wie auch immer geartete – Berührung teilt sich das Paar mit. Der Gesprächspartner bringt durch Bewegungen um die Augen und bei prosodischem Ausdruck um den Mund unbewusst gesendete flüchtige Signale zum Ausdruck. Der Empfänger nimmt diese in nur 30 Millisekunden rechtshemisphärisch unbewusst wahr. Inhaltsanalytische Untersuchungen beweisen, dass die Außenwirkung der Menschen nur zu 7 % auf den gesprochenen Inhalt beruht. 55 % machen die schon beschriebenen körpersprachlichen Botschaften, 38 % die verbalen Begleitbotschaften wie die Intonation und Pausen aus. Diese unbewusste Kommunikation des emotionalen Zustandes kann der Partner beispielsweise durch ein Lächeln überblenden oder zum Teil unterdrücken. Jedoch wird es das Gegenüber häufig erahnen.

Die Fähigkeit der Mentalisierung entwickelt sich schon in früher Kindheit u. a. durch die Lernerfahrungen in Face-to-Face-Transaktionen. Diese visuellen Erfahrungen im ersten Lebensjahr prägen die soziale und emotionale Entwicklung. Der wechselseitige Blickkontakt lässt auch im Erwachsenenalter die Kommunikation gelingen. Offene und authentische Gespräche können so das grundsätzliche Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit in der Partnerschaft decken und aus der wechselseitigen Isolation und Verlorenheit helfen (Idem).

2.7. Sexualität

„Unter Sexualität verstehen wir alles, was im weitesten Sinne mit unserer Geschlechtlichkeit und den damit verbundenen Vorstellungen, Verhaltensweisen, Emotionen, körperlichen und psychischen Reaktionen zusammenhängt. Beteiligt sind verschiedene Organe und Organsysteme sowie biologische Prozesse“ (Krebsliga Schweiz, 2015, S. 10).

Welche Bedeutung hat Sexualität in unserer sexualisierten westlichen Gesellschaft, in der dieses Wort in aller Munde ist und uns auf allen Informationskanälen begleitet?

Avodah Offit, eine amerikanische Psychoanalytikerin und Sexualtherapeutin, beschreibt (1979) treffend die vielfältigen Facetten:

Sexualität ist, was wir daraus machen. Eine teure oder eine billige Ware, Mittel zur Fortpflanzung, Abwehr gegen Einsamkeit, eine Form der Kommunikation, ein Werkzeug der Aggression (der Herrschaft, der Macht, der Strafe und der Unterdrückung), ein kurzweiliger Zeitvertreib, Liebe, Luxus, Kunst, Schönheit, ein idealer Zustand, das Böse oder das Gute, Luxus oder Entspannung, Belohnung, Flucht, ein Grund der Selbstachtung, eine Form von Zärtlichkeit, eine Art der Regression, eine Quelle der Freiheit, Pflicht, Vergnügen, Vereinigung mit dem Universum, mystische Ekstase, Todeswunsch oder Todeserleben, ein Weg zu Frieden, eine juristische Streitsache, eine Form, Neugier und Forschungsdrang zu befriedigen, eine Technik, eine biologische Funktion, Ausdruck psychischer Gesundheit oder Krankheit oder einfach eine sinnliche Erfahrung. (S&X Sexuelle Gesundheit Zentralschweiz, o. J.)

Erst aufgrund der sexuellen Rechte kann Sexualität selbstbestimmt gelebt werden. Diese beruhen auf dem internationalen Menschenrechtsabkommen. Sie sind „sexualitätsbezogene Menschenrechte, die aus dem Recht aller Menschen auf Freiheit, Gleichstellung, Privatsphäre, Selbstbestimmung, Integrität und Würde abgeleitet werden“ (Idem).

Bragagna et. al (2017) spricht davon, dass die sexuelle Gesundheit ein somato-psycho-soziales Gleichgewicht braucht. Ucsnik (2014) reduziert die Sexualität nicht auf die

körperliche Dimension, Praktiken und Vorlieben. Auch die Psyche, Emotionen, das Körperbild, die elterliche Erziehung, Kultur, Religion, Medien, Familie, Kinder, Beruf, der finanzielle Status prägen den Menschen als sexuelles Wesen. Im Kompetenzmodell sieht Kostenwein, Psychologe und Klinischer Sexologe (2017a), vier Säulen, die zum Gelingen der Sexualität beitragen: das Wissen, die gute Körperwahrnehmung, eine gute Verankerung in der eigenen Lust sowie die Beziehungskompetenz. Es bedarf eines differenzierten Verständnisses der vier Faktoren. Er zieht einen Vergleich mit der Musik: Schlägt man mehr Tasten am Instrument an, kommt nicht nur ein einfaches Lied, sondern ein Meisterwerk eines Virtuosen zum Vorschein.

Kostenwein (2017b) arbeitet mit dem sexualwissenschaftlichen Modell sexueller Gesundheit „Sexocorporel“, welches besagt: „Das persönliche körperliche und genitale Lernen stellt für das Verständnis sexueller Funktionalität eine zentrale Basis dar und steht in ständiger Wechselwirkung mit emotionalen, kognitiven und sozialen Komponenten“ (S. 5).

2.8. Sexualität, Krebs und Stoma

Die sexualmedizinische Betreuung von Tumorpatienten hat großen Aufholbedarf, so Ucsnik (2014).

Die Krebserkrankung und die verschiedenen Therapien können physische und psychische Vorgänge, die in einer heiklen Balance zueinanderstehen, empfindlich stören und so die sexuelle Lust und das sexuelle Erleben verändern. Breitenstein (o.J.) unterscheidet zwischen seelischen und körperlichen Störungen, welche sich hemmend auf die Sexualität auswirken:

seelische Störungen:

- krankheitsbezogene und soziale Ängste (Bei Männern sind die sexuellen Versagensängste und bei Frauen Ängste, nicht mehr attraktiv zu sein, besonders ausgeprägt.)
- Depression (krankheits- und behandlungsbedingt)
- emotionaler Schmerz

- Störung des Selbsterlebens und Selbstwertgefühls durch die Konfrontation mit der Krebserkrankung
- Zerstörung des körperlichen und seelischen Selbstvertrauens
- Verlust der körperlichen Integrität durch den künstlichen Darmausgang
- Schamgefühle und Ekel aufgrund der Beeinträchtigung des eigenen Attraktivitätsempfindens
- unberechtigte Angst, den Partner anzustecken
- krankheitsbedingte Krisen wegen bereits davor bestehender latenter Partnerschaftskonflikte

Ein Patient mit einem permanenten Kolostoma berichtet:

... Alleine die Vorstellung, mich bei Zärtlichkeiten meiner Frau mit dem Stoma zu zeigen, war für mich so schambesetzt, dass ich das Aufkommen einer erotischen Stimmung von vornherein zu vermeiden suchte. Und obwohl sie sehr liebevoll mit mir umging, konnte ich ihre Zärtlichkeiten nicht mehr ertragen und schreckte jedes Mal davor zurück, wenn sie mich in den Arm nehmen wollte. Gleichzeitig hatte ich deswegen Schuldgefühle, konnte aber darüber mit ihr nicht reden ... (Zettl, 2016a, S. 18)

Körperliche Störungen:

- operative Veränderungen
- Schmerzen nach dem chirurgischen Eingriff, durch das Krebswachstum, durch medikamentöse Nebenwirkungen oder beim Koitus wegen der fehlenden „Kissenfunktion“ (Zettl, 2000, S. 148), wenn sich innere Genitalorgane postoperativ in die Wundhöhle verlagern. Diese Probleme, welche nach einer radikalen Rektumamputation mit Entfernung des umliegenden lymphatischen Gewebes und einer Kolostomaanlage entstehen, werden unter dem Sammelbegriff Postprotektomiesyndrom zusammengefasst.
- körperliche Veränderung durch das Stoma und damit einhergehend ein negatives Körperbild
- Allgemeinzustandsverschlechterung
- Therapienebenwirkungen wie Erschöpfung und empfindliche Schleimhäute
- Fatigue durch die tumorbedingte Kachexie und als medikamentöse

Nebenwirkung

- Genitale Schmerzen beispielsweise aufgrund einer narbigen Schrumpfung der Scheide nach Strahlentherapie oder wegen eines Vaginalinfektes
- behandlungsbedingte anatomische Schädigungen primärer oder sekundärer Geschlechtsorgane wie beispielsweise der Vagina
- behandlungsbedingte Schädigungen der Sexualfunktion wie Libidoverlust durch Schäden am Nervensystem, reduzierte Scheidenfeuchtigkeit und Schleimhautatrophie im Genitalbereich
- vorübergehende oder dauerhafte Infertilität, Azoospermie, Impotenz, erektile Dysfunktion und retrograde Ejakulation durch Operation, Radiotherapie und medikamentöse Therapie
- hormonelle Veränderungen als Folge der Operation und medikamentösen Therapie

Dies führt zu Störungen der sexuellen Interaktion (sexuelle Annäherung, Stimulation, Koitus, Orgasmus) (Breitenstein, o.J.).

Durch das Schweigen aller Beteiligten, der Betroffenen selbst, des Partners und auch des medizinischen Personals wird das Thema tabuisiert. Einerseits fällt es schwer, über sexuelle Empfindungen zu reden, andererseits fehlen die passenden Worte. Jedoch könnte gerade eine offene Kommunikation der Störung entgegenwirken und den Weg zu einer beglückenden Sexualität ebnen (Krebsliga Schweiz, 2015; 2017).

Gerade wegen der starken Tabu-Behaftung sollen diese Themen von fachlicher Seite aktiv angesprochen werden. Der Hintergrund der Angst liegt bei den Betroffenen oft im Unwissen. Männer sind häufig nicht informiert, dass Erektion, Orgasmus und Ejakulation drei unterschiedliche Körpervorgänge sind und nicht zwangsläufig synchron ablaufen. Es muss für sie auch hervorgehoben werden, dass Frauen oftmals nicht durch vaginale Stimulierung zum Orgasmus kommen. Bei Männern bzw. bei der Störung der körperlichen Integrität gerät es oft in Vergessenheit, dass der ganze Körper ein sinnliches und potentiell sexuelles Organ ist. In diesem Sinne stellt Zettl und Hartlapp (1996) den Koitus als eine, aber nicht als die einzige Ausdrucksform einer liebevollen

Beziehung zwischen zwei Menschen dar. Für erregende Berührungen können alle Sinne umfasst werden: Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Tasten.

Derogatis und Kourlesis (1981) zitieren eine Studie von Delvin et al. (1971). In dieser berichten rund 50 % der männlichen Kolostomiepatienten von sexuellen Funktionsstörungen. Reisman führt eine Studie an, die die Häufigkeit von Sexualstörungen bei kolorektalen Tumoren mit 30 bis 85 % festlegt (Egger, 2017). Zetl (2000) weist darauf hin, dass die Appetenz durch den chirurgischen Eingriff nicht direkt beeinflusst wird und daher meist psychogene Wurzeln hat.

In einer Studie mit 519 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 65,5 Jahren, welche wegen eines Rektumkarzinoms im Zeitraum von Jänner 1997 bis Jänner 2003 operiert wurden, fanden Schmidt, Daun, Malchow und Kuchler (2010) bei beiden Geschlechtern Einschränkungen in der Sexualität im postoperativen Verlauf. Den Patienten wurden über zwei Jahre Fragebögen und ein tumorspezifisches Modul – beginnend vor der Operation – ausgeteilt. Je nach Geschlecht, Alter und Operationsverfahren fielen die Ergebnisse unterschiedlich aus: Mit zunehmender Größe des Wundgebietes und aboraler Lage des Tumors steigt die Wahrscheinlichkeit für Einschränkungen in der Sexualität. Jüngere Menschen haben größere Einschränkungen und in weiterer Folge aus diesem Grund stärkere psychische Beschwerden. Für Frauen sind die Belastungen durch die medizinische Behandlung besonders relevant, bei den Männern ist die Einschränkung durch die Sexualität vordergründig. Dies ist aus der höheren sexuellen Aktivität von Männern erklärbar. In der folgenden Abbildung wird der Vergleich von Männern (blau) und Frauen (rot) für die Einschränkung in der Sexualität und die daraus resultierende psychische Belastung in der Zeit nach der Operation dargestellt.

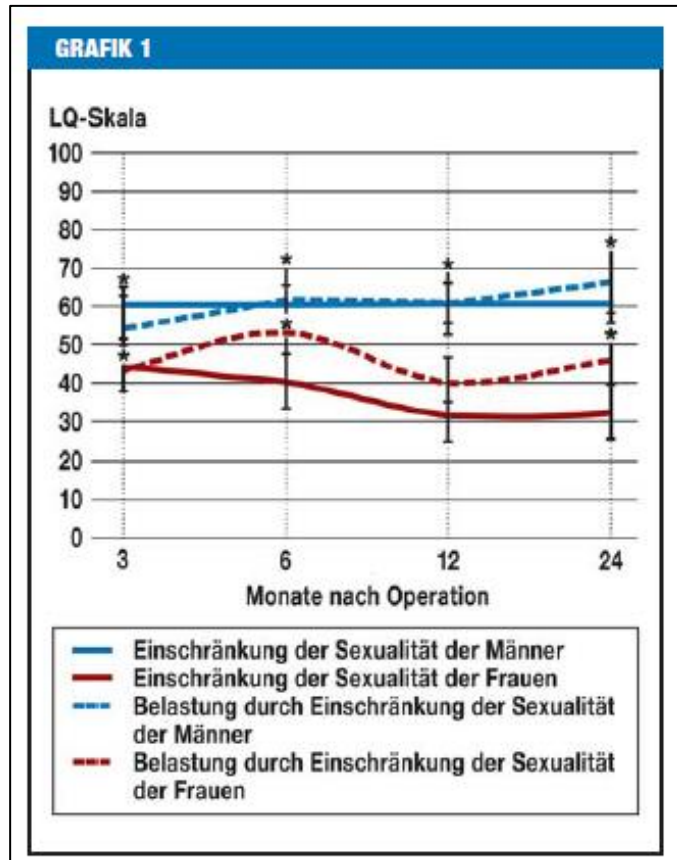


Abbildung 11: genderabhängige Einschränkung der Sexualität und daraus resultierende psychische Belastung (LQ = Lebensqualität) (Schmidt et al., 2010, S. 127)

Zu berücksichtigen ist auch, dass die Häufigkeit an einem kolorektalen Karzinom zu erkranken, im Alter zunimmt.

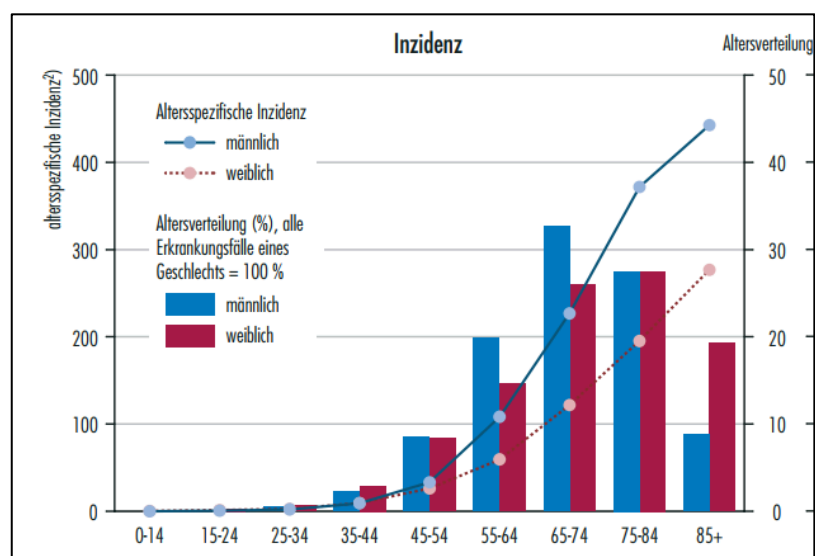


Abbildung 12: Altersverteilung (%) und altersspezifische Inzidenz des Darms: ICD-10: C18-C21, 2010-2012 (Hackl & Karim-Kos, 2016, S. 45)

Gleichzeitig nimmt die Libido im Alter ab.

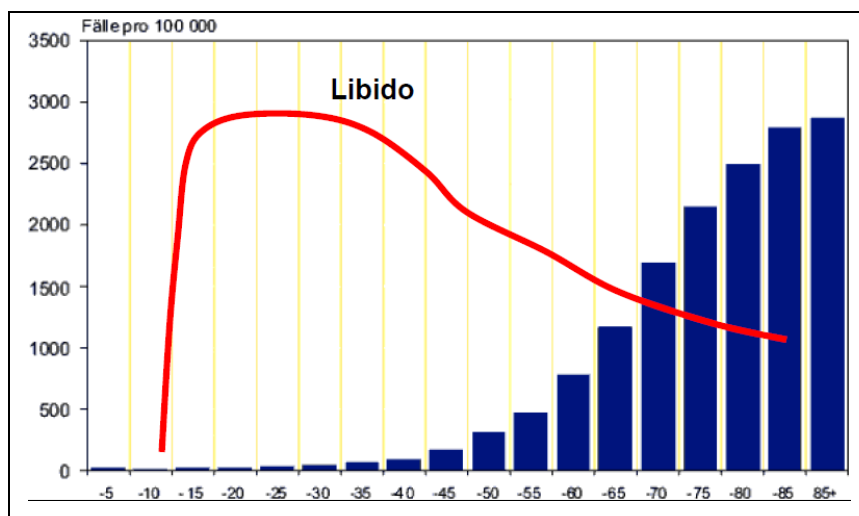


Abbildung 13: Altersverteilung bei Männern
(Breitenstein, o.J., S. 110)

Auch die Diskussionsfähigkeit zwischen den Partnern über heikle Themen, die Anpassung des Sexuallebens auf äußere störende Faktoren und die Entwicklung neuer sexueller Lebensinhalte ist nicht nur an die Krankheit, sondern auch an das Alter gebunden. Breitenstein (o.J.) spricht von einer angepassten Form des Sexuallebens. Statt Erotik, Sex und Reproduktion entwickeln die Menschen mehr Liebe, Zuneigung, Vertrauen, Freundschaft, Intimität, Zärtlichkeit und andere gemeinsame Werte bzw. Zeichen ihrer Verbundenheit.

Die Krebsliga Schweiz (2015; 2017) beschreibt, dass vom Zeitpunkt der Diagnosestellung bis zum Therapieende das aktive sexuelle Leben ruht. Zu diesem Zeitpunkt steht die existenzielle Bedrohung im Vordergrund. Der Wunsch nach Zuwendung und zärtlicher Berührung bleibt meist auch während der Therapien bestehen. Dies soll offen kommuniziert werden. Nicht nur der Geschlechtsakt führt zu sexueller Erregung, Genuss und Höhepunkt. Andere sexuelle Ausdrucksformen wie die weiche Penetration (der noch halbschlaffe Penis wird in die eingölte Vagina eingeführt und das Paar versucht ohne sich zu bewegen feinste Empfindungen wahrzunehmen) oder „sanfter Sex“ ohne Penetration bzw. manuelle oder orale Liebkosungen der Genitalorgane oder die Stimulation mit einem Massagegerät können gleichwertig sein. Neue Stellungen (z. B. Seitenlage, um das Stoma zu verbergen), Erregungs- und Genussmöglichkeiten sind unabhängig vom Alter oder anderer Faktoren ausprobierbar

Bei sexuellen Störungen empfiehlt Schuler (2013) das Plissit-Modell, einen verhaltenstherapeutisch orientierten Ansatz. Es besteht aus vier Stufen, die eine systematische Vorgehensweise darstellen, mit der sexuelle Probleme realistisch behandelt werden können. Beginnend mit Permission (P): Für viele wirkt es beispielsweise schon entlastend, wenn sie wissen, dass sie mit Krankenschwestern Themen der Sexualität gemeinsam mit ihrer Krankheit besprechen können. Die zweite Stufe ist Limited Information (LI): Es kann hilfreich sein, genau auf das Problem zugeschnittene Informationen beispielsweise in Bezug auf Geschlechtsverkehr nach der Operation oder der Auswirkungen einer Stomaanlage auf Sexualität zu erhalten. In der Stufe 3 Specific Suggestions (SS) gibt der Therapeut direkte Anweisungen, z. B. zur Linderung der vaginalen Trockenheit, Vorschläge beim Verrutschen des Stomaversorgungssystems oder zu sicheren Stellungen. Schlägen auch die Interventionen auf Stufe 3 fehl, folgt in Stufe 4 eine „Intensive Therapie“ (IT). Frühzeitige Informationen können in vielen Fällen die Entstehung von sexuellen Störungen mit einer schwer unterbrechbaren Eigendynamik (beispielsweise Vermeidungsverhalten) vorbeugen.

Doch nicht nur das medizinische Personal ist gefragt. Eine Studie von Altschuler et al. (2009) belegt, dass Ehemänner oder Partner eine wichtige Unterstützung für ihre Partnerinnen mit Stoma nach Darmkrebs in der psychosozialen Anpassung kurz- und langfristig sind. 17 von den 22 Partnerinnen sprachen von einer zentralen Bedeutung ihrer Partner.

Doch nicht immer ist eine Neuorientierung möglich und nicht immer können die Verluste erfolgreich bewältigt werden.

Ein Patient erklärt im Rahmen der qualitativen, phänomenologischen Studie von Vural et al. (2016) mindestens 2 Monaten nach Stomaanlage:

„Since the operation we are sleeping apart. My wife can fall on the stoma as she is sleeping or hugging, and stoma can explode so we sleep separately We are still in the same room but in separate beds“ (S. 383)

Zetl (2000) beschreibt eine Veröffentlichung von Künsebeck (1990) zur Lebenssituation von Stomaträgern, in der knapp 70 % ihr Sexualeben im Vergleich zum präoperativen

Erleben als nicht zufriedenstellend empfinden. Wiesinger & Stoll-Salzer (2012) berichten, dass es viele Fälle gibt, bei denen die Partner nicht mit der Situation klarkommen und sich deshalb trennen.

2.9. Liebe und Sexualität in der Existenzanalyse und Logotherapie

Sigmund Freud benannte für seine Patienten die beiden Therapieziele Genussfähigkeit und Arbeitsfähigkeit. Der Wiener Psychiater und Neurologe sowie Begründer der Logotherapie Viktor Emil Frankl (1905-1997) hat diese modifiziert und ergänzt, nämlich in Liebesfähigkeit (statt Genussfähigkeit), Arbeitsfähigkeit und Leidenschaftlichkeit. Liebe sei kein Genussmittel und dient nicht der eigenen Bedürfnisbefriedigung. Vielmehr übersteigt es die eigene Bedürfnisbefriedigung und ist Ausdruck eines „koexistentiellen Aktes“, wie Frankl (1982, zitiert nach Lukas, 1989, S. 130) sagt.

Der Begründer der Logotherapie (2005a) beschreibt die Gefühle des Liebenden als intentional, also nicht als „zuständlich“. Die echte Liebe kann den Tod überdauern und ist so stärker als dieser. Die Körperlichkeit ist demnach nachrangig, nichts Primäres, sondern Ausdrucksmittel. Ist Verzicht auf Geschlechtsverkehr notwendig, wird dadurch die Liebe nicht geschmälert.

Wird nur die körperliche Ebene betrachtet, also erweckt einzig und allein die körperliche Attraktivität das Interesse des Gegenübers, entsteht rein sexuelles Interesse. Dieses bietet Lust, ein zuständliches Gefühl. Freud spricht von Triebziel (Entladung aufgetauter sexueller Spannungen) und Triebobjekt (dem Partner). Wird die Psyche miteinbezogen, beispielsweise besondere seelische Eigenschaften, bestimmte Charakterzüge, das Verhalten und die Emotionalität, so regt dies zur Verliebtheit an. Es handelt sich hierbei um eine erotische Einstellung zum Partner. Diese verschafft Freude und ist intentional. Der dreidimensionale Bezug, welcher auch die Einzigartigkeit und Einmaligkeit des Partners sieht, lässt echte, wahre Liebe entstehen und bietet Glück. Diese Liebe dringt bis zur personalen Struktur des anderen vor. Geistiges be-*greift* somit Geistiges. Der Mensch liebt nicht etwas *am* Partner, sondern ihn selbst. Das Geistige drückt sich im Seelischen und Körperlichen aus. In der folgenden Abbildung zeigt Lukas (1989), eine bedeutende Schülerin von Frankl, den Unterschied zwischen den Sichtweisen von Freud und Frankl auf.

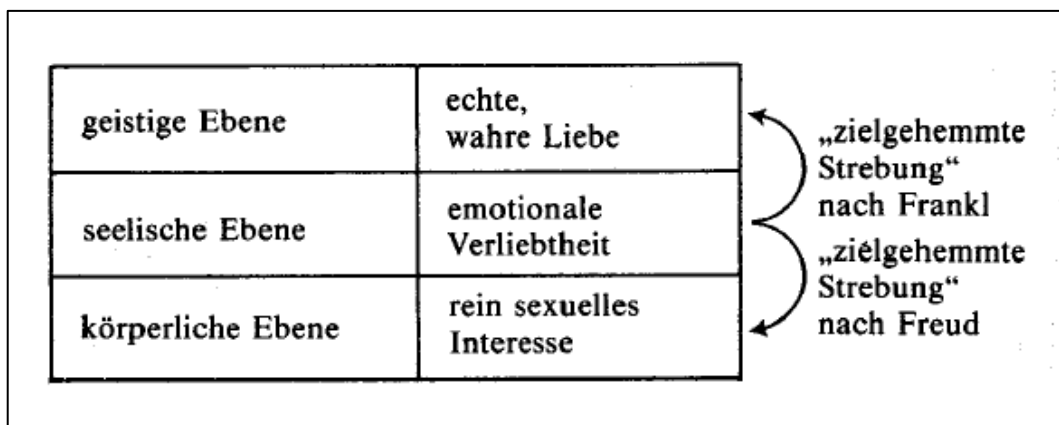


Abbildung 15: „zielgehemmte Strebung“ nach Freud und Frankl
(Lukas, 1989, S. 131)

Frankl (2005b) sieht in der menschlichen Sexualität mehr als bloße Sexualität, sondern Ausdruck, sogar Krönung der Liebe. Freuds Sublimierung sexueller Triebenergien ordnet der Autor in den Reduktionismus ein.

Die sexuelle Reifung spannt den Bogen vom Sexualdrang über den Sexualtrieb zum Sexualstreben. Ersteres kennt weder Triebziel noch Triebobjekt, wie Freud es bezeichnet. Der Sexualtrieb im engeren Sinn (2. Phase) zielt bereits auf den Geschlechtsverkehr ab, allerdings ohne echten Liebespartner. Die Erfüllung des Triebzieles wird beispielsweise durch Masturbation erreicht oder durch ein austauschbares Trieb-*objekt* (Terminologie von Freud). Erst in der dritten Reifungsstufe, dem Sexualstreben, richtet sich der Sexualtrieb auf eine bestimmte Person. Der geliebte Mensch wird nicht zum Objekt, sondern bleibt Subjekt. Nur eine liebesfähige Person kann Sexualität integrieren. Frankl (2005a) pflegt zu sagen: „... nur das Ich, das ein Du intendiert, kann das eigene Es integrieren“ (S. 183).

Buber, ein österreichisch-israelischer jüdischer Religionsphilosoph, bringt es 1983 mit folgenden Worten auf den Punkt: „Die Welt als Erfahrung gehört dem Grundwort Ich-Es zu. Das Grundwort Ich-Du stiftet die Welt der Beziehung“ (S. 12). Die Beziehung baut sich in drei Sphären auf, einerseits im Leben mit der Natur, im Leben mit den Menschen und im Leben mit den geistigen Wesenheiten. Diese Welten stehen in Verbindung mit den 3 Dimensionen im Menschenbild von Frankl. So verkörpert die Natur die physische Welt, das Leben mit den Menschen die psychische und jenes mit den geistigen Wesenheiten die noetische Welt. Man kann sie auch als Kosmos, Eros und Logos

benennen. „Wenn aber die vollkommene [sic] Begegnung geschehen soll, sind die Pforten vereinigt zum Einen [sic] Tor des Wirklichen [sic] Lebens, und du weißt nicht mehr, durch welche du eingetreten bist“ (S. 121).

Buber (2009) beschreibt den „flügelstarken“ (S. 181) Eros, als dialogisch, der den geliebten Menschen erkennt. Der Autor sagt wortgetreu: „Die zwei Getreuen des dialogischen Eros, die einander lieben, bekommen jeder das gemeinsame Ereignis auch vom andern aus, also von seinen beiden Seiten her, zu empfinden, und so erst, nun erst begreifen sie Ereignis körperhaft“ (S. 181). Da der dialogische Eros den geliebten Menschen in seiner Andersartigkeit, in seiner Selbständigkeit und seiner Selbstwirklichkeit sieht, schöpft er aus der Fülle.

Nur wer den andern Menschen selber meint und sich ihm zutut, empfängt in ihm die Welt. ... trägt mir die Strahlung der Ewigkeit zu. Nur wenn Zwei mit allem was sie sind zu einander sagen: »Du bist es!«, ist die Einwohnung des Seienden zwischen ihnen. (S. 183).

Im Gegensatz dazu schaut sich der „flügellahme“ (S. 181) Eros selbst in den Spiegel, spiegelt sich selbst und ist in die eigene Leidenschaft verliebt.

Findet die Begegnung von zwei Partnern auf der Stufe echter Liebe statt, impliziert sie eine Unaustauschbarkeit des Liebespartners und eine Dauerhaftigkeit der Beziehung. Dieser geistige Akt ist Voraussetzung für die körperlich-seelische Vereinigung. Sollte der sexuelle Verkehr aber beispielsweise aus Gesundheitsgründen nicht mehr möglich sein, bleibt die Voraussetzung trotzdem bestehen. Lukas (1989) betont „... die Liebe als ein Akt geistiger Intentionalität und Koexistenz wird von körperlichen Behinderungen nicht tangiert“ (S. 137). Liebe bewegt sich auf der Seins-Ebene und nicht am Horizont des Habens und Habenwollens. Als Besitz wäre sie austauschbar, kaufbar, kann sie verloren gehen oder sogar auch verkauft werden.

Liebe ist Teil der Selbsttranszendenz menschlicher Existenz. Diese schließt auch den „Willen zum Sinn“, ein mehrfach empirisch validiertes motivationstheoretisches Konzept, mit ein. Nicht nur Frankl (2005b) nennt diesen. Maslow hält den Willen zum Sinn für das primäre Motiv des menschlichen Verhaltens. Breitet sich ein Sinnlosigkeitsgefühl aus und stellt sich ein Leeregefühl ein, kann in dieses existenzielle Vakuum die sexuelle

Libido hineinwuchern. Somit kommt es zu einer sexuellen Inflation, welche die Sexualität entwertet, also entmenschlicht. Eibl-Eibesfeldt warnt davor, dass sexuelle Beziehungen ihren individuellen Charakter verlieren, denn dies würde „den Tod der Liebe bedeuten“ (S. 48). Sexualität sollte vielmehr – auch um den sexuellen Genuss zu optimieren – in der Liebe verankert bleiben. Bei einer Befragung der amerikanischen Zeitschrift „Psychology Today“ hat die Mehrheit der 20 000 Antworten den Inhalt, dass die Liebe am meisten zu Potenz und zum Orgasmus beiträgt. Umgekehrt wird beobachtet, dass Impotenz und Frigidität auftauchen, wenn die Lust im Mittelpunkt steht. Außerdem kommt es häufig zu Störungen, wenn ein Leistungsdenken dahintersteckt. In diesem Fall meint der Mensch, dass Sexualität von ihm erwartet, sogar gefordert wird. Bleibt hingegen der Partner das Subjekt (nicht: Objekt der Begierde), stellt sich – nicht erzwungen – mehr Lust ein. Wenn es an der Qualität der Liebe mangelt, versucht der Mensch dies durch gesteigerten Sexualgenuss zu kompensieren.

2.10. Salutogenese

Der Begriff Salutogenese setzt sich aus den beiden lateinischen Wörtern salus und genese zusammen und bedeutet Gesundheitsentstehung. Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923-1994), welcher auch von Viktor Frankl beeinflusst wurde, entwickelte das Modell der Salutogenese und das Konzept des Kohärenzgefühls (Antonovsky, 1997).

Im Modell der Salutogenese geht der Autor der Frage nach, was den Menschen gesund erhält. Die Salutogenese steht mit der Pathogenese, welche die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten bezeichnet, in einer komplementären Beziehung. So ist es beispielsweise unerlässlich, die Prävention und Therapie von Krebs fortzusetzen. Gleichzeitig soll aber salutogenetisches Denken Energien für Coping-Strategien freisetzen.

Der Mensch ist sein Leben lang gefordert, den krankmachenden Bedingungen Stand zu halten. Dies gelingt durch

- den sense of coherence [SOC], auch Kohärenzgefühl genannt,

- den Umgang mit Stressoren aufgrund unterschiedlicher körperlicher, sozialer und seelischer Anforderungen
- sowie den generalisierten Widerstandsressourcen zur Bewältigung von Spannungszuständen (Idem).

Der Medizinsoziologe betont, dass das SOC ausschlaggebend für die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und für das Zubewegen auf den gesunden Pol ist.

Die drei zentralen Komponenten sind dabei

- die Verstehbarkeit (Erklärbarkeit der Situation),
- die Handhabbarkeit (eigene Ressourcen, um den Anforderungen zu begegnen)
- und die Bedeutsamkeit. Die Bedeutsamkeit, also wie sehr man das Leben als sinnvoll empfindet, nimmt dabei eine besonders wichtige Rolle ein.

Das SOC ist somit „eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat“ (S. 36), dass die Situationen strukturiert, erklärbar und vorhersehbar sind, man diesen mit den eigenen Ressourcen begegnen kann und sich diese Herausforderungen lohnen.

3. Empirischer Teil

Im folgenden Kapitel wird die Forschungslücke und in weiterer Folge die Fragestellung dargestellt. Die Fallvignetten werden beschrieben sowie die empirische Vorgehensweise auch in ihrer Theorie erklärt. Anhand eines Kodierleitfadens wurden die Interviews der Betroffenen ausgewertet. Schlussendlich wurden diese durch die Hinweise der Expertin ergänzt.

3.1. Forschungslücke sowie Entwicklung der Fragestellung und Hypothesen

Ausgangspunkt der Fragestellung war die Beobachtung, dass die Lebensqualität der Betroffenen einen massiven Einbruch durch diese Erkrankung erleidet. Schlussendlich wird durch die Mitteilung des Befundes „ein Sturz aus der Wirklichkeit“ (Gerdes, 1984; zitiert nach Zettl, 2016a, S. 178) ausgelöst. So kreisen zu Beginn wohl die Gedanken in erster Linie um das Überleben. Nicht um das Wie, sondern um das Ob und das Wie lange.

Sehr zentral ist auch das Thema der Verunstaltung des Körpers durch das Stoma, weniger, dass es Leben ermöglicht. Der Begriff Lebensqualität impliziert für die Betroffenen in diesem Moment nicht Gedanken an Urlaub und Genusswerte, sondern existenzielle Sorgen und Nöte. Plötzlich stellen sich Fragen zur Alltagsbewältigung. Soziale Beziehungen, insbesondere zum Partner können eine Herausforderung werden. Was ist beruflich noch möglich oder häufiger die Kehrseite der Medaille, was ist nicht mehr möglich? Wie kann der Betroffene mit eventuellen finanziellen Einschränkungen zurechtkommen? Zudem können psychologische Faktoren und Leiden wie die Krankheitsverarbeitung, Stress, Dysthymie, Depression, Anpassungsstörung, Angst, Wut und Schuldgefühle die Lebensqualität einschränken.

Bald wurde klar, dass die Fragestellung eingegrenzt werden muss. Da Sexualität eine wichtige Ressource für ein bewusstes und erfülltes Leben sowie ein positives Lebensgefühl darstellt, war der Fokus bald gefunden. Sexuelle Gesundheit wirkt sich außerdem positiv auf den Therapie- und Krankheitsverlauf aus. Es werden Endorphine freigesetzt. Diese reduzieren Schmerzen, sorgen für emotionale und physische

Entspannung und helfen auch, mit Angst und Verwirrung umzugehen (Egger, 2017).

Gleichzeitig stellt bei Fachkräften Sexualität häufig einen tabuisierten Bereich dar. Die WHO bringt im Jahr 2000 das Thema auf den Punkt: „Sexuelle Gesundheit ist Teil der Gesamtgesundheit und sollte Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit sein“ (Bragagna, 2016, Folie 2). Die Autorin führte in den Jahren 2009 bis 2016 eine Befragung an 422 Fortbildungsteilnehmern durch. Das Ergebnis war, dass nicht in erster Linie der Zeitmangel, sondern Wissensdefizite die Ärzte vom sexualmedizinischen Gespräch abhalten.

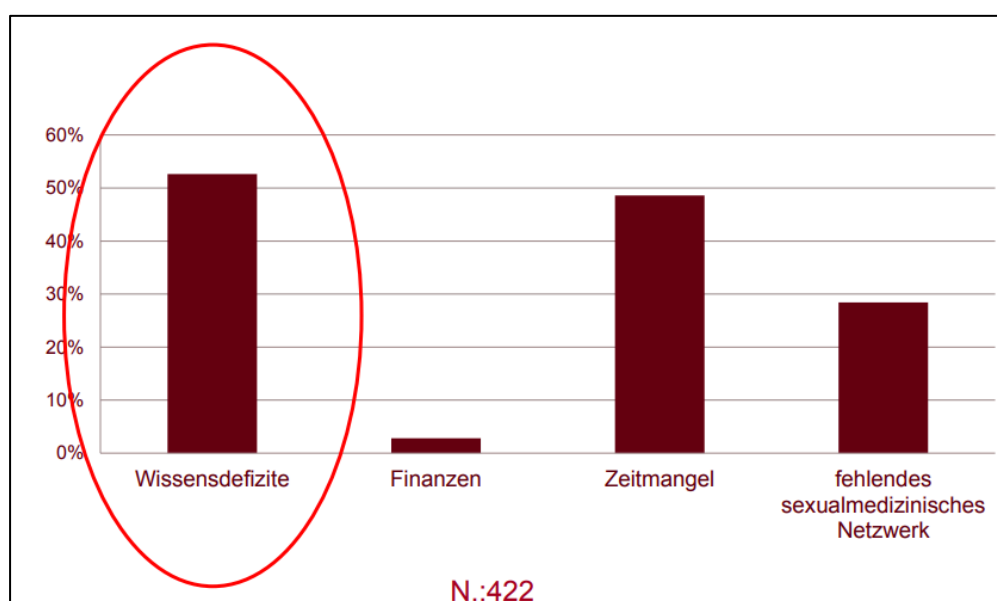


Abbildung 16: Was hält Ärzte von einem sexualmedizinischen Gespräch ab? (Bragagna, 2016, Folie 39)

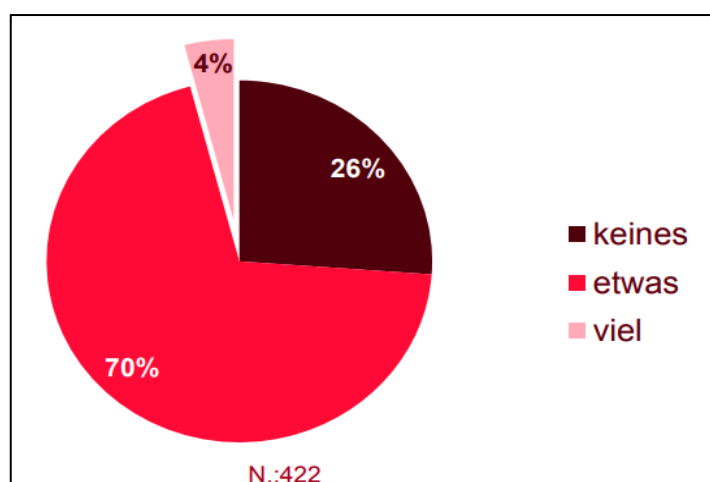


Abbildung 17: Besitzen Sie sexualmedizinisches Wissen? (Bragagna, 2016, Folie 40)

Egger (2017) bestätigt, dass sich Ärzte und Pflegepersonen häufig scheuen, über sexuelle Gesundheit zu sprechen. Ausgebildete Sexologen haben zwar diesbezüglich keine Berührungängste, schrecken hingegen vor dem Thema Krebs zurück.

Den Betroffenen selbst fehlt meist der Mut, das Thema offen anzusprechen. Und kommt dann doch einmal die Frage des Patienten mit Stoma bei der Abschlussvisite: „Und wie ist es jetzt mit dem Sex?“ kehrt betretenes Schweigen ein. Im Krankenhaus wird dieses Thema oft mit Erschrecken wahrgenommen. Die Ärzte der damaligen Visite verwiesen an die anwesende Fachschwester für Kontinenz- und Stomaberatung Signer, welche sich zur diplomierten Sexualberaterin und Sexualpädagogin weitergebildet hat und mit dem notwendigen Feingefühl auf solche Fragen eingeht (Vergleiche dazu Kapitel 9.2., S. xxvi).

Reisman, ein Urologe und President Elect der Europäischen Gesellschaft für Sexualmedizin fasst die Patientenwünsche auf professionelle Hilfe wie folgt zusammen:

- Physische Veränderungen durch die Therapie
- Information zu Veränderungen des Körpers während der Therapie: Haarverlust, Unfruchtbarkeit und verminderte Spermienzahl, sexuelle Dysfunktion, Verlust der Libido, Wiederaufnahme der sexuellen Aktivität, frühe Menopause
- Einfluss von Fatigue auf die Sexualität
- Vorbereitung auf den Verlust einer Brust, Umgang mit sexuellen Wünschen, Veränderung der Emotionen über sich selbst und andere, Sorgen über Partner/Beziehung, Selbstachtung
- Empfehlung von (Selbsthilfe-)Programmen zu sexueller Gesundheit und Literatur (Egger, 2017, S. 6)

Sexualität kann – selbst noch im palliativen Stadium – für manche Patienten und/oder deren Partner eine hohe Priorität haben. Wenn das Thema von dem Betroffenen nicht angesprochen wird, bedeutet dies noch lange nicht, dass es für ihn nicht bedeutsam sei. „Sexualität sollte daher so lange als wichtig eingestuft werden, bis der Patient das Gegenteil behauptet“ (Idem, 2017, S. 6).

In der geschützten Atmosphäre der Psychotherapie und unter der Bedingung einer guten therapeutischen Beziehung kann dieses Thema aufgegriffen werden. Reichen hier das Spezialwissen zur sexuellen Gesundheit und ein Feingefühl? Oder kann auch Frankls Existenzanalyse und Logotherapie zur Lebensqualitätssteigerung im Bereich der Sexualität beitragen?

Die konkrete Forschungsfrage lautet demnach:

Welche existenzanalytischen und salutogenetischen Ansätze finden sich bei Menschen mit Stoma nach Darmkrebs in Bezug auf ihre Sexualität? Wie lässt sich daraus ein logotherapeutisches Konzept ableiten?

Nach ausgiebiger Literaturrecherche entwickelten sich bereits eine Vielzahl an Hypothesen bezüglich einer „neuen“ sexuellen Gesundheit nach der Tumorerkrankung. Zum Zwecke der Offenheit der empirischen Erfassung wurde aber auf die Auswahl und Ausformulierung von Hypothesen verzichtet. Um keine wichtigen Aspekte zu übersehen, sollte die Datenerhebung die konkreten Hypothesen generieren.

3.2. Beschreibung der Stichprobe/Fallvignetten

Die Zielgruppe wurde auf Menschen mit dauerhaftem Stoma nach kolorektalem Karzinom im deutschsprachigen Raum eingeschränkt. Anfänglich haben sich auch Patienten mit temporären Stoma zu einem Interview bereit erklärt. Doch da in der Zeit der Diagnose, Operation und weiterführenden Behandlung häufig das sexuelle Interesse ruht, wurden hier wenig verwertbare Erkenntnisse erwartet. Um die geschlechtsspezifischen Unterschiede herauszuarbeiten, wurden ein Mann und eine Frau ausgewählt.

Um die beiden Betroffenen zu schützen, wurden fiktive Namen eingesetzt, identifizierbare Details weggelassen oder Pseudonyme verwendet und Zahlenangaben relativiert.

3.2.1. Fall Karin

Karin ist eine verheiratete Frau im 5. Lebensjahrzehnt. Sie lebt mit ihren Kindern und dem berufstätigen Ehemann in Wels. Vor ihrer Erkrankung war sie in ihrem beruflichen

Alltag sehr eingespannt. Auch in der Freizeit jagte ein Termin den anderen. Vor mittlerweile sechs Jahren (2011) glaubte sie, an einem Hämorrhoidalleiden erkrankt zu sein. Die Diagnose war allerdings ein tiefsitzendes Rektumkarzinom. Aufgrund des sehr ausgedehnten Tumorwachstums dauerte die Therapie ein ganzes Jahr. Diese umfasste Strahlen- und Chemotherapie vor der Operation sowie Chemotherapie danach. Schlussendlich war sie so kraftlos, dass sie nicht mehr fähig war „... zu gehen, vor lauter Schmerzen. Weil der Körper so schwach war nach Strahlentherapie und Chemo“ (S. 5). Mit Akupunktur und „allem, was mir gut tut“ (S. 5), hat sie sich von einer Therapie zur nächsten hinübergerettet. Auch von medizinischer Seite wurde sie mit „sündteuren Spritzen“ (S. 6) – so die Betroffene – aufgebaut, um den Chemotherapiezyklus abschließen zu können. Zahlreiche Komplikationen wie beispielsweise eine Vaginalfistel mussten auch noch überwunden werden. Ein permanentes Kolostoma wurde im Rahmen der Operation im Dezember angelegt.

Nach dem Therapiejahr bezog sie zwei Jahre Invaliditätspension. Sie nutzte die Zeit sehr für ihre psychische Gesundheit und wurde auch Mitglied der örtlichen Selbsthilfegruppe nach Darmkrebs. Danach wechselte sie freiwillig ihre Arbeitsstelle. Derzeit übt sie eine Teilzeittätigkeit aus und setzt weiterhin neue Prioritäten in ihrem Leben.

Anfänglich nutzte sie die Irrigation (Darmspülung, um eine 24- bis 48-stündige stuhlgangfreie Zeit zu erreichen). Doch nach einem Vaginalpilz und dem Wunsch, „es als solches, als Ganzes anzunehmen“ (S. 20), verzichtet sie jetzt auf diese Möglichkeit. Somit trägt sie immer die Stomaversorgung an ihrer „Rosa“ (S. 20), wie sie den künstlichen Darmausgang liebevoll bezeichnet. Gleichzeitig führt sie ständig „Safety-Bags“ (S. 20, Karins Begriff für die Reservebeutel) in einem Tascherl der Luxusklasse mit sich. Durch lockere, legere Kleidung kaschiert sie das Tragen der Stomaversorgung gut.

3.2.2. Fall Werner

Werner ist circa 55 Jahre alt und lebt in einer Wohnung in Marktl (Bayern). Er traf 2015 auf seine jetzige Lebensgefährtin Otilie, welche im medizinischen Bereich tätig ist und selbst bereits eine Krebserkrankung durchgestanden hat. Er berichtet von einer

schwerwiegenden Gelenksoperation, welche ihm noch heute Probleme mache. Nach der notwendigen Reha veranlasste seine Partnerin eine Koloskopie, da Werner an Stuhlproblemen und unerklärbaren Durchfällen litt. Dabei wurde im ersten Halbjahr 2016 ein vier Zentimeter großer Tumor am Schließmuskel festgestellt. Es folgten acht Wochen Chemotherapie und Bestrahlung. Die Radiotherapie machte ihm besonders zu schaffen. Im gesamten Analbereich hatte er Blasen. Ende desselben Jahres erforderte die abdomino-perineale Rektumamputation ein permanentes Kolostoma. Im Jänner 2017 fand die abschließende Chemotherapie statt.

Seit März geht es langsam, sehr langsam aufwärts. Ausschlaggebend dafür war das Abschlussgespräch mit der Ärztin. Werner: „Da haben wir durchgeschnauft. Wo er nicht gestreut hat. Wo sie sagt, dass zu 96 oder 97 % er nicht mehr vorkommen soll“ (S. 8).

Die zeitliche Überschneidung beider Erkrankungen brachte aus versicherungstechnischer Sicht große Nachteile mit sich. Die Rentensituation und die finanziellen Engpässe, die seine gesundheitlichen Probleme mit sich brachten, belasten ihn weiterhin.

3.2.3. Expertin Martina Signer

Frau Signer arbeitet als Kontinenz- und Stomaberaterin sowie diplomierte Sexualberaterin und Sexualpädagogin am Ordensklinikum Linz, Barmherzige Schwestern. Von 1978 bis 1981 besuchte sie die Krankenpflegeausbildung am AKH Linz. Vor mehr als 25 Jahren wurde sie vom leitenden Chirurgen des Hauses gefragt, ob sie die Stomabetreuung übernehmen möchte. 1995 absolvierte Signer die Sonderausbildung zur Fachschwester für Kontinenz- und Stomaberatung in Innsbruck.

Sie erzählt im Interview am 24.11.2017:

... und habe sehr früh gemerkt, dass man mit der Arbeit im Intimbereich auch immer sehr nahe am Thema Sexualität ist. Ich hatte dann die Chance, einmal bei einer Ausbildung teilzunehmen, wo aus jedem europäischen Land eine Stomatherapeutin nach London zu einem Workshop zum Thema „Further sexual helping skills“ für Stomapatienten fahren durfte. (Vergleiche dazu Kapitel 9.2., S. xiv)

Die Expertin gab in weiterer Folge die Leitung der Akutambulanz im Haus ab. Seit 2003 ist sie mit einer Vollstelle für Kontinenz- und Stomaberatung betraut. Von 2002 bis 2004 durfte Signer die Ausbildung zur Dipl. Sexualberaterin und Sexualpädagogin bei Prof. Dr. Rotraud Perner absolvieren. Es folgte noch eine sexualmedizinische Grundausbildung an der Akademie für Sexuelle Gesundheit in Wien (Dr. Elia Bragagna) im Jahr 2013. Mit diesem umfassenden Handwerkszeug begleitet sie nun weiterhin Menschen in ihren Anliegen und Sorgen, „... insbesondere, wenn sie so ein einschneidendes Ereignis erleben, wie das eben bei der Stomaanlage ist. Es geht dabei um den Verlust eines oder mehrerer Organe bzw. einer Organ- und Körperfunktion und es kommt vor allem zu einer nachhaltigen Körperbildveränderung“ (Vergleiche dazu Kapitel 9.2., S. xv).

3.3. Methodisches Vorgehen

„Die Auswahl von Untersuchungsplan und Techniken der Erhebung, Aufbereitung und Auswertung, die Zusammenstellung des konkreten Analyseinstrumentariums also muss auf den Gegenstand und die Fragestellung der Untersuchung bezogen sein“ (Mayring, 2016, S. 133).

Der Autor beschreibt, dass durch das Fehlen einer gewissen Stichprobengröße und eines tragfähigen Wissenstandes zur Vorbereitung der Messinstrumente eine quantitative Forschung unmöglich ist. Vielmehr sprechen eine kleine Fallzahl, individuelle Krankheits- und Genesungsverläufe sowie individuelle Beziehungsstrukturen und -gestaltungsarten für einen qualitativen Forschungsansatz. Hier handelt es sich um einen sehr sensiblen Forschungsgegenstand, denn es werden die traumatisierenden Erfahrungen durch die Krebserkrankung und die Stomaanlage, die erschöpften Ressourcen sowie die sensible Beziehungsgestaltung erneut berührt.

Die umfangreiche Recherche zeigte, dass es sich hier um einen bisher wenig betrachteten Gegenstand handelt. Antonovsky (1997) unterstreicht die Wichtigkeit, bei der Erfassung von Bewältigungsprozessen, offene Fragen zu stellen und den Betroffenen wirklich zuzuhören. So können durch ein exploratives Arbeiten Hypothesen generiert und salutogenetische Prozesse erklärt werden, um Daten zur Gewinnung von Hypothesen zu erhalten.

3.3.1. Einzelfallanalyse/Offenes Leitfadenterview

Mit der qualitativen Forschung kann der Objektbereich (Mensch) in seinem konkreten Kontext und seiner Individualität gesehen und verstanden werden. Die Komplexität des ganzen Falles, die Zusammenhänge der Funktions- und Lebensbereiche in der Ganzheit der Person sowie des historischen und lebensgeschichtlichen Hintergrundes werden in der Einzelfallanalyse betont. Mit diesem Untersuchungsdesign wird Raum für die persönliche Begegnung und Platz für die eigene Sicht der Dinge geschaffen. Außerdem sollen relevante Einflussfaktoren gefunden und Zusammenhänge interpretiert werden (Mayring, 2016).

Als Erhebungsinstrument eignet sich dabei das offene Leitfadenterview, ein teilstandardisiertes Interview, da es sich um eine relativ eng begrenzte Fragestellung handelt. Im Ablauf folgt auf das Allgemeine das Spezifische. Das bedeutet, dass am Beginn eine möglichst offene Frage gestellt wird (Kriterium der Offenheit). Daran schließt sich spezifischeres Nachfragen an (Kriterium der Spezifität). Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) sehen es zwar als wichtig, dass alle interessanten Sachverhalte angesprochen werden, aber die oben genannte Ordnung ist der Relevanzstruktur des Interviewten nachgeordnet. Das heißt, dass mit dem Leitfaden während des Gespräches flexibel umzugehen ist. „Der Leitfaden dient dem Interview und nicht das Interview dem Leitfaden“ (S. 130). Das rigide Festhalten an den geplanten Fragen würde einen Interviewfehler, einen Effekt einer „Leitfadenbürokratie“ (S. 130) darstellen. Aufgrund der Antworten erhält der Interviewer Hinweise auf weitere bedeutungsvolle Aspekte (Kriterium der Relevanz). Prinzipiell sollen Fragen gestellt werden, welche auch das Kriterium der Kontextualität erfüllen, also Sachverhalte in ihrer situativen Einbettung darstellen lassen. Es bietet sich am Ende des Interviews an, die explizite Bewertung, die Gesamteinschätzung der Situation oder beispielsweise subjektive Theorien des Betroffenen zu explorieren. Dies kann auch durch Provokation mit kontroversen Positionen, Metaphern oder Zitaten erfolgen. Im gesamten Gespräch hat der Interviewer einen steuernden Einfluss. Er soll dabei eigene Deutungen und Erzählungen unterdrücken.

3.3.2. Experteninterview

Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) verwenden den Begriff Experte hier für Personen, „die – soziologisch gesprochen – über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und diese Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen. Das verbindet sich in modernen Gesellschaften häufig mit Berufsrollen, ...“ (S. 119). Das Expertenwissen kann dabei einerseits das spezialisierte Wissen und andererseits die Deutung aufgrund des Status darstellen. Sie bestimmen damit im hohen Maße das Bild über bestimmte Sachverhalte in der Gesellschaft.

In dieser Arbeit wird das Expertenwissen als Kontextwissen bereitgestellt. Die Untersuchung zielt primär auf die Stomaträger ab. Der Experte liefert Zusatzinformationen für diese Forschung. Die Autoren sehen auch den Interviewer selbst in einer Expertenrolle, wenngleich auf einem anderen Gebiet. Ein fachlich kompetentes Kommunizieren auf gleicher Augenhöhe soll angestrebt werden. Der Interviewer gibt dem Experten im Vorfeld einen gewissen Einblick in sein Fachwissen und macht gleichzeitig den Bedarf an den besonderen Einsichten des Experten deutlich. So entsteht eine gelungene Mischung von Kompetenz und Wissensbedarf. Keinesfalls sollen dabei Theorien oder Vermutungen geäußert werden. Vielmehr geht es darum, den Experten zu motivieren, dem Forscher an seinem speziellen Wissensfundus partizipieren zu lassen, welcher nicht mit der Literatur identisch ist.

Nach der Selbstpräsentation des Experten soll dieser aufgefordert werden, auf eine offene Frage beschreibend zu antworten. Durch immanentes Nachfragen wird dieser auf interessante Sachverhalte im Detail eingehen und/oder einen typischen oder untypischen Fall schildern. Auf diesem Weg kommt der praktische Charakter des Kontextwissens zutage. Durch exmanentes Nachfragen fordert man zur spezifischen Sachverhaltsdarstellung auf bzw. werden Themen angeschnitten, die im Interview bislang nicht berührt wurden, aber für das Forschungsinteresse von Bedeutung sind. Auch hier soll der Interviewpartner stimuliert werden, etwas von seiner Erfahrung preiszugeben. Der letzte Teil des Interviews bezieht sich auf Theoretisierung und Generierung von Deutungswissen, also Einschätzungen, Folgerungen, Diagnosen und Prognosen.

3.3.3. Interview-Leitfaden

Es wurde ein Leitfaden erstellt, der sich durch das Thema und die Fragestellung zieht und gleichzeitig ein offenes und breites Abfragen ermöglicht. Zuerst wurden Fragenbereiche für die Betroffenen gesucht. Einerseits sollte der Einstieg so gewählt werden, dass man „nicht mit der Tür ins Haus fällt“, andererseits eine Langatmigkeit vermieden werden. Der Bogen wurde von den allgemeinen Veränderungen über das jetzige Körperbild zur Partnerschaft und Sexualität gespannt. Die abschließende Frage, die das logotherapeutische Interesse wohl nicht überraschen wird, bezieht sich auf die Selbsttranszendenz.

An diesen Leitfaden wurden anschließend die Sachfragen an die Expertin angepasst.

Der Leitfaden selbst ist im Anhang Kapitel 9.1. nachzulesen.

3.3.4. Ablauf und Reflexion des Interviews

Durch die berufliche Tätigkeit sowie durch den Besuch der Tagung des Oberösterreichischen Landesverbandes für Psychotherapie [OÖLP] zum Thema Multidisziplinäres Arbeiten im Oktober 2017 konnten die Kontaktdaten der beiden Betroffenen gewonnen werden. Nach einem Telefonat über das Anliegen folgten per Mail diverse Informationen wie beispielsweise zum Thema, zur Forschungsfrage, zur Verschwiegenheitspflicht und zur Anonymisierung der Daten. So wurden am Tag des Interviews diese Ausführungen nur noch kurzgehalten. Termin und Ort wurden telefonisch vereinbart. Einmal war es eine ruhige Ecke im Kaffeehaus und einmal das Wohnzimmer im Eigenheim. Es entstand rasch eine gute Vertrauensbasis, sodass auch das sensible Thema Sexualität besprochen werden konnte.

Eine Herausforderung für beide Interviewpartner stellte das Zeichnen der Lebenslinie dar. Mayring (2016) empfiehlt, die Forschungssubjekte selbst zur eigenen grafischen Darstellung anzuregen. Sie sollten nach Vorgabe der interessanten Lebensjahre auf der Zeitachse, welche sich im Interview herausstellten, Hoch- und Tiefpunkte ihres Lebens einzeichnen. Nach Hilfestellungen und genauen Erklärungen gelang es, biografische Daten zu erhärten.

Im Rahmen der Literaturrecherche im Internet tauchte der Name der gewählten Expertin auf. Es folgte eine telefonische Kontaktaufnahme, bei der einerseits das Forschungsinteresse erläutert wurde. Andererseits gab Frau Signer auch die Information weiter, dass sie in Kürze einen Workshop im Rahmen der 27. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreichs [MKÖ] abhalten würde. Dort wurde der erste persönliche Kontakt geschlossen und später ein Termin für das Interview vereinbart.

Die Gespräche wurden – nach Zustimmung der Interviewpartner – mittels Smartphone aufgezeichnet. Sie dauerten zwischen 25 und 45 Minuten. Von allen Interviewpartnern wurde das Angebot des Zur-Verfügung-Stellens der fertigen Master Thesis gerne angenommen. Gleichmaßen stellt dies eine Möglichkeit des Dankes dar, sich für das Interview Zeit zu nehmen und über diesen sensiblen Bereich zu reflektieren.

Alle Interviews verliefen in einer sehr entspannten und wohlwollenden Atmosphäre. Mit dem Leitfaden fiel es leicht, offene Fragen zu stellen und am Thema zu bleiben. Vor der letzten Überarbeitung des Empirie-Teiles bekamen die Interviewpartner den Entwurf zu lesen, um diesen gegebenenfalls zu korrigieren. Von zwei der drei Interviewten bekam ich ein Feedback, von einer davon Vorschläge einer geringfügigen Änderung.

3.3.5. Transkription

Bei dieser Forschungsfrage kommt es nicht auf sprachliche Eigenheiten und Feinheiten an, sondern auf die Gesprächsinhalte. Somit wurde der Dialekt in Schriftsprache umgeschrieben, jedoch der Stil nicht geglättet. Es wurden also keine Satzstellungen verändert und keine Wortwiederholungen ausgelassen. Spezifische Mundartbegriffe und Pausenfüller wurden in die Transkription aufgenommen. Pausen wurden mit „. .“ gekennzeichnet, unverständliche Wörter und Satzteile mit (???) versehen. Situative Besonderheiten wurden im Text durch Einfügungen in eckigen Klammern vermerkt.

Neben der Transkription erfolgte auch eine Kommentierung des Interviews, um die besonderen Eindrücke festzuhalten, sowie eine Fallzusammenfassung. Hier wurden die wichtigsten Eckpunkte und Lebensdaten erfasst, welche für die Arbeit anschließend anonymisiert wurden. Nach Mayring (2016) erfolgte in weiterer Folge eine

Fallstrukturierung, also eine Gliederung in Abhängigkeit der Fragen und Theorie sowie die Sortierung des Fallmaterials nach Kategorien. So konnten die einzelnen Fälle in einen größeren Zusammenhang eingeordnet werden.

3.3.6. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse wird häufig zur Aufbereitung bzw. Reduktion großer Textmengen eingesetzt. Mayring (2016) empfiehlt streng methodisch kontrolliert die Texte systematisch zu analysieren. Zuerst werden theoriegeleitete und auf das konkrete empirische Material bezogene Klassifizierungen entwickelt und so die wesentlichen Aspekte fixiert. Dabei wird auf eine induktive Kategorienbildung großer Wert gelegt. Im Analyseverlauf wird das passende Textmaterial diesen Überbegriffen zugeordnet. Erfüllt eine Aussage zwar die Definition, aber passt sie nicht zur induktiv gebildeten Kategorie, wird ein neuer Begriff induktiv formuliert. Nach rund der Hälfte des Materialdurchganges empfiehlt es sich, das Kategoriensystem zu prüfen. Gegebenenfalls muss – bei notwendigen Veränderungen – die Transkription nochmals von Anfang an bearbeitet werden. Die Kategorien können umgekehrt deduktiv aus vorbestehenden Theorien überprüft werden.

Der Autor beschreibt das Herausfiltern einer bestimmten Struktur als Ziel der strukturierenden Inhaltsanalyse. Dies geschieht beispielsweise in Form von formalen oder inhaltlichen Aspekten, bestimmten Typen oder einer Skalierung. Für die eindeutige Zuordnung des Textmaterials hat sich ein Verfahren in drei Schritten zur Erstellung eines Kodierleitfadens bewährt:

- Kategoriendefinition: explizite Definition für die Zuordnung
- Ankerbeispiele als Prototypen für die Kategorie
- Kodierregeln, um klare Abgrenzungen zwischen den Kategorien zu ermöglichen

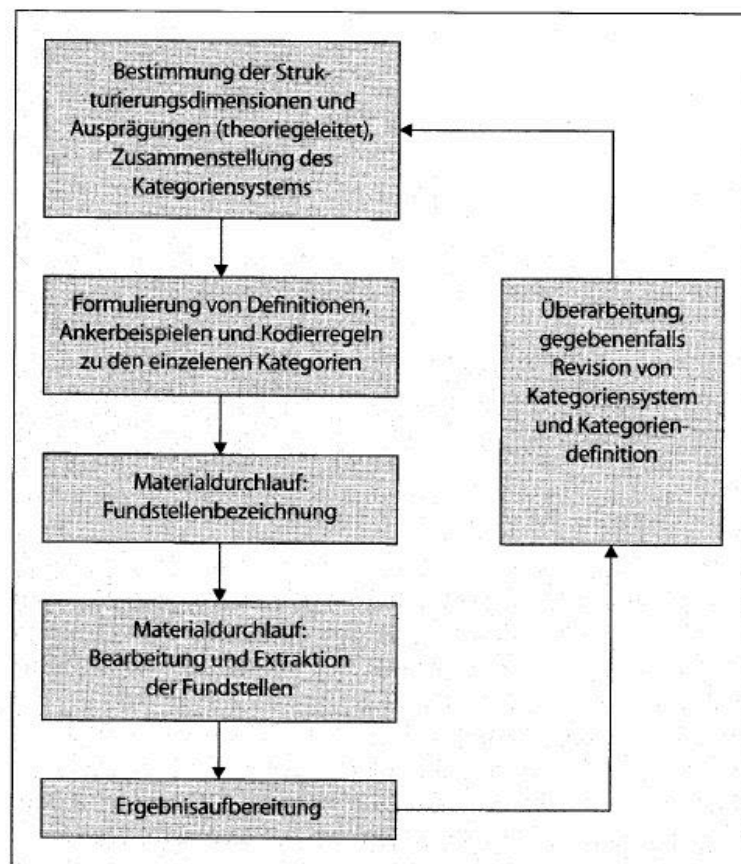


Abbildung 18: Ablaufmodell strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2016, S. 120)

Die qualitative Inhaltsanalyse weist klare Regeln auf. Dennoch ist sie sehr zeitaufwändig, da sämtliche Regeln zunächst formuliert und nach der Probeauswertung geprüft und überarbeitet werden müssen. Am Ende der Analyse hat man mehrere Kategorien mit zugeordneten spezifischen Textstellen. Diese kann dann entsprechend der Fragestellung und der dahinterliegenden Theorie interpretiert oder quantitativ ausgewertet werden (Idem). Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) sehen die qualitative Inhaltsanalyse in der inhaltlichen Klassifikation als hilfreich an.

3.4. Auswertung

Als Kategorien wurden die existenzanalytischen Themen

- Einstellungswerte
- Selbsttranszendenz und
- Sexualität als intentionaler Akt echter Liebe

definiert. Dazugehörige Textstellen wurden farblich hervorgehoben, teilweise auch in der

Transkription mit Anmerkungen versehen. In weiterer Folge wurde der Kodierleitfaden (Definition, Kodierregel, Ankerbeispiel) erstellt.

Bei der Interpretation nach den Kategorien wurden zur besseren Lesbarkeit nicht relevante Ausführungen und Formulierungshemmungen in den Interviewstellen ausgelassen.

3.4.1. Demografische Daten

Anzahl der Interviewpartner: 3: 2 Betroffene (Frau, Mann) und 1 Fachkraft

Alter der Interviewpartner: zwischen 45 und 55 Jahre

Zeit seit der Operation: 1 bis 6 Jahre

3.4.2. Kodierleitfaden

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Kategorien definiert, eine Kodierregel aufgestellt und mit einem Ankerbeispiel untermauert.

Kategorie: Einstellungswerte

Definition: Einstellungswerte sind die „Geistige Auseinandersetzung mit und Stellungnahme zu verschuldeten und/oder unverschuldeten Schicksalsschlägen (Verlusterlebnisse, Trennung, Krankheit, Tod), Glaubensfragen, Liebe, Ehe, Partnerschaft, Politik, Ideologien u.v.m.“ (Wagerer, 2001; S. 6).

Kodierregel: Textstellen im Interviewmaterial, welche auf einen Einstellungswert hinweisen, werden extrahiert.

Ankerbeispiel: „Vorher ist es besser gewesen, viel besser gewesen. Das ist auch eine Kopfsache – jetzt mit dem Stoma“ (Werner, S. 2).

Kategorie: Selbsttranszendenz

Definition:

Unter Selbsttranszendenz versteht V. Frankl den grundlegenden anthropologischen Tatbestand, daß [*sic*] Menschsein immer über sich selbst hinaus auf etwas verweist, das nicht wieder es selbst ist – auf etwas oder auf jemanden: auf einen Sinn, den da ein Mensch erfüllt, oder auf mitmenschliches Sein, dem er da begegnet. Und nur in dem Maße, in dem der

Mensch solcherart sich selbst transzendiert, verwirklicht er auch sich selbst: im Dienst an einer Sache – oder in der Liebe zu einer anderen Person. (Frankl, 2005b, S. 47)

Kodierregel: Textstellen im Interviewmaterial, welche auf die Selbsttranszendenz hinweisen, werden extrahiert.

Ankerbeispiel: „Ich habe dann auch begonnen, Meditationsabende selber zu geben“ (Karin, S. 9).

Kategorie: Sexualität als intentionaler Akt echter Liebe

Definition: Der Begründer der Logotherapie (2005a) spricht von Liebe als intentionalen Akt und in weiterer Folge erklärt Frankl (2005a): „*Echte Liebe an und für sich bedarf des Körperlichen weder zu ihrer Erweckung noch zu ihrer Erfüllung; aber sie bedient sich des Körperlichen in Hinsicht auf beide*“ (S. 187).

Kodierregel: Textstellen im Interviewmaterial, welche auf Sexualität als Ausdrucksmittel echter Liebe hinweisen, werden extrahiert.

Ankerbeispiel: „Lieben tun wir uns genauso wie vorher“ (Otilie, S. 9).

3.4.3. Interviews der Betroffenen

Um die Materialfülle der Interviews zu reduzieren und den wesentlichen Inhalt erfahrbar zu machen, wurden die beiden Gespräche zusammengefasst.

3.4.3.1. Zusammengefasstes Interview Karin

Die Tumorerkrankung ist für Karin ein Wendepunkt. Sie hat ihre Prioritäten, ihre Wertehierarchie verändert. Nicht der Lebensstandard steht jetzt im Mittelpunkt, sondern das Wohlbefinden von ihr und der Familie sowie die Freude am Leben. Deshalb wollte sie auch einiges abschließen, was ihr gut gelang. Sie setzte konkrete Schritte, schrieb ihre Geschichte auf, öffnete sich für mentale Methoden und richtete den Fokus nach vorne.

Dem kurzfristig aufkommenden Gefühl der Sinnlosigkeit ihres Lebens begegnete sie mit Kontakten zu anderen kranken Menschen, Lesen, Meditieren, Atemübungen, Massagen, Klangschalen, Yoga, Therapien und eigenen Ausbildungen im

psychologischen Bereich. Sie nahm Schritt für Schritt ihr Leben erneut aktiv in die Hand. Sie visualisierte immer wieder ihre Ziele. So konnte sie auch unrealistische Wünsche in die Tat umsetzen wie beispielsweise eine großartige sportliche Leistung in freier Natur. Dies gelang ihr trotz der massiven körperlichen Schwäche im Therapiejahr durch ihre mentale Stärke und die Unterstützung ihres Ehemannes. An diese Begebenheit denkt sie schwärmend zurück.

Wesentlich war für Karin auch, dass sie „Nein“ sagen lernte. So konnte sie sich mehr auf ihren Gesundheitsprozess konzentrieren. Zuerst waren der Körper und später die Seele an der Reihe. Doch jetzt fühlt sie sich eins – Körper, Geist und Seele seien heil.

Die Veränderung ihres Körpers war für Karin zu Beginn ein Schock. Doch sie hat rasch entsprechende Schritte gesetzt und kann sich jetzt ohne weiteres im Spiegel anschauen. Relativ rasch hat sie auch nackt – mit unverhülltem Stomabeutel – die Sauna besucht und an einer Yogagruppe teilgenommen. Wenn Sie gefragt wird, antwortet sie höflich und gerne bzw. erklärt den Yoga-Teilnehmern, dass sie ihre Darmgeräusche nicht beeinflussen kann. Berührungen ihres Körpers, Massagen, Klangschalen und körperliche Aktivitäten halfen ihr auf diesem Weg. Damals war ihr der Ehemann in Sachen Körperbild ein paar Schritte voraus. Doch jetzt liebt auch Karin – trotz des Stomas (ihrer „Rosa“) und den Veränderungen aufgrund des vorgezogenen Klimakteriums – ihren Körper.

Nicht so rasch konnte sie sich in sexueller Hinsicht fallen lassen. Ihr Mann und sie haben viel darüber gesprochen. Im Mittelpunkt stand dabei weniger die körperliche Veränderung. Zu Beginn war die Frage im Raum, ob sie dazu noch fähig ist. Später ängstigte sie sich wegen der möglichen bzw. immer wieder erlebten Schmerzen aufgrund der vaginalen Nebenwirkungen durch die Strahlentherapie und die operativen Narben. Lange konnte sie sich deshalb nicht fallen lassen. Mittlerweile genießen beide die körperliche Liebe. Im Gegensatz zur Zeit vor dem Krebs, ist sie weniger spontan. Jetzt fördern zärtliche Berührungen, Öle und Ähnliches das Genießen.

Im Gesamten sieht Karin, dass sie selbst das Meiste zu ihrer Persönlichkeitsentwicklung beigetragen hat. Ihr wohlwollendes Umfeld in der Familie, im Freundes- und

Bekanntenkreis, die fehlenden finanziellen Sorgen und Existenznöte sowie ihre Resilienz haben es ihr erleichtert, diesen/ihren Weg zu gehen. So konnte sie in sich hineinhorchen und den Sinn des Augenblickes erkennen.

3.4.3.2. Zusammengefasstes Interview Werner

Werner stützt sich sehr auf seine Lebensgefährtin, welche er kurz vor seinen beiden langwierigen Erkrankungen (degenerative Gelenkerkrankung, kolorektales Karzinom) kennengelernt hat. Die Schwere beider Leiden sowie deren Auswirkungen brachten ihn in eine Hyperreflexion. Die Rente bringt nicht nur finanzielle Einbußen mit sich, sondern nagt auch an seinem Selbstwert. Er wirkt depressiv, gleichzeitig sehr bemüht, mehr Lebensqualität zu gewinnen. Dies gelingt ihm unter anderem durch Gespräche mit anderen Kranken. Wenn er sich vergleicht, denkt er „Da hat man Schwein gehabt“ (Interview Werner, S. 14). Wichtig ist ihm auch, dass er seine Krankheit nicht verschweigt.

Er empfindet sein Leben vorher als „viel besser“ (Idem, S. 2). Seine Lebensgefährtin, welche sich auch am Interview aktiv beteiligt hat, sieht das Stoma als „saubere Sache“ (Idem, S. 3). Werner selbst kann sein neues Körperbild teilweise annehmen. Er habe sich damit abgefunden.

Der Arzt wies ihm im Vorgespräch zur Chemotherapie auf eine Pause in sexuellen Aktivitäten hin. Das Paar sieht dies allerdings derzeit noch als Ende und nicht als Unterbrechung. Erst nach dem Hinweis, dass Sexualität umfassender gesehen werden kann und nicht nur die geschlechtliche Vereinigung umfasst, wird ihnen bewusst, dass Zärtlichkeit, Nähe und Körperkontakt auch weiterhin eine wichtige Rolle in ihrer Beziehung spielt.

Die Erkrankungen haben ihre Partnerschaft intensiviert. Zu zweit werden sie das schaffen und sie denken daran, dass es vorwärts geht. Die Lebensgefährtin betrachtet die Gegenwart als neuen Lebensabschnitt, aus dem sie das Beste machen möchte. Das Stoma selbst ermöglicht erst diesen Schritt.

3.4.3.3. Kategorie Einstellungswerte

Die Interviewaussagen zum Thema Einstellungswerte wurden den Subkategorien Wert der sozialen Beziehungen, Netzwerk, finanzielle Sicherheit, Körperbild, Problemlösungsstrategie (allgemein), von Altem zu Neuem, mentale Stärke, Erkrankungen anderer, konkrete Wege der Bewältigung sowie Lebensqualität mit/ohne Stoma zugeordnet, sodann generalisiert und reduziert.

Person	S.	Zitat	Generalisation	Reduktion
		Wert der sozialen Beziehungen		
Karin	1-2	Es hat sich vieles verändert. Die Prioritäten, z. B. die Wertehierarchie hat sich verändert. Sie hat sich seit der Erkrankung auch schon wieder verändert, keine Frage. Also seit dem Gesundungsprozess: Es ist nicht mehr Erfolg wichtig, es ist nicht mehr wichtig „Nach-außen-hin“, sondern eher das ... die Familie ist wieder wichtig	Viel hat sich geändert. Z. B. gewinnt die Familie an Bedeutung.	Der Wert der Familie gewinnt an Bedeutung.
Karin	2	Also, wie gesagt, die Werte haben sich verändert, die Wertigkeit. Es ist jetzt nicht mehr wichtig, was nach außen hin ist. Nach außen hin erfolgreich zu sein, nach außen hin, das perfekte Paar zu sein, nach außen hin ... – der Schein. Wir haben nämlich sehr viel gearbeitet, mein Mann und ich, dass wir uns ja tolle Urlaube leisten können.	Es verliert an Bedeutung, welches Bild sich die Mitmenschen machen. Davor waren Urlaubserlebnisse besonders wichtig.	
		Netzwerk		
Karin	16	... mir geholfen hat. Die Familie, die da war. Es sind mehrere Komponenten.	Mehrere Komponenten einschl. die Familie helfen.	Das Netzwerk (Familie, Freunde, Partner, ...)

Karin	16	Ich habe die Möglichkeit bekommen, dass ich mir selber helfen kann, indem mir das Umfeld, in dem ich war, es mir ermöglicht hat.	Das Umfeld ermöglicht, dass man sich selbst helfen kann.	unterstützt sehr, sollte daher bewusst gemacht und dankbar angenommen werden. Ist es nicht gegeben, sind die Betroffenen zusätzlich ganz besonders gefordert.
Karin	17	Habe wirklich gute Freunde gehabt ... auch heute noch. ... Es war ein Netzwerk von Menschen rundherum und noch dazu habe ich neue Leute kennengelernt. Ich bin unterstützt worden. Ich glaube, dass das ganz viel ausmacht, wenn du ein Netzwerk hast ...	Bestehende und neue Freundschaften bilden ein wichtiges Netzwerk.	
Karin	17	Ich hatte auch das unterstützende Netz. Ich habe auch Netzwerke gesehen, die nicht unbedingt unterstützend waren.	Ein unterstützendes Netzwerk ist nicht obligatorisch vorhanden.	
Karin	17	Solche Worte [„Brauchst du die Bluse noch?“ hörte sie den Partner ihrer Bettnachbarin sagen.] machen schon sehr viel mit uns.	Verbales „Nicht-unterstützt-Werden“ erzielt eine große Wirkung.	
Otilie	11	Das ist alles nicht so einfach. Aber wir schaffen das – wir zwei.	Unterstützung durch den Partner unterstreichen.	
Werner	13	Wenn ich die Kraft nicht hinter mir hätte, dann hätte es auch ein bisschen anders ausgesehen.	Sich der Unterstützung bewusst werden.	

		Finanzielle Sicherheit		
Karin	16	Und da muss ich sagen, da war ich in der glücklichen Lage, dass ich ... Dass ich einfach gesagt habe, ich gebe das Geld jetzt alles aus, denn wenn ich nicht mehr lebe, bringt es mir auch nichts. Also, ich habe wirklich meine Abfertigung, die habe ich damals auch bekommen, ich habe gesagt, ich nehme die und investiere diese in mich. Ich investiere	Finanzielle Sicherheit schätzen, Geld in sich selbst investieren.	(Finanzielle) Sicherheit ist nicht obligatorisch. Fixkosten und Kinderbetreuung können Sorgen bereiten. Der Status Rentner muss verarbeitet werden.

		sie in mich und habe angefangen ...		Finanzielle Absicherung schafft Freiraum und kann in die eigene Person investiert werden.
Karin	17	... diese Absicherung. Ich glaube, dass das schon auch viel ausmacht. Und ich habe eben die Möglichkeit bekommen, dass ich mich wirklich nur um mich zu kümmern brauche.	[Finanzielle] Absicherung macht viel aus, schafft Freiraum.	
Karin	16	Also, ich habe diese Chance bekommen. Es gibt aber Menschen, die nicht die Chance bekommen, dass sie sich wirklich nur um sich selbst kümmern können. Also, die wissen nicht, wie sie mit ihren Kindern tun sollen. Die wissen nicht, wie sie die Miete zahlen können ...	Chancen wahrnehmen, auch wenn andere sie nicht haben. Sorgen können sich auf die Kosten der Miete oder auf die Kinderbetreuung beziehen.	
Werner	9	Ich bin jetzt Rentner. ... Das ist auch so eine Sache, mit der man klarkommen muss.	Der Einstufung als Rentner muss verarbeitet werden.	

		Körperbild		
Karin	11	Natürlich war das [Stoma] zu Beginn nicht toll, bis ich es angenommen habe.“	Körperbildveränderung ist zu Beginn schwierig anzunehmen.	Körperbildveränderung bedarf einer Annahme. Das Benennen mit einem Namen und Humor kann diese fördern.
Karin	20	Somit ist sie ihrer „Rosa“ [Name für ihr Stoma] ...	Körperbildveränderndem einen Namen geben.	
Karin	20	Ich habe jetzt den Hintern vorn und kann so auch darauf schauen.	Das Stoma als nach vorne verlagerten Hintern bezeichnen.	
Werner	3	Jetzt habe ich mich daran [an das Körperbild] gewöhnt. Ich habe mich halbwegs damit abgefunden und es ist okay – die Sache.	Gewöhnen an und Abfinden mit der Körperbildveränderung.	

		Handling mit Stoma		
Karin	10	Ich habe natürlich auch meine Bedenken gehabt. Wie gehe ich jetzt mit dem um? Aber ich habe mir einen Badeanzug gekauft. Und ich	Wenn das Kaschieren des Stomas unter einem Badeanzug unangenehm ist,	Auf ausreichende Stomaversorgung für

		habe mir gedacht: „Ich mag das überhaupt nicht. Ich mag diesen nassen Badeanzug gar nicht.“ Und wir waren dann auch in der Sauna. Da habe ich mir gedacht: „Okay, es kann jetzt sein, dass dich alle Leute anschauen.“ Und dann habe ich gedacht: „Is ma wurscht.“	kann man auch in der „Öffentlichkeit“ dazu stehen und es beispielsweise in der Sauna nicht bedecken.	unterwegs achten. Stoma kaschieren oder offen (unbedeckt) dazu stehen. Namensgebung der Stomabeutel, ... fördert einen lockeren Umgang.
Karin	7	Das nächste war dann, wie mache ich das mit dem Stoma. Ich habe die Safety-Bags – ich nenne sie immer Safety-Bags – überall eingesteckt gehabt.	[Zu Beginn] lieber zu viele Stomabeutel mitnehmen. Stomabeutel einen Namen geben.	
Karin	11	Seither ist es mir egal, wenn mich jemand mit dem Stomasackerl sieht.	Zum Stoma/ Stomabeutel stehen.	Sich selbst als Ganzes und das Stoma in physiologischer Weise annehmen.
Karin	20	Karin hat nun mit der Irrigation aufgehört. Sie will sich als Ganzes annehmen und den Darm physiologischer arbeiten lassen.	Das Stoma/Sich selbst als Ganzes annehmen und weitgehend Physiologisches anstreben, somit die Irrigation beenden.	Positiver Vergleich von Handling mit Stoma und Stuhlgangshygiene.
Karin	20	Für ihre „Safety-Bags“ [persönliche Bezeichnung für ihre Stoma-Beutel] hat sie sich ein Tascherl der Luxusklasse gekauft.	Stoma-Beutel durch einen Namen und einem exklusiven Tascherl einen positiven Touch verleihen.	
Otilie	3	Das ist für mich eigentlich eine saubere Sache. Man macht den Beutel weg und gibt den sauberen daran. Es ist das Gleiche, den Hintern putzt man ja auch ab.	Handling mit Stoma/ Beutelwechsel ist eine saubere Sache.	

		Problemlösungsstrategie (allgemein)		
Karin	3	Nein, es war ein Alptraum. Ich habe mich gefühlt wie „auf das Abstellgleis gestellt“. Mit meinen jungen Jahren, jetzt bist für nichts mehr zu gebrauchen.	Schwierige Situationen und Gefühle benennen, z. B. „auf das Abstellgleis gestellt“.	Schritt für Schritt an Probleme herangehen: einen Namen geben – Sichtweisen

Karin	3	... die Zeit zu sehen, als geschenkte Zeit. Ich habe das [die Invaliditätspension] am Anfang nicht als geschenkte Zeit gesehen	Sichtweisen ins Positive verändern, z. B. Invaliditätspension als geschenkte Zeit.	positiv adaptieren – Sinn suchen und finden – Entscheidungen treffen.
Karin	3	Momentan keinen Sinn gesehen. Ja, genau. Also keinen Sinn gesehen. Ich bin zwar gesund. Aber für mich selber keinen befriedigenden Sinn gesehen.	Sinn suchen.	
Karin	20	Sie stand vor der Wahl zwischen „Leben mit Stoma und Nicht-mehr-Leben“.	Entscheidungen treffen, z. B. zwischen „Leben mit Stoma und Nicht-mehr-Leben“.	

		Von Altem zu Neuem		
Karin	2	... es gibt für mich definitiv ein Leben vor und nach dem Krebs. Es war für mich wichtig, dann das abzuschließen. wie ich nicht mehr zurückgegangen bin, in die alte Arbeit. Ich hätte können, wollte aber nicht mehr.	Unterschiedlichkeiten im Leben vor und nach dem Krebs zeigen sich auch im Arbeitsplatzwechsel.	Man muss Altes (z. B. die Kindheit) sowie die Krankheit und die Therapie aufarbeiten und abschließen (z. B. alten Arbeitsplatz). Gesund-Klagen, ein gegenseitiger Austausch, ein Auseinandersetzen mit sich selbst, ... helfen in der Aufarbeitung. Ein optimistischer Blick nach vorne schützt vor depressiven Phasen. Das Stoma als lebensrettende
Karin	2	Jetzt möchte ich abschließen und jetzt mache ich etwas Neues daraus. Ich nehme mir Erfahrungen mit und jetzt mache ich mir etwas Neues daraus.	Erfahrungen ins Neue mitnehmen.	
Karin	4	Es war für mich total wichtig, mich mit mir selbst zu beschäftigen, mich mit mir selbst auseinanderzusetzen, alles aufzuarbeiten. Es war für mich ganz wichtig, alles aufzuarbeiten, was war – während der Chemotherapie, während der Erkrankung, was vorher war. Ja, so hat eins das andere ergeben.	Aufarbeitung des Vergangenen/ Erlebten vor und während der Erkrankung, im Speziellen während der Therapie ist notwendig.	

Karin	9-10	Es ist gut so, dass ich nicht irgendwo noch hadere mit dem oder ja, eben auch mit der Kindheit. Natürlich haben wir alle auch Sachen in der Kindheit gehabt, die nicht so toll waren.	Aufarbeitung der Schwierigkeiten in der Kindheit.	Maßnahme sehen. Die Erfahrungen mitnehmen und sich für Neues, evtl. gemeinsam mit dem Partner öffnen.
Karin	16	Ich glaube, am meisten habe ich mir selber geholfen. [lacht] ... Ja, das Mit-sich-Selber-Auseinandersetzen ...	Sich selbst mit sich auseinandersetzen hilft besonders.	
Werner	13	Positiv denken und immer zusehen, dass es vorwärts geht. Dass du nicht in ein Loch fällst.	Ein positiver Blick nach vorne schützt vor depressiven Phasen.	
Werner	13	Gespräche führen, auch ganz wichtig. Sprechen, sprechen, sprechen über dieses Thema. Nicht in sich hineinfressen. Sondern ruhig einmal sich die Zeit nehmen und reden – mit irgendwelchen Leuten ... Mit einer Vertrauten.	Über das Thema/die Krankheit nicht schweigen, sondern reden.	
Werner	14	Und das ist eigentlich angenehm. Man tauscht sich ein bisschen aus.	Gegenseitiger Austausch erleichtert.	
Otilie	14	Sich öffnen da drinnen. Das ist ganz wichtig.	Sich öffnen ist wichtig.	
Otilie	14	Ja, wie die Krankheit gekommen ist, da war er ja in dem Loch. Er hat sich ja mit der Krankheit auseinandersetzen müssen. Und das einfach positiv sehen. Dieses Teil [das Stoma] hilft mir jetzt, wieder mein Leben zu führen, weiter zu machen.	Auseinandersetzen mit der Krankheit und das Stoma als lebensrettende Maßnahme sehen.	
Otilie	14	Es kommt zwar ein anderer Abschnitt meines Lebens, aber ich kann das Beste daraus machen.	Positiver Blick auf den neuen Lebensabschnitt.	
Otilie	14	Wir gucken vorwärts.	Gemeinsam positiv nach vorne schauen.	

		Mentale Stärke		
Karin	6	Ich war dort und war [sportlich] aktiv. Ich weiß nicht und jetzt sind wir genau dort, wenn du etwas wirklich willst, dann macht dir das dein Kopf. Dann kann dein Körper noch so geschwächt sein.	Trotz geschwächtem Körper durch den starken Willen körperliche Leistungen erzielen.	Mentale Stärke durch innere Bilder, tiefe Wünsche, mit Hilfe von Glaubenssätzen und Glauben an sich selbst führen zu davor nicht für möglich gehaltenen Leistungen. So kann man auch mit einem Stoma alles machen.
Karin	8	Und das war ein Wahnsinn. Wie das rückwirkend gegangen ist, ich weiß es nicht. Weil es so ein Herzenswunsch war und ich mir das immer vorgestellt habe.	Tiefe Wünsche gehen durch laufende Visualisierung in Erfüllung.	
Karin	8	Und auch das Immerwieder-Vorstellen, ich mache das alles wieder. Ich tu das alles wieder. Das eben Permanent-kleine-Ziele-Setzen.	Visualisierung und kleine Ziele setzen.	
Karin	10	Auch eben zu sehen, entwickle einen neuen Glaubenssatz daraus. Nimm ihn dir! Du kannst jetzt vorwärts gehen! Das finde ich spannend, was man da bewegen kann.	Mit neuen Glaubenssätzen vorwärts gehen.	
Karin	20	Mit dem Stoma kann ich alles machen, wenn ich an mich glaube.	An sich selbst glauben und somit auch mit dem Stoma alles machen.	

		Erkrankungen anderer		
Karin	3	... hab' einfach andere Menschen kennen gelernt, die auch erkrankt waren, aber nicht eine Krebserkrankung hatten, sondern eben andere Krankheiten. Und dann habe ich gesehen: Okay, du bist nicht alleine mit deiner Krankheit. Es gibt andere Krankheiten auch und mach jetzt das Beste daraus.	Das Kennenlernen von Menschen mit anderen Krankheiten gibt das Gefühl, nicht allein zu sein und motiviert, das Beste daraus zu machen.	Kennenlernen von Menschen mit anderen Krankheiten hilft bei der Bewältigung der eigenen Situation.

Werner	14	Da denke ich: „Es hätte auch schlimmer kommen können – so wie bei ihm.“ Bei ihm war es so, da hat es gestreut. Au. Da denkt man dann wieder: „Da hat man Schwein gehabt.“	Beim Vergleichen mit Personen mit fortgeschrittener Erkrankung, die eigene Diagnose als Glück empfinden.	
--------	----	---	--	--

		Konkrete Wege der Bewältigung		
Karin	7-8	... die CD, die mir einfach das Vertrauen gegeben hat – auch mental. Die OP wird gut. Und es geht. ... Ich habe das immer permanent rennen gehabt. Bis ich eben wieder den nächsten Schritt ... der Arzt will das Beste und und und.	Mentaltraining mit Hilfe einer CD und die positive Einstellung zu den Ärzten hilft, einen Schritt nach dem anderen zu gehen.	Mentaltraining mit Hilfe von CDs. Mit dem Körper/den Organen konkret Verbindung aufnehmen.
Karin	8	Und ich habe mir immer wieder vorgestellt, wie ich meine Leber, wie sich meine Leber regeneriert. Ich habe meinen Körperorganen Namen gegeben und habe einfach immer mit mir kommuniziert. So, können wir wieder in Einklang schwimmen, können wir wieder gemeinsam etwas machen.	Mit den Körperorganen in Kontakt treten und ihnen Namen geben und so wieder zu einem Einklang gelangen.	Sich abgrenzen. Systemisch arbeiten. Mut zum Ausprobieren. Gutes für sich tun. Schulmedizin <i>und</i> anderes für sich nutzen.
Karin	9	Das habe ich auch gelernt: Nein-Sagen! ... Einmal „Na sogn, i mog jetzt net.“	Sich abgrenzen, Nein-sagen.	Auf sich hören.
Karin	9	... mit Brett-Stellen. Das sind Sachen, die mich faszinieren. Denn wir sind alle eng miteinander verbunden. Nur wenn du eine neue Sichtweise wieder bekommst, ändert das viel. Oder du siehst vielleicht eine Seite, die du vorher noch nicht angeschaut hast.	Systemische Sichtweisen und Veränderungen am Familienbrett führen zu Veränderungen im Leben.	Angebote annehmen/ ablehnen. Ausprobieren. Auf die Suche gehen, auf den Körper und die Psyche besonders

Karin	10	Ich sage immer: „Probiert's es aus!“	(Mutig) ausprobieren.	achten – bis Körper, Geist und Seele wieder eins sind.
Karin	10	... dann auch schauen, was kann ich Gutes für mich tun?!	Gutes für sich tun.	
Karin	18	Für mich war es auch wichtig, etwas zu tun, wo ich nicht gegen die Schulmedizin arbeite. Das wollte ich nicht. Aber ich wollte etwas tun ..., wo ich überzeugt war, das hilft mir. Wenn ich fünf Mal einen Purzelbaum gemacht hätte und wer gesagt hätte [schnippt mit den Fingern], beim 6. Mal ist er weg, dann hätte ich sechs gemacht – vielleicht. Weiß ich jetzt nicht. Aber so banal jetzt ausgesprochen: „Ausprobieren!“	Zusätzlich zur Schulmedizin anderes probieren, wovon man überzeugt ist – auch wenn die Wirkung nicht bewiesen ist.	Handlungs- bereich ausweiten und ausschöpfen. Rückschritte akzeptieren.
Karin	18	Ausprobieren! Um zu finden, was passt gut zu mir. Und dann auch sagen: „Stopp! Danke, ganz lieb für die Info! Aber ich habe schon meine Sachen. Ich habe das gefunden, was mir gut tut.“	Ausprobieren, Angebote annehmen, aber auch unpassende ablehnen.	
Karin	19	Ja, find das für dich, was du brauchst! ... was ganz wichtig ist, spüre deinen Körper wieder. Lerne deinen Körper wieder zu spüren. Hab wieder ein Vertrauen in ihn! Und schau auf deine Psyche gut, dass die wieder eins werden! ... Körper, Geist und Seele – so heißt es nicht umsonst. Richte das wieder aus! Schau, dass das eins ist!	Auf die Suche gehen, lernen, den Körper wieder zu spüren und Vertrauen in ihn zu setzen, auf die Psyche achten ... bis Körper, Geist und Seele wieder eins sind.	
Karin	19	Was auch immer, schau dich um, was in deinem Handlungsbereich ist!	Den gesamten Handlungsbereich	

		Was du machen kannst und was du gerne tust! Was wolltest du schon immer ausprobieren? Probier es! Mach's und dann schau, ob es dir gut tut!	ausschöpfen und erkennen, was gut tut.	
Karin	19	Ich habe meinen Radius immer weiter ausgedehnt wieder. Das ist das, was ich immer sage: „Du musst nicht heute schon ... einen Marathon rennen. Fang an mit kleinen Schritten. Und wenn du zwei Schritte wieder zurückgehst, dann gehst du zwei Schritte zurück. Aber fang an! Geh!“	Die Möglichkeiten Schritt für Schritt ausdehnen. Auch Rückschritte akzeptieren.	

		Lebensqualität mit/ohne Stoma		
Karin	10	Mir geht es gut mit dem Körper, total gut. Ich liebe meinen Körper. Ich kann mich vor den Spiegel hinstellen.	Der Körper mit Stoma ist liebenswert und gefällt mir.	Die Lebensqualität mit oder ohne Stoma kann unterschiedlich bewertet werden: von „unweigerlich reduziert“ durch das Stoma bis zum schön empfundenen Körper mit Stoma.
Karin	20	Ich lebe jetzt so richtig gern, es macht Spaß.	Das Leben – auch mit Stoma – macht Spaß.	
Werner	2	Vorher ist es besser gewesen, viel besser gewesen. Das ist auch eine Kopfsache – jetzt mit dem Stoma.	Die Zeit vor dem Stoma wird als deutlich besser bewertet.	
Werner	7	Da habe ich lange gebraucht, bis ich mich damit abgefunden habe.	Die Annahme braucht lang.	
Werner	8	Ganz so hoch sind wir nicht. Man hat ja die Sache. Ich kann ja nicht sagen, wir sind bei 100 % [Grad der Lebensqualität auf der Lebenskurve].	Mit einem Stoma ist die Lebensqualität unweigerlich reduziert.	

3.4.3.4. Kategorie Selbsttranszendenz

Die Interviewaussagen, welche der Kategorie Selbsttranszendenz zugeordnet wurden, wurden weiter in die Subkategorien Selbsttranszendenz der Betroffenen, Fürsorge durch den Partner sowie Selbsttranszendenz der Mitmenschen unterteilt, sodann generalisiert und reduziert.

Person	S.	Zitat	Generalisation	Reduktion
--------	----	-------	----------------	-----------

		Selbsttranszendenz der Betroffenen		
Karin	2	Ich habe auch meine Geschichte [für ein veröffentlichtes Buch über die Erfahrungen von Krebskranken] geschrieben. Das war gleichzeitig ein Schritt, dieses [Lebenskapitel] abzuschließen.	Durch Niederschreiben der eigenen Lebensgeschichte, selbst etwas abschließen sowie anderen helfen.	Seine Erfahrungen und Talente als Betroffener für andere nutzen: Lebensgeschichte im Buch, Meditationsabende,
Karin	9	Ich habe dann auch begonnen, Meditationsabende selber zu geben.	Meditationsabende geben.	Ehrenamt, Gruppenleitung, Organisation von Sportveranstaltungen. Zusätzlich: eigene Ausbildungen.
Karin	20	Ich habe vor Ort die ehrenamtliche Leitung einer Gruppe übernommen, biete in meiner Freizeit wöchentlich Bewegungsveranstaltungen in der freien Natur an und machte diverse Ausbildungen, womit ich (inklusive meiner eigenen Erfahrungen) anderen Erkrankten helfen möchte.	Ehrenamtliche Tätigkeiten, Gruppenleitung, Angebot von Bewegungsveranstaltungen, eigene Ausbildungen.	

		Fürsorge durch den Partner		
Karins Ehemann	12	Tu ich ihr eh nicht weh.	Darauf achten, dass es dem Partner gut geht.	Fürsorge für den kranken Partner durch besondere Achtsamkeit, Informations-
Otilie	3	Sämtliche Gespräche geführt mit ihm. Immer wieder. Ihn schon	Aufklärungsgespräche für den Partner führen [da	

		dahingehend dargestellt, was auf ihn zukommen kann. Wie das aussieht.	gleichzeitig Fachkompetenz].	gespräche, Sorgen um ausreichendes Essen, ...
Otilie	13	Guck, dass es ihm gut geht. Dass er sich wohl fühlt, guck, dass er gegessen hat. Ein bisschen Nahrung zu sich genommen hat.	Sich um den Partner kümmern, ans Essen erinnern.	
Otilie	15	Sie unterstützt ihren Partner sehr liebevoll und gern.	Für den Partner gerne da sein.	

		Selbsttranszendenz der Mitmenschen		
Karin	16	Mein Mann hat mich unterstützt, meine Familie hat mich unterstützt, meine Kinder, meine Eltern, meine Mutter, meine Schwiegermutter – alle. Und, dass ich wieder gesund werde. Meine Freundinnen, alle.	Unterstützung durch Ehemann, Kinder, Eltern, Mutter, Schwiegermutter und Freundinnen.	Unterstützung durch das Umfeld: Partner, Familie, Freunde, ... auch in materieller Form.
Karin	17	Mein Mann hat mir eine sündteure Jacke gekauft. Er hat gesagt: „Kauf sie dir.“ ... Ich weiß noch, wie er gesagt hat: „Wurscht, ich kauf dir diese.“	Ehemann kauft eine teure Jacke.	

3.4.3.5. Kategorie Sexualität als intentionaler Akt echter Liebe

Die Interviewaussagen zur Kategorie Sexualität als intentionaler Akt echter Liebe wurden weiter in die Subkategorien körperliche Einschränkungen, Gleichbleibendes, neue Wege finden sowie konkrete Veränderungen unterteilt, sodann generalisiert und reduziert.

Person	S.	Zitat	Generalisation	Reduktion
--------	----	-------	----------------	-----------

		Körperliche Einschränkungen		
Karin	12	... ich glaube, nicht: ich glaube, es war bei mir sehr viel Kopfsache. Es war voll viel Kopfsache,	Die Gedanken und die Sorge aufgrund der vaginalen Enge sowie Schmerzen	Körperliche Einschränkungen sind aufgrund der vaginalen

		es war natürlich ein Schmerz da – durch die Enge [vaginale Verengung aufgrund der rektalen Bestrahlung]. Es war bei mir eine volle Blockade da, mich wieder sexuell einzulassen.	blockieren die Sexualität.	Enge, Schmerzen wegen des chirurgischen Eingriffes, Schmerzen wegen der Narben,
Karin	12	Wie weit tut das weh? Mit der Narbe hinten wieder. Wie weit ist die Narbe hinten elastisch, weil dadurch, dass alles zugenäht ist ... wie geht das? Und da war schon sehr viel Kopsache, dass man sich nicht fallen lassen konnte.	Angst vor Schmerzen aufgrund des chirurgischen Eingriffes/der Narbe verhindert ein „Sich-Fallen-Lassen“.	Erinnerungen an erlebte Blutungen und Verletzungen und aufgrund der Chemotherapie gegeben. Wegen der Therapie empfiehlt der Arzt eine Vermeidung von sexuellem Kontakt.
Karin	12	Ich konnte mich nicht fallen lassen. Ich war so: Hoffentlich steht er hinten nicht an, hoffentlich tut mir das nicht weh. Hoffentlich kommt er da nicht an. Und bei ihm aber auch am Anfang. Dann ist es auch dazu gekommen, dass es bei ihm auch nicht gegangen ist. Dass bei ihm diese Blockade im Kopf da war.	Sorgen wegen körperlicher Schmerzen aufgrund der Narben blockieren beide Partner.	Der Partner kann den Erkrankten am Vermeidungsverhalten hindern.
Karin	12	Tut es [sexueller Akt] mir eh nicht wieder weh. Stößt er da eh nicht wo an, dass es wieder blutet oder dass er mich verletzt. Er hat da 'zig Sachen, es sind da 'zig Sachen gekreist.	Gedanken kreisen um mögliche Schmerzen, Blutungen und Verletzungen.	Er kann auch leichter mit dem Stoma/der Körperbildveränderung umgehen.
Karin	12 - 13	Das Stoma selber war weniger das Thema. ... Da war eher die Sorge, dass es mir nicht weh tut und dass er mir nicht weh tut. Das war mehr so diese Sorge.	Mögliche Schmerzen waren das vorrangigere Problem im Vergleich zum Stoma.	Durch ein langes Einstimmen können die körperbezogenen Gedanken weichen. Ein
Karin	13	Weil ich wollte dann am Anfang gar nicht. Und er hat dann gesagt: „Was	Eigenes Vermeidungsverhalten wird durch	Loslassen, Entspannen und Sich-fallen-

		soll das? Das bist jetzt du. Das ist jetzt so.“ Da ist er cooler damit umgegangen oder er hat es schneller angenommen als ich.	die zeitlich frühere Annahme durch den Partner verhindert.	Lassen wird möglich.
Karin	13	Und dieses Fallen-Lassen. Dieses Entspann-Dich. Dieses Fallen-Lassen. Ach, tut das eh nicht weh. Beim letzten Mal hat mir das so weh getan. Tut es mir diesmal wieder so weh?	Erinnerungen an körperliche Schmerzen sind ein Hindernis für eine neu versuchte lustvolle Sexualität.	
Karin	13	Dann habe ich auch geglaubt, abdecken, etwas darauf legen. Da hat er [Karins Ehemann] gesagt: „Tua weg den Fetzen.“	Der Partner braucht es nicht unweigerlich, dass das Stoma abgedeckt wird.	
Karin	13	So, das muss ich schon sagen, was die Sexualität betrifft, da ist er, mein Mann, besser damit umgegangen. Er hat es schneller akzeptiert, dass es so ist. Und hat gesagt, das macht mir nichts.	Der Partner nimmt die Körperbildveränderung schneller an.	
Karin	13	Es war ja trotzdem ein Wundgebiet. Es ist einfach der ganze Körper beleidigt gewesen. Es war ja alles beleidigt. Es war ja nur nicht, dass sich etwas verändert hat. Es war der ganze Körper beleidigt.	Reale Sichtweise: der Körper ist/hat nach der OP ein Wundgebiet.	
Karin	15	Das war dann das, wo ich gemerkt habe: „Wenn das ist, ganz lange, also lange Vorbereitung – verhältnismäßig – dann kann ich mich fallen lassen.“ Mein Körper kann dann loslassen und ich kann mich entspannen. Und dann habe ich keinen Gedankengang, dass es mir wehtut, ... dann kommt der Genuss.	Eine lang andauernde Einstimmung ermöglicht es, die Gedanken an mögliche Schmerzen (körperbezogene Gedanken) zu vertreiben sowie ein Entspannen und Loslassen/ein Sich-fallen-Lassen.	

Karin	15	... das Ziel „Genießen-Können“. Das soll ja kommen. Und dann wieder auch: „Es geht, es geht wieder! Ich kann das wieder!“ Denn irgendwann einmal war die Frage: „Geht das überhaupt noch?“	Frage, ob es grundsätzlich noch geht, steht im Raum. Erfahrungen bestätigen, dass es noch geht.	
Werner und Otilie	11	Also, mir wurde im Gespräch im Vorfeld schon gesagt – mit der Chemo, wo wir mit dem Arzt gesprochen haben, hat er uns darauf hingewiesen, dass das mit dem Sex wohl erst einmal Pause ist (Werner). ... vorbei sei (Otilie).	Information durch den Arzt: wegen Chemotherapie ist eine Pause/ein Ende der Sexualität notwendig.	

Durch ein langes Einstimmen können somit die körperbezogenen Gedanken der geistigen Dimension weichen.

		Gleichbleibendes		
Werner	12	Das [Nähe, Zärtlichkeit, Intimität] funktioniert doch. Das ist alles okay. Das harmoniert und funktioniert auch.	Nähe, Zärtlichkeit, Intimität.	Kuscheln, Nähe, Zärtlichkeit, Intimität, In-den-Arm-Nehmen, Nebeneinander-Liegen, Handhalten, Körperkontakt bleiben unverändert.
Otilie	12	Also, wir haben keine körperlichen Probleme aneinander. In den Arm nehmen oder kuscheln oder so. Da haben wir keine Probleme. Das ist ganz normal.	In den Arm nehmen, Kuscheln.	
Otilie	13	Und Nähe haben wir immer gesucht, wir zwei. Und wenn wir im Bett bloß nebeneinander liegen und Hand halten. Nee. Also, wir suchen schon immer Körperkontakte immerzu. Das ist geblieben. Da hat sich nichts verändert.	Nähe, nebeneinander im Bett liegen, Hand halten, Körperkontakt.	

		Neue Wege finden		
Karin	12	Das hat länger gedauert. Dieses Sich-Fallen-Lassen in der Sexualität hat uns wirklich als Paar gefordert, um uns neu zu entwickeln.	Das „Sich-Nicht-Fallen-Lassen“ fordert das Paar, führt zu einer Entwicklung.	<p>Auftretende Probleme fördern die Entwicklung, erfordern die Suche nach neuen Wegen, eine Neudefinition, eine Neubewertung, ...</p> <p>Durch die Krankheit bleibt die Liebe und Treue zueinander unverändert, die Verbindung wird sogar stärker.</p>
Karin	12	Wir haben dann wirklich Wege gesucht und Sachen gesucht, wie können wir mit der Sexualität anders umgehen.	Nach neuen Wegen suchen.	
Karin	13	Wir haben uns neu definiert. Vielleicht ist es aber auch mit dem Alter.	Neudefinition – auch aufgrund des Alters.	
Karin	14	Wir sind lange genug beisammen, dass wir auch nicht wild darauf loslegen wie Frisch-Verliebte. Und einfach die Wertigkeit von der Sexualität hat sich verändert.	Die Wertigkeit der Sexualität verändert sich im Laufe der Beziehung.	
Otilie	9	Was sich verändert hat? Lieben tun wir uns genauso wie vorher.	Die Liebe bleibt gleich.	
Werner	9	Ja, im Gegenteil, noch mehr zusammengeschießt. Noch mehr zusammengeschießt.	Die Verbindung wird stärker.	
Werner	9	Da kommt wieder der Spruch „In guten wie in schlechten Zeiten“. Und das waren dann wirklich schlechte Zeiten von meiner Seite aus. Aber sie ist immer zu mir gestanden. Wenn man das so überlegt, so selbstverständlich ist das gar nicht.	Trotz „schlechter Zeiten“ zum Partner stehen, sich dem bewusst werden.	

		Konkrete Veränderungen		
Karin	12	Die Sexualität ist nicht mehr wie vorher. Sie ist nicht so spontan. Es hat mehr Vorbereitungszeit	Spontanes ist nicht mehr möglich. Es bedarf mehr Berührung,	Spontanität ist nicht mehr möglich.

		für mich gebraucht. Ich habe mehr gebraucht, dass man mich körperlich mehr berührt. Ich habe dann gesagt, nehmen wir ein Öl dazu. Lassen wir ... probieren. Damit ich mich wieder fallen lassen konnte.	Ölmassagen, ..., um sich fallen lassen zu können.	Leistungsdruck ist ein Tabu. Durch bewusste Berührungen, Ölmassagen, bewusstes Zeitnehmen, Neues ausprobieren, ... kann sich der Betroffene wieder fallen lassen.
Karin	14	Dass wir uns bewusst Zeit nehmen. ... „Komm machen wir uns einen schönen Abend ... mit Kerzen. Ich habe jetzt eine Massagekerze gekauft. Lass uns das einmal ausprobieren. Wie ist das?“	Bewusstes Zeitnehmen, Neues, beispielsweise eine Massagekerze ausprobieren.	Durch die Krankheit in Kombination mit Gedankenkreisen kann Körperkontakt und ähnliches ein wenig reduziert, Sexualität im engeren Sinn ausgeschlossen werden.
Karin	14 - 15	Das Körpergefühl schon einmal ganz anders erleben. Mir ist das komplett wichtig geworden. Dieses Körpergefühl bewusster wahr zu nehmen. Auch bewusster zu berühren.	Bewusster berühren, bewusster den Körper wahrnehmen.	In der Phase der Therapien ist aufgrund der körperlichen Belastung auch die Sexualität im weiteren Sinn nachrangig.
Karin	15	Da sind wir beim Experimentieren, beim Forschen, beim Schauen. was wollen wir jetzt überhaupt? Und wenn wir dann sagen: „Heute sind wir zu müde. Lass uns nur zusammenkuscheln.“ Dann ist das auch okay. Also, weil ja dieser Druck [Sexualität als Leistungsdruck] nicht mehr da ist.	Neues ausprobieren, überlegen, ob es gut tut. Ohne Leistungsdruck auch einmal nur kuscheln.	
Werner	12	Ein bisschen ist das [Umarmen, Kuscheln] bei mir zurückgegangen. Aber ich denke einmal, das hat ja auch damit zu tun, dass ich die ganze Sache hier im Kopf habe.	Umarmen und Kuscheln wurden aufgrund des Gedankenkreisens weniger.	
Werner	12	Von meiner Sicht jetzt aus [Ende der gelebten Sexualität]. Bei anderen	Ende der Sexualität bis heute [gut ein Jahr nach der OP].	

		sieht es doch wieder ein bisschen anders aus. Und das ist bis heute noch bestehen geblieben.	Das kann bei den Paaren unterschiedlich sein.	
Otilie	13	Ja, er konnte nicht mehr. Er ist mehr gelegen, mehr geschlafen. Mehr das Zeug und mehr auf die Therapie konzentriert als wie auf das „Mal-in-den-Arm-genommen-Werden“.	Die körperlichen Einschränkungen und die Therapien erfordern viel Schlaf, ... In-den-Arm-genommen-Werden wird nachrangig.	

3.4.4. Interview der Expertin

Das Interview mit der Expertin Martina Signer findet sich hier als Zusammenfassung und im Anhang in der Langform (Kapitel 9.2.). Dort wurde auch die Kategorisierung nach dem Kodierleitfaden vorgenommen.

3.4.4.1. Zusammengefasstes Interview der Expertin Martina Signer

Bei Frau Signer spürt man, dass es ihr ein großes Anliegen ist, die Menschen mit Stoma zu begleiten. Trotz knapper Zeitressourcen arbeitet sie mit Professionalität, Humor und Herzenswärme. Dabei bewegt sie sich mit ihnen oftmals nah an der Endlichkeit des Lebens.

Bereits vor dem chirurgischen Eingriff macht sie die Menschen mit dem künstlichen Darmausgang vertraut. Die Stomaberaterin zeigt ihnen das Bild eines gut angelegten Stomas und erklärt, dass es keine Wunde ist, sondern die rosarote, feuchte Schleimhaut, die auch so aussieht und so bleibt – sozusagen der Bezug zum Inneren. Nach der Operation stellt meist die Geruchsproblematik das erste Problem dar.

Der nächste Schritt ist die Begleitung bei der Annahme der nachhaltigen Körperbildveränderung, welche oft erfolgreich verläuft. Es gelingt aber nicht immer, dass sich die Menschen mit dem Stoma anfreunden. Für Patienten, die mobil sind, nutzt die Expertin die geschützte Atmosphäre in der Stomaambulanz, also abseits der möglichen Blicke anderer anwesenden Patienten. In ganz kleinen Schritten lernt der Betroffene sich an die neue Situation zu gewöhnen. Hin und wieder ist es auch notwendig, einen Schritt

zurück zu gehen. Dann werden die Patienten verwöhnt, bis weiter an der Adaptierung der Körperbildstörung gearbeitet werden kann. Anfreunden braucht eben seine Zeit.

Frau Signer empfiehlt, die Familie (eine Schwierigkeit sehen die Betroffenen immer wieder ihren Kindern gegenüber) mit dem Stoma vertraut zu machen. Sonst sieht sie den künstlichen Darmausgang als Intimsphäre. Somit ist niemand auskunftspflichtig. Die Prominenz hält das unterschiedlich. Queen Mum oder Václav Havel machten kein Geheimnis aus ihrem Stoma, andere schweigen darüber. Für die Patienten ist das Wissen, mit dem Stoma nicht allein zu sein, manchmal eine Erleichterung.

Sexualfunktionsstörungen seien nach Operationen im kleinen Becken häufig. Bei Männern ist – obwohl es sich um keinen Eingriff im Urogenitalbereich handelt – oft mit Erektionsstörungen zu rechnen. Diese Betroffenen sollen schon früh die gestörte Schwellkörperfunktion unterstützen, gar nicht in Bezug auf die Paarbeziehung oder den Geschlechtsverkehr, sondern einfach um die Versteifung des Penis zu fördern. Frauen leiden immer wieder an den Folgeerscheinungen der Bestrahlung. Hier ist ein rechtzeitiger Beginn mit der Scheidenpflege notwendig, um einen Verhinderungsgrund für eine lustvolle, genitale sexuelle Begegnung auszuschließen. Häufig bleibt eine Blutungsneigung beim Geschlechtsverkehr bestehen.

Frau Signer spricht von drei Ebenen der Sexualität: Lust-, Fruchtbarkeits- und Beziehungsebene. Im Zeitraum der 3-Monats-Kontrolle, also wenn langsam der Alltag einkehrt, taucht häufig der Wunsch auf, wieder etwas auf der Lustebene zurückzugewinnen. Oder es kommen Themen auf der Beziehungsebene, nämlich wie ohne genitale Sexualität eine Innigkeit zum Partner erzeugt und ein neuer Körperkontakt als lustvoll entdeckt werden kann. Frau Signer fragt dabei selbst vorsichtig nach: „Wie geht es Ihnen mit dem Mann? Kommt er gut zurecht? Wie geht es im Schlafzimmer? Haben Sie Platz getauscht?“ (Kapitel 9.2., S. xxiii). Wenn die Versorgungssicherheit noch nicht gewährleistet ist oder auch vor der Erkrankung gelebte Sexualität nicht zum Alltag des Paares gehört hat, ist Sexualität (noch) kein Thema. Dominiert die Körperbildstörung oder fühlen sich die Patienten weiterhin sehr schwach, folgen Tipps wie Körperkontakt und -berührung an anderen Stellen zuzulassen. Die Betroffenen sollen es wagen, sich an den Partner zu kuscheln und sich im Oberkörperbereich

streicheln zu lassen. Besonders Männer brauchen oftmals dezidiert eine Ermutigung, nur Körperkontakt und Nähe zu genießen und nicht vorschnell eine Brücke zur genitalen Sexualität zu schlagen. Das Stoma kann auch unter verschiedenen speziellen Dessous und Spitzengürtel versteckt werden. Grundsätzlich seien die meisten Patienten froh, wenn der Therapeut das Thema anspricht und mitunter als Dritter zwischen dem Paar die unausgesprochenen Fragen verbalisiert. Oftmals gerät das Gleichgewicht des Paares aus dem Lot, wenn der eine nichts oder wenig geben kann und der Partner möglicherweise doch Wünsche hat.

Frau Signer wünscht den Menschen:

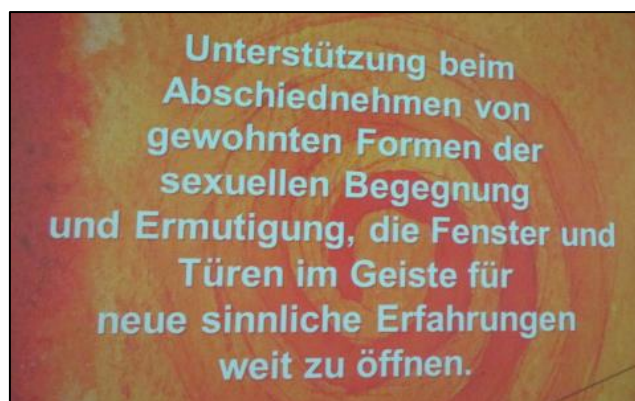


Abbildung 19: Folie „Öffnen für sinnliche Erfahrungen“ (Signer, 2017, eigenes Bild)

3.4.4.2. Beispiele der Expertin zur Kategorie Einstellungswerte

Die Expertin berichtet von unterschiedlichsten Einstellungswerten und auch Coping-Strategien. Zur Adaptierung des Körperbildes, welche unterschiedlich lang dauern kann, gibt sie konkrete Hilfestellungen. Wie die Betroffenen in ihren Interviews berichten, hat die Erkrankung anderer Menschen einen positiven Einfluss auf das eigene Befinden.

„Ja, das ist ein ganz ein wichtiger Punkt. Viele Menschen wollen zu diesem Zeitpunkt möglichst wenig hören, weil sie das irgendwie noch gar nicht zulassen können. Aber gerade Patienten, die dann ein definitives Stoma bekommen, mit dem sie sich für den Rest des Lebens anfreunden müssen, sollen die Chance haben, sich der Auseinandersetzung zu stellen. Für sie ist es hilfreich, wenn sie vorher schon einen kompetenten Gesprächspartner haben.“ (Kapitel 9.2., S. xvii)

„Manche Patienten geben dem Stoma einen Namen. Manche Patienten entwickeln ganz eigene Strategien, wie sie das Anpassen schaffen und manche Patienten können nach fünf Monaten noch gar nicht gut hin greifen. Da haben wir wirklich die ganze Palette von unterschiedlichen Reaktionen.“ (Kapitel 9.2., S. xxi)

„Das Schwierigste ist gleich frisch nach der Operation, dass sie im Bett liegen und die Bettdecke so quasi an der Nase endet und sie die Geruchsproblematik, die möglicherweise in der ersten Zeit auch vom speziellen Post-OP-Beutel ausgeht, direkt unter der Nase haben. Da sind das Thema Geruch ein sehr dominantes und auch eventuelle wenig feinfühligere Reaktionen der Bettnachbarn. Die Tatsache ist schwierig, nun die Ausscheidung mitten am Bauch zu haben, wo sie doch sonst immer so geschickt südseitig ist und wir sie nur so nebenbei wahrnehmen und kaum sehen. Dieses Geruchsthema kombiniert mit dem ästhetischen Thema, also mit der Körperbildveränderung, dass das Stoma unser Innenbezug ist: rosarote, feuchte Schleimhaut, die auch so aussieht und so bleibt, ist eine Geschichte, die für die Betroffenen ganz, ganz schwierig anzunehmen ist.“ (Kapitel 9.2., S. xvi)

„Wir versuchen grundsätzlich, die Menschen zu bestärken, sehr gut darauf zu schauen, wem sie über das Stoma erzählen wollen. Es ist Intimsphäre, man ist nicht auskunftspflichtig. Ja, es macht Sinn, dass die Familie eingeweiht ist, weil das Verstecken anstrengend ist, aber insbesondere für Nachbarn und Sonstige, ...“ (Kapitel 9.2., S. xx)

„Ich tröste sie manches Mal und erzähle, wir hatten auch einen Bundespräsidenten, der Urostomieträger war und keiner hat es gewusst. Man kann damit auch in der Öffentlichkeit stehen. Queen Mum hatte lang ein Stoma und ist mit 101 gestorben.“ (Kapitel 9.2., S. xx)

„Und die Begleitung zur Annahme der veränderten Körperlichkeit gelingt leider auch nicht immer. Ich habe gerade vorgestern wieder eine Patientin getroffen, der das gar nicht gelungen ist. Sie kann sich nicht an die Körperbildänderung adaptieren, obwohl sie schon lange Psychotherapie macht. Das müssen wir so quasi in unserem Arbeitskontext miteinplanen, dass wir oft, aber nicht immer die Menschen erfolgreich unterstützen

können. Die Coping-Strategien, die die einzelnen entwickeln, sind oft sehr unterschiedlich.“ (Kapitel 9.2., S. xvii)

„Ich wünsche den Menschen immer, dass sie die Fenster und Türen im Geiste öffnen und auch, wenn sie körperliche Beeinträchtigungen erleiden, ganz mutig selber experimentieren. Selber herausfinden, was tut mir jetzt noch gut. Wo fühle ich mich wohl? Wo fühle ich mich attraktiv? Und, dass sie sich auf den Weg machen, liebevoll zu ihrem Körper zu sein. Denn wenn sie sich selber liebevoll annehmen können, dann geht das auch mit dem Partner meist ganz problemlos.“ (Kapitel 9.2., S. xxviii)

3.4.4.3. Beispiele der Expertin zur Kategorie Selbsttranszendenz

Die Arbeitsweise als Kontinenz- und Stomaberaterin sowie diplomierte Sexualberaterin und Sexualpädagogin hat eine große Auswirkung auf die akut Erkrankten in deren so schwierigen und sensiblen Lebensphase. Frau Signer bemüht sich besonders hingebungsvoll um ihre Patienten. Sie erkennt aber auch ihre Grenzen.

„Wir sind da so quasi gemeinsam am Weg und wir versuchen, den Betroffenen klar zu machen, dass wir nur die Unterstützer sind. Es geht um ihren eigenen Bauch und darum, dass da jetzt eine Veränderung stattgefunden hat, die irgendwie ins Leben integriert werden soll.“ (Kapitel 9.2., S. xix)

„Es ist kein leichter Job, das muss man sagen. Oft so nahe an der Endlichkeit des Lebens und vor allem auch von Beginn an in diesem Bewusstsein. Zum Beispiel bei einem jungen Mann mit metastasierendem Melanom und Ernährungssonde. Wir schulen und begleiten ihn und wissen, seine Tage sind gezählt.“ (Kapitel 9.2., S. xxii)

3.4.4.4. Beispiele der Expertin zur Kategorie Sexualität als Akt intentionaler Liebe

Um Sexualität als Akt intentionaler Liebe erleben zu können, bedarf es vorerst der Annahme des neuen Körperbildes. Gerade dies erfordert viel Zeit und Einfühlungsvermögen. Frau Signer gibt konkrete Empfehlungen in dieser Phase, aber auch für die Zeit, wenn wieder der Wunsch für die körperliche Liebe entsteht.

„... bei dieser konkreten Dame war es dann ganz schnell so, dass die große Sorge gekommen ist, wie sie es mit ihrer Tochter machen soll. Da haben wir dann das Agreement gemacht, dass sie es, so lange sie sich noch unsicher fühlt und so lange sie noch ein Problem in der Adaptierung ihrer Körperbildstörung hat, der Tochter nichts sagt. Auch in dem Bewusstsein, dass Verschweigen Energie kostet, aber in dem Wissen, dass gerade Kinder eine ganz starke Sensibilität haben und spüren, wenn die Mutter Angst hat und selber dann noch mehr Angst bekommen. Wenn eine Mutter mit dem Thema sehr entspannt umgehen kann, dann nehmen die Kinder das auch ganz natürlich und ganz unkompliziert an. Das war in dieser Situation eine sehr bewegende Geschichte, weil wir die Frau wirklich länger begleitet und erlebt haben, wie sie in ihre Körperbildveränderung hineingewachsen ist. Nach der ersten Anpassungsphase – nach ca. drei oder vier Monaten (da war es Sommer) – ist sie gekommen und hat gemeint, ich glaube, ich muss es jetzt meiner Tochter sagen. Sie hat mich schon im Bad gesehen, wie ich den Beutel gewechselt habe. Da hat sie selber schon die Bereitschaft gespürt, jetzt ist es mir kein Problem mehr, jetzt kann ich meine Tochter in mein Geheimnis einweihen.“ (Kapitel 9.2., S. xix)

„Dann kann es [die Sexualität] schon bei der Entlassung ein Thema sein. In den meisten Fällen aber eher erst, wenn sie „aus dem Auge des Taifuns“ heraußen sind, wenn sie also wieder ein bisschen Boden unter den Füßen haben. Auch wenn sie wieder ein bisschen Alltagsluft geschnuppert haben – zu Hause. Und wenn die Stoma-Versorgung einigermaßen routiniert geht, dass sie Sicherheit gewonnen haben.“ (Kapitel 9.2., S. xxii)

„Wenn dann einfach wieder der Alltag einkehrt. Und wenn zum Alltag des Paares auch gelebte Sexualität dazugehört hat. Es gibt Paare, die haben schon lange keine genital-sexuelle Beziehung mehr und sind aber trotzdem sehr liebevoll miteinander. Für die ist das natürlich damit auch kein Thema oder viel weniger. Aber wenn das im Paarleben ein fixer Stellenwert war und dann die Alltagssituation wieder zurückkommt, dass der Betroffene etwas unternehmen kann, wieder das Haus verlassen kann, dann ist bald auch die Sexualität ein Thema oder darf sie es werden.“ (Kapitel 9.2., S. xxvi)

„Wie fühlen sie sich denn – als Mann/als Frau? Fühlen Sie sich in Ihrer Männlichkeit/Weiblichkeit beeinträchtigt – mit dem Beutel?“ (Kapitel 9.2., S. xxiii)

„Wenn ein Mann Körperkontakt sucht, dann hat er schnell die Brücke und meint, es muss nun aber weiter gehen. Und wenn es für ihn gedanklich gar nicht weiter Richtung Geschlechtsverkehr gehen kann, dann streicht er auch gleich den Körperkontakt weg.“ (Kapitel 9.2., S. xxiv)

3.5. Interpretative Ableitung

Sowohl bei den Interviews der Betroffenen als auch bei der Expertin kommen die Einstellungswerte, die Selbsttranszendenz und die Sexualität als intentionaler Akt echter Liebe sehr häufig vor. Diese Personen legen ihren Fokus auf diese existenzanalytischen Kategorien.

Es muss betont werden, dass es sich hier um eine Pilotstudie handelt, welche die Hypothesen generieren soll. In weiterer Folge soll aufgrund dieser ein logotherapeutisches Konzept zur Behandlung von Patienten mit Stoma nach Darmkrebs entwickelt werden. Aufgrund der geringen Fallzahl können die Ergebnisse nicht im statistischen Kontext interpretiert werden. Sie sind also nicht valid.

4. Logotherapeutisches Konzept

Die existenzanalytischen Kategorien, welche in der Empirie erarbeitet wurden, können in Verbindung mit der Logotherapie den Menschen schneller dazu verhelfen, die Lebensqualität zurück zu gewinnen bzw. neu zu gestalten. Das Leben mit Stoma, insbesondere in der Beziehung zum Partner, ist ein Musterbeispiel für die intentionale Liebe.

4.1. Der Ist-Zustand/Das Sein

Frankl (2005b) beschreibt die Noodynamik als Spannungsfeld zwischen dem Sein des Menschen und dem Sollen aufgrund der Forderung der Situation. Es ist ein polares Spannungsfeld zwischen dem Objekt- und Subjektpol.

4.1.1. Vergänglichkeit des Irdischen

Es sind nämlich jeweils nur die Möglichkeiten, die da vergänglich sind – sobald sie jedoch einmal verwirklicht wurden, sind sie ein für alle Mal verwirklicht worden, und wenn sie auch noch so vergangen sein mögen ... in die Vergangenheit: in ihr sind sie nicht unwiederbringlich verloren, sondern, im Gegenteil, unverlierbar geborgen. (Frankl, 2005b, S. 29-30)

Durch die Diagnose Krebs wird den Betroffenen, aber auch deren Umfeld, sofort die Vergänglichkeit des Irdischen bewusst. Sofort tauchen Gefühle der Angst und Hilflosigkeit auf. Gstirner (2016), Arzt für Allgemeinmedizin und Logotherapeut, welcher sich auf Krebserkrankungen spezialisiert hat, unterstreicht die Notwendigkeit, die Angst anzusprechen. Diese Realängste zeigen dabei Werte auf, die jetzt zu verlieren drohen. Würde man sie nicht beachten, können sie die psychische Belastung verstärken. Eine ausführliche medizinische Aufklärung trägt außerdem zur Klärung bei. Durch diese Informationsvermittlung kann die Rezidivangst objektiviert werden.

Der Autor sieht es als wesentlich an, die Angst zu personifizieren, um sich zu distanzieren. Außerdem ist ein Hinterfragen notwendig, um die Angst zu Ende denken zu können. Die Fragen könnten folgendermaßen lauten: „Wovor genau haben Sie

Angst? Was bedeutet das für Sie? Was ist Ihre Angst, wenn Sie sterben?“ Auf diesem Weg kann der Grund für die Gefühle verdeutlicht werden und die eine oder andere Sorge (z. B. ungeklärte Kinderversorgung) aktiv gelöst werden.

Durch das Bewusstmachen des geschenkten Urvertrauens kann der Klient ebenso Ruhe finden. Vertrauen ist ein intentionales Phänomen. Gstirner (2016) lässt seinen Klienten folgende Fragen beantworten: „Was habe ich im Leben ohne mein Zutun geschenkt bekommen? Was ist mir in meinem Leben gelungen? Wozu wohl bin ich trotzdem/oder immer noch am Leben? Wie oft wurde ich bewahrt?“ (S. 11). Auf diesem Wege kann die eigene Lebensgeschichte in dem Erkrankten Vertrauen wecken, die eigene Einzigartigkeit und Einmaligkeit bewusst machen und zu einem Staunen, einer Fügung oder sogar „Führung“ überleiten.

4.1.2. Körperliche Beeinträchtigung

Das Stoma, gleichzeitig *die* lebensrettende Maßnahme, bringt für den Betroffenen eine nachhaltige Körperbildveränderung mit sich. Diese tiefe Erschütterung im Selbstbild des Stomaträgers ist zu würdigen. Doch es gilt – neben einem schrittweisen Vertraut-Machen mit dem Stoma – dem Betroffenen, die Verhältnismäßigkeit des Menschen als Ganzes zu diesem Einschnitt in die körperliche Integrität bewusst zu machen. Der Mensch ist mehr als sein Körper. Der Mensch ist mehr als seine Psyche. Frankl (2005b) ist überzeugt von der „unversehrten und unversehrbaren Würde“ (S. 109) des Menschen.

Frankl (2005a) zeigt diese vergleichsweise Bedeutungsarmut von einschneidenden körperlichen Ereignissen auf. So fragte er einen beinamputierten Juristen, welcher bei seinen ersten Gehversuchen in Tränen ausbrach, ob er denn ein Langstreckenläufer werden wolle. Menschliches Dasein wäre wohl sehr arm, wenn am Vorhandensein eines Beines der ganze Sinn und Inhalt des Lebens hinge. Gleichsam stellte er mit einer suizidgefährdeten Frau am Vorabend einer Beinamputation einen bildhaften Vergleich an: „Unter solchen Umständen [dem Verlust eines Beines] könnte höchstens das Leben einer Ameise zwecklos werden – wenn sie das vom Ameisenstaat ihr gesteckte Ziel, mit sechs Beinen herumzulaufen und nützlich zu sein, nicht mehr erreichte“ (S. 307).

Somatische Belastungen zeigen sich nicht nur in der Einschränkung durch die Körperbildveränderung, sondern umfassen die Krankheit selbst sowie alle durchzuführenden Behandlungen, Therapien und Nebenwirkungen. Diesen Belastungen muss Rechnung getragen werden.

Frau Signer bringt dazu folgendes Beispiel:

Das ist für Tumorpatienten schon schwierig. Weil diese Therapien sehr, sehr anstrengend sind. Und weil dann oft ganz, ganz wenig Energie da ist. Ein anderer Grund ist auch der Aspekt ‚Luxusfunktion‘. Der Körper drosselt sofort das sexuelle Verlangen, wenn er ein anderes Problem hat. Wenn wir Fieber haben, dann haben wir schon keine Lust mehr. Wenn der Körper ein vorrangigeres, bedrohlicheres Thema hat, ist die körperliche, die sexuelle Lust sofort weniger. Und das ist für diese Menschen mittelfristig schon ein Problem. Denn, wenn sie sich körperlich so schwach fühlen und auch merken, eigentlich wünscht sich der Partner etwas, aber ich habe ja gar keine Kraft und Lust. Dann ist das auch ein Thema, das in Paarbeziehungen manchmal angesprochen und unterstützt werden muss. Partner sind oft dann sehr liebevoll und sagen: ‚Ich brauche das eh nicht.‘ Aber da spürt der Betroffene dann eine Unsicherheit. Gerät das Paargleichgewicht eh nicht aus dem Lot oder ins Wanken? (Vergleiche dazu Kapitel 9.2., S. xxv)

4.1.3. Annahme des Schicksals

Die Konfrontation mit dem Schicksal der Krebserkrankung ist für jeden Betroffenen zunächst ein Schock. Es taucht die Frage nach dem Warum bzw. „Warum gerade ich?“ auf. Frankl (2005a) gibt der Frage nach dem Sinn eine kopernikanische Wendung: „*Das Leben selbst ist es, das dem Menschen Fragen stellt. Er hat nicht zu fragen, er ist vielmehr der vom Leben her Befragte, der dem Leben zu antworten – das Leben zu verantworten hat*“ (S. 107).

Verena Kast (2017), eine Schweizer Psychologin und Psychotherapeutin (Analytische Psychologie nach C. G. Jung), hat ein Modell zur Erklärung von Trauerphasen erarbeitet. Dieser Prozess, in diesem Fall die Trauer um die körperliche Unversehrtheit, ist notwendig, damit der Mensch gesund bleibt. Die vier Phasen können je nach

Persönlichkeit unterschiedlich lang dauern. Sie fließen ineinander und können sich mitunter wiederholen. Ein zu langes Verharren in einer der ersten drei Phasen könnte allerdings pathologisch wirken.

Bei der Mitteilung der Diagnose kommt es zu einem Schockempfinden, einer Verzweiflung, Hilf- und Ratlosigkeit. Der Betroffene will die Erkrankung nicht wahrhaben und ist starr vor Entsetzen. In dieser Zeit ist das Da-Sein, ohne viel zu fragen, von besonderer Bedeutung.

Auf diese Phase folgt die Phase der Emotionen, denen auch in der Therapie Raum gegeben werden soll. Werden sie unterdrückt, könnte man in die Depression schlittern. Die Wut, Trauer, Freude, Angst, Niedergeschlagenheit und Ruhelosigkeit dürfen diese Zeit prägen. Häufig beginnt eine Suche nach der Schuld. Die Frage „Warum muss es ausgerechnet mich treffen?“ steht im Raum. Durch das Gedankenkreisen kommt es immer wieder zu Schlafstörungen.

Die dritte Phase wird als Bearbeitungs- und Einsichtsphase bezeichnet und ist geprägt vom „Suchen, Finden und Sich-Trennen“. Kast (2017) weiß, dass diese intensive Auseinandersetzung beim Trauernden ein unheimlich schmerzhaftes und gleichzeitig ausgesprochen schönes Gefühl hervorruft. In dieser Zeit trifft der Betroffene die Entscheidung, ob er wieder Ja zum Leben sagt oder ob er in der Trauer verharrt.

Erst in der vierten Phase wird der Verlust verinnerlicht. Es kommt zu einem neuen Selbst- und Weltbezug und einem realistischen Einschätzen der Situation. In der letzten Phase werden dem Trauernden neue Wertinhalte im jetzigen Lebensabschnitt bewusst. So erkennt er die Verantwortlichkeit für sein Dasein wieder. Häufig beginnt er sich auf das wirklich Wichtige im Leben zu konzentrieren.

4.1.4. Partnerschaft und soziale Beziehungen

In Zeiten von Krankheit erleben sich viele Menschen als Last für die Familie und Freunde. Auch die Angehörigen sind traurig, weil sie das Handikap des Betroffenen nicht verhindern können. Doch beispielsweise genau die Krebserkrankung des geliebten Familienmitgliedes ist Möglichkeit für eine gelebte Nächstenliebe. Denn die

Selbsttranszendenz birgt ein Geben und Nehmen in sich. Somit darf der Erkrankte sich auch getrost auf der Seite des Empfangenden wissen. Denn nur durch ihn macht die Selbsttranszendenz seiner Mitmenschen einen Sinn (Lukas, 2012).

Die Autorin beschreibt dies mit zwei Halbkreisen, welche sich zu einem Kreis ergänzen.

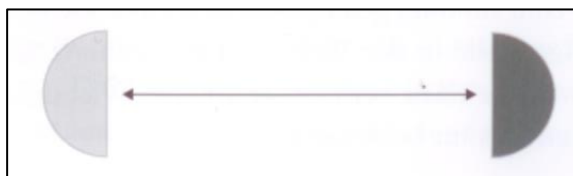


Abbildung 20: Mensch in seiner Ohnmacht und der liebende Mitmensch
(Lukas, 2012, S. 66)

Die linke Hälfte repräsentiert die Fülle, welche eine Person der Welt geben kann. Der rechte Halbkreis ist ein Ausschnitt aus dem Umfeld der Person: ein (kranker) Mensch, ein Tier, eine Pflanze, ein Bauwerk, ... Entsprechend der individuellen Fähigkeiten können sich diese beiden Halbkreise zu einem gelungenen Kreis vereinen.



Abbildung 21: lebendiges Offert für den Nächsten
(Lukas, 2012, S. 67)

Und so erfüllt der Kranke einen Sinn, indem er dem gesünderen Menschen die Chance bietet, seinerseits einen Sinn zu erfüllen. Gelingt der Umgang mit dem Kranken auf diese Art und Weise, erhält die Beziehung mehr Tiefe als zuvor, wie auch die Interviewpartner berichteten.

Umgekehrt jedoch – wie Karin im Interview ebenfalls erzählte – können die Mitmenschen auch das Gegenteil verursachen. Es kann sein, dass vereinzelte Freundschaften oder die Familienbeziehung kein passendes Umfeld für die Heilung ermöglicht. Möglicherweise kann sich der Partner nicht mit der neuen Situation abfinden und zieht sich zurück, entfernt sich insbesondere von der gemeinsam gelebten Intimität. Diese Situation erschwert den Gesundungsprozess ungemein. Doch auch hier prägt Lukas (2009) getrost den Ausspruch, dass es für jedes Flugzeug einen Zielflughafen gibt.

Die Autorin schreibt

Es liegt für jeden etwas Bestimmtes bereit, das Seines werden kann, es ist jedem etwas zugedacht in dieser Welt, in die er niemals eingetreten wäre, wäre er in ihr nicht urwillkommen. Wie auf jedes Flugzeug, wo immer es aufsteigt, ein bergender Grund wartet und auf jeden Passagier selbiger Maschine ein lieber Freund oder ein persönlicher Auftrag am Zielflughafen, so wartet auf jeden Erdenbürger jemand oder etwas, eine Liebe oder ein Werk, die ihn in ein glückendes Dasein hineinlotsen, wenn er sich ihnen überlässt und willig an sie hingibt. (S. 9)

Somit dürfen die Betroffenen darauf hoffen, dass – wenn nicht im bisherigen Umfeld – doch an anderen Orten ein Mensch auf die Sinnerfüllung seines Lebensmomentes wartet und mitunter völlig unerwartet für den Erkrankten da ist. In diesem Vertrauen wird die neue Situation zu einer neuen Herausforderung, zu einem Neustart von Beziehungen.

4.2. Umsetzung der Therapieziele – Auf dem Weg zum Sollen

In der Noodynamik steht auf der einen Seite der Subjektpol und auf der anderen das Sollen, welche die Forderung der Stunde impliziert. Frankl (2005b) betont, dass es die Werte sind, die ziehen und dass nicht ein durch die Psychodynamik Getriebensein den Weg zum Sollen bereitet.

4.2.1. Therapeutische Beziehung/Personale Präsenz

Buber (1998) prägt den Ausspruch „Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ (S. 100). Dies spiegelt sich im Besonderen in der Therapie wider.

Eine tragfähige Beziehung zwischen Klient und Psychotherapeut ist zur Erreichung der Therapieziele unerlässlich. Yalom (2010) spricht von einer gemeinsamen Reise von Therapeut und Leidenden. In der therapeutischen Beziehung muss der Klient Unterstützung zulassen und annehmen können. Gegenseitiger Respekt und Ehrlichkeit sollen vorherrschen. Die Empathie (Einfühlungsvermögen) hat einen hohen Anteil am Therapieerfolg. Die Authentizität des Therapeuten, also die Offenheit und das

Bekenntnis zum eigenen Selbst bringen dem Klienten positive Beziehungserfahrungen. Mit Hilfe von Einfühlungsvermögen und Achtsamkeit wird Vertrauen aufgebaut, was wiederum die (neue) Beziehung schützt. Auf diesem Weg wird der Klient zur Offenheit ermutigt. Dies lässt die Therapie voranschreiten und trägt zur Persönlichkeitsentwicklung bei.

Frankl stellt das Gefühl vor den scharfsinnigen Verstand. Von ihm stammt der weise Satz, „wonach es in Wirklichkeit nie und nimmer auf eine Technik ankommt, sondern immer auf den Geist, in dem sie gehandhabt wird ...“ (Frankl, zitiert nach Lukas, 2014, S. 95). Die Autorin entwickelte die „Rhetorik der Liebe“. Diese beinhaltet vier Gesprächsstilelemente:

- Die Person aufwerten
- Zur Klarheit beitragen
- Mit Alternativen spielen
- Dem Sinn nachspüren

Wenn Menschen liebevoll kommunizieren, wenden sie sich an das Beste in ihrem Gegenüber, schaffen Klarheit, bringen ihm Wohlwollen und unterstützen bei der gemeinsamen Sinnsuche.

In der personalen Präsenz ist das Zuhören von großer Bedeutung. Oft bedarf es eines Gesund-Klagens durch den Klienten und das braucht Zeit. Der Logotherapeut ist in seinem großen empathischen Mitempfinden gefordert, dem Kranken in seinem Gefühl des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit nahe zu sein. Es besteht die Gefahr, dass man als Therapeut zu schnell meint, etwas machen zu müssen. Das würde allerdings nur eine unheilsame Hektik hervorrufen. Auch Aufheiterungsversuche sind nicht gefragt. Nein, die Haltung der Demut ist es, die vom Logotherapeuten abverlangt wird. Die kopernikanische Wende liegt auf der Hand. Der Therapeut muss Raum für das Klagen und für die berechtigten Fragen schaffen. Er ist dabei gefordert, im sokratischen Dialog die Lebensfragen so umzuformulieren, dass der Leidende sich nunmehr „als der Angefragte fühlt und nach Antworten sucht“ (Albrecht, 2006, S. 212).

Der Therapeut ist es aber auch, der tabuisierte Themen ganz konkret beim Namen nennen muss. Das kann der Tod, eine Grenzerfahrung oder beispielsweise die

Sexualität sein. Aufgabe des Logotherapeuten ist es ebenfalls, hervorzuheben, wenn Leiden zur Leistung wird, wenn der Erkrankte so den Sinn des Augenblickes lebt, dabei innerlich wächst und reifer wird. „Die Reifung jedoch beruht darauf, dass der Mensch zu innerer Freiheit gelangt – trotz äußerer Abhängigkeit“ (Frankl, 1984; zitiert nach Albrecht, 2006, S. 215). Es entsteht damit eine Kraft, wodurch das Schicksal innerlich bewältigt wird und sich ein Friede ausbreiten kann.

4.2.2. Sokratischer Dialog

Im logotherapeutischen Gespräch hat sich der sokratische Dialog sehr bewährt. Stavemann (2007) beschreibt den philosophisch orientierten Fragestil, bei dem der Therapeut um Verständnis bemüht und dem Betroffenen zugewandt ist. Der Klient kann dabei bestimmte Wertbegriffe definieren und alte Sichtweisen reflektieren. Der Therapeut respektiert seine Freiheit und Würde und gibt kein Ziel oder keinen Sinn vor. Der Ratsuchende erkennt Widersprüche und Mängel und kommt eigenständig zu neuen Erkenntnissen. In der Art von Sokrates vermittelt der Therapeut dabei kein Wissen, sondern stellt gekonnt naive Fragen. Diese können folgendermaßen lauten: „Was ist zurzeit Ihre größte Hoffnung?“, „Was hindert Sie daran?“

Mit dem sokratischen Dialog kann das Selbstvertrauen gestärkt werden und der Klient übernimmt Eigenverantwortung. Der Autor betont, dass verschiedene Regeln beim Führen eines solchen Dialoges eingehalten werden müssen. So muss ein konkretes Thema aus dem Patientenalltag vorliegen, bei dem beispielsweise eine irrationale Grundüberzeugung und Anspruchshaltung besteht. Mit einfachen, kurzen und präzisen Fragen können unter anderem moralische Fragen im Zusammenhang mit der Sexualität überprüft werden. Der Therapeut zeichnet sich dabei mit einer offenen Haltung aus, hält sich mit Kritik zurück und gibt dem Klienten so viel Zeit, wie dieser benötigt.

4.2.3. Dereflexion

Mit der Dereflexion wendet man sich von seinem Gedankenkreisen um die eigene Person bzw. um die eigene Krankheit ab. Es kommt zur Selbstdistanzierung, welche die innere Voraussetzung für die Zuwendung zu Sinnvollem (Selbsttranszendenz) ist. So

werden die Gedanken frei von Problemen. Die Dereflexion vermindert die Egozentrierung und Hyperreflexion sowie deren Auswirkungen.

Es ist erstaunlich, welche Kraftreservoirs im Menschen existieren, die normalerweise versteckt sind, aber beim Aufleuchten eines solchen Sinnes plötzlich ihre Schleusen öffnen. Und es ist mindestens ebenso erstaunlich, wieviele unwichtige Probleme sich auflösen, wenn sie nicht mit Beachtung genährt werden“ (Lukas, 2014, S. 62).

Eine ungezielte und grundsätzliche Dereflexion bedeutet in erster Linie nicht speziell die Aufwertung neuer Sinnmöglichkeiten, sondern vielmehr ein Unwichtig-Werden der eigenen Problematik. Das geschieht in dem Maße, wie etwas außerhalb des Selbst Liegendes an Wichtigkeit gewinnt.

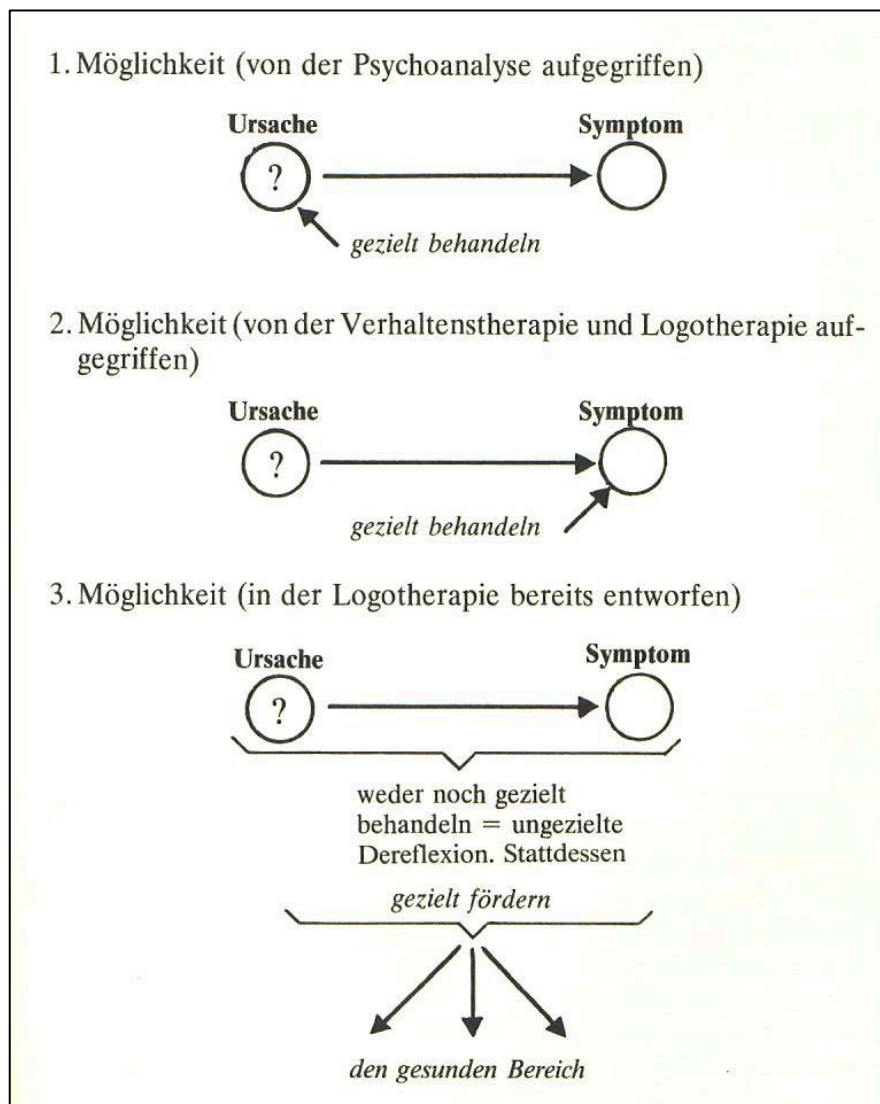


Abbildung 22: ungezielte Dereflexion (Lukas, 1991, S. 187)

4.2.4. Einstellungsmodulation

„... dank der Möglichkeit, noch im Leiden einen Sinn zu finden, das Leiden auf der menschlichen Ebene in eine Leistung zu transfigurieren – mit einem Wort, Zeugnis abzulegen von etwas, dessen der Mensch fähig ist, eben noch im Scheitern“ (Frankl, 2005b, S. 17).

Die Einstellungsmodulation soll „dem Patienten helfen, seine Einstellung zu etwas zu verbessern“ (Lukas, 2014, S. 101). Einerseits fördert sie die „Trotzmacht des Geistes“ und hilft auf diesem Weg, Negatives zu bewältigen. Durch die geistige Dimension muss sich der Mensch nicht alles gefallen lassen, auch nicht von sich selbst. Die Einstellung zu Unveränderbarem kann er immer frei wählen. So kann er unabänderliches Leid in menschliche Leistung verwandeln. Andererseits fördert die Einstellungsmodulation den „Willen zum Sinn“ und damit die Einstellung zu Positivem und dessen Ausschöpfung. Durch die Änderung der negativen in eine positive Einstellung lassen sich viele Probleme mildern oder lösen.

An dieser Stelle sei ein Beispiel für die Einstellungsmodulation angeführt: Die Erkenntnis, dass man nicht die Erkrankung *ist*, sondern diese *hat*, führt zur Selbstdistanzierung. Der Mensch ändert das Urteil über die persönlichen Gegebenheiten und eröffnet sich dadurch einen größeren Gestaltungsraum (Anm. d. Verf.).

4.2.5. Selbstdistanzierung durch Humor

Sprichwörter wie „Humor ist, wenn man trotzdem lacht“ oder „Mit Humor geht alles besser“ weisen bereits auf dessen tiefgründige und befreiende Wirkung hin. Frankl spricht vom Sinn des Unsinnns sowie seiner gesundheitsfördernden Wirkung und meint: „Schließlich ist der Humor ein wesentlich menschliches Phänomen und ermöglicht als solches dem Menschen, sich von allem und jedem und so denn auch von sich selbst zu distanzieren, um sich vollends in die Hand zu bekommen“ (Berschneider, Maria & Berschneider, Werner, 2015, S. 21).



Abbildung 23: Karikatur von V. E. Frankl
(Hischhausen, 2015, S. 1)

Humor bringt Distanz und mitunter ein befreiendes Lachen. Beispielsweise durch die Aussage der Interviewpartnerin „Ich habe jetzt den Hintern vorn und kann so auch darauf schauen“ wird das Problem des gestörten Körperbildes schwindend klein und Gelassenheit kann einkehren (Vergleiche dazu Kapitel 3.4.3.3., S. 53).

Humor in der Psychotherapie setzt eine gute Vertrauensbasis und die Humorfähigkeit sowohl des Therapeuten als auch des Klienten voraus. Die Technik der paradoxen Intention darf keinesfalls bei realen Ängsten (z. B. Rezidivängsten) und auch nur mit einem besonders hohen Feingefühl bei sexuellen Problemen eingesetzt werden. In der Intervention wird das Gefürchtete – humorvoll übertrieben – sehnlichst herbei gewünscht. Der Humor setzt eine innere Distanz zum belachenden Gegenstand voraus. Mit der Selbstdistanzierfähigkeit, welche im noo-psychischen Antagonismus gründet, wird der Teufelskreis durchbrochen. Es entsteht Abstand vom Ernst der Situation und das Gedankenkreisen hat ein Ende. Der Klient beginnt seine eigenen Schwächen zu akzeptieren (Riedel, Deckart und Noyon, 2015).

Die Autoren sehen es als notwendig an, dem Klienten davor den Circulus vitiosus der Erwartungsangst sowie das Rationale zu erklären. Auch nach der Durchführung bedarf es noch einer Begleitung, möglicherweise einer Wiederholung der Intervention sowie eine Stabilisierung der Fortschritte.

4.2.6. Edukation

Der Begriff „Edukation“ wird vom lateinischen „educare“ abgeleitet und bedeutet aufwachsen lassen oder erziehen. Die Patienten sowie auch ihre Angehörigen sollen durch Hintergrundinformationen, Wissensvermittlung, praktische Anleitungen und Ähnlichem ein gesundheitsförderndes Verhalten lernen.

4.2.6.1. Edukation im Zusammenhang mit dem veränderten Körperbild

Für das Handling der neuen Situation, für den Umgang mit dem Stoma, dem neuen Körperbild und für die Ausweitung der Perspektiven in der Sexualität sind wichtige sachliche Informationen, eingebettet in ein wohlwollendes Konzept, erforderlich. Für Spezialinformationen kann es notwendig sein, auf Experten in diesem Gebiet zu verweisen. Beispiele dazu hat Frau Signer im Rahmen ihres Interviews gegeben:

„Die Patienten werden mit dem Foto eines gut angelegten Stomas vorher darauf vorbereitet und es wird ihnen erklärt, dass das keine Wunde ist. Manche haben die Vorstellung, da wäre ein Loch im Bauch, daher ist es wichtig, ihnen gleich im Vorfeld eine Idee zu geben, wie ein Stoma ausschauen kann – im Idealfall. Natürlich haben wir dann Situationen, wo das Stoma tatsächlich nicht schön aussieht. Dann müssen wir die Patienten trösten, denn es wird meist besser, weil sich das Stoma ja durch die Wundheilung verändert und verkleinert. Leider gibt es Stomaanlagen die wirklich schlecht gelungen sind, weil es operationstechnisch sehr schwierig war. Daher darf man im Vorfeld keine hohen Erwartungen erzeugen, sondern soll nur erklären, wie ein Stoma aussieht. Und dann müssen die Menschen besonders gut unterstützt werden.“ (Kapitel 9.2., S. xvi)

„Die Patienten kommen ungefähr am dritten, vierten oder fünften Tag nach der Operation das erste Mal zu uns, wo dann der Schulungsprozess aktiv startet. Ja, wir machen diesen meistens in der Ambulanz bei uns, wenn die Patienten mobil sind, weil sie da eine geschützte Atmosphäre haben. jeden Tag ein Schritt: Das erste Mal hinschauen, das zweite Mal beim Ablösen des Beutels helfen, das dritte Mal beim Reinigen helfen, das vierte Mal den Beutel anlegen versuchen. Das machen wir wirklich so in ganz kleinen Schritten. Immer wieder üben, damit die Betroffenen langsam die

Chance haben, sich an die neue Situation zu gewöhnen. Wir legen ihnen auch ein Dufttüchlein zur Nase, um diese vom Geruch abzulenken. Da haben wir dann manchmal die Situation, dass sie es sich nicht vor die Nase halten, sondern vor die Augen [lacht]. So beobachten wir, wie gut es der Patient schafft, sich zu beteiligen und die Schritte mit uns zu gehen. Wenn es nicht gelingt, dann gehen wir wieder einen Schritt zurück und sagen, heute verwöhnen wir ihn.“ (Kapitel 9.2., S. xviii)

„Eben zuerst Versorgungssicherheit, Körperbild und dann kommt Sexualität. Und dann geben wir auch so konkrete Tipps. Wenn sie mit dem Stoma noch recht unsicher sind, dass sie dann einfach versuchen, Körperkontakt und Berührung an anderen Stellen zuzulassen. Dass sie sich trauen, an den Partner zu kuscheln und streicheln zu lassen – im Oberkörperbereich.“ (Kapitel 9.2., S. xxiii)

„Und irgendwie etwas über das Stoma legen – verstecken. Wir ermutigen sie, Körperkontakt zu pflegen. Manche gehen so entspannt damit um, dass sie von vornherein kein Problem haben. Die sagen gleich: ‚Das ist für mich überhaupt kein Problem. Und mein Mann hat mir auch gesagt, es ist für ihn kein Problem. Und fertig.‘ Da braucht es nur zwei Sätze. Manche brauchen eben ein bisschen mehr Ermutigung.“ (Kapitel 9.2., S. xxiii)

„Ein junger Mann, noch dazu der Sohn eines Pflegers bei uns im Haus, der eine Rektum-Amputation bekommen hat, der – falsch: eine Rektumresektion bekommen hat und auf die Rückoperation gewartet hat bzw. auch operiert worden ist. Bei dem habe ich schon sehr früh nachgefragt, wie es ihm mit der Sexualfunktionsstörung geht. Ich habe gemerkt, dass er am Anfang noch ein bisschen scheu war. Ich habe ihn dann ganz konkret ermutigt – das macht meine Kollegin gleichermaßen – dass er sehr früh die gestörte Erektion unterstützen soll. Also ähnlich wie wir das bei den prostatektomierten Männern machen. Noch gar nicht in Bezug auf Paarbeziehung und Geschlechtsverkehr, sondern einfach um die Schwellkörperfunktion zu unterstützen und zu fördern.“ (Kapitel 9.2., S. xxvii)

„Bei den Frauen geht es immer wieder darum, wie geht es ihnen mit der Scheide. Gerade auch, wenn sie bestrahlt werden. Und da ermutigen wir die Frauen, wenn wir

sie schon zum ersten Mal zum präoperativen Gespräch sehen und haken nach: „Haben Sie das Informationsbüchlein zur Scheidenpflege bekommen? Tun Sie das eh? Machen sie das wirklich auch weiter, dass Sie Obacht geben, damit die Scheidenblättchen nicht verkleben und dass da keine Engstellen auftreten? Weil das dann ein Verhinderungsgrund für eine lustvolle, genitale Sexualität ist. Leider können nicht alle Schäden, die durch eine Strahlentherapie entstehen, verhindert werden. Z. B. eine Blutungsneigung beim Geschlechtsverkehr ist für viele oft etwas, womit sie sich arrangieren müssen. Aber oft ist es schon ein Erfolg, wenn die Scheide nicht eng wird, und wenn die Scheidenhaut wieder soweit stabil wird, dass ein Geschlechtsverkehr möglich ist.“ (Kapitel 9.2., S. xxviii)

„Männer brauchen manches Mal dezidiert die Ermutigung: ‚Genießen Sie einfach nur Körperkontakt und Nähe.‘ Und klar aussprechen: ‚Das andere verschieben wir auf später‘“ (Kapitel 9.2., S. xxv).

4.2.6.2. Psychoedukation

Die Psychoedukation ist eine fachliche Aufklärung. Durch Informationen über die Belastung einerseits, aber auch über die Methoden und Techniken wird der Patient zum Experten seiner Erkrankung. Hinweise über die Häufigkeit von psychischen Folgeerscheinungen oder Informationen über mögliche psychische und physische Ursachen können entlastend wirken.

Die Erklärung des Teufelskreises der sexuellen Erwartungsangst ist unerlässlich, wenn die Gedanken um den sexuellen Akt kreisen und dies die Sexualität als intentionaler Akt echter Liebe stört. Die verschärfte Selbstbeobachtung führt erst recht zum sexuellen Versagen. Der unsicher gewordene Mensch intendiert nicht mehr den Partner, sondern den Sexualakt. Hingegen kann man sich nur dann liebend an den Partner hingeben, wenn man sich *nicht* gleichzeitig erwartend beobachtet. Die Echtheit der sexuellen Intention ist ebenfalls unerlässlich für die Potenz, insbesondere für das sexuelle Vermögen des Mannes. Frankl (2005a) pointiert es mit folgenden Worten: „... je mehr es dem Menschen um Lust geht, um so mehr vergeht sie ihm auch schon. Je mehr einer nach der Lust *jagt*, desto mehr *verjagt* er sie auch schon“ (S. 210). Menschliche Sexualität ist somit mehr als bloße Geschlechtlichkeit, mehr als Ausdruck der Lust an

und für sich. Sie ist Ausdruck für eine Liebesbeziehung und dahin sollen auch die Gedanken gelenkt werden.

Die Phantasie und der Humor der Betroffenen sollen angeregt werden. Die Krebsliga (2017) spricht in besonderen Fällen ein „Erektionsverbot“ aus. Dies kann die Lust erhöhen, das „Einander-Genießen“ und den gemeinsamen Spaß forcieren. Ohne vollständige Erektion ist beispielsweise Geschlechtsverkehr möglich, indem die Frau rittlings auf dem Mann sitzt und mit ihren Händen beim Einführen des Penis mithilft. Außerdem erweitert das Artikulieren der eigenen Wünsche die Möglichkeiten. Alles, was beiden guttut und Freude bringt, ist erlaubt. Sei es orale Stimulation, Selbststimulierung oder die Zuhilfenahme von Hilfsmitteln. Insbesondere ein Mann mit Erektionsstörungen soll nachdenken, welche Sexualpraktiken ihm ein kraftvolles Gefühl bringen.

4.2.6.3. Nooedukation

Die Nooedukation ist eine erklärende Technik, welche geistige Prozesse beschreibt und deutet. Wiesmeyr (2016) initiiert damit Sinnerfahrungen beim Klienten, indem er Erfahrungen und das Wissen im Zusammenhang von Körper, Geist und Seele, dem Wert für das Person-Sein und Mensch-Sein darlegt. Während der Therapie können auf diesem Wege unterstützende Informationen und Klärungsangebote einfließen.

Als Beispiel ist hier die Trauer um den Verlust der körperlichen Intaktheit angeführt. Die Trauer, nicht zu verwechseln mit der Depression, ist ein intentionales Gefühl, welches zur Heilung und Integration unseres Menschseins beiträgt. Dieser Weg führt nicht an leidvollen und schmerzlichen Erfahrungen vorbei. Ganz im Gegenteil, erst das Hindurchgehen ermöglicht den Abschied und ein Loslassen (Idem).

Für die Klienten oftmals hilfreich ist auch das psychiatrische Credo von Frankl (2005b), welches besagt, dass die geistige Person zwar störfähig, aber nicht zerstörfähig ist (S. 109). Damit ist der unbedingte Glaube an den personalen Geist begründet.

4.2.7. Körperarbeit

Durch eine Hyperreflexion kann es erst recht zu Ängsten und in weiterer Folge zu Verspanntheit kommen. Ein „Sich-Fallen-Lassen“ rückt durch die negativen Erfahrungen und Sorgen – so die Interviewpartnerin – weit in die Ferne. Meditationen, beispielsweise durch CDs oder andere digitale Medien, können unkompliziert zu Hause genutzt werden und zur Entspannung beitragen (Vergleiche dazu Kapitel 3.4.3.1. und 3.4.3.3.).

Deckart (2006) empfiehlt verschiedene Entspannungsverfahren wie Autogenes Training und Körper-Achtsamkeitsübungen. Damit gewinnt der Betroffene an eigener Sicherheit, beginnt wieder die eigene Mitte zu spüren und wird ruhiger.

Atemübungen sind eine gute Methode, im Hier und Jetzt zu landen. Kabat-Zinn (2013), emeritierter Professor für Medizin an der University of Massachusetts Medical School in Worcester, sieht die Achtsamkeitspraxis als Möglichkeit, mit sich selbst in Kontakt zu kommen. Ohne zu bewerten, zu verurteilen, zu kritisieren, ohne etwas erreichen zu wollen, einfach im Moment zu verweilen. Der Atem selbst steht in Verbindung mit allen physischen und psychischen Prozessen. Er verhilft dazu, Empfindungen im Körper wahrzunehmen. Der Körper darf einfach er selbst sein, egal welche Empfindungen gerade vordergründig sind, welche kommen und gehen. Die Übungen tragen zur Steigerung von Konzentration und Lebenskraft bei.

Folgende Atemübung des Autors lässt sich ohne große Umstände im Alltag umsetzen. Sie kann im Stehen, Sitzen oder im Liegen durchgeführt werden. Die Wirbelsäule soll dabei aufgerichtet sein, die Schultern sollen sich entspannen und die Handinnenflächen weisen nach oben (im Sitzen/Liegen) oder nach vorne (im Stehen). Die Augen sind optimalerweise verschlossen oder fixieren einen Punkt im Raum. Nun wird die Aufmerksamkeit auf den Atem gelenkt. Zuerst auf das Einatmen, welches rund vier Sekunden dauert. Man spürt das Heben der Bauchdecke. Alles verläuft ohne Anstrengung. Beim Ausatmen (sieben Sekunden) senkt sich die Bauchdecke. Die beiden Hände, welche mit der Handinnenfläche auf dem Bauch liegen, spüren diese Bewegung nach. Auftauchende Gedanken ziehen wie Wolken am Himmel vorbei. Sie werden weder bewertet noch festgehalten, sondern die Konzentration richtet sich wieder auf den Körper, auf den Atem und auf den Geist. Man nimmt die Empfindungen des

Körpers in ihrer Ganzheit wahr – egal wie sich der Bauch in diesem Augenblick anfühlt. Vollkommen, wie er ist – in seiner Ganzheit. Die Dinge dürfen so sein, wie sie sind. Nach drei bis zehn Minuten kann man die Übung beenden, indem man die Hände zu Fäusten ballt, sich streckt und langsam wieder die Augen öffnet.

4.2.8. Sinnfindung

Eine No-Future-Erfahrung bringt eine Halt- und Orientierungslosigkeit. Sie trübt den Blick für die Sinnwahrnehmung. Der Therapeut ist in einer solchen Situation gefordert, eine vorhandene Quelle zu reaktivieren. Anhand Frankls Wertekategorien können so Sinnmöglichkeiten vom Patienten gefunden werden (Albrecht, 2006).

Durch die Diagnose Krebs schwebt die Endlichkeit des Lebens bzw. deren Vergänglichkeit wie ein Damoklesschwert über dem Menschen. Keiner weiß um die Stunde noch um den Ort des Sterbens. Trotzdem gibt es einen gravierenden Unterschied: Der Gesunde kann jederzeit krank, der Kranke allerdings nicht jederzeit gesund werden. Lukas (2003) geht mit den Patienten auf Sinnsuche. Ein möglicher Lebenssinn kann es sein, Lehrmeister für das Umfeld zu werden. Und zwar, indem sich der Kranke auf die wahren Werte im Leben besinnt. Leistung und Erfolg verlieren demnach an Bedeutung, wie auch Karin im Interview erzählt. Das Leben in seiner Tiefe, die Familie und kleine Freuden gelangen in den Vordergrund.

Lukas (1991) hat einen schematischen Behandlungsplan für das logotherapeutische Vorgehen entworfen. Es ist allerdings – je nach Situation – auch möglich, die eine oder andere Stufe zu übergehen. Die vier Stufen, die die „Gesundung durch Sinnerfüllung“ unterstützen, sind:

- Stufe 1: Fähigkeit zur Selbstdistanzierung wecken und fördern.
- Stufe 2: Eine psychohygienisch ungesunde Einstellung in eine gesunde überführen (Einstellungsmodulation).
- Stufe 3: Symptome reduzieren und die neue Stabilität sichern.
- Stufe 4: Sinnorientierung durch die Sensibilisierung für neue Sinnmöglichkeiten erweitern.

Der Sinn, welcher gerade jetzt verwirklicht werden will, variiert, wie Frankl (2005a) schreibt: „... die Aufgabe wechselt nicht nur von Mensch zu Mensch – entsprechend der Einzigartigkeit jeder Person –, sondern auch von Stunde zu Stunde, gemäß der Einmaligkeit jeder Situation“ (S. 102). Gerade angesichts des Verlustes der körperlichen Gesundheit besteht Gefahr, dass diese Sinnmöglichkeiten versäumt werden.

Eine Gelegenheit ist beispielsweise der Sinn der Liebe. Ist es die Lust, die befriedigt werden will oder liegt der Sinn in der Begegnung menschlichen Seins in Form eines Du? Über den Weg der Beziehung stellt sich – sozusagen als Nebenwirkung – Glück/Lust ein, die Körperlichkeit aber steht nicht im Mittelpunkt. Die Lust und damit auch der verletzte Körper werden *nicht* zum Gegenstand der Aufmerksamkeit (Frankl, 2006).

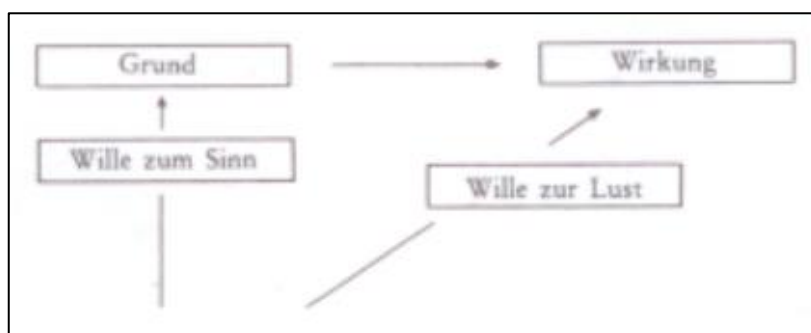


Abbildung 24: Wille zum Sinn (Frankl, 2006, S. 101)

Biller und Stiegeler (2008) nutzen die Metapher vom Bumerang in Bezug auf die Sinnfindung. Der Bumerang kommt nur dann zurück, wenn er sein Ziel verfehlt. So ist es auch mit den Aufgaben, denen sich der Mensch zuwendet. Scheitert er, kann er sich den sinnstiftenden Aufgaben nicht hinwenden und verfehlt sich so im Menschsein. Er beginnt sodann mit verstärkter Selbstbeobachtung (Vergleiche dazu Biller & Stiegeler, 2008, S. 398).

4.2.9. Ressourcen stärken

Und nicht zuletzt arbeitet die Logotherapie mit den Ressourcen des Betroffenen. Dies können die Familie, Freunde, besondere Interessen und Ziele sein. Die eigenen Talente motivieren und aktivieren eine Veränderung. Der Sinn ist die Motivation, warum es sich lohnt, die Krankheit zu bewältigen. Die Hoffnung wirkt in der psychoonkologischen Betreuung besonders stark. Durch den Blick auf die Ressourcen, wird sich der Klient seiner gesunden Anteile bewusst. Er erkennt, dass er in seiner Ganzheit gesehen wird.

So stärkt Gstirner (2015) das Selbstwertgefühl des Erkrankten. Dieser kann sich durch das Bewusstwerden seiner besonderen Fähigkeiten besser seinen Problemen stellen.

Die Ressourcenarbeit bezieht sich einerseits auf die Vergangenheit und andererseits auf die Gegenwart und Zukunft. Der Klient soll den Blick auf das Gelungene richten. Das muss geübt werden, denn „Für gewöhnlich sieht der Mensch nur das Stoppelfeld der Vergänglichkeit; was er übersieht, sind die vollen Scheunen der Vergangenheit“ (Frankl, 2005a, S. 134).

Gstirner (2015) lobt die Klienten für „Normales“ und lässt dadurch Ressourcen bewusst werden. Durch Werteumformulierung kann auch die Einstellung geändert werden. So kann es bedeuten, dass jemand zwar nicht mitreißend erzählen kann, doch sein Talent im Zuhören findet. Die eine oder andere Begabung ist außerdem auch in Vergessenheit geraten. Hier hilft die Frage: „Was haben Sie als Kind gerne gemacht?“ Auch neue Ressourcen können geschaffen werden. Durch die Frage „Was spricht an?“ werden Ideen gewonnen. Mit einer Liste der Dankbarkeit, Freude und des Lobes, die der Betroffene jeden Abend ergänzt, kann ebenfalls die Scheune gefüllt werden. Auch körperliche Bewegung – möglicherweise nur in sehr geringem Umfang – trägt zur Selbstwertsteigerung bei. Einem möglichen Perfektionismus soll bewusst entgegengesteuert werden.

4.3. Intentionale Liebe

Viktor Frankl hat im Frühjahr 1946 die Krankenschwester Elly Schwindt kennengelernt. Er hat sie im darauffolgenden Jahr geheiratet. Es war wohl intentionale Liebe, da er als hoch betagter, fast blinder Mann in unregelmäßiger Schrift in dem Buch „Homo Patiens“ folgende Widmung hinterließ: „Für Elly, der es gelungen ist, den seinerzeitigen ‚homo patiens‘ (leidenden) in einen ‚homo amans‘ (liebenden) zu verwandeln“ (Graf, 2007, S. 42).

Wie auch die Interviewpartner berichten, vermag echte Liebe den Erkrankten weit mehr als nur zu stützen. In dem Wissen geliebt zu werden, kann der Betroffene Sinn finden. Es entsteht Hoffnung für ein Wofür. Er erkennt, es lohnt sich – der Liebe willen – die Erkrankung und die Therapien zu ertragen.

Frankl (2005b) schließt die intentionale Liebe in der Selbsttranszendenz ein. Selbsttranszendenz definiert er mit den Worten: „... ganz Mensch ist der Mensch eigentlich nur dort, wo er ganz aufgeht in einer Sache, ganz hingegeben ist an eine andere Person. Und ganz er selbst wird er, wo er sich selbst – übersieht und vergißt [*sic*]“ (S. 47).

5. Conclusio

Diese Master Thesis lässt den Schluss zu, dass unter anderem die Einstellung des Menschen zu seiner Erkrankung für die Bewältigung und Neudefinierung des Lebens und der Liebe wesentlich ist. Die Existenzanalyse und Logotherapie kann hierbei erhellend wirken.

5.1. Resümee

Mit dieser Arbeit wurde versucht, Vermutungen aufgrund der Erfahrungswerte in der Arbeit mit Stomapatienten aus wissenschaftlicher Sicht auf den Grund zu gehen. Das Thema Logotherapie und Stoma nach kolorektalem Karzinom bzw. Stoma und Sexualität kann damit aber nicht abschließend behandelt werden.

Die zentrale Fragestellung war, nach existenzanalytischen und salutogenetischen Ansätzen bei Menschen mit Stoma nach Darmkrebs zu suchen. Dabei wurde der Bezug zur Sexualität in den Mittelpunkt gestellt. Ohne ein besonderes Vorwissen der Betroffenen waren es die Einstellungswerte bzw. die Einstellungsmodulation, welche sehr zur positiven Verarbeitung der Erkrankung und zur Steigerung der Lebensqualität beitragen. Auch die erlebte und selbst geleistete Selbsttranszendenz sowie die Liebesbeziehung zum Partner auf geistiger, emotionaler und körperlicher Ebene fanden ihren Ausdruck. Die Expertin kann diesbezüglich in ihrer langjährigen Berufserfahrung ebenfalls aus dem Vollen schöpfen.

In Erwartung von geschlechtsspezifischen Unterschieden wurden eine Frau und ein Mann interviewt. In den konkreten Fällen fand man Gemeinsamkeiten. Für beide war die Beziehung zum Partner primär. Das veränderte äußere Erscheinungsbild und die Funktionalität des Stomas waren relativ kurz (Frau) bzw. sind bis in die Gegenwart (Mann) im Zentrum des Denkens. Das Verlangen nach Nähe und Intimität ist bei beiden gegeben. Durch die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen sowie der abweichenden zeitlichen Distanz zur Diagnose und den Therapien werden die sexuellen Beziehungen unterschiedlich gelebt. So waren wider Erwarten das sexuelle Verlangen, der Wunsch nach genitaler Intimität sowie die Sorgen und Ängste aufgrund der Einschränkungen durch die Operation und Therapien bei der Frau höher als beim Mann. Dies kann daran

liegen, dass diese schon jahrelang in einer gut funktionierenden Ehe lebt und die Diagnose bereits sechs Jahre zurück liegt. Im Gegensatz dazu lernte der interviewte Mann seine Partnerin erst kurz vor seinen Erkrankungen kennen. Seine letzte Therapie lag zum Zeitpunkt des Gespräches noch kein Jahr zurück.

Grundsätzlich müssen die bestehenden Muster der Sexualität und Intimität der Betroffenen nach der Tumorerkrankung neu definiert werden. Ein neues Ich- sowie auch ein neues Wir-Gefühl sollen sich etablieren. Die Beziehung und die Erkrankung mit all ihren Belastungen für den Betroffenen, aber auch für die Angehörigen, bedürfen einer besonderen Sensibilität und Klarheit.

Durch die existenziellen Sorgen, Ängste und die Hilflosigkeit soll der Partner nicht irre geleitet werden. Ein offenes Gespräch ruft bei den Beteiligten Erleichterung hervor. Im Falle einer Therapie ist es die Aufgabe des Therapeuten, mit dem entsprechenden Feingefühl die Themen im wahrsten Sinne des Wortes beim Namen zu nennen. In Bezug auf die Sexualität wird emotionale und physische Intimität initial Vorrang haben. Erst wenn wieder der Alltag einkehrt, erlangt die genitale Sexualität – sofern sie auch davor gelebt wurde – wieder mehr Relevanz. Zu diesem Zeitpunkt soll geklärt werden, was möglich ist und was nicht bzw. was unter den neuen Voraussetzungen Gefallen findet bzw. eben nicht.

5.2. Stärken und Schwächen der Logotherapie

Mit dieser Arbeit wurde auch versucht, ein logotherapeutisches Konzept zur Behandlung von Stomapatienten nach Darmkrebs zu entwickeln. Diesbezüglich ergaben sich umfangreiche Möglichkeiten, da Frankl die tragische Trias Leid, Schuld und Tod bzw. die ärztliche Seelsorge sowie die echte Liebe in der Selbsttranszendenz oft in den Mittelpunkt stellt.

In der Therapie bedient sich der Therapeut neben den typischen logotherapeutischen Techniken wie Dereflexion, Einstellungsmodulation, Sinnfindung und Ressourcenarbeit auch des Sokratischen Dialoges oder der Trauerbewältigung nach Kast. Entspannungsverfahren und edukative Maßnahmen nehmen ebenfalls einen wichtigen Platz ein.

Im Mittelpunkt muss dabei der Mensch stehen, welcher seinen persönlichen Umgang mit der Sexualität pflegt und individuelle Erwartungen und Wünsche hat. Mit viel Einfühlungsvermögen und – wohl sehr wesentlich – durch das Eröffnen des Gespräches können Logotherapeuten den Klienten unterstützen, damit sie nach der Diagnose Krebs ein ausgefülltes Sexualleben wiedererlangen.

Doch neben Frankls Menschenbild und den im Kapitel 4 beschriebenen Techniken ist es notwendig, dass sich der Therapeut zusätzlich ein ausreichendes sexualmedizinisches Wissen zulegt. Denn wie die Persönlichkeit des Menschen aus der Dreidimensionalität erwächst, so bedarf es auch ein alle Ebenen betreffendes Grundlagenwissen. Nur wenn der Therapeut die ganze Persönlichkeit wahrnimmt, Körper, Geist und Seele gleichermaßen berücksichtigt, kann Therapie nachhaltig gelingen.

Auch Reisman fordert die Psychotherapeuten auf, sich das notwendige Know-how anzueignen. Er spannt den Bogen von theoretischem Wissen über Sexualität, dem Einfluss der Tumorerkrankung und dem Wissen über die Rolle des Partners bis zum Bewusstmachen der eigenen Überzeugungen, Stereotypen und Limitationen (Egger, 2017).

Schlussendlich aber ist es immer die personale Begegnung, das Wie des Therapeuten, ob Erfolge erzielt werden. Frankl (2005a) betont dies mit den Worten: „Nie kommt es auf eine Technik an, sondern immer nur auf denjenigen, der die Technik handhabt, auf den Geist, in dem sie gehandhabt wird“ (S. 18).

5.3. Ausblick

In dieser Arbeit wurden lediglich eine Frau und ein Mann im deutschsprachigen Raum sowie eine Expertin interviewt. Das lässt keinen Rückschluss auf die Gesamtbevölkerung zu. Dieses komplexe Thema soll daher in weiteren wissenschaftlichen Arbeiten, sei es in qualitativen oder/und quantitativen Studien, untersucht werden. Fragen rund um die Notwendigkeit und Art der fachlichen Begleitung nach der Diagnose und im Gesundungsprozess sind bedeutend. Der aktuelle Zustand rechtfertigt Untersuchungen zum Screening auf Körperbildstörungen sowie zu

Problemen in der Sexualität bei künstlichem Darmausgang nach Krebs, um eine Anpassung zu fördern.

Doch auch ein umfangreiches Forschen wird das Thema Krebs, Stoma und daraus resultierende sexuelle Probleme nie erschöpfend behandeln. Gerade diese Thematik ist äußerst individuell und hängt u. a. von der Häufigkeit und Qualität des Sexuallebens vor der Diagnose ab.

Da es für die Betroffenen als sehr wertvoll beschrieben wird, wenn sie das Gefühl bekommen, mit der Erkrankung nicht allein zu sein, sei an dieser Stelle auch den ehrenamtlichen Mitarbeitern diverser Selbsthilfegruppen gedankt. Sowohl in Österreich als auch in Deutschland haben diese nicht nur ein Ohr für die Betroffenen, sondern stehen mit Rat, Tat und Erfahrung zur Seite. Es werden Broschüren und Fachvorträge angeboten, Veranstaltungen – auch zum Gedankenaustausch – organisiert und in den Internetforen eine rege, ortsunabhängige Kontaktmöglichkeit geschaffen.

Einige Selbsthilfegruppen werden hier angeführt, welche aber keineswegs den Anspruch auf Vollständigkeit haben:

Deutsche ILCO e. V. (Bundesweit organisierte Selbsthilfevereinigung von Stomaträgern und von Menschen mit Darmkrebs)

Krebsliga Schweiz

Österreichischer ILCO Stoma-Dachverband

Österreichische Krebshilfe

Selbsthilfe Darmkrebs Österreich

Selbsthilfegruppe für Menschen mit Darmkrebs Bayerisches Rotes Kreuz

Mit den Worten von Steinvorth (2004) möchte ich meine Master Thesis abschließen:

„Eines haben alle krebskranken Menschen gemeinsam: Jeder ist anders!“ (S. 1).

6. Literaturverzeichnis

- Adolph, Holger, Blettner, Gabriele, Follmann, Markus, Englert, Gerhard, Heckl, Ulrike, Isele, Berthold et al. (2016). *Psychoonkologie. Psychosoziale Unterstützung für Krebspatienten und Angehörige. Patientenleitlinie*. Zugriff am 03.11.2017. Verfügbar unter http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Patientenleitlinien/Patiententleitlinie_Psychoonkologie.pdf
- Albrecht, Giosch. (2006). Der leidende Mensch und der Wille zum Sinn. In Otmar Wiesmeyr & Alexander Batthyány (Hrsg.), *Sinn und Person. Beiträge zur Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor E. Frankl* (S. 205-216). Weinheim: Beltz Verlag.
- Altschuler, A., Ramirez, M., Grant, M., Wendel, C., Hornbrook, MC., Herrinton, L. et al. (2009). The influence of husbands' or male partners' support on women's psychosocial adjustment to having an ostomy resulting from colorectal cancer. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 36(3), 299-305.
- Antonovsky, Aaron. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Franke, Alexa & Schulte, Nicola, Übersetzer). Tübingen: dgvt Verlag.
- Batthyany, Alexander, Biller, Karlheinz & Fizzotti, Eugenio. (Hrsg.). (2006). *Viktor E. Frankl. Gesammelte Werke, Band 2. Psychologie des Konzentrationslagers. Synchronisation in Birkenwald. Und ausgewählte Texte 1945-1993* (1. Auflage). Wien: Böhlau Verlag.
- Berschneider, Maria & Berschneider, Werner. (2015). Humor kann heilen. In Eckart von Hirschhausen (Hrsg.), *Viktor E. Frankl und der Humor. Festschrift zum Benefizvortrag „Humor hilft heilen“* (S. 20-22). Wien: Eigenverlag Viktor Frankl Zentrum.
- Biller, Karlheinz & Stiegeler, Maria de Lourdes. (2008). *Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor E. Frankl. Sachbegriffe, Metaphern, Fremdwörter*. Wien: Böhlau Verlag.
- Boelker, Thomas & Webelhuth, Wolfgang. (2003). *durch dick und dünn. Das Buch für Stomapflege und Harnableitung* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Menden: Verlag Druckhaus Schmücker.
- Bragagna, Elia. (2016). „Österreich, eine sexuell gesunde Gesellschaft?“ Zugriff am 10.12.2017. Verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/1/0/CH0995/CMS1486564043004/bragagna_sexuellegesundheit_praesentation_bmgf_juni2016.pdf
- Bragagna, Elia, Crevenna, Richard, Eberz, Barbara, Ettenauer, Thomas, Geiss, Ingrid, Hartmann, Uwe et al. (2017). *Sexuelle Gesundheit. Ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem? Tagungsbericht 2016*. Wien: Eigenverlag Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Breitenstein, Urs. (o.J.). *Krebs und Sexualität. Ein Tabuthema?* Zugriff am 03.11.2017. Verfügbar unter http://www.patientenforum.ch/fileadmin/patientenforum/Veranstaltungen/Krebs_und_Sexualitaet_-_Ein_Tabu-Thema.pdf

- Buber, Martin. (1983). *Ich und Du*. (11., durchgesehene Auflage). Heidelberg: Verlag Lambert Schneider.
- Buber, Martin. (2009). *Das dialogische Prinzip*. (11. Auflage). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Bullen, Tracey L., Sharpe, Louise, Lawsin, Catalina, Chauhan Patel, Deepa, Clarke, Stephen & Bokey, Les. (2012). Body image as a predictor of psychopathology in surgical patients with colorectal disease. *Journal of Psychosomatic Research*, (73), 459-463.
- Darmzentrum Inn-Salzach, Kreiskliniken Altötting – Burghausen. (2016). *Informationsbroschüre. Die besten Spezialisten Hand in Hand*. Zugriff am 19.11.2017. Verfügbar unter <https://www.diekreiskliniken.de/content/files/flyerpool-2016/infobroschuere-dz-jan-2016-2.pdf>
- Deckart, Renate. (2006). Ärztliche Seelsorge. Sinnfindung unter Extrembedingungen. In Otmar Wiesmeyr & Alexander Batthyány (Hrsg.), *Sinn und Person. Beiträge zur Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor E. Frankl* (S. 217-235). Weinheim: Beltz Verlag.
- Derogatis, Leonard R. & Kourlesis, Suzanne M. (1981). An Approach to Evaluation of Sexual Problems in the Cancer Patient. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 31(1), 46-50.
- Egger, Anna. (2017). Onkosexologie: Reden und reden lassen. *medONLINE.at*. Zugriff am 23.10.2017. Verfügbar unter <https://medonline.at/2017/onkosexologie-reden-und-reden-lassen/>
- Frankl, Viktor E. (1977). *Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute*. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag.
- Frankl, Viktor E. (2005a). *Ärztliche Seelsorge* (11., überarbeitete Neuauflage). Wien: Deuticke im Paul Zsolnay Verlag.
- Frankl, Viktor E. (2005b). *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie* (3., unveränderte Auflage der erweiterten Auflage 1984). Bern: Verlag Hans Huber.
- Frankl, Viktor E. (2006). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*. (19. Auflage). München: Piper Verlag.
- Frankl, Viktor E. (2017). ... **trotzdem** Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager (Neuausgabe 2009, 9. Auflage). München: Kösel-Verlag
- Graf, Helmut. (2007). *Die kollektiven Neurosen im Management. Viktor E. Frankl. Wege aus der Sinnkrise in der Chefetage*. Wien: Linde international.
- Gstirner, Klaus. (2015). Eigene Mitschrift von der Lehrveranstaltung *Theorie der gesunden und psychopathologischen Persönlichkeitsentwicklung – Entstehungstheorien, Klassifikation und Diagnostik von psychischen Störungen*. Wien.
- Gstirner, Klaus. (2016). *Der onkologische Therapeut*. Unveröffentlichtes Handout im Rahmen der Lehrveranstaltung Psychotherapeutischer Umgang mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen, Ausbildungsinstitut für Logotherapie und Existenzanalyse, Wels.

- Hackl, Monika & Karim-Kos, Henrike E. (2016). *Krebserkrankungen in Österreich 2016*. Wien: Eigenverlag Statistik Austria.
- Haß, Maria, Kolligs, Frank, Post, Stefan & Pox, Christian. (2014). *Darmkrebs im fortgeschrittenen Stadium. Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten. Patientenleitlinie*. Zugriff am 03.10.2017. Verfügbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-007OLp_S3_Darmkrebs_fortgeschritten_2014-12-verlaengert.pdf
- Hirschhausen, Eckart von. (2015). *Viktor E. Frankl und der Humor. Festschrift zum Benefizvortrag „Humor hilft heilen“*. Wien: Eigenverlag Viktor Frankl Zentrum.
- Kabat-Zinn, Jon. (2013). *Achtsamkeit für Anfänger*. Freiburg: Arbor Verlag.
- Kast, Verena. (2017). *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses* (4. Auflage). Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Kelly, Michael. (2004). *Mein Körper – nach der Stomaoperation*. O.O.: Eigenverlag Dansac Global Clinical.
- Kostenwein, Wolfgang. (2017a). Eigene Mitschrift des Vortrages „Sexualität und Internet“ bei der MKÖ-Tagung. *27. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich, 20.-21.10.2017*:
- Kostenwein, Wolfgang. (2017b). Sexualität und Internet: Sexuelle Funktionsstörungen als Folge von erhöhtem Internetporno-Konsum. *Journal für Urologie und Urogynäkologie*, 24(Supplement 1), 5. Wien: Springer-Verlag.
- Krebsliga Schweiz. (2015). *Weibliche Sexualität bei Krebs. Ein Ratgeber der Krebsliga für betroffene Frauen* (4., überarbeitete Auflage). Bern: Eigenverlag.
- Krebsliga Schweiz. (2017). *Männliche Sexualität bei Krebs. Ein Ratgeber der Krebsliga für betroffene Männer* (3., überarbeitete Auflage). Bern: Eigenverlag.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF]). (2014). *S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom. Kurzversion 1.1. AWMF-Registrierungsnummer: 021/007OL*. Zugriff am 03.11.2017. Verfügbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-007OLk_S3_KRK_2014-08_verlaengert.pdf
- Liesenfeld, Stefan. (Hrsg.). (1998). *Alles wirkliche Leben ist Begegnung. Hundert Worte von Martin Buber*. München: Neue Stadt Verlag.
- Lukas, Elisabeth. (1988). *Rat in ratloser Zeit. Anwendungs- und Grenzgebiete der Logotherapie (Originalausgabe)*. Freiburg: Herder Verlag.
- Lukas, Elisabeth. (1989). *Psychologische Vorsorge. Krisenprävention und Innenweltschutz aus logotherapeutischer Sicht (Originalausgabe)*. Freiburg: Herder Verlag.
- Lukas, Elisabeth. (1991). *Auch Dein Leben hat Sinn. Logotherapeutische Wege zur Gesundheit* (Neuausgabe). Freiburg: Herder Verlag.
- Lukas, Elisabeth. (2003). *Kleines 1x1 der Seelenheilkunde. Impulse zur Selbsthilfe*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

- Lukas, Elisabeth. (2007). *Der Seele Heimat ist der Sinn. Logotherapie in Gleichnissen von Viktor E. Frankl* (3. Auflage). München: Kösel Verlag.
- Lukas, Elisabeth. (2009). *Dein Leben ist deine Chance. Anregungen zu einer sinnvollen Lebensgestaltung* (7. Auflage). München: Verlag Neue Stadt.
- Lukas, Elisabeth. (2012). *In der Trauer lebt die Liebe weiter* (7. Auflage). München: Kösel-Verlag.
- Lukas, Elisabeth. (2014). *Lehrbuch der Logotherapie* (4., aktualisierte und durchgesehene Auflage). München: Profil Verlag.
- Lukas, Elisabeth & Wiesmeyr, Otmar. (1989). *Sinnbilder* (Originalausgabe). Freiburg: Herder Verlag.
- Mayring, Philipp. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (6., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Verlag.
- Meyer, Karin. (2015). Künstlicher Ausgang (Stoma) und Sexualität. *SexMedPedia*. Zugriff am 08.10.2017. Verfügbar unter <http://www.sexmedpedia.com/kuenstlicher-ausgang-stoma-und-sexualitaet/>
- Österreichische Krebshilfe. (2013). *Darmkrebs. Diagnose • Therapie • Nachsorge*. Wien: Eigenverlag.
- Przyborski, Aglaja & Wohlrab-Sahr, Monika. (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (4., erweiterte Auflage). München: Oldenbourg Verlag.
- Riedel, Christoph, Deckart, Renate & Noyon, Alexander. (2015). *Existenzanalyse und Logotherapie. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. (2. Auflage). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- S&X Sexuelle Gesundheit Zentralschweiz. (o.J.). *Sexualität. Was heisst [sic] das?* Zugriff am 21.11.2017. Verfügbar unter <https://www.sundx.ch/sexualitt/>
- Schechner, Johanna & Zürner, Heidemarie. (2013). *Krisen bewältigen. Viktor E. Frankls 10 Thesen in der Praxis* (2., korrigierte und überarbeitete Auflage). Wien: Braumüller.
- Schmidt, Christian, Daun, Anna, Malchow, Björn & Kuchler, Thomas. (2010). Einschränkungen der Sexualität und ihr Einfluss auf die Lebensqualität bei Patienten mit Rektumkarzinom. *Deutsches Ärzteblatt*, 107(8), 123-130.
- Schuler, Monika S. (2013). "No one said this would be an issue ..." Intimacy after ostomy surgery. *Nursing2013*, 43(9), 1-4.
- Signer, Martina. (2017). Eigene Mitschrift aus dem Workshop Stoma & Sexualität: Not macht erfinderisch. *27. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich, 20.-21.10.2017*.
- Stavemann, Harlich H. (2007). *Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim: Beltz Verlag.
- Steinvorth, Moses G. (2004) *Psychoonkologie in freier Praxis. Psychotherapeutische Langzeitbegleitung von krebserkrankten Menschen* (2. Auflage). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.
- Ucsnik, Lucia. (2014). Darmkrebs und Sexualität. Bis heute ein Tabu-Thema. *forum Darmkrebs*, (1), 12-13.

- Uschok, Andreas. (2016). *Das Körperbild. Theorie + Praxis und Bedeutung im Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“*. Zugriff am 30.12.2017. Verfügbar unter https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Veranstaltungen/18WS_AG5_Uschok.pdf
- Vural, Fatma, Harputlu, Deniz, Karayurt, Ozgul, Suler, Gulseren, Edeer, Aylin Durmaz, Ucer, Ceylanim et al. (2016). The Impact of an Ostomy on the Sexual Lives of Persons With Stomas. A Phenomenological Study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 43(4), 381-384.
- Wagerer, Clemens. (2001). *Medienbegleitheft zur DVD 12357. DEIN LEBEN HAT SINN*. Zugriff am 05.01.2018. Verfügbar unter https://www.bmb.gv.at/schulen/service/mes/12357_17694.pdf?61ebtd
- Weis, Eva, Signer, Martina & Lafleur, Judith. (2016). *Strahlentherapie im Unterbauch. Ratgeber für Patientinnen*. Linz: Eigenverlag.
- Wiesinger, Gerlinde & Stoll-Salzer, Elisabeth. (2012). *Stoma- und Kontinenzberatung. Grundlagen und Praxis* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Wiesmeyr, Otmar. (2016). Die erklärende Technik: „Nooedukation“ nach O. Wiesmeyr. Unveröffentlichtes Handout im Rahmen der Selbsterfahrung *Das Logotherapeutische Gespräch I, Teil 1*. Wels.
- Yalom, Irvin D. (2010). *Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht* (Erweiterte und aktualisierte Ausgabe) (Carstens, Almuth, Übersetzer). München: btb Verlag.
- Zetl, Stefan. (2000). Krebs und Sexualität. *psychomed*, 12(3), 144-150.
- Zetl, Stefan. (2016a). Wie Paare und Familien über das sprechen, was sie nicht sagen können. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie*, 48(4), 178-181.
- Zetl, Stefan. (2016b). „So kann ich mich doch niemandem zumuten“. *pflegen: palliativ*, 30, 18-20.
- Zetl, Stefan & Hartlapp, Joachim. (1996). *Krebs und Sexualität. Ein Ratgeber für Krebspatienten und ihre Partner*. St. Augustin: Weingärtner Verlag.

7. Abbildungsverzeichnis

<i>Nummer</i>	<i>Seite</i>
Abbildung 1: Illustration von Otmar Wiesmeyr (Lukas & Wiesmeyr, 1989, S. 23)	1
Abbildung 2: Stufenweise Entwicklung von Darmkrebs (Haß, Kolligs, Post & Pox, 2014, S. 14)	5
Abbildung 3: Häufigkeit von Krebs in den einzelnen Abschnitten des Dickdarms (Haß et al., 2014, S. 15)	6
Abbildung 4: UICC-Klassifikation des kolorektalen Karzinoms (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014, S. 57)	7
Abbildung 5: prominente, kreisrunde Kolostomie (Boelker & Weibelhuth, 2003, S. 32)	9
Abbildung 6: Handschriftliches Zitat von Viktor E. Frankl (Schechner & Zürner, 2013, S.24)	11
Abbildung 7: Die drei Wertkategorien (nach Viktor E. Frankl) (Lukas, 1988, S. 93) ..	12
Abbildung 8: Freiheit des Willens – Wille zum Sinn – Sinn des Lebens (Lukas, 2014, S. 16)	13
Abbildung 9: Widerspruchsregel (Frankl, 2006, S. 24).....	15
Abbildung 10: Mehrdeutigkeitsregel (Frankl, 2006, S. 25)	15
Abbildung 11: genderabhängige Einschränkung der Sexualität und daraus resultierende psychische Belastung (LQ = Lebensqualität) (Schmidt et al., 2010, S. 127).....	25
Abbildung 12: Altersverteilung (%) und altersspezifische Inzidenz des Darms: ICD-10: C18-C21, 2010-2012 (Hackl & Karim-Kos, 2016, S. 45)	25
Abbildung 13: Altersverteilung bei Männern (Breitenstein, o.J., S. 110).....	26
Abbildung 14: erotische Wäsche und Accessoires bei Stoma (Signer, 2017, eigenes Bild)	27
Abbildung 15: „zielgehemmte Strebung“ nach Freud und Frankl (Lukas, 1989, S. 131)	30
Abbildung 16: Was hält Ärzte von einem sexualmedizinischen Gespräch ab? (Bragagna, 2016, Folie 39).....	35
Abbildung 17: Besitzen Sie sexualmedizinisches Wissen? (Bragagna, 2016, Folie 40)	35
Abbildung 18: Ablaufmodell strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2016, S. 120)	46
Abbildung 19: Folie „Öffnen für sinnliche Erfahrungen“ (Signer, 2017, eigenes Bild)..	70
Abbildung 20: Mensch in seiner Ohnmacht und der liebende Mitmensch (Lukas, 2012, S. 66)	79
Abbildung 21: lebendiges Offert für den Nächsten (Lukas, 2012, S. 67)	79

Abbildung 22: ungezielte Dereflexion (Lukas, 1991, S. 187)	83
Abbildung 23: Karikatur von V. E. Frankl (Hischhausen, 2015, S. 1).....	85
Abbildung 24: Wille zum Sinn (Frankl, 2006, S. 101)	92

8. Abkürzungsverzeichnis

ABILE	Ausbildungsinstitut für Logotherapie und Existenzanalyse
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10	10. Revision des ICDs, (aktuelle, international gültige Ausgabe)
ILCO	Ileostomie-Colostomie
IVES	In-vitro-Fertilisation
MKÖ	Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich
OÖLP	Oberösterreichischer Landesverbandes für Psychotherapie
S&X	Sexuelle Gesundheit Zentralschweiz
SOC	sense of coherence, Kohärenzgefühl
UICC	Union Internationale Contre le Cancer
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation

9. Anhang

9.1. Interviewleitfaden

Betroffener	Experte
Wie viele Jahre sind seit der Diagnosestellung und Operation vergangen?	Stellen Sie sich bitte selbst kurz in Ihrer Funktion (Position und Aufgabenbereich) dar! Was war der Anlass, dass Sie eine Sonderausbildung für Kontinenz- und Stoma- bzw. in weiterer Folge für Sexualberatung absolvierten?
Es herrscht die Meinung „Es gibt die Zeit davor und die Zeit danach.“ Sehen Sie das auch so? Was hat sich verändert? Erzählen Sie doch genauer, wie das für Sie aussieht! Lebenslinie zeichnen lassen	Mit welchen Problemen werden Sie vorrangig konfrontiert? Welche Veränderungen sind für die PatientInnen besonders schwierig anzunehmen?
Wie geht es Ihnen mit Ihrem jetzigen Körperbild?	Schildern Sie mir bitte Ihre praktischen Erfahrungen, wie sich KlientInnen mit Ihrem neuen Körperbild vertraut machen! Wie gehen Sie dabei in der Beratung vor?
Meine Forschungsfrage zentriert sich um die Sexualität. Wie hat sich Ihre Partnerschaft verändert? nachfragen auf Intimität, ... Beschreiben Sie mir, wie Ihr jetziges Beziehungsleben aussieht!	Welche Themen im Rahmen der Partnerschaft werden in Ihrer Beratung besprochen? Ab wann spielt das Thema Sexualität wieder eine Rolle? Gibt es hier Genderunterschiede?
Was und/oder wer hat Ihnen im Besonderen geholfen, die Sexualität neu zu entdecken? Was hat Ihnen am meisten geholfen?	Schildern Sie mir bitte eine einzelne Beratungssituation zum Thema Sexualität!
Was würden Sie selbst einem/r Betroffenen raten?	Wir haben nun über Ihre spezifischen Erfahrungen gesprochen. Ich würde abschließend gern auf eine etwas abstraktere Ebene wechseln: Was würden Sie generell den Betroffenen in der Zukunft in Bezug auf die Sexualität wünschen?

9.2. Interview der Expertin Martina Signer mit Kategorisierung anhand des Kodierleitfadens

Interview	Kategorie*
<p>Die Kategorie „Sexualität als intentionaler Akt echter Liebe“ wird mit dem Begriff „Sexualität“ abgekürzt.</p>	
<p>Wenn Sie sich bitte kurz vorstellen, in Bezug auf Position und Aufgabenbereich bzw. vor allem: Was hat Sie dazu bewegt, gerade Stoma und Sexualtherapie/-beratung als Steckenpferd zu wählen?</p>	
<p>Mein Name ist Martina Signer. Ich bin seit langer Zeit Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegerin und bin dann vom leitenden Chirurgen des Hauses gefragt worden – ich habe damals im Haus in der Chirurgischen Ambulanz gearbeitet – ob ich die Stomabetreuung übernehmen möchte. Ich habe – das ist jetzt mehr als 25 Jahre her – dann die Ausbildungen in Innsbruck gemacht und die Stomaberatung und in späterer Folge auch die Kontinenzberatung im Krankenhaus aufgebaut.</p>	<p>Selbsttranszendenz</p>
<p>Und habe sehr früh gemerkt, dass man mit der Arbeit im Intimbereich auch immer sehr nahe am Thema Sexualität ist. Ich hatte dann die Chance, einmal bei einer Ausbildung teilzunehmen, wo aus jedem europäischen Land eine Stomatherapeutin nach London zu einem Workshop zum Thema „Further sexual helping skills“ für Stomapatienten fahren durfte. Und da ist in mir der Wunsch gereift, mehr zum Thema zu lernen, um den Patienten eine bessere Ratgeberin oder Partnerin sein zu können.</p>	<p>Sexualität Einstellungswert Selbsttranszendenz</p>
<p>Ja, und dann habe ich, als ich die Leitung der Akutambulanz im Haus abgegeben und mich nur mehr der Stoma- und Kontinenzberatung gewidmet habe, die Chance vom Haus</p>	<p>Einstellungswert</p>

<p>mitten am Bauch zu haben, wo sie doch sonst immer so geschickt südseitig ist und wir sie nur so nebenbei wahrnehmen und kaum sehen. Dieses Geruchsthema kombiniert mit dem ästhetischen Thema, also mit der Körperbildveränderung, dass das Stoma unser Innenbezug ist: rosarote, feuchte Schleimhaut, die auch so ausschaut und so bleibt, ist eine Geschichte, die für die Betroffenen ganz, ganz schwierig anzunehmen ist.</p> <p>Pause durch ein Telefonat</p>	<p>Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert</p>
<p>In erster Linie der Geruch und in zweiter Linie rasch einmal, wie schaut denn das ästhetisch aus. Und das ist so schiarch [unschön] und es ist in der Tat ästhetisch kein Highlight.</p>	<p>Einstellungswert</p>
<p>Schauen die Patienten auf die . .</p>	
<p>Ja, dieses erste Mal hinschauen muss man unterstützen und auch belohnen. Die Patienten werden mit dem Foto eines gut angelegten Stomas vorher darauf vorbereitet und es wird ihnen erklärt, dass das keine Wunde ist. Manche haben die Vorstellung, da wäre ein Loch im Bauch, daher ist es wichtig, ihnen gleich im Vorfeld eine Idee zu geben, wie ein Stoma ausschauen kann – im Idealfall. Natürlich haben wir dann Situationen, wo das Stoma tatsächlich nicht schön ausschaut. Dann müssen wir die Patienten trösten, denn es wird meist besser, weil sich das Stoma ja durch die Wundheilung verändert und verkleinert. Leider gibt es Stomaanlagen, die wirklich schlecht gelungen sind, weil es operationstechnisch sehr schwierig war. Daher darf man im Vorfeld keine hohen Erwartungen erzeugen, sondern soll nur erklären, wie ein Stoma ausschaut. Und dann müssen die Menschen besonders gut unterstützt werden.</p>	<p>Selbsttranszendenz Einstellungswert Einstellungswert Selbsttranszendenz Selbsttranszendenz Einstellungswert Einstellungswert Selbsttranszendenz</p>

Also, bei der geplanten OP werden sie schon im Vorfeld mit dem . .	
<p>Ja, das ist ein ganz ein wichtiger Punkt. Viele Menschen wollen zu diesem Zeitpunkt möglichst wenig hören, weil sie das irgendwie noch gar nicht zulassen können. Aber gerade Patienten, die dann ein definitives Stoma bekommen, mit dem sie sich für den Rest des Lebens anfreunden müssen, sollen die Chance haben, sich der Auseinandersetzung zu stellen. Für sie ist es hilfreich, wenn sie vorher schon einen kompetenten Gesprächspartner haben.</p>	<p>Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Selbsttranszendenz</p>
<p>Und da gibt es auch welche, die kommen schon ein paar Wochen vorher. Denn während sie die Bestrahlungstherapie haben, wissen sie, dass sie ein Stoma bekommen werden. Da versuchen sich viele schon darauf einzustellen bzw. setzen sich aktiv damit auseinander.</p>	<p>Einstellungswert</p>
<p>Manche von den Patienten schieben das Thema Stoma aber ganz strikt weg. Sie sagen, ich will nichts damit zu tun haben. Ich will das nicht. Und da liegt dann die besondere Herausforderung für uns: Jene Menschen, die sich mit der Akzeptanz sehr, sehr schwer tun, gut zu begleiten. Und die Begleitung zur Annahme der veränderten Körperlichkeit gelingt leider auch nicht immer. Ich habe gerade vorgestern wieder eine Patientin getroffen, der das gar nicht gelungen ist. Sie kann sich nicht an die Körperbildänderung adaptieren, obwohl sie schon lange Psychotherapie macht. Das müssen wir so quasi in unserem Arbeitskontext miteinplanen, dass wir oft, aber nicht immer die Menschen erfolgreich unterstützen können. Die Coping-Strategien, die die einzelnen entwickeln, sind oft sehr unterschiedlich.</p>	<p>Einstellungswert Selbsttranszendenz Einstellungswert Selbsttranszendenz Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert</p>

Können Sie mir einen einzelnen Fall schildern, wie das Vertraut-Machen mit dem neuen Körperbild abläuft?	
<p>Ich habe jetzt konkret eine Patientin in Erinnerung, die eine achtjährige Tochter gehabt hat. Diese Frau war knapp über 30 Jahre. Sie hatte in der ersten Phase nach der Operation sehr großen Ekel. Die Patienten kommen ungefähr am dritten, vierten oder fünften Tag nach der Operation das erste Mal zu uns, wo dann der Schulungsprozess aktiv startet. Ja, wir machen diesen meistens in der Ambulanz bei uns, wenn sie mobil sind, weil sie da eine geschützte Atmosphäre haben. Da sind wir ungestört und besonders liebevoll zu ihnen. Natürlich nicht nur da, sondern auch, wenn wir sie auf der Station besuchen.</p>	<p>Einstellungswert</p> <p>Einstellungswert</p> <p>Einstellungswert</p>
Aber da [in der Stomaambulanz] ist diese geschützte Atmosphäre gegeben.	
<p>Und dann ... jeden Tag ein Schritt: Das erste Mal hinschauen, das zweite Mal beim Ablösen des Beutels helfen, das dritte Mal beim Reinigen helfen, das vierte Mal den Beutel anlegen versuchen. Das machen wir wirklich so in ganz kleinen Schritten. Immer wieder üben, damit die Betroffenen langsam die Chance haben, sich an die neue Situation zu gewöhnen.</p>	<p>Selbsttranszendenz</p> <p>Einstellungswert</p> <p>Einstellungswert</p>
<p>Wir legen ihnen auch ein Dufttüchlein zur Nase, um diese vom Geruch abzulenken. Da haben wir dann manchmal die Situation, dass sie es sich nicht vor die Nase halten, sondern vor die Augen [lacht]. So beobachten wir, wie gut es der Patient schafft, sich zu beteiligen und die Schritte mit uns zu gehen. Wenn es nicht gelingt, dann gehen wir wieder einen Schritt zurück und sagen, heute verwöhnen wir ihn.</p> <p>Unterbrechung durch Rohrpost</p>	<p>Selbsttranszendenz</p> <p>Einstellungswert</p> <p>Selbsttranszendenz</p> <p>Selbsttranszendenz</p> <p>Einstellungswert</p>

<p>Wir sind da so quasi gemeinsam am Weg und wir versuchen, den Betroffenen klar zu machen, dass wir nur die Unterstützer sind. Es geht um ihren eigenen Bauch und darum, dass da jetzt eine Veränderung stattgefunden hat, die irgendwie ins Leben integriert werden soll.</p>	<p>Selbsttranszendenz Einstellungswert Einstellungswert</p>
<p>Ja. Und bei dieser konkreten Dame war es dann ganz schnell so, dass die große Sorge gekommen ist, wie sie es mit ihrer Tochter machen soll. Da haben wir dann das Agreement gemacht, dass sie es, so lange sie sich noch unsicher fühlt und so lange sie noch ein Problem in der Adaptierung ihrer Körperbildstörung hat, der Tochter nichts sagt. Auch in dem Bewusstsein, dass Verschweigen Energie kostet, aber in dem Wissen, dass gerade Kinder eine ganz starke Sensibilität haben und spüren, wenn die Mutter Angst hat und selber dann noch mehr Angst bekommen. Wenn eine Mutter mit dem Thema sehr entspannt umgehen kann, dann nehmen die Kinder das auch ganz natürlich und ganz unkompliziert an. Das war in dieser Situation eine sehr bewegende Geschichte, weil wir die Frau wirklich länger begleitet und erlebt haben, wie sie in ihre Körperbildveränderung hineingewachsen ist. In diese große Herausforderung, die sie mit dem Stoma gehabt hat und wie sie dann um ihr Leben gekämpft hat, weil sie an der Erkrankung verstorben ist. Und auch noch darum gekämpft hat, die Erstkommunion ihrer Tochter zu erleben. Nach der ersten Anpassungsphase – nach ca. drei oder vier Monaten (da war es Sommer) – ist sie gekommen und hat gemeint, ich glaube, ich muss es jetzt meiner Tochter sagen. Sie hat mich schon im Bad gesehen, wie ich den Beutel gewechselt habe. Da hat sie selber schon die Bereitschaft gespürt, jetzt ist es mir kein Problem mehr, jetzt kann ich meine Tochter in mein Geheimnis einweihen.</p>	<p>Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Selbsttranszendenz Selbsttranszendenz Einstellungswert Einstellungswert</p>

<p>Wir versuchen grundsätzlich, die Menschen zu bestärken, sehr gut darauf zu schauen, wem sie über das Stoma erzählen wollen. Es ist Intimsphäre, man ist nicht auskunftspflichtig. Ja, es macht Sinn, dass die Familie eingeweiht ist, weil das Verstecken anstrengend ist, aber insbesondere für Nachbarn und Sonstige, ... Also, man muss seine Stomaanlage nicht ...</p>	<p>Selbsttranszendenz Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert</p>
<p>Deklarieren.</p>	
<p>deklarieren. Es gibt Menschen – wir hatten einen pensionierten Bürgermeister aus einer kleinen Stadt – der hat gesagt: „Ich erzähle das sowieso allen, da tu ich nicht lange herum.“ Das kann in weiterer Folge ein guter Weg sein, muss es aber nicht. Insbesondere in kleineren Gemeinden ist das durchaus manches Mal okay. Und ich denke, es darf auch sein, dass Betroffene ihre Intimität schützen. Ein Stoma zu haben, ist etwas sehr Intimes. Ich tröste sie manches Mal und erzähle, wir hatten auch einen Bundespräsidenten, der Urostomieträger war und keiner hat es gewusst. Man kann damit auch in der Öffentlichkeit stehen. Queen Mum hatte lang ein Stoma und ist mit 101 gestorben.</p>	<p>Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Selbsttranszendenz Einstellungswert</p>
<p>Okay.</p>	
<p>Das hilft manchmal. Stoma-Patienten deklarieren sich ja nicht. Wir haben ja leider keine Testimonials. Der Václav Havel hatte eine Zeit lang, als er Präsident war, ein Stoma. Sich damit abzufinden, ist in Wirklichkeit ein zutiefst persönlicher Prozess, der ganz unterschiedlich lang dauert. Manche sagen: „Jetzt habe ich mich schon angefreundet – nach 2 Tagen.“ Dann sage ich: „Viel zu früh.“</p>	<p>Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert</p>

Anfreunden kann nicht so schnell gehen.	
Anfreunden braucht Zeit.	Einstellungswert
Manche Patienten geben dem Stoma einen Namen. Manche Patienten entwickeln ganz eigene Strategien, wie sie das Anpassen schaffen und manche Patienten können nach fünf Monaten noch gar nicht gut hin greifen. Da haben wir wirklich die ganze Palette von unterschiedlichen Reaktionen.	Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert
Und von zeitlichen Abständen!?	
Ja.	
Ein österreichischer Bundespräsident hat auch ein Stoma?	
Ja, hatte. Er lebt nicht mehr.	
Gut, das war jetzt ein sehr ergreifendes Beispiel, vor allem auch, weil es dann mit dem Tod geendet hat. Aber wir . .	
Wir haben das leider sehr oft. Ja, wir hatten einen 28-Jährigen, dessen Krankengeschichte hat mich auch besonders bewegt. Er ist im Jänner vor einem Jahr [2016] verstorben. Er bekam mit 28 die Diagnose Rektum-Karzinom, das in die Prostata eingewachsen war und hat ein Uro- und ein Colostoma bekommen. Er hat das drei Jahre überlebt und wir haben ihn sehr intensiv begleitet. Auch in der Phase, als er erzählt hat, dass sich seine Lebensgefährtin, die er dann noch geheiratet hat, noch ein Kind von ihm gewünscht hat. Die erste IVES [In-vitro-Fertilisation] hat gleich geklappt und sie haben einen Sohn bekommen. Und der ist gleich alt wie mein Enkelkind. Das war in den letzten	Einstellungswert Einstellungswert Selbsttranszendenz Einstellungswert

<p>palliativen Monaten und Wochen eine ganz berührende Geschichte – begleiten – ja, und aushalten, dass wir nichts mehr machen können.</p>	<p>Einstellungswert Selbsttranszendenz</p>
<p>Es ist kein leichter Job, das muss man sagen. Oft so nahe an der Endlichkeit des Lebens und v. a. auch von Beginn an in diesem Bewusstsein. Zum Beispiel bei einem jungen Mann mit metastasierendem Melanom und Ernährungssonde. Wir schulen und begleiten ihn und wissen, seine Tage sind gezählt.</p>	<p>Selbsttranszendenz Selbsttranszendenz Selbsttranszendenz</p>
<p>Weil man so nahe am Menschen ist.</p>	
<p>Ja genau, das ist es. Unterbrechung durch Sr. Heidi</p>	
<p>Die nächste Frage bezieht sich auf Partnerschaft und Sexualität. Welche Themen werden in erster Linie besprochen? Ab wann? Und sehr wahrscheinlich wird es auch Gender-Unterschiede geben.</p>	
<p>Genau. Grundsätzlich ist es beim Thema Sexualität so, dass Sexualfunktionsstörungen nach Operationen im kleinen Becken – und eine Operation am Mastdarm ist immer eine Operation im kleinen Becken – ganz häufig sind. Insbesondere bei Männern in Form von Erektionsstörungen, die die Männer dann oft nicht direkt mit der Operation, die ja nicht im Urogenitalbereich war, zuordnen. Aber das hängt mit Verletzungen des Nervus Pudendus zusammen. Diese Information bekommen sie im Großen und Ganzen schon vor der OP vom Operateur bei der Aufklärung, vergessen sie oft aber wieder. Und da haken wir dann nach.</p>	<p>Selbsttranszendenz</p>
<p>Allerdings ist das etwas für die erste 3-Monats-Kontrolle oder wenn sie zu uns oft in kürzeren Abständen kommen. Ja, selten schon bei der Entlassung. Es gibt ganz wenige, die sind schnell</p>	<p>Einstellungswert</p>

<p>wieder im Alltagsmodus. Dann kann es schon bei der Entlassung ein Thema sein. In den meisten Fällen aber eher erst, wenn sie „aus dem Auge des Taifuns“ heraußen sind, wenn sie also wieder ein bisschen Boden unter den Füßen haben. Auch wenn sie wieder ein bisschen Alltagsluft geschnuppert haben – zu Hause. Und wenn die Stomaversorgung einigermaßen routiniert geht, dass sie Sicherheit gewonnen haben. Wenn wieder ein bisschen Alltag einkehrt. Bei vielen, die ein definitives Stoma bekommen, geht es weiter, weil sie danach oft noch eine adjuvante Chemotherapie brauchen. Sie sind oft noch alle zwei Wochen im Haus und auch oft noch bei uns.</p>	<p>Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert</p>
<p>Und da fragen wir dann ein bisschen nach. Ganz sachte. „Wie geht es Ihnen daheim? Wie geht es Ihnen mit dem Mann? Kommt er gut zurecht? Wie geht es im Schlafzimmer? Haben Sie Platz getauscht?“ Da schleichen wir uns dann oft ein. Ja. Und fühlen ein bisschen nach. Wie fühlen sie sich denn – als Mann/als Frau? Fühlen Sie sich in Ihrer Männlichkeit/Weiblichkeit beeinträchtigt – mit dem Beutel? Ja. Also da gibt es viele sanfte Einstiegsfragen, mit denen man dann auf das Thema Sexualität kommt. Die meisten sind ganz froh, manche sagen: „Puh, das ist noch gar kein Thema.“ Insbesondere, wenn die Körperbildstörung noch alles dominiert. Ja oder auch, wenn die Versorgung sehr schwierig ist. Dann ist es wirklich oft nachrangig.</p>	<p>Selbsttr./Einstell. Selbsttranszendenz Einstellungswert Einstellungswert Selbsttranszendenz Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert</p>
<p>Es wird grundsätzlich das Körperbild das erste Thema sein, oder?</p>	
<p>Ganz genau. Eben zuerst Versorgungssicherheit, Körperbild und dann kommt Sexualität. Und dann geben wir auch so konkrete Tipps. Wenn sie mit dem Stoma noch recht unsicher sind, dass sie dann einfach versuchen, Körperkontakt und Berührung an anderen Stellen zuzulassen. Dass sie sich trauen, sich an den Partner zu kuscheln und streicheln zu lassen – im</p>	<p>Selbsttr./Einstell. Sexualität Sexualität</p>

<p>Oberkörperbereich. Und irgendwie etwas über das Stoma legen – verstecken. Wir ermutigen sie, Körperkontakt zu pflegen. Manche gehen so entspannt damit um, dass sie von vornherein kein Problem haben. Die sagen gleich: „Das ist für mich überhaupt kein Problem. Und mein Mann hat mir auch gesagt, es ist für ihn kein Problem. Und fertig.“ Da braucht es nur zwei Sätze. Manche brauchen eben ein bisschen mehr Ermutigung.</p>	<p>Sexualität Selbsttr./Sexualität Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert Selbsttranszendenz</p>
<p>Ja, der eine junge Mann, der gesagt hat: „Sr. Martina, möchten Sie einen Mann mit einem Stoma?“ Ja, wo ich gleich gemerkt habe, da klingt alleine schon in der Frage das Paarthema mit. Da habe ich gesagt: „Nehmen Sie Ihre Lebensgefährtin gleich mit!“ Dann schauen wir, wo wir als Dritter zwischen dem Paar ein bisschen Mediator sein können und die unausgesprochenen Fragen ansprechen, die oft da sind.</p>	<p>Einstellungswert Einstellungswert Selbsttranszendenz Selbsttranszendenz Selbsttranszendenz</p>
<p>Sie haben zu Beginn gesagt, bei manchen ist es schon bei der Entlassung. Wie lange ist normalerweise der stationäre Aufenthalt?</p>	
<p>Bei einem definitiven Stoma dauert der Krankenhausaufenthalt meist zehn Tage bis drei Wochen oder evtl. noch länger. Insbesondere wenn es sich um Patienten handelt, die keine Tumorerkrankung haben (z. B. eine Divertikelperforation), denn das sind auch oft junge Menschen. Wenn sie entlassen werden, ist das Thema Sexualität und was darf ich ab wann präsent. Es kommt auch darauf an, ob Wundheilungsstörungen oder Komplikationen aufgetreten sind, denn dann dauert es oft länger.</p>	
<p>Und Männer und Frauen, gehen diese anders mit dem Thema um, an das Thema heran?</p>	
<p>Ein großer Haken bei diesem Thema ist, wenn sie sich körperlich noch sehr schwach fühlen. Dann haben sie noch keine Energie</p>	

<p>für Sexualität und da brauchen sie eher die Ermutigung. Und da ist für mich der Unterschied schon stark.</p>	<p>Einstellungswert</p>
<p>Wenn ein Mann Körperkontakt sucht, dann hat er schnell die Brücke und meint, es muss nun aber weiter gehen. Und wenn es für ihn gedanklich gar nicht weiter Richtung Geschlechtsverkehr gehen kann, dann streicht er auch gleich den Körperkontakt weg.</p>	<p>Einstellungswert Einstellungswert</p>
<p>Ja. Frauen können das meist besser. Sie sagen, ich mag nur zusammenkuscheln. Für sie ist Kuscheln ein Thema, das gut und problemlos geht. Und nicht: Es muss jetzt zu irgendeinem Geschlechtsverkehr kommen.</p>	<p>Einstellungswert Sex./Einstellungsw. Einstellungswert</p>
<p>Männer brauchen manches Mal dezidiert die Ermutigung: „Genießen Sie einfach nur Körperkontakt und Nähe.“ Und klar aussprechen: „Das andere verschieben wir auf später.“</p>	<p>Selbsttranszendenz Sexualität</p>
<p>Das ist für Tumorpatienten schon schwierig. Weil diese Therapien sehr, sehr anstrengend sind. Und weil dann oft ganz, ganz wenig Energie da ist. Ein anderer Grund ist auch der Aspekt „Luxusfunktion“. Der Körper drosselt sofort das sexuelle Verlangen, wenn er ein anderes Problem hat. Wenn wir Fieber haben, dann haben wir schon keine Lust mehr. Wenn der Körper ein vorrangigeres, bedrohlicheres Thema hat, ist die körperliche, die sexuelle Lust sofort weniger. Und das ist für diese Menschen mittelfristig schon ein Problem. Denn, wenn sie sich körperlich so schwach fühlen und auch merken, eigentlich wünscht sich der Partner etwas, aber ich habe ja gar keine Kraft und Lust. Dann ist das auch ein Thema, das in Paarbeziehungen manchmal angesprochen und unterstützt werden muss. Partner sind dann oft sehr liebevoll und sagen: „Ich brauche das eh nicht.“ Aber da spürt der Betroffene dann eine Unsicherheit. Gerät das Paargleichgewicht eh nicht aus dem Lot oder ins Wanken? Ja.</p>	<p>Einstellungswert Einstellungswert Sexualität Einstellungswert Sexualität Einstellungswert Sexualität Selbsttranszendenz Selbsttranszendenz</p>

Wenn ich jetzt gar nichts geben kann und ich aber weiß, mein Partner hat vielleicht Wünsche.	Einstellungswert
Oder nicht wirklich Geschlechtsverkehr geben kann, sondern Zärtlichkeit und Nähe.	
Ja, genau. Welche Alternativen es da gibt. Da sind manche sehr geschickt und andere unbeholfen. Die brauchen einfach konkrete Tipps und Ideen.	Einstellungswert
Ab wann spielt Sexualität wieder eine Rolle? Das ist wahrscheinlich sehr . .	
Ganz individuell. Ich kann mich an den einen Herren erinnern. Der ist operiert worden und hat die Stomaanlage überraschend bekommen, weil er eine Divertikel-Perforation hatte. Der hat bei der Entlassungsvisite gesagt: „Und wie ist es jetzt mit dem Sex?“ Einer der wenigen, weil er sich schon wieder vital gefühlt hat und weil das für ihn ein wichtiges Thema war. Ja, das wird im Krankenhaus eher mit Erschrecken wahrgenommen [lacht]. Aber normalerweise ist es eher etwas, was so 2, 3, 4 oder 5 Wochen nach der Entlassung auftaucht.	Einstellungswert Sexualität Einstellungswert Einstellungswert Einstellungswert
Wenn dann einfach wieder der Alltag einkehrt. Und wenn zum Alltag des Paares auch gelebte Sexualität dazugehört hat. Es gibt Paare, die haben schon lange keine genital-sexuelle Beziehung mehr und sind aber trotzdem sehr liebevoll miteinander. Für die ist das natürlich damit auch kein Thema oder viel weniger. Aber wenn das im Paarleben ein fixer Stellenwert war und dann die Alltagssituation wieder zurückkommt, dass der Betroffene etwas unternehmen kann, wieder das Haus verlassen kann, dann ist bald auch die Sexualität ein Thema oder darf sie es werden.	Einstellungswert Sexualität Sexualität Einstellungswert

Möchten Sie noch eine konkrete Beratungssituation zum Thema Sexualität schildern?	
<p>M-mh. Ein junger Mann, noch dazu der Sohn eines Pflegers bei uns im Haus, der eine Rektum-Amputation bekommen hat, der – falsch: eine Rektumresektion bekommen hat und auf die Rückoperation gewartet hat bzw. auch operiert worden ist. Bei dem habe ich schon sehr früh nachgefragt, wie es ihm mit der Sexualfunktionsstörung geht. Ich habe gemerkt, dass er am Anfang noch ein bisschen scheu war. Ich habe ihn dann ganz konkret ermutigt – das macht meine Kollegin gleichermaßen – dass er sehr früh die gestörte Erektion unterstützen soll. Also ähnlich wie wir das bei den prostatektomierten Männern machen. Noch gar nicht in Bezug auf Paarbeziehung und Geschlechtsverkehr, sondern einfach um die Schwellkörperfunktion zu unterstützen und zu fördern. Ja, und der hat das dann recht dankbar angenommen, weil er selber gemeint hat, dass ein Gespräch mit seinem Vater in dieser Hinsicht nicht passt.</p>	<p>Einstellungswert</p> <p>Einstellungswert</p> <p>Selbsttranszendenz</p> <p>Selbsttranszendenz</p> <p>Einstellungswert</p>
Da passt es nicht.	
<p>Da ist der Vater ein falscher Partner, auch wenn er ein Fachmann wäre. Er war sehr froh, dass er bei uns gemerkt hat, da kann er nachfragen, was er wissen will.</p>	<p>Einstellungswert</p> <p>Einstellungswert</p>
<p>Und von einer Frau: Bei den Frauen geht es immer wieder darum, wie geht es ihnen mit der Scheide. Gerade auch, wenn sie bestrahlt werden. Und da ermutigen wir die Frauen, wenn wir sie schon zum ersten Mal zum präoperativen Gespräch sehen und haken nach: „Haben Sie das Informationsbüchlein zur Scheidenpflege bekommen? Tun Sie das eh? Machen sie das wirklich auch weiter, dass Sie Obacht geben, damit die</p>	<p>Selbsttranszendenz</p> <p>Selbsttranszendenz</p>

lustvoll neu entdecken. Also diese Ermutigung, die möchte ich allen Menschen mitgeben.	Sex./Selbsttransz. Selbsttranszendenz
Vielen herzlichen Dank.	
Bitte gerne!	Einstellungswert
Frau Signer nahm sich trotz enger Zeitressourcen für dieses Interview Zeit und suchte auch nach einer ungestörten Atmosphäre.	Einstellungswert Selbsttranszendenz

9.3. Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name: Andrea Reisinger, geb. Lückl
Geburtsdaten: 07.08.1972, Wagna (Leibnitz)
Nationalität: Österreich
Kontakt: andrea.reisinger3@gmail.com

Ausbildung

Seit 2014 Universitätslehrgang Psychotherapie (Fachspezifikum
Existenzanalyse und Logotherapie) in Kooperation mit ABILE
an der Donau-Universität Krems

2013 - 2014 Psychotherapeutisches Propädeutikum der ÖAGG Akademie,
Wien, 10. Linzer Gruppe, Abschluss am 13.10.2014

2012 - 2013 Ausbildungslehrgang Tagesmutter und Helferin in
Kinderbetreuungseinrichtungen am BFI Ried/Innkreis

2012 ECDL-Kurs in Leibnitz

1991 - 1993 Med.-techn. Schule für den Diätendienst in St. Pölten,
Diplom am 24.09.1993

1986 - 1991 HBLA für wirtschaftliche Berufe in Graz, Matura am 18.06.1991

1982 - 1986 Hauptschule in Mureck

1978 - 1982 Volksschule in Mettersdorf/Saßbach

Praktika im Zuge des Fachspezifikums sowie psychotherapeutische Tätigkeiten

Seit 2017 Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision in freier Praxis
in Braunau und Wels

Seit 2016 Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision
im Projekt PLUS mit straffällig gewordenen Menschen in Wels

2016 Klinisches Praktikum am Ameos Klinikum Inntal Simbach
(Deutschland): 240 Stunden

2015 Klinisches Praktikum an der Psychosomatischen Fachklinik der
Rottal-Innkliniken Simbach (Deutschland): 320 Stunden

Berufliche Erfahrung

Seit 2013	in der Funktion als Diätassistentin an der Kreisklinik Altötting (Deutschland)
2013	Tagesmutter des Vereines Tagesmütter Innviertel, Ried
Seit 1996	Selbständige Diätologin in Oberösterreich, Salzburg und der Steiermark: <ul style="list-style-type: none">- Schulungstätigkeit an Kindergärten und Schulen- Erwachsenenbildung im Projekt „Gesunde Gemeinde“- Unterrichtstätigkeit am Tau Kolleg Braunau- Betreuung übergewichtiger Menschen und Einzelberatungen in einer Apotheke und in mehreren Ordinationen- Promotion in einer Supermarktkette
1996 - 2012	Diätologin im Krankenhaus Braunau und Kinderkarenzzeiten
1993 - 1995	Dipl. Diätassistentin u. EMB/Diätologin im Krankenhaus Wels