



Sexualität und Stoma

Von **Ulrike Brandenburg**

Es gibt kaum ein Thema, über das auf der einen Seite so viel geredet wird und dessen sich auf der anderen Seite so geschämt wird wie das der Sexualität. Sexualität ist in aller Munde, auf jeder Litfaßsäule und dennoch nach wie vor ein großes Tabu. Dieser Spagat macht den Umgang mit diesem Thema nicht leicht. Wer von uns hat nicht mediengesteuerte Leistungsnormen in punkto Sexualität im Kopf, die die „richtige Sexualität“ als leidenschaftlich, als hinreißend, als hochfrequent, möglichst mit gleichzeitigem Orgasmus beschreiben und definieren. Wer von uns empfindet im Kontrast dazu seine eigene alltägliche Sexualität nicht als ein wenig öde, bescheiden, vielleicht auch jammervoll und unzureichend? Es ist richtig schwer, die eigene Sexualität angesichts der geltenden sexuellen Normen als okay, als gut, als genügend zu empfinden und entsprechend mit Wertschätzung zu besetzen. Viele Männer und Frauen erleben sich als sexuell nicht okay und empfinden sich auch so - als würden sie nicht genügen in punkto Liebe und Beziehung. Entsprechend schämen sie sich und ziehen sich oft zurück. Wenn das bereits sogenannten „Gesunden“ so geht, wie mag es dann erst den Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen in Bezug auf ihre Sexualität gehen? Wie geht es den Männern nach einer radikalen Prostataoperation und anschließender Impotenz? Wie geht es den Frauen mit amputierter Brust und kahlem Kopf während der Chemotherapie? Wie geht es Stomaträgerinnen und -trägern? Gerade Letztere haben mich über Berichte sowie auch im persönlichen Kontakt gelehrt, wie überaus wichtig es ist, einen offenen und schamfreien Umgang damit zu entwickeln, dass Er oder Sie ein Stomaträger ist. Mit anderen Worten heißt das, mich eben nicht nur auf Grund dessen, dass ich ein Stoma trage, zurückzuziehen von Liebe und Sexualität und damit auch von Erotik und Intimität. Das klingt natürlich sinnvoll, logisch und richtig. Aber es ist nicht leicht umsetzbar. Es braucht einen Prozess. Und der ist oft schmerzhaft, enthält Rückschläge, Enttäuschungen und Verletzungen. Und dann trotzdem den Weg weiter „raus aus der Scham“ zu gehen, das ist nicht leicht. Das ist riskant und mutig. Ich möchte diesen Punkt „rund um die Scham“ an konkreten Beispielen deutlich machen. Die meisten Menschen, die sexuelle Probleme aufgrund von chronischen Erkrankungen oder aufgrund von körperlich verändernden Eingriffen haben, leiden

weniger unter dem konkreten sexuellen Symptom, welches aufgrund ihrer körperlichen Erkrankung aufgetreten ist als unter dem, was dieses sexuelle Symptom oder diese sexuelle Veränderung im Zusammenhang mit ihrer körperlichen Erkrankung für sie in Bezug auf Liebe und Beziehung bedeutet. Und im Allgemeinen bedeutet es eben auf einer tiefen unbewussten Kinderebene so etwas wie: Ich bin nicht mehr wert genug, ich bin nicht mehr attraktiv genug, bin ich noch zumutbar für Liebe und Beziehung? Diese Angst vor der eigenen Wertlosigkeit aufgrund von sexuellen Problemen oder körperlich veränderter Sexualität haben viele Menschen. Das Muster dahinter ist immer ein sehr ähnliches.

Angst vor der eigenen Wertlosigkeit aufgrund von sexuellen Problemen oder körperlich veränderter Sexualität haben viele Menschen.

1. Beispiel:

Frau X. kommt in unsere Ambulanz und sagt: „Frau Doktor, ich habe sexuelle Probleme. Ich habe keine sexuelle Lust. Jedes Mal nach einem halben Jahr verliere ich meine Lust. Das passiert mir jetzt das dritte Mal. Ich bin Mitte dreißig. Ich bin mit dem Mann meiner Liebe zusammen. Ich halte es nicht mehr aus. Ich habe Angst, dass auch diese Beziehung deswegen kaputt geht. Was soll ich tun?“ Ich frage die Patientin: „Fehlt Ihnen denn die sexuelle Lust? Fehlt Ihnen denn der Sex? Würden Sie denn eigentlich gern mit Ihrem Mann schlafen und mehr sexuelle Lust haben?“ Patientin X: „Das ist nicht unbedingt ein Thema für mich. Ich könnte auch mit weniger Sex leben. Das Problem ist aber, dass ich, weil ich ja keine Lust habe, mich gestört fühle. Entsprechend ziehe ich mich immer mehr zurück und werde immer kühler meinem Mann gegenüber und komme in diesen Teufelskreis.“

2. Beispiel:

Frau Y. kommt in unsere Ambulanz. Sie ist Ende 30 und sagt: „Ich habe sexuelle Probleme, ich bin Stomaträgerin.“ Ich frage sie: „Welcher Art sind Ihre sexuellen Probleme?“ Frau Y.: „Ich weiß gar nicht so richtig. Ich glaube, ich habe auch keine Lust.“ Ich frage sie: „Und wie ist es mit dem Stoma, macht Ihnen das Probleme?“ Patientin: „Nein eigentlich nicht, das habe ich auch schon lange. Als ich das bekommen habe im Rahmen einer Morbus Crohn-Erkrankung bin ich relativ gut damit zurecht gekommen. Damals war ich verheiratet. Unsere Ehe ist mittlerweile beendet. Ich glaube nicht, dass das passiert ist aufgrund des Stomas, aber jetzt bin ich Ende dreißig, und jetzt merke ich plötzlich, ich muss mich wieder auf den Markt trauen und da habe ich Angst.“ Ich frage sie: „Hätten Sie gern wieder eine sexuelle Beziehung, vielleicht eine neue Liebe?“ Frau Y. wird traurig, ein paar Tränen laufen ihr über die Wangen. Sie sagt: „Wissen Sie, das größte Problem ist eigentlich, dass ich mich jetzt plötzlich als Stomaträgerin sexuell nicht attraktiv finde, dass ich eigentlich denke, mit Ende dreißig mit deinem Stoma und alleine und dann mich einem neuen Mann sozusagen intim offenbaren, das ist zuviel. Da erfülle ich die Bedingungen nicht.“

In dieser neuen Situation, plötzlich als Frau wieder allein zu sein, bekam das Stoma eine neue Bedeutung.

Diese Frau hat natürlich an sich keine sexuellen Probleme. Rein physisch ist alles mit ihr in Ordnung. Auch mit dem Stoma hat sie eigentlich keine Probleme. Seit über 10 Jahren ist sie daran gewöhnt, kommt auch gut damit zu-

recht. In dieser neuen Situation aber, plötzlich als Frau wieder allein zu sein, bekam dieses Stoma eine neue Bedeutung für sie und das machte ihr Kummer.

3. Beispiel:

Herr L. kommt in die Ambulanz. Er ist Anfang dreißig, hat einen schweren Diabetes und muss seit seinem 15. Lebensjahr Insulin spritzen. Aufgrund seiner Diabeteserkrankung hat er eine ausgeprägte Impotenz entwickelt. Seine Eingangsworte: „Es klappt nicht mehr im Bett. Ich bin impotent. Ich habe Zucker.“ Auch ihm stelle ich meine Frage: „Fehlt Ihnen das denn, fehlt Ihnen die Sexualität, fehlt es Ihnen, dass Sie mit Ihrer Frau nicht schlafen?“ Der junge Mann stutzt: „Ehrlich gesagt, ich kenne das gar nicht. Es liegt so lange zurück, dass das mit meiner Potenz noch klappte. Da war ich mit meiner Frau noch gar nicht zusammen. Am Anfang unserer Ehe ging das ein bisschen, da konnte ich das Glied manchmal noch einführen. Jetzt klappt gar nichts mehr. Aber eigentlich bin ich seit langem daran gewöhnt. Aber trotzdem fühle ich mich langsam so, als ob wir ein gestörtes Paar wären. Ja, und dass es nicht klappt und wir nicht darüber reden, das führt dazu, dass wir uns immer mehr voneinander zurückziehen und dass wir insgesamt immer mehr die Zärtlichkeit vermeiden.“ In einem zweiten therapeutischen Schritt lud ich ihn zusammen mit seiner Frau zu einem Paargespräch in die Ambulanz ein. Zunächst fragte ich seine Frau: „Frau L., es geht ja hier um die Potenzproblematik Ihres Mannes wegen der Zuckererkrankung. Was glauben Sie denn, ist das größte Problem Ihres Mannes? Was macht ihm am meisten Kummer?“ Sie antwortet: „Ich habe ein bisschen Hemmungen, darüber zuspochen, aber ich glaube schon, es macht ihm am meisten Kummer, dass er mir das eigentlich nicht bieten kann, von dem er denkt, dass er es mir bieten müsste als normaler Mann. Ich glaube, er fühlt sich schon als Versager, und das macht ihm eine Menge aus.“ Anschließend frage ich ihn: „Was glauben Sie, ist der größte Kummer Ihrer Frau?“ Herr L. antwortet: „Ich glaube, der größte Kummer ist, dass sie etwas nicht kriegt, was sie braucht und dass ich ihr das nicht bieten kann.“ Ich bitte nun die beiden Partner Stellung zu nehmen zu jeweils dem, was der andere gesagt hat. Ich frage also Frau L.: „Frau L., ist da was dran an dem, was Ihr Mann sagt? Fehlt es Ihnen, dass er Ihnen nicht den Sex bieten kann, den er eigentlich glaubt, Ihnen bieten zu müssen?“ Sie atmet tief durch und sagt: „Ja, da ist was dran, mir fehlt es schon. Aber wenn ich höre, dass er denkt, dass das mein größtes Problem ist – dann stimmt das überhaupt nicht. Mein größtes Problem ist,“ – und da wendet sie sich an ihn – „dass du mich überhaupt nicht mehr anfässt, dass du dich immer mehr zurückziehst, dass du anfängst, eher ins Bett zu gehen als ich, damit wir irgendwie gar nicht mehr so in Kontakt kommen oder in die Versuchung kommen, dass wir uns mal anfassen könnten. Also es macht mir viel mehr aus, dass wir diesen zärtlichen, diesen intimen Kontakt nicht mehr haben, als dass wir nicht mehr

miteinander schlafen. Ich darf dich ja kaum noch nackt sehen. Alles an Intimität ist zwischen uns gestorben. Und ich traue mich auch nicht, dich darauf anzusprechen, weil ich sonst hinterher Angst habe, dass du denkst, ich gebe dir womöglich die Schuld und du kannst ja nichts dafür.“

Viele Paare geraten in diesen Kreislauf oder besser Teufelskreis veränderter Sexualität, nachfolgender Scham, nachfolgendem Rückzug und Entfremdung auf der Paarebene. Einige davon sind Paare, von denen ein Partner unter einer Erkrankung leidet, die im wahrsten Sinne die Sexualität oder vielleicht besser die sogenannte „sexuelle Potenz“ betrifft. Das ist dann der Fall wenn wir plötzlich krankheitsbedingt unter sexuellen Funktionsstörungen leiden, wie z.B. Männer unter einer Störung der erektilen Potenz. Es kann genauso dann der Fall sein, wenn wir plötzlich unserer körperlichen Unversehrtheit beraubt werden und uns entsprechend in unserer sexuellen Attraktivität eingeschränkt fühlen. Meine Vermutung ist, dass diese körperliche Unversehrtheit vielleicht den Frauen sogar noch etwas mehr Probleme macht als den Männern. Sexuelle Potenz an sich ist für beide Geschlechter wichtig. Männer sind möglicherweise am sensibelsten zu treffen, wenn es mit der erektilen Potenz nicht mehr klappt, Frauen sind möglicherweise am sensibelsten zu treffen, wenn es mit der attraktiven Potenz nicht mehr klappt. Das soll selbstverständlich nicht heißen, dass nicht auch männliche Stomaträger unter ihrer körperlichen Versehrtheit und damit unter einem möglichen subjektiv erlebten Verlust an sexueller Attraktivität leiden. Das soll lediglich heißen, dass die Gewichtung von sexueller Potenz rein kulturell bei Mann und Frau eine andere ist.

Mein größtes Problem ist, dass du mich nicht mehr anfasst, dass du dich immer mehr zurückziehst ...

An den Patientenbeispielen, vor allem an dem kleinen Paardialog wird deutlich, wie sehr eine von uns subjektiv erlebte Einschränkung, beziehungsweise Minderwertigkeit unserer Sexualität uns in die Scham und damit in den Rückzug verführt. Wo sind die Schnittstellen? Wo sind die Punkte bzw. Möglichkeiten, uns dieser Verführung entgegen zu stellen und statt nach hinten, statt in den Rückzug, nach vorne in den Dialog zu gehen? Scham ist etwas ganz normales. Auch die Scham bei uns selbst gehört zum Leben dazu. Sie entspricht der Enttäuschung, der Kränkung über uns selbst und wir kennen sie aus tausend anderen Situationen. Scham an sich ist auch nicht tragisch. Tragisch wird sie dann, wenn sie die Regie über uns und unser Leben übernimmt, beziehungsweise wenn wir sie ihr übertragen. Das tut nicht gut, egal ob wir allein leben oder in einer Paarbeziehung. Meinen Patienten sage ich oft: ‚Sich zu schämen ist normal und die Scham im Arm ist auch okay, wie man die Angst über auch immer wieder im Arm hat‘. Auch kann es passieren, dass wir die Regie über das, was wir tun oder das, was wir gerne tun würden eine Weile verlieren und diese Regie an Scham oder Angst abgeben. Aber wir müssen es merken und anschließend alles tun, die Regie über uns und unser Leben wieder zurück zu gewinnen.

Scham wird dann tragisch, wenn sie die Regie über uns und unser Leben übernimmt.

Was bedeuten das nun für Stomaträgerinnen und -träger in Bezug auf ihre Sexualität, ihre Liebe? Die Antwort ist eindeutig. Solange wir die Sehnsucht nach Liebe, und auch körperlicher Liebe in uns spüren, sollten wir nicht aufhören, ihr zu folgen, ob mit oder ohne Stoma. Liebe bedeutet immer Risiko, vor allem das Risiko Intimität. Intimität heißt Offenheit, uns einander gegenüber offen zu zeigen, uns einander zu offenbaren und uns einander zuzumuten. Das macht schutzlos und verletzlich auf der einen Seite, schafft gleichzeitig Vertrauen und Sicherheit auf der anderen Seite. Intimität zu riskieren heißt auch sprechen, sprechen über uns und das, was uns bewegt.

An dieser Stelle sei ein kleiner Exkurs zum Thema „ärztliche Experten und sprechen über Sexualität“ eingefügt. Patienten und Patientinnen wünschen sich, auch in ihren sexuellen medizinischen Folgen ernst genommen zu werden. Studien haben gezeigt, dass viele Patienten wünschen, von ihren Ärzten aktiv auf das Thema Sexualität angesprochen zu werden. Der Großteil

Solange wir die Sehnsucht nach Liebe und auch körperlicher Liebe in uns spüren, sollten wir nicht aufhören, ihr zu folgen, ob mit oder ohne Stoma.

der Patienten erwartet von seinem Arzt sexualmedizinische Kompetenz, d.h. konkrete Beratung und Therapie, Hilfe bei der Bewältigung von sexuellen Problemen. Diesem Bedarf von Seiten der Patienten werden wir derzeit ärztlicherseits nicht gerecht. Sexualmedizinische Kompetenz und vor allem das Sprechen über

Sexualität haben wir Ärzte nicht gelernt. Weder im Studium noch in der Facharztzubereitung taucht dieses Thema auf. Beim Sprechen haben Ärzte und Ärztinnen mit diesem Thema genauso viele Schwierigkeiten wie Patienten und Patientinnen. Insofern warten Sie nicht und sprechen Sie den Arzt Ihrer Wahl auf dieses Thema an und machen Sie ihm klar, wie wichtig es für Sie ist, offen mit ihm darüber sprechen zu können. Genieren Sie sich nicht. Doch dann, wenn Ihr Arzt oder Ihre Ärztin auf dieses Thema nicht eingeht, dann suchen Sie sich einen anderen. Und seien Sie sich bewusst, es liegt nicht an Ihnen, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt dieses Thema vermeidet, sondern es liegt an seiner eigenen zum Teil unbewussten Scham mit diesem Thema.

Genauso wichtig wie das Gespräch mit dem Arzt ist das Gespräch mit dem Partner beziehungsweise mit der Partnerin. Nur wenn wir uns einander in punkto Intimität

Es ist wichtig, dass wir nicht der Scham folgen und dass wir das Risiko Intimität eingehen.

und Liebe zumuten, d. h. schonungslos miteinander sprechen, können wir den vorher beschriebenen beschämten Rückzug und das daraus folgende „einander fremd werden“ verhindern. Immer wieder höre ich von Paaren diese Geschichten, dass z.B. sie einen Morbus

Crohn hat und dann plötzlich diese neue Scham auftaucht, die da sagt: „Habe ich überhaupt noch ein Recht auf Sexualität, auf Beziehung, jetzt, wo ich diesen Beutel tragen muss?“ Es ist wichtig, dass wir nicht der Scham folgen und dass wir das Risiko Intimität eingehen. Wir wissen ja nicht, was uns passiert. Es kann ja sein, dass

mal einer kommt und sagt: „Wie siehst du denn aus?“ Das Risiko gehen wir ein und es ist nicht vorhersehbar. Aber ich glaube im Sinne unserer eigenen Integrität und des eigenen Begehrens tut es gut, und wir sind durchaus im Stande auch die eine oder andere Bauchlandung einzustecken und trotzdem weiter zu machen. Ich möchte Sie unglaublich gerne ermutigen, dem eigenen Begehren mit dem entsprechenden „Intimitätsrisiko“ zu folgen. Nur wenn wir es schaffen, auch über die Dinge zu sprechen, die uns schwer fallen und die sich eigentlich so anfühlen, als würden wir uns dafür schämen, bleiben wir in Kontakt - in Kontakt mit uns und auch in Kontakt mit unseren Partnern. Und in vielen Fällen schafft allein der Versuch, mit diesen Menschen Intimität zu riskieren, ein neues tiefes Vertrauen, das sicherer macht, das Mut schafft und Liebe fördert. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen von Herzen alles Gute.



Vortrag bei den ILCO-Tagen in Aachen, 14.06.2003

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Ulrike Brandenburg

*Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der RWTH
Aachen*

Pauwelstr. 30, 52074 Aachen