

# **Sexualität und Querschnittlähmung**

Eine machbare Herausforderung für Betroffene?

Maria Selina Scherrer  
Modul 1, Essay

Matrikel-Nr. 29927

Master of Arts in Sexologie, Jahrgang 6, 2023  
Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie (ISP)  
in Kooperation mit der Hochschule Merseburg

Zürich, 30.09.2023

**INHALTSVERZEICHNIS**

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Hauptteil</b>	<b>1</b>
2.1	Die physischen Herausforderungen	1
2.2	Sexualität bei querschnittgelähmten Menschen mit Vulva (MMV)	1
2.3	Sexualität bei querschnittgelähmten Menschen mit Penis (MMP)	2
2.4	Bedeutung der Querschnittlähmung für die Zeugungsfähigkeit bei MMP	3
2.5	Drei Phasen der sexuellen Rehabilitation	4
2.6	Verknüpfung des sexuellen Rehabilitationsmodells mit dem Modell Sexocorporel	4
<b>3</b>	<b>Fazit</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>7</b>
<b>6</b>	<b>Anhang</b>	<b>8</b>
6.1	Selbständigkeitserklärung	8

## 1 EINLEITUNG

Dieses Essay beschäftigt sich mit der Sexualität von Menschen mit einer Querschnittlähmung (QSL). Durch meine Tätigkeit als Pflegeperson für Menschen mit Querschnittlähmung hatte ich bereits die Gelegenheit, viele Gespräche über das Erleben von Sexualität mit betroffenen Personen zu führen. Besonders präsent ist mir ein Gespräch mit einer langjährigen Paraplegikerin, die ich hier Luna nenne. Sie teilte mit, dass sie, als sie damals gerade frisch verletzt war, sofort Fragen bezüglich ihrer Sexualität hatte. Sie fragte sich rasch, ob sie überhaupt noch die Möglichkeit hatte, Kinder zu bekommen. Leider erfuhr sie damals vom medizinischen Personal wenig Unterstützung in Bezug auf ihre Fragen. Stattdessen wurde ihr gesagt, dass sie momentan grössere Sorgen haben sollte als ihre Sexualität. In diesem Moment fühlte sie sich, als würde man ihr ihre Sexualität absprechen. (Luna, persönliche Kommunikation, 22. November 2022). Der Fokus dieses Essays wird deswegen auf die physiologischen Herausforderungen gelegt, welche sich bei der Sexualefunktion und Reproduktion bemerkbar machen. Ein Versuch das Modell der sexuellen Rehabilitation nach (Reitz et al., 2004) in Bezug zu einer Publikation von Bischof (2020) über das Modell Sexocorporel zu setzen, soll aufzeigen, dass Menschen mit einer QSL trotz ihrer körperlichen Einschränkungen das Recht auf ein erfülltes Sexualleben haben und dies auch haben können.

## 2 HAUPTTEIL

### 2.1 Die physischen Herausforderungen

Personen mit einer QSL erfahren grosse Veränderungen in Bezug auf ihr Sexualleben. Abhängig von der Läsionshöhe, der Ausprägung der Lähmung und dem biologischen Geschlecht, werden die Betroffenen vor die Herausforderung gestellt, ihren Körper und ihr Sexualleben neu zu erkunden.

### 2.2 Sexualität bei querschnittgelähmten Menschen mit Vulva (MMV)

Bei MMV sind die reproduktiven Prozesse nicht neural, sondern hormonell gesteuert und somit nicht von der Nervenversorgung oder der Läsionshöhe abhängig. Die Erregungsfunktion ist jedoch ebenso wie bei Menschen mit Penis (MMP) neural gesteuert und von der Lähmungshöhe abhängig. Dies zeigt sich wie bei MMP in der Sensibilität im Intimbereich und verminderter Lubrikation. Diese ist gestört oder fehlt gänzlich, was zu einer Einschränkung des Auslösens eines Orgasmusreflexes führt. Orgasmus ähnliche Zustände können durch Vibrationsstimulation der Geschlechtsorgane oder Stimulation sekundärer erogenen Zonen erreicht werden, dies erfordert viel Übung (Koch & Geng, 2021).

Die Menstruation setzt bei MMV nach der Verletzung des Rückenmarks aus, da sich der Körper im sogenannten spinalen Schock befindet. Dieses Ausbleiben der Menstruation nennt man Stressamenorrhoe. Sie hat im Falle einer QSL die Funktion, dass sich MMV nach einer Änderung der Lebensweise erholen können, ohne schwanger zu werden. Nach mehreren Monaten bis zu einem Jahr kommt die Menstruation wieder zurück. MMV können trotz ausbleibenden Blutungen konzeptionsfähig sein, da es ungeachtet dessen zu Ovulationen kommen kann (Koch & Geng, 2021).

Im Falle einer Schwangerschaft ist die Entwicklung des Embryos durch die Querschnittlähmung nicht beeinträchtigt. Am Ende der Schwangerschaft mit grösser werden des Bauches, werden die Transfers schwieriger, Inkontinenzprobleme können sich häufen und das Harnwegsinfektionsrisiko wird grösser. Die Beckenvenen werden komprimiert, was zu vermehrtem Anschwellen der Füsse führt und Kompressionsstrümpfe unabdingbar macht. Die Schwangere Person kann je nach Läsionshöhe Bewegungen des Kindes nicht spüren und muss dies durch Fühlen mit den Händen lernen. Atemprobleme treten gegen Ende der Schwangerschaft auf, da das Zwerchfell vor allem im Sitzen nach oben gedrückt wird. Progesteron, welches während der Schwangerschaft in erhöhten Mengen produziert wird, führt zur Erschlaffung der glatten Muskulatur und kann zu Problemen mit der Verdauung und der Stuhlausscheidung führen (Koch & Geng, 2021). Die Geburt kann auf natürlichem Weg erfolgen, dadurch dass die Bauchmuskulatur oft fehlt, können Presswehen nicht unterstützt werden. Ein spastischer Beckenboden kann ausserdem die Geburt behindern. Die Blase muss vorgängig entleert werden, da es zu einer sogenannten autonomen Dysreflexie kommen kann, dies ist eine Überreaktion des vegetativen Nervensystems, welche zu einem lebensbedrohlichen Bluthochdruck führen kann. Dagegen kann eine Periduralanästhesie eingesetzt werden. Ab einer kompletten Lähmung vom zwölften Rückenmark-Segment aus aufwärts, kann die Geburt schmerzfrei erfolgen. Bei einem Dammschnitt muss auf anschliessende Druckbelastung im Rollstuhl geachtet werden. Oft wird aus Angst vor Komplikationen ein Kaiserschnitt geplant. Querschnittgelähmten MMV ist das Stillen möglich, ausser bei einer Lähmung des vierten Rückenmark-Segments ist der Milchflussreflex abgeschwächt (Koch & Geng, 2021).

### 2.3 Sexualität bei querschnittgelähmten Menschen mit Penis (MMP)

Die Sexualefunktion bei MMP ist über das autonome Nervensystem vorwiegend neural gesteuert, weswegen nebst der Blasen- und Darmfunktion auch die Sexualefunktion unterhalb der Läsionshöhe in ca. 60% der Fälle gestört ist (Koch & Geng, 2021).

Der Reflex für Erektion und Ejakulation geht oft verloren, und die Produktion von fruchtbarer Samenflüssigkeit nimmt nach einigen Monaten ab. Bei unvollständiger Lähmung sind allgemeine Aussagen schwierig, und eine individuelle Untersuchung ist erforderlich (Koch & Geng, 2021).

Die Feststellung, ob eine Erektion noch möglich ist, erfolgt am zuverlässigsten, wenn ein erigierter Penis nach dem natürlichen Erwachen beobachtet wird. Geschlechtsverkehr ohne Hilfsmittel ist oft nicht mehr möglich, und ein Orgasmus kann in der Regel nicht erreicht werden, wenn die Empfindlichkeit in den Genitalien fehlt. Dennoch kann durch die Stimulation sekundärer erogener Zonen wie z. B. der Ohrläppchen ein orgasmusähnliches Gefühl erzeugt werden (Koch & Geng, 2021).

Abhängig von der Höhe der Lähmung kann eine Erektion entweder durch die Stimulation des Penis (reflexiv) oder durch psychogene Faktoren (visuelle oder gedankliche Reize) erreicht werden. Die Erektion ist jedoch oft von kurzer Dauer, wodurch ein Orgasmus ausbleibt (Koch & Geng, 2021).

Zur konservativen Therapie bei Erektionsstörungen stehen verschiedene Optionen zur Verfügung. Eine Möglichkeit ist die mechanische Stimulation mit einer Vakuumpumpe. Durch das Erzeugen eines Vakuums wird mehr Blut in die Schwellkörper des Penis geleitet, was zu einer Erektion führen kann. Um diese Erektion aufrechtzuerhalten, kann ein Gummiring an der Peniswurzel angebracht werden, um den Rückfluss des Blutes zu verhindern (Koch & Geng, 2021).

Eine weitere Option zur Unterstützung der Erektion ist eine medikamentöse Therapie. Hierbei können gefässerweiternde Medikamente in die Harnröhre appliziert werden. Alternativ können auch bestimmte Medikamente oral eingenommen werden, die den Blutfluss in die Schwellkörper fördern. In diesen Fällen ist oft eine zusätzliche mechanische Stimulation erforderlich, um eine reflexartige Erektion auszulösen. Eine weitere Möglichkeit ist die Injektionstherapie, bei der blutgefäßerweiternde Medikamente direkt in die Schwellkörper des Penis injiziert werden (Koch & Geng, 2021).

Für manche MMP kann eine operative Therapie in Erwägung gezogen werden. Eine Option ist die semirigide Penisprothese, bei der die Schwellkörper des Penis durch Implantate aus Silikon ersetzt werden. Dadurch bleibt der Penis dauerhaft steif, kann aber bei Bedarf nach unten gebogen werden. Eine andere Möglichkeit ist die aufpumpbare Prothese, bei der hohle Implantate in die Schwellkörper eingesetzt werden. Diese können mithilfe einer Pumpe im Hodensack mit Flüssigkeit aus einem Reservoir im kleinen Becken gefüllt werden, um eine Erektion zu erzeugen (Koch & Geng, 2021).

#### 2.4 Bedeutung der Querschnittslähmung für die Zeugungsfähigkeit bei MMP

Eine Erektion allein bedeutet nicht zwangsläufig, dass es auch zu einem Samenerguss kommt. Dieser kann durch Vibrationsstimulation oder rektale Elektrostimulation ausgelöst werden, um Sperma für eine künstliche Befruchtung zu gewinnen (Koch & Geng, 2021).

Die Qualität des Spermas nimmt nach mehr als sechs Monaten oft ab. In solchen Fällen können Spermien direkt aus dem Hoden entnommen und in vitro mit einer Eizelle befruchtet

werden, bevor sie schließlich in die Gebärmutter eingesetzt werden. Dieser Prozess ist äußerst aufwendig und wird oft nicht von Krankenkassen abgedeckt. Darüber hinaus beträgt die Erfolgsaussicht einer Schwangerschaft in diesem Fall nur etwa 25%-30% (Koch & Geng, 2021).

## 2.5 Drei Phasen der sexuellen Rehabilitation

Die beschriebenen physiologischen Herausforderungen mit welchen Menschen mit einer QSL konfrontiert werden, haben einen Einfluss auf ihr Identitätsempfinden, ihr Selbstwertgefühl und ihre Partnerschaften. Reitz et al. (2004) beschreiben diesen Prozess als phasengerechte sexuelle Rehabilitation und teilen ihn in drei Phasen ein, wobei nicht alle durchlaufen werden müssen. Die erste Phase beschreibt die Verunsicherung der Betroffenen, in welcher sie sich laut Reitz et al. (2004) als unattraktiv und nicht Liebenswert wahrnehmen. Durch den Verlust oder Störung der Sensibilität und Sexualfunktion könne die betroffene Person den gesamten gelähmten Körperbereich ablehnen und häufig auch vernachlässigen (Reitz et al., 2004). Partnerschaftliche Nähe werde häufig abgelehnt, oder sogar der Wunsch nach einer Trennung geäußert (Reitz et al., 2004). Reitz et al. (2004) empfehlen in dieser Phase die Betroffenen Personen zu ermutigen, sich in ihrem eigenen Tempo ihrer Sexualität schrittweise wieder anzunähern. In der zweiten Phase des Experimentierens, tasten sich die Betroffenen laut Reitz et al. (2004) neugierig an die verbliebenen körperlichen Möglichkeiten heran. So können sie Erfolgserlebnisse haben, welche Selbstwertschätzung zur Folge haben. Es kann aber auch zu Frust Erlebnissen führen, wenn körperliche Grenzen bewusstwerden. Hierbei spielen auch alte Normen wie zum Beispiel das unbedingte Ejakulieren oder das Erzielen eines Orgasmus bei der Partnerin eine Rolle. Auf der partnerschaftlichen Ebene spielt sich in dieser Phase das Erkunden der vorhandenen sexuellen Möglichkeiten ab, wobei eine offene Paarkommunikation zu positiven Erfahrungen beiträgt (Reitz et al., 2004). Eine Stützende Beratung von Fachpersonen kann dabei helfen, die Betroffenen Personen zum Experimentieren zu ermutigen und frustrierende Erlebnisse kompetent aufzufangen (Reitz et al., 2004). Die dritte Phase wird in der Publikation von Reitz et al. (2004) als Phase des Genießens beschrieben in welcher die Betroffenen oder die Paare alte Normen hinter sich gelassen und die Querschnittlähmung als Chance nutzen, um intime Kontakte lust- und genussbetont zu erleben. Auch in dieser Phase können Beratungen sinnvoll sein, falls sich Wünsche ändern oder neue Wünsche hinzukommen, wie zum Beispiel ein Kinderwunsch (Reitz et al., 2004).

## 2.6 Verknüpfung des sexuellen Rehabilitationsmodells mit dem Modell Sexocorporel

Die theoretische Grundlage des Sexocorporel hergeleitet von Bischof (2020), welche die lebenslange Erlernbarkeit und Veränderbarkeit sexueller Gewohnheiten beschreibt, lässt sich mit den drei Phasen der sexuellen Rehabilitation verknüpfen.

Die Publikation von Bischof (2020, nach Pfaus et al., 2016; Georgiadis & Kringelbach, 2012) beschreibt, dass sich Menschen Selbstbefriedigung autodidaktisch beibringen, dabei werden Berührungen und Bewegungen die zur Erregung und deren Steigerung führen zu Stimulationsmuster konditioniert. Stellt man diese Annahme mit dem Eintreten einer QSL in Verbindung, kann dies die im vorangegangenen Kapitel genannte erste Phase des Modells nach Reitz et al. (2004) erklären. Die gewohnten Stimulationsmuster sind kaum oder gar nicht mehr abrufbar, wodurch die Phase der Verunsicherung eintritt.

In Bischof (2020, nach Hüther & Rüther, 2003) wird erläutert, dass in der Paarsexualität die Stimulationsmuster an Grenzen stossen und zu sexuellen Schwierigkeiten führen können. Das Modell Sexocorporel arbeitet mit diesen Grenzen und stösst Lernprozesse an, um Erregungs-, Wahrnehmungs-, Denk- und Interaktionsgewohnheiten zu Verändern und kann so zu positiven intrapsychischen Auswirkungen bei den Betroffenen und deren Partnerschaft führen. Das Entdecken und Üben spielen bei der Überwindung alter Stimulationsmuster eine grosse Rolle. Es handelt sich laut Bischof (2020, nach Hüther & Rüther, 2003), um einen lösungs- und ressourcenorientierten Ansatz und stellt somit Defizite in den Hintergrund. Die zweite und dritte Phase des Modells nach Reitz et al. (2004) beschäftigen sich ebenfalls mit dem Neuerkunden und Geniessen von intimen Kontakten.

### **3 FAZIT**

Luna beschrieb ihre neue Sexualität in der Weise, dass ein sexuelles Bedürfnis bestand, welches sich im Körper anders anfühlte und erkundet werden musste. Stattdessen, sich auf das zu konzentrieren, was sie nicht mehr spürte, legte sie den Fokus auf neue Empfindungen (Luna, persönliche Kommunikation, 22. November 2022).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Menschen mit einer QSL trotz physischer Hindernisse durchaus eine erfüllte Sexualität leben können. Eine kompetente Begleitung zum Beispiel durch eine phasengerechte Beratung kann die Betroffenen dabei unterstützen. So könnte eine Beratung nach Sexocorporel unter Einbezug des drei Phasenmodells bei der Neuerkundung noch vorhandener Erregungspotenziale eingesetzt werden. Denn, wie auch bei Menschen ohne QSL, ist, die Sexualität ein Grundbedürfnis, welches sich zu fördern und unterstützen lohnt.

#### 4 LITERATURVERZEICHNIS

- Bischof, K. (2020). Wissenschaftliche Grundlagen des Sexocorporel. In (pp. 423-446). Psychosozial-Verlag.
- Georgiadis, J. R., & Kringelbach, M. L. (2012). The human sexual response cycle: Brain imaging evidence linking sex to other pleasures. *Progress in Neurobiology*, 98(1), 49-81. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2012.05.004>
- Koch, H. G., & Geng, V. (2021). *Querschnittlähmung verständlich erklärt Band 2 - Leben mit Querschnittlähmung: Therapie, Pflege, Rehabilitation, Integration*. Selbstverlag Manfred-Sauer-Stiftung und Schweizer Paraplegiker-Vereinigung.
- Luna, persönliche Kommunikation, 22. November 2022.
- Pfaus, J. G., Quintana, G. R., Mac Cionnaith, C., & Parada, M. (2016). The whole versus the sum of some of the parts: toward resolving the apparent controversy of clitoral versus vaginal orgasms. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 6(1), 32578. <https://doi.org/10.3402/snp.v6.32578>
- Reitz, A., Burgdörfer, H., & Schurch, B. (2004). Die Auswirkungen einer Rückenmarkverletzung auf Sexualität und Reproduktion. *Der Urologe, Ausgabe A*, 43(1), 52-63. <https://doi.org/10.1007/s00120-003-0475-4>

**5 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

MMV	Menschen mit Vulva
MMP	Menschen mit Penis
QSL	Querschnittlähmung

## 6 ANHANG

### 6.1 Selbständigkeitserklärung

Ich, Maria Selina Scherrer erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe;
- dass ich sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken als solche kenntlich gemacht und so zitiert habe;
- dass mir bekannt ist, dass ein Plagiat ein schweres akademisches Fehlverhalten darstellt und entsprechend sanktioniert wird;

Titel der Arbeit      Sexualität und Querschnittlähmung

Name, Vorname      Scherrer, Maria Selina

Matrikelnummer      29927

Ort, Datum      Bern, 30.09.2023

Unterschrift

