

Empowerment für ein selbstbestimmtes Sexualleben

Informationsflyer bei traumatischer Querschnittlähmung

Linda Kallsen



Sexualität begleitet Menschen ein Leben lang – je nach Lebensphase erlebt und gestaltet sie jeder unterschiedlich. Eine körperliche Behinderung wie eine Querschnittlähmung beeinflusst diesen zentralen Lebensbereich massiv, ist jedoch nicht mit einem Fehlen der Sexualität gleichzusetzen. Gesellschaftliche Stigmata, aber auch die Tabuisierung von Sexualität in der Rehabilitation beeinträchtigen die sexuelle Selbstverwirklichung von querschnittgelähmten Menschen. Welche Rolle spielt die Ergotherapie in diesem Kontext?

Eine Querschnittlähmung durch ein Trauma wie einen Unfall oder Gewalt ist ein einschneidendes Ereignis, das eine lebenslange Behinderung zur Folge hat. Die irreversible Schädigung des Rückenmarks geht mit Ausfällen der Motorik und Sensorik, Funktionsstörungen von Blase und Mastdarm, Sexualfunktionsstörungen und Regulationsstörungen von Atmung und Kreislauf einher (Zäch/Koch 2006). Hierbei ist sowohl die Lokalisation als auch die Schwere der Rückenmarksverletzung entscheidend für die Symptomatik: Schädigungen der Halswirbelsäule werden als Tetraplegie bezeichnet und haben den Verlust der motorischen und sensorischen Funktionen der Arme, des Rumpfes und der Beine zur Folge. Bei einer Paraplegie, also einer Verletzung auf Höhe der Brust-, Lenden- oder Sa-

kralwirbelsäule, kommt es zur Lähmung der Beine und Teilen des Rumpfes (Flieger 2012). Bei einer kompletten Durchtrennung des Rückenmarks sind unterhalb der Läsion keine Nervenfunktionen mehr nachweisbar. Besteht eine Restmotorik bzw. Restsensibilität, wird die Lähmung als inkomplett bezeichnet. Als Folge dessen resultieren sowohl für querschnittgelähmte Männer als auch für querschnittgelähmte Frauen erhebliche Störungen der Sexualfunktionen.

Auswirkungen auf die männlichen Sexualfunktionen

Veränderungen der Sexualfunktionen bei querschnittgelähmten Männern äußern sich in einer gestörten Erektionsfähigkeit, einer fehlenden Ejakulation und einer verminderten

Fruchtbarkeit. Querschnittgelähmte Männer können je nach Höhe und Vollständigkeit ihrer Rückenmarksläsion entweder eine psychogene oder eine reflektorische Erektion haben. Eine psychogene Erektion wird ausgelöst durch Reize wie optische und akustische Stimulation, Gerüche, Fantasien, Erwartungen und Wünsche. Eine reflektorische Erektion wiederum entsteht bei direkter Stimulation des Penis (Kämpfer 2012). Auch die Orgasmusfähigkeit hängt von der Schwere der Rückenmarksverletzung ab: Bei inkompletten Lähmungen können die Orgasmusgefühle ähnlich wie vor dem Trauma sein. Aber auch wenn die Sensibilität im Genitalbereich vermindert oder nicht mehr vorhanden ist, können Männer mit Para- oder Tetraplegie einen Orgasmus empfinden, wobei das Erleben sehr individuell ist.

Neben Ejakulationsstörungen und Lähmungen, die die sexuelle Aktivität beeinträchtigen, ist die Spermaqualität fast immer vermindert, sodass nach Eintritt der Querschnittlähmung die männliche Fruchtbarkeit herabgesetzt ist (Zäch/Koch 2006).

Auswirkungen auf die weiblichen Sexualfunktionen

Bei querschnittgelähmten Frauen äußern sich Veränderungen der Sexualfunktion in einer verminderten oder fehlenden Lubrikation, die zu Schmerzen während des Sexualverkehrs führen kann. Je nach Läsionshöhe bleibt die körpereigene Produktion von Vaginalsekret als Zeichen der sexuellen Erregung aus. Auch die weibliche Orgasmusfähigkeit kann aufgrund der fehlenden Sensibilität unterhalb des Lähmungsniveaus verändert sein. Manche Frauen erleben den Höhepunkt im Unterschied zum genitalen Orgasmus als „Para-Orgasmus“ – sie beschreiben ihn als eine ganzheitliche Erfahrung mit körperlichen Empfindungen und emotionalen Reaktionen, Fantasien und Erinnerungen (Ducharme/Gill 2006). Andere querschnittgelähmte Frauen können keinen Orgasmus wahrnehmen oder empfinden ihn als unangenehm.

Eine Rückenmarksläsion hat jedoch keinen Einfluss auf die Fruchtbarkeit einer Frau. Da sowohl Eireifung als auch Eisprung hormonell gesteuert werden und auch der Transport der Eizelle durch unwillkürliche Muskelkontraktionen des Eileiters erfolgt, ist die Möglichkeit, schwanger zu werden, genauso gegeben wie vor dem Eintritt der Querschnittlähmung (Fürl-Riede et al. 2001). Zwar kann es durch das Trauma in den ersten sechs Monaten zu einem vorübergehenden Ausbleiben der Menstruation kommen, danach setzt die Regelblutung aber wieder ein (Kämpfer 2012).

Barrieren in der Sexualität

Die Störungen der Sexualfunktionen greifen massiv in das persönliche, intime und soziale Leben der Betroffenen und Angehörigen ein. Neben der Beeinträchtigung der Genitalorgane führt der Verlust von motorischen, sensorischen und vegetativen Funktionen zu einem stark veränderten Sexualleben nach dem Trauma.

Die begrenzte Bewegungsfähigkeit, Spasmen sowie die herabgesetzte Balance und Kraft kann sexuelle Aktivitäten wie Masturbation oder Sexualverkehr erschweren. Bestimmte Stellungen beim Sex können möglicherweise nicht mehr selbstständig eingenommen werden. Viele Frauen sind nach Eintritt der Querschnittlähmung auf die physische Kraft ihrer

Partner für das Positionieren angewiesen, wodurch sie den Sex als weniger spontan erleben (Leibowitz 2005).

Aufgrund des Sensibilitätsverlustes und der beeinträchtigten Blasen- und Darmfunktion kann es zu einem unwillkürlichen Urin- oder Stuhlabgang während der sexuellen Aktivität kommen – dieser Kontrollverlust stellt für viele Betroffene eine große Beeinträchtigung dar (Ducharme/Gill 2006). Eine überfüllte Blase oder ein überfüllter Darm, aber auch die Stimulation der Genitalien können bei einem querschnittgelähmten Menschen mit einer Lähmung oberhalb des sechsten Brustwirbels einen plötzlichen, lebensgefährlichen Blutdruckanstieg (Autonome Dysreflexie) auslösen (Kämpfer 2012). Eine andere Reaktion auf Berührung oder sexuelle Erregung kann sich als unwillkürliche, spastische Bewegung äußern, wodurch sämtliche Handlungen erschwert werden. Durch Druck und Reibung während des Sexualverkehrs können lokale Verletzungen der Haut (Dekubiti) riskiert werden. Nach einer Querschnittlähmung beeinflusst jedoch nicht nur der Verlust der Sensibilität die Sexualität der Betroffenen, es kann auch zu schmerzhaften Missempfindungen oder chronischen Schmerzen kommen, mit sowohl körperlichen als auch emotionalen Folgen (Erdmann 2012).

Unabhängig vom Geschlecht kann sich neben den rein funktionalen Aspekten der Sexualität das veränderte Körpererleben auf das Selbstbild, die Psyche und die Identität als Mann oder Frau und somit auf die gesamte Lebensqualität auswirken. Sowohl für die Angehörigen als auch für ihre querschnittgelähmten Partner hat eine Beeinträchtigung der sexuellen Interaktionen Auswirkungen auf ihre Beziehung, wodurch oftmals eine Neuorientierung in der Partnerschaft erforderlich ist.

Viele Betroffene vergleichen ihr äußeres Erscheinungsbild mit ihrem Aussehen vor dem Unfall sowie den herrschenden gesellschaftlichen Schönheitsidealen und beschreiben einen Verlust ihres unversehrten Körpers, ihrer Unabhängigkeit und Männlichkeit bzw. Weiblichkeit. Eine gestörte Beziehung zum eigenen Körper, ein vermindertes Selbstwertgefühl und Ängste – beispielsweise keine Erektion zu bekommen oder während des Sexualverkehrs zu urinieren – können die Folge sein und letztlich zum sexuellen Desinteresse führen.

Tabuisierung entgegenwirken

Aus Sicht der Betroffenen stellt jedoch weniger die körperliche Einschränkung per se eine Behinderung dar. Vielmehr führen herrschende sexuelle Werte und Normen in der Allgemein-

bevölkerung sowie die weit verbreitete Auffassung, Querschnittgelähmte müssten aufgrund ihrer Behinderung auf Sexualität verzichten, zur Exklusion und Asexualisierung von querschnittgelähmten Menschen (Sakellariou/Sawada 2006, Torriani et al. 2014).

Aber nicht allein die gesellschaftliche Stigmatisierung, sondern auch die Tabuisierung von Sexualität im rehabilitativen Setting beeinträchtigt die sexuelle Selbstverwirklichung von Querschnittgelähmten. Internationale Studien belegen, dass die Sexualität der Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation oftmals negiert wird – sie werden in der Folge nicht adäquat informiert und beraten, oftmals aufgrund eines Wissensdefizites oder dem Gefühl von Unbehaglichkeit seitens des Klinikpersonals (Hartshorn et al. 2013). Zudem sehen sich noch nicht alle Gesundheitsprofessionen in der Verantwortung, die Sexualität der Patienten anzusprechen. Inwiefern sind also Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten für die Behandlung sexueller Probleme von Menschen nach einer traumatischen Querschnittlähmung zuständig?

Rolle der Ergotherapie

Eine Querschnittlähmung hat meist eine weitreichende Einschränkung der Handlungsfähigkeit zur Folge, weshalb die Ergotherapie eine wichtige Rolle in der rehabilitativen Behandlung von Menschen mit Querschnittlähmungen einnimmt: Sie unterstützt Patientinnen und Patienten dabei, die größtmögliche Selbstständigkeit in allen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) mit Einsatz von Hilfsmitteln und unter Einbezug des Umfeldes zu erreichen (Zäch/Koch 2006). Obgleich auch die sexuelle Aktivität von Patientinnen und Patienten mit Querschnittlähmung eingeschränkt ist, wird dieser Bereich des täglichen Lebens in der ergotherapeutischen Behandlung bisher stark vernachlässigt.

Der US-amerikanische Berufsverband AOTA listet neben „Essen“ oder „Duschen“ auch „Sex“ als ADL auf und schlussfolgert, dass Sexualität als fundamentaler Bestandteil des täglichen Lebens eine berechtigte Angelegenheit der Ergotherapie ist und demzufolge in der Behandlung verankert sein sollte (AOTA 2013). Die Zuständigkeit der Ergotherapie bei sexuellen Einschränkungen von Patientinnen und Patienten lässt sich jedoch nicht nur durch die Kategorisierung von Sexualität als ADL begründen. Vielmehr impliziert der betätigungsorientierte Ansatz, „sie [die Patientinnen und Patienten] bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen (...) in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken“ (DVE

2007). Die sexuelle Betätigung kann eine solche bedeutungsvolle Betätigung darstellen.

Laut der Weltgesundheitsorganisation kommt jedem Mitglied des Rehabilitationsteams eine wichtige Rolle im Bereich der sexuellen Gesundheit von Menschen mit einer Querschnittlähmung zu (WHO 2013). Demnach stehen auch Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Verantwortung, Betroffene adäquat zu informieren, zu schulen und zu beraten, um ihnen Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie ihr Sexualeben mit der körperlichen Beeinträchtigung gestalten können. Denn auch wenn eine Querschnittlähmung mit sexuellen Schwierigkeiten einhergeht, müssen Betroffene nicht auf ein erfülltes Sexualeben verzichten.

Flyer als edukatives Hilfsmittel

Um dem Mangel an Informationen zum Thema Sexualität in der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Querschnittlähmung und zugleich der Tabuisierung des Themas entgegenzuwirken, entwickelte die Autorin im Rahmen ihrer Bachelorarbeit einen Informationsflyer mit dem Titel „Sexualität nach traumatischer Querschnittlähmung – Informationen für Patient_innen und Angehörige“ (siehe S. 17).

Der Flyer wurde anhand von Ergebnissen einer systematischen Literaturanalyse konzipiert. Mithilfe von themenrelevanten Publikationen wurden die sexuellen Barrieren von Menschen mit einer Querschnittlähmung analysiert. Ausgehend von den analysierten Defiziten wurden Lösungsmöglichkeiten

eruiert, die ein Sexualeben mit einer Querschnittlähmung erleichtern können.

Der entstandene Flyer richtet sich unabhängig vom Geschlecht an Menschen, die durch ein Trauma eine Rückenmarksläsion erlitten haben und dadurch mit einer gravierenden Veränderung ihres Sexualebens konfrontiert werden. Adressatinnen und Adressaten sind sowohl die Patientinnen und Patienten selbst als auch ihre Angehörigen. Der Flyer soll den Betroffenen im deutschsprachigen rehabilitativen Setting durch Mitglieder des Rehabilitationsteams ausgehändigt werden. Da jede Gesundheitsfachkraft die Verantwortung trägt, die Thematik näher an ihre Patientinnen

und Patienten zu bringen (WHO 2013), soll die Überreichung nicht auf eine spezielle Berufsgruppe eingegrenzt sein. Zusätzlich kann der Flyer in den Räumlichkeiten der Kliniken ausliegen, um den Zugang unabhängig vom Klinikpersonal zu gewährleisten.

Der Zeitpunkt der Aushändigung muss von dem Gesundheitszustand und den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten abhängig gemacht werden, sollte jedoch in jedem Fall während des stationären Aufenthaltes erfolgen. Denn so haben Betroffene die Möglichkeit, während der Rehabilitation Fragen zu stellen und sich über den Flyer hinaus Informationen zum Störungsbild sowie zu Lösungsmöglichkeiten einzuholen.

Gesundheitskompetenz fördern

Der entstandene Informationsflyer soll einerseits die Gesundheitsfachkräfte für die Thematik sensibilisieren und zugleich als edukatives Hilfsmittel den Rehabilitationsprozess unterstützen. Außerdem soll er Menschen nach Eintritt der Querschnittlähmung in ihrer sexuellen Gesundheitskompetenz fördern, indem sie über die Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen aufgeklärt werden und sie darüber hinaus erste Informationen zu Medikamenten, Hilfsmitteln sowie lebenspraktische Hinweise erhalten. Sie werden dementsprechend befähigt, ihren Gesundheitszustand besser zu verstehen und Handlungsmöglichkeiten für ein selbstbestimmtes Sexualeben zu entwickeln. Der Flyer steht somit ganz im Zeichen von Gesundheitskompetenz und Empowerment.



LINDA KALLSEN ist seit 2017 als Ergotherapeutin in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie tätig. Sie hat ihr Staatsexamen sowie den Bachelor of Science im Rahmen des primärqualifizierenden Studiengangs Ergotherapie an der Alice Salomon Hochschule Berlin absolviert. Thema ihrer Bachelorarbeit: Sexualität nach traumatischer Querschnittlähmung – Ein Informationsflyer aus ergotherapeutischer Sicht für Betroffene in der Rehabilitation.

Kontakt: linda.kallsen@googlemail.com

Das Literaturverzeichnis und den Infoflyer zum Ausdrucken finden Sie unter download.schulz-kirchner.de → ERGOTHE-
RAPIE UND REHABILITATION → Fachartikel → Jahrgang → 2018 → Ausgabe 04

DOI dieses Beitrags (www.doi.org/):
10.2443/skv-s-2018-51020180401



