

MEINE PARTNERSCHAFT. MEIN WOHLBEFINDEN. MEINE ENTSPANNUNG.

ms

Sexualität und Partnerschaft



für PatientInnen

 **ms**ervice
MEIN WISSEN.
MEINE ZUKUNFT.
MEIN LEBEN.

Danksagung

Nachdem wir die bekannte Sexualmedizinerin Frau Dr.ⁱⁿ Elia Bragagna für die Entwicklung dieser Broschüre gewinnen konnten, möchten wir uns an dieser Stelle im Namen von MS-Service für die professionelle Zusammenarbeit sehr herzlich bedanken.

Als Psychotherapeutin und Leiterin der Akademie für Sexuelle Gesundheit (AfSG) kann Frau Dr.ⁱⁿ Bragagna auf jahrelange Erfahrung im Bereich Sexualität und Partnerschaft zurückgreifen. Neben ihrem fachlichen Beitrag war Frau Dr.ⁱⁿ Bragagna maßgeblich an der Auswahl der AutorInnen beteiligt, übernahm die Koordination zwischen dem AutorInnenteam und MS-Service sowie das gewissenhafte Korrekturlesen.

Wir freuen uns, wenn gemeinsam mit den ExpertInnen, die in dieser Broschüre ihr Wissen prägnant und verständlich an Sie weitergeben, eine Informationsbroschüre entstanden ist, die – trotz der Erkrankung – Ihre Freude an Ihrer Sexualität verstärkt.

Ihr MS-Service Team



Kontakt und Informationen

MS-Service: info@ms-service.at
www.ms-service.at

Infoline: **0800/203909**
Mo-Do:
09:00 - 16:00 Uhr
Fr: 09:00 - 13:00 Uhr

IMPRESSUM:

Herausgeber: Novartis Pharma GmbH
1020 Wien, Stella-Klein-Löw-Weg 17

Tel.: +43 1 866 57-0, Fax: +43 1 866 57-6353
www.novartis.at

Titelbild: fotolia/Syda Productions

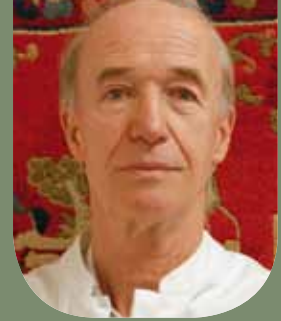
Inhalt

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORTE	4
Wie Sexualität funktioniert	
ELIA BRAGAGNA	8
Mögliche Sexualstörungen bei der Frau	
DANIELA DÖRFLER	16
Mögliche Sexualstörungen beim Mann	
GUSTAV KISS	20
Harn- und Stuhlinkontinenz	
MARTINA STEINBEISS	22
Multiple Sklerose und Schwangerschaft	
THOMAS BERGER	24
LITERATUR	32

Vorwort

**LIEBE PATIENTIN. LIEBER PATIENT!
LIEBE PARTNERIN. LIEBER PARTNER!**



Nach derzeitigem Wissensstand ist die Multiple Sklerose (MS) eine Autoimmunerkrankung, bei der genetische und Umweltfaktoren eine wichtige Rolle spielen und neurologische Beeinträchtigungen mit psychosozialen Konsequenzen sehr häufig eintreten können. Sexuelle Funktionsstörungen betreffen fast alle klinischen Fächer der Medizin und werden zu den häufigsten Krankheitsbildern gezählt. Für MS-Betroffene können sie ein wichtiges Problem darstellen, welches die Partnerbeziehung belastet und zu einer erheblichen Einbuße der Lebensqualität führen kann. Das hängt mit einer Reihe von Faktoren zusammen. Generell wird diese Thematik mit einem Tabu belegt und es fällt nicht leicht, in einer ärztlichen Praxis sexuelle Funktionsstörungen anzusprechen. Das Spüren von Liebe und Lust wird nicht verändert, die Symptome werden aber oft falsch eingeschätzt und eine Behandlungsmöglichkeit deshalb - oder aus falscher Scham - zu selten gesucht.

Unter Empowerment für MS-Betroffene wird die Einnahme einer positiven Lebenshaltung verstanden. Im Sinne einer Selbstverantwortung sollen PatientInnen eine aktive Rolle einnehmen und Fragen zur Sexualität stellen. Probleme sollen gemeinsam mit den MS-ExpertInnen / dem Gesundheitspersonal besprochen werden, wobei mit Recht eine entsprechende Kompetenz erwartet wird. Eventuell ist die Einbeziehung von SpezialistInnen gefragt.

Vonseiten der ÄrztInnen ist es nicht hilfreich, Informationen zurückzuhalten. Seitens der PatientInnen sollen die entscheidenden Fragen gestellt werden - denn wenn sie diese nicht vorbringen, können sie die Informationen nicht erhalten. In weiterer Folge sollen Gespräche auch die/den PartnerIn einbeziehen, damit Angst und Missverständnisse (z. B. „mangelndes Interesse“) überwunden werden und zum Beispiel eine Veränderung der Rollen erlernt werden kann.

Diese Broschüre möchte brauchbare Informationen geben und helfen, die Behandlungsmöglichkeiten sexueller Funktionsstörungen zu nutzen, damit ein gestärktes Selbstwertgefühl und eine verbesserte Lebensqualität der MS-Betroffenen erreicht werden kann.

Dr. Ulf Baumhackl

Präsident der Österreichischen MS Gesellschaft

Vorwort

**LIEBE PATIENTIN. LIEBER PATIENT!
LIEBE PARTNERIN. LIEBER PARTNER!**



Es liegen gleich mehrere Gründe vor warum FrauenärztInnen naturgemäß häufige Ansprechpartner im Rahmen einer MS-Erkrankung sind.

Zum einen handelt es sich um eine Erkrankung die deutlich häufiger bei Frauen auftritt und zum Anderen um eine chronische Erkrankung die häufig wichtige Lebensbereiche negativ beeinflusst. Dementsprechend oft sind FrauenärztInnen mit Inkontinenzproblemen und Sexualstörungen (primäre und sekundäre) der Betroffenen konfrontiert und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit NeurologInnen und UrologInnen ist über weite Strecken gefordert.

Oftmals sind junge Frauen betroffen die auch einen Berater in der Lebensplanung mit vielfältigen Kontrazeptions- und Konzeptionswünschen suchen und schlussendlich verlangen auch Schwangerschaft und Stillzeit eine gynäkologische Expertise. In vielen Fällen gilt es auch gängige Mythen in Bezug auf die Schwangerschaftsplanung abzubauen ist doch die Datenlage heute ziemlich gut um eine Schwangerschaft explizit und ohne Risiko für die Erkrankte zu empfehlen.

Nicht außer Acht lassen darf man den Stellenwert der FrauenärztInnen im Rahmen der Erstdiagnose. Der Verdacht auf eine MS-Erkrankung wird nämlich nicht selten in der gynäkologischen Praxis aufgrund der Erstsymptome gestellt, weil FrauenärztInnen oftmals die einzigen medizinischen Ansprechpartner in der jungen Altersgruppe sind.

Gerade bei Verdacht auf neurologische Erkrankungen als Auslöser anfänglich diskreter Symptome sollten alle ÄrztInnen ein hohes Mass an Vigilanz aufbringen um im Sinne einer Früherkennung einen positiven Beitrag zu leisten.

Dr. Michael Elnekheli

Facharzt f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Präsident Berufsverband österr. Gynäkologen

Vorwort

**LIEBE PATIENTIN. LIEBER PATIENT!
LIEBE PARTNERIN. LIEBER PARTNER!**



Patienten mit Multipler Sklerose sind den Alltag an Urologischen Abteilungen und Facharzt-Ordinationen gewohnt. Der Urologe kümmert sich um Blasenfunktionsstörungen, die ebenso bunt gemischt auftreten wie die neurologischen Krankheitsbilder verschieden sind. Er behandelt Probleme der Blasenentleerung und Inkontinenz, er passt die Therapie an sich ändernde körperliche Gegebenheiten an und adaptiert Medikamente und Maßnahmen an den Krankheitsverlauf.

Die Sexualität und ihre Veränderungen oder Störungen sind hingegen selten Thema, obwohl viele PatientInnen mit Multipler Sklerose auch hier Einschränkungen auf sich nehmen müssen.

Warum nicht? – Ist der Zeitmangel in der Ordination und die Zweiminuten-Visite im Krankenhaus wirklich Ausrede für beide Seiten, für den Arzt, weil er sich nicht auf ein Gebiet begeben will, das Zeit kostet, und für den Patienten, der, um den eiligen Arzt nicht aufzuhalten oder weil er nicht weiß, ob der Arzt auch richtiger Ansprechpartner ist, lieber gar nicht fragen will? Der Urologe nimmt sich die Zeit, abzufragen, wie das Harnlassen funktioniert, ob Inkontinenz besteht und bei welchen Gelegenheiten welche Veränderungen aufgefallen sind seit der letzten Kontrolle, er nimmt sich auch die Zeit für erforderliche Ultraschalluntersuchungen.

Im Verlauf einer Blasendruckmessung ergibt sich nicht selten sogar genug Zeit für eine Plauderei mit dem Arzt oder dem Pflegepersonal. Ich möchte PatientInnen ermutigen und auffordern, den Urologen direkt anzusprechen auf eine Sexualfunktionsstörung. Da PatientInnen mit Multipler Sklerose meist regelmäßig zur Behandlung und Kontrolle kommen, sollte auch die Vertrauensbasis gegeben sein.

Der Urologe ist kompetent. Er kennt verschiedene Therapiemöglichkeiten der erektilen Dysfunktion mit Vor- und Nachteilen und möglichen Nebenwirkungen. Er kennt die Lusttöter unter eventuell einzunehmenden Medikamenten. Er kann weiter abklären. Der Urologe ist auch Ansprechpartner bei Kinderwunsch und Ejakulationsstörung oder Fruchtbarkeitsproblem. Der Urologe wird sich die nötige Zeit nehmen, und er wird seinen Beitrag leisten für ein Behandlungskonzept, das möglicherweise auch mehrere behandelnde Partner braucht. Die meisten Sexualfunktionsstörungen sind zumindest positiv zu beeinflussen. Die Elimination von störenden Faktoren und die Verbesserung der Erektion bedeuten zwar häufig etwas Verzicht auf Spontanität, ermöglichen dafür aber ein weiterhin erfülltes Sexualleben!

OA. Dr. Walter Costamoling

Vorsitzender des Arbeitskreises Andrologie und Sexuelle Funktionsstörungen der Österreichischen Gesellschaft für Urologie



Vorwort

**LIEBE PATIENTIN. LIEBER PATIENT!
LIEBE PARTNERIN. LIEBER PARTNER!**



Sie sind an Multipler Sklerose erkrankt. Als Sie die Diagnose erfahren haben, hat Sie das wahrscheinlich anfangs emotional aus dem Gleichgewicht geworfen. Das ist natürlich. Wir ALLE erleben im Laufe unseres Lebens unerwartete Vorgaben, die uns herausfordern, die uns neue Bewältigungsstrategien abringen, um wieder ein zufriedenes Leben führen zu können.

Sie haben diese Broschüre in der Hand und damit haben Sie einen wichtigen Schritt gesetzt, zu Ihrem neuen Gleichgewicht zu kommen. Der entscheidende Schritt war und ist aber die optimale medikamentöse Einstellung, denn sie verhindert negativen körperlichen Folgeerkrankungen.

Der zweite Schritt ist, sich zu informieren, denn es gibt für alle Veränderungen Lösungsmöglichkeiten. Alleine sieht man diese oft nicht oder sie sind schwerer zu erreichen. Der nächste Schritt ist, sich zu erlauben, Hilfe zu holen, wenn es ein Problem gibt, das einem alleine nicht lösbar erscheint.

Es ist gleichgültig, um welches Problem es sich dabei handelt, ob es ein körperliches, emotionales, soziales oder sexuelles ist.

Sehen Sie bitte in Ihrer Ärztin/ihrem Arzt des Vertrauens den die Ansprechpartnerin/den Ansprechpartner für all die genannten Themen. Selbst wenn sie/er einmal das Gefühl hat, Ihnen nicht weiter helfen zu können, so hat sie/er doch ein großes Netzwerk an KollegInnen aus allen Fachrichtungen, an die er Sie weiter vermitteln kann.

Veränderungen sind nicht das Ende, sie sind der Anfang von etwas Neuem und wir ÄrztInnen sind da, um Sie zu begleiten.

Herzlich

Dr.ⁱⁿ Elia Bragagna

Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychosomatik, Psycho- und Sexualtherapeutin,
Leiterin der Akademie für Sexuelle Gesundheit (AfSG)

Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychosomatik, Psychotherapeutin, Sexualtherapeutin in eigener Praxis und Leiterin der Akademie für Sexuelle Gesundheit; Wien

Wie Sexualität funktioniert

Sexualität ist ein menschliches Grundbedürfnis und deckt die wichtigsten Aspekte des Menschseins ab. Das Bedürfnis nach Bindung, nach (Lebens)Lust und Nachkommen zu zeugen. Sexualität ist die intimste und persönlichste Form, wie zwei Menschen einander ihre Gefühle mitteilen können.

Weil Sexualität für den Einzelnen, aber auch für das Überleben der Menschheit so wichtig ist, hat die Natur mit einem sehr aufwendigen System dafür gesorgt, dass Sexualität auch unter sehr schwierigen Bedingungen gelebt werden kann.

Was braucht eine ungestörte Sexualität?

Sie braucht einen stabilen psychischen Zustand, eine soziale Situation, die nicht allzu stark belastend ist und einen relativ gesunden Körper.



KÖRPERLICHE VORAUSSETZUNGEN

Es sollten die Strukturen intakt sein, die Sexualität (Sexualreaktion) ermöglichen: Das **Gehirn** ist die Schaltstelle der Sexualität. Über die gesamten Hirnregionen sind dafür mehr oder weniger spezifische „Sex-Areale“ verteilt und miteinander vernetzt.

Nervenbahnen ziehen vom Gehirn über das Rückenmark zu den Genitalen. Sie sind dafür zuständig, dass wir einerseits Berührungen am Körper empfinden, Gerüche und Stimmen als sinnlich und über Geschmacksrezeptoren Essen und Getränke als anregend wahrnehmen können. Diese Sinneseindrücke werden an das Gehirn weiter geleitet. Dort werden sie verarbeitet und als angenehm oder unangenehm bewertet. Wenn keine Störmeldungen vorliegen erfolgt über die Nerven im Rückenmark der Befehl an die Genitale, sich für eine sexuelle Begegnung bereit zu machen.

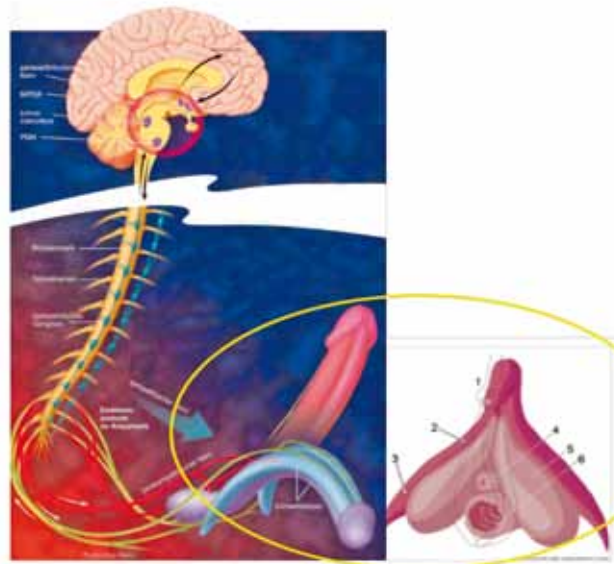
Die Schwellkörper von Penis und Klitoris füllen sich mit Blut - die Frau fühlt das Anschwellen der Genitale und Feuchtwerden (Lubrikation) der Vagina. Beim Mann füllen sich die Penis-schwellkörper mit Blut und erzeugen so eine Erektion.

Für den Blutz-, und -abfluss werden **intakte Blutgefäße** benötigt.

Die Genitale selbst sollten auch unversehrt sein.

Moduliert wird die ganze Sexualreaktion durch **Hormone und Botenstoffe**.

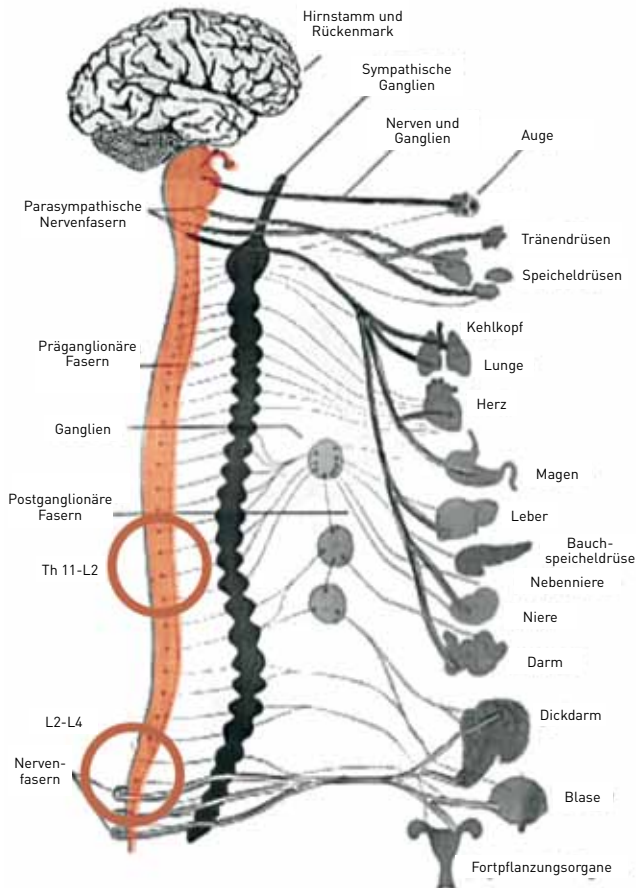
Neben diesen spezifischen Strukturen für die Sexualreaktion sollte die **Muskulatur des Körpers** gesund sein, damit man überhaupt sexuelle Bewegungen ausführen und diverse Stellungen einnehmen kann.



Wie beeinflusst MS die Sexualität?

Da MS sowohl im Gehirn als auch im Rückenmark Strukturen zerstören kann, können auch Regionen, welche für die sexuelle Reaktion zuständig sind, betroffen sein. Im Gehirn können Areale ausfallen, welche für die sexuelle Lust, Ejakulation, Erregungs- und Orgasmusfähigkeit, Bewegungskoordination, Verarbeitung aller Sinneseindrücke und Emotionen zuständig sind.

Sind im Rückenmark die Strukturen (vor allem die in Höhe von Wirbel Th11 – L2 und S2 – S4) zerstört, kann es zu Erektions-, Ejakulations-, Orgasmus- und Lubrikationsstörungen kommen, aber auch zu Stuhl- und Harninkontinenz. Letztere können sich sehr negativ auf die Sexualität auswirken.



PSYCHO-SOZIAL:

MS kann durch eine veränderte, oft ungewisse körperliche, partnerschaftliche und berufliche Zukunft psychisch sehr belasten. Aber auch veränderte Körperempfindungen (auch genitale), eine neue Rollenaufteilung in der Beziehung, Familie und Beruf und eventuell eine soziale Isolation können eine große Herausforderung darstellen.

MS und die Folgen für die Sexualität

MS kann auf verschiedene Weise Sexualstörungen verursachen.

Primäre Sexualstörungen nennt man solche, die als direkte Folge der neurologischen Schäden im Gehirn oder im Rückenmark entstanden sind, wie zum Beispiel: Lustlosigkeit, Erektionsstörungen, Erregungsstörungen, Lubrikationsstörungen, Orgasmus- und Ejakulationsstörungen.

Sekundäre Sexualstörungen entstehen durch Einschränkungen im Ausleben der Sexualität auf Grund der körperlichen Limitierung. MS-Begleiterkrankungen mit Einfluss auf die Sexualität sind die Abnahme der Sensibilität im Genitalbereich, Störungen des Menstruationszyklus, Bewegungsstörungen, Spasmen, Schmerzen, Inkontinenz, psychische Anspannung, Depression, Fatigue, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Schwindel. Manche Medikamente können als Nebenwirkung auch die Sexualität verändern. Alle oben genannten Sexualstörungen können die Folge sein.

Tertiäre Sexualstörungen sind Folge von psychischen, emotionalen und sozialen (partnerschaftlichen, familiären, beruflichen usw.) Belastungen. Alle oben genannten Sexualstörungen können die Folge sein.

Auswirkungen auf die PartnerInnen/Partnerschaft

Wie jede andere unerwartete Veränderung kann MS auch Auswirkungen auf die PartnerInnen und Partnerschaft haben. Das ist ganz normal, denn auch deren Leben verändert sich mit der Diagnose und das bedeutet erst einmal immer eine Irritation (für beide). Diese Phase kann für das Paar auch eine große Chance sein, aus eingefahrenen Beziehungsmustern auszusteigen und die Beziehung neu zu definieren. Bei vielen führt das zu einer Vertiefung der emotionalen Verbundenheit. Das wichtigste „Werkzeug“ für eine partnerschaftliche Zufriedenheit ist eine gute Kommunikation, Austausch von Zärtlichkeiten und gemeinsame befriedigende Erlebnisse.

Hat die MS Auswirkungen auf die Sexualität der PartnerInnen?

Jede chronische Erkrankung hat Auswirkungen nicht nur auf die eigene Sexualität, sondern auch auf die der PartnerInnen. Jede/n PartnerIn betrifft das Thema aber anders und hat für jede/n andere Konsequenzen.

Es paart sich oft die Sorge um die/den betroffene/n PartnerIn mit dem Gefühl der Unsicherheit, wie man unter den geänderten Umständen mit den eigenen körperlichen/sexuellen Bedürfnissen umgehen soll, ohne den anderen zu bedrängen oder zu belasten. Es kann aber auch sein, dass sich auf Grund der Erkrankung oft unbemerkt die Rollenverteilung in der Beziehung verändert hat. Aus zwei Sexualpartnern werden ein Pfleger und eine Kranke. Diese neue Konstellation kann es den „PflegerInnen“ schwer machen, in die Rolle der SexualpartnerInnen zu wechseln.

Allerdings zeigen alle Studien, dass die sexuelle Zufriedenheit vor allem von Faktoren abhängen, die man sehr gut selbst beeinflussen kann.

Es sind wiederum die partnerschaftliche Zufriedenheit, gute partnerschaftliche Kommunikation, der Austausch von Zärtlichkeiten und erlebte Gemeinsamkeiten, die einen direkten Einfluss auf die Häufigkeit sexueller Aktivität und Bedürfnis nach Sexualität haben.

Therapeutische Möglichkeiten allgemein

Jede/r von uns erlebt im Laufe seines/ihrer Lebens Veränderungen, die sich auch auf die Sexualität auswirken können. Und jede/r wird seine ganz persönliche Lösung finden, die eine erfüllte Sexualität wieder möglich macht. So ist es auch, wenn man die Diagnose MS bekommt und/oder im Verlauf der Erkrankungen bei sich sexuelle Probleme wahrnimmt oder bei der/dem PartnerIn. Der erste Schritt zur Lösung ist, sich einzugestehen, dass es ein Problem gibt.

Danach ist es wichtig, mit der/dem PartnerIn ein offenes Gespräch zu führen. Erleichtert wird das Gespräch, wenn man vorher für sich herausfinden kann,

- was der Körper unter den neuen Umständen alles kann (Bsp.: Wann ist er fit genug für eine intime Begegnung? Welche Berührungen sind wohltuend, welche weniger? Welche Umstände sind förderlich, welche hindernd usw.?)
- was könnte die/der PartnerIn unter den neuen Bedingungen Gutes tun?
- was brauche ich real? Ist es ein Gespräch, Umarmung, ein warmes Bad, ein muskelentspannendes Medikament, ein Gang zum WC usw.?

Therapie der Sexualstörungen:

Primäre Sexualstörungen (Siehe unter Therapie weiblicher und männlicher Sexualstörungen)

Sekundäre Sexualstörungen (siehe auch Stuhl- und Harninkontinenz)

Ganz allgemein ist es empfehlenswert,

- Sexualität zu planen, wenn Fatigue am geringsten ist
- Erholungsphasen untertags einzuplanen,
- Stellungen zu wählen, die wenig Kraftaufwand benötigen

bei Spasmen

- antispastische Medikation eine Stunde vor sexueller Aktivität einzunehmen

bei veränderten genitalen Sensationen

- die passende Stimulation zu finden

bei Blasenfunktionsstörungen

- Blase vor sexueller Begegnung zu leeren
- Alkohol-, Kaffee-, Rauchkonsum vor der sexuellen Begegnung einzuschränken

bei Stuhlentleerungsstörungen

- Stuhlgang kurz vor der sexuellen Begegnung
- Eventuell Analtampons bei Stuhl- Inkontinenz während des Geschlechtsverkehrs verwenden

Sexuelle Hilfsmittel verwenden

- Zum Glück gibt es heute schon viele unterstützende Hilfsmittel, wie Gleitgele, Potenzmedikamente und vieles mehr; die behandelnden ÄrztInnen können das passende Produkt verordnen.

Tertiäre Sexualstörungen

Ungestörte Sexualität braucht Entlastung. Hilfreich kann sein, erst einmal für sich zu klären, welche Themen sich im Verlauf der Erkrankung als psychisch, emotional oder sozial belastend erweisen. Für die allermeisten Probleme gibt es die passende Lösung.

Engagierte Unterstützung kann man in Selbsthilfegruppen von ebenfalls Betroffenen erhalten oder bei den behandelnden ÄrztInnen, die einem auch mit professioneller Hilfe sowohl für psychische/emotionale aber auch soziale Themen weiterhelfen können oder eventuell mit einer medikamentösen und/oder psychotherapeutischen Therapie. Sehr entlastend kann auch ein Gespräch mit der/dem PartnerIn sein, wie die geänderte Rolle in der Beziehung wahrgenommen wird und was man ändern könnte, um weiterhin als SexualpartnerIn wahrgenommen zu werden.

Fachärztin für Geburtshilfe und Frauenheilkunde,
Klinische Sexologin Oberärztin an der klin. Abt. für allg. Gynäkologie
und gynäkologische Onkologie, AKH Wien

Mögliche Sexualstörungen bei der Frau

Vermindert sexuelles Verlangen, Erregungs-, Lubrikations-, Orgasmusstörungen, schmerzhafter Geschlechtsverkehr

MS ist bei Frauen im Vergleich zu männlichen Betroffenen zwar häufiger, hat jedoch eine bessere Prognose. Die Erkrankung greift in den Kreislauf der Hormonproduktion ein, was einerseits zu einem Anstieg des Stresshormons Cortisol, andererseits zu einer Verringerung der Sexualhormone führt. Das wiederum kann sich negativ auf die Fruchtbarkeit und die Sexualität auswirken.

Der klinische Verlauf der Erkrankung ist direkt mit dem Menstruationszyklus assoziiert. Eine Verschlechterung der Symptome wird in der ersten Zyklushälfte bei niedrigeren Progesteronspiegeln beobachtet. Es werden auch bei der Hälfte der MS -Patientinnen niedrigere Testosteronwerte erhoben. Somit wäre die Substitution von Sexualhormonen ein möglicher Therapieansatz.

In zahlreichen Studien wird eine Häufigkeit von Sexualstörungen bei MS betroffenen Frauen von 40-80% und bei Männern von 50-90% beschrieben.

Vergleicht man allerdings die Häufigkeit von Sexualstörungen bei Frauen mit MS und bei gesunden Frauen, so zeigt sich, dass mit 43% auch bei Frauen ohne MS Sexualstörungen häufig sind.

Die häufig auftretende Begleiterkrankung Depression kann die Sexualstörungen zusätzlich negativ beeinflussen. Werden Antidepressiva eingesetzt, kann bei einigen Präparaten eine Verschlechterung der Orgasmusfähigkeit bis zur Anorgasmie beobachtet werden. Eine erforderliche Dauerharnkatheterversorgung kann das Sexualleben zumeist einschneidend verändern. Urologische Symptome bei MS sind Blasendysfunktion, erhöhte Harnfrequenz, Drangharninkontinenz, Harnverhalten und Restharnbildung. Schwindel und Übelkeit sind sehr häufige Symptome von MS-Patientinnen. Sensorische Defizite, die bei 60% der Frauen auftreten, können zum Verlust der Sensibilität und beeinträchtigen die Orgasmusfähigkeit führen. Frauen mit der neurologischen Grunderkrankung MS zeigen das gleiche Spektrum an möglichen Sexualstörungen wie ihre gesunden Altersgenossinnen. Leider bleiben die möglichen Sexualstörungen im Rahmen der MS lange unbehandelt und unausgesprochen.

Ursachen der Sexualstörungen : siehe Seite 12.

Sexualstörungen, die im Rahmen der MS-Erkrankung auftreten, stellen einen multifaktoriellen Entwicklungsprozess dar, der von verschiedenen Fachdisziplinen, wie UrologInnen, GynäkologInnen, PsychologInnen, SexualtherapeutInnen, physikalischen TherapeutInnen und vielen mehr bei Bedarf unterstützt und behandelt werden sollte.

Da sich durch die neurologische Grunderkrankung auch Harn- und Stuhlinkontinenz entwickeln können, kann es möglicherweise auch häufiger zum Auftreten von gynäkologischen Infektionen kommen. Sekundär kann dies vermindertes sexuelles Verlangen, Erregungs-, Lubrikations- und Orgasmusstörungen oder Dyspareunie (= schmerzhaften Geschlechtsverkehr) zur Folge haben.

Therapieoptionen bei weiblichen Sexualstörungen

MS hat einen enormen Einfluss auf die Lebensqualität der Patientin und somit auch auf ihr Sexualleben.

Im Vordergrund stehen bei dieser chronischen Erkrankung symptomatische Maßnahmen. Die Betroffenen haben im Regelfall bereits eine adäquate Dauertherapie, welche das Immunsystem moduliert. Infektionen sind daher auch im gynäkologischen Bereich häufiger zu beobachten.

Die Pflege des Geschlechts muss somit immer im Vordergrund stehen. Bei Harn-, aber auch Stuhlinkontinenz halten gute Vorlagen mit optimaler Saugleistung das Genital trocken.

Bei Scheidentrockenheit und wenn die Betroffene über verminderte Lubrikation berichtet, ist eine lokale vaginale Therapie mit östradiolhaltiger Salbe oder Ovula für ca. 6 Wochen hilfreich. In der ersten Woche werden das Ovulum oder die Salbe täglich aufgetragen, in den folgenden 5 Wochen jeweils nur an 2 Tagen in der Woche. Im Intervall sollte eine Fett- und Pflegesalbe lokal angewendet werden.

Gleitgel kann auf Wunsch der Patientin die Penetration unterstützen.

Scheidenspülungen oder Tabletten, die Lactobazillen beinhalten, können zum Aufbau der Scheidenflora angeboten werden.

Vermindertempfinden des Sexualreflexes und Orgasmusstörungen können durch eine allgemein verminderte Nervenleitgeschwindigkeit auftreten, müssen jedoch differenziert abgeklärt werden.

Beim Erheben der Krankengeschichte stellt sich hier die entscheidende Frage, ob die mögliche Sexualstörung vor der Diagnose der Erkrankung schon bestanden und ob diese für die Patientin überhaupt einen Krankheitswert hat.

Wie immer wird der psychotherapeutische bzw. sexualtherapeutische Ansatz dazu natürlich individuell und nach einem entsprechend ausführlichen Gespräch zu treffen sein.

Bei Libidoverlust wird bei beiden Geschlechtern eine Substitution von Testosteron und begleitende Psychotherapie diskutiert. Zusätzlich ist bei einer Orgasmusstörung eine exakte Erhebung der Medikamenteneinnahme hilfreich, um Nebenwirkungen auf das Sexualleben zu erfassen. Bei ausgeprägten Schmerzstörungen assoziiert mit der Sexualität werden lokale anästhetische Gels, Schmerzmodulation durch eine geeignete Schmerztherapieeinstellung und begleitende Psychotherapie empfohlen. Einige Studien erwähnen auch den positiven Effekt von traditioneller chinesischer Medizin.

Zur Unterstützung der Sensibilität und Erregbarkeit des Genitales wird die Verwendung von Vibratoren diskutiert. „Potenzmedikamente“ mit den Wirkstoffen Sildenafil, Avanafil, Vardenafil und Tadalafil kommen bei fehlender Erektion beim Mann und bei fehlender genitaler Erregung bei der Frau zum Einsatz.

Da oft sehr junge Frauen betroffen sind, sollte frühzeitig mit einer begleitenden, auf die jeweiligen Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnittene, Sexualtherapie begonnen werden, damit sie rasch zu einer unbeschwerten Sexualität finden können.

Unterstützende Sexual- oder Psychotherapie sollten aktiv angeboten werden.

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Arzt für Allgemeinmedizin, Ärztlicher Leiter der Neuro-Urologischen
Ambulanz, Univ. Klinik für Urologie; Innsbruck

MS und mögliche Sexualstörungen beim Mann

Unter den 7 häufigsten Symptomen von MS kommen die Sexualfunktionsstörungen bei Männern nach den Sensibilitätsstörungen, Lähmungen, Sehstörungen und Blasenstörungen an der 5. Stelle, noch vor den Gleichgewichtsstörungen und Zielunsicherheit vor. Am häufigsten berichten die betroffenen Männer über eine Erektionsschwäche (Impotenz), über einen verzögerten oder abgeschwächten Samenerguss (Ejakulation) und über den Verlust des sexuellen Verlangens (Libido). Seltener werden Gefühlsstörungen im Genitalbereich bzw. eine Harninkontinenz während des Geschlechtsverkehrs beschrieben. Nach neueren Untersuchungen kann unabhängig von Potenzstörungen auch die Zeugungsfähigkeit beeinträchtigt sein.

Die Potenzstörung kann zusammen mit den Frühsymptomen der MS auftreten und wird oft von einer Blasen- und Beckenbodenfunktionsstörung begleitet. Es wird auch ein Einfluss der MS-Medikamente auf Libido und Potenz diskutiert. Nachdem die Potenz an sich stark von emotionalen Schwankungen abhängt, spielen sozio-kulturelle Beeinträchtigungen und körperliche Defizite bei der Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Störung eine verstärkende Rolle.

Die wissenschaftlichen Untersuchungen der letzten Jahrzehnte zeigten, dass Männer, die in MRT-Untersuchungen MS-Herde in bestimmten Bereichen des Gehirns und im Rückenmark aufweisen, besonders häufig von Potenz- und Ejakulationsstörungen betroffen sind. Es wurde auch nachgewiesen, dass bei MS-Erkrankten auch die Nervenleitfähigkeit der Genitalen versorgenden Nerven beeinträchtigt ist, wodurch die Reflexabläufe von Erektion und Ejakulation gestört sein können.

Warum seltener auch die Zeugungsfähigkeit unter der MS leiden kann, ist noch nicht mit Sicherheit erforscht. Als Ursache werden sowohl hormonelle, als auch in tieferen Gehirnzentren sitzende Verbindungsstörungen diskutiert.

Therapieoptionen der männlichen Sexualstörungen

Die Therapie von Potenzstörungen ist seit dem Erscheinen von Sildenafil (Viagra®) auf dem Markt in 1998 wesentlich einfacher und effektiver möglich, als in der Zeit davor. In die Harnröhre einzuführende Substanzen (MUSE) oder in den Schwellkörper injizierbare Wirkstoffe, Vakuumpumpen und andere Erektionshilfen werden seither nur mehr selten bei Männern mit MS empfohlen, stehen aber im Bedarfsfall zur Verfügung.

Auf dem österreichischen Markt sind 4 Wirksubstanzen, Avanafil (Spedra®), Sildenafil (Viagra® und beinahe 20 Generika), Vardenafil (Vivanza®, Levitra®) und Tadalafil (Cialis®) erhältlich. Diese Medikamente gehören in die Gruppe der sog. PDE-5-Hemmer, die eine Gefäßerweiterung und dadurch eine verbesserte Durchblutung des Schwellkörpers des Gliedes bewirken. Mit der Wirkung kann man ab etwa 1 Stunde nach Einnahme, bei gleichzeitiger sexueller Stimulation rechnen. Diese hält, je nach Präparat, 5 – 36 Stunden an. Die oben erwähnten Potenzmittel sind allgemein gut verträglich, als Nebenwirkungen sind in erster Linie Rötung im Gesicht (Flush), ein grippiges Gefühl mit verstopfter Nase und eine gewisse Blutdrucksenkung bekannt. Herzkrankte sollten ihre Internisten konsultieren, ob die Verwendung von PDE-5-Hemmern unbedenklich ist.

Bei den therapeutischen Überlegungen der Sexualfunktionsstörungen von Männern mit MS muss auch auf die körperliche Leistungsfähigkeit und auf die partnerschaftlichen Aspekte Rücksicht genommen werden.

Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester, Dipl. Sexualberaterin,
Kontinenz- und Stomaberaterin, Allegra Praxis und KH Barmherzige
Schwestern Linz

Harn- und Stuhlinkontinenz Praktische Tipps

Wenn Sie eine Veränderung der Blasen- und Darmfunktion bzw. Auswirkungen auf die Kontinenz bemerken, dann kann das im Zusammenhang mit der MS stehen. Da die Ausscheidungsfunktionen in der gleichen Region wie die Sexualorgane liegen, sind auch wechselweise Störungen möglich.

Da Kontinenz in unserer Gesellschaft ein hoher Wert ist, können Störungen eine Auswirkung auf Ihr körperliches und seelisches Erleben und Ihren Selbstwert haben. Alleine die Angst vor einer peinlichen Inkontinenz-Panne im Alltag schränkt viele Menschen ein und ist ev. auch hinderlich für eine erfüllte sexuellen Begegnung.

Durch MS können bei Ihnen sowohl ungewollter Harn- und/oder Stuhlverlust oder eine Blasen- und Darmentleerungsstörung auftreten.

Besonders wichtig ist es daher, dass Sie die Scham und Betroffenheit darüber überwinden und sich Ihren betreuenden ÄrztInnen anvertrauen, damit eine genaue Abklärung und Diagnose erfolgen und die richtigen Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden können. Denn eine Verbesserung der Blasen-Darmstörungen und damit der Lebensqualität ist in den allermeisten Fällen möglich. Hier ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit von UrologInnen, GynäkologInnen, ChirurgInnen, Kontinenz- und StomaberaterInnen und PhysiotherapeutInnen sehr wichtig, so wie sie z.B. von der Medizinischen Kontinenzgesellschaft (www.kontinenzgesellschaft.at) gefördert und in Kontinenz- und Beckenbodenzentren angeboten wird.

Nützliche Hilfsmittel und geeignete Positionen unterstützen Sie, damit Sie sexuelle Begegnungen wieder genießen können, auch wenn eine Blasen-Darmstörung vorliegt. Planen Sie vor der erotischen Zusammenkunft genügend Zeit für eine gründliche Intimpflege ein. Männern können sich durch das Anlegen eines normalen Kondoms vor tröpfchenweisem Harnverlust schützen.

Wenn Ihnen die vollständige Entleerung der Blase schwer fällt und Sie daher bei einem Geschlechtsverkehr einen Harnabgang befürchten, so kann die Verwendung eines Einmalkatheters vor der intimen Begegnung hilfreich sein. Die Einschulung in der Handhabung damit lernen Sie bei Kontinenz- und StomaberaterInnen. Auch kann mit einem von den ÄrztInnen verordneten antimuskarinen Medikament die Blase „beruhigt“ werden, sodass Sie ev. Blasenkrämpfe und damit verbundenen Harnverlust bei der sexuellen Begegnung verhindern können.

Sie können bei Blasenproblemen beim Geschlechtsverkehr die oben liegende Position wählen und so den Druck auf den Unterbauch bzw. die Blasenregion selbst regulieren. Wenn das z.B. wegen Schwäche oder Lähmungen in den Beinen nicht so gut möglich ist, können Sie ein Polster unter Ihr Becken schieben bzw. die/der PartnerIn kann durch eine aufrechtere Oberkörperposition für eine Entlastung des Drucks auf die Blase sorgen.

Wenn bei Ihnen eine Schwäche des Darmschließmuskels besteht, sollte der Mastdarm vor einer sexuellen Begegnung entleert werden (z.B. mithilfe eines Zäpfchens oder kleinen Klistiers). Wenn das für Sie nicht ausreichend Sicherheit vermittelt, kann Ihnen die Verwendung eines Analtampons zusätzlichen Schutz bieten. Auch hier sind Kontinenz- und StomaberaterInnen kompetente AnsprechpartnerInnen für Beratung, Schulung, Produktmuster und Unterstützung bei der Beschaffung der Hilfsmittel.

Kontaktadressen sind unter www.kontinenz-stoma.at zu finden.



Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Leitender Oberarzt an der Neuroimmunologische und Multiple Sklerose
Ambulanz, Univ. Klinik für Neurologie, Innsbruck

MS und Schwangerschaft

Bei jungen MS Patientinnen hat die Frage nach Kinderwunsch, Schwangerschaft in Verbindung mit der Erkrankung eine zentrale Rolle. Historische Ansichten, die gegen eine Schwangerschaft oder sogar zum Schwangerschaftsabbruch geraten haben, aber auch ungenügende Aufklärung haben bis vor nicht allzu langer Zeit immer wieder dazu geführt, dass MS Patientinnen sich trotz Kinderwunsch gegen eine Schwangerschaft entschieden haben (oder dazu gedrängt wurden). Mittlerweile ist das genaue Gegenteil der Fall: keiner Frau ist von ihrem Kinderwunsch aus Gründen der Diagnose MS abzuraten. Patientinnen werden hingegen darüber informiert, dass es durch MS keine negativen Auswirkungen auf das ungeborene Kind gibt, dass die (Art der) Geburt ganz nach Wunsch der Patientin erfolgen kann und dass auch umgekehrt eine Schwangerschaft keine negative Auswirkung auf den weiteren MS Verlauf hat. Möglicherweise wird sogar der weitere MS Verlauf durch (eine) Schwangerschaft(en) günstig beeinflusst.

Einfluss von MS auf Fruchtbarkeit und Schwangerschaft

MS beeinflusst die Fertilität (Fruchtbarkeit) einer Frau grundsätzlich nicht. Frauen mit MS haben zwar auf den ersten Blick durchschnittlich weniger Kinder als gesunde Frauen, dies ist aber eher darauf zurückzuführen, dass MS Patientinnen einerseits eine veränderte Sexualität/Körperwahrnehmung empfinden und andererseits Befürchtungen hegen, dass sie möglicherweise in Zukunft nicht entsprechend für ihr(e) Kind(er) sorgen könnten.

MS hat überhaupt keine negativen Auswirkungen auf das ungeborene Kind, die Schwangerschaft und die Geburt. Das Risiko von beispielsweise Spontanabortus, kindliche Fehlbildung, Frühgeburt oder neurologische Komplikationen in der Schwangerschaft (wie zum Beispiel Eklampsie) wird durch MS definitiv nicht erhöht. Der Geburtsmodus (ob spontan oder durch Kaiserschnitt) kann ganz nach Wunsch der Frau (oder gegebenenfalls aus geburtshilflichen Gründen) gewählt werden - es gibt auch hier, wie bei jeder anderen Frau, keinerlei grundsätzliche Einschränkungen.

Einfluss einer Schwangerschaft auf den Verlauf der MS

Zahlreiche ausführliche Studien belegten die deutliche Abnahme der Häufigkeit von Krankheitsschüben während der Schwangerschaft, zeigen allerdings auch eine Zunahme in den ersten 3 Monaten nach der Geburt.

Grundsätzlich belegen die genannten Studien (aber auch die alltägliche klinische Erfahrung), dass sich Krankheitsschübe während der Schwangerschaft von Trimenon zu Trimenon um fast 100% reduzieren, das heißt, dass Krankheitsschübe während der Schwangerschaft äußerst unwahrscheinlich sind.

Zudem konnte nachgewiesen werden, dass der weitere MS Krankheitsverlauf (jährliche Schubrate und Grad der Behinderung) weder durch die Schwangerschaft noch durch geburtshilfliche Maßnahmen (zum Beispiel eine Epiduralanästhesie) oder durch Stillen negativ beeinflusst wurde. Im Gegenteil: Frauen mit einer Schwangerschaft nach Beginn ihrer MS scheinen ein geringeres Risiko für einen sekundär chronisch progredienten MS Verlauf zu haben.

All diesen positiven Effekten steht jedoch eine Zunahme der entzündlichen MS Aktivität in der Nachgeburtsphase gegenüber: in den ersten 3 Monaten nach der Geburt haben etwa ein Drittel von MS Patientinnen einen neuerlichen Krankheitsschub. Nach 4-6 Monaten reduziert sich

dieses Schubrisiko wieder auf das Niveau vor der Schwangerschaft. Es scheint so, dass die Häufigkeit von Schüben vor einer Schwangerschaft das Schubrisiko nach der Geburt bestimmt, das heißt, dass ein Schub in den 3 Monaten nach der Geburt dann zu erwarten ist, wenn die Häufigkeit von Schüben bereits vor der Schwangerschaft hoch war.

MS spezifische Therapien während der Schwangerschaft:

Die aktuellen MS Therapien lassen sich in drei Gruppen einteilen: Kortikosteroide zur Behandlung des akuten MS Schubes, die sogenannten krankheitsmodifizierenden (immunmodulierenden und immunsuppressiven) Intervalltherapien zur Verhinderung von Krankheitsschüben bzw. Fortschreiten der MS, und symptomatische Therapien zur Verbesserung bestehender MS Symptome.

Laut den Gebrauchsinformationen („Beipackzettel“) sind alle Intervalltherapien (und auch symptomatischen Therapien) in der Schwangerschaft kontraindiziert. Es ist aber für die werdende Mutter wichtig zu wissen, dass eine Intervalltherapie während der Schwangerschaft ohnehin nur in äußerst seltenen Ausnahmefällen nötig ist, weil ja die Schwangerschaft selbst schützend hinsichtlich weiterer Schübe in der Schwangerschaft wirkt (siehe oben).

Das Risiko eines Medikamentes zu seiner Einnahme in der Schwangerschaft wird durch die sogenannte „Schwangerschafts-Risiko-Kategorie“ der FDA (= US Arzneimittelbehörde) anhand von tierexperimentellen und human Daten festgelegt:

- * Kategorie A: kein Risiko nachgewiesen
- * Kategorie B: kein Risiko für Menschen nachgewiesen
- * Kategorie C: ein Risiko ist nicht ausgeschlossen

* Kategorie D: ein Risiko ist nachgewiesen

* Kategorie X: es besteht eine absolute Kontraindikation

Im Konkreten heißt das, dass einige MS Intervalltherapien bereits bei geplanter Schwangerschaft beendet werden müssen, hingegen andere bis zum Eintritt der Schwangerschaft gegeben werden können (siehe Tabelle). Das ist von sehr praktisch relevanter Bedeutung, weil die Hälfte aller Schwangerschaften üblicherweise ungeplant eintritt....

Folgende Vorgehensweisen zu den Intervalltherapien sind nun aufgrund der Datenlage und der mitunter langjährigen Erfahrungen empfohlen:

1) Interferon- β Präparate INF (Kat. C), Glatiramerazetat GA (Kat. B) und Natalizumab NTZ (Kat. C) können bis zum Eintritt der Schwangerschaft verabreicht/eingenommen werden.

2) Fingolimod FTY (Kat. C): während dieser Therapie muss eine effektive Empfängnisverhütung durchgeführt werden, weil ein Risiko für kindliche Fehlbildungen/Schäden nicht ausgeschlossen ist. Wenn eine Patientin unter Therapie mit Fingolimod einen Kinderwunsch äußert, dann muss Fingolimod abgesetzt werden, aber die Empfängnisverhütung muss für weitere zwei Monate nach Absetzen von Fingolimod weitergeführt werden.

3) Teriflunomid TFD (Kat. X): während dieser Therapie muss eine effektive Empfängnisverhütung durchgeführt werden, weil Teriflunomid zu kindlichen Fehlbildungen/Schäden führen kann. Wenn eine MS Patientin unter Therapie mit Teriflunomid eine Schwangerschaft plant oder schwanger wird, dann muss Teriflunomid mit einem bestimmten Medikament „ausgewaschen“ und der Blutspiegel von Teriflunomid gemessen werden.

4) Alemtuzumab AZM (Kat. C): Frauen im gebärfähigen Alter müssen während der Behandlungsphase und bis vier Monate danach eine zuverlässige Methode zur Empfängnisverhütung anwenden.

5) Dimethylfumarat DFM (Kat. C): hier sind die Daten und Erfahrungen noch gering, sodass derzeit empfohlen wird, dass Frauen bereits bei geplanter Schwangerschaft die Therapie mit Dimethylfumarat absetzen sollen.

Stillen

Grundsätzlich sollen MS Patientinnen ermutigt werden ihre Kinder zu stillen, da ein Stillen günstig auf Krankheitsaktivität nach der Geburt auszuwirken scheint. Wenn eine Patientin ihr Kind nicht stillt oder abgestillt hat, dann ist den üblichen Kriterien für eine Therapieentscheidung zu folgen und der unmittelbare Wiederbeginn pausierter Therapien zu empfehlen.

Wenn während der Stillzeit ein Schub auftritt, dann ist eine Kortikosteroid Therapie grundsätzlich möglich. Es ist aber darauf zu achten, dass die Steroidtherapie und das Stillen zeitlich (3-4 Stunden) von einander getrennt werden, weil Kortikosteroide in die Muttermilch übertreten können.

Immer wieder wird der Einsatz von intravenösen Immunglobulinen (die auch während des Stillens unbedenklich sind) unmittelbar nach der Geburt als Vorbeugung gegenüber dem erhöhten Schubrisiko der ersten 3 Monate diskutiert. Nachdem aber der Nachweis der Wirksamkeit von intravenösen Immunglobulinen für diese Situation bislang nicht erbracht werden konnte, kann diese therapeutische Vorgehensweise im Allgemeinen nicht empfohlen werden. In speziellen Ausnahmefällen, vor allem wenn eine Patientin vor der Schwangerschaft sehr viele Schübe hatte, kann diese Therapiemöglichkeit aber in Erwägung gezogen werden.

Aufklärung und Beratung

Fragen zur Schwangerschaft sollten mit MS Patientinnen frühzeitig und sorgfältig diskutiert werden. Bei der Familienplanung sind MS Patientinnen hauptsächlich durch zwei Unsicherheiten besorgt: die fehlende Vorhersage zum individuellen Krankheitsverlauf und die Bedenken, dass die Schwangerschaft einen negativen Einfluss auf den Verlauf der MS nehmen könnte. Hier müssen die NeurologInnen den Patientinnen die umfassenden Informationen über die aktuelle Wissenslage und den grundsätzlich günstigen Einfluss einer Schwangerschaft auf die MS geben. Dies schließt auch die optimale individuelle Therapieplanung bei prinzipiellem Kinderwunsch mit ein. Dadurch soll gewährleistet sein, dass eine MS Patientin in ihrer höchstpersönlichen Entscheidung für ein Kind bestmöglich aufgeklärt und unterstützt wird, vor allem um jegliche Verunsicherung auszuräumen.

Präparat	FDA-Kategorie	Sekretion in die Muttermilch	Gebrauch beim Stillen
Glatiramerazetat	B	ja	zu vermeiden
Alemtuzumab	C	ja	zu vermeiden
Dimethylfumarat	C	unbekannt	zu vermeiden
Fingolimod	C	ja	zu vermeiden
Interferon β -1a und Interferon β -1b	C	ja	zu vermeiden
Natalizumab	C	unbekannt	zu vermeiden
Mitoxantron	D	ja	zu vermeiden
Teriflunomid	X	ja	zu vermeiden

Persönlicher Fragenkatalog, wenn sich die sexuelle Beziehung geändert hat:

Wie hat sich die Beziehungsrolle verändert?

Wie geht es mir mit dieser Rollenänderung?

Weiß ich, wie es meiner/em PartnerIn mit der Veränderung geht?

Trau ich mich mit meiner/em PartnerIn darüber zu reden?

Wenn nicht, was hindert mich daran?

Was ist für mich bzw. für meine/n PartnerIn Sexualität?

Kann ich über meine sexuellen Bedürfnisse reden?

Wenn nicht, was hindert mich daran?

Habe ich den Eindruck, dass ich/wir es ohne Hilfe schaffen,
eine neue Sexualität aufzubauen?

Wenn nicht, kann ich Hilfe annehmen?

Wenn nicht, was hindert mich daran?

Das Paar im Wandel – in einer befriedigenden sexuellen Beziehung

Sexuelle Probleme können im Laufe einer Beziehung, mit oder ohne MS, auftreten, das braucht Sie nicht zu beängstigen und das müssen Sie auch nicht hinnehmen.

Der wichtigste Schritt ist allerdings, dass Sie mit Ihrer/Ihrem PartnerIn darüber reden.

Informieren Sie sich gemeinsam, indem Sie zusammen die Broschüre lesen, Fragen die auftauchen mit einander besprechen, offene Fragen am Ende der Broschüre notieren und beim nächsten Arztbesuch mit Ihrer/Ihrem NeurologIn besprechen.

Nicht vergessen! Alle Studien zeigen, dass eine befriedigende sexuelle Beziehung vor allem von einer partnerschaftliche Zufriedenheit, guten partnerschaftliche Kommunikation, dem Austausch von Zärtlichkeiten und erlebten Gemeinsamkeiten lebt!

Kontaktadressen von ÄrztInnen und SexualberaterInnen auf www.sexmedpedia.at unter der Suchfunktion „ÄrztInnen“

Literatur

1. Förstl H. et al, Neurobiologie psychischer Störungen, Verlag: Springer Medizin, 2006
2. Lang F. and Lang P., Basiswissen Physiologie, Verlag: Springer Medizin, 2007
3. Bronner G et al., Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and the intervention. *Acta Neurologica Scandinavica*, 2010
4. Beier K et al., Sexualität und Partnerschaft bei Multipler Sklerose, *Sexuologie* 2002
5. Celik DB et al., Sexual dysfunction in multiple sclerosis: Gender differences. *J Neuro Sci* 2012
6. Lydia A. et al, *Psychiatric Issues in Multiple Sclerosis*, *Psychiatr Clin North Am*, 2009
7. Goldstein I et al., *Women`s Sexual Function and Dysfunction*, 2000
8. R.C. Calabro and P. Bramanti. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: still a neglect problem? *Disabil Rehabil* 2014 Letter
9. Foley F.W. et al The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire: re-validation and development of a 15-item version with a large US sample. *Mult Scler* 2013; 19: 1197-203
10. Guo Z-N et al. Multiple sclerosis and sexual dysfunction. *Asian Journal of Andrology* (2012) 14, 530-535
11. Ponholzer A et al. Female dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *Eur Urol* 2005; 47: 366-74
12. 5. Lew-Staowicz M. and Rola R. Prevalence of Sexual Dysfunctions among Women with Multiple Sclerosis. *Sex Disabil* 2013; 31: 141-153
13. Zorzon M. et al Sexual dysfunction in multiple sclerosis; a 2-year follow up study. *J of the Neurological Sciences* 187 (2001) 1-5
14. Dilaram Billur Celik et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: Gender differences. *Journal of the Neurological Sciences* 324 (2013) 17-20
15. Schairer LC et al. The impact of sexual dysfunction on health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, September 2, 2013
16. Norton C., Chelvanayagam S, *Bowel Continence Nursing*, Verlag: Beaconsfield Publishers, 2004
17. Schön G., Seltenreich M., Wenn Blase und Darm nicht mehr halten, was sie versprechen – ein mutmachender Ratgeber bei Inkontinenz, Verlag: Maudrich, 2011
18. Berger T. Multiple Sklerose und Schwangerschaft. In: Berger T, Brezinka C, Luef G (eds): *Neurologische Erkrankungen in der Schwangerschaft*. Springer Verlag, Wien, 2006, pp 231-251
19. Confavreux C, et al. Rate of pregnancy-related relapse in multiple sclerosis. *N Engl J Med* 1998; 339: 285-291
20. Giannini M, et al. Pregnancy and fetal outcomes after glatiramer acetate exposure in patients with multiple sclerosis: a prospective observational multicentric study. *BMC Neurol* 2012; 12: 124
21. Haas J and Hommes OR. A dose comparison study of IVIG in postpartum relapsing-remitting multiple sclerosis. *Mult Scler* 2007; 13: 900-908
22. Hellwig K, et al. Pregnancy and natalizumab: results of an observational study in 35 accidental pregnancies during natalizumab treatment. *Mult Scler* 2011; 17: 958-963

23. Houtchens MK and Kolb CM. Multiple sclerosis and pregnancy: therapeutic considerations. *J Neurol* 2012; 260: 1202-1214
24. Karlsson G, et al. Pregnancy outcomes in the clinical development program of fingolimod in multiple sclerosis. *Neurology* 2014; 82: 674-680
25. Lu E, et al. Disease-modifying drugs for multiple sclerosis in pregnancy. *Neurology* 2012; 79: 1130-1135
26. Sandberg-Wollheim M, et al. Pregnancy outcomes in multiple sclerosis following subcutaneous interferon beta-1a therapy. *Mult Scler* 2011; 17: 423-430

Ein Service von

Novartis Pharma GmbH, 1020 Wien, Stella-Klein-Löw-Weg 17
Tel.: +43 1 866 57-0, Fax: +43 1 866 57-6353, www.novartis.at



Diese Information wurde Ihnen übergeben durch:

AT1406217673 Datum der Erstellung: 04/2014

Arzt-/Ordinationsstempel



Kontakt und Informationen

MS-Service: info@ms-service.at
www.ms-service.at

Infoline: **0800/203909**

Mo-Do:
09:00 - 16:00 Uhr
Fr: 09:00 - 13:00 Uhr