

Fragen zur Sexualität bei TM

Joanne Lynn, MD und Leslie Moore, RN

Die folgenden Informationen verstehen sich als allgemeine Antworten auf Fragen zur Transversen Myelitis und nicht als medizinische Behandlungsempfehlungen für spezifische Fälle. Die Antworten beziehen sich auf die jeweilige kurze Frage und berücksichtigen daher weder die Krankengeschichte noch die Untersuchungsergebnisse individueller Patienten. Für alle Entscheidungen, die Diagnose und Behandlung betreffen, sollten daher immer der persönliche Arzt hinzugezogen werden, der die Umstände kennt und daher am besten in der Lage ist, die entsprechenden ärztlichen Empfehlungen auszusprechen.

Frage: Wenn bei einer Person Harnlassen und Stuhlgang wieder kontrolliert möglich werden, ist das ein Zeichen dafür, dass die sexuelle Funktion ebenfalls wieder zurückkehrt? Wodurch ist die sexuelle Fehlfunktion bei einer Schädigung des Rückenmarks verursacht? Ist die sexuelle Funktion ein Bereich, der mit dem behandelnden Neurologen besprochen werden sollte?

Diese Frage wirft das weitere Thema der Sexualität bei TM auf. Unabhängig von der Schädigung des Rückenmarks ist die sexuelle Funktion eine sehr komplizierte Frage und ein wichtiger Aspekt des Lebens von Mann und Frau. Ein großer Teil der Inhalte dieses Beitrags stammt aus Artikeln und Untersuchungen von Menschen, deren sexuelle Störung durch Multiple Sklerose (MS) bedingt ist. Es gibt eine beträchtliche Menge von Literatur über die Mechanik und die psychologischen Verästelungen der sexuellen Störungen bei Multipler Sklerose, die ja ebenfalls das Rückenmark angreift. TM-Patienten werden detaillierte und hilfreiche Informationen in einigen der Beiträge zur MS finden, die im Literaturverzeichnis am Ende dieses Beitrags aufgeführt sind.

Eine Erektion kann in Folge psychogener Reize (z.B. visuelle Reize oder Fantasie) erfolgen. In dieser Situation wandern die nervösen Impulse das vegetative Nervensystem vom Gehirn durch das Rückenmark hinunter zum unteren Brust- und oberen Lendenbereich. Die Nervenfasern verlassen in diesem Bereich das Rückenmark, erstrecken sich bis zu den Blutgefäßen im Genitalbereich und steuern dort die Schwellung des Penis bei Männern und die Schwellung von Vagina und Klitoris sowie die Gleitfähigkeit bei Frauen. Das ist Teil der Erregungsphase. Es besteht auch eine Reflexkomponente der Erektion, die keiner Signale vom Gehirn bedarf. Die Stimulation der Geschlechtsorgane oder auch der Reiz, den eine volle Blase ausübt, kann bereits zur Aktivierung eines Reflexbogens im untersten, dem sakralen Bereich des Rückenmarks führen, der wiederum eine Erektion auslöst. Eine vollständige Unterbrechung des Rückenmarks verhindert, dass die vegetativen Impulse vom Gehirn in den unteren Bereich wandern. Die Schädigungen des Rückenmarks bei entzündlichen Erkrankungen wie TM oder MS sind oft partiell und beeinträchtigen die absteigenden Leitungsbahnen und aufsteigenden Nerven, die die Empfindungsinformationen vom Genitalbereich nach oben transportieren, in unterschiedlichem Maße. Die Funktionalität von Blase und Darm wird ebenfalls durch die Informationsübertragung über das Rückenmark gesteuert. Eine Zustandsverbesserung in diesem Bereich kann parallel zu einer Verbesserung der sexuellen Funktion erfolgen, oder auch nicht; sie ist auf jeden Fall ein gutes Zeichen.

Spezialisten auf dem Gebiet der Sexualstörungen teilen sie in primäre, sekundäre und tertiäre Sexualstörungen auf. Eine primäre Sexualstörung ist die Veränderung der sexuellen Empfindung und Reaktion, die in direktem Bezug zur Rückenmarksschädigung steht. Dazu gehören kann ein verminderter Sexualtrieb, reduzierte, ungewöhnliche oder unangenehme genitale Empfindungen, verminderte Gleitfähigkeit der Vagina, Schwierigkeiten eine Erektion zu bekommen oder zu halten, reduzierte Ejakulationsfähigkeit oder Samenausstoß und verminderte Orgasmusfähigkeit. Die sekundäre Sexualstörung ergibt sich aus den verschiedenen Symptomen, die durch die TM verursacht werden, einschließlich Erschöpfung, Spastizität (vermehrte Muskelspannung), Probleme mit Blase und Darm sowie Schmerzen. Der Begriff tertiäre Sexualstörung wird oft dazu verwendet, die Auswirkungen der psychologischen Reaktionen auf TM auf das Sexualleben zu beschreiben.

Fragen zur Sexualität bei TM

Joanne Lynn, MD und Leslie Moore, RN

Primäre Sexualstörungen

Ein reduzierter Sexualtrieb ist ein ernsthaftes Problem, das zur Belastung für den TM-Patienten wie für seinen/ihren Partner werden kann. Oft ist die Veränderung des Sexualtriebs durch eine Änderung des Gefühlszustandes bedingt, die in Reaktion auf die Erkrankung auftritt, möglicherweise auch auf die eingeschränkte Unabhängigkeit, wenn die neurologischen Beeinträchtigungen schwer sind. Eine Einzel- oder Paarberatung kann hilfreich sein, um die jeweiligen Gefühlszustände auszuloten und die Kommunikation zu verbessern. Es sollte auch geprüft werden, ob eine depressive Komponente vorliegt; falls ja, sollte sie behandelt werden.

Einschätzung der männlichen Sexualstörung

Der erste Schritt bei der Einschätzung männlicher Sexualstörung erfordert eine umfassende Sexualberatung. Es kann sinnvoll sein, zu testen, ob die Erektionsfähigkeit intakt ist. Urologen wenden Ultraschalldiagnostik an, um den Blutfluss im Penis festzustellen und um zu kontrollieren, ob nächtliche Erektionen stattfinden. Etliche Therapien zur Erektionsunterstützung und -vergrößerung stehen zur Verfügung. Unter den neueren Mitteln rangiert die orale Einnahme von Sildenafil (Viagra®). Untersuchungen der Patienten, die unter Rückenmarksschädigungen leiden, haben gezeigt, dass ein Großteil der Patienten mit einer Kombination von Sildenafil und Vibrationsstimulation gute Erfolge erzielt. Dabei werden 50 bis 100 mg Sildenafil rund eine Stunde vor dem Geschlechtsakt eingenommen. Dadurch verbessert sich die Erektionsfähigkeit, besonders wenn dies zusammen mit psychologischer und/oder taktiler Stimulation erfolgt. Die Einnahme des Medikaments hat einige bekannte Nebenwirkungen. Dazu gehören eine verstopfte Nase, Kopfschmerzen, Erröten und Sodbrennen, die bei rund 6 bis 18% der Patienten auftreten. Außerdem darf das Medikament nie zusammen mit Nitraten eingenommen werden – Medikamenten, die die Blutgefäße im Herzen vergrößern, und auch nicht wenn ernsthafte Gefahr einer Herzattacke oder andere Probleme mit dem Herzen bestehen. Die Vibrationsstimulation kann bei Erektion und Orgasmus helfen.

Vakuumpumpen wurden ebenfalls erfolgreich bei Rückenmarksverletzungen und Multipler Sklerose eingesetzt. Sie bestehen aus einem Plastikrohr, das man über dem Penis befestigt. Mit der Pumpe wird die Luft aus dem Rohr gesaugt und das entstehende Vakuum zieht das Blut in den Penis hinein (hat nicht einmal jemand gesagt, dass die Natur eine Abscheu vor dem Vakuum hat?) Ein verengender Ring wird anschließend zur Unterstützung der Erektion über die Peniswurzel gezogen, damit das Blut nicht zurück zum Herzen fließen kann. Manche Männer finden diese Methode unkomfortabel oder schmerzlich, andere berichten, dass sich ihr Penis dabei kalt anfühlt. Andere empfinden die Methode als wenig natürlich. Sie setzt außerdem ein beträchtliches Maß an Fingerfertigkeit voraus. Andere Männer hingegen verwenden diese relativ kostengünstige Methode mit großem Erfolg.

Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Erektionsfähigkeit besteht darin, dem Penis Medikamente zuzuführen, die den Gefäßtonus beeinflussen. Eines dieser Mittel, Prostaglandin E₁, kann als Zäpfchen in die Harnleiteröffnung am Penis eingeführt werden. Andere, so auch eine weitere Darreichungsform von Prostaglandin E₁ sowie Papavarin, können direkt in den Penisstamm gespritzt werden. Dazu muss man zunächst die natürliche Furcht vor einem derartigen Eingriff überwinden, aber viele Männer und/oder ihre Sexualpartner bewältigen diese Technik, die eine hohe Erfolgsquote aufweist. Zu den Komplikationen gehören Priapismus, das ist eine schmerzhafte, lang anhaltende Erektion, die auch zu Schäden am Penis führen kann. Priapismus tritt in rund 0,8 bis 1,5% der Fälle auf und erfordert die dringende Behandlung durch einen Urologen. Die wiederholte Anwendung kann bei einem kleinen Anteil (0,5%) von Männern zu Fibrose und Narbenbildung im Penisgewebe führen.

Eine weitere Option bei der Behandlung neurogener Erektionsstörungen durch TM ist der Einsatz von Penisprothesen oder -implantaten. Verschiedene aufblasbare oder halbsteife Prothesen sind verfügbar. Ein Problem bei diesen Implantaten besteht darin, dass sie zu Entzündungen führen können, wie jeder andere implantierte Fremdkörper auch, z.B. ein künstliches Gelenk (geschätzter Anteil 1,2 bis 1,8%). Mindestens eine Untersuchung hat gezeigt, dass Männer, die diese Möglichkeit anwenden, öfter Sex haben und dabei größere Befriedigung empfinden und bei ihrem Partner hervorrufen als Männer, die eine Injektionstherapie anwenden.

Einschätzung weiblicher sexueller Funktionsstörung

Die verminderte genitale Empfindungsfähigkeit ist eines der wichtigsten Probleme in Zusammenhang mit einer sexuellen Funktionsstörung bei TM. Sie ist oft die Ursache der sexuellen Funktionsstörungen bei Frauen und es existieren weniger ausgefallene Hilfsmittel oder Behandlungen als für die sexuelle Funktionsstörung beim Mann. Die Behandlung einer verminderten genitalen Empfindungsfähigkeit erfordert oft die Erforschung anderer und stärkerer Arten von Stimulation, die sowohl den Genitalbereich direkt betreffen können, als auch aus Übungen bestehen, durch die man eine größere Bandbreite von sexuellen Lusterfahrungen außerhalb des Genitalbereichs erfahren kann. Eine häufigere orale Stimulation der Klitoris kann hilfreich sein. Die Verwendung eines Vibrators, der in Fachgeschäften für Medizinbedarf erstanden werden kann, kann ebenfalls zur genitalen Empfindungsfähigkeit und zu einer größeren Orgasmusfähigkeit beitragen. Es gibt unterschiedliche Arten von Vibratoren und manche Geräte zum Anschnallen stimulieren die Klitoris direkt, ohne dabei den Geschlechtsverkehr zu stören. Die Stimulierung anderer erogenen Zonen (Brüste, Lippen, Nacken, Ohren) kann helfen, die Erregung und das Lustempfinden zu steigern und erhöht dadurch die Wahrscheinlichkeit, zum Orgasmus zu kommen. Eine verstärkte Stimulierung der Brustwarzen fördert die vaginale Gleitfähigkeit und die Kontraktion der Gebärmutter, was ebenfalls die Orgasmusfähigkeit erhöht. Ein Verfahren, das in der sexuellen Beratung angewendet wird, zielt darauf ab, dass das Paar eine Landkarte seiner erogener Zonen außerhalb des Genitalbereichs zeichnet. Das erfordert, dass das Paar darüber spricht, zusammen daran arbeitet und Zeit darauf verwendet, neue Möglichkeiten des gegenseitigen Lustgewinns zu erforschen. Oft ist eine verstärkte nicht-erotische Stimulierung ebenfalls hilfreich, etwa durch Händehalten, Rücken massieren usw. Das Wiederauflebenlassen von romantischen Gesten wie Blumen schenken, Umarmungen usw. kann ebenfalls zu einer Steigerung der Libido beitragen.

Eine verminderte vaginale Gleitfähigkeit trotz sexueller Erregung kann durch die Verletzung des Rückenmarks bedingt sein und zu Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs führen. Wasserlösliche Gleitmittel wie das Vaginalgel „Replens MD®“ helfen gegen die verminderte vaginale Gleitfähigkeit. Auch K-Y Gel kann verwendet werden. Vaseline ist nicht empfehlenswert, da es nicht wasserlöslich ist und Harnleiterinfektionen verursachen kann. Als Frau sollte man sich auch bewusst sein, dass eine reduzierte vaginale Gleitfähigkeit auch als normale Reaktion auf den sinkenden Östrogenspiegel während der Wechseljahre eintreten kann und dass das Gewebe der Vagina dünner wird. Eine Hormonersatztherapie kann das Sexualleben von Frauen in diesem Lebensabschnitt fördern, da es einigen dieser altersabhängigen Veränderungen entgegenwirken kann.

Manche Sexualtherapeuten empfehlen Kegel-Übungen zur Kräftigung und Verstärkung der Empfindungsfähigkeit des *musculus pubococcygeus* im Beckenboden. Dieser Muskel zieht sich während des weiblichen Orgasmus zusammen. Die Kegel-Übungen bestehen aus abwechselnder Spannung und Lockerung dieses Muskels (den man als Muskel erkennen kann, mit dem man den Urinfluss auf halber Höhe anhalten und laufen lassen kann).

Sekundäre Sexualstörung

Viele TM-Patienten klagen über Einschränkungen ihres Sexuallebens durch andere von der Rückenmarksschädigung bedingten Symptome. So ist es für eine Frau oder einen Mann beispielsweise schwierig, locker zu bleiben, wenn die dauernde Gefahr besteht, Urin oder Stuhl zu verlieren und dies dem Partner erklären zu müssen. Um dieses Risiko einzuschränken, kann einiges unternommen werden. So kann ein Stuhlgang-Programm aufgestellt werden, das über den Tag verteilt feste Zeiten für den Stuhlgang vorsieht, meistens nach den Mahlzeiten. Eine ballaststoffreiche Ernährung macht den Stuhl weicher. Bei hartnäckigeren Stuhlgangproblemen kann es nötig sein, in das Programm die Einnahme eines Zäpfchens pro Tag aufzunehmen. Für manche Patienten ist eine Entleerung der Blase vor dem Beginn der sexuellen Aktivität ausreichend, um Probleme dieser Art zu vermeiden; bei anderen stellt die Selbstkatheterisierung von Urin sicher, dass die Blase leer ist.

Für viele ist Erschöpfung ein Problem; da kann es helfen, wenn man die Zeiten sexueller Aktivität auf die Tagesabschnitte legt, wenn der Energiepegel am höchsten ist. Schmerzhaftes Krämpfen in den Beinen sind beim Sex natürlich störend. Man kann ihnen durch die Einnahme der entsprechenden Medikamente entgegenwirken (rund zwei Stunden vor Beginn der sexuellen Aktivität) oder indem man leichte Dehnungsübungen in das erotische Vorspiel mit einfließen lässt, um die Krampfanfälligkeit zu vermindern. Bei manchen TM-Patienten bilden sich schmerzhaftes oder unangenehme Empfindungen (Kribbeln,

Fragen zur Sexualität bei TM

Joanne Lynn, MD und Leslie Moore, RN

Brennen, Stiche, Spannung) in den Beinen und im Genitalbereich aus, die beim Sex ebenfalls stören können. Manchmal löst eine Massage oder das Streicheln durch den Geliebten/die Geliebte schon Schmerz statt Lust aus. Zur Verringerung dieser schmerzhaften Missempfindungen, medizinisch *Dysästhesien* genannt, stehen etliche Medikamente zur Verfügung, zu denen Amitriptylin (z.B. Saroten®), Gabapentin (Neurontin®) und Carbamazepin (Tegretol®) gehören. Das ist eine weitere der Situationen, in denen Paare einen Nutzen daraus ziehen, wenn sie eine Landkarte der Körperbereiche zeichnen, in denen Stimulierung Schmerzen oder Lust auslöst. Das Experimentieren mit verschiedenen Positionen beim Geschlechtsverkehr hilft dabei, Problemen durch Erschöpfung, Krämpfe und schmerzhaftes Missempfindungen aus dem Weg zu gehen.

Tertiäre Sexualstörung

Tertiäre Sexualstörungen sind ein komplexer Bereich, in dem es um psychologische Reaktionen auf die TM geht, die sich negativ auf das Sexuelleben auswirken können. Schwäche und andere Beschwerden können zu Veränderungen der Selbsteinschätzung und des Selbstwertgefühls führen, die sich negativ auf die sexuelle Leistung auswirken. Sowohl der von den neurologischen Störungen betroffene Mensch als auch ihr/sein Partner können das Gefühl haben, dass der TM-Patient sexuell weniger attraktiv, sprich weniger maskulin oder feminin ist. Manchen Lebensgefährten, die ihrem Partner ständig zur Seite stehen, wenn es um Anziehen, Baden, Transporte, Katheterisierung und ähnliches geht, haben gelegentlich Schwierigkeiten damit, von der Rolle des Pflegers in die Rolle des Liebhabers überzuwechseln. Frustration, Ressentiments und Verlustängste gehören zu den oft unausgesprochenen Gefühlen, die ein Ausleben von Liebe und Lust verhindern. Die offene Aussprache zwischen den Partnern und ggf. Psychotherapie sind die besten Möglichkeiten, um mit diesen Schwierigkeiten umzugehen.

Am wichtigsten ist es vielleicht, dass das Paar offen an die Sexualität herangeht, ohne Scheu davor, neue Wege zu versuchen. Es gibt Menschen mit Rückenmarksschädigung, die darauf mit: "Wenn ich Sex nicht mehr wie früher haben kann, dann vergesse ich es lieber!" reagieren. Sexualtherapeuten erinnern uns daran, dass unsere Gesellschaft dazu neigt, Sex als zielgerichtete Tätigkeit zu begreifen, die darauf ausgerichtet ist, einen Orgasmus zu erreichen. Das ist – natürlich – ein erstrebenswertes Ziel, doch es kann helfen, den Blick auf eine größere Bandbreite von sexuellen Spielen zu lenken, aus denen man körperliche und psychologische Befriedigung und Wohlbefinden ziehen kann. Die Bereitschaft, Liebe und Sex auf neue Weise zu entdecken, öffnet dem positiven Ausdruck von Zuneigung und Lust neue Türen und dies wirkt sich auch außerhalb des Schlafzimmers positiv auf die Beziehung aus.

Es ist absolut angemessen, die sexuellen Probleme, die nach einer Rückenmarksschädigung auftreten, mit dem behandelnden Neurologen zu besprechen. Allerdings gibt es nur sehr wenige Neurologen, die sich im Verlauf ihrer Ausbildung formale Kenntnisse in diesem Bereich aneignen konnten. Vergeben sie daher ihrem Neurologen, wenn sie/er anfangs unerfahren scheint und ihnen erst mal nicht viel dazu sagen kann; versuchen sie mit ihr/ihm gemeinsam die unterschiedlichen Probleme anzusprechen und daran zu arbeiten. Es kann auch hilfreich sein, Neurologen, Krankenschwestern, Pfleger, Urologen, Sexualtherapeuten oder Psychiater/Psychologen aufzusuchen, die Erfahrung in der Behandlung von Rückenmarkstraumata oder Multipler Sklerose haben, insbesondere in großen Krankenhäusern, Rehabilitationszentren oder Universitätskliniken. Die (US-amerikanische) National Multiple Sclerosis Society (1-800-FIGHT MS – lassen?ja!!) hat Literatur über Sexualstörungen bei MS publiziert, die auch auf TM zutrifft.

Fragen zur Sexualität bei TM

Joanne Lynn, MD und Leslie Moore, RN

Literaturverweise:

Derry F, Gardner BP, Glass C et al. Sildenafil (Viagra®): a double blind, placebo controlled single dose two way cross-over study in men with erectile dysfunction caused by traumatic spinal cord injury (abstract). J Urol 1997; 154:181.

Ducharme SH and Gill KM. [Sexuality after Spinal Cord Injury: Answers to Your Questions](#). Paul W. Brookes Publishing Co. Baltimore. 1997.

Foley FW and Werner MA. Sexuality in Kalb RC. [Multiple Sclerosis - The Questions You Have, The Answers You Need](#). Demos Vermande, New York, 1996: pp. 223-247. (Das ist eine hervorragendes Kapitel über Sexualität bei MS. Es ist in Form von einfachen Fragen aufgebaut, auf die detaillierte Antworten folgen. Sehr empfehlenswert).

Geiger RC. Neurophysiology of Sexual Response in Spinal Cord Injury. *Sexuality and Disability*. Vol 2 (4). Winter 1979.

Kalb RC and LaRocca NG. Sexuality and Family Planning in Halper J, Holland N. [Comprehensive Nursing Care in Multiple Sclerosis](#). Demos Vermande. New York, 1997: pp. 109-125.

Kaplan HS. [The Illustrated Manual of Sex Therapy](#) (2nd edition). New York: Brunner Mazel Publishers, 1987.

Neistadt ME, Freda M. [Choices: A Guide to Sex Counseling with Physically Disabled Adults](#). Malabar, FL: Robert E. Krieger Publishing, 1987.

In dem von Foley und Werner verfassten Kapitel im Buch von Kalb sind auch etliche Verweise auf sexuell orientiertes Material enthalten, die nicht spezifisch für TM-Patienten ausgerichtet sind, aber hilfreich sein können:

[Eve's Garden International](#), Ltd. 1-800-848-3837.

[Good Vibrations, Inc.](#) 1-800-289-8423.

Lawrence Research 1-800-242-2823.

Dr. Lynn ist Assistenz-Professor für Neurologie an der Ohio State University. Sie arbeitet gegenwärtig am "Multiple Sclerosis Center" der Ohio State University und beschäftigt sich vorrangig mit klinischer Forschung im Bereich der Behandlung von MS. Dr. Lynn gehört dem Medizinischen Beraterteam der Transverse Myelitis Association an.

Leslie Moore, 1986 Ausbildung als Krankenschwester an der Ohio State University, hat sieben Jahre in der Neurologischen Intensivstation gearbeitet; durch die Arbeit mit Patienten mit Rückenmarksschädigungen begann ihr Interesse an den Themenbereichen der Kontinenz und der Sexualität. Anschließend war sie 2 Jahre lang im Interventional Radiology Department tätig. Um mehr in der Unterrichtung von Patienten tätig sein zu können, übernahm sie eine Stelle am MS Center der Ohio State Universität und wurde Fakultätsmitglied im Rahmen eines von Berles gesponsorten Peer Support Programms. Leslie ist mittlerweile nach Wisconsin umgezogen, ist weiterhin Fakultätsmitglied im Peer Support Programm und arbeitet dort in der Intensivmedizin.