

Terapia zaburzeń seksualnych u kobiet ze stwardnieniem rozsianym

Therapy of female sexual dysfunction in multiple sclerosis

Michał Lew-Starowicz¹, Rafał Rola^{2,3}

¹III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Marek Jarema

²I Klinika Neurologii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Danuta Ryglewicz

³Zakład Fizjologii i Patofizjologii Człowieka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Paweł Szulczyk

Przeгляд Menopauzalny 2013; 2: 166–174

Streszczenie

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex* – SM) jest jedną z najbardziej powszechnych chorób neurologicznych. Dotyka dwukrotnie częściej kobiety niż mężczyzn i przyczynia się do występowania dysfunkcji seksualnych o złożonej etiologii, które wywierają negatywny wpływ na jakość życia chorych oraz ich relacje w związkach partnerskich. Problemy seksualne u kobiet z SM pozostają niestety często nierozpoznane i nieleczone. Autorzy przedstawiają aktualny stan wiedzy i proponują algorytm terapeutyczny dostosowany do leczenia dysfunkcji seksualnych u kobiet z SM.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, dysfunkcje seksualne kobiet, terapia.

Summary

Multiple sclerosis (MS) is one of the most prevalent neurological diseases. It is twice as frequent in women as in men. It contributes to sexual dysfunctions that have complex etiology and negative impact on patients' quality of life as well as their relationships. Unfortunately, sexual concerns in MS women often remain unrecognized and untreated. The authors present the current state of knowledge and propose a therapeutical algorithm for the treatment of MS female sexual dysfunction.

Key words: multiple sclerosis, female sexual dysfunction, therapy.

Wstęp

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex* – SM) stanowi jedną z najczęstszych chorób neurologicznych. Szacuje się, że roczna zapadalność wynosi ok. 3–10 na 100 000 w populacji europejskiej [1] i wzrasta wśród kobiet w ośrodkach miejskich [2]. Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą chorobą autoimmunologiczną powodującą miejscowe, ograniczone do istoty białej mózgu i rdzenia kręgowego, ogniska reakcji zapalnej. Dokładny patomechanizm choroby nie jest znany. Aktywacja układu immunologicznego doprowadza początkowo do uszkodzenia demielinizacyjnego włókien nerwowych, a w miarę narastania procesu zapalnego może dojść do nieodwracalnego uszkodzenia aksonalnego powodują-

cego trwałe deficyt neurologiczny. Miejsce uszkodzenia istoty białej determinuje obraz kliniczny choroby, który jest indywidualnie zmienny i nieprzewidywalny. Choroba dwukrotnie częściej dotyka kobiety niż mężczyzn i zwykle pojawia się w 3.–4. dekadzie życia, a zatem w okresie największej aktywności seksualnej, reprodukcyjnej i budowania relacji partnerskich [3]. Najczęściej dochodzi do uszkodzenia dróg piramidowych, nerwu wzrokowego, dróg czuciowych oraz mózdzku. Spektrum objawów klinicznych w SM może być bardzo szerokie. Praktycznie każdy aspekt funkcjonowania układu nerwowego może być zaburzony w przebiegu tej choroby. Najczęstszymi objawami klinicznymi SM są: niedowład piramidowe, zaburzenia czucia, zaburzenia gałkoruchowe, ataksja kończyn górnych i dolnych, zaburzenia widzenia, zabu-

Adres do korespondencji:

Michał Lew-Starowicz, III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

zenia oddawania moczu. W przebiegu choroby u wielu pacjentów stwierdza się zaburzenia depresyjne.

Dysfunkcje seksualne są częste u pacjentek z SM i istotnie przyczyniają się do obniżenia jakości ich życia oraz występowania problemów w relacjach partnerskich [4]. Do najczęstszych kobiecych dysfunkcji seksualnych (*female sexual dysfunction* – FSD) u chorych na SM należą obniżenie potrzeb seksualnych – oceniane według różnych autorów na 31,4–63,6%, zaburzenia podniecenia (33,0–51,5%) i trudności z osiągnięciem orgazmu (37,0–38,3%) [5]. W badaniach populacji krajowej kobiet z SM obniżenie potrzeb seksualnych było stwierdzane u 57,7%, różne rodzaje zaburzeń podniecenia seksualnego – wyraźne osłabienie doznań cielesnych u 47,3%, niewystarczające nawilżenie pochwy u 48,4%, osłabienie subiektywnych doznań (składowa poznawcza) u 45,2% oraz trudności z osiągnięciem orgazmu u 39,8% [6]. Uwarunkowania dysfunkcji seksualnych u chorych na SM można podzielić na pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe (tab. I). Objawy pierwszorzędowe wynikają z zaburzeń fizjologicznych spowodowanych zmianami demielinizacyjnymi w mózgu i rdzeniu kręgowym. Drugorzędowe dysfunkcje seksualne wynikają ze zmian niedotyczących bezpośrednio struktur powiązanych z aktywnością seksualną, które jednak wpływają na reaktywność seksualną. Uwarunkowania trzeciorzędowe dotyczą wpływów psychospołecznych i kulturowych na satysfakcję i funkcje seksualne [7–10].

Leczenie SM obejmuje kilka aspektów terapeutycznych. Przede wszystkim jest to leczenie immunomodulujące zmniejszające reaktywność układu immunologicznego i hamujące proces zapalny [11]. U niektórych pacjentów leczenie immunomodulujące i immunosupresyjne modyfikuje przebieg choroby. Stosowane są interferony β 1A oraz β 1B, octan glatirameru, mitoksantron i natalizumab. Niestety, dostępność takiego leczenia jest w Polsce ograniczona. Leczenie rzutów choroby polega na podawaniu kortykosteroidów dożylnie. Niektóre z leków modyfikujących przebieg choroby mogą się przyczyniać do występowania zaburzeń seksualnych u stosujących je kobiet, mitoksantron może być przyczyną przedwczesnego wygaśnięcia funkcji hormonalnej jajników i zaburzeń miesiączkowania [12]. Istnieją doniesienia o pozytywnym wpływie kortykosteroidów podawanych zarówno doustnie, jak i dożylnie na funkcje seksualne chorych [13].

Leczenie objawowe polega na zmniejszeniu objawów wtórnych do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, takich jak spastyczność, zaburzenia oddawania moczu czy przewlekły zespół zmęczenia. Leki antycholinergiczne, które bywają pomocne w leczeniu objawów związanych z nietrzymaniem moczu, z drugiej strony nasilają suchość pochwy i osłabiają fazę podniecenia związaną z wypełnieniem naczyń krwionośnych [14]. Trzecim filarem leczenia SM jest szeroko pojęta rehabilitacja medyczna. Niestety, pomimo postępu w leczeniu SM możliwości terapeutyczne, zwłaszcza w Polsce, są ograniczone. Co więcej, lekarze często skupiają się na leczeniu deficytów neurologicznych, zapominając o współistniejących problemach (np. zaburzeniach funkcji seksualnych), które znacząco mogą wpływać na jakość życia chorych z SM. Kompleksowo prowadzone leczenie i rehabilitacja chorych z SM powinny uwzględnić terapię dysfunkcji seksualnych i problemów w relacjach partnerskich, co miałyby bardzo istotny wpływ na jakość ich życia.

Piętno choroby, reakcje na niepełnosprawność

W rozważaniach na temat seksualności chorych na SM istotne jest zrozumienie poczucia napiętnowania związanego z chorobą i reakcji kobiet na pojawiającą się niepełnosprawność. Na podstawie wywiadów z grupą 31 niepełnosprawnych kobiet Nosek (1996) zaobserwowała szereg negatywnych sądów i postaw ujawnianych przez pacjentki. Część z nich słyszała od innych osób, że nigdy nie wyjdą za mąż i nie będą atrakcyjne seksualnie dla partnera. Bliscy i partnerzy ujawniający tendencje do stosowania przemocy mówili im, że powinny zaakceptować wszystko, cokolwiek im się oferuje. Niektóre z tych kobiet desperacko poszukiwały towarzystwa i zaczynały ujawniać promiskuityzm. W staraniu dopasowania się do wymagań otoczenia ujawniały cechy dysocjowania względem swojego ciała i zaniedbywania go [15]. Poszukiwanie akceptacji może zatem w istotny sposób kształtować zachowania seksualne kobiet cierpiących z powodu niepełnosprawności takiej, jaka występuje w przebiegu SM. Efekt piętna psychicznego u chorych na SM może u nich powodować istotne zmiany w zachowaniu w stosunku do osób bliskich

Tab. I. Pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe uwarunkowania dysfunkcji seksualnych u kobiet ze stwardnieniem rozsianym

Pierwszorzędowe	osłabienie czucia („odrętwienie”) lub parestezje czuciowe w obrębie genitaliów, brak nawilżenia pochwy, niższa częstość występowania lub zmniejszona intensywność odczuwania orgazmu
Drugorzędowe	zmęczenie i męczliwość, spastyczność, skurcze mięśni, zaburzenia funkcji pęcherza moczowego i jelit, zaburzenia koordynacji ruchowej, zmniejszenie mobilności, dolegliwości bólowe i inne nieprzyjemne doznania z różnych okolic ciała poza genitalnymi, zaburzenia funkcji poznawczych, działania uboczne leków stosowanych w SM
Trzeciorzędowe	niskie poczucie własnej wartości, obniżenie nastroju, depresja, złość, negatywne postrzeganie swojego ciała i atrakcyjności seksualnej, obawy przed odrzuceniem w seksie, izolacją i samotnością, poczucie winy, zależności, zmiany ról wynikające z choroby, demoralizacja, problemy dotyczące komunikacji i relacji interpersonalnych

SM – stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex*)

przekraczające ograniczenia związane z uszkodzeniem układu nerwowego. Osoby te mogą „wchodzić w rolę” niesprawnych i wymagających opieki, spełniając tym samym społeczne oczekiwania wobec osób przewlekle chorych. Przy takiej zmianie atrakcyjność seksualna może zostać zepchnięta na najdalszy plan. Paradoksalnie osoba funkcjonująca „w roli chorego” wśród najbliższych może odkrywać swoje zasoby, dopiero znajdując się w środowisku innych pacjentów, co w rzeczywistości pogłębia tylko efekt izolacji.

Rozpoznawanie problemów seksualnych u pacjentek ze stwardnieniem rozsianym

Wiele współistniejących problemów zdrowotnych występujących w przebiegu SM może sprawiać, że aspekty zdrowia seksualnego są często pomijane zarówno przy początkowych wizytach, jak i przy kontynuacji opieki medycznej w tej grupie chorych. Według Hulter i wsp. (1995) 94% pacjentów z SM nigdy nie było pytanych o problemy dotyczące seksualności w kontekście ich choroby [16]. Podobnie 97,8% z grupy 137 pacjentek z SM badanych przez autorów niniejszej pracy nie podejmowało terapii seksualnej ani nie rozmawiało z lekarzem na temat ich życia seksualnego. Ze strony pacjentek trudności w podejmowaniu rozmowy mogą wynikać ze wstydu przed poruszeniem tematu ich życia seksualnego, przyznaniem się do występowania problemów seksualnych, trudności komunikacyjnych (brak znajomości odpowiedniej terminologii, umiejętności nazywania), niskiego poczucia wartości i obawy przed ośmieszeniem się. Lekarze, pielęgniarki i fizjoterapeuci nie mają zwykle przeszkolenia pozwalającego im swobodnie poruszać kwestie dotyczące seksualności w rozmowie z pacjentem. Poradnictwo seksuologiczne jest czasochłonne i wymaga odpowiednich kwalifikacji. Jednak już sama identyfikacja problemów seksualnych i rozmowa na temat seksualności może mieć działanie terapeutyczne dzięki edukacji i „przyzwoleniu” na poruszanie intymnych i dla wielu pacjentów wstydlivych tematów. Może to skłonić pacjenta do poszukiwania profesjonalnej terapii, przy czym pracownicy medyczni mogą służyć istotną pomocą, np. przez skierowanie do właściwego specjalisty, przekazanie danych kontaktowych itp. Za pozytywne doświadczenie uważa wywiad seksuologiczny przeprowadzony przez lekarza 83% pacjentów z SM [13].

Użytecznym sposobem inicjowania rozmowy z pacjentką na temat zaburzeń seksualnych jest odwołanie się do powszechnego występowania tego typu problemów i zasygnalizowanie gotowości do rozmowy, np. „Wiele pacjentek z SM zgłasza mi trudności dotyczące ich życia seksualnego. Jeżeli przeżywa Pani podobne problemy, możemy o tym porozmawiać”. Pozwala to lekarzowi (lub psychologowi, pielęgniarce, fizjoterapeucie) zbadać gotowość i chęć chorej do tego typu rozmowy w delikatny i nienarzucający sposób. Inne wskazów-

ki dotyczą ogólnych zasad przeprowadzania wywiadu seksuologicznego:

- rozpoczynanie rozmowy od pytań otwartych, niesugerujących możliwych odpowiedzi,
- stopniowe pogłębianie tematu z elementami edukacji na temat fizjologii seksualnej, ułatwiającej pacjentce opisywanie, a badającemu zaklasyfikowanie omawianych problemów,
- używanie zrozumiałego dla chorej języka i tłumaczenie używanych terminów medycznych,
- nieoceniająca postawa, szanowanie granic pacjentki, budowanie atmosfery zaufania i poufności,
- nieczynienie założeń dotyczących uwarunkowań seksualności pacjentki, jej związku, orientacji seksualnej, wiedzy na temat seksu,
- w rozmowie na temat aktualnych problemów odwoływanie się do wcześniejszych (przedchorobowych) doświadczeń seksualnych,
- upewnianie się, czy pacjentka prawidłowo zrozumiała otrzymane informacje, a w razie udzielania porad – dawanie jasnych i konkretnych instrukcji,
- w razie zidentyfikowania problemów seksualnych i niepodejmowania się ich terapii – skierowanie do specjalisty seksuologa.

Pomocnym narzędziem, szczególnie dla mniej doświadczonych klinicystów, mogą być kwestionariusze ułatwiające ocenę dysfunkcji seksualnych, np. skala Mell-Krat [17], SFQ28 [18], ASEX [19].

Leczenie dysfunkcji seksualnych u kobiet ze stwardnieniem rozsianym – rozważania ogólne

Optymalnie terapia FSD u pacjentek z SM powinna być prowadzona przez specjalistyczny zespół, w skład którego wchodziłoby lekarze ze specjalizacjami z neurologii, seksuologii, ginekologii, urologii, psychiatrii, a także psychologów, fizjoterapeuców i pielęgniarki. W praktyce klinicznej jest to trudno osiągalne, zatem wiedza na temat zasad terapii FSD w SM może się przydać każdemu specjalistom pracującym z tymi chorymi, a trudniejsze przypadki mogą być konsultowane z lekarzami seksuologami dysponującymi odpowiednim doświadczeniem z tą grupą pacjentek. W przypadku istotnych uszkodzeń układu nerwowego wpływających na występowanie dysfunkcji seksualnych ważne jest realistyczne postrzeganie terapii. Celem będzie raczej zwiększenie przyjemności i satysfakcji seksualnej niż uzyskanie idealnej odpowiedzi genitalnej. Istotne jest także rozumienie, że niezależnie od stopnia niepełnosprawności pacjentki z SM są istotami seksualnymi, obdarzonymi zdolnością dzielenia miłości, przywiązania, intymności i różnych doświadczeń seksualnych [20]. Ze względu na różnorodne czynniki powodujące występowanie problemów seksualnych u chorych na SM, terapia staje się dużym wyzwaniem klinicznym, powinna bowiem uwzględniać

wszystkie rodzaje uwarunkowań: pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe.

Edukacja pacjentek

Wiele osób traktuje stosunek seksualny z penetracją jako jedyny przejaw seksualności. W sytuacji wystąpienia dysfunkcji seksualnej lub niepełnosprawności utrudniającej odbycie takiego stosunku chore mogą w ogóle zrezygnować z życia erotycznego. Przykładowo, pacjentki z SM cierpiące z powodu dysfunkcji zwieraczy i odczuwające lęk przed wystąpieniem objawów nietrzymania moczu podczas współżycia mogą unikać wszystkich rodzajów pieszczot z obawy, że tego rodzaju aktywność typowo prowadzi do odbycia pełnego stosunku.

Christopherson i wsp. (2006) [21] zbadali wpływ edukacji na doświadczanie problemów seksualnych u 62 pacjentek z SM. Chore zostały podzielone na dwie grupy. Pierwsza grupa otrzymała same materiały edukacyjne do czytania, zaś druga, oprócz otrzymanych materiałów, odbyła trzy sesje trwające od 10 do 30 minut i polegające na poradach udzielanych przez telefon przez odpowiednio przeszkoloną pielęgniarkę. Okazało się, że po dwóch miesiącach pacjentki w obu grupach relacjonowały istotne statystycznie zmniejszenie nasilenia dysfunkcji seksualnych: uczucia odrętwienia w okolicach genitalnych, zmniejszenia nawilżenia pochwy, obniżenia pożądania, zmniejszenia przyjemności odczuwanej podczas orgazmu i opóźnienia orgazmu. Pacjentki w obu grupach podobnie zwracały uwagę na dodatkowe korzyści z podjętej interwencji: uzyskana wiedza pozwoliła im poczuć się „normalnie”, a materiały posłużyły do zainicjowania rozmowy z partnerem na temat ich życia seksualnego. Podobne spostrzeżenie na temat przydatności materiałów edukacyjnych do otwierania komunikacji w związku poczynili na podstawie swoich badań Mattson i wsp. (1995) [13]. Z kolei z pracy Christopherson i wsp. (2006) można wyciągnąć dwa ogólne, istotne wnioski: po pierwsze, edukacja ma największy wpływ na pierwszo- i trzeciorzędowe zaburzenia funkcji seksualnych u kobiet z SM. Po drugie, oddziaływania edukacyjne mogą być z powodzeniem prowadzone przez przeszkolone pielęgniarki, co pozwala na odciążenie w tym względzie personelu lekarskiego i psychologów mogących realizować inne aspekty leczenia dysfunkcji seksualnych (np. farmakoterapię, psychoterapię).

Edukacja na temat planowania aktywności seksualnej może być także użyteczna w radzeniu sobie z drugorzędowymi dysfunkcjami seksualnymi [5]. Praktyczne porady obejmują:

- planowanie aktywności seksualnej w godzinach porannych, kiedy zmęczenie jest najmniejsze, ewentualnie po odpoczynku (drzemce) w ciągu dnia,
- dobór najbardziej wygodnej pozycji seksualnej, nie wymagającej wysiłku,
- unikanie przyjmowania płynów kilka godzin przed współżyciem, unikanie alkoholu, kofeiny i palenia ty-

toniu, opróżnianie pęcherza i jelit przed planowanym stosunkiem.

Aspekty związane z ciążą, menopauzą i terapią hormonalną

Szczególne znaczenie może mieć edukacja na temat ciąży i stosowania antykoncepcji. Jeszcze w poprzednim stuleciu pacjentki z SM były zniechęcane do zachodzenia w ciążę z powodu braku dostatecznych danych na temat bezpieczeństwa i możliwych powikłań. Część chorych może odczuwać lęk przed współżyciem z obawy przed ciążą, szczególnie jeżeli nie akceptują bądź boją się stosowania antykoncepcji. Z tego względu ważne jest przekazanie pacjentkom obiektywnego stanu wiedzy na temat wpływu ciąży na przebieg SM, wpływu choroby na przebieg ciąży oraz bezpieczeństwa stosowania metod antykoncepcyjnych. Badania epidemiologiczne wskazują na obniżoną dzietność kobiet z SM [22], ale przyczyny tego zjawiska pozostają niejasne. Może to wynikać z obniżonej płodności spowodowanej zaburzeniami osi podwzgórze–przysadka–gonady (zwiększone stężenia FSH, LH i zmniejszone stężenie estrogenów na początku fazy folikularnej, częstsze hiperprolaktynemia i hiperandrogenizm) i zmniejszenia rezerwy jajnikowej, zaburzeń cyklu wywoływanych stosowanymi w rzutach SM wysokimi dawkami metyloprednizolonu. Drugą grupę czynników stanowią dysfunkcje seksualne utrudniające współżycie, unikanie ciąży z obawy przed jej przebiegiem, wpływem na chorobę i nieradzeniem sobie z opieką nad dzieckiem [23–26]. Badanie PRIMS (*Pregnancy-Related Relapse in Multiple Sclerosis*) wykazało, że SM nie ma bezpośredniego wpływu na częstość poronień, ciąż pozamacicznych czy na występowanie wad wrodzonych u płodu [27, 28]. Inne badania również nie potwierdziły negatywnego wpływu SM na płodność ani śmiertelność okołoporodową [29–31]. Ogólnie, częstość rzutów SM zmniejsza się w trakcie ciąży. Ma to najprawdopodobniej związek ze zwiększeniem stężeń estrogenów i progesteronu [32, 33]. W szczególności podkreśla się znaczenie przeciwpalnego i neuroprotektynowego działania estrogenów i progestagenów oraz ich potencjalny wpływ na procesy remielinizacji neuronów, co budzi duże nadzieje na ich terapeutyczne zastosowanie u chorych na SM, wymaga jednak potwierdzenia w dalszych badaniach klinicznych [34, 35]. Nieliczne badania wskazują, że kobiety stosujące doustne środki antykoncepcyjne (*oral contraceptives* – OC) mają niższe ryzyko wystąpienia SM w porównaniu z tymi, które ich nie stosują [36]. Z drugiej strony, stosowanie OC wiąże się nawet z 8,1-krotnym zwiększeniem ryzyka wystąpienia zakrzepicy żył głębokich u kobiet, które mają znacznie ograniczoną mobilność z powodu niepełnosprawności. Z tego względu, rozważając metodę antykoncepcji u chorych na SM, należy starannie oszacować korzyści i ryzyko związane z OC. Ryzyko zakrzepicy jest

mniej w przypadku preparatów z niską dawką estrogenów, które powinny być preferowane u kobiet ze znaczną niepełnosprawnością ruchową. Inne metody antykoncepcji (wkładki wewnątrzmaciczne, pierścienie dopochwowe, prezerwatywy) także mogą być bezpiecznie stosowane w tej grupie chorych [37, 38]. Przekazanie powyższych informacji może istotnie zmniejszać lęk pacjentek z SM przed zachodzeniem w ciążę i pozwalać im na swobodne podejmowanie aktywności seksualnej. Z drugiej strony należy pamiętać, że częstość rzutów SM zwiększa się istotnie w trakcie pierwszego półroczia po porodzie. Obecnie prowadzone są eksperymenty dotyczące profilaktycznego stosowania progestagenów po porodzie w celu zapobiegania kolejnym rzutom [39].

Ze względu na brak oszacowanego ryzyka kobiety nie powinny stosować leków immunomodulujących (np. interferonu, octanu glatirameru) w okresie koncepcyjnym [40]. Inne leki stosowane jako modyfikujące przebieg SM z grupy cytotatyków (cyklofosamid, metotreksat, mitoksantron) są przeciwwskazane w ciąży i powinny być odstawione przynajmniej 3 miesiące przed planowaną ciążą ze względu na ich właściwości teratogenne. Ponadto, z uwagi na cytotoksyczny wpływ na jajniki, u kobiet planujących w przyszłości potomstwo przed rozpoczęciem leczenia należy rozważyć możliwość krioprezerwacji oocytów lub fragmentu jajników [21].

Większość kobiet z SM doświadcza nasilenia objawów w okresie menopauzy [41, 42]. Jakkolwiek brakuje dużych, wiarygodnych badań oceniających wpływ hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) na przebieg SM, istnieją pojedyncze doniesienia wskazujące na poprawę stanu chorych stosujących HTZ [42]. Pozytywny wpływ HTZ na funkcje seksualne u kobiet w wieku menopauzalnym jest natomiast dobrze udokumentowany [43–45].

Metody biologiczne

Metody biologiczne są stosowane w leczeniu pierwszo- i drugorzędowych dysfunkcji seksualnych, ewentualnie w terapii współistniejących zaburzeń nastroju wpływających na aktywność seksualną. Istotnym elementem terapii może być modyfikacja leków stosowanych w SM, których działania niepożądane dotyczą sfery seksualnej. Decyzja o zmianach w leczeniu może nie być prosta, np. leki antycholinergiczne powodujące zaburzenia lubrykacji jednocześnie zmniejszają objawy wynikające z hiperrefleksji pęcherza. Zatem ich odstawienie, poprawiając jeden aspekt życia seksualnego, może z drugiej strony zwiększać dyskomfort podczas zbliżeń intymnych spowodowany nietrzymaniem moczu. W takiej sytuacji korzystnym rozwiązaniem będzie zastosowanie żelów nawilżających będących najprostszą i skuteczną metodą stosowaną przy suchości pochwy, bez konieczności odstawiania innych leków. Pomocne są także stosowane miejscowo estrogeny, które oprócz poprawy lubrykacji zwiększają również wrażliwość łechtaczki na stymulację i mogą

zmniejszać ból towarzyszący współżyciu [46]. Stosowanie tibolonu wiąże się z poprawą w zakresie pożądania i odpowiedzi seksualnej u kobiet w wieku pomenopauzalnym. [47]. Wszystkie te środki mogą być stosowane u pacjentek z SM pod warunkiem braku innych przeciwwskazań wynikających ze stanu zdrowia (np. współistniejące nowotwory hormonozależne mogą ograniczać stosowanie preparatów estrogenowych). Metylotestosteron podawany razem z estrogenami wpływa korzystnie na libido i nawilżenie pochwy, jednak korzyści z leczenia mogą być umniejszane przez występowanie skutków ubocznych związanych z działaniem testosteronu u kobiet – powiększenia łechtaczki, wzrostu masy ciała i pojawiania się owłosienia, szczególnie na twarzy [44]. Ponadto żaden z preparatów testosteronu dostępnych w Polsce nie został zarejestrowany do leczenia kobiet.

W przypadku, kiedy ból lub nadwrażliwość pochwy na stymulację są związane z dyzestezją lub przeczulicą będącymi częstymi objawami czuciowymi występującymi w innych rejonach ciała u chorych na SM, można rozważyć zastosowanie karbamazepiny, amitryptyliny lub miejscowych środków znieczulających [7]. Należy jednak podkreślić, że brakuje badań weryfikujących skuteczność takiej interwencji, jest to zatem terapia eksperymentalna. Pacjentkom cierpiącym z powodu obniżenia wrażliwości genitalnej mogą pomóc alternatywne metody stymulacji, takie jak intensywna stymulacja manualna, oralna lub z użyciem wibratora. Chore, u których stosunek seksualny jest utrudniony ze względu na wzmożone napięcie mięśniowe, mogą stosować na żądanie przed stosunkiem (ok. 1–2 godzin) leki miorelaksacyjne: baklofen (5–10 mg), tyzanidyn (4 mg), tetraxepam (25–50 mg), tolperyzon (50 mg).

U pacjentek leczonych z powodu depresji, w celu uniknięcia dysfunkcji seksualnych powodowanych przez trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD) i inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (*selective serotonin re-uptake inhibitors* – SSRI), można próbować stosować minimalne skuteczne dawki tych leków, zmienić na lek o mniejszym potencjale wywoływania dysfunkcji seksualnych (bupropion, mirtazapina, reboksetyna, mianseryna, trazodon), ewentualnie dodawać do terapii inhibitory fosfodiesterazy 5 (PDE-5) – syldenafil, wardenafil lub tadalafil [48].

Przeprowadzono stosunkowo niewiele badań na temat efektywności inhibitorów PDE-5 w terapii FSD. W pojedynczych doniesieniach syldenafil okazał się skuteczny zarówno u kobiet po menopauzie [49], jak i w leczeniu FSD u młodszych kobiet [50]. Na podstawie wyników przeprowadzonego metodą podwójnie ślepej próby badania z użyciem syldenafilu u kobiet z SM Das-Gupta i wsp. (2004) [51] stwierdzili, że lek znamienne poprawiał jedynie nawilżenie pochwy, a jego stosowanie nie wpływało istotnie na jakość życia pacjentek. Z takiego leczenia może zatem skorzystać tylko część pacjentek. Do wyników tego badania należy jednak

podejść z rezerwą z uwagi na małą liczebność badanej populacji (19 osób). Według Dachille i wsp. (2008) [52] syldenafil okazał się skuteczny i bezpieczny u 14 kobiet z SM i FSD, które po leczeniu zgłaszały poprawę jakości życia w odniesieniu do seksu.

Konieczność cewnikowania może w istotny sposób utrudniać pożywanie seksualne. W sytuacji, kiedy pacjentka nie może się cewnikować samodzielnie, a mężczyzna obawia się negatywnego wpływu wykonywania takich czynności pielęgnacyjnych na postrzeganie atrakcyjności seksualnej partnerki lub ona czuje z tego powodu dyskomfort, warto rozważyć zatrudnienie wykwalifikowanego opiekuna. Tym, którzy obawiają się współżycia przy cewniku założonym do pęcherza moczowego, po pierwsze należy wyjaśnić, że cewnik znajduje się w cewce moczowej, a nie w pochwie. Po drugie zewnętrzna część cewnika może zostać przymocowana taśmą do podbrzusza lub uda i posmarowana żelem nawilżającym w celu zmniejszenia tarcia i ryzyka usunięcia podczas stosunku. Oczywiście, można także rozważyć usuwanie cewnika z pęcherza na czas stosunku [5].

Psychoterapia indywidualna, partnerska i terapia psychoseksualna

Pomoc psychoterapeutyczna ma znaczenie szczególnie w odniesieniu do pierwszo- i trzeciorzędowych uwarunkowań zaburzeń seksualnych u pacjentek z SM.

Otrzymanie rozpoznania SM kojarzonego powszechnie ze znacznym stopniem niepełnosprawności może wywoływać ostre reakcje związane z przeżywanym stresem i wymagające interwencji kryzysowej. Poczucie winy i obniżone poczucie własnej wartości wynikające z piętna choroby i wpływające na zachowania seksualne oraz relacje w związkach partnerskich stanowią materiał do pracy psychoterapeutycznej. Praca taka może być zogniskowana na przywracaniu „zdrowej seksualności” opisywanej przez Nosek (1996) [12], na którą składa się 5 podstawowych potrzeb: pozytywnego postrzegania siebie, wiedzy na temat seksualności, posiadania dobrych relacji w związku, radzenia sobie z ograniczeniami oraz podtrzymywania optymalnego stanu zdrowia i funkcjonowania seksualnego w sferze fizycznej. W pracy terapeutycznej należy uwzględnić zaburzenia funkcji poznawczych, które są bardzo powszechne u chorujących na SM i dotyczą w szczególności szybkości przetwarzania informacji, utrzymywania uwagi, pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych [53]. Terapeuta powinien zatem zachować cierpliwość, dostosować tempo pracy, a ważne informacje formułować w sposób jasny i powtarzać je kilkakrotnie.

Kobiety, u których negatywne doświadczenia seksualne doprowadziły do obniżenia poczucia własnej wartości, powinny mieć możliwość przystosowania się do swojego ciała i nauczenia się, że niepełnosprawność fizyczna nie jest tożsama z aseksualnością. Rozwinięcie pozytywnej samooceny powinno umożliwić wpro-

wienie odpowiednich zmian w obrębie stylu życia, relacji partnerskich i otoczenia [54].

Pomocną techniką terapeutyczną u kobiet odczuwających obniżenie wrażliwości w obrębie pochwy i łechtaczki (relacjonowane często jako uczucie odrętwienia) jest *body mapping*. Technika ta polega na tym, że kobieta lub jej partner (partnerka) próbują odnaleźć inne strefy erogenne, których stymulacja może być przyjemna i podniecająca. Zadanie to ułatwia użycie odpowiednich materiałów edukacyjnych [7]. W ten sposób pacjentki i ich partnerzy mogą odkrywać inne formy pieśczości i stymulacji seksualnej, które mogą być stosowane zamiast lub w połączeniu z penetracją waginalną lub analną. Poszukiwanie alternatywnych pozycji seksualnych może ułatwić współżycie tym chorym, u których objawy, takie jak spastyczność, skurcze mięśniowe czy niedowład, utrudniają współżycie w dotychczas preferowanych pozycjach. Kobiety odczuwające obniżenie potrzeb seksualnych mogą czerpać przyjemność z bliskości intymnej i kompensować brak popędu pozytywnymi doświadczeniami płynącymi z dotykania, pieśczości oraz stosunku seksualnego [5]. *Body mapping* i koncentrowanie się na odczuwaniu przyjemności może pomóc kobietom cierpiącym z powodu trudności z osiągnięciem orgazmu lub jego zmniejszonej intensywności.

Relacje w związku mają bardzo istotny wpływ nie tylko na jakość życia seksualnego, lecz mogą także oddziaływać na przebieg choroby i ogólne funkcjonowanie. Badania wykazały, że negatywne oddziaływania ze strony partnera stanowią czynnik predykcyjny dla większej odczuwanej niepełnosprawności oraz gorszego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego [55]. Według Blackmore i wsp. (2011) chorzy na SM wspierani przez partnera w trakcie terapii zgłaszali znaczną poprawę satysfakcji seksualnej wraz z upływem czasu, podobnie jak ci, którzy zauważyli zmniejszenie negatywnego oddziaływania ze strony partnera [56]. Istotnymi czynnikami przyczyniającymi się do występowania konfliktów w związkach osób chorujących na SM są zaburzenia funkcji poznawczych i zmiany emocjonalne (w tym często chwiejność afektywna) występujące u pacjentów. Rozumienie tych uwarunkowań przez partnerów może mieć znaczenie w łagodzeniu konfliktów i wspólnym wypracowywaniu strategii radzenia sobie z trudnymi sytuacjami [57].

Integracja metod leczenia

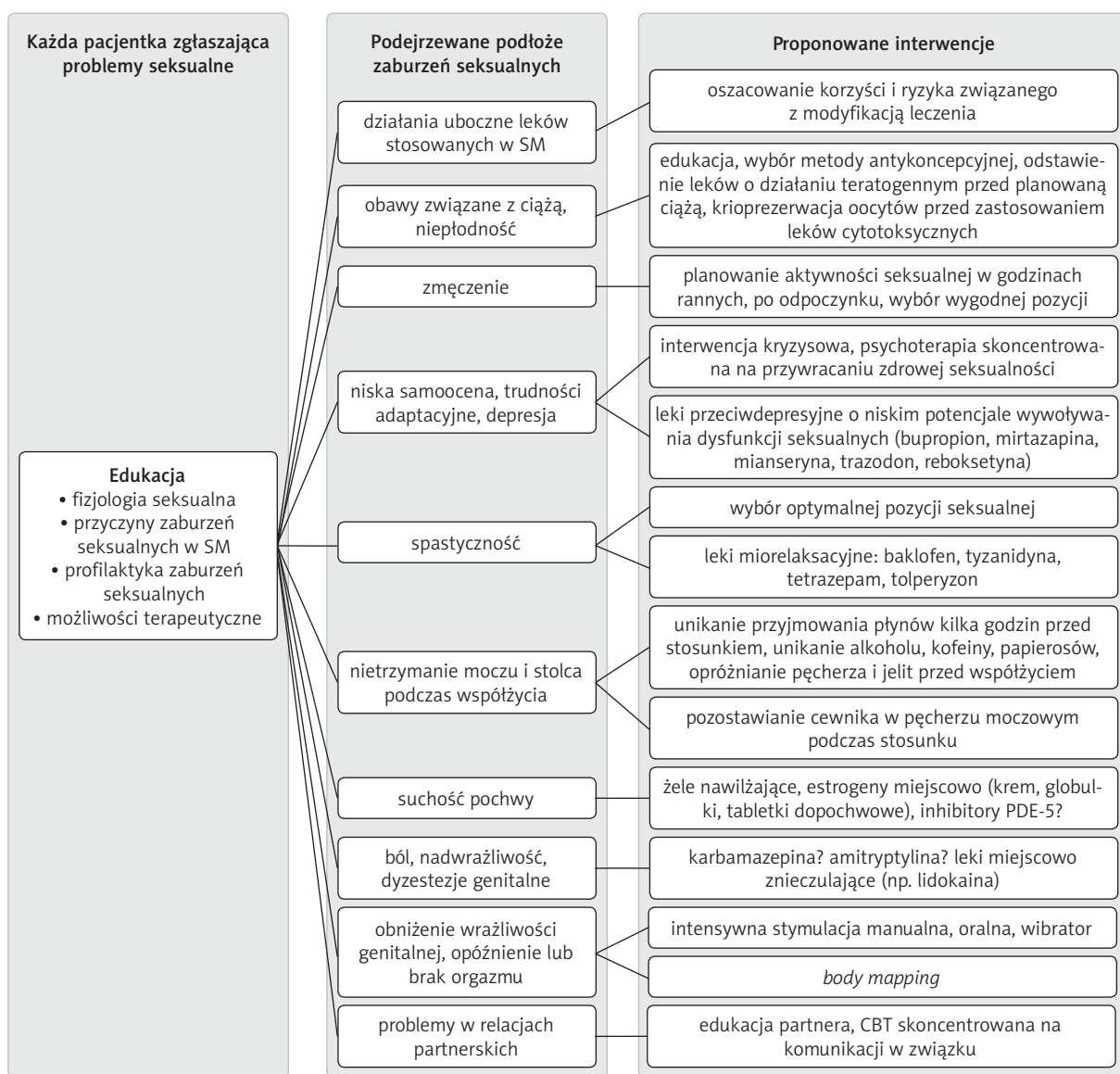
Foley i wsp. (2001) [58] zbadali skuteczność złożonej interwencji terapeutycznej u 9 par, z których w każdej była osoba z SM. Do programu kwalifikowano związki, w których pacjenci stwierdzali u siebie problemy dotyczące seksualności lub intymności. Średni wiek pacjentów wynosił $45,7 \pm 9,9$ roku, a partnerów $46,9 \pm 10,8$ roku. Interwencja składała się z 12-godzinnych sesji raz w tygodniu prowadzonych przez psychologa. W ramach sesji prowadzona była edukacja dotycząca charakteru, przy-

czyn i leczenia objawów oddziałujących na odczucia lub aktywność seksualną. Identyfikowano objawy SM i metody leczenia, które zakłócały intymność lub funkcje seksualne. Korzystano z porad pielęgniarek i lekarzy z Centrum Leczenia SM w kwestii planowania aktywności seksualnych i dostosowywania programu leczenia objawowego (np. zmieniano leki, schemat cewnikowania itp.). Następnie w trakcie sesji stosowano zmodyfikowaną technikę *sensate focus* stworzoną przez Masters i Johnson [59] w postaci ćwiczeń *body mapping* [60] oraz terapię poznawczo-behawioralną zogniskowaną na umiejętnościach komunikacji. Na podstawie przeprowadzonej analizy wariacji autorzy badania stwierdzili istotną poprawę ($F = 1,7, p < 0,001$) w zakresie komunikacji uczuciowej i nastawionej na rozwiązywanie problemów, satysfakcji

ze związku i satysfakcji seksualnej zarówno chorych na SM, jak i ich partnerów. Jakkolwiek badanie to jest istotnie ograniczone brakiem zaślepienia, randomizacji i niską liczebnością próby, to wyniki są bardzo zachęcające, wskazują bowiem na duży potencjał złożonego programu leczenia obejmującego działania edukacyjne, interwencje medyczne i behawioralne oraz terapię partnerską z elementami terapii psychoseksualnej.

Podsumowanie

Na podstawie przedstawionej wiedzy i własnego doświadczenia w zakresie leczenia FSD u chorych na SM proponujemy zastosowanie stworzonego przez nas algorytmu terapeutycznego (ryc. 1), który zawiera wskazów-



SM – stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex); PDE-5 – fosfodiesteraza typu 5; CBT – terapia poznawczo-behawioralna (cognitive-behavioral therapy)

Ryc. 1. Algorytm terapii zaburzeń seksualnych u kobiet ze stwardnieniem rozsianym

ki dotyczące możliwych interwencji. Informacje zawarte w algorytmie są skrótowe, szersze omówienie poszczególnych interwencji można odnaleźć w tekście powyżej. Nie wyszczególniono postępowania w przypadku skarg na obniżenie lub brak potrzeb seksualnych (*hypoactive sexual desire disorder* – HSDD), ze względu na ich wieloczynnikowe uwarunkowanie. Terapia HSDD polega na modyfikacji możliwych przyczyn zaburzenia, tj. radzeniu sobie z przewlekłym zmęczeniem, leczeniu depresji, hormonalnej terapii zastępczej, rozwiązywaniu problemów partnerskich itp., które zostały uwzględnione w algorytmie.

Podsumowując – terapia zaburzeń seksualnych u pacjentek z SM wymaga świadomości ich wieloczynnikowego podłoża, integracji wiedzy na temat patofizjologii dysfunkcji z wpływem czynników psychospołecznych związanych z indywidualnymi reakcjami chorych i ich otoczenia na ciężką chorobę o nieprzewidywalnym przebiegu prowadzącym często do znacznego stopnia niepełnosprawności. Terapia powinna uwzględnić pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe uwarunkowania zaburzeń seksualnych i obejmuje edukację, modyfikację leczenia choroby podstawowej, leczenie objawowe, terapię psychoseksualną oraz partnerską.

Piśmiennictwo

- Fromont A, Binquet C, Sauleau EA, et al. National estimate of multiple sclerosis incidence in France (2001–2007). *Mult Scler* 2012; 18: 1108–15.
- Kotzamani D, Panou T, Mastorodemos V, et al. Rising incidence of multiple sclerosis in females associated with urbanization. *Neurology* 2012; 78: 1728–35.
- Selmaj K. Stwardnienie rozsiane. Termedia, Poznań 2006.
- Chandler B, Brown S. Sex and relationship dysfunction in neurological disability. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 65: 877–80.
- Bronner G, Elran E, Golomb J, Korczyn AD. Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and the intervention. *Acta Neurol Scand* 2010; 121: 289–301.
- Lew-Starowicz M, Rola R. Jakość życia seksualnego u kobiet chorujących na stwardnienie rozsiane. *Prz Menopauz* 2012; 16: 381–7.
- Foley FW, Iverson J. Sexuality. W: Multiple sclerosis and the family. Kalb RC, Scheinberg LC (eds.). Demos Publications, New York 1992.
- Foley FW, Sanders AS. Sexuality, multiple sclerosis and women. *MS Management* 1997; 4: 1, 3–10.
- Jonsson A. Disseminated sclerosis and sexuality. *Ugeskr Laeger* 2003; 165: 2642–6.
- Schmidt EZ, Hofmann P, Niederwieser G, et al. Sexuality in multiple sclerosis. *J Neural Transm* 2005; 112: 1201–11.
- Bates D. Treatment effects of immunomodulatory therapies at different stages of multiple sclerosis in short-term trials. *Neurology* 2011; 76 (1 Suppl 1): S14–25.
- Cocco E, Sardu C, Gallo P, et al.; FEMIMS Group. Frequency and risk factors of mitoxantrone-induced amenorrhea in multiple sclerosis: the FEMIMS study. *Mult Scler* 2008; 14: 1225–33.
- Mattson D, Petrie M, Srivastava DK, McDermott M. Multiple sclerosis. Sexual dysfunction and its response to medications. *Arch Neurol* 1995; 52: 862–8.
- Vermote R, Peuskens J. Sexual and micturition problems in multiple sclerosis patients: psychological issues. *Sexuality and Disability* 1996; 14: 73–82.
- Nosek MA. Wellness among women with physical disabilities. *Sexuality and Disability* 1996; 14: 165–81.
- Hulter BM, Lundberg PO. Sexual function in women with advanced multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 59: 83–6.
- Lew-Starowicz Z. Badanie seksuologiczne. W: Lew-Starowicz Z. Leczenie nerwicy seksualnych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1991.
- Quirk FH, Haughey S, Symonds T. The use of the sexual function questionnaire as a screening tool for women with sexual dysfunction. *J Sex Med* 2005; 4: 469–77.
- McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 25–40.
- Leiblum SR, Wiegand M. Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. *World J Urol* 2002; 20: 127–36.
- Christopherson JM, Moore K, Foley FW, Warren KG. A comparison of written materials vs. materials and counselling for women with sexual dysfunction and multiple sclerosis. *J Clin Nurs* 2006; 15: 742–50.
- Runmarker B, Andersen O. Pregnancy is associated with a lower risk of onset and better prognosis in multiple sclerosis. *Brain* 1995; 118: 253–61.
- Cavalla P, Rovei V, Masera S, et al. Fertility in patients with multiple sclerosis: current knowledge and future perspectives. *Neurol Sci* 2006; 27: 231–9.
- Grinsted L, Heltberg A, Hagen C, Djursing H. Serum sex hormone and gonadotropin concentrations in premenopausal women with multiple sclerosis. *J Intern Med* 1989; 226: 241–4.
- Barnhart K, Osheroff J. Follicle stimulating hormone as a predictor of fertility. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1998; 10: 227–32.
- Saketos M, Sharma N, Santoro NF. Suppression of the hypothalamic-pituitary-ovarian axis in normal women by glucocorticoids. *Biol Reprod* 2003; 69: 1270–76.
- Confavreux C, Hutchinson M, Hours MM, et al. Rate of pregnancy-related relapse in multiple sclerosis. *Pregnancy in Multiple Sclerosis Group. N Engl J Med* 1998; 339: 285–91.
- Vukusic S, Hutchinson M, Hours M, et al.; The Pregnancy in Multiple Sclerosis Group. Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMS study): clinical predictors of post-partum relapse. *Brain* 2004; 127: 1353–60.
- Dahl J, Myhr KM, Daltveit AK, et al. Pregnancy, delivery, and birth outcome in women with multiple sclerosis. *Neurology* 2005; 65: 1961–63.
- Dahl J, Myhr KM, Daltveit AK, Gilhus NE. Pregnancy, delivery and birth outcome in different stages of maternal multiple sclerosis. *J Neurol* 2008; 255: 623–7.
- Ferrero S, Esposito F, Pretta S, Rangi N. Fetal risks related to the treatment of multiple sclerosis during pregnancy and breastfeeding. *Expert Rev Neurother* 2006; 6: 1823–31.
- Argyriou AA, Makris N. Multiple sclerosis and the reproductive risks in women. *Reprod Sci* 2008; 15: 755–64.
- Soldan SS, Alvarez Retuerto AI, Sicotte NL, Voskuhl RR. Immune modulation in multiple sclerosis patients treated with the pregnancy hormone estradiol. *J Immunol* 2003; 171: 6267–74.
- Gold SM, Voskuhl RR. Estrogen and testosterone therapies in multiple sclerosis. *Prog Brain Res* 2009; 175: 239–51.
- Schumacher M, Sitruk-Ware R, De Nicola AF. Progesterone and progestins: neuroprotection and myelin repair. *Curr Opin Pharmacol* 2008; 8: 740–46.
- Alonso A, Jick SS, Olek MJ, et al. Recent use of oral contraceptives and the risk of multiple sclerosis. *Arch Neurol* 2005; 62: 1362–65.
- Dwosh E, Guimond C, Sadovnick AD. Reproductive counselling in MS: a guide for healthcare professionals. *Int MS J* 2003; 10: 67.
- Hakim-elahi E. Contraception for the disabled. *Female Patient* 1991; 16: 19–20, 24, 27.
- Vukusic S, Ionescu I, El-Etr M, et al.; Prevention of Post-Partum Relapses with Progesterone and Estradiol in Multiple Sclerosis Study Group. The Prevention of Post-Partum Relapses with Progesterone and Estradiol in Multiple Sclerosis (POPART/MUS) trial: rationale, objectives and state of advancement. *J Neurol Sci* 2009; 286: 114–8.
- Stuart M, Bergstrom L. Pregnancy and multiple sclerosis. *J Midwifery Womens Health* 2011; 56: 41–7.
- Holmqvist P, Wallberg M, Hammar M, et al. Symptoms of multiple sclerosis in women in relation to sex steroid exposure. *Maturitas* 2006; 54: 149–53.
- Smith R, Studd JW. A pilot study of the effect upon multiple sclerosis of the menopause, hormone replacement therapy and the menstrual cycle. *J R Soc Med* 1992; 85: 612–3.
- Gass ML, Cochrane BB, Larson JC, et al. Patterns and predictors of sexual activity among women in the Hormone Therapy trials of the Women's Health Initiative. *Menopause* 2011; 18: 1160–71.
- Tan O, Bradshaw K, Carr BR. Management of vulvovaginal atrophy-related sexual dysfunction in postmenopausal women: an up-to-date review. *Menopause* 2012; 19: 109–17.

45. Al-Azzawi F, Bitzer J, Brandenburg U, et al. Therapeutic options for postmenopausal female sexual dysfunction. *Climacteric* 2010; 13: 103-20.
46. DasGupta R, Fowler CJ. Bladder, bowel and sexual dysfunction in multiple sclerosis: management strategies. *Drugs* 2003; 63: 153-66.
47. Laan E, van Lunsen RH, Everaerd W. The effects of tibolone on vaginal blood flow, sexual desire and arousability in postmenopausal women. *Climacteric* 2001; 4: 28-41.
48. Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med* 2008; 29: 89-106.
49. Kaplan S, Reis RB, Kohn II, et al. Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology* 1999; 53: 481-6.
50. Caruso S, Intelisano G, Lupo L, Agnello C. Premenopausal women affected by sexual arousal disorder treated with sildenafil: a double-blind, crossover, placebo-controlled study. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108: 623-8.
51. DasGupta R, Wiseman OJ, Kanabar G, et al. Sexual dysfunctions in multiple sclerosis. *J Urol* 2004; 171: 1189-93.
52. Dachille G, Ludovico GM, Pagliarulo G, Vestita G. Sexual dysfunctions in multiple sclerosis. *Minerva Urol Nefrol* 2008; 60: 77-9.
53. Prakash RS, Snook EM, Lewis JM, et al. Cognitive impairments in relapsing-remitting multiple sclerosis: a meta-analysis. *Mult Scler* 2008; 14: 1250-61.
54. Tepper MS, Whipple B, Richards E, Komisaruk BR. Sexual response in women with complete spinal cord injury. *Sexuality and Disability* 1996; 14: 73-82.
55. Schwartz L, Kraft GH. The role of spouse responses to disability and family environment in multiple sclerosis. *Am J Phys Med Rehabil* 1999; 78: 525-32.
56. Blackmore DE, Hart SL, Albiani JJ, Mohr DC. Improvements in partner support predict sexual satisfaction among individuals with multiple sclerosis. *Rehabil Psychol* 2011; 56: 117-22.
57. Szepletowska EM. Pomoc psychologiczna dla chorych na stwardnienie rozsiane. W: *Psychologiczne aspekty stwardnienia rozsianego*. Potemkowski A (red.). Termedia, Poznań 2010; 133-46.
58. Foley FW, LaRocca NG, Sanders AS, Zemon V. Rehabilitation of intimacy and sexual dysfunction in couples with multiple sclerosis. *Mul Scler* 2001; 7: 417-21.
59. Masters W, Johnson V, Kolodny J. *Sex and human loving*. Little Brown Publishers, Boston 1996.
60. Foley FW, Werner M. *Sexuality and intimacy*. In: *Multiple sclerosis: The questions you ask, the answers you need*. Kalb RC (ed.). 2nd ed. Demos Vermonde Press, New York 2000.