

OM Å GJØRE DET GODT FOR HVERANDRE



SEKSUELLE FORSTYRRELSER VED MULTIPPEL SKLEROSE
ELENA DIDENKO PEDERSEN, THYRA GIÆVER, ANTONIE GIÆVER BEISKE



«SEKSUALITET ER EN INTEGRERT DEL AV ETHVERT MENNESKES PERSONLIGHET: MANN, KVINNE OG BARN. SEKSUALITETEN ER ET GRUNNBEHOV SOM UTGJØR ET ASPEKT AV Å VÆRE MENNESKE OG SOM IKKE KAN SKILLES FRA ANDRE LIVSASPEKTER. SEKSUALITET ER IKKE DET SAMME SOM SAMLEIE ELLER EVNEN TIL Å OPPNÅ ORGASME, OG HELLER IKKE SUMMEN AV HELE VÅRT EROTISKE LIV. ALT DETTE KAN VÆRE DEL AV VÅR SEKSUALITET, MEN BEHØVER IKKE Å VÆRE DET. SEKSUALITET OMFATTER SÅ MYE MER. DEN FINNES I DEN ENERGIEEN SOM DRIVER OSS TIL Å SØKE KJÆRLIGHET, KONTAKT, VARME OG NÆRHET. DEN UTTRYKES I DET VI FØLER, HVORDAN VI BEVEGER OSS, HVORDAN VI BERØRER ANDRE OG SELV BLIR BERØRT. SEKSUALITETEN HANDLER OM Å VÆRE SENSUELL, SÅ VEL SOM Å VÆRE SEKSUELL. SEKSUALITETEN PÅVIRKER ALTSÅ VÅRE TANKER, FØLELSER, HANDLINGER OG VÅRT SAMSPILL MED ANDRE MENNESKER.»

VERDENS HELSEORGANISASJONS (WHO) DEFINISJON PÅ SEKSUALITET

SEKSUELLE FORSTYRRELSER VED MULTIPPEL SKLEROSE

FORORD TIL 1. UTGAVE

Dette heftet tar for seg seksualitet i forhold til multipel sklerose (MS). Erfaringer fra MS-senteret i Hakadal og poliklinisk virksomhet ved Universitetssykehuset i Akershus har avdekket et stort behov for informasjon om forstyrrelser av seksualfunksjonen hos MS-rammede.

Vi har derfor funnet det nødvendig å utgi dette hefte i håp om at det kan gjøre det lettere for MS-rammede å snakke åpent om sine problemer.

FORORD TIL 2. UTGAVE

Den første utgaven utkom i 2000 i et opplag på 5000 og ble godt mottatt. I denne reviderte utgaven har vi i tillegg til en generell oppdatering og gjennomgang av det forrige heftet imøtekommet ønsket om informasjon vedrørende graviditet/svangerskap og fødsel med et eget lite kapittel.

Derimot vil vi ikke fordype oss i problematikken vedrørende parforhold og sexologi, annet enn med noen generelle betraktninger og henvisning til faglitteratur. Vi håper at det kan pirre nysgjerrigheten og skape behov for fordypning. Temaet er så omfattende at det i seg selv ville krevd et eget hefte.

Til slutt vil vi takke våre pasienter for ønsket om et nytt opplag, oppmuntrende kommentarer og konstruktive tilbakemeldinger.

INNHALDSFORTEGNELSE

Innledning side 4

Anatomi og fysiologi side 7

Årsaker til seksuelle forstyrrelser side 8

Seksualdysfunksjon ved multippel sklerose side 10

Symptomer som påvirker seksualfunksjonen hos begge kjønn side 12

Behandling av seksualdysfunksjon hos menn side 16

Behandling av seksualdysfunksjon hos kvinner side 22

Graviditet/svangerskap og fødsel ved MS side 26

Parforhold side 28

Litteraturhenvisning side 29

Etterord side 30



tilfredsstille seg selv tilfredsstille en partner

Seksualitet oppleves ofte som problematisk fordi det griper inn i det mest private. Den er fortsatt tabubelagt. Mange har fordommer, skyldfølelse, dårlig samvittighet og selvforakt relatert til egen seksualitet. Det kan være vanskelig å rydde opp i et følelsesmessig kaos!

Vi vet at informasjon og opplysning er nyttig og nødvendig for at seksualiteten skal få den plassen den fortjener, med mulighet til å gjøre oss tilfredse og harmoniske.

Mange oppfatter seksualitet som en positiv og sentral del av et forhold mellom to mennesker, og i den enkeltes liv.

Seksualitet er også følelser og lyster som oppstår uten at det behøver å være knyttet til et bestemt menneske. Begrepene sex og seksualitet betyr ikke det samme; sex er kun en del av seksualiteten.

Ordet «sex» forbindes gjerne med den fysiske delen av seksuallivet.

Sex blir derfor evnen til:

- å tilfredsstille seg selv
- å tilfredsstille en partner
- å lage barn, dvs. reproduksjon/forplantning

Seksualitet defineres forskjellig, alt fra ren reproduksjon til det å betrakte den som underliggende i nærmest alle mellommenneskelige handlinger.

Hver enkelt er enestående med sine ønsker, lyster, drømmer og behov. Disse er forskjellige og mangfoldige og bør derfor godtas.

Ingen har myndighet til å bestemme hva som er riktig eller galt, vakkert eller stygt, eller enda verre, normalt eller unormalt.

I utgangspunktet er mennesket et seksuelt vesen, og alle bør få mulighet til et positivt og berikende seksualliv som kilde til glede.

Seksualitet er et viktig element i vår helse, kanskje spesielt vår mentale helse. Selv om det ofte ensidig fokuseres på samleie, er dette bare en del av det seksuelle livet.

Mange føler at de må prestere noe bestemt, fiksert på å oppnå orgasme og glemmer at nærhet, tillit, varme og kjærtegn spiller en sentral rolle i et godt samliv.

Et kinesisk ordtak sier: «Å elske er å bevege seg i harmoni med universet».

Det er frustrerende når kroppen ikke lenger reagerer som tidligere. Kroniske nevrologiske lidelser, som for eksempel MS, fører ofte til endring i seksualfunksjonen. De fysiske forandringene kan medføre en psykisk reaksjon som forsterker problemet.



Det er en tett forbindelse mellom kroppens funksjoner, følelser og hjernen. Den seksuelle akten er en av mange funksjoner i kroppen som styres av hjernen. Ved seksuell tiltrekning eller fantasi sender hjernen signaler fra sentrene for seksuell funksjon via nervebaner til kjønnsorganene. Videre aktiveres det følelser og sanser som sender impulser fra kjønnsorganene og tilbake til hjernen.

Seksuell opphisselse fører til økt puls og økt blodtilførsel til kjønnsorganene. Som et resultat av dette får mannen ereksjon og kvinnen får økt fuktighet i skjeden (vagina) og samtidig oppsvulming av klitoris. Det samme skjer ved berøring og kjærtegnning av kjønnsorganene.

Penis består vesentlig av svampveg som ved reisning (ereksjon) fylles av blod. Dette er nødvendig for å gjennomføre samleie. Økende utsondring fra skjeden og mannens urinrør fører til mindre friksjon ved samleie. Innføring av penis i vagina og fortsatt stimulering etterfølges normalt av utløsning – hos menn ved sædavgang og hos kvinner ved at klitoris, livmoren og bekkenbunnens muskulatur slapper av. Hos begge kjønn oppstår da orgasme, den maksimale lystopplevelsen ved seksualakten, se også avsnittet om seksualdysfunksjon hos menn.

Normal seksuell aktivitet er avhengig av et godt fungerende nervesystem, god blodforsyning til kjønnsorganene, tilfredsstillende hormonproduksjon og en godt fungerende bekkenbunnsmuskulatur.

Det er generelt mange årsaker til endringer av seksualfunksjonen.

ÅRSAKER til seksuelle forstyrrelser

Forstyrret seksualfunksjon kaller vi også seksualdysfunksjon.

Denne defineres som tap eller reduksjon av interesse eller mulighet til å ha en normal seksualfunksjon.



FYSISKE (SÅKALT ORGANISKE)

1. Medfødte årsaker

- a) misdannelser
- b) hormonelle forstyrrelser

2. Ervervede årsaker:

a) nevrogene, forårsaket av sykdommer eller skader i nervesystemet (hjerne og ryggmarg, og perifere nerver):

- multipel sklerose
- slag
- poliomyelitt
- svulster
- ryggmerter/isjias
- trafikkulykke/nerveskader
- andre

b) vaskulære, forårsaket av forstyrret blodsirkulasjon, for eksempel ved:

- trange blodkar til kjønnsorganene (sukkersyke, åreforkalkning)
- skade av blodkar, for eksempel etter operasjon i bekkenet

c) hormonelle, det vil si redusert/manglende hormonproduksjon på grunn av sykdom, for eksempel ved:

- sykdom eller svulster i organer som produserer hormoner (hypofyse, skjoldbruskkjertel, eggstokker og testikler)

d) medikamentelle (bivirkninger av medisiner), for eksempel:

- blodtrykksenkende medisiner (betablokkere), som forstyrrer seksuallyst og reisning
- muskelavslappende midler, som senker seksuallysten
- beroligende midler, som forstyrrer utløsningen
- medisiner mot depresjon (tricykliske antidepressiva), som reduserer fuktighet i skjeden og reisning
- hormoner (kortikosteroider) og enkelte medisiner (dopaminergika) for behandling av parkinsonsykdom; disse kan øke seksuallysten

3. Kognitive forstyrrelser.

PSYKOGENE ÅRSAKER:

- Depresjon
- Manglende selvtillit, prestasjonsangst eller angst for å bli avvist
- Problemer i parforholdet (manglende seksuell respons og stimulering fra partneren)

De siste årene har interessen for seksualitet økt i takt med utviklingen av nye medisiner og undersøkelsesteknikker. Samtidig har man fått større aksept for seksualiteten som en viktig faktor for livskvaliteten.

Med de nye medisinene som nå er tilgjengelig har man fått bedre mulighet til å behandle seksualfunksjonsforstyrrelser.

SEKSUALDYSFUNKSJON

ved multipel sklerose

Multipel sklerose er den hyppigste nevrologiske sykdom som fører til invaliditet hos unge voksne. Sykdommen rammer det sentrale nervesystem som består av hjerne og ryggmarg.

Det sentrale nervesystem kan sammenlignes med et avansert datanettverk med «sentraler» i hjerne og ryggmarg. Derfra går nervefibrene som leder elektriske impulser til alle organer i kroppen og tilbake til «sentralene». Nervefibrene er isolert med myelin, en fettholdig substans. Dersom myelinet eller nervetrådene er skadet, kan det – i neste omgang – forstyrre videreføring eller medføre feilkoblinger av impulser slik at informasjonen ikke kommer frem. Der hvor isolasjonen er skadet og nervefibrene kuttet dannes det arr (sklerose, gliose). Det er disse områdene røntgenlegene beskriver som «black holes».

Sentrene for seksualfunksjon er nært knyttet til sentrene for urinblære og tarm. Det kan forklare at seksualfunksjonsforstyrrelser ofte opptrer samtidig med forstyrrelser av blære- og tarmfunksjonen.

Kroppens funksjonsevne endres i ulik grad hos MS-rammede. Det kan oppstå forstyrrelser av både sensorisk (endret følelse, nummenhet) og motorisk funksjon (reduert kraft, lammelser).

Unntaksvis kan MS debutere med forbigående forstyrrelser i seksualfunksjonen, men samtidig forklarer det også hvorfor ikke på langt nær alle MS-rammede utvikler seksuelle forstyrrelser. Oftest tilkommer disse på et senere stadium. Også friske kan i perioder ha forstyrret seksualfunksjon. Noe så enkelt som dårlig nattesøvn kan være årsaken.

Psykiske tilleggsproblemer som følge av angst for forverring eller manglende forståelse for de endringene som er inntrådt, kan virke forsterkende. Mange blir deprimerede og det kan føre til endringer av kroppens funksjoner, inkludert seksualfunksjonen.

Når en rammes av en kronisk sykdom settes fokuset på de vitale (livsviktige) funksjoner og behandling av grunnsykdommen. For kronisk syke har seksualfunksjonen ofte ikke

vært oppfattet som vital. Det har derfor vært en utbredt oppfatning at funksjonshemmede ikke har behov for seksualliv. MS-rammede har på samme måte som alle andre behov for seksuell aktivitet. Men for å få hjelp, må det være naturlig å snakke åpent om seksuelle forstyrrelser eller endringer. Det må starte med en erkjennelse av det faktumet at funksjonen fungerer annerledes enn tidligere eller er blitt helt eller delvis borte. Få vil søke veiledning hvis det ikke har håp om hjelp. Det er derfor viktig å gi informasjon om mulighetene man har for behandling.

Seksualfunksjonsforstyrrelser hos MS-rammede kan ha flere årsaker. Vanligvis er det en eller flere av følgende:

- MS-relaterte fysiske (organiske) forandringer i det sentrale nervesystemet som direkte påvirker seksualfunksjonen (MS-forandringer (plaque) i hjerne og ryggmarg)
- MS-relaterte forandringer i kroppens funksjoner som indirekte påvirker seksualfunksjonen (lammelser i bena, nummenhet i kjønnsorganer, økt muskelspenning, blære- og/eller tarmforstyrrelser).
- Psykologiske, emosjonelle og kulturelle faktorer.

Nedsatt eller tapt seksualfunksjon er hyppigst rapportert ved multipel sklerose. Økt seksuell aktivitet eller forandret seksuell adferd forekommer sjelden ved MS, helst samtidig med mentale forstyrrelser eller som bivirkning av hormonbehandling. I litteraturen er forekomsten av seksuelle forstyrrelser hos MS-rammede svært variabel.

Tabellene nedenfor viser variasjonen av forekomsten hos begge kjønn:

Seksuelle forstyrrelser hos menn:

| | |
|------------------------------|---------|
| Redusert libido | 37–86 % |
| Følelsesforstyrrelser | 21–72 % |
| Svekket orgasme | 29–64 % |
| Forstyrrelser av ereksjon | 34–80 % |
| Forstyrrelser av ejakulasjon | 34–61 % |

Seksuelle forstyrrelser hos kvinner:

| | |
|-----------------------|---------|
| Redusert libido | 29–86 % |
| Følelsesforstyrrelser | 43–62 % |
| Svekket orgasme | 24–58 % |
| Tørrhet i skjeden | 12–40 % |
| Smertefullt samleie | 6–40 % |

For å kunne hjelpe den enkelte må problemet kartlegges. Enhver utredning begynner med et ønske om hjelp. Det er ikke alltid nok med en utspørring.

Det kan være nødvendig med ytterligere tiltak som:

- Legeundersøkelse av underliv og kjønnsorganer
- Nevrologisk undersøkelse
- Nevrourologisk undersøkelse
- Rutineblodprøver og hormonanalyser
- Urinprøve
- Røntgenundersøkelse av bekken og rygg



SYMPTOMER SOM PÅVIRKER SEKSUALFUNKSJONEN HOS BEGGE KJØNN

I. FATIGUE

Fatigue kan best oversettes med utmattelse, utmattethet eller økt tretthet. Det typiske er en opplevelse av unaturlig tretthet uten depresjon, en fysisk utmattethet uten lammelse, men mangel på energi.

Inntil 2/3 av MS-rammede har eller har hatt dette symptomet. 1/5 opplever dette som det mest invalidiserende. Det sier seg selv at når «fatiguen» er som verst, går det utover den seksuelle lysten – libido.

Det finnes mestringsstrategier. Kartlegg selv hva som fremkaller eller forverrer fatigue og unngå seksuell aktivitet da. (Varme, stress, langvarig hvile, tung fysisk aktivitet, ettermiddag/kveld). Avstressende omgivelser, et kjølig rom på en formiddag kan være løsningen for noen. Husk at lystbetonte aktiviteter er det som avhjelper «fatiguen» best!

Det er viktig at partneren er informert om fatigue-problemet, og ikke konstant føler seg avvist og oppfatter den MS-rammede som uinteressert og lat.



II. FORSTYRRELSER AV BLÆRE- OG TARMFUNKSJON

Ufrivillig avgang av urin, luft eller avføring under et samleie påvirker naturligvis seksualakten. Angsten for at det skal skje kan hemme utfoldelsen ytterligere. Både den MS-rammede og partneren kan velge seg bort fra dette problemet ved å avstå fra seksuelt samliv, men det er sannsynligvis den dårligste løsningen.

Åpenhet og forståelse mellom partnerne kan gjøre angsten mindre og evnen til å takle slike situasjoner bedre.

Før samleiet bør urinblæren være optimalt tømt. De som har kontinuerlig inneliggende kateter behøver ikke å være hindret av dette. Kvinnen kan feste det til innsiden av låret, mannen kan legge det på siden av penis og trekke et kondom over. Det lar seg gjøre, men regn ikke med at du lykkes i å få kondomet på ved første forsøk. Ikke glem humoren. Det er ikke verdens undergang. Vær åpen og to om det.

Regelmessig tønningsregime for tarmen gjør det også lettere å finne et optimalt tidspunkt for å unngå ufrivillig

avføringsavgang under samleie. Diettregulering (fiberrik kost), rikelig med væske (cirka 2 liter i døgnet), mosjon og, om nødvendig, medikamentell behandling hjelper på tarmfunksjonen.

Ved dårlig eller svekket bekkenbunnsmuskulatur (ufrivillig luftavgang, nedsatt knipeevne) kan noen enkle øvelser hjelpe. Spør fysioterapeuten om råd.

Hygiene hos begge må være optimal. Dusjing og bading kan gjøres til en innledende del av seksualakten hvor man hjelper hverandre, samtidig som man koser seg i hverandres selskap. Det kan bli en erotisk lek som øker trygghet, pirrer alle sanser og øker seksuallysten.

III. SPASTISITET – ØKT MUSKELSPENNING

Nedsatt evne til å bevege hoftleddene utover (i verste fall får en ikke knærne fra hverandre) eller spasmer og kramper (muskelsammentrekninger) i lår og legger kan være et enormt hinder.



Avslapningsteknikker, sensuell massasje og bruk av oljer samt støttende puter, for å optimalisere leiet, kan hjelpe. Stillingen kan være avgjørende for å unngå spasmer og muskelspenninger. Forsøk å plassere kroppsvekten slik at den er mest mulig avslappet for å unngå kontinuerlig muskelbruk. Det finske heftet «Sex og spastisitet» av T. Vahtena og A.Vinamo-Koskela, som nå er oversatt til norsk, er illustrativt.

Skift gjerne stilling flere ganger for ikke å anspenne samme muskelgrupper hele tiden. Å bøye et eller begge ben, gjerne med hjelp av puter, kan gjøre akten mer bekvem.

Sittende stilling anbefales for både menn og kvinner med spastisitet. Kjærtegn av bryst, nedre del av maven, rundt navlen, innsiden av lår og underliv øker libido og reduserer vanligvis muskelspenning.

Oral sex (munnsex) er hyppig anvendt og for enkelte er det et nødvendig supplement, men det er viktig at begge parter har samme holdning til det. Det er viktig å huske at en ikke avkrever partneren noe som oppleves unaturlig for ham eller

henne. Seksuell lek krever åpenhet mellom partnerne i trygge omgivelser og med rikelig tid for at nytelsen skal kunne bli optimal.

Medikamenter for å redusere spastisitet er også et nødvendig tillegg for mange, men disse medikamentene kan også påvirke libido, fuktighet i skjeden, ereksjonsevne og ejakulasjon. Sammen med legen må derfor virkning og bivirkning diskuteres og medikamenter eventuelt forskrives.

IV. ENDRET LIBIDO (SEKSUALLYST)

Seksualitet er et overskuddsfenomen. Alle har ikke alltid samme overskudd til seksuell aktivitet, enten de er friske eller har MS, men for MS-rammede er dette gjerne et større problem. Fatigue, fysisk handicap og depresjon påvirker libido. Hos noen få øker den, hos de fleste er den redusert og til tider opphevet. Her finnes det ingen spesifikk behandling. Behandling av forstyrret libido vil i stor grad måtte rettes mot den enkelte årsak. Men dette er også, først og fremst, et psykologisk problem. Det er vesentlig med forståelse og aksept fra partneren, og ønske om å prøve å finne en løsning.

V. ENDRET HUDFØLELSE

MS-rammede kan ha endret følelse i huden på grunn av skader i den sensoriske delen av nervesystemet.

Følelsen kan være nedsatt (huden oppleves, for eksempel som nummen eller kald), forsinket eller opphevet (verken stikk eller berøring registreres). Berøring kan gi ubehag som prikking eller føles som om den pågår flere sekunder etter at den har opphørt. Endret hudfølelse har de fleste MS-rammede opplevd.

Seksuallivet forstyrres av endret hudfølelse i kjønnsorganer eller i erogene soner. Åpenhet om hva som oppleves ubehagelig, eller hvilken stimulering som er nytteløs, er nødvendig for å unngå frustrasjon i parforholdet. Forandringene kan være forbigående. Følelsestap som ikke har vedvart lengre enn to år har man alltid håp om bedring for.

symptomer
som påvirker
seksualfunksjonen
hos begge kjønn

SEKSUALDYSFUNKJON HOS MENN

Både ereksjons- og ejakulasjonsevne kan være opphevet, redusert eller varierende fra gang til gang. Temaet er ømtålig og mange menn opplever at det er vanskelig å snakke med sin partner om dette. Hos de fleste MS-rammede menn er det ereksjonen som forstyrres. Hos noen kan også ejakulasjonen være forandret eller manglende.

EREKSJONSSVIKT (IMPOTENS)

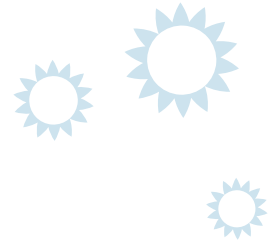
Endring av reising (ereksjonssvikt) kalles også erektil dysfunksjon. For å forstå hva som forårsaker svikten må en vite om hvordan ereksjonen oppstår normalt.

Penis består av tre sylindformede svampegemer. Helt inne i penis ligger urinrøret. Langs oversiden ligger to svampegemer (de kavernøse legemer) som er forbundet med hverandre. Disse har, i likhet med svamp, mange små hulrom (kaverner) som fylles med blod når ereksjonen oppstår. På undersiden ligger det tredje legemet (det spongiøse legemet) som utvider seg ytterst og danner penishodet (glans).

Når hjernen mottar seksuelle stimuli settes det i gang en kjemisk reaksjon hvor det frisettes kjemiske substanser som gjør at blodet strømmer til penis og fyller opp kavernene. Videre vil blodet presse mot det spongiøse legemet slik at penis blir hard og erigert (ereksjon).

Ved MS kan forstyrrelsen av nerveimpulsene mellom nervefibrene og penis være årsaken til manglende, svekket eller utilstrekkelig ereksjon.





BEHANDLING AV EREKSJONSSVIKT

1. Medikamentell behandling.

De siste årene er det kommet flere gode medisiner som brukes i behandling av ereksjonssvikt. Viagra-pillen revolusjonerte behandlingen av impotens og bidro til et større fokus på seksualitet. Det finnes også andre medisiner som kan gis i form av sprøyter og gel.

a)Tabletter

Medisinene brukes peroralt, det vil si at de enten svelges eller legges under tungen der de smelter. Effekten forutsetter seksuell stimulering.

Viagra (Sildenafil), Cialis, Levitra.

Det er nødvendig med seksuell stimulering for at ereksjon skal oppstå. Effekten inntreffer innen 1 time, oftest etter 30 minutter, og varer i flere timer. Variasjonene kan være store. Tablettene finnes i flere styrker. Vanlige bivirkninger ved bruk av disse medikamentene er milde og som regel ufarlige. De vanligste bivirkninger er hodepine, nesetetthet, rødming, svimmelhet og milde

og forbigående synsforstyrrelser (økt lysfølsomhet eller fargeforvrengning).

Overfølsomhet overfor medisiner er også rapportert. Ved alvorlig hjerte-/karsykdom, hjertesvikt eller ferskt hjerteinfarkt kan man ikke bruke medisiner.

Midlene bør heller ikke anvendes hos pasienter som bruker Nitroglycerinpreparater.

Uprima.

Virkningsmekanismen for Uprima er annerledes enn for Viagra, Cialis og Levitra. Tabletten legges under tungen der den smelter. Effekten inntreffer i løpet av 15–20 minutter ved seksuell stimulering. Uprima har en sentralstimulerende effekt. Medisinen påvirker ereksjonssenteret i hjernen og forsterker impulsene som via ryggmargen går ned til penis og øker blodtilførselen i svampegemene. Den har svakere effekt enn Viagra, Cialis og Levitra, men virker raskere. De vanligste bivirkningene er kvalme, hodepine, nesetetthet, hetetokter og svetting. Disse er som regel milde og forbigående.

seksualdysfunksjon hos menn

b) Sprøyter

Innsprøyting av legemiddelet i penis øker blodtilstrømning til svampegemene og gir ereksjon.

Caverject.

Dette er et legemiddel som sprøytes direkte i svampegemet i penis. Ereksjonen oppstår etter 10 minutter og er uavhengig av seksuell stimulering. Effekten varer fra ca. 20 minutter til flere timer, avhengig av dosen. Vanligste bivirkninger er blødninger på injeksjonsstedet og smerter i penis under ereksjonen. Dette er det mest effektive midlet på markedet, men den «tekniske biten» – det å sette sprøyte i penis – skremmer mange fra å bruke det. Alvorlige bivirkninger er sjeldne og medisinen tåles godt av de fleste brukere.

Papaverin, Prostaglandin E og andre.

Disse settes også direkte i penis og alle har omtrent samme effekt. Som ved Caverject inntreffer effekten ved Prostaglandin E etter ca. 20–30 minutter og varer fra en til flere timer, avhengig av dosen. Medisinen har noe svakere effekt på ereksjon, men til gjengjeld er bivirkningene milde og kortvarige.

c) Gel.

Bondil.

Dette preparatet inneholder et virkestoff med Caverject-lignende effekt. Medisinen leveres i ferdig fylte sprøyter med gel som sprøytes direkte inn i urinrøret. Det øker blodtilførselen til svampegemene i penis. Etter 10 minutter inntreffer virkningen, men variasjonen blant brukere er stor når det gjelder virkningstid og effekt. Hos de fleste virker medisinen i ca. 30–60 minutter. Fordelen med Bondil er at man slipper stikk, men som ved Caverject kan brukere av dette midlet få smerter eller svie i penis eller urinrør under ereksjonen. Bivirkningene er forbigående og noe mildere enn ved bruk av Caverject.

Ved tablettbehandling av ereksjonssvikt får enkelte prestasjonsangst fordi de engstes for at effekten ikke er god nok siden ereksjonen ikke kommer uten seksuell stimulering. I faste parforhold oppleves ikke dette som noe problem. Til sammenligning kommer ereksjonen med Caverject og Bondil uten forutgående seksuell stimulering.

2. TEKNISKE HJELPEMIDLER.

Penisring (Pubisring)

Ved for kortvarig ereksjon kan en penisring være til hjelp. Dette er en elastisk ring som plasseres rundt penisroten før samleiet etter at reisning har inntrådt. Den hindrer blodet i å forsvinne fra penis for tidlig og bevarer dermed den nødvendige reisning for å gjennomføre samleiet.

Ereksjonspumpe

Dersom ereksjonen ikke er tilstrekkelig til å penetrere (komme inn i skjeden) og/eller gjennomføre et samleie kan en ereksjonspumpe gjøre penis tilstrekkelig stiv. Pumpen ser ut som et rør/sylinder. Den tømmes for luft ved hjelp av en pumpe. Det oppstår et undertrykk som suger blod ut i penisskaffet. Dermed blir penis hard, reisning oppstår og en penisring rulles ned fra pumpen til penisroten for at ikke blodet skal strømme tilbake.

Begge hjelpemidler ansees som ufarlige ved fornuftig bruk. La det bli en seksuell innledende lek før alvorlet begynner.

Vibrator for menn

Vibrator anbefales for menn med orgasmeforstyrrelser. Menn som får ereksjon, men ikke tilstrekkelig til å gjennomføre et samleie, kan også ha glede av vibratoren.

Vagina-attrap

Kunstig vagina med eller uten elektrisk vibrasjon og trykkbelte kan benyttes ved ereksjons-forstyrrelser og/eller som hjelpemiddel til selvtilfredsstillelse.

Penisring



Ereksjonspumpe.

Et komplett ereksjonssystem med vakuumpumpe og pubisringer.



Forskjellige typer av vibratører



seksualdysfunksjon hos menn

3. KIRURGISK BEHANDLING.

Det er ikke alltid medisiner hjelper. Ved total og varig ereksjonssvikt kan man sette inn en ereksjonsprotese (penis-implantater). Det er et lite operativt inngrep hvor man setter inn en silikonprotese i hvert svampegeme på begge sider av penis. Dette gir en varig «ereksjon» ved å gjøre penis stiv og bøyelig. Det finnes mange forskjellige varianter fra en enkel plaststav til avanserte proteser med diverse pumpe-mekanismer.

EJAKULASJONSFORSTYRRELSER.

Ejakulasjon er det samme som sædavgang, også kalt utløsning. Sædavgang inntreffer vanligvis samtidig med orgasmeopplevelsen, men orgasme kan også oppstå uten sædavgang. En kan også få ereksjon og orgasme uten å ha utløsning.

Behandling av ejakulasjonsforstyrrelser.

Det enkleste er å bruke tekniske hjelpemidler, for eksempel en kraftig vibrator med en frekvens på ca 70–80 omdreininger per sekund. Man anvender vibratoren ved å stimulere penishodet (glans) i korte perioder (noen minutter) inntil utløsning. En annen mulighet er behandling hvor man bruker medisiner som sprøytes direkte i ryggmargskanalen. Metoden er relativt farlig i det den kan utløse en kraftig blodtrykksøkning med alvorlige konsekvenser.

Ved det tredje behandlingsalternativet benyttes det svak elektrisk stimulering av prostata ved hjelp av løse elektroder. Den ene føres inn i endetarmen for å stimulere prostata. Ulempen med denne metoden kan være sterke smerter under behandling. Metoden benyttes kun ved barneønske og utføres av lege med spesialkompetanse.





FORSTYRRELSER AV
seksualfunksjonen hos kvinner





TØRR SKJEDE.

En hyppig forstyrrelse av seksualfunksjon hos kvinner er tørrhet i skjeden som et resultat av nedsatt lubrikasjon (smøring – det vil si produksjon av sekret/væske) i skjeden. Ofte forekommer dette samtidig ved manglende seksuallyst (libido). Tørrhet i skjeden kan gjøre et samleie smertefullt for begge parter.

Bruk av glidemidler i form av krem eller salve under samleie avhjelper problemet. Midlene gjør friksjonen under samleie mer naturlig. Samtidig beskyttes slimhinnen i skjeden mot sår og forebygger smerter.

Det finns mange gode «glidemidler» i forskjellige varianter på markedet: Klick, X & Y, Replens, «ID», «One Shot», «Basic pleasures» med flere.

Det er viktig å vite at glidemidler skal være vann- eller silikonbaserte. Silikonbaserte glidemidler bevarer fuktigheten lengre og anbefales derfor som første valg.

Unngå å bruke vaselin, olje eller oljeinnholdende kremer. Disse kan ødelegge gummihjelpemidler (kondom) på få minutter!

Kvinner etter overgangsalderen kan ha behov for lokal behandling med hormonkremer eller hormonstikkpiller for å oppnå normal fuktighet i skjeden.

ORGASMEFORSTYRRELSER

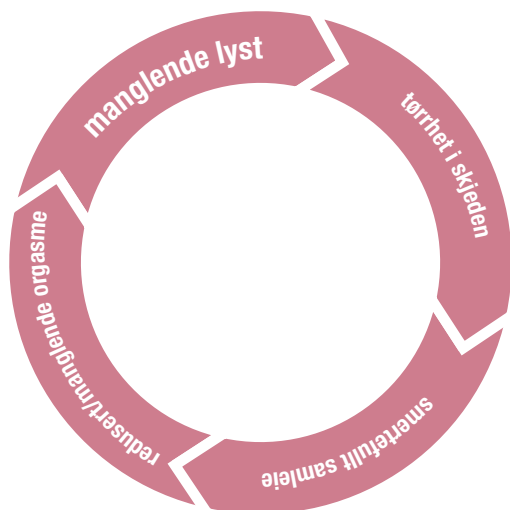
Orgasme er en psykogen opplevelse. Den defineres som den maksimale lystopplevelsen ved seksualakten. Orgasme er avhengig av flere impulser: sanseorganer, stimulering av kjønnsorganer og erogene soner, seksuallyst og ikke minst – et velfungerende nervesystem.

Opplevelse av orgasme kan endres eller vanskeligjøres hos MS-rammede. Noen får ikke orgasme i det hele tatt. Dette er ofte vanskelig å behandle. Det viktigste er å lære mer om egen kropp og utforske erogene soner. Det er nødvendig med optimal seksuell stimulering og lek før samleie. Å prøve ut alternative stillinger kan hjelpe noen. Ofte kan en kraftig

forstyrrelser av seksualfunksjonen hos kvinner

stimulering med vibrator redusere/lindre smertene, øke blodtilstrømningen til kjønnsorganer og føre til orgasme. Behandling med Viagra (Sildenafil og andre) har også vært forsøkt på kvinner. Resultatene er ikke entydige. Det viktigste er å erkjenne at seksualitet er mer enn orgasme.

Den hyppigste mekanismen for orgasmeforstyrrelser hos kvinner kan man forklare på denne måten:



HJELPEMIDLER

Det finnes en rekke mekaniske og elektriske hjelpemidler som kan brukes ved seksuell dysfunksjon. Disse benyttes for å øke seksuell stimulering gjennom økt blodtilførsel både hos kvinner og menn. Hjelpemidlene kan også lindre smertene og kan anvendes i parforholdet.

Massasjestav (vibrator).

Disse er gjerne batteridrevne og kan holdes mot kjønnslepper eller føres inn i vagina. Det finnes også vibratorer som stimulerer både klitoris og vagina samtidig.

Klitorisvibratorer.

Anvendes, for eksempel ved manglende orgasme ved direkte stimulering av klitoris. Noen festes med gummistropper, andre holdes direkte mot klitoris og alle er batteridrevne.



Forskjellige typer av vibratører



Vaginakuler



Klitorisvibrator



Glidekremer finnes som vannbasert eller silikonbasert

HJELPEMIDLER FOR BEGGE KJØNN

Massasjeapparat.

Ubehag fra ømme eller spastiske muskler kan reduseres ved bruk av et vanlig massasjeapparat. Kraftig vibrasjon på steder hvor man har nedsatt følelse, smerter, prikking, murring og lignende bedrer sirkulasjonen som igjen kan redusere disse fenomenene hos både kvinner og menn.

Ved bruk av massasjeapparat på innsiden av lår, på eller rundt kjønnsorganene kan libido og orgasme oppnås.





GRAVIDITET/SVANGERSKAP OG FØDSEL VED MS

Når en av foreldrene har en kronisk sykdom blir avgjørelsen om å sette barn til verden ofte et nøye debattert tema. I en årrekke hersket det en feilaktig oppfatning om at svangerskap og fødsel ville forverre MS-sykdommen. Man hadde observert at flere MS-kvinner fikk et Schub (atakk, relaps) de første måneder etter fødselen. Men derfra å slutte at MS-sykdommen ville bli verre enn om kvinnen ikke ble gravid er ikke riktig. Likevel var dette ofte grunnen til at flere MS-kvinner avsto fra å føde.

I dag vet vi riktignok at 10–15 % av MS-kvinnene får et Schub innen 6 måneder etter fødsel, men under svangerskapet er sjansen for Schub desto mindre. Samlet er ikke forskjellen i disfavør av de som blir gravide. Det å få barn er et høyst personlig og privat anliggende. Vi ser det som vår oppgave å informere så korrekt som mulig, slik at avgjørelsen om å bli gravid eller la det være blir tatt på et realistisk grunnlag.



graviditet/svangerskap og fødsel ved MS

MS-kvinnene har vanligvis greie svangerskap. De har ikke flere komplikasjoner relatert til graviditeten enn andre. De kan få samme hjelp som friske under fødsel. MS er ingen kontraindikasjon for smertelindring som lystgass eller epidural bedøvelse. Dersom det er behov for keisersnitt kan de få det etter samme retningslinjer som friske.

Babyene er like fri for misdannelser som hos friske mødre. Sjansen for at barnet selv utvikler MS senere i livet er 2–3 %. Friske foreldres sannsynlighet for å føde et sykt barn er til sammenligning 1 %. Vanligvis oppfattes ikke dette som et problem. Det er heller den kronisk sykes mulighet til å ta hånd om et spedbarn, og etter hvert et barn som skal følges opp både hjemme og ute, som kan bli problematisk dersom

ikke partneren er innstilt på et større ansvar. Det samme gjelder naturligvis omvendt dersom det er faren som er rammet av MS.

Dersom kvinnen vil amme sitt barn går det som regel bra, under forutsetning av at hun ikke bruker medisiner som frarådes under amming (for eksempel interferon). Men amming er kroppslig slitsomt; ammetåke er et velkjent fenomen også for friske og må ikke gjennomføres for enhver pris. Det viktigste i denne perioden er å sørge for at den nybakte mor har mulighet for rikelig avlastning.

parforhold

Mange, som lever i parforhold, har opplevd at det er utfordrende å dele livet med et annet menneske. De fleste opplever likevel perioder hvor de må arbeide aktivt for at parforholdet skal bestå og utvikle seg videre i positiv retning. Samtidig handler det om å vokse sammen med den vi lever med. Sexologen Søren Buus Jensen sa: «Vi må erkjenne og godta at et godt forhold krever tid, plass, energi, forpliktelse og en masse surt slit – og morsom jobbing».

Menn og kvinner (og partnere generelt) snakker ikke «samme språk», men de kan lære mer om hva den andre mener og hvorfor. «Det finnes aldri en mur mellom mennesker. Det er alltid to», sa Karsten Isachsen. Vi kan lære av hverandre at vår verden blir varmere hvis vi våger å vise følelser og gir andre følelsen av verd. Nærhet er ikke en trussel mot vår identitet, men kjærlighetens lys. Seksuallivet er det vakreste som finnes mellom to mennesker og som gir oss lyst og glede!

De fleste par opplever at seksuallivet påvirkes av mange faktorer både i oss og utenfor oss. Behovet for seksuell aktivitet kan variere; problemet oppstår når man ikke «svinger» i takt.

Flere studier viser at sex betyr mer for menn enn kvinner, mens kontakt og opplevelse av felleskap er viktigere for kvinner enn for menn. Bare et fåtall av menn og kvinner mener at seksuallivet er avgjørende for parforholdet selv om betydningen ikke må undervurderes.



Mens kvinner er mer opptatt av felleskap og relasjoner, er menns kontaktform mer rettet mot seksualitet. Mange mener at dette henger sammen med at kvinner får bekreftelse på sitt kjønn gjennom svangerskap og fødsel, mens menn i større grad må søke denne bekreftelsen gjennom seksuell atferd. Resultatet blir at menn oftest vil ha mest sex, og at menn får flere konflikter på det seksuelle området i et forhold enn kvinner gjør. Menn føler seg forulempet og avvist ved lav seksuell aktivitet, mens den kvinnelige partner opplever dette uproblematisk.

I perioder kan både kvinner og menn føle krav og forventninger om sex som et press. En kan føle at den andre vil «spise en opp». Seksuallivet blir en plikt og man vegrer seg og finner på velkjente unnskyldninger som at man er sliten, trøtt og «har vondt i hodet». Det er best å snakke åpent om problemet.

I et parforhold ønsker man seg et altomfattende felleskap hvor kommunikasjon er meget sentral. Kommunikasjon og den gode samtalen er et av de vesentligste redskap for at samlivet utvikles og styrkes. Bøker og faglitteratur, ofte skrevet av seksologer, psykologer, pedagoger og leger, kan tilføre

kunnskap og erfaring som ofte trenges for å komme videre. Tanker og erfaringer formidles med håp om at de kan være utgangspunkt for refleksjoner og samtale om eget parforhold.

LITTERATURHENVISNING

Det finnes mange gode bøker om seksualitet generelt som beskriver de vanligste problemer som kan oppstå i parforholdet. Vi har valgt ut noen bøker som kan gi svar på en rekke spørsmål:

1. Brita Rosenberg, «Det handler om kjærlighet», Cappelen, 1990
2. Deborah Tannen, «Det er ikke det jeg sier», Cappelen, 1992
3. Erich Fromm, «Om kjærlighet», Aventura, 1991
4. John Gray, «Menn er fra Mars, kvinner er fra Venus» Hjemmets bokforlag, 1992
5. Anna Hooper «Elskov», spørsmålene og svarene. N.W.Damm og sønn AS, 2002
6. «Bedre helse med sex», spørsmålene og svarene. N.W.Damm og sønn AS, 2000
7. Barbara Annis, «Same words. Different language», Piatkus, 2003

ETTERORD etterord



Seksualfunksjonen er en av de viktigste funksjonene i vår kropp, ikke minst fordi denne funksjonen er tett forbundet med vår forplantningsevne. Det er denne funksjonen som driver oss for å søke kjærlighet, nærhet og varme. Den kan gi oss den største glede!

Det kan derfor oppleves så urettferdig når kroppen ikke vil være med. Det kreves nytenkning og kreativitet og noen forandringer for at man skal oppnå et tilfredsstillende seksualliv med MS. Det kan være klokt å utelate samleiet i en vanskelig periode, men ha det godt sammen likevel.

Berøring gir i seg selv mye glede og kan få enhver til å føle seg lykkelig og attraktiv. Å kjæle gir en deilig følelse i kroppen som også kan lindre smerte.

Det er viktig å utnytte andre sanser: gode, varme og kjærlige ord skaper aksept, virker oppmuntrende og kan gjøre en lykkelig. Dette kan videre forsterke lystfølelsen og gi en glede av hverandres selskap uten samleie.

Mange menn er redde for ikke å kunne tilfredsstille sin partner, samtidig som mange kvinner gir uttrykk for at det ikke er selve samleiet som gir den største nytelsen.

En MS-rammet kan i perioder oppleve mange symptomer som påvirker hele livet. Mange søker råd og ber om hjelp ved forverring.

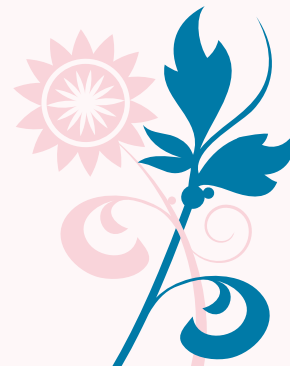
Det er viktig å ta vare på hverandre og seg selv i denne fasen. Det viktigste er og blir åpenhet, evne til å snakke om problemene, snakke seriøst om sex med partneren.

Seksuell selvtilfredsstillelse, onani eller masturbasjon (bruk av hand) har vært og er forbundet med myter, tabuer og vitsing. Det er verken farlig eller umoralsk å onanere eller benytte alternative seksuelle metoder. Åpenhet mellom partene også om disse forhold, gjør samlivet enklere og tryggere.

Seksuelle opplevelser er hjernens tydning av kroppsstimulering enten direkte på kjønnsorganene eller andre steder på kroppen, enten den utføres av partneren eller en selv.

Klarer man ikke å finne en løsning begge parter er fornøyd med, anbefaler vi å søke profesjonell hjelp. Oppsøk lege med kunnskap om temaet når informasjonen du skaffer deg på eget initiativ ikke lenger er nok for å takle det som forstyrrer et harmonisk seksualliv. Ofte kan man i tillegg anbefale å kontakte en psykolog eller psykoterapeut.

Seksualitet er fremdeles en del av privatlivet. Det gjelder bare å innse at dette er en viktig og positiv del som ikke bør fortrenkes.



DET ER INGEN MEDISIN SOM HÅP,
INGEN OPPMUNTRING SÅ STERK,
OG INGEN ELIKSIR SÅ KRAFTIG SOM
FORVENTNINGENE OM NOE I MORGEN.

O.S.Marden

FORVENTNINGENE



HÁP

ELIKSIR

OPPMUNTRING

Forfattere

Elena Didenko Pedersen

nevrolog ved Sandvika Nevrosenter

Thyra Giæver

gynekolog

Antonie Giæver Beiske

nevrolog ved Nevrologgruppen, Oslo

Boken kan bestilles fra:

Multipel Sklerose Forbundet, Tollbugata 35, 0157 Oslo.

Telefon: 22 47 79 90

E-post: epost@ms.no Web: www.ms.no

ISBN: 82-995462-0-6

En del av hjelpemidlene kan bestilles ved:

RFSU Norge AS, Postboks 10 Sentrum, 0101 Oslo.

Telefon: 815 33 666. E-post: post@rfsu.no Web: www.rfsu.no

Flere kondomerier har varierende utvalg av forskjellige seksualtekniske hjelpemidler og tilbyr salg via Internett og postordre.

Design: Leidar Creative

Utgitt med støtte fra Merck Norway, en avdeling av Merck AB

201705-NEUR-07-v.01



GJØR DET GODT FOR HVERANDRE!