



Hur har kvinnorna det?

Detta är den andra artikeln i en serie. Birgitta Hulter, sexolog och doktor i medicinsk vetenskap, berättar om hur kvinnor kan påverkas sexuellt av Parkinsons sjukdom (PS). I den förra artikeln i Parkinsonjournalen (nr 3 2001) redogjordes för hur det kan vara för männen.

Text: Birgitta Hulter

Bild: Leonardos skola: Leda och svanen, ca 1500. Galleria Borghese, Rom.
Fotografiskt material tillhandahållet av SCALA Florens. Bilden är hämtad ur Västerlandets erotiska konst av Richard Bentley.

Birgitta Hulter har en privat sexologisk mottagning i Stockholm och Uppsala. Hon föreläser och ordnar kurser för läkare och vårdpersonal. Hennes doktorsavhandling handlar om sexuella funktioner hos kvinnor med neurologisk sjukdom. Birgitta Hulter är knuten till institutionen för neurovetenskap vid Uppsala universitet och arbetar också som klinisk sexolog vid Neurocentrum, Akademiska sjukhuset i Uppsala.

En kvinnas längtan

Förvisso längtar många kvinnor efter en man, och hennes längtan gäller många olika kvaliteter i det sexuella samspillet, vilket hon kan beskriva som "ömhet och närhet". Skillnader mellan könen framträder inte sällan i sättet att hantera sexualiteten. Det är rimligt att anta att olikheterna i sexuella uttryck är skapade i samverkan mellan natur/ arv och kultur/miljö. En frisk man kan kanske bli upphetsad bara genom att titta på delar av en viss kvinna eller av att betrakta typiskt kvinnliga klädesplagg. Det är mindre vanligt att en kvinna tänder på en mans kropp på det viset.

Kvinnors sexuella variation

Det som är lustcentrum i mannens hjärna är också lustcentrum i kvinnans. Men det är många andra förhållanden som påverkar vilken betydelse lustsignalerna kommer att få och det sexuella behovet kan ges olika uttryck. Det typiska för kvinnors sexualitet är att den är varierad.

Masters och Johnson studerade mäns och kvinnors sätt att reagera på sexuell stimulering och kunde iaktta minst tre åtskilda reaktionsmönster hos kvinnor (till skillnad från männens tämligen likartade sexuella respons). Det fanns kvinnor som likt män hade lust till sexuell aktivitet, blev upphetsade, reagerade med orgasm, avslappning och tillfredsställelse. En del kvinnor kunde dock gång på gång uppnå orgasm i samband med en och samma sexuella situation. Och det fanns slutligen kvinnor som reagerade som de övriga med lust och upphetsning men som aldrig hade en tydlig orgasm och därefter långsammare återgick till ett sexuellt avslappnat tillstånd med en känsla av tillfredsställelse.

Sexuell mognad

Kvinnors sexuella lust och njutning tilltar ofta med åldern. Till detta bidrar att kvinnan lär känna sin kropp, lär sig vad hon mår bra av, och har lättare att se till att få vad hon önskar i en sexuell relation. Efter de första krävande småbarnsåren kan erfarenheterna av att bära, föda, amma och leva med barn ha bidragit till hennes sexuella mognad.

Sexualitet under hela livet

Fortplantning utgör bara en av många möjligheter som ligger i människors sexualitet. Erotikens "läkande" sida har ofta en stor betydelse både före och efter de barnafödande åren.

Sexuellt samspel kan bli en lek för vuxna, där mannen och kvinnan genom beröring kan uttrycka längtan och tillgivenhet, ge och få bekräftelse, njutning och avkoppling. Det sexuella mötet kan lugna ner efter påfrestningar och missämja. Samlivet kan ge glädje och tröst och innefatta ett accepterande av ömsesidig svaghet.

Sexuellt åldrande

Då kvinnan går in i klimakteriet med minskning av de kvinnliga köns-hormonerna kan detta innebära vissa sexuella svårigheter. Hon kan bli torr och skör i slidans slemhinnor och den sexuella känsligheten kan bli mindre. Kvinnan kan uppleva kroppens förändringar som negativa ur sexuell synpunkt.

Klimakteriet sammanfaller ofta med andra stora förändringar i kvinnans liv; barnen flyttar hemifrån, hennes arbetslivssituation kanske förändras och risken ökar att hon också saknar en manlig sexuell partner.

Har hon en åldrande partner kanske han också drabbas av sjukdom och/eller sexuella problem. Alla sådana förändringar kan påverka hennes egen sexuella lust och förmåga.

Sex, avkoppling och hormoner
Situationer som präglas av välbehag och njutning höjer produktionen av hormonet oxytocin. Särskilt höga halter av detta ämne har en ammande kvinna. Många har kunnat iakta det lugn och den inåtvändhet som en ammande kvinna kan utstråla. Oxytocin sänker blodtrycket och minskar halten av stresshormoner, höjer smärttröskeln och stimulerar tillväxt och läkning. Hormonet påverkar livmodern att dra ihop sig. Oxytocin utsöndras i samband med orgasm och vissa kvinnor kan då

träna så att konditionen blev bättre och så de kunde trivas med sig själva. En del kvinnor får nedsatt lust när de är överviktiga. Då de hinner bry sig om sig själva tillräckligt mycket för att kunna gå ner i vikt så återvänder deras lust till sexuell aktivitet.

Tystnad råder

I Sverige har vi en i grunden tillåtande attityd till sexuell aktivitet och en positiv inställning till att alla människor har rätt till sexuell lycka. Men omkring sexuella svårigheter är det inte lätt att vara öppen.

I svensk hälso- och sjukvård råder oftast en total tystnad kring sexuella problem i allmänhet och det är om möjligt

ännu tystare om kvinnors sexuella svårigheter. Medicinskt vetenskapligt underlag är också begränsat då det gäller kvinnor. Desto intressantare är det att finna att kvinnor med PS faktiskt har varit föremål för studier av hur deras sexuella hälsa har påverkats.

Forskning på kvinnor

Först 1997 kom en rapport som enbart fokuserade på kvinnor och 27 kvinnor hade då jämförts med kontroller (Welsh et al., 1997). Kvinnorna med PS rapporterade om skillnader i sexuell funktion och stämningsläge jämfört med kontroller. Hälften av kvinnorna var sexuellt aktiva men kvinnor med PS uppgavs vara mindre nöjda med sina sexuella relationer. Kvinnorna uttryckte missnöje med sina kroppar och var upptagna av funderingar kring sin hälsa. De upplevde problem med ofrivillig urinavgång och trånghet i slidan vilket påverkade den sexuella behållningen.

PS och sexuella förhållanden

I en ovanligt omfattande och ingående tysk undersökning som jag refererade till i den förra artikeln hade också 330 kvinnor och deras partner besvarat enkäten. Kvinnorna klagade över sexuella störningar och minskad sexuell tillfredsställelse efter PS-diagnosen (Beier

et al., 2000). Till skillnad från männen fanns bland kvinnorna ungefär 10 % som redan före PS-diagnosen hade haft sexuella funktionsstörningar såsom låg lust, svårighet att få orgasm eller att bli sexuellt upphetsade och våta i slidan. Sedan PS-diagnosen hade 23-25 % av kvinnorna dessa sexuella problem. Drygt var tionde kvinna led av slidkramp och 15 % upplevde smärta vid samlag.

Anmärkningsvärt många partners till de sjukdomsdrabbade hade också sexuella funktionsstörningar: 16 % hade nedsatt lust, nära 20 % hade svårigheter med erektionen och 17 % hade svårt att få orgasm. Den sexuella tillfredsställelsen hade minskat hos såväl de med PS-diagnos som deras partners. Ungefär 90 % uppgav att de före diagnosen varit tillfreds med sin sexualitet, men efter hade andelen sjunkit till under 60 %. De direkta sjukdomssymtomen med rörelseinskränkning, stelhet och nedsatt finmotorik bidrog för båda könen till de sexuella problemen. Mer än 60 % av kvinnorna uppfattade själva ett direkt samband mellan PS och de sexuella svårigheterna.

Ängest och depression påverkar
Kvinnorna med PS i den tidigare studien (Welsh et al., 1997) hade mera ängest och var i högre utsträckning deprimerade än kontrollerna. Kvinnorna i den tyska studien (Beier et al., 2000) anförde oftare än män att depression och ängest hade påverkat deras sexuella upplevelser och förhållanden. Vi vet att depressioner oftast påverkar sexuallivet negativt och inte sällan ger antidepressiv medicinering dessutom en kraftig hämning av den sexuella lusten och förmågan.

Kvinnan som partner till män med PS

Kvinnor vars män hade PS hade ofta sexuella svårigheter. Nästan en tredjedel hade motvilja mot sex och nedsatt lust. De hade svårt att bli sexuellt upphetsade (våta) och att få orgasm. Kvinnorna kände sig deprimerade och hade ängest.

Mediciner påverkar

En tredjedel av kvinnorna berättade att de påverkades sexuellt av sina mediciner. Precis som hos männen kunde ett



också känna sammandragningarna av livmodern. Oxytocin kan även frisättas via psykofarmaka, droger och fettrika måltider.

Kvinnors sexuella svårigheter och problem

Många kvinnor har nedsatt lust eller saknar sexuell lust (33 % i sexualvaneundersökningen i Sverige 1996). De har inte svårt att reagera sexuellt, dvs. de kan bli våta i slidan vid sexuell stimulering, och de kan få orgasm. Men de vill inte. De har ofta fött två barn. Varför tappar kvinnan lusten till sexuell umgänge med mannen efter att hon fött två barn?

En god mor och oxytocin

Kvinnan blir vanligtvis mycket engagerad i att vara en god mor. Och "en god mor" ska inte i första hand tänka på sin egen njutning och tillfredsställelse. Amningens hormoner och den intensiva kärleksfulla kroppskontakten med små barn bidrar säkert till att hon själv blir lugn och tillfreds också utan sexuell aktivitet. Kvinnor som saknar sexuell lust kan berätta att de också skulle vilja vara sexuellt aktiva men att de inte förmår. Då jag frågat vad de skulle göra om de hade mer tid för sig själva får jag oftast svaret: läsa en bok eller sova, eller träffa väninnor. Eller kanske hinna

ner. Precis som hos männen kunde ett och samma läkemedel ge helt motsatt effekt. Oftast nämndes i sammanhanget Madopark[®] [L-dopa]. Eftersom det har använts länge är det många som har erfarenheter av det. Bland kvinnorna var det en tredjedel som uppgav att läkemedlet haft en negativ påverkan på deras förmåga att reagera med sexuell upphetsning och orgasm. Anmärkningsvärt många kvinnor (40 %) kunde dock berätta att de i stället hade upplevt ökad upphetsning och orgasmförmåga med detta medel. Knappt hälften av kvinnorna uppgav att bromokriptin (Pravidel[®]) [dopaminagonist] dämpade deras sexuella aptit och endast några få talade om att det i stället hade en sexuellt stimulerande effekt. (Bland männen hade hela 1/3 märkt en lustförstärkande effekt.) Nästan hälften av kvinnorna uppgav att de fått nedsatt sexuell förmåga och reduktion av den sexuella aktiviteten då de använt enzymhämmare medan drygt en fjärdedel hade fått ökad sexuell lust och förmåga av just dessa läkemedel och Amantadin.

Rädsla påverkar

Utbyte av ömhetsbetygelser, delgivning av känslor liksom all kommunikation hade minskat i paren sedan diagnosen. Längtan efter ömhet och en gemensam vardag fanns dock kvar hos såväl den sjuka som partnern. Hos båda hade tillkommit en prestationsångest d.v.s. fruktan att inte längre kunna motsvara partnerens förväntningar. Sådan rädsla blir lätt ett hinder för att inleda en intim kontakt. Det fanns samband mellan sorg hos den sjuka kvinnan och känslan av att inte kunna leva upp till sina egna förväntningar som kvinna och de olika sexuella funktionsstörningarna.

Svensk undersökning

Jag har intervjuat 10 kvinnor som var mellan 39 och 62 år och som hade haft PS i 1 - 21 år och stadigvarande sexuella relationer i sammanlagt 25 - 44 år. Av dessa tio kvinnor hade sex märkt en dämpning av sin sexuella lust och tre hade fått en stegrad lust. Fyra kvinnor uppgav att L-dopa hade stimulerat deras sexuella lust och sex kvinnor hade inte den erfarenheten. Sex kvinnor var nöjda med sin förmåga att reagera vid sexuell stimulering men i något fall tog

det nu längre tid att bli våt i slidan. Sex kvinnor uppgav att orgasmförmågan hade blivit försämrad men sju kvinnor hade i varierande omfattning upplevt orgasm under det senaste året. En kvinna fick alltid orgasm vid sexuell aktivitet och en hade aldrig upplevt orgasm. En kvinna kunde bara uppleva orgasm i samband med onani. En kvinna hade helt förlorat förmågan och resterande sex kvinnor upplevde orgasm i knappt hälften av de sexuella situationer som de engagerade sig i. Väsentligast för att partnerförhållandet



skulle inbjuda till lust och njutning var att partnern uttryckte sin kärlek och visade sin omtanke. Tre kvinnor hade gått igenom skilsmässa och en av kvinnorna uppfattade att sjukdomen hade bidragit till de äkten-skapliga svårigheterna.

Känslomässig påverkan av PS

Det blev tydligt att kvinnorna påverkades känslomässigt av sin PS.

Här nedan följer citat från kvinnor som intervjuades:

Jag har så lätt att gråta och ta åt mig saker. Jag har fått svårt att bli arg. Känslan av mörker i tillvaron lättade efter diagnosen väl var ställd. Jag log - men det syntes inte. Jag tycker inte om ett så planerat liv. Jag är orolig och sover dåligt. Jag är deprimerad. Små saker som att knäppa en knapp och stryka gör mig ledsen. Sjukdomen styr mig. Jag är nere och har inte mycket att leva för. Jag är beroende av andra. Jag ville ha en diagnos att acceptera. Jag har gått en kurs i

två dagar och det har gjort det lättare att acceptera sjukdomen.

Socialt undandragande

Så här sa kvinnorna:

Det värsta är när det syns på mig. Jag drar mig för att gå ut på något. Jag kan inte prata om det för ingen begriper vad jag har, det är svårt att prata med andra om sjukdomen. Jag hatar sjukdomen. Den har tagit mitt självförtroende. Jag har svårt att vistas med många människor. Jag tycker att alla tittar i affären. Jag spänner mig inför svåra saker. Om det syns drar jag mig undan. Man gruvar sig för att gå på fest och dricka kaffe. Folk vill stanna och prata. De blir besvärade och kan inte tänka på annat än skakningarna. Det är enklast att vara hemma. Kan inte arbeta, handarbete, mäta upp kaffe. Det är lättare om ingen tittar på. Jag går inte ut ensam. Jag är rädd att inte klara av. Kan inte göra som jag vill t. ex. gå på kurs eller träff. Jag är hemma i stället. Jag törs inte åka ut i skog och mark. Jag kan kanske inte gå tillbaka. Jag har inte stor lust att fara ut. Det är svårt att berätta. Jag törs aldrig åka ut ensam. Jag kan bli stående. Jag vill vara ensam. Jag har blivit folkskygg, och maken har dragit sig undan. Jag är tröttare, jag bjuder inte hem folk. Jag ordnar inte så mycket. Jag kan inte gå ut när jag vill och inte gå på bio. Men - jag har lärt mig otroligt mycket, lärt känna mig själv. Att jag har resurser!

Och omgivningen reagerar

Startar yrseln så reagerar folk: Hon har druckit! Sonen hatar att jag inte kan gå som folk. Sambo: Jaså, då ska man ta hand om en sjukling också. Jag har väninnor som grät. Dottern blev förtrivlad och pappa blev ledsen. Omgivningen kan vara påfrestande. Jag blir förbannad. Jag har accepterat sjukdomen men de tycker synd om mig.

Om det sexuella samspelet

Även om kvinnor ofta själva är kritiska till sin uppenbarelse noterar de att män trots allt kan finna dem sexuellt åtråvärda.

En kvinna uttryckte följande beträffande sin attraktionsförmåga: *Jag fattar det inte själv. Män är halvblinda!* Känslan av mannens åtrå och lust till sexuell samvaro kan utgöra en betydelsefull del av kvinnans motivation till sexuell aktivitet. En kvinna beklagade sig över sin orkeslöse man: *Han orkar inte så mycket. Förut var jag tröttare, men*

Kvinnor mindre nöjda

I de studier av livstillfredsställelse som jag har stött på är kvinnor genomgående mindre tillfreds med livet än männen. Det är intressant. Beror det på kvinnors och mäns skilda livsstilar, på männens sociala och ekonomiska dominans, på kvinnors stora ansvar för hem och barn, omsorger och vård? Eller är kvinnor mer drabbade av negativa livshändelser och hot som hindrar deras välbefinnande? Har kvinnor en mera kritisk inställning till mycket i livet och lättare att upptäcka missförhållanden (och svårare att "gilla läget")? Är kvinnor mer uppmärksamma på det som "borde" vara bättre?

Bättre sexuell rådgivning – vad önskar kvinnor?

Eftersom kvinnor upplever sin situation på annat sätt än män är det viktigt att de får komma till tals. Vi kan inte ändra på människors faktiska omständigheter som lever med långvariga tillstånd som PS men vi kan önska att den svenska hälso- och sjukvården hade utrymme att lyssna på sina patienter och på deras nära anhöriga. Vi har mycket att lära av dem som lever med sjukdom och dem som lever med sjukdom i familjen. ■

Referenser

Beier KM, Lüders M, Boxdorfer SA: Sexualität und Partnerschaft bei Morbus Parkinson. Ergebnisse einer empirischen Studie bei Betroffenen und ihren Partnern. Fortschr Neurol Psychiatr. 2000 Dec; 68(12): 564-75.

Hulter B: Sexual function in women with neurological disorders. Avhandling, Uppsala universitet, 1999

Lewin B, Fugl-Meyer K, Helmius G, Lalos A, Månsson S-A (ed): Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Folkhälsoinstitutet 1998:11

Uvnäs Moberg K: Lugn och beröring. Oxytocinets läkande verkan i kroppen. Centraltryckeriet, Borås, 2000

Welsh M, Hung L, Waters CH: Sexuality in women with Parkinson's disease. Mov Disord. 1997 Nov; 12(6): 923-7.

Fem forskningsresultat kring nervskador

Under tre år har försäkringsbolaget AFA stött fem forskningsprojekt, som alla handlar om skador i nervsystemet. Resultaten presenteras i AFA:s skrift **Nervskador**.

Just nu befinner sig forskningen kring skador i hjärna och ryggmärg i ett intressant och lovande skede, inte minst i Sverige. Vi har flera forskningsgrupper inom området, som fått internationell uppmärksamhet för sina resultat och mycket tyder på att behandlingen av t ex stroke, Parkinsons sjukdom och skador efter våld mot hjärna eller ryggmärg snart kan bli mer framgångsrik än den varit hittills. Viktiga orsaker till denna utveckling är dels upptäckten av en rad sk tillväxtfaktorer i nervvävnaden, som kan reparera eller ersätta skadade nervceller, och dels möjligheten att odla nervceller i stor skala med avstamp i s. k. nervstamceller.

AFA har satsat tio miljoner kronor på fem internationellt erkända svenska forskargrupper, som alla arbetar med skador på nervsystemet. Två av dessa har direkt med Parkinsons sjukdom att göra.

- Små konstgjorda peptider, bot mot Parkinsons sjukdom?
- Nervstamceller mot skador i hjärnan.

Ytterligare upplysningar lämnas av respektive forskare eller professor Tomas Hökfelt, Karolinska institutet, tel 08-728 70 70.

För mer information om försäkringsbolaget AFA www.afa.se.

Sammanfattningar av forskningsresultaten

1: Tio miljarder peptider sällades - två var användbara!

Parkinsons sjukdom orsakas av skador på de nervceller i hjärnan, som producerar signalsubstansen dopamin. På många håll i världen försöker man nu tillföra hjärnan tillväxtfaktorer, som kan rädda de dopaminproducerande nervcellerna. Professor *Carlos Ibanez* och hans medarbetare vid Karolinska Institutet i Solna har inriktat sig på en nervväxtfaktor med beteckningen GDNF, som normalt förekommer i hjärnan. Från djurförsök vet man att GDNF skyddar dopaminproducerande nervceller och dessutom stimulerar återväxt och funktion hos skadade sådana celler. GDNF är en stor molekyl, som inte kan ta sig igenom hjärnans skyddsfilter, den så kallade blod-hjärnbarriären. Ibanez och hans forskargrupp har därför genom en screeningmetod försökt hitta små molekyler, så kallade peptider, som kan passera genom barriären och påverka dopamincellerna. Forskarna tvingades då att med en ny sällningsmetod testa mer än tio miljarder peptider innan de fann två, säger två, peptider med de önskade egenskaperna! Förhoppningen är att man med denna upptäckt kunnat lägga grunden till en helt ny typ av läkemedelsbehandling av Parkinsons sjukdom, inriktad på att stimulera återväxt och funktion hos skadade dopaminceller. Mer information: Professor Carlos Ibanez, Karolinska Institutet, Solna, telefon: 08-728 76 60

2: Skräddarsydda nervstamceller för transplantation

Sverige har varit världsledande i försöken att behandla vävnadsnedbrytande (degenerativa) nervsjukdomar som Parkinson med transplantation av färiska nervceller från döda aborterade foster. Dessa celler har etablerat sig i hjärnan och producerat dopamin. Av etiska och praktiska skäl är dock en sådan källa till nervceller otänkbar i större sammanhang. Docent *Klas Wictorin* och hans medarbetare vid Lunds Universitet driver därför ett projekt, där man odlar nervceller och deras stödjeceller, kallade gliaceller, för transplantation i stora mängder. Dessa celler, som har sitt ursprung i omogna nervstamceller, skulle kunna "skräddarsys" för transplantation till personer, som drabbats inte bara av Parkinson utan även av andra degenerativa nervsjukdomar. Mer information: Docent Klas Wictorin, Lunds Universitet, telefon: 046-222 05 27. ■