

# Lust och förmåga

Det finns överlag en utbredd allmän kunskap om sexualitet i vårt samhälle. Det är därför anmärkningsvärt att det kan kännas så främmande att beröra människors sexuella verkligheter i en behandlings- eller rehabiliteringssituation. Trots massmedias stora benägenhet att offentligt tala om sex.

Vad är det som hindrar oss att tala om sexuella problem? Den utbredda allmänna kunskapen om sex kan leda till uppfattningen att man skall kunna klara av eventuella svårigheter på egen hand. Vi kanske är rädda att bli missuppfattade och att våra goda avsikter ska ifrågasättas.



**V**i som är verksamma i vård drar oss för att efterfråga kunskap - "alla vet väl hur man gör"!

Vet vi det egentligen? Vad händer i kroppen när vi blir sexuellt engagerade? Vet vi vad som går förlorat då hälsan sviker oss? Vet vi vad kirurgiska och medicinska behandlingar ställer till med?

Att veta tillräckligt för sina privata behov betyder ju inte att man är mogen att professionellt hantera sexuella svårigheter. För det krävs en *specifik kunskap* som överstiger den egna erfarenheten.

## KUNSKAP

Förutom kunskap krävs att man har bearbetat sina värderingar kring sexuella företeelser. Det finns så många värderingar av typen "fint/fult" och "rätt/fel" när det gäller sexuella aktiviteter och vi behöver *medvetandegöra våra egna värderingar* för att kunna arbeta med patientens utveckling. Vi behöver bearbeta våra värderingar i samspel med andra i vårdarbetet. Det är utmärkt att ha den sexologiska sidan av arbetet förankrat i hela behandlingsteamet så att vi kan vara trygga i det vi håller på med.

Det finns inte någon konsensus i vården rörande vad vi menar med det som är rätt och riktigt och vi vet därmed inte alltid hur vi skall förhålla oss till våra klienter. Vi behöver samla *erfarenheter* av att arbeta aktivt inom det sexologiska området.

Okunnighet, omedvetenhet och osäkerhet hos behandlaren innebär en risk att hela situationen blir uppenbart oprofessionell. Att ta upp sexuella aspekter med en patient kräver av behandlaren en fin balansgång mellan ett ödmjukt närmande och kunnigt hanterande. Denna situation behöver naturligtvis tränas!

Vår sexualitet är medfödd och vi växer med den. Den är ett livstema. Men vad

vi gör med den varierar - från det vi är barn till vi blir riktigt gamla. Förutsättningen för sexuella känslor är en del av vår fysiologi. Sexuella känslor finns i flera former. Dels förnimmelser, *sensationer*, som våra sinnesorgan förmedlar. Känslor som vi hänför till psykologin, *emotioner*, är också de funktioner baserade på vårt fysiologiska system. Sedan har vi våra *relationer* som är betydelsefulla för hur vi formas sexuellt och hur vi agerar och hur våra svårigheter ser ut och hur vi hanterar dem. Sexualiteten har med vår önskan om fortlevnad att göra, *reproduktion*, och den önskan aktualiseras ofta av "kärlek" till en viss person, men det är typiskt för människan att använda sexualiteten också som en betydelsefull resurs för *rekreation* och gemenskap. Klinisk sexologi fokuserar på en positiv utveckling av sexualitetens rekreativa aspekter hos människor.

Människans sexualitet erbjuder många hälsosamma möjligheter:

- avkoppling och lek
- kommunikation utan ord
- njutning och gemenskap
- lycka och glädje



- uttryck av längtan att leva
- undkomma ensamhet
- få vara den man är
- förhoppning om fortlevnad

Sexualiteten berör själva meningen med livet.

Genom vår sexualitet får vi också *smärta, sorger och besvikelser*, vilket är en väsentlig anledning till att vi inom vården behöver förbereda oss att möta människor som har sexuella svårigheter.

### DET SEXUELLA MÖTET

Den ordlösa kommunikationen kan gå snett. Det sexuella mötet kan vara ömtåligt för störningar. Tydliga signaler är de yttre skeendena: erektion och ejakulation hos mannen och lubrikation (att bli våt i slidan vid sexuell stimulering) och orgasm hos kvinnan. Om dessa sexuella reaktioner uteblir väcker det lätt oro och samspelet i den tysta kommunikationen bryts. Det sexuella mötet innebär en avancerad stimulusresponskedja med fysiska reaktioner, sensationer, känslor och tolkningar som sker samtidigt i de båda engagerade kontrahenterna. Uppstår en hake i förloppet, antingen i kroppen eller i tanken så kan en negativ spiral utvecklas där ingenting fungerar. Psykologiskt kan det bero på att man inte är nöjd med sig själv och att man inte tror att man duger.

### FÖRVÄNTNINGAR

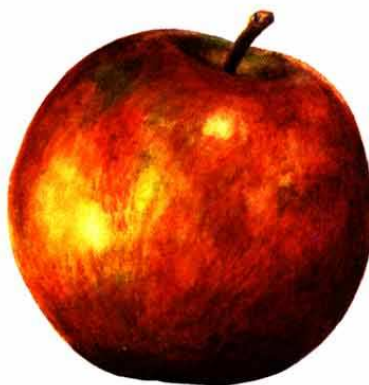
Många kvinnor är rädda att inte vara åtråvärda och att vara för tjocka. Kvinnor riskerar att hamna i en negativ spiral, då de är med om sexuella upplevelser som inte ger dem belöning i form av egen njutning och att de därför tappar intresset för t. ex. samlag. Vår förmåga att vara sexuellt aktiva påverkas av många faktorer. Vi har alla lärt oss vad som förväntas av en "riktig" kvinna. Vilka marginaler finns för ett kvinnoliv? Vad förväntas av en man och vad krävs av honom för att han skall vara attraktiv och bli älskad. Sådana intryck lever vi med hela livet och de förändras med åren. Förutsättning för lust och förmåga är en rad fysiska företeelser. Hormoner är av betydelse för att skapa den inre miljö som ger optimala förutsättningar för sexuellt fungerande. Dessutom påverkas vi ständigt av psykologiska faktorer som: inlärning, uppmuntran, njutning och den betydelse vi ger våra upplevelser.

Då en patient har ett somatiskt problem, inklusive smärtproblem, som hindrar till-

fredsställande sexuell aktivitet så finns kanske också en partner som har ett sexuellt samlivsproblem.

### INGEN ATT VARA MED

Ett vanligt dilemma är sexuell ensamhet. Ensamheten innebär att man inte har någon lämplig person att dela sin sexualitet med. Det är i själva verket den vanligast förekommande sexuella svårigheten bland människor. Ensamheten är inte begränsad bara till dem som är "ensamstående". Man kan känna sig sexuellt ensam även i ett äktenskap eller annan sexuell relation där man inte kan uttrycka vad man skulle önska eller får det man behöver. Ensamhet är något som lätt väcker vår oro och som därför är svår att tala om. Svårigheten att hitta en önskad partner är betydelsefull också när det gäller människor med funktionsnedsättning. Ett medfött



eller förvärvat funktionshinder kan upplevas som orsak till ensamheten - men funktionshindret kanske i själva verket främst gör att man avstår från att ta de initiativ som skulle kunna bryta ensamheten. Som funktionshindrad har man en särskilt utsatt situation. Det kan då kännas skrämmande att närma sig någon annan och visa vem man är och vad man vill. Men det finns ju åtskilliga exempel på individer som trots funktionshinder, problem och ett avvikande yttre ändå klarar av att finna en relation där de kan vara sig själva. Man måste vilja och våga bryta sin avvaktande stil och sedan pröva och räkna med att få pröva flera gånger. Man behöver öva - och vara beredd på ett avvisande.

### SMÄRTA

I en smärtkola vid smärtcentrum vid

UAS har jag under en lektion brukat tala med kursdeltagarna om sexualitet. Stämningen när jag träffar dessa grupper är inte sällan lite distanserad som om det inte är så angeläget att tala om sex. Man vill gärna tala om hur kronisk smärta påverkar de nära relationerna men svårigheterna med det sexuella samlivet (samlag) bekräftas också ofta. De som jag haft mest konsultativ kontakt med har varit kvinnor med smärtor i underliv eller bäckenregionen. Det är angeläget att samla adekvat information om begränsningarnas orsak och omfattning, att identifiera hindren och att sedan gå vidare och se och uppmuntra möjligheterna.

### FARMAKOLOGISK BEHANDLING FÖR MÄN - OCH KVINNOR?

Mäns sexuella problem har varit föremål för utvecklandet av farmakologiska lösningar på sexuella problem och den medicinska sexologiska kompetensen är mest utvecklad för män och deras problem. Många män är regelbundna och pålitliga i sina sexuella behov. Det är därför rätt lätt att fastställa då mannen har fått ett sexuellt problem. Sexuell motivation för kvinnor ser ofta lite annorlunda ut än för män. Hos kvinnorna är lusten oftare beroende av andra livsomständigheter såsom relationer, (deras intensitet och kvalitet) samt livet med barn, (hur pass tillfredsställande eller frustrerande det är) och andra tvingande uppgifter. Plikterna tenderar att dra bort kvinnors uppmärksamhet från egen sexuell njutning till andra aktiviteter som ger en annan tillfredsställelse. Kvinnor utvecklar ofta sin sexualitet och mognar alltmer med åren vilket innebär att de vågar mer och kan njuta mer samtidigt som den tilltagande åldern och den hormonella omställningen snarast verkar i motsatt riktning.

Att aktivt stödja en patients sexuella rehabilitering kan vara ett fantastiskt sätt att ge människans fullödiga livschanser åter.



*Birgitta Hulter  
Leg. sjuksköterska,  
vårdlärare,  
Dr Med Sci,  
Sexologiska enheten,  
Akademiska  
Sjukhuset, Uppsala.*

[birgitta.hulter@nc.uas.lul.se](mailto:birgitta.hulter@nc.uas.lul.se)



# Kvinnors sexuella problem vid neurologisk sjukdom

*I Birgitta Hulters avhandling, "Sexual Function in Women with Neurological Disorders", har ingått grupper av kvinnor med rubbningar i olika delar av nervsystemet som påverkar de sexuella funktionerna. Hon har intervjuat kvinnorna och undersökt dem med sedvanligt neurosexuellt status.*

De kvinnor som undersökts har haft hypothalamus/hypofysrubbningar, dvs skada i lustcentrum, multipel skleros som ger förändringar i centrala nervsystemet i såväl hjärna som ryggmärg samt diabetes mellitus typ 1 med perifera nervskador som en komplikation. En åldersmatchad referensgrupp har intervjuats och undersökts och data från sexualvaneundersökningen i Sverige 1996 har också utgjort referensmaterial.

Amenorré var vanligt i gruppen centralt skadade, rätt så vanligt i MS gruppen och mindre vanligt i diabetesgruppen. De sexuella problemen var störst bland kvinnorna med skador i hypofysen, där 80% uppgav problem med nedsatt sexuell lust. Bland kvinnorna med MS var andelen 60% och bland diabetespatienterna var andelen med minskad sexu-

ell lust omkring en fjärdedel. I sexualvaneundersökningen uppgav 17% nedsatt sexuell lust och bland de matchade diabeteskontrollerna var andelen med problem mycket liten.

Lubrikationsförmågan var störd hos en majoritet av de hypofysskadade och hos hälften av de MS sjuka kvinnorna. De var förhållandevis svårt drabbade av sin sjukdom då 50% av dem var rullstolsburna. Bland diabeteskvinnorna hade en fjärdedel lubrikationsproblem. Detta stämmer väl överens med de erektionssvårigheter som är vanligt bland diabetesjuka män och båda funktionsnedsättningarna antas bero på autonom perifer nervskada, diabetesneuropati.

Orgasmproblem är vanligt förekommande. MS-patienterna rapporterade att de fungerat bättre tidigare och att de tappat möjlighet till sexuell tillfredsställelse. I samtliga kvinnogrupper har det bästa sättet att uppnå orgasm varit partners smekning av könsorganen. Många kvinnor upplever inte själva samlaget som optimalt sexuell stimulerande men det ger en annan form av behållning för kvinnorna. Dessa problem förekommer sannolikt även bland kvinnor med andra funktionsnedsättningar.