

**Vårt kön bidrar till upplevelsen av vilka vi är, utgör en väsentlig del av vår identitet och formar våra erfarenheter. Könet ger vår kropp sexuella möjligheter för att känna lust och att vara sexuellt aktiva. Könet påverkar också våra relationer till andra. De sexuella aspekterna i en människas liv är således alltid komplexa till sin natur.**

# SEXUELLA MÖJLIGHETER VID NJURSJKDOM OCH DIABETES

DE RENT SEXUELLA handlingarna är beroende av olika egenskaper hos den enskilda människan och i relation till en partner är de också avhängiga den andre. Skilda faktorer som självkänsla, erfarenheter, ambitioner, hälsoupplevelse och livsåskådning påverkar oss.

DÅ VI DRABBAS AV sjukdom och ohälsa påverkas hela vår livsföring. Sådant som vi tidigare inte reflekterat över blir plötsligt avgörande för möjligheterna att genomföra det vi önskar. Våra relationer till andra påverkas av ohälsa, och man tvingas till förändringar i sin livsföring. Meningen med livet omprövas ofta och många människor ändrar sina prioriteringar jämfört med hur de levde innan sjukdomen förändrade förutsättningarna.

Det som händer en människa med kronisk sjukdom är att hennes identitet hotas, (vem är jag nu?), hennes kropp förändras (hur ser jag ut och hur fungerar min kropp nu?) (Tanyi 2002) och omgivningen reagerar (partner och andra anhöriga reagerar oftast med sorg och skuld vilket komplicerar kommunikationen).

Alla dessa aspekter är viktiga att uppmärksamma i vården av dem som tvingas anpassa sin livsföring. Traditionen inom svensk hälso- och sjukvård har varit att främst fokusera på de medicinska aspekterna av sjukdom, d.v.s. åtgärda, justera och hela de förändringar som sker i kroppen. Men – som människor är vi mer än våra kroppar. Det är angeläget att också fokusera på de andra lika verkliga aspekterna av en människas liv, d.v.s. hur hon upplever sig själv och hur hennes relationer påverkas av hälsa och sjukdom. Då vi möter en människa i hennes sexuella situation blir det uppenbart att samtliga dessa tre aspekter behöver medvetandegöras. För att optimera hälsa behöver vi finna vägar för att kom-

ma vidare i livet, och för att göra detta måste vi få tillfälle att bearbeta de oönskade förändringar som en kronisk sjukdom påtvingar oss.

DEN SEXUELLA LUSTEN har sitt ursprung i hjärnan där olika signaler tas emot (tankar, förmimmelser, känslor) som kan verka hämmande eller förstärkande på lustcentrum. Hormoner spelar viss roll för den sexuella lusten, främst gäller detta Testosteron som stimulerar och Prolaktin som vanligen hämmar lusten. Oxytocin är ett »lugn- och ro-hormon« som frisätts vid beröring och orgasm, som sänker blodtrycket och gör oss behagliga till sinnes.

De sexuella funktionerna är beroende av nervernas signalering samt en väl fungerande blodcirkulation. Många skador och sjukdomar reducerar den sexuella förmågan och skador på hjärnan kan påverka lusten, liksom hormonförändringar som lågt Testosteron och förhöjt Prolaktin. Kärlförändringar och nervpåverkan är förändringar som gör att den sexuella förmågan sviktar. Många läkemedel är också kända för att minska den sexuella lusten och förmågan. Hit hör: anti-hypertensiva, antidepressiva, cellgifter, lipidsänkare, NSAID, Histamin 2-receptorantagonister, antimykotika, neuroleptika m.m. Vidare vet vi att legala och illegala droger kan utgöra hinder för sexuell funktion: alkohol, cannabis, heroin, kokain, tobak m.fl.

Det vanliga åldrandet påverkar många människors sexualitet. Kvinnans lust och förmåga kan både tillta och avta medan mannens intresse och lust oftast kvarstår. Mannen brukar få färre erektioner och risken för erektionssvikt ökar, han behöver mera mekanisk stimulering och längre tid för utlösning. Kvinnans hormonförändringar i samband med klimakteriet dämpar de sexuella reaktionerna, men hennes för-



ändringar i livet kan komma att både stimulera och hämma hennes sexuella lust och förmåga. Svårigheten att finna en lämplig sexualpartner blir större med åren för kvinnor, då det går fem 85-åriga kvinnor på varje jämnårig man. De faktorer som har visat sig hindra äldres sexualitet är: rökning, alkohol, fetma, tv-tittande och brist på fysisk aktivitet (Bacon m fl. 2003)

MÄNNISKORS SEXUELLA SVÅRIGHETER är svåra att tolka entydigt som fysiskt, psykiskt eller socialt betingade, eftersom vi vet att många olika faktorer samverkar till att människor hanterar sin sexualitet på olika vis. Kvinnors vanligaste sexuella problem är nedsatt lust och olust. Många kvinnor upplever detta efter att de fått barn. Det verkar som om kvinnans motivation för sexuell aktivitet drastiskt minskar då hon fått de barn hon önskat. Hon får stor tillfredsställelse av att vara en älskad mor och hon sätter barnens välbefinnande före sitt eget och mannens. Då mannen får nedsatt lust har detta oftare en kroppslig orsak även om det också för honom kan bero på överbelastning och psykiska problem. Mannens vanligaste sexuella bekymmer är svårigheter med erektionen, som för många män uppfattas som kännetecknet för att kunna kalla sig man överhuvudtaget. Detta kan vara svårt att förstå för kvinnor som ju knappast har sin sexuella förmåga som kriterium på att vara kvinna. För henne räcker det med att se ut som en kvinna. De här könsskillnaderna – som kan ifrågasättas och diskuteras i det oändliga – bidrar till att våra sexuella erfarenheter måste få vara personliga. Vi har var och en vår egen sexuella historia som har format oss till det vi är i dag som könsvarelser.

ALLA MÄNNISKOR HAR sexuella möjligheter och alla människor har sexuella begränsningar. Om man ser människan som ett stränginstrument kan man säga att en av strängarna vi spelar på är sexualiteten. Då kroppen påverkas av sjukdom och sexuell lust och förmåga hotas behöver patienten och hans/hennes partner råd och stöd i dessa frågor. Målsättningen i kontakten blir att klargöra hur begränsningarna ser ut, vad de beror på och att identifiera hur möjligheterna ser ut samt ge stöd att utveckla dessa. Inte alla människor öns-

kar leva ett sexuellt aktivt liv. Detta måste också respekteras. Många som lever ensamma har inga problem av nedsatt sexuell lust och förmåga men problem kan uppstå vid en obalans mellan makarna i sexuell intresse, önskningsar och behov.

KRISBEARBETNING ÄR ETT ofrånkomligt moment i all rehabilitering. Då man råkar ut för en oönskad förändring i livet behöver man få uttrycka de känslor och tankar som detta väcker. Det vanliga är att man känner sorg och ilska över att inte få fortsätta sitt liv utan hinder på vägen. Människan verkar ha ett i det närmaste automatiskt sätt att tänka, man uppfattar avbrott i hälsa som ett straff, som man antingen försöker finna den rättmätiga orsaken till (att man har bröstit som människa) eller helt enkelt inte känner sig förtjänt av, och det river upp starka känslor av kränkning och förtvivlan då man inte kommer undan sitt öde. Det kan vara omöjligt för patienten att få uttrycka sina tunga känslor tillsammans med sina anhöriga, då alla runt patienten håller god min för att på så sätt försöka hjälpa varandra att slippa konfronteras med starka känsloutbrott. Det är inte ovanligt att patienten

t.o.m. känner skuld över att anhöriga blir drabbade av patientens hälsoproblem. Att anhöriga känner skuld över att inte kunna hjälpa patienten att slippa sina svårigheter är kanske mindre förvånande. Skuld är tyvärr en känsla som inte går att använda konstruktivt. Dessa känslor mår bäst av att tömmas ut, så att de inte hindrar andra mera användbara känslor, som att man bryr sig om en älskad släkting, att man vill göra så gott man kan och det som går att göra. Genom att tillåta att skuld-känslorna formuleras så kan de också avlastas. Inte ens om man genom ett riktigt ohälsosamt leverne har försämrat sin hälsa kan skulden komma till använd-

bara känslor, som att man bryr sig om en älskad släkting, att man vill göra så gott man kan och det som går att göra. Genom att tillåta att skuld-känslorna formuleras så kan de också avlastas. Inte ens om man genom ett riktigt ohälsosamt leverne har försämrat sin hälsa kan skulden komma till använd-

### **Sexuell förmåga i förhållande till Diabetes mellitus och njurinsufficiens**

Diabetes mellitus typ 1 och 2 (Hulter & Sundkvist 2002) samt njurinsufficiens (Palmer 2003) gör att kroppens möjligheter att reagera sexuellt kan minska. Vi vet att hypoglykemi hindrar koncentrationen i en sexuell situation och hyperglykemi leder till en uttorkning som hindrar kvinnans sexuella reaktion att bli våt i slidan (lubrikation). De komplikationer som kan utvecklas efter många år av sjukdomen, särskilt om denna skötts mindre väl, resulterar i autonom nervskada som hindrar sexuell funktion för såväl kvinna som man. Utveckling av arterioskleros i bäckenkärlen (bl.a. p.g.a. hypertoni, diabetes, rökning) kan minska möjligheten för god blodfyllnad i svällkroppsvävnaden som är av vikt för att åstadkomma sexuell funktion samt den sexuella känslan i könsorganen. Anemi samt rubbad hormonbalans reducerar ofta den sexuella motivationen.

ning för att läka sig själv och att vårda sig om sin hälsa.

Vårdpersonal med mera kunskap om och erfarenhet av krisbearbetning, i samarbete med en kunnig handledare, utgör en resurs för att kunna effektivisera rehabiliteringsprocessen, till gagn för patienter, anhöriga och sjukvårdens ekonomi. Vi som finns inom den högspecialiserade medicinska vården har svårt att föreställa oss, att vi genom att försumma den känslomässiga bearbetningen av oönskade händelser, inte heller utnyttjar patientens och anhörigas läkande resurspotential. Den medicinska forskning som fokuserar på biologiska faktorer för att stimulera hälsa utesluter inte att de andra perspektiven på människans läkande krafter existerar. Då vi tar hela människan på allvar: hennes identitet och hennes relationer, så kan betydande resurser för hälso-utveckling frigöras.

DET FINNS EN RAD åtgärder vi kan vidta för att hjälpa patient och partner till ett mera harmoniskt sexualliv. Vi bör ta tillvara möjligheten att samtala med båda i paret. Ett öppet samtal med patient och partner ger ett bättre kunskapsunderlag före bedömning av svårigheter och problem samt diagnosticering. Kommunikationen mellan parterna ger också värdefull information om patientens situation.

Vi ska uppmuntra de hälsostödjande åtgärder som ingår i den medicinska behandlingen. Vi vet att en välskött diabetes mellitus ökar möjligheterna till ett tillfredsställande sexualliv. En god dialysbehandling kan förbättra situationen för den njursjuka. En transplantation ger ofta en dramatisk återerövring av sexuella möjligheter. Många faktorer samverkar till detta. En väsentlig faktor är naturligtvis att den inre miljön och hormonbalansen normaliseras, men hela den friare livssituationen efter en lyckad transplantation kan också bidra till ett mera jämlikt sexualliv med den friskare partnern.

Efter en tid av mycken sjukdom då ett par inte har kunnat vara tillsammans sexuellt som tidigare, händer det att parterna kommer ifrån varandra helt. De upphör med all kroppskontakt. Genom en ömsesidig omtanke avstår de ifrån att uttrycka sig kärvt, visa ömhet, smekas och kyssas. Om små inviter inte längre kan leda till samlag kompliceras den tysta kommunikationen mellan parterna. Som behandlare kan man då föreslå att de ska ta sig en stund och »vila tillsammans«. Då avses att kravlöst hålla om, slappna av och att tillåta en långsam återhämtning där de sexuella känslorna så småningom kan väckas på nytt utan krav på några prestationer (= samlag).

FÖR ATT I SAMTAL kunna gå närmare in på förslag till sexuella tekniker, sexualtekniska hjälpmedel etc. behöver vårdpersonal och läkare förbereda sig genom att gå kurs som fokuserar på sexologisk kunskap, bearbetning av egna attityder till könsfrå-



gor och sexuella tillämpningar samt möjlighet att genom rollspel få erfarenhet av att hantera sexuella frågor och problem.

DEN FARMAKOLOGISKA BEHANDLINGEN av mannens sexuella svårigheter har utvecklats på senare år. Vi har nu tre något olika tabletter att erbjuda som erektionsstödjande behandling, vi har två preparat för lokal behandling av erektionssvikt och ett läkemedel som i resorbiblettform kan stimulera erektion på cerebral nivå. För att stimulera lusten kan testosteron användas. För kvinnor är de farmakologiska resurserna ännu outvecklade på det sexuella området.

Det är viktigt att påpeka att enbart ett recept på erektions- eller luststödjande farmaka inte är ett fullgott hanterande av sexuella svårigheter och problem. Patienter och partner behöver få tala mera om sin totala sexuella samlivssituation, parternas olika behov och preferenser, reaktioner på sjukdom etc. Ett parsamtal bör vara en självklar grund för ett adekvat professionellt sexologiskt omhändertagande, som underlag för korrekt sexologisk diagnos och för god behandling. ■

Text av **Birgitta Hulter**, doktor i medicinsk vetenskap och auktoriserad klinisk sexolog. Birgitta Hulter har arbetat med sexologisk rehabilitering i 10 år och driver Sesam AB med privat sexologisk mottagning i Uppsala och Stockholm. Hon är också konsulterande sexolog på Råd- och stödenheten vid Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. Hennes lärobok *Sexualitet och hälsa – begränsningar och möjligheter* utkommer hösten 2004 på Studentlitteratur. birgitta@sesam.cc. Tel: 0708-66 28 86

**Referenser:** Bacon, C.G. m.fl. (2003): *Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study*. Ann Intern Med, 5; 139(3), s. 161–8. Hulter, B. & Sundkvist, G. (2002): *Sexualitet och diabetes mellitus*. I Agardh, C-D., Berne, C. & Östman, J.(red.), Diabetes, s. 272–83. Stockholm: Liber. Palmer, B.F. (2003): *Sexual dysfunction in men and women with chronic kidney disease and end-stage kidney disease*. Adv Ren Replace Ther, 10(1), s. 48–60. Tanyi, R.A. (2002): *Sexual unattractiveness: A patient's story*. Medsurg Nurs, 11(2), s 95–9.

**Fotnot:** I texten benämns människan som hon, men resonemangen är tillämpliga även på manspersoner.