

מיניות וטרשת

נפוצה

מאת ד"ר מייקל בארט
Michael Barrett, Ph.D.



האגודה הישראלית לטרשת נפוצה

THE ISRAEL MULTIPLE SCLEROSIS SOCIETY

75 Yehuda Halevi St. Tel - Aviv 65796 Tel. 03-5609222 טל. 65796 אביב - תל
פקס: 03-5609224



מיניות וטרשת נפוצה

מאת ד"ר מייקל בארט Michael Barrett, Ph.D.

המחלקה לזואולוגיה

אוניברסיטת טורונטו
DEPARTMENT OF ZOOLOGY
UNIVERSITY OF TORONTO

יו"ר המועצת למידע ולחינוך מיני של קנדה
CHAIR, SEX INFORMATION
AND EDUCATION COUNCIL OF CANADA

תודות

האגודה הישראלית לטרשת נפוצה מודה לאגודה הקנדית הארצית לטרשת נפוצה על שהתירה לנו לתרגם ולהפיץ ספר זה ובמיוחד לגברת בוורלי בראון (Beverly Brown) מנהלת השירותים לפרט ולמשפחה – קנדה.

Translated and reprinted with permission of
the Multiple Sclerosis Society of Canada
250 Bloor St., E., Suite 1000
Toronto, Ont. M4W 3P9

עורכת: ג'נין ווסברג
Janine Vosburgh (Editor)

סגנית עורכת: חגית מסנברג

תרגום מאנגלית: תרגומי איכות – שרות תרגומים
מקבוצת מנפאואר

המרה, סריקות ועימוד: איסמן-סלע בע"מ, תל אביב

עיצוב והפקת דפוס: דפוס יונה קינן בע"מ, תל-אביב

מו"ל: האגודה הישראלית לטרשת נפוצה
רח' יהודה הלוי 75, תל-אביב 65796
טל: 03-5609222
פקס: 03-5609224

חולים ובני משפחה יקרים,

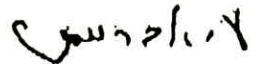
טרשת נפוצה הינה מחלה של מערכת העצבים המרכזית, אשר עלולה לגרום לסימנים נוירולוגיים שונים. מצד אחד יכולה המחלה להיות קלה מאוד ולהתבטא בהתקפים חולפים, ומצד שני יכולה המחלה להתבטא בסימנים קבועים או מתקדמים, אשר גורמים להפרעות תפקודיות.

סימני המחלה יכולים להתבטא בשיתוקים, הפרעות תחושה, הפרעות בשיווי המשקל, קשיים בדיבור, ליקויים בראייה, הפרעה בשליטה על הסוגרים וכו'. המחלה יכולה לגרום לקשיים חברתיים, אישיים ומשפחתיים.

האגודה לטרשת נפוצה מפרסמת ספרי עזר בנושאים שונים הקשורים במחלה, במטרה לשפר את תפקוד החולה ולהקל עליו ועל בני משפחתו. החוברות הן: "טרשת נפוצה ורגשותיך", "מדריך לבן הזוג הבריאי", "מיניות וטרשת נפוצה", "שליטה בסוגרים", "תנועה עם טרשת נפוצה", "שיח משפחתי", "לאמא שלי יש טרשת".

ספר זה, כמו הספרים האחרים, עשוי לעזור לכם החולים ובני המשפחה.

בברכה חמה,



ד"ר ז'יבי זיב, אבולנסיון,

מנהל המחלקה לנוירולוגיה, הדסה

יו"ר המועצה המדעית והרפואית, האגודה לטרשת נפוצה

חברים יקרים,

זה למעלה מ-20 שנה שהאגודה הישראלית לטרשת נפוצה מושיטה את ידה לכל מי שנזקק לעזרתה. האגודה שמה לה למטרה להפיץ את כל המידע אשר יוכל לסייע הן לחולים והן לבני המשפחות המלווים אותם בהתמודדות עם המחלה. אנו גאים להגיש לכם ספר זה, ובטוחים כי תמצאו בו אינפורמציה אשר תהיה לכם לעזר.

אנו מודים לאגודה האמריקנית, הקנדית, הבריטית והצפון-אירית, אשר התירו לנו לתרגם, לפרסם ולהפיץ ספרים אלה.

כיום רבות הפניות המגיעות אל האגודה. פניות אלה זקוקות למענה אך המשאבים מצומצמים. אנו פונים איפוא אל כל חברי וידידי האגודה, השותפים למטרותינו ולמאבקינו במחלת הטרשת, לעזור לנו.

כיצד תוכלו לעזור? –

1. רכשו את ספרי המידע של האגודה לטרשת נפוצה.
2. הביעו את הזדהותכם עם פעילותנו ע"י מתן תרומה, ואפילו סמלית, לאגודה לטרשת נפוצה.

הענותכם לפנייתנו מרגשת ומחממת ליבותיהם של מאות ואלפי חולים ובני משפחותיהם, אשר עבורם "טרשת נפוצה" אינה רק שם של מחלה, אלא התמודדות יומיומית ומאבק מתמשך המלווה בחוסר ודאות. אנו מברכים על כך שבחברה הישראלית ניתן למצוא אוזן קשבת, לב מבין ויד פתוחה עבור אלה שנזקקים לכך.

אמונתנו ותקוותנו כי הרפואה המודרנית תגלה את סיבת המחלה ותמצא תרופה נגדה עוד בימינו.

בברכה



ג'נין וויסברג

מנכ"ל

תוכן העניינים

7	הקדמה
9	מין ומיניות
11	שינויים מיניים מניסיונם של אנשים עם טרשת נפוצה
13	אנשים שאינם חלק ממערכת זוגית וטרשת נפוצה
16	גברים הומוסקסואלים, נשים לסביות וטרשת נפוצה
19	שינויים בתגובה המינית אצל גברים חולי טרשת נפוצה
20	שינויים בתגובה המינית אצל נשים חולות טרשת נפוצה
22	מחזור התגובה המינית וטרשת נפוצה
22	שלב התשוקה
24	שלב העירור
25	זקפה וסיכוך הנרתיק
26	מערכת העצבים והעירור המיני
30	השפעת "חרדת הביצוע" על העירור המיני
31	שלב האורגזמה
33	שיחות על מין
35	רעיונות לבירור שאלות מטרידות בחיי המין
39	אסטרטגיות לטיפול בבעיות בחיי המין
39	הליכים רפואיים לטיפול בליקויים בזקפה
42	שליטה בסוגרים ונושאים אחרים של היגינה
44	שיפור יחסי המין
47	פוריות ומניעת היריון
49	היריון וטרשת נפוצה
51	סיכויי הילדים לחלות בטרשת נפוצה
53	תרופות
54	דיכאון וגורמים נפשיים אחרים המשפיעים על המיניות
56	ייעוץ וטיפול בבעיות בחיי המין
58	האגודה הישראלית לטרשת נפוצה וקבוצות תמיכה
60	ביבליוגרפיה

הקדמה

אני מקווה שהחולים בטרשת ובני/בנות זוגם יוכלו להיעזר במידע המובא בספר זה ויוכלו לשאוב ממנו עידוד וביטחון לגבי אחדות מהשפעותיה של הטרשת הנפוצה על מיניות ועל מערכות יחסים. החוברת כוללת ממצאי מחקרים עדכניים, דנה במיומנות תקשורת ובשיפור חיי המין, מפרטת מקורות מידע חדשים ומציעה מספר גישות חיוביות להתאמת חיי המין לטרשת נפוצה. הפרק העוסק בהשפעותיה של טרשת נפוצה על התפקוד המיני מסביר את חלקם של גורמים גופניים שונים בבעיות מיניות שגרתיות, ומתאר שינויים שערכו אנשים בחיי המין כדי להתאימם למצב החדש. מטרת הספר לטפל באופן מאוזן בנושאים העיקריים המעסיקים נשים וגברים חולים בטרשת ובני זוגם, ולהציגם באופטימיות ובמידה של הומור.

זה ניסיון לשלב את ההיבטים הגופניים, הרגשיים והחברתיים של חיי המין ולהגדיר מיניות במובנה הרחב ביותר. לגביי, פירוש הדבר ציפיותיכם מעצמכם כגברים וכנשים, הדימוי העצמי וההערכה העצמית שלכם, ראייתכם את עצמכם כאנשים מושכים או לא מושכים, והרגשות והתסכולים הנובעים מהתפקיד שאתם ממלאים כבעלים, נשים, מאהבים, הורים, מפרנסים, אנשי קריירה וכו', בין אם בחרתם למלא תפקיד כזה או אחר ובין אם הוטל עליכם על ידי החברה. לכל הנושאים האלו קשורים ההיבטים הגופניים והארוטיים של המיניות. לדעתי, יש להקדיש תשומת לב מיוחדת לתשוקה ולהיענות מינית לא משום שעירור מיני ואורגזמה הם העיקר בחיי מין מספקים, אלא משום שלשינויים בהיבטים הגופניים של תגובה מינית יש לא פעם השלכות על תחומים אחרים, ביניהם דימוי עצמי והערכה עצמית.

ברור לי שחלק גדול של דבריי אינו מתאים בדיוק למצבכם האישי, ויהיו אף דברים שיישמעו פשטניים מדי, בייחוד כשאומר אותם מי שאינו חולה טרשת נפוצה ואינו יכול "לחוות" את תחושותיכם. לכן

ניסיתי להביא דוגמאות ותובנות מניסיונם של חולי טרשת – רווקים ונשואים, פרודים וגרושים, צעירים ומבוגרים, הטרוסקסואליים, הומוסקסואלים ולסביות – ולהביא דוגמאות רבות מהספרות הדנה במיניות ובמוגבלות.

החוברת מטפלת בבעיות מיניות שחולי טרשת עשויים להיתקל בהם במהלך חייהם. ולכן ייתכן שקריאת כל החוברת בפעם אחת תהיה משימה כבדה מדי, בייחוד אם טרשת נפוצה אובחנה אצלכם או אצל בן/בת זוגכם רק לאחרונה. יתכן שהמידע על כל התחומים ה"בעייתיים" האפשריים יטיל עליכם מעמסה כבדה מדי. קשיים כאלו עלולים להתעורר בחייו של כל אדם, לא רק אצל חולי טרשת, ואולם אין לתת לקשיים להשתלט על המיניות שלנו. וכך מציגה זאת אישה המכירה בקיומם של רגשות אשמה, כעס ועייפות שהיא ובן-זוגה מרגישים מדי פעם, משום שהוא חולה טרשת:

"אלמלא אילצו אותנו הנסיבות לפתח את יחסי המין שלנו, יתכן שלעולם לא היינו מגלים עד כמה עמוקים ומגוונים הם הרגשות והחוויית שיש לנו כיום בכל תחומי חיינו, ולא רק בחיי המין שלנו".

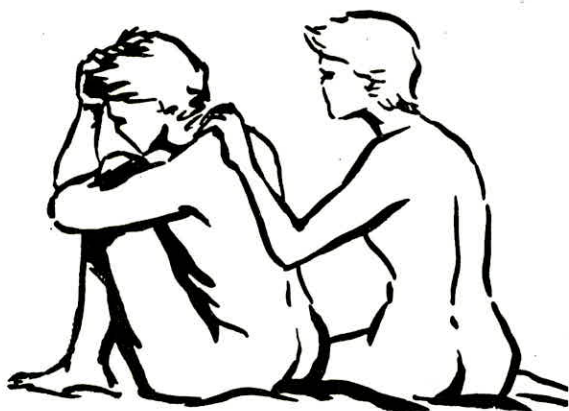
הייתי רוצה שחוברת זו, לכל אורכה, תשא מסר חיובי זה. אני מקווה שגם העוסקים בתחומים שונים של טיפול רפואי ובתחומי עזרה אחרים ימצאו בחוברת זו משאב מועיל, ויראו בה הזמנה לטפל בפתיחות בדאגותיהם של חולי טרשת בכל הקשור למין, וגורם שידרבו אותם, בשעת הצורך, לעשות למען הסברה וייעוץ חיוביים בכל הקשור למין, הסברה וייעוץ שיש בהם כדי להעשיר את חיי בני האדם.

מין ומיניות

במהלך בדיקה רפואית שגרתית פנה הרופא החדש לרחל ושאל: "האם חשת בשינויים בחיי המין שלך הנובעים מהטרשת?". אף שדיברה בחופשיות על מין ונהנתה מיחסי המין שקיימה עם יגאל לפני נישואיהם ובמהלכם, השאלה הפתיעה אותה מעט. היא התחמקה מתשובה מחייבת וענתה שיחסייהם "ידעו עליות ומורדות". שניהם צחקו מהשמעות הכפולה של התשובה, אבל לא המשיכו לעסוק בנושא. לאחר מכן, כשחשבה רחל על הדברים, נוכחה שאכן חלו לא מעט שינויים מאז אובחנה אצלה המחלה לפני חמש שנים. יחסי המין שמקיימים היא ובעלה כבר אינם תקופים כשהיו, בין השאר בשל עייפותה, אבל גם משום ששניהם אינם מגלים עוד עניין מיוחד להתחיל בכך. המשחק המוקדם שלהם כלל תמיד הרבה נשיקות וגירויים ידניים, כך שלא נדרשו שינויים רבים, כאשר נוצר אצלה לאחרונה צורך בגירוי ישיר יותר כדי להגיע לאורגזמה. היא חששה מאותן "תאונות" של שלפוחית השתן, והניחה שמקרים אלו יחד עם השינויים בתחושותיה באיברי המין, בשיווי המשקל וברמת האנרגיה שלה, גרמו לירידה בהיענותה. יגאל גילה הבנה אבל היא לא יכלה להימנע מהמחשבה שמצבה דוחה אותו. אין ספק שהיה עליה להתאמץ כדי להרגיש טוב עם עצמה נוכח השינויים האלו, אבל הקושי העיקרי נבע מהתנודות במצבי רוחה ומעייפותה. במבט לאחור תהתה האם בשאלתו התכוון הרופא להשפעתם של השינויים הגופניים על תגובתה המינית או לרגשות הקשורים למיניותה. היא גם תהתה אם נשים וגברים חולי טרשת מרגישים כמוה וכיצד הם מתמודדים.

השאלות שבהן נתקלת רחל כוללות היבטים רבים ושונים של ה"מיניות", מונח הכולל תגובות מיניות גופניות (כולל היכולת לחוות התרגשות מינית ואורגזמה), פוריות והאפשרות להיות לאם, התייחסות להופעתה ולמידת המשיכה שלה בעיני עצמה ובעיני בן-זוגה (או בעיני

בני זוג פוטנציאלים אם אין מערכת יחסים קבועה), יכולת לעסוק בפעילות מינית (המושפעת מעייפות, משיווי המשקל, מעוויות וכו') התקשורת עם בן-הזוג ומערכת יחסיהם (המושפעות מהשינויים במצבי הרוח), היכולת להמשיך בפעילויות יומיומיות, וההרגשה שהיא משתלבת במסגרת הרחבה של משפחה, חברים וחברה, המקבלת אותה ותומכת בה. לכל אלו קשורים גם הדימוי העצמי של רחל והערכתה העצמית, שהם היבטיה הלא מוחשיים של המיניות, תוצרי לוואי של רגשותינו כלפי עצמנו ושל תגובתם של אחרים כלפינו.



ד"ר ג'ורג' שץ Szasz, מטפל וחוקר באוניברסיטת בריטיש קולומביה, מציין ששינויים בהערכה עצמית ובדימוי עצמי המלווים לעתים מצבים של מוגבלות, נובעים במקרים רבים משינויים בהיבטים מסוימים של חיי המין ושל החיים החברתיים. הרגשתנו כלפי עצמנו מושפעת ממה שלדעתנו עלינו להיות מסוגלים לעשות ומתגובותיהם של אחרים כלפינו. האם עדיין אהיה מושך בעיניה? האם אני יכול להיות מאהב טוב? מדוע ההתעוררות המינית אצלי איטית? האם הזקפה שלי תישמר? האם תהיה לי אורגזמה? איך אוכל לקיים חיי מין כשאני תמיד עייף? האם בן/בת זוגי ימשיכו לאהוב אותי? מה יקרה אם אאבד שליטה על שלפוחית השתן בעת קיום יחסי מין? באיזו מידה אני יכול לשתף בן זוג

פוטנציאלי, ומתי? האם אוכל להרות או להוליד ילד? האם אערער את ביטחוני של בן זוגי אם אציע לו שינויים ב"שגרת" חיי המין שלנו? איך אוכל לגלות עניין במין כאשר אני מתמודד עם כל הדברים האחרים הקשורים לטרשת נפוצה? איך אוכל להביא לכך שאנשים יראו בי אדם מיני ולא אדם מוגבל?

כיוון שבחברה שלנו קיים קשר הדוק בין מין להערכה עצמית, "הביצועים שלנו" בתחומים אלו של גופניות ושותפות בחיי המין יכולים להשפיע השפעה ישירה על הדימוי העצמי שלנו. היכולת לשוחח על הנושאים האלו עם בני זוג או עם בני זוג פוטנציאליים, היא דרך אחת להגיע לנושאים המקיפים והעמוקים יותר של מיניות הכוללים קבלה עצמית, אמון ואהבה. נושאים אלו עשויים להטריד גם את מי שאינם מגלים עניין מיוחד במערכת יחסים מינית. עשויה להטריד אותם גם העובדה שבשל היותם חולי טרשת מתייחסים אליהם לעתים בהתאם לסטראוטיפ המקובל של חולי טרשת. בשלשת הפרקים הבאים אעסוק בשינויים בתפקוד המיני ובמערכות יחסים הקורים לעתים אצל חולי טרשת, בהסברים אפשריים לאותם שינויים, ובאסטרטגיות המאפשרות לשוחח עליהם.

שינויים מיניים מניסיונם של חולי טרשת נפוצה

תופעה שכיחה היא שאצל אנשים הנמצאים בתהליך הסתגלות לאי-הוודאויות של טרשת נפוצה ניכרת ירידה בעניין שהם מגלים במין, בתדירות יחסי המין ובהנאה מהם. מניחים שתופעות אלו הן תוצאה ישירה של המצב (כגון, השפעות תפקודיות על תחושה, תנועה וכ"ו), תוצאה עקיפה הנובעת מלחץ נפשי וחברתי ומהסחת הדעת המלווים כל שינוי מהותי בחיים, או תוצאה אינטראקטיבית – המשלבת את שניהם

(Barrett, 1984). אין פלא אפוא שהדבר משפיע גם על בני הזוג מאחר שנוכח המצב גם הם עשויים להרגיש כעס, אשמה, תסכול וייאוש מובנים. מה שאולי מפתיע הוא מידת השפעתן של גישות והנחות תבוסתניות למין בכלל ול"ביצועים" ותפקידים מיניים בפרט, המגבירות את השפעתה הישירה של הטרשת הנפוצה על תשוקה, גירוי, אורגזמה או פעילות מינית.

באילו שינויים בתפקוד המיני נתקלים חולי טרשת? ג'ורג' שץ ועמיתיו חקרו 37 גברים ונשים חולי טרשת לפי מדד ביצועים מיניים (SFS – Sexual Functioning Scale) כדי לקבוע כמה מהם צמצמו את יחסי המין או הפסיקו אותם לחלוטין (Szasz et al. 1984a). 50% מנבדקי המדגם היו בני פחות מ-40, 64% היו נשים, 62% נשואים, 38% רווקים, גרושים, אלמנים או פרודים, ואצל מחציתם התפרצה טרשת נפוצה לפני פחות מ-10 שנים. 55% אמרו שרמת הפעילות המינית שלהם זהה לזו שהייתה לפני טרשת נפוצה ו/או שאין להם בעיות מיניות כגון "שינויים בתחושות קודמות באברי המין, בזקפה ובשפיכה אצל גברים, ומידת סיכוך הנרתיק והאורגזמה אצל נשים". בין האחרים היו כאלו שפעילותם פחתה ו/או שחוו בעיות בתפקוד המיני או שלא קיימו כל פעילות מינית (במשך שבועות, חודשים או אפילו שנה) ויותר ממחציתם היו מוטרדים מהמצב ורצו "לחזור לדפוסי הפעילות המינית הקודמים וליכולת התפקוד הקודמת".

התלונות השכיחות ביותר אצל אלו שטענו שהם מוטרדים היו: "אני לא יכול לספק את בן הזוג", "אין לי חשק למין", "אני לא מצליח להגיע לסיפוק עצמי", "אני לא יכול להיות גבר", "לבן הזוג אין חשק למין" (Szasz et al. 1984a,b). רבות מהבעיות ה"מסורתיות" שמתארים חולי טרשת קיימות גם באוכלוסייה הכללית, וללא כל קשר למקורן יש להניח שנגיב עליהן רגשית. פירוש הדבר הוא שכשאנו מחפשים את הגורם ה"גופני" לבעיה מסוימת (כגון, היעדר זקפה, היעדר אורגזמה) עלינו לזכור גם את הגורמים ה"נפשיים". כמו כן, יש להביא בחשבון גם

גורמים חברתיים המגבילים את זכויותיהם המיניות של אנשים מוגבלים ואת ההזדמנויות הפתוחות בפניהם. חשבתי לפתוח בהיבטים הגופניים של מיניות וטרשת נפוצה, משום שהם המעוררים עניין אצל אנשים המרגישים שינויים בתגובה המינית, אבל אני סבור שלמד החברתי של מין נודעת חשיבות רבה, ולכן יש לברר את השאלות התפקודיות בהקשר החברתי. ומכיוון שדוגמאות רבות בחוברת זו מכוונות יותר לזוגות או למי שכבר נמצאים במערכות יחסים ממושכות, אפתח דווקא במי שאינם חלק ממערכת יחסים כזאת.

אנשים שאינם חלק ממערכת זוגית וטרשת נפוצה

המונח האנגלי "סינגל" (single) התייחס בעבר לכל מי שאינו נשוי, אבל כיום מקובל להשתמש בו כשמדובר במי שאינו חלק ממערכת יחסים זוגית. נראה שהחברה רואה במערכת זוגית את המצב הרצוי ולכן מניחה שאנשים חיים במערכות זוגיות או שואפים לחיות במערכות כאלו. פרסומות מיועדות למכור לכם מוצרים שישפרו את סיכוייכם למשוך אליכם בני זוג. טרשת נפוצה מאובחנת לרוב בין הגילים 20 ו-40, ולכן יש להניח שלרבים מכם היו מערכות יחסים שאולי הסתיימו בפירוד, בגירושים וכד'. אם ברצונכם להתחיל מערכת יחסים חדשה או לבסס מערכת יחסים בראשית דרכה, ייתכן שיהיה לכם עניין בגורמים אחדים הקשורים לטרשת.

רבים מהשינויים בתפקוד הגופני שכבר הוזכרו ועוד יובאו ביתר הרחבה בהמשך, דורשים שינויים לוגיסטיים ושינוי גישה כאחד. אם אתם רתוקים לכסא גלגלים או מתקשים לשמור על שיווי המשקל ולהתנועע, ייתכן שאנשים בריאים בגופם לא ידעו כיצד להגיב על מצבכם או יחששו לפתח אתכם יחסים אינטימיים. אתם עשויים

לחשוש פן תדחו אם תזמו פנייה למישהו שאתם נמשכים אליו. ייתכן שאין לכם עוד המיומנות הדרושה לתקשורת מילולית ולתקשורת בלתי מילולית המביאות אנשים להתעניין בכם ומגלות את התעניינותכם בהם. תנאי המגורים שלכם עלולים להגביל את הפרטיות או את האפשרות לפגוש אנשים. הדבר נכון במיוחד לגבי מי שמתגוררים במוסדות, אף שיש מוסדות המקימים ועדות לענייני מיניות, מקצים חדרים להתייחדות ומתווים מדיניות התומכת בזכויותיהם המיניות של אנשים מוגבלים.

אם אתם זקוקים למטפל צמוד, הדבר עלול להיות מחסום לביטוי מיני, אלא אם אתם יכולים לבטא את רצונותיכם ואת צרכיכם באופן ברור ודיסקרטי. זה לא קל אם אתם ביישנים, או רוצים לשמור על פרטיות חיי המין שלכם, או שאתם מתקשים לראות את עצמכם כאנשים מיניים הראויים למערכת יחסים ולהנאה. אם בן-הזוג צריך גם לטפל בכם ייתכן שאתם תוהים איך ומתי להעלות את הנושא. כמו כן, אם הרגשתם שינויים בתגובותיכם המיניות במפגשים קודמים, ייתכן שתחששו מהתנסות חוזרת או שלא תדעו איך להקדים ולהעלות את הנושא בפני בן/בת הזוג.

יש כמה נושאים משותפים לבעיות אלו ולבעיות אחרות שאולי נתקלתן בהן. ביניהם: דימוי גופני והערכה עצמית, ציפיות מהתפקוד המיני ומהתפקוד המסוים כשותף למגע מיני, הנחות שגויות לגבי מוגבלות, והצורך בתקשורת אפקטיבית, בעיקר בין גברים ונשים בעלי רקע חברתי שונה שממנו עשויים לנבוע הבדלים בכל הקשור להתנסותם במיניותם ולפירוש שהם נותנים לה.

ניקח למשל את סיפורה של מיכל, בת ה-39, החולה בטרשת נפוצה זה עשר שנים. לפני ארבע שנים התגרשה אחרי תקופה ארוכה שבה היתה נתונה לביקורת שכמעט מחקה את הדימוי העצמי שלה. מאז ומתמיד העריכה את הופעתה ואת מבנה גופה האתלטי כחלק ממיניותה, ואולם התנהגותה המוחצנת הסתירה כמיהה לאינטימיות ולביטחון בנישואיה.

מאז הגירושים היו לה שתי מערכות יחסים אבל שני הגברים התנהגו כאילו עניינם הוא במין בלבד. כמו כן חשה שהם מרגישים שהם עושים לה טובה, ושעליה להיות אסירת תודה על תשומת הלב שלהם כלפיה. היא מתקשה למצוא בן-זוג שיתייחס אליה במישור הרגשי והאינטלקטואלי וגם הגופני, כמובן. יש לה סיפוק בחיי החברה ובעבודה, והיא תוהה אם מערכת היחסים שהיא רוצה היא דבר מציאותי, ואם כדאי בכלל להתאמץ להשיגה.

שלמה, בן ה-47, מנסה להיות שחקן פעיל במגרש המיני אף שתסמיני הטרשת, בעיקר הבעיות בשיווי המשקל והעייפות מקשים מאוד על כל ההיבטים של חיו. כיום הוא מבין שדמות האדם האסרטיבי ה"שולט במצב" שהציג בעבודה ובחיי הפרטיים עומדת בסתירה לחוסר הביטחון הגובר שלו לגבי תגובותיו המיניות ו"ביצועיו" בשטח זה. לדבריו "כללי המשחק משתנים לחלוטין בשל החשש מאיידס ומחלות מין מידבקות אחרות ושינוי היחסים בין גברים לנשים בחברה שלנו".

ג'וזף נווינסקי (Joseph Nowinski, 1984) מציין ששלמה אינו צריך לוותר על כל ההיבטים המסורתיים של גבריותו, רק משום שהחברה שלנו הועידה לגברים תפקידים מיניים מסוימים. הבעיה נובעת מ"נטייתנו להגביל גברים לתסריט אחד ונשים לאחר, כדרך היחידה לבטא את מיניותם". לדבריו, פעמים רבות מתעוררות בעיות אצל גברים "כשהם מנסים לענות על ציפיות מוגזמות, להתאים לסטריאוטיפים המתעלמים מרגישויותיהם ולהגביל את הביטוי של מיניותם לתפקיד המאצ'ו". "מעניין", מציין נווינסקי, "שאנחנו מלמדים נשים לצפות מגברים לאותם דברים שהם מצפים מעצמם".

אם אין לכם בן זוג ייתכן שיהיה עליכם לשאול את עצמכם כמה שאלות. מה ציפיותי ממערכת יחסים ומה אתרום לה? האם אני מעוניין במישהו שידאג לי ויטפל בצרכי הגופניים או שאני מקווה ליחסים הדדיים? האם אני מחפש חברה? האם בדידות וזקנה מטרידים אותי? האם אני אופטימי או מדוכדך לגבי אפשרויותי המיניות ולגבי סיכויי למערכת

יחסים ארוכת טווח? האם באמת יהיה לי טוב יותר עם מספר חברים אמיתיים ופחות מעורבות במערכת יחסים זוגית? באגודה הישראלית לטרשת נפוצה מתקיימות קבוצות תמיכה שבהן תוכלו להתייעץ עם "בעלי ניסיון". להחלפת דעות מסוג זה אפשר להקדים הרצאה בנושא, הקרנת סרט או כל פעילות מתוכננת אחרת שתתן למשתתפים "אישור" לדבר על נושאים אלו. כשד"ר נווינסקי מוזמן להרצות במפגשים כאלו, הוא פוגש אנשים שבנסיבות מתאימות מוכנים לחלוק עם אחרים את ניסיונם העשיר ואת התובנות שרכשו. יש חולי טרשת שיתרחקו ממפגשים אלו רק משום ש"אינם רוצים שישייכו אותם לקבוצת אנשים עם מוגבלות כלשהי". כדאי לחקור גם רגשות אלו במסגרת הרחבה יותר של הציפיות ממערכות יחסים ומין.

גברים הומוסקסואלים, נשים לסביות וטרשת נפוצה

במהדורה הקודמת של חוברת זו (1982) כתבתי: "ההנחה שאדם הוא הטרוסקסואלי הרווחת בחברה שלנו שולטת גם בספרות על מיניות ומוגבלות. לפיכך יקשה על ההומוסקסואלים החולים בטרשת למצוא בספרות התייחסות לצרכים המיניים ולבעיות המיניות של נשים וגברים הומוסקסואלים בעלי מוגבלות".

לצערי, מאז השתפר המצב רק במעט. אף שקיימת ספרות עניפה בנושא יחסים בין הומוסקסואלים, כמעט לא מצאתי דבר על נשים וגברים הומוסקסואלים בעלי מוגבלות בכלל, וחולים בטרשת נפוצה בפרט. יש להניח שרבות מהתנסויותיהם של גברים ונשים חולי טרשת המתוארות כאן משותפות גם לכם, אבל אני סבור שהומוסקסואל החולה בטרשת עשוי להיקלע למצבים ייחודים הנובעים מהיותו חלק מ"מיעוט בתוך מיעוט" (Stewart, 1979). ייתכן למשל שאתם מתקשים למצוא אנשי

מקצוע בתחום הבריאות שיש להם גם ניסיון בטיפול בטרשת נפוצה וגם הבנה לבעיותיהם המיוחדות של הומוסקסואלים – יחידים וזוגות. לאגודה לטרשת אין עדיין ניסיון והיא לא תוכל לקשר אתכם לארגוני חברים כמותכם.

גילה בת ה-31, שיתפה את הוריה בנטיותיה המיניות זמן קצר לפני שאובחנה אצלה טרשת נפוצה. הוריה התקשו להשלים עם היותה לסבית, אבל תמכו בה ועזרו לה להסתגל להשפעתה הגופנית של הטרשת על עבודתה ועל חיי החברה שלה. גילה החלה בפעילות מינית בגיל מאוחר יחסית לחבריה, וממש כשהחלה ליהנות הנאה מלאה ממיניותה, הרגישה שראייתה מתערפלת, שהיא מאבדת את שיווי המשקל ואת התחושה ברגליה. לאחרונה קשה לה להרגיש חופשייה מבחינה מינית ולהגיע לסיפוק מלא. היא לא יודעת אם זה הטשטוש התוקף אותה לפעמים בהשפעת התרופות, עוויתות השרירים המופיעות מדי פעם וגורמות לה להרגיש שאינה מושכת, או החשש שבנות זוגה יירתעו מאיטיות תגובתיה. בהחלט ייתכן שהגורם להרגשתה היא הטרשת עצמה. היא כועסת על עצמה כשהיא ממעיטה בערך עצמה או מבקרת את עצמה כאילו היא האשמה בכך שחלתה בטרשת.

בספר "הכל אפשרי" (Yvonne Duffy, 1981), ייחדה הסופרת פרק לתחושות ולחוויות של נשים לסביות בעלות מוגבלויות. חלק מהנשים שהיא מצטטת מתארות אמנם התנסויות שליליות של דחייה ע"י המשפחה בשל נטיותיהן המיניות או הימנעות מפנייה לבנות זוג אפשריות בגלל הבושה במגבלותיהן, אבל היו אחרות שהדגישו דווקא את הערכתן העצמית הגבוהה, ואת הסיפוק והרגשת החוסן והקבלה העצמית שמעניקים יחסים אינטימיים מתאימים. דאפי ממליצה על הספר "סאפיזם: ספר על מיניות לסבית" (Sapphisty The Book of Lesbian Sexuality, by P. Califia, 1980) והוא אחד הבודדים שאני מכיר שדן בין היתר גם במיניותן של נשים לסביות מוגבלות.

מחלת הטרשת של גד הגיעה למצב שלא איפשר לו עוד לחיות חיים

עצמאיים בדירתו, ומאהבו שאול לא יכול היה לטפל בו, כי טיפול כזה חייב אותו להיעדר זמן רב מדי מעבודתו. גד עבר למוסד לחולים כרוניים, והוא שוהה בו כבר ארבע חודשים. המוסד אינו ערוך כדי לספק לגד את חיי החברה הדרושים לו כאוויר לנשימה או לאפשר לו להתייחד עם שאול בפרטיות, למרות בקשותיהם הרבות בעניין. גד היה מתוסכל מבחינה מינית, והתגעגע לקרבה הגופנית ולליטופים. כשנגעו גד ושואל זה בזה, עורר הדבר מבוכה לא מוסתרת אצל שאר הדיירים והצוות. לגד היו גם שאלות לגבי השינוי שחל במשך השנה בתגובותיו המיניות, בעיקר לגבי הירידה ברגישות לגירוי אנאלי שתמיד הסב לו עונג רב. הוא לא ידע למי לפנות ומה תהיה התגובה אם יפנה. הוא ידע שיש במוסד עוד אנשים המוטרדים בשאלות כאלו.

היעדר פרטיות וצמצום מספר ההזדמנויות למגע ולאינטימיות הם בעיה המשותפת לכל האנשים המתגוררים במוסדות. לדעתי המחסומים שמקורם בהתייחסות הסביבה ובגורמים מינהליים המגבילים את זכויותיהם המיניות של אנשים מוגבלים מבחינה גופנית, גבוהים עוד יותר כשמדובר בהומוסקסואלים ולסביות יחידים וזוגות. ואולם ראיתי גם די מקרים של דאגה כנה מצד אנשי המקצוע במוסדות ומחוץ להם, ומקרים אלה נוטעים בי אופטימיות זהירה להאמין שברצון טוב טמון הפוטנציאל לשיפורים של ממש הן בגישה והן במדיניות.

בנוסף לנושאים שהוצגו במקרה הקודם, גברים הומוסקסואלים החולים בטרשת, בני משפחותיהם וחבריהם מתמודדים גם עם ההשלכות החברתיות של איידס HIV/AIDS. ביניהן: צער על אובדן חברים קרובים, דאגה לבריאותו של הפרט, וכעס על השפעתה המחניקה של האפליה. החברה כולה מושפעת אמנם ממחלת האיידס, אבל אני סבור שהומוסקסואלים ואנשים בעלי מוגבלויות מכירים בהשפעה השלילית שיש להתייחסות כזאת על כל היבטי החיים כולל ההערכה העצמית.

שינויים בתגובה המינית אצל גברים חולי טרשת נפוצה

בין 26% ל-75% מאוכלוסיית הגברים החולים בטרשת דיווחו על קשיים בזקפה. הנתונים שונים בהתאם לגיל, למשך המחלה ולחומרת התסמינים. (Vas, 1969; Lilius et al., 1976; Goldstein et al., 1982;). הובע גם חשש משפיכה מהירה (שפיכה מוקדמת) ומליקויים בתפקוד האורגזמי או בשפיכה אם בקשר לבעיות בזקפה או ללא קשר לבעיות כאלו כפי שנראה בהמשך (ראה Schover et al., 1988).

Stenager ואחרים (1990) דיווחו על ירידה בתכיפות הפעילות המינית ו/או על בעיות מיניות אצל 33 מתוך 52 גברים שוודיים חולי טרשת. בין התלונות שהועלו היו זקפה לקויה, שפיכה מוקדמת, שינוי בתחושות הפין, ירידה בתשוקה המינית וליקוי באורגזמה. מעניין לציין שרק 45% מהגברים שהרגישו שינויים בפעילות המינית או בתגובה המינית אמרו שהשינוי מדאיג אותם.

אני סבור שהדגש על זקפה ואורגזמה הרווח בספרות העוסקת במיניות הגבר ומוגבלות אינו משקף רק התעניינות בבעיות "טכניות" שאפשר להסבירן ולטפל בהן בכלים רפואיים, אלא גם את המשמעות הסמלית שמייחסת החברה שלנו למושג גבריות. כך מתאר זאת D. H. Hall (שם בדוי) שאת דבריו הביא Robin Frames (1989):

"הרגשתי מבוכה ובושה עמוקה על כך שאני אימפוטנט. זה היה קשור לגבריות שלי – לא רק להיותי מאצ'ו או מסוגל להחזיר מכות או להוביל בספורט – אלא לעצם היותי זכר. זו תחושה עמוקה מאד וקשה להודות בה בפני עצמך, לא כל שכן בפני אחרים... אתה לא מפטפט עם שכן מעבר לגדר ואומר לו "היי, כבר סיפרתי לך שאני אימפוטנט...?"
כתב אדם אחר על הקושי שלו להגיע לזקפה ולאורגזמה:

”עכשיו אנו הולכים למיטה בידיעה שאולי זה יצליח אבל כנראה שלא. אני מרגיש ניכור כלפי פעולה זו, שיכלה להיות חוויה נפלאה. אני מכיר דרכים להגביר את תגובותי ורגשותי המיניים, אבל איני משוחח עם אשתי על שיטות אלו. היא תמיד רואה עצמה אחראית לכישלוני... חרדתה של אשתי לגבי מצבי מחדדת את המודעות שלי לתסכול, ואנו מאבדים את הספונטניות וההתלהבות שלנו...” (Pulton, 1989).

שינויים בתגובה המינית אצל נשים חולות טרשת נפוצה

נערכו הרבה פחות מחקרים על השפעתה הספציפית של טרשת נפוצה על התפקוד המיני של נשים. בקבוצה של 25 נשים שוודיות חולות טרשת (בנות 20-42, ברמת מוגבלות של 1-2 מתוך סולם של 6), נמצא של-52% כלל מביניהן היו בעיות כלשהן בתפקוד המיני. הבעיות הופיעו בדרך כלל בפתאומיות והנשים לא הכירו אותן לפני הופעת המחלה (Lundberg, 1978). הבעיות העיקריות היו יובש בנתיק (שני שלישים דיווחו על בעיה זו), שינויים בתחושות באברי המין שגרמו לעתים הרגשה מאוד לא נעימה בעת גירוי של הנתיק או הדגדגן וקושי להגיע לאורגזמה. כל הנשים למעט אחת המשיכו לקיים יחסי מין אם כי בתדירות נמוכה מבעבר. החוקרים Schover & Jensen (1988) טוענים, על סמך ארבעה מחקרים נפרדים שערכו, שבעיות באורגזמה עשויות להופיע אצל שליש עד מחצית מהנשים החולות בטרשת (Lilius et al., 1976; Lundberg, 1978; Minderhound et al., 1984; Valleroy and Kraft, 1984).

מנתוני מחקר שערכו לאחרונה Stenager ואחרים (1990) עולה ש-32 מתוך 65 נשים שוודיות חולות טרשת דיווחו על ירידה בתדירות הפעילות המינית ו/או על בעיה מינית כלשהי. ואולם, רק 12% מתוך

אותן 32 נשים אמרו שהן מוטרדות מן השינויים האלו אשר כללו שינויים בתחושות באזור אברי המין, יובש בנרתיק וירידה בתשוקה המינית.

נשים הסובלות מבעיות נוירולוגיות המתבטאות בתופעות דומות לאלו של טרשת, מתארות השפעות ישירות דומות על תגובותיהן המיניות (Bergman, 1987). אפשר להסביר זאת, גם אם באופן חלקי, בהשפעת הטרשת על שינויים בתפקוד העצבי (מתואר בהמשך) אבל גם להשפעות עקיפות נודעת חשיבות. לדוגמה, Szasz ואחרים (1984b) מתארים את ניסיונה של אישה בת 23, חולת טרשת זה שנתיים. לפני שאובחנה אצלה המחלה השתמשה בוויברטור כדי להגיע לאורגזמה. מאז האבחון התייצב אמנם מצבה, אבל נותרו קשיים בקואורדינציה, עווית קלה, השפעות קלות על הראייה, וחוסר ביטחון בשליטה בסוגרים. היא סיפרה שאיבדה עניין במין לתקופה מסוימת לאחר שאובחנה, ולא השתמשה בוויברטור במשך יותר משנה. כשחזרה להשתמש בוויברטור התברר לה שהיא מרגישה ריגוש מיני אבל אינה יכולה להגיע לאורגזמה. היא התייאשה וחשבה שהטרשת מעכבת את תגובתה. וכך תיארה זאת: "כעסתי על הגוף שלי – למה הוא לא מתפקד?" אחרי ייעוץ קצר ושיעורי בית – "תרגילים" שבהם בדקה את תגובותיה המיניות, חזרו אליה האורגזמות. יתכן שההשפעות הנוירולוגיות של הטרשת היו בין הגורמים שמנעו ממנה להגיע לאורגזמה, אבל ייתכן מאוד שמלבד השפעות הטרשת פעלו גם גורמים נוספים כמו כעס, חרדה, דיכאון או תחושת ה"כישלון" שנבעה מכך שלא הגיבה.

רבים מהשינויים בתגובות המיניות של חולי טרשת נובעים משילוב של גורמים גופניים, נפשיים וחברתיים. גם אם נראה לכם שה"בעיה" המקורית נובעת מהשפעה ישירה של הטרשת, הרגשותיכם (או תגובתו של בן-זוג) הם חלק מהזיכרון שילווה אתכם בהתנסויות המיניות הבאות. אם ההשפעות הנוירולוגיות של טרשת תורמות להיעדר זמני של זקפה, ליובש זמני בנרתיק או להיעדר זמני של אורגזמה, המחשבות על

כבר ממילא ירוד, עלול להרגיש שהם אנוכיים, מתלוננים או מאיימים. מכל מקום, אנו יודעים מעט מדי על מה שקורה באמת לבני זוגם של חולי טרשת.

שלב העירור

"לפעמים אנחנו הולכים למיטה ואני מרגיש סקסי אבל נראה שאשתי מגרה ומגרה את הפין שלי, אבל אני לא מגיע לזקפה".

"אני מסתכל בחוברות אירוטיות ויוצר פנטזיות במוחי כדי להגביר את ההתרגשות הנפשית. קורה שאני לא מצליח להגיע לזקפה כפי שהכרתי, אבל אני לומד להירגע ולא לשים לב למצבו של הפין".

"התברר לי שיש לי רגישות רבה מאוד בפטמות ולפעמים גם באזורים מסוימים סביב הדגדגן. למדתי לגרות את עצמי ולהראות לבן זוגי את המקומות הנעימים לי ביותר".

"בתקופה מסוימת הוא התאמץ כל-כך להביא אותי לאורגזמה עד שזה הפך לכעין עבודה. ככל שהתאמצנו יותר הצלחנו פחות. לא ידעתי אם חוסר התגובה שלי קשור לטרשת הנפוצה או לכך שהייתי מוטרדת בשאלה אם הפעם זה יצליח או לא"

זה אולי לא נשמע אירוטי, אבל השינויים הגופניים במהלך העירור מיני כוללים שני תהליכים: **גודש כלי דם** (vasocongestion), (זרימת הדם לאזור מסוים מהירה מהזרימה מן האזור), ו-myotonia (התגברות מתח בשריר). שני התהליכים מוכוונים על ידי דחפים עצביים, בין אם הדחפים מועברים מהמוח דרך חוט השדרה אל איברי המין (ואזורים אחרים) או שהם מועברים מאזורים רגישים לגירוי מיני (ארוגניים) על פני הגוף (איברי המין, פטמות, עור) אל חוט השדרה ואל המוח. נתמקד תחילה בסיכון הנרתיק ובזקפה כדי לתאר את ההשפעות האפשריות של טרשת על עירור מיני, אבל לא נתעלם מהעובדה שהעירור המיני כולל

את כל הגוף, ולא רק את איברי המין. יש לזכור שלאיברי המין האלה מחובר אדם (גם מילולית וגם כדימוי).

זקפה וסיכוך הנרתיק

ייתכן שלא ברור לכם מה הקשר בין זקפה ובין סיכוך הנרתיק. סיכוך הוא אחד הסימנים הראשונים לעירור אצל נשים והוא המקבילה הפיסיולוגית לזקפה הגברית. נראה ששתי התגובות קיבלו פירושים שונים ומשמעויות חברתיות שונות לחלוטין. כשהזקפה נפגעת עקב חרדה, היסח דעת, עייפות, פגיעה עצבית או שילוב של כל אלה, היעדר הזקפה הוא בעינינו ה"בעיה". המונח "אין-אונות" (אימפוטנציה) מתאר בדרך כלל חוסר זקפה, אף שלדעתי נלווית כיום למילה זו גם משמעות של חולשה. למשמעות כזאת אין כל בסיס. היא מטעה ויוצרת תדמית שלילית לא מוצדקת. גברים הסובלים מבעיות זקפה יכולים להיות פעילים מבחינה מינית, לגלות עניין (ולהיות מעניינים) בתחום האירוטי, ולהצליח בחייהם המקצועיים והחברתיים. ייתכן שאפשר להחזיר למונח את כבודו באמצעות דיון ציבורי מקיף והתייחסות עניינית לנושא, אבל מוטב להימנע משימוש בתווית "אימפוטנט", בדיוק כפי שחדלנו להשתמש במונח "פריגידיט". נשים שאינן מגיעות לעירור מיני גופני חזק או לאורגזמה מתנגדות בצדק לתווית זו, שממנה משתמע שהאשה אינה מסוגלת להעניק חום, אינה מגיבה ואינה אדם נעים.

ייתכן אמנם שנשים חולות טרשת המדווחות על ירידה בעירור המיני יאמרו שהיובש הנרתיק הוא התסמין המעיד על כך, אבל נראה, שנשים נוטות לציין שהן אינן מרגישות מעוררות מבחינה מינית ואינן מציגות את היובש הנרתיק כעיקר הבעיה. כשאשה אומרת שאינה מרגישה מעוררת מבחינה מינית, היא מתייחסת להיעלמות או להיחלשות של חלק מהרגשות הנקשרים בדרך כלל לעירור: תחושות בדגדגן, בשפתיים

או בנרתיק וכו', אבל היא מתמקדת פחות באיבר מסוים (כמו בבעיות זקפה) ומתמקדת יותר בחוויה כולה.

מקצת חולי הטרשת עשויים לשאוב עידוד מהידיעה שיש סיבות "גופניות" לשינויים שהם נתקלים בהם בתגובתם המינית. למשל, אם ידוע לכם שהטרשת עלולה לפגוע בעצבים השולטים בזקפה או בסיכוך הנרתיק ובעירור, ייתכן שתרגישו כעס או אכזבה משום שאינכם מגיבים כפי שהייתם רוצים, אבל ייתכן שלא תאמרו עוד "אני כישלון. הכל באשמת".

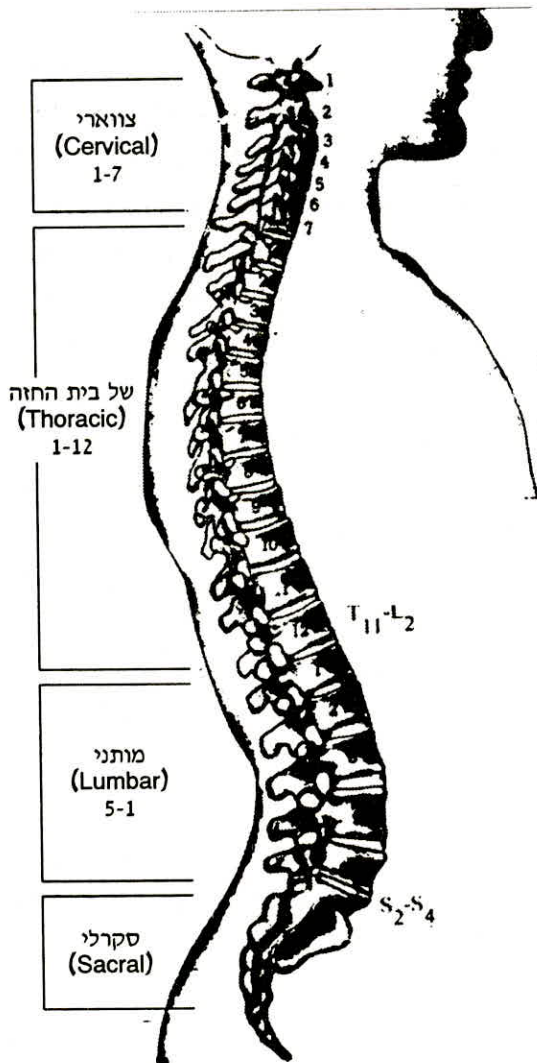
עירור מיני כולל תהליכים הנשלטים על ידי העצבים. זקפה נוצרת כשהעצבים מעוררים את כלי הדם המובילים לרקמות הספוגיות בפין. עקב כך מתרחבים כלי דם המובילים דם אל הפין (וכך יכול הדם לזרום מהר יותר), והזרימה מן הפין נחלשת. הזרימה המוגברת מרחיבה את התאים בגוף הפין ובראשו, והוא מזדקר.

אותו תהליך קורה בסיכוך הנרתיק. דם זורם במהירות אל תוך כלי הדם המקיפים את הנרתיק והלחץ המוגבר גורם לנוזל לחלחל דרך דפנות כלי הדם ודרך רירית הנרתיק ולהרטיב את פני הנרתיק. בתהליך העירור מתגברת גם זרימת הדם אל הדגדגן ואל השפתיים וגורמת לתפיחה של השפתיים ולהגדלת הדגדגן. בדרך כלל איננו נותנים דעתנו לפרטים הפיסיולוגיים האלה בעת ההתרחשות ("ייקירתי, את ממש גורמת לי לגודש בכלי הדם") אבל כאשר מבינים שמערכת העצבים היא המכוונת את התגובות המיניות, יש בכך כדי להפיג את הלחצים הקשורים בביצועים, לחצים שחשים רבים מאתנו כשהדברים אינם מתנהלים כשורה.

מערכת העצבים והעירור המיני

בטרשת נפוצה מופיעות פגיעות בציפוי המיאלין של מערכת העצבים המרכזית – החומר הלבן במוח ובחוט השדרה. ההשפעות על התגובות

המיניות שונות בהתאם למיקום הפגיעה ולחומרתה. ידוע שזקפה וסיכוך הנרתיק, שאותם הבאנו כדוגמאות לשינויים באיברי המין במהלך עירור



מוליך:

זקפה פסיכוגנית וסיכוך הנרתיק.
 שלב הפליטה (emission) של הפלטת הזרע (ejaculation)
 סגירת שריר הסוגר (sphincter) של שלפוחית השתן (bladder) במשך הפלטת הזרע (ejaculation)

מוליך:

זקפה רפלקסיבית וסיכוך נרתיק רפלקסיבי
 ריקון רפלקסיבי של שלפוחית השתן והמעיי
 שלב ההפליטה (expulsion) בשפיכה אצל גברים
 התפקיד שממלא כנראה בזקפה פסיכו-גנית ובסיכוך נרתיק פסיכוגני 5-1
 התכווצויות איברי המין בזמן האורגזמה אצל נשים

איור מס' 1:

אזורים בעמוד השדרה המראים את שני האזורים הקשורים לתגובה המינית באיברי המין ולשליטה בפעולת המעיים ושלפוחית השתן.

מיני, יכולים להתרחש באופן פסיכוגני (מסרים מהמוח דרך חוט השדרה אל איברי המין) או רפלקסוגני (מסרים מאיברי המין אל חוט השדרה ובחזרה אל איברי המין) – או בדרך כלל בשתי הדרכים גם יחד.

היבטים אלה ואחרים של עירור מיני נשלטים בעיקר על ידי מערכת העצבים הפאראסימפתטית, החלק של מערכת העצבים הבלתי רצונית (אוטונומית) הממלאת תפקידי הרפייה והתאוששות.

בתהליך משתתפים גם מערכת העצבים הסימפתטית (המחצית השנייה של המערכת האוטונומית הממלאת תפקיד מרכזי בשלב האורגזמה), וגם החלק התחושתי של מערכת העצבים המרכזית המעביר תחושות של מגע ולחץ אל המוח מכל חלקי הגוף.

נגיעה בפין או באזור איברי המין במהלך זקפה, שולחת דחפים לאורך סיבי עצב הערווה אל האזור התחתון (sacral) של חוט השדרה (S_2-S_4 , איור 1), קשרים כימיים (סינאפסות) בין העצבים באזור זה של חוט השדרה מאפשרים העברה ישירה של מסרים בחזרה אל כלי הדם שבפין לאורך עצב האגן, דבר הגורם להרחבת כלי הדם ולזקפה. דבר דומה קורה בעת גירוי במגע של הדגדגן, השפתיים, הנרתיק או הפות, גירוי הגורם לסיכוך הנרתיק ולגודש בכלי הדם של הדגדגן והשפתיים.

כדי שתתרחש תגובה **רפלקסוגנית** אין צורך בהולכת דחפים במעלה חוט השדרה אל המוח. נשים וגברים שחוט השדרה שלהם נפגע מעל לאזור הסקרלי אבל לא נפגע באזור הסקרלי עצמו, יכולים להרגיש את תגובות הרפלקס האלו. גם חולי טרשת יגיבו כך, אף שהנזק העצבי בטרשת יכול לקרות במקומות שונים לאורך חוט השדרה. ולא בנקודה מסוימת כמו במקרה של פציעה בחוט השדרה. משום כך קשה לחזות את השפעותיה של טרשת נפוצה על תגובתו המינית של אדם מסוים (כמה מהבדיקות האפשריות יידונו להלן).

המונח "רפלקסוגני" מטעה מעט, משום שתגובה מינית איננה רפלקס אמיתי כמו נתירת ברך או מצמוץ עין, אבל משתמע ממנו שאין צורך "לרצות את זה" כדי שזה יקרה.

כשהעצבים בעמוד השדרה אינם פגועים, הדחפים הנוצרים בעת גירוי איברי המין מגיעים אל המוח, שם אנו תופסים את התחושות ומפרשים אותן ("זה נעים", "יותר מהר", "בעדינות", "עוד קצת" וכו').

התפיסות המנטליות האלה נעשות חלק מהמרכיב הפסיכוגני של העירור המיני שבו מועברים דחפים עצביים מהמוח לאורך חוט השדרה אל איברי המין. מסלולי יציאתם הם דרך העצב ההיפוגסטרי (חלק מהמערכת הסימפתטית) בצומת שבין אזור בית החזה והאזור המותני של עמוד השדרה (T_{11} - L_2 , איור 1) וכנראה גם דרך עצב האגן היוצא מהחוליות הסקרליות (S_2 - S_4) כמתואר לעיל. שניהם מובילים אל כלי הדם באיברי המין ושולטים על הזקפה והסיכוך. כל פגיעה מחמת הטרשת בעצבים באזורים אלה של חוט השדרה או בחיבור אל מוח, יכולה להשפיע על מנגנוני העירור המיני.

למנגנון הפסיכוגני לא דרוש גירוי מוקדם. כל מחשבה או פנטזיה המעוררת אתכם, כל מראה, ריח, טעם, מילים או מגע הנושאים משמעות אירוטית מבחינתכם, עשויים לגרום לריגוש מיני. תגובות פסיכוגניות יכולות להתרחש גם בהיעדר מסלול רפלקס. אצל אנשים שנפגעו בחלק התחתון של עמוד השדרה אבל לא נפגעו באזור בית החזה ובאזורים גבוהים יותר, יכול להיות עירור פסיכוגני באיברי המין גם בהיעדר תחושה באיברים אלה. מצב כזה ייתכן גם בטרשת נפוצה, אבל מאחר שטרשת עלולה לפגוע במקומות שונים בחוט השדרה, יהיה ניתוח המצב, כפי שצוין לעיל, הרבה יותר מורכב.

תגובות פסיכוגניות ותגובות רפלקס מתרחשות בדרך כלל יחד ומחזקות זו את זו. אם הפגיעה העצבית מחמת הטרשת מחלישה את אחת התגובות או את שתיהן, יש לנסות דרכים שונות כדי למצוא את סוג הגירוי היעיל ביותר. בירור כזה אינו דבר פשוט, בייחוד אם אנו מתמקדים בתגובות איברי המין כדרך היחידה להנאה מינית. לאמיתו של דבר, אפשר להפוך אזורים רבים אחרים בגוף לאזורים אירוטיים המעניקים הנאה מינית. כמו כן, מגע וליטוף, שאינם מלווים בציפייה

לעירור מיני מצד הנוגע או מצד המקבל, הם היבטים מעשירים של תקשורת חושנית, היבטים שלעתים אנו נוטים לוותר עליהם. הפרק העוסק בהגברת ההנאה המינית דן במגוון האפשרויות האלה ומציע דרכים פחות "ממוקדות במטרה" באינטראקציה המינית.

השפעת "חרדת הביצוע" על עירור מיני

אם בעקבות אכזבות קודמות אתה חושש שאינך מסוגל להיות "מאהב טוב" או תוהה "האם זה יצליח הפעם", קל לראות כיצד יכולה "חרדת הביצוע" הזאת להפריע לריגוש המיני. ראשית, מחשבות אלה יכולות להפריע לעירור הנפשי בכך שיסיחו את דעתכם מהרגשות ומתחושות שיכלו לעורר אתכם. שנית, חששות כאלה גורמים לשחרור אדרנלין – תגובת מערכת העצבים הסימפתטית על לחץ. הפעלת מערכת העצבים הסימפתטית היא הכנה טבעית לתגובות של "מאבק או מנוסה" המתעוררות בעת סכנה. אדרנלין מעכב את מערכת העצבים הפראסימפתטית מאחר שבמצב של סכנה אמתית דרושה הזרמת דם לשרירים ולא לאיברי המין. מכיוון שאנחנו משחררים אנדרנלין גם בתגובה על חרדה, כולל חרדה לגבי ביצועים מיניים, המנגנון "הטבעי" הזה יכול להפריע לעירור המיני.

רוב הגברים נוכחו בהשפעתה של החרדה על הזקפה. נשים מדברות על כך פחות, אבל יש להניח שגם אצלן מתרחש תהליך דומה. מאסטרס וג'ונסון כינו זאת "להיות צופים", לעקוב אחר המעשים שאתם עושים, אולי מתוך דאגה.

כשנוספות לכך מחשבות שליליות ("מדוע לא קורה דבר?"), יכול תהליך זה לעכב או למנוע עירור מיני גם כשלא קיימים הסיבוכים הנובעים מטרשת נפוצה. תגובת בן זוג מסבכת את המצב עוד יותר.

"דוד יודע שהתסכול שהוא מרגיש משום שאינו מסוגל לצפות אם תהיה לו זקפה, פוגע ביחסיו עם שרה. היא אומרת שהם יכולים ליהנות בלי

לקיים יחסי מין, אבל הוא מרגיש שהיא חוששת שאם תיגע באיבר מינו, הוא יפרש זאת כלחץ מצדה. היא אכן מרגישה כך, בין השאר משום שבפגישה האחרונה בסדרת מפגשיהם המתמעטים והולכים, אמר שזאת ברכה לבטלה. אמנם שניהם יודעים שהטרשת יכולה לפגוע בתגובה המינית, אבל הם לא מצאו עדיין דרך לקיים יחסי מין מבלי שהזקפה תהיה ברקע."

"אמנן ותמר הבחינו שליטוף איברי המין אינו מעורר אותה כבעבר. נראה שהגירוי מצריך ליטוף ממושך יותר, והליטוף הממושך גרם לה אי נוחות קלה. מאחר שכבר נתקלה בקשיים בשליטה בשלפוחית השתן, היא חשבה שהיענותה פחתה בגלל החשש מאי שליטה בשלפוחית. אמנן היה מוטרד, הוא חשש להכאיב לתמר ובה בעת לא ידע אם היא נהנית מהגירוי, ולכן עקב אחר הבעות פניה בניסיון למצוא רמזים להרגשתה, דבר שגרע מהספונטניות שלו בהתעלסות. הוא גם ביקש ממנה לתת לו משוב מילולי, כדי שידע איך היא מרגישה. בשאלותיו הזכיר לתמר שהיא אינה מגיבה עוד כבעבר. שניהם יודעים שטרשת יכולה לפגוע בתחושות ובשליטה בשלפוחית השתן, אבל הם אינם יודעים אם זה ההסבר במקרה שלה. גם אם זה ההסבר, במידע עצמו אין הצעות לפתרונות המתאימים למצבם.

שלב האורגזמה

שפיכת נוזל הזרע (הפלטה) והרגשת האורגזמה אצל גברים מתרחשות בדרך כלל בו זמנית, ולרוב אנו רואים בהם דבר אחד. ואולם אלה שתי תופעות נפרדות העשויות להתרחש כל אחת בנפרד.

פליטה היא תהליך דו-שלבי. הראשון – **פליטה** (emission) מתרחש ממש לפני שפיכת הזרע וכולל התכווצויות קצובות של השרירים בצינור הזרע (הצינור המוביל תאי זרע מהאשכים), בבלוטות הזרע ובבלוטת

הערמונית (שהיא המקור לרוב הנפח של הפלטת הזרע). על ההתכווצויות הלא רצוניות האלה שולטים סיבי עצבים סימפטיים בעצב ההיפוגאסטרי (hypogastric nerve) (אזור T₁₁-L₂ של חוט השדרה, ראה איור 1) והם גורמים לשחרור נוזל הזרע אל שופכת הערמונית. זו ההקדמה לשלב השני, ההפלטה (expulsion or ejaculation). התכווצויות שרירים בפין ובאזור המפשעה (groin) (הנשלטות על ידי עצבים באזור S₂-S₄ של חוט השדרה, איור 1) גורמות לשחרור הנוזל החוצה. באותו זמן מכווצים עצבים סימפטיים באזור T₁₁-L₂ את צוואר שלפוחית השתן כך שנוזל הזרע נפלט החוצה ולא זורם לשלפוחית השתן.

אצל נשים מלווה האורגזמה בהתכווצויות שרירים קצובות בשליש החיצוני של הנרתיק וברחם, והתכווצויות אלה מקבילות להתכווצויות המביאות לשפיכת הזרע. יש נשים המפרישות בעת האורגזמה נוזל. בעבר הניחו שזה שתן, אבל ייתכן מאוד שזו הפרשה המופרשת בעת האורגזמה מבלוטות סקין (Skene) הנמצאות סביב השופכה. נוזל זה נראה "דליל יותר וחלקלק יותר והוא מופרש בעוצמה רבה יותר" לעומת נוזל הסיכוך הרגיל של הנרתיק. הפרשת נוזל זה שכיחה יותר אצל נשים שדיווחו על אזור רגיש בנרתיק (כתם גרפנסברג – Grafensberg Spot), אזור היכול לפעול כגורם המעורר אורגזמה (Davidson et al., 1989). ההסבר זה לתופעה זו מעורר מחלוקת בספרות המדעית העוסקת בתגובה מינית (Alzate and Hoch, 1986; 1988), אבל מבחינתן של חולות טרשת הנתקלות לעתים בחוסר שליטה על שלפוחית השתן יש בו יותר מאשר עניין תיאורטי (ראה להלן).

לפי הדיווחים הנוזל שתואר כאן שונה משתן, ונשים המפרישות אותו עשויות לגלות שהוא חלק מתגובתן המינית ולא דליפת שתן לא רצונית (Belzer, 1981).

אצל גברים החולים בטרשת ובמחלות אחרות, תיתכן אורגזמה יבשה (ללא שפיכה), ירידה בעוצמת האורגזמה, חוסר יכולת להגיע לאורגזמה או שפיכה ללא הרגשת אורגזמה. ד"ר לסלי שובר (Schover) ועמיתיה ב-

Cleveland Clinic Foundation מצביעים על כך שיש גברים חולי טרשת שאינם משיגים זקפה, אבל בכל זאת יכולים להגיע לאורגזמה באמצעות גירוי ידני, גירוי אורלי או גירוי בוויברטור אם הם מודעים לאפשרויות האלה. "למרבה הצער, אומרת שובר, "אורולוגים ומטפלים בבריאות הנפש מתעלמים מליקויי תפקוד בשלב האורגזמה, כשהמטופלים פונים לקבלת עזרה בגלל בעיות בזקפה" (Schover et al., 1988)

למיטב ידיעתי, אין ספרות דומה המפרטת את השינויים באורגזמה האופייניים לנשים חולות טרשת נפוצה.

שיחות על מין

אם אינטימיות נוצרת באמצעות תקשורת טובה (Masters et al., 1986), אין אלא להצטער על כך שבצעירותנו לא לימדו אותנו את המיומנויות הדרושות. פתרון הבעיות המיניות שבהן נתקלים חולי טרשת ובני זוגם (Kalb et al., 1987; Carrera and Kelley, 1979) מצריך תקשורת טובה. שיחה על מין עלולה להיות מאיימת, בייחוד אם אנו חוששים שהיא תוביל לדחייה, לאבדן הספונטניות או להגברת המתח, במצב שבו היחסים כבר מתוחים ממילא. אנו עשויים לחשוש שכן הזוג, הנושא כבר בנטל כבד, יפרש את הבעת אי שביעות הרצון כביקורת עליו.

נושאים רבים עשויים, או צריכים, לעלות בשיחות בין בני זוג על יחסי מין. נזכיר אחדים מהם: תכיפות הפעילות המינית וסוגיה (למשל, לנסות דרכים חדשות ביחסי המין), שימוש בפנטזיות, רצון להגביר את הקרבה הרגשית, רצון להפחית את הציפיות לגבי מילוי תפקידים מוגדרים (מי יוזם, תנוחות), הפחתת ההתמקדות בחדירה ובאורגזמה, מתן יתר משקל למגע לא מיני, יותר עדינות ומתינות, יותר אסרטיביות ותשוקה, אי קבלתו של בן הזוג כפי שהוא, תקשורת פתוחה יותר לגבי כל הנושאים שנזכרו לעיל, וחיזוק ההרגשה שאוהבים אתכם וזקוקים לכם.

חולי טרשת שאינם מקיימים בהווה מערכת יחסים מינית משום שאין

להם עניין בכך או אין להם הזדמנות לכך, נדרשים לטפל במערכת נוספת של בעיות תקשורת שעליה נרחיב את הדיבור בהמשך. פעמים רבות אומרים לזוגות המתמודדים עם טרשת שעליהם לתקשר זה עם זה, כאילו יש בתוכחה כזאת כדי להשיג את המטרה. את המסר הזה שומעים כולם, לא רק מי שבני זוגם חולים בטרשת. אבל כיצד עושים זאת? ואיך ננהג אם ניסיונות קודמים לא עלו יפה? ובמקום להוביל להבנה, רק עוררו ויכוח? או אם איננו בטוחים ביחסינו במידה המאפשרת לנו לשוחח על בעיות בחיי המין?



מאחר שאין מרשמי פלא, נביא בפניכם מבחר תצפיות שערכו יועצים המטפלים בזוגות שבהם אחד מבני הזוג או שניהם חולים במחלה כרונית.

Schover and Jensen (1988) זיהו ארבע "מיומנויות זוגיות" הממלאות תפקיד חשוב ב"מערכת יחסים המתפקדת היטב": חלוקת תפקידים, כיבוד פרטיותו של בן הזוג; השגת רמה טובה של תקשורת והסכמה על הכללים של מערכת היחסים.

(1) חלוקת תפקידים. מילות המפתח בתחום זה הן "גמישות" בחלוקת משימות, "תפקוד" בדרכים המונעות מהאינטראקציה בין בני זוג להיות דומה לזו הקיימת בין הורה לילד, ו"טיפוח" הזדמנויות לבלות ביחידות, הרחק מדרישות שגרת היומיום. בין אם מערכת היחסים שלכם מבוססת על מודל שבו הציפיות מהגבר והאישה "משלימות" אלה את אלה (יש דברים שהוא עושה ויש דברים שהיא עושה), או על מודל "סימטרי" (אנו שותפים בכל המשימות במידה שווה, למשל עורכים תורנויות), או על שילוב כלשהו של שני המודלים, ייתכן שהטרשת כבר שינתה את הדפוסים האלה במידה הפוגעת – במישרין או בעקיפין – ביחסי המין שלכם. אם נקטתם את הגישה המשלימה במילוי תפקידים, ייתכן שיהיה קשה יותר להעביר את האחריות לבן הזוג האחר. כמו למשל: "יוסי יזם בדרך כלל את יחסי המין, אבל מאז חלה בטרשת, הוא אינו עושה זאת כבעבר".

טרשת עשויה לגרום לאחד מבני הזוג לקבל עליו תפקיד של הורה נוכח מחלתו הכרונית של בן הזוג האחר. Schover and Jensen (1988) מביאים שתי דוגמאות. כשגבר מניח שהוא חייב "לנהל את הטיפול הרפואי של אשתו ולשמור על שלמות המשפחה. ייתכן שצמצום פעילות המינית נובע מכך שהגבר מגונן על אשתו הגנת יתר, ואשתו רואה את עצמה כנכה...". או אשה הנוטה לפקח על פרטי חיי היומיום של בעלה במידה כזו ששניהם אינם מסוגלים לראותו כמאהב. ולבסוף, "אם אחד מבני הזוג מתאמץ בכל כוחו לבצע עבודה של שני אנשים", אומרים Schover and Jensen, "בייחוד כשמדובר בזוג עם ילדים קטנים", הדבר בא על חשבון הזמן המיועד לביילוי משותף של בני הזוג, ועלול אף לפגוע בחיי המין. הם מציעים דרך אחת לזיהוי שינויים כאלה במערכת יחסים, והיא לערוך טבלה של חלוקת התפקידים ושל הזמן המיועד ל"ביילוי של מבוגרים", לפני ואחרי האיבחון, כצעד ראשון למציאת פתרונות המתאימים לשני בני הזוג. הם יכולים לעשות זאת בעצמם או בעזרת ייעוץ, והדבר תלוי כמובן במצבם.

(2) **כיבוד פרטיות**. אצל זוגות נוצר איזון המתנועע בין אינטימיות ואוטונומיה, בין הצורך בקרבה והצורך בעצמאות ובפרטיות. מוגבלות עלולה לערער את האיזון בכך שהיא מאלצת אתכם לבלות יחד יותר זמן מהרגיל, משבשת את דפוסי בילויי הפנאי המשותפים והנפרדים, ואפילו מפעילה "לחץ על בני זוג להוכיח את אהבתם על ידי גילויי חיבה רבים מהרגיל" (Schover and Jensen, 1988).

שמואל חושש שייאבד את אהבתה של אלישבע בגלל הטרשת. בגלל חששו הוא נעשה שקט יותר, נוגע פחות, ומגלה פחות עניין במין. בתגובה, מעניקה לו אלישבע תשומת לב רבה מהרגיל, ובודקת ללא הרף את רגשותיו ואת מצב רוחו. שניהם זקוקים לתקשורת טובה כדי שיוכלו לקבוע מחדש גבולות נוחים לפרטיות.

(3) **סגנונות תקשורת**. לרובנו יש אמנם סגנונות תקשורת רבים ושונים, Schover and Jensen (1988) מצאו שאנשים, ובייחוד כאלה המתמודדים עם לחצים הנובעים ממחלה כמו טרשת, משתמשים בעיקר בסגנון אחד או בשניים. הם מזהים ארבעה מנגנוני הגנה שיכולים להשפיע על סגנונות התקשורת: **נסיגה** ("אני יכולה לתאר לעצמי מה יאמר אם אגלה בו עניין, לכן אין בדעתי להסתכן בכך"); **הכחשה** ("הכל בסדר"); **השלכה** ("אם אני מרגישה כך כנראה שגם בן זוגי מרגיש כך"); **השלמה פסיבית** ("זה המצב, אני או אנחנו לא יכולים לעשות דבר בעניין"). בשינוי קל, יכולים מנגנוני הגנה אלה לשמש גם כדרכי הסתגלות.

נסיגה – שלילי: שולה אומרת: שום גבר לא יימשך לאישה עם בעיות תנועה ושיווי משקל כמו שלי. אינני טורחת עוד לצאת". חיובי: אסתר אומרת: "דרוש לי זמן מה כדי להתרגל אל עצמי; לאחר מכן אוכל לחשוב שוב על בילויים ופגישות".

השלמה פסיבית – שלילי: גדעון אומר: "אני ממילא לא מגיע לזקפה. זה מה שקורה בטרשת. אז מה הטעם לקיים יחסים?" חיובי: אהוד אומר: "הייתי מעדיף שיהיו לי זקפות אבל אם זה מצב העניינים כרגע יהיה עליי למצוא דרכים אחרות כדי ליהנות ממין".

השלכה – שלילי: יהודית אומרת: "הוא עזב אותי בגלל הטרשת". חיובי: שרונה אומרת: "היו הרבה דברים במערכת היחסים ששנינו לא היינו מרוצים מהם; ייתכן שהטרשת הייתה אחד הגורמים".

הכחשה – שלילי: אלי אומר: "אינני מבין איך תשפר הפחתת השתייה את חיי המין שלי. תמיד שתיתי, והשתייה אף פעם לא הייתה בעיה". חיובי: צבי אומר: עדיין אינני מוכן לשתות פחות. הבילוי עם החברים דרוש לי. אם השתייה משפיעה על חיי המין שלי, אתמודד עם הבעיה כשארגיש יותר בטוח".

Schover and Jensen (1988) מזהים גם מספר "כללים במערכת היחסים" העשויים להעניק לאנשים ביטחון לשוחח על מין בהקשר למחלה הגורמת למוגבלות.

(1) התחייבות בסיסית שעומת לא יסכן את היחסים.

(2) קיימת חלוקת סמכויות שווה במערכת היחסים. איש משנינו אינו "האחראי".

(3) כשמתעורר עימות, נפתור אותו.

(4) כל אחד מרגיש שמקבלים אותו ללא כל תנאי.

(5) הזמן החשוב ביותר הוא כאן ועכשיו.

(6) בניית מערכת יחסים, כולל מערכת יחסים מינית, דורשת השקעת מאמץ. הרעיון שהדבר צריך לקרות "באופן טבעי" אינו מציאותי.

רעיונות אחדים לבירור נושאים מטרידים בחיי המין

מאסטרס ואחרים (1986) מתארים שלוש סיבות לחוסר בהירות בתקשורת בנושאי מין. ראשית, לא תמיד אנחנו אומרים את מה שאנו מתכוונים לומר מחשש לפגוע באדם אהוב. שנית, אנו שולחים מסרים מעורבים, הכוללים סתירות – בדברים שאנחנו אומרים או בנעימת הדיבור או בסימנים לא מילוליים. שלישית, אנחנו אומרים דברים לא מוגדרים. הערה כמו: "נראה שחיי המין שלנו לא חשובים כל כך בזמן האחרון" עשויה לעורר שאלות במקום להזמין שאלות (אשמתי? האם היא אינה מרוצה? האם היחסים שלנו מתערערים? מה הוא רוצה?)

להלן מספר הצעות להבהרת התקשורת בענייני מין (Masters et al., 1986; Brenton, 1973)

(1) חישבו היטב על מה שברצונכם להגיד ובררו עם בן/בת זוגכם מתי הזמן המתאים ביותר לשיחה מבחינתם. יש כאלה שיבחרו שלא לשוחח מיד לאחר מפגש לא מספק ("הילוך חוזר מידי") בעוד שאחרים יעדיפו אפשרות זו.

(2) הבהירו היטב את קדימויותיכם. קצרו בדבריכם וציינו נקודות אחדות המבוססות על הרגשותיכם (השתמשו בגוף ראשון – "אני") ואל תתחילו בהטחת ביקורת או האשמות. האמירה: "נראה שהיה לך דחוף להגיע לחדירה ובכלל לא חשבת על ההנאה שלי" עשויה להיות פחות מזמינה לשיחה מהאמירה "הייתי רוצה יותר נשיקות וליטופים לפני החדירה עצמה". המטפל Stephen Treat (1987) מציין שיש מסרים בלשון "אני" שאינם אלא ביקורת מוסווה ("אני מרגיש שבעצם לא איכפת לך איך אני מרגיש") ויש אחרים המביעים פגיעות אמיתית ("אני מרגיש קרוב אליך"; "אני מרגיש פגוע").

(3) אם בן הזוג מבקש להכניס יתר גיוון ביחסי המין או מציע פעילויות חדשות, הוא עלול לערער בכך את ביטחוננו ("אולי אתקל בדחייה או שבקשתי תתפרש כסטייה"). אל תנסו לשכנע. אל תטיחו האשמות. זכרו שאם אומרים לכם "לא" אין זאת אומרת שדוחים אתכם כבני אדם.

(4) אל תדברו אל בן הזוג. תנו לו הזדמנות להגיב. כשאתם מגיבים אל תשימו אותו ללעג, אל תסרבו לשוחח על הנושא ואל תגרמו לבן הזוג להרגיש אשם על שביקש את שביקש.

(5) אל תנסו לשוחח כשאתם כועסים, לאחר ששתיתם יותר מדי, כשאתם דחוקים בזמן או כשאין לכם די פרטיות.

(6) אם אתם רוצים שכן הזוג יחבק או ילטף אתכם בדרך אחרת, מוטב שתראו מה אתם רוצים ולא תתארו זאת במילים, כך יידע בן הזוג בדיוק מה אתם רוצים.

(7) אל תצפו לשלמות. כך תיארו זאת מאסטרס ואחרים (1986):
יחסים אינטימיים עלולים להיכשל אם בני זוג מצפים שיחסי המין יהיו תמיד בבחינת חוויה סוערת, מיוחדת במינה. כפי שיכולות להיות תנודות במצב הרוח או בהרגשות הגופניות, כך יכולות להיות גם תנודות בחוויות המיניות – בין שיאי אקסטוזה לבין ניסיונות שדעכו באיבם. אין צורך לנסות לנתח מה השתבש בכל פעם שיחסי המין אינם בשיאם. לעומת זאת חשוב לדבר עם בן הזוג כדי לוודא שלשניכם יש ציפיות מציאותיות לגבי יחסי המין ולא חלומות בלתי אפשריים, שעלולים רק להוביל לאכזבות.

אסטרטגיות לטיפול בבעיות בחיי המין

ברוב הבעיות בחיי המין של חולי טרשת אפשר לטפל באמצעות מידע על דרכים לשיפור חיי המין, תקשורת משופרת, הורדת ציפיות סטראוטיפיות לגבי ביצועים מיניים, עזרה נפשית שמעניקים מדי פעם אנשים חברים או אחרים, שימוש בהתנהגויות מיניות מהנות והימנעות מהתנהגויות מתסכלות. גם פרטיות, פרנסה נאה ותמיכה חברתית יתרמו לשיפור המצב. (תוספת זו עושה את הרשימה קצת יותר מורכבת מכפי שהתכוונתי שתהיה). הדבר החשוב הוא ש"ביקור אצל מטפל בבעיות מין" לא חייב להיות התגובה המידית על משהו הנראה כבעיה בחיי המין, אם כי ייעוץ וטיפול בבעיות בחיי המין הם בהחלט חלק אחד של מגוון האפשרויות הקיימים.

הליכים רפואיים לטיפול בליקויים בזקפה

תותב הפין מוכר היטב לגברים הסובלים מבעיות "אורגניות" בזקפה. אחד הסוגים המקובלים הוא קנה גמיש המוכנס בניתוח אל תוך שני הגופים המחילתיים של הפין (corpora cavernosa), שהם החללים

המתמלאים ויוצרים את הזקפה. בעזרת השתל נמצא הפין במצב של נוקשות תמידית שדי בה לקיום יחסי מין. חסרונה של שיטה זו שהיא מחייבת ללבוש תחתונים הדוקים כדי להסתיר את הפין הזקור. נמצא בשימוש גם דגם מתקדם יותר הכולל ציר, המאפשר להסתיר את הפין ביתר קלות. בשיטה אחרת משתילים תאים דמויי בלון בשני הגופים המחילתיים של הפין. את התאים אפשר למלא בנוזל מתוך מכל הנמצא מתחת לעור, וזאת על ידי לחיצה על שסתומים הנמצאים בשק האשכים ממש מעל לאשכים. קיימות אפשרויות שונות בשתי צורות הטיפול האלה, וקיימים הבדלים גדולים בין מטופלים שונים מבחינת הסיבוכים קצרי הטווח לאחר הניתוח (ראה Pederson and Schover, 1988; et al., 1988).

יהיו חולי טרשת שיעדיפו ניתוח מסוג זה, אבל אין נתוני מעקב מפורטים על תוצאות הטיפול בקבוצה מסוימת זו. מחקרים שבדקו את תוצאות הטיפול מבחינת הניתוח (Pedersen et al., 1988) ומבחינת שביעות רצונם של המנותחים ובנות זוגם (McCarthy and McMillan, 1990) מראים בדרך כלל תוצאות חיוביות, אף שהושמעה ביקורת כלפי הרבה מחקרים בתחום זה, על כך שהחוקרים בדקו רק השפעות בטווח הקצר ולא הציגו די שאלות לעומק (Tiefer et al., 1988). Schover ו-Jensen (1988) מצביעים על כך שהניתוח אינו יכול "לשפר תחושות על עור הפין, או לשנות את השפיכה או את יכולתו של הגבר להגיע לאורגזמה". במחקר שנערך לאחרונה בהשתתפות 52 גברים (גיל ממוצע 60, כשנתיים לאחר הניתוח) ובנות זוגם של מקצתם (n=22) הגיעו Tiefer ואחרים (1988) למסקנה: "התגובות החיוביות התמקדו בתועלת הנפשית ובהפחתת החששות ורגשות אשם, בשיקומה של הערכתו העצמית של הגבר כגבר, ובשיפור מערכות יחסים עיקריות. התייחסויות שליליות עסקו בעיקר בכאבים שלאחר הניתוח, בחשש שהתותב יראה, בליקויים מכניים בפעולת התותב, בהקטנת הפין, הגורמת בין השאר לצמצום מספר התנוחות שאפשר להשתמש בהן. ככלל המטופלים נקטו עמדה חיובית

יותר מבנות זוגם, והדגישו את ההשפעה הנפשית החיובית של התותב מבחינת ההערכה העצמית הגברית".

בשיטה אחרת שהוכנסה לשימוש לאחרונה משתמשים בהתקן היוצר ריק. מלבישים על הפין גליל פלסטיק ומהדקים אותו אל אזור הערווה. במשאבת יד מוציאים את האויר מהתא, ויוצרים ריק חלקי. הריק גורם לשאיבת דם לתוך הפין. כשהזקפה מלאה, ניתקת מהגליל טבעת גמישה סביב בסיס הפין. בשלב זה מסירים את הגליל, והטבעת שומרת על על הזקפה עד שמשחררים אותה. (מומלץ שלא להשאיר אותה יותר מ-30 דקות). יתרונה של שיטה זו בכך שאינה פולשנית (ללא ניתוח) והיא פחות יקרה. נערכו מחקרים מעטים בלבד על שביעות רצון המשתמש ובת זוגו (Cooper, 1986) אבל חשוב לקיים תקשורת טובה ולהקפיד על שימוש נכון. תוכלו לקבל מידע על שיטה זו ועל שיטות אחרות מהמחלקה האורולוגית של כל בית חולים גדול או מהרופא המטפל.

לאחרונה, הוכנסה לשימוש עוד שיטה לטיפול בליקויים אורגניים בזקפה (Szasz, 1986) – הזרקת פאפברין (papaverine) ופנטולאמין (pentholamine) ישירות לרקמות המחילתיות של הפין. חומרים אלה מרחיבים את כלי הדם ומרפים שרירים חלקים בפין, וכך יוצרים זקפה דקות אחדות אחרי הזריקה. גברים הסובלים מבעיות זקפה לומדים להזריק לעצמם (לסקירת מחקרים על הזרקה עצמית ראה, Althof et al., 1989) ותוצאות השימוש בשיטה זו אצל מי שהמשיכו להשתמש בה, נראות חיוביות ביותר למטופלים ולבנות זוגם. ואולם אחוזי הנשירה מתכניות שבהן נעשה שימוש בשיטה זו גבוהים יחסית (כ-50%), אם משום שהמטופלים אינם מוכנים להזריק לעצמם או בשל תופעות לוואי אפשריות (Althof et al., 1989).

לפני השימוש באחת השיטות שנמנו לעיל ראוי לתת את הדעת למספר נושאים.

(1) האם אתה מצפה שהשימוש באחת השיטות יפתור את הבעיות

במערכת היחסים? יש להניח שלא, אבל הדבר יכול לשפר מערכת יחסים טובה.

(2) האם אפשר להניח שכאשר תשתמש בדרך זו תתמקד בחדירה עצמה ותוותר על חיפוש דרכים אחרות לביטוי מיני, מהן מספקות יותר מבחינתה של בת הזוג?

(3) האם שוחחת עם בת זוגך על כל הנושא? האם אתה צופה שהשימוש בשיטה ישפר את סיכוייך למצוא בת זוג?

(4) האם נערכו כל הבדיקות הדרושות לקביעת הבסיס הנוירולוגי לליקויים בזקפה, שבגללם אתה שוקל להשתמש באחת השיטות האלה, בדיקות כמו בדיקת זקפת לילה, בדיקת רפלקסים של אגן הירכיים, בדיקת דופלר וכו' (Goldstein, 1983). יש גברים המעדיפים את הגישות ה"טכניות" האלה על פני ייעוץ או טיפול בבעיות מין. טיפול וייעוץ יכולים לעסוק גם בבעיות אחרות – אישיות וזוגיות, בעוד שהצגת הליקוי האורגני בזקפה כבעיה המרכזית עלול למנוע טיפול בבעיות אחרות.

שליטה בסוגרים ונושאים אחרים של היגינה

"חששתי לאבד שליטה על השלפוחית או על המעיים במהלך קיום יחסי מין, ואני בטוחה שהחשש גרע מהנאתי. אני משתמשת בעיקר בזמן עבר, לא מפני שהתסמינים השתנו, אלא בעיקר משום שאני חושבת שאנו משתדלים למצוא פתרונות. כך למשל, לפני שאנחנו מקיימים יחסי מין אני הולכת לשירותים ומרוקנת ככל האפשר את השלפוחית".

רבים מחולי הטרשת מכירים את הדברים שמתארת אשה זו. תגובתה על מצבה הייתה לשוחח עם בן זוגה ולתכנן את מעשיה מראש. יהיו שיפחיתו את צריכת הנוזלים כמה שעות לפני הפעילות המינית, ינסו לקיים יחסי מין לפני ארוחת ערב רומנטית ולא אחריה, יבחרו בתנוחות שיקטינו ככל האפשר את הסיכוי לפעילות רפלקסיבית של השלפוחית,

יכוונו את שעת נטילתן של תרופות נוגדות עווית כדי שימנעו גם הן פעילות כזאת, ויכינו מגבות וחוש הומור לכל מקרה.

תקשורת טובה בנושא זה בין בני זוג מסלקת מקור אפשרי אחד לחשש ולאי ודאות ביחסי המין. אם רק התחלתם מערכת יחסים חדשה, ייתכן שאתם תוהים אם, כיצד ומתי להעלות את הנושא. "האם זה ידחה אותה והיא תאבד עניין עוד לפני שנתחיל?" "איך אני יכול להעלות את הנושא מבלי להישמע יותר מדי רפואי ומבלי לקלקל את האווירה?" אין תשובות כלליות בנושא זה. יש מי שמסוגלים לומר: "אם ארטיב במקרה את המיטה, זה סימן שאני באמת נהנה". אחרים יעדיפו דרך מרומזת יותר.

תשומת לב להיגינה עשויה להרגיע ולנסוך ביטחון בייחוד אם בני הזוג חוששים שריחות או טעמים יגרעו מהנאתם. יש זוגות המתרחצים או מתקלחים יחד לפני הפעילות המינית, אחרים משתמשים בניחוחות נעימים או בחומרי סיכוך, ולכל החומרים האלה יש יתרון נוסף – הם יכולים להיות מעוררים מבחינה מינית. מכיוון שבילדותנו נוצרו אצלנו אסוציאציות שליליות לכל הקשור להטלת שתן ולפעולת מעיים, תחום זה הוא תחום הדורש הבנה מיוחדת ותקשורת טובה במיוחד.

הידיעה כיצד משפיעה טרשת נפוצה על פעולות טבעיות אלה יכולה לעזור להפיג את המסתורין האופפים אי-שליטה בסוגרים ולסלק את הסטיגמה הנלווית אליה. על הרפלקסים הגורמים להרמת המעיים והשלפוחית שולטים עצבים הנכנסים לחוט השדרה ויוצאים ממנו באזור הסקרלי (sacral), שהוא האזור המעביר עירור מיני (איור 1). דחפים המועברים במורד חוט השדרה מהמוח מעוררים את רפלקס ההרקה הנשלט בדרך כלל באופן רצוני. הנזק העצבי שגורמת הטרשת בחלק העליון של חוט השדרה עלול למנוע את אפשרות השליטה מבלי לפגוע ברפלקסים עצמם. המצב הנובע מכך הנקרא upper motor neuron bladder (פגיעה מסוג תא עצב עליון בשלפוחית), עלול לגרום להפעלה של רפלקס השלפוחית או המעי ביתר קלות בהשפעת לחץ

מהיר, צחוק חזק, גירווי של איברי המין או גירווי אנאלי, או גורמים דומים.

אם אתם משתמשים בצנתר (קתטר), תוכלו להוציאו לפני פעילות מינית, או להדביקו לצד אחד. יש גברים המקפלים את הצינור מעל הפין ומלבישים עליו קונדום מסוכך היטב לפני המגע המיני.

שיפור יחסי המין

בין אם נתקלתם באחת הבעיות הגופניות שכבר נדונו ובין אם לא, ייתכן שתרצו למצוא דרכים לשנות את דפוס יחסי המין שלכם כדי שיהיו מעשירים יותר, מגוונים יותר או מספקים יותר מבחינה רגשית.

יש אנשים שלגביהם שיפור, הוא פשוט לעשות השינויים הנדרשים נוכח בעיות התפקוד הנובעות מהטרשת. הספרות העוסקת בשינויים כאלה נכתבת פעמים רבות בעבור אנשי מקצוע האמורים למסור את המידע ללקוחותיהם או למטופליהם (ראה Neistadt and Freda, 1987). לדוגמה:

(1) בעיות ניידות עשויות לדרוש מכם לשנות את התנוחות, את סוג הליטוף, או את סוג הפעילות המינית במקרה של עוויתות, בעיות בשיווי משקל או עייפות. במקום להיצמד לדפוסים ישנים ולנסות להצליח, מוטב להפעיל את השכל הישר ולהתאים את הדפוסים הישנים למצב שנוצר.

"אורלי סבלה מעוויתות שרירים שהסבו לה כאבים במהלך יחסי המין ולעתים אף מנעו ממנה לקיים יחסי מין. בגלל בעיות של קואורדינציה ושיווי משקל היא הרגישה פחות פעילה בעת קיום היחסים עם בועז. היא החלה להתאים את שעת נטילת התרופות נוגדות העווית לשעת הפעילות המינית, שכבה על הצד במקום על הגב, השתמשה בכריות שתמכו בה ועזרו לה לשמור על שיווי המשקל, נעזרה יותר בליטוף ידני או בגירווי אורלי כדי להתעורר מינית, והשתמשה בחומר סיכוך על בסיס מים ששיפר את תחושתה בעת קיום היחסים. היא ביקשה מבוועז להאט

מעט את הקצב, ויחד מצאו תנוחות שאיפשרו לה לגעת וללטף ודרשו ממנה הרבה פחות מאמץ".

(2) תחושה מופחתת ושינויים בזריזות הידיים, משפיעים לעתים על חולי טרשת. גברים ונשים המשתתפים בסדנאות על מיניות אומרים (בדרך כלל בפרטיות) שהקשיים בגירוי עצמי נובעים מבעיות גופניות. רבים, ביניהם גם כאלה שיש להם מערכת יחסים, רואים באוננות דרך מרגיעה לגילוי עצמי ולהפגת מתח. חולי טרשת שתחושתם באיברי המין השתנתה, מוצאים באוננות דרך חשובה לבחון את תגובותיהם. גירוי בעזרת ויברטור יכול להגביר את התחושות אצל כל אישה, וללמד נשים שלא חוו אורגזמה להגיע לאורגזמה (Babach, 1975; Heiman et al., 1976). אם ברצונך לשלב שימוש בוויברטור או אוננות בחיי המין שאתן מקיימות עם בן זוגך, ייתכן שיהיה עליך לשוחח איתו על הנושא, תוך גילוי רגישות רבה. אישה שחששה שבן זוגה ירגיש שאינו מספק אותה, שהיא דוחה אותו או שהוא נדרש להתחרות עם הוויברטור שנוסף לחיי המין שלהם, גילתה אחרי שיחה אתו בנושא, שהרעיון דווקא לרוחו, והוא חושב שזה יכול לעורר את שניהם.

התחושה של אילן באיברי המין פחתה והוא לא הצליח לגרות את עצמו בידיו. כדי להביאו לאורגזמה נדרשה בת זוגו לגרות אותו גירוי ידני ואורלי ממושך מאוד. המצב תסכל את שניהם עד שהתחילו לחפש אזורים שבהם הייתה לו תחושה ארוטית – סביב הפטמות, בצווארו, בישבן ובירכיים. הם חדלו להתרכז בהשגת אורגזמה, והתמקדו בהנאה חושנית ובשימוש מוגבר בפנטזיות ובגירוי נפשי. כפי שאמר אילן: "רוב הגירוי שלי הוא במוח, לא באיבר המין, לכן טוב שאפשר להגיע להנאה כזאת. מובן שלא היה לי קל לגלות את הפנטזיות שלי, כי חשבתי שבת זוגי תראה בכך סימן לאי שביעות רצון מיחסינו. לשמחתנו הצלחנו להבהיר את הדברים בשיחה".

מרכיב חשוב בהתאמת יחסי המין שלכם למגבלות התפקוד הנובעות ממצבכם הוא לתת ולקבל משוב.

לפניכם סיפורה של אישה שאובחנה לאחרונה כחולת טרשת:

"אנו מקיימים כעת משחק מקדים ממושך יותר, וגילינו דרכים אחרות המעוררות אותי, (מישוש הפטמות, למשל). לפעמים צד אחד של הנרתיק או אזור אחד נעשה רגיש יותר, ואז אנחנו מתעסקים אתו עד שטוב לנו. הכלל שלנו הוא שהוא אינו שואל אותי אם נעים לי. גיליתי ששאלות כאלה מפריעות לי יותר מכל דבר אחר, לכן אני רק אומרת לו מתי לא נעים לי, ואם אינני אומרת דבר הוא מניח שזה בסדר. אני מניחה שחשוב לקיים תקשורת טובה וכל זוג חייב לפתח את השיטה שלו. אבל חייבים לתקשר".

יש הרואים במגוון הפעילויות המיניות האפשריות לא רק "משחק מקדים" או "חלופות" לחדירה אלא דרך ראויה ומקובלת להנאה מינית ולשיתוף בין בני זוג. מציאת היכולת לגלות פתיחות ולשוחח על חיפוש דרכים שונות לביטוי המיניות, היא עוד היבט של שיפור חיי המין. בשנים האחרונות גדל מספר הפרסומים החורגים מהגישה העוסקת במין רק מההיבט של "כיצד לעשות", ומטפלים בשאלות של שמירה על התשוקה והפחת חיים בתשוקה שדעכה, גיוון ואהבה (Nowinski, 1988; McCarthy and McCarthy, 1988, 1989; Babach, 1982; Stubbs, 1988) או הסתגלות לליקויים בתפקוד המיני (Kaplan, 1989; Mason and Norman, 1988). ספרים אחרים מדגישים חושניות, הנאה מינית ללא חדירה או דרכים לקיום יחסי מין בטוחים (Stanway, 1989; Peters, 1988).

עיסוי וכוחו של המגע מוצגים גם הם כצורות חשובות של תקשורת גופנית (Stubbs, 1989; Hooper, 1988). ברצוני להבליט את חשיבות הדבר לגבי חולי טרשת, בייחוד כאלה המתגוררים במוסדות ובני זוגם. למגע יש השפעה מרפאת, ופעמים רבות הוא חסר בחיי כולנו. מוגבלות יכולה לחשוף אתכם למידה רבה יותר של מגע מהסוג העונה על צרכים גופניים, אבל למידה מועטה יותר של מגע מהסוג המבטא אינטימיות, קבלה ועידוד. יש בינינו אנשים המתרגלים להעניק מגע ולקבלו רק בהקשר המיני, וכאשר אין חיי מין, אין גם הזדמנות למגע. אבל מגע

שאינו מציב דרישות או ציפיות מיניות יכול לנסוך ביטחון ולשחרר מתח. כדי ללמוד לתת ולקבל מגע מסוג זה דרוש אורך רוח. קשה לאדם לבקש לקבל מגע כזה, אף שבבתי החולים או במוסדות לחולים כרוניים ניכר שינוי בגישת אנשי הצוות – הם מגלים יותר רגישות לצורך במגע ומבינים שהוא יכול להקל את הרגשת הבידוד והבדידות.

פוריות ומניעת היריון

לחולות טרשת יש ביוץ ויש מחזור חודשי. הפוריות הביולוגית אינה משתנה, ולכן עליהן להביא בחשבון את הצורך להשתמש באמצעי מניעה או בשיטה לפיקוח על הפוריות אם אין ברצונן להרות. הטרשת עצמה אינה צריכה למנוע מכן להשתמש בשיטה כלשהי למניעת היריון, אבל יש מספר שיקולים הנוגעים למצבן הייחודי. גלולות למניעת היריון עלולות להוות בעיה לנשים הנוטלות תרופות אנטיביוטיות כמו טטראציקלין, מאחר שתרופות כאלה מפחיתות מעילותה של הגלולה. השפעה דומה יש גם לברביטוראטים, לתרופות היפנוטיות ולתרופות אחרות המגבירות את יצירת אנזימי הכבד המפרקים הורמונים (Birk and Rudick, 1986). נשים שאינן מרבות להשתמש בתרופות אנטיביוטיות, יכולות להשתמש בגלולות למניעת היריון המכילות כמויות גדולות יותר של אסטרוגן, ולהשתמש באמצעי מניעה אחר בתקופות שבהן הן נוטלות את התרופות. תרופות לדיכוי המערכת החיסונית המשמשות לשליטה בתסמיני הטרשת, עלולות להגדיל את הסיכון לזיהומים באגן הקשורים להתקן תוך רחמי. ההתקן אינו מומלץ גם לנשים הסובלות מעוויתות קשות ברגליים או מתחושה מופחתת באזור האגן. במקרה של תחושה מופחתת, עלולה האישה שלא להרגיש באי נוחות הקשורה להתקן, אי נוחות העשויה להיות סימן לבעיות הנובעות מההתקן. בספרים כמו *The New Our Bodies Ourselves* (1984) ובחברות כמו, לדוגמה, *Toward Intimacy*

(Shaul et al., 1978), אפשר למצוא הסברים מועילים על אמצעי מניעה ועל מיניותן של נשים מוגבלות.

Birk and Rudick (1986) ממליצים על בדיקות גניקולוגיות סדירות (אחת ל-6 חודשים), כולל בדיקת שד ומשטח צוואר הרחם, לנשים המטופלות ב-azathioprine, prednisone או תרופות אחרות לדיכוי המערכת החיסונית. אם ברצונך להרגיש שאתן "שולטות יותר" בבדיקות הגניקולוגיות, תוכלו להיעזר בחוברת Table Manners (נימוסי שולחן) (Ferreya and Hughes, 1982), שהיא מדריך מועיל לנשים מוגבלות. החוברת יכולה גם להיות מתנה נאה לרופא המטפל. במקרה של ירידה בזריזות הידיים או אבדן תחושה בידיים, עלולה האישה להתקשות בשימוש בשיטות חוסמות כמו קצף, דיאפרגמה או קונדום. בנסיבות כאלה השימוש בקונדום עלול להיות בעייתי גם אצל גברים חולי טרשת, ואולם החשש מפני מחלות מין כולל איידס מחייב תקשורת ברורה בנושא זה בין בני הזוג, ועליהם לשקול לא רק אמצעים למניעת היריון אלא גם למניעת מחלות מין. קונדומים הם אמצעי מניעה יעיל ביותר כשמתמשים בהם יחד עם קוטלי זרע, ואלה המכילים nonoxynol 9 מעניקים הגנה נוספת מפני הידבקות באיידס.

גם גברים חולים בטרשת יהיו בדרך כלל פוריים, אבל הפרעות בזקפה, בשפיכה או ביכולת לקיים יחסי מין וגינליים עלולות למנוע מתאי זרע בריאים וחזקים מלהגיע ליעדם. נבדקו מספר אפשרויות לאיסוף זרע לצורך ביצוע הפריה מלאכותית. ביניהן שיטה של גירוי חשמלי המפעיל את רפלקס הפליטה אצל גברים, במקרים שבהם מונעת הפגיעה העצבית את התהליך (Brindley, 1980), או גירוי באמצעות ויברטור של העטרה של הפין כדי לגרום לאותו רפלקס (Szasz et al., 1986). יש גברים הסובלים מנזק למערכת העצבים הסימפתטית, נזק הגורם לכך שנוזל הזרע זורם אל שלפוחית השתן במקום להיפלט החוצה. בטיפול מתאים, אפשר להשתמש בזרע הנמצא בנוזל זה (שאותו מוציאים באמצעות צנטר) לצורך הפרייה מלאכותית. זוגות שאינם מצליחים להגיע להפריה,

יכולים גם לשקול אפשרות של אימוץ או הפריה מזרע של תורם. אלה השוקלים אימוץ עשויים ליהנות מקריאת חוויותיהם של די"ר אלכסנדר ברנפילד (Alexander Burnfield), רופא אנגלי חולה בטרשת נפוצה ואשתו פני, רופאה גם היא. שניהם כתבו בנושא מיניות וטרשת נפוצה (Burnfield, 1978; Burnfield and Burnfield, 1978), אבל ספרו החדש יותר (Burnfield, 1985) מביא סיפור אישי יותר של חיים עם טרשת, כולל האימוץ של שתי בנותיו. במקרה שלהם הסיבה לאימוץ הייתה בעיות פוריות שלא היו קשורות לטרשת. לסיפור שלו על ניסיונו כהורה ועל תגובות בנותיו על הטרשת, כולל חששן שמא יחלו גם הן, מוקדש חלק אחד של הספר המועיל הזה.

היריון וטרשת נפוצה

אצל נשים רבות מאובחנת הטרשת בתקופה שבה הן מתכננות להקים משפחה או ללדת עוד ילד. החלטה כזאת היא החלטה מורכבת גם בזמנים הטובים ביותר, אבל הטרשת מוסיפה מספר שאלות ייחודיות שיש להביא בחשבון בתהליך קבלת ההחלטות. ההחלטה הסופית אם להביא ילד לעולם היא שלכם, אבל רק לאחר שתבינו את הגורמים השונים הכרוכים בכך, תוכלו לבחור בחירה נבונה לגביכם ולגבי משפחתכם. להלן סיכום של כמה חששות שכיחים שלוקטו בעיקר ממחקר שנערך לאחרונה בקליניקה לטרשת נפוצה בוונקובר, קולומביה הבריטית (Sadovnick et al., 1990)



היריון אינו גורם תורם להופעתה של טרשת, והסיכויים להחרפת התסמינים אינם גדולים יותר במהלך ההיריון או בששת החודשים

הראשונים לאחר הלידה. במחקר שנערך בקליניקה לטרשת בוונקובר השוו את שיעור התלקחויות המחלה במשך ההיריון לשיעור ההתלקחויות אצל אותן הנשים לפני ההיריון ולשיעור ההתלקחויות אצל נשים חולות טרשת שלא היו בהיריון בעקבות מהלך מחלה דומה מאוד. מספר התלקחויות הטרשת לא היה גדול מהצפוי.

הישנויות הטרשת במשך היריון ולאחר הלידה דומות מאוד להישנויות קודמות שהיו לאשה. הכרת מהלך המחלה שלך יכולה אפוא להיות הדרך הטובה ביותר לחיזוי מהלך המחלה במשך ההיריון. את האדם המוסמך ביותר להעריך את יכולתך להתמודד עם היריון וטיפול בילד בתקופה של התלקחות המחלה במהלך ההיריון או לאחר הלידה. גורם נוסף שיש להביא בחשבון הוא אם דרושה התערבות רפואית כמו מתן סטרואידים במקרה של התלקחות המחלה. נשים שאצלן נדרשת התערבות חוזרת ונשנית בכל פעם שהמחלה מתלקחת, עלולות להיות במצב קשה אם המחלה תתלקח במשך ההיריון, משום שאז צריך יהיה לשקול את ההשפעה שתהיה לטיפול(ים) על התפתחות העובר מול התוצאה האפשרית מבחינת האם, אם לא יינתן לה טיפול.

בנתונים של וונקובר נמצא שבמשך השליש האחרון של ההיריון, היו פחות הישנויות מהצפוי. הסבר אפשרי אחד היה שדיכוי המערכת החיסונית הקורה באופן רגיל במשך ההיריון "הרגיע" את המערכת החיסונית הפעילה מאוד, שהיא ככל הנראה התורמת להרס המיאלין בטרשת הנפוצה.

כללית נראה שהטרשת אינה משפיעה על התוצאה הכוללת של ההיריון. הסיכוי של חולות טרשת ללידת מת, להפלה טבעית או למומים מולדים אינו גבוה מזה של כלל האוכלוסייה. אבל, כפי שנאמר קודם, יש לבחון את השימוש במספר תרופות המשמשות לטיפול בטרשת נפוצה (כמו azathioprine, corticotrophin, tegretol, diazepam, prednisone, cyclophosphamide) בכל מקרה לגופו, מאחר שאחדות מהן (או שילוב שלהן) עלולות להזיק להתפתחות העובר. כמו כן נשים המשתתפות

בניסויים לבדיקת טיפולים לטרשת צריכות לקבל ייעוץ בכל הקשור לסיכונים האפשריים להתפתחות העובר, לפני שהן מחליטות להצטרף לניסוי. חשוב להתייעץ עם רופא במשך כל ההיריון.

הנקה אינה מומלצת בנוכחותן של מספר תרופות, אבל יש לעודד אותה במקרים אחרים אם רמת האנרגיה והמצב התזונתי מאפשרים זאת. יש לעקוב מקרוב אחר זיהומים בדרכי השתן מאחר שגם בהיריון וגם בטרשת נפוצה יש יותר זיהומים כאלה (Birk and Rudick, 1986). טרשת עשויה למנוע את האפשרות להשתמש בשיטות אלחוש (הרדמה) מסוימות במהלך הלידה, אבל חולות טרשת מסוגלות להתמודד בהצלחה עם כל הכרוך בהיריון ולידה. אם את מרגישה עייפות הנובעת מהטרשת, תוכלי להתייעץ עם הרופא המטפל ולדון באפשרות להישאר לעוד כמה ימי מנוחה בבית החולים לאחר הלידה. מנוחה זו תעזור לך להתחזק ולהיות מוכנה יותר להתמודדות עם הרך הנולד.

חשוב להזכיר לנשים המתכננות היריון, שבעת קבלת ההחלטה הסופית יש להביט אל מעבר לתקופת ההיריון ותקופת הינקות של הנולד. תקופת ההיריון והינקות היא רק חלק קטן מאוד מ-18 השנים של הגידול הפעיל של הילד. אי אפשר לחזות את מהלכה של הטרשת בטווח הארוך, ויש נושאים רבים שעל ההורים בכוח להביא בחשבון, נוכח האפשרות הממשית שההורה חולה הטרשת יפתח מוגבלות קשה או בעיות מתמשכות של עייפות בשנים של גידול המשפחה.

סיכויי הילדים לחלות בטרשת נפוצה

כשאתם שוקלים את האפשרות להביא ילד לעולם נוכח שיעורי ההישנות של המחלה, ייתכן שאתם גם מוטרדים בשאלה אם הטרשת עלולה לעבור לילד.

אף שטרשת נפוצה אינה עוברת בתורשה ישירה, נראה שגנים מסוימים שכיחים באוכלוסיית חולי טרשת יותר מאשר בקבוצות ביקורת. עדיין

לא התברר לאשורו חלקם של גנים אלה ביצירת נטייה לטרשת. ייתכן שלאחר שיתברר הדבר, אפשר יהיה לנבא טוב יותר מי מבני המשפחה נמצא "בסיכון" לחלות בטרשת.

כיום יש לבסס הערכות על נתונים שהתקבלו מתצפיות לגבי מידת הסיכון שיש לקרוביהם של חולי טרשת לחלות במחלה בעצמם. מנתוני הקליניקה לטרשת נפוצה בוונקובר למשל, עולה ש-50% מבנותיהן של אמהות חולות טרשת יחלו בטרשת במהלך חייהן (Sadovnick et al., 1988). זה עדיין סיכון נמוך מאוד, אף שהוא גבוה מהסיכון באוכלוסייה הכללית (0.1%). כמו כן, הסיכון משתנה עם הגיל. אם את בת 28, אין לך תסמינים ואת בת לאם חולת טרשת, הסיכון שלך לחלות הוא 2.5%. אם לא הופיעו אצלך תסמינים עד גיל 40, הסיכון שלך פחת והוא עומד על 1% בלבד. השינוי הקשור לגיל משקף את העובדה שאצל רוב חולי הטרשת המחלה מופיעה בין הגילים 20 ל-40, אף שטווח הגילים הכולל להופעת המחלה הוא 10 עד 59 שנים (Poser et al., 1984). עם הגיל פוחת הסיכון הנותר לחלות בטרשת, בהתאם לחלק של תקופת "הסיכון" שכבר עבר. לכן, אם לא הופיעה אצלך טרשת עד גיל 40, הסיכוי שהמחלה תופיע קטן בהרבה מהסיכוי שתופיע בגיל 20, מאחר שבגיל 40 רוב תקופת "הסיכון" כבר מאחוריך.

מידת הסיכון לחלות אצל בנים של חולי טרשת שונה בהתאם למינו של ההורה החולה. אם האם היא החולה, הסיכוי שבנה יחלה הוא 3% במשך כל ימי חייו, סיכון נמוך מעט מרמת הסיכון לגבי בנות – 5%, אבל עדיין גבוה מ-0.1% – הסיכון לגבי כלל האוכלוסייה (Sadovnick et al., 1988; Sadovnick et al., 1991). אם האב הוא החולה, הסיכון שבנו יחלה בטרשת שווה לשיעור הקיים באוכלוסייה הכללית, אלא אם יש היסטוריה משפחתית ברורה של טרשת נפוצה (שניים או יותר מבני המשפחה חולים). אין הסבר ברור להיעדר קשר בין מחלתו של אב חולה טרשת לסיכוי שבנו יחלה, אבל ממצא זה התגלה בקביעות במחקרים שבדקו משפחות בקנדה (Sadovnick et al., 1991).

בין התרופות שרושמים לעתים לחולי טרשת יש תרופות נוגדות עווית העלולות להחליש את הדחף המיני, תרופות הרגעה המפריעות לפליטה אצל גברים, ומספר תרופות נוגדות דיכאון העלולות לעכב את הזקפה אצל גברים ואת הסיכוך וגודש כלי הדם בנרתיק אצל נשים. כן דווח על עיכוב אורגזמה אצל נשים הנוטלות תרופות נוגדות דיכאון (Segraves, 1988). גם תרופות להרפיית שרירים ומשככי כאבים יכולים לגרום תופעות דומות. ייתכן שאנשים שאינם מודעים לכך שתופעות לוואי לא רצויות אלה עלולות להופיע מפעם לפעם, יפסיקו ליטול את התרופות הדרושות להם. אין זה מן התבונה לעשות כן, מאחר שאפשר לבטל את תופעות הלוואי על ידי שינוי סוג התרופה או המינון.

יש כאלה המקווים למצוא את התרופה שתהיה "כדור הקסם" שיחזיר לקדמותו את הדחף המיני שנחלש או יגביר את התגובה המינית. לדאבונו אין כרגע מועמדים לתפקיד זה. היו שחשבו שוויטמין D יכול לעורר תשוקה מינית, אבל בניסוי שבו נטלו הנבדקים ויטמין D מדי יום ביומו במשך חודש, התברר שנטילתו לא הגבירה את העירור המיני ואת ההתנהגות המינית אצל הנבדקים לעומת קבוצות הביקורת (Herold et al., 1979). טסטוסטרון, הנחשב למעורר דחף מיני אצל גברים ונשים, יכול להגביר את התשוקה המינית במתן בזריקה, רק במקרה שרמת הטסטוסטרון של המטופל נמוכה בהרבה מהרגיל. אצל גברים שיש להם ליקויים בזקפה ורמה נמוכה מהרגיל של טסטוסטרון חופשי (חופשי פירושו שאינו קשור לחלבון נושא בדם) אפשר לשפר את התפקוד המיני באמצעות טיפול בטסטוסטרון (Carani et al., 1990). היה אמנם דיווח אחד על רמת טסטוסטרון נמוכה מהרגיל אצל גברים חולי טרשת (Vas, 1969), אבל מניחים שמקרה זה אינו משקף את הכלל.

נשים מקבלות טסטוסטרון מהשחלות ומבלוטות יותרת הכליה, ויש עדויות לכך שהורמון זה משפיע על הדחף המיני אצל נשים. מלבד האפשרות שתרופות קורטיקוסטרואידיות מעכבות טסטוסטרון, לא ידוע

על חסר הורמונלי כלשהו אצל חולות טרשת, העלול לפגוע בדחף המיני. השפעתה של הרגשה כללית טובה על רוב היבטי המיניות בכלל ועל התשוקה המינית בפרט, חשובה הרבה יותר מהשפעתו של כל גורם גופני או הורמונלי יחיד.

דיכאון וגורמים נפשיים אחרים המשפיעים על המיניות

נראה שדיכאון ו/או צער מופיעים בשלב כלשהו אצל רבים מחולי הטרשת, בייחוד כשמהלך המחלה אינו מעודד (Bezkor and Canedo, 1987; LaRocca, 1984; Kelly, 1985). דיכאון מסוג זה אינו רק הרגשת הדכדוך הפוקדת כולנו מפעם לפעם, אלא תקופה ממושכת יותר של עצבות הקשורה לשינויים אחרים (הפרעות בשינה, איבוד תיאבון, וכו'). דיכאון כולל ירידה בהתנהגויות המונעות על ידי דחפים, כולל החלשת הדחף המיני, שהוא תסמין אחד ממערכת של תסמינים העלולה להגביר את הרגשת הבידוד האישי והחברתי.

התמקדות בבעיות הקשורות בדחף המיני במקרים כאלה היא טיפול בתסמין ולא בגורם. טיפול פסיכולוגי, לפעמים בשילוב עם תרופות נוגדות דיכאון, הוא דרך טיפול יעילה במצב זה, השכיח אצל חולי טרשת אבל אינו מוכר די הצורך. ואכן, לחץ נפשי המצריך ייעוץ הוא עדות לדרישות שיכולה הטרשת הנפוצה להטיל על מנגנוני ההתמודדות (Stenager and Jensen, 1988).

בסקירת הספרות על גורמים נפשיים, לחץ וטרשת נפוצה, מסכם LaRocca (1984) שלא קיימת "אישיות טרשתית". "המחלה מעמידה את ההערכה העצמית במבחן קשה" הוא מציין, אבל לא קשה עד כדי כך שהערכתם העצמית של חולי טרשת נמוכה לעומת האוכלוסייה הכללית. יתרה מזאת, "נראה שידע על המחלה עוזר בתהליך ההסתגלות". מכל מקום, לחץ הוא אויבה של התנסות מינית מספקת, ולאסטרטגיות להפחתת לחצים יכולה להיות השפעה מעוררת.

לעייפות יכולה להיות השפעה רבה על תשוקה מינית ופעילות מינית. עייפות היא בעיה שכיחה אצל חולי טרשת. היא אינה נובעת ממצב פתולוגי של השרירים ואינה הפרעה פסיכוסומטית (Freal et al., 1984), ודרכים להפחתת העייפות, בדומה לדרכים להפחתת הלחצים, הן חלק חשוב של קיום מערכת יחסים מינית מספקת. מאחר שעייפות מופיעה בעיקר בשעות אחר הצהריים המאוחרות והערב והיא גוברת בהשפעת חום, כדאי לקיים יחסי מין בשעה המתאימה למצבכם הגופני ולא לחכות לסיומן של חדשות הלילה.

אצל חלק מחולי הטרשת הנפוצה תיתכן פגיעה בתפקוד הקוגניטיבי (Rao, 1986; Sullivan et al., 1989) ובייחוד בתפקודי החשיבה הכוללים קשב מתמשך, ריכוז, שליפת זיכרונות ותחומים מסוימים של חשיבה מופשטת (Stenger et al., 1989a,b). כשקיימים שינויים כאלה בתפקוד המוח קשה יותר לפתור עימותים הנובעים מאי-הבנה או מתקשורת לקויה במערכת יחסים. זהו תחום רגיש ביותר, משום שלא קל לאדם להודות שיש לו קשיים בתכנון, בארגון, ובמטלות אחרות וקשה לו עוד יותר כשמישהו אחר מצביע על הבעיה.

נראה שהטרשת אינה משפיעה על האינטליגנציה ועל היכולת להשתמש בשפה, אבל אם אתם מתקשים למצוא מילה מתאימה במהלך שיחה – דבר הקורה לרבים מאיתנו בגיל מתקדם – אתם עשויים לתלות את האשם במחלה, בצדק או שלא בצדק.

לנושא זה נודעת חשיבות בבניית מערכות יחסים יציבות, מספקות מבחינה מינית.

נושא התפקוד הקוגניטיבי לא קיבל עד היום את המקום הראוי לו בספרות העוסקת במיניות. למזלנו, קיימות גישות מועילות להתמודדות עם שינויים בתפקוד הקוגניטיבי (Sullivan et al., 1989). גישות אלה יכולות לשפר את חיי היומיום, להפיג לחצים ואולי אף לשפר בעקיפין את מערכות היחסים המיניות הנפגעות עקב קשיים בתקשורת הנובעים מבעיה זו.

ייעוץ וטיפול בבעיות בחיי המין

בעיות בחיי המין תורמות תרומה נכבדה ללחצים אישיים וללחצים במערכת יחסים. רבים מתפתים "לעזוב את זה", אף שמספר פגישות עם מטפל מיומן עשויות לעזור להם להפיג את חששותיהם או להבהיר בעיות במערכת היחסים שאינן "נעלמות מעצמן". אחדות מהבעיות בתפקוד המיני שתוארו קודם לכן הן בעיות מסוג זה, בעיקר אם הן גורמות לעימות, או אם אתם מתקשים לשוחח עליהן עם בן/בת זוגכם.

פנייה ליועץ או למטפל אין פירושה שאתם "חולים", והיא אינה מחייבת טיפול ממושך או פסיכותרפיה מקיפה. לא תתבקשו להדגים את "טכניקות" המין שלכם. מטפל בבעיות מין צריך להיות בעל ניסיון בייעוץ ליחידים ולבני זוג, שני תחומים חשובים של הטיפול בבעיות מין. יש להניח שבראשית דבריו ייתן לכם המטפל **רשות** לדון בנושאים הקשורים למין ולבחון רגשות מיניים ללא הדרישה להציג ביצועים. היא או הוא גם ימסרו לכם **מידע מוגבל** על מצבכם ויביאו בפניכם **הצעות מפורטות** לדרכי הסתגלות למצב. גם אנשי מקצוע שאינם מטפלים עשויים לבחור בשיטה זו, אבל **טיפול מקיף** פירושו טיפול יותר פורמלי תוך שימוש במגוון הליכים שבהם משתמשים מטפלים בבעיות מין. אתם יכולים לחתום אתו או אתה (או עם שניהם אם אתם נפגשים עם צוות מטפלים זוגי) על הסכם הקובע מה יהיו הנושאים שעליהם תשוחחו, מה יהיה מחיר הטיפול וכמה זמן יימשך. אף שאתם מרגישים חוסר ביטחון כשאתם פונים לקבלת עזרה מקצועית כזאת, זכרו שאתם משלמים בעד הטיפול וזכותכם להפסיקו בכל עת.

כשאנשים מגלים יותר פתיחות ומוכנים להודות בחשיבותה של המיניות בחייהם, הם גם מוכנים יותר לבקש עזרה כשמתעוררות בעיות. מבוכה אינה צריכה למנוע מכם לפנות לקבלת עזרה. אם שוכנעתם שזו דרך הפעולה הנכונה, כאן המקום לציין שלא קל למצוא יועץ או מטפל בעל

ניסיון בטיפול במיניות ובטרשת נפוצה כאחד. ייתכן שיתברר לכם שאתם מרחיבים את הידע שלו בכל הקשור לטרשת – לפחות במה שקשור להשפעותיה עליכם – בעת שהוא עוזר לכם לפתור את הבעיות המטרידות אתכם.



מקורות אפשריים לייעוץ ולהפניה:

1. הרופא המטפל. הכינו את שאלותיכם מבעוד מועד, והציגו אותן כבר בתחילת הפגישה כדי שלא תרגישו לחוצים בזמן.
2. קופת החולים.
3. האגודה הישראלית לטרשת נפוצה.

רבים מכם לא יזדקקו לטיפול ולא ירצו בטיפול. אבל רבים מכם נתקלו ודאי בחלק מהנושאים והחששות שהוצגו בחוברת זו. אני מקווה שמקצת הדברים המובאים בחוברת יסייעו לכם לקיים ולטפח את השילוב החיובי של המיניות בחייכם ובמערכות היחסים שלכם.

האגודה מפרסמת עלונים ומאמרים רבים אחרים על היבטים שונים של טרשת נפוצה. לקבלת פרסומים אלה ומידע אחר, פנו לאגודה הישראלית לטרשת נפוצה, בטלפון 03-5609222

בין הפרסומים שלנו תמצאו:

- שליטה בסוגרים -
— מידע!
— פתרונות!!
— בטחון!!!
נכתב ונאסף על-ידי ג'יליאן ריבס Gillian Reeves, EN (G)
- תנועה עם טרשת נפוצה
מדריך תרגול גופני לחולי טרשת נפוצה
אייריס קימברג, RPT, OTR, MS
- שיח משפחתי
טרשת נפוצה — חוברת למשפחות
מאת ד"ר שרה ל' מינדן ודברה פרנקל M.S., O.T.R
- טיפול במשפחה
מדריך לבן הזוג הבריא
מאת ננסי הולנד, Ed.D.,
סגן נשיא שירותי לקוחות וקהילה, ארצות הברית
- לאמא שלי יש טרשת
כתבו: אליזבת ודבורה קלט
עיצוב ואיור: מייקל ספיק
- טרשת נפוצה ורגשותיך
מאת: פרופ' מארי איב סאנפורד וד"ר ג'ק פטיה

"האגודה הישראלית לטרשת נפוצה" מקיימת קבוצות תמיכה לחולים ובני משפחותיהם בכל רחבי הארץ את הקבוצות מנחים פסיכולוגים ועובדים סוציאליים בעלי ניסיון רב.

להלן פירוט הקבוצות:

שם הקבוצה	מפגשים	שם המנחה
מאובחנים חדשים ת"א	פעם בחודש	בועז ארמון
קבוצת חדרה	אחת לשבועיים	דוד דר, עזה מוהר
קבוצת ירושלים	פעם ב-3 שבועות	מרגלית לב
מאובחנים חדשים חיפה	אחת לחודש	מיכה צימרמן
קבוצת רחובות	פעם ב-3 שבועות	מיכה צימרמן
קבוצת דרום	פעם בחודש	יהודה מתן
קבוצות עולים חדשים ת"א	פעם בחודש	זינאידה נתנון
קבוצות עולים חדשים חיפה	פעם בחודש	זינאידה נתנון
קבוצת יגור	פעם ב-3 שבועות	יונה וייס
עמית/יועץ – ירושלים' ת"א הפניה/מידע		הילה נאווי

למידע נוסף ניתן לפנות "לאגודה הישראלית לטרשת נפוצה", טל: 03-5609222.

References

Althof, S.E., Turner, L.A., Levine, S.B., Risen, C., Kursh, E., Bodner, D., and Resnick, M. 1989. Why do so many people drop out from auto-injection therapy for impotence? *Journal of Sex and Marital Therapy*. 15: 121-129.

Alzate, H. and Hoch, Z. 1986. The "G spot" and "female ejaculation": A current appraisal. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 12:211-220.

Alzate, H. and Hoch, Z. 1988. Letter to the Editor. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 14:299-301.

Barbach, L. 1982. *For Each Other: Sharing Sexual Intimacy*. New York: Anchor Press/Doubleday.

Barbach, L. 1975. *For Yourself: The Fulfillment of Female Sexuality*. New York: Anchor Press/Doubleday.

Barrett, F.M. 1984. Sexual implications of multiple sclerosis. In *Multiple Sclerosis: Psychological and Social Aspects*. A.F. Simons (ed.). London: Heinemann Medical Books.

Belzer, E.G. 1981. Orgasmic expulsions of females: a review and heuristic inquiry. *Journal of Sex Research* 17:1-12.

Bezkor, M.D., and Canedo, A. 1987. Physiological and psychological factors influencing sexual dysfunction in multiple sclerosis: Part 11 Emotionality and sexuality in persons with multiple sclerosis. *Sexuality and Disability* 8:147-151.

Birk, K., and Rudick, R. 1986. Pregnancy and multiple

sclerosis. *Archives of Neurology* 43:719-726.

Boston Women's Health Collective. 1984. *The New Our Bodies Ourselves: A Book By and For Women*. New York: Simon and Schuster.

Bregman, S. 1978. Sexual adjustment of spinal cord injured women. *Sexuality and Disability* 1:85-92.

Brenton, M. 1973. *Sex Talk*. New York: Fawcett, World.

Brindley, G.S. 1980. Electroejaculation and fertility of paraplegic men. *Sexuality and Disability* 3:223-229.

Burnfield, A. 1985. *Multiple Sclerosis: A Personal Exploration*. London: Human Horizons Series.

Burnfield, A. and Burnfield, P. 1978. Common psychological problems in multiple sclerosis. *British Medical Journal* 1:1193-1194.

Burnfield, P. 1978. Sexual problems and multiple sclerosis. *British Journal of Family Planning* 4:2-5.

Carani, C., Zini, D., Baldini, A., Della Casa, L., Ghizani, A., and Marrama, P. 1990. Effects of androgen treatment in impotent men with normal and low levels of free testosterone. *Archives of Sexual Behavior* 19: 223-234.

Carrera, M.A. and Kelley, S. 1979. The right to a sexual life. *MS Quarterly* 2:4-18.

Califia, P. 1980. *Sapphistry: The Book of Lesbian Sexuality*. Tallahassee, Fla.: Naiad Press Inc.

Cooper, A.J. 1986. Preliminary experience with a vac-

uum constriction device (VCD) as a treatment for impotence. SIECCAN Journal 1 (No.2):15-22.

Davidson, J.K., Darling, C.A., and Conway-Welch, C. 1989. The role of the Grafenberg Spot and female ejaculation in the female orgasmic response: An empirical analysis. *Journal of Sex and Marital Therapy* 15: 102-120.

Duffy, Y. 1981. *All things are possible*. Ann Arbor, Mich.: A.J. Garvin and Assoc.

Ferreyra, S. and Hughes, K. 1982. *Table Manners*. San Francisco: Planned Parenthood Alameda.

Frames, R. 1989. Sexual Dysfunction: Dare we discuss it? *Inside MS* 7:24-31.

Freal, J.E., Kraft, G.H., and Coryell, J.K. 1984. Symptomatic fatigue in multiple sclerosis. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 65:135-138.

Goldstein, I. (1983) Neurologic impotence. In *Male Sexual Dysfunction*. Krane, R.J., Siroky, M.B. and Goldstein, I. (eds). Boston: Little, Brown and Company.

Goldstein, I., Siroky, M.B., Sax, D.S. and Krane, R.J. 1982. Neurological abnormalities in multiple sclerosis. *J. Urology* 128:541-545.

Hannon, G. 1980. No sorrow, no pity. Toronto. *Body Politic*, No. 60. February, 19-22.

Heiman, J., LoPiccolo, L. and LoPiccolo, J. 1976. *Becoming Orgasmic: A Sexual Growth Program for Women*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Herold, E., Mottin, J. and Sabry, Z. 1979. Effect of vitamin E on human sexual functioning. *Archives of Sexual Behaviour* 8:397-403.

Hooper, A. 1988. *Massage and Loving*. New York: Henry Holt.

Kalb, R.C., LaRocca, N.G. and Kaplan, S.R. 1987. Sexuality. In *Multiple Sclerosis: A Guide for Patients and Their Families, 2nd edition*. Scheinberg, L.C. and Holland, N.J. (eds.). New York: Raven Press.

Kaplan, H.S. 1979. *Disorders of Sexual Desire*. New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H.S. 1983. *The Evaluation of Sexual Disorders*. New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H.S. 1989. *How To Overcome Premature Ejaculation*. New York: Brunner/Mazel.

Kelly, R. 1985. Clinical aspects of multiple sclerosis. In *Handbook of Clinical Neurology, Vol. 3(4)*. Koestler, J. (ed), New York: Elsevier Science Publishers.

LaRocca, N.G. 1984. Psychosocial factors in multiple sclerosis and the role of stress. *Annals of the New York Academy of Sciences* 436:435-442.

Lilius, H.G., Valtonen, E.J., and Wikstrom, J. 1976. Sexual problems in patients suffering from multiple sclerosis. *Journal of Chronic Diseases* 29:643.

Lundberg, P.O. 1978. Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *Sexuality and Disability* 1:218-222.

Mason, T. and Norman, V. G. 1988. *Making Love Again: Renewing Intimacy and Helping Your Man Overcome Impotency*. Chicago: Contemporary Books Inc.

Masters, W.H., Johnson, V.E. and Kolodny, R.C. 1986. *Masters and Johnson on Sex and Human Loving*. Boston: Little, Brown and Company.

Masters, W.H. and Johnson, V.E. 1966. *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown and Company.

McCarthy, J. and McMillan, S. 1990. Patient/partner satisfaction with penile implant surgery. *J. Sex. Ed. Therapy* 16:25-37.

McCarthy, B. and McCarthy, E. 1989. *Female Sexual Awareness: Achieving Sexual Fulfillment*. New York: Carroll and Graf Publishers.

McCarthy, B. and McCarthy, E. 1988. *Male Sexual Awareness: Achieving Sexual Fulfillment*. New York: Carroll and Graf Publishers.

Minderhoud, J.M., Leemhuis, J.G., Kremer, J., Laban, E. and Smits, P.M.L. 1984. Sexual disturbances arising from multiple sclerosis. *Acta. Neurol. Scand.* 70: 299-306.

Neistadt, M.E. and Freda, M. 1987. *Choices: A Guide to Sex Counselling with Physically Disabled Adults*. Malabar, Fla.: Robert E. Kreiger Publishing Co.

Nowinski, J. 1988. *A Lifelong Love Affair: Keeping Sexual Desire Alive in Your Relationship*. New York: W.W. Norton and Co.

Nowinski, J. 1984. Male socialization and men's sexual malaise. In *Men's Reproductive Health*. Swanson and Forrest (eds). New York: Springer Publ. Co.

Pedersen, B., Tiefer, L., Ruiz, M., and Melman, A. 1988. Evaluation of patients and partners one to four years following penile prosthesis surgery. *J. Urology* 139:956-958.

Peters, B. 1988. *Terrific Sex in Fearful Times*. New York: St. Martin's Press.

Pulton, T.W. 1975. Multiple sclerosis: Experiences of personal alienation. *The Canadian Nurse* July:16-18.

Sadovnick, A.D., Paty, D.W., Hashimoto, S.A., Hooge, J., Kastrukoff, L., Oger, J. and Eisen, K. 1990. Multiple sclerosis and pregnancy: A prospective study. (Abstract) *Neurology* 40. Sup.1:141.

Sadovnick, A.D., Baird, P.A., and Ward, R.H. 1988. Multiple Sclerosis: Updated risk for relatives. *Am. J. Med. Genet.* 29:533-541.

Sadovnick, A.D., Bulman, D.E., and Ebers, G. C. 1991. Parent child concordance in MS. *Ann. Neurol.* 29:252-255.

Sands, J. 1988. Common Barriers: Towards an understanding of AIDS and disability. Research paper. B.C. Coalition of the Disabled, Suite 211, 456 W. Broadway, Vancouver, B.C. V5Y 1R3.

Schover, L.R. and Jensen, S.B. 1988. *Sexuality and Chronic Illness*. New York, London: Guilford Press.

Schover, L.R., Thomas, A.J., Lakin, M.M., Montague, D.K. and Fischer, J. 1988. Orgasm phase dysfunction in multiple sclerosis. *The Journal of Sex Research* 25: 548-554.

Segraves, R.T. 1988. Psychiatric drugs and inhibited female orgasm. *Journal of Sex and Marital Therapy* 14: 202-207.

Shaul, S., Bogle, J., Hale-Harbaugh, J., and Norman, A.D. 1978. *Toward Intimacy: Family Planning and Sexuality Concerns of Physically Disabled Women*. New York: Human Sciences Press.

Smith, B.H. 1976. Multiple sclerosis and sexual dysfunction. *Medical Aspects of Human Sexuality* 10:103-104.

Stanway, A. 1989. *The Art of Sensual Loving: A New Approach to Sexual Relationships*. New York: Carroll and Graf Publishers.

Stenager, E., Stenager, E.N., Jensen, K. and Boldsen, J. 1990. Multiple sclerosis: Sexual dysfunctions. *J. Sex Ed. Ther.* 16:262-269.

Stenager, E., Knudsen, L. and Jensen, K. 1989a. Multiple sclerosis: Correlations of cognitive dysfunction with Kurtzke disability status scale. In *Mental disorders and cognitive deficits in multiple sclerosis*. Jensen, Knudsen, Stenager and Grant (eds.). London: John Libbey and Co.

Stenager, E., Knudsen, L. and Jensen, K. 1989b. Correlation of Beck depression inventory score, Kurtzke disability status scale and cognitive functioning in mul-

multiple sclerosis. (See book, previous reference.)

Stenager, E.N., Stenager, E. and Jensen, K. 1989c. The influence of pregnancy on physical disability and cognitive dysfunction in multiple sclerosis. (See book, previous reference.)

Stenager, E. and Jensen, K. 1988. Multiple sclerosis: Correlation of psychiatric admissions to onset of initial symptoms. *Acta Neurol. Scand.* 77:414-417.

Stewart, W.F.R. 1979. *The Sexual Side of Handicap: A Guide for the Caring Professions*. Cambridge, England: Woodhead-Faulkner.

Stubbs, K.R. 1989. *Erotic Massage: The Touch of Love: An Illustrated Step-By-Step Manual For Couples*. Larkspur, Calif.: Secret Garden.

Stubbs, K.R. 1988. *Romantic Interludes: A Sensuous Lovers' Guide*. Larkspur, Calif.: Secret Garden.

Sullivan, M.J.L., Dehoux, M.N. and Buchanan, D.C. 1989. An approach to cognitive rehabilitation in multiple sclerosis. *Can. J. Rehab.* 3:77-85.

Sweeney, V.P., Sadovnick, A.D. and Brandeys, V. 1986. Prevalence of multiple sclerosis in British Columbia. *Canadian Journal of Neurological Sciences* 13: 47-51.

Szasz, G. (1986) Vibratory stimulation of the penis in men with spinal cord injury. *SIECCAN Journal* 1 (No.2):8-12.

Szasz, G., Paty, D., Lawton-Speert, S., and Eisen, K.

1984a. A sexual functioning scale in multiple sclerosis. Symposium on a Minimal Record of Disability for multiple sclerosis 70:37-43.

Szasz, G., Paty, D., and Maurice, W.L. 1984b. Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Annals New York Academy of Sciences* 436:443-452.

Tiefer, L., Pedersen, B., and Melman, A. 1988. Psycho-social follow-up of penile prosthesis implant patients and partners. *Journal of Sex and Marital Therapy* 14:184-201.

Treat, S.T. 1987. Enhancing a couple's sexual relationship. In *Integrating Sex and Marital Therapy*. Weeks, G.R. and Hof, L. (eds.). New York: Brunner/Mazel.

Valleroy and Kraft, 1984. Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 65:125-128.

Vas, C.J. 1969. Sexual impotence and some autonomic disturbances in men with multiple sclerosis. *Acta Neurol. Scand.* 45:166-182.

SCHERING

שרינג

המובילה

בטיפול

בטרשת נפוצה

ביחד

ננצח

את הטרשת...

אג'יס סוכנויות מסחריות (1989) בע"מ
חברת שרינג-שירות אחיות
רח' לח"י 29, בני ברק טל: 03-5773763



כל ההכנסות ממכירת ספר זה,
הינן קודש לרווחת החולים ובני משפחותיהם.